

## **Estética Clínica & Cirúrgica - Revinter- Edith Kawano Horibe**

Blefaroplastia -

Autores: Antonio Carmo Graziosi e Lydia Masako Ferreira

São Paulo, Brazil

---

### **INTRODUÇÃO**

O olhar pode transmitir, de forma particular, aspectos da personalidade e dos sentimentos de um indivíduo e pode modificar-se com o envelhecimento. Partindo desse pressuposto, a região orbitopalpebral assume importante papel como complemento dessa forma de expressão.

Blefaroplastia é uma palavra de origem grega (blepharos refere-se às pálpebras e plásticas, relativo à forma) utilizada para denominar a cirurgia de rejuvenescimento palpebral. Essa cirurgia pode ser realizada isoladamente ou associada a outros procedimentos que complementam o tratamento dos sinais de envelhecimento daquela região.

A blefaroplastia deve visar, não somente os benefícios estéticos, mas também a preservação do aspecto funcional das pálpebras. Assim sendo, é mandatário que se realize uma criteriosa avaliação pré-operatória das alterações palpebrais que porventura possam comprometer o resultado funcional e estético.

Sichel, em 1844, foi o primeiro a dar importância ao tratamento da flacidez e excesso dos tecidos palpebrais. Em 1896, Fuchs descreveu excisão para a correção do blefarocalazio. Mas foi somente em meados desse século que as cirurgias palpebrais ganharam maior impulso com a normatização dos princípios básicos da técnica, de acordo com as diferentes estruturas anatômicas, elaborada por Castañares.

### **ANATOMIA**

#### **Músculo Orbicular**

O músculo orbicular divide-se em:

- Porção orbital, envolvendo a rima orbital, responsável pelo fechamento voluntário forçado da pálpebra.
- Porção palpebral, didaticamente dividida em: músculo pré-tarsal, sobre a placa tarsal e músculo pré-septal, sobre o septo orbital de cada pálpebra (**Fig. 42-1**).

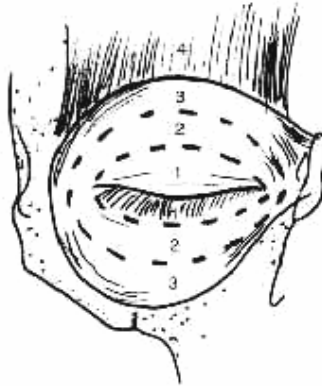


Fig 42-1. Músculo orbicular: (1) m.pré-tarsal; (2) m.pré-septal; (3) p.orbital; (4) m.frontal

A porção pré-tarsal do músculo orbicular origina-se no canto lateral e insere-se no canto medial. A porção superficial forma a parte anterior do tendão do canto medial e a profunda, insere-se no osso da crista lacrimal posterior, formando o tendão posterior do canto medial. À contração, a pálpebra fecha-se, aproximando o ponto lacrimal do saco lacrimal.

A porção pré-septal insere-se na fásia lacrimal, parte lateral do saco lacrimal e à contração permite a entrada da lágrima no saco lacrimal. Quando os músculos relaxam, a fásia lacrimal retorna para sua posição normal e a lágrima escoar direto para o ducto lacrimonasal.

A inervação do músculo orbicular é feita pelos ramos do VII par craniano (nervo facial) com disposição vertical; sendo assim, incisões verticais não lesam essa inervação

### **Septo Orbital**

É um folheto de tecido fibroso aderido firmemente à rima orbital e fracamente aos retratores da pálpebra, separando a pálpebra do conteúdo orbital. Quando o septo é seccionado, há uma melhor mobilização das pálpebras. Tal procedimento é utilizado na cirurgia para correção da ptose palpebral ou entrópio da pálpebra inferior, com o objetivo de identificar e aplicar os retratores da pálpebra inferior.

### **Corpo Adiposo Palpebral**

Situa-se atrás do septo orbital (**Fig. 42-2, linhas tracejadas**) e também à frente dos retratores da pálpebra. A glândula lacrimal dispõe-se lateralmente (**Fig. 42-2**) podendo ser confundida com o corpo adiposo.



Fig 42-2. Gordura pré-aponevrótica (linhas tracejadas). (1) glândula lacrimal; (2) aponevrose; (3) ligamento suspensório superior (Whitnall); (4) m. elevado; (5) m. oblíquo superior

Tal fato exige atenção especial nas blefaroplastias. Na pálpebra superior o conteúdo adiposo é dividido em dois compartimentos (bolsas medial e lateral) enquanto na pálpebra inferior o mesmo é dividido em três compartimentos (medial, mediana e lateral).

