



# Lift temporal com reposicionamento do músculo orbicular e da cauda da sobrancelha

## *Temporal lift with repositioning of the orbicular muscle and eyebrow tail*

TICIANO CESAR TEIXEIRA

CLÓ<sup>1\*</sup>

WALTER FERRAZ FLAVIO

JUNIOR<sup>1</sup>

FELIPE XAVIER CLÓ<sup>2</sup>

GUILHERME DO VALLE

CASTRO RIBEIRO<sup>1</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS) é a melhor estrutura que temos à nossa disposição para elevar e reposicionar a face e o pescoço no *face lift*. No entanto, na região têmporo-orbitária, esta estrutura é frequentemente negligenciada. Na busca por uma solução de execução simples, eficiente e segura para tratar a queda têmporo-orbitária, o autor descreve uma tática de *lift* temporal com reposicionamento da cauda das sobrancelhas para tratamento do envelhecimento e flacidez da região têmporo-orbitária. **Métodos:** Foi realizado o tratamento em 358 pacientes entre 2017 e 2020, em *lifts* completos ou apenas temporais. Destes, apenas 30 foram incluídos no artigo por terem sido submetidos exclusivamente a *lifts* temporais, acompanhados ou não de blefaroplastias. Através de incisão intracapilar marginal quebrada em região temporal e com descolamento supraSMAS, foi realizado tratamento musculoaponeurótico da região órbito-temporal, além de ressecção da pele em excesso. **Resultados:** A tática apresentada foi eficiente na elevação e na abertura da cauda das sobrancelhas em todos os casos tratados, além do efeito de perda da função contrátil da porção lateral do músculo orbicular, com melhora significativa das rugas periorbitais e da flacidez órbito-temporal. **Conclusão:** A eficácia e os ótimos resultados alcançados com a tática operatória descrita, associada à escassez de opções de tratamento isolado ou específico da região órbito-temporal, tornam o *lift* têmporo-orbitário proposto uma excelente alternativa para o rejuvenescimento desta região.

**Descritores:** Face; Ritidoplastia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Sobrancelhas; Sistema musculoaponeurótico superficial.

### ABSTRACT

**Introduction:** The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) is the best structure that we have at our disposal to raise and reposition the face and neck in face lifts. However, in the temporal-orbital region, this structure is often overlooked. In search of a simple, efficient and safe solution to treat temporal-orbital fall, the author describes a technique of temporal lift with repositioning of the eyebrow tail to treat aging and flaccidity of the temporal-orbital region. **Methods:** The treatment was performed on 358 patients between 2017 and 2020, in face lifts or temporal lifts. Of these, only 30 were included in the article because they underwent temporal lifts exclusively, with or without blepharoplasty. Through a marginal, “W” type, intra-capillary incision in the temporal region and with supra-SMAS detachment, we performed muscle-aponeurotic treatment of the orbital-temporal region and excessive skin resection. **Results:** The technique presented was efficient in raising and opening the tail of the eyebrows in all treated cases, in addition to the effect of loss of contractile function of the lateral portion of the orbicularis muscle, with significant improvement of peri-orbital wrinkles and temporal-orbital flaccidity. **Conclusion:** The efficacy and the excellent results achieved with the described operative technique, associated with the scarcity of isolated or specific treatment options for the orbital-temporal region, make the proposed temporo-orbital lift an excellent alternative for the rejuvenation of this region.

**Keywords:** Face; Rhytidoplasty; Reconstructive surgical procedures; Eyebrows; Superficial musculoaponeurotic system.

Instituição: Clínica de Cirurgia Plástica Fibonacci, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 19/3/2021.  
Artigo aceito: 28/10/2021.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2022RBCP0003

