



Blefaroplastia ampliada: tratando os dois terços superiores da face

Enlarged blepharoplasty: treating the upper two-thirds of the face

ARMANDO CHIARI JÚNIOR^{1*}
SERGIO ANTONIO SALDANHA
RODRIGUES-FILHO¹

■ RESUMO

Introdução: Os pacientes podem apresentar sinais de envelhecimento facial ainda em fases iniciais da vida, quando procedimentos cirúrgicos complexos não são procurados, especialmente se resultarem em cicatrizes maiores. Estes sinais devem ser detectados e tratados adequadamente para um rejuvenescimento eficaz. **Métodos:** Nos últimos 23 anos, 338 pacientes foram submetidos à blefaroplastia superior associada à elevação transpalpebral das sobrancelhas e miectomias dos corrugadores. Eles também receberam um lifting médio-facial através de uma incisão de blefaroplastia inferior, com descolamento dos ligamentos retentores orbitais e reposicionamento de um extenso retalho do músculo orbicular em direção superolateral. Cantopexia foi realizada rotineiramente. **Resultados:** O rejuvenescimento simultâneo dos dois terços superiores da face é realizado através de incisões simples de blefaroplastia e essa sistematização não é encontrada na literatura atual. Os pacientes ficaram satisfeitos com os resultados e a cantopexia de rotina efetivamente preveniu defeitos de posicionamento da pálpebra inferior. As complicações mais comuns foram parestesia temporária (regiões frontal e escalpo) e quemose nos aspectos lateral e inferior da conjuntiva. Em uma revisão retrospectiva de 139 procedimentos realizados entre 2010 e 2019, *scleral show* temporário foi observado em 15 casos (10,8%) e um leve ectrópio em 1 caso (0,72%), tratados de forma conservadora. Dois casos de quemose (1,44%) e um hematoma (0,72%) necessitaram de tratamento cirúrgico. **Conclusão:** A blefaroplastia ampliada é segura, permite a visão direta das estruturas periorbitais manipuladas, não requer treinamento longo ou instrumental caro. Os autores alcançam resultados estéticos que impressionam pelo rejuvenescimento dos 2/3 superiores da face e pelo efeito duradouro.

Descritores: Blefaroplastia; Ritidoplastia; Cirurgia plástica; Retalho miocutâneo; Músculos oculomotores.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 17/11/2020.
Artigo aceito: 18/05/2021.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2021RBCP0093

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Patients may show signs of facial aging still in the early stages of life when complex surgical procedures are not sought, especially if they result in larger scars. These signals should be detected and treated appropriately for effective rejuvenation. **Methods:** In the last 23 years, 338 patients have undergone upper blepharoplasty associated with transpalpebral elevation of the eyebrows and myectomies of corrugators. They also received a mid-facial facelift through a lower blepharoplasty incision, with a detachment of the retaining orbital ligaments and repositioning an extensive flap of the orbicularis muscle in the superolateral direction. Canthopexy was routinely performed.

Results: Simultaneous rejuvenation of the upper two-thirds of the face is performed through simple blepharoplasty incisions, and this systematization is not found in the current literature. Patients were satisfied with the results, and routine canthopexy effectively prevented lower eyelid positioning defects. The most common complications were temporary paraesthesia (frontal and scalp regions) and chemosis in the lateral and lower aspects of the conjunctiva. In a retrospective review of 139 procedures performed between 2010 and 2019, the temporary scleral show was observed in 15 cases (10.8%) and a mild ectropion in 1 case (0.72%), treated conservatively. Two cases of chemosis (1.44%) and one hematoma (0.72%) required surgical treatment. **Conclusion:** Enlarged blepharoplasty is safe, allows direct vision of manipulated periorbital structures, does not require long or expensive instrumental training. The authors achieve aesthetic results that impress by the rejuvenation of the upper 2/3 of the face and the lasting effect.

Keywords: Blepharoplasty; Ritidoplasty; Plastic surgery; Myocutaneous flap; Oculomotor muscles.

INTRODUÇÃO

Forças gravitacionais e a mímica facial causam modificações anatômicas que resultam no envelhecimento¹. A ação dos músculos corrugadores favorece a ptose da sobrancelha, que causa um pseudoexcesso cutâneo da pálpebra superior¹. A blefaroplastia clássica, sem elevação da sobrancelha, pode tornar a sua ptose mais evidente, pois o músculo frontal não será estimulado para suspensão^{1,2}.

Na face envelhecida, a pele da pálpebra inferior se alonga, expondo a margem orbitária inferior e herniações da gordura orbital³. A pálpebra inferior alongada e escavada combina-se com o aprofundamento da linha nasojugal e nasolabial^{3,4} e com a diminuição da vitalidade cutânea^{1,3}, e resulta em fisionomia senil. Estas alterações devem ser tratadas para alcançarmos melhores resultados estéticos.

