

Retalho Biplanar para Blefaroplastia Inferior

Antonio Carlos Abramo¹
Alexandre Alves Dorta²
Valeria Oliveira Ribeiro³
José Carlos Teixeira Jr³
Alessandra Regina Galindo³

- 1] Mestrado e Doutorado em Cirurgia Plástica pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Regente da ACA – Grupo Integrado de Assistência em Cirurgia Plástica.
- 2] Assistente da ACA – Grupo Integrado de Assistência em Cirurgia Plástica.
- 3] Estagiários da ACA – Grupo Integrado de Assistência em Cirurgia Plástica.

Trabalho realizado no Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo pela “ACA – Grupo Integrado de Assistência em Cirurgia Plástica”, serviço credenciado pela SBCP e AMB.

Endereço para correspondência:

Antonio Carlos Abramo

R. Afonso de Freitas, 641
São Paulo – SP
04006-052

Descritores: Retalho biplanar; blefaroplastia inferior; cantopexia.

RESUMO

Neste trabalho é discutido um retalho biplanar, formado por um retalho cutâneo e outro muscular, com pedículo comum musculocutâneo, para adequada ressecção do excesso de pele e de músculo nas blefaroplastias inferiores. O retalho biplanar permite retirar diferentes quantidades de pele e de músculo, de acordo com a participação de cada um deles na deformidade palpebral, assegurando um adequado aporte vascular, através de seu pedículo comum musculocutâneo. A cantopexia muscular junto ao canto lateral do olho recupera a cinta muscular da pálpebra inferior, promovendo maior sustentação ao canto lateral do olho e à pálpebra inferior. A fixação do retalho muscular que compõe o retalho biplanar eleva os tecidos cutâneo e muscular em um único bloco, permitindo a correção adequada dos excedentes de cada um desses tecidos, com menor risco de esclera aparente ou ectrópio.

INTRODUÇÃO

A pele palpebral, o músculo orbicular do olho e a gordura intra-orbitária são os elementos anatômicos envolvidos na formação do contorno palpebral. A harmonia e o equilíbrio entre eles são os responsáveis pela definição do perfil palpebral jovem. No processo

de envelhecimento palpebral, ocorre a perda progressiva da elasticidade da pele e do músculo orbicular, tendo como consequência a redundância de ambos. As alterações cutâneas determinam a presença de linhas e pregas localizadas ao longo da extensão

palpebral. Por sua vez, a alteração no músculo orbicular provoca a perda da capacidade de contenção da gordura intra-orbitária, dando origem às bolsas adiposas palpebrais. Esclera aparente, ectrópio ou lagoftalmo estão relacionados a diferentes graus de flacidez muscular. Essas alterações podem ocorrer isoladamente ou, como é mais freqüente, em conjunto, sendo responsáveis pela perda do contorno palpebral jovem. A correção do excesso de pele e de músculo, decorrentes do processo de envelhecimento palpebral, deve ser feita de acordo com a participação de cada um desses elementos na deformidade palpebral⁽¹⁾. A diferença entre os coeficientes de elasticidade da pele e do músculo determina uma disparidade entre o excesso desses elementos anatômicos, dificultando sua correção. Segundo Mustardé⁽²⁾, a dificuldade em determinar a quantidade exata de pele e músculo a ser ressecada pode levar à formação de deformidades palpebrais secundárias. As variadas técnicas para correção das deformidades da pálpebra inferior estão diretamente relacionadas com as alterações anatômicas

presentes. Os retalhos cutâneos estão indicados para corrigir a flacidez da pele, manifestada pelas pregas palpebrais e rugas ao redor do canto lateral do olho⁽³⁾. A correção da hipertrofia isolada do músculo orbicular, junto à borda ciliar, é realizada apenas pela ressecção da porção hipertrófica do músculo⁽⁴⁾. A cantopexia lateral pode ser associada ao procedimento para garantir a sua sustentação⁽⁵⁾. O acesso transconjuntival está indicado na correção das bolsas adiposas, quando estas não estão acompanhadas por redundância de pele⁽⁶⁾. Os retalhos musculocutâneos são utilizados quando a flacidez cutânea está acompanhada por grande flacidez muscular⁽⁷⁾. Klatsky⁽⁸⁾ propõe a dissecação de um retalho cutâneo e de outro retalho muscular separadamente, para tratamento individualizado de cada um desses elementos anatômicos.

Neste trabalho será discutido um retalho biplanar, formado por um retalho cutâneo e outro muscular, com pedículo comum musculocutâneo, para adequada ressecção do excesso de pele e de músculo nas blefaroplastias inferiores.

