

The Art of Eyelid Surgery

Cirurgia Palpebral e Periorbitária

Dr. Marcelo Cury

2026-01-08

Sumário

1	The Art of Eyelid Surgery	1
1.1	Do Diagnóstico Preciso ao Rejuvenescimento do Olhar	1
1.2	Direitos Autorais	1
1.3	Nota Importante (Uso Educacional)	1
1.4	Prefácio	1
1.5	Sobre o Autor	2
1.6	Nota de Origem do Conteúdo	2
2	Notas legais, escopo e uso responsável (educacional)	3
2.1	Escopo do livro	3
2.2	Consentimento e direitos de imagem	3
2.3	Como este livro deve ser lido	3
2.4	Convenções	4
3	Capítulo 01 — Introdução: a filosofia do rejuvenescimento (operar ≠ rejuvenescer)	5
3.1	Objetivo do capítulo	5
3.2	O que muda na decisão (o “porquê”)	5
3.3	Para quem é / Para quem não é	7
3.4	Checklist mental (antes de qualquer bisturi)	7
3.5	Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)	7
3.6	Método (o raciocínio que o livro ensina)	8
3.7	Erros comuns (e como evitar o caminho do estigma)	8
3.8	Notas de “arte” (luz/sombra, continuidade, unidades estéticas)	8
3.9	Referências / leituras recomendadas (opcional)	9
4	Capítulo 02 — Luz e sombra: unidades estéticas e continuidade periorbitária	11
4.1	Objetivo do capítulo	11
4.2	O que muda na decisão (o “porquê”)	11
4.3	Regra prática (o que a foto está te dizendo)	11
4.4	Para quem este capítulo muda o jogo	13
4.5	Checklist pré-op (luz/sombra em 60 segundos)	13
4.6	Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)	13
4.7	Método prático (sem virar “passo-a-passo”)	14
4.8	Variações de estratégia (o raciocínio por trás)	14
4.9	Erros comuns (e como resgatar sem piorar)	14
4.10	Notas de “arte” (o que o olho humano percebe)	15
4.11	Referências / leituras recomendadas (opcional)	15
5	Capítulo 03 — Envelhecimento multifatorial: deflation, ligamentos e osso	17
5.1	Objetivo do capítulo	17

5.2	O que muda na decisão (o “porquê”)	17
5.3	Mapa mental do envelhecimento (em 20 segundos)	17
5.4	Aplicação prática	19
5.5	Checklist pré-op (multifatorial)	19
5.6	Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)	20
5.7	Método de raciocínio (o algoritmo do capítulo)	20
5.8	Erros comuns e resgate (sem piorar)	20
5.9	Notas de “arte” (luz/sombra e transições)	20
5.10	Técnica (visão geral + variações)	21
5.11	Pós-operatório e follow-up	21
5.12	Referências / leituras recomendadas (opcional)	21
6	Capítulo 04 — Anatomia cirúrgica aplicada: lamelas, septo e ligamentos reten- tores	23
6.1	O que muda na decisão (o “porquê”)	23
6.2	Aplicação prática	23
6.3	Checklist pré-op (itens de segurança)	25
6.4	Anatomia aplicada (apenas o que muda o bisturi)	25
6.5	Técnica (visão geral)	26
6.5.1	Visão geral	26
6.5.2	Variações e indicações	26
6.6	Erros comuns (e como resgatar)	26
6.7	Notas de “arte”	27
6.8	Pós-operatório e follow-up	27
6.9	Referências / leituras recomendadas	27
7	Capítulo 05 — Mapas de risco e erros de plano: zonas de segurança vs perigo	29
7.1	Objetivo do capítulo	29
7.2	O que muda na decisão (o “porquê”)	29
7.3	Aplicação prática	29
7.4	Checklist pré-op (itens de segurança)	31
7.5	Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)	31
7.6	Técnica (visão geral + variações)	31
7.6.1	Visão geral	32
7.6.2	Variações e indicações	32
7.7	Erros comuns (e como resgatar)	32
7.8	Checklist de 60s — Mnemônico de Segurança (V-B-O)	32
7.9	Zona de risco — Septo orbitário (alerta de plano)	33
7.10	Notas de “arte”	33
7.11	Pós-operatório e follow-up	33
7.12	Referências / leituras recomendadas	33
8	Capítulo 06 — Checklist mental do resultado “nota 10” (princípios replicáveis)	35
8.1	Objetivo do capítulo	35
8.2	O que muda na decisão (o “porquê”)	35
8.2.1	Checklist de 60 segundos (pré-op)	35
8.3	Aplicação prática	36
8.4	Anatomia aplicada (o que muda a conduta)	36
8.4.1	Regra prática: a “lei da conservação” (anti-estigma)	36
8.5	Método de raciocínio	37
8.6	Erros comuns e resgate	37
8.7	Notas de arte	37

8.8 Referências	37
8.9 Próximo capítulo (sugestão de escopo)	38
9 Capítulo 07 — Fotodocumentação estratégica: sem flash, com flash e padronização	39
9.1 Objetivo do capítulo	39
9.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	39
9.3 Indicações e contra-indicações	39
9.3.1 Checklist de configuração (pré-op)	41
9.4 Anatomia aplicada (o que a luz revela)	41
9.5 Técnica de captura (visão geral)	42
9.5.1 Visão geral	42
9.5.2 Variações e indicações	42
9.6 Nota sobre selfies (gestão de expectativa)	42
9.6.1 Erro “nota 7”: a foto <i>chin-up</i>	42
9.7 Erros comuns (e como resgatar)	42
9.8 Notas de “arte” (luz/sombra)	43
9.9 Referências	43
9.10 Próximo capítulo (sugestão)	43
10 Capítulo 08 — Exame físico: vetores, flacidez, testes e assimetrias	45
10.1 Objetivo do capítulo	45
10.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	45
10.2.1 Checklist de segurança (pré-op)	45
10.3 Indicações e contra-indicações	47
10.4 Anatomia aplicada (mecânica e suporte)	47
10.5 Técnica de exame (raciocínio clínico)	47
10.5.1 Visão geral	47
10.5.2 Variações e indicações	48
10.5.3 Zona de risco: “olho redondo” iatrogênico	48
10.6 Erros comuns (e como resgatar)	48
10.7 Notas de “arte” (luz/sombra)	49
10.8 Referências	49
10.9 Próximo capítulo (sugestão)	49
11 Capítulo 09 — Consulta e expectativa: alinhar pedido do paciente com necessidade anatômica	51
11.1 Objetivo do capítulo	51
11.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	51
11.3 Indicações e contra-indicações	51
11.3.1 Checklist de “red flags” (comportamento e expectativa)	53
11.4 Checklist pré-op (o “contrato” verbal)	53
11.5 Anatomia aplicada (tradução da queixa)	54
11.6 Método de consulta (raciocínio clínico)	54
11.6.1 Visão geral	54
11.6.2 Variações e indicações	54
11.6.3 Heurística prática: a “regra do puxão”	54
11.7 Erros comuns (e como resgatar)	55
11.8 Notas de “arte” (gestão da percepção)	55
11.9 Referências	55
11.10 Próximo capítulo (sugestão)	55

12 Capítulo 10 — Algoritmos por fenótipo: superior, inferior, terço médio e casos mistos	57
12.1 Objetivo do capítulo	57
12.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	57
12.3 Indicações e contra-indicações	57
12.3.1 Checklist de classificação fenotípica	59
12.4 Anatomia aplicada (zonas de decisão)	59
12.5 Técnica (método de raciocínio)	60
12.5.1 Algoritmo — pálpebra superior	60
12.5.2 Algoritmo — pálpebra inferior	60
12.5.3 Casos mistos (terço médio)	60
12.5.4 Regra prática: teste da “pele sobrante” (pálpebra inferior)	60
12.6 Erros comuns (e como resgatar)	60
12.7 Notas de “arte” (harmonia)	61
12.8 Referências	61
12.9 Próximo capítulo	61
13 Capítulo 11 — Marcação e medidas: superior e inferior (conservadorismo e simetria)	63
13.1 Objetivo do capítulo	63
13.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	63
13.3 Indicações e contra-indicações	63
13.3.1 Checklist de marcação (pré-anestesia)	65
13.4 Anatomia aplicada (referências cutâneas)	65
13.5 Técnica (o pinch test)	65
13.5.1 Blefaroplastia superior — visão geral	65
13.5.2 Pálpebra inferior — visão geral (<i>skin pinch</i> quando indicado)	66
13.5.3 Variações e indicações	66
13.5.4 Zona de risco: “dog ear”/webbing medial	66
13.6 Erros comuns (e como resgatar)	66
13.7 Notas de “arte” (continuidade)	66
13.8 Referências	67
14 Capítulo 12 — Anestesia, infiltração, hemostasia e pós imediato (segurança)	69
14.1 Objetivo do capítulo	69
14.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	69
14.3 Indicações e contra-indicações	69
14.3.1 Checklist de infiltração e sala (segurança)	71
14.4 Anatomia aplicada (nervos e planos)	71
14.5 Técnica (sequência lógica)	72
14.5.1 Visão geral	72
14.5.2 Variações e indicações	72
14.6 Erros comuns (e como resgatar)	72
14.6.1 Zona de risco: hematoma retrobulbar	72
14.7 Notas de “arte” (pós-imediato)	73
14.8 Pós-operatório imediato (check de saída)	73
14.9 Referências	73
15 Capítulo 13 — Brow management: por que blef isolada falha (Connell) e indicações	75
15.1 Objetivo do capítulo	75
15.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	75

15.3 Indicações e contra-indicações	77
15.3.1 Checklist pré-op: Teste de Connell (compensação frontal)	77
15.4 Anatomia aplicada (o que sustenta o supercílio)	77
15.5 Técnica (estratégia de decisão)	78
15.5.1 Visão geral (menu de opções)	78
15.6 Erros comuns (e como resgatar)	78
15.6.1 Regra prática: ordem das manobras	79
15.7 Notas de “arte” (unidades estéticas)	79
15.8 Pós-operatório	79
15.9 Referências	79
16 Capítulo 14 — Técnicas de brow lift: temporal, endoscópico, Castañares modificado	81
16.1 Objetivo do capítulo	81
16.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	81
16.3 Indicações e contra-indicações	83
16.3.1 Checklist de Segurança (Zona de Risco)	83
16.4 Anatomia aplicada (planos de deslizamento)	83
16.5 Técnica (visão geral e diferenças)	84
16.5.1 1) Lift Temporal (acesso limitado)	84
16.5.2 2) Endoscópico (fronte completa)	84
16.5.3 3) Castañares modificado (direto)	84
16.6 Erros comuns (e como resgatar)	84
16.6.1 Regra prática: a “bossa” temporal	85
16.7 Notas de “arte” (o Apex)	85
16.8 Pós-operatório	85
16.9 Referências	86
17 Capítulo 15 — Blefaroplastia superior: pele, gordura (preservação) e glândula lacrimal	87
17.1 Objetivo do capítulo	87
17.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	87
17.3 Indicações e contra-indicações	87
17.3.1 Checklist Pré-op de Segurança	89
17.4 Anatomia aplicada (o mapa da mina)	89
17.5 Técnica (preservação e escultura)	90
17.5.1 Visão geral	90
17.5.2 Variações e indicações	90
17.5.3 Zona de Risco: Glândula Lacrimal (o “Erro Nota 7”)	90
17.6 Erros comuns (e como resgatar)	90
17.7 Notas de “arte” (volume e luz)	91
17.8 Pós-operatório	91
17.9 Referências	91
18 Capítulo 16 — Ptose associada no superior: quando reconhecer e como integrar ao plano	93
18.1 Objetivo do capítulo	93
18.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	93
18.3 Indicações e contra-indicações	93
18.3.1 Checklist Pré-op de Diagnóstico	95
18.4 Anatomia aplicada (o “sanduíche” do elevador)	95
18.5 Técnica (integração na blefaroplastia)	96

18.5.1 Visão geral (via anterior — Levator Advancement)	96
18.5.2 Variações e indicações	96
18.5.3 Erro Nota 7: “Peaking” (pico) no contorno	96
18.6 Erros comuns (e como resgatar)	96
18.7 Notas de “arte” (o olhar desperto)	97
18.8 Pós-operatório	97
18.9 Referências	97
19 Capítulo 17 — Pálpebra inferior transconjuntival: preferências, septo e bolsas	99
19.1 Objetivo do capítulo	99
19.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	99
19.3 Indicações e contra-indicações	101
19.3.1 Checklist Pré-op (Segurança)	101
19.4 Anatomia aplicada (o campo minado)	101
19.5 Técnica (acesso e gestão)	102
19.5.1 Visão geral	102
19.5.2 Variações e indicações	102
19.5.3 Zona de Risco: O Oblíquo Inferior	103
19.6 Erros comuns (e como resgatar)	103
19.7 Notas de “arte” (continuidade)	103
19.8 Pós-operatório	103
19.9 Referências	103
20 Capítulo 18 — Transposição/redistribuição de gordura: sulco nasojugal e transição pálpebra-malar	105
20.1 Objetivo do capítulo	105
20.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	105
20.3 Indicações e contra-indicações	107
20.3.1 Checklist Pré-op (Avaliação de Volume e Viabilidade)	107
20.4 Anatomia aplicada (o obstáculo e o alvo)	107
20.5 Técnica (princípios de liberação, reposicionamento e estabilidade)	108
20.5.1 Visão geral	108
20.5.2 Variações e indicações	108
20.5.3 Zona de Risco: Irregularidades, nódulos e necrose gordurosa	109
20.6 Erros comuns (e como resgatar)	109
20.7 Notas de “arte” (a Curva em S)	109
20.8 Pós-operatório	109
20.9 Referências	110
21 Capítulo 19 — Manejo de pele no inferior: skin pinch e refinamentos sem descoloramento amplo	111
21.1 Objetivo do capítulo	111
21.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	111
21.3 Indicações e contra-indicações	111
21.3.1 Checklist Pré-op (Segurança do Pinch)	113
21.4 Anatomia aplicada (o “plano zero”)	113
21.5 Técnica (passo a passo de precisão)	114
21.5.1 Visão geral	114
21.5.2 Variações e indicações	114
21.6 Erros comuns (e como resgatar)	114
21.6.1 Zona de Risco: o “Canine Tooth” (queda lateral iatrogênica)	115
21.7 Notas de “arte” (textura e naturalidade)	115

21.8 Pós-operatório	115
21.9 Referências	115
22 Capítulo 20 — Festoon / edema malar: fisiopatologia e opções (orbicular, espaço pré-malar, resurfacing, excisão)	117
22.1 Objetivo do capítulo	117
22.2 O que muda na decisão (o “porquê”)	117
22.3 Indicações e contra-indicações	119
22.3.1 Checklist de Diagnóstico Diferencial (bolsa vs. malar mound vs. festoon)	119
22.4 Anatomia aplicada (por que acumula ali?)	119
22.5 Técnica (menu de opções — escolha por fenótipo)	120
22.5.1 Fenótipo A — Predomínio de fluido/edema (malar mound “puffy”)	120
22.5.2 Fenótipo B — Predomínio cutâneo-muscular (festoon verdadeiro, “drape”)	120
22.5.3 Fenótipo C — Mistos (mais comum)	120
22.6 Opções clássicas (com indicações)	120
22.7 Erros comuns (e como resgatar)	121
22.8 Notas de “arte” (camuflagem inteligente)	121
22.9 Pós-operatório	121
22.10 Referências	121
23 Capítulo 21 — Sustentação: quando cantopexia resolve e quando não resolve	123
23.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	123
23.2 Indicações e contra-indicações	125
23.2.1 Checklist de Decisão (3 testes + 1 olhar clínico)	125
23.3 Anatomia aplicada (onde ancorar de verdade)	125
23.4 Técnica (Lógica de Execução)	126
23.4.1 1) Cantopexia (reforço / reposicionamento)	126
23.4.2 2) Cantoplastia (Lateral Tarsal Strip) — Objetivo: encurtar e reconstruir o “cinto” tarsal, criando um novo ponto de fixação estrutural.	126
23.4.3 Onde a técnica falha	126
23.5 Erros comuns (e como resgatar)	127
23.6 Notas de “arte” (ângulo de beleza e “naturalidade”)	127
23.7 Pós-operatório	127
23.8 Referências	127
24 Capítulo 22 — Cantopexia vs. Cantoplastia: indicações por vetor e flacidez	129
24.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	129
24.2 Indicações e contra-indicações	129
24.2.1 Checklist de Decisão: Pexy vs. Strip (objetivo e rápido)	131
24.3 Anatomia aplicada (o “corte estratégico”)	131
24.4 Técnica: Lateral Tarsal Strip (padrão ouro)	132
24.4.1 Visão geral	132
24.4.2 Variações	132
24.5 Erros comuns (e como resgatar)	132
24.6 Notas de “arte” (geometria do olhar)	133
24.7 Pós-operatório	133
24.8 Referências	133
25 Capítulo 23 — Técnicas de canto lateral: Mladick, Tarsal Strip e McCord (e variações)	135
25.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	135

25.1.1 Checklist Pré-op (Seleção de Técnica)	137
25.2 Anatomia aplicada (onde o ponto “morde”)	137
25.3 Técnica (passo a passo diferenciado por “degrau”)	138
25.3.1 Degrau 1 — Mladick (Modified Muscle Suspension / “sling” do orbicular)	138
25.3.2 Degrau 2 — Tarsal Strip (Anderson) — o “cavalo de batalha”	138
25.3.3 Degrau 3 — McCord e variações (Revisão robusta: <i>release</i> + ancoragem forte ± <i>spacer</i>)	139
25.4 Erros comuns (e como resgatar)	139
25.5 Notas de “arte” (preservando a fenda)	140
25.6 Pós-operatório	140
25.7 Referências	140
26 Capítulo 24 — Microfat: coleta, preparo e injeção; zonas e volumes (justa-periostal)	141
26.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	141
26.1.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)	143
26.2 Anatomia aplicada (o alvo seguro)	143
26.3 Técnica (do preparo à injeção)	144
26.3.1 1) Coleta (Harvest)	144
26.3.2 2) Preparo (Refino)	144
26.3.3 3) Injeção (Justa-periostal)	144
26.3.4 Variações e indicações	144
26.3.5 Zona de Risco: Vascular (evento grave e raro, mas real)	145
26.4 Erros comuns (e como resgatar)	145
26.5 Notas de “arte” (convexidade e luz)	145
26.6 Pós-operatório	146
26.7 Referências	146
27 Capítulo 25 — Nanofat e qualidade de pele: cicatrizes, olheiras, textura e micro-agulhamento	147
27.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	147
27.1.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)	149
27.2 Anatomia aplicada (o alvo microscópico)	149
27.3 Técnica (do “ouro líquido” à aplicação)	149
27.3.1 Visão geral do processamento	149
27.3.2 Emulsificação (princípio, não ritual)	150
27.3.3 Filtragem	150
27.3.4 Aplicação intradérmica (injeção)	150
27.3.5 Aplicação por microagulhamento (drug-delivery)	150
27.3.6 Variações (quando fizer sentido)	150
27.3.7 Erro Nota 7: “Entupimento” (e o falso Nanofat)	151
27.4 Erros comuns (e como resgatar)	151
27.5 Notas de “arte” (o “glow” realista)	151
27.6 Pós-operatório e follow-up	152
27.7 Referências	152
28 Capítulo 26 — Funcional e reconstrução: ectrópio/entrópio/retração e princípios das lamelas	153
28.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	153
28.2 Indicações e contra-indicações	155
28.2.1 Checklist de Diagnóstico Lamelar (o mapa da decisão)	155
28.3 Anatomia aplicada (o sistema de camadas)	156

28.4 Técnica (Algoritmo de Correção)	156
28.4.1 Visão geral (ordem que reduz recidiva)	156
28.4.2 “Pacotes” práticos (o que normalmente anda junto)	156
28.4.3 Zona de Risco: O Ponto Lacrimal (ectrópio medial)	157
28.5 Variações úteis (quando escolher o “atalho” com consciência)	157
28.6 Erros comuns (e como resgatar)	157
28.7 Notas de “arte” (camuflagem na reconstrução)	158
28.8 Pós-operatório (o que protege o resultado)	158
28.9 Referências	158
29 Capítulo 27 — Reconstrução pós-tumor: retalhos clássicos (Tenzel, Hughes, Cutler-Beard, Mustardé)	159
29.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	159
29.2 Indicações e contra-indicações (Algoritmo por tamanho)	161
29.2.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)	161
29.3 Anatomia aplicada (suprimento e estrutura)	162
29.4 Técnica (Os 4 Cavaleiros da Reconstrução)	162
29.4.1 1) Tenzel (Semicircular Rotation-Advancement)	162
29.4.2 2) Hughes (Tarsoconjuntival) — Para Pálpebra Inferior	162
29.4.3 3) Cutler-Beard (Bridge Flap) — Para Pálpebra Superior	163
29.4.4 4) Mustardé (Cervicofacial Rotation) — Grandes defeitos do inferior	163
29.5 Erros comuns (e como resgatar)	163
29.5.1 Nota de Arte: A ausência de cílios	164
29.6 Pós-operatório	164
29.7 Referências	164
30 Capítulo 28 — Complicações, revisões e gestão: prevenção, resgate e precificação	165
30.1 O que muda na decisão (o “porquê”)	165
30.2 Indicações e contra-indicações	167
30.2.1 Checklist de “Crise” (Kit de Emergência)	167
30.3 Anatomia aplicada (O terreno hostil da revisão)	167
30.4 Técnica de Gestão (Protocolo dos 3 A’s)	168
30.5 A Linha do Tempo (Regra prática de decisão)	168
30.6 Manejo de complicações específicas (o “menu”)	168
30.6.1 1) Hematoma retrobulbar (Emergência real)	168
30.6.2 2) Isquemia cutânea / necrose de retalho	169
30.6.3 3) Lagoftalmo e olho seco pós-op	169
30.6.4 4) Ectrópio/retração inferior pós-blefaroplastia	169
30.6.5 5) Assimetria (sulco, contorno, show escleral)	169
30.6.6 6) Nódulos, granulomas e irregularidades (gordura / enxertos)	169
30.7 Revisões: política de cobrança (modelo sustentável)	169
30.7.1 1) Defina antes da cirurgia (não na crise)	169
30.7.2 2) Classifique a revisão (para não virar refém)	170
30.7.3 Regra Prática: “Revisão não é reembolso do valor”	170
30.8 Erros comuns (e como resgatar)	170
30.9 Notas de “arte” (A conversa difícil)	171
30.10 Referências	171
31 Bibliografia Mestre	173
31.1 Anatomia & Envelhecimento	173
31.2 Exame & Vetores	173
31.3 Consulta & Expectativas	174

31.4 Blefaroplastia Superior	174
31.5 Blefaroplastia Inferior & Gordura	174
31.6 Cantopexia & Cantoplastia	174
31.7 Brow Lift & Terço Superior	175
31.8 Ptose Palpebral	175
31.9 Festoons & Edema Malar	175
31.10Lipoenxertia	175
31.11Funcional & Reconstrução	176
31.12Complicações & Emergências	176
31.13Fotografia & Documentação	176
31.14Anestesia & Segurança	176
31.15Pinch & Skin	177
31.16Massry (Midface/Festoons)	177
32 Fim do Manuscrito	179

Capítulo 1

The Art of Eyelid Surgery

1.1 Do Diagnóstico Preciso ao Rejuvenescimento do Olhar

Dr. Marcelo Cury, MD

Cirurgião Plástico — Especialista em Cirurgia Palpebral e Periorbitária [Rio de Janeiro / Brasil]

1^a Edição — 2026

1.2 Direitos Autorais

© 2026 Dr. Marcelo Cury — Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou transmitida, no todo ou em parte, por qualquer meio, sem autorização por escrito do autor.

1.3 Nota Importante (Uso Educacional)

Este material destina-se exclusivamente a profissionais médicos e estudantes de medicina, para fins educacionais. Não substitui treinamento prático supervisionado, julgamento clínico e protocolos institucionais.

1.4 Prefácio

Este livro condensa a essência técnica e o rigor analítico do curso **The Art of Eyelid Surgery**. Mais do que um compilado de técnicas, esta obra sistematiza um raciocínio clínico onde a precisão de um milímetro define a fronteira entre o rejuvenescimento natural e o estigma cirúrgico.

Nosso foco é oferecer ao especialista segurança, previsibilidade e um método replicável para transformar diagnósticos complexos em resultados de excelência.

1.5 Sobre o Autor

Dr. Marcelo Cury é cirurgião plástico com atuação dedicada à cirurgia palpebral e rejuvenescimento periorbitário. É criador do curso online **The Art of Eyelid Surgery**, no qual sistematiza sua abordagem cirúrgica baseada em anatomia aplicada, tomada de decisão e manejo de riscos.

Formação

Graduado em Medicina com Especialização em Cirurgia Plástica pela 38^a Turma da Escola Ivo Pitanguy (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

Títulos e Qualificações

Detentor do título de especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e pela Associação Médica Brasileira (AMB).

Afiliações Profissionais - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP)

- Membro da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS)
- Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro)

Localização

Rio de Janeiro, Brasil

1.6 Nota de Origem do Conteúdo

Todo o conteúdo deste livro foi adaptado e editado a partir do curso online **The Art of Eyelid Surgery**, de autoria do Dr. Marcelo Cury. A organização em capítulos, a padronização de referências e a estrutura editorial foram desenvolvidas para facilitar consulta, revisão e aplicação clínica.

Capítulo 2

Notas legais, escopo e uso responsável (educacional)

Alerta: Este material tem finalidade **educacional** para profissionais de saúde devidamente treinados.

Não substitui treinamento supervisionado, diretrizes institucionais, julgamento clínico, nem consentimento informado.

2.1 Escopo do livro

- Este livro foca em **rejuvenescimento periorbitário**: diagnóstico, planejamento, técnica e sustentação.
- O objetivo é elevar a tomada de decisão do “resultado aceitável” para o resultado excelente.

2.2 Consentimento e direitos de imagem

- Toda foto clínica deve ter consentimento escrito, com escopo de uso e preservação de privacidade.
- Use padrões locais de ética/publicidade médica.

2.3 Como este livro deve ser lido

- Primeiro: **Diagnóstico e Planejamento**.
- Depois: técnica.
- Sempre: “operar ≠ rejuvenescer” □ trate **causas** (volume/ligamentos/osso), não só sintomas.

2.4 Convenções

- Termos em inglês serão definidos na primeira ocorrência e padronizados.
 - Medidas e testes (ex.: MRD1, snapback) terão definição prática e indicação.
-
-

Capítulo 3

Capítulo 01 — Introdução: a filosofia do rejuvenescimento (operar ≠ rejuvenescer)

Leitura guiada: este capítulo aborda *Nota de escopo (essencial):** este livro é educacional para profissionais de saúde treinados. Não substitui treinamento supervisionado, diretrizes institucionais, julgamento clínico, consentimento informado e avaliação oftalmológica quando indicada.

Parte: Introdução

3.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá distinguir a diferença entre **operar** e **rejuvenescer** o olhar: não se trata de “retirar pele e gordura”, mas de restaurar **continuidade de luz e sombra**, respeitando a anatomia individual e reduzindo estigmas evitáveis.

PÉROLA CLÍNICA

Nota de escopo (essencial): este livro é educacional para profissionais de saúde treinados. Não substitui treinamento supervisionado, diretrizes institucionais, julgamento clínico, consentimento informado e avaliação oftalmológica quando indicada.

3.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Ponto clínico-chave:** o envelhecimento periorbitário é dominado por **deflação volumétrica** e **falha de sustentação** (tecidos/ligamentos/apoios). “Excesso” existe — mas, com frequência, é o sintoma mais visível e não a causa principal.
- Risco evitável: a esqueletização da órbita e a quebra da continuidade de luz/sombra (hollow eye / A-frame / sulcos acentuados) quando a cirurgia é exclusivamente subtrativa e agressiva.

PHILOSOPHY OF PERIOCULAR REJUVENATION

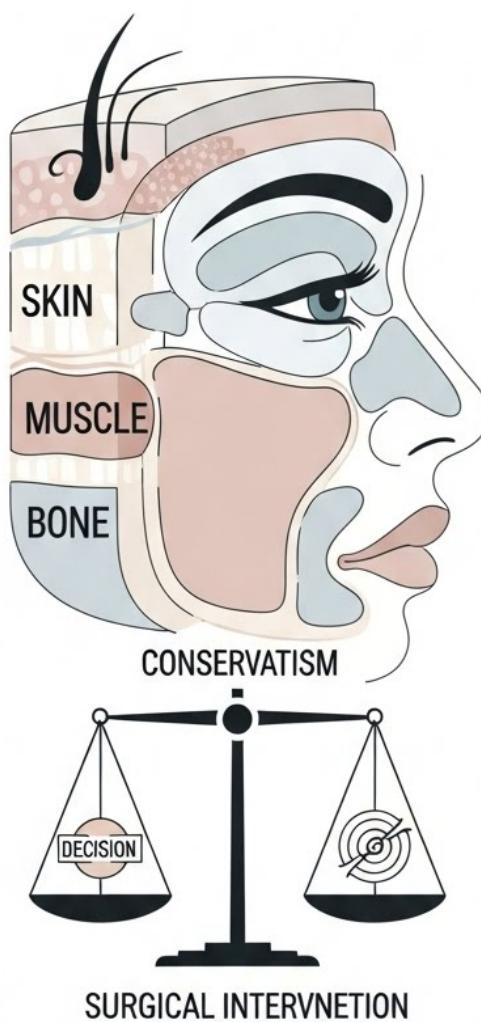


Figura 3.1: Figura 01.1 — Operar ≠ Rejuvenescer

- Erro comum (nota 7 □ nota 10): tratar a pálpebra isoladamente e ignorar fatores transversais — especialmente supercílio (Connell) e vetor/suporte lateral — resultando em melhora parcial com aparência “operada” ou instável ao longo do tempo.

3.3 Para quem é / Para quem não é

Este livro é para você se: - você quer previsibilidade e naturalidade (resultado “sem assinatura cirúrgica”);

- você deseja decidir por **diagnóstico** (luz/sombra, vetor, flacidez, volume, ptose, assimetrias) e não por hábito técnico;
- você aceita que “menos é mais” é, muitas vezes, uma regra de segurança estética e funcional.

Este livro não é para você se: - você procura um passo-a-passo rápido sem integrar diagnóstico, suporte e volume;

- você acredita que “bolsa = gordura para tirar” e “excesso de pele = cortar até caber”.

PÉROLA CLÍNICA

3.4 Checklist mental (antes de qualquer bisturi)

- O que domina o caso: **excesso, deflação, sustentação** — ou uma combinação?
- A estética do caso é “luz/sombra”: onde está a sombra que envelhece e por quê?
- Existe brow ptosis (queda) ou compensação frontal mascarando o problema?
- Qual é o vetor (positivo/neutro/negativo) e como isso muda risco e plano?
- A pálpebra inferior precisa de suporte lateral (canto) para ficar estável?
- O plano é subtrativo, reposicionador e/ou aditivo (volume) — e em que ordem?
- O que, se for removido em excesso, será difícil de resgatar?

3.5 Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)

- **Lamelas (anterior/posterior):** decisão cirúrgica de qualidade separa pele/músculo de suporte interno; confundir isso gera estigma e complicações.
- **Septo orbitário e gordura periorbitária:** não são “inimigos”; são parte da arquitetura da luz/sombra e da proteção do contorno orbitário.

- **Ligamentos retentores e canto lateral:** transições e estabilidade dependem de reconhecer âncoras e limites. Sustentação é estética e, muitas vezes, é também segurança funcional.

(Se você acrescentar aqui “zonas de risco” anatômicas específicas e detalhes de testes/exame físico, isso normalmente fica melhor no capítulo de Exame Físico / Anatomia aplicada.)

3.6 Método (o raciocínio que o livro ensina)

1. **Ver** (fotografia e luz/sombra) + **medir** (exame físico: vetor, flacidez, ptose, assimetrias).
2. **Nomear a causa dominante** (excesso vs deflação vs sustentação).
3. Escolher a estratégia: preservar, redistribuir, sustentar e/ou volumizar — antes de decidir “quanto tirar”.
4. Executar com conservadorismo: o estigma quase sempre nasce do excesso.
5. Reavaliar com timing correto: tecido tem tempo; resgate precoce por ansiedade costuma piorar o problema.

PÉROLA CLÍNICA

3.7 Erros comuns (e como evitar o caminho do estigma)

- **Subtrair onde o problema é deflação:** melhora momentânea, mas envelhece a órbita e marca o olhar.
- **Ignorar supercílio (Connell):** corrige pele, mas falha no “olhar” (moldura não tratada).
- **Desconsiderar vetor e suporte lateral:** abre a porta para instabilidade, retrações e “olho redondo” em pacientes de risco.
- Prometer simetria perfeita: assimetria prévia é regra; documentação e alinhamento de expectativa são parte da técnica.

3.8 Notas de “arte” (luz/sombra, continuidade, unidades estéticas)

- Rejuvenescimento é restaurar **continuidade**: uma transição suave entre unidades estéticas vizinhas.
- No inferior, o objetivo não é “pálpebra plana”, mas uma transição pálpebra-malar **imperceptível**.
- Volume bem posicionado devolve **luz**; suporte bem planejado preserva forma; ressecção excessiva cria sombra iatrogênica.

3.9 Referências / leituras recomendadas (opcional)

- [[REF:FAGIEN-1999]] Abordagem conservadora e filosofia do rejuvenescimento periorbital.

Capítulo 4

Capítulo 02 — Luz e sombra: unidades estéticas e continuidade periorbitária

Parte: Introdução

4.1 Objetivo do capítulo

Ao final deste capítulo, o leitor será capaz de diferenciar um “olho operado” de um “olho rejuvenescido” pelo que realmente importa: **o desenho das sombras**. Você aprenderá a identificar como a **deflação volumétrica** cria sombras de envelhecimento e como restaurar a transição suave entre pálpebra e malar sem produzir estigmas.

4.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Ponto clínico-chave:** envelhecimento periorbitário é, em grande parte, uma história de **perda de volume** e perda de continuidade entre unidades estéticas — não apenas “pele sobrando”.
- **Risco evitável:** esqueletização da órbita (hollow eye / aspecto cadavérico) quando a cirurgia é exclusivamente subtrativa e agressiva.
- Erro comum: avaliar apenas a “quantidade de pele” e ignorar a fotografia sem flash, que revela as sombras verdadeiras (A-frame, tear trough, lid-cheek junction marcada).

PÉROLA CLÍNICA

4.3 Regra prática (o que a foto está te dizendo)

- **Sombra de deflação:** falta convexidade □ falta luz □ o sulco “aparece”.

EFFECTS OF LIGHT AND SHADOW PERIORBYTAL



Figura 4.1: Figura 02.1 — Ilustração principal do capítulo

- **Sombra de ancoragem:** ligamento/adherência “segura” a transição □ a quebra persiste até você respeitar essa mecânica.
- **Sombra de edema (festoon):** volume “móvel” e inflamatório □ não responde como deflação.
- Cor ≠ sombra: hiperpigmentação pode parecer olheira, mas não muda com flash e não some com subtração.

4.4 Para quem este capítulo muda o jogo

Aplicar estes conceitos quando: - houver “dupla convexidade” no inferior (bolsa + malar) separada por um vale de sombra (tear trough / palpebro-malar);

- houver **A-frame** no superior (sombra triangular medial/central) sugerindo deflação e não “excesso”;
- houver tendência a hollow eye (deflação dominante, pós-blefaroplastia prévia, olhos proeminentes/vetor de risco).

Cautela especial quando: - o paciente tiver edema malar/festoon predominante: sombras “hidráulicas” (edema) não se comportam como sombras “anatômicas” (deflação);

- a queixa principal for **cor** (hiperpigmentação) e não **relevo**: cirurgia trata relevo/sombra; cor exige manejo dermatológico (quando indicado).

PÉROLA CLÍNICA

4.5 Checklist pré-op (luz/sombra em 60 segundos)

- Foto sem flash: onde a sombra nasce? (A-frame, tear trough, lid-cheek junction)
- Foto **com flash** (quando aplicável): avaliar ptose (MRD1) e assimetrias funcionais
- Vetor: positivo / neutro / negativo (perfil: relação globo-malar)
- Flacidez: snapback / distraction (define necessidade de suporte lateral)
- Assimetria prévia documentada (sulco, sobrancelha, fissura palpebral)
- Plano de sustentação (quando necessário) + plano de volume (quando necessário)

4.6 Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)

- **Arcus marginalis (rebordo orbitário):** é a “linha” onde luz vira sombra. Rejuvenescimento do inferior, muitas vezes, significa **suavizar a leitura desse rebordo** na transição

pálpebra-malar.

- Ligamento órbito-malar (orbicular retaining ligament): é uma âncora que participa do sulco e da sombra. Se a âncora domina o desenho, a transição tende a ficar “quebrada”.
- **Zona de risco (conceitual):** entre compartimentos no inferior, há estruturas nobres (incluindo o oblíquo inferior). Regra: visualizar, respeitar planos e evitar manobras às cegas.

(Detalhamento de “zona de risco” do oblíquo inferior e anatomia entre bolsas medial/central funciona melhor no capítulo técnico de pálpebra inferior/transconjuntival.)

4.7 Método prático (sem virar “passo-a-passo”)

1. Localize a sombra dominante (onde ela começa e por quê).
2. Decida se a sombra é principalmente de **deflação** (falta de volume), de **ancoragem** (ligamento), de edema (festoon) ou mista.
3. Planeje uma estratégia coerente: preservar/redistribuir/volumizar (quando indicado) e sustentar (quando necessário) — antes de pensar em “quanto tirar”.
4. Garanta que o plano reduz estigmas: o objetivo é continuidade, não “pálpebra chapada”.

4.8 Variações de estratégia (o raciocínio por trás)

- **Redistribuição/transposição de gordura:** útil quando há bolsa proeminente e vale profundo imediato (tear trough) — a ideia é usar volume existente para suavizar o vale.
- **Volumização (microfat):** preferível quando há **deflação global** (hollow eye, pós-blefaroplastia subrativa, pouca bolsa para redistribuir) — a ideia é devolver luz onde falta convexidade.
- Refinamento de pele: quando necessário, deve ser conservador e nunca substituir correção de causa (deflação/suporte).

(Se você incluir nomes técnicos e variações específicas como Loeb/Hamra, isso normalmente vai para o capítulo técnico do inferior/terço médio.)

PÉROLA CLÍNICA

4.9 Erros comuns (e como resgatar sem piorar)

- **Erro — “excesso” tratado onde há deflação:** melhora inicial, mas aprofunda sombras. ☐ prevenir reconhecendo hollow/A-frame/tear trough como problema de volume.

- **Erro — remover bolsa e manter o vale:** bolsa some, mas a sombra permanece. ☐ prevenir tratando a transição (redistribuição/volume quando indicado).
- **Erro — confundir cor com sombra:** operar relevo quando o problema principal é pigmento. ☐ alinhar expectativa e indicar manejo complementar quando aplicável.

