

CADERNO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO

A FOLHA MÉDICA

CODEN: FOMEAN

ISSN 0015-5454

F méd(BR), 1994; 109(1): 11-42
FOMEAN/9 152 - 9 155

JULHO 1994

VOL. 109

Nº 1

Sumário/Contents

CADERNO DE ORL E CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO (SECTION OF OTOLARYNGOLOGY AND HEAD & NECK SURGERY)

ARTIGO ORIGINAL (ORIGINAL ARTICLE)

- 9 152. ÓRBITA SENIL. NOVOS CONCEITOS E ABORDAGEM GLOBAL
PARTE I
Senile orbit. New concepts and global approach
Alberto M.L., Caldeira e Gábor Grigalek 13
- 9 153. CIRURGIA TRANSEPTOESFENOIDAL DE LA REGIÓN SELAR
Transseptosphenoidal surgery of the sella
Ricardo Sergio Cohen 25

ARTIGO DE REVISÃO (REVIEW ARTICLE)

- 9 154. OTO-EMIÇÃO ACÚSTICA: ESTADO ATUAL
Acoustic otoemission: state of the art
Francisco Carlos Zuma e Maia, Luiz Lavinsky,
Iuberi Carson Zwetsch e Antonio Severino 31

RELATO DE CASO (CASE REPORT)

- 9 155. LIPOMATOSE BENIGNA SIMÉTRICA. DOENÇA DE MADELUNG -
RELATO DE DOIS CASOS
Benign symmetric lipomatosis. Madelung's disease -
Report of two cases
Lídio Granato, Cláudia A. Eckley, Carlos K. Takara e
Carmen Lúcia P. Lancellotti 37

4.6.64

Órbita senil. Novos conceitos e abordagem global. Parte I

Alberto M.L. Caldeira¹ & Gábor Grigalek²

CADERNO DE ORL

ECIRURGIA DA

CABEÇA E PESCOÇO

ARTIGO ORIGINAL

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 quanto às estruturas profundas. No entanto, a beleza facial e o próprio conceito de rejuvenescimento facial devem repousar na combinação harmônica e no equilíbrio dos diferentes componentes anatômicos desta região. Portanto, progressivamente fomos sentindo a necessidade para uma atenção maior 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 conseqüente 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 adelgado em algumas áreas, enquanto que em outras subsistem depósitos de gordura por enfraquecimento circunjacente.

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 e uma maior plenitude centro-facial.

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

O tecido muscular torna-se flácido, diminuindo a resistência de suas relações aponeuróticas com os ossos, que por sua vez apresentam uma alteração progressiva de volume. O sistema músculo-aponeurótico e suas relações de origem e inserção desempenham um 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 supercí-

lio. Conseqüentemente, a cirurgia do rejuvenescimento facial pela abordagem subperiosteal visa harmonizar o tratamento da face senil pela elevação dos tecidos moles a nível de suas inserções no esqueleto ósseo.

Relações anatômicas

A necessidade do conhecimento anatômico das estruturas profundas da face levou autores como Mitz⁴, Couly⁵ e Cardoso⁶ a um estudo minucioso do

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(1): 13-23

4.6.64

músculo platísmia. Mitz e Peyronie⁴, em 1974, realizaram dissecções em 14 hemifaces 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 distribuidor da contração muscular da face (Psillakis⁷). 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 fáscia da glândula parotídea que se estende da orelha em direção aos músculos zigomáticos, e outra inferior, fina e contínua no pescoço contendo o músculo platísmia (Fig. 1).

O SMAS mantém íntima relação com os músculos da face, sendo importante para o cirurgião ter um bom conhecimento anômico desta relação bem como das inserções ósseas dos músculos para executar uma abordagem cirúrgica segura e correta ao tratamento da face senil. Estudos anômicos⁸ 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 cútis, ao nível da glabella 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 prócerus. Estes músculos apresentam bilateralmente inserções periostais no rebordo orbitário superior, e suas inserções mediais situam-se logo abaixo da pele da região glabellar (Fig. 2). Na região lateral da órbita, o SMAS, que neste local é denominado fáscia temporal superficial, encontra-se firmemente aderido à fáscia temporal profunda e ao periósteo. Em continuidade com a fáscia temporal superficial encontra-se o músculo orbicular do olho (Fig. 3).

A região orbitária exige do cirurgião atenção especial para alguns detalhes anômicos 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 o bordo 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 pode determinar o aparecimento da esclera acima do bordo 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 lâmina 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. 4).