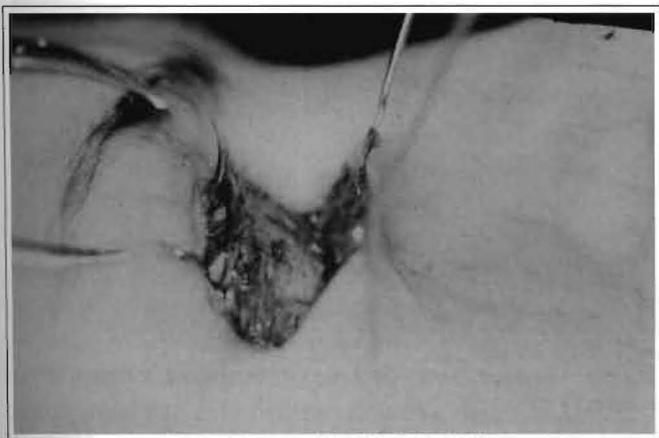


Fig. 1 – Retalho musculocutâneo dissecado do septo orbitário, desde a incisão subciliar até o rebordo orbitário inferior.

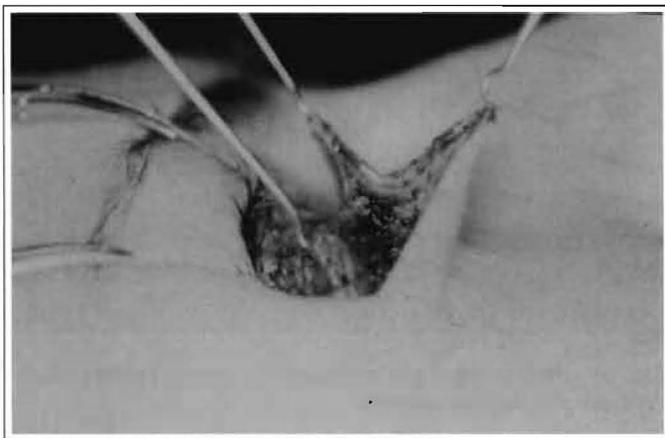


Fig. 2 – A pele foi dissecada do músculo orbicular desde a margem do retalho musculocutâneo até a metade do seu comprimento total, dando origem ao retalho biplanar.

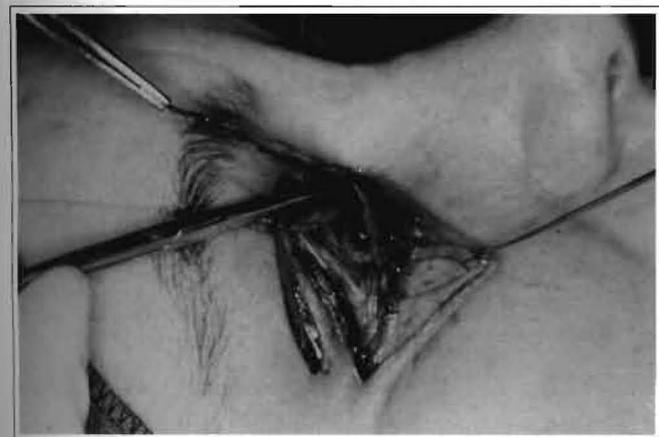


Fig. 3 – A ressecção do excesso muscular é realizada ao longo de toda a extensão do retalho.

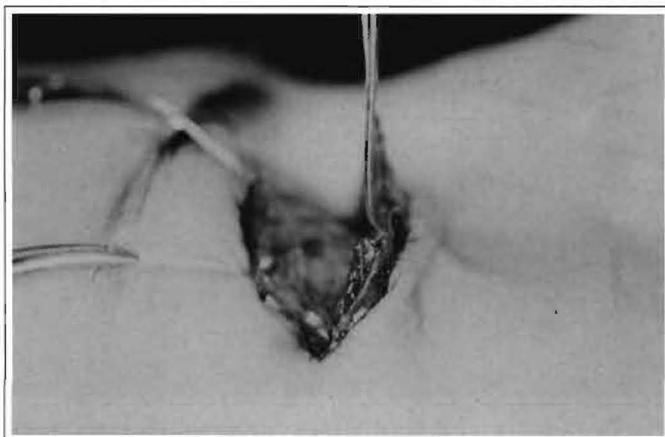


Fig. 4 – Extensão triangular da porção lateral do retalho muscular que será fixada no periósteo da porção lateral da reborda orbitária.



Fig. 5a - Tumor de pele localizado próximo ao canto lateral do olho.



Fig. 5b - O retalho biplanar associado à cantopexia possibilitou a remoção do tumor com 3 mm de margem de segurança, evitando a formação de esclera aparente ou ectrópio.



Fig. 6a - Bolsas palpebrais inferiores de grande expressividade causadas por flacidez muscular.



