



Ritidoplastia setorial temporal - incisão marginal intracapilar tração do musculo orbicular e blefaroplastia "econômica "

Rhytidectomy sector time - incision intracapilar marginal and drift of the orbicularis blepharoplasty "economic"

Antonio Roberto Bozola¹
Ruy Vieira²

RESUMO

Introdução: Os autores referem à evolução no tratamento do envelhecimento facial. **Objetivo:** Por meio de incisão marginal intracapilar temporal reduzir a flacidez palpebral e elevar a cauda do supercílio, tornar a blefaroplastia econômica. **Método:** Propõem realizar a ritidoplastia do segmento temporal com incisão intracapilar marginal curva, facilitando as compensações de pele, 0,5 cm dentro do couro cabeludo, desepidermizando 2 mm dele. Concluem o procedimento, desengordurando o bordo do retalho e realizando sutura tricofítica, camuflando melhor a cicatriz, que se torna pré-capilar, pelo crescimento de cabelos junto dela. Descolamento no plano subcutâneo até o bordo da metade lateral do músculo orbicular, tração e sutura latero-superior em leque com pontos separados do mesmo. Outros procedimentos no restante da face e pescoço quando necessários foram realizados. A tração lateral reduz a flacidez palpebral e seus excessos de pele, tornando a blefaroplastia econômica, com ressecções pequenas de pele, e remoção das bolsas por mínima divisão individualizada do músculo orbicular, no local da projeção das mesmas. **Resultados:** Obtiveram bons resultados, reduzindo o estigma do envelhecimento da região orbitária. Trata-se de um procedimento simples, de morbidade baixa, deixando cicatriz marginal temporal de boa qualidade, pela pequena tração da pele, é facilmente camuflável pelos cabelos que crescem junto dela, em direção inferior, cobrindo-a. Foram operados 485 casos de 1997 a 2012. **Conclusão:** O método é de fácil execução, baixa morbidade, cicatrizes de boa qualidade mesmo em jovens, reduzindo necessidades de descolamentos das pálpebras.

Descritores: Ritidoplastia. Blefaroplastia. Pálpebras/Anatomia & Histologia.

ABSTRACT

Summary: Introduction The authors refer to developments in the treatment of facial aging. **Objective:** Through an incision marginal temporal intracapillary reduce sagging eyelids and raise the tail of the eyebrow, making economic blepharoplasty. **Method:** We propose performing rhytidectomy segment temporal incision intra capillary marginal curve, facilitating com-

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Clínica Ruy Vieira - Rio de Janeiro Brasil.

Artigo recebido: 30/08/2013
Artigo aceito: 30/10/2013

DOI: 10.5935/2177-1235.2013RBCP0557

1. Professor Doutor em Cirurgia Plástica. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP.
2. Cirurgião plástico.

compensation skin, within 0.5 cm of the scalp, it desepidermizando 2 mm. Removing fat conclude the edge of the flap and performing suture tricoffitica and camouflaging the best scar, which becomes pre capillary by growth of hair along it. Detachment in the subcutaneous plane to the edge of the lateral half of the orbicularis, traction suture and lateral-superior range with separate points of it. Other procedures for the remainder of the face and neck were performed when necessary. The lateral traction reduces sagging eyelid skin and its excesses, making blepharoplasty small economical resections with skin, and removal of bags for minimal dilatation individualized orbicularis muscle at the site of projection of the same. **Results:** We obtained good results by reducing the stigma of aging orbital region. It is a simple procedure of low morbidity, leaving scar marginal temporal good quality for small skin traction and easily camuflável by the hair growing along her downward covering it. 485 cases were operated from 1997 to 2012. **Conclusion:** The method is easy to perform, low morbidity, scarring of good quality even in young people, reducing needs detachments of the eyelids.

Keywords: Rhytidectomy. Blepharoplasty. Eyelids/Anatomy & Surgery.

INTRODUÇÃO

O rejuvenescimento facial evoluiu: a) na correção cirúrgica da flacidez de pele; b) na correção das estruturas profundas, alterando formas, relevos, pontos e linhas esteticamente adequadas à beleza e jovialidade da face; c) no aumento de volume, modificando formas, utilizando enxertos ou produtos aloplásticos; d) na redução das contraturas musculares; e) no tratamento da superfície da pele.

