
Revista Brasileira de OFTALMOLOGIA



SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

**Artigos
Originais**

**Seção de
Facoemulsificação**

Forum

4.6.65

Órbita senil

Novos conceitos e abordagem global

Alberto M.L. Caldeira *, Gábor Grigalek **

RESUMO

Os autores apresentam análise de 197 casos consecutivos realizados a partir de 1988 com adoção de Ritidoplastia Subperiostal, e abordam suas indicações funcionais e estéticas, limitações e contra-indicações. Acreditam 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, os autores acentuam a necessidade de uma dissecção subperiostal 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 e maior plenitude centro-facial.

Unitermos: Região periorbitária - Canto lateral das pálpebras - Descolamento subperiostal - Processo de envelhecimento - Rejuvenescimento facial.

ABSTRACT

Senile orbit. New concepts and global approach

The authors present a study of 197 consecutive cases operated of Subperiosteal rhytidoplasty since 1988, emphasizing its functional and aesthetic indications, limitations and contraindications. They consider this procedure a true revolution 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 authors comments on the need for a complete subperiosteal dissection of both zygomatic and malar regions as well as of the orbitay contours in order to achieve a trustworthy accomplishment of this technique, i.e., a refashioned orbitay contour and an additional centro-medial configuration.

Key words: Periorbitary region - Lateral palpebral canthus - Subperiosteal undermining - Aging process - Facial rejuvenation.

INTRODUÇÃO

No início da última década a abordagem cirúrgica para a correção estética da face limitava-se ao tratamento das partes moles, sem uma preocupação determinante quan-

to às estruturas profundas. No entanto, a beleza facial e o próprio conceito de rejuvenescimento facial devem reposar na combinação harmônica e no equilíbrio dos diferentes componentes anatômicos desta região. Portanto, progressivamente fomos sentindo a necessidade para maior

* Mestre em Cirurgia Plástica pela PUC/RJ, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstitutiva. FICS, FISAPS, Membro da American Academy of Cosmetic Surgery.

** Residente em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Recebido para publicação em 20/10/93.

atenção a todas as estruturas da face devido ao próprio envelhecimento gradual e constante destas estruturas.

Descrevemos em artigos anteriores^{1,2,3} as alterações epiteliais, ósseas, musculares e gordurosas resultantes do processo biológico do envelhecimento facial.

A pele, além de apresentar-se envolta em seu envelhecimento intrínseco, também é atingida pelo chamado foto-envelhecimento, com consequente apagamento lento e gradual das papilas dérmicas e dos criptos interpapilares, além de adelgaçamento e perda da elasticidade da pele. O tecido celular subcutâneo modifica sua distribuição geral, torna-se adelgaçado em algumas áreas, enquanto que em outras subsistem depósitos de gordura por enfraquecimento circumjacente.

O tecido muscular torna-se flácido, diminuindo a resistência de suas relações aponeuróticas com os ossos, que por sua vez apresentam alteração progressiva de volume. O sistema músculo-aponeurótico e suas relações de origem e inserção desempenham importante papel na estrutura facial. Este aspecto é particularmente significativo na região periorbitária, onde a localização e disposição dos músculos e ligamentos podem produzir consideráveis mudanças na forma e posição das pálpebras e do supercílio. Consequentemente, a cirurgia do rejuvenescimento facial pela abordagem subperiostal visa harmonizar o tratamento da face senil pela elevação dos tecidos moles a nível de suas inserções no esqueleto ósseo.

RELACÕES ANATÔMICAS

A necessidade do conhecimento anatômico das estruturas profundas da face levou autores como Mitz⁴, Couly⁵ e Cardoso⁶ a um estudo minucioso do músculo platisma. Mitz e Peyronie⁴, em 1974 realizaram dissecções em 14 hemisferes de sete cadáveres com idade superior a 50 anos, descrevendo o sistema músculo-aponeurótico superficial - SMAS - da face. Essa estrutura consiste de uma rede fibro-muscular contínua, desde a cabeça ao pescoço, dividindo a gordura subcutânea em duas porções, sendo uma mais superficial, onde pequenas porções gordurosas estão envolvidas por septos fibrosos unidos à derme. Acredita-se que esta camada seja um dis-

tribuidor da contração muscular da face (Psilaklis⁷). Profundamente ao SMAS, o tecido gorduroso é abundante, situa-se entre a musculatura facial profunda e não é dividido por septos fibrosos. O SMAS pode ser dividido em duas áreas, a parotídea, uma malha fibrosa distinta da fascia da glândula parotídea que se estende da orelha em direção aos músculos zigmáticos, e outra inferior, fina e contínua no pescoço, contendo o músculo platisma (Fig. 1).

O SMAS mantém íntima relação com os músculos da face, sendo importante para o cirurgião ter um bom conhecimento anatômico desta relação bem como das inserções ósseas dos músculos para executar uma abordagem cirúrgica segura e correta ao tratamento da face senil. Estudos anatômicos⁸ demonstram que o prolongamento cefálico do SMAS, denominado gálea, é facilmente descolado do pericrânio na região frontal. O músculo frontal não possui inserções ósseas, o que facilita este descolamento; constitui a projeção anterior do complexo fronto-gáleo-occipital, origina-se na gálea aponeurótica e insere-se nos músculos vizinhos, na cutis, ao nível da glábela e ao longo do supercílio.

Ao nível do rebordo orbitário superior, a gálea encontra-se firmemente aderida ao pericrânio, o que torna este descolamento mais difícil. Medialmente, ao nível do ápice narinário, a gálea é inseparável dos músculos corrugador e procerus. Estes músculos apresentam bilateralmente inserções periostais no rebordo orbitário superior, e suas inserções mediais situam-se logo abaixo da pele da região glabellar. Na região lateral da órbita, o SMAS, que neste local é denominado fascia temporal superficial, encontra-se firmemente aderido à fascia temporal profunda e ao periosteio. Em continuidade com a fascia temporal superficial encontra-se o músculo orbicular do olho (Fig. 2).

A região orbitária exige do cirurgião atenção especial para alguns detalhes anatômicos que podem alterar consideravelmente o resultado da cirurgia. A inclinação dos olhos é determinada pela posição do canto lateral e medial em relação a uma linha horizontal que tangencia a borda inferior da pupila⁹. O canto lateral é normalmente mais alto que o medial, ocasionando uma inclinação lateral e superior do olho, embora fatores étnicos e individuais possam alterar estas posições. A localização baixa do canto lateral

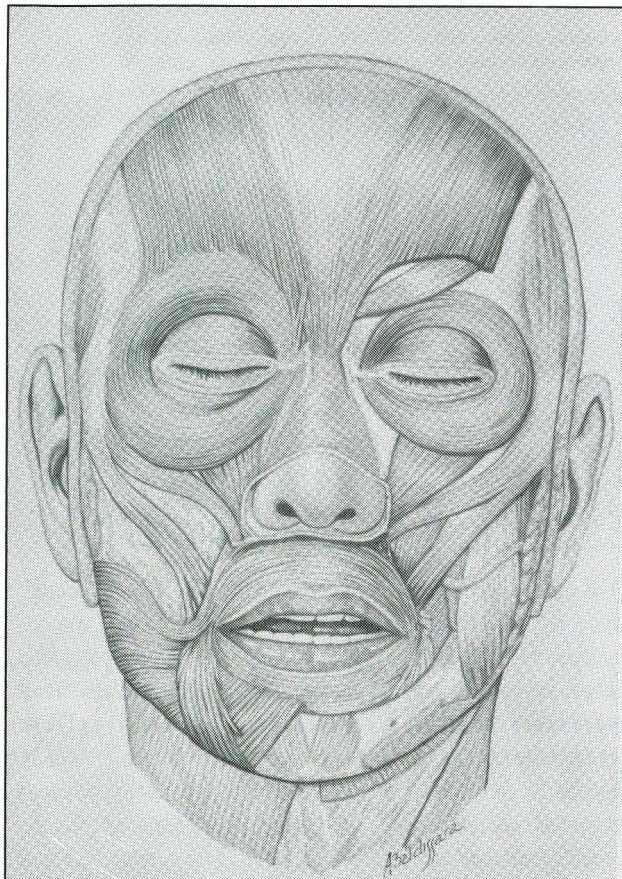


Fig. 1 - As estruturas músculo-aponeuróticas superficiais da face apresentam-se intimamente relacionadas desde o músculo platísmo à gálea aponeurótica, encontrando-se firmemente aderidas ao pericrâneo no rebordo orbitário superior. O SMAS na região lateral da órbita tem a denominação de fascia temporal superficial.

pode determinar o aparecimento da esclera acima da borda livre da pálpebra inferior quando o paciente está com o olhar direcionado para frente.

O formato das pálpebras é mantido por uma lâmina de tecido fibroso denso chamado tarso. Na borda cefálica do tarso superior está inserida a porção posterior do músculo elevador da pálpebra, formando o músculo tarsal superior. Posteriormente ao músculo orbicular da pálpebra superior situa-se o septo orbitário, uma camada de tecido conjuntivo que desaparece gradualmente na extensão do músculo elevador e que envolve uma camada de tecido adiposo denominada bolsa palpebral.

Na pálpebra inferior, e com características semelhantes às da pálpebra superior, o septo orbitário "mistura-se" a uma fina extensão fibrosa da lámina do músculo reto inferior, que também se insere na borda do tarso inferior através do músculo tarsal inferior. Dois ligamentos unem a porção final do tarso à parede orbital - o ligamento palpebral lateral e o ligamento

palpebral medial. Estes ligamentos não devem ser confundidos com a rafe palpebral lateral, que é um entrelaçamento das fibras do músculo orbicular localizado no ângulo lateral do olho. Fig. 3.

Profundamente ao músculo orbicular situa-se uma banda resistente de tecido fibroso, constituindo o ligamento palpebral lateral que se adere medialmente à lámina tarsal e lateralmente ao osso zigomático na borda interna da margem orbital. Portanto, o ligamento palpebral lateral está conectado diretamente e através da lámina tarsal a um tecido conjuntivo inelástico do septo orbital.

Inferiormente ao arco zigomático e ao rebordo infraorbitário, o SMAS pode ser dividido em duas porções diferentes, uma lateral e outra inferior⁴. O SMAS sobre a glândula parótida é uma densa e fibrosa camada que se estende da região pré-auricular, à borda do músculo zigomático maior. Neste local uma ligação fibrosa une o SMAS aos músculos do pescoço, aos zigomáticos, ao elevador do lábio superior e ao elevador do ângulo oral. A fixação do SMAS nesta área é resultado de suas conexões com a musculatura, sendo portanto muito importante a firmeza das inserções destes músculos ao periósteo do rebordo infraorbitário e do osso malar.

