

Artigos de Revisão

Autores:

Érico Pampado Di Santis¹
 Patrícia Holderbaum¹
 Natália Machado Mildner¹
 Larissa Ethel Soriano Freire²
 Denise Steiner²

¹ Cirurgia Cosmética Dermatológica, Serviço de Dermatologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

² Serviço de Dermatologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP, Brasil.

Correspondência:

Érico Pampado Di Santis
 Av. John Fitzgerald Kennedy, 973
 Jardim das Nações
 12030200 Taubaté (SP), Brasil
 E-mail: erico@absoluta.med.br

Data de recebimento: 10/12/2019

Data de aprovação: 02/01/2020

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, (SP) Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de interesse: Nenhum.



Função da blefaroplastia superior no rejuvenescimento facial

Role of upper blepharoplasty in facial rejuvenation

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201211397>

RESUMO

Notável é a gama de tratamentos faciais, com intuito estético, com os quais podemos preservar o equilíbrio da forma ou a beleza de nossos pacientes. Preenchimentos, toxina botulínica, laser e outras tecnologias são amplamente demonstrados à classe dermatológica. As pálpebras também podem ser tratadas com esses e outros recursos terapêuticos. No entanto, a herniação das bolsas de gordura das pálpebras superiores não tem resultados significativos com esses métodos. O avanço das técnicas conhecidas como minimamente invasivas e das tecnologias não supre a contento o tratamento desta unidade estética facial. Pensando no rejuvenescimento global da face é improvável conseguirmos um resultado de excelência sem atuar nas pálpebras. A blefaroplastia superior segue insubstituível e é o tratamento de escolha para redundância da pele e herniação das bolsas de gordura. Esta cirurgia, com amplo histórico na Dermatologia, tem um papel único e fundamental no rejuvenescimento facial. Procuramos neste estudo demonstrar a técnica cirúrgica de blefaroplastia superior de maneira didática e comprovar sua eficácia e segurança, com bons resultados estéticos e funcionais. Com pleno conhecimento desta região anatômica e dos preceitos técnicos, reconhecemos poder realizá-la com segurança

Palavras-Chave: Blefaroplastia superior; Cirurgia cosmética; Pálpebras/cirurgia; Estética; Procedimentos cirúrgicos dermatológicos; Rejuvenescimento

ABSTRACT

It is noteworthy the range of facial treatments, with aesthetic purpose, with which we can preserve the balance of the shape or beauty of our patients. Fillers, botulinum toxin, laser, and other technologies are widely used in dermatology. Eyelids can also be treated with these and other therapeutic resources. However, herniation of the fat pockets of the upper eyelids does not present significant results with these methods. The advancement of techniques known as minimally invasive and other technologies does not satisfy the treatment of this facial aesthetic unit. Thinking about the global rejuvenation of the face, it is unlikely that we will achieve a result of excellence without acting on the eyelids. Upper blepharoplasty remains irreplaceable, and it is the treatment of choice for skin redundancy and herniation of fat pockets. This surgery, with a long history in Dermatology, has a unique and fundamental role in facial rejuvenation. In this study, we tried to demonstrate the surgical technique of superior blepharoplasty educationally and to prove its efficacy and safety, with good aesthetic and functional results. With full knowledge of this anatomical region and technical precepts, we recognize that we can perform it safely.

Keywords: Blepharoplasty; Surgery, plastic; Eyelids; Esthetics; Dermatologic surgical procedures; Rejuvenation

INTRODUÇÃO

A velocidade do avanço na Dermatologia Cosmiátrica tem sido notória nos últimos anos. Com a utilização de procedimentos minimamente invasivos, como preenchimento facial, aplicação de toxina botulínica, *laser* e outras tecnologias, a Dermatologia consegue atingir satisfatórios níveis de rejuvenescimento da face. Outrossim, a pálpebra superior é uma unidade estética em que não se têm efeitos significativos, mesmo quando consideramos esse avanço técnico e a possibilidade de uso de várias tecnologias, necessitando assim de uma abordagem cirúrgica.

No processo de envelhecimento da região periorbital, devem ser levadas em conta as alterações na qualidade da pele da pálpebra e no efeito resultante conferido pela herniação das bolsas de gordura.¹⁻⁴

Atualmente, inexistente um procedimento ou uma tecnologia que corrija eficientemente essas alterações periorbitárias com resultados iguais ou melhores do que a blefaroplastia superior. Isso mostra a necessidade de o dermatologista dominar a técnica cirúrgica da blefaroplastia a fim de solucionar problemas e proporcionar o rejuvenescimento facial global de forma satisfatória.

OBJETIVO

Reiterar o conhecimento da anatomia envolvida na blefaroplastia superior, descrever a técnica cirúrgica de maneira didática e comprovar sua eficácia e segurança, com bons resultados estéticos e funcionais.

HISTÓRICO

Existem relatos de cirurgias para remoção da pele palpebral superior descritos há mais de dois mil anos. No século XIX, a remoção se deu para uso cosmético. Mackenzie e Dupuytren estão entre os primeiros a descrever a técnica. Após aproximadamente 100 anos, Miller a otimizou e novamente a descreveu.⁵

Graef usou pela primeira vez o termo blefaroplastia em 1818 para o tratamento de um câncer de pele da pálpebra, procedimento comumente realizado por dermatologistas, um exemplo de cirurgia cosmética proveniente de cirurgia oncológica. Susanne Noll, dermatologista francesa, consagrou-se como uma das pioneiras na blefaroplastia cosmética e *lifting* facial, trazendo grande avanço na cirurgia cosmética dermatológica.⁵

Recentemente, Castanares, Fournier e González contribuíram para o aprimoramento da técnica.⁵

ANATOMIA

A chave para a cirurgia das pálpebras e da área periorbital é o conhecimento profundo da anatomia dessa complexa região. O dermatologista precisa conhecê-la com detalhes, pois a área que será corrigida pela cirurgia é tão importante quanto aquelas que podem ser afetadas pela manipulação não desejada de várias estruturas existentes neste campo cirúrgico.