Existem muitas técnicas descritas para a elevação da sobrancelha: excisões diretas da pele em áreas supraorbitais, temporais ou frontais, *lifting* coronal, elevação endoscópica frontal e abordagens transpalpebrais^{4,6}. A abordagem do terço médio da face geralmente é feita por incisões temporais, pré e pós-auriculares, para tracionar a pele e

o Sistema Musculoaponeurótico Superficial (SMAS), que podem resultar em cicatrizes visíveis, deslocamento da linha capilar ou alopecia.

O tratamento das estruturas mencionadas é aqui descrito apenas com as incisões das blefaroplastias superiores e inferiores.

OBJETIVOS

Descrever procedimento cirúrgico da região periorbital, que possibilita o manejo dos dois terços superiores da face em um único procedimento operatório, utilizando apenas incisões de blefaroplastia.

Apresentar revisão de 10 anos das complicações relacionadas à técnica.

MÉTODOS

De 1996 a 2019, um total de 338 pacientes com sinais de envelhecimento nos dois terços superiores da face (11,8% homens e 88,2% mulheres), foram submetidos a blefaroplastias superiores associadas à suspensão transpalpebral das sobrancelhas e miectomia

dos músculos glabellares. Também a blefaroplastias inferiores associadas a um levantamento medifacial com descolamento dos ligamentos orbitais, reposicionamento e fixação do músculo orbicular dos olhos em direção superolateral^{7,8}. A cantopexia foi realizada rotineiramente e a cantoplastia, quando necessário.

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação pré-operatória padrão. As cirurgias foram invariavelmente bilaterais e os registros fotográficos foram feitos antes da cirurgia e 6 e 12 meses após.

Este trabalho foi submetido ao comitê de ética em pesquisa (COEP) do Hospital Felício Rocho/MG, via Plataforma Brasil, em 31/07/2021, com CAAE designado 50441821.4.0000.5125.

Marcações

Com o paciente deitado, a área de dissecação frontal é marcada como um arco sobre a sobrancelha, com 2,5cm de extensão. Um triângulo medial delimita



Figura 1. Marcações cirúrgicas. Área delimitada para dissecação, com 2,5cm de extensão em direção craniana sobre a sobrancelha. Um triângulo medial é marcado bilateralmente, delimitando a área de onde os nervos supraorbitais e supratrocleares emergem e devem ser preservados. A margem inferior da ressecção da pele das pálpebras superiores segue a dobra palpebral superior e sua margem superior é estimada por pinçamento, após posicionar-se manualmente as sobrancelhas na altura desejada.

a área correspondente aos nervos supraorbitais e supratrocleares (Figura 1).

A margem inferior da ressecção da pele das pálpebras superiores é marcada seguindo o sulco palpebral superior, do canto medial a aproximadamente 0,5cm da fissura palpebral lateral, onde uma ruga periorbital é seguida por cerca de 2,0cm lateralmente. A margem superior da ressecção da pele é estimada por pinçamento, depois de se posicionar manualmente as sobrancelhas na

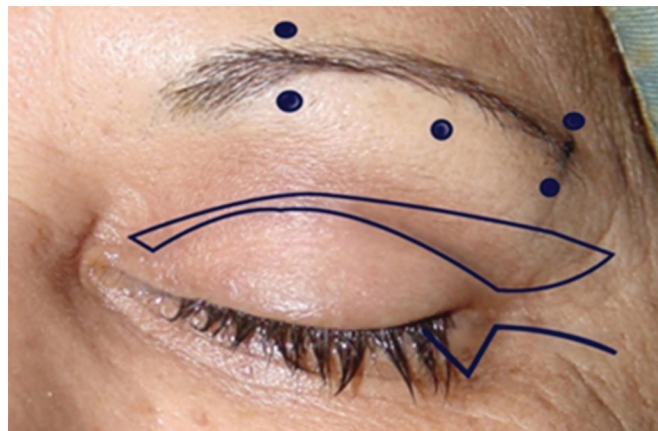


Figura 2. Desenho esquemático mostrando a projeção de cinco suturas de fixação para a sobrancelha. A incisão da pálpebra inferior é subciliar. Um triângulo equilátero é marcado no canto lateral, com lados de 0,5cm e um vértice apontando para baixo. As incisões laterais para pálpebras superiores e inferiores devem ter de 0,5 a 1,0cm de distância entre si e são ligeiramente divergentes a partir de seu aspecto medial.

altura desejada (Figura 1). Os cinco pontos da Figura 2 mostram os locais de fixação das sobrancelhas.