4.10 Notas de “arte” (o que o olho humano percebe)

- A estética periorbitária é um jogo de **curvas contínuas**: quando há “quebra”, a sombra denuncia.
- No inferior, a meta é transformar “dupla convexidade” em uma **curva única suave** (continuidade pálpebra-malar).
- No superior, a meta é manter um reflexo de luz **contínuo** na plataforma, evitando sombras triangulares (A-frame) por subtração excessiva.

4.11 Referências / leituras recomendadas (opcional)

- [[REF:LAMBROS-2007]] Estética periorbital e continuidade de unidades.
-
-

Capítulo 5

Capítulo 03 — Envelhecimento multifatorial: deflation, ligamentos e osso

Parte: Introdução

5.1 Objetivo do capítulo

Ao final deste capítulo, o leitor saberá diagnosticar o envelhecimento periorbitário como um fenômeno **multifatorial** — combinação de **deflação volumétrica**, **falha de sustentação ligamentar** e mudança do suporte ósseo — e, com isso, trocar a lógica subtrativa (“ressecar”) por uma estratégia mais previsível (“preservar, estruturar e repor quando indicado”).

5.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Ponto clínico-chave:** em muitos pacientes, o que envelhece primeiro é a **perda de volume** (deflação) e a **quebra de transições**, não “pele sobrando”.
- Risco evitável: esqueletização orbitária (hollow eye / cadaveric look) quando a cirurgia remove gordura em um paciente já deflacionado.
- Erro comum: tentar corrigir a estética lateral (ruga lateral/Connell) e a “pele a mais” com blefaroplastia isolada, ignorando que o problema pode estar em descenso fronto-temporal + deflação + suporte.

PÉROLA CLÍNICA

5.3 Mapa mental do envelhecimento (em 20 segundos)

- **Deflação (volume):** falta convexidade □ falta luz □ o sulco “aparece”.

PERIOCULAR AGING

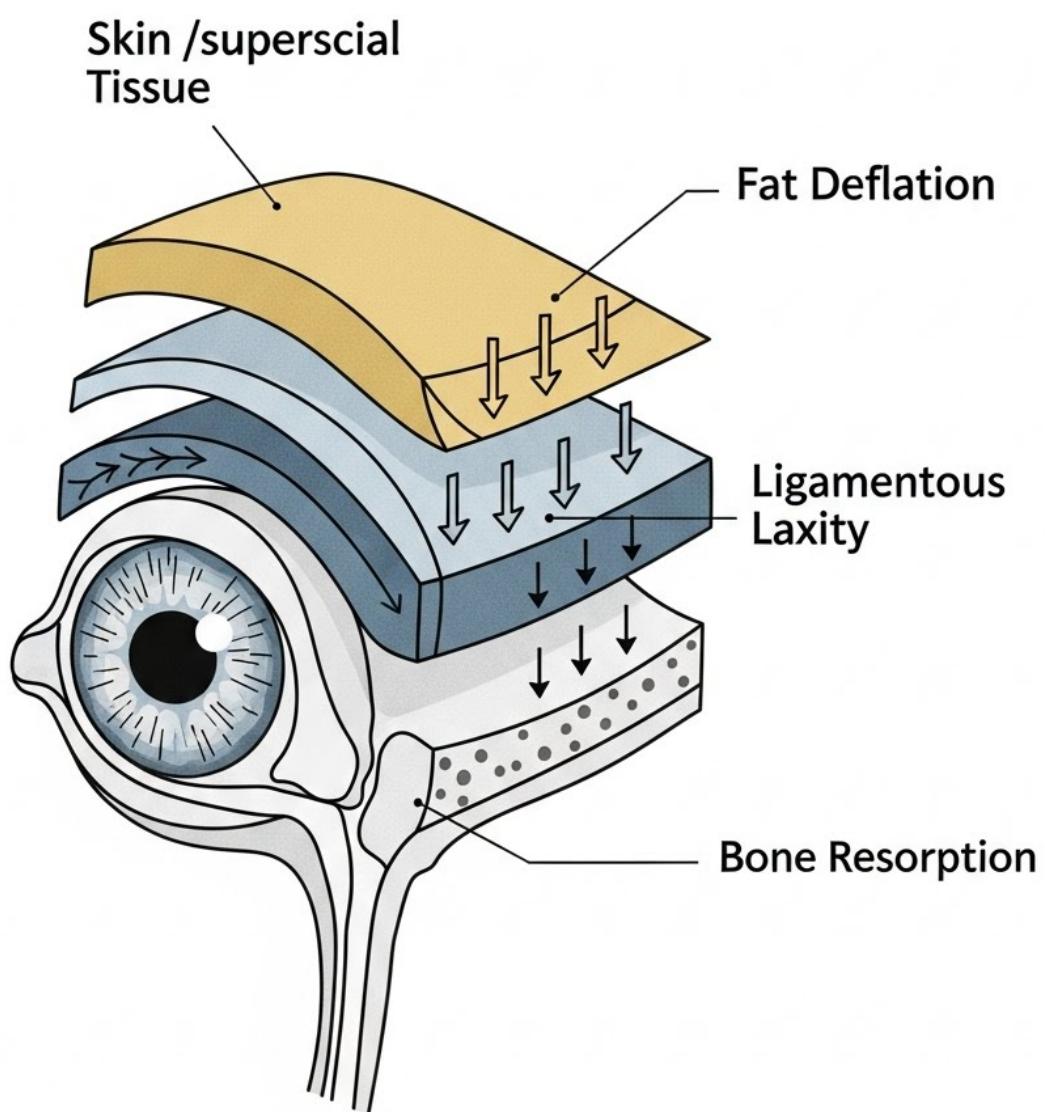


Figura 5.1: Figura 03.1 — Envelhecimento multifatorial

- **Ligamentos (âncoras):** a transição fica “presa” □ a quebra persiste mesmo após subtração.
- **Osso (suporte):** quando o suporte muda, a leitura do rebordo e das sombras muda junto.

Regra: “Excesso” pode existir, mas frequentemente é efeito; a causa costuma ser combinação dos três itens acima.

5.4 Aplicação prática

Aplicar este raciocínio quando: - houver **A-frame** / sulco superior marcado sugerindo deflação (não apenas excesso);

- houver “dupla convexidade” no inferior (bolsa + malar) separada por vale (tear trough / lid-cheek junction marcada);
- houver sinais de **descenso** na moldura do olhar (supercílio/temporal) que mudam a leitura da pálpebra.

Cautela especial quando: - o paciente apresentar **vetor de risco** (olho proeminente / suporte malar fraco), pois pequenas subtrações podem gerar grande estigma;

- a queixa dominante for **cor** (hiperpigmentação) mais do que relevo (sombra). Cirurgia muda relevo; cor pode exigir outro manejo.

PÉROLA CLÍNICA

5.5 Checklist pré-op (multifatorial)

- Foto **sem flash**: onde a sombra nasce (A-frame, tear trough, lid-cheek)?
- Foto **com flash** (quando aplicável): avaliar ptose e assimetrias funcionais (ex.: **MRD1**).
- Vetor: positivo / neutro / negativo (perfil: globo × malar).
- Flacidez: snapback / distraction (define necessidade de suporte lateral).
- Assimetria prévia documentada (sulco, fissura, sobrancelha).
- O problema dominante é: deflação, âncora ligamentar, suporte ósseo — ou mistura?
- Plano de sustentação (quando necessário) + plano de volume (quando necessário).

5.6 Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)

- Ligamento órbito-malar (orbicular retaining ligament): participa do sulco e da quebra pálpebra-malar. Se a ancoragem domina o caso, “tirar bolsa” não resolve o vale.
- **Compartimentos gordurosos (ex.: ROOF, SOOF e correlatos):** envelhecimento reduz volume útil e altera a leitura de luz/sombra. O erro clássico é tratar gordura como “excesso universal”.
- **Suporte ósseo:** quando o rebordo “aparece” mais (por mudanças do suporte), a sombra fica mais legível; isso muda a estratégia (preservar/repor em vez de subtrair).

Detalhes anatômicos finos e “zonas de risco” específicas (ex.: ramo frontal do facial, medidas laterais e marcos do brow/temporal) ficam melhores no capítulo de anatomia aplicada/brow.

5.7 Método de raciocínio (o algoritmo do capítulo)

1. Identifique a **sombra dominante** (sem flash) e o que a causa.
2. Classifique a causa: deflação vs âncora ligamentar vs suporte (ou combinação).
3. Decida a estratégia: **preservar, reposicionar**, sustentar e/ou repor volume (quando indicado) — antes de decidir “quanto tirar”.
4. Planeje para evitar estigmas: o objetivo é continuidade, não “pálpebra chapada”.

PÉROLA CLÍNICA

5.8 Erros comuns e resgate (sem piorar)

- **Erro — subtrair onde o problema é deflação:** aprofunda sombras □ resgate costuma exigir reposição planejada de volume.
- **Erro — blefaroplastia isolada em cenário Connell:** melhora parcial com pi-ora da moldura □ resgate geralmente envolve reposicionamento da moldura (quando indicado).
- **Erro — ignorar vetor/suporte:** abre porta para instabilidade e “olho redondo” em pacientes de risco □ resgate costuma ser mais complexo do que a prevenção.

5.9 Notas de “arte” (luz/sombra e transições)

- Juventude é **transição imperceptível** entre unidades estéticas; envelhecimento é a leitura de uma “linha”.
- Deflação rouba luz; ancoragens criam quebras; suporte muda o desenho da sombra.

- O objetivo estético mais confiável é restaurar **curvas contínuas** (especialmente na junção pálpebra-malar), com conservadorismo.

5.10 Técnica (visão geral + variações)

Conteúdo de passo-a-passo, liberação, acesso e variações técnicas (incluindo nomes de técnicas) deve ir para os capítulos técnicos (pálpebra inferior/terço médio, supercílio e volumização), mantendo este capítulo como “modelo mental”.

5.11 Pós-operatório e follow-up

Protocolos de pós, timing e sinais de alarme ficam melhores concentrados no capítulo de pós/complicações.

5.12 Referências / leituras recomendadas (opcional)

- [[REF:ROHRICH-2008]] Rohrich, Rod J. — Compartimentos de gordura e envelhecimento facial.
 - [[REF:MARTEN-2008]] Marten, Timothy — Fat grafting na região periorbitária.
 - [[REF:MENDELSON-2008]] Mendelson, Bryan — Ligamentos retentores e anatomia aplicada.
 - [[REF:MASSRY-2012]] Massry, Guy — Midface aging e Ogee curve.
-

Capítulo 6

Capítulo 04 — Anatomia cirúrgica aplicada: lamelas, septo e ligamentos retentores

Parte: Parte 0 — Princípios e Segurança

Objetivo do capítulo: Ao final deste capítulo, o leitor compreenderá a pálpebra não como um retalho de pele, mas como uma estrutura trilamellar dinâmica, sendo capaz de basear sua estratégia cirúrgica na competência de cada componente anatômico.

6.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **A distinção entre cantopexia e cantoplastia:** A decisão de abrir a comissura (cantoplastia) depende da necessidade de liberar o ligamento órbito-malar para mobilização vertical, enquanto a cantopexia atua apenas no suporte sem desestruturar o retináculo lateral .
- **vetor negativo e suporte:** A anatomia do rebordo ósseo em relação ao globo (vetor) dita a agressividade da ressecção; em vetores negativos, a anatomia da lamela posterior é o único anteparo contra o ectrópio.
- **Respeito à bomba lacrimal:** A preservação de 2 a 3 mm de músculo orbicular pré-tarsal é o que separa um resultado estético estático de uma pálpebra funcional e estável no pós-operatório [[REF: Cury]].

6.2 Aplicação prática

Aplicar quando:

- Houver necessidade de reconstrução palpebral após exérese de tumores.
- O diagnóstico de frouxidão ligamentar (snapback test positivo) exigir reforço estrutural.

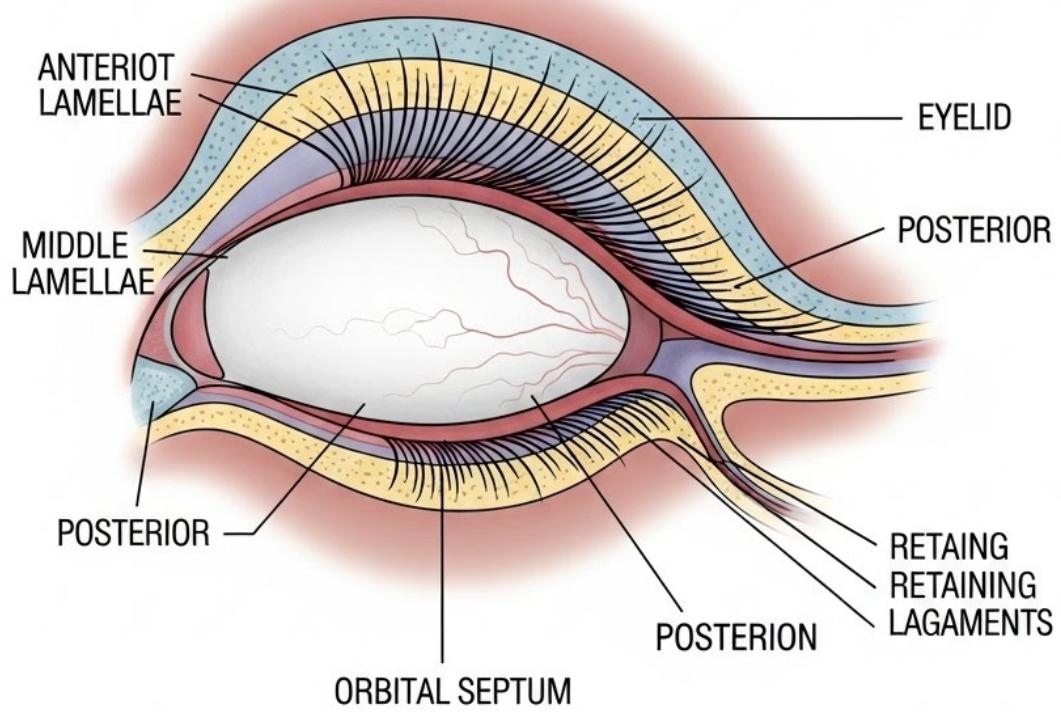


Figura 6.1: Figura 04.1 — Anatomia cirúrgica aplicada

- A transição pálpebra-face (lid-cheek junction) estiver marcada pela descida do compartimento de gordura malar.
- Houver retração cicatricial que demande liberação de retratores e expansores de lamela.

Cautela quando:

- O paciente apresentar olho seco severo; a manipulação da lamela posterior e do septo pode exacerbar a exposição corneana.
- Houver vetor negativo pronunciado; a gravidade atua contra a anatomia, exigindo ancoragem óssea mais superior que o tubérculo de Whitnall.
- Existirem cirurgias prévias; a fibrose altera os planos entre o septo e a aponeurose do levantador, aumentando o risco de ptose iatrogênica.

6.3 Checklist pré-op (itens de segurança)

- Foto sem flash para avaliação de luz, sombra e festoons.
- Foto com flash para documentar ptoses leves mascaradas pelo excesso de pele.
- Avaliação do Vetor: Positivo / Neutro / Negativo.
- Teste de Snapback e Distraction para competência da lamela posterior.
- Teste da lamela anterior (pinch test) para estimativa de ressecção de pele.
- Plano de sustentação definido: Cantopexia vs. Cantoplastia.
- Plano de volume: Microfat graft para transição de unidades estéticas.

6.4 Anatomia aplicada (apenas o que muda o bisturi)

- **Lamelas Anterior e Posterior:** A pálpebra é dividida pelo septo orbitário. A lamela anterior (pele e orbicular) é elástica; a posterior (tarso e conjuntiva) é o arcabouço rígido. Em reconstruções, a regra de ouro é: se usar um retalho para uma lamela, use um enxerto para a outra para garantir suprimento vascular .
- **Septo Orbitário:** Atua como a “porta” das bolsas de gordura. Sua fraqueza permite a herniação gordurosa. No acesso transconjuntival, o septo é preservado quando o acesso é pós-septal, diminuindo o risco de retração palpebral.
- **Ligamento Órbito-malar (LOM):** Um ligamento osteocutâneo que fixa o orbicular ao rebordo inferior. Sua liberação é mandatória para tratar o sulco nasojugal e elevar o terço médio.
- “Zona de risco”: Músculo oblíquo inferior. Localizado entre as bolsas de gordura medial e central da pálpebra inferior. Sua lesão durante a blefaroplastia causa diplopia.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 04):

Corte sagital da pálpebra: Lamelas anterior e posterior, septo, tarso

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

6.5 Técnica (visão geral)

6.5.1 Visão geral

- Identificação da frouxidão estrutural através de testes dinâmicos.
- Escolha da via de acesso (transconjuntival para gordura isolada vs. transcutânea para excesso de pele).
- Liberação seletiva de ligamentos retentores (LOM) para suavizar a transição pálpebra-face.
- Ancoragem da lamela posterior (tarsal strip ou cantopexia) ao periósteo do rebordo lateral.
- Ajuste conservador da lamela anterior (pele) após a estabilização estrutural.

6.5.2 Variações e indicações

- **Tarsal Strip:** Indicado quando há frouxidão horizontal real (distração > 6-8 mm). Exige cantotomia e cantólise.
- **Cantopexia de Mladick:** Suporte muscular/ligamentar indicado em casos estéticos com frouxidão leve, sem necessidade de abrir a comissura .

6.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Ressecção excessiva de pele na pálpebra inferior** □ Consequência: Escleral show ou ectrópio □ Prevenção: Sempre realizar a manobra de sustentação (cantopexia) antes de marcar a pele □ Resgate: Enxerto de pele total ou retalho de transposição da pálpebra superior.
- Não liberar o ligamento órbito-malar em pacientes com sulco profundo □ Consequência: Persistência da sombra na transição pálpebra-face □ Prevenção: Dissecção submuscular até o rebordo ósseo □ Resgate: Preenchimento tardio com microfat graft. **Princípio da Reconstrução de Lamelas:**

Nunca utilize dois tecidos vascularizados (dois retalhos) para reconstruir ambas as lamelas simultaneamente; o resultado será grosso e espesso. Combine sempre um retalho (suporte sanguíneo) com um enxerto (suporte estrutural). **O Músculo Oblíquo Inferior:**

Ao abordar a bolsa central e medial na blefaroplastia inferior, identifique o oblíquo inferior. Ele é a estrutura mais nobre da região e deve ser ativamente afastado antes de qualquer cauterização ou ressecção de gordura.

6.7 Notas de “arte”

A beleza da região periorbitária reside na **continuidade de luz**. O objetivo da manipulação anatômica é transformar uma transição abrupta (degrau pálpebra-face) em uma curva suave e convexa. Ao tensionar o orbicular e liberar o LOM, eliminamos as “ilhas” de sombra que dão o aspecto de cansaço, preservando a forma amendoada original do olho.

6.8 Pós-operatório e follow-up

- **24–72h:** Avaliar quemose e oclusão palpebral. Pequenas torrafias laterais provisórias podem prevenir quemose severa em grandes descolamentos.
- **7–14d:** Retirada de pontos de sustentação (nylon 5-0). Observar a posição do canto lateral (deve estar 1-2 mm acima do canto medial).
- **Sinais de alarme:** Dor súbita com proptose (hematoma retrobulbar — emergência cirúrgica) ou incapacidade de fechamento palpebral com ceratite.

6.9 Referências / leituras recomendadas

- [[REF: Codner — Eyelid & Periorbital Surgery]]
 - [[REF: Rohrich — Fat Compartments of the Face]]
 - [[REF: Mladick — Muscle Suspension Techniques]]
-

Capítulo 7

Capítulo 05 — Mapas de risco e erros de plano: zonas de segurança vs perigo

Parte: Parte 0 — Princípios e Segurança

7.1 Objetivo do capítulo

Ao final deste capítulo, o leitor saberá mapear zonas de risco **neurovascular** e **muscular** na órbita e região temporal, escolhendo planos de clivagem que protejam função motora e preservem a integridade da superfície ocular.

7.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Vetor negativo vs ressecção:** em pacientes com vetor negativo (globo mais proeminente que o suporte malar), a decisão tende a migrar de “retirar pele” para “sustentar e, quando indicado, volumizar”. Ignorar vetor é fonte frequente de retração iatrogênica.
- **Plano temporal e proteção neural:** na região temporal, a escolha correta do plano de dissecção é determinante para proteger o ramo temporo-frontal do nervo facial. [[REF:KNIZE-2001]]
- **Preservação funcional do orbicular:** preservar faixa adequada do orbicular pré-tarsal ajuda a manter estabilidade marginal e função da bomba lacrimal (separando resultado funcional de estigma).

7.3 Aplicação prática

Aplicar quando: - blefaroplastia inferior transcutânea (identificação do oblíquo inferior);

- brow lift (mapeamento de nervos supraorbitários e ramos do facial);
- manejo de hipertrofia do orbicular;

Periocular Region

SAFETY CAUTION CAUTION
CAUTION DANGER

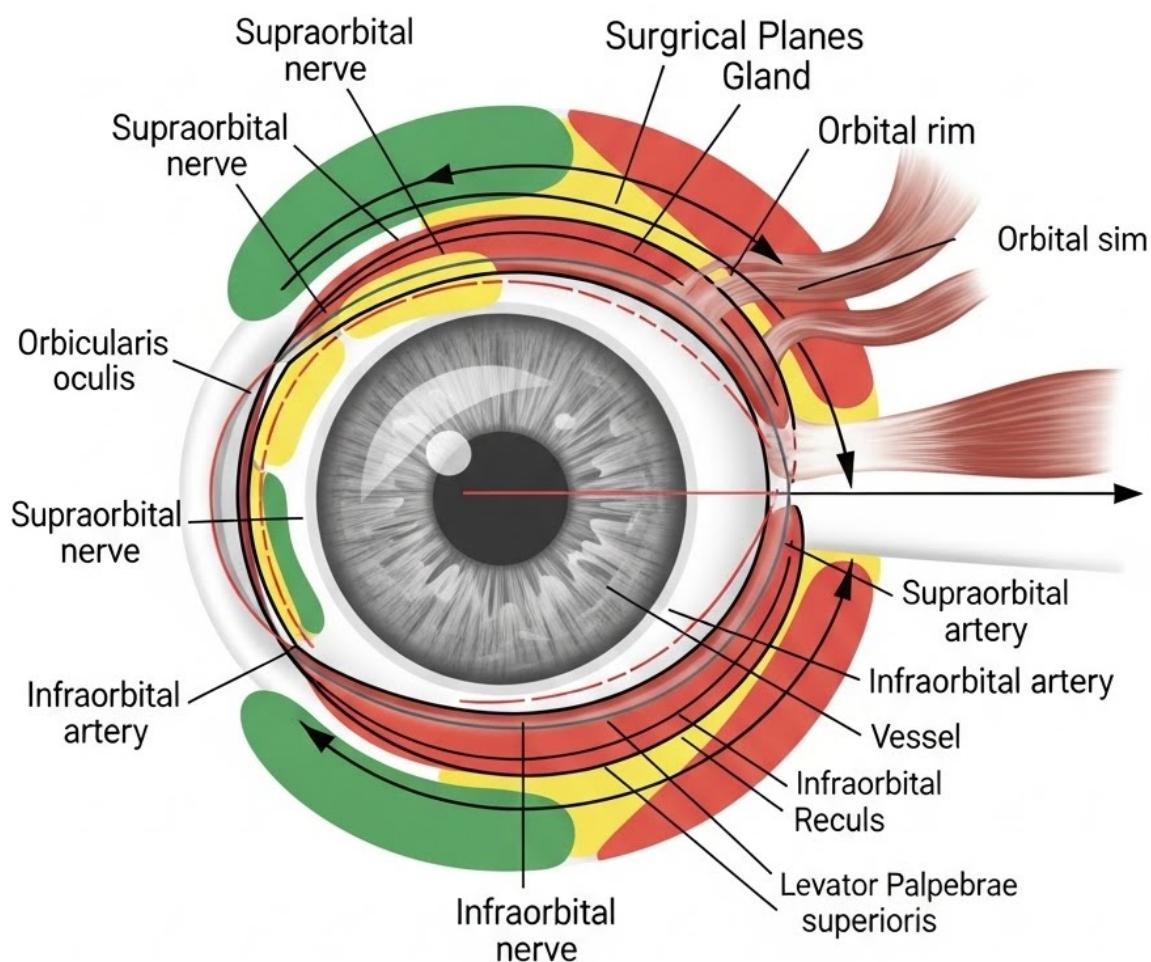


Figura 7.1: Figura 05.1 — Ilustração principal do capítulo

- reoperação (planos distorcidos por fibrose).

Evitar / adiar quando: - fenômeno de Bell ausente/fraco ou olho seco severo (prioridade funcional);

- proptose não diagnosticada (risco de lagoftalmo e exposição);
- edema malar ativo/instável sem diagnóstico sistêmico.

PÉROLA CLÍNICA

7.4 Checklist pré-op (itens de segurança)

- Foto sem flash (luz/sombra, bolsas e sulcos)
- Foto com flash (quando aplicável): MRD1 e ptoses leves
- Vetor: positivo / neutro / negativo
- Fenômeno de Bell: presente / ausente
- Flacidez: snapback / distraction (> 6 mm sugere frouxidão)
- Assimetrias prévias documentadas (sobrancelha e fenda)
- Teste da lamela anterior (pinch test) para ressecção conservadora

7.5 Anatomia aplicada (apenas o que muda conduta)

- **Músculo oblíquo inferior:** entre bolsa medial e central na pálpebra inferior; estrutura crítica que define limite seguro ao tratar gordura.
- **Ramo temporo-frontal do facial:** corre em planos superficiais da região temporoparietal; segurança depende de plano correto e respeito aos marcos.
- **Forames supraorbitários:** referência para proteger sensibilidade frontal durante liberação/abordagem glabellar.
- Septo orbitário: fronteira anatômica; sua manipulação e fibrose podem influenciar estabilidade e retração.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 05):

Mapa de risco cirúrgico: Zonas verdes (seguras), amarelas (atenção), vermelhas (perigo)

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

7.6 Técnica (visão geral + variações)

(Se este capítulo for “Princípios e Segurança”, o passo-a-passo pode ser resumido aqui e o detalhamento completo fica nos capítulos técnicos.)

7.6.1 Visão geral

- Identificação externa de forames e trajetos nervosos
- Infiltração/hidrodissecção para facilitar separação de planos (quando aplicável)
- Dissecção com hemostasia rigorosa para visualização segura de estruturas nobres [[REF:ROHRICH-2008]]
- Preservação da lamela posterior como arcabouço de suporte

7.6.2 Variações e indicações

- **Transconjuntival (pós-septal):** preserva lamela anterior; útil para reduzir risco de retração em perfis selecionados
- **Subciliar com retalho miocutâneo:** quando há excesso real de pele/tratamento de festoons, geralmente exigindo plano de suporte lateral

7.7 Erros comuns (e como resgatar)

- **Lesão do oblíquo inferior** □ diplopia □ prevenção: identificação ativa antes de tratar bolsas medial/central □ resgate: avaliação especializada (estrabismo).
- **Ressecção agressiva de pele em vetor negativo** □ ectrópio/exposição □ prevenção: ressecção conservadora + suporte/volume conforme indicação □ resgate: enxerto/retalhos conforme necessidade.
- **Plano errado na região temporal** □ déficit motor/ptose de sobrancelha □ prevenção: plano correto + marcos + dissecção controlada □ resgate: estratégias tardias de simetria (variável conforme caso).

PÉROLA CLÍNICA

7.8 Checklist de 60s — Mnemônico de Segurança (V-B-O)

- 1) Vetor: se negativo, pele é “ouro” — ressecção mínima e suporte bem pensado.
- 2) Bell: se ruim, prioridade é fechar a pálpebra com folga.
- 3) Oblíquo: se mexer em gordura inferior, identifique o músculo antes.

PÉROLA CLÍNICA

7.9 Zona de risco — Septo orbitário (alerta de plano)

Evite manipulação desnecessária do septo orbitário quando o objetivo é limitado. Exposição e trauma sem indicação podem aumentar risco de fibrose e alterar dinâmica palpebral.

7.10 Notas de “arte”

Preservar unidades estéticas exige respeitar **zonas de transição**. Uma pálpebra “bem operada” não é a mais esticada: é a que mantém **continuidade de luz** entre rebordo e bochecha. Erros de plano criam degraus de sombra que denunciam o procedimento.

7.11 Pós-operatório e follow-up

(Se você quer um capítulo único de pós/complicações, mova tudo para lá.)

- **24–72h:** acuidade visual e motilidade (excluir emergência)
- **7–14d:** posição do canto lateral
- **Alarme:** dor intensa + proptose + baixa visual = emergência

7.12 Referências / leituras recomendadas

- [[REF:MCCORD-1995]] McCord — Eyelid Surgery
 - [[REF:MCCORD-1995]] Codner — Periorbital Safety Map
 - [[REF:ZIDE-1985]] Zide — Surgical Anatomy of the Orbit
-

Capítulo 8

Capítulo 06 — Checklist mental do resultado “nota 10” (princípios replicáveis)

Parte: Parte 0 — Princípios e Segurança

8.1 Objetivo do capítulo

Ao final deste capítulo, o leitor será capaz de internalizar um protocolo de avaliação crítica que separa resultados puramente técnicos de resultados esteticamente superiores, priorizando naturalidade e segurança funcional.

8.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **O vetor orbitofacial:** Identificar vetor negativo altera a estratégia de suporte; ignorar a projeção malar em relação ao globo tende a aumentar risco de retração palpebral ou exposição escleral indesejada.
- **A preservação do volume:** A transição entre “olhar jovem” e “olhar operado” frequentemente reside no volume; ressecção agressiva de bolsas aumenta risco de sulco profundo e esqueletização.
- **A harmonia da fenda:** Focar apenas em pele negligencia a posição da pálpebra inferior (MRD2); um resultado “nota 10” geralmente exige margem palpebral inferior bem posicionada, sem aparência de “olho aberto”/exposição.

PÉROLA CLÍNICA

8.2.1 Checklist de 60 segundos (pré-op)

- Vetor:** positivo, neutro ou negativo?

- Snap-back test:** retorno imediato ou lento?
- Distraction test:** > 6 mm sugere frouxidão tendínea relevante
- Sulco lacrimal: profundo (pede volume/transição) ou raso?
- Posição do supercílio: há compensação frontal ativa?
- Simetria da fenda: MRD1 e MRD2 documentados

8.3 Aplicação prática

Aplicar quando: - houver queixa de “olhar cansado” sem excesso de pele aparente (suspeitar de volume/transição);

- pacientes com olhos proeminentes ou hipoplasia malar (vetor negativo);
- assimetrias dinâmicas visíveis durante fala/sorriso;
- revisão de cirurgias prévias em que o “menos” foi ignorado.

Cautela quando: - houver olho seco importante ou teste de Schirmer limítrofe (prioridade funcional);

- expectativas irrealistas de eliminar rugas dinâmicas (pé de galinha), que tendem a persistir;
- edema malar crônico/festoons, que geralmente exigem lógica diferente da blefaroplastia clássica.

8.4 Anatomia aplicada (o que muda a conduta)

- **Vetor malar-orbital:** relação globo × suporte infraorbitário. Em vetor negativo, a pálpebra carece de suporte ósseo; isso frequentemente exige plano de sustentação lateral mais robusto.
- **Septo orbitário:** barreira anatômica; manipulação excessiva/fibrose pode aumentar risco de retração.
- **Coxins de gordura (SOOF/ROOF e correlatos):** a forma de preservar/redistribuir/volumizar (quando indicado) define a transição entre unidades estéticas.
- Zona de risco (princípio): estruturas do canto medial (canalículos) e trajetos nervosos temporais; a regra é evitar manobras “às cegas” e respeitar planos.

PÉROLA CLÍNICA

8.4.1 Regra prática: a “lei da conservação” (anti-estigma)

Em cirurgia palpebral, tecido removido é difícil de recuperar. Na dúvida, a preservação conservadora de pele e volume tende a reduzir risco de estigma do “olho

operado”. Quando indicado, reposicionamento/redistribuição e/ou gordura autóloga podem ser preferíveis à subtração pura.

8.5 Método de raciocínio

1. **Diagnóstico da unidade:** avaliar a pálpebra como parte das transições pálpebra-supercílio e pálpebra-bochecha.
2. **Mapeamento de sombras:** localizar onde a luz “quebra”; objetivo é transformar vales (sombras) em curvas contínuas.
3. **Definição do suporte:** decidir se lamela posterior + canto lateral suportam a tensão planejada.
4. Planejamento de volume: definir se o déficit é de tecido (pele) ou de estrutura (volume/suporte).

8.6 Erros comuns e resgate

- **Erro: ressecção excessiva de gordura inferior**
- **Consequência:** olhar encovado e esqueletizado.
- **Prevenção:** julgamento conservador de volume; evitar “perseguir planura” quando a sombra é de deflação.
- Resgate: lipoenxertia (microfat) em plano apropriado ou preenchimento profundo quando indicado.
- **Erro: ignorar vetor negativo**
- **Consequência:** escleral show e ectrópio progressivo.
- **Prevenção:** planejar sustentação lateral e ressecção mínima de pele conforme risco.
- Resgate: suspensão lateral/correção conforme necessidade; em casos selecionados, enxerto de pele e/ou espaçador posterior.

8.7 Notas de arte

A estética “nota 10” depende da **luz**. Uma pálpebra jovem não tem interrupções abruptas na transição para a face. O cirurgião atua como escultor: suaviza o “degrau” do rebordo orbitário inferior e preserva a leitura contínua da curva (Ogee), especialmente em visão 3/4.

8.8 Referências

- [[REF:FLOWERS-1993]] Flowers — conceitos de vetores orbitais e suporte palpebral.
- [[REF:HANRA-1995]] Hamra — preservação/reposicionamento e lógica de transições.
- [[REF:PUTTERMAN-1975]] Puttermann — dinâmica palpebral e medidas (MRD).

8.9 Próximo capítulo (sugestão de escopo)

Detalhar tecnicamente reposicionamento/redistribuição de gordura (transconjuntival vs transcutânea), com: indicação por fenótipo (vetor/deflação/festoons), passos macro, riscos e checkpoints de segurança.

Capítulo 9

Capítulo 07 — Fotodocumentação estratégica: sem flash, com flash e padronização

Parte: Parte I — Diagnóstico

9.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá padronizar a captura de imagens para revelar a verdadeira topografia periorbital (bolsas, sulcos e textura), documentar assimetrias prévias e reduzir ruído de expectativa — tanto no planejamento cirúrgico quanto na comunicação com o paciente.

9.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **A “mentira” do flash frontal:** usar apenas flash tende a achatar relevo e suavizar sombras, mascarando bolsas, festoons e a profundidade real do sulco lacrimal (tear trough). A luz ambiente/superior costuma revelar melhor o relevo que o paciente percebe no espelho.
- **O risco da assimetria não vista:** pacientes frequentemente não percebem assimetrias discretas (ptose leve, distopia de canto, sulcos desiguais). Se não estiver fotografado e apontado antes, vira atribuição pós-operatória.
- **Erro de paralaxe:** fotos com câmera acima/abaixo do plano ocular alteram falsamente MRD2, relação esclera-limbo e leitura de exposição, induzindo erro de planejamento.

9.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - na prática, em praticamente todos os casos de cirurgia palpebral (funcional ou estética);

- consultas de retorno, para monitorar edema, cicatriz e dinâmica;

Periocular

Without flash



Natural ambient lighting
Natural bags, and real irregularities
true irregular relief

With direct flash



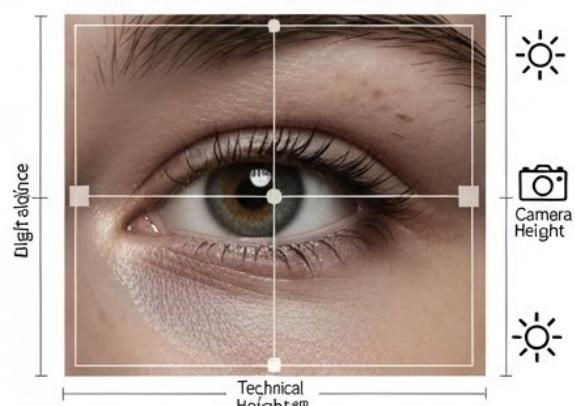
Same framing and distance,
Artificial reduction, reductions and
smooths and false periocular region

Visual flattenen



Pupiles reflex
Loss of anatomical reading

Standardized photograph



Correct clinical documentation, lighting,
Camera at eye level
Faithful volumes, shadows, highlighting

Figura 9.1: Figura 07.1 — Fotodocumentação estratégica

- planejamento de reposição/reposicionamento de volume (sombra e transição precisam ser visíveis).

Evitar / adiar quando: - paciente estiver maquiada (remover completamente para avaliar cor, textura e vascularização);

- ambientes com iluminação mista incontrolável (luz natural intensa + luz artificial), que distorce cor e balanço de branco.

PÉROLA CLÍNICA

9.3.1 Checklist de configuração (pré-op)

- Foto SEM flash:** essencial para captar sombras, bolsas, festoons e profundidade do sulco nasojugal.
- Foto COM flash:** útil para documentar discromias, textura e reflexo pupilar (corneal light reflex), além de facilitar comparação.
- Plano de Frankfurt:** câmera na altura dos olhos, lente paralela ao chão (evitar *chin-up/chin-down*).
- Padronização do olhar: primário (frente), supraversão (olhar para cima), fechamento suave, sorriso (pé de galinha/dinâmica).
- Distância focal fixa: preferir 85–100mm (ou equivalente) para reduzir distorções; evitar grande-angular curta.
- Cabelo preso: expor fronte e têmporas para avaliar cauda da sobrancelha e moldura lateral.

9.4 Anatomia aplicada (o que a luz revela)

- **Sulco nasojugal (tear trough):** sob flash frontal pode “sumir”; sob luz ambiente/superior, a sombra demarcada pode sugerir necessidade de estratégia para transição (liberação ligamentar e/ou volume, conforme indicação).
- **Bolsas de gordura (septo):** a proeminência real costuma aparecer melhor com iluminação incidente lateral ou superior (*top-down lighting*).
- **Zona de risco visual (scleral show):** a foto de perfil ajuda a documentar a relação globo–malar (vetor). Se a córnea estiver claramente à frente do suporte malar, registra-se risco aumentado de exposição/retração com estratégias subtrativas.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 07):

Comparativo: Foto sem flash (revela sombras/volumes) vs com flash (achata)

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

9.5 Técnica de captura (visão geral)

9.5.1 Visão geral

- **Fundo:** preferir azul médio, cinza ou preto fosco (reduz contaminação de cor e reflexos).
- **Posicionamento:** paciente sentado, coluna reta, cabeça neutra; operador no mesmo nível dos olhos.
- **Sequência de 5 ângulos:** frontal; oblíqua D/E (45°); perfil D/E (90°).
- Sequência dinâmica: repouso; sorriso; fechamento passivo; olhar para cima.
- Diagnóstico de falha: se a foto pré-op parece “melhor” que o paciente ao vivo, a iluminação provavelmente foi benevolente demais (flash frontal e/ou ângulo errado).

