

BLEFAROPLASTIA ESTÉTICA: RESULTADOS, COMPLICAÇÕES E A SUA PREVENÇÃO

BLEPHAROPLASTY AESTHETICS: RESULTS, COMPLICATIONS AND ITS PREVENTION

LEO DONCATTO¹, PÂMELA ELISA SCHWANTZ²

RESUMO

Alterações congênitas, traumas ou o próprio envelhecimento das suas estruturas anatômicas exigem, muitas vezes a realização de uma blefaroplastia. Foram revisados 20 pacientes consecutivos submetidas à cirurgia de blefaroplastia estética por envelhecimento das estruturas anatômicas orbitopalpebrais. Foram analisadas a idade, o sexo, o procedimento cirúrgico e as complicações apresentadas pelos pacientes, tais como as cicatrizes inestéticas, as quemoses, os hematomas, mau posicionamento de pálpebra inferior, o ectrópio e a ptose palpebral. A incidência de complicações foi de 10%, tendo ocorrido em 4 pacientes, correspondendo à um caso de quemose(5,0%) e um com de mau posicionamento temporário da pálpebra inferior(5,0%).

DESCRITORES:

1. Blefaroptose;
2. Blefaroplastia;
3. Cirurgia plástica.

ABSTRACT

Amendments congenital, trauma or the aging of its anatomical structures often require the completion of a blepharoplasty. We reviewed 20 consecutive patients undergoing cosmetic blepharoplasty for aging orbitopalpebrais anatomical structures. We analyzed age, sex, surgical procedure and complications presented by patients, such as unsightly scars, the quemoses, bruising, poor positioning of the lower eyelid, the ectropion and ptosis. The incidence of complications was 10%, occurring in 4 patients, corresponding to a case of chemosis (5.0%) and one with a bad positioning of temporary lower eyelid (5.0%).

KEYWORDS:

1. Blepharoptosis;
2. Blepharoplasty;
3. Plastic Surgery.

INTRODUÇÃO

Os olhos e a região periorbitária têm papel fundamental na harmonia da face, por isto, alterações nesta região podem levar a modificações notáveis, principalmente quando alteram o formato ou a posição relativa dos olhos. Alterações congênitas, traumas ou o próprio envelhecimento das suas estruturas anatômicas exigem, muitas vezes a realização de uma blefaroplastia. Esta é uma das cirurgias estéticas mais realizadas sobre a face, mesmo assim, observa-se que as complicações não são muito frequentes, ocorrendo em proporções menores e transitórias, dentre as quais citamos as cicatrizes inestéticas, os hematomas ou as quemoses.^(1,2,3,4,5,6,7,8)

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados e complicações de uma série de pacientes submetidas à blefaroplastias estéticas, medidas para evitá-las, bem como realizar uma atualização da literatura sobre o tema.

MÉTODOS

Foram revisados 20 pacientes consecutivos submetidas à cirurgia de blefaroplastia estética por envelhecimento das estruturas anatômicas orbitopalpebrais no período de janeiro de 2010 a maio de 2011 em uma clínica de cirurgia plástica de Porto Alegre-RS. Foram analisadas a idade, o sexo, o procedimento cirúrgico e as complicações apresentadas pelos pacientes, tais como as cicatrizes inestéticas, as quemoses, os hematomas, mau posicionamento de pálpebra inferior, o ectrópio e a ptose palpebral, dentre outras. Além dos resultados clínicos e evolutivos, utilizamos a análise das fotos pré e pós-operatórias para melhor avaliar os resultados estéticos finais. As cirurgias foram realizadas sob anestesia local com infiltração de Bupivacaína 0,5% com vasoconstritor no local da incisão, sob sedação, monitorização cardíaca e oximetria periférica e sob controle de um anestesista. A técnica cirúrgica se inicia pela blefaroplastia superior, onde com a marcação de uma elipse de pele define-se o seu excesso, que é retirado através de uma incisão com bisturi de lâmina 15, conjuntamente com as bolsas de gordura excedentes, hemostasia

1. Doutor em Clínica Cirúrgica pela PUCRS - Professor Adjunto de Cirurgia Plástica da ULBRA-RS.

2. Estudante de Medicina da ULBRA-RS.

com eletrocautério bipolar e sutura da pele com náilon 6-0. Já na blefaroplastia inferior, faz-se uma incisão subciliar e liberação de um retalho miocutâneo de base inferior, retira-se as bolsas de gordura e efetua-se a hemostasia. Para a ressecção dos excessos de pele e músculos, faz-se uma tração cuidadosa no sentido superolateral dos retalhos e resseca-se os excessos com tesoura serrilhada. Neste momento, muitas vezes realizamos a cantopexia, a cantoplastia ou a fixação do músculo do retalho à aquele remanescente junto ao tarso para evitarmos a tração inferior e a retração da pápebra inferior. A sutura é executada com nylon 6-0.