### **Retratores da Pálpebra Superior**

Os retratores da pálpebra superior são compostos pelos músculos frontal, levantador da pálpebra superior, tarsal superior (ou de Muller) e também do ligamento de Whitnall. O músculo levantador da pálpebra superior (**Figs. 42-2 e 42-3**) tem origem na asa menor do osso esfenóide e, posteriormente, divide-se em aponeurose e músculo tarsal superior. A aponeurose insere-se e imbrica-se com as fibras do músculo orbicular para formar a prega palpebral. Ela distribui-se medial e lateralmente sob o ligamento suspensório superior (Whitnall). O corpo adiposo situa-se atrás do septo orbital e sobre a aponeurose.

O músculo tarsal superior estende-se do levantador da pálpebra até a margem superior do tarso (no sentido crâniocaudal), entre a aponeurose e a conjuntiva. Já no sentido látero-medial, estende-se da cápsula da glândula lacrimal até a tróclea do músculo oblíquo superior. Sua denervação causa a ptose palpebral descrita como síndrome de Horner. Esse músculo, juntamente com o frontal, levantador da pálpebra

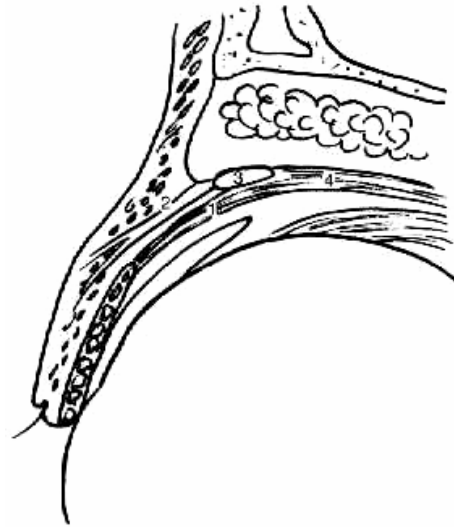


Fig 42-3. Retratores da pálpebra superior: (1) m. tarsal superior (m. Muller); (2) aponevrose; (3) ligamento suspensório superior; (4) m. elevador.

e ligamento de Whitnall, auxilia na elevação da pálpebra por meio da elevação do supercílio. A inervação do músculo levantador da pálpebra superior é feita pelo nervo oculomotor (III par craniano), enquanto que o músculo tarsal superior (de Muller), pelo sistema nervoso simpático.

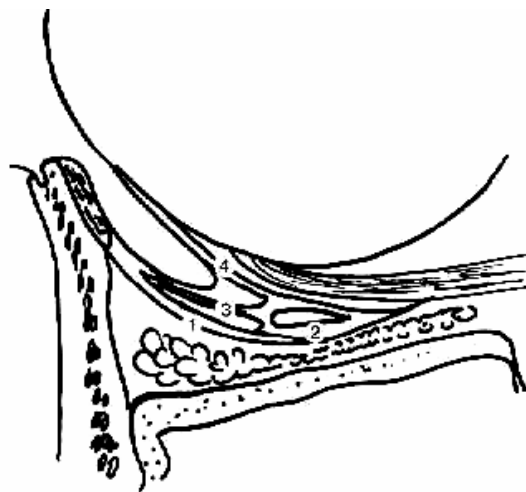


Fig. 42-4. Retratores da Pálpebra Inferior

Os retratores da pálpebra inferior são constituídos por uma lâmina de tecido fibroso. Sua origem está na bainha do músculo reto inferior e sua inserção na borda inferior do tarso. A lâmina fibrosa estende-se pelo músculo reto inferior, mistura-se com o ligamento suspensório inferior (Lockwood) do bulbo ocular e caminha em direção à margem inferior do tarso, acompanhada por fibras do músculo tarsal inferior. Os retratores da pálpebra inferior são responsáveis pelo abaixamento da pálpebra inferior ao olhar para baixo. Esse tecido fibroso assemelha-se na morfologia e função à aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior. A mesma semelhança ocorre

entre o músculo tarsal inferior e o tarsal superior.

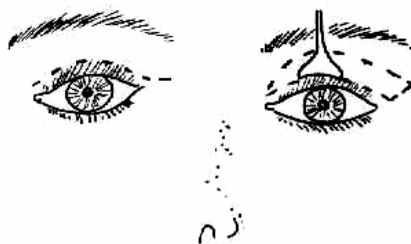


Fig 42-4. Retratores da pálpebra inferior: (1) retratores da pálpebra inferior; (2) ligamento suspensório inferior Lockwood; (3) m. tarsal inferior; (4) tecido fibroso

O ligamento suspensor do fórnix é um tecido fibroso, continuidade da bainha comum entre o reto superior e o músculo levantador da pálpebra. Quando o mesmo é seccionado (em cirurgia para correção da ptose palpebral) a conjuntiva pode prolapsar.