<sup>1</sup> Clínica de Cirurgia Plástica Fibonacci, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Felício Rocho, Plastic Surgery, Belo Horizonte, MG, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O sistema musculoponeurótico superficial (SMAS) é considerado o principal foco no tratamento cirúrgico do envelhecimento facial<sup>1-6</sup>. Após o trabalho de Mitz & Peyronie em 1976<sup>7</sup>, a dissecação do SMAS tornou-se cada vez mais popular, com adoção de diferentes maneiras de tensioná-lo desde então<sup>8-10</sup>. Por se tratar de uma trama fibromuscular composta de várias camadas que se dividem para envolver a musculatura mimética superficial, torna-se a melhor estrutura que temos à nossa disposição para, de maneira segura e natural, conseguir a elevação e o reposicionamento da face e do pescoço. Possui espessura variável, sendo mais fino e descontínuo na região anterior da bochecha e mais espesso e uniforme nas regiões massetérico-parotídea e temporoparietal da frente, onde é chamado de fásia temporoparietal<sup>6,7</sup>.

Do ponto de vista funcional, o SMAS age como um distribuidor e amplificador da atividade muscular facial, sendo que, para efeito de rejuvenescimento, o ideal é que possamos tracionar e aumentar a tensão da maior área possível desta estrutura, sem nos esquecermos da região têmporo-orbitária<sup>7,8</sup>.

Ainda na década de 1980, Pitanguy<sup>2,10</sup>, Baker<sup>11</sup> e muitos outros realizavam a dissecação do SMAS lateral que recobre diretamente a glândula parótida. Este procedimento de elevação e tração da fásia superficial lateral muitas vezes decepcionava, por produzir resultados semelhantes aos de uma simples plicatura de SMAS. Já na década de 1990, a dissecação profunda e procedimentos estendidos como o *deep plane*<sup>12</sup>, o subperiostal<sup>13</sup> e o *lift* composto<sup>14</sup> foram o foco das atenções.

Quase todas as trações têm como foco principal a região pré-massetérica e a submandibular<sup>1-6</sup>, no entanto, a discussão se prolonga até os dias atuais acerca de qual seria a melhor maneira de se tracionar o SMAS. Já a região têmporo-orbitária (incluindo a cauda das sobrancelhas) frequentemente é negligenciada durante os *face lifts* convencionais (não videoendoscópicos).

Boa parte dos pacientes candidatos ao *face lift* ou apenas a uma blefaroplastia têm sinais evidentes de descenso na região lateral da órbita e necessitam de reposicionamento vigoroso. Neste local, o SMAS (fásia temporoparietal) envolve o músculo orbicular e os zigomáticos e, muitas vezes, apresenta mobilidade significativa, necessitando também de tensionamento e reposicionamento em conjunto com a cauda das sobrancelhas<sup>7-9</sup>.

Também devemos levar em consideração que o *face lift* do terço inferior, quando realizado, eleva grande excesso de pele para a região têmporo-orbitária, o que, somado à redundância dermomuscular pré-existente no canto lateral da órbita, agrava o problema no local<sup>5,10</sup>.

Na busca de uma solução de execução simples, eficiente e segura para tratar a queda têmporo-orbitária e da cauda das sobrancelhas, desde agosto de 2017 o autor realiza uma tática de *lift* têmporo-orbitário com reposicionamento do músculo orbicular e da cauda das sobrancelhas que será descrita a seguir.

## OBJETIVO

Apresentar uma tática de *lift* têmporo-orbitário com reposicionamento do orbicular e da cauda das sobrancelhas para tratamento do envelhecimento e flacidez da região orbitotemporal, facilmente reproduzível, simples, segura e eficiente.

## MÉTODOS

Em agosto de 2017, o autor começou a utilizar a tática que é aqui descrita em *face lifts* completos e, observando sua eficiência, a partir do mês seguinte passou a adotá-la também nos *lifts* exclusivamente temporais. Entre setembro de 2017 e outubro de 2020, este tratamento foi realizado em 358 pacientes. Destes, apenas 30 foram incluídos no trabalho, pois foram os que se submetem exclusivamente a *lifts* temporais para tratar apenas alterações da região têmporo-orbitária, acompanhados ou não de blefaroplastias. O principal critério de exclusão na análise foram pacientes submetidos a *face lifts* completos. O critério buscou evitar que o tratamento do terço inferior da face influenciasse na ocorrência de complicações e na nossa percepção dos resultados da área temporal.

