

BLEFAROPLASTIA

Introdução

A janela para a alma de uma pessoa é muitas vezes o olhar. Essa crença surgiu devido à multiplicidade de expressões transmitidas pelos olhos. Com o passar da idade, estes tecidos periorbital e musculares passam por um processo que os torna menos elástica e à mercê de forças gravitacionais que puxam-os para baixo. Isto pode causar um ar triste e cansado. Por este motivo e muitos outros, para se ter uma aparência rejuvenescida, a blefaroplastia é uma das cirurgias cosméticas mais realizadas.

O Processo de Envelhecimento

O envelhecimento afeta a pele e tecidos subjacentes, de forma intrínseca e extrínseca. Os efeitos que ocorrem naturalmente sobre a pele são referidos como intrínseca, enquanto que os fatores extrínsecos são aqueles tais como: a gravidade, tabagismo e a exposição ao sol. Os fatores intrínsecos são: perda de colágeno e fibras elásticas, perda da junção dermo-epidérmica, afinamento da derme e epiderme, e enfraquecendo / afinamento do músculo subjacente. Essas mudanças, juntamente com as alterações impostas extrínsecas resultam em rugas, alterações pigmentares e irregularidades da pele. Em um nível macroscópico, o envelhecimento provoca ptose da testa, pés de galinha, rugas profundas, flacidez da pele e perda de elasticidade. Devido ao fato de os olhos revelar emoção, o envelhecimento do terço superior da face é geralmente de maior impacto e mais perceptível ao envelhecimento do que a face inferior. Da mesma forma, rejuvenescimento da face superior terá impacto maior do que a correção da parte inferior do rosto e pescoço.

Anatomia palpebral

As pálpebras funcionam como a cobertura de proteção para o globo. A pálpebra é dividida em uma lamela anterior e posterior. A lamela anterior consiste na pele das pálpebras e do músculo orbicular. A lamela posterior é composto do tarso e da conjuntiva. A fenda horizontal palpebral é normalmente 28-30 milímetros e verticalmente 9-10mm. A distância intercantal deve ser de 25 a 30mm, ou aproximadamente a mesma distância a partir de canto medial para canto lateral do olho. A palpebra deve estar dentro de 1-2mm do limbo corneano ou adjacente ao limbo corneano. Como resultado, a gordura pode prolapsar anteriormente e obliterar a definição da prega da pálpebra superior e dar a pálpebra uma aparência mais proeminente.

Agora que foi exposto uma visão geral da anatomia das pálpebras, as camadas da pálpebra de superficial a profunda, será abordado em detalhes:

Pele da pálpebra. A pele da pálpebra é a mais fina no corpo e ricamente vascularizada, isto permite a rápida cicatrização das incisões durante a cirurgia. A pele da pálpebra é inervado pelo ramo oftálmico do nervo trigêmeo, através

do nervo lacrimal e o nervo frontal. Os ramos do nervo frontal formam os nervos supratroclear e supra-orbitária.

Orbicular - músculo, que serve como função esfínteriana para o olho e o mecanismo de lágrimas que passam pelos canalículos e saco lacrimal. O músculo orbicular do olho tem 3 partes, todos os quais contribuem para o fechamento dos olhos, mas cada um deles têm funções específicas. A porção orbital está sob controle voluntário (ou seja, piscando). O orbicular pré-tarsal está envolvida na ação involuntária de piscar e as fibras pré-septal do orbiculares para ambas as ações involuntárias e voluntárias do músculo orbicular.

Septo orbital - Esta é uma extensão fibrosa do periósteo orbital que se encontra logo abaixo do músculo orbicular e constitui a borda anterior da órbita confinando a gordura orbital. O septo também atua como uma barreira para a propagação da infecção. Em caucasianos, o septo se funde com a aponeurose do músculo elevador aproximadamente 3mm acima da borda superior do tarso. Em asiáticos, esta fusão ocorre mais inferiormente (abaixo da margem superior do tarso), que permite a gordura orbital a residir anterior ao tarso impedindo a fixação do elevador para a pele. Na pálpebra inferior, o septo funde com a fáscia capsulopalpebral 5 mm abaixo da borda inferior do tarso.

