

Blefaroplastia na prática médica: revisão de literatura

Blepharoplasty in medical practice: a literature review

Rafael Ferreira Batista
Aline Elen Martins Canavez
Dayane Raquel Araripe Romão Figueiredo
Dário Dayvill Silva Araújo
Fernanda Facincani Medeiros Bezerra
Jeane Oliveira Machado Castro
Tatiane de Santana Lima

RESUMO

Já de início, devemos deixar claro, que a blefaroplastia constitui uma das principais intervenções cirúrgicas da região periorbitária podendo produzir benefícios estéticos e funcionais quando corretamente indicada e planejada pelo profissional médico especialista. Apesar de frequentemente associada ao rejuvenescimento facial, sua avaliação médica exige análise integrada da anatomia palpebral do paciente, posição dos supercílios, presença de dermatochalasis, ptose verdadeira ou pseudoptose, frouxidão palpebral, distribuição da gordura orbital, superfície ocular e expectativas do paciente. Diante disso, revisaremos na literatura, a aplicação da blefaroplastia na prática médica, abrangendo fundamentos anatômicos, alterações relacionadas ao envelhecimento, indicações superiores e inferiores, avaliação pré-operatória, princípios de planejamento, resultados funcionais e estéticos, complicações e estratégias gerais de segurança ao paciente. Ao fim, conclui-se que a blefaroplastia deve ser compreendida como cirurgia funcional e estética da unidade periorbitária, na qual a seleção do paciente, o diagnóstico diferencial e a preservação das estruturas anatômicas são tão importantes quanto a execução técnica.

Palavras-chave: Blefaroplastia. Cirurgia palpebral. Oculoplástica. Dermatochalasis. Pálpebra inferior.

ABSTRACT

Blepharoplasty is one of the main surgical interventions of the periorbital region and may provide aesthetic and functional benefits when appropriately indicated and planned. Although commonly associated with facial rejuvenation, medical assessment requires an integrated analysis of eyelid anatomy, eyebrow position, dermatochalasis, true ptosis or pseudoptosis, eyelid laxity, orbital fat distribution, ocular surface, and patient expectations. This article presents a critical review of the literature on the role of blepharoplasty in medical practice, addressing anatomical foundations, age-related changes, upper and lower eyelid indications, preoperative assessment, general planning principles, functional and aesthetic outcomes, complications, and safety strategies, anatomy is particularly complex and that the risk

of malposition increases when factors such as horizontal laxity, negative vector, and canthal support are not properly recognized. Complications such as edema, ecchymosis, dry eye, lagophthalmos, asymmetry, retraction, and ectropion should be discussed before surgery. Contemporary blepharoplasty should therefore be understood as functional and aesthetic surgery of the periorbital unit, in which patient selection, differential diagnosis, and anatomical preservation are as important as technical execution.

Keywords: Blepharoplasty. Eyelid surgery. Oculoplastic surgery. Dermatochalasis. Lower eyelid.

INTRODUÇÃO

A blefaroplastia pode ser definida de modo amplo como o conjunto de procedimentos destinados a corrigir alterações cutâneas, musculares e adiposas das pálpebras, consolidou-se como intervenção de elevada demanda na cirurgia estética facial. Entretanto, a interpretação contemporânea do procedimento ultrapassa a simples remoção de excesso cutâneo. O resultado depende da interação entre pálpebras, supercílios, órbita, região malar, superfície ocular e características individuais do paciente (MAAMARI, 2023).

“O termo blefaroplastia (do grego blepharon = pálpebra; plastos = formar) foi introduzido por Von Gräefe, em 1818, para descrever um caso de reconstrução palpebral em 1809. Na Enciclopédia Americana de Oftalmologia de 1913, tal termo era usado para definir uma reforma, reajuste ou transplante de qualquer tecido palpebral. Hoje, a palavra blefaroplastia é utilizada para se referir à exérese do excesso de pele da pálpebra com ou sem a ressecção de gordura orbital com objetivo estético ou funcional”.(Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).
Negrito nosso.

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA

Importante, a avaliação pré-operatória, a qual deve começar com uma anamnese cuidadosa para compreender as preocupações do paciente, expectativas e motivações em relação à blefaroplastia. Faz-se, necessário, estabelecer uma relação médico-paciente sólida que garantirá a satisfação de ambas as partes durante todas as fases do tratamento.

“Nesta avaliação é importante considerar os aspectos psicológicos, sistêmicos e anatômicos, e realizar a documentação fotográfica”.(Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).
Negrito nosso.

Avaliação Sistêmica

A blefaroplastia superior pode assumir caráter funcional quando o excesso cutâneo e/ou a posição palpebral interfere na visão, particularmente no campo visual superior. A literatura demonstra associação entre cirurgia adequadamente indicada e melhora de campo visual e qualidade de vida. Relatório da American Academy of Ophthalmology identificou melhora funcional após correção de dermatochalasis e

ptose em pacientes selecionados, incluindo melhora de visão periférica e atividades relacionadas à qualidade de vida (CAHILL et al., 2011).

