

Órbita senil. Novos conceitos e abordagem global. Parte II

Alberto M.L. Caldeira¹ & Gabor Grigalek²

Abordagem cirúrgica

As técnicas cirúrgicas têm como proposição básica uma abordagem subperiosteal de cada região a ser tratada, utilizando as vias de acesso oriundas da cirurgia crânio-máximo-facial coronal, endoral. As variações dos métodos cirúrgicos empregados por vários autores são mínimas com relação à confecção da ritidoplastia subperiosteal. Inicia-se basicamente pela incisão coronal, bitemporal, dissecando a região frontal de forma subgaleal até alcançar 3-4 cm superiormente ao rebordo orbitário. Esta incisão inicia-se 5 a 7 cm posteriormente à linha de implantação do cabelo. Existem vários tipos de incisão que seguem a conformação do cabelo ou a extensão de região frontal. Preferimos iniciar o descolamento frontal a nível subgálico, tornando-se subperiosteal 3-4 cm do rebordo orbitário. A incisão preauricular e retroauricular são semelhantes à da ritidoplastia convencional. Naturalmente, em pacientes jovens, a incisão retroauricular só é realizada quando existem indicações de tratamento da região cervicofacial.

Após atingir o rebordo orbitário, pode-se realizar raspagem das saliências ósseas porventura existentes, e da mesma forma pode-se promover o tratamento dos músculos prócerus e corrugador,

que serão seccionados em suas inserções^{26, 37}, procedendo-se ainda ao tratamento do segmento orbitário do músculo orbicularis, considerado como músculo depressor do sistema fronto-orbitário. A ponta nasal é alcançada com descolamento a tesoura após rompermos os limites do periosteio ao nível dos ossos nasais. Em casos selecionados, caracterizados pelo afundamento palpebral superior, neste momento realizamos a liberação de aderências dos músculos septais quando presentes, e a abertura do septo orbitário

superior com exteriorização das bolsas de gordura intra-orbitárias. O tratamento da região zigomático-maxilar geralmente é feito pelo acesso coronal, mas pode ser realizado por via endoral, com especial atenção ao isolamento do nervo infra-orbitário. Os músculos masseter, temporal e orbicular são liberados de suas inserções e tracionados com fixação posterior. Segue-se o tratamento das demais estruturas faciais.

Iniciamos a ritidoplastia abordando a região lateral da face com a marcação

RESUMO

O autor apresenta uma análise de 197 casos consecutivos realizados a partir de 1988 com adoção de ritidoplastia subperiosteal, e aborda suas indicações funcionais e estéticas, limitações e contra-indicações. Acredita que este procedimento constitui uma verdadeira revolução em relação às técnicas cirúrgicas clássicas de rejuvenescimento facial, tanto relativa à sua execução quanto à focalização do fenômeno de envelhecimento. Com base em acurada observação anatômica e funcional, o autor acentua a necessidade de uma dissecação subperiosteal completa das regiões zigomática e malar e dos contornos orbitários de modo a atingir a real eficácia deste procedimento, que permitirá também a remodelagem dos contornos orbitários de uma maior plenitude centro-facial.

UNITERMOS: região periorbitária; canto lateral das pálpebras; descolamento subperiosteal; processo de envelhecimento; rejuvenescimento facial

¹Mestre em Cirurgia Plástica pela PUC/RJ. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva. FICS, FISAPS, Membro da American Academy of Cosmetic Surgery. ²Residente em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Copyright 1994 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

F méd(BR), 1994; 109(3): 95-106

4.6.66.

convencional. A incisão pré-auricular contorna o lóbulo da orelha em direção à região mastóidea, com confecção do retalho de McKinney. Um amplo descolamento do retalho cutâneo estende-se até a região cervical. A seguir é feita marcação com azul de metileno na região infrazigomática em "L" invertido para liberação do SMAS e tratamento dessa estrutura, como já descrevemos em trabalhos anteriores.

A abordagem da região submentoniana é realizada por lipectomia a céu aberto com tesoura e união do descolamento das duas hemifaces. Também pode ser realizada uma lipoaspiração nessa região com cânula delicada. Todavia, acreditamos ser este procedimento mais traumático que o anterior. Quando há indicação de tratamento das bordas mediais do músculo platisma, é realizada uma incisão de 2 a 3 cm no submento a uma distância do ângulo mentoniano, que varia conforme a abertura desse ângulo, segundo descrito por Dedo³⁸. A musculatura é evidenciada e suas bordas mediais são aproximadas, o que pode ser precedido ou não de ressecção das bandas do platisma^{2,3}.

Em casos de hipomentonismo é feita uma incisão paralela ao sulco gengivolabial inferior, com liberação da musculatura mentoniana e colocação de prótese de silicone em localização submuscular.

Terminado o descolamento, confecciona-se a chamada máscara facial^{39,40} e realiza-se plicatura do canto lateral do olho⁴¹ com três pontos de fixação no periosteo ao nível da inserção da aponeurose temporal (Fig. 10). Em seguida são colocados outros três pontos de aproximação no periosteo ao nível da projeção do canto lateral do supercílio, e fixados na aponeurose temporal. Consegue-se com essa aproximação uma elevação

lateral efetiva em sentido para cima da região orbitária, cantos laterais do supercílio, evitando assim o aspecto chamado "oriental", o que é uma dúvida dos autores contrários a este procedimento⁴² (Fig. 11). A blefaroplastia pode ou não ser realizada no mesmo tempo cirúrgico. Isto dependerá da avaliação pré-operatória, e especialmente da expectativa e ansiedade do paciente quanto à realização de uma cirurgia completa.

A seguir é tracionado o retalho de couro cabeludo, sem ressecção de pele na área parietal na quase totalidade dos casos. Por outro lado, na região temporal vemos necessidade de ressecar pequeno excesso. Rotineiramente suturamos a gálea com fios inabsorvíveis de mononylon 4.0, pois acreditamos que este procedimento confere maior resistência à sutura final e menos perigo de sofrimento dos bulbos pilosos pela tensão, evitando o alargamento e depressão ao nível desta cicatriz. A sutura da pele é tipo contínua em "guarda-grega", com fios de mononylon 5.0 (Fig. 12).