A incisão da pálpebra inferior é subciliar, e após o canto lateral inclina-se ligeiramente para baixo, seguindo uma rítide periorbital. Um triângulo equilátero é marcado no canto lateral, com lados de 0,5cm e um vértice apontando para baixo. Metade de sua base será medial à fissura palpebral lateral e a outra metade, lateral a ela^{9,10}. As incisões laterais para blefaroplastias superiores e inferiores devem ter de 0,5 a 1,0cm de distância entre si e ser ligeiramente divergentes¹⁰ (Figura 2).

Técnica cirúrgica

O procedimento pode ser realizado sob sedação combinada à anestesia local ou anestesia geral. A anestesia local envolve bloqueios nervosos supraorbitais, supratrocleares e infraorbitais usando 1% de ropivacaína. É preparada uma solução de 80ml, composta por 55ml de soro fisiológico, 20ml de ropivacaína 1%, 1ml de um esteroide de depósito e 4ml de epinefrina diluída (totalizando uma concentração de 1:200.000). Isto será usado para se infiltrar as pálpebras, a área de descolamento superior e ao redor da margem orbital inferior, em uma faixa de 2,0cm.

Uma tarsorrafia é realizada com nylon 6,0 antes da ressecção de pele e músculo orbicular na pálpebra superior. Tratam-se as bolsas de gordura, guardando-as para utilização como enxertos. A dissecação romba em direção à margem orbital superior é realizada através da incisão de blefaroplastia, formando três túneis: o primeiro no ponto médio da incisão e os outros dois perto das terminações laterais e mediais dela. A margem orbital é exposta pela fusão dos túneis de dissecação com uma tesoura, permitindo que a área marcada seja dissecada no plano supragaleal¹⁰ (Figura 3). A gálea aponeurótica é um tecido forte, preservado neste caso para receber as suturas de fixação e proteger o ramo profundo do nervo supraorbital, que é



Figura 3. Dissecção supraorbitária. Dissecção romba em direção à margem orbital superior através da incisão de blefaroplastia. A margem orbital é exposta, permitindo que a área marcada seja dissecada no plano supragaleal (1), preservando o nervo supraorbital (2). As aderências ao coxim adiposo galeal e ao músculo frontal são liberadas em aproximadamente 2,5cm.

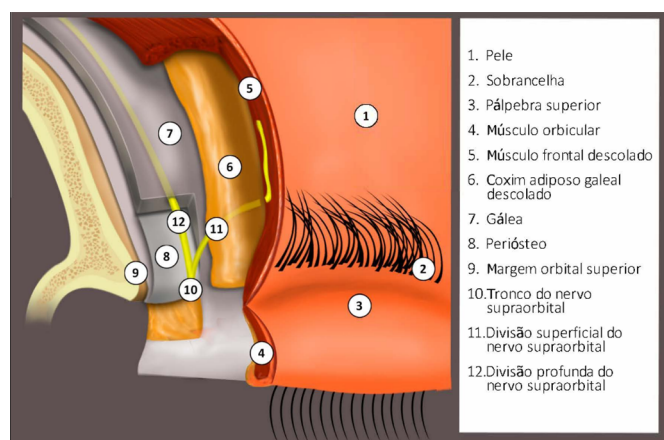


Figura 4. Anatomia cirúrgica: anatomia da área de dissecção frontal, observando o plano galeal destacado.

encontrado entre a camada mais profunda da gálea e o periosteio, ao qual se adere anatomicamente nos primeiros 2,0cm superiores à borda orbital^{1,10} (Figura 4).

A dissecção é limitada lateralmente pela projeção do ligamento orbital e sua extensão superior, a zona de adesão. As aderências ao coxim adiposo galeal e ao

músculo frontal são liberadas em aproximadamente 2,5cm^{1,10} (Figura 4). Medialmente, os nervos supraorbitais e supratrocleares são identificados e os músculos corrugadores são individualizados entre eles (Figura 5),

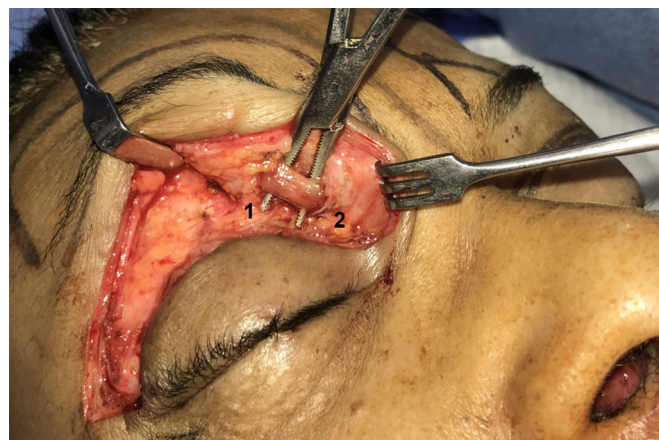


Figura 5. Tratamento dos corrugadores. Músculo corrugador do supercílio individualizado entre os nervos supraorbital (1) e supratrocLEAR (2), mantido com pinças de Kelly para pequena ressecção e cauterização.

para pequena ressecção e cauterização^{10,11}. Os enxertos de gordura são posicionados nas áreas de ressecção muscular, evitando depressões^{2,10,12,13}.