“A história e o exame físico são de extrema importância para a suspeição de alterações sistêmicas que possam comprometer o bom andamento e resultado cirúrgicos, além da própria vida do paciente. Disfunções tireoidianas ou renais, insuficiência cardíaca e alergias (sistêmicas ou palpebrais), podem provocar um estado de edema crônico das pálpebras e secundariamente excesso de pele nestas (dermatocalase) com liquenificação. Gordura orbital prolapsada pode ser consequência de um hipertireoidismo. A diminuição da fenda palpebral por ptose da pálpebra superior pode ser decorrente de miastenia *gravis*. Obviamente, em todos esses casos, a simples ressecção dos tecidos sobressalentes sem o controle da doença de base levará a um resultado não satisfatório com recidiva em pouco tempo. Coagulopatias podem levar a sangramentos com consequências desastrosas, como hematoma retrobulbar com possibilidade de amaurose. Portanto, realizam-se de rotina o hemograma e o coagulograma, além de uma avaliação cardiológica básica. Outros exames laboratoriais são solicitados apenas quando necessários à confirmação de uma suspeita clínica”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018). Negrito nosso.

Avaliação Oculopalpebral

A blefaroplastia superior pode assumir caráter funcional quando o excesso cutâneo e/ou a posição palpebral interfere na visão, particularmente no campo visual superior. A literatura demonstra associação entre cirurgia adequadamente indicada e melhora de campo visual e qualidade de vida. Relatório da American Academy of Ophthalmology identificou melhora funcional após correção de dermatochalasis e ptose em pacientes selecionados, incluindo melhora de visão periférica e atividades relacionadas à qualidade de vida (CAHILL et al., 2011).

“A documentação da acuidade visual, mobilidade ocular, visão periférica e filme lacrimal são pontos fundamentais na avaliação do candidato à blefaroplastia. Pacientes com diminuição do filme lacrimal devem ser desestimulados à realização da cirurgia, mas, caso seja realizada, preconiza-se ser extremamente conservador na retirada de pele para que não haja risco de as pálpebras ficarem entreabertas (lagofthalmia) com exposição da córnea e consequente ulceração desta. Muita lubrificação com colírios de lágrimas artificiais durante todo o dia e gel ocular à noite para dormir também devem ser prescritos”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

“Outros aspectos que devem ser considerados são abertura palpebral vertical, abertura palpebral horizontal, esclera aparente (scleral show), posição das margens palpebrais, distância entre o sulco e a margem palpebrais, inserção e orientação dos cílios, localização e forma dos supercílios, posição do canto lateral, profundidade e simetria dos sulcos palpebrais, excesso de pele das pálpebras superiores de gordura em pálpebras superiores e inferiores, flacidez dos tendões cantais (palpebrais) e posição dos pontos lacrimais”.

“Dentre estes, os mais relevantes a se observar antes de se realizar a cirurgia são: forma e posição dos supercílios, excesso de pele (dermatocalase), pseudo-herniação das bolsas de gordura, ptose palpebral e flacidez horizontal das pálpebras inferiores”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

“Quanto aos supercílios, a sua posição influencia na indicação de uma blefaroplastia associada ou não a uma frontoplastia. Ademais, existem diferenças anatômicas entre o sexo masculino e feminino. Na mulher, o supercílio apresenta-se localizado pouco acima do rebordo orbital medialmente e segue um sentido ascendente em direção lateral, passando, na transição dos dois terços mediais para o terço lateral

(linha tangente ao limbo lateral), a cerca de 1 cm superior a esse rebordo, para em seguida sofrer uma curva descendente até a cauda do mesmo. No homem, é mais espesso e apresenta-se localizado na altura do rebordo orbital em todo o seu trajeto, tendo forma de uma curva suave e homogênea, não apresentando a direção descendente na porção lateral”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

O sulco palpebral superior, a plataforma tarsal, a posição do supercílio e a quantidade de gordura medial influenciam a aparência final. Revisão sistemática recente destacou a importância da exposição da plataforma tarsal e do brow fat span para a percepção estética da juventude e da harmonia facial, além de enfatizar a necessidade de avaliar assimetrias previamente existentes (CHALKIAS et al., 2025).

“Tal conhecimento é importante, pois ptose do supercílio pode simular dermatocalase ou aparentar excesso de pele maior a ser retirado do que o necessário. Portanto, ao se avaliar a pele redundante da pálpebra superior, deve-se posicionar o supercílio em sua região anatômica, para, só então, desenhar o montante de pele a ser removido”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

“Em relação a pseudo-herniação das bolsas, esta é avaliada solicitando que o paciente fixe o olhar para cima sem movimentar a cabeça, fazendo com que fiquem mais salientes, ou pressionando o globo ocular inferossuperiormente para sobressaltarem as bolsas das pálpebras superiores, e superoinferiormente, para as bolsas das pálpebras inferiores”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

