

“Quadralização facial” no processo do envelhecimento

“Facial squaring” in the aging process

RESUMO

As mudanças estruturais decorrentes do processo de envelhecimento da face estão relacionadas com ação muscular, flacidez da pele, perda da sustentação óssea e diminuição do volume dos compartimentos de gordura faciais, que, com o passar dos anos, geram alterações em seu contorno.

Faz-se uma revisão das principais causas relacionadas às assim chamadas mudanças do contorno no envelhecimento facial e define-se nova denominação – a “quadralização facial” – para esse processo, que faz com que a forma da face se transforme com o passar do tempo, de um trapézio invertido, na juventude, em um quadrado.

Palavras-chave: rejuvenescimento; pele; músculos faciais.

ABSTRACT

Structural alterations resulting from the aging process of the face are related to muscular action, skin sagging, loss of bone support, and decrease in the volume of facial fat compartments—all inducing alterations in facial contour over the years. The authors have carried out a review of the main causes linked to the so-called facial contour alteration in aging and defined a new denomination for this process: “facial squaring”, the process through which the shape of the face—which is that of an inverted trapezoid in youth—becomes that of a square over time.

Keywords: rejuvenation; skin; facial muscles.

INTRODUÇÃO

A beleza é experiência ou processo relacionado à percepção de elementos que agradam de forma singular àquele que a experimenta. Alguns acreditam que existe uma forte conexão entre a beleza e a matemática, pois rostos proporcionais, simétricos, bem marcados, com contornos arredondados e bochechas altas parecem ser mais atrativos. Com o processo de envelhecimento, ocorrem alterações nas proporções das estruturas faciais, o que leva muitos indivíduos a procurar tratamentos estéticos com o desejo do retorno ou manutenção de sua aparência quando jovem.

Desde a Antiguidade, no Egito, o padrão de beleza foi definido pela rainha Nefertiti, que é talvez a mais bela imagem facial que o mundo já conheceu. Provavelmente seu nome era pronunciado como "Naftaiyta", significando "a beleza chegou". Sua fama supera a barreira de tempo e espaço. Seu rosto perfeitamente simétrico, sobrancelhas delicadamente curvadas, olhos

Artigo de revisão

Autores:

Daniel Dal'Asta Coimbra¹
Natalia Caballero Uribe²
Betina Stefanello de Oliveira²

¹ Mestre em ciências na área de dermatologia pelo Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (Ipec-Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ); professor de cosmia-
tria do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Pós-graduandas do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Dr. Daniel Dal'Asta Coimbra
Rua Casuarina 705 – Humaitá
22261-160 - Rio de Janeiro - RJ
E-mail: drcoimbra@gmail.com

Data de recebimento: 27/08/2013
Data de aprovação: 26/12/2013

Trabalho realizado no Instituto Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ) e na clínica particular do autor – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

amendoados e bem marcados, zigomáticos proeminentes, nariz fino e proporcional, lábios carnudos, ausência de marcas de expressão ou rugas e pescoço fino e alongado, nos remete a um ideal de beleza a ser perseguido até hoje.¹

Descreve-se na literatura que, na juventude, o rosto é moldado como um triângulo invertido, com o ápice voltado para baixo, o que se traduz em um terço médio bem definido. Com o processo de envelhecimento, a mudança na estrutura facial faz com que os contornos e o volume sejam perdidos, invertendo-se o triângulo da juventude. As formas faciais também são descritas como rostos ovais, redondos, em forma de coração e quadrados, entre outros.

Há poucos anos, com a descoberta dos compartimentos faciais de gordura^{2,3} e a introdução de ácido hialurônico de maior viscosidade no tratamento da reposição volumétrica e melhora dos contornos faciais, instalou-se nova era na abordagem no tratamento do envelhecimento facial com uso dos preenchedores. Passa-se a pensar, agora, na face como um todo, dando importância à manutenção de sua tridimensionalidade e não apenas ao tratamento das rugas e sulcos, que muitas vezes são a consequência da diminuição do volume da gordura facial e da reabsorção óssea decorrentes do envelhecimento.