O curativo é realizado de forma oclusiva. Indicamos a colocação de gaze úmida e gelada nas pálpebras, aquecida a partir de 48 horas pós-operatórias para facilitar a diminuição do edema. Iniciamos a retirada dos pontos da região pré-auricular no 5º-6º dia pós-operatório, e no 7º dia do couro cabeludo, pois a tensão é muito menor graças à sutura galeal. O paciente é liberado para lavar os cabelos no segundo dia pós-operatório.

Na fase inicial de nossa experiência usávamos corticosteróides injetáveis, mas atualmente preferimos medicamento diurético para diminuir o edema tecidual. Nossos pacientes receberam Furosemide entre o 3º e 10º dia pós-operatório.

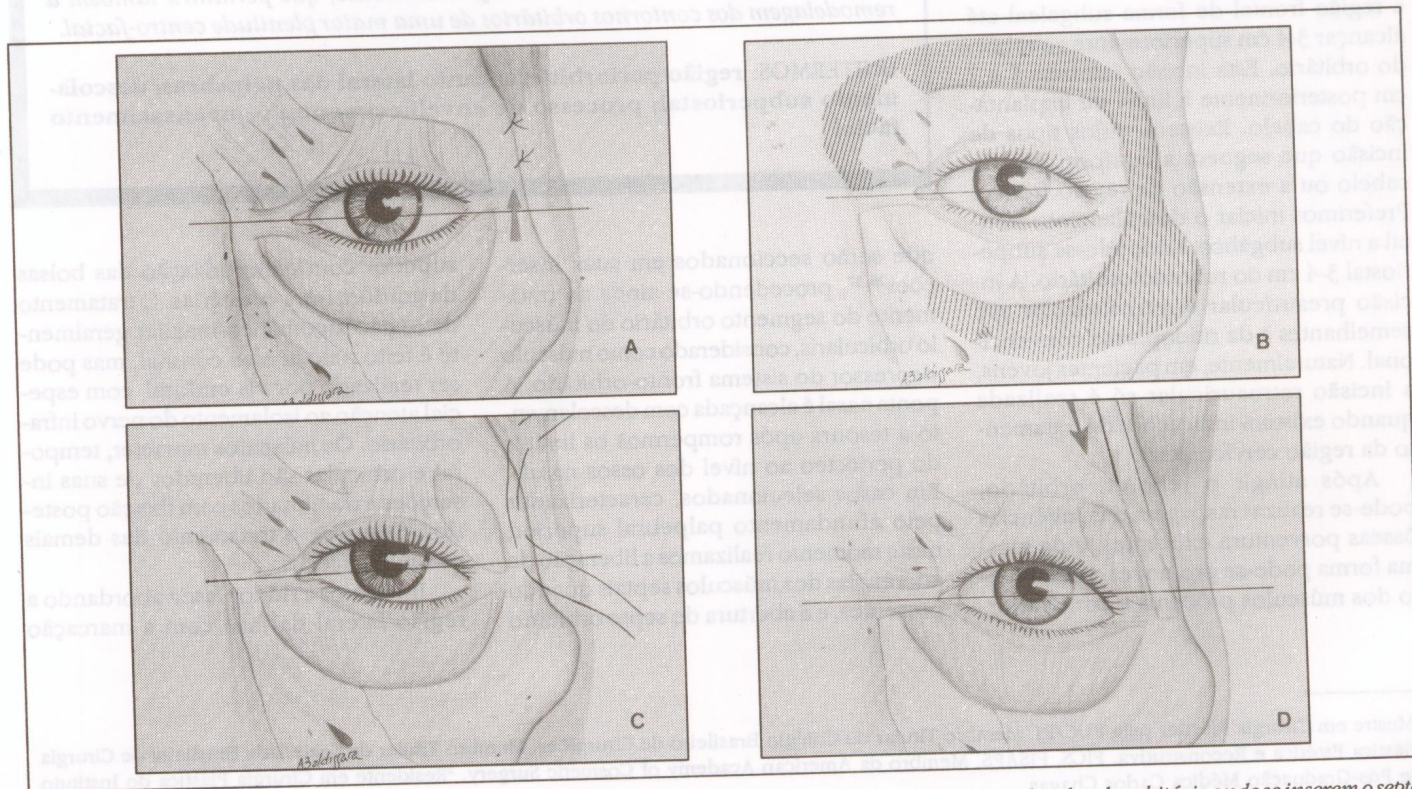


Fig. 10A, B, C, D - O amplo descolamento subperiosteal periorbitário deve atingir o ápice e os limites internos do rebordo orbitário onde se inserem o septo orbitário e o ligamento cantal lateral. Desta maneira estas estruturas podem ser mobilizadas através da tração cefálica do segmento lateral órbito-palpebral.