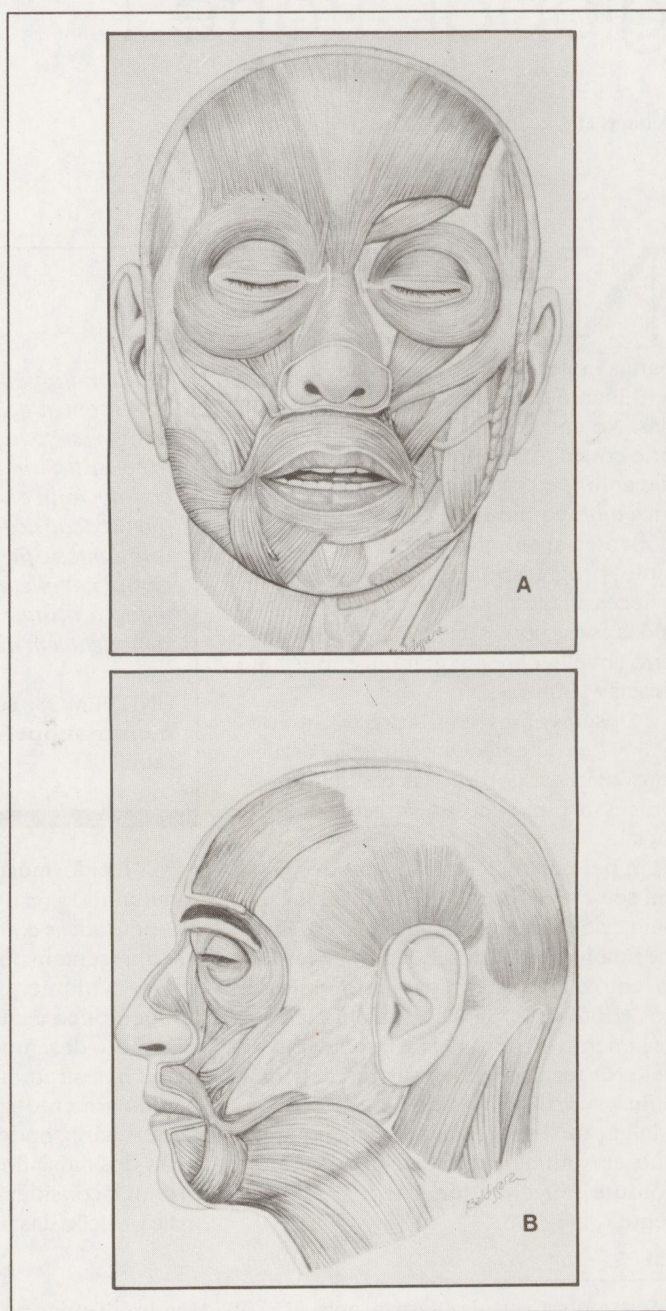


Fig. 1A, B - As estruturas músculo-aponeuróticas superficiais da face apresentam-se intimamente relacionadas desde o músculo platísmia à gálea aponeurótica, encontrando-se firmemente aderido ao pericrânio no rebordo orbitário superior. O SMAS na região lateral da órbita tem a denominação de fáscia temporal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

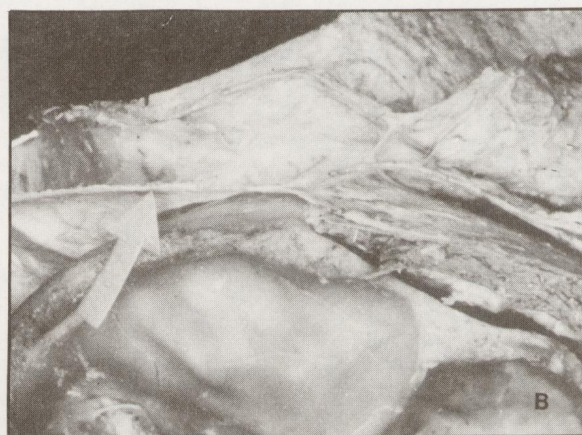


Fig. 2A, B - Peças anatômicas evidenciando a distribuição e relação dos diversos planos que se sobrepõem ao esqueleto facial no terço superior da face e na região periorbitária. Indicadores evidenciando a fáscia temporal superficial (A) e o periósteo (B).