“A ptose palpebral deve ser investigada no pré-operatório e caso seja detectada torna-se necessário enfatizar ao paciente tal condição e corrigi-la no mesmo ato cirúrgico. Ptoses discretas podem passar despercebidas, principalmente nos casos de dermatocalase muito acentuada. Para se avaliar ptose deve-se elevar a dobra da pele suavemente com os dedos sem tracionar a margem palpebral e então visualizar a real posição dessa margem. A margem normal localiza-se, aproximadamente, 2 mm abaixo do limbo”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

A avaliação ocular deve observar acuidade visual quando indicada, superfície ocular, fechamento palpebral, posição dos globos e pálpebras, função do levantador, posição do supercílio, frouxidão palpebral inferior e características do canto lateral. História de olho seco merece atenção especial, pois sintomas pré-existentes podem influenciar o risco de desconforto pós-operatório.

A literatura clássica já destacava que sintomas de secura, presença de lagoflato, alterações anatômicas e cirurgias prévias são importantes na previsão de problemas pós-operatórios. Embora testes lacrimais possam ser úteis em casos selecionados, a história e a anatomia permanecem componentes fundamentais da avaliação clínica (MCKINNEY; ZUBOWSKI, 2000).

“Nos casos de flacidez, torna-se fundamental a associação de procedimentos concomitantes à blefaroplastia transcutânea para aumentar a tensão tarso ligamentar e evitar ectrópio ou esclera aparente (scleral-show). Quando a flacidez é muito intensa realizam-se técnicas de encurtamento horizontal da pálpebra inferior (Tarsal Strip, Bick modificada, Lazy-T) e, em casos mais leves, uma cantopexia”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

“A pálpebra é constituída por estruturas delgadas e complacentes. A capacidade contrátil do tecido cicatricial, que usualmente se forma após uma abordagem cirúrgica nessa região, pode ultrapassar a resistência dos tecidos palpebrais, causando retrações e escleral-show. Em razão disso, torna-se necessário buscar melhor sustentação palpebral, tanto nos casos de distopia como nos de frouxidão tarsoligamentar”. (Alberto Caropreso et al., pg. 5.577/5.599, 2018).

Documentação Fotográfica

A literatura clássica já destacava que sintomas de secura, presença de lagofalmo, alterações anatômicas e cirurgias prévias são importantes na previsão de problemas pós-operatórios. Embora testes lacrimais possam ser úteis em casos selecionados, a história e a anatomia permanecem componentes fundamentais da avaliação clínica (MCKINNEY; ZUBOWSKI, 2000).

A documentação fotográfica padronizada é recomendável para comparação pré e pós-operatória e para registrar assimetrias existentes. Fotografias devem ser interpretadas como instrumento clínico e documental, não como substituto do exame.

“Todo paciente candidato a um procedimento estético ou reparador deve ser documentado com fotografia antes e após a cirurgia. As fotos têm os seguintes objetivos:

- Auxiliar o cirurgião a entender o que exatamente desagrada o paciente e este compreender o que se pode fazer para ajudá-lo.
- Mostrar ao paciente, no pós-operatório, as alterações que foram atingidas, pois muitas vezes há um esquecimento, por parte do paciente, de como ele era e, eventualmente, imagina que não houve mudança com a cirurgia.
- Didático.
- Médico-legal”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“Quanto às posições, deve-se manter a cabeça do paciente com a parte superior do trago alinhada, horizontalmente, com o rebordo orbitário inferior. Realiza-se, então, uma tomada frontal da face toda com olhos abertos e uma tomada enquadrando um retângulo, no qual as órbitas estejam compreendidas, (dado por duas linhas verticais que passam pelas porções mais laterais da face e duas horizontais que passam pela metade da fronte e pela base nasal), com os olhos abertos, fechados, mirando para cima e para baixo. Realiza-se, ainda, uma tomada no perfil e meio perfil de cada lado, com todas as posições dos olhos citadas”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

INDICAÇÕES

Estética e/ou Funcional

O planejamento superior deve considerar a quantidade e distribuição do excesso cutâneo, a posição do supercílio, a presença de ptose, a arquitetura do sulco, o volume de gordura e a assimetria natural. A literatura recente favorece abordagem conservadora quando possível, pois a retirada excessiva pode resultar em aparência encovada, alterações do fechamento e perda de naturalidade.

“O paciente pode procurar o cirurgião apenas pela pseudo-herniação das bolsas de gordura e/ou pelo excesso de pele em pálpebras superior e/ou inferior, que podem estar lhe conferindo uma face mais envelhecida ou a aparência de cansaço ou até de “ressaca” que as bolsas conferem. Porém, muitos pacientes podem ter uma redundância tão grande de pele, principalmente na pálpebra superior, que esta chega a ultrapassar a margem ciliar e dificultar a abertura palpebral e o campo visual. Nesses casos, a indicação primordial é funcional”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Anatomia

O desenho pré-operatório deve respeitar a anatomia individual e considerar a relação entre margem palpebral e supercílio. Técnicas que preservam estruturas funcionais podem apresentar vantagens, especialmente em pacientes com risco aumentado de lagofalmo.