Dos 30 pacientes analisados, 27 foram do sexo feminino (90%) e três do sexo masculino (10%). Cinco foram submetidos apenas a *lift* temporal (16,6%) e 25 a *lift* temporal acompanhados de blefaroplastias (83,4%). Os critérios de inclusão englobaram pacientes que não se queixavam ou não apresentavam sinais significativos de flacidez e queda do terço inferior da face, candidatos ou não a blefaroplastias, e que apresentavam um ou mais dos seguintes sinais:

- queda da cauda das sobrancelhas
- blefarocalase com excessos que ultrapassavam o rebordo orbitário em seu canto lateral
- grande redundância de pele/músculo no canto lateral das órbitas provocada pelo sorriso e com “pés-de galinha” significativos
- bolsas malares ou *festoons*

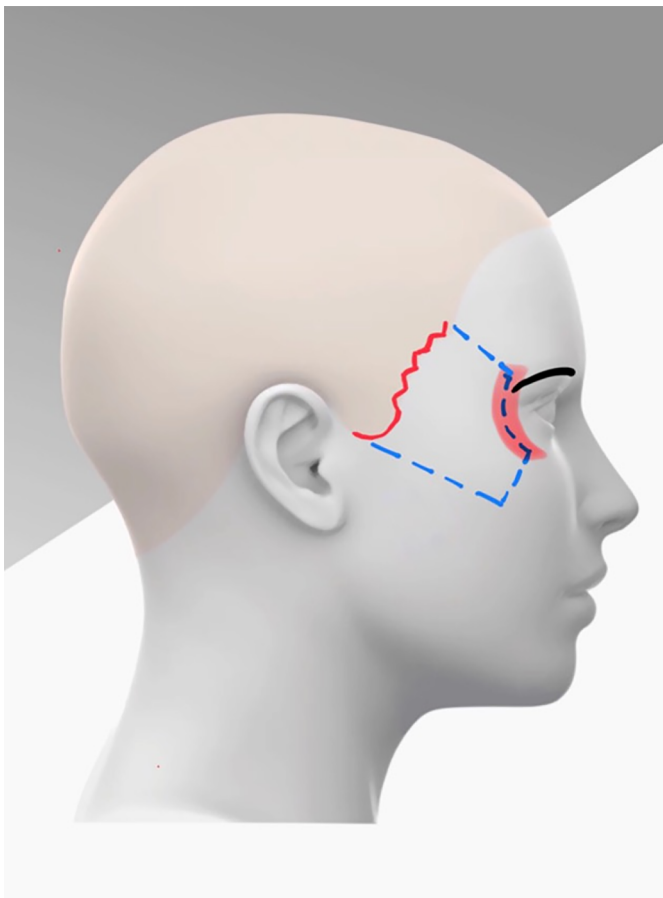
Todos os casos analisados foram conduzidos na clínica de cirurgia plástica Fibonacci, em Belo Horizonte, MG, Brasil, entre setembro de 2017 e outubro de 2020.

A análise de registros médicos ocorreu entre os meses de dezembro de 2020 e março de 2021. A elaboração do artigo seguiu os princípios de Helsinque.

### Descrição da tática operatória: *lift* temporal

São realizadas incisões temporais sempre intrapilosas marginais, em “W”<sup>15</sup> e biseladas para preservar os folículos da borda. Variaram de 5,0 a 7,5 cm de extensão, dependendo do grau de elevação que se pretendia conseguir na cauda das sobrancelhas. Caudas de sobrancelha mais baixas exigem elevação mais cefálica e, portanto, necessitam de incisões temporais mais longas, muitas vezes chegando à ponta da península de implantação pilosa temporal.

A seguir, é realizado o descolamento subcutâneo até cerca de 1 cm do rebordo orbitário, tendo como limite superior a extremidade da cauda da sobrancelha e como limite inferior a área mais proeminente da região malar. Desta forma, conseguimos a exposição de boa parte da fáscia temporoparietal, do músculo orbicular em sua porção lateral e de parte do subcutâneo da região malar (Figura 1).



