

LIFT TEMPORAL ASSOCIADO A BLEFAROPLASTIA

INFERIOR: RELATO DE CASO

Temporal *lift* associated with lower blepharoplasty: case report

Elevación temporal asociada a la blefaroplastia abajo: informe de caso

Alessandra Igaz Morales¹, Humberto Lino de Andrade², Rachel Santos de Andrade³.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia, por meio da apresentação de caso clínico, a associação entre as técnicas *lift* temporal e blefaroplastia inferior, para tratamento do envelhecimento da região lateral da órbita, região malar e pálpebra inferior. **Detalhamentos de Caso:** Os procedimentos cirúrgicos foram realizados com precisão técnica, e acompanhamento dos resultados. **Conclusão:** A abordagem representa uma forma segura, prática e eficiente de tratar a flacidez e os sinais do envelhecimento na região lateral da órbita associada com elevação do terço inferior da face e correções estéticas/funcionais na pálpebra inferior.

Palavras-chave: Rejuvenescimento facial, Blefaroplastia, *Lifting* temporal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness, through the presentation of a clinical case, of the association between the temporal lift and lower blepharoplasty techniques for the treatment of aging of the lateral region of the orbit, malar region and lower eyelid. **Case Details:** The surgical procedures were performed with technical precision, and the results were monitored. **Conclusion:** The approach represents a safe, practical and efficient way to treat sagging and signs of aging in the lateral region of the orbit associated with elevation of the lower third of the face and aesthetic/functional corrections in the lower eyelid.

Key words: Facial rejuvenation, Blepharoplasty, Temporal lifting.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad, a través de la presentación de un caso clínico, de la asociación entre las técnicas de lifting temporal y blefaroplastia inferior, para el tratamiento del envejecimiento de la región lateral de la órbita, región malar y párpado inferior. **Detalles del caso:** los procedimientos quirúrgicos se realizaron con precisión técnica y se monitorearon los resultados. **Conclusión:** el abordaje representa una forma segura, práctica y eficiente para tratar la flacidez y los signos de envejecimiento en la región lateral de la órbita asociada a elevación del tercio inferior de la cara y correcciones estéticas/funcionales en el párpado inferior.

Palabras clave: Rejuvenecimiento facial, Blefaroplastia, Lifting temporal.

¹Especialista em Harmonização Orofacial - FACSETE – Brasil, Mestre em Harmonização Orofacial - UEMC – Espanha,

Doutoranda em Ciências Biomédicas - IUNIR Argentina, Especialista em Cirurgias Estéticas da Face - FACOP – Brasil. Email: aleigazm@hotmail.com

²Especialista em Cirurgias Estéticas da Face - FACOP – Brasil. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - FACOP – Brasil. Mestrando em Odontologia - FHO I Uniararas - Brasil

³Especialista em Cirurgias Estéticas da Face - FACOP – Brasil. Especialista em Harmonização Orofacial - IPESP – Brasil. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - IPESP - Brasi

INTRODUÇÃO

O envelhecimento facial representa um processo multifatorial e intrinsecamente complexo, caracterizado por alterações metabólicas em nível celular, que afetam progressivamente todas as camadas da pele, os ligamentos de sustentação, a musculatura e a estrutura óssea subjacente¹.

No envelhecimento orbital, as porções supero-medial e infero-lateral da órbita têm a maior tendência de reabsorção. Outras áreas do esqueleto facial que sofrem com a reabsorção são a maxila que diminui e também ocorre a expansão da abertura piriforme. O tecido mole da face, com esta falta de suporte ósseo devido a reabsorção óssea, na região labial superior contribui para a formação de rugas periorais; a diminuição do volume maxilar determina o deslocamento para baixo do panículo adiposo malar e acentuação do sulco nasolabial. O nariz se alonga e a ponta inclina-se, com a columela e a base alar se deslocando posteriormente, a espinha nasal também recua com o envelhecimento, ocorre a retração da columela, com rotação da ponta para baixo e aparente alongamento do nariz com o envelhecimento. E por fim, ocorre a redução da altura facial, devido a remodelação maxilar e mandibular^{1,2}.

Durante o processo de envelhecimento, no terço médio face ocorre a migração inferior dos compartimentos gordurosos, atrofia da gordura (gordura periorbital, temporal e bucal) e hipertrofia de gordura (gordura nasolabial e submental)¹.