As pálpebras são pregas móveis recobertas externamente por pele fina e internamente pela túnica conjuntiva da pálpebra. As pálpebras superior e inferior são reforçadas por faixas densas de tecido conjuntivo, os tarsos superior e inferior, que formam o “esqueleto” das pálpebras.⁶

A pele da pálpebra e uma fina camada de tecido subcutâneo repousam sobre o músculo orbicular do olho. A porção palpebral do músculo orbicular é dividida em duas: pré-tarsal e pré-septal.

A porção pré-tarsal situa-se sobre a placa tarsal do músculo orbicular e a ele se adere firmemente. Inicia-se no canto lateral e se insere no canto medial. A porção superficial forma a parte anterior do tendão do canto medial, e a profunda insere-se no osso da crista lacrimal, formando o tendão posterior do canto medial. À contração, a pálpebra se fecha ao aproximar o ponto lacrimal do saco lacrimal.⁷⁻⁸

A porção pré-septal adere-se frouxamente à pele. Sobre o septo orbital das pálpebras superior e inferior e suas fibras reúnem-se lateralmente para formar a rafe palpebral lateral. A porção pré-septal insere-se na fásia lacrimal na parte lateral do saco lacrimal e, à contração, permite a entrada da lágrima no saco lacrimal. Quando os músculos relaxam, a fásia lacrimal retorna para sua posição normal e a lágrima escoo diretamente para o ducto lacrimonasal.⁸⁻⁹

Na junção dessas duas porções, temos o sulco supratarsal, sendo importante sua identificação na cirurgia da pálpebra.

O músculo levantador da pálpebra superior, os quatro músculos retos (superior, inferior, lateral e medial) e os dois músculos oblíquos (superior e inferior) são os principais músculos extraoculares.¹⁰

Imediatamente abaixo do músculo orbicular da pálpebra, encontra-se o septo orbitário, uma membrana fibrosa de tecido conjuntivo que separa as bolsas de gordura orbitais e estruturas orbitais profundas da própria pálpebra, e que efetua a contenção do tecido adiposo orbitário e de outras estruturas orbitárias. Por trás do septo, localizam-se os compartimentos da bolsa de gordura. Com o envelhecimento, tanto o septo quanto o músculo orbicular além da pele tornam-se mais frouxos e adelgaçados, levando ao prolapso de gordura orbital, tornando-a proeminente e ptótica.⁸

Essas bolsas de gordura são envolvidas por uma fina fásia fibrosa, individualizando-as em compartimentos.

Na pálpebra superior, existem dois compartimentos: central e nasal.^{11, 12} A bolsa adiposa central situa-se anteriormente à aponeurose do levantador da pálpebra com tonalidade de ouro (Figura 1). A bolsa adiposa nasal tem cor amarelo-esbranquiçada e pode ser identificada durante a blefaroplastia exercendo-se uma suave pressão sobre o globo ocular e divulsão delicada do septo nasal. Entre a bolsa nasal e a central apresenta-se um acúmulo mínimo de tecido adiposo, porém nítido, que mimetiza separar as duas bolsas, nasal e central, e associar-se frouxamente à bolsa pré-aponeurótica; este é conhecido como o tecido adiposo de transição. Os ramos troclear e supraorbitário da veia oftálmica superior situam-se sob ele. Um sangramento por essa veia deve ser cauterizado sob visualização direta, porque a eletrocauterização profunda às cegas pode lesar a tróclea (ou polia do músculo oblíquo superior) e causar diplopia.¹³⁻¹⁴

A glândula lacrimal dispõe-se lateralmente. Pode ser confundida com as bolsas de gordura, devendo-se ter cuidado para não lesá-la inadvertidamente durante a cirurgia. O suprimento arterial das pálpebras e a drenagem venosa também deverão ser observados e mantidos íntegros na cirurgia de pálpebras.

Os tarsos são os elementos estruturais das pálpebras compostos por tecido fibroso denso de aproximadamente 29mm de largura, 10 a 12mm de altura no ponto médio e 1mm de espessura. O tarso inferior tem a mesma largura e espessura e 5 a 6mm de altura. Os tarsos iniciam-se medialmente no ponto lacrimal e estendem-se para as comissuras laterais. Embutidas verticalmente nas lâminas tarsais e estendendo-se para seus aspectos marginais estão as glândulas sebáceas de *Meibomius*. Trinta a quarenta glândulas estão presentes nas pálpebras superiores e 20 a 30 nas inferiores.¹²

TÉCNICA

A seleção dos pacientes deve ser realizada por meio da análise de alguns fatores, expostos no quadro 1.