Chamamos de “quadralização” da face as mudanças nos contornos faciais decorrentes do envelhecimento: na juventude a face tem a forma de um trapézio invertido e com o passar do tempo tende a tornar-se um quadrado. (Figura 1)

Buscando melhor entendimento dos motivos relacionados ao processo de “quadralização” facial, abordaremos o envelhecimento com base em quatro pilares principais: flacidez cutânea, ação muscular depressora, diminuição volumétrica dos compartimentos de gordura e perda da sustentação profunda devido ao remodelamento ósseo.

EFEITOS DO ENVELHECIMENTO

Para avaliar a simetria e o equilíbrio da face, prática muito usada é dividi-la horizontalmente em três terços. O terço superior se estende da inserção do cabelo à glabella, o terço

médio da glabella à região subnasal, e o terço inferior da região subnasal ao mento.⁴ (Figura 2)

Durante o envelhecimento ocorrem na face mudanças de diferentes tipos. No terço superior elas estão relacionadas ao dano crônico pela luz ultravioleta, aos músculos intrínsecos da expressão facial e a suas influências na pele e às mudanças gravitacionais da perda da elasticidade tecidual.⁵⁻⁷ No terço médio resultam de uma combinação de fotoenvelhecimento, perda do tecido subcutâneo, perda de elasticidade cutânea e remodelamento de estruturas ósseas e cartilaginosas. O septo orbital pode enfraquecer com o tempo, permitindo protrusões da gordura da pálpebra inferior ou superior. Entretanto, algumas pessoas podem experimentar perda do tecido subcutâneo palpebral, o que provoca aspecto de afundamento. A região malar pode ser afetada pela perda de volume da gordura bucal que está localizada entre o músculo masseter anteriormente e o músculo bucinador posteriormente. Os mecanismos de suporte da ponta nasal podem tornar-se inelásticos e se alongar com a idade, resultando na ptose da ponta nasal e em aparente alongamento do terço médio da face.⁵⁻⁹ No terço inferior, as alterações resultam da combinação de dano crônico pela luz ultravioleta, perda da gordura subcutânea, mudanças devidas aos músculos da expressão facial e do pescoço, mudanças gravitacionais por perda da elasticidade tecidual e remodelamento de estruturas ósseas e cartilaginosas. A dentição e a reabsorção dos ossos maxilares e mandibulares podem resultar em perda generalizada de tamanho e volume. O queixo roda anteriormente e fica mais afilado e protruso. Além da diminuição do volume labial propriamente, a ptose da ponta do nariz também pode contribuir para a aparência de lábio superior diminuído.⁵⁻⁸

Dessa forma, abordaremos os quatro pilares estéticos principais relacionados a essas alterações no intuito de alcançar melhores entendimento do processo de envelhecimento e direcionamento de técnicas de tratamento para a recuperação ou manutenção do contorno facial.

