

SUSPENSÃO DE SUPERCÍLIO: VIA TRANSPALPEBRAL

*Brow ptosis: trans palpebral approach*GUILHERME HERZOG NETO¹, ROBERTO SEBASTIÁ², GIOVANNI ANDRÉ PIRES VIANA³

RESUMO

Objetivo: Analisar a suspensão de supercílio via transpalpebral. **Método:** Foi realizado um estudo prospectivo, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004, incluindo todos os pacientes que procuraram o serviço com queixa de excesso de pele na pálpebra superior e/ou queixa de queda na posição do supercílio. No total, foram realizados 68 procedimentos cirúrgicos. Realizou-se registro fotográfico no pré-operatório e pós-operatório tardio, comparando-se o resultado obtido.

Resultados: Quanto ao sexo, 88,9% dos pacientes eram do sexo feminino e 11,1% do sexo masculino. Observou-se que 22,3% dos pacientes tinham assimetria. A suspensão foi bilateral em 94,1% dos casos e unilateral em 5,9%. Na maioria dos casos (88,9%), a colocação de um ponto de sustentação foi suficiente. Em 94,7% dos casos, a suspensão envolveu a região temporal do supercílio e, em 5,3%, apenas a porção nasal. Não houve relato de alteração de sensibilidade local nesta casuística. As complicações encontradas foram: edema local (100%); equimose (47,2%); depressão discreta no local por onde se passou o fio (100%). **Conclusão:** As vantagens da técnica apresentada justificam, na opinião dos autores, o seu emprego, como mais uma opção para elevação do supercílio.

Descritores: Blefaroplastia. Sobrancelhas, cirurgia.

SUMMARY

Background: Transpalpebral browpeky could be performed as an adjuvant procedure to the upper blepharoplasty or as a separate procedure. Particular indications included patients with lateral brow ptosis and discrete forehead wrinkles and balding men. **Method:** During the years 2003 and 2004, a prospective study was conducted at the Antônio Pedro Hospital with this approach. During this period 68 surgeries were done. Every patient was photographed just before the surgery and after 6 months of the procedure; preoperative and postoperative pictures were analyzed to compare the results. **Results:** Almost 89% of patients were female. It was seen that 22.3% of patients had eyebrows asymmetry. Bilateral browpeky were done in 94.1% of patients. In most cases (88.9%), only one stitch was needed to accomplish the browpeky and this stitch was located at the temples in 94.7% of cases and at the nasal side in 5.3% of patients. There were no decreased sensation and paresthesia in the undermined area in this casuistic. Complications during the postoperative course were: local swelling (100%), ecchymosis (47.2%), slightly depression at the site of anchoring stitch (100%). **Conclusions:** Transpalpebral browpeky proved to be useful addition to blepharoplasty.

Descriptors: Blepharoplasty. Eyebrows, surgery.

INTRODUÇÃO

As características da região frontal e dos supercílios são influenciadas por vários fatores, entre eles, a idade, o sexo, a cultura, a etnia e as tendências da moda.

A mudança na posição do supercílio com o envelhecimento era considerada como resultado de um estiramento do escalpo

e dos tecidos conectivos da região frontal, um mecanismo que deveria produzir uma queda uniforme de todo o supercílio, entretanto, durante a observação clínica diária, observou-se que o segmento lateral sofria uma ptose mais precoce que o segmento medial¹. Por esta razão, diversos autores se preocuparam em estudar a anatomia desta região, para melhor compreender o mecanismo de maior migração da porção lateral do supercílio¹⁻³.

1. Professor do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Plástica Ocular do Serviço de Oftalmologia da Universidade Federal Fluminense, membro da Sociedade Brasileira de Oftalmologia.
2. Professor do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Plástica Ocular do Serviço de Oftalmologia da Universidade Federal Fluminense, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
3. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Correspondência para: Giovanni André P. Viana
Al. Jauaperi, 732 - Moema - São Paulo, SP - CEP: 04523-013 - Fax: 0xx11 5055-3831 - E-mail: gapvfv@yahoo.com.br

Os primeiros relatos para a correção da ptose do supercílio são creditados a Passot, em 1919, de acordo com Paul⁴. A partir da década de 30 do século XX, diversos métodos de tratamento da ptose do supercílio foram relatados na literatura⁵⁻¹⁵.