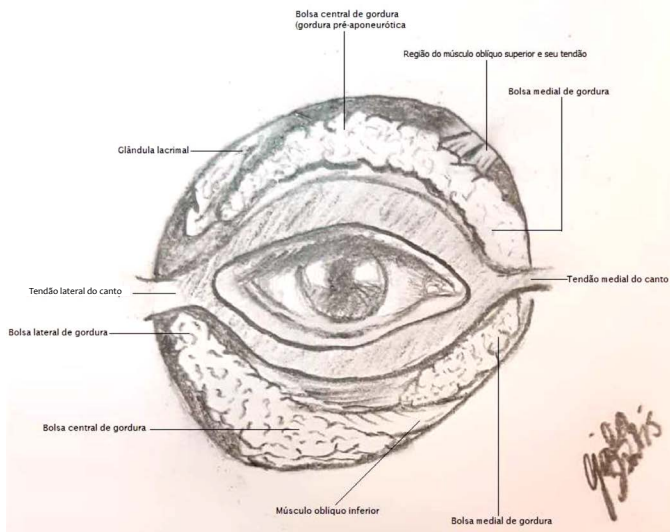


FIGURA 1: Anatomia da região palpebral

QUADRO 1: FATORES ANALISADOS NA SELEÇÃO DO PACIENTE

1. Fator anatômico: Há pele redundante? Há provável gordura redundante? As duas estruturas são redundantes?
2. O caso pode ser corrigido por meio de Blefaroplastia ou deve ser aventada a hipótese de realização de brow lift, preenchimento têmporo-frontal ou mesmo relaxamento dos músculos depressores da região com aumento secundário da contração do músculo frontal com a toxina botulínica?
3. Fator psicológico: O paciente está preparado e tem expectativas reais?
4. Existem contraindicações para cirurgia? São absolutas ou relativas?
5. Análise das pálpebras: Os efeitos colaterais e assimetrias foram discutidos com o paciente? Pois não existe perfeição simétrica nem antes nem depois da cirurgia.
6. O paciente realizou procedimentos prévios nas pálpebras (laser, peeling de fenol ou a própria blefaroplastia)? Este fator deve ser registrado por escrito no prontuário e com fotos, principalmente quando já existe scleroshow.
7. Qual a altura das sobrancelhas? As pálpebras têm relação íntima com as sobrancelhas, quando estas são baixas, principalmente nos homens, deve-se ter cuidado ao remover a pele em excesso e também é interessante retirar menos do que seria possível a fim de evitar a hipercorreção com encovamento dos olhos.

PRÉ-OPERATÓRIO

No mínimo duas consultas são necessárias antes da cirurgia. No caso dos dermatologistas, na maioria das vezes, várias consultas e procedimentos foram realizados previamente à blefaroplastia. Esta relação interpessoal anterior com os pacientes facilita o preparo pré-operatório.

Fazem parte do preparo pré-operatório as avaliações da saúde em geral, história medicamentosa, história cicatricial, pessoal e familiar, alergias, enfim, uma anamnese detalhada.

É necessário explicar e fornecer por escrito os cuidados pré, inter e pós-operatórios, o provável tempo de recuperação, a possibilidade de efeitos colaterais como xerofthalmia, hematoma e edema, entre outras possíveis complicações cirúrgicas. Quando houver dúvidas quanto à preexistência de xerofthalmia, o teste de Schirmer deve ser indicado. Deve-se esclarecer também que uma possível ptose de glândulas lacrimais não será resolvida por meio desta cirurgia.

A antibioticoterapia profilática é realizada com 2g de cefalexina 30 a 60 minutos antes da cirurgia. Se a cirurgia for realizada com anestesia local, não é necessário o jejum. Assim, o ansiolítico lorazepam 1 a 2mg pode ser administrado na noite anterior ao procedimento e após o café da manhã do dia da cirurgia.

A documentação fotográfica é obrigatória, como em todos os procedimentos cosméticos. Deve ser documentada toda a face, do mento até o cabelo, com os olhos abertos e fechados, nas três incidências (frontal, lateral e oblíqua). Deve-se realizar também fotos detalhadas da região orbitária, visando rugas, assimetrias e *scleral show*.

O termo de consentimento esclarecido, explicando as possíveis complicações da cirurgia, deve ser assinado para não deixar dúvidas ao paciente.

Entre os exames pré-operatórios a serem realizados estão: hemograma, TSH, T4 livre, glicemia, enzimas hepáticas, função renal, TP e TTPa-.

Nomenclatura anatômica: (Figura 2)

- Pele: dobra palpebral pré-septal ou supratarsal.
- Pele supratarsal.
- Músculo orbicular porção pré-septal está 3 ou 4mm acima da borda superior do tarso.
- Septo fibroso orbitário: vai do sulco orbitário ao arco marginal (formado pela aponeurose elevadora), que se origina como músculo, torna-se fibrosa e insere-se na base anterior do tarso. Em sua porção posterior fica o músculo de Müller.
- No caucasiano, a inserção é na parte superior do tarso; no oriental, insere-se mais baixo e por isso não forma o sulco supratarsal.
- Tarso.
- Bolsas de gordura: bolsa mediana ou central, pré-aponeurótica.
- Bolsa nasal ou medial – inferior ao tendão do músculo oblíquo superior – mais clara e mais fibrosa, mais densa.

Incisões: desengordurar a pele com clorexidine alcoólico para melhor fixação da tinta da marcação. Realiza-se a marcação com o paciente sentado.

A primeira marcação é no sulco supratarsal, bem definido nos ocidentais e pouco definido ou ausente nos asiáticos.

1ª marcação: definir o sulco supratarsal (Figura 3a).

A distância entre o sulco supratarsal e a borda ciliar varia de 6 e 8mm quando a medida é tomada na linha médio-pupilar.

Quanto aos extremos da incisão, no canto nasal, a cicatriz deve respeitar a unidade estética palpebral, não invadindo a parede lateral do nariz, por risco de bandas cicatriciais e aderências (banda fibrótica do canto medial).

Quanto ao canto lateral da cicatriz, a unidade estética é mais abrangente e pode aqui ser estendida. A extensão melhora

a acomodação da pele quando necessária. Se não necessária, a cicatriz deve ficar dentro da unidade estética da pálpebra. Se houver necessidade de prolongamento, realizar a incisão dentro de um sulco natural ou ruga da pele. Cria-se o prolongamento do sulco supratarsal à lateral.

A definição da linha de incisão superior é por avaliação clínica. Aqui, entra o estado da arte na blefaroplastia. A sensibilidade e a teoria delimitarão o local dessa linha de incisão.

Marca-se a linha médio-pupilar.

Busca-se então o ponto mais alto: o ápice da linha de incisão estará neste ponto (Figura 3b). Algumas características ditam esse ponto: o término da elastose palpebral quando se examina a ínfero-superior. A partir do sulco supratarsal, a pele está mais danificada.