O ligamento suspensor do fórnix da pálpebra inferior tem sua origem no tecido fibroso dos retratores da pálpebra inferior. No entrópio involucional, esse fórnix inferior torna-se raso devido à frouxidão dos retratores.

A placa tarsal é um tecido conjuntivo denso que dá estrutura à pálpebra, estabilizando a margem palpebral. Como a placa tarsal superior tem cerca de 11 mm, esta pode ser utilizada como fonte doadora para enxerto tarsoconjuntival. Já, a placa tarsal inferior, medindo cerca de 4 mm, não oferece esse recurso.

O tendão cantal medial é formado pelas inserções dos músculos pré-tarsais e pré-septais. Sua porção superficial insere-se na crista lacrimal anterior e a profunda, na crista lacrimal posterior. O tendão cantal lateral é um tendão de origem dos músculos pré-tarsais<sup>1</sup>.

## **ETIOLOGIA DA FLACIDEZ PALPEBRAL**

Afecções alérgicas, doença renal crônica, alcoolismo, alterações no ciclo menstrual, hipo e hipertireoidismo, insuficiência cardíaca, afecções localizadas (linfangiomas, hemangiomas, lipomatoses, silcomas) e envelhecimento facial são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da flacidez palpebral.

## **AVALIAÇÃO CLÍNICA PRÉ-OPERATÓRIA**

### **Anamnese**

A anamnese visa investigar o objetivo e a expectativa do paciente. Questões sobre cirurgias prévias na região orbitopalpebral, principalmente cirurgias estéticas devem ser sempre incluídas nessa avaliação. É também essencial um inquérito sobre a presença de morbidades, tais como: doenças crônicas em geral, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares ou neurológicas, distúrbios da coagulação, doenças

hepáticas, doenças psiquiátricas, doenças endócrinas, principalmente, diabetes e tireoidopatias. O uso de medicamentos atual ou pregresso, tais como: corticosteróides, betabloqueadores e aspirina, deve ser investigado. Reações alérgicas devem ser cuidadosamente avaliadas. Tabagismo é um hábito importante a ser pesquisado, incluindo a quantidade de cigarros consumidos diariamente.

### **Avaliação Oftalmológica**

Na anamnese e no exame oftalmológico é importante a investigação de cirurgias oftalmológicas prévias, lacrimejamento, olho seco, presença de secreção, blefarite (crostas na margem palpebral), uso de lentes de contato e possíveis irritações decorrente desse fato. Uma avaliação oftalmológica pode ser importante, principalmente com relação a acuidade visual, presença ou não de glaucoma, alterações da córnea e dos músculos extrínsecos. Deve ser ainda investigada a presença do fenômeno de Bell.

### **Avaliação Clínica e Laboratorial**

A necessidade da solicitação de exames laboratoriais e avaliação cardiológica deve ser guiada pela avaliação clínica inicial. A avaliação clínica específica para planejamento cirúrgico será detalhada a seguir.

### **Documentação Fotográfica**

A documentação fotográfica é fundamental para a avaliação pré, intra e pós-operatória e também para fins médico-legais. A sistematização dos parâmetros fotográficos auxiliam na qualidade das fotografias e permitem a comparação entre elas. É indicada a seguinte padronização: face completa em repouso e sorrindo, região orbital e periorbital em repouso e sorrindo, região orbital e periorbital com o paciente olhando para cima e para baixo e perfil da região orbital e periorbital.

### **SUPERCÍLIOS**

Os supercílios exercem grande influência no resultado estético da região orbital, seja pela necessidade de seu correto posicionamento com relação a margem orbital, seja com relação ao excesso de pele nas pálpebras superiores. Apesar disso, a associação de blefaroplastia e elevação de supercílios não é muito freqüente em nosso meio.

No exame físico é importante observar o posicionamento dos supercílios. Do ponto de vista estético, o supercílio no sexo feminino deve localizar-se acima da margem orbital e no sexo masculino, sobre esta margem. Deve ser identificada, ainda, a região mais envolvida na ptose superciliar (se cauda, região medial ou todo o conjunto), bem como, o quanto esta está influenciando no excesso de pele das pálpebras superiores. Vale ressaltar que não é incomum a presença de assimetria.