O objetivo deste estudo é avaliar a correção da ptose de supercílio por via transpalpebral, analisando a sua indicação, o grau de correção obtido e de satisfação dos pacientes.

MÉTODO

Foi realizado um estudo prospectivo no Serviço de Plástica Ocular da Universidade Federal Fluminense, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004. Foram incluídos nesta casuística todos os pacientes que procuraram o serviço com queixa de excesso de pele na pálpebra superior e/ou queixa de queda na posição do supercílio. Todas as operações foram feitas pela mesma equipe cirúrgica. Ao todo, foram incluídos 68 procedimentos cirúrgicos. Foi feito registro fotográfico no pré-operatório e no pós-operatório tardio (6 meses), comparando-se o resultado obtido. Cada paciente, ao fim do 6º mês, foi questionado sobre o grau de satisfação e sua resposta foi anotada em sua ficha ambulatorial.

A marcação do paciente foi feita, colocando-o sentado na mesa de cirurgia para que os tecidos ficassem sujeitos à ação da gravidade, avaliando deste modo o nível de suspensão desejado, qual região deveria ser elevada (segmento lateral e/ou medial) e analisando o grau de assimetria presente. O rebordo

orbitário superior foi demarcado e a chanfradura ou forâmen supra-orbital foi identificado, visando a preservação dos vasos e nervo supra-orbital (Figura 1).

Foi empregada anestesia local (lidocaina 2% com epinefrina a 1:200.000) e sedação. Após a conclusão da blefaroplastia superior, realizou-se, com auxílio de uma pinça hemostática tipo 'Kelly', divulsionamento no plano submuscular na projeção do ponto de identificação da nova posição do supercílio. Foi usado um fio de mononylon 4/0, sendo que a agulha foi introduzida através da pele, na exata posição do ponto previamente demarcado, passando por todos os planos existentes, inclusive pelo periósteo. Esta agulha, então, foi trazida para a área cruenta da blefaroplastia, por baixo do plano submuscular (Figura 2). Com auxílio de uma agulha hipodérmica, que foi introduzida através deste plano submuscular, transfixou-se a pele no mesmo orifício por onde a agulha do fio de mononylon entrou. A extremidade distal deste fio foi introduzida pelo orifício da agulha hipodérmica e, então, a agulha foi retirada, ficando neste momento as duas pontas do fio sobre a área cruenta da blefaroplastia (Figura 3). Com a ajuda de um afastador, para melhor visualização, confeccionou-se o primeiro nó, tomando-se o cuidado de levá-lo até o periósteo e, a seguir, finalizou-se a amarração dos nós subsequentes (Figura 4). Caso fosse necessária a elevação de outras partes do supercílio, a sistemática foi a mesma descrita acima. Ao final, foi revista a hemostasia no local e a área cruenta da blefaroplastia foi fechada de maneira usual.

Figura 1 - Marcação dos pontos de elevação do supercílio.

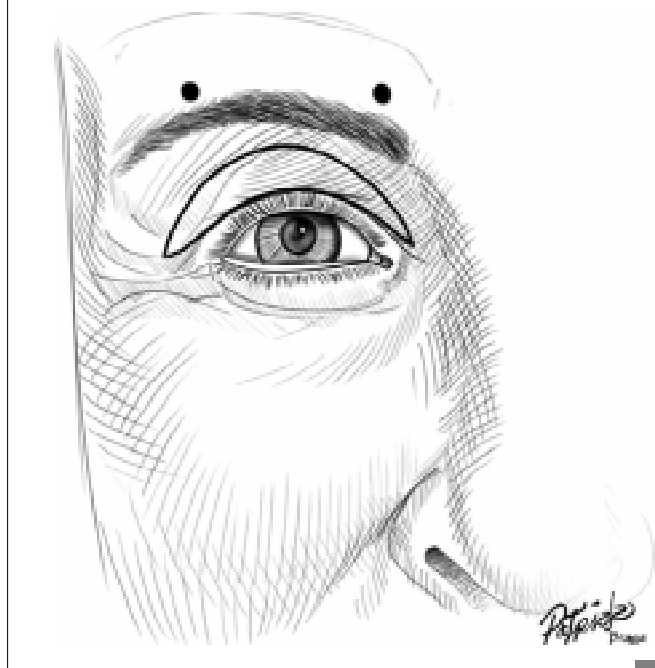


Figura 2 - Introdução do fio de mononylon.