Quando a pele volta a apresentar as características naturais, finaliza-se o plano de excisão. Nem todos os casos apresentarão essa diferença MORFOLÓGICA que nos auxilia na marcação do limite superior da área a ser excisada, nesses casos, onde não é claro o limite entre a pele elastótica e a pele sã, o posicionamento da linha de marcação superior deve ser por meio de plicatura com pinça anatômica ou paquímetro, conforme a figura 4a, unindo as duas extremidades e observando assim a rima ocular, se aquela porção de pele está a fazer falta para o bom fechamento da rima ocular.

A mensuração da distância entre o sulco supratarsal e a linha superior do planejamento cirúrgico é fundamental para comparação bilateral, embora 1mm ou pouco mais possa existir de diferença entre as duas pálpebras.

O traçado das linhas de incisão deve sempre observar dois fatores: o fechamento natural da rima e que as incisões fiquem dentro de linhas naturais e, portanto, escamoteadas quando os olhos estão abertos.

O teste de plicatura de toda a região, de lateral a central, deve ser conferido. O paciente deve abrir e fechar os olhos, conforme o comando, para realização deste teste.

O maior risco e a maior causa de insegurança nas primeiras cirurgias de pálpebra superior realizadas é a retirada de

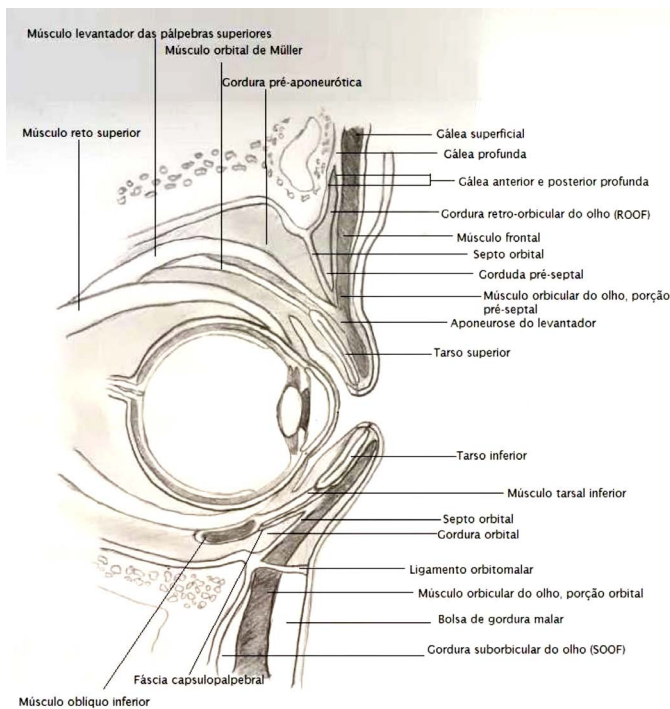


FIGURA 2: Anatomia da região ocular



FIGURA 3: A. Marcação da linha de incisão sobre o sulco supratarsal. B. Marcação da incisão, demonstrando os limites superior, inferior, lateral, medial, e a pele com elastose

pele em excesso, ocasionando o não fechamento da rima ocular.

Na borda medial, o risco é a formação das bandas fibróticas cicatriciais.

Na borda lateral, é importante observar a distância entre a borda ciliar superior ou do ângulo formado entre as pálpebras superior e inferior laterais e a linha de incisão inferior (supratarsal). A distância menor que 4mm pode prejudicar a drenagem linfática e causar linfedema crônico na pálpebra superior.⁵ A figura 4c exemplifica o limite mínimo permitido entre os cantos laterais e a linha de incisão.

As extremidades lateral e medial devem permitir um arremate para a dobra palpebral pré-septal.

Outro fator importante para a marcação da linha de incisão superior do plano cirúrgico é a relação da pálpebra com a sobrancelha. Indivíduos com sobrancelha baixa (padrão encontrado nos homens) não devem ter uma linha de incisão superior muito distante da linha supratarsal, ou seja, a distância entre os pontos médio pupilares da linha de incisão supratarsal e o superior deve ser mais econômica para que não seja retirada pele excessiva e confira um encovamento do olho. A sombra formada pela sobrancelha após a retirada da pele dará a sensação de pro-

ximidade da sobrancelha e borda ciliar e evidenciará o aspecto de “olho fundo”.

CIRURGIA

Paciente em decúbito dorsal.

Monitorado (monitor cardíaco, pressórico e saturação).

Preparo dos cirurgiões conforme protocolos de lavagem das mãos, secagem, colocação de avental estéril e luvas estéreis.

Antissepsia com clorexidine aquosa para não remover a marcação prévia do plano cirúrgico.

Colocação de campos cirúrgicos estéreis.

Preparo das soluções anestésica e resfriante (Quadro 2) e do instrumental cirúrgico delicado (Quadro 3).

É fundamental testar a capacidade de preensão da Kelly em uma gaze desdobrada.

Anestesiando o canto lateral e progredir para o canto medial.

Utilizar seringa de 3ml com agulha 30G. Passar a solução da seringa de 10ml (sempre a de 10ml será utilizada para solução anestésica e a de 20ml para solução resfriadora). Utilizar uma agulha para cada lado para manter um fio ideal na primeira punção. Sistematizar as cirurgias nitidamente diminui a propensão