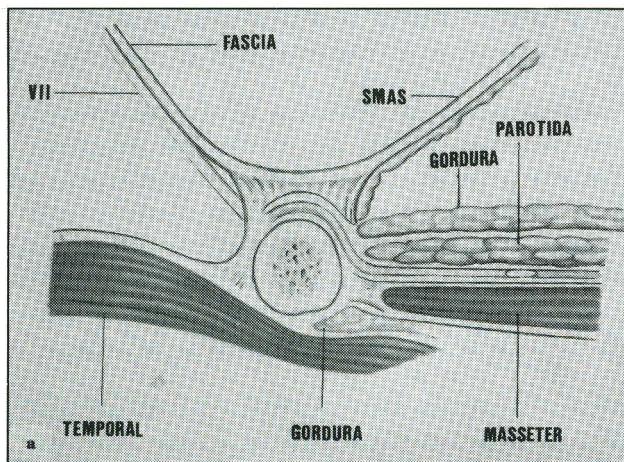
Portanto, o periósteo¹⁰ é uma lâmina de tecido conjuntivo, inelástico, que envolve o esqueleto ósseo. É constituído por uma resistente camada fibrosa mais externa que age como membrana limitante, e por uma interna mais celular, denominada camada osteogênica. O periósteo serve de inserção aos músculos e tendões. Os feixes de fibras colágenas de um tendão atingem o periósteo, algumas vezes atravessam-no e fixam-se no osso.

Considerando todas estas conexões e outras relações anatômicas, podemos entender porque o *face-lifting* com descolamento subgaleal sem uma abordagem subperiostal, impossibilita a elevação perfeita das partes moles da face, principalmente do supercílio, que é o primeiro objetivo destas cirurgias.

ALTERAÇÕES ANÁTOMO-CLÍNICAS

Como já referimos, o envelhecimento facial não se restringe apenas à flacidez da pele, ao tecido celular subcutâneo e ao SMAS. Cada região da

Fig. 2 (a, b) - O ramo temporo-frontal do nervo facial segue um trajeto oblíquo sob a fascia temporal superficial em direção a um ponto aproximadamente 2 cm lateral à cauda do supercílio.



face responde de maneira particular às solicitações do passar do tempo.

As principais alterações observadas neste processo de envelhecimento podem ser analisadas da seguinte maneira:

a) Região frontal - Aqui encontramos alterações dérmicas, como os sulcos frontais, motivadas pela ação da musculatura responsável pela mimica facial, que ocasionam aderências do tecido celular subcutâneo. O músculo frontal também sofre um processo de afrouxamento, acelerado pela ação da gravidade, que acentua as rugas glabrelares dos músculos prócerus e corrugador. As estruturas ósseas, como em outras regiões, sofrem um processo de reabsorção progressiva ou, pelo contrário, de deposição anormal de tecido ósseo.

Fig. 3 (a, b) - O canto lateral é normalmente mais alto que o medial, ocasionando uma inclinação lateral e superior da rima palpebral, como podemos observar em crianças e jovens, embora fatores étnicos, deformidades congênitas ou alterações anatômicas individuais possam alterar estas posições.



b) Região orbitária - Esta é uma região de especial significado dentro do quadro do envelhecimento facial, pois é a janela da expressão fisionômica, que apresenta algumas vezes uma aparência de fadiga e senilidade que não reflete a realidade de uma face ainda jovem^{11,12}. A cavidade orbitária também sofre com o processo de envelhecimento¹³. Existe uma reabsorção do tecido celular subcutâneo orbitário, que leva a uma depressão palpebral e a uma diminuição do sulco órbito-palpebral, com retração dessas estruturas para a cavidade orbitária. Com a



diminuição deste tecido subcutâneo, a pele palpebral torna-se redundante, ocasionando uma queda da pálpebra superior. O abaixamento do complexo superciliar muitas vezes aumenta a medida da queda palpebral e esta situação pode levar o cirurgião a uma perigosa "supercorreção" da pálpebra, causando assim um grave defeito com relação ao fechamento do olho. O processo de envelhecimento também pode alterar a posição do canto lateral embora isto provavelmente resulte de uma inclinação da pálpebra inferior, enquanto a inserção do ligamento palpebral lateral na parede orbitária lateral possa permanecer inalterada (Fig. 4).

c) Região naso-maxilar - Nesta região a ação contínua da gravidade ocasiona uma queda do tecido epitelial, que é acentuada pelo adelgaçamento do tecido adiposo. A queda da ponta nasal devido à redução do ângulo nasolabial torna-se marca predominante da face senil.

d) Região nasogeniana - A flacidez muscular e a queda dos tecidos que recobrem a face senil fazem com que haja desprendimento das inserções musculares, causando uma depressão deste sulco. Concomitantemente, existe um desgaste ósseo na região alveolar, produzido talvez pelos músculos faciais inseridos nessa região, que podem acentuar a depressão do sulco nasogeniano^{14,15}.

e) Região têmporo-zigomático-maxilar - A aponeurose superficial e a gálea encontram-se unidas nesta região, lançando conexões para o músculo orbicular das pálpebras, que se entrelaçam com as fibras do masseter em posição mais caudal. O prolongamento destas duas estruturas nada mais seria que o SMAS, que na face guarda relações íntimas com a derme. Portanto, todas estas estruturas, umas mais profundas que as outras, quando bem abordadas e reposicionadas, contribuem para o melhoramento do aspecto senil da face. Pela ação da gravidade, existe um acúmulo de tecido gor-

Fig. 4 (a,b,c,d) - O processo de envelhecimento facial poderá produzir a queda do canto lateral da pálpebra ou do conjunto superciliar, com ou sem afundamento palpebral superior e acompanhado ou não de outras alterações que caracterizam em intensidades diversas o que denominamos uma "Órbita Senil".

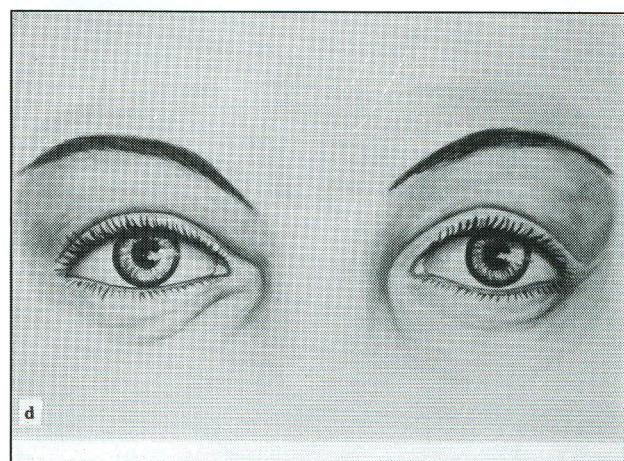
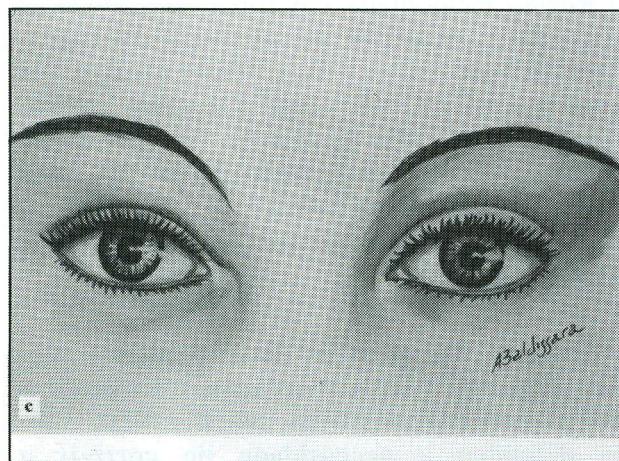
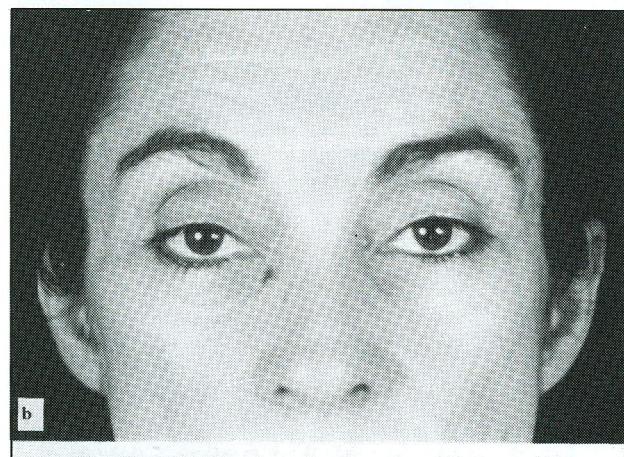
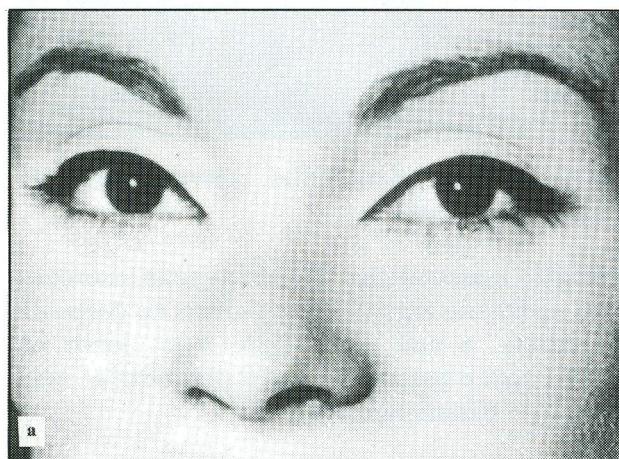
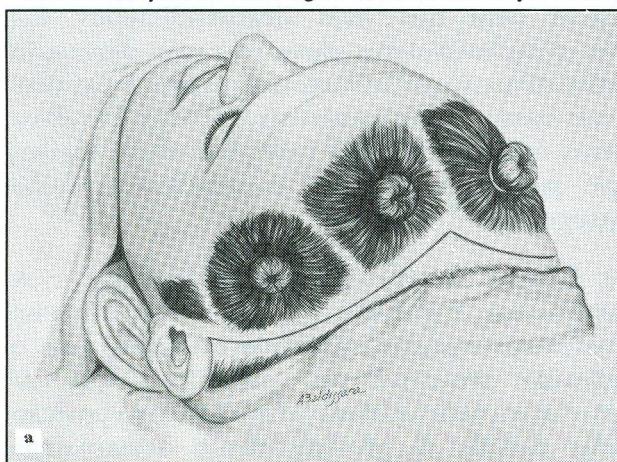
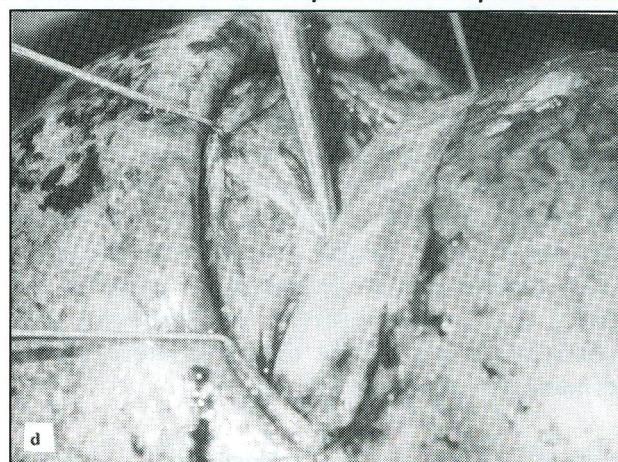


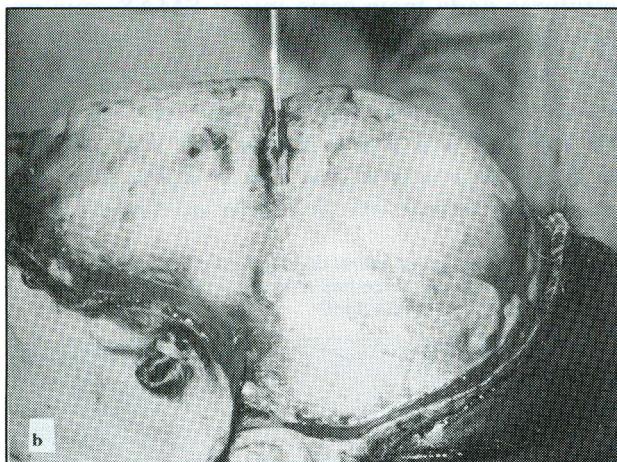
Fig. 5 (a,b,c,d,e) - As variações cirúrgicas empregadas por vários autores são mínimas em relação à confecção da ritidoplastia subperiostal. Damos preferência à incisão coronal bitemporal em asa de gaivota, iniciando o descolamento subperiostal a 3-4 cm do rebordo orbitário. Isto promoverá na região frontal a manutenção da integridade dos feixes vaso-nervosos supraorbitários e supratrocleários.