O processo de envelhecimento conferem alterações a cada componente da anatomia facial. Na pele representa uma série complexa de eventos que consistem em processos intrínseco ou cronológico (genéticos ou hereditários) e extrínseco (meio ambiente), que se relaciona ao estilo de vida. Fatores intrínsecos, determinados pela genética do indivíduo, e extrínsecos, tais como exposição solar, tabagismo, radiações ionizantes etc., determinam a intensidade das alterações envolvidas no envelhecimento facial^{1,3}.

Em relação às fibras musculares, sabe-se que no envelhecimento o músculo orbicular ocular encontra-se atrófico e ptótico. Em contrapartida, os músculos da mímica facial apresentam-se mais encurtados e espessados, interferindo na disposição de gordura e deixando a face com a expressão mais rígida. Verifica-se também o aumento do tônus da musculatura com o envelhecimento³⁻⁵.

O sistema musculoaponeurótico superficial (smas) é considerado o principal alvo no tratamento cirúrgico do envelhecimento facial^{6,7}. Após o trabalho de Mitz & Peyronie em 1976, a dissecação do smas tornou-se cada vez mais comum, com adoção de diferentes maneiras de tensioná-lo desde então⁸⁻¹⁰. 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 fronte, onde é chamado de fáscia temporoparietal^{7,8}.

Em relação a sua função, o SMAS age como um distribuidor e amplificador da atividade muscular facial, sendo que, para efeito de rejuvenescimento, o ideal é tracionar e aumentar a tensão da maior área possível desta estrutura, estendendo-se até a região têmporo-orbitária⁷⁻⁹.

Muitos pacientes candidatos ao face *lift* ou apenas a blefaroplastia têm sinais que quedas teciduais evidentes na região lateral da órbita e necessitam de reposicionamento vigoroso. Neste local, o SMAS (fáscia temporoparietal) envolve o músculo orbicular e os zigomáticos e, muitas vezes, apresenta mobilidade, necessitando de tensionamento e reposicionamento em conjunto com a cauda das sobrancelhas^{8,10,11}.

Dos benefícios 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. Efeito diminui as rugas chamadas “pés-de-galinha”, simulando o efeito da toxina botulínica¹².

Nesse sentido, o presente artigo teve o objetivo de descrever o procedimento cirúrgico de *lift* temporal associado a blefaroplastia palpebral inferior, por meio de um caso clínico aplicando as técnicas descritas. Essa associação de técnicas teve a intenção de tratar, de maneira simples, eficaz e com alta reprodutibilidade, a flacidez e o envelhecimento da região lateral da órbita, região malar e pálpebra inferior.

RELATO DE CASO CLÍNICO com DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A paciente foi informada do procedimento de tratamento e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizadas fotos antes (**Figura 1.**) do procedimento, juntamente com a preparação da paciente. Prescreveu-se antibiótico terapia profilática, administrado anti-inflamatórios e analgésicos. Foi realizada a profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) com uso de meias de compressão. O local da realização do procedimento foi em clínica privada em BH, Minas Gerais.



Figura 1. Imagens iniciais pre-procedimentos.

Inicialmente, na paciente foi realizada a antissepsia com clorexidina a 2% no cabelo e amarração, tricotomia na região da incisão, confecção do capacete com a utilização de atadura e esparadrapo. Demarcação cutânea da área de dissecação na face a partir da raiz da hélix na linha limite da implantação dos cabelos na região temporal, em extensão superior de 5 cm (**Figura 2.**).



Figura 2. Demarcação cutânea da área de dissecação na face a partir da raiz da hélix na linha limite da implantação dos cabelos na região temporal, em extensão superior de 5 cm

A partir da extremidade oposta da hélix, a demarcação foi ampliada até o limite da borda orbitária, passando pela extremidade externa do sulco nasogeniano (2 cm aquém). A demarcação da pálpebra inferior é subciliar, e após o canto lateral inclina-se ligeiramente para baixo, seguindo uma rítide periorbital.

Novamente antissepsia com álcool iodado em toda a face. A paciente foi submetida a cirurgia sob sedação e anestesia local composta por 1000 ml de soro fisiológico, 1ml de adrenalina 1/1000, 40 ml de lidocaína a 2% sem vasoconstritor e 10 ml de bicarbonato de sódio a 10%, em um total injetado de 200 ml.

Após uma hemostasia rigorosa, foi realizada a incisão com bisturi 11 na linha demarcada seguida de dissecação cutânea dentro dos limites demarcados e em plano supra Smas, até conectar a região temporal com a região da pálpebra inferior.