“A pálpebra superior, quando elevada (olhos abertos), apresenta um sulco natural, variável em sua forma e na dependência de características raciais e pessoais, e uma prega que cai discretamente sobre o sulco, formada pela pele e músculo orbicular pré-septal. Tais aspectos conferem uma característica anatômica normal à pálpebra superior. Na margem palpebral superior, inserem-se fileiras de cílios que se projetam anteriormente, curvando-se cranialmente, enquanto na margem palpebral inferior os cílios apresentam curvatura caudal.

As pálpebras são divididas em duas lamelas: (1) lamela anterior, formada pela pele e músculo orbicular dos olhos; (2) lamela posterior, formada pelo tarso e conjuntiva”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“A pele da pálpebra é muito fina e praticamente inexistente tecido celular subcutâneo. Logo abaixo dela, separada pela fáscia muscular, encontra-se o músculo orbicular dos olhos, innervado pelo nervo facial e formado por fibras circulares. Pode ser dividido, didaticamente, em porções orbital e palpebral.

A porção palpebral, por sua vez, pode ser subdividida em porção pré-tarsal, que se localiza imediatamente anterior ao tarso, e porção pré-septal, que mantém relação íntima com seu septo orbital, este localizando-se na face profunda do músculo”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“As fibras do músculo orbicular pré-tarsal das pálpebras superior e inferior se unem, medialmente, e formam o tendão cantal medial, que se insere nas cristas lacrimais anterior e posterior. Lateralmente, a união dessas fibras forma o tendão cantal lateral, que se insere no tubérculo orbital. O tarso é um tecido fibroelástico (tecido conjuntivo denso) presente em ambas as pálpebras e lhes confere sustentação. Na pálpebra superior, tem forma semelhante a uma crescente com aproximadamente 30 mm de comprimento, 10 mm de largura na sua porção central e 3 mm nas extremidades, e 1 mm de espessura. Na pálpebra inferior é mais estreito, diferenciando-se apenas quanto à largura, a qual está em torno de 4 a 5 milímetros”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“O septo orbital é uma extensão do periósteo do rebordo da órbita e separa o conteúdo orbitário, incluindo a gordura, da pálpebra. Origina-se no arco marginal, funde-se à fáscia capsulopalpebral e continua inferiormente com a aponeurose do músculo levantador da pálpebra. Em um plano coronal, posteriormente ao septo orbital, observam-se as bolsas de gordura, que na pálpebra superior encontram-se em compartimentos nasal e central. Na pálpebra inferior distribuem-se em três compartimentos: nasal, central e temporal”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

O sulco palpebral superior, a plataforma tarsal, a posição do supercílio e a quantidade de gordura medial influenciam a aparência final. Revisão sistemática recente destacou a importância da exposição da plataforma tarsal e do brow fat span para a percepção estética da juventude e da harmonia facial, além de enfatizar a necessidade de avaliar assimetrias previamente existentes (CHALKIAS et al., 2025).

“O músculo levantador da pálpebra é innervado pelo nervo oculomotor (III par craniano) e origina-se no ápice do cone orbital, na asa menor do esfenóide. Percorre trajeto anterior, unindo-se ao septo orbitário na altura da borda superior do tarso e, aproximadamente 1 mm abaixo dessa borda, emite prolongamentos que se inserem no músculo orbicular e na pele da pálpebra superior (8 a 9 mm acima da margem palpebral)”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Tal inserção é responsável pela formação do sulco palpebral. Em pacientes orientais esta, geralmente, é mais baixa, conferindo variações no sulco, inclusive com casos de ausência total deste. O músculo de Müller é innervado por fibras simpáticas e parassimpáticas. Acompanha o trajeto do músculo levantador da pálpebra, inserindo-se na borda superior do tarso”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“A conjuntiva palpebral está intimamente aderida ao tarso e apresenta rebatimento formando um fundo de saco (fórnice conjuntival) para em seguida compor a conjuntiva bulbar. Na porção medial das pálpebras superiores e inferiores, tocando o globo ocular, encontram-se os orifícios dos canaliculos lacrimais (um superior e um inferior), que drenam o filme lacrimal para o saco lacrimal e, deste, para o ducto nasolacrimal que desemboca no meato inferior”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

A pálpebra inferior possui arquitetura mais complexa, com lamelas anterior, média e posterior, sistema retrator, tarso, conjuntiva, músculo orbicular e estruturas de suporte cantal. A gordura orbital inferior pode apresentar pseudo-herniação com o envelhecimento, contribuindo para bolsas palpebrais. Entretanto, o volume aparente da região não depende exclusivamente da quantidade de gordura: o contorno também é determinado pelo suporte ligamentar, pela projeção malar e pelo sulco nasojugal.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Frisa-se, que com o advento da tecnologia, bem como, a melhora das técnicas empregadas e a qualificação dos profissionais, várias técnicas subsistem no dia a dia. Logicamente, tudo irá depender do tipo de paciente, bem como de sua anatomia.