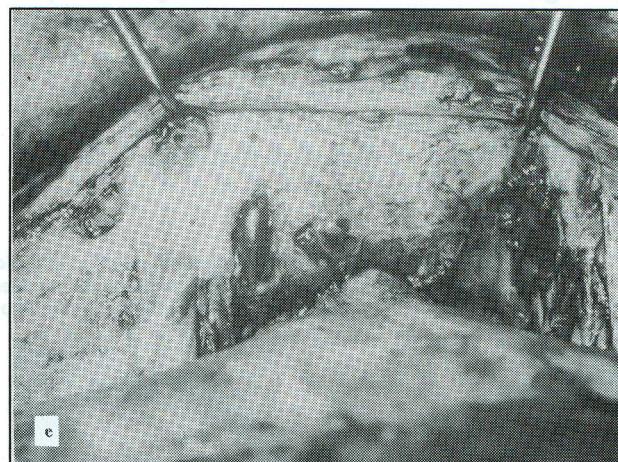
a



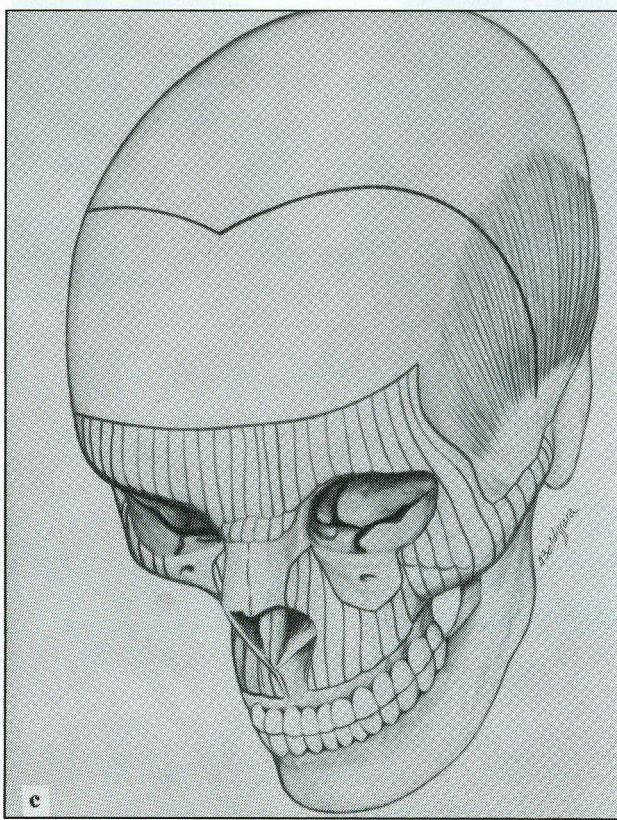
d



b



e



c

duroso na região mandibular, convenientemente chamadas de "jaws".

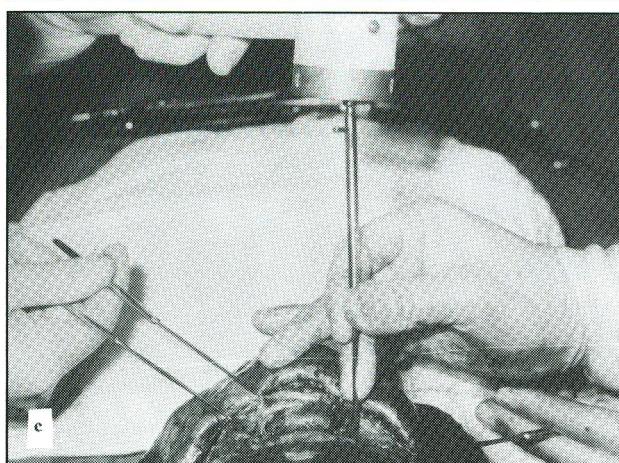
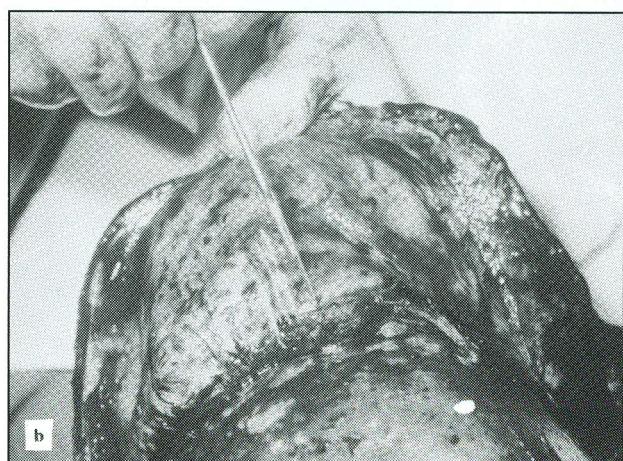
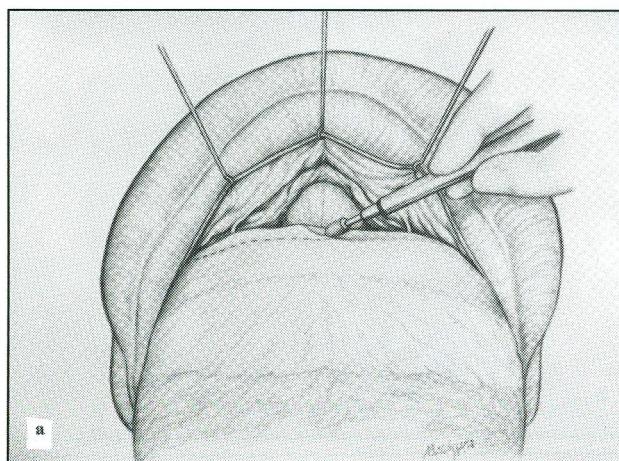
f) Região massetérica - Devido às suas inserções fixas no ângulo zigomático e móveis no corpo da mandíbula, a sua ação tende a tracionar os tecidos com o passar dos anos, provocando uma angulação paramentoniana.

g) Região mentoniana - A força da gravidade, associada à ação da musculatura da região favorece o acúmulo de tecido neste local, o que provoca a deformidade conhecida como "queixo de bruxa" e/ou "duplo mento". Também existe nessa região uma reabsorção óssea que pode acentuar estas deformidades.

HISTÓRICO

A evolução das técnicas de ritidoplastia subperiostal origina-se da abordagem cirúrgica dos cirurgiões crânio-maxilo-faciais. Em 1950, Guilles defendeu a necessidade de corrigir a

Fig. 6 (a,b,c) - (a) Podemos proceder o tratamento das deformidades ósseas frontais que por ventura existam com a raspagem das saliências ósseas ou correção com enxertos ósseos de depressões ou afundamentos, se presentes (b) O tratamento do músculo procerus e do complexo frontal pode ser feito através de incisões retangulares de relaxamento (c). Afim de produzir maior ascenção do complexo superciliar podemos liberar o pedículo supraorbitário através de osteotomia do foramen supraorbitário.



Síndrome de Crouzon por meio de osteotomia facial com abordagem da crista infraorbitária sobre o músculo oblíquo inferior, saco lacrimal e ligamento palpebral medial.

Tessier¹⁶, num artigo de 1971 sobre o tratamento cirúrgico da diástase crânio-facial presente na Síndrome de Apert e também na de Crouzon, salientou a necessidade de tratar todas as variantes anatômicas destas deformidades em um único tempo cirúrgico. Uma das linhas de atuação para o tratamento destas patologias era a correção da distopia cantal por rotação periorbitária ou por cantopexia trans-malar, método que atualmente é utilizado por alguns cirurgiões na ritidoplastia moderna.

Outros cirurgiões nos oferecem preciosas contribuições com seus estudos sobre cirurgia crânio-maxilo-facial relativos ao surgimento da ritidoplastia subperiostal, enriquecendo o conhecimento sobre este procedimento^{17,18,19,20,21,7,22,23,24}.

As técnicas de ritidoplastia utilizadas por diversos autores como Baker, Millard e Pitanguy²⁵ abordaram principalmente os planos superficiais da face. A partir dos trabalhos de Mitz e Peyronie⁴, vários cirurgiões^{6,26,27,28,29,30,31} passaram a se preocupar com as estruturas profundas, atuando de forma pessoal no tratamento das estruturas músculo-aponeuróticas e trazendo uma contribuição fundamental para o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas.

Coube a Paul Tessier^{16,32}, com o tratamento pormenorizado de todas as estruturas profundas da face, tornar-se o marco inicial desta técnica de abordagem ao rejuvenescimento facial.

Posteriormente, Santana^{33,34}, Ortiz-Monasterio^{13,19,35,36}, Psillakis^{45,49} e Krastinova^{11,12} penetraram na nova concepção sobre ritidoplastia.