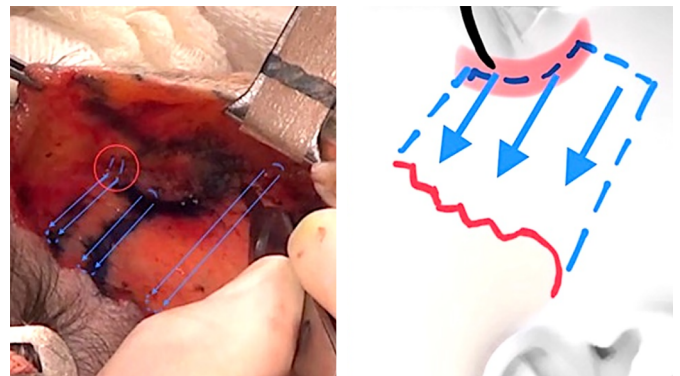
**Figura 1.** Incisão e área de descolamento.

O descolamento é realizado superficialmente à fáscia temporal superficial, a fim de se evitar lesão do nervo temporal. Sempre que for utilizado eletrocautério, a fáscia é elevada com auxílio de pinça e a área é irrigada com soro fisiológico, com o mesmo intuito.

Após a hemostasia, são realizadas duas suturas que tracionam o músculo orbicular. A primeira se apoia próximo à incisão pré-pilosa temporal em seu limite cefálico, transfixando a fáscia temporoparietal e a fáscia temporal profunda para, a seguir, englobar, à distância, o músculo orbicular na porção mais cefálica do descolamento e a derme adjacente, na região da cauda da sobrancelha (Figura 2).

Para se conseguir uma tração adequada da derme, englobamos quantidade considerável da mesma, sem que o fio fique aparente na superfície da pele (Figura 2). Esta primeira sutura de tração é feita com Vicryl 5-0 pois, por englobar a derme, provoca uma grande depressão na área transfixada e, à medida que o fio é absorvido, esta desaparece gradualmente.

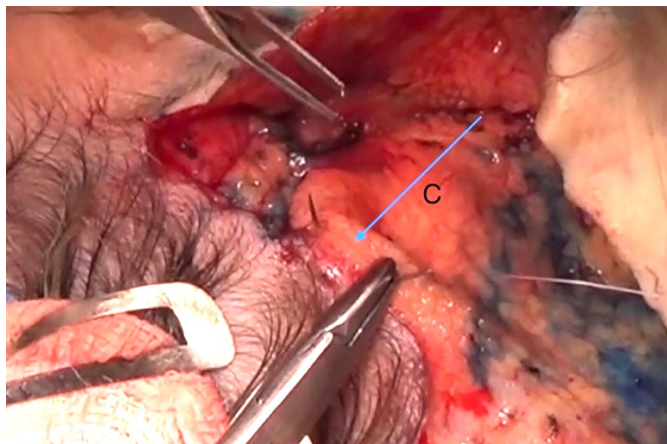
A segunda sutura de tração também se apoia próximo à incisão pré-pilosa temporal, pouco abaixo da primeira, também de maneira profunda para garantir um apoio seguro à tração. Em seguida também engloba, à distância, o músculo orbicular na altura do canto lateral da pálpebra e a passada pelo músculo é feita em duas etapas (ida e volta) para evitar esgarçamento. Nesta tração, a derme é poupada e tracionamos apenas o músculo. Por não haver pinçamento da pele, é utilizado fio inabsorvível de Nylon incolor 4-0 para conseguirmos uma tração vigorosa e permanente (Figura 2).



**Figura 2.** Foto cirúrgica e esquema de área de descolamento completo do *lift* têmporo-orbitário com marcação com azul de metileno da borda lateral do músculo orbicular e do sentido de tração muscular (demonstrado também pelas setas em azul claro).