Em nosso meio, não é freqüente a associação de blefaroplastia e elevação de supercílios. Ao contrário, com o objetivo de obter o melhor resultado estético é realizada a máxima retirada de uma pele preciosa, especializada e insubstituível da pálpebra superior. Além desse procedimento não ser apropriado, pode até inviabilizar uma elevação superciliar futura.

## **Técnica Cirúrgica**

Várias são as propostas para a correção da ptose superciliar. Primeiramente devem ser citadas as técnicas cujo acesso é feito pela via coronal, em vários planos de descolamentos (subcutâneo, subgálico ou subperiostal). Tais técnicas baseiam-se na tração e ressecção do couro cabeludo, com elevação dos supercílios ou simplesmente no reposicionamento dos tecidos moles frontais sobre a parte óssea.

A incisão coronal tem sido utilizada com maior freqüência nas cirurgias de ritidoplastias. No entanto, quando sugerida como complemento da blefaroplastia, por ser uma cirurgia de um porte maior, muitos pacientes a recusam. Suas desvantagens são complicações, tais como: perda da sensibilidade no couro cabeludo; alopecia no local de incisão; necrose do retalho; cicatrizes longas, embora camufladas; grandes descolamentos nas regiões frontal e temporal e ainda, contra-indicação nos casos de regiões frontais longas e pacientes calvos. Como vantagens estão a possibilidade de abordagem direta sobre a musculatura da região frontal, permitindo o tratamento das rugas frontais, hemostasia mais acurada, tratamento de partes ósseas, ressecção efetiva do couro cabeludo com elevação dos supercílios, controle sobre a simetria e ocultação da cicatriz.

Ainda por via coronal, é possível a abordagem endoscópica para secção dos músculos antagonistas do músculo frontal. O objetivo é elevar os supercílios por contração livre do músculo frontal. A vantagem mais evidente é a pequena dimensão das incisões necessárias para a introdução das cânulas de videoendoscopia.

Outra alternativa são as exéreses cutâneas da região frontal. Essas podem ser realizadas por meio de incisão na linha de implantação dos cabelos, na porção médio frontal ou justa superciliar, como descrito por Castanares<sup>3</sup>. As incisões cutâneas realizadas na região frontal estão indicadas nos pacientes com idade mais avançada que apresentam, de modo geral, uma cicatrização de boa qualidade. O maior inconveniente dessa via de acesso é, obviamente, a presença de cicatrizes aparentes, cuja a evolução nem sempre é satisfatória.

Existem, ainda, técnicas que utilizam vias menos convencionais como a utilização da incisão de blefaroplastia superior para elevação dos supercílios, com uma pexia no periósteo orbital<sup>4</sup>.

Finalmente, são descritas suspensões dos supercílios por meio de fios de sutura, mantendo os mesmos em posição mais elevadas. Essas técnicas visam reduzir o trauma cirúrgico e o tamanho das incisões. Entre essas técnicas está a suspensão supraciliar por meio de fios, incluída no grupo das pexias<sup>7</sup>. Essa baseia-se na mobilidade das partes moles superciliares da região orbital, realizando um movimento no sentido cefálico sobre um coxim gorduroso<sup>6</sup>, sem a necessidade de descolamentos, exceto no local de passagem do fio (**Fig. 42-5**).



Fig 42-5. Suspensão superciliar através de fios (fixação medial e lateral)

Sumarizando as principais alternativas de técnicas e vias de acesso para correção da ptose superciliar, temos: 1. via coronal com ressecção de couro cabeludo (descolamento subcutâneo, subgálico e subperiostal); 2. via cutânea frontal com excisão cutânea (incisão cutânea na margem capilar, incisão sobre as rugas frontais e incisão justa supraciliar); 3. via endoscópica com secção dos músculos antagonistas do músculo frontal (descolamento subgálico e subperiostal); 4. via transblefaroplástica com pexia da cauda do supercílio no periósteo orbital; e, finalmente, 5. suspensão superciliar por meio de fios.

### **Técnica Cirúrgica**

Um dos objetivos desse capítulo é alertar o leitor para a grande importância da influência dos supercílios sobre a pálpebra superior e enumerar as várias alternativas técnicas disponíveis para a correção da ptose ciliar. Sendo assim, a descrição pormenorizada de cada uma dessas técnicas, não faz parte do escopo desse capítulo, podendo ser consultada na literatura especializada<sup>2-7</sup>.