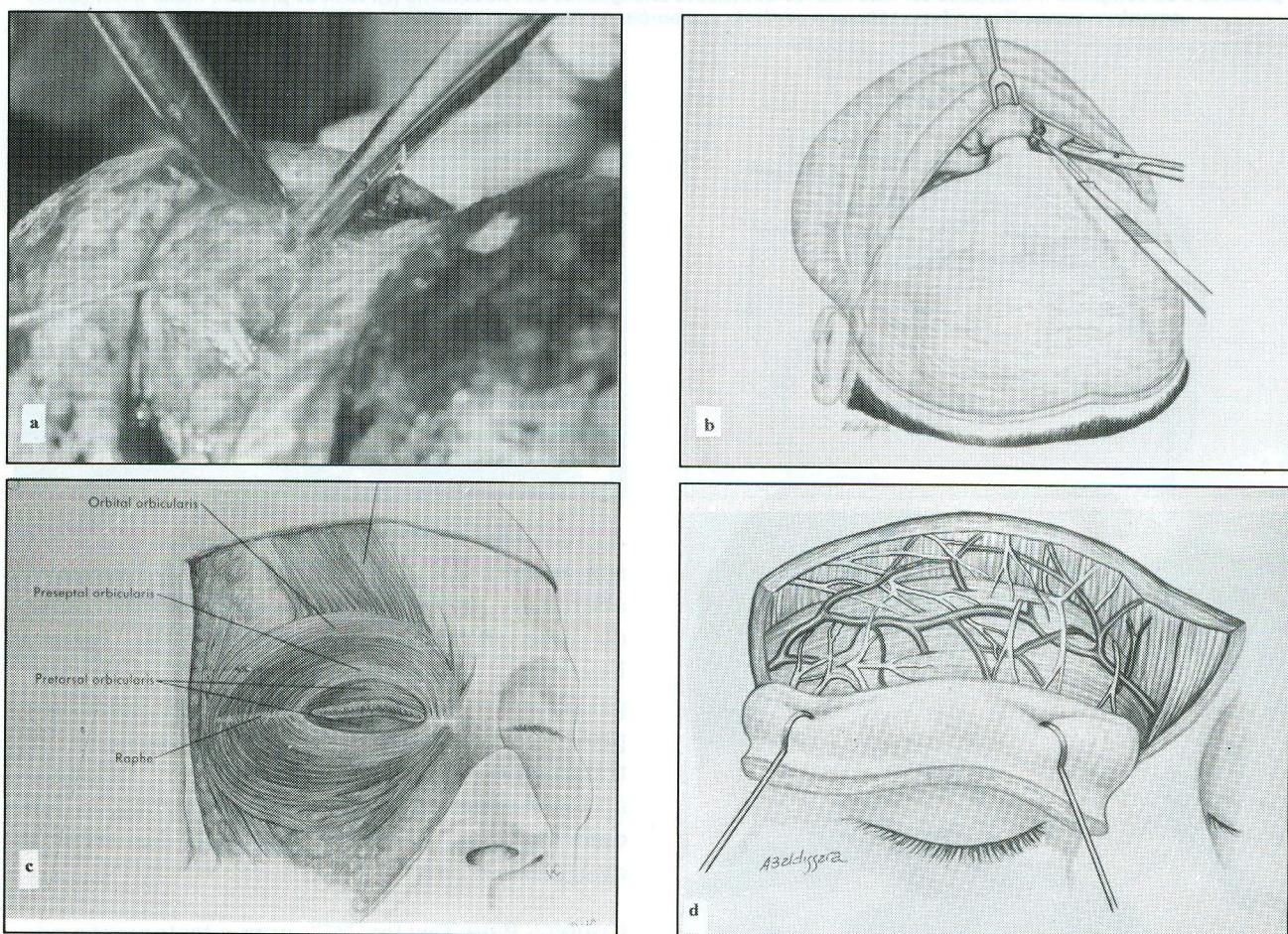
OBJETIVOS

A abordagem subperiostal na ritidoplastia proporciona ao cirurgião a oportunidade de atender as solicitações dos pacientes, cada vez mais exigentes e desejosos de um rejuvenescimento com o aspecto mais natural possível.

Esta técnica atinge as estruturas profundas com o intuito de harmonizá-las com as estruturas superficiais.

Segundo Krastinova²⁶, baseia-se em três pontos fundamentais de tratamento:

Fig. 7 (a,b,c,d) - Tratamento do músculo corrugador realizado através da individualização e ressecção do segmento muscular foi substituído nos 2 últimos anos por incisões de relaxamento do segmento orbitário do músculo orbicular, considerado o verdadeiro músculo depressor de sistema fronto-orbitário.



1. Órbita e cavidade orbitária
2. Esqueleto ósseo da face
3. *Lifting* das partes moles

1. Órbita e cavidade orbitária - Os olhos representam a expressão da beleza facial. Uma face com rugas na região periorbitária, flacidez das

estruturas superficiais e profundas, transmitirá uma mensagem de tristeza e cansaço muitas vezes incompatível com a idade e o espírito do paciente. Esta técnica aborda pontos que podem trazer enormes benefícios a este segmento e procura também obter algumas características da juventude, que podem ser conseguidas cirurgica-

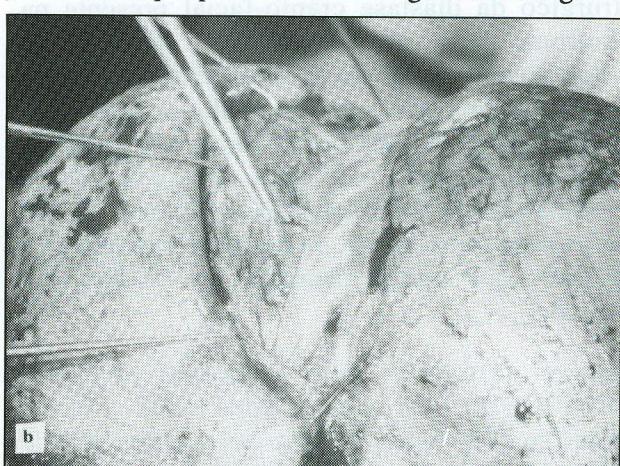
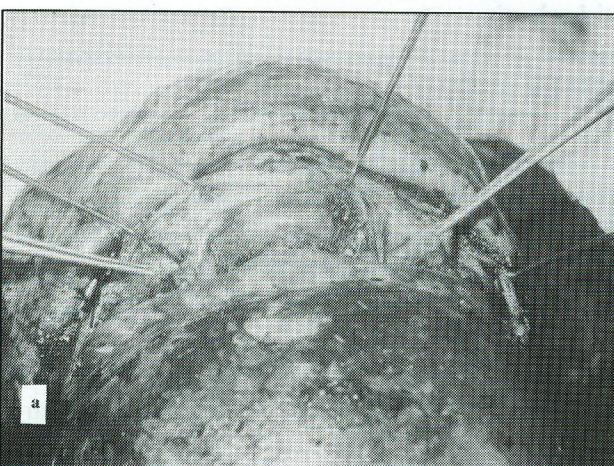
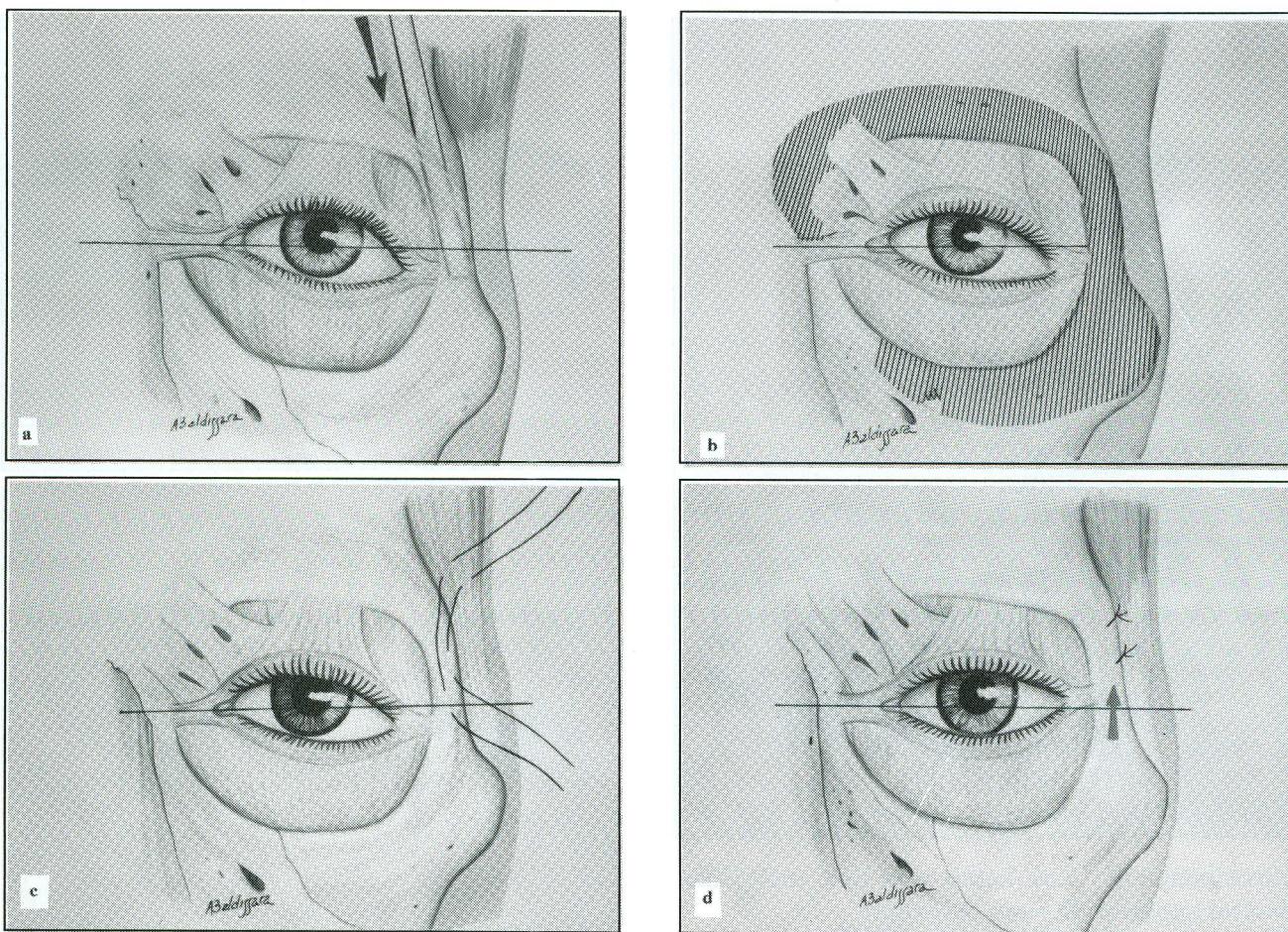


Fig. 8 (a,b) - A abertura do septo orbitário possibilitará o preenchimento e retificação necessários para restruturação do conteúdo palpebral superior com melhor conformação anatômica e fisiológica.

Fig. 9 (a,b,c,d) - O amplo descolamento subperiostal 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.



mente. São as seguintes:

- arcada superciliar bem definida, não muito proeminente nem apagada;
- fenda palpebral retificada;
- prega palpebral a 8 mm da borda livre;
- pálpebra superior cobrindo levemente a borda superior da córnea;
- pálpebra inferior horizontalizada, apenas tocando a borda inferior da córnea;
- proeminência malar acentuada.