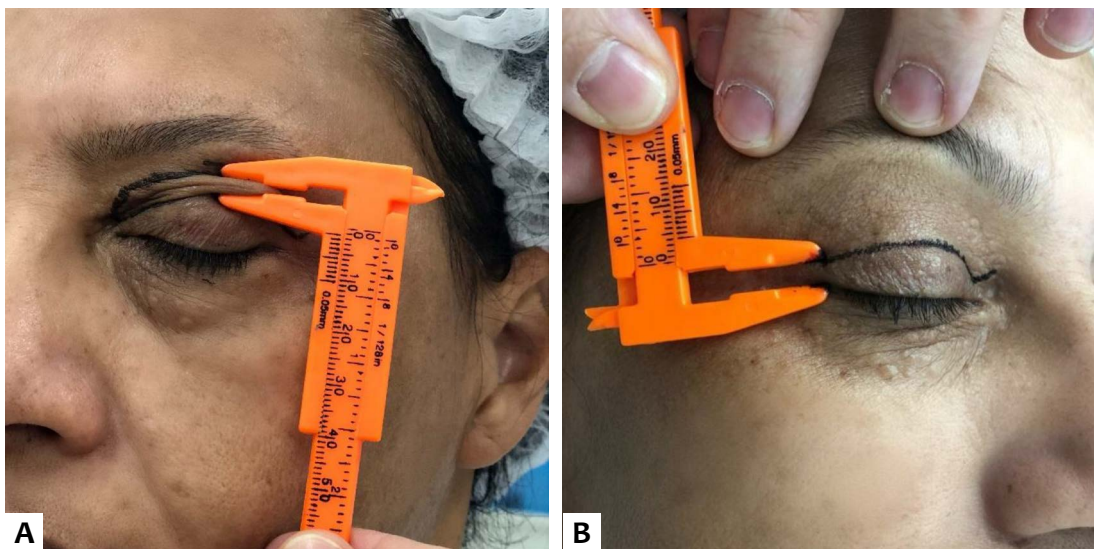


FIGURA 4: A. Plicatura mostrando não prejudicar o fechamento da rima ocular. B. Marcação com no mínimo 4mm acima da borda ciliar para não impedir a drenagem linfática

QUADRO 2: PREPARO DAS FORMULAÇÕES ANESTÉSICA E RESFRIANTE

Solução anestésica	Solução resfriante
Em uma seringa de 10ml são adicionados:	Em uma seringa de 20ml são adicionados:
3ml de lidocaína 2%	2,5ml de dexametasona
5,6ml de soro fisiológico 0,9%, 0,4ml de bicarbonato de sódio 8,4%	15ml de Cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico)
0,2ml de adrenalina	
Disponíveis nesta solução: 60mg de lidocaína e 200µg de epinefrina	

***Obs.: A apresentação comercial de lidocaína 2% com epinefrina 1:200000 disponibiliza 15µg de epinefrina, portanto a solução acima descrita tem poder vasoconstritor 13 vezes maior

QUADRO 3: INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

Cabo de bisturi
Lâmina 15
Gancho delicado de Gilles
Pinça com dente
Tesoura curva delicada
Kelly reta
Kelly curva delicada
Porta-agulha de vídea
Bisturi elétrico

a erros.

Realizar as punções primeiro na linha suprartarsal para fazer um caminho por puncturas, confirmando a marcação à tinta previamente realizada, voltar para o canto lateral ipisilateral e traçar a linha superior do plano. Hidrodissecar o centro do plano cirúrgico.

A média de volume utilizado é de 3ml por lado.

Após a anestesia, deve ser aguardado o tempo de 15 minutos a fim de se obter o efeito vasoconstritor.

Anestesiando o lado contralateral da mesma maneira.

Incisão: de medial para lateral, trazendo a incisão para si. Os cantos devem terminar em ângulos agudos menores do que 45 graus.

Com auxílio da pinça com dente inicia-se a dissecação da pele. A remoção deve ser delicada porque a pele é extremamente fina (Figura 5a).

A pele excisada deve permanecer guardada em repouso em uma cúpula com soro fisiológico (caso haja necessidade, temos uma pele para enxerto).

Após a remoção da pele, estaremos frente ao músculo orbicular dos olhos, principalmente na sua porção pré-septal (Figura 5b).

Realiza-se uma suave pressão do globo ocular para avaliar o encher causado pela ântero-superiorização das bolsas de gordura que ainda estão contidas pelo septo fibroso e pelo músculo orbicular dos olhos.

Removem-se, por meio da tesoura curva, porções lineares do músculo orbicular em que houve turgidez ocasionada pelas bolsas.

Inicia-se na projeção da bolsa central ou mediana. Esta, que se trata de bolsa de gordura pré-aponeurótica, é facilmente encontrada. A sua coloração é amarelo-ouro (Figura 6a).

Veremos a bolsa pela transparência do septo que a recobre. Este é fino, e a bolsa, de aspecto amolecido.

Disseca-se a bolsa mediana delicadamente com auxílio de uma pinça Kelly reta com gaze enrolada na sua ponta e com a bolsa presa pela pinça com dente. É interessante realizar a anestesia do pedículo da bolsa antes de sua apreensão. Com auxílio da pinça com dente, puxa-se a bolsa e anestesia-se seu “pedículo”,

na realidade a porção mais proximal da bolsa.

Pressões suaves no globo ocular facilitam a exposição da bolsa. Cuidado e atenção devem ser observados com a bradicardia por estímulo parassimpático (Figura 6b).

Após a dissecação da bolsa comprime-se o globo ocular, faz-se o clampeamento da mesma pelo seu pedículo com a pinça Kelly curva pré-testada em relação à sua capacidade de apreensão, como mostra a figura 6c.

Corta-se, então, a bolsa com tesoura curva na face côncava da pinça Kelly. Desta forma, a pinça Kelly estará fechada com o pedículo da bolsa de gordura entre suas serrilhas e, abaixo, o remanescente dela (Figura 6d).

Faz-se então a eletrocoagulação generosa com bisturi elétrico em toda a extensão das pontas da pinça Kelly que seguram o remanescente da bolsa de gordura. Logo após a eletrocoagulação, faz-se o resfriamento com a solução própria.

Este é o momento nobre da cirurgia em que o auxiliar comprime com constância o globo ocular e a pinça Kelly é então aberta e confere-se se há algum tipo de hemorragia na bolsa de gordura, especificamente em sua porção pré-apreendida pela pinça Kelly. Realiza-se eletrocoagulação de segurança nesta porção, resfria-se novamente e o auxiliar descomprime suavemente o globo ocular a fim de permitir a retração da bolsa de gordura no sentido retroinferior.