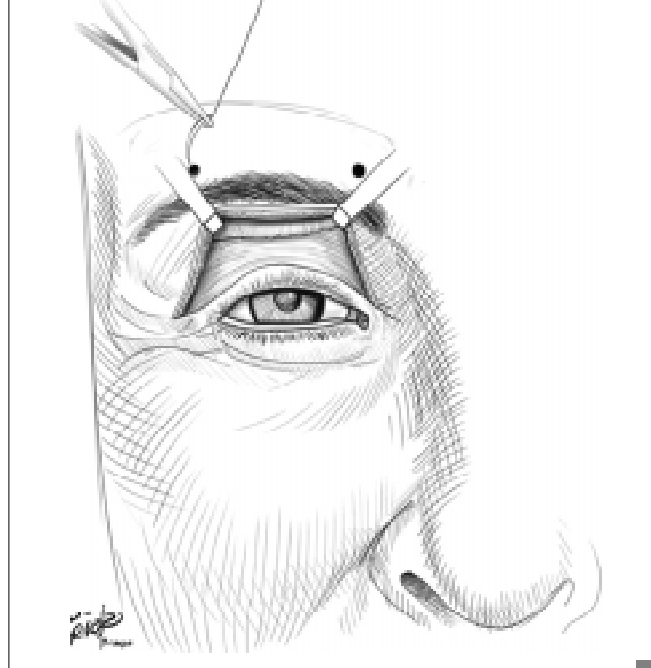


Figura 3 - Introdução da agulha hipodérmica.

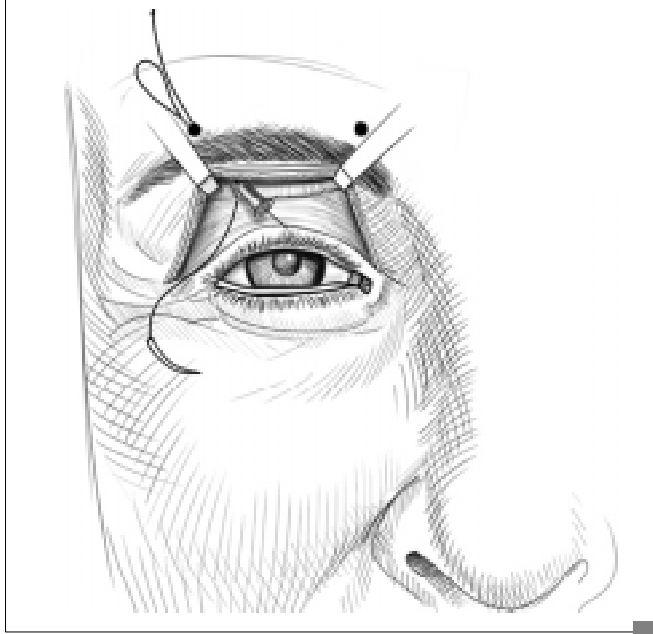


Figura 4 - Confeção dos nós.

