

# The Art of Eyelid Surgery

Cirurgia Palpebral e Periorbitária

Dr. Marcelo Cury

2026-01-08



# Sumário

<b>1</b>	<b>The Art of Eyelid Surgery</b>	<b>1</b>
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
<b>2</b>	<b>Notas legais, escopo e uso responsável (educacional)</b>	<b>3</b>
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
<b>3</b>	<b>Capítulo 01 — Introdução: a filosofia do rejuvenescimento (operar ≠ rejuvenes-</b>	<b>5</b>
	<b>cer)</b>	
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
<b>4</b>	<b>Capítulo 02 — Luz e sombra: unidades estéticas e continuidade periorbitária</b>	<b>11</b>
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
<b>5</b>	<b>Capítulo 03 — Envelhecimento multifatorial: deflation, ligamentos e osso</b>	<b>17</b>
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
<b>6</b>	<b>Capítulo 04 — Anatomia cirúrgica aplicada: lamelas, septo e ligamentos reten- tores</b>	<b>23</b>
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
<b>7</b>	<b>Capítulo 05 — Mapas de risco e erros de plano: zonas de segurança vs perigo</b>	<b>29</b>
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
<b>8</b>	<b>Capítulo 06 — Checklist mental do resultado “nota 10” (princípios replicáveis)</b>	<b>35</b>
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
<b>9</b>	<b>Capítulo 07 — Fotodocumentação estratégica: sem flash, com flash e padronização</b>	<b>39</b>
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
<b>10</b>	<b>Capítulo 08 — Exame físico: vetores, flacidez, testes e assimetrias</b>	<b>45</b>
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
<b>11</b>	<b>Capítulo 09 — Consulta e expectativa: alinhar pedido do paciente com necessidade anatômica</b>	<b>51</b>
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

<b>12 Capítulo 10 — Algoritmos por fenótipo: superior, inferior, terço médio e casos mistos</b>	<b>57</b>
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 sobranete” (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
<b>13 Capítulo 11 — Marcação e medidas: superior e inferior (conservadorismo e simetria)</b>	<b>63</b>
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
<b>14 Capítulo 12 — Anestesia, infiltração, hemostasia e pós imediato (segurança)</b>	<b>69</b>
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
<b>15 Capítulo 13 — Brow management: por que blef isolada falha (Connell) e indicações</b>	<b>75</b>
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
<b>16</b>	<b>Capítulo 14 — Técnicas de brow lift: temporal, endoscópico, Castañares modificado</b>	<b>81</b>
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 (frente 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
<b>17</b>	<b>Capítulo 15 — Blefaroplastia superior: pele, gordura (preservação) e glândula lacrimal</b>	<b>87</b>
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
<b>18</b>	<b>Capítulo 16 — Ptose associada no superior: quando reconhecer e como integrar ao plano</b>	<b>93</b>
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
<b>19 Capítulo 17 — Pálpebra inferior transconjuntival: preferências, septo e bolsas</b>	<b>99</b>
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
<b>20 Capítulo 18 — Transposição/redistribuição de gordura: sulco nasojugal e transição pálpebra-malar</b>	<b>105</b>
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
<b>21 Capítulo 19 — Manejo de pele no inferior: skin pinch e refinamentos sem descolamento amplo</b>	<b>111</b>
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 <i>Pinch</i> )	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
<b>22 Capítulo 20 — Festoon / edema malar: fisiopatologia e opções (orbicular, espaço pré-malar, resurfacing, excisão)</b>	<b>117</b>
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
<b>23 Capítulo 21 — Sustentação: quando cantopexia resolve e quando não resolve</b>	<b>123</b>
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
<b>24 Capítulo 22 — Cantopexia vs. Cantoplastia: indicações por vetor e flacidez</b>	<b>129</b>
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
<b>25 Capítulo 23 — Técnicas de canto lateral: Mladick, Tarsal Strip e McCord (e variações)</b>	<b>135</b>
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 $\pm$ <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
<b>26 Capítulo 24 — Microfat: coleta, preparo e injeção; zonas e volumes (justa-periostal)</b>	<b>141</b>
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
<b>27 Capítulo 25 — Nanofat e qualidade de pele: cicatrizes, olheiras, textura e micro-agulhamento</b>	<b>147</b>
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
<b>28 Capítulo 26 — Funcional e reconstrução: ectrópio/entrópio/retração e princípios das lamelas</b>	<b>153</b>
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
<b>29 Capítulo 27 — Reconstrução pós-tumor: retalhos clássicos (Tenzel, Hughes, Cutler-Beard, Mustardé)</b>	<b>159</b>
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 (Tarsconjuntival) — <b>Para Pálpebra Inferior</b> . . . . .	162
29.4.3 3) Cutler-Beard (Bridge Flap) — <b>Para Pálpebra Superior</b> . . . . .	163
29.4.4 4) Mustardé (Cervicofacial Rotation) — <b>Grandes defeitos do inferior</b> . . . . .	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
<b>30 Capítulo 28 — Complicações, revisões e gestão: prevenção, resgate e precificação</b>	<b>165</b>
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
<b>31 Bibliografia Mestre</b>	<b>173</b>
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
<b>32 Fim do Manuscrito</b>	<b>179</b>

# 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]

1ª 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 38ª 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  $\neq$  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 REJUEVENATIONG