A região temporo-orbitária lateral é importante no conjunto do diagnóstico das alterações provocadas pelo envelhecimento, sendo tratada por técnicas superficiais e profundas.

Dentre as superficiais, alguns autores propuseram incisões pré-capilares "quebradas" (Connel)^{1,2}, outros sugeriram a liberação do músculo orbicular, bipartição transversal e tração lateral (Aston)^{3,4}, ou ressecção do mesmo com enxerto de gordura (Viterbo)⁵, porém, existem ainda outras maneiras de miectomia^{6,7} ou manuseios⁸.

Depois de utilizar inúmeras técnicas em vários planos de descolamento durante 25 anos, os autores propõem, finalmente, desde 1997, uma simplificação tática, para a região temporo-palpebral, contendo algumas etapas: a) incisão intracapilar marginal curva e curta; b) descolamento no plano subcutâneo, c) tração supero-lateral das pálpebras a partir do músculo orbicular sem descolamento dele; d) elevação da cauda do supercílio, e) intervenções mínimas sobre a pele das pálpebras, os músculos orbiculares e as bolsas palpebrais, agredindo-as minimamente.

Neste sentido o objetivo do trabalho foi, por meio de incisão marginal intracapilar temporal,

reduzir a flacidez palpebral, elevar a cauda do supercílio, e tornar a blefaroplastia econômica sem descolamentos.

MÉTODO

A incisão temporal da pele é marginal intracapilar, mais ou menos 0,5 cm adentro da região inicial de implantação dos cabelos mais densos, curvilínea, acompanhando a própria curva de implantação dos fios, iniciando superiormente, logo abaixo de onde crescem obliquamente para baixo, terminando na base anterior da costeleta (Figura 1A) ou, quando necessário, desse ponto faz-se um ângulo de 90 graus e continua em direção à implantação superior da orelha, em linha de concavidade inferior (Figura 1A-1B). O coautor utiliza a incisão em ziguezagues mais longos que o proposto por Connel¹. A parte anterior da incisão é tricotomizada para facilitar o ato cirúrgico.

Em toda extensão desepiteliza-se 2 mm de pele, deixando os folículos pilosos intactos (Figura 1C), ou se faz incisão oblíqua anterior preservando folículos pilosos no leito da incisão, que ficam dentro da sutura final (Figura 1D).

As incisões no couro cabeludo serão feitas na parte anterior da desepitelização. Descola-se a área previamente demarcada, no plano subcutâneo, superiormente até a cauda do supercílio, às vezes visualizando o bordo lateral inferior do músculo frontal e, logo abaixo, toda a extensão lateral do músculo orbicular, descolando parcialmente o seu bordo lateral da pele, sem descola-lo da parte profunda (Figura 2A). Ele é, então, tracionado e suturado, em geral, com pontos separados por fios inabsorvíveis finos (nylon 5-0), no sentido latero-superior, somando em média 5 pontos (Figura

2BC). O primeiro deles na direção do ângulo da rima palpebral (Figura 2D), os outros com tração divergente, para redistribuir o músculo sem as dobras provocadas pelo tempo e contrações do dia-a-dia, sempre no mesmo sentido latero-superior. Um ou dois pontos (mononylon 4-0) podem ser dados no bordo lateral inferior do músculo frontal, ou no subderma da cauda do supercílio tracionando para cima e lateralmente.

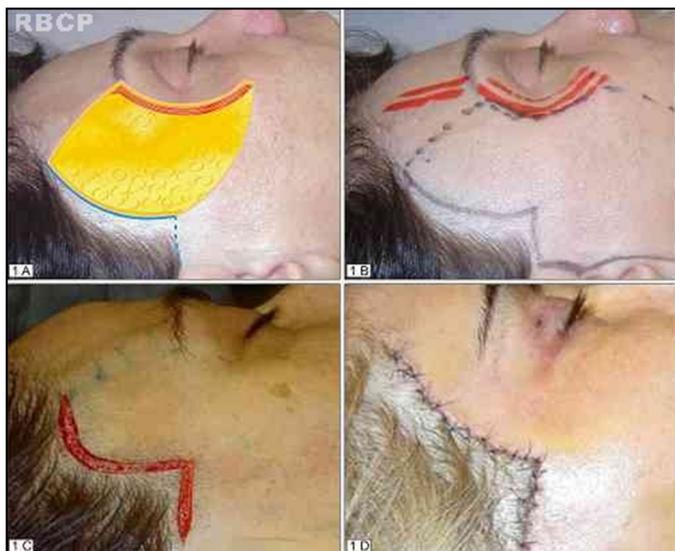


Figura 1 - AB – Marcação da incisão intracapilar marginal curva acompanhando a linha do cabelo, às vezes até a implantação alta da orelha. C - Área intra capilar marginal desepidermizada. D - Sutura final na linha do cabelo.