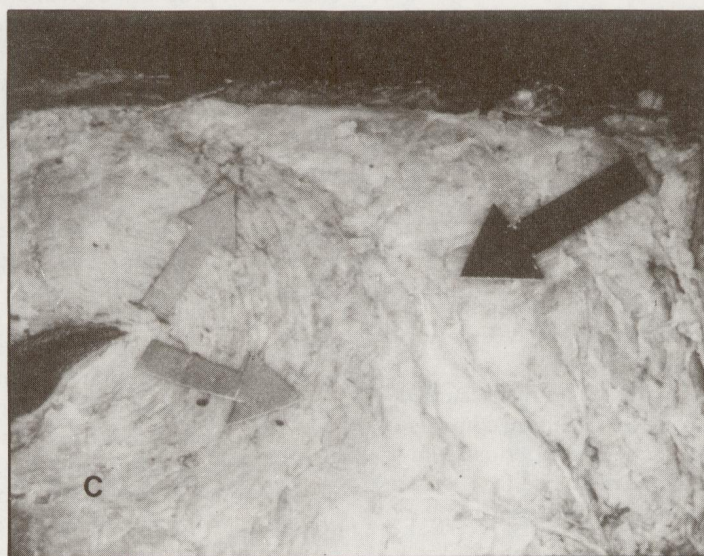
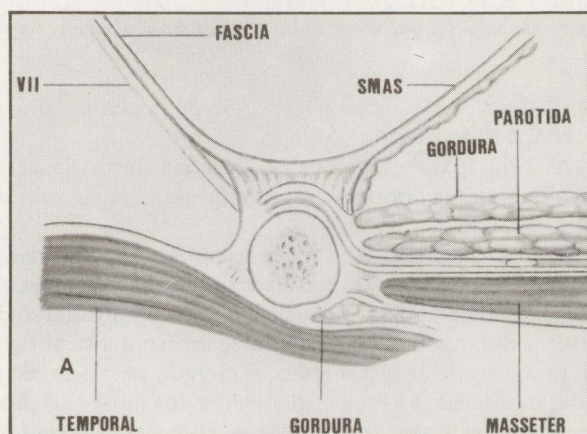


Fig. 3A, B, C - O ramo têmporo-frontal do nervo facial segue um trajeto oblíquo sob a fáscia temporal superficial em direção a um ponto aproximadamente 2 cm lateral à cauda do supercílio.



Fig. 4A, 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 congênicas ou alterações anatômicas individuais possam alterar estas posições.

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

Inferiormente ao arco zigomático e ao rebordo infra-orbitário, 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 perióstio do rebordo infra-orbitário e do osso malar.

Portanto, o perióstio¹⁰ é uma lâmina de tecido conjuntivo, inelástico, que envolve o esqueleto ósseo. É constituído por uma resistente camada fibrosa mais externa que age como uma membrana limitante, e por uma interna mais celular, denominada camada osteogênica. O perióstio serve de inserção aos músculos e tendões. Os feixes de fibras colágenas de um tendão atingem o perióstio, algumas vezes atravessam-no e fixam-no no osso.

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

Alterações anatomo-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 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 mímica 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 glabulares 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.

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. 5).

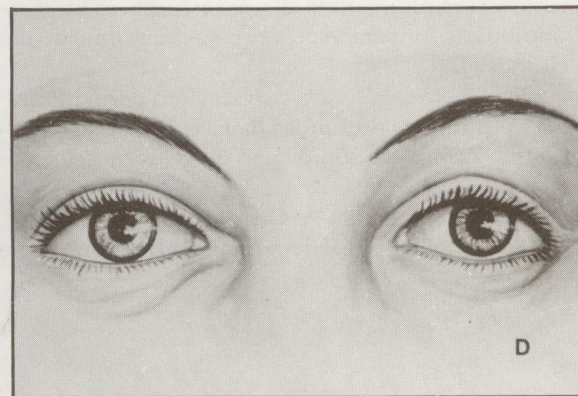
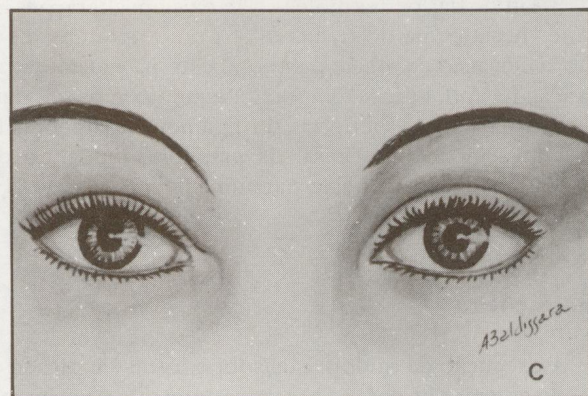
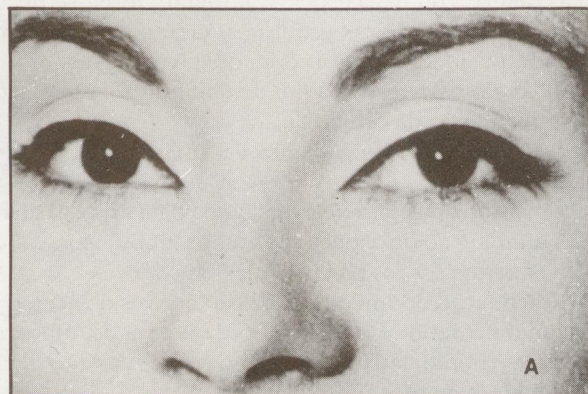