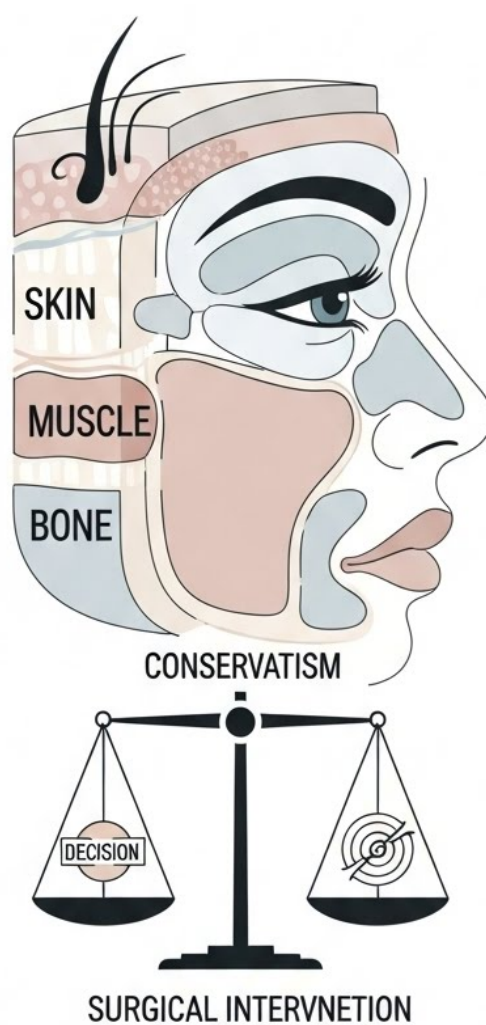


Figura 3.1: Figura 01.1 — Operar ≠ Rejuvenescer

- 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

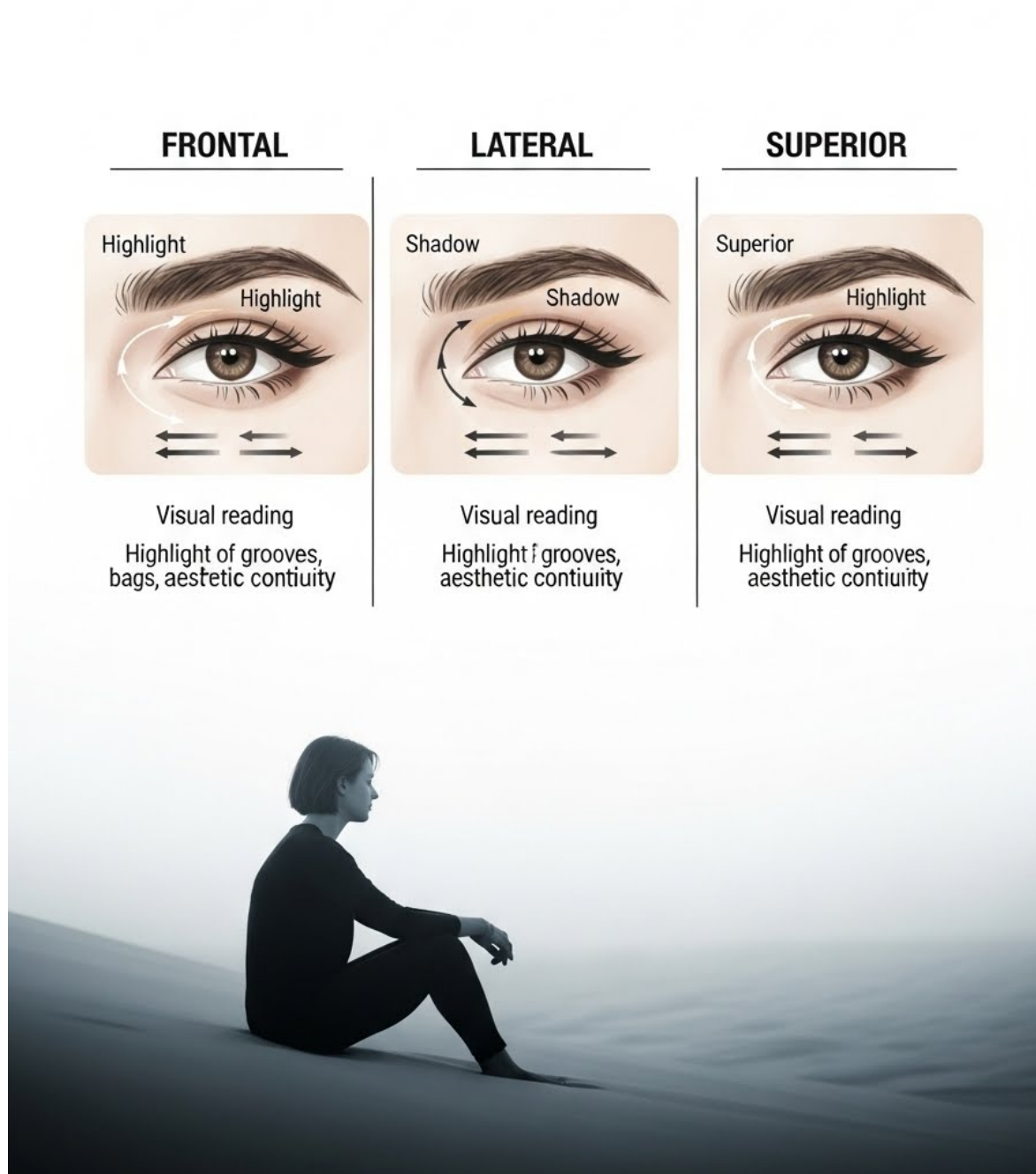


Figura 4.1: Figura 02.1 — Ilustração principal do capítulo



- **Sombra de ancoragem:** ligamento/aderência “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, sobancelha, 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-blefaropectomia subtrativa, 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 OSO

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

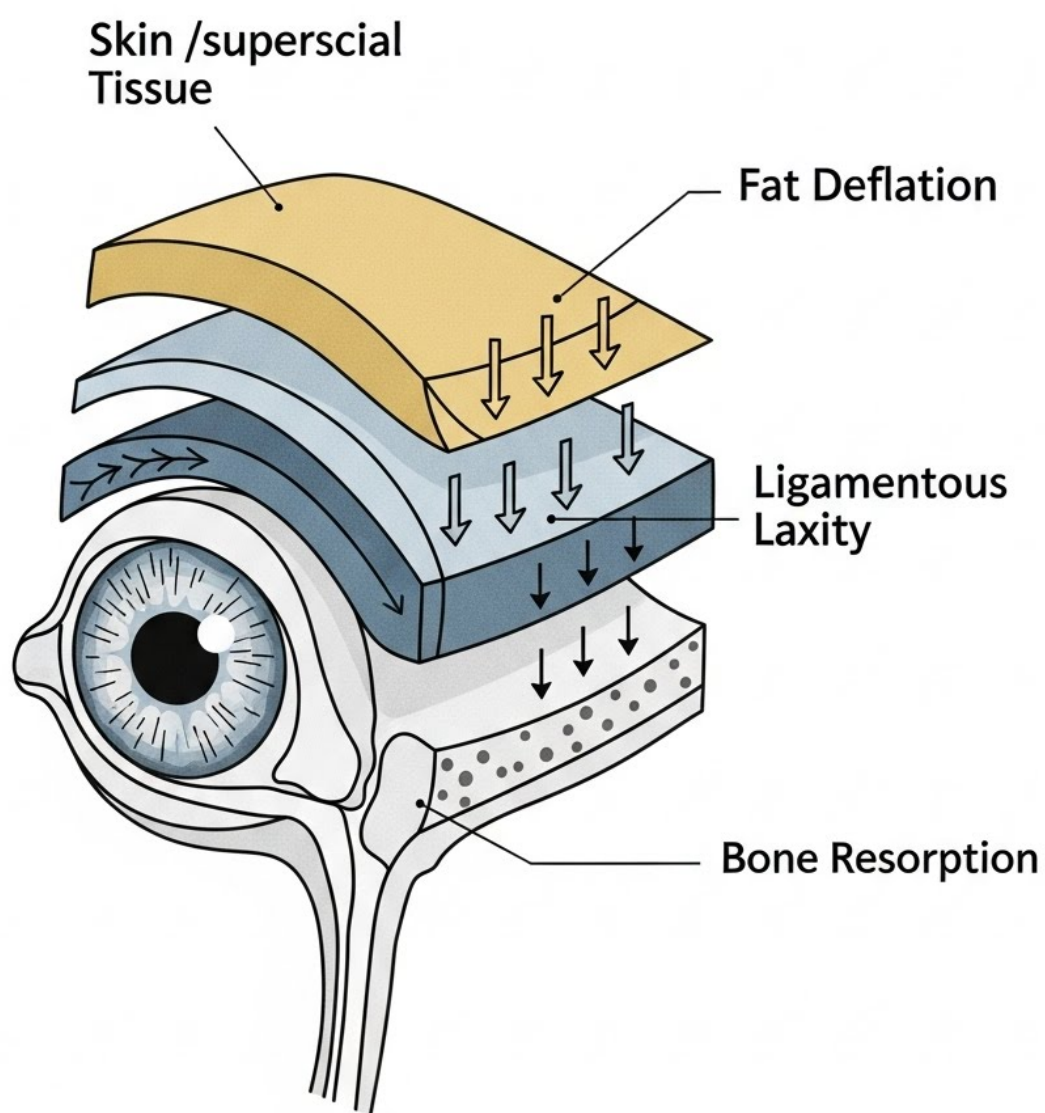


Figura 5.1: Figura 03.1 — Envelhecimento multifatorial

- **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 piora 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 trilamelar 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.

