

Lipoenxertia peri-orbitária no rejuvenescimento facial

CHANG YUNG CHIA, DIEGO ROVARIS

Introdução

Atualmente, compreende-se que no processo de envelhecimento do terço médio, não há “queda” por gravidade das estruturas, e sim uma mudança qualitativa cutânea, redistribuição (hipotrofia e hipertrofia) volumétrica dos compartimentos gordurosos da face, e a remodelação contínua dos ossos craniofaciais. O tratamento visa à redistribuição ou reposição dos volumes faciais, e as bolsas gordurosas palpebrais são abordadas de acordo com a necessidade. A reposição volumétrica peri-orbitária pode ser feita por várias técnicas de suspensão do terço médio, por implantes aloplásticos ou por autolipoenxertia. O presente trabalho traz uma retrospectiva de 30 pacientes submetidos à autolipoenxertia.

Objetivo

O presente trabalho traz uma retrospectiva de 30 pacientes submetidos à autolipoenxertia para reposição volumétrica peri-orbitária, interessando a sua eficácia, segurança, a taxa e o tipo de complicação.

Método

De janeiro de 2010 a janeiro de 2012, foram realizadas lipoenxertia peri-orbitária e malar em 30 pacientes, sendo 24 do sexo feminino, com idade média de 52,23 anos. A avaliação é feita na posição ortostática e as áreas de depressão são marcadas. Quando a projeção anterior das bolsas palpebrais inferiores ultrapassa o rebordo orbitário inferior, estas são abordadas através da blefaroplastia cutânea inferior, na técnica “pinch”, com a divulsão de cerca de 3 mm de extensão do músculo orbicularis oculi pré-orbital, e uma quantidade da bolsa gordurosa é ressecada até esta se nivelar com o rebordo orbitário e

malar. E quando a bolsa inferior não se projeta além do rebordo orbitário, a depressão ao redor é preenchida e nivelada com o enxerto de gordura. Nas cirurgias combinadas, a lipoenxertia na face é sempre o primeiro procedimento realizado, antes do aparecimento de edema que possa distorcer os parâmetros para injeção. A escolha da área doadora é baseada na preferência do paciente, na abundância local de gordura, e na facilidade de acesso. A obtenção do lipoaspirado é feita por pressão negativa com seringa de bico cateter de 60 ml e cânula de 3 mm de diâmetro interno e três orifícios laterais em série na ponta distal. Nos pacientes submetidos à anestesia geral, a gordura é aspirada sem infiltração prévia de nenhuma solução. Quando a anestesia é local, a solução é de lidocaína 0,5% e adrenalina 1:160.000, infiltrado uniformemente na proporção de 1:1. Na área receptora é feito o bloqueio troncular do nervo infraorbitário com um mínimo de volume possível de anestésico e vasopressor. O lipoaspirado é decantado sem adição de nenhuma solução, até que 3 fases se distinguem. A camada superior, contendo predominantemente óleo, e a camada inferior, contendo principalmente elementos sanguíneos, são descartadas, e a camada do meio é passada para seringas de 1 ml. A injeção do lipoaspirado é feita nas áreas previamente demarcadas, com microcânula, por retroinjeção. Inicia-se a injeção no plano profundo, em pequena quantidade. Outras camadas progressivamente mais superficiais são adicionadas, até que a superfície cutânea atinja a uniformidade. A pressão aplicada no êmbolo da seringa deve ser a mínima possível, e na qualquer resistência, não se deve forçar a injeção, é preferível a troca da

seringa e da microcânula, pois provavelmente se trata da presença de glóbulos de dimensões muito maiores que a microcânula. Máximo cuidado deve ser tomado para evitar irregularidades na injeção, principalmente no plano superficial, devido à extrema dificuldade de reversão. Tratando-se de enxertia, é fundamental a boa distribuição tridimensional do enxerto, e evitar pressão local excessiva. Não se deve “hipercorrigir” na área peri-orbitária, é preferível “retocar” a lipoenxertia depois de 6 meses do procedimento.

Resultados

O edema e a equimose se resolveram completamente em 3 a 4 semanas. Três (9,7%) pacientes apresentaram piora da hiperchromia pré-existente na pálpebra inferior, e necessitaram de tratamento dermatológico por quatro meses. Uma (3,2%) paciente engravidou e teve ganho ponderal de 10 kg, e evoluiu com a hipertrofia da gordura enxertada, no pós-parto. Uma (3,2%) paciente do sexo feminino, de 23 anos de idade, apresentou aumento da acne no rosto. Todos os pacientes ficaram satisfeitos, mesmos os quatro (12,9%) que se submeteram ao retoque.

Conclusão

A reposição de volume na região peri-orbitária e no terço médio é um procedimento específico, não é substituível na praticidade e na eficácia pelas cirurgias maiores das pálpebras ou de face. A lipoenxertia é autógena, não acarreta problemas dos materiais aloplásticos, e as complicações do procedimento, comparáveis às dos materiais aloplásticos, podem ser facilmente minimizadas ou evitadas com o aprendizado.