



**MATERIALES AUTLOGOS PARA RELLENOS FACIALES
FACIAL FILLERS DOR MATERIALS AUTOLOGOS**

Gladys Velazco

**Centro de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de
Los Andes, Mérida Venezuela.**

Email: gvelazco@ula.ve

Existen muchos materiales de origen autólogo o heterólogo que pueden no ser alérgenos y ni causar Alogenosis iatrogénica. El plasma rico en factores en fibrina es un hemoderivado autólogo con altas concentraciones plaquetarias, que se utiliza para dirigir y maximizar la reparación de heridas tanto quirúrgicas como no quirúrgicas. Los principales componentes son el factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento transformador tipo beta, factores de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento fibroblástico y factores de crecimiento insulínico tipo I. Estos factores promueven las síntesis de matriz extracelular, estimulan la síntesis de colágeno tipo I, fibronectina y osteonectina, sedimentación de matriz extracelular y quimiotaxis, disminuyen la síntesis de metaloproteínas y de factor activador de plasminógeno, con lo cual disminuye la destrucción de matriz extracelular. Se promueve la reparación y regeneración celular estimulando la mitosis y migración celular, así como promoviendo la síntesis de proteínas como la fibronectina. Contiene también agentes quimiotácticos para células vasculares endoteliales, promoviendo así la neovascularización de la herida. Se ha observado acción proangiogénica por acción quimiotáctica sobre células endoteliales. El PRF se ha utilizado principalmente por cirugía maxilofacial y dental para la reparación de defectos provocados por la extracción dental o resección tumoral, así como para alveoloplastia. Otras especialidades han estudiado su efecto en procedimientos quirúrgicos,



como son la acromioplastía²⁵, artroscopía, ritidectomía con injertos de grasa heridas de piel²⁸ e infiltración por lesión de ligamento de tobillo, donde reportan aceleración en la cicatrización y disminución del riesgo de infección, menores molestias posquirúrgicas y recuperación más rápida. La fibrina (polímero del fibrinógeno) es una malla proteica constituyente del tapón hemostático. Esta red se caracteriza principalmente por su estructura espacial, las dimensiones de sus fibras, el grado de ramificación, porosidad, elasticidad y rigidez, propiedades que dependen de factores como temperatura, concentración de iones y otras sustancias plasmáticas, pero principalmente de fibrinógeno, trombina y factor XIII. Cuando aumentan las concentraciones de fibrinógeno o trombina, las redes de fibrina son más densas, de menor porosidad y formadas por fibras más cortas. La fibrina tiene una importante función como cofactor de la fibrinolisis. La activación del plasminógeno y la acción de la plasmina sobre la fibrina dependen de la estructura de la red. Las redes compactas son lisadas más lentamente, mientras que dentro del mismo gel, las fibras delgadas son disueltas antes que las gruesas. Por otra parte, fibras gruesas resultan mejores cofactores de la activación del plasminógeno. Conocer estos factores y la técnica de obtención nos proveerá de un material autólogo fabuloso para el relleno facial, sin contraindicaciones y favorablemente aceptado por el paciente.

REFERENCIAS

1. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology and surgical management. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87:1041—7.
2. Emory Jr RE, Clay RP, Bite U, Jackson IT. Fistula formation and repair after palatal closure: an institutional perspective. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:1535—8.





3. Smith DM, Vecchione L, Jiang S, Ford M, Deleyiannis FW, Haralam MA, et al. The Pittsburgh fistula classification system: a standardized scheme for the description of palatal Fistulas. Cleft Palate Craniofac J. 2007;44:590—4.
4. Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, Johns DF, LeBlanc D, Beran SJ, et al. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palatal repair. Plast Reconstr Surg. 2001;108:1515—8.