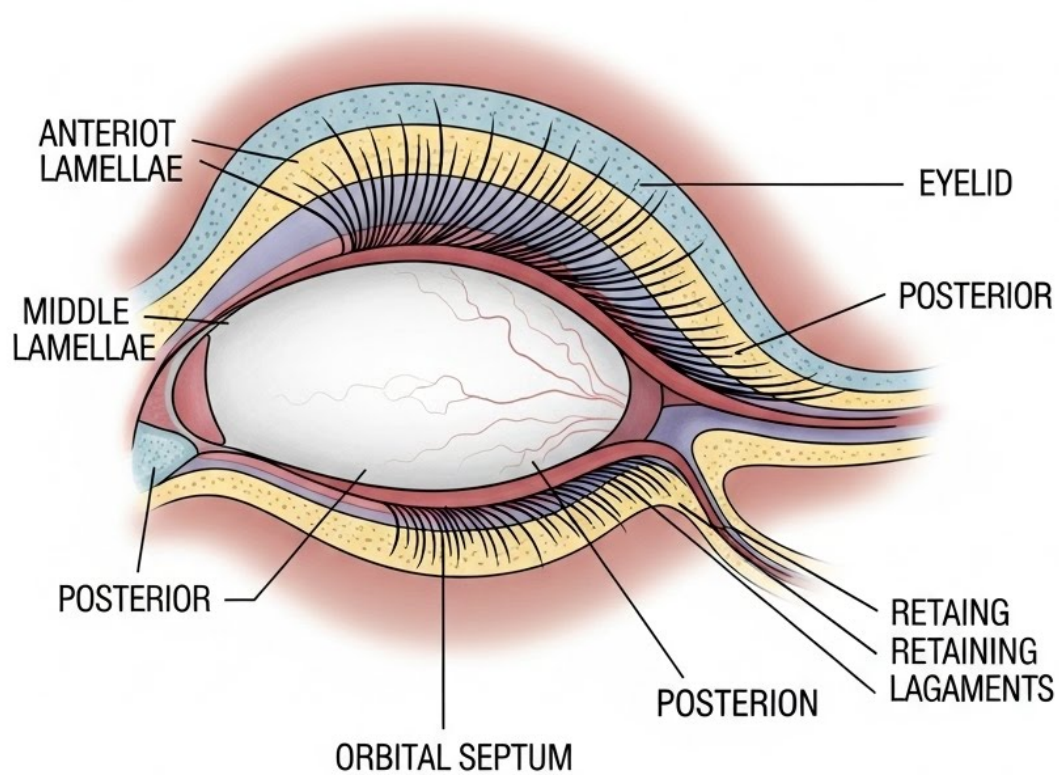


Figura 6.1: Figura 04.1 — Anatomia cirúrgica aplicada

- 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 grosseiro 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 torrafas 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 dissecação 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

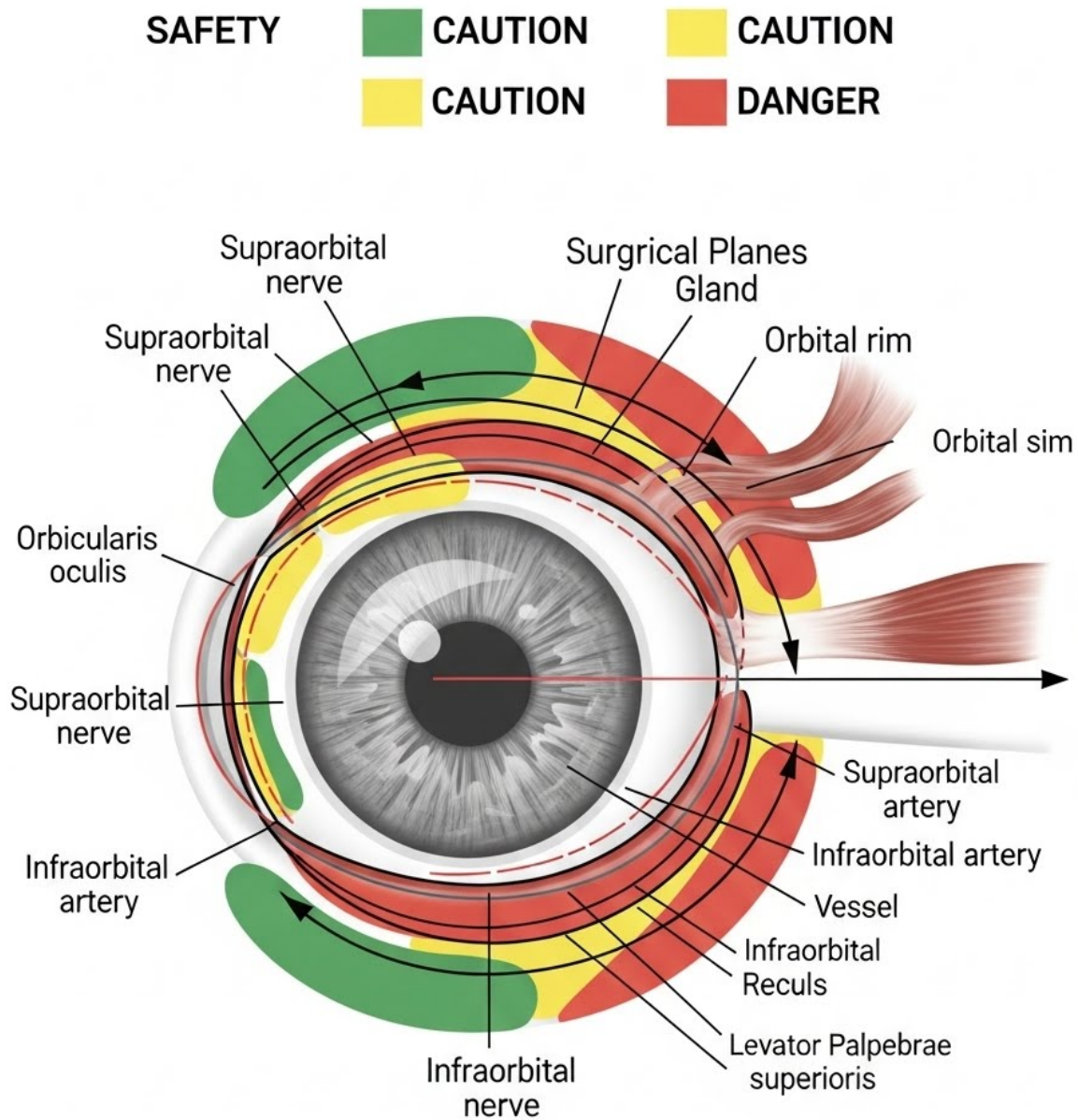


Figura 7.1: Figura 05.1 — Ilustração principal do capítulo

- 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 (sobancelha 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 irreais de eliminar rugas dinâmicas (pés de galinha), que tendem a persistir;
- edema malar crônico/festoons, que geralmente exigem lógica diferente da blefaroplasia 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 esquelizado.
- **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:HAMRA-1995]] Hamra — preservação/reposicionamento e lógica de transições.
- [[REF:PUTTERMAN-1975]] Putterman — 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-límbo 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 relief

**With direct flash**



Same framing and distance,  
Artificial reduction, reduction and  
Smooth and false periocular region

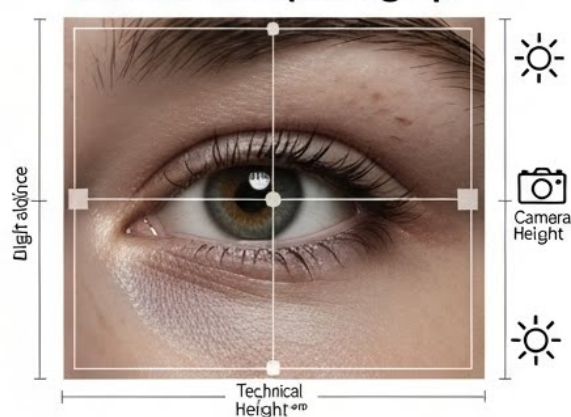
**Visual flattening**



**Pupils reflex**

Loss of anatomical reading

**Standardized photograph**



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

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), supravisão (olhar para cima), fechamento suave, sorriso (pés 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).

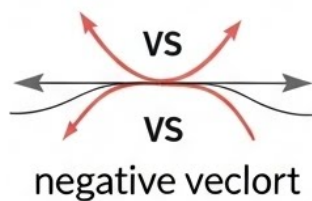
#### PÉROLA CLÍNICA

#### 10.2.1 Checklist de segurança (pré-op)

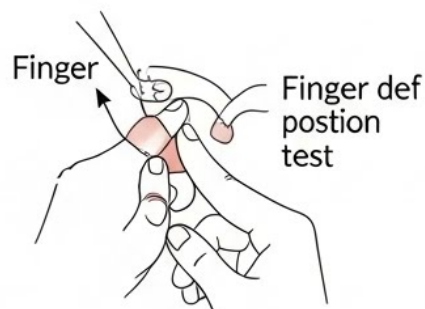
- ☐ **Vetor orbital:** positivo / neutro / negativo