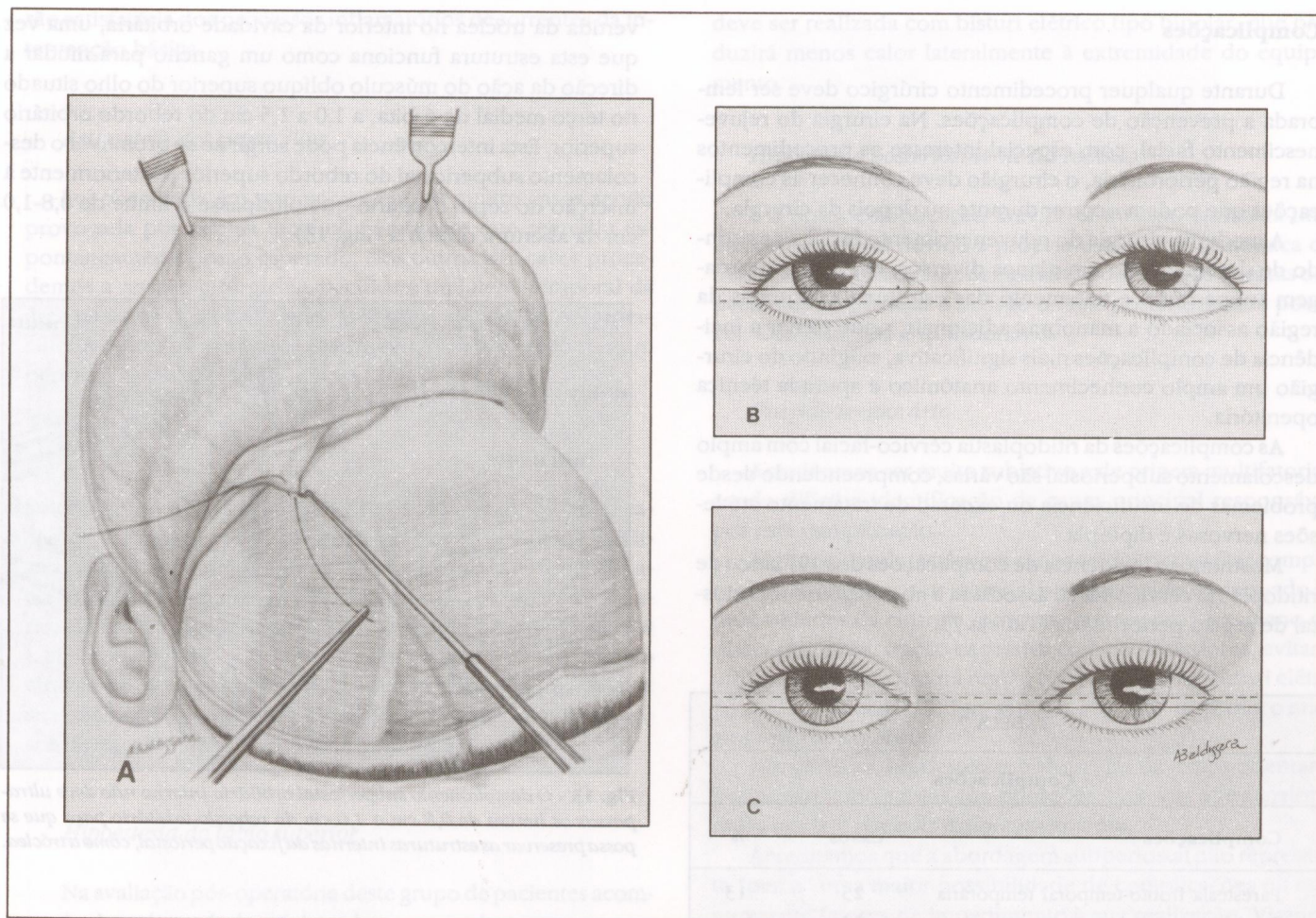


Fig. 11A, B, C - Acreditamos que o objetivo maior da ritidoplastia subperiosteal seja o amplo descolamento órbito-palpebral com correção efetiva das deformidades classificadas segundo o autor sênior como órbita senil.

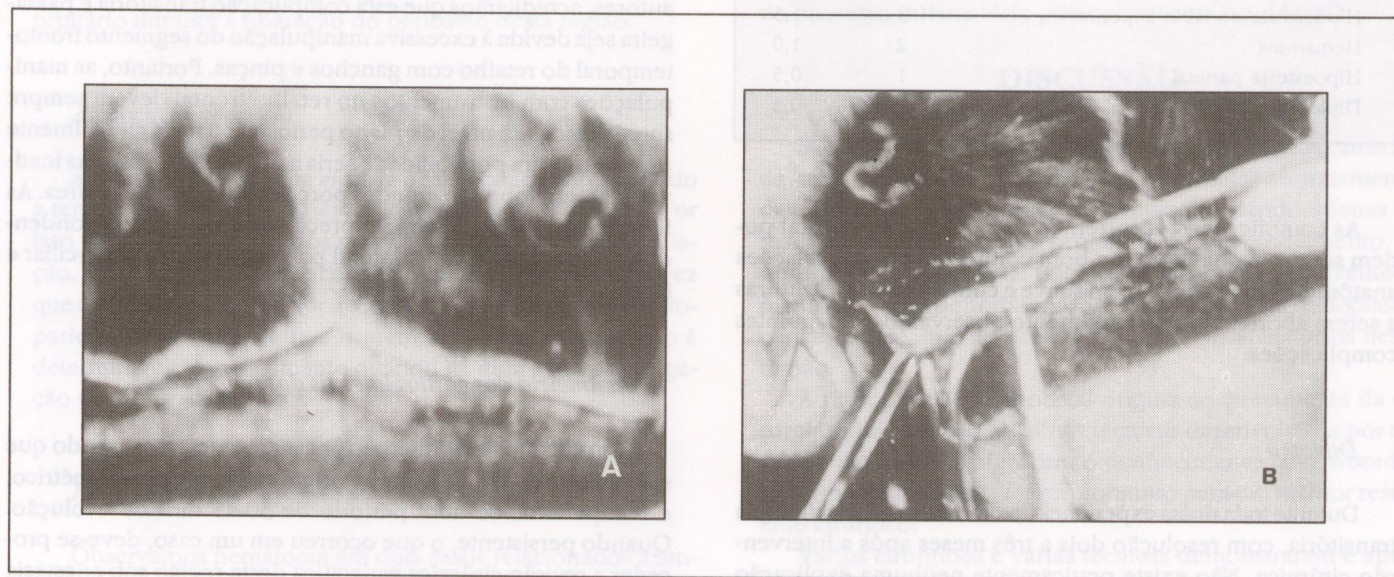


Fig. 12A, B - Geralmente não vemos necessidade de ressecção de pele na área parietal, porém realizamos rotineiramente tração e ressecção temporal, que servirá de sustentação dos planos superficiais às fixações periosteais prévias.