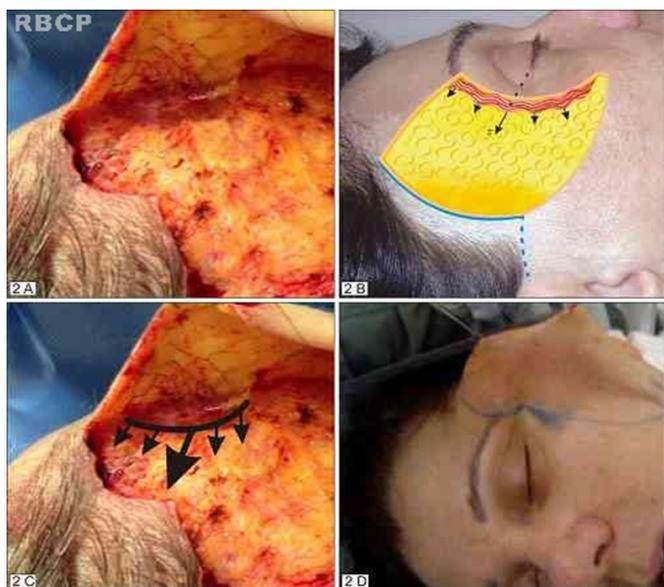


Figura 2 - A – O músculo exposto e descolado parcialmente da pele, sem descolamento profundo. B – Esquema da tração do músculo. C – Marcação da tração com setas no leito do descolamento. D – Paciente com a face invertida mostrando o primeiro ponto de tração na direção da rima palpebral.

Os excessos de pele são removidos após tração suave nas mesmas direções, em quantidades variáveis de acordo com a flacidez tempororo-orbital, ajuste do retalho descolado à incisão curvilínea inicial é fácil, e esse é fixado ao leito facial com pontos de fios absorvíveis finos⁹⁻¹¹. Dois milímetros do bordo do retalho são desengordurados e suturados sobre a área desepitelizada (sutura tricofítica) (Figura 1D). Sendo utilizada, também, sutura simples quando a incisão foi oblíqua anterior. Como a área descolada é tracionada e parte da pele é ressecada, a cicatriz final se torna marginal.

A blefaroplastia superior remove apenas fuso de pele excedente, sempre menor do que nas blefaroplastias clássicas sem tração lateral, e somente a bolsa medial (quando presente).

A blefaroplastia inferior remove, apenas, um fuso da pele excedente e a desloca para o canto lateral da pálpebra, sem descolamentos, expondo as bolsas que se deseja remover, individualmente, por divulsão do músculo orbicular nos pontos de suas projeções, através da área da ressecção da pele. O músculo é fechado novamente, com sutura simples de mononylon 6.0 (Figura 3ABCD). O procedimento é concluído com a sutura da pele e microporagem na pálpebra inferior, zigomas e região temporal, que permanece por 5 dias, evitando edemas inconvenientes e ectrópios passageiros, provocados por eles. Os pontos palpebrais foram removidos em 72 horas e os temporais em 8 dias.



Figura 3 - A – Blefaroplastia superior pronta, e exposição da bolsa medial inferior. B Retirada da bolsa. C – Sutura dos músculos divulsionados. D - Reposicionamento das incisões pronto para sutura de pele.

RESULTADOS

Foram operados 485 pacientes com o método descrito, no período de 1997 a 2012, incluindo pacientes operados em conjunto a outros setores da face (média e cervical). As Figuras (4ABCD, 5ABCD, 6ABCD, 7ABCD, 8ABCD) revelam os resul-

tados que são possíveis de serem obtidos em pacientes submetidos as táticas cirúrgicas descritas. A intervenção foi considerada de baixa morbidade. Esteticamente, os resultados foram bastante homogêneos, satisfazendo as pacientes.