## PERIOCCULAR REGION

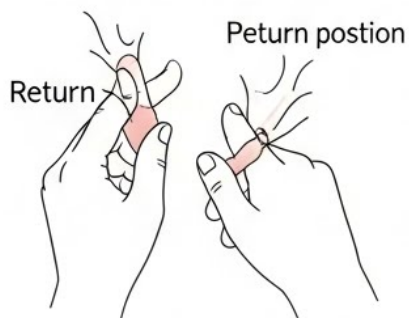
### Eyelid traction



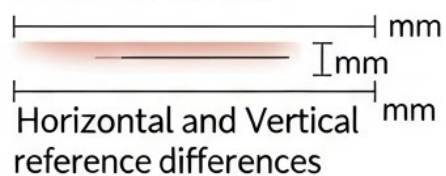
### Snap-back test



### Snap-back test



### Distraction test Lateral traction



### Eyelid asymmetries

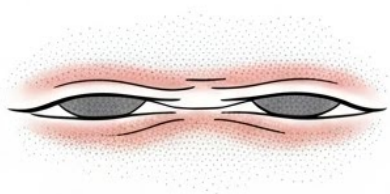


Figura 10.1: Figura 08.1 — Ilustração principal do capítulo

- ☐ **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 sobancelha, 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** (peixia/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: alinhar 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 + herniação real);

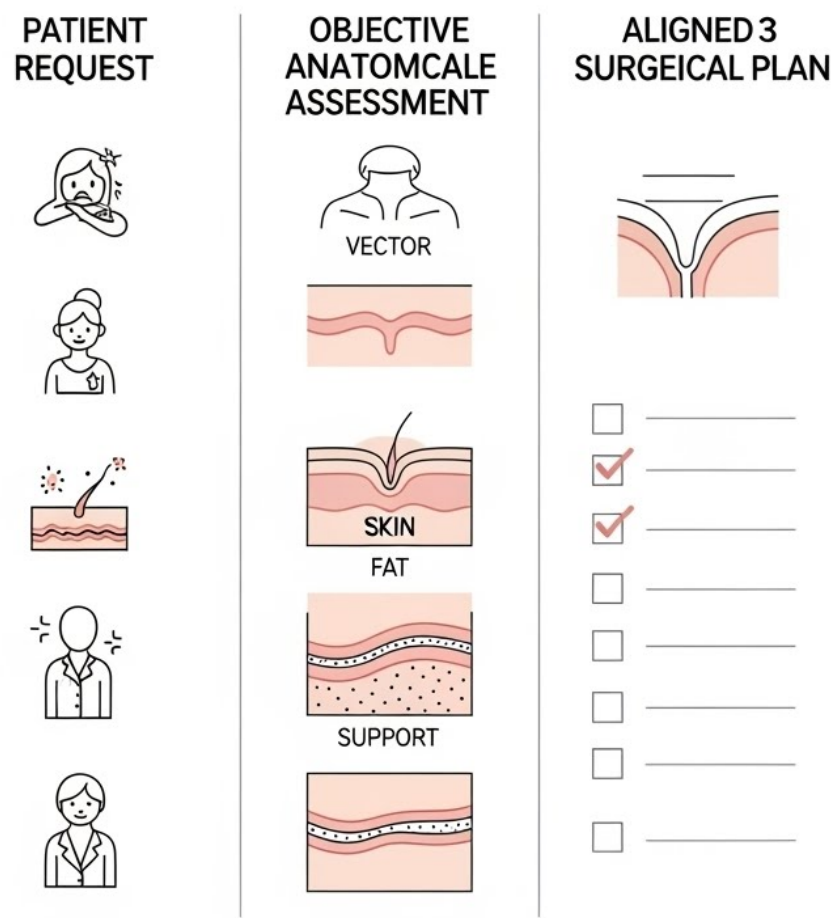


Figura 11.1: Figura 09.1 — Ilustração principal do capítulo



- 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 (pés 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 sobrançelha pode parecer cair; isso deve ser antecipado e discutido.
- **Transição pálpebra-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;

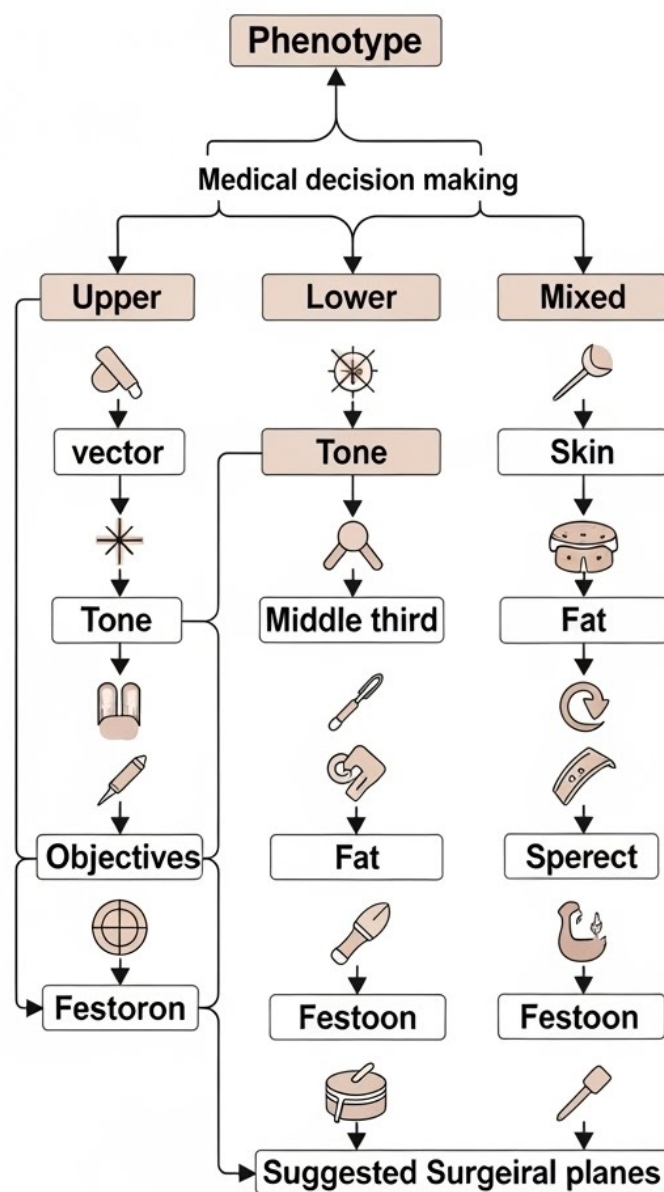


Figura 12.1: Figura 10.1 — Ilustração principal do capítulo

- 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 sobre” por deflação/frouxidão
- ☐ Inferior (bolsa): protrusão verdadeira (septal) vs pseudobolsa (edema/festoon)
- ☐ **Tônus:** 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 pálpebra-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” pálpebra-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 (suspensão e/ou volume) para reconstituir a transição, em vez de tratar apenas a pálpebra.

#### PÉROLA CLÍNICA

### 12.5.4 Regra prática: teste da “pele sobrando” (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:HAMRA-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*.