Complicações

Durante qualquer procedimento cirúrgico deve ser lembrada a prevenção de complicações. Na cirurgia do rejuvenescimento facial, com especial interesse os procedimentos na região periorbitária, o cirurgião deve conhecer as complicações que podem ocorrer durante ou depois da cirurgia.

A moderna cirurgia do rejuvenescimento facial, consistindo de descolamento em planos diversos, tais como abordagem subperiosteal e tratamento das estruturas profundas da região associado a manobras adicionais, pode tornar a incidência de complicações mais significativa, exigindo do cirurgião um amplo conhecimento anatômico e apurada técnica operatória.

As complicações da ritidoplastia cérvico-facial com amplo descolamento subperiosteal são várias, compreendendo desde problemas de insuficiência ou excesso de tratamento até lesões nervosas e diplopia.

Mostramos a incidência de complicações dos 197 casos de ritidoplastia cérvico-facial associada à abordagem subperiosteal de região periorbitária (Tabela 7).

TABELA 7		
Complicações		
Complicações	Casos	%
Parestesia fronto-temporal temporária	25	13
Prurido temporário	13	6,6
Alopecia temporária	18	9,1
Assim. dos cantos lat. das pálpebras	7	3,5
Assimetria dos supercílios	7	3,5
Infecção	5	2,5
Hipoestesia do lábio superior	3	1,5
Hematoma	2	1,0
Hipoestesia parietal	1	0,5
Diplopia	1	0,5

As complicações decorrentes da técnica subperiosteal podem ser minoradas com um bom conhecimento das relações anatômicas, uma abordagem suave e cuidadosa das estruturas a serem abordadas. Até o momento observamos as seguintes complicações:

Diplopia

Durante toda nossa experiência tivemos um caso de diplopia transitória, com resolução dois a três meses após a intervenção cirúrgica. Não existe praticamente nenhuma explicação adequada ao surgimento dessa complicação na literatura mundial. Como acontece muito raramente, sua casuística é quase desconhecida. Porém, acreditamos seja causada por lesão inad-

vertida da tróclea no interior da cavidade orbitária, uma vez que esta estrutura funciona como um gancho para mudar a direção da ação do músculo oblíquo superior do olho situado no terço medial da órbita, a 1,0 a 1,5 cm do rebordo orbitário superior. Esta intercorrência pode surgir ao se promover o descolamento subperiosteal do rebordo superior posteriormente à inserção do septo orbitário que ultrapasse o limite de 0,8-1,0 cm da abertura orbitária (Fig. 13).

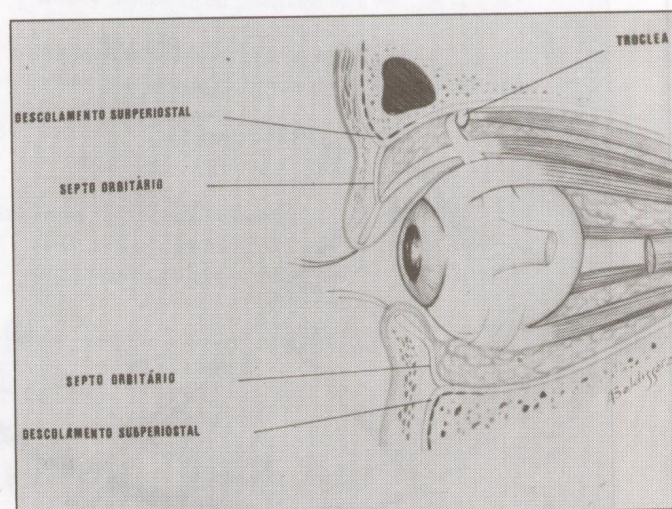


Fig. 13 - O descolamento subperiosteal orbitário interno não deve ultrapassar os limites de 0,8 cm a 1,0 cm do rebordo orbitário para que se possa preservar as estruturas internas da fixação periosteal, como a tróclea.

Parestesia temporária na região fronto-temporal

A totalidade de 25 casos (13%) que tivemos foram resolvidos ao final de 15-45 dias pós-operatórios. Como a maioria de autores, acreditamos que esta complicação transitória e passageira seja devida à excessiva manipulação do segmento fronto-temporal do retalho com ganchos e pinças. Portanto, as manipulações com instrumentos no retalho frontal devem sempre ser realizadas ao nível do plano periosteal ou mais medialmente possível. Outra possibilidade seria a utilização de suturas inadvertidas, englobando grandes porções de tecido nesta área. As fixações periosteais devem ser precisas e firmes, correspondendo a segmentos do canto lateral palpebral, cauda superciliar e fáscia temporal.

Assimetria dos cantos laterais das pálpebras

Constatamos esta intercorrência em sete casos, sendo que sua maioria quase absoluta se originou de edema assimétrico, e recuperando-se num período de 30-45 dias de evolução. Quando persistente, o que ocorreu em um caso, deve-se proceder a revisão cirúrgica específica desta região sob anestesia local o mais precocemente possível, num período de 60-120 dias pós-operatórios, com o cuidado de manter o equilíbrio psicológico e emocional do paciente e observação da regres-

são satisfatória dos processos inflamatórios decorrentes da intervenção básica.

Assimetria dos supercílios

Foi observada em sete pacientes, em quatro casos sendo provocada por edema tecidual persistente que regrediu espontaneamente como esperado. Nos outros três casos procedemos a revisão cirúrgica específica e unilateral temporal da área para correção da fixação assimétrica da cauda do supercílio. A reinternação destes casos pode ser mais precoce, num período de 60-90 dias.

Infeção

A maioria dessas complicações (quatro entre os cinco casos) foi detectada pela presença de secreção purulenta localizada focal e separadamente ao nível da ferida bicoronal. Relacionamos esta complicação à incisão com descolamento subperiosteal através da incisão endoral de Caldwell-Luc. Devido à facilidade de realizar o descolamento subperiosteal completo através do acesso bicoronal, damos preferência exclusiva à sua realização, recorrendo ao acesso endoral somente em casos de excesso e de absoluta necessidade.