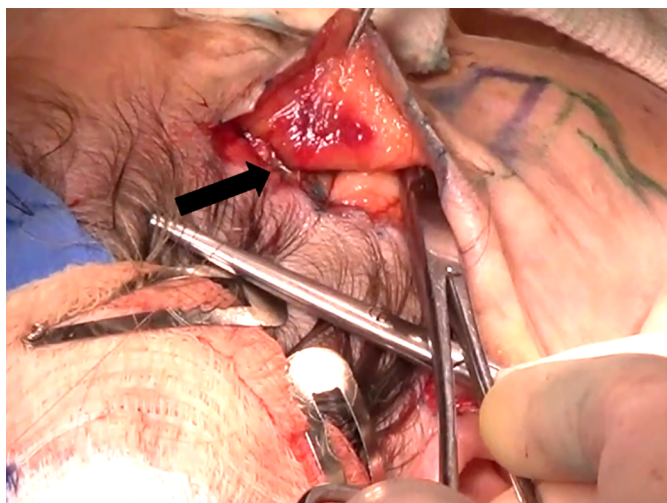
Estes dois primeiros fios de tração atravessam a região temporal de forma paralela e com cerca de 1 a 1,5 cm de distância entre eles. O sentido de tração de ambos é sempre oblíquo superolateral, mas com o grau de inclinação variando de acordo com a necessidade de cada caso.

Da mesma forma, uma terceira sutura de tração é apoiada próximo à incisão temporal, porém agora em sua porção caudal e também procurando incluir a fáscia temporal profunda. Em seguida engloba, à distância, o SMAS e a gordura malar no final de seu descolamento. Assim como na sutura descrita anteriormente, é feita passada dupla e fio de Nylon incolor 4-0 (Figura 3).



**Figura 3.** Sutura de tração da região malar. Aqui vemos a passada do ponto próximo à incisão temporal envolvendo a fásia temporal profunda.

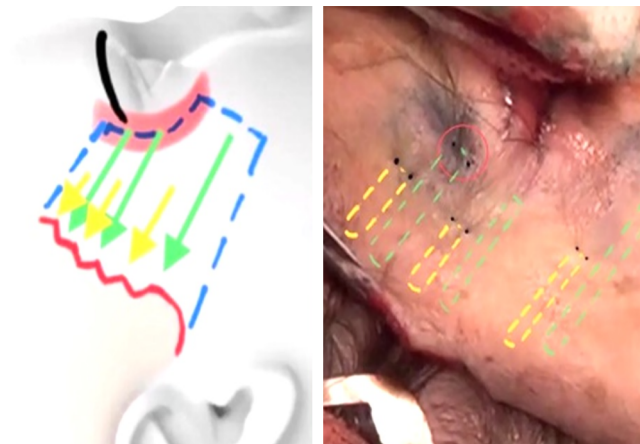
Para conseguir diminuição do espaço morto e, ao mesmo tempo, distribuição uniforme da tração da pele, após as três suturas de tração musculoaponeuróticas, são confeccionadas três suturas de tração de pele na área descolada. Todas tracionam exclusivamente a derme e também se apoiam profundamente na borda da incisão temporal, ocupando o espaço entre as trações musculares (Figura 4).



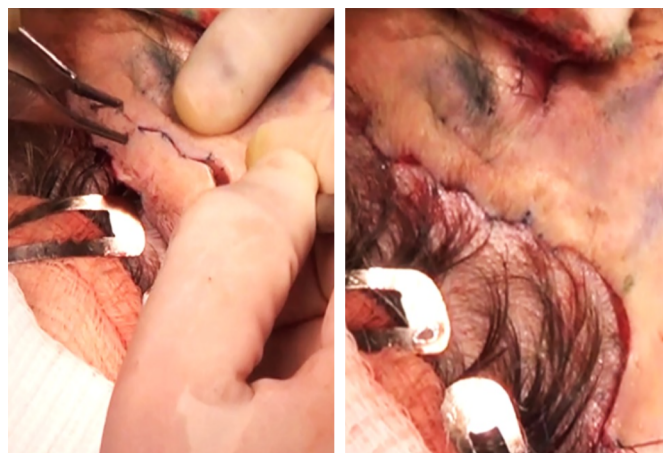
**Figura 4.** Sutura de tração e adesão da pele (seta preta).