2) Remodelagem óssea - Como já citamos, o processo de envelhecimento também atinge a estrutura óssea, tornando-a mais delgada ou mais espessa. Portanto, torna-se necessária uma abordagem destas estruturas, visando um resultado de melhor qualidade e tendo como objetivos:

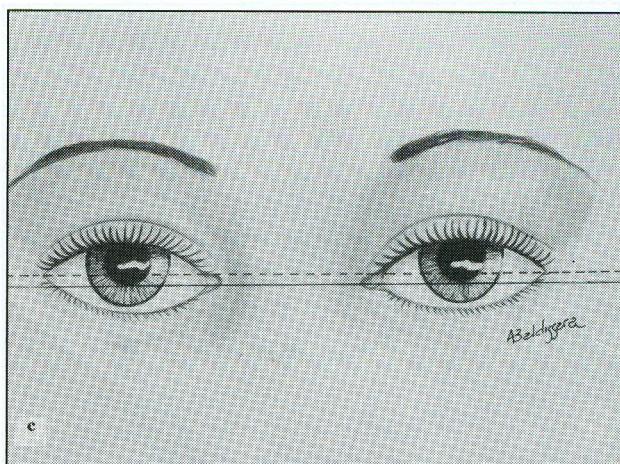
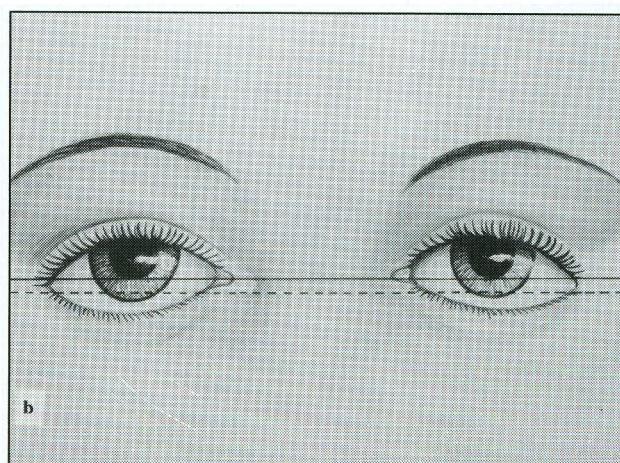
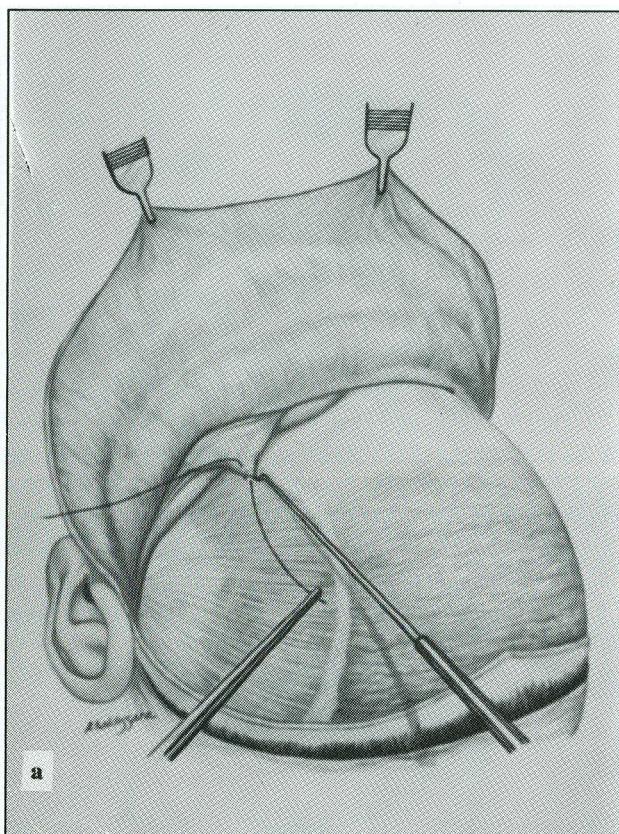
- lixamento do osso frontal a fim de diminuir suas alterações;

- tratamento da órbita;
- elevação ou alongamento do ângulo externo da fenda palpebral;
- melhoria da aparência dos olhos com aspecto de fadiga;
- diminuição do aspecto dos olhos globulosos;
- enxertos ósseos na crista maxilar;
- atenuação do "mento de bruxa" através do acesso clássico endoral inferior.

Com essa abordagem, as estruturas superficiais a serem tratadas repousarão sobre um leito mais bem preparado para recebê-las.

3) "Lifting" das partes moles - Não existem alterações importantes nesta etapa do tratamento. Como pequena modificação, a elevação da região palpebral externa é acentuada, com fixação na aponeurose temporal. Pequenas variações na localização da fixação periostal do ligamento palpebral lateral alteram a inclinação lateral da pálpebra, mudando de um

Fig. 10 (a,b,c) - Acreditamos que o objetivo maior da ritidoplastia subperiostal seja o amplo descolamento órbito-palpebral com correção efetiva das deformidades classificadas segundo o autor senior, como Órbita Senil.



direcionamento para baixo para uma inclinação lateral superior da rima palpebral.

INDICAÇÕES

A execução da ritidoplastia subperiostal é indicada quando observamos na análise preoperatória que o paciente apresenta nesta área alterações que não poderão ser abordadas de

forma efetiva através de um *face-lifting* convencional. São elas:

1. Queda da extremidade lateral dos supercílios;
2. Alterações das estruturas ósseas da região frontal;

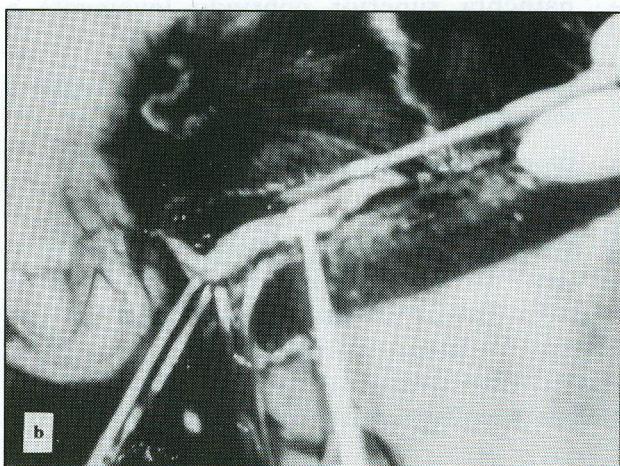
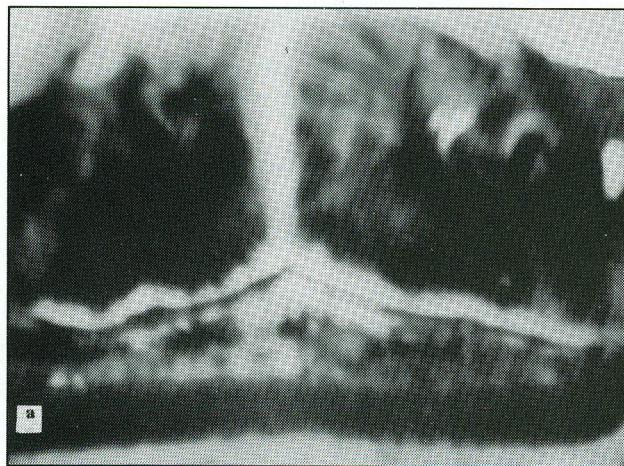


Fig. 11 (a,b) - Geralmente não vemos necessidade de ressecção de pele na área parietal, porém realizamos rotineiramente tração e resecção temporal, que servirão de sustentação dos planos superficiais às fixações periostais prévias.

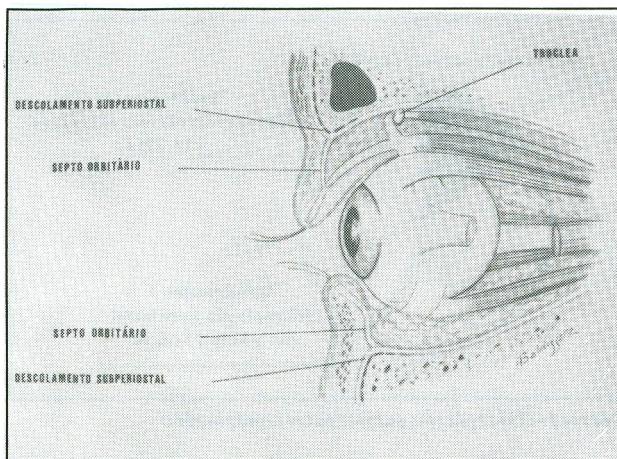


Fig. 12 - O descolamento subperiostal orbitário interno não deve ultrapassar os limites de 0,8 a 1,0 cm do rebordo orbitário para que se possa preservar as estruturas internas da fixação periostal, como a troclea.

3. Olhos excessivamente arredondados;
4. Afundamento das pálpebras superiores, como seqüela de blefaroplastia ou constitucional (preservando a integridade da fisiologia e da fisionomia das referências anatômicas da região periorbitária);
5. Flacidez palpebral inferior com perda da retificação palpebral inferior com graus variados de esclera aparente (*scleral show*);
6. Ptose ou queda antimongólica da fenda palpebral devido a processo degenerativo de envelhecimento facial;
7. Alterações das estruturas ósseas do teto orbitário;
8. Distopia cantal orbitária externa;
9. Malformações e afecções faciais (Síndrome de Crouzon, Síndrome de Apert);

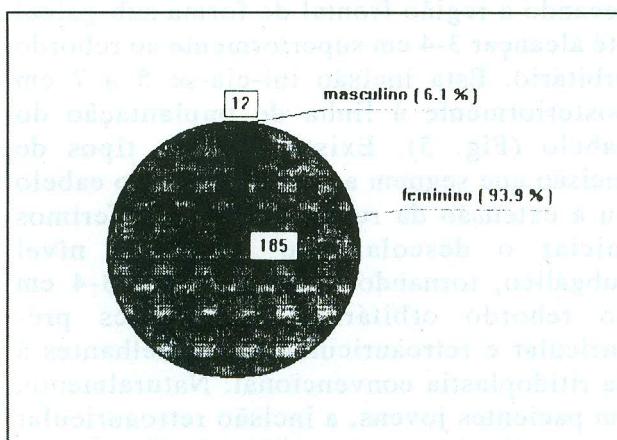


Tabela 1 - Distribuição por sexo - 197 pacientes

MATERIAL E MÉTODOS

Neste artigo os autores apresentam sua casuística de 197 pacientes consecutivos operados para correção da face senil no período de março de 1988 a setembro de 1993 (Tab. 1) e submetidos a ritidoplastia subperiostal com amplo descolamento peri-orbitário associado a ritidoplastia cérvico-facial em 133 casos, correspondendo a 67,5% dos casos.

A idade destes pacientes - a maioria do sexo feminino e da raça branca - oscilou entre 30 e 73 anos, com maior predominância da faixa etária de 40-49 anos (Tab. 2).

Observaram-se como indicação cirúrgica: queda da porção lateral do supercílio em 100% das pacientes, queda do canto externo da órbita, esclera aparente, enoftalmia, abaixamento da canto lateral da boca, e alteração da esqueleto ósseo, com saliências na região frontal. Alguns destes pacientes apresentaram duas ou mais indicações.

