
Suspensão superciliar por fios: técnica sem descolamentos e com incisões mínimas

Browlifting with thread: the technique without undermining or using minimal incisions

Sandra Maria Canelas Beer
Antonio Carmo Graziosi
Wilson de Freitas

RESUMO

O correto posicionamento dos supercílios exerce grande influência sobre as pálpebras superiores, seja em relação ao excesso cutâneo, seja com relação ao conjunto estético órbito-palpebral. Com a necessidade de associar mais freqüentemente o tratamento de ambos, foi desenvolvida uma alternativa para elevação dos supercílios. Por meio de incisões mínimas no couro cabeludo e na margem superior do supercílio é realizada uma ancoragem e tração com fios não-absorvíveis. Não há descolamentos na região frontal, exceto no trajeto do fio, que é subgálico. Com a idealização da técnica, decidiu-se realizar um trabalho científico no qual os autores selecionaram 10 pacientes, que foram submetidos a esta técnica e avaliados posteriormente a curto, médio e longo prazo. Houve boa aceitação da cirurgia por parte dos pacientes. Como resultados, apresentaram 4 pacientes considerados bons, 3 regulares e 3 insuficientes. Este procedimento mostrou-se uma alternativa válida comparado com as vantagens e desvantagens obtidas por outras técnicas.

Palavras-chaves: Suspensão de supercílio; Técnica com fio.

INTRODUÇÃO

A queda dos supercílios é um sinal comum no envelhecimento facial, podendo ocorrer, também, em indivíduos jovens, principalmente na sua porção lateral.

Não há dúvidas quanto à interferência dos supercílios no resultado estético da região orbitária, seja com relação à quantidade de pele a ser ressecada nas blefaroplastias superiores, seja com a obtenção de um correto posicionamento dos mesmos; no entanto, não é freqüente, em nosso meio, a associação de blefaroplastia e elevação de supercílios. Ao contrário, com o objetivo de obter o melhor resultado estético é realizada a máxima retirada de uma pele preciosa, especializada e insubstituível, da pálpebra superior, limitando inclusive a possibilidade de elevação superciliar futura¹. Esta baixa freqüência se deve em parte à recusa do paciente em submeter-se a um procedimento de maior porte, quando solicitada somente a blefaroplastia.

Várias são as propostas para a elevação dos supercílios. Destacam-se as técnicas cujo acesso é pela via coronal, com planos de descolamentos em vários níveis (subcutâneo, subgálico, subperiostal), e que baseiam-se na tração e ressecção do couro cabeludo com elevação dos supercílios ou

Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC
Endereço para correspondência: Dra. Sandra Maria Canelas - R. Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 229 - Cj. 206 - São Paulo (SP) CEP 04544-000.

simplesmente no reposicionamento dos tecidos moles frontais sobre a parte óssea²⁻⁷.

Por esta mesma incisão coronal há os que advogam ainda a secção dos músculos antagonistas do músculo frontal, para que haja elevação dos supercílios por contração deste músculo, tática esta utilizada também nas abordagens por via endoscópica^{8,10}.

Outra alternativa, são as incisões na região frontal com exérese cutânea em diversos locais, seja na linha de implantação dos cabelos, na porção médio frontal, seja justa superciliar².

É relatada também, a elevação dos supercílios através de uma pexia ao perióstio orbitário, tendo como via de acesso a incisão da blefaroplastia superior^{6,9}, ou superciliar⁵. Temos ainda, como alternativa, suspensões através de fios de sutura mantendo os supercílios em posição mais elevada^{3,6,7}.

Dentro desta última alternativa é que incluímos esta técnica, cujo objetivo é de realizar uma cirurgia complementando as blefaroplastias e evitando as desvantagens existentes nas cirurgias de maior porte.

MATERIAL E MÉTODO

Foram submetidos a esta técnica 10 pacientes, de 47 anos a 62 anos (média = 53,7 anos), sendo 8 do sexo feminino e 2 do masculino. O período de avaliação pós-operatória variou de 1 ano e três meses a 2 anos e um mês.

Foram utilizados para as suspensões fio mononylon 00 (3 pacientes) e fios de algodão preto 00 (7 pacientes) sendo tratados 3 pacientes com ancoragem lateral, 2 pacientes com apenas medial e 5 pacientes com ambas (Tabela 1).

Técnica cirúrgica

O paciente é colocado em decúbito dorsal horizontal, com dorso elevado a 40° para facilitar a introdução do descolador e melhor avaliação do comportamento dos supercílios. Todos os procedimentos foram realizados sob anestesia local.

