

Sto bene

Informazione, salute e benessere

Inverno

*Una forza
della natura*



**I "MIRACOLI"
DEGLI OSPEDALI**
SANTA MARTA E VILLERMOSA



**LA PELLE
DEL NEONATO**



**I FILLERS
IN MEDICINA ESTETICA**

I FILLERS

IN MEDICINA ESTETICA



Con la parola inglese filler si intende un materiale di riempimento biologicamente compatibile con il tessuto umano. I chirurghi plastici e i medici estetici utilizzano i fillers per riempire rughe e aumentare profili e volumi cutanei.

Il filler può essere ricavato da un tessuto autologo, cioè ottenuto dallo stesso individuo che lo riceve, oppure estratto da materiale alloplastico, cioè prelevato da un altro individuo, anche di specie diversa, oppure costruito in laboratorio con componenti naturali o artificiali.

Il prodotto adoperato può essere riassorbibile, semipermanente o permanente.

Riassorbibile, o biodegradabile è definito un composto che l'organismo è in grado di rimuovere del tutto in un tempo prestabilito.

Semipermanente è un prodotto composito, nato dall'unione di un materiale riassorbibile, detto matrice (in genere acido ialuronico), e di una sostanza biocompatibile immersa in esso.

Permanente è un composto chimico che iniettato in un tessuto non viene biodegradato (cioè trasformato in sostanze eliminabili) e rimane stabilmente per sempre in esso, provocando allergie e fenomeni di rigetto ben conosciuti ed oramai tipizzati.

Esempio tipico di materiale autologo è il tessuto adiposo dello stesso individuo, grossolanamente chiamato grasso, che si preleva forzatamente da una zona del proprio corpo dove è presente in abbondanza.

Il primo materiale alloplastico iniettabile, messo a punto negli anni Settanta e commercializzato nei primi anni Ottanta, fu il collagene bovino. Presentava un'elevata biocompatibilità con il tessuto umano, possedeva una grande plasticità, ma veniva riassorbito del tutto entro 2 - 4 mesi dall'iniezione. E nei test che venivano eseguiti prima del si osservavano risposte negative all'uso di tale prodotto su circa il 6% della popolazione. In ogni modo, fu messo definitivamente "in pensione" negli anni Novanta con l'elevato diffondersi in quegli anni della malattia del "morbo della mucca pazza" (una encefalopatia degenerativa bovina trasmissibile all'uomo) perché fu temuta una possibile contaminazione dei derivati iniettati.

Esempio universale, invece, di materiale alloplastico a diffusione globale, è **l'acido ialuronico**, strutturato in modo vario e già confezionato in siringhe monodose pronte per l'utilizzo.

All'inizio della sua commercializzazione veniva estratto dalle creste del gallo perché in quel tessuto era presente in abbondanza, facilmente estraibile ed economicamente conveniente. Successivamente e modernamente venne prodotto per sintesi biologica o chimica, in laboratorio.

Nato come complemento al collagene iniettabile, successivamente lo sostituì del tutto. Questo presidio medico è di gran lunga, ancora oggi, il più utilizzato in tutto il mondo come materiale di riempimento.

Ma il precursore di tutti i materiali di riempimento fu il **silicone liquido** il cui uso, storicamente, si diffuse alla fine della Seconda guerra mondiale e nel primo dopoguerra.

Fu portato in Europa dagli alleati americani, e servì dapprima a integrare, in maniera grossolana, alcuni volumi corporei perduti a causa delle ferite di guerra che lasciavano grosse perdite di sostanza cutanea e grandi cicatrici.

Successivamente fu diffusamente utilizzato per femminilizzare le forme dei transessuali, soprattutto per aumentare il volume del seno, dei glutei e dei polpacci. Purtroppo, a distanza di alcuni anni apparvero i terribili effetti collaterali che in seguito sono stati ampiamente

studiati e oggi sono ben noti: migrazioni dell'impianto verso il basso, estrusioni del materiale verso l'esterno attraverso fistole cutanee multiple, enormi ulcerazioni alla cute, siliconomi.

Spesso gli effetti a distanza furono ancor più devastanti poiché, con fare truffaldino, al posto del silicone liquido veniva adoperato olio di paraffina, più economico e più facile da iniettare.

Con l'esperienza degli ultimi decenni, è stato abolito quasi del tutto l'uso di materiale permanenti e semipermanenti, perché sia subito dopo il loro uso, ma anche a distanza di molti anni dall'applicazione, si sono palesati effetti collaterali importanti e spiacevoli: fuoriuscita del materiale da ulcerazioni cutanee; dislocamento dell'impianto stesso; infiammazioni croniche incurabili; granulomi persistenti e a volte purulenti.

Le società scientifiche internazionali e nazionali più accreditate sconsigliano risolutamente il loro impiego; quindi, diffidare sempre di chi ancora oggi ne propone il loro uso. Ed ancora più fermamente disapprovano l'avvalersi dell'impianto di silicone liquido, per la quasi certezza del verificarsi delle complicanze già descritte.

La vendita e l'utilizzo di tale materiale di riempimento è da decenni vietato in Italia e nella maggior parte dei paesi europei occidentali, per cui è giusto sapere che viene importato clandestinamente, senza certezze circa il luogo di produzione, se sia posto in confezioni sterili, se si tratti di un presidio nato per l'utilizzo medico.

Sofferamoci adesso sul presidio medico che abbiamo già detto essere il più utilizzato come materiale di riempimento: **l'acido ialuronico iniettabile**.

È una cosiddetta macromolecola, cioè un composto grande e pesante, facilmente degradata dall'organismo umano.