9.5.2 Variações e indicações

- **Macro de cicatriz:** luz rasante/lateral para evidenciar relevo em revisões.
- **Comparativos seriados:** repetir ângulo, distância focal e iluminação nas consultas de retorno para comparação honesta.

9.6 Nota sobre selfies (gestão de expectativa)

Selfies de celular (lente grande-angular curta) distorcem proporções e podem alterar a leitura das pálpebras e do terço médio. Não devem ser usadas como parâmetro médico. Quando o paciente traz selfies, o papel da consulta é explicar distorção de lente/ângulo e reconduzir a comparação para documentação padronizada.

PÉROLA CLÍNICA

9.6.1 Erro “nota 7”: a foto *chin-up*

Muitos pacientes levantam o queixo ao serem fotografados para disfarçar papada/flacidez.

Problema: isso muda a relação globo-pálpebra e pode simular ptose, mascarar exposição ou alterar a leitura de MRD2.

Correção: alinhar cabeça no plano neutro; manter referência consistente (Plano de Frankfurt) e câmera paralela ao chão.

9.7 Erros comuns (e como resgatar)

- Erro: lente grande-angular (celular / < 50mm equivalente)

- **Consequência:** distorção facial (nariz maior, orelhas “somem”, face estreita), alterando percepção estética e medidas aparentes.
- **Prevenção:** usar 85–100mm (ou equivalente) e distância constante; em celular, preferir zoom óptico/tele (2x/3x).
- **Resgate:** refazer fotos; não planejar com base em imagem distorcida.
- **Erro: iluminação assimétrica**
- **Consequência:** uma olheira/sulco parece mais fundo apenas por sombra da sala.
- **Prevenção:** padronizar fontes (bilaterais equidistantes) e evitar luz mista.
- Resgate: se o registro antigo é ruim, apoiar decisão em exame físico bem descrito e refazer documentação.

9.8 Notas de “arte” (luz/sombra)

A fotografia médica deve capturar **transições**, não “embelezar”. O objetivo da cirurgia é reduzir o degrau (sombra dura) entre pálpebra e malar. A foto sem flash tende a ser o juiz mais severo dessa transição. Documentação forte é a que reproduz a leitura que o paciente tem no cotidiano.

9.9 Referências

- [[REF:GUNTER-2007]] Padrões de fotografia médica em cirurgia plástica facial (ex.: Gunter / Rohrich).
- [[REF:HIRMAND-2010]] Iluminação padronizada e leitura do sulco lacrimal (ex.: Hirmand).

9.10 Próximo capítulo (sugestão)

Detalhar “Técnica de Marcação Cirúrgica” (superior vs inferior), enfatizando: marcação conservadora, risco por vetor/suporte, checkpoints de simetria (MRD1/MRD2) e como evitar ressecção excessiva.

Capítulo 10

Capítulo 08 — Exame físico: vetores, flacidez, testes e assimetrias

Parte: Parte I — Diagnóstico

10.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá executar um protocolo de avaliação biomecânica e funcional que orienta a escolha entre abordagem subtrativa (pele/gordura) versus necessidade de sustentação/estruturação, reduzindo risco de complicações como ectrópio, lagoftalmo e exposição corneana.

10.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **O “veto” do vetor negativo:** identificar vetor negativo (globo mais proeminente que o suporte malar) frequentemente contraindica a blefaroplastia inferior “padrão” subtrativa. Em geral exige sustentação cantal e/ou estratégia de volume, sob maior risco de *scleral show* e retração.
- **A armadilha da ptose latente (Hering):** não testar a Lei de Hering é uma causa comum de “surpresa” pós-operatória (ptose contralateral aparente após correção do lado mais caído).
- **Frouxidão horizontal subestimada:** *distraction > 6 mm* e/ou *snap-back* lento sugerem baixa tolerância a retirada de pele sem suporte (cantopexia/cantoplastia conforme caso).

PÉROLA CLÍNICA

10.2.1 Checklist de segurança (pré-op)

- Vetor orbital:** positivo / neutro / negativo

PERIOCULAR REGION

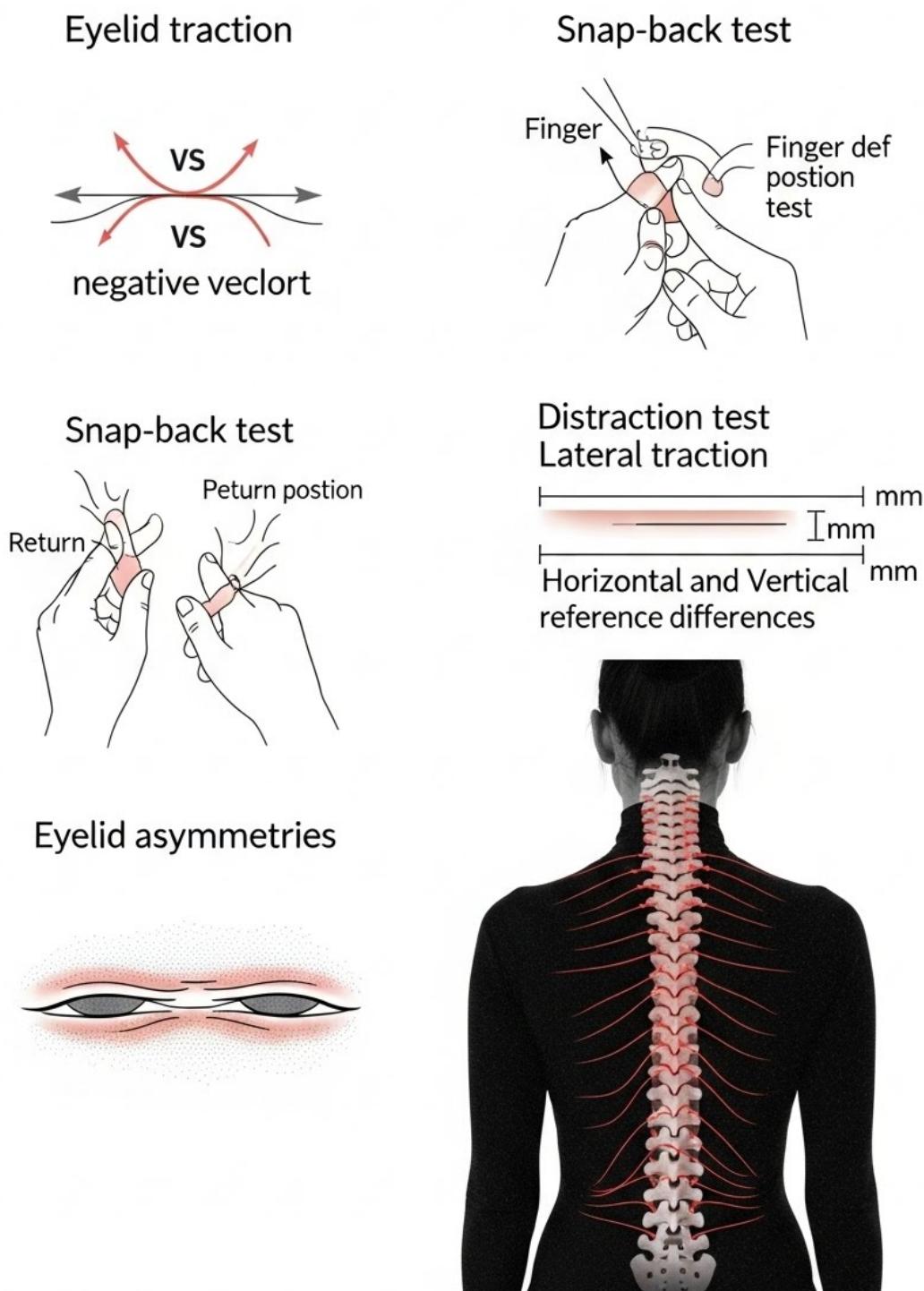


Figura 10.1: Figura 08.1 — Ilustração principal do capítulo

- Distraction test:** > 6 mm sugere frouxidão tendínea relevante
- Snap-back:** retorno imediato vs lento/incompleto (risco de ectrópio)
- Lei de Hering: ocluir o olho “pior” e observar queda do contralateral
- MRD1: referência clínica em geral ~4–5 mm (interpretar no contexto)
- MRD2: referência clínica em geral ~5 mm (se maior, avaliar retração/exposição prévia)
- Fenômeno de Bell: presente / ausente
- Schirmer I (se indicado): 5 min sem anestesia (história de olho seco)

10.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - rotina para qualquer candidato a cirurgia periorbital;

- suspeita de ptose (uni ou bilateral) ou assimetria de fenda;
- pacientes idosos (perda de tônus cantal é frequente).

Cautela quando: - **Fenômeno de Bell ausente/fraco:** aumenta risco de ceratite de exposição; exige conservadorismo em ressecções e respeito à dinâmica de fechamento.

- **Olho seco importante (ex.: Schirmer muito baixo):** prioridade funcional; evitar agressividade, especialmente em ressecções e manipulação do orbicular.

10.4 Anatomia aplicada (mecânica e suporte)

- **Tendão cantal lateral (LCT):** âncora primária de sustentação. Com idade, tende a alongar/afrouxar, reduzindo estabilidade da margem e tolerância à tensão cicatricial.
- **Complexo malar (suporte):** funciona como “prateleira” infraorbitária. Em hipoplasia malar (vetor negativo), o suporte ósseo é menor e a pálpebra depende mais do canto lateral.
- **Músculo de Müller:** componente simpático; ansiedade/ambiente do consultório pode “falsear” altura palpebral, mascarando ptose discreta.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 08):

Diagrama: Vetor positivo vs neutro vs negativo — relação globo/malar

Estilo: *Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras*

10.5 Técnica de exame (raciocínio clínico)

10.5.1 Visão geral

- 1) Análise de vetor (perfil)

- Método simples: alinhar um objeto reto (ex.: abaixador) tangenciando malar e referência orbitária; observar relação córnea–suporte malar.
- Se a córnea projeta claramente à frente do suporte malar, documentar como vetor negativo (risco aumentado para abordagem subtrativa).
- **2) Testes de tônus e flacidez (frontal)**
- **Distraction:** tracionar pálpebra inferior; afastamento aumentado sugere frouxidão.
- Snap-back: soltar pálpebra; retorno deve ser imediato sem necessidade de piscar. Retorno lento/incompleto reforça necessidade de suporte.
- **3) Avaliação de ptose (frontal)**
- Medir **MRD1** e documentar simetria.
- Aplicar **Hering:** elevar/ocluir o lado mais ptótico e observar queda do contralateral.
- **4) Assimetrias estruturais**
- Documentar sobrancelha, sulco palpebral, altura pupilar, canto medial/lateral e dominância de expressão (fala/sorriso).

10.5.2 Variações e indicações

- **Teste do “squinch” (contração forçada):** diferencia hipertrofia do orbicular pré-tarsal (*roll*) de bolsas de gordura.
- Se o volume aumenta com contração, tende a ser músculo.
- Se mantém, tende a ser gordura/compartimento.

PÉROLA CLÍNICA

10.5.3 Zona de risco: “olho redondo” iatrogênico

Ignorar *snap-back* lento e remover pele na pálpebra inferior aumenta risco de *round eye* (arredondamento do canto lateral), exposição escleral e ectrópio.

Regra prática: com retorno lento, a lógica tende a ser **suporte primeiro** (pexia/estruturas) e ressecção mínima — não “cortar para resolver”.

10.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro: não diagnosticar ptose assimétrica (Hering)**
- **Consequência:** corrige-se a pálpebra “pior” e, dias depois, a “boa” aparenta cair.
- **Prevenção:** testar Hering sistematicamente e documentar.
- Resgate: correção contralateral (levator/Müller conforme indicação), após estabilização.

- **Erro: ignorar assimetria esquelética**
- **Consequência:** paciente atribui diferença pós-op à cirurgia quando a base anatômica já era assimétrica.
- **Prevenção:** documentar e mostrar antes (espelho + fotos padronizadas).
- Resgate: gestão de expectativa; camuflagem com volume quando apropriado (ou não intervir, se risco > benefício).

10.7 Notas de “arte” (luz/sombra)

A beleza do olhar depende de **simetria perceptiva**, não de simetria milimétrica. Parte do exame é mapear o que é estrutural (osso/suporte) versus o que é ajustável (sulco, volume, sustentação), evitando promessas de “igualdade matemática”.

10.8 Referências

- [[REF:JELKS-1993]] Jelks — vetor negativo e implicações na pálpebra inferior
- [[REF:BODIAN-1982]] Bodian — Lei de Hering aplicada à ptose/blefaro
- [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien — frouxidão horizontal e escolha de suporte lateral

10.9 Próximo capítulo (sugestão)

Escolher entre:

- Cap. 09 — Anestesia e segurança de vasoconstrição (quando usar, quando evitar, checklist e complicações), ou
 - Iniciar técnica cirúrgica: Blefaroplastia Superior (marcação, preservação de volume, armadilhas e resgates).
-

Capítulo 11

Capítulo 09 — Consulta e expectativa: alinhando pedido do paciente com necessidade anatômica

Parte: Parte I — Diagnóstico

11.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá filtrar candidatos cirúrgicos, traduzindo queixas subjetivas (“olhar triste”, “olheira”, “pele demais”) em hipóteses anatômicas testáveis, e reconhecer sinais de alerta psicológicos/comportamentais que sugerem adiar, recusar ou encaminhar.

11.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **A falácia da “apenas uma pelezinha”:** pacientes frequentemente apontam excesso cutâneo quando a causa dominante é ptose de supercílio. Operar só pele sem tratar/considerar a moldura frontal pode aproximar a sobrancelha dos cílios, piorar a leitura lateral e gerar insatisfação.
- **O risco de percepção distorcida:** sinais compatíveis com transtorno dismórfico corporal (TDC) e/ou expectativas rígidas são fator de risco para conflito e insatisfação, independentemente do resultado técnico. A decisão clínica inclui proteger o paciente e o cirurgião.
- **Assimetria pré-existente “invisível”:** o cérebro do paciente se habitua a assimetrias. Se não for documentado e demonstrado antes, tende a ser percebido como “erro” depois.

11.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - a queixa anatômica coincide com o exame físico (ex.: bolsa referida + hérnia real);

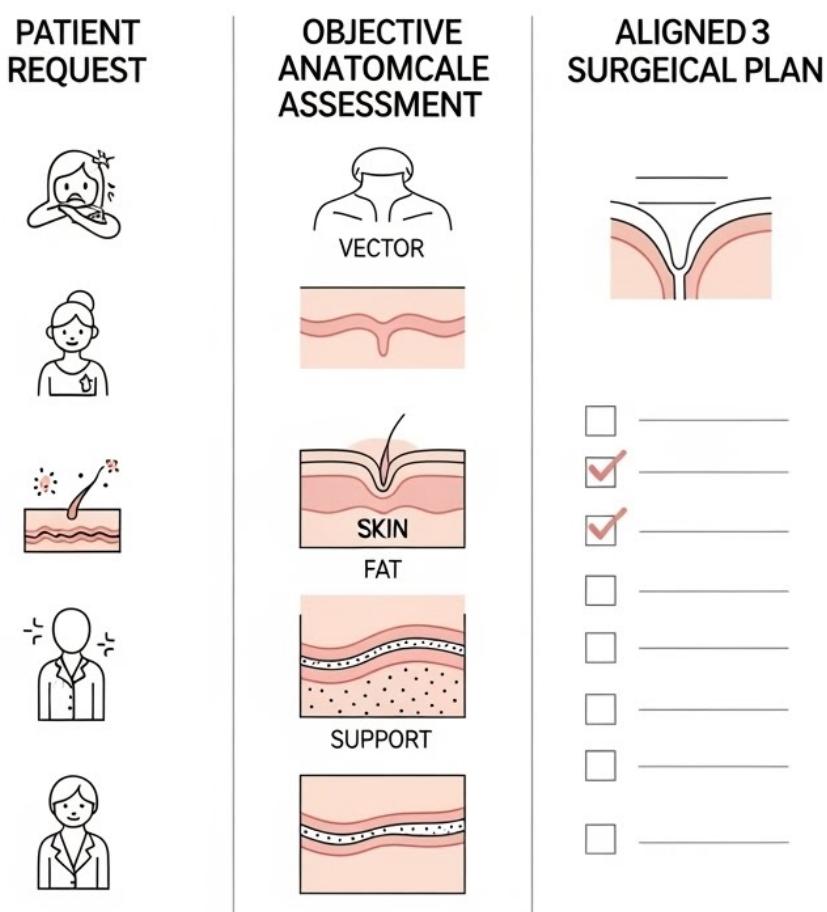


Figura 11.1: Figura 09.1 — Ilustração principal do capítulo

- o paciente aceita o objetivo como “melhora” e entende limites;
- motivação é interna (desejo próprio), com compreensão do pós-operatório.

Evitar / adiar quando: - expectativa irreal (referência estética incompatível com estrutura óssea/pele);

- crise aguda (luto, divórcio recente, depressão descompensada) — cirurgia não é intervenção emocional;
- padrão de “doctor shopping” e discurso agressivo/desqualificador recorrente.

PÉROLA CLÍNICA

11.3.1 Checklist de “red flags” (comportamento e expectativa)

- Foco excessivo em defeito mínimo:** queixa desproporcional ao achado objetivo.
- Hostilidade / desrespeito à equipe:** padrão de relação difícil.
- Pedido de “garantia”:** exige promessa de resultado específico (“igual a 20 anos atrás”).
- Rigidez cognitiva: não tolera limitações explicadas.
- Indecisão crônica: não consegue definir a queixa; muda alvos a cada frase.
- Histórico de litígio: menção a processos contra outros profissionais.

11.4 Checklist pré-op (o “contrato” verbal)

- Teste do espelho:** paciente aponta com um dedo o que incomoda (o que ele “vê”).
- Assimetria demonstrada:** sobrancelhas, fenda, sulcos e canto lateral mostrados com espelho + fotos.
- Limite de correção explicado:** rugas dinâmicas (pé de galinha) tendem a persistir sem tratamento específico.
- Cicatrizes e maturação: localização, extensão e tempo (sem prometer invisibilidade).
- Recuperação: edema social (dias a poucas semanas) e maturação final (meses) alinhadas.
- Riscos específicos: olho seco transitório, equimose, quemoses, retoque seletivo quando indicado.
- Motivação confirmada: pessoal vs externa; estabilidade emocional mínima.

11.5 Anatomia aplicada (tradução da queixa)

- **Complexo frontal-palpebral:** “pele demais” pode ser compensação do frontal. Ao relaxar o frontal no pós-op, a sobrancelha pode parecer cair; isso deve ser antecipado e discutido.
- **Transição pálebra-malar (tear trough):** “olheira” pode ser pigmento, vascular ou sombra. Cirurgia trata relevo/sombra; pigmento exige estratégia dermatológica/qualidade de pele.
- **Globo ocular:** proeminente vs enoftálmico. Explicar que a cirurgia não muda a posição do globo; molda tecidos ao redor e depende de suporte.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 09):

Fluxograma: Queixa do paciente Hipótese anatômica Plano cirúrgico

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

11.6 Método de consulta (raciocínio clínico)

11.6.1 Visão geral

1. **Escuta ativa:** “O que te trouxe aqui hoje?” (permitir narrativa curta sem interrupção).
2. **Teste do espelho:** pedir para demonstrar; observar gesto (puxa demais? foca em microdetalhe? muda de alvo?).
3. **Diagnóstico em voz alta (educação):** traduzir queixa em anatomia (“isso aqui é bolsa/sulco/supercílio”).
4. Alinhamento de expectativa: “Posso melhorar X; Y tende a persistir sem tratamento específico”.
5. Plano compartilhado: extensão (superior, inferior, ambos) e procedimentos associados (suporte lateral, volume, qualidade de pele).

11.6.2 Variações e indicações

- Paciente “engenheiro”: quer detalhes técnicos; usar desenho, checklist e consentimento robusto.
- Paciente “vago”: “quero um refresh”; estabelecer limites claros e metas objetivas para evitar frustração.

PÉROLA CLÍNICA

11.6.3 Heurística prática: a “regra do puxão”

Se o paciente precisa puxar excessivamente a pele/face para “simular” o resultado desejado, a necessidade pode ser de suporte/moldura (temporal/brow/face), não

apenas blefaroplastia.

Use isso como sinal para explicar limites e evitar promessas baseadas em um movimento que a cirurgia palpebral não reproduz.

11.7 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro: operar paciente com forte suspeita de TDC / percepção distorcida**
- **Consequência:** insatisfação persistente, múltiplas demandas e risco de conflito.
- **Prevenção:** triagem rigorosa; se a consulta gera desconforto clínico, adiar/recusar e encaminhar.
- Resgate: evitar reoperações impulsivas; documentar, apoiar e orientar encaminhamento adequado.
- **Erro: prometer simetria**
- **Consequência:** paciente passa a medir milimetricamente no pós-op.
- **Prevenção:** explicar variação natural (“irmãs, não gêmeas”), documentar assimetrias prévias e repetir limites.
- Resgate: revisitar documentação pré-op e reancorar a conversa em metas realistas; considerar retoque apenas quando há indicação objetiva e tecido estabilizado.

11.8 Notas de “arte” (gestão da percepção)

A arte da consulta é vender **naturalidade** e reduzir medo do “olhar operado”. Explicar que a estratégia conservadora (preservar volume e função do orbicular quando indicado) visa manter identidade facial e apenas “descansar” a expressão — sem estigmas.

11.9 Referências

- [[REF:SARWER-2006]] Sarwer — triagem/psicologia e risco de insatisfação em cirurgia estética
- [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien — satisfação/expectativa em blefaroplastia e abordagem conservadora
- [[REF:GUNTER-2007]] Gunter — fotografia e documentação de assimetrias pré-operatórias

11.10 Próximo capítulo (sugestão)

Iniciar técnica cirúrgica:

- Cap. 10 — Blefaroplastia Superior: marcação, pele-only vs pele-músculo, preservação de volume, armadilhas e resgates.

Capítulo 12

Capítulo 10 — Algoritmos por fenótipo: superior, inferior, terço médio e casos mistos

Parte: Parte II — Planejamento

12.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor será capaz de classificar o paciente em fenótipos clínico-anatômicos e aplicar um algoritmo lógico para selecionar a combinação de manobras (pele, músculo, gordura, canto lateral, supercílio e terço médio), evitando a blefaroplastia “tamanho único”.

12.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Personalização baseada no defeito dominante:** blefaroplastia é um conjunto de manobras. O erro recorrente é usar protocolo subtrativo (pele/gordura) em fenótipos de deflação, vetor negativo ou frouxidão, produzindo estigma e complicações.
- **Hierarquia da correção:** problemas estruturais e funcionais (ptose, tônus cantal, vetor, olho seco) têm precedência sobre detalhes estéticos (pele, bolsas). Ignorar essa ordem é uma fonte clássica de falhas.
- **Terço médio como fundação em casos selecionados:** em hipoplasia malar, vetor negativo e sulco pálpebra-malar marcado, tratar apenas a pálpebra inferior pode aumentar risco de retração. O algoritmo deve incluir suporte (volume/suspensão) quando indicado.

12.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - planejamento de blefaroplastia primária ou secundária;

- casos com ptose associada a dermatochalase;

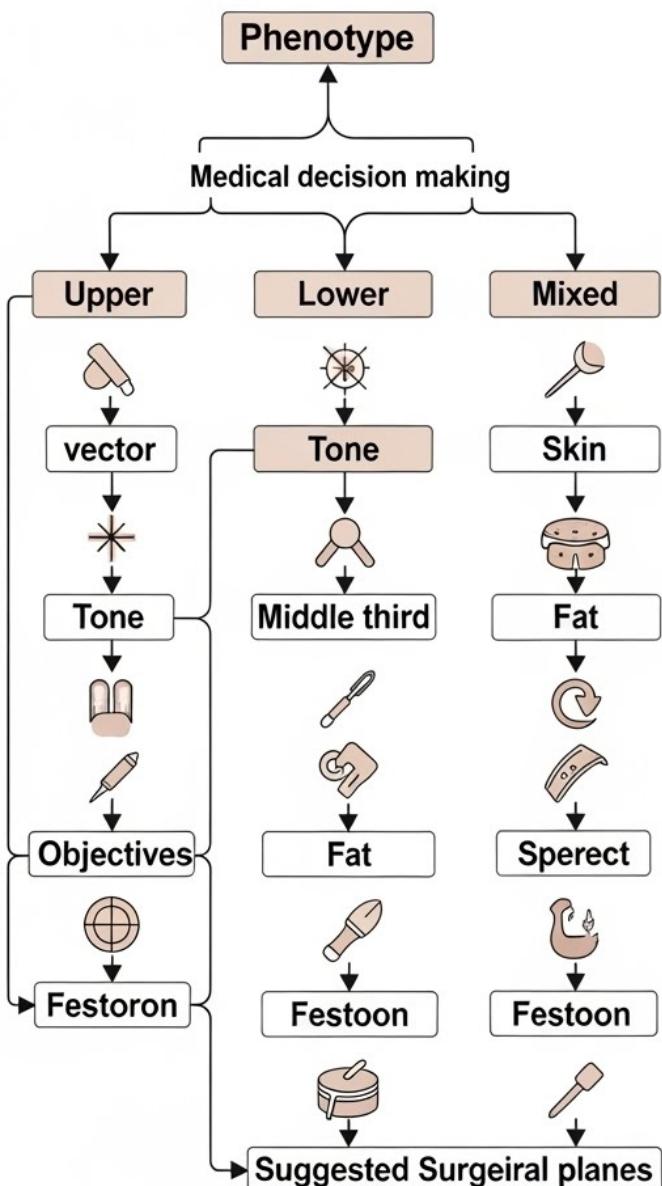


Figura 12.1: Figura 10.1 — Ilustração principal do capítulo

- pacientes com edema malar/festoons (diferenciar de bolsa verdadeira).

Evitar / adiar quando: - queixa é predominantemente dermatológica (discromia/elastose) sem alteração estrutural relevante — considerar *resurfacing* antes ou como principal abordagem;

- sinais de percepção distorcida/expectativa rígida sem alvo anatômico corrigível.

PÉROLA CLÍNICA

12.3.1 Checklist de classificação fenotípica

- Superior:** pele apenas / pele + gordura (medial) / pele + ptose (aponeurose) / pele + queda de supercílio
- Inferior (pele): excesso real (pinch test) vs “falsa sobra” por deflação/frouxidão
- Inferior (bolsa): protrusão verdadeira (septal) vs pseudobolsa (edema/festoon)
- Tônis:** pexia (snap-back lento) vs plastia (distraction aumentado) conforme gravidade
- Transição:** sulco nasojugal profundo / lid-cheek junction marcada precisa de reposição/redistribuição de volume?
- Vetor: positivo/neutro/negativo (implica suporte e conservadorismo subtrativo)

12.4 Anatomia aplicada (zonas de decisão)

- **Junção párpala-malar (lid-cheek junction):** objetivo estético central é reduzir a “quebra” (sombra/linha) e recuperar continuidade. Se a transição é longa e baixa (envelhecida), o algoritmo tende a demandar volume e/ou suporte.
- **Ligamento retentor do orbicular (ORL):** ajuda a definir tear trough e “degrau” párpala-malar. Em estratégias de reposicionamento/redistribuição de gordura, sua liberação pode ser necessária, conforme técnica e indicação.
- **Zona de risco (vetor negativo):** fenótipo em que o globo projeta anterior ao suporte malar. Subtração (pele/gordura) tende a ser de maior risco sem suporte lateral/estratégia de volume.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 10):

Fluxograma de decisão: Superior / Inferior / Terço médio / Casos mistos

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

12.5 Técnica (método de raciocínio)

12.5.1 Algoritmo — pálpebra superior

1. **É apenas pele?** ☐ considerar *skin-only* em casos selecionados, com ressecção conservadora e avaliação do supercílio.
2. **Pele + componente músculo/orbicular?** ☐ considerar abordagem com manejo do orbicular quando houver indicação (peso/hipertrofia/roll), preservando função.
3. **Ptose associada?** ☐ adicionar correção de ptose (aponeurose/Müller conforme diagnóstico e testes).
4. Queda de cauda de supercílio? ☐ adicionar browpexy/lifting temporal conforme caso. Evitar “compensar” retirando pele em excesso.

12.5.2 Algoritmo — pálpebra inferior

1. **Bolsa sem excesso de pele (mais jovem):** ☐ transconjuntival (preservação da lamela anterior).
2. **Bolsa + pele leve:** ☐ transconjuntival + *pinch* conservador e/ou *resurfacing* (selecionar conforme pele).
3. **Bolsa + sulco marcado (tear trough/lid-cheek):** ☐ transconjuntival com estratégia de volume (redistribuição/transposição de gordura ou lipoenxertia, conforme fenótipo).
4. Frouxidão horizontal / vetor negativo: ☐ suporte lateral (cantopexia/cantoplastia conforme gravidade) associado à abordagem escolhida; subtração deve ser mínima e guiada por testes.

12.5.3 Casos mistos (terço médio)

- Se houver ptose de SOOF e aprofundamento do “V” pálpebra–malar, o algoritmo pode exigir estratégia de terço médio (suspenção e/ou volume) para reconstituir a transição, em vez de tratar apenas a pálpebra.

PÉROLA CLÍNICA

12.5.4 Regra prática: teste da “pele sobrante” (pálpebra inferior)

Peça ao paciente para olhar para cima e abrir a boca.

Se a pele inferior fica tensa, **o excesso real é pequeno** — a queixa tende a ser volume/suporte, não pele. Subtração aqui aumenta risco de ectrópio.

12.6 Erros comuns (e como resgatar)

- Erro: tratar ptose de supercílio como excesso de pele

- **Consequência:** cicatriz alta, sobrancelha relativamente mais baixa, olhar pesado e resultado “operado”.
- **Prevenção:** estabilizar testa/supercílio no exame; se “some” o excesso de pele, a causa é moldura frontal.
- **Resgate:** brow/temporal lift (conforme indicação e timing).
- Erro: esvaziar o “olho fundo” (fenótipo senil/deflação)
- **Consequência:** órbita esqueletizada, aumento de sombras e estigma.
- **Prevenção:** algoritmo de preservação/redistribuição; remover apenas o que ultrapassa claramente o rebordo.
- **Resgate:** reposição volumétrica (microfat/nanofat conforme objetivo: volume vs qualidade de pele).

12.7 Notas de “arte” (harmonia)

O algoritmo não olha a pálpebra isolada: ele avalia continuidade com testa e bochecha. Em casos mistos, subcorrigir pálpebra e corrigir a unidade vizinha (sobrancelha/malar) costuma ser mais natural do que supercorrigir pálpebra e criar uma “ilha” esticada numa face envelhecida.

12.8 Referências

- [[REF:ROHRICH-2008]] Rohrich — abordagem sistemática para blefaroplastia inferior (passos/segurança)
- [[REF:JELKS-1993]] Jelks — classificação de vetores e implicações
- [[REF:HANRA-1995]] Hamra / Goldberg — preservação/redistribuição de gordura e rejuvenescimento periorbital

12.9 Próximo capítulo

Cap. 11 — Blefaroplastia Superior: marcação e execução (skin-only vs skin-muscle), preservação de volume e armadilhas.

Capítulo 13

Capítulo 11 — Marcação e medidas: superior e inferior (conservadorismo e simetria)

Parte: Parte II — Planejamento

13.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor dominará a “arte da preservação” na marcação cirúrgica, definindo limites de ressecção que mantêm fechamento palpebral completo, sulco natural e simetria funcional, reduzindo risco de lagoftalmo iatrogênico.

13.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **A gravidade é o juiz:** marcar deitado aumenta risco de super-ressecção. A marcação deve ser feita sentado ($\approx 90^\circ$), com expressão e posição real do supercílio/pele.
- **Segurança antes de estética:** a ressecção é guiada por *teste de fechamento* e pelo *pinch test*, não por “quanto sobra na foto”. Uma marcação conservadora é mais fácil de ajustar do que um lagoftalmo para “desfazer”.
- **Extensão lateral planejada:** insatisfação lateral costuma vir de marcações curtas. A incisão deve acompanhar linhas naturais (pé de galinha/RSTL), com discreta ascensão lateral para tratar *hooding*.

13.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - etapa pré-anestesia em praticamente todos os casos (antes de infiltração volumosa), para evitar distorção de referências e permitir avaliação dinâmica.

Evitar / adiar quando: - edema palpebral agudo/alergia no dia (distorce o “excesso”);

- sedação prévia que impeça abertura/fechamento confiáveis durante o *pinch test*.

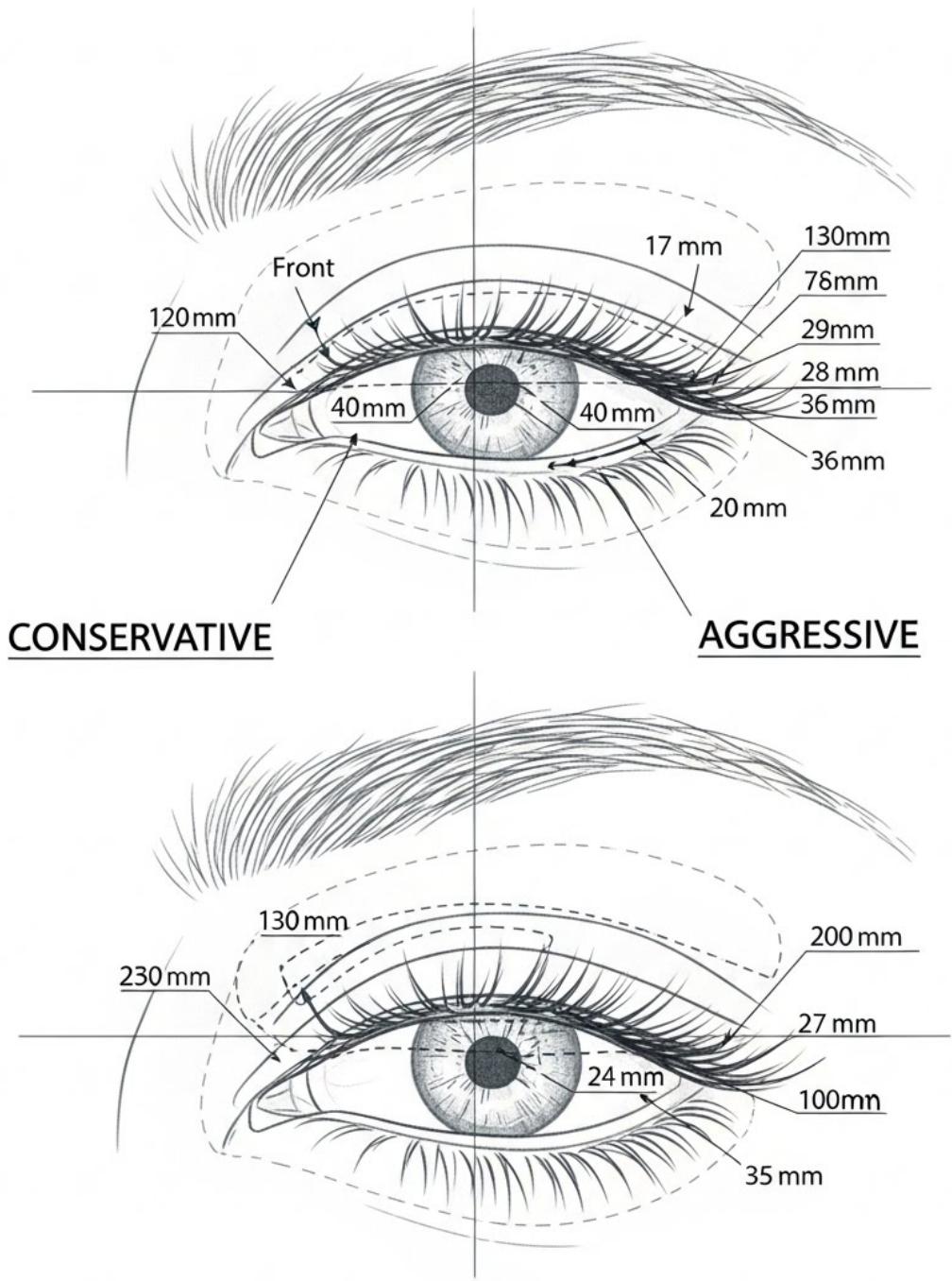


Figura 13.1: Figura 11.1 — Ilustração principal do capítulo

PÉROLA CLÍNICA

13.3.1 Checklist de marcação (pré-anestesia)

- Posição:** sentado, coluna reta, olhar no horizonte
- Caneta:** dermatográfica fina (evitar ponta grossa)
- Pele:** desengordurar para fixar a tinta
- Sulco (linha inferior — superior):** homens 7–8 mm; mulheres 8–10 mm (a partir da margem ciliar, ajustando ao biotipo)
- Linha superior:** definida pelo *pinch test* (não por “medida fixa”)
- Teste de fechamento:** após desenhar, pedir fechamento suave (sem esforço) e confirmar que não há tensão excessiva

13.4 Anatomia aplicada (referências cutâneas)

- **Tarso e sulco:** a linha inferior deve respeitar a anatomia do tarso e o padrão do sulco do paciente. Marcações muito altas tendem a criar sulco artificial/estigmatizado.
- **Canto medial:** evitar ultrapassar referência do ponto lacrimal em direção nasal para reduzir risco de *webbing*.
- **Pele fina vs espessa:** a cicatriz deve permanecer na pele palpebral fina (onde ela “some”); subir demais para pele espessa aumenta visibilidade.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 11):

Diagrama de marcação superior: Linha do sulco + fuso, extensão lateral em RSTL

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

13.5 Técnica (o pinch test)

13.5.1 Blefaroplastia superior — visão geral

1. **Definir sulco (linha inferior):** marcar seguindo o padrão anatômico do paciente (\approx 8–10 mm no centro, ajustando por sexo/biotipo).
2. **Pinch test:** pinçar pele acima da linha inferior. A quantidade adequada **suaviza** sem eversão de cílios e sem dificultar fechamento suave.
3. Desenhar o fuso: marcar pontos do pinçamento e conectar. Em geral, maior largura no terço lateral.
4. Extensão lateral: “morrer” dentro de ruga natural (pé de galinha), com discreta ascensão (evitar cauda descendente).