### **PÁLPEBRAS SUPERIORES**

O excesso cutâneo e a presença das bolsas de gordura devem ser sempre avaliados no planejamento cirúrgico da blefaroplastia superior. Do ponto de vista anatômico, em indivíduos ocidentais, a pálpebra superior apresenta o sulco palpebral superior bem definido, em torno de 8 a 10 mm da margem palpebral. O local de inserção do tendão do músculo levantador da pálpebra superior é que determina a definição desse sulco. A identificação do excesso cutâneo na região pré-septal é auxiliada pela definição prévia desse sulco que pode variar de acordo com o tamanho e forma da órbita, tamanho e proeminência do bulbo ocular, quantidade de gordura nas bolsas adiposas, flacidez do músculo orbicular e da pele. Em pacientes orientais ou idosos, esse sulco pode não estar bem definido, exigindo reconstrução durante a cirurgia.

Com uma leve compressão do bulbo ocular, avalia-se a presença das bolsas palpebrais medial e lateral e a necessidade de retirada. A presença de ptose da glândula lacrimal provoca abaulamento na porção lateral da pálpebra, simulando a presença de uma terceira bolsa de gordura.



Existem ainda alterações importantes na pálpebra superior que devem ser observadas durante o exame físico. Normalmente, a pálpebra superior localiza-se a 2 mm abaixo do limbo escleral. Quando a pálpebra superior está posicionada acima desse nível, a retração está presente. Entre as causas mais comuns dessa alteração está o hipertireoidismo, levando à infiltração e espessamento do músculo levantador da pálpebra superior, músculo tarsal (ou de Müller) e músculos extrínsecos, podendo ainda levar à formação de proptose. Quando esses sinais clínicos são constatados, uma avaliação da função tireoidiana é mandatória.

A presença de ptose palpebral caracteriza-se pela pálpebra posicionada abaixo de sua posição normal. Na dependência do diagnóstico, sua correção pode ser realizada durante a blefaroplastia.

Com o paciente em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada, demarca-se as áreas de maior abaulamento das bolsas adiposas e excesso cutâneo (**Fig. 42-6**). A demarcação cutânea deve seguir a margem do tarso e sofrer angulação lateral e para cima, em direção à extremidade do supercílio. O limite é individual e determinado pela quantidade de excesso cutâneo a ser eliminada. Pequenas variações nessa demarcação são permitidas, dependendo do local onde se vai terminar a incisão cutânea. Os cirurgiões que consideram importante evitar cicatrizes perceptíveis na região orbital, utilizam uma demarcação mais econômica, em meia lua. Já, aqueles que priorizam a compensação da incisão em função do excesso cutâneo, aceitam o seu prolongamento por acreditarem na boa qualidade cicatricial da região. O excedente cutâneo será maior na parte lateral ou medial, na dependência da conformação da órbita e do bulbo ocular.

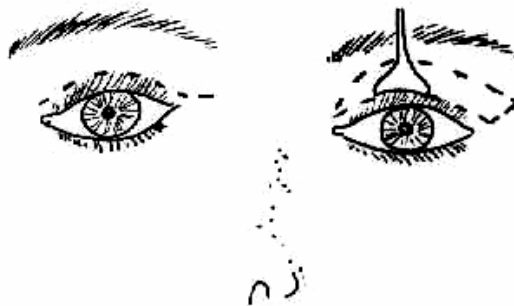


Fig 42-6. Marcação da incisão na pálpebra superior.

### **Técnica Cirúrgica**

A blefaroplastia pode ser realizada tanto sob anestesia local, como sob anestesia geral. A primeira é a utilizada com maior frequência devido a sua simplicidade, podendo ser associada ou não a sedação. Nesses casos, é utilizado lidocaína associada à bupivacaína, com adrenalina a concentração de 1:200.000 para se obter vasoconstrição, com um período de anestesia mais prolongado.

A incisão pode ser feita com bisturi de lâmina número 15, ponta de radiofrequência ou com laser de CO<sub>2</sub>. Procedese, então, a exérese da pele, associada ou não à retirada de fibras do músculo orbicular.

Para a exteriorização das bolsas de gordura faz-se a incisão do músculo orbicular, no sentido de suas fibras e do septo orbital subjacente. A quantidade de bolsas adiposas a serem ressecadas é de difícil julgamento. O exame físico pré-operatório auxilia na identificação das bolsas a serem retiradas e na quantificação da ressecção. No intra-operatório, a quantidade de bolsa de gordura a ser ressecada pode ser estimada por meio de leve compressão do bulbo ocular (**Fig. 42-7**). O excesso de gordura exteriorizada com essa manobra corresponde, aproximadamente, à quantidade ideal a ser retirada naquele caso em particular. Essa manobra deve ser repetida para conferir o resultado desejado. A ressecção em excesso pode deixar concavidades na região orbital, cujo resultado é exatamente o oposto àquele que motivou o paciente a procurar o cirurgião. Por outro lado, uma ressecção econômica pode redundar na permanência de bolsa residual.