De acordo com a programação são realizadas 4 ou 6 incisões com lâmina n° 11 de 2 mm de extensão na região fronto-parietal do couro cabeludo a 2 cm da implantação capilar, equidistantes para cada supercílio. Esta incisão vai em profundidade até o perióstio. Para as passagens do fio foi idealizado um descolador utilizado para cirurgias endoscópicas seme-

lhante à agulha de Reverdin com ponta romba e um orifício na ponta, permitindo uma passagem segura pelos planos cirúrgicos (Fig. 1).

O descolador com o fio é introduzido no plano subgálico até a margem superior do supercílio, e então é exteriorizado através de uma incisão cutânea de 1 mm justa superciliar. A ancoragem do supercílio é realizada pela passagem deste utilizando-se como guia uma agulha 40 x 12 no plano subcutâneo. O fio retorna ao couro cabeludo pelo plano subgálico utilizando-se novamente o descolador e então efetua-se a tração e o nó, formando assim um retângulo (Fig. 1).

A intensidade da tração é regulada conforme avaliação clínica pré-operatória e sensibilidade do cirurgião (geralmente com hipercorreção). As incisões são suturadas com um ponto único de mononylon 6-0 e o curativo é compressivo sendo mantido por 24 horas.

Avaliação

Para avaliação dos resultados foram feitas fotografias pré e pós-operatórias em duas posições (frente e oblíqua), executadas sempre pelo mesmo indivíduo, com a mesma máquina, flash e distância.

Cada paciente apresenta um protocolo com identificação,

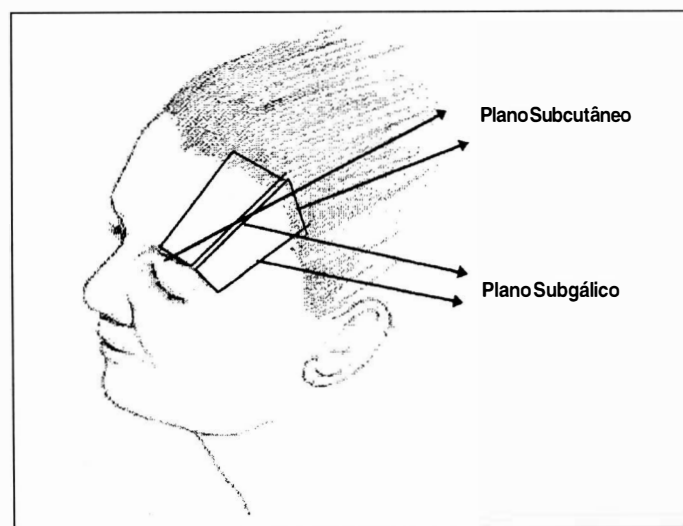


Fig. 1 - Trajetória dos fios com elevação medial e lateral

Tabela 1. Dados sobre os pacientes envolvidos no protocolo

Protocolo	Idade	Sexo	Suspensão	Fio	Data	Pós-op.
1	54	f	medial e lateral	algodão 00	27.03.95	25 meses
2	47	f	medial e lateral	monylon 00	24.04.95	24 meses
3	54	f	medial	algodão 00	08.05.95	23 meses
4	60	f	medial	monylon 00	15.05.95	23 meses
5	61	f	lateral	algodão 00	10.07.95	23 meses
6	42	f	medial e lateral	algodão 00	22.07.95	23 meses
7	62	f	medial e lateral	monylon 00	26.06.95	22 meses
8	54	m	lateral	algodão 00	14.08.95	18 meses
9	54	f	lateral	algodão 00	31.01.96	15 meses
10	49	m	medial e lateral	algodão 00	22.01.96	15 meses

avaliação geral e uma avaliação específica da região orbitária. Porém, devido ao fato de os supercílios não apresentarem uma margem bem definida, os dados obtidos foram considerados não fidedignos. Todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo cirurgião sendo anotadas as descrições das cirurgias especificando o local e o fio utilizado.

Foi realizado ainda um questionário contendo 10 avaliações solicitadas ao paciente e, dentre estas, 5 foram realizadas pelo próprio cirurgião e mais quatro médicos (Tabela 2). Segundo a avaliação individual para cada item, foram dadas notas, que permitiram classificar os resultados em mau, regular e bom conforme apresentado abaixo.

Tabela 2. Avaliação dos Resultados									
Protocolo nº:	Nome:								
Score:	Mau: 0	Regular: 1	Bom: 2						
Classificação:	Mau: 0 - 4	Regular: 4,1 - 7	Bom: 7,1 - 10						
	Paciente	Cirurgião A*	Cir. B	Cir. C	Cir. D	Cir. E	Nota		
1. Melhora no posicionamento dos supercílios									
2. Redução do excesso de pele da pálpebra superior									
3. Naturalidade da forma dos supercílios									
4. Qualidade cicatrizes									
5. Resultado final									
6. Melhora na visão temporal									
7. Avaliação sobre o intra-operatório (dor, desconforto)									
8. Avaliação sobre o pós-operatório									
9. Indicação do procedimento a outros pacientes									
10. Opinião das pessoas de convívio									

RESULTADOS

Segue-se a tabela que resume os resultados.