RESULTADOS

Dos 20 pacientes operados, quinze(75%) foram do sexo feminino e cinco(25%) do sexo masculino, com média de idade de 58,5 anos, sendo o mais jovem com 35 anos e o mais idoso com 82 anos.

A incidência de complicações foi de 10%, tendo ocorrido em 4 pacientes, correspondendo à um caso de quemose(5,0%) e um com de mau posicionamento temporário da pápebra inferior(5,0%).

Não houve a ocorrência de cicatrizes inestéticas, assimetrias, retração palpebral, ectrópio, lagoftalmo, epicanto ou ptose palpebral.

Apaciente com equimose palpebral foi bilateral e resolveu-se com medidas locais tais como uso de loções heparinóides, massagens, hidratantes e fotoprotetores solares, num período de 4 semanas, não necessitando uso de corticóides.

Apaciente que apresentou mau posicionamento de pápebra inferior foi unilateral, num caso onde se realizou contopexia na cirurgia primária. O caso teve evolução favorável num período de cerca de 60 dias através de uso de analgésicos, antiinflamatórios, colírios lubrificantes, solução corticóide tópica e proteção ocular noturna, além das indispensáveis massagens locais freqüentes.

Houve dois pacientes com queixas estéticas no pós-operatório devido às rugas finas na pele periorbitaria lateral. Isto ocorreu, apesar das mesmas serem bem alertadas no pré-operatório de que isto ocorreria, mesmo com a cirurgia, fato este bastante detalhado inclusive no termo de consentimento informado cirúrgico.

DISCUSSÃO

A blefaroplastia é uma cirurgia que traz alívio nas expressões de cansaço facial, sinais de envelhecimento e queda da face superior. Pelo fato de poder ser realizada com anestesia local, inclusive sem sedação, como feito por alguns, dá a impressão de ser uma cirurgia simples, sem complicações e com baixa morbidade.

Embora apresente complicações pouco

frequentes, quando ocorrem podem ocasionar problemas estéticos e funcionais, alguns dos quais de difícil solução e que perduram por muito tempo. Felizmente, as complicações mais freqüentes são de menor gravidade e se resolvem com as medidas mais adequadas. (4,6,7,9,10,11)

Em nossa casuística houve a ocorrência de um caso (5,0%) de paciente com quemose palpebral bilateral, que se resolveu-se com medidas locais tais como uso de loções heparinóides, colírios, massagens, proteção solar, num período de 4 semanas. As quemoses são uma infiltração edematosa da conjuntiva ocular, resultante da retenção de líquido decorrente da reação inflamatória, obstrução da drenagem linfática e do fechamento ocular deficiente, dando origem a um rebordo saliente e avermelhado em volta da córnea. Ocorre com frequência após a cirurgia na pápebra inferior, especialmente se associada a cantoplastia, devido à maior manipulação da conjuntiva. A resolução espontânea ocorre entre 3 a 4 semanas. (1,2,5,12,13,14)

Houve, também, um caso que apresentou mau posicionamento de pápebra inferior foi unilateral, onde se realizou contopexia lateral na cirurgia primária. Este teve evolução favorável num período de cerca de 60 dias através de uso de analgésicos, antiinflamatórios, colírios lubrificantes, proteção ocular noturna e massagens locais freqüentes. (4,5,7,8)

Neste caso em particular, não houve a ressecção excessiva de pele, cicatrização do septo orbital ou falha na ancoragem do canto, mantendo-se a pápebra inferior na sua posição ideal, até a 1mm do limbo inferior.

A teoria hoje mais aceita indica que um processo inflamatório cicatricial é iniciado após violação do septo orbital e da gordura retroseptal, causando fibrose do próprio septo e dos retratores. (3,5,9,12)

Outros autores sugerem que a manipulação e o reposicionamento das bolsas sejam particularmente propensos a causar inflamação na lamela média. Pode-se dizer que o septo, fascia capsulo palpebral/retratores estão fundidos em um único plano e, na maioria dos casos, não podem ser separados um do outro. Esta banda única de fibrose e contração cicatricial diminui a distância entre o tarso e a borda inferior da órbita, encurtando verticalmente a pápebra, mesmo que não haja deficiência de pele. Este quadro amplia bastante a noção convencional que alega que apenas o excesso de ressecção de pele na blefaroplastia causa retração. (12,13,14)

É conhecimento comum que a ressecção exagerada de pele na blefaroplastia inferior não perdoa o cirurgião que se obterá quase que invariavelmente, algum grau de retração no pós-operatório. A necessidade de ser conservador nesta ressecção é amplamente difundida e é rara a apresentação ou artigo sobre cirurgia das pápebras que não a enfatize. No entanto, muitas

vezes o cirurgião é surpreendido pelo surgimento de retração palpebral, mesmo quando pouca ou nenhuma pele foi ressecada.^(10,11,14)

Algumas medidas preventivas são importantes, tais como, evitar a ressecção em excesso de pele da pálpebra inferior e realizar ancoragem do canto lateral e fixar o músculo orbicular do retalho miocutâneo ao músculo remanescente justa tarsal. Existem detalhes anatômicos que aumentam o risco de mau posicionamento, como ocorre nos idosos com flacidez e em olho encovado.

