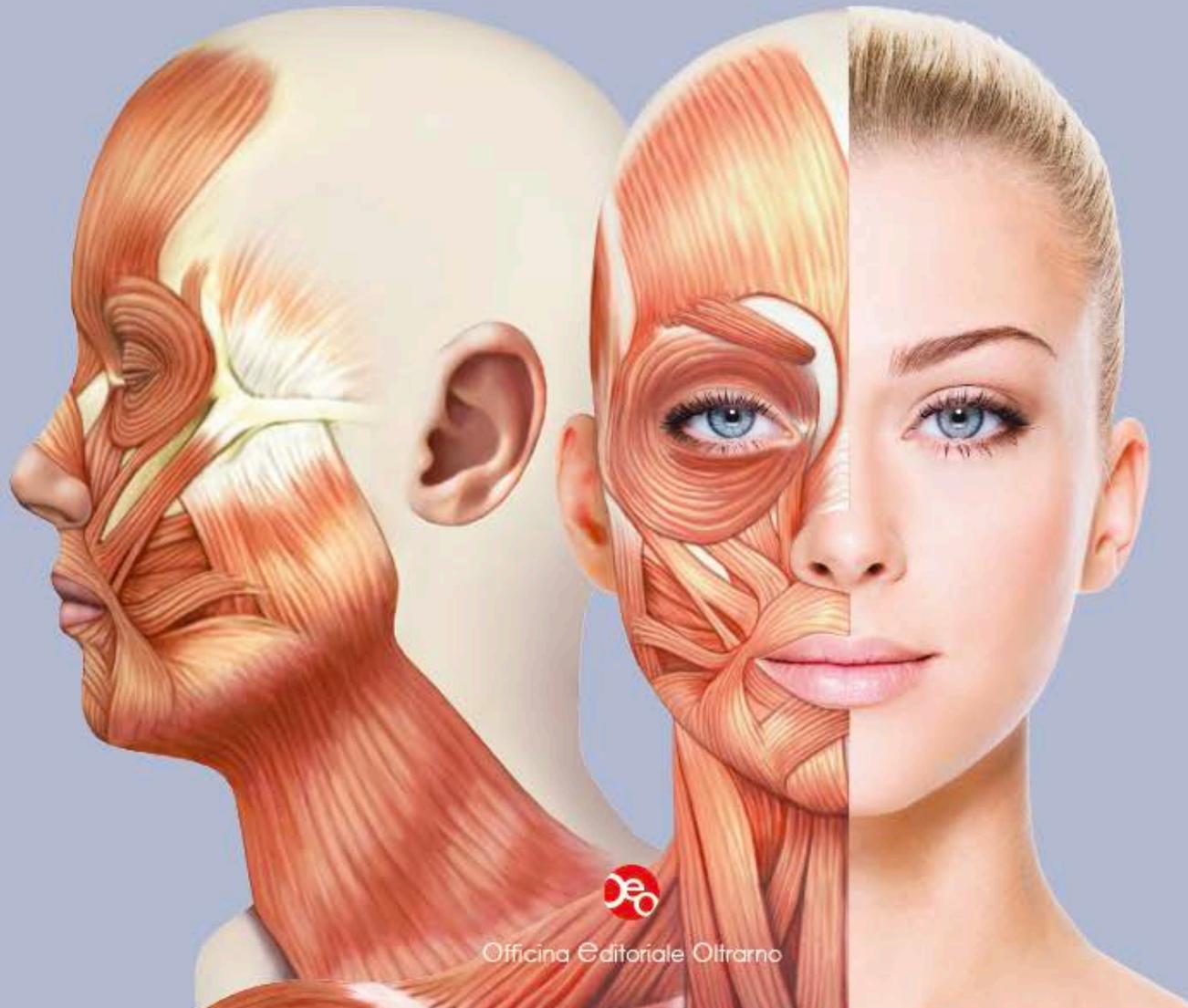


SALVATORE PIERO FUNDARÒ

FACE FILLER

TAVOLE ANATOMICHE E TECNICHE INIETTIVE

Presentazione di Giovanni Salti



Officina Editoriale Oltrarno

FACE FILLER

TAVOLE ANATOMICHE E TECNICHE INIETTIVE

Salvatore Piero Fundarò

Copyright © 2025, Officina Editoriale Oltrarno S.r.l. - Firenze

Questo libro è protetto da copyright. Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta in qualsiasi forma o attraverso qualsiasi mezzo, compresa la fotocopiatura, o utilizzata attraverso qualsiasi altro mezzo di informazione. La Casa Editrice si riserva il diritto di promuovere, a sua tutela, azioni legali, verso coloro che arbitrariamente non si adeguano a tale norma. Inoltre, il redattore, gli autori e l'editore non sono responsabili degli errori o delle omissioni o di alcune conseguenze dall'applicazione delle informazioni in questo libro e non garantiscono, in maniera espressa o implicita, la totalità, l'esattezza e la completezza del contenuto della pubblicazione. L'applicazione di queste informazioni rimane responsabilità professionale del medico.

L'Editore

Progetto editoriale:

Davide Di Maggio
davide@oecofirenze.com

Supervisione anatomica:

Salvatore Piero Fundarò

Disegni anatomici:

Valerio Cioni

Impaginazione e Pagina Web:

Roberta Dolce

Customer management:

Andrea Ortolani
andrea@oecofirenze.com

Segretaria di produzione:

Carlotta Cirri
carlotta@oecofirenze.com

ISBN: 9791280318411

Officina Editoriale Oltrarno S.r.l. - Firenze

www.oecofirenze.com - info@oecofirenze.com



OEO è una casa editrice a impatto zero e tutti i suoi libri sono stampati a Firenze su carta FSC® (Forest Stewardship Council®).



SALVATORE PIERO FUNDARÒ

FACE FILLER

TAVOLE ANATOMICHE E TECNICHE INIETTIVE

Presentazione di
Giovanni Salti



Officina Editoriale Oltrarno

PRESENTAZIONE



Salvatore Piero Fundarò, oltre che essere un caro amico, è riconosciuto a livello internazionale come uno dei massimi esperti di medicina e chirurgia estetica. Il dottor Fundarò ha dedicato l'intera sua carriera professionale allo studio e alla pratica delle tecniche infiltrative, affinando metodi e logiche iniettive che derivano dalla sua formazione chirurgica, e mette a disposizione del lettore la sua vasta esperienza e competenza nel settore.