Esse descolamento subcutâneo é de 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, consegue-se a exposição de boa parte da fáscia temporoparietal, do músculo orbicular em sua porção lateral e de parte do subcutâneo da região malar, como observado abaixo (**Figura 3**).

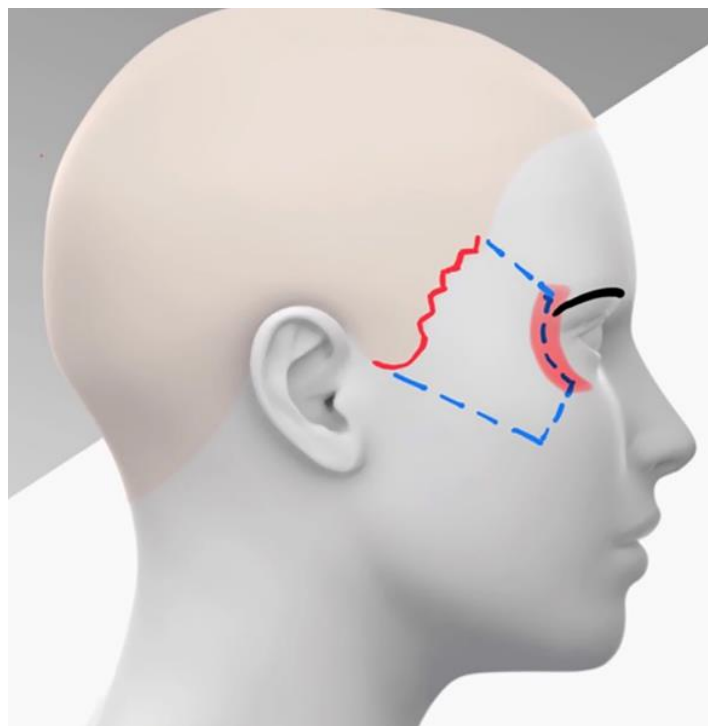


Figura 3. Incisão e área de descolamento. Fonte: Flavio WF *et al.*, 2020¹³

Após a hemostasia, foram realizadas duas suturas que tracionam o músculo orbicular.

A primeira sutura 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, realizada com o fio mononylon 3-0, com o nó voltado para o plano profundo.

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, realizada com o fio mononylon 3-0 para conseguirmos uma tração vigorosa e permanente.

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.

A 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 com o fio mononylon 3-0.

Após todas as suturas de tração, foram confeccionadas suturas de referência com fio mononylon 4-0 com tensão zero em toda a extensão do fechamento. Ressecção do excesso de pele temporal e acomodação livre de tensão e por fim, confecção de sutura externa contínua com fio mononylon 6-0. Observar pós procedimento na face direita da paciente, com a face esquerdada da paciente ainda com as marcações prévias ao procedimento cirúrgico (**Figura 4 e Figura 5**).