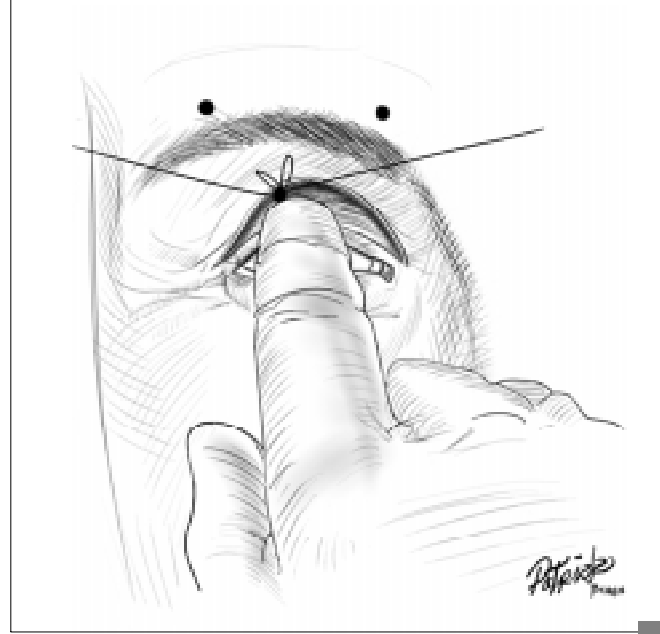
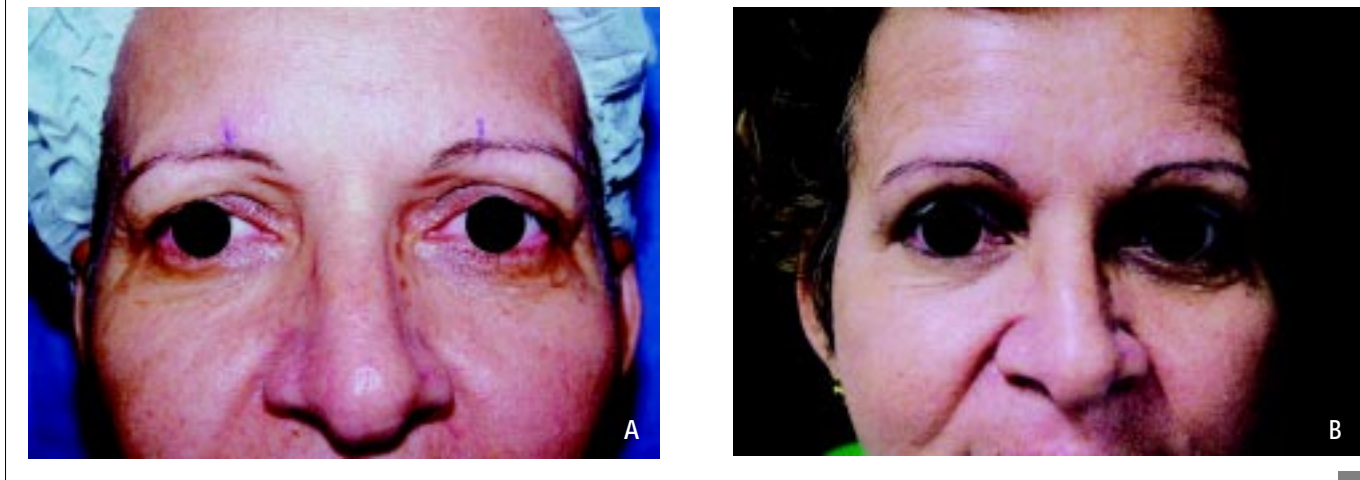


Figura 5 - Paciente 49 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 1 ano.



RESULTADOS

Ao todo, foram realizados 68 procedimentos cirúrgicos para a correção da ptose de supercílio, sendo que 88,9% dos pacientes eram do sexo feminino e 11,1% do sexo masculino, com idade entre 22 e 72 anos, com média de 55,3 anos. Em 77,7% dos pacientes, os supercílios eram simétricos e em 22,3% dos casos havia uma assimetria visível.

Do total de cirurgias realizadas, a suspensão bilateral ocorreu em 94,1% dos casos (Figuras 5 e 6), enquanto que em 5,9% dos pacientes, a cirurgia foi unilateral (Figuras 6 a 8). Entre

os pacientes com assimetria, 62,5% dos casos foram submetidos à correção bilateral (Figura 9) e, em 37,5%, à cirurgia unilateral (Figura 10).

A área elevada em 94,7% dos pacientes foi a porção temporal do supercílio e, em 5,3% dos casos, a pexia foi realizada somente na região nasal. Na maioria dos casos, a colocação de um ponto de sustentação foi suficiente, entretanto, em 11,1% dos pacientes, dois ou mais pontos foram necessários para se atingir o objetivo desejado.

O tempo médio de acompanhamento foi de 12 meses. Em 97,2% dos casos, a cirurgia foi considerada satisfatória. Nenhum

Figura 6 - Paciente 45 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 8 meses.

