Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co

Revision

Capas faciales

Facial layers

Mauricio Suárez Guerra, Natalie Herreros***

* *Otorrinolaringólogo, Universidad San Martín. Magíster en Medicina Estética, Universidad de Alcalá de Henares, España. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0213-7935*

** *Medicina general, Universidad San Martín, Bogotá, Colombia. Magíster en Medicina Estética, Universidad de Alcalá de Henares, España.* ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4725-1120

Cómo de citar: Suárez-Guerra M, Herreros N. Capas faciales. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2026;54(4):336-342. DOI: https://doi.org/10.37076/acorl.v54i4.840

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido: 14 de marzo de 2025
Evaluado: 22 de julio de 2026
Aceptado: 31 de agosto de 2026

Palabras clave (DeCS):
Anatomía regional, cara, estética, sistema músculo-aponeurótico superficial.

RESUMEN

Introducción: Integrar la organización anatómica por capas de las regiones faciales y relacionar cada plano con las estructuras nerviosas, ligamentarias y musculares relevantes para la planificación y la prevención de complicaciones en procedimientos estéticos. *Métodos:* Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en bases de datos como PubMed y Ovid, desde 2015 hasta 2024, con énfasis en la anatomía facial y sus implicaciones en los procedimientos estéticos. *Síntesis:* La evidencia se organizó por capas anatómicas y se detallan la epidermis, la dermis, el tejido subcutáneo, el sistema musculoaponeurótico superficial, las fascias y los músculos. *Conclusión:* La comprensión estandarizada de la anatomía por planos faciales orienta la planificación quirúrgica y estética y reduce el riesgo de complicaciones vasculares y nerviosas.

Correspondencia:
Mauricio Suárez Guerra
Dirección: Torre Jasban, calle 106 #23-61, consultorio privado 205. Bogotá, D. C., Colombia.
Teléfono: +57 316 5799599.
Correo electrónico: agendadrsuarez@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To integrate the layered anatomical organization of the facial regions and relate each plane to the vascular, neural, ligamentous, and muscular structures relevant to the planning and prevention of complications in aesthetic procedures. *Methods:* A narrative review of the scientific literature was conducted using databases such as PubMed and Ovid from 2015 to 2024, emphasizing facial anatomy and its implications in aesthetic procedures. *Synthesis:* The evidence was organized by anatomical layers, detailing the epidermis, dermis, subcutaneous tissue, superficial musculoaponeurotic system, fasciae, and muscles. *Conclusion:* A standardized understanding of facial anatomy by planes guides surgical and aesthetic planning, reducing the risk of vascular and neural complications.

Key words (MeSH):
Regional anatomy, face, esthetics, superficial musculoaponeurotic system.

Introducción

La evolución de la medicina estética en los últimos años ha sido exponencial y ha permitido ofrecer una amplia variedad de procedimientos estéticos, en su mayoría mínimamente invasivos, que mejoran de forma visible el proceso de envejecimiento. Entre las técnicas más solicitadas se encuentran los procedimientos mínimamente invasivos, como el uso de rellenos dérmicos y los neuromoduladores, que permiten obtener resultados efectivos con tiempos de recuperación reducidos.

El envejecimiento facial es un proceso complejo que afecta todas las capas anatómicas, desde la piel hasta el hueso. Se caracteriza por la pérdida progresiva de elasticidad dérmica, la disminución de la capacidad de los fibroblastos para producir colágeno, la redistribución o atrofia del tejido graso, la reabsorción ósea y el debilitamiento muscular y ligamentario. Estos cambios contribuyen a la formación de arrugas, la pérdida de volumen y la flacidez, lo que afecta la estructura y la apariencia del rostro (1).

El conocimiento anatómico es crucial para aumentar la seguridad y la efectividad de los tratamientos estéticos. El sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS), una capa clave en la anatomía facial, ha sido objeto de múltiples estudios por su importancia en procedimientos como los hilos de suspensión y el lifting facial. Sin embargo, la literatura científica sugiere que el SMAS no es una estructura uniforme en todas las áreas del rostro, lo que aumenta los desafíos técnicos de las intervenciones estéticas (**Figura 1**) (2).