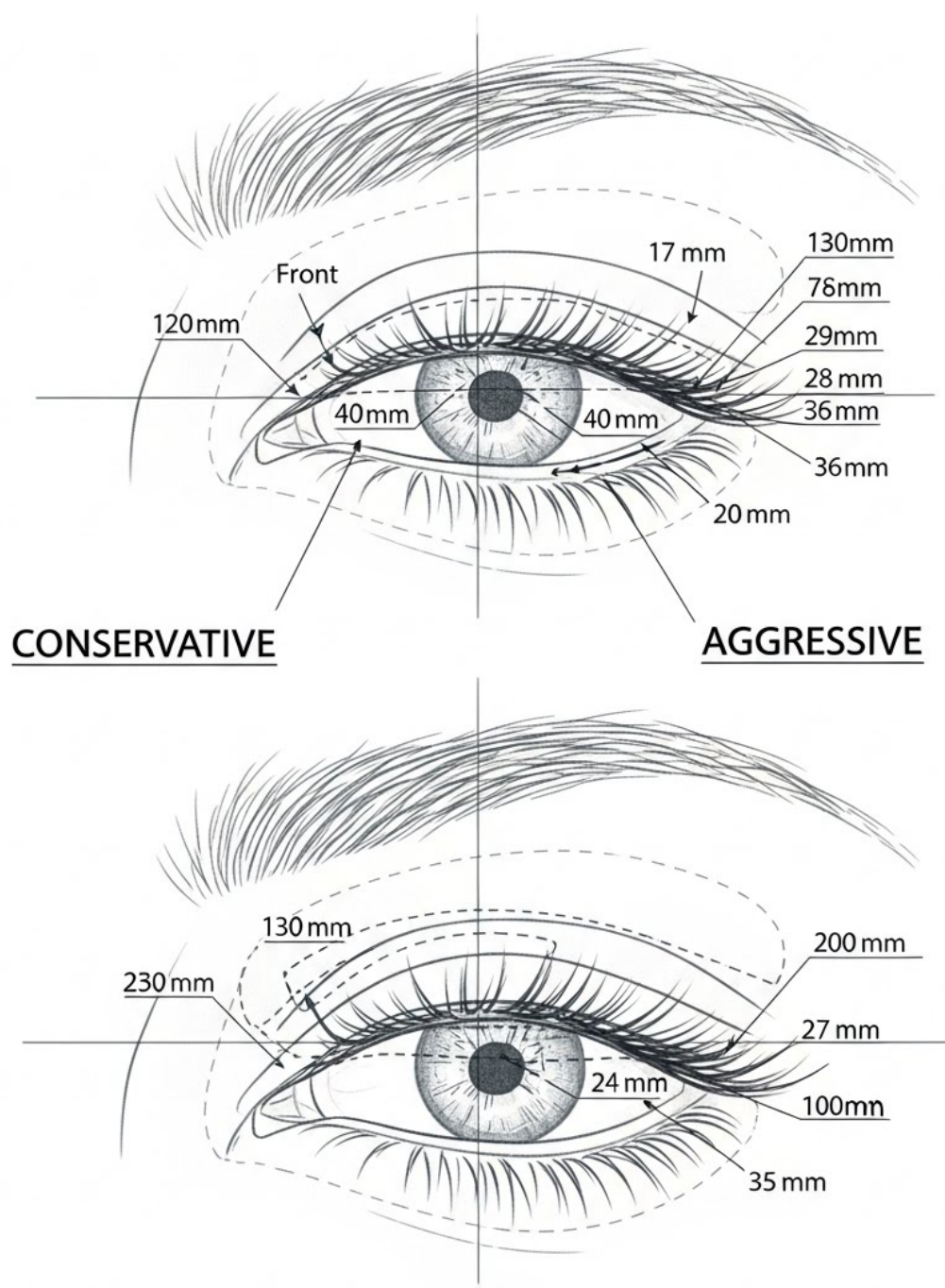


Figura 13.1: Figura 11.1 — Ilustração principal do capítulo

## 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 ( $\approx 2$  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 ( $\approx 1-2$  mm, conservadora).

### 13.5.3 Variações e indicações

- **Homens:** sulco mais baixo ( $\approx 7-8$  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 sobrelanceiras 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 (lagofthalmo) **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.

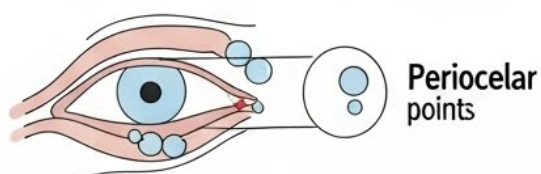
### 14.3 Indicações e contra-indicações

**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;

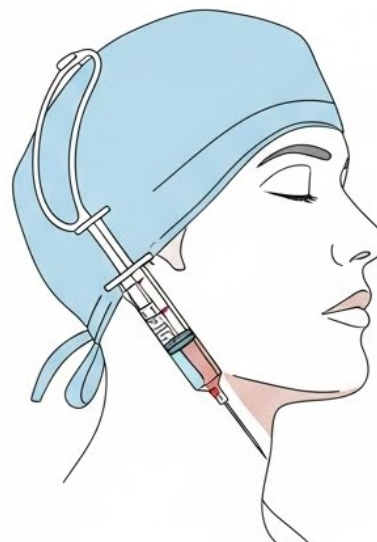
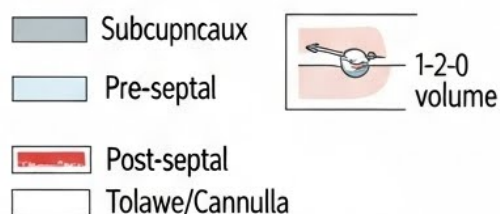
- pacientes hipertensos controlados, com monitorização hemodinâmica adequada.

## PERIOCEAR REGON

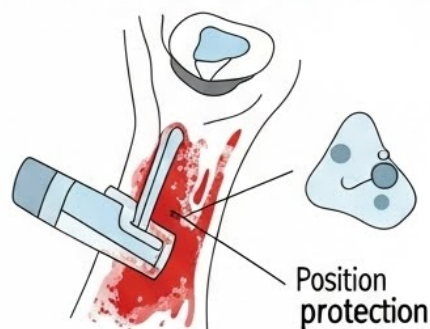
### 1. PERIOULAR INFILIRATION POINTS



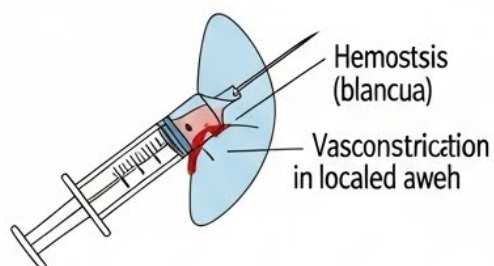
### 2. ANATOMICAL INFILIRATION



### 3. IMMEDIATE POSTPERAITE PEROD



### 3. VOLUME AND INSTRUMENTS



### 5. IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD

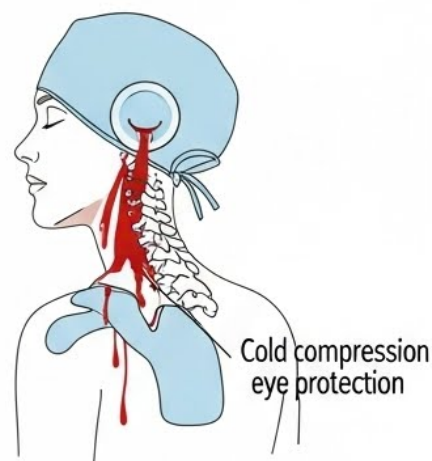
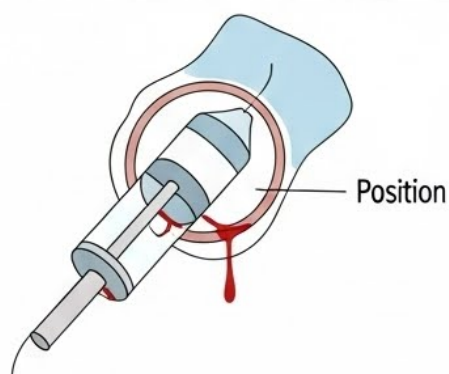


Figura 14.1: Figura 12.1 — Ilustração principal do capítulo

**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 responsivo 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/intraorbital 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, cabeça 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 cabeça, 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

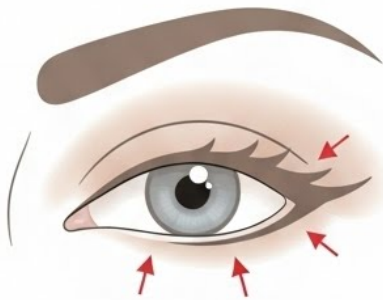
### 15.1 Objetivo do capítulo

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”)

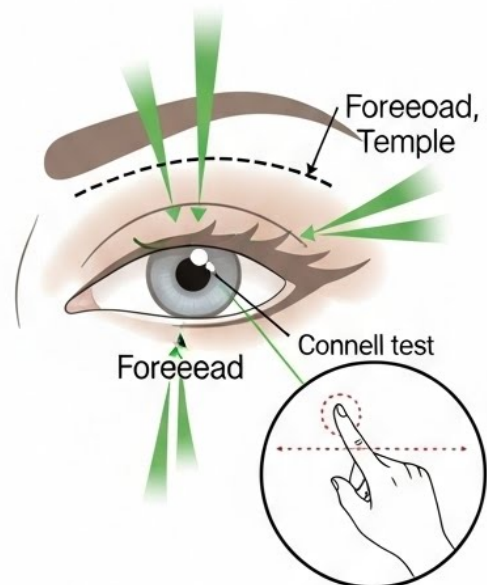
- **Princípio da cortina e do varão:** a pálpebra é a cortina; o supercílio é o varão. Se o “capuz” aumenta porque o varão caiu, cortar a cortina sem reposicionar o varão encurta o terço superior e desequilibra as proporções.
- **Sinal de Connell (a armadilha):** pacientes com ptose de supercílio usam 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”.