Questo libro è stato concepito come una guida esaustiva e dettagliata, pensata per i professionisti del settore medico-estetico. Attraverso un approccio prevalentemente iconografico, il libro illustra in maniera chiara e precisa le diverse aree anatomiche e le rispettive tecniche di iniezione. Ogni sezione è arricchita da immagini dettagliate e descrizioni accurate, offrendo un'analisi visiva e tecnica delle procedure iniettive descritte.

Il lettore potrà esplorare le tecniche attualmente più corrette ed aggiornate che traggono le loro basi concettuali da un dettagliato studio anatomico. Dalla comprensione della struttura anatomica delle aree trattate, fino alla scelta degli strumenti e delle metodologie più appropriate, questo libro rappresenta uno strumento indispensabile per chi

desidera eccellere nella pratica della medicina estetica, al fine di offrire ai propri pazienti risultati naturali e armoniosi.

Con l'aiuto del testo, sarete guidati attraverso le complessità delle tecniche di iniezione, imparando a padroneggiare i metodi che possono fare la differenza nella pratica clinica quotidiana. Questo libro non è solo una raccolta di informazioni, ma un compagno prezioso per chiunque voglia approfondire la propria conoscenza e migliorare le proprie competenze professionali. Ognuno, dal principiante al professionista esperto, troverà in questo testo un alleato prezioso per arricchire la propria pratica e offrire ai pazienti il miglior risultato possibile.

Il testo è scritto con chiarezza e senza inutili ridondanze, in modo da rendere il vostro viaggio educativo sicuro e certo, grazie alla guida di esperienza e competenza di chi ha alle spalle un grandissimo numero di procedure eseguite, come Salvatore Piero Fundarò.

*Giovanni Salti MD
Presidente dell'Associazione Italiana
Terapia Estetica Botulino (A.I.T.E.B)*

INTRODUZIONE

Il volume FACE FILLER con le sue tavole anatomiche per i trattamenti con filler a base di acido ialuronico rappresenta nel panorama medico scientifico un'iniziativa editoriale estremamente utile e ambiziosa, con un potenziale impatto significativo sulla pratica medico estetica.