O mesmo é feito com a bolsa nasal. No entanto, esta é mais profunda em relação à mediana. A dissecação deve ser realizada com muita cautela e de maneira suave. Novamente, a pressão do globo é exigida. A exteriorização da bolsa nasal é mais difícil, no entanto mais organizada por seu aspecto mais consistente. Veremos uma bolsa mais pálida, mais densa e compacta quando comparamos com a bolsa de gordura mediana e com uma proteção maior do septo fibroso.

É importante o conhecimento anatômico da posição do tendão do músculo oblíquo superior que fica localizado inferiormente à bolsa a fim de evitarmos o indesejável trauma dessa estrutura. A lesão dessa estrutura poderá causar estrabismo e diplopia.¹⁵

Ao fazer a dissecação da bolsa nasal, pode haver desconforto alérgico, mesmo com a infiltração prévia da solução anestésica.

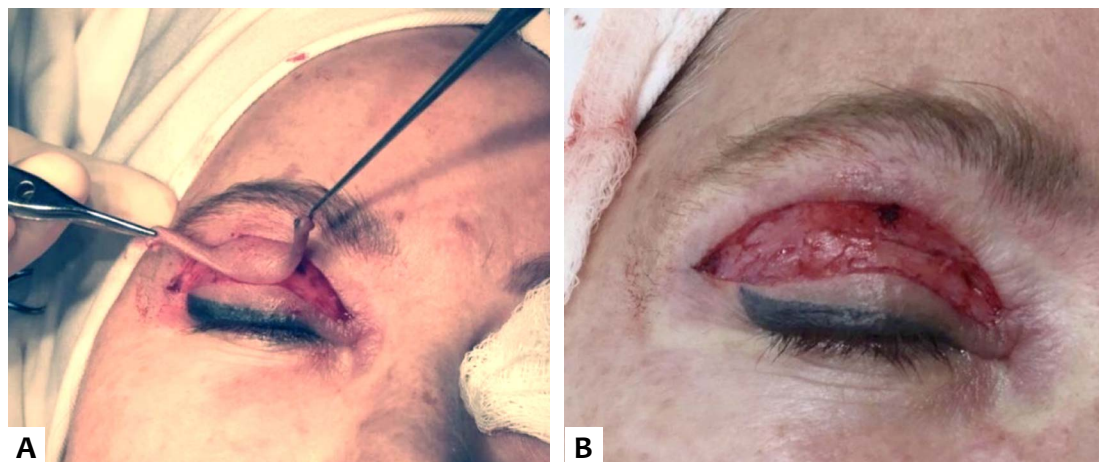


FIGURA 5: **A.** Dissecação da pele com auxílio do gancho de Gilles. **B.** Músculo orbicular após remoção total da pele

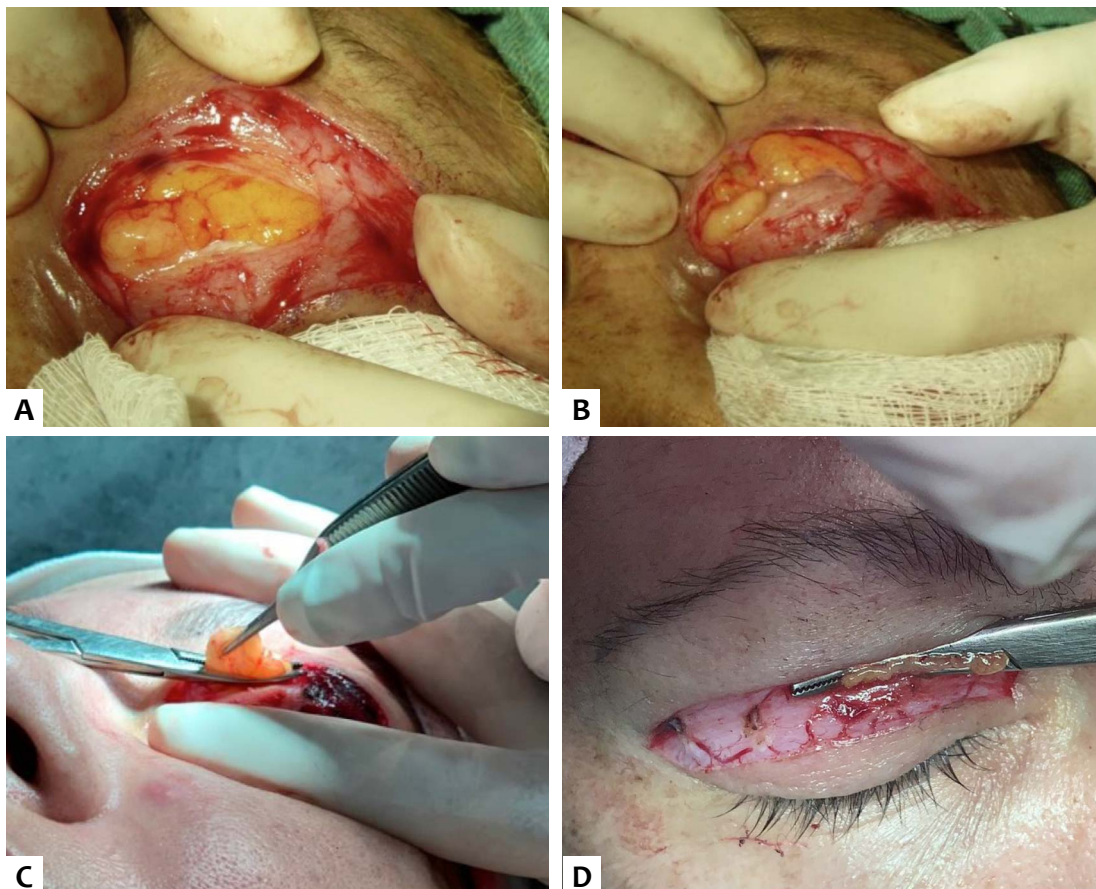


FIGURA 6: A. Bolsa mediana ou central. B. Leve pressão no globo ocular, facilitando a exposição da bolsa adiposa. C. Bolsa de gordura clampeada pela pinça Kelly. D. Pinça Kelly fechada com o pedículo da bolsa de gordura entre as suas serrilhas

Muita atenção e cuidado no clameamento do “pedículo” da bolsa nasal pela pinça Kelly curva em relação ao tendão citado. A apreensão deve ser unicamente da bolsa.