Hipoestesia do lábio superior

Na avaliação pós-operatória deste grupo de pacientes acompanhado pelo período mínimo de um ano, observamos a presença de três casos. Ressaltamos que os três casos de hipoestesia referiu-se a pacientes que haviam se submetido à via de acesso endoral. Obviamente, este acesso pode representar uma maior possibilidade de manipulação ou tração do nervo infra-orbitário durante a liberação do periosteo desta região.

Alopecia temporária

A alopecia ao redor da cicatriz é relacionada antes de tudo à tensão dos tecidos e à hemostasia com bisturi elétrico. Por isso procuramos colocar os pontos na gálea e evitar coagulação. Também levamos em consideração a infiltração, uma vez que causa isquemia transitória. Com respeito à alopecia occípito-parietal, acreditamos que a isquemia causada pela pressão é determinante, especialmente quando há uma certa prolongação do tempo cirúrgico⁴².

Hematoma

Observamos hematoma em dois casos relacionados a ampla abordagem do SMAS e acúmulo de volume sanguíneo a este nível. Acreditamos que na abordagem profunda do terço médio da face a hemostasia, sendo circunstancial e perigosa,

deve ser realizada com bisturi elétrico tipo bipolar, que produzirá menos calor lateralmente à extremidade do equipamento.

Hipoestesia posteriormente da incisão

É a única complicação inevitável quando realizada uma incisão bicoronal devido à própria disposição anatômica do nervo supra-orbitário. Podemos tentar diminuir as queixas dos pacientes ao planejar a incisão o mais posteriormente possível. Contudo, isto é questionável.

Prurido temporário

Acreditamos ser muito subjetivo e de origem multifatorial, sendo difícil a identificação da causa principal responsável por esta complicação.

Algumas condutas devem ser adotadas para evitar complicações. Entre elas, usar material bem adaptado e adequado às necessidades da cirurgia, procurar manter um bom plano de dissecação, evitar tração excessiva com os afastadores, evitar a utilização de ganchos na região temporal, e usar bisturi elétrico cuidadosamente. Enfim, sempre proceder da forma o mais traumática possível!

Nas paresias, hipoestesias e alopecias devemos orientar o paciente quanto a estas complicações, uma vez que a maioria delas tende a regredir espontaneamente.

Acreditamos que a abordagem subperiosteal não representa "per si" uma maior possibilidade de complicações ou que apresente fatores de impedimento à sua realização. Visando sobretudo a correção das deformidades órbito-palpebrais, é indicada em casos selecionados definidos. As intercorrências relatadas referem-se fundamentalmente ao período pós-operatório de 30 a 45 dias e estão relacionadas à regressão global do processo inflamatório pós-operatório (Fig. 14A-H).

DISCUSSÃO

Sabe-se que o envelhecimento atinge as diversas camadas da arquitetura facial. Portanto, ao nos limitar ao tratamento das estruturas superficiais estaremos abordando apenas as resultantes múltiplas do processo de envelhecimento. A ritidoplastia subperiosteal trata todos os pontos de envelhecimento da região periorbitária, o que não ocorre na ritidoplastia convencional, que apresenta resultados insatisfatórios nesta região.

A ritidoplastia subperiosteal origina-se diretamente da cirurgia crânio-máximo-facial. As técnicas desenvolvidas por diversos autores nos oferecem o conhecimento para abordar todas as estruturas da face em conjunto para um melhor resultado cirúrgico.

Vários cirurgiões e várias técnicas demonstraram e aperfeiçoaram os procedimentos com o intuito de oferecer aos pacientes um aspecto mais jovial e gracioso, especialmente com relação à face.

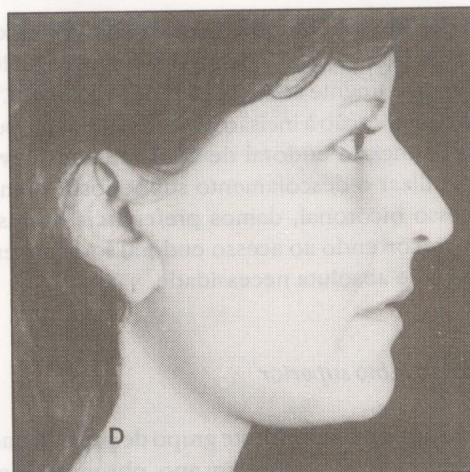


Fig. 14A-H - Pré e pós-operatório com 60 dias de evolução de paciente de 42 anos submetida à ritidoplastia subperiosteal e cervico-facial e blefaroplastia associada, observando-se a remodelagem da região órbito-palpebral com expressivo e global rejuvenescimento facial.

Em outubro de 1974, Mitz e Peyronie apresentaram um trabalho durante o Congresso da Sociedade Francesa de Cirurgia Plástica, em Paris, chamando a atenção para o sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) e para a necessidade de tratar esta estrutura para obter um melhor resultado estético. Após isto, vários cirurgiões passaram a abordar outras estruturas além do tecido cutâneo, especialmente o músculo platisma, responsável por duas "pregas" submentonianas que conferem um aspecto de senilidade, mesmo em pacientes jovens.

Com a evolução técnica e com os conhecimentos sobre o processo de envelhecimento facial, notamos que estes procedimentos tratavam o terço inferior da face e a porção caudal do terço médio com bons resultados, mas não abordavam - com resultados satisfatórios e duradouros - a porção do terço médio e o terço superior da face (região periorbitária e região frontal).

Sabe-se que com o progresso do envelhecimento facial o esqueleto ósseo sofre reabsorção progressiva, acarretando o afrouxamento de suas relações com as estruturas musculares e aponeuróticas. Este fenômeno, aliado aos resultados insatisfatórios da ritidoplastia ao nível do terço superior-médio e notavelmente ao nível da região órbito-palpebral, fez com que a partir da década de 80 vários autores publicassem artigos que evidenciavam grande interesse por um método auxiliar de abordagem ao tratamento da face senil^{13, 20, 22, 33, 34, 43}.