No ato cirúrgico, é importante diferenciar a bolsa medial, de tonalidade mais clara, da lateral, mais escura. Após a exteriorização da gordura, esta é tracionada com pinça de Adison, presa na sua base com Kelly curvo e ressecada com tesoura curva de Íris. Dependendo da tática utilizada, a exérese pode ser também realizada com bisturi elétrico, bisturi de alta frequência, tesoura acoplada a bisturi bipolar ou ainda com laser de CO<sub>2</sub>. O importante neste ato é estar seguro quanto a coagulação dos vasos sanguíneos para evitar a formação de hematoma retrobulbar que, em situações extremas, pode levar à cegueira.

O diagnóstico da ptose da glândula lacrimal é feito no pré-operatório e confirmado no intra-operatório. Sua correção cirúrgica é relativamente fácil e consiste no reposicionamento da glândula abaixo da margem lateral da órbita e fixação com dois ou três pontos de sutura, abrangendo a cápsula da glândula e o periósteo orbital.

A sutura cutânea da pálpebra superior pode ser realizada por meio de pontos simples separados, com fio mononylon 6-0 ou sutura contínua intradérmica. O curativo deve ser feito com compressas umedecidas em soro fisiológico gelado. Os pontos são retirados três a quatro dias após a cirurgia, reduzindo assim a incidência de cistos de inclusão epitelial ou túneis permanentes da sutura.



Fig 42-7. Determinação das bolsas adiposas através da compressão digital.

## **PÁLPEBRAS INFERIORES**

A indicação da blefaroplastia inferior apresenta os mesmos objetivos que os da superior, ou seja, correção dos excessos de pele, músculo e gordura. Essas estruturas podem ser tratadas individualmente ou em conjunto, no mesmo tempo cirúrgico.

A escolha da técnica utilizada para a blefaroplastia inferior depende da avaliação clínica pré-operatória e também da experiência pessoal do cirurgião. Nos casos em que o excesso cutâneo é moderado ou grande, a melhor alternativa é a blefaroplastia com o emprego de retalho cutâneo. A vantagem do retalho cutâneo é a possibilidade de ressecar maior quantidade de pele, permitindo adequada correção da flacidez e das rugas. Já, nos indivíduos que apresentam hipertrofia muscular ou bolsas adiposas, quando o excesso cutâneo é pequeno ou mesmo ausente, dá-se preferência à blefaroplastia que utiliza retalho musculocutâneo.

A via transconjuntival está indicada nos casos em que não há excesso cutâneo, apenas a presença das bolsas de gordura. Uma outra alternativa técnica para correção do excesso cutâneo e bolsas de gordura, que também utiliza a via transconjuntival, é a blefaroplastia com laser de CO<sub>2</sub>. Essa consiste em ressecar as bolsas de gordura e, em seguida, aplicar laser de CO<sub>2</sub> (resurfacing) na pele da pálpebra inferior, visando a retração cutânea.

A pálpebra inferior apresenta posição anatômica esteticamente desejável quando a margem inferior toca o limbo escleral. Abaixo desse nível é possível visualizar a cor branca da esclera, gerando uma situação denominada "esclera aparente" (do inglês, scleral show), cuja causa pode ser congênita ou adquirida (pós-trauma, como complicação da blefaroplastia, proptose do hipertireoidismo etc.).

Para evitar tal complicação, pode-se utilizar o critério descrito por Jelks B. Esse consiste na análise da relação entre o bulbo ocular, a pálpebra inferior e a proeminência malar, no perfil da região orbital. É considerada uma relação positiva (ou seja, vetor positivo) quando a maior projeção do bulbo ocular localiza-se atrás da margem da pálpebra inferior e esta localiza-se atrás da projeção da proeminência malar. Já, uma relação negativa (ou seja, vetor negativo) ocorre quando a parte anterior do bulbo ocular é anterior à pálpebra inferior e à proeminência malar. Nos casos em que o vetor é positivo ou neutro (ou seja, os três elementos alinhados), existe um baixo risco de posicionamento inadequado da pálpebra inferior após a blefaroplastia. O vetor negativo, em contra partida, indica alto risco de resultado desfavorável utilizando a blefaroplastia clássica.