“Nos últimos anos, várias modificações técnicas têm sido apresentadas. O advento do laser para tratamento da pele (resurfacing) permitiu a obtenção de resultados excelentes na pálpebra inferior quando associado à técnica transconjuntival. As incisões e a ressecção da pele e músculo podem ser realizadas por meio do laser, lâmina fria ou bisturi de alta frequência. O instrumento a ser utilizado fica a critério da preferência e experiência de cada cirurgião, porém é imprescindível a delicadeza dos movimentos cirúrgicos, principalmente no que concerne à manipulação das bolsas de gordura, para que se evitem complicações desastrosas”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Antissepsia

Logicamente, a antissepsia da área a ser abordada deve ser realizada de forma protocolar, isso porque, evitará risco de infecções e complicações para o paciente.

“Inicia-se a antissepsia antes de o paciente adentrar a sala de cirurgia, com lavagens do rosto duas ou três vezes, utilizando-se água e sabonete. Com o paciente posicionado na mesa de cirurgia, aplica-se antisséptico tópico (clorexidine aquoso)”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Marcação

Importante frisar, que antes e durante a cirurgia, as marcações servem como uma espécie de "guia" para o cirurgião, ajudando a manter o foco nas áreas previamente planejadas. Isso torna o processo mais seguro e preciso.

“Realiza-se a marcação das pálpebras de preferência com o paciente sentado, utilizando-se marcadores com linha fina. A marcação da pele da pálpebra superior apresenta forma de crescente com concavidade inferior. Traça-se, inicialmente, uma linha em sulco natural, quando visível, ou a aproximadamente 8 a 10 mm da borda palpebral em sua porção central e a 3 ou 4 mm nas suas extremidades. A segunda linha, para completar o desenho da crescente, realiza-se com o paciente de olhos fechados suavemente apreendendo-se o excesso de pele com uma pinça de tal forma que uma das extremidades desta fique sobre a linha marcada e a outra fique superiormente. Tal pinçamento não deverá produzir abertura do olho. A posição da extremidade superior da pinça é o limite da marcação da crescente”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

“A pele da pálpebra inferior é marcada apenas lateralmente à comissura lateral por meio de um traçado oblíquo de 6 a 10 mm que se inicia pouco caudal ao canto externo e com direção à cabeça do supercílio contralateral.

Segue-se preferencialmente alguma ruga natural quando existente. A linha da incisão horizontal (subciliar) não necessita de marcação, pois os cílios são a referência para tal incisão, que passará paralelamente a estes a uma distância de 2 milímetros”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Anestesia

Frisa-se, que a anestesia local é aplicada diretamente nas pálpebras com o objetivo de bloquear a sensibilidade da região operada.

Por sua vez, a sedação é administrada por via endovenosa, geralmente com medicamentos que promovem relaxamento, sono leve e ausência de desconforto.

Esse tipo de anestesia permite que o(a) paciente fique em um estado de semiconsciência, sem dor e sem formar memórias desagradáveis da cirurgia.

Após o término da blefaroplastia, o efeito da sedação se dissipa em poucas horas, permitindo uma recuperação mais rápida e com menor risco de efeitos colaterais para o paciente.

“Pode ser geral ou local, preferindo-se a anestesia local com sedação. Uma sedação leve é, normalmente, suficiente. Idealmente, a solução deve ser preparada na própria sala de cirurgia com concentração de epinefrina entre 1/50.000 e 1/100.000, utilizando-se, para isso, 20 mL de lidocaína a 2% sem vasoconstritor associada a 0,4 ou 0,2 mL de epinefrina, respectivamente. A infiltração é realizada logo abaixo do plano cutâneo e com a agulha paralela à pele. O anestésico deve ser injetado lentamente para se evitar dores excessivas. Caso a frequência cardíaca ultrapasse 20% da frequência inicial, aguarda-se o seu retorno ao nível basal antes de prosseguir”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Sequência Cirúrgica

Pálpebra Superior

O objetivo aqui é aliviar o olhar. O cirurgião realiza uma incisão precisa para remover o “capuz” de pele que se forma sobre os olhos. Em alguns casos, pequenas bolsas

de gordura no canto interno também são tratadas. O resultado é um olhar mais aberto e uma face visivelmente mais descansada.

1.1.1 Blefaroplastia Transconjuntival

Esta é uma técnica “invisível” indicada para pacientes jovens que têm apenas bolsas, sem excesso de pele. A incisão é feita por dentro da pálpebra, na mucosa, não deixando nenhuma cicatriz externa.

