

# Reposicionamento do terço médio na cirurgia da face: uma técnica simples de suspensão e de fixação\*

*Repositioning the malar fat pad in facelifting: a simple technique of suspension and fixation*

CHANG YUNG CHIA<sup>1</sup>

\*Trabalho vencedor do Prêmio Antonio Prudente-2007.

Trabalho realizado na clínica particular do autor, Rio de Janeiro, RJ.  
Artigo recebido: 13/12/2007  
Artigo aceito: 04/03/2008

## RESUMO

**Introdução:** O autor propõe uma técnica simples de suspensão e de fixação do terço médio na cirurgia de rejuvenescimento facial, baseada nos conceitos atuais de etiopatogenia do envelhecimento e de tratamento cirúrgico. **Método:** A técnica consiste em fixar quatro fios de nylon medialmente no osso da abertura piriforme por meio da confecção de um orifício, e passar os fios em forma de alças lateralmente ao sulco nasogeniano, laçando as estruturas ptosadas, e tracionando e fixando na fáscia temporal e no rebordo lateral da órbita, elevando assim o tecido malar. **Resultados:** No malar, na linha da mandíbula e na região peri-orbitária, o reposicionamento e a distribuição volumétrica foram bastante satisfatórios. A principal queixa foi de dor moderada e passageira, sem outras complicações relevantes. **Discussão:** A técnica aborda diretamente as estruturas específicas e a tração é vertical e concêntrica, e fixação consistente. **Conclusão:** A técnica é simples, segura e eficiente, em concordância com os conceitos modernos, porém, necessita de análises por períodos mais longos.

**Descritores:** Face/cirurgia. Ritidoplastia/métodos. Rejuvenescimento.

## SUMMARY

**Background:** The author proposes a simple technique of suspension and fixation of malar fat pad, based on the modern concepts of process of aging and its treatment. **Method:** The malar fat pad is directly supported and elevated by 4 slings of nylon threads fixed in a hole made on the frontal process of maxillary bone above the alar groove, and laterally, fixed on the temporal fascia and the periosteum of lateral rim. **Results:** The repositioning and volumetric distribution of midface, jawline and lower eyelid are quite satisfactory. The main complain is moderate and temporary pain, with no other major complications. **Discussion:** The vector of tissue displacement is upward and concentric, opposing the aging process, and the fixation is consistent. **Conclusions:** The procedure is simple, safe and efficient, in accordance with the current conceptions, however, longer follow-up analyses is needed.

**Descriptors:** Face/surgery. Rhytidoplasty/methods. Rejuvenation.

## INTRODUÇÃO

O reposicionamento do terço médio, restaurando a forma e o volume da face, é fundamental na cirurgia de rejuvenescimento facial. Estudos recentes comprovam que o envelhecimento do terço médio é causado principalmente por ptose da

camada fibroadiposa firmemente aderida à pele, e em menor grau, por atrofia ou rotação óssea, sendo insignificantes as alterações musculares, aponeuróticas (SMAS) e periostais<sup>1,2</sup>. O vetor da ascensão do terço médio deve ser vertical, e não a tração lateral-superior como na maioria das técnicas. E na região peri-orbitária, os vetores devem ser concêntricos<sup>3-5</sup>.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Microcirurgião do Serviço de Microcirurgia do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Staff do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Andaraí, Rio de Janeiro.

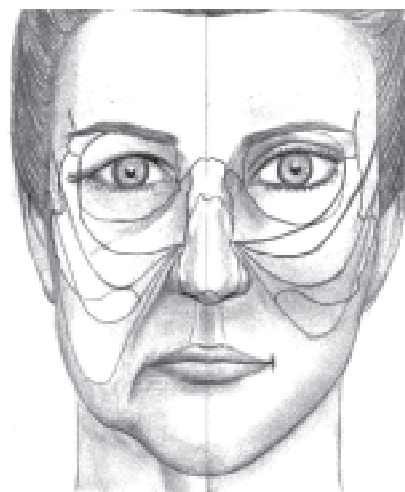
Importante também é a fixação dessa suspensão num tecido rígido<sup>6</sup>. Baseado nesses conceitos, o autor apresenta uma técnica simples de sustentação/suspensão, e fixação do terço médio, interessando a região peri-orbitária, a região malar, os sulcos nasogeniano e lábio-mandibular, e a linha de definição da mandíbula. A técnica pode ser complementada com qualquer procedimento de terços superior e de terço inferior.