Foram observados, bons resultados com relação à manutenção da elevação do supercílio em 4 pacientes. Em 3 pacientes, foram considerados regulares, pois houve uma perda desta elevação no pós-operatório tardio; e em 3 casos observa-

mos uma regressão total do supercílio à posição original.

Os pacientes que se queixavam pré-operatoriamente de dificuldade visual em campo temporal, referiram uma melhora no pós-operatório.

Foi observado que todos os pacientes, num período variável, apresentaram um desconforto no pós-operatório imediato, na região frontal.

Avaliação feita por pacientes e médicos.			
	Bom	Regular	Ruim
01 - Melhora no posicionamento do supercílio	4	3	3
02 - Redução do excesso de pele da pálpebra superior	4	3	3
03 - Naturalidade da forma do supercílio	10	0	0
04 - Qualidade das cicatrizes	10	0	0
05 - Resultado Final	4	6	0

Avaliação feita somente por pacientes.			
	Bom	Regular	Ruim
06 - Melhora no campo temporal de visão (*)	8	-	-
07 - Avaliação intra-operatória (dor e desconforto)	5	5	0
08 - Avaliação pós-operatória (**)	3	2	5
09 - Indicação para outros pacientes	10	-	-
10 - Opinião de amigos e pessoas de convívio	9	1	0

(*) 2 pacientes não tinham dificuldades prévias.
 (**) Os pacientes apresentaram dor após cirurgia por um período variável (em torno de 3 semanas).



Pré



Pós (24 meses)

Foto. Paciente E.G.O. (realizada suspensão com mononylon 00), pré-operatório e pós-operatório de 24 meses.



Pré



Pós (15 meses)

Foto. Paciente M.V.S. (realizada suspensão com algodão 00) pré-operatório e pós-operatório de 15 meses.

DISCUSSÃO

Esta técnica foi baseada em nossa experiência com suspensões estáticas nas ptoses palpebrais, transposta para a região frontal¹¹.

A literatura apresenta um grande número de publicações sobre a ptose de supercílios, com técnicas e experiências diversas além de estudos anatômicos para melhor compreensão da ptose supraciliar. Isto, demonstra o grande interesse e importância do tema, assim como a diversidade de indicações¹⁻¹⁵.

A incisão coronal tem sido utilizada com maior frequência. Psillakis relata a manutenção de bons resultados com seguimento de 5 anos nos *liftings* subperiostais¹⁵. No entanto, por ser uma cirurgia de um porte maior, muitos pacientes a recusam quando sugerida como complemento da blefaroplastia. Tem como desvantagens complicações como perda de sensibilidade no couro cabeludo, alopecia no local de incisão,

necrose do retalho, cicatrizes longas embora camufladas, grandes descolamentos na região frontal e temporal, bem como limitação nos casos de frentes longas e pacientes calvos. Como vantagens observa-se a possibilidade de abordagem direta sobre a musculatura da região frontal permitindo o tratamento das rugas do local, hemostasia mais acurada, tratamento de partes ósseas, ressecção cutânea e cicatriz escondida.

As incisões cutâneas realizadas na região frontal são mais indicadas em pacientes com idades mais avançadas. O inconveniente maior desta via de acesso são as cicatrizes aparentes que ficam na dependência de uma boa evolução. Apresentam ainda freqüente recidiva da ptose do supercílio.

A suspensão supraciliar por fios entraria no grupo das pexias que, apoiado em estudos sobre anatomia da região, apresenta princípios diferentes dos demais descritos na literatura^{3,4}. Esta técnica baseia-se na mobilidade das partes moles superciliar na região orbitária, realizando um movimento no

sentido cefálico, sobre um coxim gorduroso sem a necessidade de descolamentos, exceto no local de passagem do fio.

A tração é realizada no sentido vertical (que seria o vetor de máxima elevação) e a pele tracionada é distribuída pela região frontal entre os supercílios e o couro cabeludo.

A técnica previa o uso de fio não absorvível, para manutenção do resultado. Inicialmente utilizamos fio mononylon 00 por apresentar pouca reação tecidual e ser considerado não absorvível. Posteriormente, os autores mudaram para algodão 00, devido o nylon ser um fio mais cortante e a longo prazo sofrer hidrólise e podendo causar a perda do resultado cirúrgico. Como o fio de algodão 00 é muito utilizado na prática da cirurgia plástica, e há um melhor controle dos resultados, devido ser multifilamentar e portanto mais reacional levando a uma maior fibrose e manutenção dos resultados. Além disso, o fio de algodão é menos cortante em relação ao nylon.

