

Suspensão têmporo-frontal percutânea com dupla alça

DIEGO ANTONIO ROVARIS, CHANG YUNG CHIA, HÉLIO NOBRE DA SILVA RAMOS, BÁRBARA MARIA MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, OTTO HUASCKAR MUCHINSKI SAUCEDO, FRANCISCO MATEUS DANTAS CARNEIRO SOUTO

Objetivo

Apresentar a técnica de suspensão têmporo-frontal percutânea com dupla alça, com eficácia similar à do *lifting* coronal, em que, por via transpalpebral, toda a região frontal é dissecada no plano subperiosteal e a região temporal é liberada no plano da fâscia temporal profunda, dispensando o uso de endoscopia e evitando grandes cicatrizes.

Método

Foi realizada análise retrospectiva de 5 pacientes do sexo feminino, com média de idade de 50 anos, submetidas a suspensão têmporo-frontal percutânea. Em ortostatismo, foi feita a avaliação da posição do supercílio. No terço lateral do supercílio (1,5 cm acima) determina-se o ponto A, que corresponde ao ponto mais alto do supercílio. Lateralmente, determina-se o ponto B, que eleva, juntamente com o ponto A, toda a região temporal. O ponto C localiza-se na linha média, 2 cm ou 3 cm cranialmente à linha de implantação capilar. O ponto D localiza-se na região temporal, a 5 cm da linha capilar. Os pontos CABD formam uma alça trapezoidal. Os pontos A, B e D contralaterais são determinados do mesmo modo, sendo o ponto C comum aos dois lados. Uma segunda alça é determinada acima da primeira, tendo os pontos C e D comuns. Na linha capilar, acima dos pontos A e B, são determinados os pontos E e F. Os pontos CEFD formam uma segunda alça trapezoidal. A primeira alça tracionada elevará os supercílios e a região temporal, criando, no entanto, uma irregularidade cutânea acima da alça. A segunda alça tracio-

nada levará essa irregularidade para dentro do couro cabeludo. O procedimento inicia-se com exérese cutânea da pálpebra superior, e a porção pré-orbital do músculo orbicular do olho é incisada na borda superior da incisão da blefaroplastia e acessado o rebordo orbitário ósseo. O músculo corrugador é exposto, sendo ressecado um grande segmento. Nos terços intermediário e lateral do rebordo orbitário, é feita uma incisão no periósteo. O periósteo é levantado e dissecada toda a região frontal até o rebordo lateral da órbita, liberando o ligamento orbitário lateral e a crista temporal. Toda a região temporal é dissecada, no plano da fâscia profunda, até o arco zigomático. Após liberação das regiões frontal e temporal, o fio de suspensão é fixado na fâscia temporal profunda no ponto D. Nesse ponto, um fio de náilon 2.0 com agulha curva atravessa a fâscia temporal profunda e sai pelo couro cabeludo, em direção posterior. O fio retorna pelo mesmo orifício de saída, através do subcutâneo, emergindo no ponto D. Um nó é dado na extremidade, e o restante do fio é montado numa agulha reta, que entra pelo ponto D e passa pelo subcutâneo até sair pela pele no ponto B. A agulha volta pelo mesmo orifício do ponto B, e passa através do subcutâneo, exteriorizando-se através da pele no ponto A. Do ponto A, da mesma maneira, chega-se ao ponto C. O lado contralateral é feito da mesma maneira. Os fios dos dois lados, fixados lateralmente e se encontrando medialmente no ponto C, são tracionados no sentido cranial, elevando os supercílios e a região temporal. Quando atingida a

“altura” e a simetria desejadas, um nó é dado, unindo e fixando as duas alças contralaterais. Esses mesmos fios voltam passando pelos pontos E e F. De volta no ponto D, cada fio é tracionado para desfazer qualquer irregularidade da pele, e um nó é dado com a fixação da fâscia temporal.

Resultados

Não foi observado nenhum caso de paralisia muscular nesse grupo de pacientes. Uma (20%) paciente apresentou parestesia pós-operatória transitória da região parietal, que durou 4 semanas, provavelmente resultante de contusão peroperatória ou de compressão por edema no pós-operatório. Nenhuma paciente apresentou diferença de sensibilidade quando comparada a região frontoparietal a outras áreas do corpo. Não houve assimetria da posição dos supercílios e, até o momento, não foram observados casos de recorrência de ptose dos supercílios ou presença de rugas glabellares e de hiper ou hipocorreção. A dor pós-operatória foi controlada com analgésicos comuns e anti-inflamatórios por uma semana. A cicatriz palpebral evoluiu satisfatoriamente em todas as pacientes e não houve depressões na região frontal na área de entrada e saída dos fios.

Conclusão

A técnica demonstrou ser simples, de fácil execução, segura, sem maiores complicações e versátil, e pode ser associada a outros procedimentos. É uma técnica eficaz, com firme sustentação e, além de tudo, reversível.