13.5.2 Pálpebra inferior — visão geral (*skin pinch* quando indicado)

- Marcar subciliar (≈ 2 mm abaixo dos cílios) **somente** se houver excesso real.
- Fazer *pinch* com o paciente olhando para cima e **boca aberta** (tensão máxima). Se ainda houver sobra, a ressecção tende a ser pequena ($\approx 1\text{--}2$ mm, conservadora).

13.5.3 Variações e indicações

- **Homens:** sulco mais baixo ($\approx 7\text{--}8$ mm) e desenho mais conservador para evitar feminização.
- **Asiáticos:** decidir previamente objetivo (criar sulco vs preservar anatomia). Marcação e fixação seguem lógica específica e mais baixa.

PÉROLA CLÍNICA

13.5.4 Zona de risco: “dog ear”/webbing medial

Evite ressecção medial agressiva.

Regra prática: máxima ressecção no terço lateral, mínima/nula no terço medial, conforme *pinch test* e anatomia.

13.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** marcar “simétrico” em sobrancelhas assimétricas **Consequência:** sulcos em alturas diferentes (ou percepção de assimetria maior no pós-op) **Prevenção:** ajustar marcação pela meta estética (simetria do sulco), não pela simetria do desenho cutâneo; considerar browpexy/lifting quando indicado **Resgate:** revisão seletiva (excisão adicional conservadora no lado necessário) e/ou correção de supercílio, respeitando timing de cicatrização
- Erro: ressecção excessiva de pele (lagoftalmo) **Consequência:** incapacidade de fechar completamente; risco de exposição corneana **Prevenção:** *pinch test* + teste de fechamento suave; preservar pele suficiente para fechamento passivo (medidas são guias; a função é o critério) **Resgate:** lubrificação intensa e proteção; considerar enxerto de pele total em casos persistentes (ex.: retroauricular), após estabilização

13.7 Notas de “arte” (continuidade)

A cicatriz lateral deve se camuflar em transições naturais e RSTL. A marcação “boa” não termina abruptamente: ela se dissolve em ruga existente, preservando a continuidade do olhar e evitando o traço clássico do “operado”.

13.8 Referências

- [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien — *pinch* cutâneo e conservadorismo
 - [[REF:FLOWERS-1993]] Flowers — princípios de marcação e preservação
 - [[REF:REES-1984]] Rees — segurança em excisão de pele palpebral
-

Capítulo 14

Capítulo 12 — Anestesia, infiltração, hemostasia e pós imediato (segurança)

Parte: Parte II — Planejamento (Transição para Execução)

14.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá instituir um protocolo de anestesia, infiltração e hemostasia que favoreça campo cirúrgico exangue, melhore visualização anatômica e reduza o risco da complicação mais temida: hematoma retrobulbar.

14.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **O tempo é um agente farmacológico:** incisar imediatamente após infiltrar costuma “roubar” o pico vasoconstrictor da epinefrina. Em geral, aguardar ~10–15 minutos muda a qualidade do campo operatório.
- **Hidrodissecção como ferramenta:** infiltração não é só analgesia; é criação de plano. Se a agulha não progride com baixa resistência, o plano provavelmente está errado.
- **Sedação consciente vs. profunda:** em cirurgia palpebral, cooperação e tônus basal importam. Sedação profunda pode falsear avaliação de pele/posição e impedir checagens dinâmicas, aumentando risco de erro de planejamento.

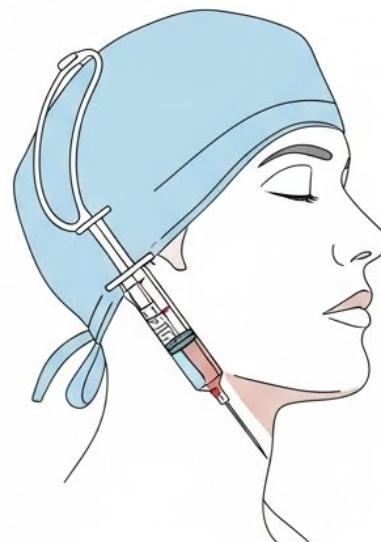
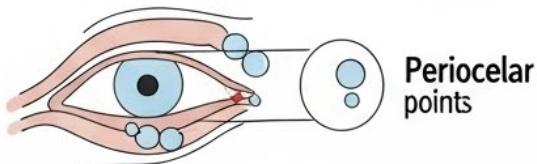
14.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - blefaroplastias estéticas e funcionais em regime de anestesia local com sedação leve (oral ou venosa), conforme perfil do paciente e protocolo do serviço;

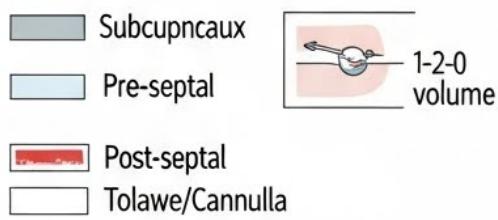
- pacientes hipertensos controlados, com monitorização hemodinâmica adequada.

PERIOCEAR REGON

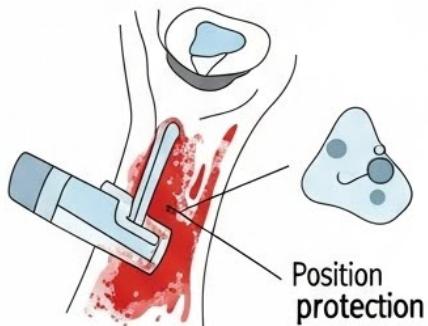
1. PERIOCULAR INFILTRATION POINTS



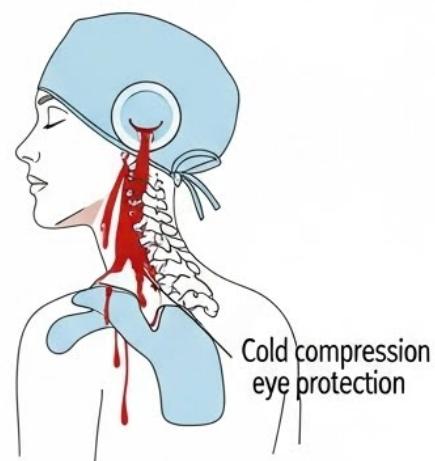
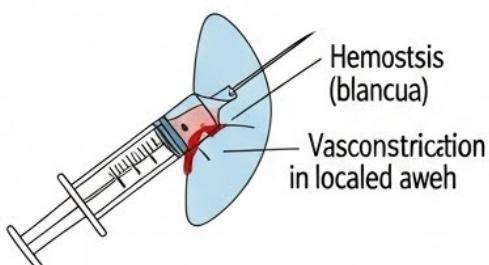
2. ANATOMICAL INFILTRATION



3. IMMEDIATE POSTOPERATIVE PEROD



3. VOLUME AND INSTRUMENTS



5. IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

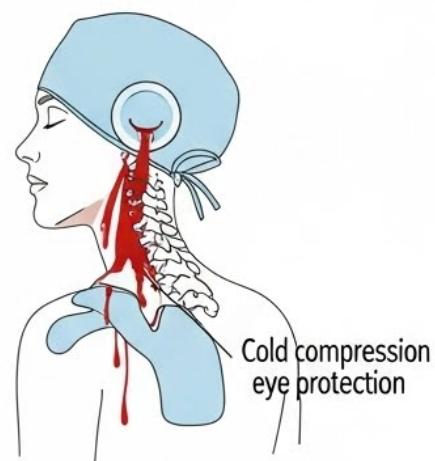
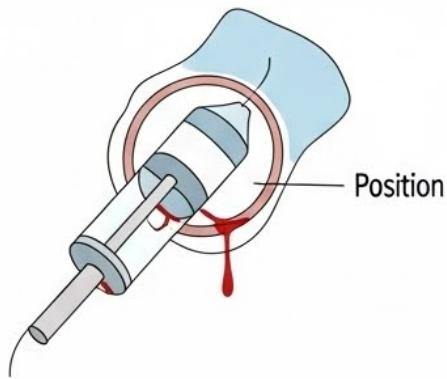


Figura 14.1: Figura 12.1 — Ilustração principal do capítulo

Evitar / adiar quando: - **hipertensão descompensada no dia** (ex.: níveis persistentemente elevados apesar de repouso/medicação), por aumento de risco de sangramento e complicações;

- coagulopatias / uso de anticoagulantes/antiagregantes: conduta deve ser definida com cardiologia/anestesia, considerando risco trombótico vs. hemorrágico e protocolo institucional; incluir também suplementos com potencial efeito antiagregante.

PÉROLA CLÍNICA

14.3.1 Checklist de infiltração e sala (segurança)

- Solução (exemplo comum):** lidocaína 1–2% + epinefrina (p.ex., 1:100.000 ou 1:200.000), respeitando dose máxima e comorbidades.
- Tampão (opcional):** bicarbonato 8,4% (p.ex., 1:10) para reduzir ardor à injeção.
- Proteção ocular:** colírio anestésico + proteção corneana quando houver manipulação profunda/laser, conforme preferência do serviço.
- Latência: cronometrar intervalo entre infiltração e incisão (em geral ~10–15 min).
- Pressão arterial: monitorização seriada (frequentemente a cada 3–5 min em fase crítica); manter alvo hemodinâmico acordado com anestesia.
- Prontidão para emergência: material para descompressão orbitária imediata disponível e equipe alinhada com o protocolo.

14.4 Anatomia aplicada (nervos e planos)

- **Arcadas vasculares:** vasos marginais correm próximos ao tarso; infiltração profunda e não controlada pode gerar hematoma antes mesmo da incisão.
- **Nervos sensitivos:** supratroclear, supraorbital, infraorbital e zigomático-facial orientam bloqueios/analgesia regional.
- **Plano de segurança:** iniciar superficial (subcutâneo) para turgor cutâneo e depois pré-septal; evitar injeções profundas “às cegas” no pós-septal para reduzir risco de lesão vascular orbitária.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 12):

Mapa de pontos de bloqueio anestésico periorbitário

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

14.5 Técnica (sequência lógica)

14.5.1 Visão geral

1. **Marcação:** sempre antes da infiltração (Cap. 11).
2. **Sedação:** leve, com paciente responsável a comando verbal.
3. **Infiltração (lenta e progressiva):** agulha fina; iniciar por área menos sensível; avançar e injetar lentamente.
4. Dispersão do anestésico: compressão/massagem suave para distribuir e reduzir bolhas locais.
5. Espera: aguardar o branqueamento (*blanching*) e o tempo de latência acordado.

14.5.2 Variações e indicações

- **Bloqueio regional:** em procedimentos extensos ou pacientes muito sensíveis, bloqueios supraorbital/infraorbital podem reduzir desconforto e diminuir necessidade de volume local (com menor distorção), conforme rotina do cirurgião.

14.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** incisão precoce (antes do pico vasoconstrictor) **Consequência:** campo sangrento, pior visualização, mais edema/equimose e maior chance de hemostasia “reativa” **Prevenção:** usar relógio: infiltrar ambos os lados e aguardar o tempo de latência planejado **Resgate:** pausar, compressão dirigida por alguns minutos, reavaliar pontos de sangramento e preferir hemostasia precisa (ex.: bipolar)
- Erro: uso indiscriminado de cautério monopolar próximo a estruturas nobres **Consequência:** maior risco de lesão térmica, carbonização e fibrose, além de dano em tecidos adjacentes **Prevenção:** preferir cautério bipolar/energia controlada e hemostasia por planos, com parcimônia **Resgate:** suporte local conforme lesão; na prática, a “correção” real é prevenção (ajuste de técnica e energia)

PÉROLA CLÍNICA

14.6.1 Zona de risco: hematoma retrobulbar

Emergência máxima da blefaroplastia: sangramento orbitário com risco visual.

- **Sinais:** dor intensa desproporcional, proptose, piora rápida de equimose/tensão, alteração visual, limitação de motilidade.
- **Conduta:** priorizar intervenção imediata conforme protocolo do serviço; não atrasar conduta por exames quando a clínica sugere risco visual iminente. Considerar abertura de suturas, descompressão lateral (cantotomia/cantólise) e acionamento do time de retaguarda.

14.7 Notas de “arte” (pós-imediato)

A arte aqui é preservação tecidual: menos sangue no leito cirúrgico tende a significar menos inflamação/fibrose e recuperação social mais rápida. Medidas simples (compressas frias protegidas, cabeceira elevada) impactam edema e conforto.

14.8 Pós-operatório imediato (check de saída)

- **Visão:** checar função visual de forma simples e documentar antes da alta.
- **Dor:** dor intensa/progressiva é sinal de alarme (avaliar imediatamente).
- **Orientações:** gelo com proteção, elevar cabeceira, evitar manobras de Valsalva e esforço.

14.9 Referências

- [[REF:ROHRICH-2008]] Rohrich — segurança e princípios gerais em cirurgia facial sob anestesia local
 - [[REF:HASS-2004]] Hass / Most — protocolos e manejo de hematoma retrobulbar
 - [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien — infiltração/hidrodissecção e hemostasia em cirurgia periorbital
-

Capítulo 15

Capítulo 13 — Brow management: por que blef isolada falha (Connell) e indicações

Leitura guiada: este capítulo aborda o leitor aprenderá a indicar estabilização (pexy) ou elevação (lift) antes de definir ressecções palpebrais.

Parte: Parte III — Terço Superior

15.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá diagnosticar a “falsa” dermatochalase causada por ptose de supercílio e entender por que remover pele palpebral em paciente com compensação frontal (Sinal de Connell) aumenta risco de resultado estigmatizado. O leitor aprenderá a indicar estabilização (pexy) ou elevação (lift) antes de definir ressecções palpebrais.

15.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Princípio da cortina e do varão:** a pálpebra é a cortina; o supercílio é o varão. Se o “capuz” aumenta porque o varão caiu, cortar a cortina sem reposicionar o varão encurta o terço superior e desequilibra as proporções.
- **Sinal de Connell (a armadilha):** pacientes com ptose de supercílio usam o frontal cronicamente para “abrir” os olhos. Com relaxamento (sedação, fadiga, supino), o supercílio desce e a pálpebra parece ter “pele a mais”. Marcação/ressecção sem compensar esse efeito favorece super-ressecção e piora estética/funcional.
- **Textura e identidade:** pele do supercílio é mais espessa e a palpebral é mais fina. Blefaroplastia isolada em ptose de supercílio aproxima pele grossa dos cílios, apaga a transição e tende a produzir olhar pesado e “operado”.

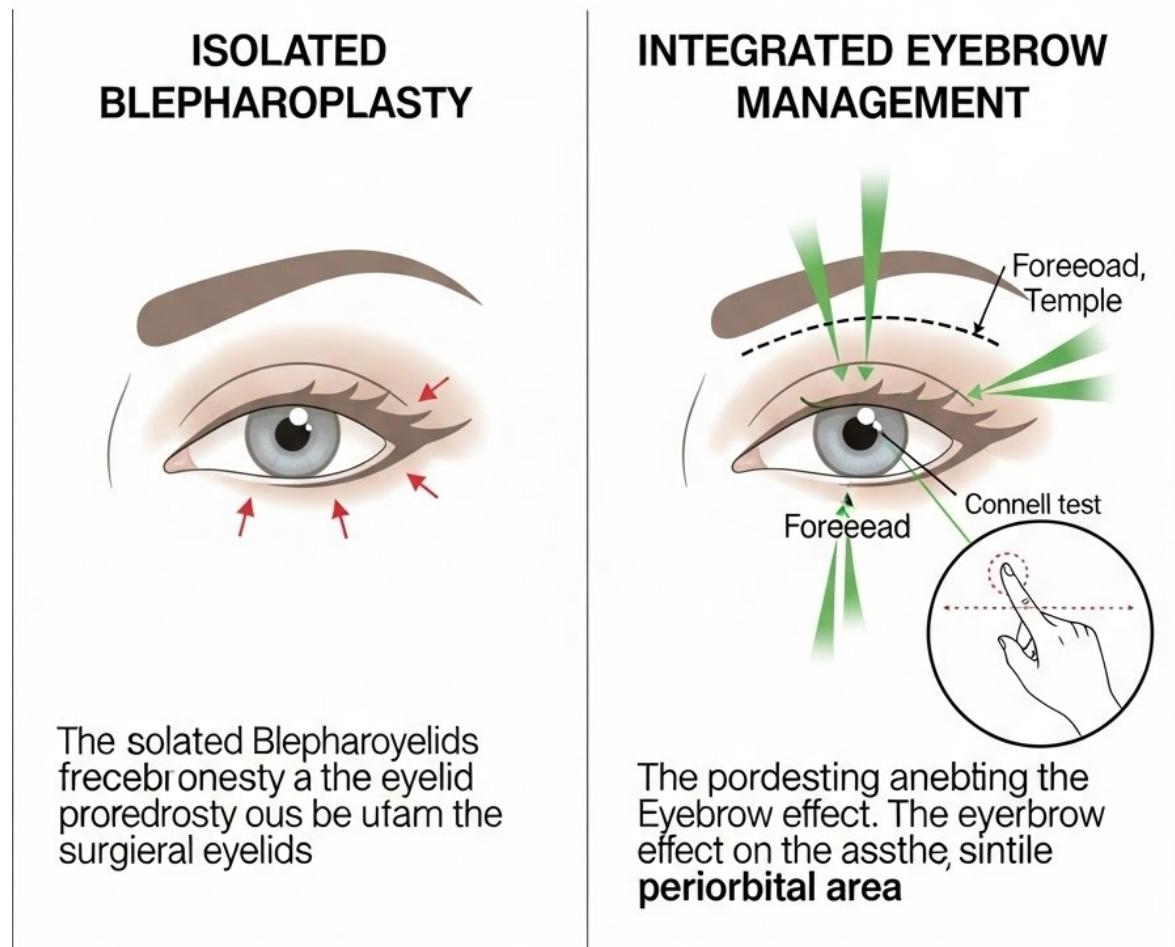


Figura 15.1: Figura 13.1 — Ilustração principal do capítulo

15.3 Indicações e contra-indicações

Indicar manejo do supercílio quando: - houver ptose visível do supercílio (com queda global ou predominantemente lateral);

- houver *hooding* lateral que ultrapassa o rebordo orbitário lateral;
- houver rugas frontais profundas (sugestivas de compensação ativa);
- **teste de relaxamento manual:** ao bloquear o frontal, a “dermatochalase” palpebral aumenta de forma relevante.

Evitar / ter cautela quando: - **homens:** sobrancelha masculina é mais baixa e retificada; elevações excessivas podem feminizar. Em muitos casos, estabilização (browpexy) é preferível a elevação ampla.

- **olhos proeminentes / tendência a lagoftalmo:** elevar demais o supercílio pode aumentar exposição e sensação de olho seco.
- calvície/linha capilar alta (para acessos coronais/pré-capilares): priorizar acessos temporais limitados ou técnicas diretas bem indicadas.

PÉROLA CLÍNICA

15.3.1 Checklist pré-op: Teste de Connell (compensação frontal)

1. Peça ao paciente para olhar para frente em repouso.
2. Bloqueie o músculo frontal com pressão suave na testa (sem empurrar o supercílio para baixo artificialmente).
3. Peça para fechar os olhos e abrir mantendo o bloqueio.
4. **Interpretação:** se a sobrancelha cai e a “sobra” palpebral aumenta de forma significativa, há ptose latente/compensação. Blefaroplastia isolada deve ser conservadora e, frequentemente, associada a estabilização/elevação do supercílio.

15.4 Anatomia aplicada (o que sustenta o supercílio)

- **ROOF (gordura retro-orbicular):** contribui para plenitude e “peso” do supercílio. Com o envelhecimento, pode deslizar inferiormente e simular dermatochalase. Em muitos casos, reposicionamento/redistribuição é mais coerente do que ressecção agressiva.
- **Ancoragens periorbitárias superiores:** estruturas retentoras e transições de fáscia/periósteo definem quanto o supercílio “cede” e como ele responde à pexia/lift.
- **Nervo facial (ramo temporal):** risco em dissecções temporais superficiais. A segurança é respeitar planos fasciais (fáscia temporoparietal vs. fáscia temporal profunda) e manter técnica de baixo trauma.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 13):

Teste de Connell ilustrado: Bloqueio do frontal e observação da ptose

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

15.5 Técnica (estratégia de decisão)

Não existe técnica única: há um gradiente de invasividade e indicação.

15.5.1 Visão geral (menu de opções)

1. **Estabilização (internal browpexy):** via incisão da blefaroplastia. Objetivo principal é evitar piora e controlar queda lateral discreta.
2. **Elevação lateral (temporal lift):** acesso temporal para corrigir *hooding* lateral e reposicionar cauda do supercílio.
3. **Elevação direta:** excisão acima do supercílio (boa em idosos com rugas profundas ou parálisia facial), com custo de cicatriz mais visível.
4. Lifting endoscópico/coronal: reposicionamento global de fronte/glabela (ver capítulo correspondente). ### Onde a técnica falha (ponto crítico)

Se o diagnóstico for “excesso de pele” quando o problema predominante é “posição/volume do supercílio (ROOF + ptose)”, a blefaroplastia isolada tende a criar pálpebra vazia e manter a sobrancelha baixa. O plano deve distinguir: **Volume vs. Posição vs. Pele.**

15.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** ignorar ptose/compensação frontal e operar apenas a pálpebra **Consequência:** encurtamento da distância cílio-sobrancelha, olhar pesado/“bravo”, persistência de *hooding* lateral e maior risco de insatisfação **Prevenção:** aplicar Teste de Connell; planejar estabilização/elevação do supercílio quando indicado; blefaroplastia mais conservadora **Resgate:** brow lift/pexy secundário (mais difícil quando já houve ressecção palpebral significativa); gestão rigorosa de expectativa
- Erro: ressecção excessiva de ROOF (ou “esvaziamento” do supercílio) **Consequência:** perda de plenitude, esqueleto orbitário mais aparente e envelhecimento do terço superior **Prevenção:** preservar e, quando apropriado, reposicionar/redistribuir em vez de retirar **Resgate:** lipoenxertia em planos adequados (microfat) conforme indicação e perfil tecidual

PÉROLA CLÍNICA

15.6.1 Regra prática: ordem das manobras

Em procedimentos combinados (blefaroplastia + manejo do supercílio), planeje e estabilize/posicione o supercílio primeiro (na lógica do caso). Só então refine a marcação/ressecção palpebral. Inverter a ordem aumenta o risco de superressecção e de fechamento incompleto.

15.7 Notas de “arte” (unidades estéticas)

A beleza do terço superior depende de **posição e plenitude**, não apenas de “altura”. Elevar uma sobrancelha vazia pode criar aparência artificial. Em alguns casos, a associação de reposicionamento e reposição volumétrica (quando indicada) melhora naturalidade.

15.8 Pós-operatório

- monitorar assimetria de altura (edema unilateral pode simular paresia transitória);
- parestesia frontal pode ocorrer em descolamentos; orientar que a recuperação pode levar semanas a meses, conforme técnica e extensão.

15.9 Referências

- [[REF:CONNELL-1978]] Connell — compensação frontal e implicações estéticas
 - [[REF:KNIZE-2001]] Knize — anatomia do supercílio/ROOF e princípios de brow lift
 - [[REF:LAMBROS-2007]] Lambros — estética do terço superior e envelhecimento
-

Capítulo 16

Capítulo 14 — Técnicas de brow lift: temporal, endoscópico, Castañares modificado

Parte: Parte III — Terço Superior

16.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá navegar pelo “menu” de opções de elevação do supercílio, selecionando a técnica (temporal, endoscópica ou direta) com base em linha capilar, padrão de ptose (lateral vs global), qualidade de pele/rugas e necessidade de tratar glabella, evitando a aplicação genérica de uma única técnica para todos os pacientes.

16.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Linha capilar dita o acesso:** a altura da testa (glabella ao trichion) orienta o risco estético. Em testas longas, técnicas que elevam ainda mais a linha capilar tendem a priorar proporção e devem ser evitadas, favorecendo abordagens pré-triquiais ou diretas quando bem indicadas.
- **Vetor de tração:** o erro comum é tracionar verticalmente e criar aspecto de “susto”. Em geral, o vetor rejuvenescedor mais natural é oblíquo e lateral. Em muitos pacientes, o lift temporal isolado resolve o *hooding* lateral sem necessidade de elevação global.
- **Castañares sem estigma:** a técnica direta supraciliar é altamente previsível em posição/contorno quando bem indicada (idosos, paralisia facial, rugas profundas, necessidade funcional), especialmente com incisão biselada para preservar folículos e camuflar cicatriz.

Temporal Inction

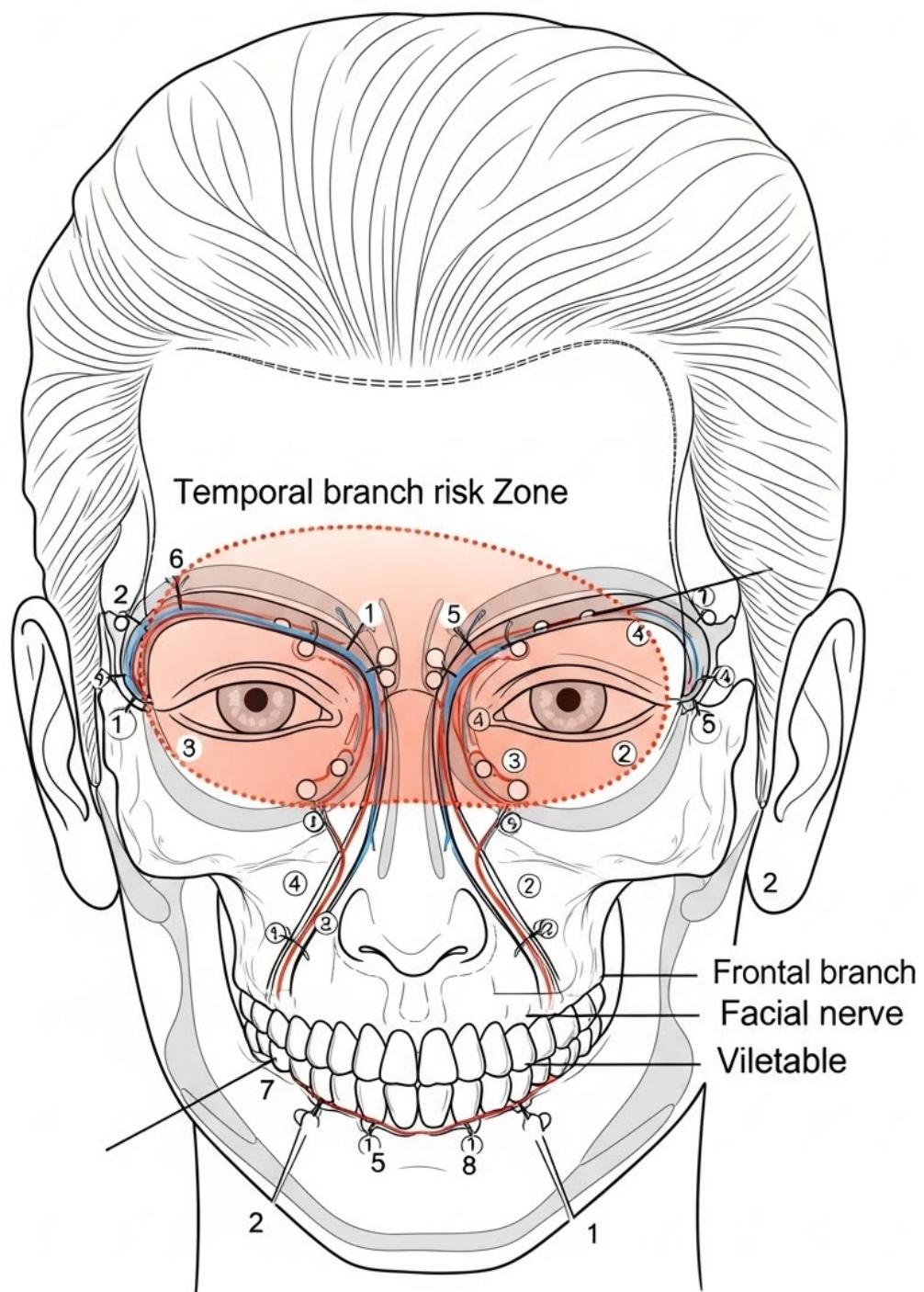


Figura 16.1: Figura 14.1 — Ilustração principal do capítulo

16.3 Indicações e contra-indicações

Indicar Lift Temporal (lateral) quando: - ptose predominante no terço lateral (cauda);

- paciente jovem/meia-idade sem necessidade de tratar glabela (corrugadores/prócerus);
- queixa principal for *hooding* lateral.

Indicar Endoscópico quando: - ptose generalizada (medial e lateral);

- necessidade de tratar musculatura glabellar com mínima cicatriz visível;
- testa curta ou normal (aceita elevação discreta da linha capilar).

Indicar Castaños (direto) quando: - idosos com rugas profundas (melhor camuflagem);

- ptose severa funcional ou paralisia facial (necessidade de fixação rígida e previsível);
- homens com calvície/linha capilar desfavorável para incisões no couro cabeludo.

Evitar / ter cautela quando: - endoscópico em testa alta: risco de piorar proporção frontal e exposição da linha capilar;

- **Castaños em jovens com pele lisa:** maior chance de cicatriz perceptível;
- expectativa de “arco alto” em homens: risco de feminização/estigma.

PÉROLA CLÍNICA

16.3.1 Checklist de Segurança (Zona de Risco)

- Linha de Pitanguy:** do trago até ~1,5 cm lateral ao supercílio (referência clínica para zona do ramo temporo-frontal do facial).
- Veia sentinelas:** se identificada na dissecção temporal, redobre atenção ao plano (estrutura de alerta anatômico).
- Plano de dissecção:** temporal em plano seguro sobre a fáscia temporal profunda; fronte preferencialmente subperiosteal conforme técnica.
- Liberação vs tração: elevação confiável exige liberação adequada de ancoragens; “puxar sem soltar” tende a falhar ou transferir tensão para pele/cicatriz.

16.4 Anatomia aplicada (planos de deslizamento)

- **Plano seguro temporal:** referência prática é a **fáscia temporal profunda** (aspecto branco/brilhante e relativamente imóvel). Planos mais superficiais (com gordura amarela evidente) aumentam risco de lesão do ramo temporal do facial.
- **Ancoragens supraorbitárias (arcus/retentores):** a sobrancelha é estabilizada por adestramentos periosteais e retentores. Sem liberação adequada (periosteotomia/divulsão conforme técnica), a elevação é limitada e a tensão migra para pele.

- Galea aponeurótica: camada de força para suspensão e redistribuição de tensão. Fixações duráveis ancoram em galea e/ou periósteo (ou túneis ósseos), conforme a técnica.

□ FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 14):

Diagrama: Planos temporais (superficial vs profundo)

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

16.5 Técnica (visão geral e diferenças)

16.5.1 1) Lift Temporal (acesso limitado)

- **Incisão:** 3–4 cm intra-capilar na região temporal.
- **Dissecção:** em plano seguro sobre a fáscia temporal profunda até borda orbitária lateral/arco zigomático, conforme técnica.
- **Liberação crítica:** liberação das ancoragens laterais para permitir mobilidade real do supercílio.
- Fixação: suspensão do retalho móvel a estrutura fixa (FTP/periósteo/galea) com fio inabsorvível ou de longa duração, com vetor oblíquo-lateral.

16.5.2 2) Endoscópico (fronte completa)

- **Acessos:** 3–5 incisões pequenas atrás da linha capilar.
- Dissecção: subperiosteal até glabella/raiz nasal.
- **Manobra chave:** identificação e preservação dos feixes supraorbitais/supratrocleares e tratamento controlado da musculatura glabellar (redução dinâmica duradoura).
- Fixação: parafusos, túneis ósseos ou dispositivos absorvíveis (ex.: Endotine), conforme preferência e caso.

16.5.3 3) Castañares modificado (direto)

- **Marcação:** fuso de pele imediatamente acima dos pelos da sobrancelha, definindo correção de altura e contorno.
- Incisão: biselada (30–45°) para preservar folículos e permitir crescimento de pelos através da cicatriz.
- **Resssecção:** pele/subcutâneo, preservando músculo frontal salvo indicação específica.
- **Fechamento:** camadas meticulosas para evitar “depressão” e trilho de cicatriz.

16.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** lesão do ramo temporo-frontal do nervo facial **Consequência:** paresia/paralisia frontal com assimetria de elevação do supercílio e expressão **Prevenção:** respeito estrito

ao plano seguro (temporal sobre FTP ou fronte subperiosteal conforme técnica); evitar cautério monopolar “às cegas” na região temporal lateral Resgate: observação (muitos casos são neuropraxia); se secção confirmada e precoce, considerar reparo microcirúrgico; toxina botulínica no lado contralateral para camuflagem temporária quando apropriado

- Erro: alopecia em cicatriz (temporal/endoscópica) por trauma térmico ou tensão **Consequência:** área calva visível e cicatriz alargada **Prevenção:** técnica atraumática, cautério bipolar, respeito ao suprimento cutâneo, fechamento sem tensão excessiva **Resgate:** revisão cicatricial em tempo oportuno e/ou transplante capilar focal conforme caso

PÉROLA CLÍNICA

16.6.1 Regra prática: a “bossa” temporal

Após suspensão no lifting temporal, pode surgir pucker/dog-ear intra-capilar.

- **Conduta:** evitar “perseguir” esse excesso com ressecções agressivas.
- **Expectativa:** redistribuição costuma ocorrer ao longo de semanas (orientar o paciente no pré-op).

Excesso de tensão para aplanar pode aumentar risco de alopecia e perda de fixação.

16.7 Notas de “arte” (o Apex)

Onde deve ficar o ponto mais alto da sobrancelha depende de sexo e fenótipo:

- **Clássico:** próximo ao limbo lateral.
- **Moderno:** entre limbo lateral e canto externo.
- **Erros típicos:** apex central (“arco de fantasia”) ou lateral excessivo (“Spock”).

A curva deve ser suave (sem “^”). Em homens, o objetivo costuma ser retificação e reposicionamento no rebordo, evitando arqueamento.

16.8 Pós-operatório

- **Temporal/Endoscópico:** curativo compressivo 24–48h conforme preferência para reduzir seroma/hematoma.
- **Castañares:** retirada de suturas em tempo adequado para minimizar marca (“trilho”), com orientação rigorosa de cicatriz.
- **Sensibilidade:** parestesia/prurido no couro cabeludo são frequentes por tração nervosa; recuperação pode levar semanas a meses.

16.9 Referências

- Zona de perigo temporal e referências clínicas (veia sentinela / planos) [[REF:KNIZE-2001]]
 - Incisão biselada e preservação folicular [[REF:CONNELL-1978]]
 - Comparativos de técnicas e durabilidade (endo vs coronal vs temporal) [[REF:KNIZE-2001]]
-

Capítulo 17

Capítulo 15 — Blefaroplastia superior: pele, gordura (preservação) e glândula lacrimal

Parte: Parte III — Terço Superior

17.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá executar uma blefaroplastia superior **volumétrica e conservadora**, distinguindo gordura a **preservar** daquela a **reduzir** com segurança, e identificando prolapo da glândula lacrimal para reposicioná-la (pexy), evitando ressecção inadvertida.

17.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Gordura é estrutura, não “sobra”:** o conceito de “esvaziar” para definir sulco é obsoleto. Ressecção agressiva (especialmente central) aumenta risco de deformidade em A-frame e esqueletização.
- **Plenitude lateral é frequentemente “outra coisa”:** volume superolateral persistente costuma ser glândula lacrimal prolapsada e/ou ROOF, e não gordura pré-aponeurótica “de bolsa”. Tentar esvaziar sem identificação positiva é erro anatômico.
- Músculo como volume e vascularização: ressecção rotineira de faixa de orbicular deve ser evitada em pálpebras finas ou sulcos profundos. Preservar músculo ajuda a manter plenitude e perfusão do retalho cutâneo.

17.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - dermatochalase com ou sem herniação de gordura;

- sensação de peso lateral por prolapo lacrimal/ROOF;
- assimetria de sulco palpebral (considerar ptose e assimetria óssea associadas).

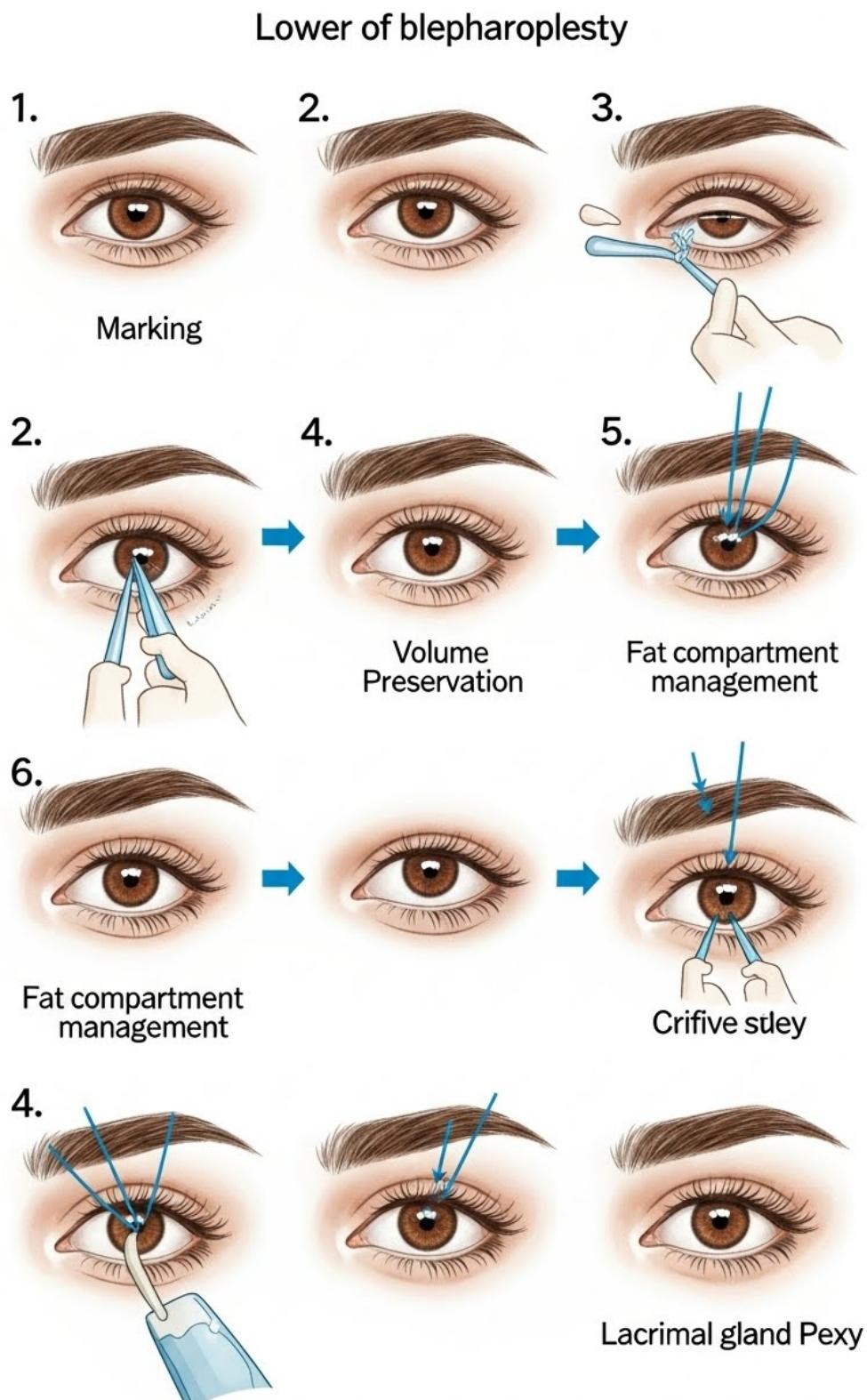


Figura 17.1: Figura 15.1 — Ilustração principal do capítulo

Cautela extrema quando: - olhos encovados (deep-set / deflation): ressecção de gordura tende a ser contraindicada; priorizar pele mínima (pinch-only) e preservação total de volume;

- **olho seco severo:** minimizar manipulação lacrimal e garantir fechamento passivo perfeito;
- blefarocalásia (síndrome): operar em fase quiescente e alinhar risco de recidiva de frouxidão.