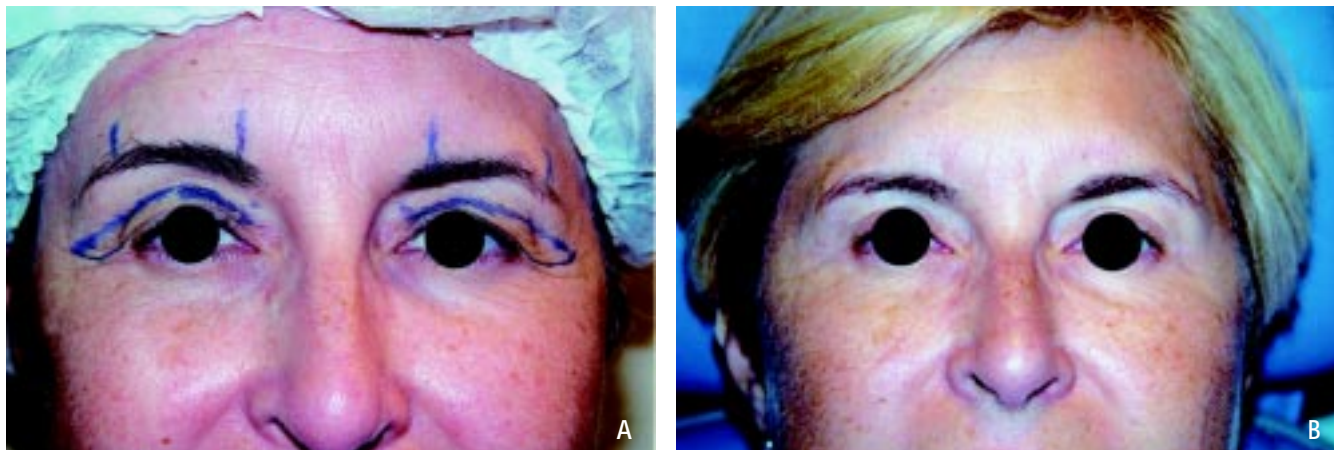


Figura 7 - Paciente 48 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 30 dias.

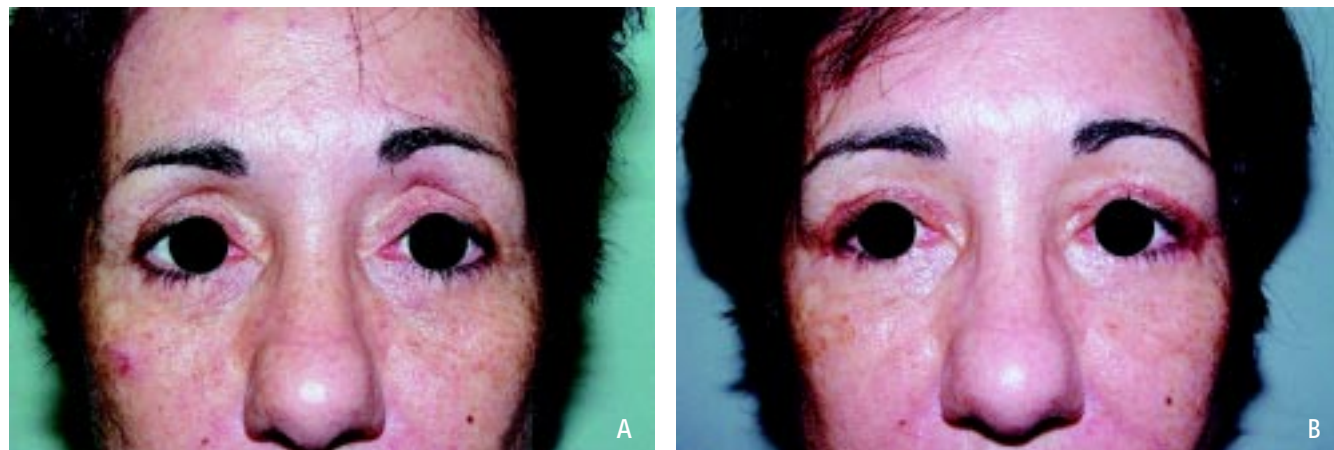


Figura 8 - Paciente 46 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 11 meses.