Outra possível complicação dessa cirurgia é o ectrópio que pode ser investigado no pré-operatório por meio de testes de avaliação da tonicidade da pálpebra inferior. O primeiro teste é referido na literatura como snap-back test e consiste em segurar a pálpebra inferior com o polegar e o indicador, afastá-la do bulbo ocular e liberá-la subitamente. É sinal de baixa tonicidade quando a pálpebra retorna lentamente contra o bulbo ocular. O segundo teste consiste em tracionar a pálpebra inferior no sentido craniocaudal de modo a afastá-la do bulbo ocular, e mantê-la por alguns segundos sob tensão. À semelhança do teste anterior, o retorno lento da pálpebra inferior à sua posição original demonstra uma redução da sua tonicidade. A realização sistemática desses testes

auxilia na prevenção de situações indesejáveis como a esclera aparente, o ectrópio ou o lagofalmo.

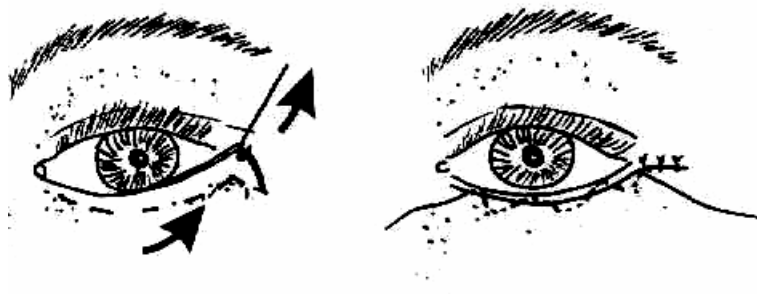
Nas circunstâncias descritas acima, existem algumas técnicas para correção da flacidez palpebral que são realizadas no mesmo tempo cirúrgico das blefaroplastias. Entre elas, destaca-se: 1. cirurgia de Kuhnt-Szymanowski; 2. retalho tarsal (tarsal strip).

### **Técnica Cirúrgica**

Como já descrito para a pálpebra superior, a anestesia para a blefaroplastia inferior pode ser local ou geral. Dá-se preferência para a local por possibilitar a colaboração do paciente durante o ato operatório e a mensuração mais acurada do excesso cutâneo a ser ressecado.

A incisão na pálpebra inferior deve ter início na porção lateral da ruga existente, utilizando bisturi de lâmina número 15. Subseqüentemente, continua-se a incisão, seguindo uma linha justaciliar, eqüidistante 2 a 4 mm da margem palpebral, com tesoura de Íris reta. A incisão estende-se do canto externo da fenda palpebral, até o ponto lacrimal (ou próximo deste). Portanto, a blefaroplastia inferior dispensa a demarcação prévia. Essa descrição vale tanto para a blefaroplastia com retalho cutâneo como para a que utiliza retalho musculocutâneo.

Na blefaroplastia com retalho cutâneo é realizado um descolamento acima do plano muscular, até a borda orbital. A incisão do músculo orbicular é feita no sentido das fibras, sobre a projeção das bolsas de gordura. Subseqüentemente, descola-se o músculo orbicular do septo orbital para melhor visualização das bolsas. A secção do septo orbital permite a exteriorização do excesso de bolsa de gordura, com sua ressecção, obedecendo as mesmas alternativas e cuidados já descritos para pálpebra superior. Concluída a retirada do excesso de gordura, as margens do músculo orbicular são aproximadas e a medida do excesso cutâneo executada. Tal medida é realizada solicitando ao (a) paciente que olhe para cima e abra a boca. Essa manobra promove a tração máxima da pele da pálpebra inferior, de tal forma que a pele excedente corresponda à quantidade de tecido adequada a ser retirada. Após a ressecção, a sutura é então feita com pontos simples ou contínuo, utilizando-se fio mononylon 6-0 (**Fig. 42-8**). O curativo, à semelhança do descrito para a blefaroplastia da pálpebra superior é feito com compressas embebidas em soro fisiológico. Os pontos também são retirados três a quatro dias após a cirurgia.



**Fig 42-8. Ressecção do excedente cutâneo. Sutura contínua, pálpebra inferior e pontos simples separados no terço externo**

Diferente do descrito acima, na blefaroplastia com retalho musculocutâneo a incisão do músculo orbicular é realizada em sua porção tarsal e seu descolamento no plano sub-muscular até a visualização do septo orbital. Nessa técnica, como pele e músculo formam um único retalho, a ressecção do excesso cutâneo tende a ser menor para preservar a função do músculo orbicular. Os demais tempos da técnica são idênticos aos descritos para a blefaroplastia com retalho cutâneo.