A infiltração de anestesia na bolsa deixa-a mais túmida e mais visível além de projetá-la com maior eficiência.

A tesoura repousa novamente na face côncava da Kelly e corta a porção acima da pinça.

Mantém-se a pressão para realização da eletrocoagulação rigorosa e o resfriamento e logo após esta importante hemostasia. ~~ainda~~ Com o globo ocular ainda comprimido, abrem-se as pontas da Kelly com extrema atenção à presença de sangramento. Novamente faz-se a eletrocoagulação da porção remanescente da bolsa de gordura, resfria-se e descomprime-se o globo ocular para o retorno do pedículo da bolsa nasal ao seu local súpero e retrobulbar.

O sangramento não observado dos “pedículos” das bolsas pode ocasionar o temido hematoma retrobulbar, uma situação de emergência com risco de cegueira, que pede resolução imediata de preferência pelo oftalmologista.

Alguns cirurgiões removem-nas rigorosamente em grande parte de sua extensão. O necessário para um bom resultado é a retirada da porção excessiva das bolsas de gordura. A avaliação clínica prévia e no momento da decisão do clameamento é fundamental para decidir o quanto das bolsas deve ser removido.

Faz-se agora a inspeção cuidadosa de toda a região. Não temos como visibilizar as bolsas que retomaram suas posições.

Eletrocoagulam-se eventuais pontos hemorrágicos e pode ser feita eletrocoagulação em linha de medial para central do músculo orbicular dos olhos para produzir sua retração, na altura onde anteriormente repousará a cicatriz final.

Com auxílio de gancho de Gilles e tesoura ponta fina faz-se leve liberação da pele das bordas do plano cirúrgico para facilitar e otimizar a cicatrização.

Realiza-se sutura borda a borda com nylon 6.0 e pontos simples ou intradérmico contínuo. Os resultados são similares.

Terminando a sutura, coloca-se compressa gelada. Uma maneira prática é amarrar entre si, pelos punhos, duas luvas cheias de água e colocá-las para congelar. Posicioná-las sobre as pálpebras com os dedos das luvas voltados para as laterais, como mostra a figura 7, proporcionando resfriamento e uma suave compressão pelo peso das luvas. Proteger as pálpebras com gaze algodoadada.

As pontas mais longas dos fios devem ser posicionadas acima da sobrancelha para evitar que as pontas finas e rígidas incomodem o paciente.

Elevar a cabeceira da maca e da cama onde o paciente permanecerá em repouso e manter a compressa gelada.

Oferecer dieta leve e após 40 minutos, se os sinais vitais

fisiológicos e a orientação do paciente no tempo e espaço forem checados, a alta pode ser dada.

O paciente deve manter-se em repouso e acatar as orientações oferecidas no pré-operatório.

Os pontos serão retirados aproximadamente no 5º dia.

RESULTADOS

Nos casos descritos, a sutura foi removida após cinco dias



FIGURA 7: Utilização de luvas para resfriamento e leve compressão

e não foram observadas complicações no período pós-operatório. Houve edema e equimose esperados, no entanto não houve dor. Dois meses após a cirurgia, observou-se bom resultado estético, manutenção do correto posicionamento palpebral e ausência de sintomas irritativos do globo ocular (Figuras 8,9 e 10).

DISCUSSÃO

A blefaroplastia é uma cirurgia que proporciona alívio nas expressões de cansaço facial, sinais de envelhecimento e ptose do terço superior da face.

Com o envelhecimento, a pele das pálpebras tende a ficar mais flácida, assim como a musculatura de sustentação dos olhos perde o tônus muscular, tendendo a formar bolsas de gordura sob a pálpebra. Essa flacidez da musculatura, associada ao excesso de pele e herniação das bolsas de gordura, confere aparência cansada e envelhecida.

A blefaroplastia é uma técnica que traz grandes benefícios e satisfação aos pacientes por atenuar a flacidez e a ptose das pálpebras quando usada de forma isolada ou associada aos demais tratamentos disponíveis atualmente.

Pelo fato de poder ser realizada com anestesia local, sem sedação, pode ser considerada cirurgia simples, sem complicações e com baixa morbidade, desde que bem indicada e realizada da forma correta com todos os cuidados necessários.

A blefaroplastia, além de tornar o olhar mais jovem, atende a uma necessidade funcional, confere uma expressão menos cansada e melhora o campo de visão.



FIGURA 8: A. Paciente em pré-operatório de blefaroplastia superior. B. Paciente após blefaroplastia superior

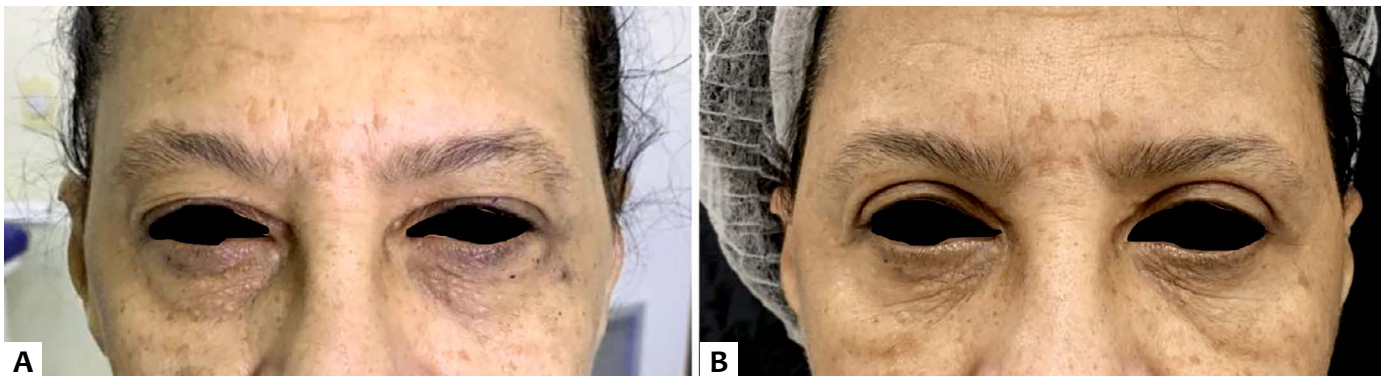


FIGURA 9: A. Paciente em pré-operatório de blefaroplastia superior. B. Paciente após blefaroplastia superior