Fig. 5A, B, C, D - O processo de envelhecimento facial poderá produzir a queda do canto lateral da pálpebra e do conjunto superciliar, com ou sem afundamento palpebral superior e acompanhado ou não de outras alterações que caracterizam em intensidades diversas o que denominamos uma "órbita senil".

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 uma 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 gorduroso 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 subperiosteal origina-se da abordagem cirúrgica dos cirurgiões crânio-máximo-faciais. Em 1960 Guilles defendeu a necessidade de corrigir a Síndrome de Crouzon por meio de osteotomia facial com abordagem da crista infra-orbitária sobre o músculo oblíquo inferior, saco lacrimal e ligamento palpebral medial.

Tessier¹⁶, num artigo de 1971 sobre o tratamento cirúrgico da diastase 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 transmalar, método que atualmente é utilizado por alguns cirurgiões na ritidoplastia moderna.

Outros cirurgiões nos oferecem preciosas contribuições com seus estudos sobre cirurgia crânio-máximo-facial relativos ao surgimento da ritidoplastia subperiosteal, enriquecendo o conhecimento sobre este procedimento^{7, 17, 18, 19, 20, 21, 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 subperiosteal 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:

- 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 cirurgicamente. São as seguintes:

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

- lixa do osso frontal a fim de diminuir suas alterações;
- tratamento da órbita;
- elevação ou alongamento do ângulo externo da fenda palpebral;
- melhora 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 periosteal do ligamento palpebral lateral alteram a inclinação lateral da pálpebra, mudando de um direcionamento para baixo para uma inclinação lateral superior da rima palpebral.

Indicações

A execução da ritidoplastia subperiosteal é indicada quando observamos na análise pré-operatória 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;
3. Olhos excessivamente arredondados;
4. Afundamento das pálpebras superiores, como seqüelas 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 ferida 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 Appert);

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 (Tabela 1) e submetidos a ritidoplastia subperiosteal com amplo descolamento periorbitário associado a ritidoplastia cervico-facial em 133 casos, correspondendo a 67,5% dos casos.

TABELA 1

Distribuição por sexo - 197 pacientes.

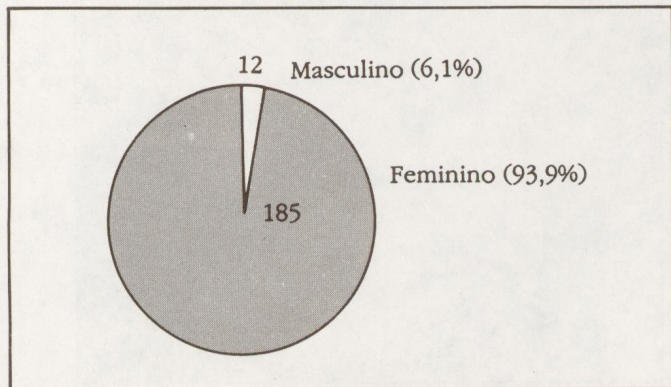
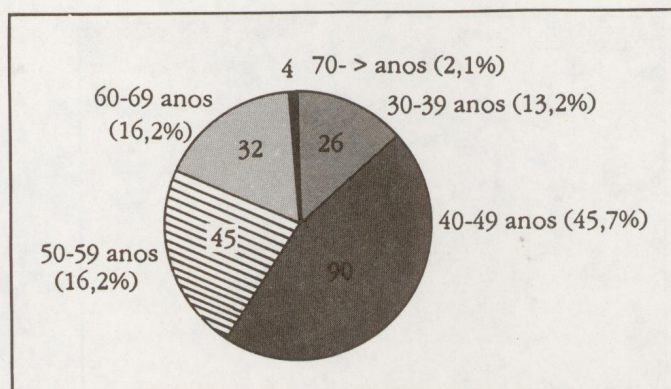


TABELA 2

Distribuição por faixa etária (197 casos).