PÉROLA CLÍNICA

17.3.1 Checklist Pré-op de Segurança

- Palpação superolateral:** massa firme/lobulada sugere glândula lacrimal prolapsada.
- Schirmer (se indicado):** documentar produção lacrimal basal.
- Fenômeno de Bell:** presente/ausente (segurança corneana).
- Padrão de volume: sulco profundo (preservar tudo) vs. plenitude nasal (pode reduzir com parcimônia).
- Assimetria: sulco, altura palpebral, sobrancelha (documentar).
- Lagoftalmo prévio: relato de dormir com olho entrebaberto.

17.4 Anatomia aplicada (o mapa da mina)

- **Compartimentos de gordura clinicamente relevantes:**
- **Nasal:** mais pálida/fibrosa; frequentemente protrui e pode ser reduzida **conservadamente**.
- Central: mais amarela/fluida; importante para plenitude jovem; evitar ressecção rotineira (reduzir apenas se herniação franca).
- Volume superolateral: com frequência corresponde a glândula lacrimal prolapsada e/ou ROOF, e não a uma “bolsa lateral” típica.
- Glândula lacrimal: compartimento lateral, aspecto rosado/acinzentado, firme e lobulado; diferente da gordura (amarela, macia).
- ROOF (Retro-Orbicularis Oculi Fat): gordura sob o orbicular e acima do septo; dá volume ao supercílio e pode descer com a idade.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 15):

Anatomia: Gordura pré-aponeurótica, glândula lacrimal, ROOF

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

17.5 Técnica (preservação e escultura)

17.5.1 Visão geral

1. **Incisão e excisão de pele:** conforme marcação (Cap. 11). Preservar músculo sempre que possível.
2. **Abertura do septo:** mínima e dirigida ao ponto de herniação. Evitar abrir de ponta a ponta sem necessidade.
3. **Gordura nasal:** identificar (mais pálida). Infiltrar na base, controlar pedículo, reduzir com parcimônia e hemostasia meticulosa.
4. Gordura central: regra é preservar. Se proeminente, preferir redução mínima e controlada; evitar “esvaziamento”.
5. Glândula lacrimal (se prolapsada): não ressecar. Realizar pexia com pontos (ex.: Nylon 5-0/6-0) fixando cápsula/tecido de suporte ao periósteo da fossa lacrimal superolateral.
6. Fechamento: sutura contínua ou pontos separados (Nylon/Prolene 6-0), com eversão suave das bordas.

17.5.2 Variações e indicações

- **Fixação do sulco (ancoragem):** em casos selecionados (pálpebra espessa / asiáticos / necessidade de sulco), ancorar derme/orbicular ao tarso/aponeurose conforme planejamento.
- **ROOF:** se houver espessamento lateral significativo, pode-se reduzir uma pequena faixa com cautela (evitar agressividade; respeitar planos e estruturas sensitivas).

PÉROLA CLÍNICA

17.5.3 Zona de Risco: Glândula Lacrimal (o “Erro Nota 7”)

Diferenciação prática

- Gordura: amarela, mole, “desmancha” na pinça.
- Glândula: rosa/cinza, firme, lobulada.

Regra de ouro: nunca ressecar tecido no compartimento superolateral sem **identificação positiva**. Na dúvida, preserve e/ou faça pexia.

17.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** ressecção excessiva do compartimento central (A-frame) **Consequência:** sulco profundo central, aspecto esqueletizado, “olhar operado” **Prevenção:** preservação do

volume central como padrão; reduzir apenas herniação franca e com parcimônia **Resgate**: preenchimento profundo (HA) e/ou lipoenxertia (micro/nanofat) em plano adequado

- Erro: confundir glândula lacrimal com gordura e lesá-la **Consequência**: massa dolorosa crônica lateral, cisto, fístula ou irritação persistente **Prevenção**: identificação visual + regra de preservação no compartimento lateral; evitar energia térmica próxima à glândula **Resgate**: avaliação especializada; tratamento do trajeto/cisto (excisão/marsupialização) conforme caso

17.7 Notas de “arte” (volume e luz)

A pálpebra jovem reflete luz de forma difusa. A pálpebra “operada demais” cria sombras duras no sulco orbitário superior. O objetivo é manter uma transição convexa suave até o supercílio, resistindo à tentação de remover “tudo o que protrui”.

17.8 Pós-operatório

- **Gelo**: compressas frias por 48h para reduzir edema.
- **Lubrificação**: colírio durante o dia e gel à noite; edema pode reduzir piscamento completo nos primeiros dias.
- **Retirada de pontos**: 5–7 dias.

17.9 Referências

- Compartimentos de gordura superior [[REF:ROHRICH-2008]]
 - Reposicionamento/pexy da glândula lacrimal [[REF:MCCORD-1995]]
 - Princípios de preservação de volume na blefaroplastia superior [[REF:FAGIEN-1999]]
-

Capítulo 18

Capítulo 16 — Ptose associada no superior: quando reconhecer e como integrar ao plano

Parte: Parte III — Terço Superior

18.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá diagnosticar a ptose palpebral oculta sob a dermatocalase e integrar sua correção ao ato da blefaroplastia, evitando o resultado frustrante de um “olho limpo, mas ainda cansado” e prevenindo assimetrias tardias pela Lei de Hering.

18.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- A falácia da “pálpebra pesada”: pacientes confundem excesso de pele com fraqueza do elevador. Remover pele em um olho ptótico pode **expor** a ptose e fazer o olho parecer menor no pós-op. O diagnóstico é por **medida (MRD1)** e exame, não por “sensação”.
- Lei de Hering (a gangorra): o comando neural tende a ser compartilhado entre ambos os elevadores. Corrigir o lado mais ptótico pode revelar queda do contralateral. Ignorar isso aumenta muito a chance de assimetria e retrabalho.
- O plano anatômico muda: blefaroplastia “simples” costuma parar em septo/gordura. Ptose via anterior exige identificar e trabalhar a aponeurose do elevador. A decisão de entrar nesse plano deve ser definida antes da incisão.

18.3 Indicações e contra-indicações

Indicar correção concomitante quando: - MRD1 < 3,5 mm **ou** assimetria > 1 mm entre os olhos;

Signs of Ptosis

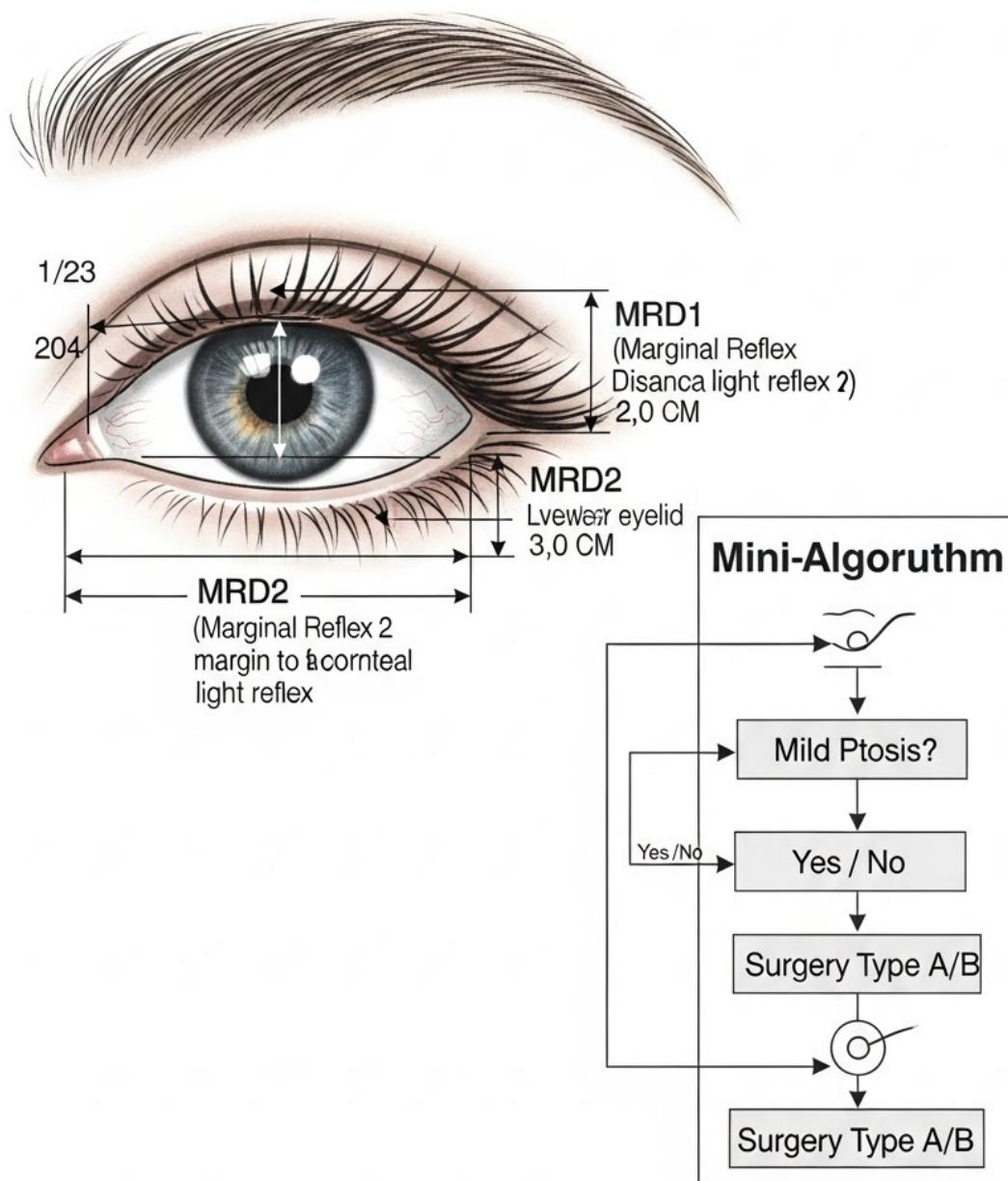


Figura 18.1: Figura 16.1 — Ilustração principal do capítulo

- sinais de deiscência aponeurótica (sulco alto, boa função do elevador com queda, “show” de gordura pré-aponeurótica);
- teste da fenilefrina positivo (candidato a via posterior/Müller em ptoses leves).

Evitar / adiar quando: - **pseudoptose:** dermatocalase mecânica, retração contralateral, hipotropia, enoftalmo (o alvo não é o elevador);

- **olho seco severo:** elevar a pálpebra pode piorar exposição; prioridade é segurança;
- miastenia gravis: ptose flutuante; cirurgia só após estabilização e critério rigoroso.

PÉROLA CLÍNICA

18.3.1 Checklist Pré-op de Diagnóstico

- MRD1 (Margem–Reflexo):** distância do reflexo corneano à margem ciliar superior (normal ~4–5 mm).
- Função do elevador:** excursão bloqueando o frontal. >12 mm excelente; <4 mm sugere ptose miogênica grave (considerar suspensão frontal).
- Lei de Hering:** elevar manualmente o lado mais ptótico e observar queda do contralateral.
- Teste da fenilefrina: se subir em 5–10 min, favorece via posterior (ptose leve, seleção criteriosa).
- Posição do sulco: sulco alto/profundo sugere desinserção aponeurótica.

18.4 Anatomia aplicada (o “sanduíche” do elevador)

- **Gordura pré-aponeurótica:** marco anatômico (“farol”). Ao expô-la e retraí-la, você aproxima o campo da aponeurose do elevador (branca/perolada). Se você não identificou a gordura pré-aponeurótica corretamente, provavelmente ainda não está no plano certo.
- **Ligamento de Whitnall:** condensação fascial superior ao elevador; funciona como fulcro. Em casos selecionados, ajuda como referência/estabilidade.
- **Músculo de Müller:** abaixo da aponeurose e aderido à conjuntiva; simpático-dependente. Manipulação costuma sangrar mais que a aponeurose e exige delicadeza.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 16):

Diagrama diagnóstico: MRD1, função do elevador, teste de fenilefrina

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

18.5 Técnica (integração na blefaroplastia)

18.5.1 Visão geral (via anterior — Levator Advancement)

1. **Exposição:** realizar blefaroplastia superior conforme plano (pele ± gordura) com preservação de volume.
2. **Identificação:** retrair a gordura pré-aponeurótica; visualizar a aponeurose do elevador.
3. **Avaliação do padrão:** desinserida/retraída vs. inserida porém frouxa.
4. Avanço/reinserção: fixar a aponeurose na face anterior do tarso com 1–3 pontos (ex.: Nylon/Prolene 6-0; conforme preferência).
5. Ajuste intraoperatório: sentar o paciente e checar altura/contorno; ajustar a tensão antes do fechamento cutâneo (sedação profunda atrapalha).

18.5.2 Variações e indicações

- **Via posterior (Müllerectomy/Conjunctivectomy):** ptoses leves (1–2 mm) com fenilefrina positiva; boa para contorno, mas não substitui correções mais potentes quando indicado.
- **Plicatura simples:** dobra aponeurótica sem grande descolamento; menos potente, pode ser útil em casos selecionados.

PÉROLA CLÍNICA

18.5.3 Erro Nota 7: “Peaking” (pico) no contorno

Se o ponto central estiver excessivamente tenso ou mal posicionado, a pálpebra assume formato triangular (^).

Regra prática: o pico fisiológico tende a ficar levemente nasal à pupila, e o contorno é arredondado com pontos medial e lateral complementares.

18.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** ajustar a correção com o paciente totalmente deitado e sem cooperação **Consequência:** hipo/hipercorreção e assimetria no pós-op imediato **Prevenção:** ajuste exige comando voluntário; manter sedação leve e sentar o paciente para conferência final **Resgate:** reabordagem precoce (primeiros dias/1ª semana) para reposicionar pontos quando indicado
- Erro: elevar demais em olhos com risco de exposição (olho seco/Bell fraco) **Consequência:** lagofalmo, ceratite de exposição, piora importante do conforto ocular **Prevenção:** meta conservadora (MRD1 funcional) e respeito a margem de segurança; planejar lubrificação intensiva **Resgate:** medidas mecânicas (massagem/“stretching” orientado), lubrificação agressiva; revisão cirúrgica se persistente e clinicamente relevante

18.7 Notas de “arte” (o olhar desperto)

A “arte” é a simetria do brilho: o reflexo corneano deve parecer equilibrado entre os olhos. Em geral, a pálpebra superior deve cobrir ~1–2 mm da íris superior. Cobertura maior sugere ptose; cobertura menor, risco de “olhar assustado” (retração).

18.8 Pós-operatório

- **Fechamento:** checar se o olho fecha durante o sono nas primeiras noites.
- **Lubrificação:** gel oftálmico noturno por 3–4 semanas (ou conforme necessidade).
- **Expectativa:** nos primeiros dias pode parecer “aberto demais” por edema e efeito simpático (Müller).

18.9 Referências

- Anatomia cirúrgica da aponeurose do elevador [[REF:MCCORD-1995]].
 - Fenômeno de Hering e planejamento cirúrgico [[REF:BODIAN-1982]].
 - Algoritmos: via anterior vs. via posterior [[REF:PUTTERMAN-1975]]. * * *
-

Capítulo 19

Capítulo 17 — Pálpebra inferior transconjuntival: preferências, septo e bolsas

Leitura guiada: este capítulo aborda preservar) com menor risco de retração palpebral (ectrópio/round eye) quando comparada à abordagem externa em fenótipos selecionados.

Parte: Parte IV — Inferior e Terço Médio

19.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor dominará a via de acesso interna que elimina a cicatriz cutânea e preserva a lamela média, aprendendo a modular as bolsas de gordura (remover vs. preservar) com menor risco de retração palpebral (ectrópio/round eye) quando comparada à abordagem externa em fenótipos selecionados.

19.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Preservação da lamela média:** a via transconjuntival evita violar pele + orbicular quando o problema é predominantemente gordura. Isso reduz a chance de cicatrização retrátil anterior e “pull-down” da pálpebra inferior.
- **Acesso direto ao alvo:** quando a queixa principal é bolsa (gordura) e não pele, atravessar pele e músculo para chegar às bolsas costuma ser dissecção “extra” sem ganho anatômico.
- **O mito da “pele sobrando”:** em muitos pacientes, a aparência de sobra é secundária à protrusão de gordura. Ao tratar o volume por dentro, parte da pele melhora por retração/redistribuição — mas isso depende de tônus (snap-back). A decisão correta separa pele real de pseudo-sobra por volume.

Transconjunctival Approach

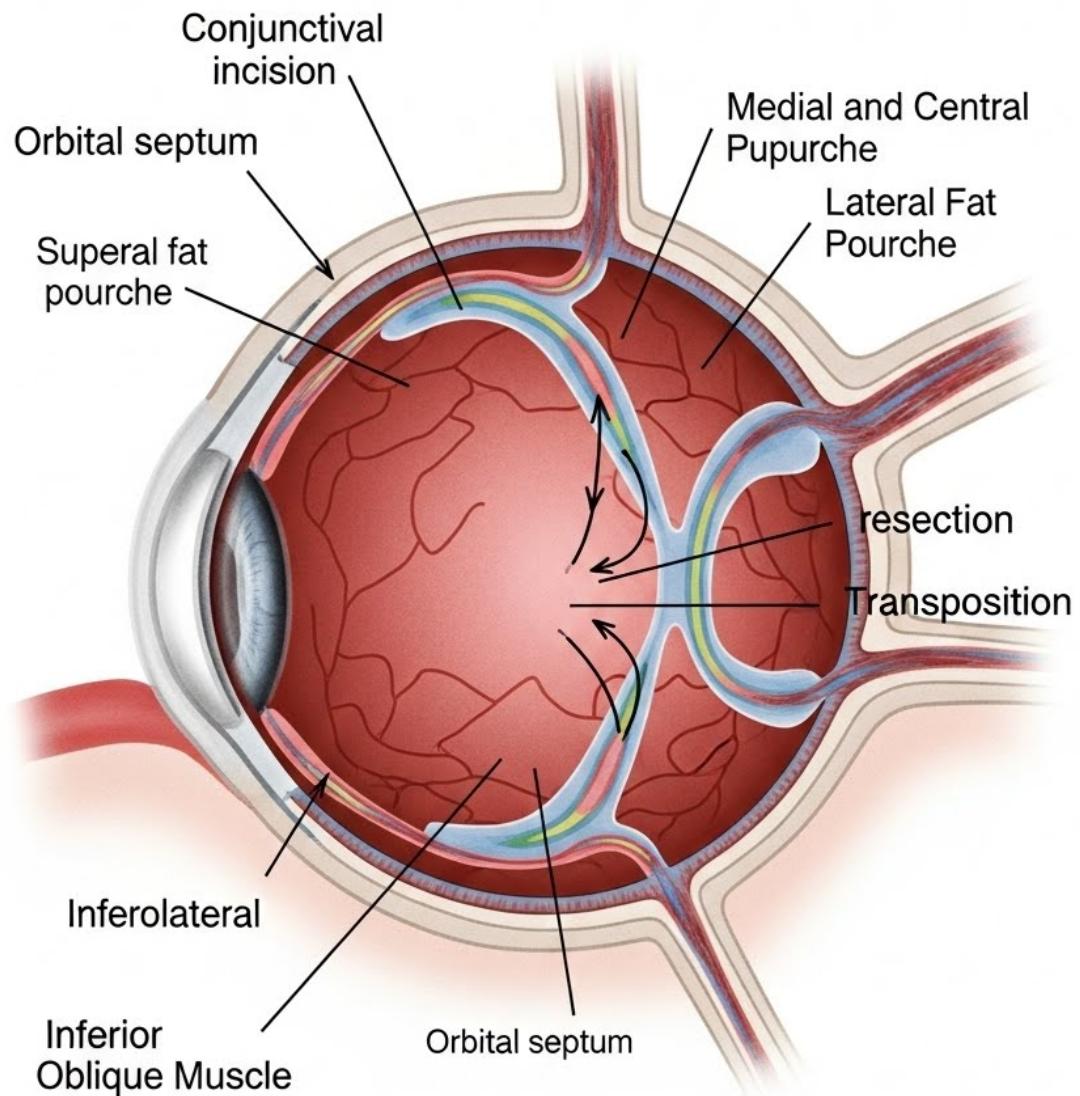


Figura 19.1: Figura 17.1 — Ilustração principal do capítulo

19.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - bolsas de gordura evidentes (herniação) com **bom tônus** (snap-back adequado);

- pacientes jovens ou meia-idade com pouca pele excedente;
- pele com maior risco de discromia/cicatriz visível em incisão subciliar (ex.: fenótipos com tendência a hiperpigmentação pós-inflamatória);
- intenção de associar **resurfacing** (laser/peeling) mantendo a pele íntegra e bem vascularizada.

Evitar / preferir estratégia combinada quando: - **excesso real de pele** (pinch significativo) ou flacidez senil com baixa retração;

- festoons/edema malar predominante (não é “bolsa de gordura” e pode exigir outro plano);
- componente muscular importante (orbicular roll/hipertrofia dinâmica) como causa principal;
- frouxidão horizontal relevante (distraction elevado / snap-back lento) sem plano de suporte (cantopexia/cantoplastia).

PÉROLA CLÍNICA

19.3.1 Checklist Pré-op (Segurança)

- Snap-back / Distraction:** define se transconjuntival será “pura” ou se precisa associar suporte/pinch/resurfacing.
- Dinâmica do volume:** aumenta ao sorrir? (orbicular) vs. estático? (gordura).
- Bolsas por compartimento:** medial / central / lateral (planejar cada uma, não “um bloco”).
- Motilidade ocular: documentar para não confundir diplopia prévia com complicações.
- Risco hemorrágico: anticoagulantes/antiagregantes e suplementos (protocolo de suspensão).

19.4 Anatomia aplicada (o campo minado)

- **Bolsas de gordura (3 compartimentos):**

1. **Medial:** mais pálida e fibrosa.
2. **Central:** amarela, mais fluida.
3. Lateral: menor/mais profunda e frequentemente subtratada.

- Divisor crítico: músculo oblíquo inferior (entre medial e central). Lesão → risco de diplopia.
- Plano conjuntiva-retratores: incisão geralmente alguns milímetros abaixo da borda inferior do tarso para reduzir sangramento e facilitar a exposição.
- Arcadas vasculares: atenção ao controle fino com bipolar; sangramento “chato” atrapalha a identificação do oblíquo e dos compartimentos.

□ FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 17):

Corte sagital: Acesso transconjuntival pré e pós-septal

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

19.5 Técnica (acesso e gestão)

19.5.1 Visão geral

1. **Exposição:** eversão adequada com Desmarres e/ou pontos de tração. Proteger córnea conforme preferência (shield).
2. **Incisão conjuntival:** conjuntiva + retratores (capsulopalpebral) em linha horizontal, tipicamente alguns mm abaixo do tarso.
3. **Escolha do plano (pré-septal vs. pós-septal):**
 - Pós-septal (direto na gordura): mais rápido, menos dissecção.
 - Pré-septal (“book view”): melhor leitura anatômica e facilita reposicionamento/transposição quando indicado.
4. Herniação controlada: pressão suave no globo para expor gordura por compartimento.
5. Manejo por compartimento: abrir cápsula, individualizar, tratar medial/central/lateral separadamente.
6. Ressecção conservadora (quando indicada): clamp/controle + secção + hemostasia antes de soltar. Evitar “deixar flush” no rebordo.
7. Fechamento: muitas vezes sem sutura; se necessário, 1 ponto absorvível frouxo para coaptação sem tensionar.

19.5.2 Variações e indicações

- **Transposição/Reposicionamento de gordura:** — preferir quando há sulco lacrimal/junção pálpebra-malar marcada (objetivo: continuidade).
- **Pinch cutâneo associado:** após transconjuntival, remover 1–2 mm de pele (skin-only) quando há excesso real mínimo, sem descolar orbicular.
- **Suporte canthal associado:** em tônus limítrofe, planejar cantopexia/cantoplastia conforme algoritmo (capítulos de exame físico/planejamento).

PÉROLA CLÍNICA

19.5.3 Zona de Risco: O Oblíquo Inferior

Onde: entre a bolsa medial e a central.

Erro clássico: confundir músculo com septos/fáscias e lesar/cauterizar.

Regra prática: antes de clampear a medial, procure o oblíquo ativamente. Estrutura vermelho-carnosa, com orientação característica. Na dúvida: pare, irrigue, reidentifique.

19.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** subtratar a bolsa lateral **Consequência:** “caroço” persistente no canto externo apesar do centro liso **Prevenção:** exploração ativa do compartimento lateral (pressão adequada + dissecção suficiente) **Resgate:** retoque focal sob anestesia local, com abordagem direcionada
- Erro: ressecção excessiva (olho cavo) **Consequência:** esqueletização/vales profundos, estigma de “olhar operado” **Prevenção:** conservadorismo; tratar por compartimento e evitar ressecar até “zerar” no rebordo **Resgate:** lipoenxertia (micro/nanofat) ou preenchimento profundo (seleção criteriosa)
- Erro: ignorar tônus ruim e não planejar suporte **Consequência:** round eye/ecrótio funcional ou estético **Prevenção:** usar snap-back/distraction como “semáforo” para cantopexia/cantoplastia e/ou associar pinch/resurfacing em vez de insistir em transconjuntival pura **Resgate:** suporte tardio (tarsal strip/pexia) e, em casos selecionados, enxertos espaçadores/pele

19.7 Notas de “arte” (continuidade)

O objetivo não é “retificar” a pálpebra inferior, mas manter uma convexidade suave e continuidade com o malar. A transconjuntival é uma via de *sculpting*: você controla volume sem criar uma cicatriz cutânea que “puxe” a margem inferior.

19.8 Pós-operatório

- **Quemose:** comum. Manejo com lubrificação intensa; considerar colírios conforme protocolo. A expectativa deve ser alinhada (pode durar semanas).
- **Conforto e proteção:** orientar sinais de alarme (dor intensa, proptose, queda visual) dentro do protocolo geral de segurança.
- **Massagem:** geralmente não é foco (ausência de cicatriz cutânea tensionada), mas conduta final depende do caso e do edema.

19.9 Referências

- Via transconjuntival clássica [[REF:GOLDBERG-1998]].

- Pré-septal vs. pós-septal [[REF:HMR-1995]].
 - Preservação/redistribuição de gordura e arcus marginalis [[REF:HMR-1995]]. * * *
-

Capítulo 20

Capítulo 18 — Transposição/redistribuição de gordura: sulco nasojugal e transição pálpebra-malar

Parte: Parte IV — Inferior e Terço Médio

20.1 Objetivo do capítulo

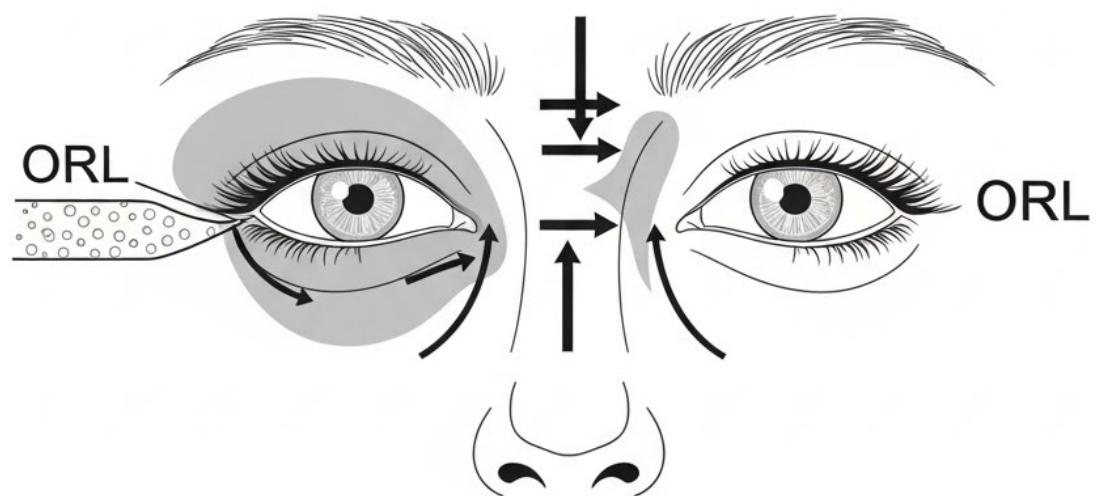
Ao final, o leitor dominará os princípios de **nivelar convexidade (bolsa)** e **preencher concavidade (sulco)** com abordagem de preservação, aprendendo a liberar as estruturas retentoras e reposicionar gordura para restaurar uma transição contínua na junção pálpebra–malar.

20.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Paradigma da preservação:** ressecar bolsa trata a convexidade, mas pode **acentuar** a concavidade do sulco. A decisão por reposicionar/redistribuir busca corrigir **monte + vale** com o próprio tecido disponível.
- A barreira retentora: falhas no tratamento do sulco costumam ser consequência de liberação insuficiente das estruturas retentoras na junção pálpebra–malar (ex.: ORL/TTL, dependendo da escola anatômica e da técnica). Sem mobilidade real, o reposicionamento fica instável ou irregular.
- Volume autólogo vs. camuflagem temporária: ao contrário de preenchedores, a gordura reposicionada é tecido autólogo; pode oferecer continuidade de relevo mais robusta. Isso não “apaga cor” por pigmento, mas pode reduzir a aparência de olheira estrutural ao suavizar sombra e, em alguns casos, atenuar a visualização vascular por aumento de espessura de cobertura.



Before



After

Figura 20.1: Figura 18.1 — Ilustração principal do capítulo

20.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - coexistirem **bolsas** e **sulco nasojugal profundo** (ex.: classes moderadas a avançadas em classificações usuais);

- houver risco de olho cavo/deflação (incluindo fenótipos com tendência a esqueletização), onde ressecção agressiva é indesejável;
- a junção pálpebra-malar estiver longa/abrupta (lid-cheek junction marcada), com objetivo de continuidade.

Evitar / adiar quando: - não houver gordura septal suficiente para reposicionar (planejar alternativa: micro/nanofat, outras manobras de suporte/terço médio);

- a queixa for predominantemente **pigmentar** (melanina) sem componente de sombra/relevo relevante;
- houver processo infeccioso ativo na região (ex.: celulite, sinusopatia relevante com repercussão local) — priorizar estabilidade clínica.

PÉROLA CLÍNICA

20.3.1 Checklist Pré-op (Avaliação de Volume e Viabilidade)

- Mapa do defeito:** medial (tear trough) vs. lateral (lid-cheek junction).
- Volume disponível:** gordura medial/central suficiente para cobertura do rebordo + sulco?
- Qualidade da pele:** muito fina aumenta risco de irregularidades visíveis considerar refinamento (ex.: nanofat/skin quality adjunct) conforme estratégia.
- Vetor e tônus:** vetor negativo e/ou tônus limítrofe exigem plano explícito de suporte (cantopexia/cantoplastia e/ou estratégia de terço médio) além do volume.
- Foto sem e com flash:** separar sombra (relevo) de pigmento (cor) e documentar expectativa realista.

20.4 Anatomia aplicada (o obstáculo e o alvo)

- **Tear Trough Ligament (TTL)** / estruturas retentoras mediais: aderem pele/tecidos ao rebordo medial e contribuem para o sulco e a sombra. O objetivo funcional é **mobilidade** suficiente para permitir acomodação suave do volume.
- **Orbicular Retaining Ligament (ORL):** contribui para a demarcação da junção pálpebra-malar (mais lateral) e para a “linha” da transição. Se permanecer íntegro e tenso, pode manter o degrau/sombra.

- **Arcus marginalis / rebordo orbitário:** marco anatômico. O reposicionamento efetivo geralmente visa “cruzar” essa transição de plano, suavizando a fronteira osso-tecido.
- Espaço pré-malar / pré-maxilar: compartimento de acomodação (conceito varia com técnica: sub-orbicular, pré/periostal, subperiostal). Atenção a estruturas vasculares medias e ao feixe infraorbitário.

□ FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 18):

Técnica: Fat repositioning para sulco nasojugal

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

20.5 Técnica (princípios de liberação, reposicionamento e estabilidade)

20.5.1 Visão geral

1. **Acesso:** preferencialmente transconjuntival quando o objetivo é preservar lamelas; transcutâneo quando há indicação cutânea/terço médio que justifique.
2. **Exposição e individualização:** identificar compartimentos (medial/central) e mobilizar gordura com respeito ao pedículo, evitando trauma por esmagamento.
3. **Criação do leito receptor:** realizar liberação adequada das estruturas retentoras conforme alvo (medial vs. lid-cheek), criando um plano/lóculo que permita acomodação sem compressão e sem tensão.
4. **Reposicionamento:** acomodar o volume para cobrir o rebordo e suavizar o sulco, buscando transição contínua (evitar “degrau inverso”).
5. **Estabilidade (fixação quando indicada):**
 - Fixação externa temporária (bolster): pode ser usada em algumas técnicas abertas, com controle de vetor e duração curta.
 - Fixação interna: suturas de estabilização em tecidos profundos/planos de suporte conforme técnica preferida, evitando transformar a gordura em “cabo de tração”.

20.5.2 Variações e indicações

- **Septal reset / variações clássicas (via aberta):** técnicas em que o septo/complexo é liberado e reposicionado para baixo, com maior dissecção.
- **Complemento com enxertia de gordura:** quando o volume pediculado é insuficiente para o defeito (ou quando há necessidade de refinamento fino), considerar micro/nanofat como complemento planejado.

PÉROLA CLÍNICA

20.5.3 Zona de Risco: Irregularidades, nódulos e necrose gordurosa

- **Mecanismo:** trauma mecânico (esmagamento), torção/estrangulamento do pedículo, leito receptor pequeno/compressivo ou hemostasia inadequada → pode gerar nódulos, irregularidade e endurecimento prolongado.
- **Prevenção:** manipulação mínima (“no-crush”), leito amplo, acomodação sem tensão, hemostasia limpa e planejamento de pele fina (possível necessidade de refinamento de superfície).
- **Conduta geral:** a maioria das irregularidades melhora com tempo; intervenções (massagem orientada, infiltração, retoque) dependem do caso e do protocolo do cirurgião.

20.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** liberação incompleta das estruturas retentoras (TTL/ORL) **Consequência:** volume não assenta, “efeito mola”, persistência do sulco ou abaulamento irregular **Prevenção:** testar mobilidade intraoperatória (o volume deve deslizar/assentar sem resistência elástica) e criar leito receptor suficiente **Resgate:** revisão para completar liberação em casos selecionados ou camuflagem com volume complementar (ex.: enxertia/preenchedor) quando apropriado
- Erro: transformar a gordura em tração (fixação sob tensão) **Consequência:** distorção, irregularidade e, em cenários desfavoráveis, contribuição para retração palpebral **Prevenção:** gordura deve **repousar** no leito; suporte palpebral/terço médio deve ser planejado separadamente quando necessário **Resgate:** medidas conservadoras iniciais; liberação/revisão quando persistente e sintomático
- Erro: subestimar pele muito fina e superfície “denunciadora” **Consequência:** contorno visível, ondulações e “edge” de transição **Prevenção:** planejamento de refinamento (ex.: nanofat/skin quality adjunct) e volume bem distribuído **Resgate:** correções de superfície em segundo tempo conforme evolução cicatricial

20.7 Notas de “arte” (a Curva em S)

O objetivo estético não é “apagar bolsas”, mas recriar uma superfície única e contínua da pálpebra inferior ao malar. O envelhecimento gera dupla convexidade separada por concavidade; o reposicionamento bem indicado busca reconstituir a leitura suave do contorno em 3/4 (continuidade da luz e redução de sombras duras).

20.8 Pós-operatório

- **Edema:** tende a ser mais prolongado do que ressecção simples, pela dissecção do leito receptor e estase local. Alinhar expectativa.

- **Endurecimento/irregularidade inicial:** pode ocorrer por semanas; conduta depende do protocolo (tempo de observação antes de qualquer intervenção).
- **Bolsters (se usados):** remoção tipicamente em poucos dias, conforme técnica.

20.9 Referências

- Preservação do arcus marginalis / conceitos clássicos de reposicionamento [[REF:HAMRA-1995]].
 - Transposição transconjuntival de gordura e variações técnicas [[REF:GOLDBERG-1998]].
 - Anatomia de TTL/ORL e implicações na junção pálpebra–malar [[REF:MENDELSON-2008]]. * * *
-

Capítulo 21

Capítulo 19 — Manejo de pele no inferior: skin pinch e refinamentos sem descolamento amplo

Parte: Parte IV — Inferior e Terço Médio

21.1 Objetivo do capítulo

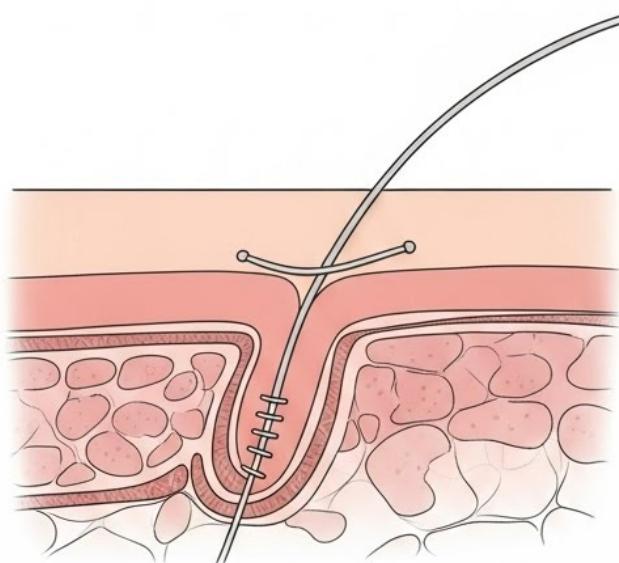
Ao final, o leitor dominará a técnica de **skin pinch** para ressecar **excesso cutâneo real** da pálpebra inferior **sem descolamento amplo** e, quando bem indicada, sem violar o orbicular, reduzindo o risco de retração palpebral associada a dissecções extensas e tensão excessiva.

