

Fórum: Blefaroplastia Inferior

A blefaroplastia tem evoluído e novos procedimentos têm sido introduzidos. Novos conceitos estão sendo constantemente discutidos, tais como as diferentes vias de acesso, remoção ou não remoção das bolsas gordurosas, usar ou não laser, *soof*, etc.

Numa tentativa para esclarecer (ou aumentar) nossas dúvidas organizamos um fórum sobre blefaroplastia inferior.

Ao analisar as respostas, podemos confirmar e afirmar que ainda há muito que se discutir para chegar a um denominador comum.

Participantes:

- ◆ José Horácio Aboudib (JHA)
- ◆ Sherrell Aston (SA)
- ◆ Andre Camirand (AC)
- ◆ Jack Friedland (JF)
- ◆ Stanley Klatsky (SK)
- ◆ Paulo Roberto Leal (PRL)
- ◆ Foad Nahai (FN)
- ◆ James Stuzin (JS)

Foram enviados os seguintes quesitos:

1. Você utiliza *laser* em blefaroplastia?
2. Você usa a via transconjuntival? Quando?
3. Você indica o retalho miocutâneo? Quando?
4. Quando você recomenda o retalho cutâneo?
5. Como você trata as bolsas palpebrais inferiores?
6. Sua opinião sobre o *SOOF*.
7. Quando você realiza cantopexia?
8. Algum comentário que você julgue importante para este fórum.

1. Você utiliza *laser* em blefaroplastia?

- | | |
|-----|---|
| JHA | Não. Uso incisão com bisturi. |
| SA | Sim. Para <i>resurfacing</i> . |
| AC | Não utilizo <i>laser</i> em blefaroplastia. |

- JF** Não realizo blefaroplastia a *laser*. Também não realizo *resurfacing*.
- FN** Não.
- SK** Não uso *laser* nas blefaroplastias. Somente bisturi e/ou tesouras de dissecação e a técnica do cautério Colorado.
- PRL** Não.
- JS** Sim. Uso o *laser* de érbio (SCITON) freqüentemente na pálpebra inferior. O *laser* é útil no tratamento das rítidés. Eu não uso para encolher a pele. Se a pele em excesso é um problema, prefiro retalho cutâneo para ressecar e, 3 a 4 meses depois, revejo com érbio para tratar as rugas remanescentes.

2. Você usa a via transconjuntival? Quando?

- JHA** Sim. Freqüentemente, em aproximadamente 80% dos casos.
- SA** Sim, quando o paciente necessita remoção de gordura e não há pele em excesso.
- AC** Sim, uso a via transconjuntival se tiver que manipular a gordura herniada.
- JF** Só uso a via transconjuntival em mulheres jovens que apresentam gordura protrusa sem rugas ou excesso cutâneo nas pálpebras inferiores.
- SK** A via transconjuntival só é recomendada para casos isolados de gordura em excesso, na maioria das vezes em pacientes jovens.
- PRL** Atualmente sinto-me muito confortável em usar a via transconjuntival. Meus últimos 20 casos consecutivos, eu os realizei por essa via, e os resultados foram muito bons. Estou seguindo os ensinamentos do Dr. Jelks como rotina. Retiro as bolsas pela via transconjuntival e a pele pela via clássica.
- FN** Sim, muito raramente, em pacientes jovens que só têm excesso gorduroso sem qualquer outra evidência de envelhecimento da pálpebra inferior.
- JS** Só retiro gordura da pálpebra inferior pela via transconjuntival. A vantagem do uso dessa via para essa ressecção é que não há denervação do músculo orbicular. A pele é tratada separadamente, seja por ressecção cutânea via retalho cutâneo, seja por *resurfacing*.

3. Você indica o retalho miocutâneo? Quando?

- JHA** Sim, nos casos em que pretendo realizar miectomias por evidente excesso do músculo orbicular (aproximadamente 15% dos casos).
- SA** Sim, para remoção secundária (quando a via transconjuntival foi o procedimento primário).