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

Como procedimentos ancilares à ritidoplastia, foi realizado o tratamento do platismo com aproximação das bordas mediais em 169 casos e tratamento de SMAS-platismo com amplo descolamento e tração modificada pelo autor sênior (Tabela 5) em 133 casos, confecção de retalho SMAS-platismo 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 encurtamento 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 apresentavam 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 subperiosteal, 98 correspondem a procedimentos primários, 92 a ritidoplastias secundárias, e nos sete restantes foi realizada revisão subperiosteal de procedimentos realizados pelo autor sênior (Tabela 6)

TABELA 3

Procedimentos associados		Casos	%
Mamoplastia		26	13,2
Lipoescultura	aspiração	60	30,4
	enxertia	40	20,3

TABELA 4

Procedimentos complementares	Casos	%
Rinoplastia	18	9,1
Rinosseptoplastia	9	4,6
Blefaroplastia	161	81,7
Otoplastia	9	4,6
Dermoabrasão	31	15,7
lábio	13	6,6
Correção senil		
lóbulo	45	22,8
Mentoplastia c/prot. de silicone	4	2,0

TABELA 5

Ritidoplastia subperiosteal. Associações.

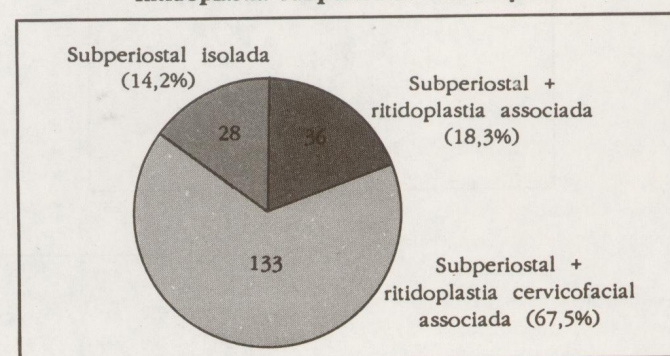
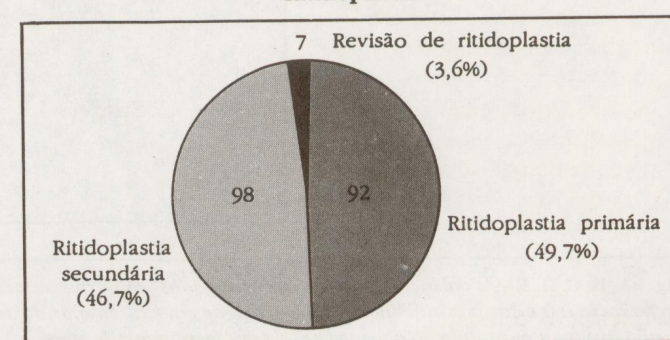


TABELA 6

Ritidoplastia.



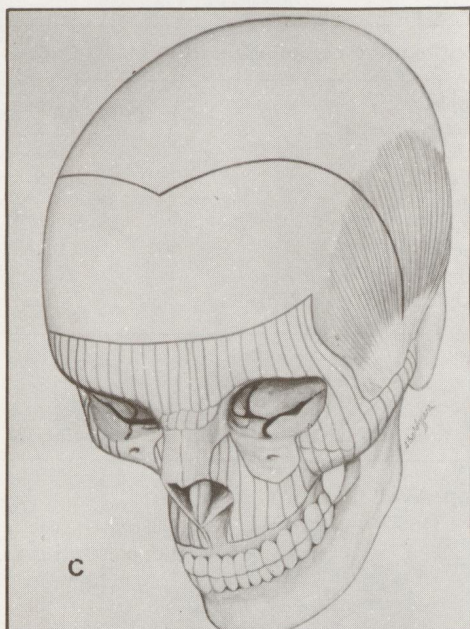
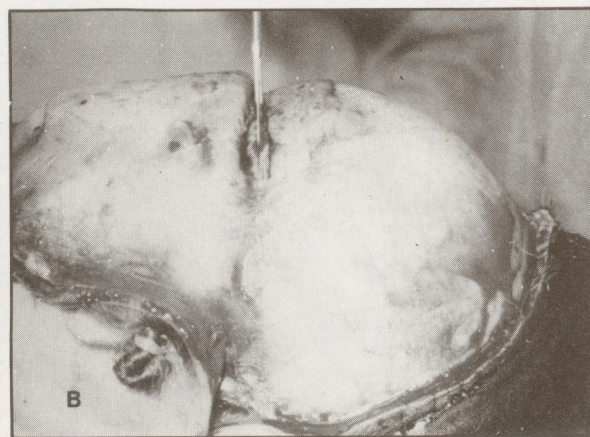
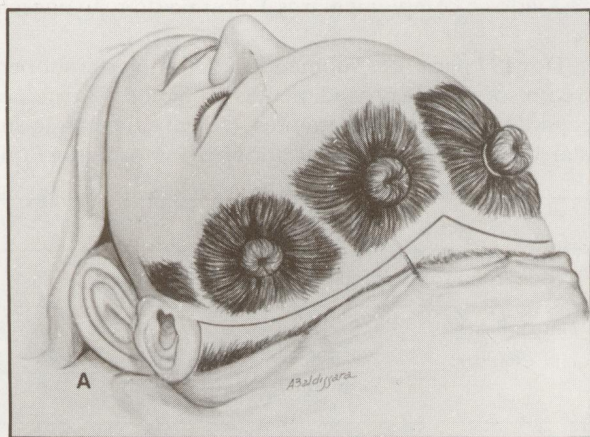