1. Flacidez da pele

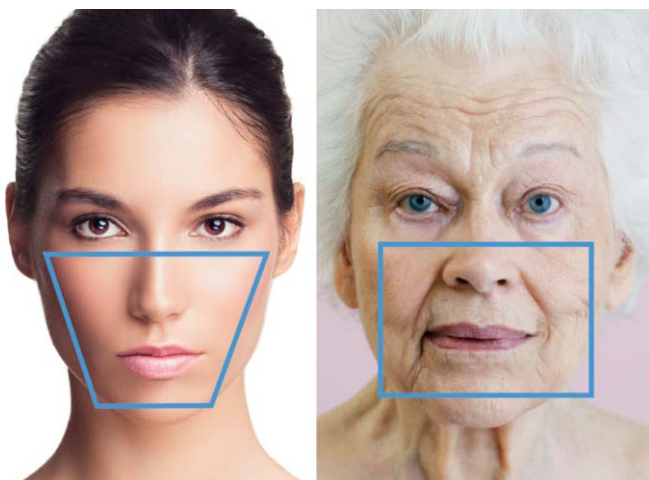


FIGURA1: “Quadralização facial” decorrente do envelhecimento

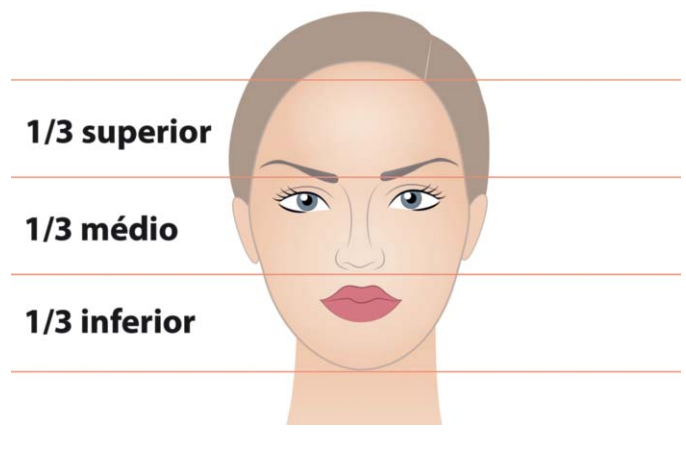
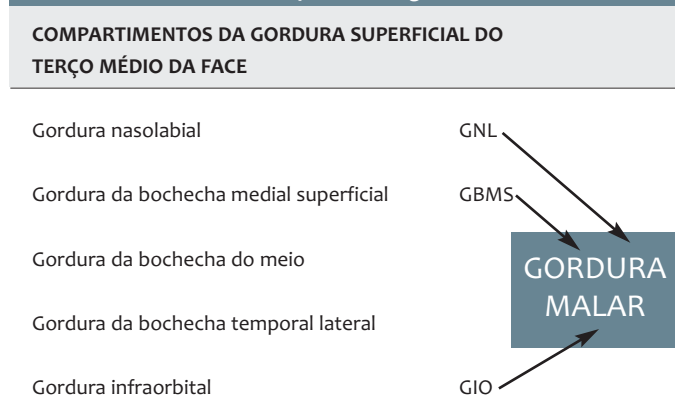


FIGURA2: Divisão dos terços faciais

TABELA 1: Compartimentos da gordura superficial do terço médio da face. Fazem parte da gordura malar a gordura nasolabial, a gordura da bochecha medial superficial e a gordura infraorbital.



As linhas de tensão da pele são resultado de múltiplas interações de fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores intrínsecos independem de nossa vontade, pois refletem a genética. Eles consistem em propriedades inerentes de extensibilidade, elasticidade e tensão que são associadas com os componentes bioestruturais da pele. Esses elementos estruturais consistem no colágeno dérmico e nos tecidos elásticos. Com a idade o colágeno começa a aumentar o cross-linking, tendo seu volume e elasticidade reduzidos. As fibras elásticas são mais abundantes na derme da face do que na do couro cabeludo e, portanto, são responsáveis por manter a tensão estática da pele e pela restauração do colágeno deformado no estado original. Com a idade, e especialmente com a exposição solar prolongada, as fibras elásticas estão sujeitas à deterioração estrutural e funcional, perdendo progressivamente a habilidade para retornar ao comprimento original, o que redundará na perda da firmeza da pele.⁹

O envelhecimento extrínseco é causado principalmente pela exposição ao sol, mas também pelo tabagismo, excesso de uso de álcool e má alimentação, entre outras condições.³ Também entre os fatores extrínsecos, os músculos da expressão facial se inserem diretamente na pele determinando tensão contínua mesmo em repouso. Ao longo do tempo eles produzem

um alongamento do colágeno na direção da tração muscular.

Na infância, o tecido elástico se mantém em sua configuração, e essas mudanças não são muito aparentes. Com a idade, a pele perde elasticidade, e seu alongamento começa ser notado, sendo a pele redundante direcionada aos sulcos e rítmides. As rugas lineares resultam da união de múltiplas fibras do sistema musculoponeurótico superficial (SMAS) com a derme, alongando a pele e reduzindo a tensão na direção do movimento dos músculos faciais. As linhas de tensão da pele são perpendiculares à soma dos vetores de força da ação muscular. A diminuição da tensão, o aumento do alongamento das fibras de colágeno e a progressiva diminuição do tecido elástico criam essas linhas que se exacerbam com a idade progressiva e/ou com o dano solar.⁹

Dessa forma, tais fatores em conjunto levam ao aumento da flacidez cutânea e à “sobra” de pele na face e no pescoço.