- Incisão da pele no local previamente marcado.
- Dissecção e retirada da pele, preservando o músculo orbicular dos olhos.
- Ressecção de uma pequena “fita” do músculo orbicular pré septal.
- Divulsão do músculo orbicular e abertura do septo orbitário com tesoura de íris nos locais marcados, para se remover ou cauterizar o excesso de gordura (bolsa de gordura).
- Apreensão e tração delicada da bolsa, com pinça sem dente, realizando-se pequena incisão em sua cápsula. A compressão sutil do globo ocular facilita sua identificação e retirada. Tal manobra produz herniação da gordura. Disseca-se suavemente, tomando-se o cuidado para não aprofundar a tesoura em direção à órbita.
- Preensão da base da bolsa com pinça Halsted curva.
- Remoção do excesso, com posterior cauterização com mono ou bipolar. Essa remoção deve ser conservadora.
- A abertura realizada no músculo orbicular e septo orbitário é suturada por alguns cirurgiões, porém muitos não procedem esse tempo.
- Hemostasia minuciosa.
- Sutura da pele com ponto intradérmico, utilizando-se fio mononylon 5-0. Alguns cirurgiões preferem utilizar pontos simples separados ou ponto contínuo (chuleio); porém, nesses casos, deve-se usar fio mais fino (geralmente 6-0)”. (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Pálpebra Inferior

Técnica do Retalho Miocutâneo

Focada em eliminar o aspecto de inchaço e olheiras profundas. O especialista pode, Remover as bolsas, quando há excesso de gordura, reposicionar a gordura quando a paciente tem o “sulco lacrimal” profundo, a gordura da própria bolsa é usada para preencher a depressão da olheira e Tratar a flacidez, removendo uma pequena faixa de pele para esticar a região sem alterar o formato do olho.

- Incisão da pele com bisturi e lâmina 15 na linha marcada lateralmente.
- Em seguida, realiza-se incisão da pele da região subciliar com tesoura de íris curva, após pequeno descolamento entre a pele e o músculo orbicular, passando a uma distância de 2 mm da borda ciliar e se estendendo medialmente até 5 mm lateral ao ponto lacrimal.
- Colocação de um ponto de reparo na borda da pálpebra inferior com fio mononylon 5-0, o qual é tracionado superiormente e fixado ao campo operatório. Tal manobra facilita a dissecção dessa pálpebra.
- Incisão do músculo orbicular pré-septal paralela à borda incisada da pele, preservando a porção pré-tarsal aderida ao tarso e descolamento do retalho miocutâneo, com a exposição do septo orbital.
- Abertura do septo orbital.
- Abertura das cápsulas das bolsas de gordura.
- Realização dos procedimentos necessários nas bolsas: cauterização, ressecção parcial ou reposicionamento.
- O reposicionamento é realizado realocando as bolsas de gordura central e/ou nasal 6 mm caudalmente ao rebordo orbitário na região do sulco órbito-palpebral

(tear trough), tracionando-as com fio mononylon 5-0. A bolsa lateral normalmente é ressecada.

- Tração suave da pele em sentido lateral com remoção da mesma ao redor de 50% do excedente que ultrapassar o limite lateral da incisão subciliar.

Tal excesso apresenta a forma de um triângulo com sua base posicionada cranialmente.

- Em seguida resseca-se outro triângulo, geralmente em torno de 2 a 3 mm, da pele do retalho subciliar, o qual apresenta sua base voltada para a extremidade lateral. Deve-se ter muita cautela na quantidade a ser retirada, para se evitar retrações palpebrais.

- Ressecção de uma pequena porção do músculo orbicular ao longo de toda a borda incisada (geralmente 1 a 2 mm).

- Hemostasia minuciosa.

- Sutura com pontos separados com fio mononylon 6-0 ou intradérmico com mononylon 5-0". (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Técnica do Retalho Cutâneo

Menciona-se, que a técnica do retalho cutâneo na blefaroplastia é um procedimento cirúrgico que levanta apenas a camada de pele da pálpebra, separando-a do músculo subjacente, para remover o excesso de tecido flácido da região.

Tal abordagem é usada principalmente na pálpebra inferior do paciente, pois permite tratar a pele enrugada sem mexer profundamente nas estruturas internas.

"A dissecação realizada é subdérmica. Se necessário algum procedimento em bolsas de gordura, a incisão através do músculo orbicular é feita diretamente sobre elas. Está indicada em raros casos de excesso de pele sem evidências de excesso de músculo. A dissecação é mais traumática, com maior risco de hematomas ou retrações. Por todos esses fatores, raríssimas vezes se lança mão de tal técnica. Hoje em dia utiliza-se a técnica de ressecção da pele da pálpebra inferior marcando-se com pinça a pele a ser removida, sem realizar descolamento de todo um retalho cutâneo, e ressecando apenas a área marcada (pinch de pele)". (Alberto Caropreso et.,al, pg. 5.577/5.599, 2018).

Técnica Transconjuntival

Esta é uma técnica "invisível" indicada para pacientes jovens que têm apenas bolsas, sem excesso de pele. A incisão é feita por dentro da pálpebra, na mucosa, não deixando nenhuma cicatriz externa.

"Atualmente tem-se utilizado esta via de acesso mais frequentemente para tratar as bolsas de gordura, seja removendo-as ou reposicionando-as, mesmo em pacientes com excesso de pele. Este excesso pode ser tratado com pinch ou *laser* de CO2 ou peeling".