## MÉTODO

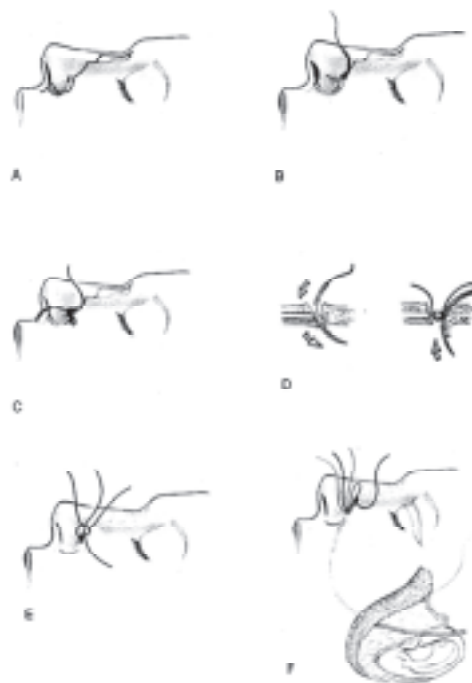
### Técnica cirúrgica

A técnica consiste em sustentar e suspender o terço médio facial em bloco, com 4 alças de fio de nylon monofilamentar, fixados medialmente no osso da abertura piriforme, acima e lateral ao sulco nasogeniano, e lateralmente a fixação é distribuída na fáscia temporal e no periósteo do rebordo orbitário. O paciente é avaliado em posição ortostática, identificando as estruturas a serem tratadas e são marcadas as trajetórias dos fios (Figura 1). Segue o sumário da técnica cirúrgica (Figura 2):

- 1) Assepsia, anti-sepsia e preparação do paciente para ritidoplastia e rinoplastia;
- 2) Anestesia geral ou local, e infiltração do subcutâneo da face e da mucosa da parede lateral nasal com vasoconstritor;
- 3) Incisão pré-auricular e descolamento limitado na face; incisão retroauricular e mastóidea com a extensão do descolamento do pescoço de acordo com a necessidade, assim como o tratamento do SMAS-platísmo lateral e platísmo medial;
- 4) Acesso ao terço médio pela blefaroplastia convencional, incisão muscular limitada à metade lateral para preservar a inervação motora<sup>7</sup> e o plano de dissecação é infra-orbicular e supraperiosteal na região malar;
- 5) Incisão cutânea de 2 mm com lâmina 11 no aspecto cranial do sulco alar nasal, dissecação com tesoura de ponta fina da superfície óssea da abertura piriforme (extremidade caudal do processo frontal do osso maxilar) logo acima da asa nasal (Figura 2A);
- 6) Por esta incisão, transfixa-se o osso e a mucosa nasal com agulha de 3 cm curva de fio 2-0 de nylon monofilamentar. Saindo pela narina, a agulha, após ultrapassar o orifício do osso, mas sem se exteriorizar da mucosa, retrocede, em direção caudal, passando pela borda da abertura piriforme e sai pela incisão cutânea, laçando osso (Figuras 2B, C, D);
- 7) Um fio nylon 4-0 é colocado junto com o 2-0, e um nó é dado em cada fio, fixando e transformando os 2 fios em 4 fios, fixados medialmente à região malar, acima e lateral ao sulco nasogeniano (Figura 2E);
- 8) Um passador de fio curvo de ponta romba é passado da região pré-auricular no plano subcutâneo profundo para a incisão do sulco alar para trazer os fios pelas trajetórias predeterminadas do medial para lateral (Figura 2F);



**Figura 1** – Hemiface direita mostra a posição dos 4 fios: verde (nylon 2-0) – linha mandibular; roxo (nylon 2-0) – malar caudal; azul (nylon 4-0) – médio malar; e vermelha (nylon 4-0) – malar cranial. Hemiface esquerda mostra os fios tracionados elevando o bloco, com as respectivas fixações: verde e roxo na fáscia temporal, azul na região parietal, e vermelha no rebordo lateral da órbita



