

Lifting transfollicular subcutâneo do terço superior da face

Transfollicular subcutaneous forehead and brow lift

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170372>

RESUMO

A aparência do terço superior da face é um dos principais indicadores de envelhecimento e desempenha um papel significativo na comunicação ao transmitir informações não verbais. Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas para o rejuvenescimento dessa região, com o lifting transfollicular subcutâneo do terço superior da face possibilitando excelentes resultados ao abaixar a linha de implantação capilar, reduzir a altura da fronte, atenuar rítes frontais e glabellares, elevar as sobrancelhas e melhorar a pseudodermatocalase. Essa técnica apresenta as vantagens de menor risco de lesão nervosa e excelente camuflagem da cicatriz no couro cabeludo.

Palavras-chave: Cirurgia Plástica; Envelhecimento da Pele; Procedimentos Cirúrgicos Dermatológicos; Rejuvenescimento; Ritidoplastia.

ABSTRACT

The appearance of the upper third of the face is a key indicator of aging and plays a significant role in communication by conveying non-verbal information. Different surgical techniques have been described for the rejuvenation of this region, with transfollicular subcutaneous forehead and brow lift enabling excellent results by lowering the hairline, reducing forehead height, softening forehead and glabellar rhytids, raising the eyebrows, and improving pseudodermatocalasis. This technique offers the advantages of reduced risk of nerve injury and excellent scalp scar camouflage.

Keywords: Dermatologic Surgical Procedures; Rejuvenation; Rhytidoplasty; Skin Aging; Surgery, Plastic.

Como eu faço?

Autores:

Anna Karoline Gouveia¹
Guillermo Loda¹
Marcela Benez¹
Anna Beatriz Loda¹

¹ Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azuly, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência:

Anna Karoline Gouveia
E-mail: a.karolineoliveira@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.
Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 15/05/2024
Decisão final: 15/07/2024

Como citar este artigo:

Gouveia AK, Loda G, Benez M, Loda AB. Lifting transfollicular subcutâneo do terço superior da face. Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250372.



INTRODUÇÃO

A aparência do terço superior da face é um dos principais indicadores de envelhecimento, manifestando-se através de rítes, ptose da fronte e das sobrancelhas e alterações da região periocular, que resultam da reabsorção óssea, da ação muscular transmitida à superfície da pele e da flacidez cutâneo-ligamentar. O terço superior também desempenha um papel significativo na comunicação ao transmitir informações não verbais. Em relação à estética dessa região, as sobrancelhas em homens jovens geralmente são mais retificadas e situadas ao nível da borda orbital. Nas mulheres jovens, geralmente situam-se acima do nível da borda orbital, apresentando uma porção medial mais densa e quadrangular e tornando-se progressivamente arqueadas e mais finas em direção à porção lateral, com o ápice frequentemente coincidente com uma linha vertical traçada a partir do limbo corneal lateral. Com o aumento da idade, ocorre um descenso progressivo das sobrancelhas, que podem se posicionar abaixo do rebordo orbitário, dependendo do grau de envelhecimento.

Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas para o rejuvenescimento dessa região, cada uma com seus benefícios e limitações, que, em conjunto com a experiência do cirurgião, irão determinar a escolha da técnica para cada paciente. Tratamentos não cirúrgicos são úteis e podem ser associados. Entretanto, os resultados mais expressivos e duradouros apenas são alcançados com o lifting cirúrgico. Descrevemos o lifting transfollicular subcutâneo do terço superior da face (TSFBL, de *transfollicular subcutaneous forehead and brow lift*), técnica que possibilita o rejuvenescimento da região das sobrancelhas, glabella e fronte.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Com o paciente sentado, realiza-se a marcação da incisão. Delimita-se a região de máxima elevação no terço lateral com uma linha de concavidade superior inferiormente à sobrancelha, onde será realizado o descolamento no plano subcutâneo. Na região medial, onde se localizam os nervos supraorbital e supratroclear, demarca-se uma linha de concavidade inferior, acima da sobrancelha, que será o limite inferior do descolamento, com o objetivo de reduzir o risco de lesão nervosa e evitar a elevação excessiva da porção medial das sobrancelhas. Na região da glabella, marca-se uma linha de concavidade superior, que servirá de ponto de referência para o limite inferior do descolamento (Figura 1). Os limites laterais são marcados com uma linha vertical traçada na altura da crista temporal. A incisão superior é demarcada cerca de 5 mm posteriormente à linha de implantação frontal do couro cabeludo, apresentando um desenho irregular que simula o formato da linha de implantação natural (Figura 2). Realiza-se anestesia local tumescente com injeção de uma solução anestésica constituída por 80 mL de cloreto de sódio 0,9%, 20 mL de lidocaína 2% e 0,4 mL de epinefrina 1 mg/mL. Essa solução é injetada no plano subcutâneo em toda a área previamente demarcada, e o volume total utilizado depende da extensão da região frontal. Em nossa experiência, esse volume varia de 60 a 80 mL. A incisão e o plano de dissecação conferem