Fig. 6b - Pós-operatório de 1 ano mostrando a recuperação do contorno palpebral.



Fig. 7a - Assimetria palpebral inferior caracterizada por moderada bolsa palpebral à direita e excesso de pele com discreta bolsa à esquerda.



Fig. 7b - Recuperação do contorno palpebral após blefaroplastia inferior com retalho biplanar.

MÉTODO

A blefaroplastia inferior foi realizada através de incisão ao longo de toda a reborda palpebral, estendendo-se 1,5 cm lateralmente para fora do canto lateral do olho e localizada 2 mm abaixo da borda ciliar. A incisão foi transfixante cutâneo-muscular até atingir o septo orbitário, em ângulo de 45° com a pele, deixando uma delgada camada muscular junto à margem da incisão cutânea. Em seguida, um retalho musculocutâneo foi dissecado do septo orbitário, desde a margem da incisão infraciliar até a reborda orbitária inferior, expondo amplamente as bolsas adiposas presentes (Fig. 1). O septo orbitário foi aberto sobre as bolsas, sendo o excesso de gordura adequadamente exposto. O excesso de gordura foi pinçado na sua base, junto ao septo orbitário, e a ligadura do pedículo feita com fio inabsorvível. O septo orbitário não foi suturado. Após a correção do excesso de gordura, a pele foi liberada do músculo orbicular, desde a margem livre do retalho até a metade do seu comprimento total (Fig. 2). Essa manobra deu origem a um retalho biplanar, composto por um retalho cutâneo e outro muscular, com pedículo comum musculocutâneo. O segmento muscular do retalho biplanar foi tracionado para cima, na direção do eixo crânio-caudal, até obter-se uma discreta tensão ao longo de toda a sua extensão. O excesso de músculo foi retirado deixando uma extensão triangular na sua porção lateral (Figs. 3 e 4). A cantopexia foi realizada fixando a extensão triangular da porção lateral do retalho muscular no periósteo da reborda lateral da órbita, através de túnel criado sob a rafe lateral do músculo orbicular. O restante do retalho muscular foi suturado à camada muscular da margem da incisão infraciliar, trazendo consigo o retalho cutâneo. Com a fixação do segmento muscular, o retalho biplanar foi elevado na direção do eixo craniocaudal, definindo o excesso do segmento cutâneo. Dessa forma, o excesso de pele pôde ser ressecado mais adequadamente, com menor risco de esclera aparente ou ectrópio. A sutura da pele foi realizada de forma contínua e do tipo borda grega. Fita adesiva microporosa foi colocada em toda

a extensão da pálpebra inferior, pelo período de quinze dias com troca a cada cinco dias.

RESULTADOS

Cinquenta e oito pacientes, sendo 46 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idade entre 34 e 61 anos, foram submetidos à blefaroplastia inferior com retalho biplanar, conforme discutido no método proposto. A alteração do contorno palpebral mais frequente encontrada nessa série de pacientes foi caracterizada pelo excesso de pele acompanhado por moderada flacidez muscular e bolsas adiposas, tendo sido observada em 50 dos pacientes analisados. Outro tipo de alteração observado foi a flacidez da margem ciliar acompanhada por esclera aparente em ambas as pálpebras, presente em 7 dos 58 pacientes. Apenas um dos pacientes analisados apresentou lagofalmo unilateral, de intensidade moderada, decorrente de blefaroplastia inferior com retalho musculocutâneo realizada previamente. Onze dos 58 pacientes foram submetidos a cirurgias anteriores, sendo 8 à blefaroplastia isolada e 3 à blefaroplastia associada à cirurgia frontal com incisão coronal. A Tabela I apresenta demonstrativo geral das condições pré-operatórias dos pacientes analisados. A blefaroplastia com retalho biplanar foi associada à cantopexia lateral do retalho muscular em 37 pacientes, em 10 foi associada à ritidoplastia frontofacial e em 11 foi realizada

Tabela I

Alterações palpebrais	Flacidez + bolsa	Esclera aparente	Lagofalmo	Total
Sem cirurgia prévia	39	5	–	44
Blefaroplastia anterior	8	–	1	9
Ritido frontal + blefaro anterior	3	2	–	5
Total	50	7	1	58

Demonstrativo das condições pré operatórias das pacientes.