21.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

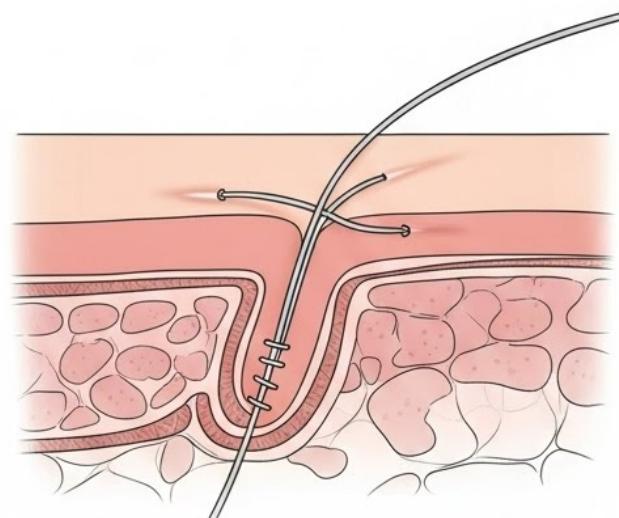
- **Pele ≠ sustentação:** tentar “corrigir frouxidão” removendo pele é erro conceitual. A pele é cobertura; o suporte é **tarso-cantal/ligamentar**. Se há frouxidão horizontal, ela é tratada com **suporte cantal**, não com tração cutânea.
- Preservação de planos e fisiologia: descolamentos amplos aumentam edema, equimose, risco de fibrose e podem comprometer a dinâmica do orbicular. O *pinch* busca tratar o vetor vertical de excesso cutâneo com mínima violação de planos.
- Vertical vs. horizontal: o *pinch* atua no excesso vertical de pele. Frouxidão horizontal (*snap-back* lento / *distraction* elevado) exige plano concomitante de suporte (*cantopexia/cantoplastia*) — nunca “compensar” cortando mais pele.

21.3 Indicações e contra-indicações

Indicar quando: - como complemento após abordagem transconjuntival, quando há pele creponada residual;



Skin Pinch Technique



Refined Technique
(without extensive undermining)

Figura 21.1: Figura 19.1 — Ilustração principal do capítulo

- em dermatochalase inferior leve a moderada, com **bom tônus** e sem indicação de reta-lho miocutâneo;
- quando há excesso cutâneo real que persiste mesmo sob máxima tensão vertical (teste boca aberta + olhar para cima).

Evitar / adiar quando: - **festoons/edema malar predominante:** remover pele não resolve a etiologia e aumenta risco de cicatriz alargada/retração;

- pele muito espessa/sebácea com alto risco de cicatriz visível e benefício estético limitado;
- retração prévia / *scleral show* já presente: remover pele pode piorar o quadro sem suporte/estratégia de terço médio.

PÉROLA CLÍNICA

21.3.1 Checklist Pré-op (Segurança do Pinch)

- Snap-back:** retorno imediato vs. lento (lento \square planejar suporte cantal).
- Teste em máxima tensão vertical:** paciente olhando para cima + boca aberta (ou manobra equivalente).
- Vetor:** vetor negativo \square conservadorismo adicional (sub-correção intencional é preferível).
- Expectativa:** explicar que o *pinch* atenua rugas de repouso, mas não “apaga” linhas dinâmicas.
- Foto macro:** documentar textura (pele fina tipo “papel” vs. espessa) e linhas pré-existentes.

21.4 Anatomia aplicada (o “plano zero”)

- **Interface pele–orbicular:** na pálpebra inferior há pouca gordura subcutânea; a pele é relativamente aderida ao orbicular. O *pinch* explora essa relação **sem descolar amplamente**.
- **Orbicular pré-tarsal:** componente crítico da dinâmica palpebral. O objetivo é não incorporar músculo no tecido ressecado. Se há fibras musculares evidentes no fuso removido, o plano foi profundo demais.
- Inervação/vascularização: ramos motores e perfurantes vasculares são mais relevantes em dissecções profundas e amplas; o *pinch* superficial tende a ser de menor agressão, desde que executado sem violação muscular.

\square FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 19):

Técnica: Skin pinch — demarcação e excisão

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

21.5 Técnica (passo a passo de precisão)

21.5.1 Visão geral

1. **Momento:** após a etapa transconjuntival (se houver) e com sedação apenas suficiente para cooperação (quando aplicável).
2. **Tensão vertical:** padronizar a manobra (olhar para cima + boca aberta) antes de definir ressecção.
3. **Pinçamento:** apreender somente pele a ~1–2 mm abaixo da linha ciliar (subciliar), mantendo a margem ciliar neutra.
4. Teste de segurança: se houver eversão/tração evidente da margem, reduzir a quantidade pinçada (sub-correção é preferível).
5. Excisão: ressecar rente à linha do pinçamento, com cuidado para manter o plano estriamente cutâneo.
6. Hemostasia: meticulosa e pontual (evitar energia excessiva).
7. Fechamento: bordas “boca a boca” sem tensão; sutura fina (ex.: 6-0) contínua ou pontos separados conforme preferência/tensão. Cola pode ser opção quando a tensão é virtualmente nula e a hemostasia é impecável.

21.5.2 Variações e indicações

- **Extensão lateral controlada:** pode seguir ruga natural para tratar excesso lateral estático, com vetor neutro a discretamente ascendente.
- **Pinch assimétrico:** geralmente mais ressecção lateral do que medial; no terço medial, conservadorismo para reduzir risco de cicatriz evidente/*webbing*.

21.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** ressecar baseado em repouso (sem teste em tensão vertical) **Consequência:** falta de pele funcional em mímica (olhar para cima/boca aberta), arredondamento do olho e risco de retração **Prevenção:** sempre definir quantidade com tensão máxima vertical antes de cortar **Resgate:** conduta conservadora inicial; em casos relevantes e persistentes, considerar estratégias reconstrutivas conforme gravidade (ex.: enxerto/retalhos), dentro do protocolo do cirurgião
- Erro: violar orbicular (pinch profundo) **Consequência:** sangramento desnecessário, maior edema/fibrose e possível comprometimento da dinâmica palpebral **Prevenção:** confirmar que o fuso é cutâneo (transiluminação/observação do plano; “se viu músculo, foi longe demais”) **Resgate:** hemostasia pontual e vigilância; evitar “corrigir” com mais ressecção

- Erro: estender incisão demais medialmente **Consequência:** cicatriz visível, *webbing* e irregularidade na região próxima ao aparato lacrimal **Prevenção:** respeitar limite medial e encerrar alguns milímetros lateral ao ponto lacrimal, conforme anatomia do caso **Resgate:** medidas de manejo cicatricial; revisões tardias selecionadas quando necessário

PÉROLA CLÍNICA

21.6.1 Zona de Risco: o “Canine Tooth” (queda lateral iatrogênica)

Evite curvar a incisão lateralmente para baixo (“dente de cachorro”). Isso cruza linhas de tensão e pode puxar o canto para inferior.

Regra de ouro: término lateral horizontal ou levemente ascendente, acompanhando pés de galinha / RSTL.

21.7 Notas de “arte” (textura e naturalidade)

O objetivo do *pinch* não é criar uma pálpebra “sem textura”. Em faces maduras, alguma microtextura e linhas finas são compatíveis com naturalidade. O melhor resultado costuma ser **seguro e coerente** com a pele da bochecha — e não uma superfície artificialmente lisa que denuncia intervenção.

21.8 Pós-operatório

- **Milium/cistos de inclusão:** podem ocorrer ao longo da linha de fechamento; manejo é ambulatorial conforme prática do serviço.
- **Equimose linear:** comum pela vascularização dérmica.
- **Retirada de pontos:** tipicamente 5–7 dias (se sutura), ou queda espontânea em ~10 dias (se cola), conforme técnica e evolução.

21.9 Referências

- Técnica de *skin pinch* e segurança em blefaroplastia inferior [[REF:PARK-2008]] Park / Fagien.
 - Inervação do orbicular e implicações das dissecções amplas [[REF:RAMIREZ-2000]] Ramirez.
 - Combinação transconjuntival + *pinch* em rejuvenescimento inferior [[REF:HIDALGO-2011]] Hidalgo. * * *
-

Capítulo 22

Capítulo 20 — Festoon / edema malar: fisiopatologia e opções (orbicular, espaço pré-malar, resurfacing, excisão)

Parte: Parte IV — Inferior e Terço Médio

22.1 Objetivo do capítulo

Ao final, o leitor saberá diferenciar **bolsa palpebral (gordura orbitária)** de **malar mound / festoon (edema + frouxidão cutâneo-muscular sobre o malar)**, entendendo por que a blefaroplastia “padrão” frequentemente **não trata** (e, em predispostos, pode piorar) o festoon, exigindo estratégia específica (multimodal e, às vezes, em estágios).

22.2 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Erro topográfico:** bolsa palpebral é um problema **orbitário** (acima do rebordo). Festoon/malar mound é um problema **pré-zigomático** (abaixo do rebordo), na unidade malar. Tratar “em cima” não corrige o que está “embaixo”.
- Natureza do tecido: bolsa é volume relativamente sólido (gordura). Festoon é, em geral, mistura variável de pele redundante + frouxidão do orbicular/lamela anterior + estase linfática/fluido. “Cortar pele” não resolve um espaço que continua acumulando fluido.
- Risco de agravamento por dissecção: descolamentos amplos subciliares e manipulação extensiva podem aumentar edema e fibrose, e em pacientes com tendência a edema malar podem prolongar ou intensificar a tumefação. A decisão deve ser conservadora e orientada por fenótipo, não por hábito.

Orastomcal Infographic

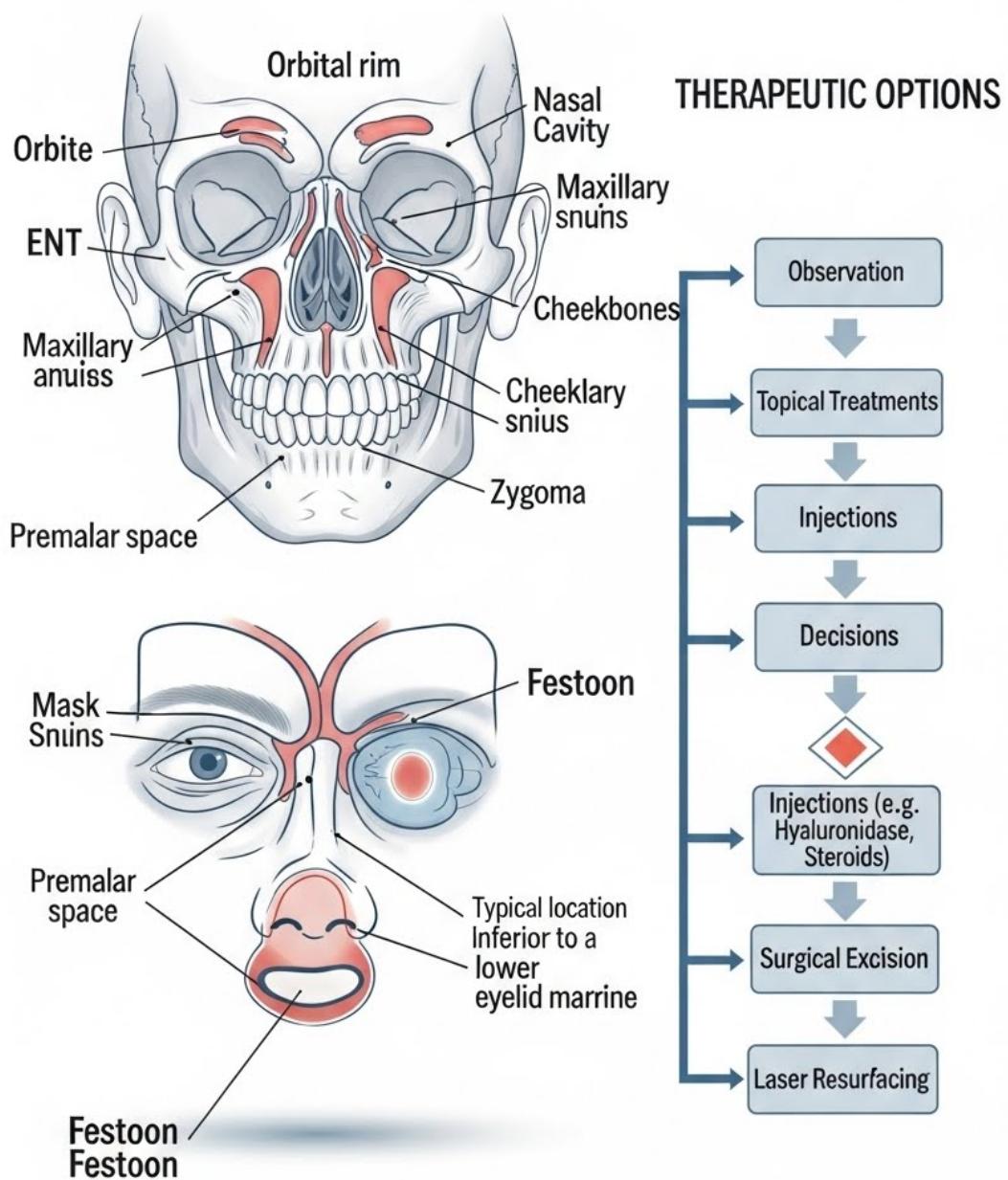


Figura 22.1: Figura 20.1 — Ilustração principal do capítulo

22.3 Indicações e contra-indicações

Indicar abordagem específica quando: - há “dupla convexidade” (bolsa palpebral + abaulamento malar abaixo do rebordo);

- o volume é **flutuante** (piora pela manhã, com sal/álcool, alergias, rinossinusite, etc.) sugerindo componente de fluido;
- histórico de preenchedores (especialmente HA) ou procedimentos prévios na região malar, com edema persistente.

Evitar blefaroplastia padrão isolada quando: - o festoon/malar mound é a queixa principal;

- o paciente exige “pele lisa” e resultado imediato (tratamento é frequentemente gradual e combinado).

PÉROLA CLÍNICA

22.3.1 Checklist de Diagnóstico Diferencial (bolsa vs. malar mound vs. festoon)

- Localização:** acima do rebordo (bolsa orbitária) vs. sobre/abaixo do rebordo zigomático (malar mound/festoon).
- Consistência:** lobulada/“gordurosa” vs. esponjosa/flutuante.
- Variação diurna:** estável (mais típico de gordura) vs. variável (mais típico de edema).
- Teste dinâmico (squinch/sorriso):** aumenta com contração do orbicular componente muscular/lamelar; não muda e “balança” maior componente de fluido/pele.
- Histórico de HA:** edema tardio iatrogênico é comum e muda completamente o plano (primeiro desfazer o iatrogênico).

22.4 Anatomia aplicada (por que acumula ali?)

- **ORL e ligamentos zigomático-cutâneos:** funcionam como pontos de **retenção**. A área imediatamente abaixo pode se comportar como “bolso” onde fluido/tecido se acumula.
- **Espaço pré-zigomático / pré-malar:** plano potencial associado ao orbicular e tecidos malares; quando há frouxidão/estase, ele vira reservatório clínico.
- “Malar septum” (conceito): descrições anatômicas sugerem barreiras/fixações que compartmentalizam o edema no malar. Na prática, pense em compartimentos + retenções que favorecem “poças” localizadas.

22.5 Técnica (menu de opções — escolha por fenótipo)

Princípio: tratar o componente predominante (**pele / músculo / fluido / estrutura**) e aceitar que casos moderados a severos tendem a exigir **combinação**.

22.5.1 Fenótipo A — Predomínio de fluido/edema (malar mound “puffy”)

- **Primeiro:** corrigir causas iatrogênicas e inflamatórias (ex.: HA prévio □ considerar hialuronidase antes de qualquer cirurgia; rinossinusite/alergias □ otimizar).
- **Opções adjuvantes:** protocolos não excisionais (resurfacing selecionado, energia fracionada, medidas de pele) com expectativa realista.

22.5.2 Fenótipo B — Predomínio cutâneo-muscular (festoon verdadeiro, “drapé”)

- **Excisão direta selecionada:** maior previsibilidade em casos severos com pele redundante clara e paciente que aceita cicatriz.
- **Reposicionamento/suspensão do orbicular / midface:** quando há ptose estrutural associada (corrigir fundação, não só a cobertura).

22.5.3 Fenótipo C — Mistos (mais comum)

- Combinação por etapas: tratar **bolsa orbitária** (se houver) de forma conservadora + abordar **malar/festoon** com técnica específica (não “puxar bochecha pela pálpebra”).

22.6 Opções clássicas (com indicações)

1. Excisão direta (variações supramalares)

- **Indicação:** festoons grandes com redundância de pele bem definida, especialmente em pacientes com rugas/textura que camuflam.
- **Trade-off:** cicatriz (qualidade variável); exige técnica de fechamento meticolosa e boa seleção.

2. Resurfacing (laser/peeling)

- Indicação: casos leves a moderados com componente cutâneo/textural relevante.
- **Limite:** não “seca” um reservatório linfático sozinho; melhora textura e contrai pele, mas não resolve todo fenótipo.

3. Escleroterapia intralesional (ex.: tetraciclina/doxiciclina — uso não padronizado)

- Indicação: casos selecionados com forte componente de espaço/fluido e falha de medidas conservadoras.
- **Cautelas:** dor, inflamação prolongada, risco de irregularidade/fibrose imprevisível; exige consentimento robusto e experiência.

4. Midface lift / suspensão malar

- Indicação: quando há ptose do terço médio e a “bolsa” é parte do colapso estrutural.
- **Ponto:** trata a causa mecânica do “drape” em muitos mistos.

Nota clínica: “micro-lipoaspiração” superficial na região malar é uma zona de risco para irregularidades; se considerada, deve ser extremamente criteriosa e dentro de protocolo do cirurgião.

22.7 Erros comuns (e como resgatar)

- **Erro:** tentar “esticar festoon” pelo acesso subciliar
- **Consequência:** aumento do vetor vertical de tensão → risco de retração palpebral / ectrópio cicatricial
- **Prevenção:** não usar a pálpebra como alavanca para levantar bochecha; tratar o malar com técnica própria
- Resgate: liberar tensão vertical e reconstruir suporte conforme gravidade (pode exigir enxertos/elevação de terço médio)
- Erro: ignorar HA antigo/procedimentos prévios
- **Consequência:** edema persistente “inexplicável” no pós-op
- **Prevenção:** anamnese ativa + considerar manejo do iatrogênico antes de operar
- **Resgate:** protocolos seriados de reversão quando aplicável + replanejamento (não “re-operar no escuro”)

22.8 Notas de “arte” (camuflagem inteligente)

Quando o paciente recusa cicatriz direta e o fenótipo não é totalmente responsivo a resurfacing, a “arte” pode ser **regularizar a transição** (lid-cheek junction) e reduzir contraste de sombra, às vezes com **enxerto de gordura** bem indicado. Isso é **camuflagem**, não cura: troca-se alguma definição por continuidade.

22.9 Pós-operatório

- **Edema prolongado:** comum; preparar expectativa (semanas a meses dependendo da agressão e do fenótipo).
- **Eritema (resurfacing):** pode persistir por semanas.
- **Drenagem/massagem:** pode ser útil quando indicada e no timing correto, mas não é universal; seguir protocolo do serviço.

22.10 Referências

- Fisiopatologia e compartimentalização do edema malar / malar mounds [[REF:PESSA-2008]] Pessa.

- Discussões e séries sobre manejo de festoons (opções excisionais e combinadas) [[REF:PERRY-2013]] Perry.
 - Excisão direta de festoons e seleção de casos [[REF:KPODZO-2014]] Kpodzo. * * *
-

Capítulo 23

Capítulo 21 — Sustentação: quando cantopexia resolve e quando não resolve

Parte: Parte V — Canto Lateral e Sustentação

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor saberá **estratificar a frouxidão cantal** (leve / moderada / severa) e escolher entre **reforço (cantopexia)** vs reconstrução (cantoplastia / tarsal strip), reduzindo recidiva de ectrópio e evitando distorção do canto lateral.

23.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- A falácia da “sutura salvadora”: Cantopexia funciona quando existe **tecido nativo competente** (tarso + tendão/cápsula cantal com resistência). Em tendões alongados/degenerados, “apertar” sem encurtar/reconstruir é, na prática, **manutenção temporária** — pode ceder com edema, cicatrização e tração vertical do pós-op.
- A fixação errada cria o problema que você queria evitar: O erro técnico clássico é ancorar “na frente” do rebordo orbitário lateral. Isso cria gapping (afastamento pálpebra–globo), piora lagoftalmo/epífora e pode gerar *round eye*. A sustentação funcional exige um vetor póstero-superior, com ancoragem no periósteo firme do aspecto interno do rebordo (região do tubérculo orbital lateral).
- Estética vs. segurança é um falso dilema (quando você escolhe certo):
 - Cantopexia bem indicada preserva o “V” cantal e melhora inclinação.
 - Cantoplastia bem executada não precisa arredondar o canto; o *rounding* é consequência de indicação errada, tensão cutânea ou reconstrução com geometria ruim.

A decisão real é: grau de frouxidão + risco de tração vertical (pele, midface, vetor negativo) + superfície ocular.

Effective Canthopexy

Criterias

- Mild to moderate canthal laxity
- Intact lateral canthal tendon
- No significant skin redundancy
- Good intirenic lower eyelid tone

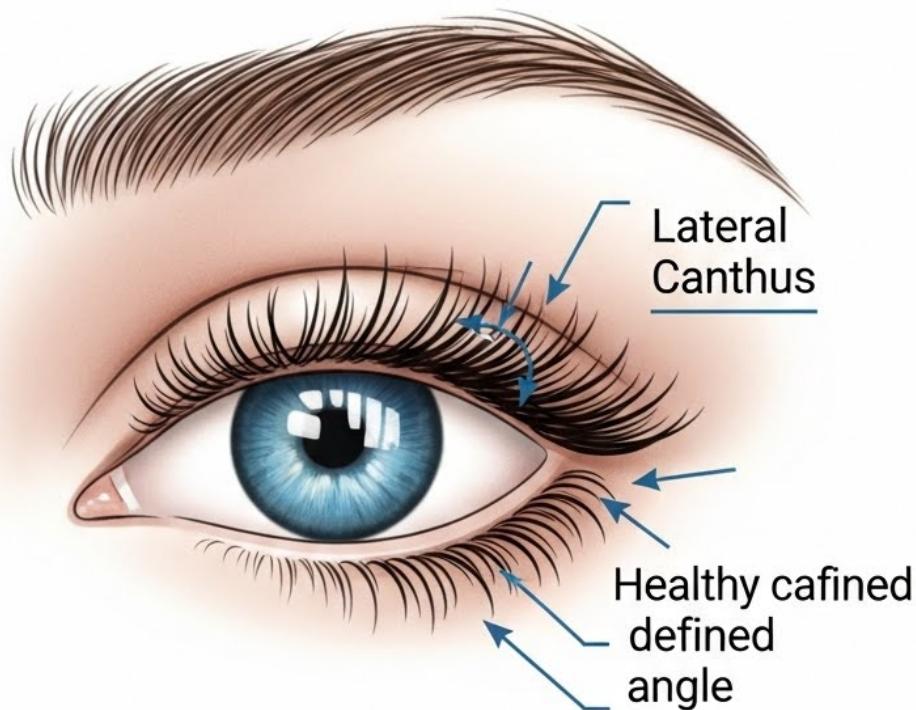


Figura 23.1: Figura 21.1 — Ilustração principal do capítulo

23.2 Indicações e contra-indicações

Indicar Cantopexia (Reforço): * Profilaxia em blefaroplastia inferior (transconjuntival ou transcutânea) quando há **laxidão leve**.

- *Distraction test < 6 mm* e *snap-back* imediato ou discretamente retardado, sem “flutuação”.
- Ausência de ectrópio/retração prévia.
- Boa saúde de superfície ocular (sem olho seco importante / sem exposição).

Indicar Cantoplastia / Lateral Tarsal Strip (Reconstrução): * *Distraction test ≥ 6–8 mm, snap-back lento/ausente* (precisa piscar para voltar) ou margem que “boia”.

- Ectrópio/retração prévia, *round eye*, cirurgia prévia falha.
- Vetor negativo + midface ptótico (alta demanda de suporte): o sistema precisa ser estrutural, não só “amarrado”.
- Sintomas funcionais: epífora por malaposição, exposição, sensação de areia (após excluir causas de olho seco).

Regra de ouro: quando a cirurgia no inferior vai gerar **tração vertical** (pinch, retalho cutâneo, cicatriz, midface pesado), a barra de indicação sobe: você tende a precisar de **reconstrução**, não “reforço”.

PÉROLA CLÍNICA

23.2.1 Checklist de Decisão (3 testes + 1 olhar clínico)

- Distraction test:** > 6 mm sugere frouxidão relevante.
- Snap-back:** retorno sem piscar (ok) vs retorno com piscar/atraso (alto risco).
- Simulação com pinça:** elevar o canto lateral com vetor póstero-superior:
 - se a margem “assenta” no globo e o V preserva pexia pode bastar (se testes leves);
 - se a margem continua “solta”/arredonda precisa strip.
- Inclinação cantal: canto lateral deve ficar ~1–2 mm acima do medial (na maioria dos fenótipos). Canto “triste” exige reposição superior (não apenas encurtar).

23.3 Anatomia aplicada (onde ancorar de verdade)

- **Complexo cantal lateral:** não é só “um tendão”; é um conjunto (tarso, cápsula, ramos cantais) que envelhece e perde rigidez.

- **Tubérculo orbital lateral (Whitnall):** referência óssea de periósteo firme na parede lateral, na região da sutura frontozigomática. O objetivo é **ancorar no aspecto interno do rebordo**, evitando fixação anterior que “descola” a pálpebra do globo.
- Tarso inferior: é a “alça” estrutural. Se você puxa pele/orbicular superficial, você deforma; se você puxa tarso, você sustenta.
- Lockwood / retratores inferiores: contribuem para posição, mas a sustentação anti-ectrópio é dominada pelo tarso ancorado ao osso.

23.4 Técnica (Lógica de Execução)

23.4.1 1) Cantopexia (reforço / reposicionamento)

Objetivo: reforçar e/ou reposicionar o canto sem “desmontar” o canto.

- **Acesso:** pela própria incisão lateral (blefaroplastia) ou mini-incisão.
- **Ponto de compra:** tarso lateral (porção firme) / cápsula cantal profunda — não pele.
- Ancoragem: periósteo firme do aspecto interno do rebordo lateral (vetor póstero-superior).
- Fio: não absorvível (Prolene/Nylon) ou PDS de longa duração, conforme preferência.
- Check intraoperatório: boa aposição globo-margem + preservação do V + inclinação leve positiva.

Falha típica: usar pexia para “resolver” frouxidão severa → o tecido cede, a sutura “corta” cápsula, ou a pálpebra volta a descolar.

23.4.2 2) Cantoplastia (Lateral Tarsal Strip) — Objetivo: encurtar e reconstruir o “cinto” tarsal, criando um novo ponto de fixação estrutural.

- **Passos-chave (macro):** cantotomia lateral + cantólise inferior → criação do strip tarsal (desepitelização) → ancoragem profunda (póstero-superior) → reconstrução do ângulo cutâneo preservando geometria.
- Check intraoperatório: o canto deve ficar **agudo**, com boa aposição ao globo e sem tensão cutânea vertical.

23.4.3 Onde a técnica falha

- Pexia em tendão degenerado (erro de indicação).
- Fixação anterior (erro de vetor).
- Puxar pele para “fazer canto” (erro de plano).
- Hipercorreção (canto alto demais) → deformidade estética e desconforto.

23.5 Erros comuns (e como resgatar)

- **Fixação muito anterior**
- *Consequência:* gapping, epífora, lagoftalmo, olho “seco” por exposição.
- *Prevenção:* ancoragem no aspecto **interno** do rebordo, vetor póstero-superior.
- *Resgate:* reabordagem para reposicionar a sutura (quanto mais cedo, melhor, antes de fibrosar).
- **“Round eye” por tensão errada**
- *Consequência:* canto arredonda, esclera aparece lateral/inferior.
- *Prevenção:* tracionar tarso, não pele; reconstruir ângulo com geometria correta; controlar vetor vertical.
- *Resgate:* cantoplastia formal + liberação de cicatriz/retalhos conforme necessidade.
- **Subcorreção em frouxidão severa**
- *Consequência:* recidiva de ectrópio/retração em semanas/meses.
- *Prevenção:* reconhecer indicação de strip (distraction alto + snap-back ruim).
- *Resgate:* tarsal strip secundário (muitas vezes o tratamento definitivo).

23.6 Notas de “arte” (ângulo de beleza e “naturalidade”)

A meta estética não é “olho puxado”; é **inclinação discreta e apoio firme**.

- Canto lateral ~1–2 mm acima do medial costuma parecer mais desperto.
- Canto alto demais cria sinal cirúrgico (“Spock”).
- Canto horizontal em face envelhecida pode parecer cansado.

A arte está em **poucos milímetros** com vetor correto.

23.7 Pós-operatório

- Sensação de aperto e assimetria inicial são comuns por edema; orientar hiper correção leve como normal nas primeiras 1–2 semanas.
- Lubrificação (colírio/gel) quando houver exposição transitória.
- Quemose pode ocorrer; manejo conservador + proteção de superfície ocular.

23.8 Referências

- Distinção biomecânica entre pexia e plastia; algoritmos de indicação [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien.

- Vetores de fixação cantal e anatomia do rebordo lateral [[REF:JELKS-1993]] Jelks.
 - Complicações por indicação incorreta e ancoragem anterior [[REF:MCCORD-1995]] McCord. * * *
-

Capítulo 24

Capítulo 22 — Cantopexia vs. Cantoplastia: indicações por vetor e flacidez

Parte: Parte V — Canto Lateral e Sustentação

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor saberá abandonar a “cantopexia para todos”, usando critérios objetivos (frouxidão, *snap-back*, posição cantal e vetor orbital) para indicar reforço (pexia) quando há tecido competente — e reconstrução formal (cantoplastia / Lateral Tarsal Strip) quando a pexia tende à recidiva.

24.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- A biomecânica da falha (o “elástico velho”): A cantopexia apenas re-tensiona o sistema nativo. Se o complexo cantal está alongado/degenerado (idoso, pós-cirurgia, ectrópio prévio), a pexia pode oferecer melhora inicial, mas é mais suscetível a ceder sob edema, cicatrização e tração vertical do pós-operatório. A cantoplastia remove/encurta o componente “doente” e recria uma ancoragem estrutural.
- O imperativo do vetor negativo: No vetor negativo (globo relativamente anterior ao malar), a pálpebra inferior opera “contra a gravidade” e contra a falta de prateleira óssea. Aqui, o sistema exige um vetor de fixação póstero-superior e, com frequência, uma solução mais estrutural (Strip) — especialmente se houver frouxidão relevante.
- Distorção nasce de indicação errada + plano errado: Tentar resolver grande flacidez com pexia leva a plicaturas excessivas e pode gerar fish-mouthing, enterramento do canto ou *rounding*. A cantoplastia permite ajustar tensão e geometria do “V” com mais controle, desde que a reconstrução do ângulo seja meticulosa.

24.2 Indicações e contra-indicações

Indicar Cantopexia (Reforço): * Vetor positivo/neutro + suporte malar aceitável.

DECISION DIAGRAM

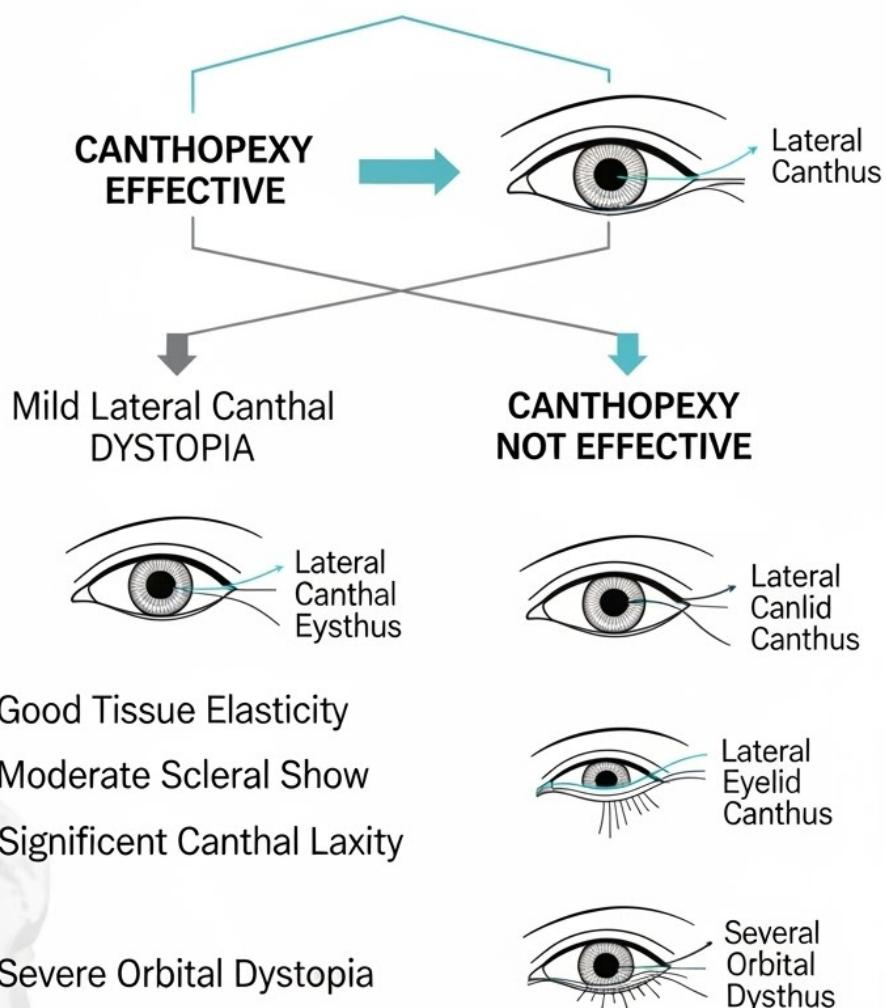


Figura 24.1: Figura 22.1 — Ilustração principal do capítulo

- Frouxidão **leve**: *Distraction test* < 6 mm e *snap-back* bom (retorna sem “flutuar”).
- Profilaxia em blefaroplastia inferior quando haverá tração cicatricial (ex.: subciliar), desde que o tendão não seja francamente incompetente.
- Paciente sem ectrópio/retração prévia significativa.

Indicar Cantoplastia (Lateral Tarsal Strip): * **Vetor negativo** + qualquer frouxidão moderada/severa (risco alto).

- Frouxidão **moderada/severa**: *Distraction* \geq 6–8 mm ou *snap-back* lento/ausente.
- Ectrópio, retração, “olho redondo” (sequela), falha de pexia prévia.
- Canto lateral baixo/distópico (exige liberação + reposicionamento controlado).

Cautela (não é “não fazer”, é planejar): * Olho seco relevante / exposição (o “aperto” pode piorar sintomas) □ ajustar objetivo funcional, lubrificação agressiva e evitar hipercorreção.

- Tarso muito flácido (*floppy eyelid*) □ pode exigir reforços adicionais (técnicas complementares, enxertos/espaciadores em casos selecionados).

PÉROLA CLÍNICA

24.2.1 Checklist de Decisão: Paxy vs. Strip (objetivo e rápido)

- Distraction Test:** < 6 mm (Paxy provável) vs. \geq 6–8 mm (Strip provável).
- Snap-back:** imediato (Paxy) vs. lento/incompleto (Strip).
- Vetor orbital:** positivo/neutro (Paxy aceitável) vs. negativo (limiar mais baixo para Strip).
- Posição do canto: normal vs. baixo/distópico (Strip com reposicionamento).
- Histórico: ectrópio/retração/pexia falha = Strip quase sempre.
- Superfície ocular: olho seco/exposição □ evitar hipercorreção; meta funcional primeiro.

24.3 Anatomia aplicada (o “corte estratégico”)

- **Crus do tendão cantal lateral:** o LCT bifurca-se em crus superior e inferior. A cantoplastia clássica utiliza cantólise inferior (secção seletiva do crus inferior) para liberar a pálpebra inferior e permitir encurtamento/realignamento.
- **Linha cinzenta:** guia anatômico para separar lamela anterior (pele/orbicular) e posterior (tarso/conjuntiva) com precisão e menor distorção.
- **Periósteo do aspecto interno do rebordo lateral:** ancoragem profunda (póstero-superior) mantém a pálpebra apostila ao globo. Fixação muito anterior favorece gapping e epífora.

24.4 Técnica: Lateral Tarsal Strip (padrão ouro)

24.4.1 Visão geral

1. **Cantotomia lateral:** incisão horizontal controlada ($\approx 8\text{--}12$ mm conforme necessidade) para expor o canto e permitir manobra sem tensão.
2. **Cantólise inferior (passo crítico):** identificar a “corda” do crus inferior e seccioná-la até que a pálpebra inferior esteja **livre e móvel** (se não mobiliza, a técnica falha por definição).
3. Preparo do Strip:
 - Separar lamela anterior da posterior nos milímetros laterais.
 - Desepitelizar (raspar) a margem e remover conjuntiva do segmento tarsal — se sobrar epitélio, aumenta risco de cisto de inclusão.
4. Encurtamento medido: tracionar o strip no vetor póstero-superior e definir quanto tarso deve ser ressecado para obter tensão firme sem deformar.
5. Fixação profunda: sutura do strip ao periósteo profundo/interno do rebordo lateral, no vetor póstero-superior, buscando:
 - boa aposição ao globo,
 - canto agudo preservado,
 - inclinação final geralmente 1–2 mm acima do canto medial (respeitando fenótipo).
6. Reconstrução do ângulo (“V”): reaproximação precisa da linha cinzenta e alinhamento cutâneo para evitar *webbing* e arredondamento.
7. Check intraoperatório: olhar primário + fechamento suave; confirmar que não houve gapping e que a tensão não “puxa” a pele verticalmente.

24.4.2 Variações

- **Cantopexia (Olivari / Fagien):** útil como reforço quando frouxidão é leve e o tecido é competente. Em laxidade maior, aumenta risco de *buckling* e recidiva.

24.5 Erros comuns (e como resgatar)

- **Cantólise incompleta**
- *Consequência:* você fixa sob tensão, o ponto rasga ou o canto deforma.
- *Prevenção:* só avance para fixação quando a pálpebra estiver claramente “solta”.
- *Resgate:* reabrir e completar a liberação (quanto antes, melhor).
- **Webbing (membrana) no canto**
- *Consequência:* teia cicatricial cobrindo o ângulo.
- *Prevenção:* alinhamento cinza-cinza preciso e evitar avanço indevido de pele inferior sobre superior.