## ISOLATED BLEPHAROPLASTY



The solated Blepharoyelids  
frecebr onesty a the eyelid  
poredrosty ous be ufam the  
surgieral eyelids

## INTEGRATED EYEBROW MANAGEMENT



The pordesting anebting the  
Eyebrow effect. The eyebrow  
effect on the assthe, sintile  
**periorbital area**

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 lagofalmo:** 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 paralisia facial), com custo de cicatriz mais visível.
4. Lifting endoscópico/coronal: reposicionamento global de frente/glábela (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 super-ressecção 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 piorar 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 Inicction

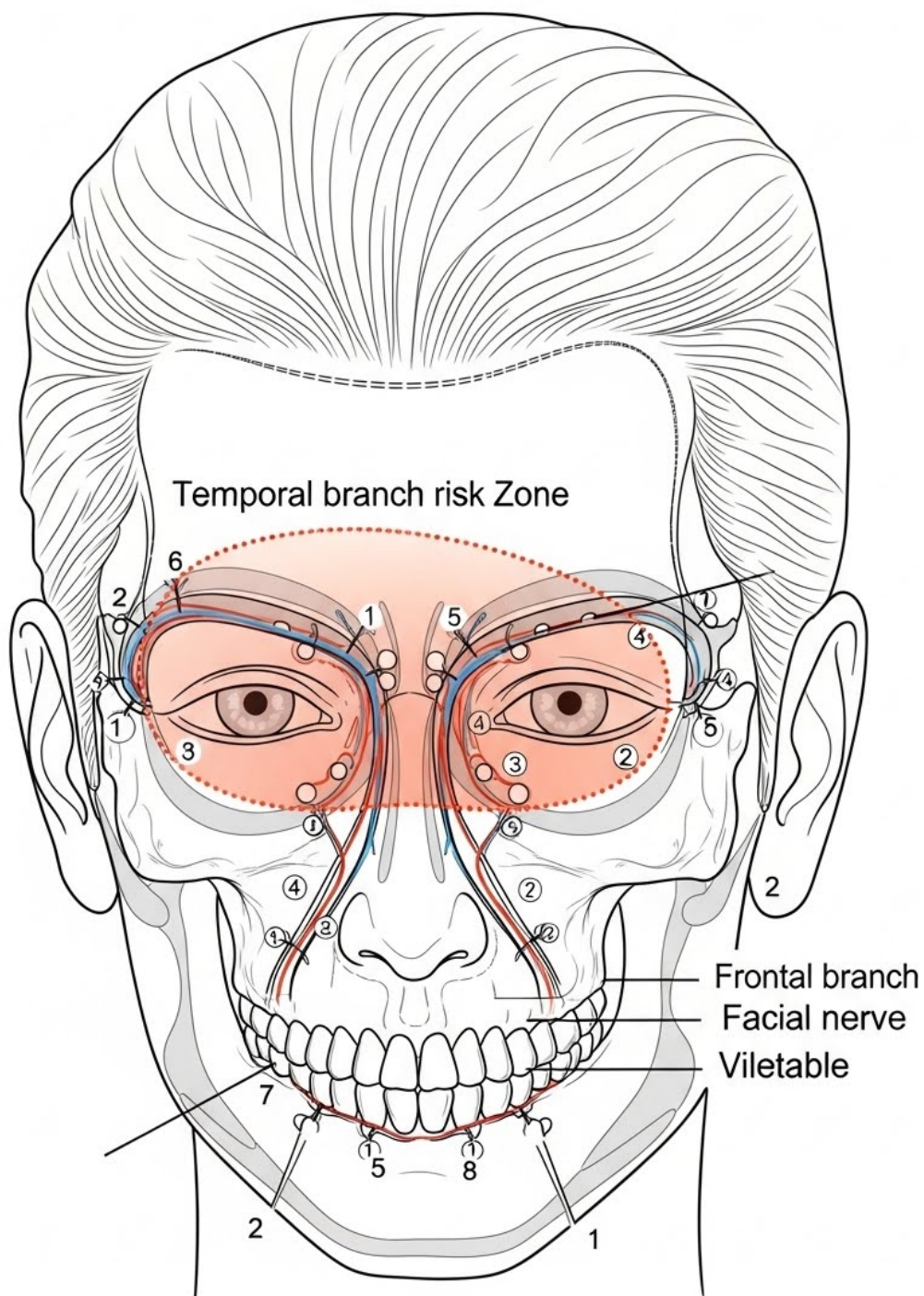


Figura 16.1: Figura 14.1 — Ilustração principal do capítulo

## 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 glabella (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 Castañares (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;

- **Castañares 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 sentinela:** se identificada na dissecação temporal, redobre atenção ao plano (estrutura de alerta anatôm).
- ☐ **Plano de dissecação:** temporal em plano seguro sobre a fáscia temporal profunda; frente 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 aderências 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 (frente 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:** fusão 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.
- **Ressecção:** 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 prolapso 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 prolapso lacrimal/ROOF;
- assimetria de sulco palpebral (considerar ptose e assimetria óssea associadas).