Fixam-se as sobrancelhas com suturas de nylon 5.0 (Figura 2), conectando os tecidos moles descolados (passa-se a agulha de sua superfície interna para perto da derme e retorna-se à superfície interna) à gálea. As suturas devem ser firmes, sem tensão exagerada. A primeira sutura é posicionada lateralmente ao nervo supraorbital, e a subsequente, logo abaixo dela. As duas suturas seguintes são semelhantes, mas na projeção da cauda do supercílio. A quinta e última sutura é central¹⁰ (Figura 2). A fixação ideal das sobrancelhas em mulheres varia de 0,5 a 1,0cm acima da margem orbital; nos homens é ao longo dessa margem orbital. As suturas formam alças de



Figura 6. Refixação das sobrancelhas. Ancoragem estável da sobrancelha ao plano galeal. Observe a descida diferente das sobrancelhas com a mesma força aplicada por ambos os dedos.

fixação que naturalmente descem com o paciente em pé; por isso, marca-se uma área de sutura galeal mais elevada (1,5cm da margem orbital em mulheres) para adequado posicionamento final das sobrancelhas (Figura 6).

A incisão da pálpebra inferior começa lateralmente, atingindo o triângulo marcado. A dissecação romba sob o músculo orbicular é executada com abertura craniocaudal ampla de uma pinça Kelly, apoiado no rebordo orbitário. A porção pré-tarsal do músculo deve ser preservada ao longo da incisão, que prossegue na pele subciliar, a partir desse triângulo até aproximadamente 2,0mm do ponto lacrimal (Figura 2). As inserções orbitais laterais e inferiores à margem óssea (ligamentos de retenção orbital - ORL) são descoladas, enquanto as fibras ligadas à metade medial da margem orbital devem ser preservadas (Figura 7). O objetivo é expor a gordura suborbicular (SOOF) inferiormente e lateralmente, e o espessamento orbital lateral (LOT) lateralmente^{14,15}. As dissecações inferiores e laterais mencionadas se estendem por aproximadamente 1,5cm na espessura dos compartimentos de gordura mediodaciais¹⁵, dividindo duas finas camadas de gordura: uma a ser preservada sobre o periósteo (SOOF) e outra aderida ao músculo orbicular (gordura medial da bochecha

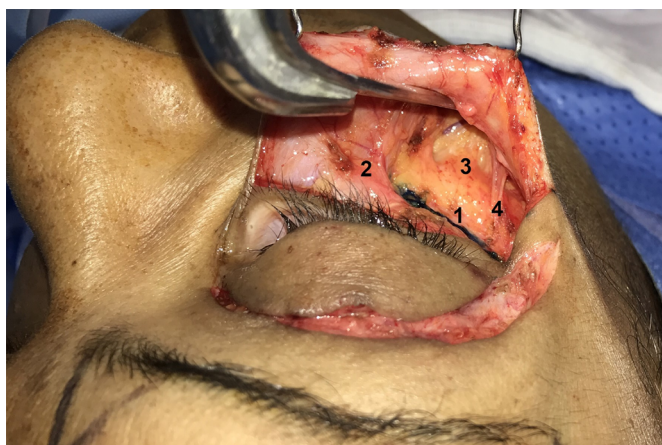


Figura 7. Dissecção infraorbital. Plano de dissecação: liberação inferior entre músculo orbicular e a margem orbitária (linha azul) (1). As inserções musculares são preservadas medialmente (2). Inferiormente à linha azul, vemos a parte medial do SOOF (3); lateralmente, um ramo nervoso zigomático-facial (4).

e gordura orbital lateral)^{15,16}. A dissecação é mantida superficial ao LOT por cerca de 1,0cm lateralmente). Durante a dissecação, ramos do nervo zigomático-facial são individualizados¹⁴ (Figura 7).

As bolsas de gordura da pálpebra inferior são tratadas e uma cantopexia modificada, inspirada na técnica de Lessa⁹, é realizada rotineiramente: um fio de nylon 5,0 atravessa a fásia e o periósteo da margem orbitária superior, logo acima do tendão cantal lateral. A agulha é passada caudalmente sob a pele e o retalho muscular que separa as incisões de blefaroplastia superior e inferior, sendo externalizada nesta última.