FIGURA 1: Marcação cirúrgica. Região de máxima elevação demarcada no terço lateral e inferiormente às sobrancelhas com uma linha de concavidade superior, indicando o limite inferior do descolamento no plano subcutâneo. Na região medial, onde se localizam os nervos supraorbital e supratroclear, o limite inferior do descolamento é demarcado com uma linha de concavidade inferior acima da sobrancelha. Na região da glabella, o limite de descolamento é demarcado com uma linha de concavidade superior. Os limites laterais são marcados com uma linha vertical traçada na altura da crista temporal

a nomenclatura ao procedimento, intitulado TSFBL. A incisão é realizada com lâmina 11, inclinada cerca de 10 a 20 graus em relação ao plano horizontal. Essa angulação permite seccionar os folículos pilosos em diferentes alturas, preservando os bulbos de parte deles, o que permitirá que os folículos mais anteriores cresçam à frente da cicatriz (Figura 3), promovendo uma camuflagem eficaz da cicatriz no couro cabeludo. Essas características da incisão também produzem bordas muito finas, contribuindo para um melhor resultado estético. A dissecação é realizada no plano subcutâneo, mantendo gordura no teto e no assoalho, criando um retalho lipocutâneo e evitando lesão do músculo frontal, localizado logo abaixo. Ao respeitar a linha de marcação mais alta na região proximal das sobrancelhas, evita-se a eleva-

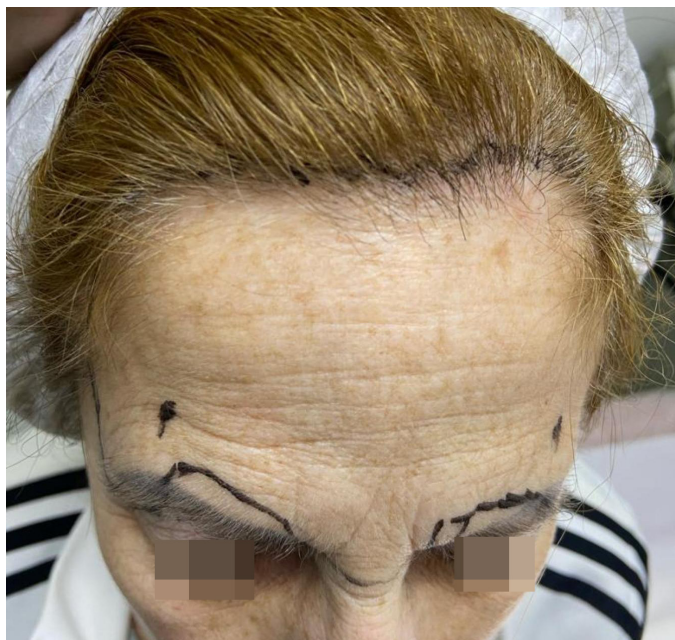


FIGURA 2: A incisão superior é demarcada cerca de 5 mm posteriormente à linha de implantação frontal do couro cabeludo, apresentando um desenho irregular que simula o formato da linha de implantação natural

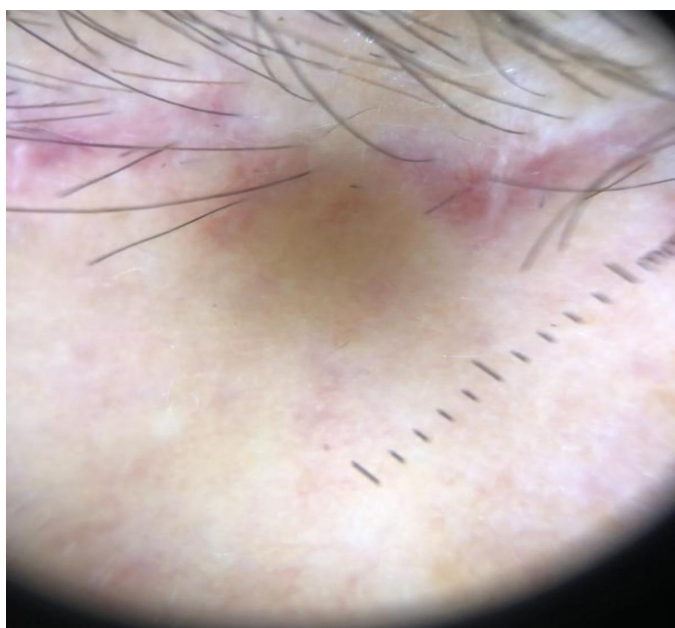


FIGURA 3: Dermatoscopia demonstrando o crescimento de cabelos à frente da cicatriz