Retratores da pálpebra superior – Os retratores da pálpebra superior são compostos pelos músculos frontal, levantador da pálpebra superior, tarsal superior (ou de Muller) e também do ligamento de Whitnall. O músculo levantador da pálpebra superior tem origem na asa menor do osso esfenoide e, posteriormente, divide-se em aponeurose e músculo tarsal superior. A aponeurose insere-se e imbrica-se com as fibras do músculo orbicular para formar a prega palpebral. Ela distribui-se medial e lateralmente sob o ligamento suspensório superior (Whitnall). O corpo adiposo situa-se atrás do septo orbital e sobre a aponeurose. O músculo tarsal superior estende-se do levantador da pálpebra até a margem superior do tarso (no sentido crâniocaudal), entre a aponeurose e a conjuntiva. Já no sentido látero-medial, estende-se da cápsula da glândula lacrimal até o músculo oblíquo superior. A inervação do músculo levantador da pálpebra superior é feita pelo nervo oculomotor (III par craniano), enquanto que o músculo tarsal superior (de Muller), pelo sistema nervoso simpático.

Retratores da pálpebra inferior - Os retratores da pálpebra inferior são constituídos por uma lâmina de tecido fibroso. Sua origem está na bainha do músculo reto inferior e sua inserção na borda inferior do tarso. A lâmina fibrosa estende-se pelo músculo reto inferior, mistura-se com o ligamento suspensório inferior (Lockwood) do bulbo ocular e caminha em direção à margem inferior do tarso, acompanhada por fibras do músculo tarsal inferior. Os retratores da pálpebra inferior são responsáveis pelo abaixamento da pálpebra inferior ao olhar para baixo. Esse tecido fibroso assemelha-se na morfologia e função à aponeurose do músculo levantador da pálpebra superior.

Conjuntiva: - Esta é a superfície mais interna da pálpebra composta de 2 partes: a conjuntiva bulbar e a conjuntiva palpebral. As duas partes se

encontram no fundo de saco conjuntival nas bases das pálpebras. A conjuntiva é composto por um epitélio escamoso estratificado não queratinizado com células caliciformes que produzem uma camada mucosa. Há também numerosas glândulas dispersas por toda a conjuntiva, que produzem uma secreção aquosa.

Avaliação do Paciente / Exame Físico

Além de realizar um exame geral e exame do pescoço, uma avaliação focada da testa e região periorbital deve ser realizada. As seguintes áreas devem ser abordadas:

1. Forma pálpebra: a pálpebra deve idealmente ter uma inclinação cantal positiva. Isto significa que o canto lateral deve ser superior a 2 milímetros do canto medial.

2. Posição da pálpebra: superior deve cobrir 2-3mm do limbo superior, mas não interfere sobre a pupila. A pálpebra inferior deve descansar no limbo inferior ou ser 1 milímetro abaixo do limbo inferior. Note a presença de ptose, lagofalmo, ou fenômeno de Bell.

4. Prega da pálpebra superior: Mulheres, a dobra da pálpebra superior deve ser 9-10mm acima da linha. Nos homens, deve ser 8 milímetros acima da linha.

5. Avaliando o excesso de pele / flacidez e ptose da glândula lacrimal: Avaliação da pele é importante, especialmente em um indivíduo mais idoso com a pele fina. Este paciente vai exigir uma ressecção mais conservadora de gordura. Em contraste, um paciente mais jovem com pele mais espessa pode exigir a excisão relativamente mais agressiva do músculo, pele orbicular e gordura. Ao avaliar a pálpebra inferior, o teste de pressão é útil para determinar flacidez da pele. Para realizar este teste, a pálpebra inferior é afastada do olho e, em seguida, rapidamente solto.