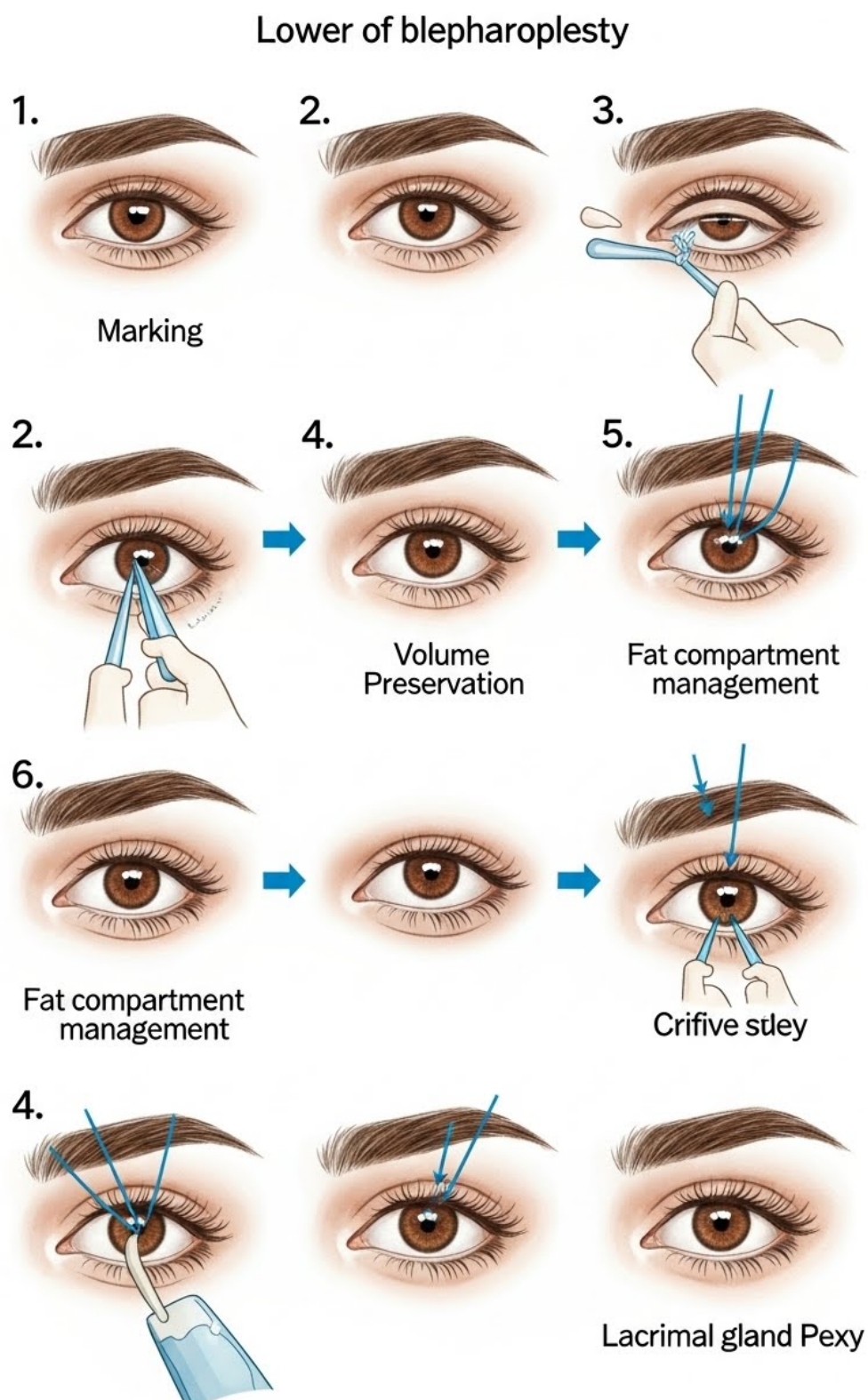


Figura 17.1: Figura 15.1 — Ilustração principal do capítulo

**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 entreaberto.

## 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

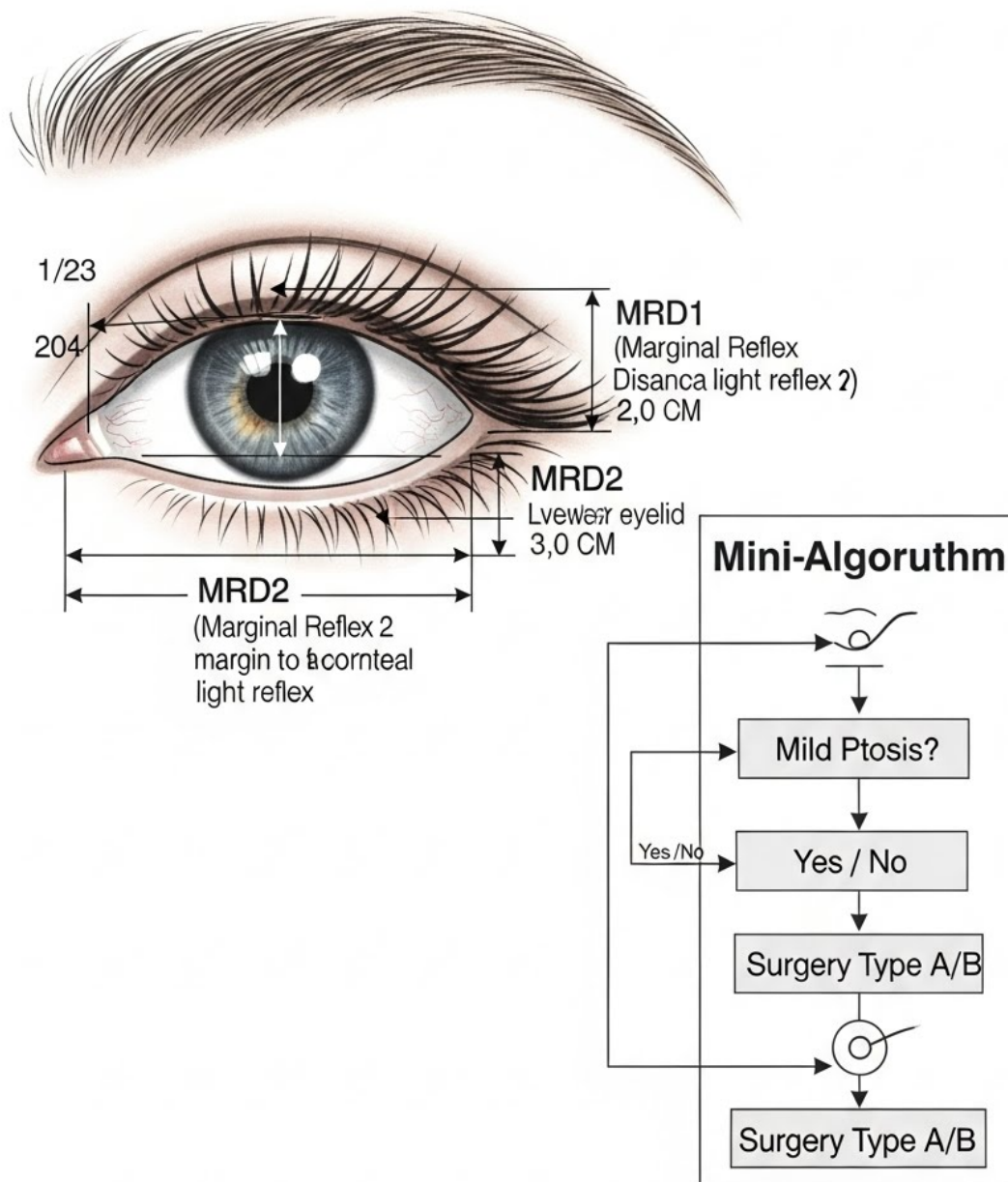


Figura 18.1: Figura 16.1 — Ilustração principal do capítulo

- 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  $\pm$  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 (Mülerectomy/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:** lagoftalmo, 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  $\sim 1\text{--}2$  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 dissecação “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

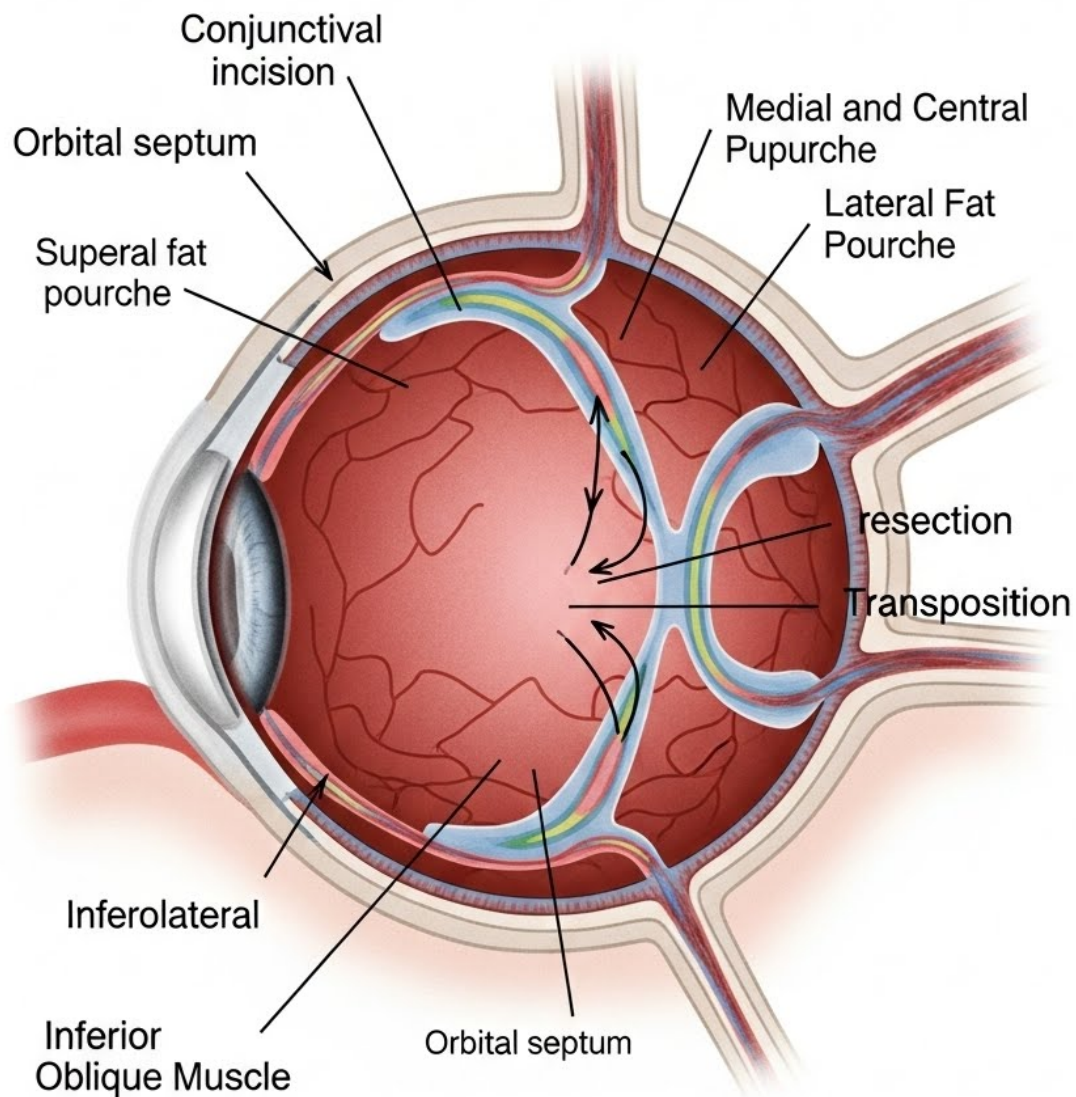


Figura 19.1: Figura 17.1 — Ilustração principal do capítulo



## 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 complicação.
- ☐ 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 dissecação.
  - 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 lacri-mal/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 tónus 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 clampar 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 + dissecação 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/ectrópio 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:HAMRA-1995]].
  - Preservação/redistribuição de gordura e arcus marginalis [[REF:HAMRA-1995]]. \* \* \*
-