ção excessiva de sua porção medial, enquanto a dissecação mais inferior da glabella e das porções laterais possibilita a elevação da cauda das sobrancelhas e a correção da ptose glabellar, devolvendo uma aparência mais jovem. Por se tratar de uma técnica subcutânea que possibilita visualização direta, há um menor ris-

co de lesão dos troncos nervosos sensitivos principais da região da glabella em comparação às técnicas endoscópica e supraparietal. O limite lateral do descolamento não deve ultrapassar a crista temporal para evitar lesão do nervo temporal. Os septos do sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) conectam o músculo frontal com a pele da fronte. Durante a dissecação no plano subcutâneo, ocorre o rompimento da maioria desses septos, o que resulta em uma melhora significativa das rítmicas frontais e glabulares. Embora os músculos depressores do supercílio possam ser seccionados sob visualização direta, optamos por não os abordar devido à ausência de superioridade nos resultados observados, assim como para não aumentar o risco de complicações. Após a conclusão da dissecação, o retalho é tracionado sobre o couro cabeludo e três incisões verticais são realizadas (*back cut*): uma na região central da testa, que corresponde inferiormente à glabella; e duas incisões paramedianas, que correspondem ao ponto de elevação máxima das sobrancelhas, frequentemente coincidentes com uma linha vertical traçada a partir do limbo corneal lateral. O comprimento dessas incisões pode variar de 15 a 30 mm, dependendo do posicionamento das sobrancelhas, da distância entre o couro cabeludo e as sobrancelhas e da experiência do cirurgião. Em nossa experiência, um comprimento entre 20 e 25 mm é adequado na maioria dos casos. O retalho é ancorado com pontos chave entre a parte distal dessas incisões e o couro cabeludo, utilizando suturas simples com fio de nylon 5.0 (Figura 4). Em seguida, o excesso de pele é removido com lâmina 11, seguindo o mesmo desenho e angulação da incisão no couro cabeludo, e as bordas são unidas delicadamente através de



FIGURA 4: Três incisões verticais (*back cut*) e ancoragem do retalho com pontos chave entre a parte distal dessas incisões e o couro cabeludo, utilizando suturas simples com fio de nylon 5.0



FIGURA 5: Após remoção do excesso de pele, seguindo o mesmo desenho da incisão no couro cabeludo

pontos simples com fio de nylon 5.0 (Figura 5). O procedimento é finalizado com curativo compressivo, e o paciente é reavaliado em até 48 horas. Após esse período, não é necessário refazer o curativo. As suturas são removidas após 10 a 14 dias (Figura 6).

DISCUSSÃO

Existem diversas alternativas cirúrgicas para o tratamento da ptose das sobrancelhas, que podem ser didaticamente divididas em técnicas sob visualização direta, transblefaroplastia e endoscópica. As técnicas sob visualização direta se diferenciam conforme o posicionamento da incisão, sendo realizadas com excisões logo acima das sobrancelhas (técnica de Castañares), no meio da fronte, pré-triquial, coronal e transfolicular. O *brow lift* endoscópico é realizado no plano subgaleal ou subperiosteal e utiliza material de fixação óssea, resultando em incisões menores, menos edema, disestesia e alopecia no pós-operatório. Porém, essa técnica necessita de equipamento especializado, de maior custo, apresenta uma maior curva de aprendizado e seus resultados são menos duradouros em relação aos métodos diretos, pois o grau de elevação é determinado pela liberação e fixação do retalho, sem excisão direta de pele.¹ É particularmente indicada quando há assimetria das sobrancelhas.² A abordagem transpalpebral consiste na ancoragem ao periósteo dos tecidos da sobrancelha, dos músculos e da gordura subcutânea através da incisão de uma blefaroplastia superior. Pode ser realizada no intraoperatório de uma blefaroplastia superior nos casos em que um *brow lift* tradicional não estiver planejado. Mokhtarzadeh et al., avaliando 98 pacientes submetidos a fixação interna durante blefaroplastia, identificaram uma elevação média da posição central/lateral das sobrancelhas entre 1,47 e 2,29 mm durante seguimento de 4-5 meses.³ O *brow lift* direto inclui variações de incisões elípticas bilaterais logo acima das sobrancelhas (incluin-