2. Ação muscular

Na juventude os músculos da mímica facial têm contorno curvilíneo, apresentando na superfície convexidade anterior que os torna projetados. Isso reflete uma curva no compartimento de gordura subjacente à face profunda desses músculos que atua como um plano de deslizamento mecânico eficaz. A amplitude do movimento do músculo é também maior. Ao longo do tempo, o contorno convexo torna-se retilíneo e a gordura subjacente é expulsa por detrás dos músculos, fazendo com que a gordura superficial aumente.³

O músculo frontal apresenta pouca gordura subjacente. Durante suas contrações, a pressão máxima é exercida na sua área funcional central, para onde as forças elevadoras e depressoras convergem, produzindo ao longo do tempo esvaziamento ósseo horizontal central com convexidade superior (colisões frontais) e inferior (arco superciliar).

Os músculos da região glabellar são responsáveis pelas principais alterações evidentes do envelhecimento no terço superior da face, pois possuem forte ação depressora. Fazem parte dessa região os músculos corrugadores, procerus, depressores do supercílio e porção superior dos orbiculares dos olhos. Sua ação conjunta contribui para o aspecto cansado e aborrecido da face, bem como para o aumento da pele na região palpebral superior e o deslocamento das bolsas de gordura nessa região.

TABELA 2: Compartimentos da gordura profunda do terço médio da face

COMPARTIMENTOS DA GORDURA PROFUNDA DO TERÇO MÉDIO DA FACE		
COMPARTIMENTOS DA GORDURA DA BOCHECHA MEDIAL PROFUNDA (GBMP)		COMPARTIMENTO DE GORDURA INFRAORBICULAR DOS OLHOS
MEDIAL	LATERAL	
Profundo e medial ao GNL	Profundo ao BMS	Profundo ao músculo orbicular dos olhos da pálpebra inferior Densamente aderido ao periosteo
Limita com o espaço do Ristow, a borda inferior com a maxila	Lateral ao compartimento da extensão bucal da gordura bucal	Divide-se em lateral e medial

As contrações dos músculos orbiculares dos olhos também são responsáveis pelo envelhecimento facial, levando à protrusão da gordura orbicular, criando as bolsas palpebrais, além de contribuir para a queda da cauda da sobranceira, para o aparecimento das ríides perioculares (pés de galinha) e para o aumento da ptose cutânea na região palpebral. Repetidas contrações do músculo corrugador do supercílio expulsam o compartimento de gordura profunda, incentivando a erosão do osso da órbita.

O músculo elevador do lábio superior e da asa nasal representa uma associação de dois outros: um superficial (elevador da asa nasal) e outro profundo (elevador do lábio superior). Suas contrações repetidas expulsam inferior e profundamente a gordura da fossa canina e superficialmente a gordura do sulco nasolabial, achatando a convexidade da região malar anterior. Ao longo do tempo, uma depressão que aumenta visivelmente com o sorriso aparece acima da dobra nasolabial na área paranasal. A gordura profunda, que na juventude se situa entre a inserção cutânea do músculo elevador da asa nasal e o orifício piriforme, também é expulsa para o sulco nasolabial.

Com o envelhecimento, os músculos zigomático maior e menor expulsam a gordura subjacente profunda na região inferior, o que leva ao esvaziamento da área jugal.

Os músculos da mímica facial são particularmente fortes nas áreas periorbital e peribucal. Suas contrações repetitivas e combinadas com o aumento do tônus em repouso servem não só para expulsar a gordura subjacente, mas também para exercer pressão constante sobre o osso, favorecendo sua erosão. Contrações repetidas do músculo orbicular da boca levam ao surgimento das ríides periorais, além de auxiliar na diminuição do volume e perda do contorno labial.

As contrações repetidas do depressor do ângulo da boca, combinadas com a elevação produzida pelos músculos mentonianos, expulsam a gordura subjacente na direção da região cervical média superior, aumentando o excesso de pele. Além disso, o tônus de repouso dos músculos depressores da boca e do ângulo da boca aumenta ao longo do tempo, deprimindo a comissura e aprofundando o sulco labiamental.⁴ Abaixo da mandíbula, contrações do depressor do ângulo da boca estimulam o músculo platisma, expulsando a gordura profunda anteriormente.