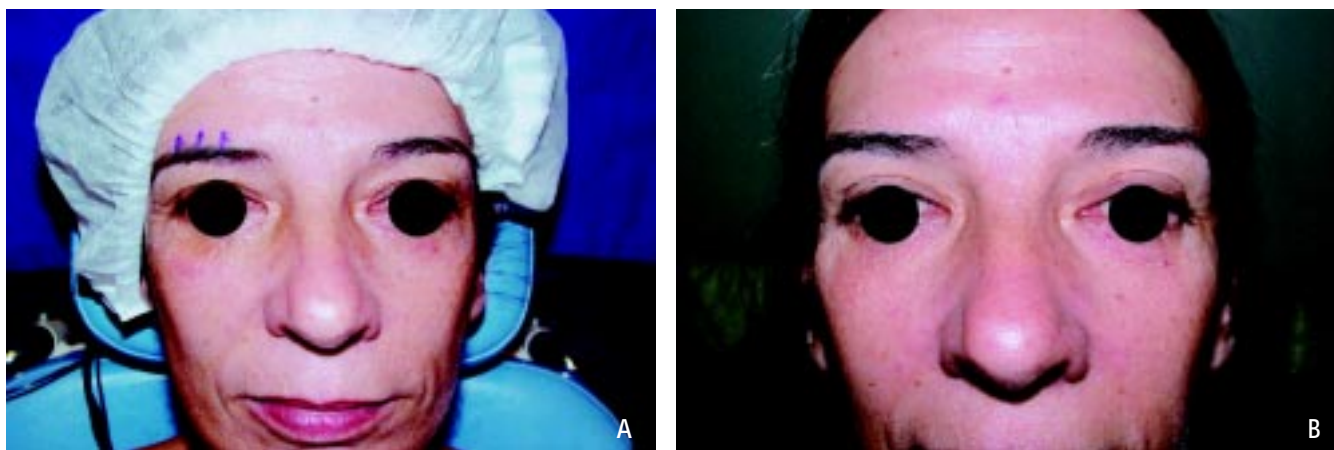


Figura 9 - Paciente 69 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 9 meses.

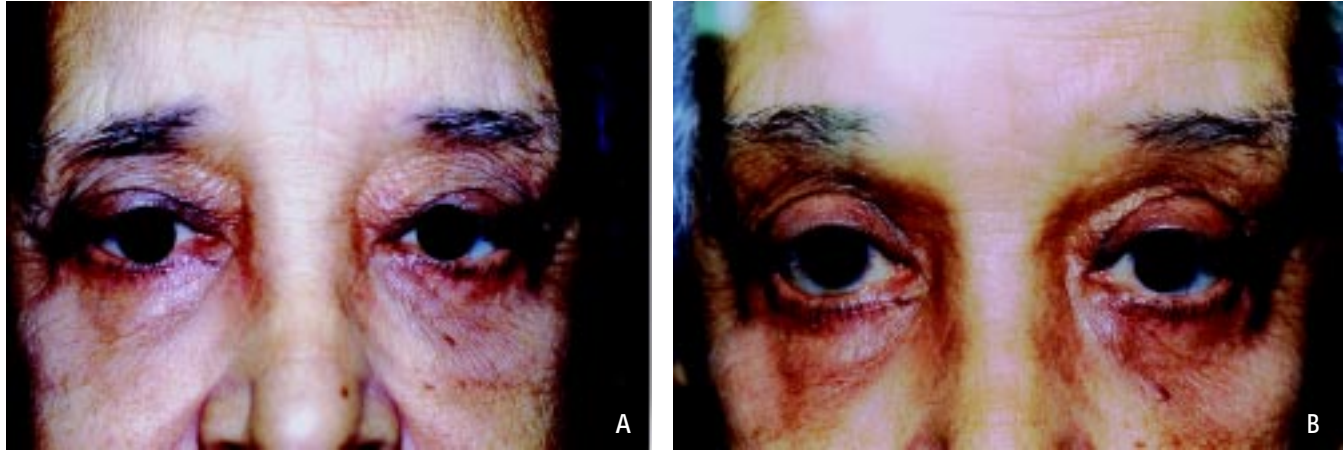


Figura 10 - Paciente 66 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 13 meses.