As três transfixações da derme são feitas na metade da distância entre a incisão temporal e o final do descolamento. Aqui é utilizado fio de absorção mais rápida, o Monocryl 5-0, pois também haverá pinçamento da pele que desaparecerá gradualmente (Figura 5).

Após todas as suturas de tração/adesão, o excesso de pele fica evidente e, sem tração alguma, é procedida sua ressecção espelhando o mesmo desenho da incisão temporal feita previamente. O autor opta por suturas de Gillies com tensão zero em toda a extensão do fechamento. Metade delas são retiradas no sexto dia pós-operatório e a outra metade no nono dia pós-operatório (Figura 6).



**Figura 5.** Sentido de tração do lift têmporo-orbitário (as linhas verdes representam o sentido da tração muscular e as linhas amarelas da tração dérmica. O círculo vermelho representa a região em que transfixamos a pele durante a primeira sutura de tração muscular).



**Figura 6.** Ressecção do excesso de pele temporal e acomodação livre de tensão.

## RESULTADOS

O que mais chama atenção com a utilização deste tratamento é a eficiência e durabilidade da elevação e, principalmente, da abertura lateral da cauda das sobrancelhas em todos os casos tratados. O aumento na distância entre a extremidade da cauda das sobrancelhas e o canto lateral das pálpebras é evidente e sempre significativo (Figuras 7 e 8).

Além disso, um segundo efeito benéfico e inesperado, mas sempre alcançado, é a perda ou grande diminuição da função contrátil do músculo orbicular em sua porção lateral (região em que é tracionado), com grande melhora das rugas chamadas “pés-de-galinha” (Figuras 9 a 11).

Nenhum dos 30 casos tratados apresentou complicações como hematomas, parestias, paralisias ou necroses e todas as avaliações finais, altas e fotografias pós-operatórias foram feitas com seis meses de pós-operatório.



Figura 7. Pré e pós-operatório com 6 meses de lift temporal e blefaroplastia.



Figura 8. Pré e pós-operatório de 6 meses. Nota-se o nítido aumento da distância entre o canto lateral da pálpebra e a cauda da sobrancelha.



Figura 9. Pré e pós-operatório de 6 meses de blefaroplastia e lift têmporo-orbitário, em que se observa grande melhora do posicionamento da cauda de sobrancelha e ótima qualidade da cicatriz temporal pré-pilosa.



Figura 10. Pré e pós-operatório de 6 meses de blefaroplastia e lift temporal em que se observa grande melhora do posicionamento da cauda de sobrancelha e das rugas de “pé-de-galinha”.



Figura 11. Pré e pós-operatório de 6 meses de blefaroplastia e lift têmporo-orbitário.

### DISCUSSÃO

Muito ainda se discute sobre a eficiência das diferentes maneiras de tracionamento do SMAS e na maior parte das vezes o foco das discussões são as regiões pré-massetérica e mandibular. Já a região têmporo-orbitária e cauda das sobrancelhas são frequentemente negligenciadas em *face lifts* não videoendoscópicos. O autor atribui isto ao fato de existirem poucas opções descritas verdadeiramente eficazes para tratamento do SMAS nessa região.

Uma grande parcela dos pacientes com indicação de *face lift* ou de blefaroplastia apresentam sinais evidentes de flacidez e envelhecimento na região lateral da órbita, incluindo a cauda das sobrancelhas. Todos esses necessitarão de tratamento específico da região<sup>16</sup> e, nestes casos, o SMAS (fáscia temporoparietal/músculo-orbicular em sua porção lateral) apresentará, frequentemente, ampla mobilidade e irá requerer tensionamento e reposicionamento agressivos em conjunto com a cauda das sobrancelhas. Além disso, os grandes excessos de pele trazidos da metade inferior da face e pescoço nos *face lifts* completos irão se acumular na mesma região têmporo-orbitária que já possui redundância dermomuscular significativa, agravando o problema local.