"Indicada inicialmente apenas para casos em que existissem bolsas de gordura pseudo-herniadas sem excesso de pele, características encontradas em pacientes jovens".

- Instilam-se gotas de colírio anestésico. A utilização de protetores corneanos diminui o risco de iatrogenia no globo ocular. Infiltram-se a conjuntiva e as bolsas de gorduras com a solução anestésica já descrita.

- Everte-se a pálpebra com ganchos e aplica-se pequena pressão sobre o globo ocular, sendo possível observar a saliência provocada pelas bolsas de gordura na conjuntiva palpebral.

- Realiza-se incisão com tesoura, *laser* ou bisturi de alta frequência na área mais saliente da conjuntiva, no meio da distância entre a borda tarsal e o fórnice conjuntival no sentido longitudinal.

- Após seccionar a conjuntiva e os músculos retratores, as bolsas já começam a se tornar visíveis. Assim como na técnica miocutânea, podem ser ressecadas ou reposicionadas na dependência da avaliação préoperatória. A ressecção é realizada em todos os compartimentos que apresentavam excesso de gordura. O reposicionamento pode ser realizado com a utilização de fios guias (mononylon 5-0), transfixando a pele, atravessando a área descolada e passando pela gordura, após a abertura das bolsas, e retornando com a agulha pela área descolada novamente, exteriorizando-a pela pele. O fio é apenas mantido externamente com uma fixação com micropore.
- Não há necessidade de sutura da incisão da conjuntiva”.

Técnicas Complementares

Devemos deixar claro, que existem outras técnicas cirúrgicas além das convencionais, vejamos: A miopelexia e Fixação do Músculo, Sutura do músculo orbicular ou reposicionamento para redefinir a prega palpebral e dar suporte estrutural.

Reposicionamento ou Enxerto de Gordura, em olhos fundos (*enophthalmos*), a retirada exagerada de gordura envelhece o olhar. O cirurgião redistribui a gordura local ou adiciona microenxertos.

Ressecção da Glândula Lacrimal, Em casos específicos de prolapso glandular na porção lateral, é realizado o reposicionamento ou fixação da glândula ao rebordo orbital (suspendendo-a).

Elevação do Supercílio, Associa-se a fixação ou tração dos tecidos frontais pela mesma incisão para tratar a queda da sobrancelha de forma combinada.

“■ Cantopexia: É realizada em casos de flacidez tarsoligamentar leve ou moderada. Normalmente o acesso é pela porção lateral da incisão da blefaroplastia superior, divulsionando o tecido na direção do canto externo da pálpebra, por sob o músculo orbicular até atingir o tendão cantal lateral.

Passa-se então, um ponto na região do tendão, com fio mononylon 5-0 e realiza-se a ancoragem 2 mm cranialmente à inserção do tendão no periósteo da porção interna da borda lateral da órbita.

■ Orbiculoplastia: Quando necessária, é realizada após a cantopexia ou independente desta, fazendo uma dissecação que separa a pele do músculo orbicular em uma faixa de aproximadamente 6 mm e sutura-se o retalho do músculo orbicular no periósteo da borda lateral da órbita no nível do tendão cantal lateral. Isto produz uma tensão muscular leve. Realiza-se, então, tração suave do retalho cutâneo em sentido lateral e remove-se 50% da pele que excede o limite lateral da incisão subciliar. Tal excesso apresenta a forma de um triângulo com sua base posicionada cranialmente”.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Alguns cuidados pós-operatório devem ser seguidos pelos pacientes, isso porque, irão ajudar na recuperação, citaremos alguns: Aplicação de compressas frias de soro fisiológico gelado sobre os olhos, isso ajuda a reduzir o inchaço e os hematomas. Esse cuidado deve ser feito várias vezes ao dia, especialmente nas primeiras 48 horas após a blefaroplastia;

Durma com a cabeça elevada, durante a primeira semana, é importante dormir com a cabeça levemente elevada para diminuir o inchaço e evitar o acúmulo de líquidos na região operada;

Evite esforço físico, realizar atividades físicas, levantar peso e baixar a cabeça bruscamente podem aumentar a pressão na região ocular e provocar sangramentos e edemas,

Use os medicamentos prescritos, o acompanhamento médico pode indicar analgésicos para controlar a dor ou pomadas oftalmológicas para lubrificar os olhos e prevenir infecções.