Em seguida, a sutura inclui a porção superolateral da placa tarsal inferior, onde se junta ao tendão cantal lateral. A agulha retorna à incisão superior, repetindo a ancoragem no periósteo para a conclusão do nó, sem tensão excessiva. Em cirurgias secundárias ou em pacientes com importante frouxidão palpebral horizontal, especialmente idosos, a cantopexia é substituída por uma técnica de cantoplastia lateral com *tarsal strip*.

A pele da pálpebra inferior a ser ressecada é calculada, prolongando-se o vértice inferior do triângulo marcado (Figura 2) alguns milímetros inferiormente, com obliquidade medial. Deve-se ter muito cuidado nesta etapa, calculando-se retirar uma quantidade menor de pele do que se acredite ser excisável. Ao longo dos anos esta pele foi distendida caudalmente pelo peso dos tecidos moles do terço médio da face, que serão reposicionados e fixados em uma área superolateral. Inicialmente, pode-se pensar que toda essa pele é excedente, mas ela se retrairá posteriormente, o que pode contribuir para possíveis complicações, como *scleral show* e ectrópio.

A pele do final dessa incisão na pálpebra inferior é temporariamente fixada na porção medial do triângulo marcado (Figura 2), para excisão de pele medial. A tira de pele excisada é sempre assimétrica, com a porção lateral mais larga que a medial. Lateral à fixação do triângulo, o músculo orbicular é dissecado da pele⁷ e ressecado em sua porção cranial redundante (Figura 8). O retalho muscular restante será fixado com quatro a cinco suturas de nylon 5.0 no LOT situado imediatamente sob a incisão lateral da pele, começando em um nível logo abaixo do ligamento cantal lateral, na margem orbital lateral.

Estas suturas puxam eficientemente a pálpebra inferior em uma direção superolateral, fornecendo a elevação de terço médio desejada, com suporte satisfatório para tecidos mediodaciais (Figura 9).

A pele súperolateral excedente é ressecada cuidadosamente neste momento. As incisões laterais das blefaroplastias superiores e inferiores distam de 0,5 a 1,0cm entre si e são ligeiramente divergentes (Figura 2). Isso permite grandes ressecções de pele na região com retalhos de pele das pálpebras superiores e inferiores ancoradas nessas duas margens quase paralelas. Esse fato torna desnecessário o uso de incisões periféricas para consumir esse excesso de pele.

As mesmas etapas cirúrgicas são realizadas na pálpebra contralateral e o fechamento da pele é completado com nylon monofilamentar 6,0. O cuidado pós-operatório é semelhante à blefaroplastia convencional, exceto pelo maior edema. Recomenda-se o uso de compressas frias por 10 minutos, várias vezes nas primeiras 36 horas e depois bolsas moderadamente aquecidas, bem como drenagem linfática após o quinto dia. Retiramos os pontos no quarto ou quinto dia de pós-operatório.

RESULTADOS

O procedimento consegue com sucesso o rejuvenescimento da frente e do terço médio da face. Com a miectomia dos corrugadores, as rugas glabellares são atenuadas e as sobrancelhas se afastam. Depressões onde os músculos corrugadores foram ressecados, foram evitadas com enxertos de bolsas de gordura ressecadas. Não houve reclamação sobre fissuras palpebrais abertas.

O levantamento da sobrancelha foi efetivo e se manteve no longo prazo. A intercorrência mais comum foi a parestesia bilateral no couro cabeludo frontal e parietal, com resolução espontânea após alguns meses. Na maioria dos casos, a paralisia temporária do músculo frontal foi observada em graus variáveis¹⁰.

O alongamento das pálpebras inferiores, a aparência infraorbital esquelética, o sulco nasojugal



Figura 8. Retalho de músculo orbicular. Superior: O descolamento muscular da pele que será ressecada lateralmente. Inferior: músculo orbicular dissecado (1). Este músculo será ressecado em sua porção craniana redundante e fixado ao LOT e periósteo imediatamente inferior à incisão lateral da pele.



Figura 9. Reposicionamento medifacial. Retalho de músculo orbicular suturado à direita, fornecendo suporte adequado para tecidos medifaciais. Observe a descida diferente do terço médio com a mesma força aplicada por ambos os dedos.



Figura 10. Resultados. Paciente 1. Paciente de 44 anos antes (esquerda) e 6 meses após a operação (direita).



Figura 11. Resultados. Paciente 2. Paciente de 59 anos antes (esquerda) e 9 meses após a operação (direita).