FIGURA 6: Resultado no 15º dia pós-operatório



FIGURA 7: Resultado 1 ano após o tratamento (mesma paciente da figura 1). Percebe-se melhora importante das ríntides frontais e glabellares, do posicionamento das sobrancelhas e da pseudodermatocálase. A cicatriz resultante é uma fina linha hipocrômica, perceptível apenas ao pentear os cabelos para trás

do a técnica de Castañares), escondendo a cicatriz junto aos fios, ou incisões mediofrontais com o disfarce das cicatrizes nas ríntides horizontais da frente. Esses dois tipos têm indicação especial para pacientes com linha de implantação capilar instável. A técnica pode ser modificada para abordar apenas a ptose lateral ou para compensar assimetrias. Tais técnicas podem abaixar a linha de implantação capilar ao encurtar a frente. A dissecação no plano subcutâneo pode ser realizada medialmente com o objetivo de melhorar as ríntides glabellares, mas não há melhora das ríntides frontais e a cicatriz pode ficar evidente por um período longo.³ O *brow lift* coronal, uma técnica aberta que usa uma incisão de orelha a orelha através do couro cabeludo, eleva a linha de implantação capilar, mas pode causar alopecia e lesão neural. A abordagem pré-triquial consiste em posicionar a incisão na frente, fora e logo abaixo do couro cabeludo. Ao contrário do *brow lift* coronal, essa técnica abaixa a linha de implantação capilar ao encurtar a frente, mas pode acarretar as mesmas complicações que os demais métodos, com a desvantagem adicional de deixar uma cicatriz mais evidente. A abordagem transfolicular possibilita abaixar a linha de implantação capilar, reduzir a altura da frente e atenuar ríntides frontais e glabellares, elevando todo o terço superior, com melhora da pseudodermatocálase. Caso o paciente ainda apresente excesso de pele na pálpebra superior após o TSFBL, é possível realizar uma blefaroplastia superior no mesmo tempo cirúrgico para complementação dos resultados. Em nossa experiência, preferimos realizar a blefaroplastia em um segundo momento para obtermos uma avaliação mais fidedigna

da quantidade de pele excedente. O resultado estético da cicatriz é bastante satisfatório, resultando em uma linha hipocrômica fina, evidente apenas ao pentear os cabelos para trás (Figura 7). De forma geral, todas as técnicas cirúrgicas de elevação das sobrancelhas possuem baixa incidência de complicações, sendo as mais comuns hematoma, lesão de nervos sensitivos e motores cursando com disestesia, paresia, assimetria, alopecia e cicatrizes inestéticas. Os dados atualmente disponíveis na literatura não demonstram superioridade de uma técnica em relação a outra ou de técnicas endoscópicas em relação a técnicas sob visualização direta.^{4,5}

CONCLUSÃO

As várias técnicas de elevação das sobrancelhas apresentam peculiaridades em relação às suas indicações, formas de execução e contraindicações específicas, que irão determinar a escolha do procedimento ideal para cada paciente. Em pacientes que apresentam boa densidade capilar na região frontotemporal, a nossa técnica de escolha é a abordagem transfolicular subcutânea devido aos resultados satisfatórios e duradouros na elevação de todo o terço superior da face, associados a melhora das ríntides, excelente camuflagem da cicatriz no couro cabeludo, segurança da dissecação no plano subcutâneo sob visualização direta e possibilidade de execução com material de baixo custo, em comparação com as técnicas endoscópicas. As principais contraindicações para essa abordagem são a presença de linha de implantação capilar instável e alopecia na região frontotemporal. ●

REFERÊNCIAS:

1. Holck DE, Ng JD, Wiseman JB, Foster JA. The endoscopic browlift for forehead rejuvenation. *Semin Ophthalmol*. 1998;13(3):149-57.
2. Karimi N, Kashkouli MB, Sianati H, Khademi B. Techniques of eyebrow lifting: a narrative review. *J Ophthalmic Vis Res*. 2020;15(2):218-35.
3. Mokhtarzadeh A, Massry GG, Bitrian E, Harrison AR. Quantitative efficacy of external and internal browpexy performed in conjunction with blepharoplasty. *Orbit*. 2017;36(2):102-9.
4. Graham DW, Heller J, Kirkjian TJ, Schaub TS, Rohrich RJ. Brow lift in facial rejuvenation: a systematic literature review of open versus endoscopic techniques. *Plast Reconstr Surg*. 2011 Oct;128(4):335e-341e. Erratum in: *Plast Reconstr Surg*. 2011;128(5):1151. Kirkjian, T Jonathan [corrected to Kurkjian, T Jonathan].
5. Byun S, Mukovozov I, Farrokhyar F, Thoma A. Complications of browlift techniques: a systematic review. *Aesthet Surg J*. 2013;33(2):189-200.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Anna Karoline Gouveia  ORCID 0000-0001-6258-9824

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Guillermo Loda  ORCID 0000-0003-0511-0025

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Marcela Benez  ORCID 0000-0003-0289-5656

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Anna Beatriz Loda  ORCID 0009-0000-7319-2531

Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.