Avaliação Médica Pré-Operatória / História

Lembre-se que a blefaroplastia, como outros procedimentos cosméticos é uma cirurgia eletiva. Comorbidades preexistentes devem estar estáveis. Anamnese, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogas, etc.) Uma história oftalmológica deve ser feita com ênfase na visão, trauma ocular prévio, lentes corretivas, glaucoma, o excesso de lacrimejamento, olho seco. Um teste de Shirmer deve ser realizada se houver qualquer dúvida quanto à presença de olho seco.

Técnica

Com o paciente sentado e consciente, marca-se com violeta de genciana o sulco palpebral superior, que na maioria dos casos é facilmente identificável. A marcação do sulco deve corresponder à rima palpebral, ou seja, deve estender-se da projeção do canto lateral à projeção do canto medial. Assim, a marcação não ultrapassa os limites palpebrais e deve permanecer totalmente

oculta pela pele palpebral quando com os olhos abertos. De acordo com os princípios básicos de cirurgia plástica, em uma ressecção qualquer com sutura primária a cicatriz sempre recai sobre a incisão do lado fixo. Então, marca-se o sulco palpebral superior em primeiro lugar, em ambos os lados, pois sobre ele recairá a cicatriz da blefaroplastia. Uma vez marcado o sulco em ambas as pálpebras, verifica-se com um compasso a distância entre a marcação e a margem palpebral em diferentes pontos, comparando com a pálpebra oposta. As medidas devem ser precisamente iguais para se garantir a simetria das cicatrizes.

Para marcação da incisão superior, apreende-se o excesso de pele com a pinça anatômica delicada e marca-se o ponto onde a pele coincide com a marcação do sulco. Com esse tipo de manobra de marcação, a porção ressecada será de pequena quantidade e a distância entre as marcações será pequena. A marcação superior começa e termina na marcação inferior, em ângulos agudos, formando um desenho em foice. Salvo em casos de assimetria palpebral ou ptose associada, as marcações de ambas as pálpebras devem ser meticulosamente semelhantes, portanto todas as medidas devem ser verificadas e comparadas com compasso.

Uma vez realizada a marcação, procede-se à infiltração anestésica com vasoconstrictor, de maneira habitual. Usa-se o bisturi número 15 para as incisões. A pele é dissecada da musculatura subjacente com o auxílio de bisturi e a hemostasia é realizada com eletrocauterização bipolar.

Como a responsabilidade pela aparência irregular da pálpebra superior em paciente jovem é geralmente atribuída à hipertrofia muscular, procedemos de rotina à ressecção de uma "fita" de músculo orbicular pré-septal. Utilizando a tesoura de ponta fina, ressecamos a porção muscular de comprimento correspondente à ressecção da pele, porém de largura variável, dependendo do grau de hipertrofia muscular, com a intenção de ser o mais conservador possível.

Raramente há necessidade de ressecção das bolsas de gordura, mas se houver indicação, neste momento se procede à infiltração anestésica e secção do septo orbitário, e ressecção do tecido gorduroso excessivo.

A sutura é realizada por ponto intradérmico inabsorvível 5-0 (Prolene ou Mononylon) e um ponto simples mediano, por medida de segurança. Todos os pontos são removidos no 4º dia.

Complicações-

- Hemorragia retro-orbitária, com perda visual
- Infecção (raro devido ao rico suprimento de sangue)
- Excesso de remoção da pele
- Lagofalmo (pode ser transitória ou permanente)
- Ectrópio da pálpebra superior

-Blefaroptose (levantador lesão muscular)
-Diplopia (lesão muscular superior ou inferior oblíquo)
-Aparência escavado

Cirurgia da pálpebra inferior

Como já descrito para a pálpebra superior, a anestesia para a blefaroplastia inferior pode ser local ou geral. Dá-se preferência para a local por possibilitar a colaboração do paciente durante o ato operatório e a mensuração mais acurada do excesso cutâneo a ser ressecado. A incisão na pálpebra inferior deve ter início na porção lateral da ruga existente, utilizando bisturi de lâmina número 15. Subseqüentemente, continua-se a incisão, seguindo uma linha justaciliar, eqüidistante 2 a 4 mm da margem palpebral, com tesoura de Íris reta. A incisão estende-se do canto externo da fenda palpebral, até o ponto lacrimal (ou próximo deste). Portanto, a blefaroplastia inferior dispensa a demarcação prévia. Essa descrição vale tanto para a blefaroplastia com retalho cutâneo como para a que utiliza retalho musculocutâneo.