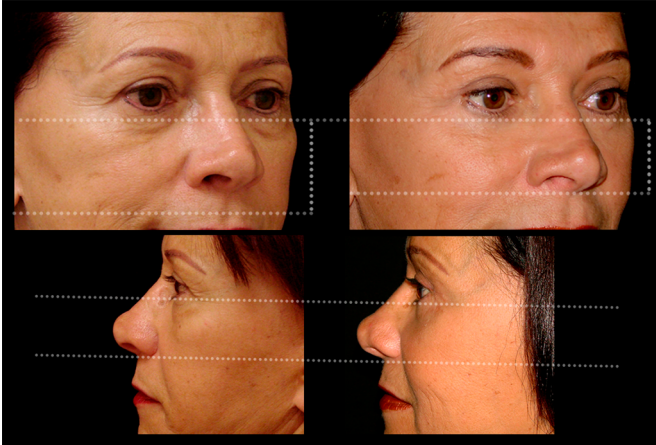


Figura 12. Resultados. Paciente 3. Paciente de 60 anos antes (esquerda) e 12 meses após a operação (direita). As linhas brancas verticais mostram a posição diferente dos tecidos mediofaciais: um importante levantamento das estruturas pode ser observado, se tomarmos as duas linhas horizontais brancas pontilhadas como referências às maiores projeções faciais laterais esquerdas.



Figura 15. Resultados. Paciente 6. Paciente de 53 anos antes (esquerda) e 18 meses após a operação (direita)



Figura 13. Resultados. Paciente 4. Paciente de 56 anos antes (esquerda) e 12 meses após a operação (direita).

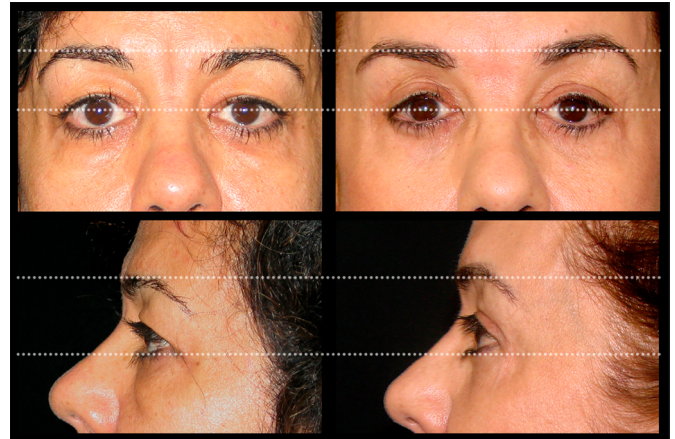


Figura 16. Resultados. Paciente 7. Paciente de 52 anos antes (esquerda) e 9 anos após a operação (direita). Após 9 anos, podemos ver as sobrancelhas mantidas elevadas em relação ao período pré-operatório.

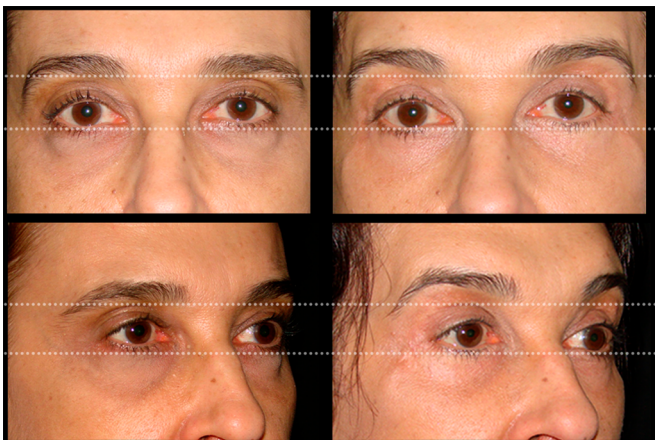


Figura 14. Resultados. Paciente 5. Paciente de 54 anos antes (esquerda) e 22 meses após a operação (direita).

proeminente e a ptose do coxim gorduroso malar^{17,18} foram adequadamente tratados à medida que a junção pálpebra/bochecha foi elevada (Figuras 10 a 16). O reposicionamento do músculo orbicular cria uma cinta⁸, que junto da cantopexia^{9,17} evita complicações, como *scleral show* ou ectrópio.

Observa-se maior edema no pós-operatório imediato, se comparado às blefaroplastias clássicas, devido à maior dissecação e mobilização tecidual.

Os resultados foram observados em um seguimento de 23 anos e mostraram-se estáveis no longo prazo (Figuras 10 a 16).