- *Resgate:* Z-plastia tardia / revisão de canto.
- **Fixação anterior (gapping)**
- *Consequência:* afastamento pálpebra–globo, epífora, exposição.
- *Prevenção:* ancoragem no aspecto interno do rebordo + vetor póstero-superior.
- *Resgate:* reoperação para reposicionamento profundo da sutura.
- **Hiper correção estética**
- *Consequência:* “olho de gato” artificial, desconforto.
- *Prevenção:* respeitar o fenótipo; meta é inclinação discreta, não “tension lift”.
- *Resgate:* afrouxar/revisar fixação (idealmente precoce).

24.6 Notas de “arte” (geometria do olhar)

Cantoplastia muda o olho **se você deixar**. O objetivo é preservar amendoado e naturalidade:

- Fixar baixo ☐ “olho triste” / rounding.
- Fixar alto demais ☐ sinal cirúrgico (“Spock/cat eye”).
- **Alvo funcional-estético:** canto lateral firme, agudo, com inclinação discreta compatível com o paciente.

24.7 Pós-operatório

- Assimetria inicial por edema é esperada; explicar janela realista (semanas).
- Pontos cutâneos: remoção em ~7 dias (conforme sua rotina).
- Lubrificação e vigilância de exposição/quemose quando houve manipulação cantal significativa.

24.8 Referências

- Técnica clássica do Lateral Tarsal Strip [[REF:ANDERSON-1979]] Anderson & Gordy.
 - Vetor orbital e seleção de técnica [[REF:JELKS-1993]] Jelks.
 - Cantopexias (simples vs. complexas) e critérios de indicação [[REF:FAGIEN-1999]] Fagien. * * *
-

Capítulo 25

Capítulo 23 — Técnicas de canto lateral: Mladick, Tarsal Strip e McCord (e variações)

Parte: Parte V — Canto Lateral e Sustentação

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor saberá navegar o “degrau de complexidade” das fixações laterais, escolhendo **suspensão de lamela anterior (Mladick)**, **reconstrução de lamela posterior (Tarsal Strip/Anderson)** ou fixações robustas de revisão (McCord e variações, incluindo ancoragem óssea e *spacers*) conforme frouxidão, vetor orbital e risco de retração/recidiva.

25.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Hierarquia do problema (lamela anterior vs. posterior):**
- Mladick atua primariamente na **lamela anterior** (músculo/pele) e é útil como *suporte* / profilaxia.
- Tarsal Strip atua na lamela posterior (tarso/tendão), corrigindo frouxidão real e ectrópio/retração por falha estrutural.
- McCord e revisões entram quando há retração significativa, periósteo “cansado” por cirurgias prévias, necessidade de vetor forte e, frequentemente, alongamento vertical com *spacer*.
- **Integridade do ângulo cantal:**
- Técnicas de “pexy” preservam mais o “V” nativo.
- Técnicas de “plasty” (Strip e reconstruções) **desmontam e reconstroem** o canto. Isso é uma ferramenta — não um castigo — quando o tendão não é confiável.
- **O fator recidiva não é azar:**

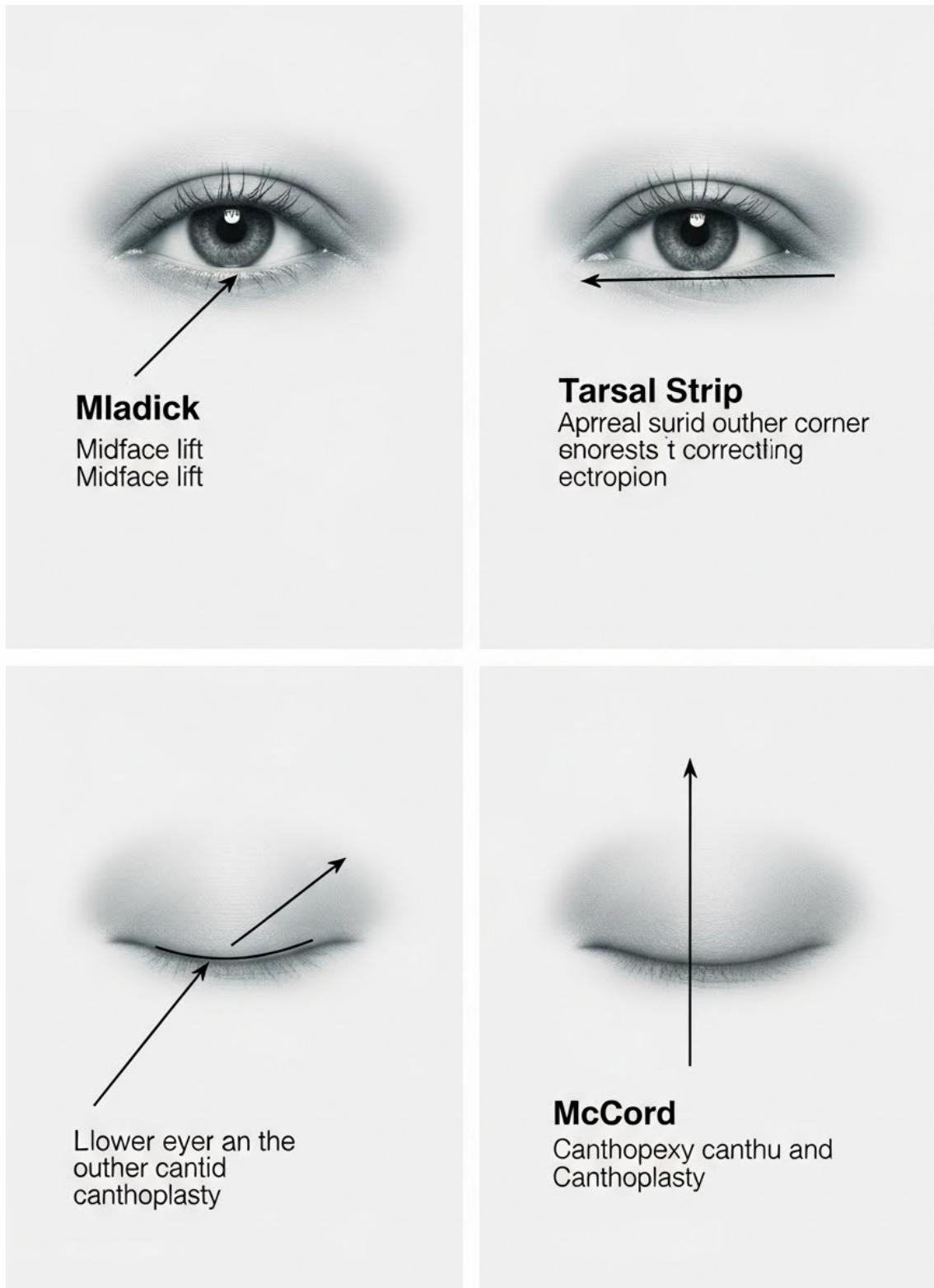


Figura 25.1: Figura 23.1 — Ilustração principal do capítulo

- Recidiva costuma vir de **indicação subestimada** (pexia em tendão senil), ancoragem anterior (gapping) ou **ausência de release** (tensão vertical puxando a pálpebra para baixo no pós-op).

PÉROLA CLÍNICA

25.1.1 Checklist Pré-op (Seleção de Técnica)

- Distraction Test:** leve (< ~6mm) considerar Mladick/pexy; moderado-severo (\geq ~6–8mm) Strip.
- Snap-back:** imediato vs. lento/incompleto (quanto pior, mais você migra para Strip/reconstrução).
- Vetor orbital:** negativo reduz seu “limiar” para técnicas estruturais.
- Comprimento da fenda horizontal: fenda curta/olho pequeno evitar encurtamentos agressivos; preferir correções com *release*, midface e tensão bem dosada.
- Qualidade do tarso: rígido (ótimo para Strip) vs. “floppy” (planejar reforços/variações).
- Canto distópico/baixo: exige liberação completa (cantólise) + reposicionamento superior controlado.
- Histórico de cirurgias / periôsteo comprometido: considerar variações tipo McCord (ancoragem mais robusta / *drill hole*).

25.2 Anatomia aplicada (onde o ponto “morde”)

- **Cinta do orbicular (Mladick):** cria um “tirante” dinâmico. Funciona melhor quando há **tônus muscular preservado** e o objetivo é **suporte leve** ou prevenção.
- Tarso lateral (Strip): colágeno denso = melhor “material de construção”. Ao denudar epitélio/conjuntiva, você transforma tarso em um neo-tendão controlável.
- Periósteo interno do rebordo lateral (alvo funcional): fixação profunda mantém aposição ao globo. Periósteo frágil (revisões) pode falhar por “cheese-wiring” (fio rasgado).
- Tubérculo de Whitnall / face interna do rebordo: referência anatômica útil para evitar fixação anterior demais.

25.3 Técnica (passo a passo diferenciado por “degrau”)

25.3.1 Degrau 1 — Mladick (Modified Muscle Suspension / “sling” do orbicular)

Indicação típica: profilaxia; leve necessidade de elevação/suporte lateral com tarso competente.

1. **Acesso:** pela via inferior (transcutânea curta) ou pela via superior com extensão lateral (conforme planejamento).
2. **Isolamento:** identificar uma alça/segmento do orbicular lateral (preferencialmente com boa espessura e sem desvascularizar excessivamente).
3. **Sutura de suspensão:** fio não absorvível fino ou absorvível de longa duração, capturando a alça muscular e ancorando em periósteo póstero-superior.
4. Check: melhora discreta de inclinação e sustentação; não deve “enterrar” canto nem tensionar pele verticalmente.

Limite conceitual: Mladick **não substitui** reconstrução tarsal quando há frouxidão real. Ele ajuda, mas não “vira osso”.

25.3.2 Degrau 2 — Tarsal Strip (Anderson) — o “cavalo de batalha”

Indicação típica: *distraction* elevado, *snap-back* ruim, ectrópio/retração leve a moderada, vetor negativo, sequelas de blefaroplastia.

1. **Cantotomia lateral:** incisão controlada para exposição.
 2. **Cantólise inferior completa:** liberar crus inferior até a pálpebra inferior ficar realmente móvel.
 3. **Confecção do strip:**
 - separar lamela anterior da posterior nos mm laterais,
 - desepitelizar margem ciliar e remover conjuntiva do segmento que será enterrado.
 4. Encurtamento medido: ressecar apenas o necessário para obter tensão firme sem fimose.
 5. Fixação profunda: sutura colchoeira do strip ao periósteo interno/lateral com vetor póstero-superior.
 6. Reconstrução do ângulo: alinhamento preciso “cinza-cinza” para manter o “V” agudo.
 7. Check: aposição ao globo, inclinação final compatível com o paciente e fechamento confortável.
-

25.3.3 Degrau 3 — McCord e variações (Revisão robusta: *release + ancoragem forte ± spacer*)

Indicação típica: retração importante, cicatriz vertical, periósteo ruim, múltiplas cirurgias, necessidade de grande mudança de vetor.

O princípio aqui é **não depender só de encurtamento horizontal**.

1. **Liberação ampla (release)**: soltar aderências cicatriciais e reduzir tensão vertical (frequentemente incluindo manejo de retratores e espaço pré-malar, conforme o caso).
2. **Restaurar altura (quando necessário)**: em retração significativa, planejar **aumento vertical** com *spacer* (enxerto/implante) antes ou junto da fixação lateral.
3. Ancoragem robusta:
 - quando periósteo não “segura”, usar ancoragem mais profunda ou perfuração óssea (*drill hole*) no rebordo lateral para fixação estável,
 - manter vetor póstero-superior e evitar fixação anterior.
4. Complementos frequentes: midface lift / suporte malar para reduzir carga descendente na pálpebra inferior (especialmente no vetor negativo).

Nota prática: McCord não é “uma sutura mais forte”; é um **pacote de revisão**: liberar, reposicionar, (às vezes) alongar e só então fixar.

25.4 Erros comuns (e como resgatar)

- **Cisto de inclusão no Strip**
- *Causa*: epitélio/conjuntiva remanescentes no segmento enterrado.
- *Prevenção*: desepitelização completa e revisão visual do strip antes de fixar.
- *Resgate*: drenagem + curetagem/capsulectomia.
- **Fish-mouthing / canto aberto**
- *Causa*: reconstrução imprecisa do ângulo, tensão mal distribuída, excesso de pele não manejado.
- *Prevenção*: ponto “cinza-cinza” preciso; ajustar excesso cutâneo com parcimônia.
- *Resgate*: revisão cantal formal (recriar ângulo).
- **Fimose palpebral (olho “encurtado”)**
- *Causa*: encurtamento horizontal exagerado como tentativa de compensar tensão vertical.
- *Prevenção*: medir, encurtar o mínimo; priorizar *release* e suporte malar quando houver tração vertical.
- *Resgate*: revisão com liberação, reposicionamento e, se necessário, alongamento (*spacer*).

- **Gapping por fixação anterior**
- *Causa:* sutura “na borda” palpável do rebordo, sem profundidade.
- *Prevenção:* buscar ancoragem interna/póstero-superior.
- *Resgate:* reposicionar fixação (idealmente precoce).
- **Assimetria vertical (um olho “cat-eye” unilateral)**
- *Prevenção:* referência objetiva bilateral (marcação/medida relativa ao canto medial/pupila), e checagem intraoperatória sempre que possível.
- *Resgate:* revisão do ponto de ancoragem; tratar a causa (não só “baixar” o lado bom).

25.5 Notas de “arte” (preservando a fenda)

O erro estético clássico é tentar ganhar sustentação apenas “apertando” horizontalmente.

Regra de arte: quanto maior a tendência a retração (vetor negativo, pele senil, cicatriz), mais você deve pensar em:

- 1) **reduzir tensão vertical** (*release*, suporte malar),
- 2) **distribuir forças** (fixação póstero-superior),
- 3) encurtar o mínimo necessário (preservar largura da fenda).

Olho pequeno + Strip agressivo = aparência operada e risco funcional. Faça o olho “encostar” no globo, não “diminuir”.

25.6 Pós-operatório

- **Dor cantal:** mais intensa nas técnicas com fixação em periósteo/ancoragem óssea; analgesia planejada nas primeiras 48h.
- **Sensação de areia / quemose:** comum após manipulação cantal; lubrificação é obrigatória.
- **Rigidez temporária:** a pálpebra pode parecer “puxada” por 2–3 semanas; alinhar expectativa e monitorar exposição.

25.7 Referências

- Suspensão muscular lateral e prevenção de ectrópio [[REF:MLADICK-1979]] Mladick.
 - Lateral Tarsal Strip e indicação biomecânica [[REF:ANDERSON-1979]] Anderson.
 - Revisões complexas: *release*, ancoragens robustas e manejo de retração [[REF:MCCORD-1995]] McCord. * * *
-

Capítulo 26

Capítulo 24 — Microfat: coleta, preparo e injeção; zonas e volumes (justa-periostal)

Parte: Parte VI — Adjuntos

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor dominará a lipoenxertia estrutural (**Microfat**) como ferramenta para restaurar a convexidade orbitária e o suporte malar, aprendendo a depositar gordura no plano profunda/justa-periostal com microalíquotas, reduzindo irregularidades visíveis e evitando o erro clássico: “volume no plano errado”.

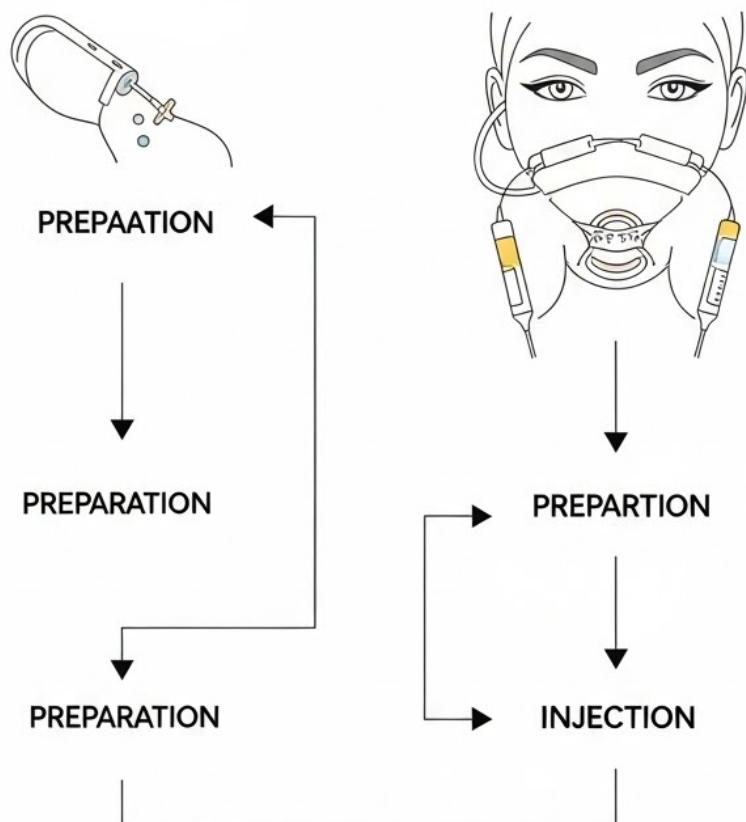
Nota de escopo: conteúdo educacional para cirurgiões em treinamento formal.
Não substitui supervisão, anatomia aplicada e protocolos institucionais.

26.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Volume é suporte (não maquiagem):** Em face desinflada, “tirar” (blef subratrativa) apenas revela o esqueleto. Microfat bem indicado **encurta visualmente** a pálpebra inferior ao “subir” a bochecha com volume profundo e suaviza o rebordo infraorbitário por transição.
- **Profundidade é segurança estética:** Gordura volumétrica superficial (subcutânea / intramuscular superficial) na região periorbital vira nódulo, sombra e contorno iatrogênico. O alvo seguro/estável é profundo: abaixo do orbicular, próximo ao osso.
- **Gordura ≠ AH:** A gordura integra e pode ser duradoura, mas é irreversível na prática (tirar excesso é difícil e imprevisível). A estratégia correta é sub-corrigir e, se necessário, retocar após maturação.

PÉROLA CLÍNICA

MICROFAT COLLECTION



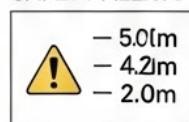
PERIOCULAR ZONE MAPS

CORRECT AR DEPTH



Suggested
Volumes

SAFETY ALERTS



SAFETY ALERT

Correct sillc uperiodn urgetcth ame
andntaotion volumes brov/at fngcties
fat injection.



INJECTION

Wribing thove or the
tolsnot efumtle ad
fat injections.

Figura 26.1: Figura 24.1 — Ilustração principal do capítulo

26.1.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)

- Defeito dominante:** concavidade (sulco/“A-frame”/rebordo) vs. convexidade/edema (festoon).
- Histórico de HA (mesmo antigo):** dissolver previamente (idealmente guiado) para enxergar o volume real.
- Instabilidade ponderal:** grande oscilação de peso = resultado menos previsível.
- Edema malar/festoon: cautela — volume pode piorar drenagem/estase.
- Escolha do produto:
 - Microfat = volume profundo
 - Nanofat = qualidade de pele (não volume) > **Área doadora:** abdome inferior (frequente escolha) / face interna de coxa.

Instrumental: coleta 2.4–3.0mm multi-furos; injeção romba 22–25G (\approx 0.7–0.9mm) + seringas de 1ml (Luer-lock).

Volumes práticos (conservadores):

- Tear trough (medial): **0.2 – 0.6 ml** / lado
- Junção pálpebra-malar (lateral): **0.8 – 2.0 ml** / lado
- ROOF / cauda do supercílio: 0.5 – 1.5 ml / lado

(Retoque tardio é preferível à sobre correção.)

26.2 Anatomia aplicada (o alvo seguro)

- **Compartimentos profundos-alvo:**
- **Espaço pré-zigomático e pré-maxilar:** planos profundos que aceitam volume com menor risco de “bolinhas” visíveis.
- Justa-periostal: a cânula “raspa” o osso — isso é feedback táctil de profundidade correta.
- **Zonas de interdição / respeito anatômico:**
- **Forame infraorbital:** geralmente na linha pupilar, abaixo do rebordo (varia). Evitar trajetória agressiva/cega.
- **Veia/Artéria angular (medial):** risco em trajetos muito mediais.
- ORL (Ligamento Retentor do Orbicular): funciona como “borda” biomecânica; volume profundo pode suportar a transição, mas o ligamento limita “migração” se você tentar preencher acima dele.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 24):

Técnica de coleta: Seringa, cânula, processamento

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

26.3 Técnica (do preparo à injeção)

26.3.1 1) Coleta (Harvest)

- **Tumescer** a área doadora de forma homogênea.
- **Aspiração de baixa pressão:** seringa 10ml ou vácuo baixo. Pressão alta = maior trauma adipocitário.
- **Cânula pequena multi-furos:** para lóbulos menores e mais uniformes (Microfat já “nasce” mais fino).

26.3.2 2) Preparo (Refino)

Objetivo: remover óleo livre, sangue e anestésico mantendo tecido viável e injetável.

- **Decantação:** seringa vertical por alguns minutos → descartar sobrenadante oleoso e infranadante (soro/sangue), usar o “miolo”.
- **Ou centrifugação suave (Coleman):** preferir descrever em **RCF (g)**, pois rpm depende do raio. Estratégia: curta duração e força moderada para não “secar” demais nem destruir células.
- Transferência para seringas de 1ml: precisão > velocidade.

26.3.3 3) Injeção (Justa-periostal)

- **Ponto de entrada:** geralmente lateral (1–2cm do canto externo) ou malar lateral — evita marca central e dá ângulo seguro.
- **Instrumento:** cânula romba (22–25G). **Evitar agulha afiada** para volume profundo periorbitário.
- Profundidade: avançar até contato ósseo claro.
- Depósito: sempre em retrografia, em microtúneis cruzados (*cross-hatching*), com micro-alíquotas.
- Regra prática: “muitas passadas, pouquíssima gordura por passada”.
- Evitar bolus: bolus = necrose central / irregularidade.
- **Controle visual/tátil:** a superfície não deve “empipocar” com a passagem da cânula. Se a pele “levanta” facilmente, você ficou superficial demais.

26.3.4 Variações e indicações

- **Microfat + liberação ligamentar:** quando o ORL/TTL cria degrau rígido, liberação adequada (no plano correto) melhora a integração do volume.

- **Microfat + Nanofat:** Microfat faz rampa/convexidade; Nanofat complementa qualidade de pele (textura e olheira pigmentar) .

PÉROLA CLÍNICA

26.3.5 Zona de Risco: Vascular (evento grave e raro, mas real)

Mesmo com cânula romba e plano profundo, **injeção intravascular** é um risco teórico/possível em qualquer preenchimento facial.

Prevenção por princípio:

- cânula romba + baixa pressão + retrografia + microalíquotas
- evitar trajetos mediais agressivos e “pontos cegos”
- nunca “forçar” quando houver resistência

Regra mental: se acontecer o improvável, o dano é enorme; portanto, a técnica deve ser construída para que o improvável seja ainda menos provável.

26.4 Erros comuns (e como resgatar)

- Injeção superficial (subcutânea / intramuscular superficial)
- *Consequência:* nódulos, “salsicha”, contorno amarelo visível, irregularidade crônica.
- *Prevenção:* contato ósseo + microalíquotas + múltiplos túneis.
- *Resgate:* imediato: moldagem suave. Tardio: manejo é difícil e variável (às vezes micro-aspiração/revisão). Evitar prometer “remoção fácil”.
- **Sobre correção (face “pesada”)**
- *Consequência:* perda de definição, aparência inchada persistente, assimetria.
- *Prevenção:* sub-corrigir e **retocar** após maturação.
- *Resgate:* geralmente expectante; correção ativa pode ser imprevisível.
- **Depósito em bolus**
- *Consequência:* necrose gordurosa, nódulo duro, calcificação, irregularidade palpável.
- *Prevenção:* abolir bolus. “Fiozinhos” em vez de “pelotas”.
- *Resgate:* tempo + observação; intervenções tardias selecionadas.

26.5 Notas de “arte” (convexidade e luz)

A juventude é uma superfície contínua. O objetivo do Microfat na junção pálpebra-malar é criar uma **rampa**: a luz toca a bochecha e “escorre” até a margem infraorbital sem tropeçar num sulco.

Critério estético simples: qualquer “degrau” que cria sombra sob flash vira “olheira” na vida real. O enxerto profundo deve apagar o degrau — não criar um novo.

26.6 Pós-operatório

- **Edema e assimetria:** esperados. Pico nos primeiros dias; retorno social costuma ocorrer antes da maturação real.
- **Induração (“phantom lumps”):** endurecimento transitório pode durar semanas. Alihar isso antes da cirurgia evita pânico desnecessário.
- Resultado final: 3–6 meses. Evitar “retoques ansiosos” precoces (erro comum que leva à sobre correção em cascata).

26.7 Referências

- Princípios de lipoestrutura e técnica clássica [[REF:COLEMAN-1997]] Coleman.
 - Compartimentos profundos e arquitetura de volume facial [[REF:ROHRICH-2008]] Rohrich & Pessa.
 - Microfat vs. Nanofat: indicações e preparo [[REF:TONNARD-2013]] Tonnard & Verpaele. * * *
-

Capítulo 27

Capítulo 25 — Nanofat e qualidade de pele: cicatrizes, olheiras, textura e microagulhamento

Parte: Parte VI — Adjuntos

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor diferenciará **regeneração tecidual de preenchimento volumétrico**, dominando o processamento mecânico da gordura (emulsificação + filtragem) para tratar discromias, transparência vascular e linhas finas com Nanofat, sem incorrer no risco de nódulos superficiais típico do uso inadequado de Microfat.

Nota de escopo: conteúdo educacional para prática cirúrgica supervisionada. Nanofat melhora pele; não corrige “arquitetura” (sulcos profundos) e não substitui diagnóstico de causa sistêmica/dermatológica de hiperpigmentação.

27.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **Biologia vs. Volume:**
- **Microfat** = efeito **mecânico** (preenche, sustenta, “faz rampa” profunda).
- Nanofat = efeito **biológico/parácrino** (melhora derme, qualidade, espessura, vascularização aparente). O erro clássico é esperar “projeção” do Nanofat (não entrega) ou tentar “melhorar pele” com Microfat superficial (entrega grumo).
- **A olheira é 3 doenças em uma:**
- **Estrutural** (sombra por degrau/contorno): resolve com reposicionamento/volume profundo.
- **Vascular/transparência** (roxo/azulado): pode melhorar com espessamento dérmico e barreira óptica (Nanofat).
- **Pigmentar** (marrom/melanina): pode melhorar parcialmente (Nanofat + modalidades dermatológicas), mas exige expectativa realista.



Figura 27.1: Figura 25.1 — Ilustração principal do capítulo

- **Cicatrização modulada:** Em áreas de tensão (canto lateral, subciliar), Nanofat intradérmico no fechamento pode **suavizar a resposta inflamatória** e melhorar qualidade de cicatriz — não por “milagre”, mas por microambiente de reparo.

PÉROLA CLÍNICA

27.1.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)

- Tipo de olheira (documentar com flash):** Pigmentar (marrom) vs. Vascular (roxa/azul) vs. Estrutural (sombra).
- Textura da pele:** Fina (“papel de cigarro”) = melhor resposta visual; Espessa/sebácea = efeito mais discreto.
- Histórico de HA / bioestimulador na região:** dissolver/avaliar antes para não confundir edema/coloração.
- Risco infeccioso: acne ativa, dermatite, blefarite não tratada = adiar.
- Plano de entrega: injeção intradérmica (pápulas/linhas) e/ou “drug-delivery” por microagulhamento.
- Kit: conexões Luer-lock rosqueadas, transferidores (estreitos), filtros/malha estéril, seringas 1 ml, agulhas finas (30–32G).

27.2 Anatomia aplicada (o alvo microscópico)

- **Derme papilar/reticular:** alvo do Nanofat. A aplicação correta gera **branqueamento transitório (blanching)** e micro-pápulas que desaparecem em minutos–horas.
- Rede vascular subdérmica e transparência do orbicular: em pálpebra inferior muito fina, a cor violácea é “músculo aparecendo”. Nanofat funciona como **opacificação biológica** (espessamento + remodelamento).
- Zona de cautela vascular: glabella, dorso nasal e territórios terminais têm risco teórico de eventos isquêmicos com injeções intradérmicas sob alta pressão. O princípio aqui é microdose + baixa pressão + sem bolus.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 25):

Processamento: Microfat Nanofat (emulsificação)

Estilo: *Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras*

27.3 Técnica (do “ouro líquido” à aplicação)

27.3.1 Visão geral do processamento

1. **Coleta:** semelhante ao Microfat (baixa pressão, cânulas finas, trauma mínimo).

2. **Lavagem/decantação:** remover sangue, anestésico e óleo livre.
3. **Emulsificação (o passo-chave):** processamento mecânico repetido até perder a granularidade e virar um creme fluido.
4. **Filtragem:** remover fibras/conectivo que entopem agulhas finas e viram “microgrumos”.
5. **Transferência para 1 ml:** precisão e controle de pressão.

27.3.2 Emulsificação (princípio, não ritual)

- O objetivo não é “contar repetições”, e sim alcançar **fluidez real**:
- Se não passa com conforto por agulha fina, **não está pronto**.
- Conexões **Luer-lock** sempre, bem rosqueadas. Pressão alta + encaixe fraco = acidente de bancada.

27.3.3 Filtragem

- Use filtro/malha estéril apropriada para remover “fiapos” e microfragmentos.
- Filtragem insuficiente = entupimento, bolus forçado, irregularidade.

27.3.4 Aplicação intradérmica (injeção)

- **Instrumento:** agulha fina (30–32G) com seringa 1 ml.
- **Plano:** intradérmico superficial (pápulas) ou intradérmico em “linhas” (threading).
- **Técnica:** microalíquotas, baixa pressão, retrogradamente quando aplicável.
- Ponto crítico: não perseguir “volume”. O endpoint é uniformidade de pele, não projeção.

27.3.5 Aplicação por microagulhamento (drug-delivery)

- **Conceito:** criar microcanais superficiais e usar Nanofat como “meio biológico” para contato dérmico amplo.
- **Indicações práticas:** textura difusa, poros, cicatrizes finas e área grande onde a injeção ponto a ponto é impraticável.
- **Cautela:** região palpebral exige conservadorismo e proteção ocular; a meta é estímulo controlado, não trauma.

27.3.6 Variações (quando fizer sentido)

- **Nanofat + PRP (“Smart Nanofat”):** popular, mas protocolos variam; tratar como adjuvante e não como promessa.
- **Nanofat em cicatriz (no fechamento):** microinfiltração intradérmica ao longo da linha de sutura, sem tensão.

PÉROLA CLÍNICA

27.3.7 Erro Nota 7: “Entupimento” (e o falso Nanofat)

Regra simples: se não passa livremente por agulha 30G, **não é Nanofat** — é gordura mal processada (microgrumos).

Risco: cistos de óleo, nódulos e irregularidades visíveis na pele fina periorbital.

Correção: voltar à bancada □ emulsificar/filtrar até fluidez real.

27.4 Erros comuns (e como resgatar)

- **Usar Nanofat para volumizar sulco profundo**
 - *Consequência:* frustração (quase nenhum efeito no relevo).
 - *Prevenção:* algoritmo: relevo = Microfat profundo / reposicionamento; cor/textura = Nanofat.
 - *Resgate:* replanejar com técnica correta após maturação.
- **Injetar profundo demais (subcutâneo)**
 - *Consequência:* menor efeito dérmico; melhora discreta.
 - *Prevenção:* endpoint de branqueamento/pápulas + resistência intradérmica.
 - *Resgate:* repetir no plano correto após intervalo biológico (meses).
- **Pressão excessiva / bolus**
 - *Consequência:* risco teórico de compressão vascular em territórios sensíveis; além de irregularidade.
 - *Prevenção:* microalíquotas + baixa pressão + sem “forçar passagem”.
 - *Resgate:* interrupção imediata do ato e condução conforme protocolo de segurança/urgência institucional, se houver sinais de isquemia.
- **Contaminação por acne/blefarite ativa**
 - *Consequência:* infecção profunda (desastre raro, mas evitável).
 - *Prevenção:* pele “limpa” e condição controlada antes do procedimento.
 - *Resgate:* manejo clínico/cirúrgico conforme gravidade.

27.5 Notas de “arte” (o “glow” realista)

Nanofat não “muda a forma”; muda **como a luz se comporta** na pele.

A melhora costuma ser **progressiva** (colágeno/derme remodelando), e não imediata. O acabamento ideal é “acetinado”, não “plastificado”.

27.6 Pós-operatório e follow-up

- **Eritema/edema local:** esperado; pode ser mais evidente se associado a microagulhamento.
- **Equimose puntiforme:** possível por punção intradérmica.
- **Tempo biológico:** reforçar que o pico de melhora de textura/cor é tardio (meses), não dias.
- Sessões: em olheiras pigmentares/vasculares, melhora pode exigir abordagem seriada e multimodal (ex.: cuidado dermatológico + nanofat), sem promessa de “zerar” a cor.

27.7 Referências

- Definição e processamento mecânico do Nanofat [[REF:TONNARD-2013]] Tonnard & Verpaele.
 - Uso de enxerto emulsificado em cicatrizes/qualidade cutânea [[REF:COHEN-2017]] Cohen.
 - Arquitetura de compartimentos faciais e implicações ópticas [[REF:ROHRICH-2008]] Rohrich. * * *
-

Capítulo 28

Capítulo 26 — Funcional e reconstrução: ectrópio/entrópio/retração e princípios das lamelas

Parte: Parte VII — Funcional e Reconstrução

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor será capaz de diagnosticar a etiologia das malposições palpebrais pela análise das **lamelas** (anterior, média e posterior) e aplicar o princípio cirúrgico central da reconstrução palpebral: “alongar o que está curto e tensionar o que está frouxo” — com um algoritmo reproduzível que reduz recidivas.

28.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- O Princípio das Lamelas (diagnóstico antes do bisturi): O erro-mãe em reconstrução é tratar a **lamela errada**.
- **Lamela anterior curta** (pele/orbicular cicatrizados) □ pálpebra “puxa” para fora (**ectrópio cicatricial**) e piora com boca aberta.
- Lamela posterior curta (tarso/conjuntiva/retratores) □ margem roda para dentro (**entrópio cicatricial**) ou desce (retração), com fórnice raso e simbléfaro.
- Frouxidão horizontal (tendão cantal/tarso “solto”) □ “permite” qualquer deformidade acontecer e recidivar.
- Frouxidão horizontal é o denominador comum (mas não é a única doença): Em ectrópio/entrópio involucionais, a laxidão do canto lateral é quase sempre permissiva. Sem estabilizar a horizontal (Strip), qualquer correção vertical vira paliativa. Porém: em cicatriciais, **Strip sozinho falha** se a pele ou conjuntiva estão encurtadas.
- **A estabilidade dos retratores define o entrópio involucional:** No entrópio senil, a desinserção/afrouxamento dos retratores (fáscia capsulopalpebral) permite que o orbi-

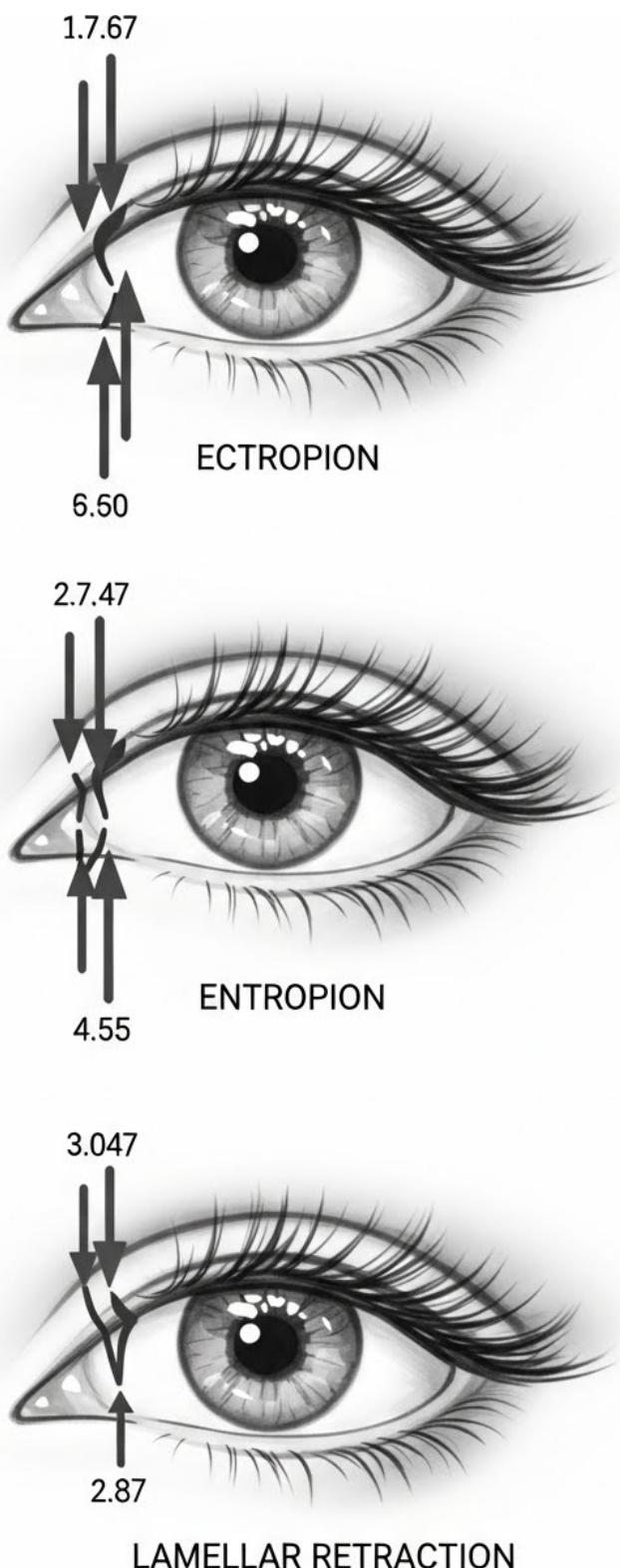


Figura 28.1: Figura 26.1 — Ilustração principal do capítulo

cular pré-septal “suba” sobre o pré-tarsal e **rode a margem para dentro**. Remover pele não trata essa mecânica; é uma correção “cosmética” para um defeito estrutural.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 26):

Diagnóstico: Ectrópio involucional vs cicatricial vs paralítico

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

28.2 Indicações e contra-indicações

Indicar correção funcional quando:

- **Ectrópio:** exposição conjuntival, epífora por eversão do ponto lacrimal, ceratite de exposição, lagoftalmo.
- **Entrópio:** triquíase (cílios na córnea), dor/corpo estranho, risco de úlcera e opacidade corneana.
- **Retração palpebral inferior:** *scleral show* pós-blefaroplastia, cicatriz de retratores, ou doença tireoidiana estável (fase não inflamatória).