Na juventude o platisma apresenta configuração de ampulheta, simulando uma “cintura” mais estreita entre a sua origem transversal inferior e a inserção transversa superior que ajuda a definir o ângulo cervicomandibular. Com o envelhecimento, seu tônus em repouso aumenta e ocorre o encurtamento do comprimento vertical, levando à formação de bandas anteriores que apagam o ângulo cervicomandibular. As contrações do platisma ao longo do tempo expulsam a gordura profunda e anteriormente na região submental.

3. Compartimentos de gordura da face

A gordura da face está dividida em diferentes compartimentos independentes, limitados por distintas unidades anatómicas e com vascularização própria (Tabelas 1 e 2).

Coleman et al. descreveram diferentes compartimentos

de gordura, subdivididos em regiões: periorbicular, temporal, perioral, terço médio da face, bochecha e mandibular.¹⁰

A região periorbicular é compartimento de gordura distribuído nas pálpebras superior e inferior. A órbita apresenta perda de volume quase uniforme, sendo mais importante nos compartimentos superiores medial e lateral. A perda de volume na região superior da órbita faz uma deflação dos tecidos em direção à margem ciliar, provocando excesso de pele e aspecto de afundamento.^{3,7,10}

Na região temporal o volume tem a contribuição do músculo temporal e dos compartimentos de gordura profunda e superficial. No envelhecimento existe atrofia da gordura sobre o processo frontal do osso zigomático e do arco zigomático superior, que podem, assim, tornar-se visíveis.^{3,7,10}

Na região perioral, que é composta predominantemente pelo músculo orbicular da boca, ocorre relativa ausência de gordura. Geralmente no envelhecimento o lábio superior afina, há menor protrusão dos maxilares e inversão do lábio. O lábio inferior perde a submucosa, sua plenitude, e se inverte.^{3,7,10}

Na região do terço médio da face ocorre a maior perda de gordura principalmente nas áreas pré-auricular, bucal e malar, levando a convexidades. Nos casos mais graves pode provocar aparência esqueletizada.^{3,7,10}

Na região maxilar, o ângulo e o corpo da mandíbula, com seus sobrejacentes músculos masseter e platisma, definem a borda inferior da parte inferior do rosto e criam a linha da mandíbula. Com o envelhecimento, podem ocorrer depósitos remanescentes de gordura que descem e deformam a borda da mandíbula, diminuindo a plenitude facial.^{3,7,10}

Mediante estudo com tomografias empregando contraste em faces de cadáveres, Gierloff et al. propuseram classificação diferente dos compartimentos de gordura aqui citados. Os compartimentos foram divididos em gordura do terço médio da face constituída por duas camadas (superficial e profunda) e da região paranasal, dividida em três camadas anatomicamente diferentes.² (Figura 3).

A camada superficial é composta por: gordura nasolabial, gordura da bochecha medial e média, compartimento temporo-frontal e três compartimentos orbitais. A camada profunda está constituída pela gordura infraorbicular e a gordura da bochecha medial profunda. Três camadas distintas de compartimento de gordura são encontradas na abertura piriforme, onde o compartimento está localizado posterior à parte medial da gordura da bochecha medial profunda.²

O compartimento nasolabial é subcutâneo e oval. Sua borda superior está localizada no contorno inferior da órbita, e sua extensão inferior é adjacente à gordura do mento superior. O compartimento é limitado lateralmente pela gordura malar média e pela gordura infraorbicular. A borda medial é composta pela maxila e pelo compartimento lateral do lábio superior.

O compartimento de gordura da bochecha medial está localizado na lateral do compartimento nasolabial. O limite inferior é estabelecido pela gordura do mento e pela extensão bucal da gordura bucal. O compartimento é limitado lateralmente pela gordura da região da bochecha do meio e pelo com-