Fig. 6A, B, C, D, E - As variações cirúrgicas empregadas por vários autores são mínimas em relação à confecção da ritidoplastia subperiosteal. Damos preferência à incisão coronal bitemporal em asa de gaivota, iniciando o descolamento subperiosteal a 3-4 cm do rebordo orbitário. Isto promoverá na região frontal a manutenção da integridade dos feixes vâsculo-nervosos supra-orbitários e supratrocleários.

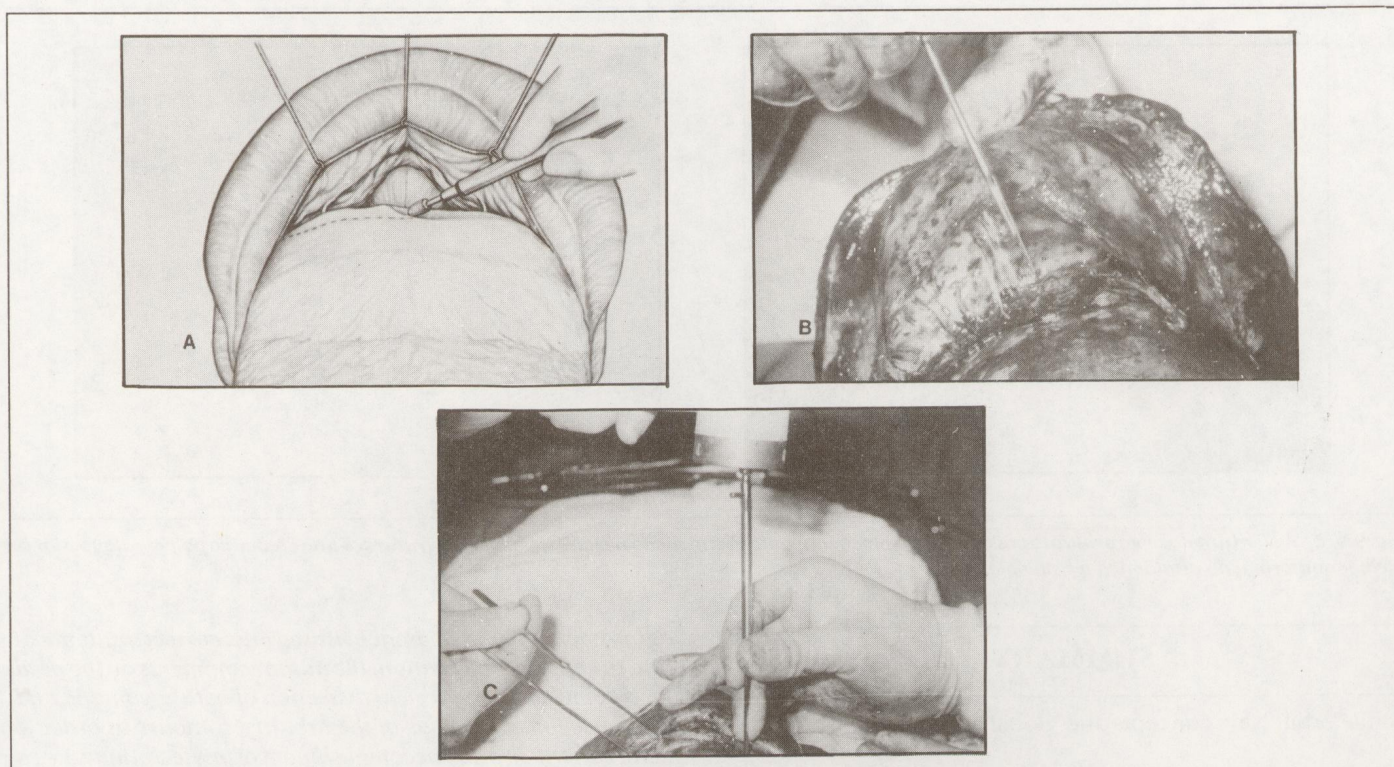


Fig. 7 - Podemos proceder o tratamento das deformidades ósseas frontais que porventura existam com a raspagem das saliências ósseas ou correção com enxertos ósseos de depressões