Evitar / adiar quando:

- **Doença cicatrizante ocular ativa** (ex.: Penfigoide Cicatricial Ocular/OCP, Stevens-Johnson): operar só em fase quiescente com doença controlada.
- **Infecção ativa** (conjuntivite purulenta, dacriocistite): tratar antes.
- **Tireoidopatia ocular ativa:** primeiro estabilizar/“esfriar” a fase inflamatória; a cirurgia muda de resultado quando o tecido ainda está em remodelamento.

PÉROLA CLÍNICA

28.2.1 Checklist de Diagnóstico Lamelar (o mapa da decisão)

- Distraction Test / Snap-back:** quantifica frouxidão horizontal (canto/tarso).
- Teste da Elevação Malar:** empurre a bochecha para cima melhora do ectrópio sugere componente involucional/tensional (suporte) e necessidade de suporte lateral/midface; pouca melhora sugere encurtamento real (pele/conjuntiva).
- Teste da Boca Aberta:** piora do ectrópio com boca aberta = lamela anterior curta (pele).
- Fórnice inferior: está raso? há simbléfaro? = lamela posterior curta (conjuntiva/retratores).
- Excursão dos retratores: olhando para baixo, a pálpebra desce? pouca mobilidade = fibrose/retração.

- Ponto lacrimal: evertido? (ectrópio medial frequentemente precisa de correção específica além do Strip).

28.3 Anatomia aplicada (o sistema de camadas)

- **Lamela Anterior (cobertura):** pele + orbicular. Encurtamento \square ectrópio cicatricial (puxa margem para fora).
- **Lamela Posterior (forro e “trilho”):** tarso + conjuntiva + retratores. Encurtamento \square entrópio cicatricial / **retração palpebral** (descida vertical, fórnice raso).
- **Lamela Média (plano de deslizamento):** septo + gordura. A cicatrização “colando” septo/retratores é um motor comum de **retração pós-blefaroplastia**: perde-se o deslizamento e a pálpebra fica “presa” inferiormente.

28.4 Técnica (Algoritmo de Correção)

28.4.1 Visão geral (ordem que reduz recidiva)

1. **Diagnóstico:** é frouxitão, encurtamento (anterior/posterior) ou ambos?
2. Passo 1 (quase universal): estabilizar a horizontal com Lateral Tarsal Strip (ou técnica equivalente) quando houver laxidade patológica.
3. Passo 2 (específico por lamela):
 - Ectrópio involucional: Strip \pm correção medial (ver zona de risco) \pm suporte adicional se necessário.
 - Ectrópio cicatricial (lamela anterior curta): Strip + liberação completa de cicatrizes + enxerto de pele total (FTSG) adequadamente dimensionado.
 - Entrópio involucional: Strip (se laxidade) + reinserção/plicatura dos retratores (Jones/Weiss) \pm suturas rotacionais.
 - Entrópio cicatricial (lamela posterior curta): liberar simbléfaro/adherências + substituir lamela posterior (mucosa/conjuntiva/cartilagem, conforme defeito).
 - Retração palpebral inferior: Strip + liberação de retratores + enxerto espaçador (spacer) quando houver encurtamento posterior/vertical real.

28.4.2 “Pacotes” práticos (o que normalmente anda junto)

- **Ectrópio involucional + ponto lacrimal evertido:** Strip lateral **não garante** inversão do ponto \square frequentemente precisa de correção medial específica (ver BOX abaixo).
- **Retração pós-blefaroplastia:** raramente é “só frouxitão”. Em geral há cicatriza vertical + laxidade \square Strip + release + spacer costuma ser o tripé.

PÉROLA CLÍNICA

28.4.3 Zona de Risco: O Ponto Lacrimal (ectrópio medial)

No ectrópio medial, o ponto lacrimal “vira para fora” e para de drenar □ epífora mesmo com canto lateral firme.

Regra de ouro: o Strip lateral melhora a tensão global, mas pode não “rodar” o ponto medial.

Solução clássica: associar **Plastia em Fuso Medial (Medial Spindle)** — ressecção de um losango de conjuntiva abaixo do ponto lacrimal para rotacioná-lo de volta em direção ao globo, restabelecendo a captação da lágrima.

28.5 Variações úteis (quando escolher o “atalho” com consciência)

- **Suturas rotacionais (Wies / Quickert):** úteis como solução rápida, temporária, ou em pacientes frágeis. Criam eversão por cicatriz/rotação. Não substituem correção estrutural em casos graves.
- **Suporte adicional (midface):** em vetor negativo e retrações importantes, suporte da bochecha pode ser decisivo para reduzir dependência de “tensão palpebral pura”.
- **Spacer de palato duro / cartilagem:** opção robusta quando a lamela posterior precisa de rigidez e altura (defeito vertical significativo).

28.6 Erros comuns (e como resgatar)

- **Tratar ectrópio cicatricial sem enxerto (só Strip):**
 - *Consequência:* melhora curta; recidiva quando a falta de pele vence a tensão horizontal.
 - *Prevenção:* se **boca aberta piora**, pense “lamela anterior curta” □ enxerto é parte do plano.
 - *Resgate:* reoperação com liberação ampla + enxerto bem dimensionado.
- **Hiper correção no entrópio (ectrópio consecutivo):**
 - *Consequência:* margem evertida, exposição e epífora.
 - *Prevenção:* correção “neutra a levemente evertida”, sem tensão forçada; contorno importa tanto quanto altura.
 - *Resgate:* medidas conservadoras no pós-imediato; se persistente, ajuste cirúrgico (re-cuo/liberação).
- **Enxerto “pequeno por estética”:**
 - *Consequência:* contratura secundária e retorno do ectrópio.
 - *Prevenção:* o enxerto deve ser **generoso** e planejado para contrair; pensar função antes de “invisibilidade”.

- *Resgate:* novo enxerto maior após liberação adequada.

28.7 Notas de “arte” (camuflagem na reconstrução)

Reconstrução não precisa “denunciar” reconstrução.

- **Escolha da pele (match):** pálpebra superior (melhor cor/textura) > retroauricular (boa alternativa) > supraclavicular (tende a ser mais espessa).
- **Unidades estéticas:** sempre que possível, substitua de forma coerente com a unidade, escondendo cicatrizes em linhas naturais e evitando o “patch” central.
- **Geometria do canto:** estabilizar sem arredondar. Em revisões, o risco de distorção do ângulo é alto; planeje o “V” antes de fechar pele.

28.8 Pós-operatório (o que protege o resultado)

- **Sutura de Frost / tração palpebral:** em casos com enxerto ou grande liberação, manter tração superior por 3–5 dias melhora a “pega” e reduz contratura vertical precoce.
- **Lubrificação e proteção corneana:** mandatórias até estabilizar o fechamento e a aposição.
- **Edema e assimetria:** esperados; explicar que função vem primeiro e refinamentos estéticos são etapa tardia.

28.9 Referências

- Classificação e manejo de ectrópio/entrópio e princípios reconstrutivos [[REF:COLLIN-1983]] Collin.
 - Reinserção/plicatura de retratores no entrópio involucional [[REF:WEISS-1979]] Weiss / Jones.
 - Enxertos espaçadores (palato duro/cartilagem) em retração palpebral [[REF:COHEN-2017]] Cohen / Goldberg. * * *
-

Capítulo 29

Capítulo 27 — Reconstrução pós-tumor: retalhos clássicos (Tenzel, Hughes, Cutler-Beard, Mustardé)

Parte: Parte VII — Funcional e Reconstrução

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor saberá estratificar defeitos palpebrais de espessura total por **porcentagem de perda, localização** e integridade cantal, selecionando o algoritmo reconstrutivo (Tenzel, Hughes, Cutler-Beard ou Mustardé) para restaurar lamela anterior e posterior, priorizando proteção corneana e função acima da estética imediata.

Nota de escopo: Este capítulo é conteúdo técnico para cirurgiões treinados em reconstrução palpebral. A execução exige formação, instrumentais e ambiente apropriados.

29.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- A Matemática da Tensão (quando “fechar direto” vira iatrogenia): Defeitos marginais de espessura total > 25–30% raramente toleram fechamento primário sem distorção. Forçar sutura direta cria:
 - tensão horizontal excessiva (deiscência, “olho de botão de camisa”),
 - deformidade do canto,
 - lagoftalmo/ptose mecânica,
 - entropion/ectropion cicatricial tardio.
- A Regra de Ouro das Lamelas (vascularidade manda): Reconstrução palpebral é **duas cirurgias em uma**:
 - **Lamela posterior** (tarso + conjuntiva) = trilho rígido e mucosa de deslizamento.
 - Lamela anterior (pele + músculo) = cobertura e fechamento. Regra prática: evite “dois enxertos livres” (graft + graft). Pelo menos uma lamela deve ser retalho vascularizado

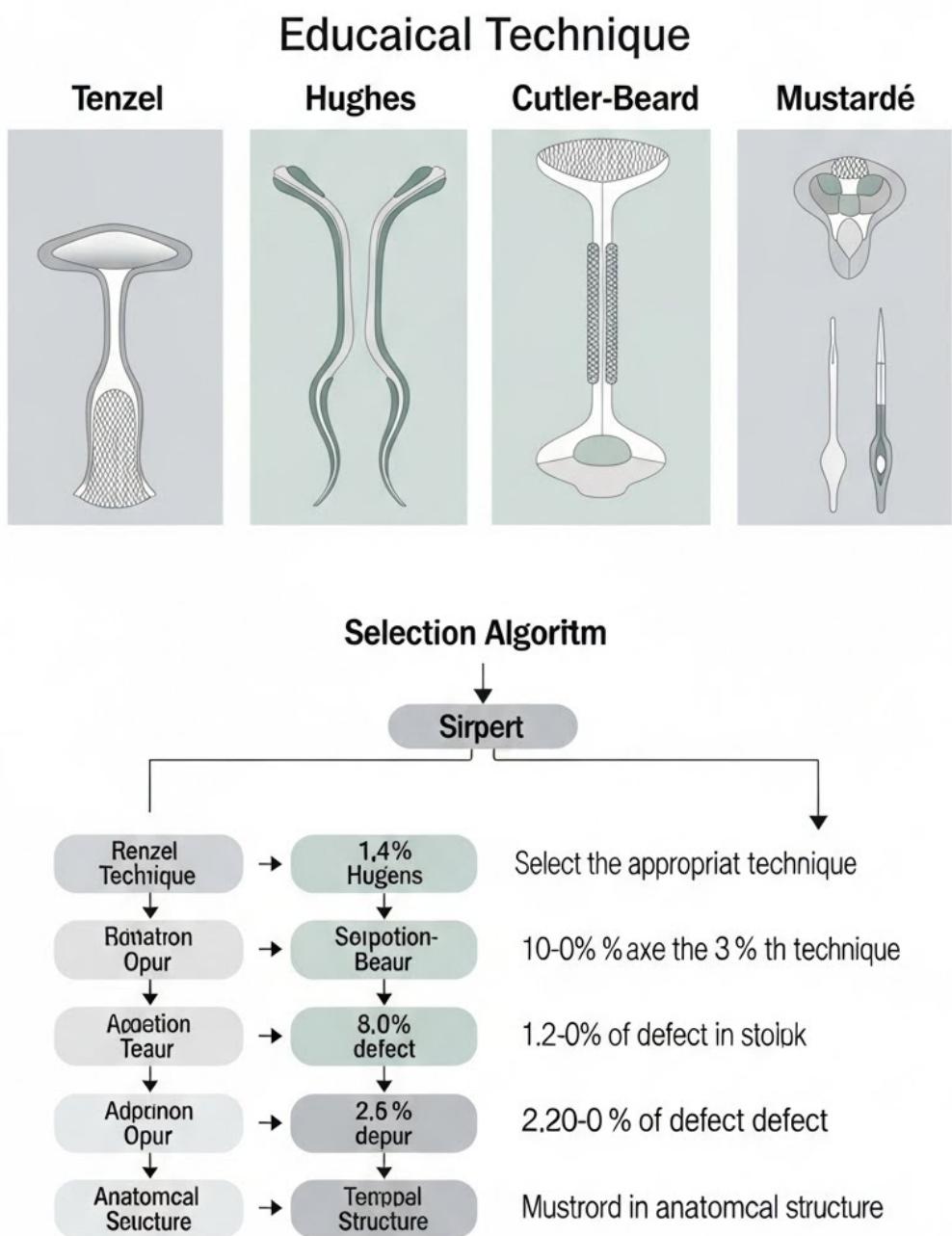


Figura 29.1: Figura 27.1 — Ilustração principal do capítulo

para garantir sobrevida e reduzir contratura.

- **Olho Único e Oclusão (decisão ética e funcional):** Retalhos compartilhados em **2 tempos** (Hughes / Cutler-Beard) ocluem a visão por semanas. Em paciente **monocular** (ou com baixa visão contralateral), essas técnicas podem ser funcionalmente inaceitáveis, exigindo alternativas (Tenzel estendido, retalhos de avanço, enxertos compostos selecionados).
- **O “Esqueleto Tarsal” é inegociável:** Se o defeito envolve a margem, **tarso ou substituto rígido** é mandatório. Reconstruir só com pele cria pálpebra “mole”, predisposta a:
 - instabilidade do bordo,
 - entropion/ectropion cicatricial,
 - atrito corneano crônico.

29.2 Indicações e contra-indicações (Algoritmo por tamanho)

Defeitos de espessura total envolvendo margem palpebral (regra geral):

- < 25%: fechamento direto (pentágono) ± cantólise lateral se necessário.
- 25% a 50–60%: **Tenzel** (retalho semicircular de rotação/avanço).
- 50% (Pálpebra Inferior central): Hughes (tarsoconjuntival, 2 tempos).
- 50% (Pálpebra Superior central): Cutler-Beard (bridge flap, 2 tempos) + suporte rígido (cartilagem).
- 75% (Inferior quase total): Mustardé (retalho cérvico-facial) + reconstrução posterior (cartilagem/mucosa) e ancoragens altas.

Evitar / adiar quando:

- Margens tumorais **incertas** (aguardar “clearance” por congelação/Mohs antes de grandes retalhos).
- Paciente monocular (Hughes/Cutler-Beard: oclusão temporária).
- **Crianças pequenas** (risco de ambliopia por oclusão prolongada em 2 tempos).
- Doença ocular inflamatória ativa ou superfície ocular instável (priorizar estabilização).

PÉROLA CLÍNICA

29.2.1 Checklist de Planejamento (Pré-op)

- Tamanho do defeito (%)** medido com a pálpebra sob tensão fisiológica.
- Margens livres** confirmadas (Mohs/congelação/histopatologia) antes de “mover” tecido complexo.

- Canto medial/lateral:** tendões preservados? precisa reconstrução/ancoragem óssea?
- Visão contralateral e aceitabilidade de oclusão por semanas.
- Laxidez local (têmpora para Tenzel / bochecha e pescoço para Mustardé).
- Plano lamelar: qual lamela está faltando e qual será retalho vs enxerto.

29.3 Anatomia aplicada (suprimento e estrutura)

- **Arcada Vascular Marginal:** Fundamental em retalhos em ponte (Cutler-Beard). Incisões muito próximas da margem inferior comprometem a perfusão.
- **Hughes — doador superior (tarsoconjuntival):** O retalho nasce de **tarso + conjuntiva** superiores, com aporte da conjuntiva e estruturas associadas. A dissecção deve respeitar o complexo elevador/Müller para evitar sequela na pálpebra doadora.
- **Mustardé — risco neural:** Dissecção cérvico-facial profunda na bochecha aumenta o risco para ramos zigomáticos/bucais do nervo facial; a estratégia de plano e a gentileza na tração são parte da técnica.

FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 27):

Retalho de Tenzel: Indicações e passos

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

29.4 Técnica (Os 4 Cavaleiros da Reconstrução)

29.4.1 1) Tenzel (Semicircular Rotation-Advancement)

- **Defeito:** ~25–60% (superior ou inferior), principalmente central/lateral.
- **Ideia:** criar **reserva horizontal** com retalho semicircular lateral e liberar o canto para permitir avanço sem deformar a fenda.
- Incisão: arco semicircular partindo do canto lateral, curvando para a região temporal (orientação conforme a pálpebra alvo).
- Manobra chave: cantotomia + cantólise do braço correspondente do tendão, permitindo rotação/avanço medial.
- Força: preserva anatomia e evita oclusão visual; excelente em pacientes onde Hughes/Cutler-Beard não são opção.

29.4.2 2) Hughes (Tarsoconjuntival) — Para Pálpebra Inferior

- Defeito: >50% inferior, sobretudo central.
- **1º tempo (posterior):** Criar retalho de **tarso + conjuntiva** da pálpebra superior, preservando a margem e cílios superiores. Fixar o tarso doador ao remanescente tarsal inferior para reconstruir a lamela posterior.

- **Cobertura (anterior):** Cobrir com avanço local de pele/músculo ou enxerto cutâneo livre (conforme necessidade e laxidez).
- 2º tempo (3–6 semanas): Abrir a fenda palpebral seccionando o pedículo quando houver maturação vascular e estabilidade.

29.4.3 3) Cutler-Beard (Bridge Flap) — Para Pálpebra Superior

- Defeito: >50% superior central (quando não há tarso superior suficiente para fechar).
- 1º tempo: Retalho “em ponte” da pálpebra inferior (pele/músculo/conjuntiva) passado superiormente para preencher o defeito.
- **Ponto crítico (estrutura):** A pálpebra superior precisa de rigidez posterior → geralmente requer **enxerto de cartilagem** (conchal/auricular ou septal) como substituto tarsal.
- 2º tempo: separação do retalho após integração.

29.4.4 4) Mustardé (Cervicofacial Rotation) — Grandes defeitos do inferior

- Defeito: >75% inferior ou defeitos extensos com perda significativa de lamela anterior.
- Ideia: trazer grande volume de pele de bochecha/pescoço para reconstruir a lamela anterior.
- Posterior (obrigatório): Substituir tarso/conjuntiva com **cartilagem + mucosa** (ou equivalentes), além de **ancoragens periostais altas** para combater a gravidade e prevenir ectrópio tardio.

29.5 Erros comuns (e como resgatar)

- Fechar direto um defeito grande (>30%) “porque dá”:
- *Consequência:* distorção, deiscência, canto arredondado, lagoftalmo.
- *Prevenção:* respeitar o algoritmo por % e testar tensão antes do ponto definitivo.
- *Resgate:* revisão com retalho apropriado e/ou suporte cantal.
- **Necrose no Cutler-Beard:**
 - *Causa típica:* desrespeito ao suprimento (ponte muito estreita / agressão vascular).
 - *Prevenção:* planejamento milimétrico e manipulação atraumática.
 - *Resgate:* desbridamento e reconstrução alternativa (complexidade alta).
- **Sequela na pálpebra doadora do Hughes:**
 - *Consequência:* retração/instabilidade superior, sintomas de superfície ocular.
 - *Prevenção:* dissecção correta e preservação funcional do doador.
 - *Resgate:* liberação de retratores e, se necessário, enxerto espaçador.

- **Ectrópio tardio após Mustardé:**
- *Causa:* peso do retalho + ancoragem insuficiente + contratura.
- *Prevenção:* fixações periostais altas, hipercorreção planejada e suporte cantal.
- *Resgate:* cantoplastia, revisão de ancoragens e, em alguns casos, suporte de terço médio.

PÉROLA CLÍNICA

29.5.1 Nota de Arte: A ausência de cílios

Nenhum desses retalhos restaura cílios de forma natural (exceções com enxertos compostos pilosos são raras e esteticamente imprevisíveis).

Gestão: alinhar expectativa desde o pré-op. Camuflagem tardia pode incluir maquiagem, dermopigmentação médica ou soluções protéticas após maturação completa da cicatriz.

29.6 Pós-operatório

- **Retalhos em 2 tempos:** oclusão temporária do olho é esperada. Orientar higiene cuidadosa, lubrificação intensa e sinais de infecção/coleção.
- **Proteção corneana:** prioridade absoluta (lubrificantes, pomadas, escudo, medidas para evitar atrito na nova margem).
- **2º estágio (3–6 semanas):** abrir a fenda quando o tecido estiver vascularizado e maleável. Deixar pequena margem mucosa adequada para evitar atrito/queratinização.
- Contratura: lembrar que retração tardia existe; planejar com “margem de segurança” (tensão e tamanho de enxertos).

29.7 Referências

- Retalho semicircular de [[REF:TENZEL-1975]] Tenzel.
 - Retalho tarsoconjuntival de [[REF:HUGHES-1937]] Hughes.
 - Retalho em ponte de pálpebra superior de [[REF:CUTLER-1946]] Cutler & Beard.
 - Retalho cérvico-facial de rotação para grandes defeitos do inferior ([[REF:MUSTARDE-1966]] Mustardé. * * *
-

Capítulo 30

Capítulo 28 — Complicações, revisões e gestão: prevenção, resgate e precificação

Parte: Parte VIII — Complicações e Carreira

Objetivo do capítulo: Ao final, o leitor saberá instituir **protocolos de segurança para emergências** (ex.: hematoma retrobulbar), diferenciar com precisão o momento de **observar vs. intervir** em complicações estéticas, e estabelecer uma política clara de cobrança para revisões que proteja a relação médico-paciente e a saúde financeira da prática.

Nota de escopo: este capítulo é voltado a cirurgiões treinados. Protocolos emergenciais pressupõem estrutura, equipe e retaguarda oftalmológica.

30.1 O que muda na decisão (o “porquê”)

- **A Regra da Presença:** A causa número 1 de escalada ético-legal não é a complicação em si — é a sensação de abandono. O cirurgião que **aparece, examina, documenta e agenda retorno** reduz drasticamente conflito. O que some cria vácuo: o paciente preenche com medo, internet e advogado.
- **Tempo é tecido (e às vezes é visão):** Algumas decisões são **em minutos** (compressão orbitária). Outras são **em meses** (cicatriz, retracção, assimetria fina). O erro clássico é inverter: esperar o que não pode e operar o que ainda vai melhorar.
- **Revisão é um produto (precisa de regra):** “Revisão totalmente gratuita” vira ímã de queixas infinitas e destrói margem. “Cobrar tudo” destrói confiança. O modelo sustentável é: **honorários médicos isentos em janela definida, com custos de centro cirúrgico/anestesia/materiais cobrados, e uma política explícita para casos funcionais.**



Figura 30.1: Figura 28.1 — Ilustração principal do capítulo

30.2 Indicações e contra-indicações

Indicar revisão cirúrgica quando: * Comprometimento funcional: lagofalmo significativo, ectrópio, entrópio, triquíase corneana, ptose obstrutiva.

- Assimetria socialmente óbvia ($\approx >2$ mm) persistente após fase inflamatória.
- Nódulos/granulomas persistentes após conduta conservadora adequada.
- Cicatriz madura (regra prática: **> 6 meses**, salvo emergência funcional).

Evitar / adiar quando: * **Fase inflamatória ativa:** ~3 semanas a 3 meses (tecido hiperêmico, friável, sangra e fibrosa mais).

- Queixa “milimétrica” com hipervirilha (paquímetro/espelho de aumento/ritual diário de checagem).
- Olho seco descompensado: trate superfície ocular primeiro.

PÉROLA CLÍNICA

30.2.1 Checklist de “Crise” (Kit de Emergência)

Este kit deve estar **na sala**, acessível, não “no almoxarifado”:

- Tesoura ponta romba + lâmina 15 (remoção rápida de suturas / reabertura).
- Retratores simples + afastador adequado para canto.
- Hialuronidase (múltiplas ampolas) para edema iatrogênico / preenchedor prévio.
- Colírio hipotensor (Timolol/Brimonidina) + lubrificantes.
- Curativo compressivo + gelo + escudo ocular.
- Termo específico de revisão (“melhoria”, não “perfeição”) + câmera/fotos padronizadas.
- Contato direto do oftalmologista (córnea/retina) e do centro cirúrgico.

30.3 Anatomia aplicada (O terreno hostil da revisão)

- **Planos fundidos:** em revisão, o “plano fácil” não existe. Septo, retratores, orbicular e gordura podem estar colados. A dissecção é sob magnificação e com mentalidade de “estrutura nobre deslocada”.
- **Vascularização anárquica:** cicatriz sangra difusamente (*oozing*). Hemostasia vira estratégia (compressão + bipolar pontual + paciência), não “caça ao vaso”.
- **Escassez de pele é a regra:** em ectrópio/lagofalmo pós-subtração, assuma “falta de pele” até prova em contrário. Entre com plano de enxerto (pálpebra superior / retroauricular) decidido antes da incisão.

□ FIGURA NECESSÁRIA (Cap. 28):

Fluxograma: Prevenção □ Reconhecimento □ Resgate

Estilo: Diagrama técnico-didático, cores neutras, legendas claras

FIG-28B — “triângulo de revisão”: Função, Estética, Superfície ocular.

30.4 Técnica de Gestão (Protocolo dos 3 A's)

1. **Acknowledge (Reconhecer):** Não negue a experiência do paciente. Use frases objetivas: “Eu entendi a queixa. Vamos examinar e medir.”
2. **Analyze (Analizar):** Examine, meça, fotografe, compare com pré-op. Classifique: edema, hematoma, cicatriz, malposição, olho seco, infecção, nódulo.
3. **Act (Agir):** Plano com **datas e critérios de troca** (“se X não melhorar em Y semanas, faremos Z”). O paciente tolera incerteza biológica quando existe roteiro.

30.5 A Linha do Tempo (Regra prática de decisão)

- **0–60 minutos:** emergências que ameaçam visão/tecido (compressão orbitária, isquemia).
 - **1–48 horas:** hematoma significativo, infecção precoce, dor desproporcional, piora progressiva.
 - **1–3 semanas:** quemose, irregularidades inflamatórias, assimetria por edema, cicatriz “viva”.
 - **3–6 meses:** decisões de resgate estético funcional (retração persistente, ptose, contorno).
 - **6 meses:** revisão formal eletiva (cicatriz madura, planos estabilizados).
-

30.6 Manejo de complicações específicas (o “menu”)

30.6.1 1) Hematoma retrobulbar (Emergência real)

- **Sinais de alerta:** dor intensa desproporcional, proptose, pálpebra “tensa”, náusea/agitação, piora rápida de visão, pupila alterada (tardio).
- **Princípio: descomprimir antes de investigar.** Exame de imagem não é prioridade se há sinais clínicos de compressão.
- Conduta de alto nível: reabrir para drenagem/descompressão e acionar retaguarda oftalmológica imediatamente. Técnicas de descompressão cantal são recursos de urgência em mãos treinadas.

Erro Nota 7: “Vamos observar e ver se reabsorve.”

Em compressão orbitária, observar é perder tempo.

30.6.2 2) Isquemia cutânea / necrose de retalho

- **Causa típica:** excesso de tensão, comprometimento vascular, tabagismo, dissecção agressiva.
- **Conduta:** aliviar tensão, otimizar perfusão local, antibiótico se indicado, desbridamento no tempo correto (nem cedo demais, nem tarde demais), e reconstrução em segundo tempo.

30.6.3 3) Lagoftalmo e olho seco pós-op

- **Imediato:** lubrificação intensiva, oclusão noturna, proteção corneana.
- **Persistente (>3–6 meses):** avaliar falta de pele/lamela anterior, retração lamelar média/posterior e necessidade de enxerto/liberação (ver Cap. 26).

30.6.4 4) Ectrópio/retração inferior pós-blefaroplastia

- **Diagnóstico funcional:** snap-back, distraction, teste de elevação da bochecha, boca aberta (ver Cap. 26).
- Princípio: “alongar o curto + tensionar o fraco”. Muitas vezes envolve cantoplastia/strip + liberação + enxerto.

30.6.5 5) Assimetria (sulco, contorno, show escleral)

- **Até 3 meses:** presuma edema e assimetria de cicatrização; documente e siga protocolo.
- **Após 6 meses:** classifique causa (ptose, ressecção assimétrica, cicatriz) e escolha resgate (lipoenxertia, touch-up conservador, correção funcional).

30.6.6 6) Nódulos, granulomas e irregularidades (gordura / enxertos)

- **Primeiro:** diferenciar nódulo inflamatório vs. óleo/necrose gordurosa vs. cicatriz.
 - Conduta: escalar conservador → procedimentos focais. Evitar “soluções agressivas” em pálpebra fina.
-

30.7 Revisões: política de cobrança (modelo sustentável)

30.7.1 1) Defina antes da cirurgia (não na crise)

A regra precisa estar no consentimento e ser verbalizada:

Modelo recomendado (prático e justo): * **Dentro de 12 meses:** isenção de honorários médicos para revisões necessárias, **com cobrança de custos** (anestesia, sala, materiais, taxas).

- Fora de 12 meses: honorários reduzidos ou tabela específica de revisão.
- Casos funcionais/urgências: política diferenciada (prioridade clínica; cobrança transparente de custos).

30.7.2 2) Classifique a revisão (para não virar refém)

- **Biologia previsível:** cicatriz/edema/assimetria leve → acompanhamento e eventual ajuste.
- **Complicação técnica real:** correção com postura de responsabilidade.
- **Expectativa/percepção (perfil dismórfico):** protocolo de comunicação + limites claros; evitar “revisões em cascata”.

PÉROLA CLÍNICA

30.7.3 Regra Prática: “Revisão não é reembolso do valor”

Revisão é um **novo ato** (tempo, risco, equipe, estrutura).

O que protege a relação é: **ser generoso no cuidado e ser claro no contrato.**

Frase padrão (sem arrogância):

“Meu compromisso é te acompanhar e corrigir o que for necessário. Em revisões dentro da janela combinada, eu não cobro meus honorários, mas existem custos de centro cirúrgico e anestesia que são do ato.”

30.8 Erros comuns (e como resgatar)

- **Postura defensiva imediata**
- *Consequência:* quebra de aliança terapêutica e escalada do conflito.
- *Prevenção:* linguagem objetiva + plano datado.
- *Resgate:* reaproximação ativa: retornos curtos, fotos seriadas, explicação de timeline.
- **Operar cicatriz imatura**
- *Consequência:* sangramento, pior fibrose, resultado pior que o original.
- *Prevenção:* respeitar janela de maturação (≈ 6 meses) salvo urgência funcional.
- *Resgate:* tratamento conservador prolongado + revisão no tempo certo.
- **Corticoide intralesional “às cegas”**
- *Consequência:* atrofia, hipopigmentação, “dent” palpebral.
- *Prevenção:* micro-doses, diluição, plano correto e indicação precisa.
- *Resgate:* manejo tardio com enxertia/volume conforme necessidade.

- Prometer “perfeição” como meta
- *Consequência*: qualquer imperfeição vira “falha”.
- *Prevenção*: enquadrar objetivo como **melhoria + segurança**.
- *Resgate*: renegociar expectativa com fotos, medidas e critérios realistas.

30.9 Notas de “arte” (A conversa difícil)

Complicação bem gerida pode fortalecer reputação — não por “carinho”, mas por **controle**:

- presença,
- documentação,
- roteiro,
- retaguarda,
- limites.

O paciente perdoa biologia. Não perdoa abandono.

30.10 Referências

- Protocolos de emergência para hematoma retrobulbar ([[REF:HASS-2004]]) Hass.
 - Gestão psicológica do paciente insatisfeito em cirurgia plástica ([[REF:GORNEY-1999]]) Gorney).
 - Algoritmos para correção de ectrópio pós-blefaroplastia ([[REF:MCCORD-1995]]) McCord / Fagien). * * *
-

Capítulo 31

Bibliografia Mestre

Referências organizadas por ID curto. Formato: Vancouver simplificado.

Use [[REF:ID]] nos capítulos para referenciar.

Nota clínica: Esta lista inclui tanto referências citadas no texto quanto obras de consulta/leitura recomendada. IDs não citados diretamente servem como base teórica complementar.

31.1 Anatomia & Envelhecimento

- [MENDELSON-2008] Mendelson BC, Muzaffar AR, Adams WP Jr. Surgical anatomy of the midcheek and malar mounds. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(3):885-96.
 - [ROHRICH-2008] Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(7):2219-27.
 - [PESSA-2008] Pessa JE, Rohrich RJ. Discussion: aging of the facial skeleton. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(6):2239-40.
 - [ZIDE-1985] Zide BM, Jelks GW. *Surgical anatomy of the orbit.* Raven Press; 1985.
 - [KNIZE-2001] Knize DM. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(7):1321-33.
 - [LAMBROS-2007] Lambros V. Observations on periorbital and midface aging. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(5):1367-76.
-

31.2 Exame & Vetores

- [JELKS-1993] Jelks GW, Jelks EB. Preoperative evaluation of the blepharoplasty patient: bypassing the pitfalls. *Clin Plast Surg.* 1993;20(2):213-23.

- [FLOWERS-1993] Flowers RS. Upper blepharoplasty by eyelid invagination. Clin Plast Surg. 1993;20(2):193-207.
 - [BODIAN-1982] Bodian M. Blepharoptosis and Hering's law. Arch Ophthalmol. 1982;100(4):543-4.
-

31.3 Consulta & Expectativas

- [SARWER-2006] Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. Body Image. 2004;1(1):99-111.
 - [GORNEY-1999] Gorney M. Recognition and management of the patient unsuitable for aesthetic surgery. Plast Reconstr Surg. 1999;104(1):327-31.
-

31.4 Blefaroplastia Superior

- [FAGIEN-1999] Fagien S. Algorithm for blepharoplasty. Plast Reconstr Surg. 1999;104(4):1093-100.
 - [REES-1984] Rees TD. Blepharoplasty and facialplasty. In: Rees TD, ed. Aesthetic Plastic Surgery. WB Saunders; 1984.
-

31.5 Blefaroplastia Inferior & Gordura

- [HAMRA-1995] Hamra ST. The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery: a new concept. Clin Plast Surg. 1996;23(4):677-88.
 - [GOLDBERG-1998] Goldberg RA. Transconjunctival orbital fat repositioning: transposition of orbital fat pedicles into a subperiosteal pocket. Plast Reconstr Surg. 2000;105(2):743-8.
 - [HIDALGO-2011] Hidalgo DA. An integrated approach to lower blepharoplasty. Plast Reconstr Surg. 2011;127(1):386-95.
-

31.6 Cantopexia & Cantoplastia

- [ANDERSON-1979] Anderson RL, Gordy DD. The tarsal strip procedure. Arch Ophthalmol. 1979;97(11):2192-6.
- [MLADICK-1979] Mladick RA. Muscle suspension orbicularis oculi lift. Plast Reconstr Surg. 1993;91(3):406-15.

- [MCCORD-1995] McCord CD, Codner MA. Eyelid and Periorbital Surgery. Quality Medical Publishing; 2008.
-

31.7 Brow Lift & Terço Superior

- [CONNELL-1978] Connell BF. Eyebrow, face, and neck lifts for males. Clin Plast Surg. 1978;5(1):15-28.
 - [CASTANARES-1964] Castañares S. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. Plast Reconstr Surg. 1964;34:406-13.
-

31.8 Ptose Palpebral

- [PUTTERMAN-1975] Puttermann AM, Urist MJ. Müller muscle-conjunctival resection: technique for treatment of blepharoptosis. Arch Ophthalmol. 1975;93(8):619-23.
-

31.9 Festoons & Edema Malar

- [PERRY-2013] Perry JD. Treatment of malar bags (malar festoons). Facial Plast Surg Clin North Am. 2016;24(3):351-5.
 - [KPODZO-2014] Kpodzo DS, et al. Algorithm for treatment of malar mounds and festoons. Plast Reconstr Surg. 2014;134(3):490e-500e.
-

31.10 Lipoenxertia

- [COLEMAN-1997] Coleman SR. Facial recontouring with lipostructure. Clin Plast Surg. 1997;24(2):347-67.
 - [TONNARD-2013] Tonnard P, Verpaele A, Peeters G, et al. Nanofat grafting: basic research and clinical applications. Plast Reconstr Surg. 2013;132(4):1017-26.
 - [MARTEN-2008] Marten TJ, Elyassnia D. Fat grafting in facial rejuvenation. Clin Plast Surg. 2015;42(2):219-52.
 - [COHEN-2017] Cohen SR, et al. Fat grafting strategies to rejuvenate the periorbital area. Clin Plast Surg. 2017;44(1):147-56.
-

31.11 Funcional & Reconstrução

- [COLLIN-1983] Collin JR. A Manual of Systematic Eyelid Surgery. Churchill Livingstone; 1983.
 - [WEISS-1979] Weiss JS, et al. Involutional entropion: a unified approach. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol. 1979;86(6):1018-24.
 - [TENZEL-1975] Tenzel RR. Reconstruction of the central one-half of an eyelid. Arch Ophthalmol. 1975;93(2):125-6.
 - [HUGHES-1937] Hughes WL. A new method for rebuilding a lower lid. Arch Ophthalmol. 1937;17:1008-17.
 - [CUTLER-1946] Cutler NL, Beard C. A method for partial and total upper lid reconstruction. Am J Ophthalmol. 1955;39(1):1-7.
 - [MUSTARDE-1966] Mustardé JC. Repair and Reconstruction in the Orbital Region. Churchill Livingstone; 1966.
-

31.12 Complicações & Emergências

- [HASS-2004] Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA, Flanagan JC. Incidence of post-blepharoplasty orbital hemorrhage and associated visual loss. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2004;20(6):426-32.
-

31.13 Fotografia & Documentação

- [GUNTER-2007] Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP Jr. Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters. Quality Medical Publishing; 2007. (Protocolos de fotografia adaptados.)
 - [HIRMAND-2010] Hirmand H. Anatomy and nonsurgical correction of the tear trough deformity. Plast Reconstr Surg. 2010;125(2):699-708.
-

31.14 Anestesia & Segurança

- [MOST-2007] Most SP. Analysis of outcomes following revision blepharoplasty. Arch Facial Plast Surg. 2008;10(4):226-30.
-

31.15 Pinch & Skin

- [PARK-2008] Park DM. Skin-only lower lid blepharoplasty as an alternative to skin-muscle flap. Arch Facial Plast Surg. 2008;10(6):411-6.
 - [RAMIREZ-2000] Ramirez OM. The central oval of the face: tridimensional endoscopic rejuvenation. Facial Plast Surg. 2000;16(3):283-98.
-

31.16 Massry (Midface/Festoons)

- [MASSRY-2012] Massry GG. The inverse relationship of midface and lower eyelid/cheek complex. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2012;28(6):431-8.
-

Nota clínica: Anos e números de páginas devem ser verificados/completados conforme a edição consultada.

Adicionar novas referências seguindo o padrão [AUTOR-ANO].

Capítulo 32

Fim do Manuscrito

Total: 30 capítulos | 0 faltando