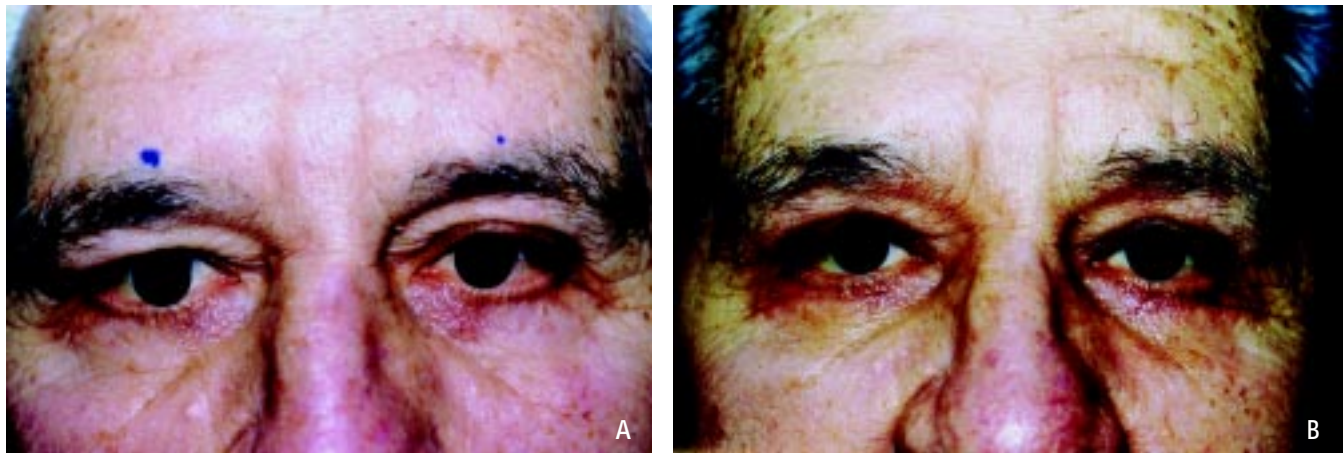
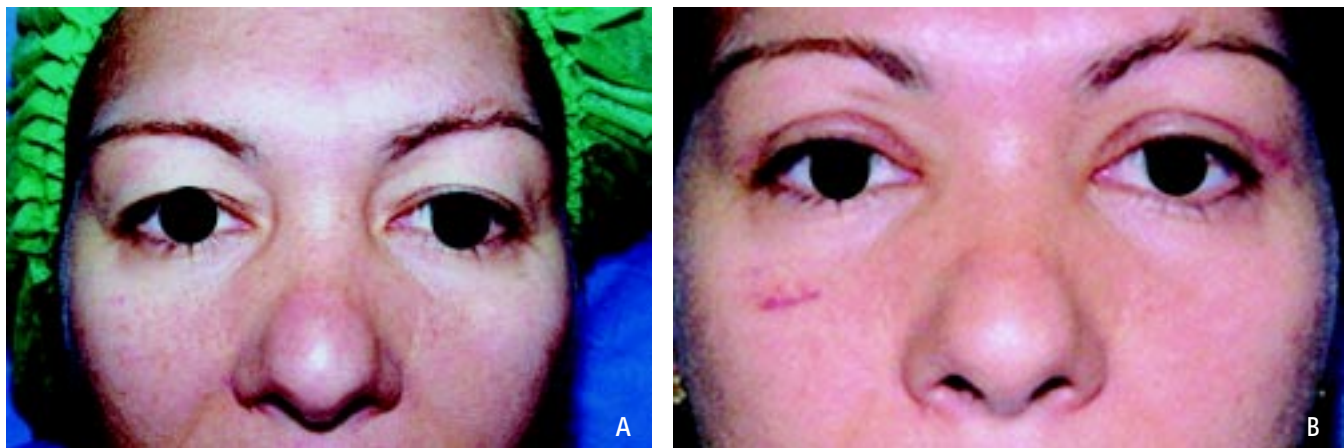


Figura 11 - Paciente 44 anos de idade. A - pré-operatório. B - pós-operatório de 14 dias.



paciente relatou alteração de sensibilidade local. Quanto às complicações existentes, todas foram consideradas mínimas, sendo relatadas: edema local (100%), que persistiu em média por um mês; equimose local com resolução espontânea entre 15 e 20 dias (47,2%); depressão discreta no local por onde se passou o fio de mononylon (100%), que se resolveu espontaneamente entre 14 dias e 2 meses.

DISCUSSÃO

O conceito moderno do supercílio ideal foi descrito por Westmore⁶, em 1974. Desde então, diversos autores vêm tentando definir qual a forma e a posição ideal para o supercílio^{7,8}.