A ritidoplastia subperiosteal trouxe mais uma opção para o tratamento da face marcada pelo envelhecimento. Esta técnica possui algumas indicações particulares, que quando bem abordadas trazem um benefício maior e mais duradouro.

A filosofia dessa técnica consiste no tratamento das estruturas profundas da face com uma abordagem subperiosteal e confecção da máscara facial, procurando reposicionar em bloco estas estruturas, com acentuada vantagem para o tratamento da região periorbitária e preservação da integridade fisionômica e fisiológica das referências anatômicas desta região (Fig. 15A-H). Para entender esta filosofia é necessário estabelecer uma nova denominação - a "órbita senil". Como já vimos, uma das alterações anatômicas mais importantes dos componentes do processo de envelhecimento da face é a transformação da região orbitária principalmente os seguintes elementos atingidos: o complexo do supercílio, que sofre abaixamento, o alongamento dos tecidos da pálpebra inferior, causando a queda da rima palpebral (chamado "scleral show"), a reabsorção da gordura infra-orbitária e da parte óssea do rebordo orbitário resultando em afundamento dos olhos, principalmente as pálpebras superiores, o músculo orbicular que sofre um certo afrouxamento, e as alterações ao nível do canto lateral do olho, como podemos ver entre as indicações da cirurgia do rejuvenescimento facial com amplo descolamento subperiosteal, que descrevemos nos tópicos anteriores.

Como estes elementos se inserem fortemente e internamente no periósteo ao redor do rebordo orbitário, somente

um amplo descolamento subperiosteal desta região é capaz de trazer uma melhora significativa a esta área ao levantar o supercílio e regularizar as alterações do canto lateral dos olhos. Desta forma, quanto mais amplo o descolamento, e portanto quanto maior a liberação do septo orbitário, maior será o levantamento e mais duradouros serão os resultados conseguidos. Por outro lado e segundo vários autores (Psillakis e Santana^{7, 20, 21, 22, 23}) a ritidoplastia subperiosteal se propunha ao tratamento do terço superior e medial da face. Nossa experiência nos possibilitou verificar a pouca utilidade eficaz deste procedimento no tratamento do terço médio da face. Acreditamos que a abordagem subperiosteal não é o tratamento adequado para levantar a gordura premalar, que sofre abaixamento durante o processo de envelhecimento, e/ou para diminuir a profundidade do sulco nasogeniano (Fig. 16A-D), que também são elementos importantes da face senil.

Existem várias técnicas diferentes que trazem resultados muito mais aceitáveis e duráveis, como o chamado SMAS-medial de Owsley¹⁵ ou a própria ritidoplastia subperiosteal com a confecção de retalho temporal⁴⁴. No entanto, estes procedimentos devem ser acompanhados de ritidoplastia subperiosteal com amplo descolamento órbito-palpebral como propomos, a fim de promover um tratamento harmônico do terço médio e da região orbitária em casos selecionados e definidos.

A partir desta metodologia, impõe-se uma mudança na conceituação cirúrgica. De forma geral, a maioria dos pacientes não devem ser submetidos a blefaroplastia convencional primariamente e de forma isolada. Contudo, quando assim realizada, deverá ser de forma altamente conservadora quanto a manutenção da pele nas pálpebras superiores e inferiores e quanto a preservação das bolsas da gordura na parte média da pálpebra superior. O tratamento inadvertido destes elementos poderá causar acentuação das características do envelhecimento e das deformidades sob o nome da órbita senil (Fig. 17A-H).

Ressaltamos os casos de pacientes jovens com alterações palpebrais, como afundamento das pálpebras superiores, que abordamos através da ritidoplastia subperiosteal com liberação do septo orbitário que permite a protrusão das bolsas intra-orbitárias e correção desta anormalidade bem como pinçamento de irregularidades resultantes de cirurgias anteriores.

Várias técnicas têm sido propostas^{26, 40} para o tratamento da queda do supercílio, como as incisões externas tipo "Castañares" que permitem uma abordagem direta mas que podem acarretar cicatrizes aparentes nem sempre bem aceitas pelos pacientes. Já o lifting subperiosteal trata esta deformidade internamente, sem a desvantagem de cicatrizes e mantém a altura da fronte. A distopia cantal orbitária externa, as irregularidades ósseas frontais e do rebordo orbitário recebem um tratamento realmente eficaz e mais duradouro através da abordagem subperiosteal. Com esta abordagem temos a possibilidade de realizar um tratamento satisfatório da região orbitária e resolver aqueles casos em que o paciente apresenta um "olho arredondado" devido a flacidez da pálpebra inferior. Esta flacidez da pálpebra ocasiona um "scleral show" que confere ao paciente um aspecto de cansaço e de senilidade.