ou afundamentos, se presentes. **B** - O tratamento do músculo prócerus e do complexo frontal pode ser feito através de incisões retangulares de relaxamento. **C** - A fim de produzir maior ascensão do complexo superciliar podemos liberar o pedículo supra-orbitário através de osteotomia do forâmen supra-orbitário.

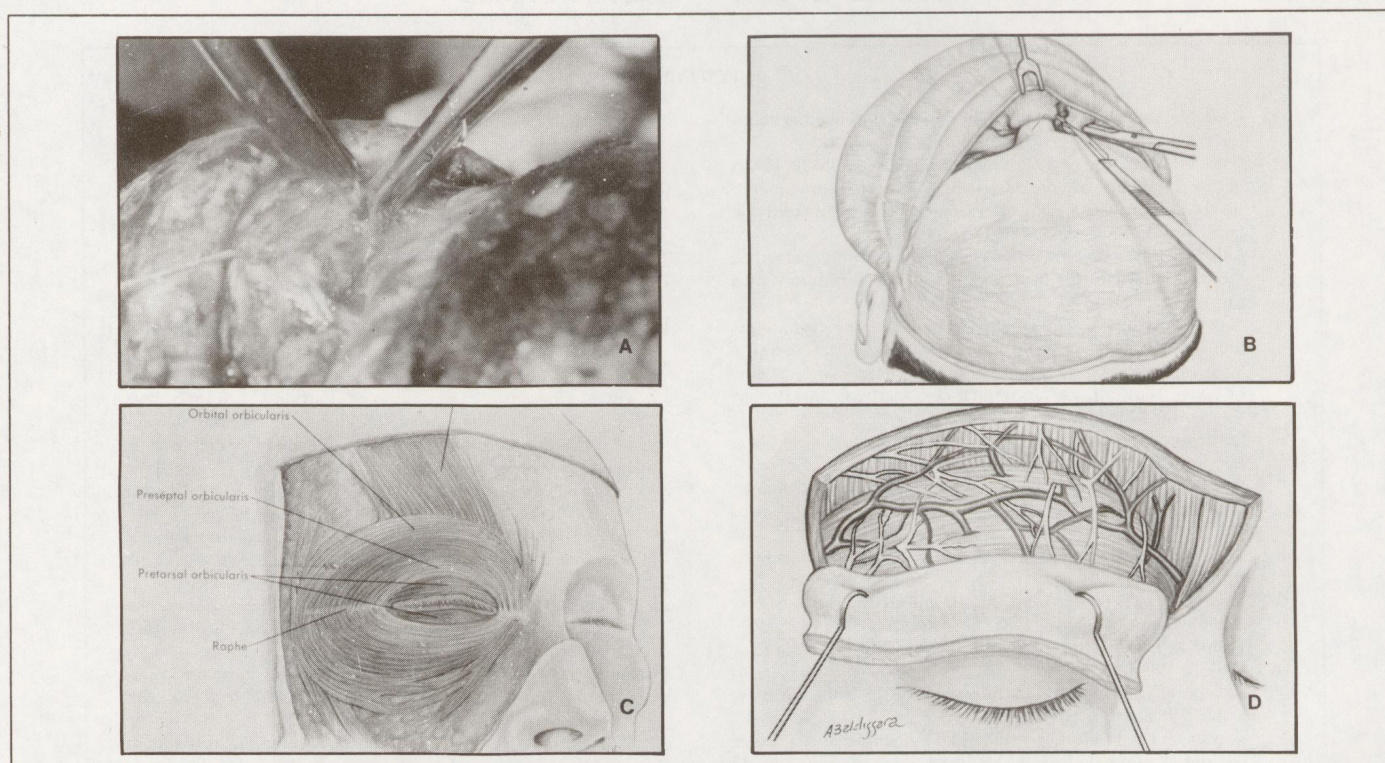


Fig. 8A, B, C, D - Tratamento do músculo corrugador realizado através da individualização e ressecção do segmento muscular acompanhado de incisões de relaxamento do segmento orbitário do músculo orbicular, considerado o músculo depressor do sistema fronto-orbitário.