Importante salientar que a ptose de supercílio causa um pseudo-excesso de pele na pálpebra superior. Ao menos que esta ptose seja corrigida antes da blefaroplastia superior, esta ressecção em excesso causaria uma diminuição da área de superfície entre o supercílio e a pálpebra superior, dando a impressão que a porção lateral do supercílio fora tracionada para a proximidade do rebordo orbitário; podendo ainda causar lagofalmo e exposição da córnea^{1,9-15}.

A abordagem por via transpalpebral permite não somente o tratamento da ptose de supercílio, mas também a abordagem e tratamento dos músculos corrugadores, próceros e depressor do supercílio, bem como, preveniria a ptose de supercílio decorrente da hiperatividade destes músculos⁹⁻¹¹. Entretanto, alguns autores¹¹⁻¹³ acham que esta abordagem apresentaria algumas limitações, não estando indicada em casos graves de ptose ou em pacientes com ptose decorrente de paralisia.

A técnica proposta permite uma abordagem do supercílio sem acréscimo de cicatriz, aumentando o tempo de uma blefaroplastia clássica em aproximadamente 15 a 30 minutos. Outras vantagens deste procedimento são: a) não descolamento excessivo dos tecidos, representando menor morbidade, diminuindo o risco de lesão nervosa; b) a elevação do supercílio pode ser setorial ou não, e a suspensão pode ser ajustada em casos de assimetria; c) baixo custo, pois não necessita de material sofisticado; d) boa aceitação dos pacientes por ser procedimento pouco invasivo, com cicatriz bem escondida e de boa evolução.

Houve um único caso em que a paciente não ficou satisfeita e atribuiu-se este resultado a uma expectativa irreal por parte dela, contudo, ela apresentava uma ptose bilateral importante, principalmente do segmento temporal. Observou-se que para casos de ptose grave, este procedimento apesar de trazer uma melhora significativa do problema, não é a solução definitiva, devendo ser indicado outro tipo de abordagem.

A meta da suspensão do supercílio é reposicionar e/ou remodelá-lo, para realçar a aparência facial do indivíduo. A

simples suspensão pode não alcançar este resultado e, por isso, todas as características da região periorbitária devem ser levadas em consideração na discussão pré-operatória com o paciente, pois são os detalhes deste conjunto que trazem a harmonia e a beleza desta região.

Conclui-se que, apesar de não dispormos de uma grande casuística e de um seguimento prolongado destes doentes para demonstrar a sua durabilidade, entendemos que as várias vantagens da técnica apresentada e os resultados preliminares já justificam o seu emprego, principalmente nos casos de ptose de leve a moderada intensidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knize D. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(7):1321-33.
2. Lemke B, Stasior OG. The anatomy of eyebrow ptosis. *Arch Ophthalmol.* 1982;100(6):981-6.
3. Meyer DR, Linberg JV, Wobig JL, McCormick SA. Anatomy of the orbital septum and associated eyelid connective tissues: implications for ptosis surgery. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 1991;7(2):104-13.
4. Paul MD. The evolution of the brow lift in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(5):1409-24.
5. Castanares S. Forehead wrinkles, glabellar frown lines and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg.* 1964;34:406-10.
6. Gunter JP, Antrobus SD. Aesthetic analysis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(7):1808-16.
7. Connell BF, Lambros VS, Neurohr GH. The forehead lift: techniques to avoid complications and produce optimal results. *Aesthetic Plast Surg.* 1989;13(4):217-37.
8. McKinney P, Mossie RD, Zukowski ML. Criteria for the forehead lift. *Aesthetic Plast Surg.* 1991;15(2):141-7.
9. McCord CD, Doxanas MT. Browplasty and browpexy: an adjunct to blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86(2):248-54.
10. Paul MD. Subperiosteal transblepharoplasty forehead lift. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(2):129-34.
11. Ramirez OM. Transblepharoplasty forehead lift and upper face rejuvenation. *Ann Plast Surg.* 1996;37(6):577-84.
12. Knize DM. Limited-incision forehead lift for eyebrow elevation to enhance upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(7):1334-42.
13. Knize DM. Limited incision forehead lift for eyebrow elevation to enhance upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(2):564-7.
14. Graziosi AC, Beer SMC. Browlifting with thread: the technique without undermining using minimum incisions. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;22(2):120-5.
15. Elkwood A, Matarasso A, Rankin M, Elkowitz M, Godek CP. National plastic surgery survey: brow lifting techniques and complications. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(7):2143-52.