- AC** Raramente recomendo o retalho miocutâneo. Se você agride o orbicular pode causar paresia ou paralisia do músculo. Além disso, a agressão dessa região está freqüentemente associada com cicatrizes que tracionam a pálpebra para baixo (esclera aparente). Por isso evito esse procedimento.
- JF** (*respostas 3 e 4*) Meu método de escolha para rejuvenescer a pálpebra inferior é o retalho miocutâneo. A pele é dissecada acima do músculo que cobre o tarso e, então, na parte inferior da placa tarsal de pálpebra inferior passo ao plano submuscular.
- SK** O retalho miocutâneo é usado para melhorar a aparência de paciente jovem que não tenha maiores alterações cutâneas provocadas pelo processo de envelhecimento ou pelo sol.
- PRL** Ocasionalmente, para homens com pele espessa e rugas acentuadas resultantes de intensa ação do músculo orbicular.
- FN** Sim, na maioria das vezes, senão sempre.
- JS** Atualmente não utilizo retalho miocutâneo em blefaroplastia devido à possibilidade de denervação do músculo orbicular. Inciso ou resseco o músculo orbicular quando o paciente apresenta importante hipertrofia do orbicular na pálpebra inferior.

4. Quando você recomenda o retalho cutâneo?

- JHA** Sim. Em casos raros (15%), quando há grande excesso de pele.
- SA** Quando há grande excesso cutâneo.
- AC** Quase sempre utilizo o retalho cutâneo.
- JF** (já respondido)
- SK** A técnica do retalho cutâneo é meu procedimento de escolha para a blefaroplastia inferior. Permite isolar e identificar os componentes e como contribuem para as deformidades da pálpebra inferior, já que há disparidade entre a quantidade de pele e o músculo orbicular. Permite visualizar diretamente todas as camadas e permite, quando necessário, estender a operação para o terço médio, como também realizar a cantopexia e/ou cantoplastia simultaneamente, se indicado.
- PRL** Atualmente em 90% dos casos.
- FN** Raramente, se nunca.
- JS** Utilizo o retalho cutâneo freqüentemente para remover o excesso cutâneo na pálpebra. A importância de usar os retalhos cutâneos é suportar a pálpebra inferior com cantopexia retinacular de modo que a forma da pálpebra não se altere após a remoção da pele.

5. Como você trata as bolsas palpebrais inferiores?

- JHA** Retiro o excesso.
- SA** Na maioria das vezes, com remoção pela via transconjuntival.
- AC** Trato as bolsas gordurosas inferiores recolocando-as na órbita e contendo-as com a fásia capsopalpebral.
- JF** Se há significativa protrusão de gordura da pálpebra inferior, eu as resseco. Não “seguro” a gordura pelo septo orbital fixando-a no periósteo do rebordo inferior. É meu sentimento que se Deus colocou gordura naquele lugar ele nos fez daquela maneira.
- SK** As bolsas inferiores são tratadas de diferentes maneiras, dependendo se há a deformidade “*tear trough*” ou hipodesenvolvimento da reborda orbitária. Se há protrusão importante de gordura palpebral acima do rebordo num indivíduo “bochechudo”, essas bolsas são removidas sob visão direta com a necessária remoção cutânea. Se há deformidade “*tear trough*”, realizo a transferência da gordura para camuflar e preencher a área.
- PRL** Remoção conservadora transconjuntival.
- FN** A gordura é preservada, redistribuída, discretamente excisada ou mesmo aumentada. A decisão depende da morfologia de cada paciente.
- JS** Atualmente resseco a gordura da pálpebra inferior de modo conservador, pela via transconjuntival.

6. Sua opinião sobre o *SOOF*

- JHA** Raramente em condições especiais.
- SA** Retiro a gordura subcutânea da reborda orbitária da pálpebra superior.
- AC** Minha opinião sobre o *SOOF*: nenhuma.
- JF** Não tenho opinião sobre o *SOOF*. Não sou contra sua manipulação, mas acho que meus resultados são bons e nunca senti necessidade de manipular o *SOOF*.
- SK** As bolsas inferiores são tratadas de maneiras diferentes dependendo se há a deformidade “*tear trough*” ou hipoplasia do rebordo infra-orbitário. Se há excessiva protrusão de gordura acima da rima, essas bolsas devem ser manipuladas por ressecção de gordura e/ou pele. Se há a deformidade “*tear trough*”, realizo mobilização de gordura no *arcus marginalis* para camuflar e preencher a área.
- PRL** Penso que há indicações específicas, mas não tenho experiência.
- FN** O *SOOF*, assim como a gordura da bochecha, é mobilizado em pacientes com envelhecimento das pálpebras e da transição da pálpebra com a bochecha.