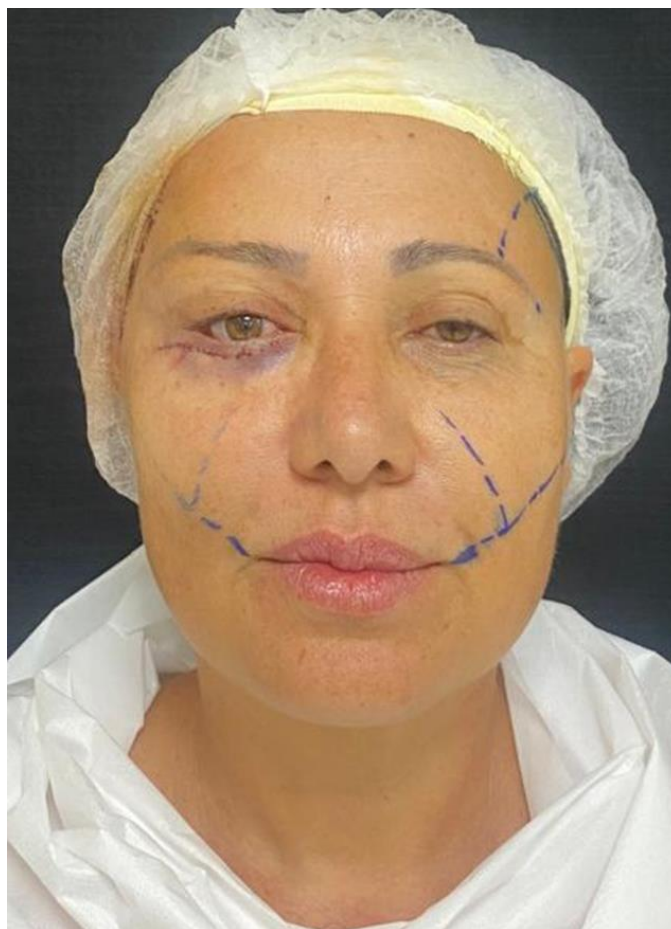


Figura 4. Imagem pós procedimento na face direita da paciente, e a face esquerdada da paciente ainda com as marcações prévias ao procedimento cirúrgico.

A pele da pálpebra inferior a ser ressecada foi calculada para se retirar uma quantidade menor de pele do que se acredite ser excisável, porque toda essa pele é excedente, mas ela se retrairá posteriormente, o que pode contribuir para possíveis complicações, como *scleral show* e ectrópio.

As mesmas etapas cirúrgicas são realizadas na pálpebra contralateral e o fechamento da pele foi completado com fio mononylon 6,0. (**Figura 6**).



Figura 5. Alterações pós procedimento na face direita da paciente, e a face esquerda da paciente com as demarcações prévias ao procedimento cirúrgico.



Figura 6. Alterações pós procedimento na face direita e esquerda da paciente.

O protocolo de cuidados pós-operatórios segue, em linhas gerais, as orientações convencionais, com a ressalva de que se observou edema acentuado. Após a aplicação de micropore sobre a linha de incisão, foram utilizadas bandagens elásticas (tapings) para reduzir o processo inflamatório, minimizar a formação de edema e auxiliar na contenção dos tecidos, associadas ao uso de cinta modeladora facial (**Figura7.**).



Figura 7. Micropore sobre a linha de incisão e bandagens elásticas (tapings).

Recomenda-se a aplicação de compressas frias por períodos de 10 minutos, várias vezes ao dia, durante as primeiras 36 horas, seguida da utilização de compressas morna-tépidas, além da realização de drenagem linfática a partir do quinto dia de pós-operatório.

O primeiro retorno ambulatorial para avaliação clínica foi realizado no sétimo dia, ocasião em que se iniciou a remoção dos pontos da blefaroplastia. Os pontos referentes ao *lifting* têmporo-orbitário foram retirados no décimo quinto dia pós-procedimento (**Figura 8**).



Figura 8. Alterações após 15 dia dos procedimentos na face direita e esquerda da paciente.



Figura 9. Aspecto após 6 meses dos procedimentos na face direita e esquerda da paciente.

DISCUSSÃO

O envelhecimento da região lateral da órbita acarreta diversas alterações anatômicas e funcionais, tais como: descenso da cauda do supercílio, queda do canto lateral da rima palpebral, surgimento das linhas periorbitárias laterais (“pés de galinha”), arredondamento da rima palpebral decorrente da frouxidão tarsal, podendo evoluir para ectrópio em casos mais avançados, além da exposição escleral. Ademais, observa-se reabsorção óssea associada ao enfraquecimento das estruturas orbitárias, favorecendo a protrusão da gordura orbital. Tais modificações conferem à região um aspecto característico de envelhecimento e expressão facial entristecida¹⁴.

A escolha da conduta cirúrgica a ser empregada deve ser orientada pelos achados clínicos específicos de cada caso. Diversas técnicas cirúrgicas têm sido descritas com o objetivo de atenuar os sinais do envelhecimento, oferecendo resultados estéticos naturais e apresentando diferentes perfis de risco e taxa de complicações. Atualmente, observa-se uma crescente demanda por procedimentos que ofereçam resultados eficazes, aliados a uma recuperação mais rápida e com menor incidência de intercorrências. Nesse contexto, abordagens cirúrgicas extensas, com maior descolamento e agressividade, não são necessariamente as que melhor atendem a essas expectativas¹⁵. Tem-se verificado uma tendência contemporânea em favor de técnicas menos invasivas e menos traumáticas, com o intuito de reduzir complicações e permitir um retorno mais precoce às atividades cotidianas¹⁶.