Los avances tecnológicos, como la ecografía en tiempo real, han revolucionado la práctica estética al permitir visualizar las estructuras faciales durante los procedimientos, lo que mejora la precisión y minimiza los riesgos. Asimismo, el desarrollo de modelos anatómicos tridimensionales ha facilitado el entrenamiento de los profesionales y una comprensión más integral de las capas faciales y sus interacciones (3-5).

Este artículo busca destacar la importancia de comprender la organización por capas de las estructuras anatómicas, con énfasis en la aplicación de técnicas de medicina y cirugía estética facial y en el impacto de las nuevas tecnologías.

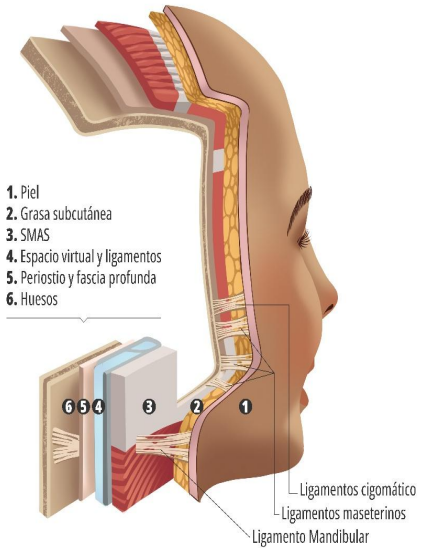


Figura 1. Representación esquemática de la organización por capas de la anatomía facial y los planos de disección. Figura elaborada por los autores con base en (2).

Objetivo

El objetivo principal de este artículo es integrar la organización anatómica por capas de las regiones faciales. Como objetivo secundario, se busca describir las implicaciones de esta arquitectura anatómica como apoyo fundamental para la planificación en procedimientos de medicina y cirugía estética facial.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en bases de datos académicas como PubMed y Ovid, con el fin de identificar la evidencia más relevante sobre la anatomía facial y sus implicaciones en los procedimientos estéticos y quirúrgicos.

La búsqueda se limitó a publicaciones de 2015 a 2024. Se incluyeron artículos revisados por expertos que abordaban tanto estudios anatómicos de disección cadavérica como

investigaciones clínicas sobre la arquitectura facial por planos, las estructuras de retención ligamentaria y las zonas de riesgo nervioso. El análisis de la literatura se centró en integrar la información anatómica fundamental para orientar la planificación técnica de la aplicación de rellenos dérmicos, neuromoduladores y lifting facial.

Resultados

La anatomía facial es un aspecto crucial en la medicina y la cirugía estética, ya que un conocimiento profundo de las estructuras faciales y de su interacción con los procedimientos estéticos es esencial para realizar tratamientos seguros y efectivos. El análisis anatómico del rostro incluye la piel, los músculos faciales, los nervios, los vasos sanguíneos, los huesos, los ligamentos y la distribución de la grasa facial. Estos componentes interrelacionados determinan el éxito o el fracaso de los procedimientos estéticos. Diversos estudios han profundizado en la anatomía facial e identificaron áreas de interés y estrategias para optimizar los resultados de tratamientos como la aplicación de rellenos dérmicos, toxina botulínica y lifting facial, entre otros.

Capa I: piel

Las características de la piel, como el color, el grosor y la adherencia subcutánea, varían según la región. En la región infraorbitaria, medial a la línea media pupilar, la piel es fina, transparente y está íntimamente adherida al músculo orbicular de los párpados. En la región bucal y parotidomasetérica, la piel se encuentra sobre una capa de grasa subcutánea de grosor variable y tiene conexiones laxas con los músculos de la expresión facial. En la región perioral, está conectada directamente con estos músculos, sin una capa de grasa subcutánea (1).