Como procedimentos anciliares à ritidoplastia, foi realizado tratamento do platisma com aproximação das bordas mediais em 169 casos e tratamento de SMAS-platisma com amplo descolamento e tração modificada pelo autor senior (Tab. 5) em 133 casos, confecção de retalho SMAS-platisma com descolamento discreto e tração clássica em 36 casos, lipectomia submentoniana a céu aberto a tesoura e lipoaspiração (121 casos), redução do lobo da orelha senil (45 casos), correção de lábio senil pela técnica de Cardoso (13 casos), *peeling* perioral (31 casos), e inclusão de prótese de mento (4 casos).

A blefaroplastia foi realizada em 66 casos, sendo que em 13 pacientes foi associada a encurtamen-

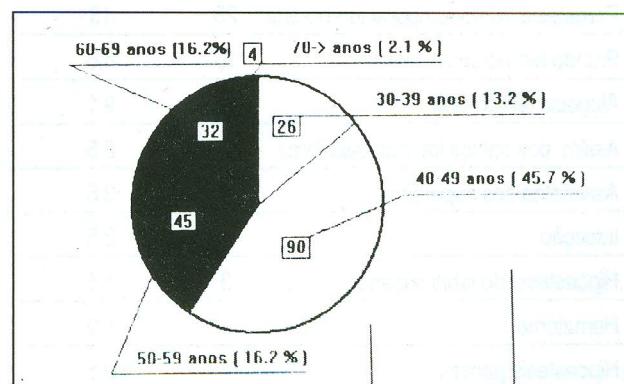


Tabela 2 - Distribuição por faixa etária (197 casos)

to unilateral do músculo elevador da pálpebra superior para correção de assimetria congênita da rima palpebral. Em 22 casos a blefaroplastia foi secundária. Não foi realizada blefaroplastia em 16 casos, uma vez que 11 desses não apresentam indicação cirúrgica e em 5 casos o edema impossibilitou uma avaliação per-operatória em condições seguras.

Nas tabelas 3 e 4 podemos observar os procedimentos associados e complementares à cirurgia do rejuvenescimento facial.

Dos 197 pacientes submetidos a ritidoplastia subperiostal, 98 correspondem a procedimentos primários, 92 a ritidoplastias secundárias, e nos 7 restantes foi realizada revisão subperiostal de procedimentos realizados pelo autor senior (Tab. 6).

Tabela 3 - Procedimentos associados

Procedimentos associados	Casos	%
Mamoplastia	26	13.2
Lipoescultura	60	30.4
enxertia	40	20.3

Tabela 4 - Procedimentos complementares

Procedimentos complementares	Casos	%
Rinoplastia	18	9.1
Rinoseptoplastia	9	4.6
Blefaroplastia	161	81.7
Otoplastia	9	4.6
Dermoabrasão	31	15.7
Correção senil		
labio	13	6.6
lobulo	45	22.8
Mentoplastia c/prot. de silicone	4	2.0

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

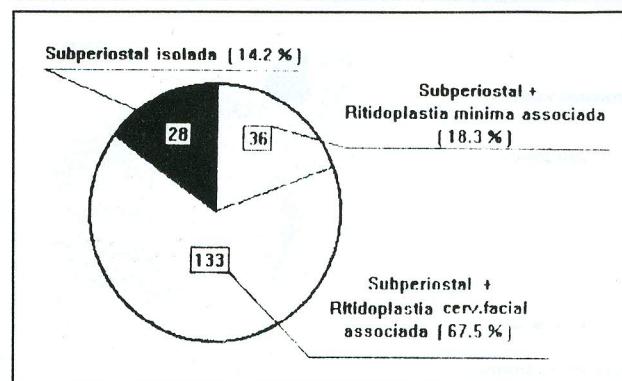


Tabela 5 - Rhytidoplastia subperiosteal associações

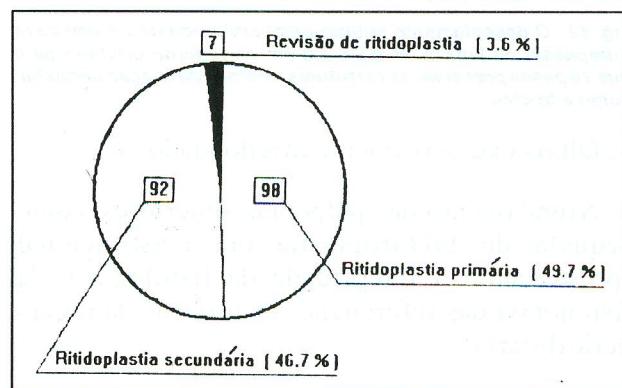


Tabela 6 - Rhytidoplastia

ABORDAGEM CIRÚRGICA

As técnicas cirúrgicas têm como proposição básica uma abordagem sub-periostal de cada região a ser tratada, utilizando as vias de acesso oriundas da cirurgia crânio-maxilo-facial coronal, endoral. As variações dos métodos cirúrgicos empregados por vários autores são mínimas com relação à confecção da rhytidoplastia subperiostal. Inicia-se basicamente pela incisão coronal, bitemporal, dissecando a região frontal de forma sub-galeal até alcançar 3-4 cm superiormente ao rebordo orbitário. Esta incisão inicia-se 5 a 7 cm posteriormente à linha de implantação do cabelo (Fig. 5). Existem vários tipos de incisão que seguem a conformação do cabelo ou a extensão da região frontal. Preferimos iniciar o descolamento frontal a nível subgálico, tornando-se subperiostal 3-4 cm do rebordo orbitário. As incisões pré-auricular e retroauricular são semelhantes à da rhytidoplastia convencional. Naturalmente, em pacientes jovens, a incisão retroauricular só é realizada quando existem indicações de tratamento da região cervicofacial (Fig. 6).

Fig. 13 (a,f) - Pré e pós-operatório com 60 dias de evolução de paciente de 42 anos submetida à ritidoplastia subperiostal e cérvico-facial e blefaroplastia associada, observando-se a remodelagem da região órbito-palpebral com expressivo e global rejuvenescimento facial.



a



b



c



d



e



f

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 procerus 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 frontoorbitário. A ponta nasal é alcançada com descolamento a tesoura após rompermos os limites do periosteio ao nível dos ossos nasais (Fig. 7). 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 intraorbitárias (Fig. 8). 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 infraorbitário. 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 convencional. A incisão pré-auricular contorna o lóbulo da orelha em direção à região mastoidea, 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 infrazingomática 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 periosteio ao nível da inserção da aponeurose temporal (Fig. 9). Em seguida são colocados outros três pontos de aproximação no periosteio 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. 10). 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 a realização de um 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 contínuo em "guarda-grega", com fios de mononylon 5.0 (Fig. 11).

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 préauricular 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 Furosemid entre o 3º e 10º dias pós-operatórios.

Fig. 14 (a,f) - Pré e pós-operatório de 10 meses de evolução de paciente de 52 anos submetida à ritidoplastia subperiostal e cérvico-facial onde a blefaroplastia superior e inferior foi realizada em um segundo tempo cirúrgico (60 dias após) devido a acentuado edema peroperatório que impossibilitou a avaliação palpebral. Podemos observar a elevação do canto lateral da párpada, a discreta elevação superciliar e a retificação do rebordo palpebral inferior conferindo jovialidade e harmonia a todo o conjunto facial.



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 subperiostal 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 sub-periostal 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 subperiostal de região periorbitária (Tabela 7).

As complicações decorrentes da técnica subperiostal 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 1 caso de diplopia transitória, com resolução 2 a 3 meses após a intervenção cirúrgica. Não existe praticamente nenhuma explicação adequada ao surgimento dessa complicaçāo na literatura mundial. Como acontece muito raramente, sua casuística é quase desconhecida. Porém, acreditamos seja causada por lesão inadvertida 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. Essa intercorrência pode surgir ao se promover o descolamento subperiostal do rebordo superior posteriormente à inserção do septo orbitário que

ultrapasse o limite de 0,8-1,0 cm da abertura orbitária (Fig. 12).

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 complicaçāo 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 periostal ou o mais medialmente possível. Outra possibilidade seria a utilização de suturas inadvertidas, englobando grandes porções de tecido nesta área. As fixações periostais devem ser precisas e firmes, correspondendo a segmentos do canto lateral palpebral cauda superciliar e fascia temporal.

Assimetria dos cantos laterais das pálpebras - Constatamos esta intercorrência em 7 casos, sendo que a maioria quase absoluta originou de edema assimétrico, e recuperando-se num período de 30-45 dias de evolução. Quando persistente, o que ocorreu em 1 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 regressão satisfatória dos processos inflamatórios decorrentes da intervenção básica.

Assimetria dos supercílios - Foi observada em 7 pacientes, em 4 casos sendo provocada por edema tecidual persistente que regrediu espontaneamente como esperado. Nos outros 3 casos procedemos a revisão cirúrgica específica e unilateral temporal da área para correção da fixação assimétrica da cauda do supercílio. A reintervençāo destes casos pode ser mais precoce, num período de 60-90 dias.

Infecção - Essa complicaçāo (4 entre os 5 casos) foi detectada pela presença de secreção purulenta localizada focal e separadamente ao nível da ferida bicononal. Relacionamos esta complicaçāo à incisão com descolamento subperiostal através da incisão endoral de Caldwell-Luc. Devido à facilidade de realizar o descolamento sub-periostal completo através do acesso bicononal, damos preferência exclusiva à

Fig. 15 (a,f) - Paciente de 46 anos com face longa, fina e ovalada e tendência a exoftalmia, olhos discretamente globosos, discreta flacidez e perda da linearidade da borda livre da pálpebra inferior e com presença de moderada bolsa de gordura palpebral inferior. Pré e pós-operatório de 1 ano e meio de ritioplastia subperiostal e cérvico-facial com blefaroplastia inferior transconjuntival, discreta ressecção da bolsa de gordura inferior e da bolsa de gordura superior interna. Procedemos ainda a abertura do septo orbitário e exteriorização da gordura intraorbitária. Observamos a redefinição da linha superciliar, discreta elevação do canto lateral da pálpebra com retificação da borda livre da pálpebra inferior. A correção do afundamento palpebral mostrou-se insuficiente por tratar-se de insuficiência gordurosa constitucional facial e órbito-palpebral.