Tabela II

	Recuperação do contorno	Bolsa adiposa	Redundância de pele	Esclera aparente	Total
Retalho biplanar	15	2	4	1	22
Retalho biplanar + cantopexia	74	–	–	–	74
Retalho biplanar + bicoronal	14	2	4	–	20
Total	103	4	8	1	116

Demonstrativo dos resultados obtidos por pálpebra após a blefaroplastia inferior com retalho biplanar.

apenas a blefaroplastia com retalho biplanar. Não foram observadas diferenças significativas de contornos entre as pálpebras inferiores dos pacientes submetidos a blefaroplastia com retalho biplanar. Em 103 pálpebras, de 51 pacientes houve recuperação do contorno do *arcus marginalis* com melhor definição do contorno da pálpebra inferior, com maior suporte para a margem ciliar e recuperação da cinta muscular da pálpebra inferior. A persistência de bolsa adiposa foi observada em 4 pálpebras de 2 pacientes analisados. Redundância cutânea após a blefaroplastia inferior com retalho biplanar foi observada em 8 pálpebras, de 4 pacientes analisados, e esclera aparente em apenas uma pálpebra, correspondendo ao paciente com lagoftalmo pós-cirúrgico prévio. A quantidade de gordura intra-orbital removida em cada uma das pálpebras foi proporcional ao volume das bolsas adiposas no pré-operatório. A recorrência de bolsas adiposas foi observada em 4 pálpebras de 3 pacientes analisados. A Tabela II apresenta demonstrativo dos resultados obtidos após a blefaroplastia inferior com retalho biplanar, expressado pelo número de pálpebras analisadas. Os resultados foram analisados através da avaliação qualitativa de fotografias padronizadas no pré-operatório e no pós-operatório de seis meses e um ano. Os resultados obtidos seis meses após a blefaroplastia com retalho biplanar foram mantidos um ano após a cirurgia.

COMENTÁRIOS

A recuperação do contorno palpebral jovem é o objetivo das blefaroplastias, sendo alcançado pela correção das alterações de cada um dos elementos anatômicos que compõem a pálpebra. Várias são as técnicas propostas para esse fim, porém, nem todas estão adequadas para corrigir, separadamente, as diferenças quantitativas entre a flacidez da pele e do músculo⁽⁹⁾. O retalho biplanar conforme proposto no método descrito permite retirar diferentes quantidades de pele e de músculo, de acordo com a participação de cada um deles na deformidade palpebral. Esse tipo de retalho assegura um adequado aporte vascular, tanto para o retalho cutâneo quanto para o retalho muscular, através do seu pedículo comum musculocutâneo. A retirada do excesso do músculo, associada à fixação do retalho muscular no periósteo através da cantopexia muscular junto ao canto lateral do olho, recupera a cinta muscular da pálpebra inferior, promovendo maior sustentação ao canto lateral do olho e à pálpebra inferior. A fixação do retalho muscular que compõe o retalho biplanar eleva os te-

cidos cutâneo e muscular em um único bloco, permitindo a correção adequada dos excedentes de cada um desses tecidos. Da mesma forma, a fixação muscular evita o deslizamento inferior da pálpebra, diminuindo a presença de esclera aparente ou de ectrópio, assim como fornece a tensão necessária para a correção do relaxamento da margem ciliar. A gordura intra-orbital herniada é facilmente corrigida pela exposição das bolsas adiposas junto ao septo orbital, após o deslocamento do retalho musculocutâneo. Estudos realizados por Netcher⁽¹⁰⁾ revelaram não haver diferenças estatísticas entre os resultados obtidos pela via transconjuntival e pela via transcutânea infraciliar, quando as alterações do contorno não estão acompanhadas por excesso de pele. Nessas situações a via transcutânea infraciliar tem indicação preferencial.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMO AC, VIOLA JC. Lower blepharoplasty: Partially joined skin and muscle flaps. *Aesth. Plast. Surg.* 1993;17: 283-6.
2. MUSTARDE JC. Problems and pitfalls in blepharoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 1978; 1: 349-54.
3. ADAMSON PA, STRECKER HD. Transcutaneous lower blepharoplasty. *Facial Plast. Surg.* 1996; 12: 171-83.
4. LOEB K. Necessity for partial resection of orbicularis oculi muscle in blepharoplasties in source young patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 1977; 60: 176-8.
5. JELKS GW, GLAT PM, JELKS EB, LONGAKER MT. The inferior retimacular lateral cantoplasty: a new technique. *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 100:1262-70.
6. ZAREM HÁ, RESNICK JL. Expanded applications for transconjuntival lower lid blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103:1041-3.
7. HINDERER UT. Correction of the weakness of lower eyelid and lateral canthus. *Clin. Plast. Surg.* 1993; 20:331-49.
8. KLATSKY AS, MANSON PN. Separate and muscle flaps in lower lid blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1981; 67:151-6.
9. ADAMSON JE, Mc CRAW JB, CARRAWAY JH. Use muscle flap in lower-lid blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 63:359-63.
10. NETSHER DT, PATRINELY JR, PELTIER M, POLSEN C, THORBY J. Transconjuntival versus transcutaneous lower eyelid blepharoplasty: a prospective study. *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 96:1053-60.