La piel humana está formada por varias capas que interactúan entre sí y cumplen diversas funciones, como la protección mecánica, la hidratación, la fotoprotección, la inmunovigilancia y la regeneración celular. A continuación, se describen las principales capas de la piel facial, con énfasis en su influencia en los tratamientos estéticos.

Epidermis

La epidermis es la capa más superficial de la piel. Más del 90% de sus células son queratinocitos, que tienen forma de ladrillos y están rodeados por una estructura lipídica que actúa como cemento y forma la barrera cutánea. Esta barrera limita la entrada de partículas y la pérdida de agua. Los queratinocitos forman una barrera protectora contra agentes externos, como la contaminación y los microbios, a través de mediadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), la molécula 1 de adhesión intercelular (ICAM-1) y el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC).

Desde el punto de vista farmacológico, la barrera permite la entrada de sustancias tópicas lipofílicas y evita la de sustancias hidrófilas. La capa de lípidos está compuesta por ceramidas (50%), colesterol (35% a 40%) y ácidos grasos libres (10% a 15%); cualquier cambio en estas proporciones altera la barrera cutánea (6). La epidermis se renueva constantemente y tiene un grosor variable según la ubicación en el rostro. En los procedimientos estéticos, como los peelings químicos, el uso de láseres fraccionados y microagujas, y la limpieza con alcoholes, jabones y agua, la epidermis es la primera capa afectada, lo que crea espacios para el paso de las sustancias aplicadas. Las tecnologías modernas permiten tratarla sin comprometer las capas más profundas, lo que ayuda a mejorar la textura y la apariencia de la piel (**Figura 2**).

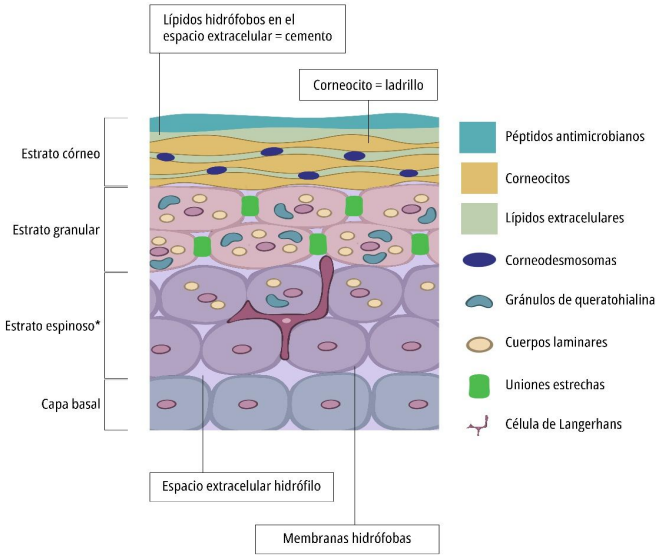


Figura 2. Representación esquemática de la estructura y organización del estrato córneo como barrera cutánea. Figura elaborada por los autores con base en (6).

Además de los queratinocitos, en esta capa se encuentran los melanocitos, las células de Langerhans y las células de Merkel.

Melanocitos

Los melanocitos son células dendríticas derivadas de la cresta neural que residen entre las células de la capa basal de la epidermis y corresponden aproximadamente al 10% de las células de esta capa. También se encuentran en el bulbo piloso y en la vaina radicular externa de los folículos pilosos. Sus dendritas se extienden a lo largo de la epidermis y están en contacto con los queratinocitos, con los que forman la unidad melaninoepidérmica. Los queratinocitos absorben los melanosomas presentes en el citoplasma de los melanocitos, que proporcionan las características del color de la piel.

Células de Langerhans

Las células de Langerhans son células dendríticas localizadas en el estrato espinoso. Pertenecen al linaje monocito-macrófago y se originan en la médula ósea. Participan en el reconocimiento, la captación, el procesamiento y la presentación de antígenos a los linfocitos T. Son importantes en la inmunidad humoral y la sensibilidad retardada.