Basicamente, apresenta as seguintes vantagens:

1. Cicatrizes mínimas; 2. Sem descolamentos (exceto trajeto do fio); 3. Simples realização com anestesia local a nível ambulatorial; 4. A mímica da região permanece intacta; 5. A suspensão pode ser realizada setorialmente e a tração pode ser regulada em casos de assimetria; 6. Baixo custo, pois é realizada a nível ambulatorial com material não sofisticado; 7. Boa aceitação por parte dos pacientes, devido ao pequeno porte cirúrgico; 8. Pode ser programada e executada independentemente da blefaroplastia superior, isto é, em indivíduos que necessitam somente tratamento nos supercílios.

Desvantagens: 1. Recidiva da ptose em graus variados à semelhança de outras técnicas; 2. Quanto maior a faixa etária, maior o excesso cutâneo na região frontal, e maior a dificuldade de acomodação apesar da boa aceitação por este tipo de paciente; 3. Não pode ser tratada a musculatura frontal; 4. Alteração da anatomia superciliar no período inicial pós-operatório.

Com relação aos resultados obtidos pelo questionário, pode-se observar a grande satisfação por parte dos pacientes, confirmados com o interesse em divulgar às pessoas de convívio. Deve ser ressaltado que em 4 pacientes foi obtido bom resultado, sendo 2 com mais de 2 anos de seguimento confirmando a eficiência da técnica.

Outra observação importante é o aspecto funcional, pois aqueles pacientes que tinham dificuldades de campo de visão temporal referiram melhora. A medição do posicionamento dos supercílios não se mostrou fidedigna, pois não foi possível determinar com precisão os limites dos mesmos.

Acreditamos que com a melhor seleção dos pacientes e utilização de fios inabsorvíveis que sejam mais envolvidos por processos fibróticos, aumentará o número de resultado considerado bom.

SUMMARY

Correct positioning of the eyebrows is important for the upper eyelids, both in terms of excess skin as well as the overall esthetics of the lid/orbit region. Because of the ever increasing need of treating both eyelids and eyebrows, an alternative technique for browlifting was developed. By way of minimal incisions in the scalp and superior margins of the eyebrow, an anchor is made and traction exerted with nonabsorbable thread without undermining of the frontal region. Applying this technique to a scientific study, we selecte 10 patients which were evaluated after short, medium and long periods. The minimum follow-up was 15 months, the maximum 25 months. In this period the elevation of the lift remained at acceptable levels in many patients, while in a few it dropped more. As a result, this procedure was well-accepted by the patients and we had 4 patients with good, 3 with regular and 3 with poor results. We deem this to be a good alternative to the treatment of browptosis.

Keywords: Browlift; Thread technique.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flowers RS. Clinic Plastic Surgery 1993;20:255.
2. Castañares MSS. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg* 1964;34:406.
3. Horibe EK, Horibe K, Lodovici O. Lifting of the eyebrows in blepharoplasties. *Aesth Plast Surg* 1989;13:179-82.
4. Lewis Jr. JR. A method of direct eyebrow lift. *Ann Plast Surg* 1983;10.
5. Mc Cord CD, Doxana MT. Browplasty and browpexy. An adjunct to blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990;86:248-54.
6. Morselli PG. Fixation for forehead endoscopic lifting: a simple, easy, no-cost procedure. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:1309-10.
7. Paul MD. Subperiosteal transblepharoplasty forehead lift. *Aesth Plast Surg* 1996;20:129-34.
8. Ramirez OM. Endoscopic techniques in facial rejuvenation: an overview, Part I. *Aesth Plast Surg* 1994;18:141-7.
9. Sokol AB, Sokol TP. Transblepharoplasty brow suspension. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:940-4.
10. Ramirez OM. Endoscopically assisted biplanar forehead lift. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:323-33.
11. Fox SA. *Ophthalmic Plastic Surgery* 4^a ed: 1993;338-97.
12. Knize DM. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:1321-33.
13. Lemke BN, Stasior OG. The anatomy of eyebrow ptosis. *Arch Ophthalmol* 1982;100:981-6.
14. Psillakis JM. Subperiosteal approach for surgical rejuvenation of the upper face. In: Psillakis JM. *Deep face lifting techniques*. Thieme Medical Publishers, Inc., New York 1994;51.

Novidades na Internet!!!

Agora no site CBO você tem disponível todas as informações na íntegra dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia

<http://www.cbo.com.br/abo>