Na blefaroplastia com retalho cutâneo é realizado um descolamento acima do plano muscular, até a borda orbital. A incisão do músculo orbicular é feita no sentido das fibras, sobre a projeção das bolsas de gordura. Subseqüentemente, descola-se o músculo orbicular do septo orbital para melhor visualização das bolsas. A secção do septo orbital permite a exteriorização do excesso de bolsa de gordura, com sua ressecção, obedecendo as mesmas alternativas e cuidados já descritos para pálpebra superior. Concluída a retirada do excesso de gordura, as margens do músculo orbicular são aproximadas e a medida do excesso cutâneo executada. Tal medida é realizada solicitando ao paciente que olhe para cima e abra a boca. Essa manobra promove a tração máxima da pele da pálpebra inferior, de tal forma que a pele excedente corresponda à quantidade de tecido adequada a ser retirada. Após a ressecção, a sutura é então feita com pontos simples ou contínuo, utilizando-se fio mononylon 6-0.

O curativo, à semelhança do descrito para a blefaroplastia da pálpebra superior é feito com compressas embebidas em soro fisiológico. Os pontos também são retirados três a quatro dias após a cirurgia. Diferente do descrito acima, na blefaroplastia com retalho musculocutâneo a incisão do músculo orbicular é realizada em sua porção tarsal e seu descolamento no plano submuscular até a visualização do septo orbital. Nessa técnica, como pele e músculo formam um único retalho, a ressecção do excesso cutâneo tende a ser menor para preservar a função do músculo orbicular. Os demais tempos da técnica são idênticos aos descritos para a blefaroplastia com retalho cutâneo.

A blefaroplastia por via transconjuntival difere das demais por utilizar uma abordagem direta sobre as bolsas palpebrais, através da conjuntiva, o que evita cicatrizes externas. A cirurgia inicia-se com infiltração de solução anestésica e vasoconstritor na conjuntiva palpebral, com posterior colocação de lente escleral protetora. A incisão na conjuntiva pode ser realizada com bisturi convencional (lâmina número 15), elétrico, de alta frequência ou laser de CO₂, a mais ou menos 8 mm da margem palpebral, no sentido horizontal. Nessa abordagem são seccionados os retratores da pálpebra inferior. Após,

as bolsas de gordura são identificadas e ressecadas. Esse procedimento não requer sutura pois as bordas da incisão da conjuntiva mantém -se em contato, facilitando a cicatrização. No pós-operatório é recomendado o uso de colírio antibiótico. Certos detalhes de ordem técnica precisam ser enfatizados para evitar complicações no pós-operatório. O uso de afastadores com ganchos pontiagudos deve ser evitado, pois pode levar à traumas intra-operatórios inadvertidos. A tração da gordura deve ser realizada com delicadeza para não lesar o septo fibroso no tecido gorduroso que, em casos extremos, pode levar à cegueira por ruptura de vasos profundos aí localizados.

Conclusão

Procedimentos da pálpebra superior e inferior pode ser muito gratificante, tanto para o cirurgião e o mais importante para o paciente. O cirurgião pode aumentar as suas chances de sucesso, identificando as expectativas do paciente antes da cirurgia para determinar se essas expectativas são alcançáveis. Além disso, determinar as condições pré-existentes que podem aumentar a ocorrência de complicações pós-operatórias. O reconhecimento destes fatos no pré-operatório junto com a técnica cirúrgica meticulosa, no intra-operatório, permitirá que o cirurgião para ser capaz de restaurar ao paciente um ar de jovialidade e melhora da auto-estima.