**Figura 2** - A) Incisão de 2mm no sulco da asa nasal. B) Confeção de orifício no osso do processo frontal do maxilar. C) Transfixação do osso e da mucosa nasal. D) A agulha ultrapassa o osso e, sem sair da mucosa, retrocede e volta pela incisão, laçando a borda óssea. E) Um fio nylon 4-0 é amarrado junto com o 2-0. F) Um passador de fio curvo de ponta romba é introduzido no plano subcutâneo profundo, seguindo a trajetória predeterminada de cada fio e os posiciona no seu respectivo ponto de fixação

- 9) A alça do primeiro fio (nylon 2-0) começa lateral-inferior e paralelamente ao sulco nasogeniano, no plano subcutâneo profundo, laçando o acúmulo de tecido da linha da mandíbula e volta-se lateral-superior para fixar-se na fáscia temporal supra-auricular, definindo a linha mandibular (suspendendo);
- 10) A alça do segundo fio (nylon 2-0), com trajetória semelhante mas acima do primeiro, passa caudalmente ao malar e dirige-se ao mesmo ponto de fixação, definindo e suspendendo o malar e atenuando o sulco nasogeniano;
- 11) O terceiro fio (nylon 4-0) passa no meio do malar e dirige-se à região temporo-parietal, distribuindo o tecido malar e reforçando a suspensão;
- 12) O quarto fio (nylon 4-0) suspende cranialmente o malar, contornando a órbita ínfero-lateral e fixa-se no perióstio da borda interna do rebordo látero-superior. Com a tração concêntrica, preenche a borda orbitária esqueletizada;
- 13) Complementa-se com blefaroplastia inferior e cantopexia;
- 14) Finaliza a cirurgia com tratamento da pálpebra superior, do terço superior e terço inferior e cervical.

A técnica foi aplicada, no período de 2 anos, em 10 pacientes de sexo feminino (100%), com a idade entre 50 e 69 anos, com média de 60,5 anos. Todas se submeteram ao lifting cervico-facial e blefaroplastia, com anestesia geral, sendo 7 pacientes primárias (70%) e 3 (30%) secundárias.

## RESULTADOS

A dor de média intensidade e de duração de 7 dias foi a principal queixa em 6 (60%) pacientes, na região temporal. Não houve complicações, como hematoma, seroma, ou lesão e compressão dos ramos do nervo facial, nem problemas isquêmicos ou alopecias. O reposicionamento do volume malar e peri-orbitário, a definição da linha da mandíbula e a atenuação do sulco nasogeniano foram bastante satisfatórios (Figuras 3 e 4).

## DISCUSSÃO

O terço médio é responsável por principais estigmas do envelhecimento facial, envolvendo a região palpebral e peri-orbitária inferior formando o *hollow eye*, deformidade em “V”, esqueletização do osso malar, acentuação dos sulcos nasogeniano e naso jugal, e de crescentes e festões<sup>8</sup>. Os estudos recentes demonstram que as principais alterações ocorrem no volume e na queda do tecido adiposo subcutâneo, e na atrofia óssea. As alterações na aponeurose nos músculos são irrelevantes, e a tração do SMAS não tem efeito ou pode até acentuar o sulco nasogeniano, uma vez que este é formado por inserção dos músculos zigomáticos<sup>9-11</sup>. Portanto, o plano de dissecação seria o subcutâneo, a estrutura reposicionada o espessamento fibroadiposo do malar<sup>1</sup>. Outra discussão é o



**Figura 3** – Pré e pós-operatório de 1 ano de paciente de 69 anos submetida ao lifting cervico-facial e blefaroplastia, com reposicionamento do malar, preenchimento periorbitário e definição da linha mandibular (jaw line)



**Figura 4** – Pré e pós-operatório de 18 meses de paciente de 50 anos submetida ao lifting cervico-facial e blefaroplastia com reposicionamento do malar, definição da linha da mandíbula e tratamento dos sulcos nasogeniano e labiomandibular

vetor da tração. O aspecto medial do terço médio tem queda na direção ínfero-medial, a parte central tem direção inferior e a parte lateral, ínfero-lateral. Assim, a tração da parte medial do terço médio deve ser súpero-lateral, na parte central deve ser superior, e, a lateral, súpero-medial<sup>3</sup>. Atualmente, a cirurgia da face não é baseada somente na tração que “achata” os tecidos, a ênfase maior é na redistribuição volumétrica, recuperando a forma e as curvas naturais da face<sup>12</sup>.