- Utilizar compressas geladas nas primeiras 24 a 48 h, se possível iniciando-se durante a cirurgia com solução fisiológica gelada.
 - Limpeza dos olhos com solução fisiológica.
 - Retirada dos pontos simples ou chuleados em quatro a cinco dias.
 - Retirada dos pontos intradérmicos em cinco a sete dias.
 - Colocação de micropore ou steri-strip na porção lateral da pálpebra inferior, após a retirada dos pontos.
 - Analgésico. Esta é uma cirurgia pouco dolorosa no pós-operatório. A utilização de analgésico geralmente se limita ao primeiro dia após a cirurgia. Dores muito intensas ou persistentes podem ser sinais de alerta de alguma complicação.
 - Evitar ingestão de produtos que contenham ácido acetilsalicílico. Deve-se alertar o paciente para que não utilize tais produtos a partir de três semanas antes do procedimento cirúrgico até três semanas após, pois diminuem a agregação plaquetária, sendo potenciais fatores de complicações.
 - Utilização de lágrimas artificiais e gel ou pomada oftálmica, enquanto houver lagofthalmo.
 - Evitar exposição solar (bronzamento) por três meses.
- Ocorrências Esperadas
- Equimose e edema.
- Complicações
- Olhos secos.
 - Epífora.
 - Alteração da coloração da pele.
 - Infecção.
 - Resultado “pobre”:
 - sobra residual de pele ou gordura;
 - assimetria dos sulcos;
 - sobrecorreção/subcorreção das bolsas.
 - Ptose palpebral.
 - Diplopia.
 - Lagofthalmia.
 - Pálpebra inferior mal posicionada:
 - eversão do ponto lacrimal;
 - esclera aparente (scleral-show);
 - canto lateral com ângulo arredondado;
 - ectrópio.
 - Lesão do globo ocular.
 - Hematoma.
 - Cegueira”.

CONCLUSÃO

Por fim, podemos dizer que a blefaroplastia é um procedimento seguro e eficaz, com um alto índice de satisfação geral dos pacientes. Para isso, é importante tomar as precauções necessárias para prevenir complicações, bem como reconhecê-las e tratá-las prontamente, é fundamental para alcançar os melhores resultados pós-operatórios. A avaliação pré-operatória, a compreensão das expectativas e dos resultados desejados pelo paciente, as medições meticulosas para as marcações na

pele e a técnica cirúrgica adequada desempenham papéis importantes na obtenção dos melhores resultados cirúrgicos.

“Nos últimos anos, a filosofia em relação à blefaroplastia tem sido no sentido de diminuir a agressão cirúrgica, principalmente em relação às pálpebras inferiores e reforçar a fixação do canto externo das mesmas, minimizando, assim, maus resultados ou complicações. Devido à absorção das bolsas de gordura que pode ocorrer ao longo dos anos, a preservação destas, com reposicionamento para preenchimento das áreas deprimidas, tem sido a maneira mais frequente de tratá-las”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tratado de otorrinolaringologia / organização Shirley Shizue Nagata Pignatari , Wilma Terezinha Anselmo-Lima. - 3. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2018.
- Arden, R. L.; Crumey, R. L. Lower lid blepharoplasty. In: Papel, I. D.; Nachlas, N. E. – *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. St. Louis, Mosby, p. 169-178, 1992.
- Bosniak, S. L.; Zilkha, M. C. *Cosmetic Blepharoplasty and Facial Rejuvenation*. 2nd Ed., Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998.
- Larabee Jr., W F; Makielski, K H; Henderson, J L; *Surgical Anatomy Of The Face*, Second Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2004.
- Macedo, J.E.; Pessoa, B.B.G.; Oliveira, N.G.S.; Gomes, A.R Canthopexy as primary procedure in lower lid blefaroplasty. *Rev. bras.cir.plást.* (24)1:30- 35, jan-mar. 2009.
- Maniglia, J. J.; Maniglia, A. J.; Maniglia, J. V. Blefaroplastia. In: Lopes Filho, O.; Campos, C. A. H. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo, Roca, p.48-54, 1994.
- Mccord Jr, C.D.; Codner, M.A.; *Eyelid And Periorbital Surgery*, Qmp, 2008.
- Menik, F. J.; *Nasal Reconstruction Art And Practice*. Saunders Elsevier, 2009.
- Nerad, J A; *Techniques in ophthalmic plastic surgery (a personal tutorial)*, Saunders Elsevier 2010.
- Pastorek, N. J. Upper lid blepharoplasty. In: Papel, I. D.; Nachlas, N. E. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. St. Louis, Mosby, p. 158-168, 1992.
- Perkins, S. W.; Latorre, R. C. Blepharoplasty: a facial plastic surgeon's perspective. In: Romo III, T.; Millman, A. L. – *Aesthetic Facial Plastic Surgery*. New York, Thieme, p. 261-287, 2000.
- Putterman, A. M. *Cosmetic Oculoplastic Surgery*. 2nd Ed., Philadelphia, W. B. Saunders, 1993.
- Putterman, A. M.; Millman, A. L. Blepharoplasty: an oculoplastic surgeon's perspective. In: Romo Iii, T.; Millman, A. L. *Aesthetic Facial Plastic Surgery*. New York, Thieme, p. 239-258, 2000.
- Tse, D T; *Color atlas of oculoplastic surgery*, second edition, Lippincott Williams & Wilkins 2011.
- Tyers, A G; Collin, J R O; *Colour Atlas Of Ophthalmic Plastic Surgery*, Third Edition, Elsevier Ltd, 2008.
- Zide, B M; *Surgical Anatomy Around The Orbit. The System Of Zones*. Lippincott Williams & Wilkins 2006.