Figura 4 -ABCD - Pré e pós-operatório de frente e oblíqua.



Figura 5 - ABCD - Pré e pós-operatório de frente e oblíqua e descolamento frontal.



Figura 6 - ABCD - Pré e pós-operatório de frente e oblíqua e descolamento frontal.

O edema pós-operatório, em geral, é pequeno, hematomas são raros e mínimos, quando ocorrem localizam-se entre os espaços de fixação do retalho de pele ao seu leito, não necessitando de reintervenções em nenhum dos casos operados. Nos 15 primeiros dias, as fendas palpebrais

ficaram alongadas (orientalizadas) e progressivamente perderam parcialmente essa forma, porém permaneceram mais alongadas se comparadas com o pré-operatório, de acordo com a correção proposta. Hipercorreções podem ser realizadas, se desejadas pelas pacientes.

A desepidermização da área da incisão temporal, com tração suave e posterior sutura tricofítica, faz com que alguns cabelos nasçam na cicatriz, deixando-a quase imperceptível, semelhante ou melhor do que as cicatrizes pré-auriculares. O cabelo da região temporal cresce obliquamente para baixo, cobrindo-as.



Figura 7 - ABCD - Pré e pós-operatório de frente e perfil com tração mais discreta no homem e mostrando a cicatriz camuflada pelo cabelo.



Figura 8 - ABCD - Pré e pós-operatório de frente e perfil mostrando a cicatriz camuflada pelos cabelos.

Dois casos apresentaram hipocromia das cicatrizes, que foram tratadas posteriormente com tatuagem de pigmento cor da pele.

Uma paciente apresentou eliminação dos pontos absorvíveis de fixação do retalho de pele ao seu leito cruento, com formação de pequenas pústulas. Os pontos foram removidos com agulha, através de sua extremidade, drenando as pústulas, e estes não resultaram em sequelas cicatriciais visíveis. Dois casos apresentaram hematomas mínimos, sem necessidade de reintervenção.

Um dos casos apresentou paresia frontal,

talvez por eletrocoagulação excessiva, ou pinçamento do ramo frontal do nervo facial durante a sutura sob tração do músculo orbicular. Esses efeitos pós-cirúrgicos regrediram espontaneamente após 2 meses. Não ficou determinada qual foi a causa real. Mas ao tracionar e fixar o músculo orbicular deve-se atentar para que o ponto mais lateral não seja profundo, e não esteja no trajeto do ramo temporal do nervo facial. Observando da mesma forma o procedimento de eletrocoagulação dos vasos dessa região. A tração lateral do supercílio alonga-o e retifica-o, o que é conveniente no procedimento de rejuvenescimento facial.

DISCUSSÃO

O envelhecimento da região lateral da órbita provoca: a) queda da cauda do supercílio; b) queda do canto lateral da rima palpebral; c) o aparecimento de "pés de galinha" (como se a pele da região mergulhasse para dentro da órbita lateral); d) arredondamento da rima palpebral por frouxidão tarsal; e) eventualmente ectrópio e epífora; e f) esclera aparente. Essas ocorrências dão à região a característica do envelhecimento e "olhar triste". Podem ser tratadas por descolamentos no plano superficial com a tática descrita, que desfazem esses estigmas e reduzem acentuadamente as pregas cutâneas dos "pés de galinha".

A desepitelização e desengorduramento do bordo do retalho descolado podem ser substituídos por incisão oblíqua para frente, preservando alguns folículos pilosos que depois nascem sobre a cicatriz.

Ao final das suturas do músculo orbicular e a parte baixa do músculo frontal ou do subderma da cauda do supercílio, a região já estará tracionada, mesmo sem concluir as suturas da pele. Por isso, não é necessária tração excessiva, dando boa qualidade à cicatriz, semelhante às pré-auriculares e mais facilmente camufláveis pelos cabelos que crescem em direção inferior.

Os descolamentos pequenos, e a tração suave da pele, previnem necroses e cicatrizes de má qualidade. Os pontos de fixação do retalho ao leito do descolamento reduzem o edema pós-operatório, equimoses, hematomas e os curativos podem ser abolidos com apenas 24 horas de pós-operatório, exceto a microporagem da pálpebra inferior e temporal.