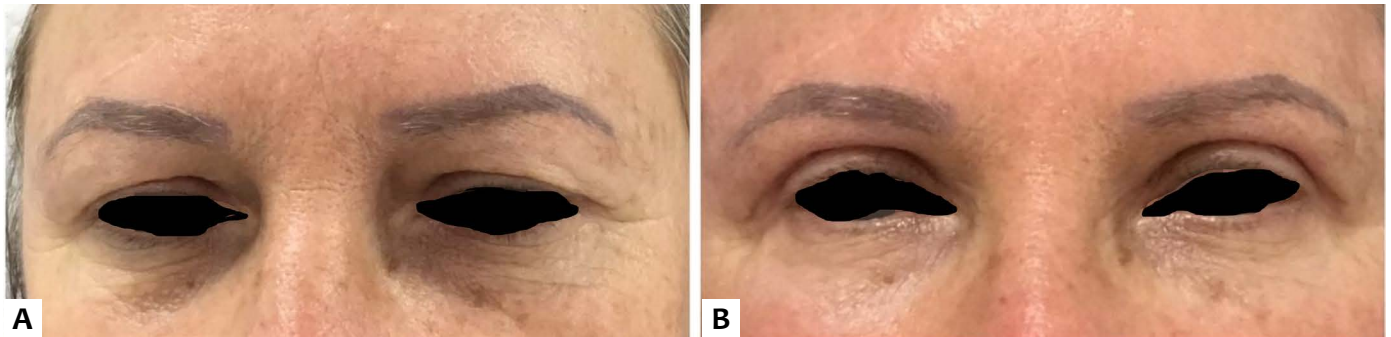


FIGURA 10: A. Paciente em pré-operatório de blefaroplastia superior. B. Paciente após blefaroplastia superior

CONCLUSÕES

O cirurgião dermatológico, habituado a remover carcinomas das pálpebras e fazer sua reconstrução, já realiza, ainda que despercebidamente, blefaroplastias reconstrutivas. A cirurgia reconstrutiva de pálpebras após remoção de um câncer é certamente mais complexa do que aquela realizada por motivos estéticos com marcações e planejamento prévios.

Uma boa avaliação pré-operatória, detalhando os benefícios e limitações da cirurgia, evita contratempos e falsas expectativas. Este estudo demonstrou que a blefaroplastia é uma opção segura, eficaz, com bons resultados funcional e estético, baixas taxas de complicações e boa aceitação pelos pacientes. ●

REFERÊNCIAS

- Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(7):2219-27.
- Rohrich RJ, Arbique GM, Wong C, Brown S, Pessa JE. The anatomy of suborbicularis fat: implications for periorbital rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(3):946-51.
- Lambros V. Observations on periorbital and midface aging. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(5):1367-76.
- Ghavami A, Pessa JE, Janis J, Khosla R, Reece EM, Rohrich RJ. The orbicularis retaining ligament of the medial orbit: closing the circle. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(3):994-1001.
- Coleman WP, Thomas WH, Asken S. *Cirurgia cosmética-princípios e técnicas.* 2nd ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
- Moore KL, Dalley AF. *Anatomia orientada para a clínica.* 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Pitangy I, Sbrissa RA. *Atlas de cirurgia palpebral.* Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
- Palermo EC. Anatomy of the periorbital region. *Surg Cosmet Dermatol.* 2013;5(3):245-56.
- Kaminer MS, Dover JS, Arndt KA. *Atlas of Cosmetic Surgery.* Saunders. 2002;351-384.
- Palermo EC. Rejuvenescimento da região palpebral. In: Kadunc B, Palermo E, Addor F, Metsavaht L, Rabello L, Mattos R, et al. *Tratado de cirurgia dermatológica, cosmética e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 455-87.
- Robinson JK, Hanke CW. *Cirurgia da pele: procedimentos em dermatologia.* 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Salasche SJ, Bernstein G, Senkarik M. *Surgical anatomy of the skin.* Estados Unidos: Appleton & Lange; 1988.
- Gadelha AR, Costa IM. *Cirurgia dermatológica em consultório.* 2nd ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009.
- Codner MA, McCord CJ. *Cirurgia palpebral e periorbitária.* 2nd ed. Rio de Janeiro: Dilivros; 2016.
- Oestreicher J, Mehta S. Complications of Blepharoplasty: Prevention and Management. *Plast Surg Int.* 2012;2012:252368.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Érico Pampado Di Santis |  ORCID 0000-0001-5782-9205

Concepção, planejamento, análise dos dados, redação do artigo ou sua revisão intelectual crítica e responsabilidade pela aprovação final para publicação.

Patrícia Holderbaum |  ORCID 0000-0003-0116-2602

Concepção, planejamento, análise dos dados, redação do artigo e responsabilidade pela aprovação final para publicação.

Natália Machado Mildner |  ORCID 0000-0001-9220-8092

Análise de dados, redação e responsabilidade pela aprovação final para publicação.

Larissa Ethel Soriano Freire |  ORCID 0000-0003-2915-3660

Análise de dados, redação e responsabilidade pela aprovação final para publicação

Denise Steiner |  ORCID 0000-0001-6450-9234

Análise de dados, redação e responsabilidade pela aprovação final para publicação