A blefaroplastia por via transconjuntival difere das demais por utilizar uma abordagem direta sobre as bolsas palpebrais, através da conjuntiva, o que evita cicatrizes externas. A cirurgia inicia-se com infiltração de solução anestésica e vasoconstritor na conjuntiva palpebral, com posterior colocação de lente escleral protetora. A incisão na conjuntiva pode ser realizada com bisturi convencional (lâmina número 15), elétrico, de alta frequência ou laser de CO<sub>2</sub>, a mais ou menos 8 mm da margem palpebral, no sentido horizontal. Nessa abordagem são seccionados os retratores da pálpebra inferior. Após, as bolsas de gordura são identificadas e ressecadas. Esse procedimento não requer sutura pois as bordas da incisão da conjuntiva mantém-se em contato, facilitando a cicatrização. No pós-operatório é recomendado o uso de colírio antibiótico.

Certos detalhes de ordem técnica precisam ser enfatizados para evitar complicações no pós-operatório. O uso de afastadores com ganchos pontiagudos deve ser evitado pois pode levar à traumas intra-operatórios inadvertidos. A tração da gordura deve ser realizada com delicadeza para não lesar o septo fibroso no tecido gorduroso que, em casos extremos, pode levar à cegueira por ruptura de vasos profundos aí localizados.

## **COMPLICAÇÕES**

As complicações das blefaroplastia podem ser temporárias ou permanentes. Complicações temporárias são geralmente relacionadas ao edema, contratura cicatricial e retrações palpebrais que podem persistir por vários dias ou semanas. O reflexo oculocardíaco, que é um reflexo vagal, pode ocorrer como conseqüência da pressão sobre o bulbo ocular. Clinicamente manifesta-se com cianose dos lábios, sensação de calor, náusea, desfalecimento e tontura. O tratamento consiste na oxigenação, posicionamento do paciente em Trendelenburg, retirada dos campos cirúrgicos, compressas frias nos pés e região frontal. Não havendo resposta às medidas citadas, recomenda-se o uso endovenoso de 0,4 mg de atropina.

Dentre as complicações permanentes, vale citar: olho seco, lesão da córnea, assimetria palpebral, ectrópio e ptose palpebral. Hematomas palpebrais, infecções, hematoma retrobulbar, enoftalmia e cegueira (0,04% dos casos operados) são, felizmente, ocorrências raras. Uma das complicações mais dramáticas da blefaroplastia é o hematoma retrobulbar, podendo levar à lesão do nervo óptico. A hemorragia no cone retrobulbar é comumente arterial, levando ao rápido aumento da tensão intra-ocular, evidenciada por dor intensa e súbita e proptose. Na evolução do processo há interrupção da circulação da retina e do disco óptico.

## **CONCLUSÕES**

A blefaroplastia das pálpebras superiores, isolada ou associada à das pálpebras inferiores devolve ao olhar uma aparência jovial, vivaz, menos tensa e menos cansada, mesmo quando a queixa inicial limita-se à presença de bolsas adiposas. Atualmente, a

blefaroplastia é uma cirurgia bem padronizada, apresentando variações que dependem da indicação e de casos específicos e traz, na maioria das vezes, grande satisfação ao paciente e ao cirurgião.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ferreira LM. Blefaroplastia. In: Ferreira LM. Manual de cirurgia plástica. Editora Atheneu, 1995. p. 276-9.

Ramirez OM. Endoscopically assisted biplanar forehead lift. *Plast Reconstr Surg*, 96(2):323-33, 1995.

Castanares MSS. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg*, 34(4):406, 1 964. Sokol AB, Sokol TP. Transblepharoplasty brow suspension. *Plast Reconstr Surg*, 69(6):940-4, 1 982.

Horibe EK, Horibe K, Lodovici O. Lifting of the eyebrows in blepharoplasties. *Aesth Plast Surg*, 1 3:1 79-82, 1989.

Knize DM. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg*, 97(7):1 321 -33, 1 996. Graziosi AC & Beer SMC. Browlifting with thread: the technique without undermining using minimum incisions. *Aesth Plast Surg*, 22:120-5, 1998.

Jelks GW, Jelks E.B. Preoperative evaluation of the blepharoplasty patient. *Clin. Plast. Surg.*, v. 20, n 2, p. 21 3-23, 1 993.

Agradecimentos dos autores à Dra. Marina R. Quaresma pela revisão do texto.

### **WEB TEXTOS E FIGURAS: GUTO GOMEZ**