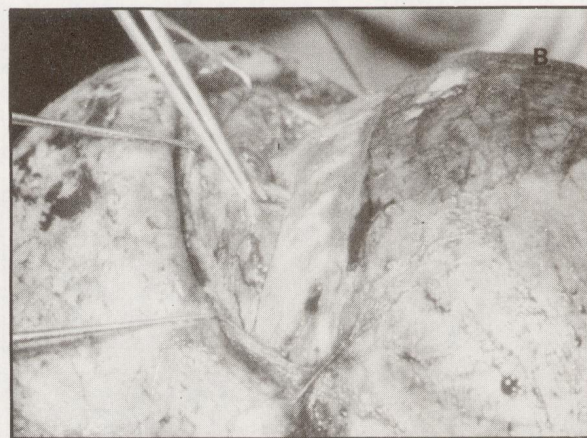
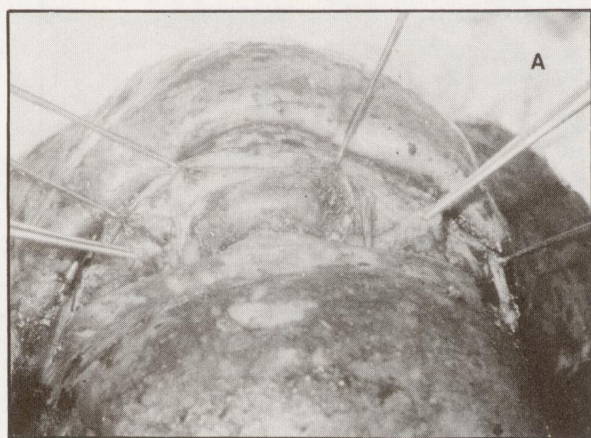


Fig. 9A, B - A abertura do septo orbitário possibilitará o preenchimento e retificação necessários para reestruturação do conteúdo palpebral superior com melhor conformação anatômica e fisiológica.

SUMMARY

Senile orbit. New concepts and global approach

The author presents 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

- Caldeira AML et alii. As bases biológicas do envelhecimento. *F méd(BR)* 1989; 99(3): 107-118.
- Caldeira AML, Nieves AP, Salinero RA, Maleombho 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.
- Caldeira AML et alii. Tratamento das estruturas músculo-aponeuróticas na cirurgia do rejuvenescimento facial. *Rev Bras Cir* 1989; 79(1): 33-43.
- Mitz V, Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58: 80.
- Couly G, Harrah J, Vaillant JM. Le fascia superficialis céphalique. *Ann Chir Plast* 1975; 20: 175.
- Cardoso de Castro C. The anatomy of platysma muscle. *Plast Reconstr Surg* 1980; 66: 680.
- Psillakis JM. Craniofacial methods in rhytidoplasty. Communication to Aesthetic Surg Symposium, Rio de Janeiro, BR, 1982.
- Turpin IM. The modern rhytidectomy. *Clinics in Plast Surg* Apr. 1992; Vol: 19, #2.
- Krastinova LD. Le mask lift. *Plasties et reconstructions palpébrales, Méd Hygiène*, 1988.
- Téstut L, Latarget I. Anatomia humana. Vol. 1.; Ed Salvat 1965; 7: 788.
- Krastinova LD. Le lifting facial sous perioste. *Ann Chir Plast Esthét* 1989; 34[3]: 199-211.
- Krastinova LD. Indications esthétiques et fonctionnelles du "mask lift", 1er Congrès de la SOFCEP, 1988.
- Ortiz-Monasterio F, Rodriguez A. Lateral canthoplasty to change the eye slant. *Plast Reconstr Surg* 1984; 12: 216-219.
- Iamra ST. Composite rhytidectomy. Quality Medical Publishing Inc, USA, 1993.
- Owsley JQ. Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg* 1993; 19(3).
- 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.
- Marchac D. Radical forehead remodelling for cranioethenosis. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 823.
- 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.
- 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.
- Psillakis JM, Zanini S, Carlucci AR, Nocchi VLB. Cirurgia craniofacial. *Circl Plast Ibero Lat Americana* 1979; 5: 2.
- 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.
- Psillakis JM. The use of craniofacial surgery techniques in rhytidoplasty of the superior third of the face. *Cir Plast Ibero Lat Americana*, 1984.
- 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.
- Whitaker LA, Munro IR, Jackson IJ, Salyer KE. Problems in craniofacial surgery. *J Max Fac Surg* 1981; 4: 131.
- 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. Ritidectomia 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. Kusanin 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-faciales; 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