O *lift* têmporo-orbitário proposto tem a intenção de tratar, de maneira simples, eficaz e com alta reprodutibilidade, a flacidez e o envelhecimento da região lateral da órbita, podendo ou não ser associado ao *face lift* completo e às blefaroplastias.

Há muitos anos, o autor optou por utilizar incisões intrapilosas marginais temporais em “W”, em todos os *face lifts* completos ou parciais que realiza. Trata-se de uma incisão minimamente intrapilosa, onde são sacrificadas cerca de duas fileiras de fios de cabelo para termos certeza de que será camuflada por fios que estarão muito próximos à margem da incisão que, ao final, após a ressecção dos excessos de pele, torna-se pré-pilosa. Para garantir a integridade dos bulbos destes fios da borda, as incisões são realizadas em bisel. Desta forma, a cicatriz geralmente tem ótima qualidade e conseguimos evitar o que o autor acredita ser a pior das sequelas da região temporal: o recuo da linha anterior de implantação pilosa com consequente alargamento da região temporal<sup>17</sup> (Figura 12).



**Figura 12.** Pós-operatórios tardios em que se pode observar a qualidade da cicatriz temporal.

A variação no comprimento da incisão temporal e no ângulo das suturas de tração musculoaponeuróticas nos permitem reposicionar a cauda das sobrancelhas e toda a queda têmporo-orbitária de acordo com a necessidade de cada caso.

Nos casos com bolsas malares ou *festoons*, as trações oblíquas laterais da borda lateral do músculo orbicular, associadas a uma tração cefálica vigorosa do orbicular que cobre o SOOF (através de uma blefaroplastia inferior) atingem excelentes resultados. Na visão do autor, estas trações tornaram-se a melhor opção de tratamento destas deformidades (Figura 7) e muito contribuem no resultado das blefaroplastias em geral.

Um outro efeito extremamente benéfico desta abordagem é que, com a tração dos músculos orbiculares, conseguimos inativar sua contração na porção lateral de maneira definitiva e sem correr os riscos de ressecções musculares no local<sup>18</sup>. Este efeito diminui significativamente as rugas chamadas “pés-de-galinha”, simulando o efeito da toxina botulínica (Figuras 10 e 11)<sup>19</sup>.

Este tratamento, além de ter se mostrado uma excelente alternativa para tratar a flacidez têmporo-orbitária

nos *lifts* exclusivamente temporais, já foi também utilizado em mais de 300 *lifts* completos (que incluíam o terço inferior da face), com excelentes resultados.

Dentre as abordagens abertas para tratamento da região têmporo-orbitária<sup>17</sup>, existem outras propostas de incisões quebradas (Connell)<sup>15</sup>, de liberação do músculo orbicular com sua bipartição transversal e tração lateral (Aston)<sup>20</sup> e outras de miectomia<sup>21,22</sup> com ou sem enxertos de gordura (Viterbo)<sup>18</sup>. Em 2013, Bozola & Vieira propuseram um tratamento da região temporal utilizando incisão intracapilar marginal e descolamento temporal no plano subcutâneo até a metade lateral do músculo orbicular, seguida da sua tração em leque<sup>17</sup>.

A abordagem do autor tem várias semelhanças com a técnica de Bozola e alguns diferenciais importantes, como descrevemos a seguir:

- Incisão temporal quebrada em “W”.
- Tração do orbicular feita a distância, o que diminui a chance de lesão do ramo frontal do nervo facial, pois evita que a plicatura seja feita diretamente sobre o trajeto do nervo. Permite também que tenhamos um apoio profundo e seguro para a tração ao apoiá-la na fáscia temporal profunda, bem próximo à borda da incisão temporal.
- Tração da derme da cauda da sobrancelha em conjunto com o músculo orbicular subjacente, que torna muito eficiente o reposicionamento desta área e faz com que a fibrose de cada um dos folhetos auxilie o outro na manutenção da posição final mais elevada de ambos.
- Tração do SMAS malar que, em muitas pacientes, consegue uma mobilização significativa do terço médio e provoca mais redundância do músculo orbicular em sua porção lateral, a qual será tratada pelas duas suturas de tração superiores.