A variação no comprimento da incisão temporal, bem como no ângulo de aplicação das suturas de tração musculoponeuróticas, possibilita o reposicionamento preciso da cauda das sobrancelhas e da região têmporo-orbitária, de acordo com as particularidades anatômicas e demandas estéticas de cada paciente. Em casos que apresentam bolsas malares ou festoons, a combinação de tração oblíqua lateral aplicada à borda lateral do músculo orbicular com uma tração cefálica intensa do segmento do orbicular que recobre o SOOF, realizada por meio de uma blefaroplastia inferior, tem demonstrado resultados altamente satisfatórios¹³.

A técnica proposta pelo autor apresenta alguns diferenciais relevantes, descritos a seguir:

- A tração do músculo orbicular é realizada à distância, o que reduz o risco de lesão do ramo frontal do nervo facial, pois evita a manipulação direta sobre seu trajeto. A abordagem permite fixação mais segura ao ancorar o ponto de tração na fáscia temporal profunda, localizada próxima à margem da incisão temporal.

- A tração conjunta da derme na cauda da sobrancelha e do músculo orbicular subjacente proporciona reposicionamento eficaz dessa região. A fibrose resultante contribui para a sustentação da nova posição elevada de ambas as estruturas.

- A tração do SMAS malar gera mobilização expressiva do terço médio da face, que será corrigida pelas duas suturas de tração superiores, otimizando o resultado final.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre as técnicas *lift* temporal e blefaroplastia inferior descritas e realizadas no presente artigo representam uma forma segura, prática e eficiente de tratar a flacidez e os sinais do envelhecimento na região lateral da órbita associada com elevação do terço inferior da face e correções estéticas/funcionais na pálpebra inferior.

REFERÊNCIAS

1. Pereira FF, Braga CT, Souza MS, Souza DM. Camadas da face e mudanças associadas com o envelhecimento facial. **Aesth Orofacial Sci** 2021;;2(2):129-43.
2. Mendelson B, Wong CH. Changes in the facial skeleton with aging: implications and clinical applications in facial rejuvenation. **Aesthetic Plast Surg**. 2012;36(4):753-60.
3. Cotofana S, Fratila AA, Schenck TL, Redka-Swoboda W, Zilinsky I, Pavicic T. The Anatomy of the Aging Face: A Review. **Facial Plast Surg**. 2016; 32(3):253-60.
4. Le Louarn C. Vieillesse musculaire et son implication dans le vieillissement facial : le concept du Face Recurve [Muscular aging and its involvement in facial aging: the Face Recurve concept]. **Ann Dermatol Venereol**. 2009;136 Suppl 4:S67-72.
5. Le Louarn C, Buthiau D, Buis J. Structural aging: the facial recurve concept. **Aesthetic Plast Surg**. 2007;31(3):213-8.
6. Kennedy C, Bastiaens MT, Bajdik CD, Willemze R, Westendorp RG, Bouwes Bavinck JN. Effect of smoking and sun on the aging skin. **J Invest Dermatol**. 2003;120(4):548-54.
7. Mendelson BC, Wong CH. Upper Blepharoplasty - Nuances for Success. **Facial Plast Surg Clin North Am**. 2021;29(2):179-193.
8. Custódio ALN, Lopes Áquila DL, Figueiredo FC, Gonçalves KPM, Contarini LCS, Dias SS. SMAS e Ligamentos da face -Revisão anatômica. **Aesth Orofacial Sci**. 2021;2(2):40-49.
9. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. **Plast Reconstr Surg**. 1976;58(1):80-8.
10. 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.
11. de Oliveira TRC, Pacheco RF, Cardoso Álda L. Levantamento não cirúrgico do sistema músculo-aponeurótico superficial. **Aesth Orofacial Sci** 2024;4(1):18-25.
12. Pelle-Ceravolo M, Angelini M, Silvi E. Complete Platysma Transection in Neck Rejuvenation: A Critical Appraisal. **Plast Reconstr Surg**. 2016;138(4):781-91.
13. Flavio WF, Cló FX, Ribeiro GVC. Temporal lift with repositioning of the orbicular muscle and eyebrow tail. **Rev. Bras. Cir. Plást**. 2022; 37:9-15.
14. Brooke R. Seckel. Facial danger zones: avoiding nerve injury in facial plastic surgery. St. Louis: Quality Medical Pub; 1994. p. 52.
15. Bozola AR, Vieira R. Rhytidectomy sector time - incision intracapilar marginal and drift of the orbicularis blepharoplasty "economic". **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica** 2023; 28(4):557-562
16. Tonnard P, Verpaele A. The MACS-lift short scar rhytidectomy. **Aesthet Surg J**. 2007;27(2):188-98.