Frequentemente pode-se corrigir esta complicação com medidas locais, colírios, massagens e uso de corticóides. Porém, em alguns casos pode ser necessário a correção cirúrgica do mau posicionamento da pálpebra inferior, que exigirá uma ancoragem do canto palpebral, suspensão de retalho miocutâneo, enxerto de pele livre ou retalho de pálpebra superior, as quais podem ser usadas combinadas ou individualmente.^(3,6,8,9)

Uma outra complicação que não tivemos nesta série, embora já tivéssemos tido no passado são os hematomas cuja prevenção começa no pré-operatório, com a pesquisa de coagulopatias e comorbidades que predispõe a sangramento e uso de medicações anticoagulantes, que devem ser suspensos pelo menos 10 dias antes do procedimento. Na cirurgia, a hemostasia deve ser cuidadosa, com a cauterização das bolsas de gordura ressecadas, do músculo orbicular e tecidos adjacentes. Manifestação de dor forte no pós-operatório deve nos fazer pensar num hematoma em formação. O tratamento pode ser com medidas locais para hematomas pequenos até cirurgia em casos maiores, através de cantotomia, cantólise ou descompressão orbital. Porém, hematomas retrobulbares podem levar à cegueira, por isto não devem ser negligenciados.⁽⁴⁾

Um detalhe que deve-se dar toda a atenção no pré-operatório é quanto à insatisfação dos pacientes. Pode-se reduzir a insatisfação quanto ao resultado final da blefaroplastia através de uma avaliação pré-operatória detalhada, efetuando-se contra-indicação dos casos cuja expectativa do paciente for irreal, uso de técnica cirúrgica mais adequada e minuciosa, hemostasia e ressecção de pele e gordura cuidadosos e acompanhamento pós-operatório freqüente e diligente.^(4,8,11)

A blefaroplastia é uma técnica que traz grandes benefícios e satisfação aos pacientes ao atenuar a flacidez e as rugas na região orbitopalpebral, mesmo quando usada de forma isolada ou associada ao lifting facial. Também tem se mostrado uma técnica segura, com baixa morbidade e baixas taxas de complicações.

CONCLUSÃO

A blefaroplastia além de tornar o olhar mais jovem, também atende à uma necessidade

funcional, com uma expressão menos cansado e, melhora do campo de visão. Uma boa avaliação pré-operatória, detalhando os benefícios e limitações da cirurgia evitam contratempos com expectativas imoderadas. O estudo mostrou que a blefaroplastia é uma cirurgia com baixas taxas de complicações, bons resultados e boa aceitação pelos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Wolfort FG, Vaughan TE, Wolfort SF, Nevarre DR. Retrobulbar hematoma and blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(7):2154-62.
- 2 - Morax S, Touitou V. Complications of blepharoplasty. *Orbit.* 2006;25:303-18.
- 3 - Basile FVD. Correção das retrações palpebrais secundárias à blefaroplastia. *Rev. bras. cir. plást;* 2011, 26(2):228-42.
- 4 - Lelli G, and Lisman R. *Blepharoplasty Complications. Plastic & Reconstructive Surgery, 2010 - Volume 125 - Issue 3, 1007-17.*
- 5 - Hartstein ME, Kikkawa D. How to avoid blepharoplasty complications. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009;21(1):31-41.
- 6 - Viana GAP, Osaki MH, Nishi M. Resultados clínicos e satisfação dos pacientes após blefaroplastia inferior. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011, 38(5):317-22.
- 7 - Wiggs EO. Blepharoplasty complications. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1976;81:603-6.
- 8 - Patipa M. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(2):438-53.
- 9 - Flowers RS. Canthopexy as a routine blepharoplasty component. *Clin Plast Surg.* 1993;20(2):351-65.
- 10 - Pacella S, Codner M. Minor Complications after Blepharoplasty: Dry Eyes, Chemosis, Granulomas, Ptosis, and Scleral Show. *Plastic & Reconstructive Surgery.* 2010, Vol125(2), 709-18.
- 11 - Murakami CS, Orcutt JC. Treatment of lower eyelid laxity. *Facial Plast Surg.* 1994;10(1):42-52.
- 12 - Lessa SF, Lena EH, Araújo MRC, Pitanguy I. Modificações anatômicas da fenda palpebral após blefaroplastia. *Rev Bras Cir.* 1997;87(4):179-88.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Mostardeiro, 780 - Porto Alegre - RS CEP: 96430000
E-mail: leodoncatto@gmail.com