## CONCLUSÃO

A busca pela excelência no tratamento do envelhecimento em todos os setores da face torna necessária a procura constante por novas táticas e técnicas operatórias que envolvam o *face lift*. As poucas opções realmente eficientes de tratamento específico da região têmporo-orbitária, além dos ótimos resultados alcançados com a tática operatória descrita, tornam o *lift* têmporo-orbitário proposto uma excelente opção no tratamento desta região. Trata-se de uma maneira segura, simples e eficaz de tratar a flacidez e o envelhecimento da região lateral da órbita, associado ou não ao *lift* do terço inferior e às blefaroplastias. O sucesso obtido com esta abordagem logo nos primeiros pacientes fez com que o autor passasse a utilizá-la em absolutamente todos os nossos casos de *face lift*, sejam eles completos ou apenas temporais.

## COLABORAÇÕES

- TCTC** Análise e/ou interpretação dos dados, Aprovação final do manuscrito, Concepção e desenho do estudo, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original, Supervisão
- WFFJ** Análise e/ou interpretação dos dados, Coleta de Dados, Metodologia, Redação - Preparação do original
- FXC** Análise e/ou interpretação dos dados, Redação - Revisão e Edição
- GVCR** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Gerenciamento do Projeto

## REFERÊNCIAS

- Pontes R. O Universo da Ritidoplastia. Rio de Janeiro. Revinter; 2011.
- Pitanguy I, Radwanski HN, Amorim NFG. Treatment of the Aging Face Using the "Round-lifting" Technique. *Aesthet Surg J*. 1999;19(3):216-22.
- Castro CC. Ritidoplastia: arte e ciência. 1ª ed. Rio de Janeiro: DiLivros; 2007.
- Rohrich RJ, Narasimhan K. Long-Term Results in Face Lifting: Observational Results and Evolution of Technique. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(1):97-108.
- Cló TCT, Flávio WF, Leão CEG, Cló FX, Lacerda LM, Leão LR. Sistematização perioperatória para prevenção de hematomas em face-lifts: abordagem pessoal após 1138 casos operados. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(1):2-9.
- Warren RJ, Neligan P. *Cirurgia Plástica Estética*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 184-207.
- Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*. 1976;58(1):80-8.
- Narasimhan K, Stuzin JM, Rohrich RJ. Five-step neck lift: integrating anatomy with clinical practice to optimize results. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(2):339-50.
- Pelle-Ceravolo M, Angelini M, Silvi E. Complete Platysma Transection in Neck Rejuvenation: A Critical Appraisal. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(4):781-91.
- Pitanguy I, Ramos H, Garcia LC. Filosofia, técnica e complicações das ritidectomias através da observação e análise de 2600 casos pessoais consecutivos. *Rev Bras Cir*. 1972;62:277-86.
- Baker TJ, Gordon HI. The temporal face lift ("mini-lift"). *Plast Reconstr Surg*. 1971;47(4):313-5.
- Hamra ST. The deep-plane rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(1):53-61.
- Ramirez OM. The subperiosteal rhytidectomy: the third-generation face-lift. *Ann Plast Surg*. 1992;28(3):218-32.
- Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1992;90(1):1-13.
- Connell BF, Marten TJ. Surgical correction of the crow's feet deformity. *Clin Plast Surg*. 1993;20(2):295-302.
- Castro CC, Aboudib JHC, Giaquinto MGC, Moreira MBL. Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást*. 2005;20(2):124-6.
- Bozola AR, Vieira R. Ritidoplastia setorial temporal - incisão marginal intracapilar tração do músculo orbicular e blefaroplastia. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(4):557-62.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Furnas DW. The orbicularis oculi muscle. Management in blepharoplasty. *Clin Plast Surg*. 1981;8(4):687-715.

\*Autor correspondente:

**Ticiano Cesar Teixeira Cló**

Rua República Argentina, 507, Sion, Belo Horizonte, MG, Brasil.

CEP: 30315-490

E-mail: ticianoclo@gmail.com