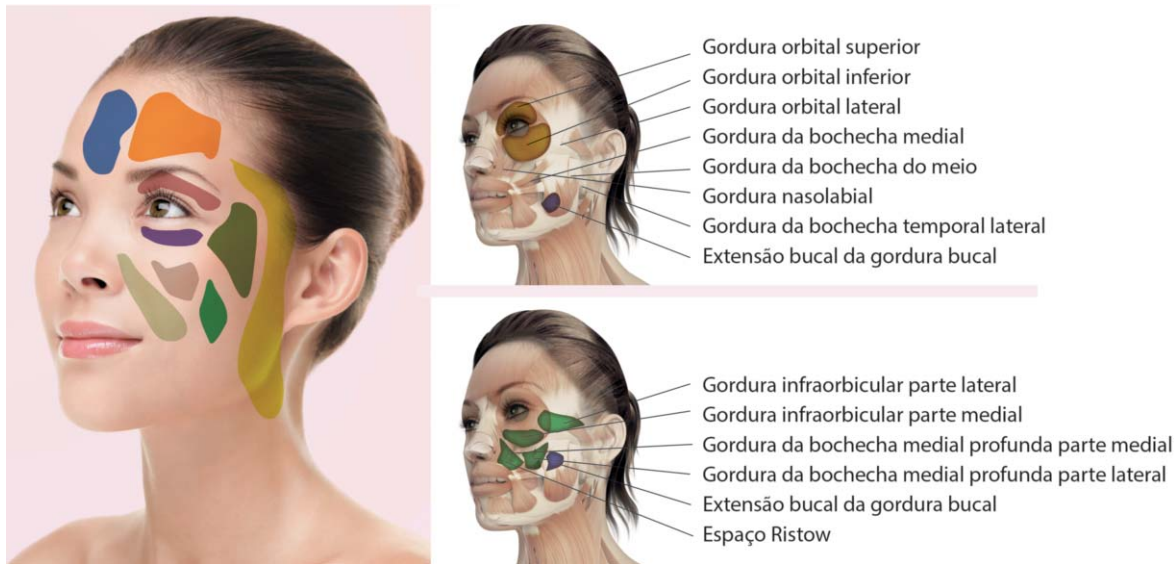


FIGURA 3: Compartimentos de gordura da face. (Adaptado de Girloff e cols²)

portamento orbital lateral. A borda posterior é formada por: músculo orbicular dos olhos, gordura da bochecha medial profunda e coxim da gordura bucal.

O compartimento da bochecha do meio está localizado anteriormente ao compartimento frontotemporal e lateralmente a uma linha perpendicular à borda orbitária lateral. O limite anterior é a gordura da região malar e de uma pequena parte da gordura bucal. A borda superior é o compartimento orbital lateral.

O compartimento da gordura da bochecha medial profunda está subdividido em partes medial e lateral. A parte medial está localizada embaixo do compartimento nasolabial, mas se estende mais longe medialmente. Ela não se apoia imediatamente sobre o perióstio da maxila, sendo limitada posteriormente por um pequeno compartimento triangular. A parte lateral está localizada limitando a gordura da bochecha medial superficial. Seu limite superior é com a gordura infraorbital, o lateral, com a gordura bucal. O compartimento se apoia medialmente na gordura da bochecha medial profunda e lateralmente na maxila.

A gordura infraorbicular se divide em duas; a parte medial está localizada acima do perióstio da maxila, e sua porção inferior, acima da parte lateral da gordura da bochecha medial profunda; sua parte medial da gordura infraorbicular é coberta pela gordura nasolabial e bochecha medial. A parte lateral da gordura infraorbicular é localizada embaixo do compartimento orbital lateral e da gordura da bochecha medial.²

O compartimento de gordura bucal desempenha papel importante porque sua extensão vai desde o espaço paramaxilar profundo até o plano subcutâneo superficial inferior do osso zigomático. A extensão bucal do compartimento de gordura bucal é considerada parte do lóbulo posterior. No entanto, Gierloff et al. observaram em 29% dos cadáveres analisados que a extensão bucal do coxim de gordura bucal pode ser considerada compartimento distinto, por apresentar sítio anatômico limitado, nesse caso uma terceira camada.² Esse compartimento se localiza inferiormente ao osso zigomático e anterior ao ramo

da mandíbula ao redor do músculo masseter. Só uma pequena porção do compartimento é localizada no espaço paramaxilar. A extensão subcutânea desse compartimento confina a gordura da bochecha medial, medial profunda e central, infraorbicular, do mento e do espaço do premasseter, podendo estar relacionada com a sustentação de todos esses compartimentos de gordura.³