Il testo non ha la finalità di essere esaustivo sull'argomento ma intende sottolineare la stretta correlazione tra l'anatomia per strati del volto e le tecniche iniettive dei filler.

La conoscenza anatomica e l'approccio strategico affrontate nel libro portano il lettore a una pianificazione ragionata delle modalità d'inoculo e a una comprensione delle esigenze pratiche e teoriche del trattamento del volto con dermafiller e filler volumizzanti. Tale approccio è difatti fondamentale, non solo per garantire risultati ottimali, ma anche per prevenire complicazioni.

Alle tavole s'integrano i video delle tecniche iniettive e le foto dei casi clinici relativi alle diverse regioni del volto, il volume fornisce una visualizzazione chiara delle strutture anatomiche coinvolte nei trattamenti estetici, come vasi sanguigni, nervi e compartimenti adiposi, facilitando così una pianificazione più precisa e sicura.

Inoltre, l'approccio anatomo-chirurgico, che implica una comprensione dettagliata dei vari piani anatomici, consente ai medici di personalizzare i trattamenti in base alle caratteristiche individuali di ciascun paziente, migliorando così l'efficacia e riducendo i rischi.

L'individuazione del filler a base di acido ialuronico indicato per ciascun piano d'inoculo è attuata utilizzando il parametro reologico del modulo elastico (G'). Tale parametro non è sicuramente esaustivo per descrivere complessivamente le caratteristiche reologiche del filler, ma è in grado di fornire indicazioni inerenti la "consistenza" e la "durezza" del gel e le sue capacità volumizzanti. Nel testo sono menzionati 6 differenti gradi di elasticità (G'): molto basso (o bassissimo) G' , basso G' , medio-basso G' , medio G' , alto G' e altissimo G' . La terminologia utilizzata ha la finalità di fornire un riferimento utile per individuare il filler ottimale in base alle abitudini ed esperienze individuali.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di elevare in modo significativo gli standard di sicurezza e professionalità nella medicina estetica, promuovendo sia l'innovazione che la formazione continua. Buona lettura!



*Salvatore Piero Fundarò MD
Fondatore e past-president dell'Associazione
Italiana Terapia Estetica Botulino (A.I.T.E.B.),
fondatore e presidente di Evidence Based
Aesthetic Medicine (E.B.A.M.)*

INDICE

CAPITOLO I	Fronte	7
CAPITOLO II	Tempia	15
CAPITOLO III	Glabella	27
CAPITOLO IV	Periorbitario	33
CAPITOLO V	Area Zigomatico Malare	51
CAPITOLO VI	Naso	69
CAPITOLO VII	Solco Nasolabiale	87
CAPITOLO VIII	Labbra	99
CAPITOLO IX	Profilo Mandibolare e Mento	117
CAPITOLO X	Regione Laterale del Volto	131



CAPITOLO I

FRONTE

5. Al di sotto del L-SOOF, si reperta lo spazio prezigomatico descritto da Wong e Mendelson, al di sotto del quale si trova il **grasso preperioste** (strato 5) che giace a diretto contatto con il periostio. Sia quest'ultimo compartimento adiposo che il più superficiale L-SOOF sono delimitati superiormente dall'ORL ed inferiormente dal ligamento zigomatico cutaneo. Caudalmente ai SOOF, posteriormente al muscolo elevatore del labbro superiore si trova il **grasso profondo mediale della guancia** (deep medial cheek fat – DMCF) (5a). Sempre sullo stesso piano anatomico, più lateralmente, dietro al muscolo zigomatico minore si trova il **grasso profondo laterale della guancia** (deep lateral cheek fat – DLCF) (5b). Il setto mediale della guancia costituisce il confine tra questi due compartimenti. Posteriormente al muscolo elevatore del labbro superiore e dell'ala del naso si trova un altro spazio anatomico denominato spazio piriforme (Pyriform space) che ha forma triangolare e si estende lateralmente all'ala del naso e alla parete laterale del naso.
6. L'ultimo strato anatomico è costituito dal **periostio** (strato 6) su cui aderiscono i tessuti appartenenti allo strato 5. L'invecchiamento dei tessuti adiposi superficiali infraorbitari è solitamente caratterizzato da una spiccata tendenza alla migrazione verso il basso oltre che ad un certo grado di ipertrofia dovuto alla riduzione delle capacità ritentive dei retinacula cutis. I tessuti adiposi sotto-SMAS invece hanno una maggiore tendenza alla ridu-