Quando a face toda for submetida à intervenção, os procedimentos cervico-faciais serão feitos de acordo com a conveniência, necessidade e diagnóstico de cada cirurgia com seu paciente.

Nos primeiros 15 dias, os pacientes em geral terão as rimas palpebrais alongadas e, às vezes,

edema conjuntival que regridem espontaneamente. O tempo necessário para um resultado definitivo é de 30 dias, mas com apenas 10 o retorno ao convívio social é possível e o mais comum.

É possível a indicação do procedimento temporal sem blefaroplastia ou somente com blefaroplastia superior.

A tração lateral do músculo orbicular em leque, além da elevação e tração da cauda do supercílio, não só reduzem a quantidade de pele das pálpebras a ser removida, mas também estira levemente o *septum* orbital, "apagando" a projeção de pequenas bolsas, evitando sua remoção, e ainda comprime, convenientemente, o tarso em direção ao globo ocular. A tática proposta age como blefaroplastia indireta.

O ponto mais superior da tração do músculo orbicular, e o ponto de tração lateral do músculo frontal ou da cauda do supercílio, devem ser realizados com cuidado para não englobar o ramo frontal do nervo facial, como possivelmente ocorreu em um caso.

O procedimento descrito eleva e retifica a cauda do supercílio; se houver necessidade de elevar sua parte medial ou arqueá-lo é preciso utilizar outras táticas complementares.

O excedente de pele nas pálpebras envelhecidas é sempre menor do que parece, e após a tração lateral é sempre pequeno na pálpebra superior e mínimo na inferior.

Quando há enrugamento frontal e contração dos músculos corrugadores, a partir da parte mais alta da incisão temporal, pode-se descolar no subperiósteo, toda região frontal e glabellar, e sob tração látero-superior, amenizar as rugas glabellares e frontais. O resultado tem durabilidade até de um ano.

CONCLUSÃO

A ritodoplastia setorial temporo-orbitaria lateral, com incisão marginal intracapilar temporal, e os procedimentos descritos pelos autores, mostraram-se como rápida e segura, com bons resultados e baixa morbidade. Isso resulta em elevação e retificação da cauda do supercílio, reduzindo acentuadamente as rugas orbitais laterais, alongando a rima palpebral, assim como, estirando o septo orbitário, o que reduz a projeção de bolsas e comprime o tarso contra o globo ocular, permitindo assim uma "blefaroplastia econômica", sem descolamentos cutâneos ou miocutâneos.

Antonio Roberto Bozola
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro
CEP: 15090-000 - São José do Rio Preto, SP, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Connell BF. Eyebrow, face, and neck lifts for males. *Clin Plast Surg.* 1978;5(1):15-28.
2. Connell BF, Marten TJ. Surgical correction of the crow's feet deformity. *Clin Plast Surg.* 1993;20(2):295-302.
3. Aston SJ. Orbicularis oculi muscle flaps: a technique to reduce crows feet and lateral canthal skin folds. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):206-16.
4. Aston SJ. Skin-muscle flap lower lid blepharoplasty: an easier dissection. *Aesthetic Plast Surg.* 1982;6(4):217-9.
5. Viterbo F. New treatment for crow's feet wrinkles by vertical myectomy of the lateral orbicularis oculi. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(1):275-9.
6. de Assis Montenegro Cido Carvalho F, Vieira da Silva V Jr, Moreira AA, Viana FO. Definitive treatment for crow's feet wrinkles by total myectomy of the lateral Orbicularis Oculi. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(5):779-82.
7. Furnas DW. The orbicularis oculi muscle. Management in blepharoplasty. *Clin Plast Surg.* 1981;8(4):687-715.
8. Cabbabe SW, Andrades P, Vasconez LO. Lateral orbicularis oculi muscle plasty in conjunction with face lifting for periorbital rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(4):1285-93.
9. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41.
10. Pollock H, Pollock TA. Management of face lifts with progressive tension sutures. *Aesthet Surg J.* 2003;23(1):28-33.
11. Pollock H, Pollock TA. Subcutaneous brow lift with precise suture fixation and advancement. *Aesthet Surg J.* 2007;27(4):388-95.