Intercorrências e complicações

Revisamos 139 prontuários de pacientes operados de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Observamos como intercorrência a desconexão temporária da porção lateral da pálpebra inferior do globo, tratada conservadoramente. Considerou-se complicação

quando associada ao *scleral show*, observada em 15 casos (10,8%); o tratamento consistiu em elevar a pele da região zigomática com Micropore® até a área frontal, em média por 41 dias, levando ao posicionamento adequado das estruturas durante a cicatrização. Um caso de ectrópio leve (0,72%) foi registrado e assim tratado por 180 dias. Nessas 16 complicações identificamos como fatores predisponentes: 4 blefaroplastias secundárias, dois pacientes com exoftalmia e conjuntivite associada em dois pacientes. Observou-se quemose, tratada com colírios com corticosteroides e geralmente apresentando resolução rápida. Em 19 pacientes (13,7%) a quemose persistiu por mais de 10 dias (média de 47 dias) e apenas dois casos (1,44%) exigiram tarsorrafia e perfurações conjuntivais para tratamento completo¹⁹. As cicatrizes finais precisaram de revisão por retrações laterais em 5 casos (3,6%). Um pequeno hematoma (0,72%) na pálpebra inferior esquerda foi drenado cirurgicamente.

DISCUSSÃO

A dermatocalaze é frequentemente associada à ptose dos tecidos moles frontoparietal^{1,2} e medifacial¹⁷. A sobrelha feminina esteticamente ideal tem uma forma arqueada, situando-se de 0,5 a 1,0cm acima da margem orbital superior. A sobrelha masculina é mais plana e posicionada sobre ou logo acima desta margem orbital²⁰.

A elevação transpalpebral foi inicialmente descrita em 1982²¹, seguida de numerosos artigos^{2,5,6,10,20,22-25}. Em 1990, McCord e Doxanas⁶ descreveram uma blefaroplastia associada à suspensão transpalpebral do supercílio e tratamento do coxim adiposo galeal. Preconizavam menor descolamento (limitando elevação das sobrelhas) e nenhum tratamento dos músculos depressores, favorecendo a recidiva da ptose.

Outras técnicas propuseram este tratamento^{2,11-13,22}, possibilitando menor tração descendente nas sobrelhas. Porém, necessitaram de outras incisões, como as temporais^{2,26}.

O retalho de músculo orbicular mostrou eficiência no tratamento da pálpebra inferior e terço médio da face^{7,27,28}. Os riscos são mal posicionamento da pálpebra e *scleral show*. Uma cantopexia lateral, sem a secção do ligamento cantal lateral⁹, ajuda a evitar tais complicações.

McCord et al. (1998)⁸ combinaram o reposicionamento do músculo orbicular ao descolamento subperiosteal da área malar para tratar o terço médio da face. Hester et al. (1998)³ também trataram o terço médio por uma incisão subciliar. Após uma experiência de 5 anos, os autores descreveram o uso de cantopexia em 90% dos pacientes, evitando mal posicionamento da pálpebra inferior¹⁷.

A técnica aqui descrita trata os dois terços superiores da face usando apenas incisões de blefaroplastia superior e inferior. A margem inferior

de excisão cutânea feita na dobra palpebral superior garante cobertura suficiente da pele ao globo ocular (Figura 2). A margem orbital superior pode ser facilmente acessada através desta incisão, sem lesão a qualquer estrutura importante. A dissecação é realizada no plano galeal, liberando a coxim adiposo galeal e o músculo frontal (Figuras 3 e 4)^{1,10}.

A elevação transpalpebral descrita usa uma técnica de McCord e Doxanas (1990)⁶ modificada, com dissecação mais ampla da área frontal no plano galeal e mais suturas de fixação, para ascensão mais eficaz. A miectomia dos músculos corrugadores é associada^{2,11-13}, resultando em rugas glabellares suavizadas e prevenindo a recidiva da ptose. O tronco nervoso supraorbital é observado em visão direta, tendo os ramos superficiais preservados sobre o músculo frontal e os ramos profundos sob a gálea, que recebe as suturas de fixação da sobrelha. Elevação das sobrelhas possibilita excisão reduzida da pele palpebral superior, alcançando com segurança bons resultados.

As estruturas medifaciais são efetivamente elevadas com o reposicionamento do músculo orbicular, uma vez que os compartimentos de gordura inferiores estão conectados a ele através do SMAS^{8,14}. O aspecto de face arredondado e envelhecido muda para uma forma de triângulo invertido, com volumização das regiões zigomáticas, levando a uma expressão facial rejuvenescida.

O uso de glicocorticoide de longa duração infiltrado com anestésicos na área de dissecação e no pós-operatório, de prednisolona oral, 40mg/dia, 5 dias, proporciona menos edema e mais conforto ao paciente²⁹.