zione del volume. Per tale motivo il trattamento dell'ipotrofia tramite volumizzazione con filler della regione avviene più spesso a livello dei compartimenti profondi. Il ripristino dei volumi determina anche un riposizionamento craniale dei compartimenti superficiali grazie al ripristino dell'azione di supporto svolta dai compartimenti profondi.

TESSUTO ADIPOSO SOTTOCUTANEO:

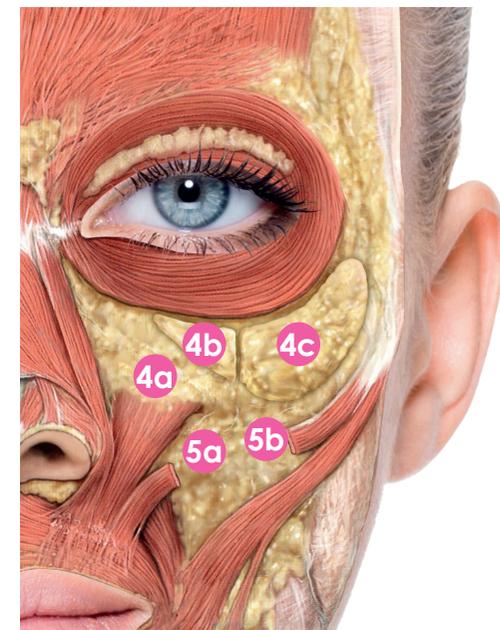
- 2a - GRASSO INFRAORBITARIO (IF)
- 2b - GRASSO SUPERFICIALE MEDIALE DELLA GUANCIA (SMCF)
- 2c - GRASSO NASOLABIALE (SNLF)

COMPARTIMENTI ADIPOSI PROFONDI:

- 4a - COMPARTIMENTO NASOLABIALE PROFONDO (DNLF)
- 4b - SOOF MEDIALE (M-SOOF)
- 4c - SOOF LATERALE (L-SOOF)

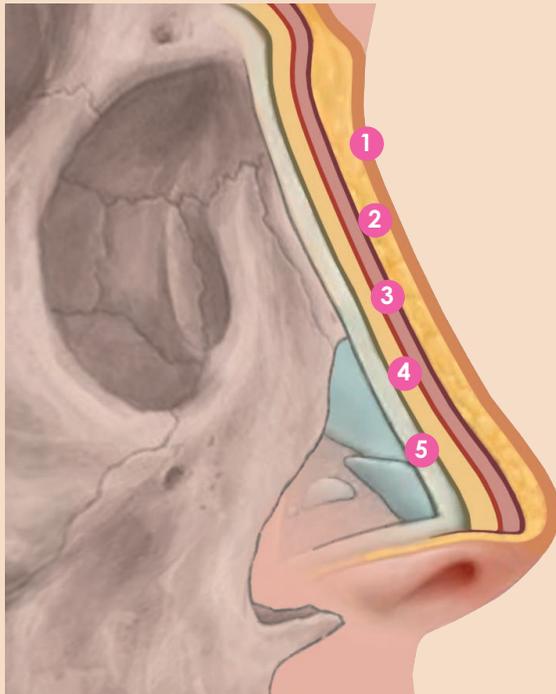
GRASSO PREPERIOSTEO:

- 5a - GRASSO PROFONDO MEDIALE DELLA GUANCIA (DMCF)
- 5b - GRASSO PROFONDO LATERALE DELLA GUANCIA (DLCF)



NASO

PRINCIPALI STRATI ANATOMICI



1. **Cute**
2. **Tessuto adiposo sottocutaneo**
3. Strato fibro-muscolare costituito dal **sistema sottocutaneo muscolo aponevrotico nasale (SMAS)** e dalla **muscolatura nasale**
4. **Tessuto adiposo profondo**
5. **Periostio e pericondrio**

in due branche: una profonda ed una superficiale. La superficiale decorre nel tessuto sottocutaneo ed ha anastomosi con l'arteria sovratrocleare, lacrimale e temporale superficiale. Il deflusso venoso della fronte è garantito dalle vene della fronte che decorrono nello strato sottocutaneo. Le vene sovraorbitaria e sovratrocleare convergono al canto mediale e fondendosi danno origine alla vena angolare che proseguendo diventa la vena faciale. Il sangue della parte laterale della fronte converge nelle vene tributarie della vena temporale superficiale.