JS Penso que o *lift* superficial da bochecha, dissecando lateralmente no plano suborbicular, é bastante útil tanto para suporte da pálpebra inferior, para proteger a cantopexia, como para levantar o músculo orbicular de volta para a órbita. Estudos anatômicos mostram que os ligamentos de retenção do orbicular se encontram ao longo da parede lateral da órbita e a simples dissecação no plano suborbicular lateralmente parece ser suficiente para mobilizar o orbicular ptosado. A fixação do músculo orbicular à parede lateral é muito importante na manutenção da correção no pós-operatório.

7. Quando você realiza cantopexia?

JHA Em casos de ectrópio. Realizo a cantopexia para corrigir flacidez da pálpebra inferior e blefaroplastia com retalho cutâneo.

SA Indico as cantoplastias ao cirurgião oculoplástico quando há ectrópio de pálpebra inferior ou quando há flacidez de pálpebra inferior exigindo correção.

AC Realizo cantoplastia quando há alteração antimongolóide, esclera aparente, e sempre associada ao *lift* frontal.

JF Realizo cantoplastia quando o paciente tem importante flacidez de pálpebra com esclera aparente ou ectrópio de pálpebra inferior. Se há flacidez pequena ou fraqueza de musculatura da pálpebra inferior, prefiro a cantopexia. Sei que muitos cirurgiões estão realizando procedimentos no terço médio que requerem cantoplastia ou cantopexia. Nunca entendi a realização de cirurgia que necessita secundariamente a realização de outra cirurgia para prevenir complicações como uma boa idéia. Acredito que é importante conhecer e entender as relações entre a pálpebra inferior e o globo e, então, selecionar a cirurgia adequada baseando-se em se há um vetor positivo ou não.

SK Raramente, se nunca, há necessidade de realizar-se cantoplastia, mas freqüentemente realizo cantopexia para suporte da musculatura da pálpebra inferior ao periósteo do canto lateral.

PRL Cantoplastia é um procedimento auxiliar que devemos ter em mente durante a blefaroplastia.

FN Rotineiramente realizo cantopexia em toda blefaroplastia. Cantoplastia e encurtamento horizontal estão reservados para pacientes com flacidez acentuada de pálpebra inferior.

JS Freqüentemente realizo cantopexia quando faço blefaroplastia inferior. Geralmente pacientes que requerem algum tipo de ressecção cutânea terão flacidez palpebral. Acho que a cantoplastia retinacular é extremamente útil para o suporte e forma das pálpebras.

8. Algum comentário que você julgue importante para este fórum.

- JHA** Acredito que os procedimentos tradicionais que provaram seu valor através dos tempos não devem ser desprezados.
- SA** A cirurgia das pálpebras inferiores deve ser conservadora.
- AC** Se houver gordura, é inevitável a enoftalmia. A gordura deve ser recolocada no lugar a que ela pertence, a não ser que haja uma exoftalmia.
- JF** (não fez comentários)
- SK** Eu acho que a cirurgia periorbitária deve incluir toda a experiência do cirurgião a fim de que ele possa identificar os componentes e como estes contribuem para a deformidade. Se o paciente não requer todos os procedimentos, a técnica deve ser realizada englobando o tratamento cutâneo, da gordura e do músculo. Devemos ter em mente que a cirurgia cosmética é procedimento realizado numa fase escolhida da vida e que o paciente continua a envelhecer, e as alterações continuam. Devemos então restaurar e preservar a anatomia normal.
- PRL** (não fez comentários)
- FN** Penso que todas as nossas idéias sobre blefaroplastia estão mudando muito, muito rapidamente. Estou muito conservador com gordura e músculo e muito mais agressivo com cantopexia e cantoplastia primária.
- JS** O fato mais importante que aprendi nos últimos dez anos em blefaroplastia inferior é suportar a pálpebra inferior e não denervar o músculo orbicular. Elevar lateralmente o músculo orbicular através de uma dissecação lateral à comissura no plano suborbicular / suprapariostal é uma manobra simples e útil, melhorando a integração da junção pálpebra-bochecha. Estou ainda estudando a manipulação da gordura através do rebordo orbitário inferior e a correção do "tear trough", uma vez que as soluções técnicas atualmente descritas não têm dado bons resultados em minhas mãos.