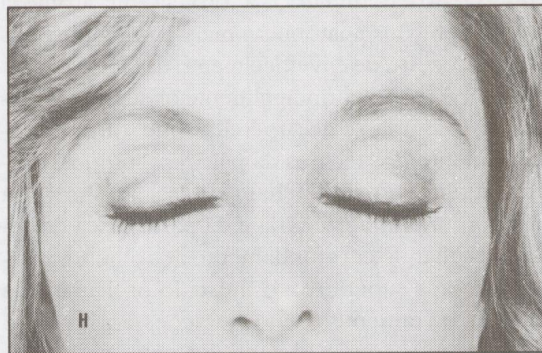
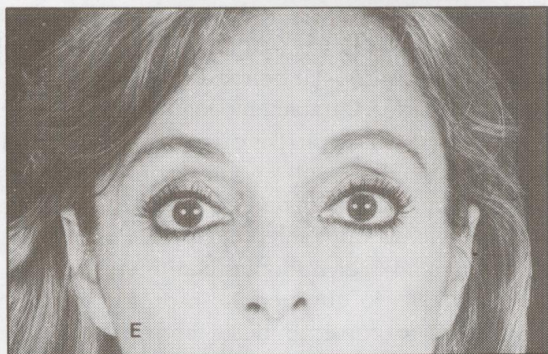
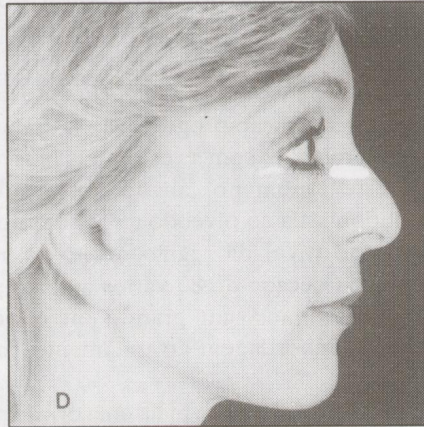
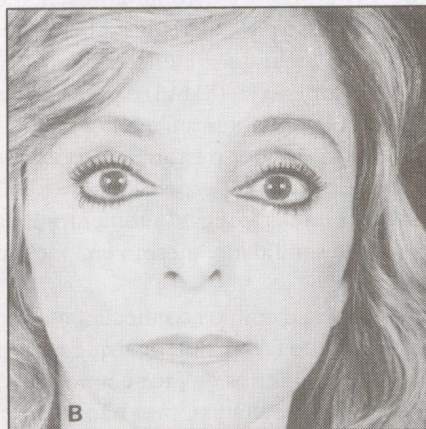


Fig.15A-H - Paciente de 39 anos apresentando acentuado afundamento palpebral superior com pinçamento e retração do terço médio da pálpebra superior e olhos excessivamente arredondados decorrentes de blefaroplastia prévia, apresentando ainda "scleral show" e completa perda da retificação natural da pálpebra inferior. Com 2 anos de pós-operatório, pode-se observar uma arcada superciliar redesenhada, bordo livre da pálpebra inferior recobrindo o bordo inferior da córnea e retilíneo. O canto externo da pálpebra mais alto que o canto interno confere a esta região um aspecto de grande rejuvenescimento apenas com a realização de ritidoplastia subperiosteal e cervico-facial, sem blefaroplastia associada.



Fig. 16A-D - Paciente de 39 anos com marcado envelhecimento do terço médio e superior da face, além de alterações evidentes do conjunto órbito-palpebral intensificadas por blefaroplastia prévia. Pré e pós-operatório de seis meses de ritidoplastia subperiosteal e cérvico-facial e blefaroplastia superior e inferior secundária associada a abertura do septo orbitário superior e exposição das bolsas de gordura intra-orbitárias. Observamos a dramática melhora do quadro degenerativo órbito-palpebral com persistência das alterações do terço médio da face.



Fig. 17A-H - Face feminina através dos anos (a, d) - 21 anos: observamos a forma alongada da fenda palpebral; (b, e, g) - 43 anos: evidentes alterações órbito-palpebrais resultantes do processo de envelhecimento facial; (c, f, h) - pós-operatório de 4 meses de ritidoplastia subperiosteal e cervico-facial sem blefaroplastia associada.

Algumas críticas são feitas a esta técnica pelo fato do perióstio ser considerado inelástico, o que impossibilita a sua tração. Porém, não são críticas objetivas já que não existe a intenção de se promover tração do perióstio, e sim sua reposição no conjunto das estruturas periostais, músculo-aponeuróticas e cutâneas sobre um esqueleto ósseo alterado em sua forma pela reabsorção progressiva sofrida durante o processo de envelhecimento.

A realização de uma ritidoplastia subperiosteal associada a blefaroplastia não representa uma contra-indicação absoluta, mas deve estar sujeita aos desejos e ansiedades do paciente.

A ritidoplastia subperiosteal demonstra ser um avanço das técnicas complementares da cirurgia do rejuvenescimento facial. Tem suas indicações - chegou como mais uma opção ao tratamento da face senil e não para substituir a ritidoplastia cérvico-facial. Ao contrário de alguns autores⁴¹, acreditamos que as duas técnicas se complementam, e cabe ao cirurgião buscar o aperfeiçoamento de suas habilidades a fim de poder oferecer aos pacientes um resultado harmônico, eficaz e duradouro.

SUMMARY

Senile orbit. New concepts and global approach

The author presents a study of 197 consecutive cases operated of subperiosteal rhytidoplasty since 1988, emphasizing its functional and aesthetic indications, limitations and contraindications. He considers this procedure a true resolution in regard to most conventional surgical techniques of facial rejuvenation in the matter of its performance as well as its aging phenomenon approach. Based on a correct anatomical and functional observation, the author comments on the need for a complete subperiosteal dissection of both zygomatic and malar regions as well as of the orbital contours in order to achieve a trustworthy accomplishment of this technique, i.e., a refashioned orbital contour and an additional centro-medial configuration.

KEY WORDS: periorbital region; lateral palpebral canthus; subperiosteal undermining; aging process; facial rejuvenation