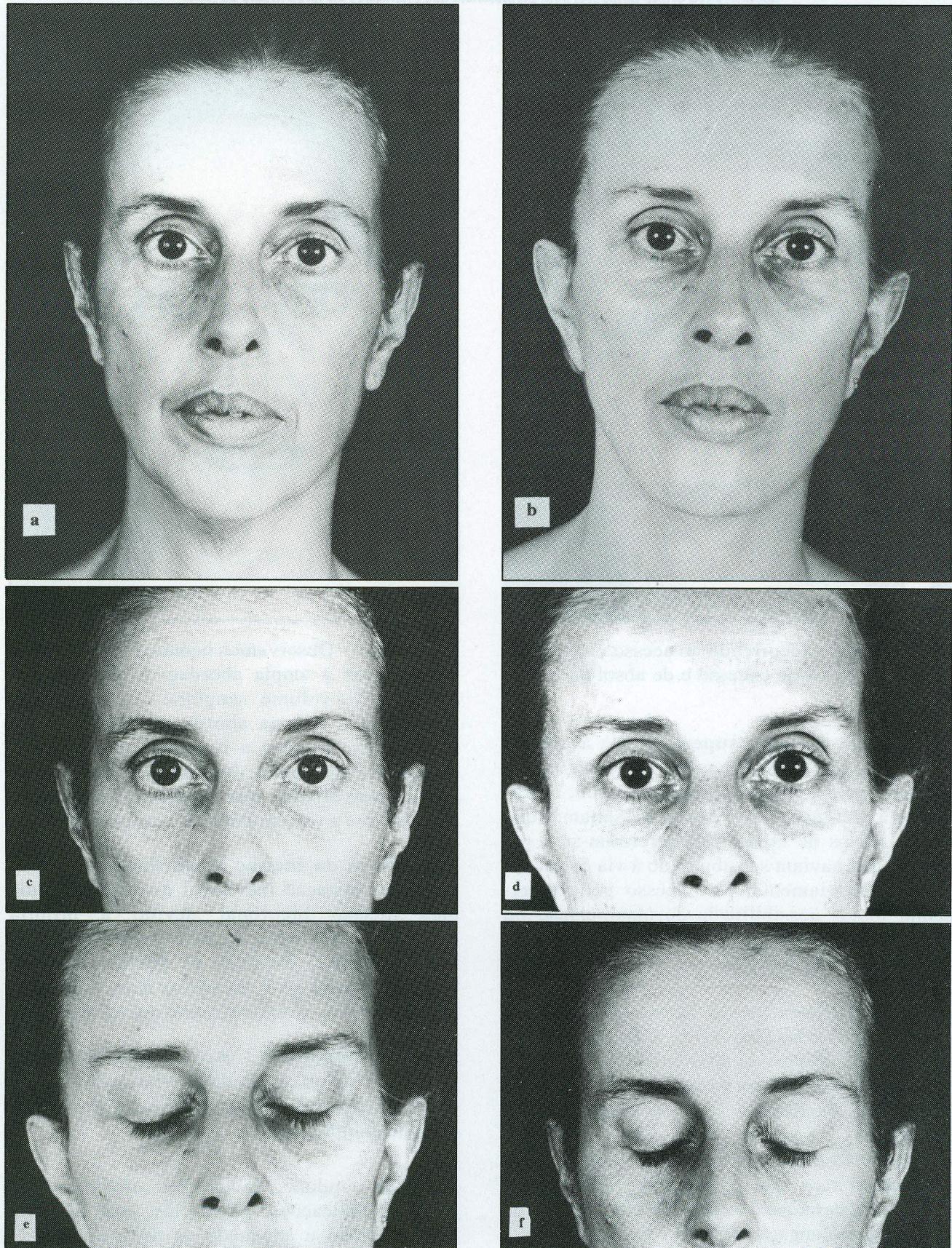


Fig. 16 (a,b) - Paciente de 39 anos com marcado envelhecimento do terço médio e superior da face, além de alterações evidentes do conjunto órbito-palpebral intensificadas por blefaroplastia prévia. Pré e pós-operatório de 6 meses de ritidoplastia subperiostal e cérvico-facial e blefaroplastia superior e inferior secundária associada a abertura do septo orbitário superior e exposição das bolsas de gordura intraorbitárias. Observamos a dramática melhora do quadro degenerativo órbito-palpebral com persistência das alterações do terço médio da face.



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 1 ano, observamos a presença de três casos. Ressaltamos que os três casos de hipoestesia referiram-se a pacientes que haviam se submetido à via de acesso endoral. Obviamente, este acesso pode representar maior possibilidade de manipulação ou tração do nervo infraorbitário durante a liberação do periosteio desta região.

Alopecia temporária - A alopecia ao redor da cicatriz é relacionada antes de tudo à tensão dos tecidos e a 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.

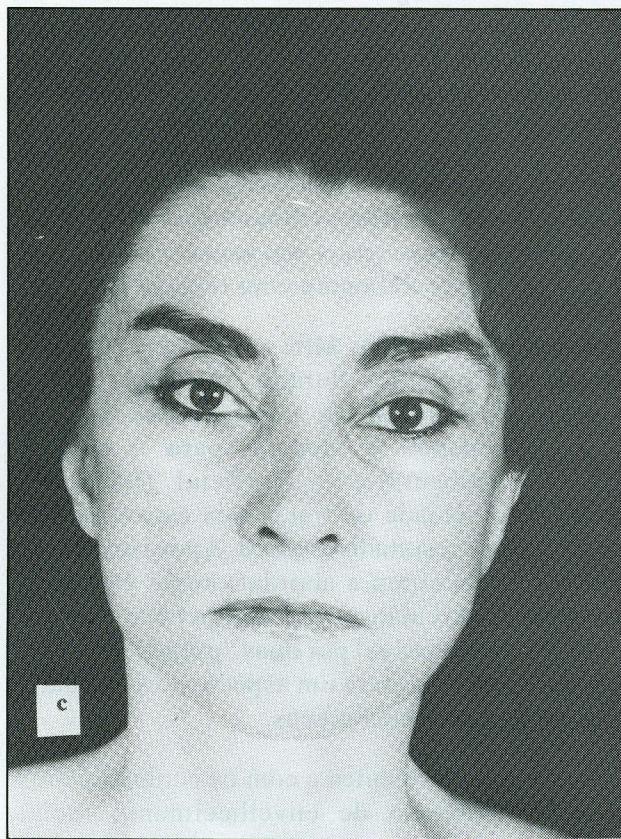
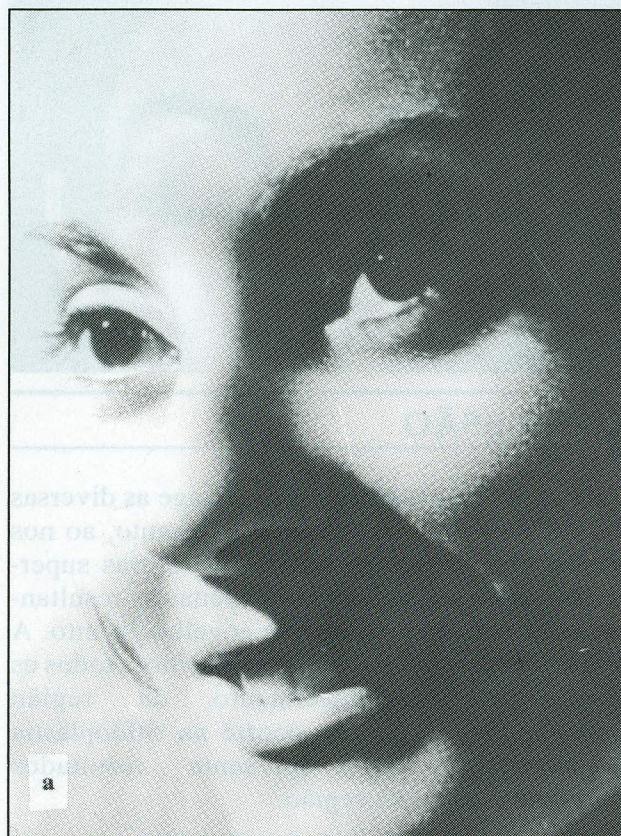
Hematoma - Observamos hematoma em 2 casos relacionados a ampla abordagem do SMAS e acúmulo de volume sanguíneo a este nível. Acreditamos que na abordagem profunda do terço médio da face a hemostasia, sendo circunstancial e perigosa, deve ser feita com bisturi elétrico tipo bipolar, que produzirá menos calor lateralmente à extremidade do equipamento.

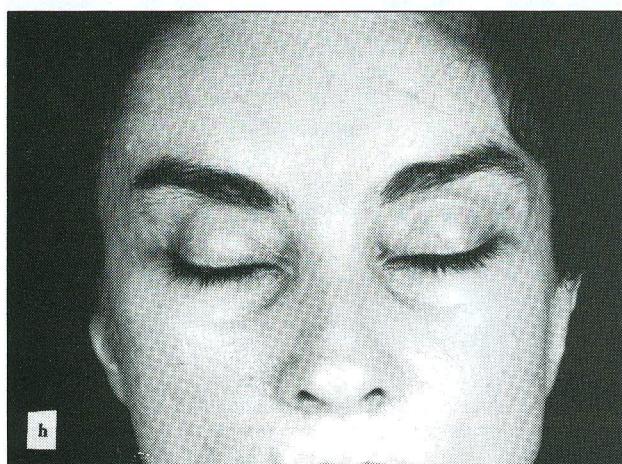
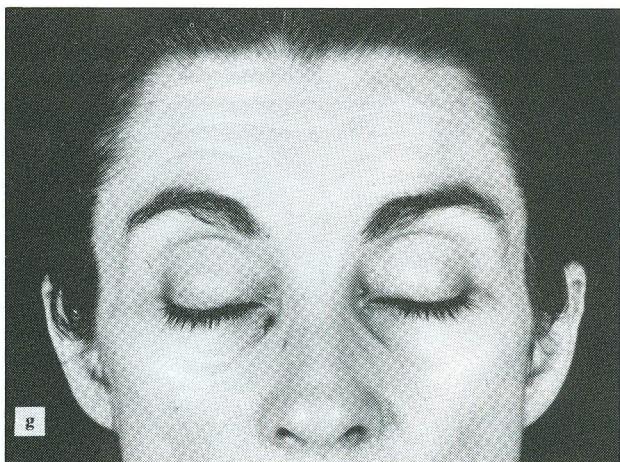
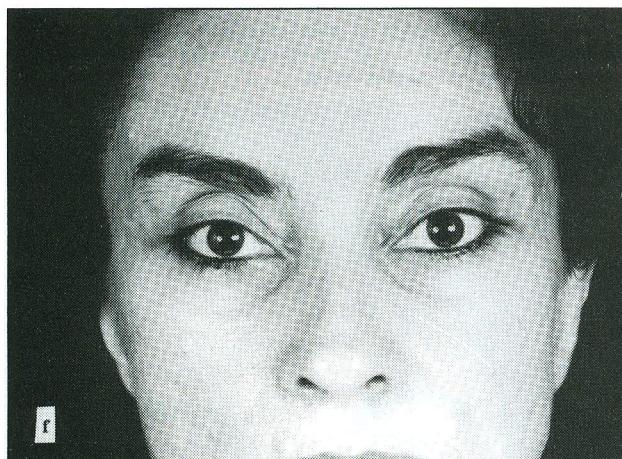
Hipoestesia da incisão posteriormente - É a única complicaçāo inevitável quando realizada uma incisão bicoronal devido à própria disposição anatômica do nervo supraorbitário. Podemos tentar diminuir as queixas dos pacientes ao planejar a incisão o mais posteriormente possível. Contudo, isto é questionável.