CONCLUSÃO

A blefaroplastia ampliada, como chamamos, pode contribuir para o aperfeiçoamento estético e funcional cirúrgicos da região periorbital, através do manejo dos dois terços superiores da face em um único procedimento operatório, e utilizando apenas incisões de blefaroplastia superior e inferior.

Apresentou reduzidas taxas de complicações e os desfechos foram gratificantes, tendo sido mantidos a longo prazo.

COLABORAÇÕES

ACJ

Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Supervisão, Validação, Visualização

SASRF

Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

- Knize DM. Anatomic concepts for brow lift procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2009 Dez;124(6):2118-26.
- Cintra HPL, Basile FV. Transpalpebral brow lifting. *Clin Plastic Surg*. 2008 Jul;35(3):381-92.
- Hester TR, Codner MA, McCord CD, Nahai F. Transorbital lower-lid and midface rejuvenation. *Oper Tech Plast Reconstr Surg*. 1998;5:163-85.
- Quatela VC, Davis KG. Rejuvenation of the brow and midface. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;10:160-8.
- Paul MD. The evolution of the brow lift in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Out;108(5):1409-24.
- McCord CD, Doxanas MT. Browplasty and browpexy: an adjunct to blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1990 Ago;86(2):248-54.
- Furnas DW. The orbicularis oculi muscle: management in blepharoplasty. *Clin Plast Surg*. 1981 Out;8(4):687-715.
- McCord Junior CD, Codner MA, Hester TR. Redraping the inferior orbicularis arc. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Dez;102(7):2471-9.
- Lessa S, Sebastião R, Flores E. Uma cantopexia simples. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 1999;14(1):67-70.
- Chiari Junior A, Alves TA, Laia PHS, Casali TG, Fleury DPC. Blefaroplastia: elevação transpalpebral das sobrancelhas. *Rev Bras Cir Plast*. 2014;29(1):44-9.
- Knize DM. Transpalpebral approach to the corrugator supercilii procerus muscles. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Jan;95(1):52-62.
- Guyuron B, Michelow BJ, Thomas T. Corrugator supercilii muscle resection through blepharoplasty incision. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Abr;95(4):691-6.
- Guyuron B. Corrugator supercilii resection through blepharoplasty incision. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Fev;107(2):606-7.
- Zide BM. The lower lid and beyond. In: Zide BM, Jelks GW, eds. *Surgical anatomy around the orbit: the system of zones*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 43-57.
- Gierloff M, Stöhring C, Gassling V, Açil Y, Wiltfang J. Aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg*. 2012 Jan;129(1):263-73.
- 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.
- Hester TR, Codner MA, McCord CD, Nahai F, Giannopoulos A. Evolution of technique of the direct transblepharoplasty approach for the correction of lower lid and midfacial aging: maximizing results and minimizing complications in a 5-year experience. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Jan;105(1):393-406.
- McCord CD, Boswell CB, Hester TR. Lateral cantal anchoring. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Jul;112(1):222-39.
- Weinfeld AB, Burke R, Codner MA. The comprehensive management of chemosis following cosmetic lower blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2008 Ago;122(2):579-86.
- Codner MA, Kikkawa DO, Korn BS, Pacella SJ. Blepharoplasty and brow lift. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Jul;126(1):1-17.
- Sokol AB, Sokol TP. Transblepharoplasty Brow Suspension. *Plast Reconstr Surg*. 1982 Jun;69(6):940-4.
- Langsdon PR, Metzinger SE, Gillickstein JS, Armstrong DL. Transblepharoplasty brow suspension: an expanded role. *Ann Plast Surg*. 2008 Jan;60(1):2-5.
- Niechajev I. Transpalpebral browpexy. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Jun;113(7):2172-80.
- Tyers AG. Brow lift via the direct and trans blepharoplasty approaches. *Orbit*. 2006 Dez;25(4):261-5.
- Zarem HA. Browpexy. *Aesth Surg J*. 2004;24:368-72.
- Knize DM. Limited-incision forehead lift for eyebrow elevation to enhance upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Ago;108(2):564-7.
- Adamsom JE, McCraw JB, Carraway JH. Use of a muscle flap in lower blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1979 Mar;63(3):359-63.
- Labandter HP. Use of the orbicularis muscle flap for complex lower lid problems: a 6-year analysis. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Ago;96(2):346-53.
- Lai I, Batra RS. Blepharoplasty. In: Murad A, ed. *Evidence-based procedural dermatology*. 2nd ed. Amsterdam: Springer; 2019. p. 419-42.

*Autor correspondente:

Armando Chiari Júnior

Rua Herculano de Freitas, nº 58, Conj. 110 - Gutierrez, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
CEP 30441-039

E-mail: chiari@chiari.com.br / drsergiordrigues@gmail.com