REFERÊNCIAS

1. Caldeira AML et alii. As bases biológicas do envelhecimento. F méd(BR) 1989; 99(3): 107-118.
2. Caldeira AML, Nieves AP, Salinero RA, Maleombo JP. Cirurgia do rejuvenescimento facial. Importância do tratamento do tecido gorduroso e considerações sobre a lipoenxertia de face. Rev Bras Cir 1988; 78(6): 375-392.
3. Caldeira AML et alii. Tratamento das estruturas músculo-aponeuróticas na cirurgia do rejuvenescimento facial. Rev Bras Cir 1989; 79(1): 33-43.
4. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plast Reconstr Surg 1976; 58: 80.
5. Couly G, Harrah J, Vaillant JM. Le fascia superficialis céphalique. Ann Chir Plast 1975; 20: 175.
6. Cardoso de Castro C. The anatomy of platysma muscle. Plast Reconstr Surg 1980; 66: 680.
7. Psillakis JM. Craniofacial methods in rhytidoplasty. Communication to Aesthetic Surg Symposium, Rio de Janeiro, BR, 1982.
8. Turpin IM. The modern rhytidectomy. Clinics in Plast Surg, Apr. 1992; Vol: 19, #2.
9. Krastinova LD. Le mask lift. Plasties et reconstructions palpébrales, Méd Hygiène, 1988.
10. Téstut L, Latarget I. Anatomia humana. Vol. 1., Ed Salvat 1965; 7: 788.
11. Krastinova, LD. Le lifting facial sous perioste. Ann Chir Plast Esthét 1989; 34(3): 199-211.
12. Krastinova LD. Indications esthétiques et fonctionnelles du "mask lift", ler Congrès de la SOFCEP, 1988.
13. Ortiz-Monasterio F, Rodriguez A. Lateral canthoplasty to change the eye slant. Plast Reconstr Surg 1984; 12: 216-219.
14. Hamra ST. Composite rhytidectomy. Quality Medical Publishing Inc, USA, 1993.
15. Owsley JQ. Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. Plast Reconstr Surg 1993; 19(3).
16. Tessier P. The definitive plastic surgical treatment of the severe facial deformities of craniofacial dysostosis. Crouzon's and Apert's diseases. Plast Reconstr Surg 1971; 48: 419.
17. Marchac D. Radical forehead remodelling for cranioethenosis. Plast Reconstr Surg 1978; 61: 823.
18. Munro DR, Hoffman H, Hendrick EB. Total cranial vault reshaping in craniofacial surgery. In: 6th Intern Cong Plast Reconstr Surgeons, Paris, Masson et Ed, 1976.
19. Ortiz-Monasterio F, Del Campo AF, Carrilla A. Advancements of the orbits and the midface on piece, combined with frontal repositioning of the correction of Crouzon's deformities. Plast Reconstr Surg 1978; 65: 507.
20. Psillakis JM, Zanini S, Carlucci AR, Nocchi VLB. Cirurgia craniofacial. Cir Plast Ibero Lat Americana 1979; 5: 2.
21. Psillakis JM et alii. Repair of large defect of frontal bone with free graft of outer table of parietal bones. Plast Reconstr Surg 1979; 61(2): 827-830.
22. Psillakis JM. The use of craniofacial surgery techniques in rhytidoplasty of the superior third of the face. Cir Plast Ibero Lat Americana, 1984.
23. Psillakis JM. Subperiosteal approach as an improved concept for correction of the aging face. Annual Meeting of the Am Soc Aesth Surg, Los Angeles, CA, 1987.
24. Whitaker LA, Munro IR, Jackson IJ, Salyer KE. Problems in craniofacial surgery. J Max Fac Surg 1981; 4: 131.
25. Pitanguy I et alii. Considerações sobre nossa experiência com dissecação e plicatura do SMAS em mentoplastia. Rev Bras Cir 1981; 7: 57.
26. Connell Bruce F. The male foreheadplasty. Clinics in Plast Surg 1991; 18(4).
27. Guerrero-Santos J, Espaillat L, Morales F. Muscular lift in cervical rhytidoplasty. Plast Reconstr Surg 1975; 54: 127.

28. Guerrero-Santos J. The role of the platysma muscle in rhytidoplasty. *Clin Plast Surg* 1978; 5: 29.
 29. Hakme F. SMAS e platysma nas ritidoplastias cérvico-faciais: experiência, problemas e resultados. *Rev Bras Cir* 1982; 2: 105.
 30. Peterson R. Cervical rhytidoplasty. Personal approach. Presented at the Annual Symposium of Aesthetic Plastic Surgery, Guadalajara, Mexico, 1974.
 31. Peterson R. The role of the platysma muscle in cervical lifts. In: Goulian D. *Symposium on Surgery of the Aging Face*, St Louis, CV Mosby, 1978: 15.
 32. Tessier P. Present status of craniofacial surgery. Rome, 1982.
 33. Santana PSM. Metodologia da cirurgia crânio-máximo-facial em ritidoplastia. XIX Congresso da SBCP, Recife (BR), 1982.
 34. Santana PSM. Metodologia crânio-máximo-facial em ritidoplastias. *Cir Plast Ibero Lat Americana*, 1984.
 35. Ortiz-Monasterio F. Extirpation of the fat pad of Bichat in chubby cheeked patient. 4th Cong Intern Soc Aesth Plast Surg, Mexico City, 1977.
 36. Ortiz-Monasterio F. Personal communication, Mexico, 1980.
 37. Guyuron B. Subcutaneous approach to forehead, brow and modified temple incision. *Clinics in Plast Surg* 1992; 19(2).
 38. Dedo DD. *The atlas of aesthetic facial surgery*, New York, Grune & Stratton Ed, 1986.
 39. Caldeira AML. Ritidectomy subperiosteal. *Anais do Congr Br Cir Plast*, São Paulo(BR), 1990.
 40. Caldeira AML. Tratamento da região periorbitária. *Anais do Congr Cir Plast (BR)*, 1991.
 41. Flowers Robert S. Periorbital aesthetic surgery for man. *Clinics in Plast Surg* 1991; 19(4):
 42. Collini Francis J. Commentary to GF Maillard (45), *Plast Surg* 1992; (6).
 43. Kosanin RM. Postoperative alopecia in a woman after a lengthy plastic surgical procedure. *Plast Reconstr Surg* 1992; 73(2):
 44. Tessier P, Guiot J, Dulbert JP, Pastonza J. Osteotomies cranio-naso-orbito-faciais; hypertelorism. *Ann Chir Plast* 1967; 12: 103.
 45. Maillard GF. The subperiosteal bicoronal approach to total facelifting. *Aesth Plast Surg* 1991; 15: 285-291.
- Endereço para correspondência:** Alberto M.L. Caldeira - Rua Visconde de Pirajá, 414, sala 508 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