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

Algumas condutas devem ser adotadas para evitar complicações. Entre elas, usar material bem adaptado e adequado às necessidades da

Fig. 17 (a-h) - Face feminina através dos anos - 21 anos: observamos a forma alongada da fenda palpebral - 43 anos: evidentes alterações órbito-palpebrais resultantes do processo de envelhecimento facial; pós-operatório de 4 meses de ritidoplastia subperiostal e cérvico-facial sem blefaroplastia associada.





cirurgia, procurar manter um bom plano de dissecção, 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 atraumática 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 subperiostal não representa "per si" 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. 13).

DISCUSSÃO

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

A ritidoplastia subperiostal origina-se diretamente da cirurgia crânio-maxilo-facial. As técnicas desenvolvidas por diversos autores nos oferecem o conhecimento para abordar todas as estruturas da face em conjunto para 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.

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 melhor resultado estético. Apos 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, mais não abordavam - com resultados satisfatórios e duradouros - a porção superior 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} (Fig. 14).

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

A filosofia dessa técnica consiste no tratamento das estruturas profundas da face com abordagem subperiostal 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. 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 infraorbitária 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 subperiostal, que descrevemos nos tópicos anteriores (Fig. 16).

Como estes elementos se inserem fortemente e internamente no periosteio ao redor do rebordo orbitário, somente um amplo descolamento subperiostal desta região é capaz de trazer 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 subperiostal 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 subperiostal 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. 16), 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 subperiostal com a confecção de retalho temporal⁴⁴. No entanto, estes procedimentos devem ser acompanhados de ritidoplastia subperiostal com amplo descolamento órbito-palpebral como propomos, afim 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 à blefaroplastia convencional primariamente e de forma isolada. Contudo, quando assim realizada, deverá ser de forma altamente conservadora quanto à manutenção da pele nas pálpebras superiores e inferiores e quanto à 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 englobadas sob o nome de órbita senil (Fig. 17).

Ressaltamos os casos de pacientes jovens com alterações palpebrais, como afundamento das pálpebras superiores, que abordamos através da ritidoplastia subperiostal com liberação do septo

orbitário, que permite a protrusão das bolsas intraorbitárias 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 abordagem direta, mas que podem acarretar cicatrizes aparentes nem sempre bem aceitas pelos pacientes. Já o *lifting* subperiostal 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 subperiostal. 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 à flacidez da pálpebra inferior. Esta flacidez da pálpebra ocasiona um "scleral show" que confere ao paciente um aspecto de cansaço e de senilidade.

Algumas críticas são feitas a esta técnica pelo fato do periosteio ser considerado inelástico, o

que impossibilitaria sua tração. Porém, não são críticas objetivas já que não existe a intensão de se promover tração do periosteio, 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 subperiostal associada a blefaroplastia não representa uma contra-indicação absoluta, mas deve estar sujeita aos desejos e ansiedades do paciente.

A ritidoplastia subperiostal 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 afim de poder oferecer aos pacientes um resultado harmônico, eficaz e duradouro.

Endereço para correspondência:

R. Visconde de Pirajá, 414/508
Rio de Janeiro - RJ

BIBLIOGRAFIA

01. CALDEIRA, A.M.L. *et allii*. As bases biológicas do envelhecimento. *F. Med (BR)*, 99(3):107-118, 1989.
02. CALDEIRA, A.M.L.; NIEVES, A.P., SALINERO, R.A. & MALEOMBHO, J.P.: Cirurgia do rejuvenescimento facial. Importância do tratamento do tecido gorduroso e considerações sobre a lipoenxertia de face. *Rev. Bras. Cir.* 78(6):375-392, 1988.
03. CALDEIRA, A.M.L. *et allii*. Tratamento das estruturas músculo-aponeuróticas na cirurgia do rejuvenescimento facial. *Rev. Bras. Cir.* 79(1):33-43, 1989.
04. MITZ, V. & PEYRONE, M.: The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast. Reconstr. Surg.* 58:80, 1976.
05. COULY, G.; HARRAH, J. & VAILLANT, J.M.: Le fascia superficialis céphalique. *Ann. Chir. Plast.* 20:175, 1975.
06. CARDOSO DE CASTRO, C.: The anatomy of platysma muscle. *Plast. Reconstr. Surg.* 66:680, 1980.
07. PSILLAKIS, J.M.: Craniofacial methods in rhytidoplasty. Communication to Aesthetic Surg. Symposium, Rio de Janeiro, BR, 1982.
08. TURPIN, I.M.: The modern rhytidectomy. *Clinics in Plast. Surg.*, Vol. 19, # 2, Apr. 1992.
09. KRASTINOVA, L.D.: Le mask lift. *Plasties et reconstructions palpébrales*. Méd. Hygiene, 1988.
10. TESTUT, L. & LATARGET, I.: *Anatomia humana*. Vol. 1, Ed. Salvat, 7:788, 1965.
11. KRASTINOVA, L.D.: Le lifting facial sous périoste. *Ann. Chir. Plast. Esthét.*, 34(3):199-211, 1989.
12. KRASTINOVA, L.D.: Indications esthétiques et fonctionnelles du "mask lift", 1er Congrès de la SOFCEP, 1988.
13. ORTIZ-MONASTERIO, F. & RODRIGUEZ, A.: Lateral canthoplasty to change eye eye slant. *Plast. Reconstr. Surg.* 12:216-219, 1984.
14. HAMRA, S.T.: Composite rhytidectomy. Quality Medical Publishing Inc., USA, 1993.
15. OWSLEY, J.Q.: Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. *Plast. Reconstr. Surg.* 19(3), 1993.
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.* 48:419, 1971.
17. MARCHAC, D.: Radical forehead remodelling for cranioesthenosis. *Plast. Reconstr. Surg.* 61:823, 1978.
18. MUNRO, D.R.; HOFFMANN, H. & HENDRICK, E.B.: Total cranial vault reshaping in craniofacial surgery. In: 6th Intern. Congr. Plast. Reconstr. Surgeons, Paris, Masson et Ed., 1976.
19. ORTIZ-MONASTERIO, F.; DEL CAMPO, A.F. & 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.* 65:507, 1978.
20. PSILLAKIS, J.M.; ZANINI, S.; CARLUCCI, A.R. & NOCCHI, V.L.B.: Cirurgia cranio-facial. *Cir. Plast. Ibero Lat. Americana* 5:2, 1979.

21. PSILLAKIS, J.M. et allii. Repair of large defect of frontal bone with free graft of outer table of parietal bones. *Plast. Reconstr. Surg.* 64(2):827-830, 1979.
22. PSILLAKIS, J.M.: The use of craniofacial surgery techniques in rhytidoplasty of the superior third of the face. *Cir. Plast. Ibero Lat. Americana*, 1984.
23. PSILLAKIS, J.M.: 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, L.A.; MUNRO, I.R.; JACKSON, I.J.; SALYER, K.E.: Problems in cranifacial surgery. *J. Max Fac. Surg.* 4:131, 1981.
25. PITANGUY, I. et allii. Considerações sobre nossa experiência com dissecação e plicatura do SMAS em mentoplastia. *Rev. Bras. Cir.* 7:57, 1981.
26. CONNELL, BRUCE F.: The male foreheadplasty. *Clinics in Plast. Surg.* 18(4), 1991.
27. GUERRERO-SANTOS, J.; ESPAILLAT, L. & MORALES, F.: Muscular lift in cervical rhytidoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 54:127, 1975.
28. GUERRERO-SANTOS, J.: The role of the platysma muscle in rhytidoplasty. *Clin. Plast. Surg.* 5:29, 1978.
29. HAKME, F.: SMAS e platisma nas rhytidoplastias cérvico-faciais: experiência, problemas e resultados. *Rev. Bras. Cir.* 2:105, 1982.
30. PETERSON, R.: Cervical rhytidoplasty. Personal approach. Presented at the Annual Symposium of Aesthetic Plastic Surgery, Guadalajara, México, 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, C.V. Mosby, 15, 1978.
32. TESSIER, P.: Present status of craniofacial surgery. *Rome*, 1982.
33. SANTANA, P.S.M.: Metodologia da cirurgia crânio-maxilo-facial em rhytidoplastia. XIX Congresso da SBCP, Recife (BR), 1982.
34. SANTANA, P.S.M.: Metodologia crânio-maxilo-facial em rhytidoplastias. *Cir. Plast. Ibero Lat. Americana*, 1984.
35. ORTIZ-MONASTERIO, F.: Extirpation of the fat pad of Bichat in chubby cheeked patient. 4th Congr. Intern. Soc. Aesth. Plast. Surg., México City, 1977.
36. ORTIZ-MONASTERIO, F.: Personal communication, México, 1980.
37. GUYURON, BAHAMAN: Subcutaneous approach to forehead, brow and modified temple incision. *Clinics in Plast. Surg.* 19(2), 1992.
38. DEDO, D.D.: The atlas of aesthetic facial surgery, New York, Grune & Stratton Ed., 1986.
39. CALDEIRA, A.M.L.: Rhytidectomy subperiostal. *Anais do Congr. Br. Cir. Plast.* São Paulo (BR), 1990..
40. CALDEIRA, A.M.L.: Tratamento da região periorbitária. *Anais do Congr. Br. Cir. Plast.* (BR), 1991.
41. FLOWERS, ROBERT S.: Periorbital aesthetic surgery for man. *Clinics in Plast. Surg.* 19(4), 1991.
42. COLLINI, FRANCIS J.: Commentary to GF Maillard(45). *Plast. Surg.* 6, 1992.
43. KOSANIN, R.M.: Postoperative alopecia in a woman after a lengthy plastic surgical procedure. *Plast. Reconstr. Surg.* 73(2), 1992.
44. TESSIER, P.; GUIOT, J.; DULBERT, J.P. & PASTONZA, J.: Osteotomies crano-naso-orbito-faciales; hipertelorism. *Ann. Chir. Plast.* 12:103, 1967.
45. MAILLARD, G.F.: The subperiosteal bicoronal approach to total facelift. *Aesth. Plast. Surg.* 15:285-291, 1991.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia oferece aos seus associados direito a:

- Diploma de sócio
- Carteira de sócio
- Revista Brasileira de Oftalmologia (6 números por ano)
- Jornal Brasileiro de Oftalmologia
- Biblioteca com 134 periódicos diferentes e milhares de livros da especialidade
- Bibliografia por computador
- Videoteca com 160 fitas
- Divulgação de toda atividade oftalmológica
- xerox de artigos que podem ser enviados via fax em caso de urgência
- cursos de reciclagem
- cursos avançados
- curso de especialização
- Simpósio Internacional (de 2 em 2 anos) com taxa reduzida
- Orientação aos colegas quanto a problemas éticos e de justiça
- Seguros
- Previdência Privada
- Convênios com hotéis, restaurantes, firmas, etc.
- Anúncio gratuito no JBO de compra e venda de material
- Serviço de turismo
- Utilização do Banco de Olhos