A região orbital é dividida em compartimentos superior, inferior e lateral. O compartimento de gordura orbital inferior está localizado no subcutâneo, embaixo da metade do osso da órbita e a borda inferior segue este mesmo curso inferior. O limite do compartimento inferior é a gordura da bochecha medial, central, infraorbicular e nasolabial. O compartimento da gordura orbital superior está localizado imediatamente embaixo da pele da pálpebra superior. A borda superior segue o curso do osso orbital, e a parte lateral está localizada na lateral do osso orbital. A borda inferior da gordura orbital lateral é a gordura da bochecha medial. No compartimento orbital lateral a borda superior está localizado em linha virtual entre o contorno orbital superior e a articulação temporomandibular. A porção inferior do compartimento se sobrepõe à parte lateral da gordura suborbicular. A gordura orbital lateral se limita lateralmente com a bochecha da gordura temporal.²

Alterações relacionadas com a diminuição do volume, atrofia e migração para regiões inferiores da face desses compartimentos de gordura provavelmente constituem os principais fatores das mudanças estruturais da face pertinentes ao processo do envelhecimento.

Recentemente Wan e cols.¹¹ analisaram 63 dissecções da hemiface em cadáveres e observaram três principais alterações: 1- os adipócitos nos compartimentos de gordura superficial eram maiores quando comparados aos adipócitos dos compartimentos de gordura profunda; 2- o tamanho dos adipócitos nos compartimentos de gordura nasolabial (GNL) e da bochecha medial profunda (GBMP) nos homens é significativamente menor quando comparado ao das mulheres; e 3- o tamanho dos

adipócitos no compartimento nasolabial (GNL) em pacientes com índice de massa corporal (IMC) normal é significativamente maior em mulheres do que em homens. Isso suporta as observações clínicas e anatômicas que sugerem que há diferenças morfológicas entre os compartimentos de gordura superficial e profunda, especificamente atrofia seletiva nos compartimentos de gordura profunda em idosos. Esse achado poderá ser clinicamente relevante para os efeitos do rejuvenescimento facial volumétrico.

4. Remodelamento ósseo da face

As áreas com predisposição ao remodelamento ósseo correspondem às partes móveis da face, especialmente às áreas superomedial e inferolateral da órbita, região piriforme do nariz, mento e particularmente a maxila, em que esse processo é mais proeminente.

As mudanças ocorrem com a idade, e conseqüentemente produzem protrusão da glabella, expansão das rugas supraorbitais, translação lateral da órbita, aumento da profundidade, expansão lateral das bochechas, aumento das dimensões do nariz e do mento.

O coxim da gordura medial da órbita também se torna mais proeminente com a idade, possivelmente associado à reabsorção da borda superior da órbita.

A região malar média manifesta alterações mais complexas de tecidos moles com envelhecimento. O desenvolvimento da deformidade do sulco nasojugal, gordura malar e prega nasolabial proeminente pode, em grau significativo, ser atribuído a alguma perda ou ptose da gordura com a idade.

A perda da projeção do maxilar contribui para o aumento da abertura piriforme, em que existe diminuição da sustentação tanto do nariz como da parte superior do lábio, resultando em ptose da região centrofacial e conseqüentemente em alongamento do nariz até o lábio superior.

A maxila é o osso que sofre maior remodelamento com o envelhecimento, cujas conseqüências são observadas na bochecha. O osso maxilar dá origem e função a outros ossos que formam a órbita. Na juventude expande-se para acomodar o crescimento da dentição secundária, que se desenvolve no interior do osso, resultando em grande redução de volume, especialmente em sua parte inferior.¹²

Com o envelhecimento, o terço inferior sofre encurtamento maxilar vertical que afeta a estrutura dental e esquelética. Essa combinação negativa também influencia o ato de sorrir do paciente, resultando em redução da exposição dos dentes superiores e anteriores. Às vezes, os fatores estruturais do envelhecimento não são facilmente detectados, devido à compensação oferecida pelo tecido mole, o qual, num sujeito jovem, tem papel importante de camuflagem.¹³

QUADRALIZAÇÃO DA FACE

Com base na observação dos formatos faciais, experiência adquirida com o uso dos preenchedores de reposição volumétrica, nos estudos sobre processo envelhecimento facial^{2,3,7} e nas mudanças do contorno a ele relacionadas, são propostas novas nomenclatura e abordagem para as mudanças dos contornos faciais decorrentes do envelhecimento: a “quadralização” da face.