3. La **galea aponevrotica** (strato 3) è una lamina tendinea di tessuto connettivo che in corrispondenza dei muscoli frontali e del procerio si divide in due fogli che involuppano i muscoli stessi.

Il muscolo frontale è parte del muscolo occipito-frontale. Si presenta sottile, di forma quadrangolare o a ventaglio. Dal punto di vista funzionale si può suddividere in una parte mediale, centrale e laterale, anche se tale suddivisione non è riscontrabile dal punto di vista anatomico e istologico. Le sue fibre muscolari originano dalla galea aponevrotica, in corrispondenza circa della linea del capillizio, e si dirigono infero-medialmente verso la parte inferiore della fronte, dove si interdigitano con le fibre del muscolo orbicolare dell'occhio lateralmente e con le fibre del muscolo corrugatore del sopracciglio e procerio medialmente. Le fibre si inseriscono nel derma della cute della regione sopraccigliare. Il margine laterale del muscolo frontale può estendersi, in modalità variabile, lateralmente alla linea

temporale, anche se a volte può essere collocato medialmente a tale linea. Il margine mediale raggiunge di solito la linea mediana frontale e tende a divergere lateralmente verso la parte superiore della fronte lasciando una parte centrale superiore aponevrotica, priva di fibre muscolari. Numerose sono le varianti anatomiche riscontrate inerenti l'estensione del muscolo frontale.

4. Il **tessuto connettivo areolare lasso** (strato 4) è interposto tra fascia profonda del muscolo frontale e periostio. La vascolarizzazione di questo strato è estremamente ridotta.
5. Lo strato 5 è costituito dal **periostio** in cui troviamo le piccole branche profonde periostee dell'arteria sovratrocleare e sovraorbitaria.

TECNICHE D'INOCULO

CORREZIONE DELLE RUGHE E DELLA CONCAVITÀ FRONTALE

Il trattamento della fronte è finalizzato principalmente alla volumizzazione e correzione della concavità a volte presente in quest'area. Quest'ultimo trattamento si inserisce pertanto nella metodica di profiloplastica che coinvolge altre aree anatomiche quali il naso, le labbra ed il mento.

La correzione delle **rughe dermiche dinamiche orizzontali** trovano soluzione con il trattamento con tossina botulinica e raramente con inoculo intradermico di filler a basso o molto basso G'.

Le **rughe oblique della fronte** (rughe del sonno) non sono invece dovute alla contrazione muscola-

re per cui l'unica opzione di trattamento è il filler. L'impianto del filler avviene con tecnica lineare retrograda inoculando il prodotto di basso G' a livello del derma medio-profondo. Se il trattamento con filler è eseguito a livello cutaneo, in regione frontale è necessario prestare attenzione a che gli inoculi siano sempre ed esclusivamente intradermici in quanto i vasi sovratrocleari e sovraorbitari decorrono nel piano sottocutaneo-connettivale. Se l'inoculo è eseguito su un piano inferiore al derma la possibilità di eseguire un inoculo intravasale aumenta mettendo a rischio il paziente di una

complicanza ischemica.

La **concavità della regione frontale** può essere corretta con l'inoculo di filler utilizzando essenzialmente due tipi di tecniche: l'iniezione di boli con ago o l'impianto con cannula. La finalità correttiva è l'eliminazione delle depressioni della regione frontale e l'aumento della convessità di questa area. Entrambe le tecniche prevedono l'inoculo del filler nello strato 4 (cellulare lasso) in quanto è poco vascolarizzato a differenza dei due strati ad esso più superficiali. Tale scelta è finalizzata a ridurre la possibilità di inoculo intravasale.