Oggi le molte centinaia di prodotti esistenti in commercio sono una combinazione complessa di molecole di acido ialuronico con diverso peso, strutturalmente predisposte per essere adatte quasi ad ogni tipo e profondità di ciascuna singola ruga, o preciso distretto da riempire, o profilo cutaneo da modificare.

Ma la domanda più frequente che viene posta al chirurgo plastico o al medico estetico è: quanto dura il filler?

Alcune risposte sintetiche: in primo luogo dipende molto dalle caratteristiche biologiche, strettamente individuali, ad essere più o meno efficaci a degradare la molecola impiantata.

Secondariamente è rilevante la sede, dermica o ipodermica, dove viene collocato: **più il filler viene iniettato profondamente nel derma, più a lungo permane nei tessuti.**

Ma dipende molto anche dalla qualità del farmaco impiegato.

L'ultimo elemento distintivo, certamente non meno importante dei precedenti, è l'abilità e l'esperienza del medico.

L'approccio moderno per appianare rughe più o meno profonde di un singolo distretto corporeo, o per sollevare compartimenti cutanei, o per ridefinire profili si avvale di una metodica chiamata **multi-layer** (a più strati), tecnica che prevede l'uso di una combinazione di filler con caratteristiche fisiche diverse, ognuno variamente cross-linkato, iniettati in compartimenti cutanei diversi e, pertanto, a varie profondità.

L'abilità dell'operatore consiste nell'ottenere una perfetta armonizzazione tissutale del "manufatto", personalizzando l'impianto e diversificandolo tra uomo e donna, tra giovane ed anziano, non alterando mai l'espressività del viso e/o delle altre regioni trattate.

A questo punto un rapido accenno alle nuove frontiere applicative, poiché se è vero, come lo è, che il viso è l'area di gran lunga la più trattata, oggi la richiesta è rivolta anche a regioni meno usuali: il collo, il décolleté, le braccia, il dorso delle mani.

In ultimo, non desti meraviglia sapere che crescono sempre più svariate richieste per la medicina intima rigenerativa, il cosiddetto "ringiovanimento" dei genitali maschili e femminili, nuovo capitolo di medicina estetica, sul quale ci soffermeremo più ampiamente in un prossimo articolo.

Ritornando al trattamento delle aree del viso, volendo considerare per brevità di esposizione solo il sesso femminile, ci soffermeremo brevemente sulle due regioni per le quali, più di altre, viene richiesto al chirurgo plastico una correzione migliorativa: gli zigomi e le labbra.

Sollevare gli zigomi, se fatto correttamente, serve a donare a tutto il viso una sobria e misurata ritrovata freschezza e naturalezza.

Con l'impianto del filler il terzo medio del viso viene ridefinito; il rinnovato "balcone" zigomatico, con la sua ristrutturazione, attenua bene tutte le rughe più profonde; la pelle mostra un aspetto più luminoso; la mimica facciale si addolcisce e l'espressione triste si riduce.

È fondamentale, proprio per questa regione, infiltrare prodotti a viscosità diversa e con tecnica multi-layer.

È importantissimo non esagerare mai nella quantità complessiva del prodotto impiantato, per non provocare ciò che viene definito "**effetto a palloncino**".

Con il soggetto in piedi, o seduto, si ipotizza il giusto progetto strutturale. Subito dopo si confronta lo stesso programma di sostegno tissutale con il paziente sdraiato, per apportare, se necessario, possibili variazioni iniettive. A questo punto si individuano e si segnano i punti di accesso dell'ago.

Tutta la procedura deve evitare di formare due "ammassi zigomatici" freddi e tozzi, che hanno reso, e rendono ancora, molto spesso impresentabili ragazze giovani e graziose, splendide attrici e modelle, signore di aspetto ancora gradevole.

Passiamo ora ad illustrare sinteticamente le metodiche per l'aumento volumetrico e la definizione dei contorni labiali.

Si ha ragione di credere che è tramontata la stagione delle tanto volgari, quanto diffuse "**labbra a canotto**" o "a camera d'aria", che viaggiano spesso in buona compagnia della pessima variante delle labbra dette (nella versione meno triviale) "labbra a papera".

I canoni estetici auspicano che il volume delle labbra sia lo stesso, in proporzione, sia per le superiori che per le inferiori. Se non dispiace, è ammessa una leggera differenza in più a favore del labbro inferiore.

Come i corsi e i ricorsi della storia dimostrano, i medici estetici più autorevoli hanno rivalutato la vecchia tecnica "**Paris lips**", nata alla fine degli anni Ottanta. Prevede l'aumento, dei contorni superiore e inferiore delle labbra, con la ridefinizione marcata della delicata ed elegante fossetta tra naso e labbro.

Ma oggi va di moda una nuova tecnica, che vuole riprodurre il modello delle labbra distintive dell'etnia delle donne russe. Tale prototipo di labbra prende il nome di "**Russian lips**".

A differenza del modello Paris lips, il Russian lips prevede di marcare spiccatamente il bordo rosso, trascurando di esaltare la definizione del filtro e dell'arco di Cupido.

Per avere risultati estetici finali che risultino non artefatti, per una proiezione naturale delle prominenze labiali, le due metodiche possono, e forse devono, essere integrate, cogliendo gli aspetti migliorativi dell'una e dell'altra tecnica, con un effetto finale come quello riportato accanto, che sembra essere molto naturale e non appariscente.



PARIS LIPS



RUSSIAN LIPS



PRIMA E DOPO

Dott. **Salvatore Comitini**
Chirurgo plastico