Células de Merkel
Las células de Merkel tienen su origen en la cresta neural y se encuentran en la capa basal de la epidermis, en la mucosa oral y en el bulbo del folículo piloso. Su función no está clara; se supone que actúan como receptores táctiles rudimentarios y que tienen una función neurosecretora.

Dermis papilar

La dermis papilar es una capa delgada ubicada justo debajo de la epidermis. Contiene fibras colágenas y elastina distribuidas de forma laxa, responsables de la elasticidad y la firmeza de la piel. También alberga los vasos sanguíneos y los nervios que permiten la nutrición y la sensibilidad cutáneas.

En los tratamientos estéticos, los rellenos dérmicos de tipo skinbooster o los bioestimuladores pueden dirigirse a esta capa para mejorar la firmeza de la piel y atenuar las arrugas finas. Los rellenos dérmicos, como los elaborados a base de ácido hialurónico, se aplican en esta capa para restaurar el volumen y suavizar las arrugas superficiales. Además, la dermis papilar desempeña un papel clave en la cicatrización de heridas y en la regeneración de la piel tras las intervenciones (3).

Dermis reticular

La dermis reticular es la capa más profunda de la dermis y se encuentra superficial a la capa grasa subcutánea. Contiene una red más densa de fibras colágenas, predominantemente de los tipos I y III, además de fibras elásticas. El colágeno IV forma parte de la membrana basal y el colágeno VII participa en las fibrillas de anclaje de la unión dermoepidérmica. Esta capa proporciona estructura y soporte a la piel, y su integridad es fundamental para la apariencia juvenil del rostro.

En los tratamientos estéticos, como los rellenos dérmicos de tipo skinbooster, los bioestimuladores o los injertos de grasa, la dermis reticular se ve directamente afectada. Estas intervenciones tienen como objetivo restaurar el volumen facial y corregir la flacidez que puede aparecer con la edad. La aplicación de rellenos en la dermis reticular busca restaurar la forma, la densidad y el volumen perdidos por factores como la edad o la pérdida de grasa facial. La toxina botulínica puede tener un impacto indirecto en esta capa al aliviar la tensión muscular, lo que permite una mejor distribución de los productos en la dermis. Un conocimiento preciso de esta capa permite realizar tratamientos que devuelvan la firmeza sin comprometer las funciones estructurales de la piel (7).

Capa II

Hipodermis o capa subcutánea
La hipodermis, también conocida como capa subcutánea, es la capa más profunda de la piel. Está compuesta principalmente por lóbulos de células grasas o lipocitos, separados por tabiques fibrosos compuestos por colágeno y grandes vasos sanguíneos (7, 8). Esta capa actúa como aislante térmico, tiene una función hormonal y protege los órganos internos de los golpes y traumatismos. La hipodermis o capa grasa subcutánea proporciona soporte y estructura al rostro.

Con el envejecimiento, la pérdida de volumen en esta capa contribuye a la aparición de surcos y arrugas. Los rellenos dérmicos, como los basados en ácido hialurónico o hidroxiapatita de calcio, son fundamentales en esta capa para restaurar el volumen perdido y mejorar el contorno facial, porque estimulan al fibroblasto en la producción de colágeno, especialmente en áreas como las mejillas y las líneas de marioneta.

Capa III

La tercera capa facial recibe su nombre según la región en la que se encuentra y cambia de aspecto y grosor: es una fascia en la región frontal, tiene un aspecto fibroso y graso en la región facial y adopta la forma de un músculo delgado y extenso en el cuello. Puede imaginarse como una gran sábana situada debajo de la grasa subcutánea que cubre estructuras de la cara, el cuello y el cuero cabelludo. Sus características se describen a continuación por regiones:

- Región temporal
- Región frontal
- Región facial
- Región del cuello.