Alguns autores acreditam que a face na adolescência apresenta formato de coração ou triângulo invertido e que, com o envelhecimento, esse triângulo se inverte, apresentando sua base na linha mandibular. Acreditamos, no entanto, que todos os rostos possuem formato único, igual ao de um trapézio invertido, sendo o limite superior constituído por uma linha entre as porções mais projetadas do osso zigomático e o limite inferior definido por uma linha traçada lateralmente aos músculos mentonianos, aproximadamente na junção dos músculos depressores do lábio inferior com a mandíbula. O que varia de um indivíduo para outro, tanto em homens quanto em mulheres, são os ângulos internos desse trapézio, podendo ser mais ou menos agudos dependendo do formato facial.

Assim, em vez de abordarmos essas mudanças faciais como inversão do triângulo da juventude, observamos com o envelhecimento aumento dos ângulos superiores do trapézio acompanhado de pequeno encurtamento da linha superior (reabsorção dos ossos zigomáticos) e diminuição dos ângulos inferiores acompanhada de aumento evidente da linha inferior do trapézio (deslocamento das estruturas faciais para o terço inferior), de forma que esse trapézio invertido tende a se tornar um quadrado com o passar dos anos, independente de sexo, raça e formato do rosto. As mudanças no contorno facial que caracterizam esse processo estão relacionadas com os quatro pilares estéticos associados ao envelhecimento. Assim, hábitos de vida saudáveis associados a tratamentos estéticos direcionados a cada um deles possivelmente preservarão a beleza da face por mais tempo, devido principalmente à manutenção ou melhora da sua tridimensionalidade.

CONCLUSÃO

Com base nas descrições na literatura sobre as mudanças estruturais da face e na experiência clínica, é proposta nova nomenclatura para as mudanças dos contornos faciais decorrentes do envelhecimento, definida como “quadralização” facial. Essa abordagem poderá ajudar a direcionar e pensar em novas formas de tratamentos estéticos para a manutenção e/ou devolução do formato tridimensional da face alterado pelo passar dos anos. ●

REFERÊNCIAS

1. Seganfredo C, Franchini AS. Akhenaton e Nefertiti- uma história amariana. Porto Alegre: L&PM; 2011.
2. Gierloff M, Stöhring C, Buder T, Gassling V, Açil Y, Wiltfang J. Aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg.* 2012 129(1): 263-273.
3. Pessa JE, Rohrich RJ. Discussion: Aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg.* 2011;129(1):274-5.
4. Louran CL, Buthiau D, Buis J. Structural aging: the facial recurve concept. *Aesth Plast Surg.* 2007;31(3):213-218.
5. Carruthers J, Carruthers A. Técnicas de preenchimento. Rio de Janeiro: Elsevier;2005.
6. Bartlett SP, Grossman R, Whitaker LA. Age-related changes of the craniofacial skeleton: an anthropometric and histologic analysis. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(4):592-600.
7. Coleman SR, Grover R. The anatomy of the aging face: volume loss and changes in 3-dimensional topography. *Aesthet Surg J.* 2006;26(1S): S4-9.
8. Mendelson B, Wong CH. Changes in the Facial Skeleton With Aging: Implications and Clinical Applications in Facial Rejuvenation Age-related changes of the orbit and midcheek and the implications for facial rejuvenation. *Aesthet Plast Surg.* 2012;36(4):753-60.
9. Salasche S, Bernstein G, Senkarik M, surgical anatomy of the skin. Michigan: Appleton & Lange; 1988.
10. Coleman SR, Saboeiro A, Sengelmann R. Comparison of lipotrophy and aging: volume deficits in the face. *Aesthet Plast Surg.* 2009;33(1):14-21.
11. Wan D1, Amirlak B, Giessler P, Rasko Y, Rohrich R, Yuan C, et al. The differing adipocyte morphologies of deep versus superficial midfacial fat compartments: A cadavery study. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Jan 17. [Epub ahead of print].
12. Mendelson B, Wong CH. Changes in the facial skeleton with aging: Implications and clinical applications in facial rejuvenation. *Aesthetic Plast Surg.* 2012;36(4):753-60.
13. Meneghini F, Biondi P. Clinical facial analysis: elements, principles, and techniques. Berlin: Springer; 2012. p.157-174.