Para se obter um resultado eficaz e duradouro na mobilização ou suspensão de um tecido, é necessária a combinação de alguns princípios: descolamento do tecido a ser elevado; eliminação ou atenuação das forças opositoras (miotomias, miectomias); exérese de tecido redundante; fixação em estruturas firmes ou rígidas; sustentação de mais tecido por maior número de suturas; e abordagem direta da

estrutura, quando esta apresenta propriedades elásticas (fenômeno de deformação elástica não-linear, onde a parte mais proximal da estrutura absorve a maior parte da força da tração e a parte mais distal é pouco mobilizada)<sup>6,13</sup>.

Das inúmeras técnicas de suspensão do terço médio, a maioria tem a tração súpero-lateral. Alguns autores realizam tração vertical transpalpebral e fixam o retalho no perióstio do rebordo infra-orbitário, ou quando o perióstio é fino, é necessário perfurar dois ou três orifícios com broca no rebordo orbitário, tomando o cuidado de proteger o globo ocular<sup>14</sup>.

Aparentemente, a prática cirúrgica carece de uma técnica simples, de fixação confiável, com vetor de ascensão vertical. A técnica proposta pelo autor aborda diretamente as estruturas com as alças. As extremidades dessas alças, quando tracionadas, resultam em vetor perpendicular à parábola da alça<sup>15</sup>. Com a fixação no osso medialmente, e lateralmente distribuída pela fásia temporal e rebordo orbitário lateral, resulta em vários vetores superiores e concêntricos, reposicionando e restaurando o volume do terço médio.

### CONCLUSÃO

A técnica demonstrou ser simples, de fácil execução, segura, sem maiores complicações, versátil, podendo variar de acordo com a necessidade e ser associada a outros procedimentos, eficaz com firme sustentação e suspensão multivetorial, e confiável com fixação consistente, além de ser reversível.

### REFERÊNCIAS

- Gosain AK, Amarante MT, Hyde JS, Yousif NJ. A dynamic analysis of changes in the nasolabial fold using magnetic resonance imaging: implications for facial rejuvenation and facial animation surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(4):622-36.
- Pessa JE. An algorithm of facial aging: verification of Lambros's theory by three-dimensional stereolithography, with reference to the pathogenesis of midfacial aging, scleral show, and the lateral suborbital trough deformity. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(2):479-90.
- Hamra ST. Frequent face lift sequelae: hollow eyes and the lateral sweep: cause and repair. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1658-66.
- Hinderer UT. Vertical preperiosteal rejuvenation of the frame of the eyelids and midface. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(5):1482-501.
- Le Louarn C, Buthiau D, Buis J. The face recurve concept: medical and surgical applications. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(3):219-32.
- Hudson DA, Fernandes DB. Caveats for the use of suspension sutures. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(3):170-3.
- Lowe JB 3rd, Cohen M, Hunter DA, Mackinnon SE. Analysis of the nerve branches to the orbicularis oculi muscle of the lower eyelid in fresh cadavers. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(6):1743-51.
- Goldberg RA. The three periorbital hollows: a paradigm for periorbital rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(6):1796-804.
- Gosain AK, Klein MH, Sudhakar PV, Prost RW. A volumetric analysis of soft-tissue changes in the aging midface using high-resolution MRI: implications for facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(4):1143-55.
- Shaw RB Jr, Kahn DM. Aging of the midface bony elements: a three-dimensional computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(2):675-83.
- Barton FE Jr, Gyimesi IM. Anatomy of the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100(5):1276-80.
- Little JW. Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):252-66.
- Finger ER. A 5-year study of the transmalar subperiosteal midface lift with minimal skin and superficial musculoaponeurotic system dissection: a durable, natural-appearing lift with less surgery and recovery time. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(5):1273-84.
- Fuente-del-Campo A. Centrofascial lifting, up to date. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(1):29-34.
- Yousif NJ, Matloub MDH, Summers AN. The midface sling: a new technique to rejuvenate the midface. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(6):1541-57.

#### Correspondência para:

Chang Yung Chia  
Rua Mário Soares Pereira, 30 - CEP 22 640-220 Barra da Tijuca, Rio de Janeiro - RJ.  
e-mail: changyc@terra.com.br