En las regiones frontal y temporal recibe el nombre de fascia temporal superficial; en el tercio medio facial se convierte en el SMAS y, en el cuello, en el músculo platisma.

Región temporal y frontal

La fascia temporal superficial es la continuación del SMAS del tercio medio de la cara. Discurre por debajo de la grasa subcutánea y por encima del espacio de tejido laxo que cubre la fascia temporal profunda. Es una estructura muy importante porque, por debajo y en íntima relación con ella, discurren el nervio facial y la arteria temporal superficial. Es una capa delgada, de color blanco nacarado y ligeramente transparente. Hacia medial presenta un engrosamiento que forma el tabique temporal superior, el cual forma parte de los ligamentos de suspensión de la cara. Hacia abajo presenta otro engrosamiento que forma el tabique temporal inferior, importante en los procedimientos de suspensión de la cola de la ceja. Hacia la frente, esta capa forma la galea aponeurótica que cubre el músculo frontal (**Figura 3**).

Región facial

Sistema musculoaponeurótico superficial
El SMAS es una capa de tejido fibroadiposo que se continúa en sentido cefálico con la fascia temporal superficial y, distalmente, con el músculo platisma. En su territorio recubre la musculatura facial. Actúa como una capa de soporte entre

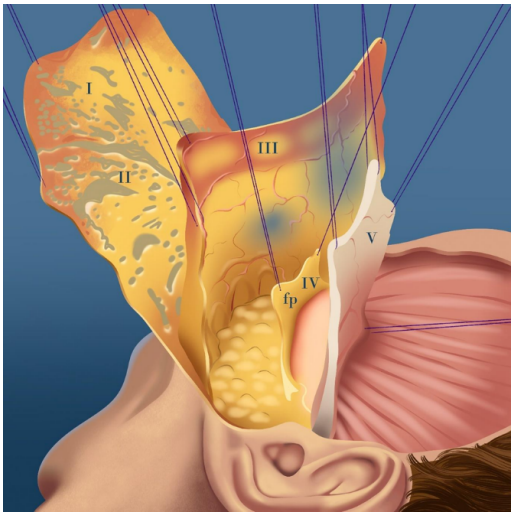


Figura 3. Representación esquemática de las capas anatómicas de la región temporal en disección cadavérica. Se observan los planos I (piel), II (tejido subcutáneo), III (fascia temporal superficial), IV o fp (cojinete graso temporal) y V (fascia temporal profunda). Figura elaborada por los autores con base en (9).

los músculos faciales y las estructuras cutáneas superficiales. En la región lateral o preauricular se logra una disección subcutánea fácil, que separa la piel por encima y el SMAS de la fascia parotidomaseterina por debajo. Sin embargo, al aproximarse a la línea media, se encuentra una referencia anatómica trazada por una línea que va desde el canto lateral hasta el ligamento mandibular, a nivel de la parasínfisis mentoniana. En esta línea se encuentran los ligamentos de suspensión, entre los que destacan el cigomático, el orbitario y el mandibular. Estas estructuras delimitan el borde lateral de la cara móvil (medial). Estos ligamentos son osteocutáneos; entre ellos se encuentran otros ligamentos de suspensión, los maseterinos (**Figura 4**).



Figura 4. Representación esquemática de la elevación quirúrgica del sistema musculoaponeurótico superficial. Se ilustra la tracción anterior del colgajo para exponer la arquitectura del plano profundo y sus relaciones anatómicas con la glándula parótida, el músculo masetero y el recorrido de las ramas del nervio facial. Figura elaborada por los autores con base en (8).

Región cervical

Músculo platisma

El músculo platisma es una continuación del SMAS en el cuello. Discurre por debajo de la capa de grasa subcutánea y por encima de la fascia cervical profunda. Se inserta inferior a nivel de la clavícula y, en sentido cefálico, pasa por el reborde mandibular y se fusiona con el SMAS hasta llegar al tercio medio facial.

Capa IV

Es un espacio laxo situado por debajo de la fascia temporal superficial, del SMAS y del músculo platisma. En la región temporal presenta una capa de grasa que es continuación de la grasa periorbitaria. Su fácil disección permite determinar un espacio seguro durante la disección de la fascia temporal profunda en procedimientos de lifting facial o de inyección de material de relleno en la fosa temporal (2).

Capa V

Esta capa tiene características propias según la región en la que se encuentra.

Fascia temporal profunda

La fascia temporal profunda se encuentra por debajo del espacio laxo (capa IV) y por encima del músculo temporal. En su tercio inferior, antes de llegar al arco cigomático, se divide en dos hojas: una fascia temporal profunda superficial y otra fascia temporal profunda. Entre ambas se encuentra un paquete de grasa profundo que comunica este espacio con la grasa de Bichat.

Fascia parotidomaseterina

Esta capa transparente, laxa y muy delgada cubre la parótida, la emergencia del conducto parotídeo y el nervio facial. También cubre el músculo masetero, un punto de referencia importante para los procedimientos de lifting facial profundo. Más hacia medial se pierde la referencia; asimismo, el SMAS pierde grosor y densidad, lo que permite que la grasa superficial y la profunda se fusionen.

Fascia cervical profunda

En el cuello, esta fascia pasa por debajo del músculo platisma y cubre las estructuras musculares, vasculares y nerviosas.

Discusión

La piel facial tiene una estructura compleja y multifacética que desempeña un papel esencial en los procedimientos estéticos. El conocimiento de la anatomía facial ha evolucionado significativamente, lo que ha permitido mejorar la precisión y la seguridad. Las capas de la piel y los tejidos subyacentes tienen funciones cruciales que los médicos deben comprender

para evitar complicaciones y lograr los resultados esperados.

La epidermis, la capa más externa, es fundamental para la protección de la piel, y su integridad es esencial para el éxito de los procedimientos estéticos. Por otro lado, los rellenos dérmicos, que se inyectan principalmente en la dermis papilar y reticular, actúan sobre la estructura interna de la piel para restaurar el volumen y mejorar la apariencia de las arrugas. Sin embargo, no son menos importantes los rellenos dérmicos de planos profundos, cuya finalidad es reforzar la flacidez de los ligamentos de suspensión o llenar los espacios dejados por la atrofia grasa o la resorción ósea. Estos tratamientos tienen un impacto directo en la calidad estética y la redensificación de la piel, y su efectividad depende de una comprensión detallada de la anatomía facial.

La hipodermis o capa subcutánea, que contiene grasa, desempeña un papel fundamental en el contorno facial. La pérdida de volumen en esta capa es una de las principales causas del envejecimiento facial y contribuye a la flacidez y a la aparición de surcos. El SMAS es otro componente crucial que debe considerarse en procedimientos quirúrgicos como el lifting facial.

Los cambios en los tejidos profundos relacionados con el envejecimiento, como la resorción ósea, la atrofia o el desplazamiento de los paquetes grasos y la flacidez de los músculos y los ligamentos de suspensión, pueden contrarrestarse con sustancias de relleno o procedimientos de lifting facial. Mediante diferentes técnicas, estos procedimientos pueden reubicar los tejidos en un plano más adecuado para rejuvenecer el rostro.

El estudio de los nervios faciales es igualmente esencial para la medicina y la cirugía estética. Comprender su localización permite a los profesionales evitar efectos adversos durante los procedimientos estéticos.

En resumen, la medicina y la cirugía estética deben basarse en un conocimiento detallado de la anatomía facial para lograr resultados efectivos y seguros.

Conclusión

La medicina y la cirugía estética facial han evolucionado considerablemente y ofrecen múltiples tratamientos. La disponibilidad de procedimientos más seguros y efectivos depende del estudio detallado de las estructuras. El conocimiento de las capas de la piel, los músculos faciales, los nervios y los vasos sanguíneos es esencial para aplicar de manera adecuada procedimientos como el lifting facial, los rellenos dérmicos y la toxina botulínica.

El conocimiento de la anatomía y la experiencia del profesional son determinantes para evitar estos efectos adversos y obtener resultados exitosos. La incorporación de tecnologías como los modelos anatómicos tridimensionales y la ecografía ayuda a personalizar los tratamientos. Estas herramientas permiten adaptar los procedimientos a las necesidades específicas de cada paciente, lo que mejora la precisión y la seguridad. En conclusión, dominar la anatomía facial y aplicar correctamente las técnicas de medicina y cirugía estética son cruciales para ofrecer tratamientos efectivos y seguros.

Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención, beca o financiación específica de agencias de los sectores público, comercial o sin fines de lucro. La revisión y la preparación del manuscrito se realizaron enteramente con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés financiero, comercial, personal o profesional que pudiera haber influido en la redacción, los resultados o la interpretación de esta revisión.

Declaración de autoría

El Dr. Mauricio Suárez-Guerra fue el responsable de la conceptualización, la redacción principal del manuscrito y la elaboración original de las ilustraciones anatómicas. La Dra. Natalie Herreros contribuyó sustancialmente en la investigación bibliográfica, la estructuración y organización del documento, así como en la revisión y corrección de las ilustraciones. Ambos autores han participado activamente en el desarrollo de este trabajo, y han leído y aprobado la versión final del manuscrito para su publicación

Consideraciones éticas

Dado que este artículo corresponde a una revisión narrativa de la literatura científica, no involucró la participación directa de seres humanos ni animales, ni la extracción de datos clínicos individuales o historias clínicas. Por tanto, de acuerdo con las normativas de investigación vigentes, este trabajo está exento de evaluación por un comité de ética de investigación y no requiere consentimiento informado. Todo el material gráfico presentado corresponde a esquemas e ilustraciones de elaboración propia basadas en fuentes bibliográficas previamente publicadas, debidamente referenciadas y acreditadas en el texto

REFERENCIAS

1. Cotofana S, Fratila AA, Schenck TL, Redka-Swoboda W, Zilinsky I, Pavicic T. The anatomy of the aging face: a review. Facial Plast Surg. 2016;32(3):253-60. Disponible en: https://doi.org/10.1055/s-0036-1582234
2. Minelli L, van der Lei B, Mendelson BC. The deep fascia of the head and neck revisited: relationship with the facial nerve and implications for rhytidectomy. Plast Reconstr Surg. 2024;153(6):1273-88. Disponible en: https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000010556
3. Cotofana S, Lowrey N, Frank K, Ziebart R, Guertler A, Freytag L, et al. Vascular safe zones for facial soft tissue filler injections. Plast Aesthet Nurs (Phila). 2022;42(4):238-45. Disponible en: https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000480
4. von Arx T, Tamura K, Yukiya O, Lozanoff S. The face -

A vascular perspective. A literature review. Swiss Dent J. 2018;128(5):382-92. Disponible en: https://doi.org/10.61872/sdj-2018-05-405
5. Schelke L, Farber N, Swift A. Ultrasound as an educational tool in facial aesthetic injections. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022;10(12):e4639. Disponible en: https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004639
6. Schmuth M, Elias PM, Franz TJ, Tsai JC, Menon GK, Feingold KR. Barrera cutánea. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editores. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2176-84.
7. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. 13.ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1-10.
8. Stuzin JM. Facelift: The extended SMAS technique in facial rejuvenation. En: Neligan PC, editor. Plastic surgery. Vol. 2: Aesthetic. 4.ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 219-35.
9. Sykes JM, Cotofana S, Trevidic P, Solish N, Carruthers J, Carruthers A, et al. Upper face: clinical anatomy and regional approaches with injectable fillers. Plast Reconstr Surg. 2015;136(5 Suppl):204S-18S. Disponible en: https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001830