## Capítulo 20

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

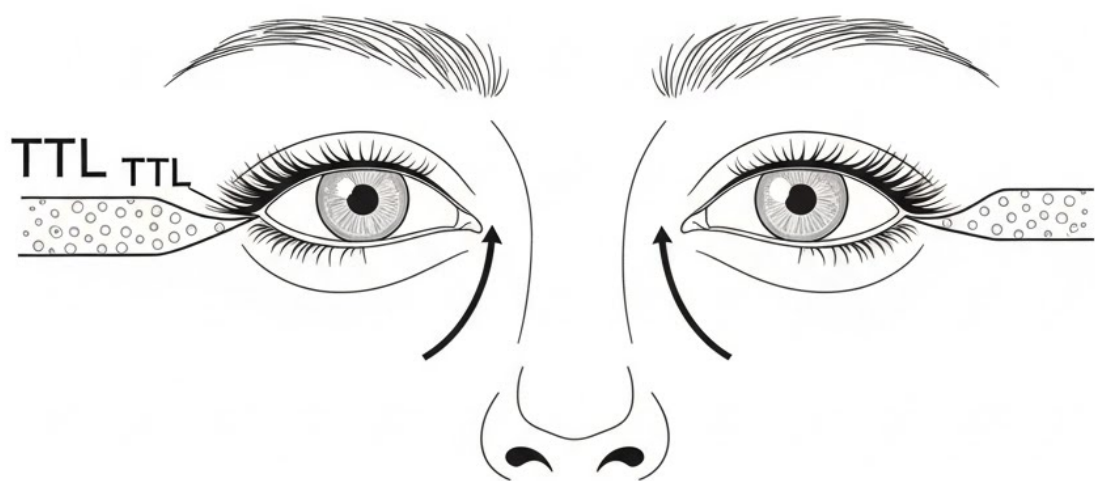
**Parte:** Parte IV — Inferior e Terço Médio

### 20.1 Objetivo do capítulo

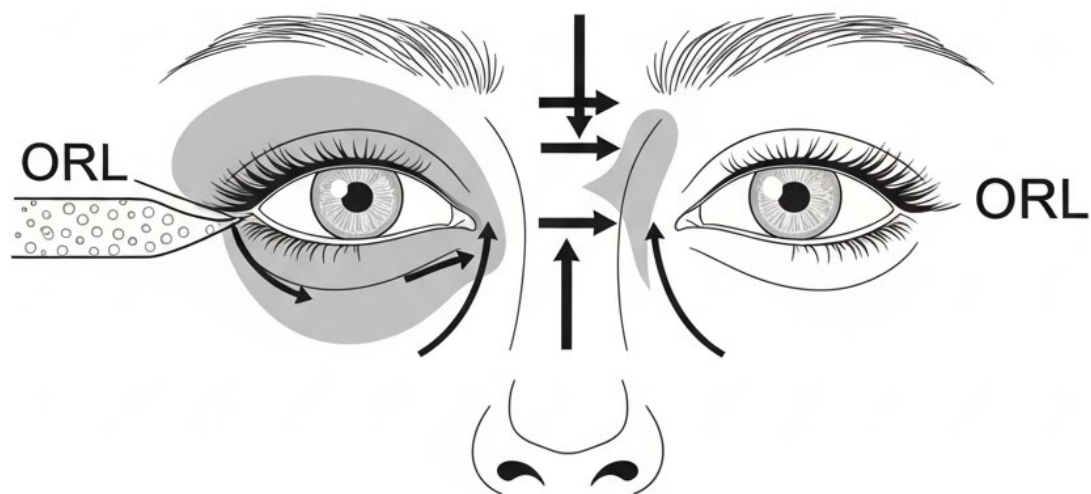
Ao final, o leitor dominará os princípios de **nivelar convexidade (bolsa)** e **preencher concavidade (sulco)** com abordagem de preservação, aprendendo a liberar as estruturas retentoras e reposicionar gordura para restaurar uma transição contínua na junção pálpebra-malar.

### 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 mediais 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 dissecação.
- **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/preenchimento) 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 dissecação 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

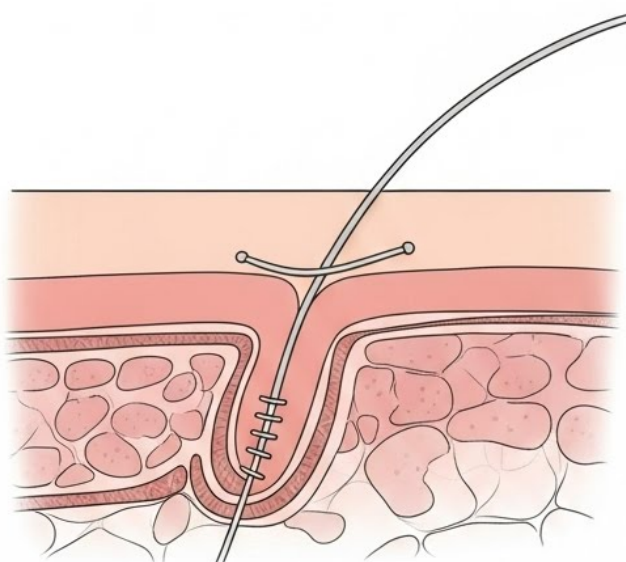
Ao final, o leitor dominará a técnica de **skin pinch** para ressecar **excesso cutâneo real** da pálpebra inferior **sem descolamento amplo** e, quando bem indicada, sem violar o orbicular, reduzindo o risco de retração palpebral associada a disseções extensas e tensão excessiva.

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

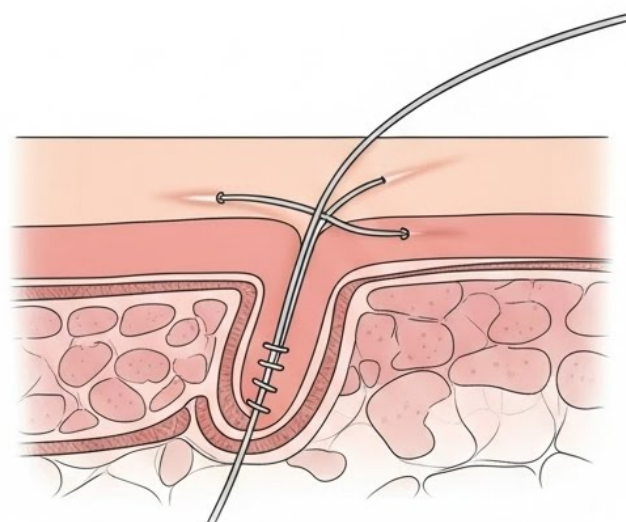
- **Pele ≠ sustentação:** tentar “corrigir frouxidão” removendo pele é erro conceitual. A pele é cobertura; o suporte é **tarso–cantal/ligamentar**. Se há frouxidão horizontal, ela é tratada com **suporte cantal**, não com tração cutânea.
- Preservação de planos e fisiologia: descolamentos amplos aumentam 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 retalho 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 ☐ planejar suporte cantal).
- ☐ **Teste em máxima tensão vertical:** paciente olhando para cima + boca aberta (ou manobra equivalente).
- ☐ **Vetor:** vetor negativo ☐ 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.

### ☐ 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 estritamente 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 dissecação:** 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

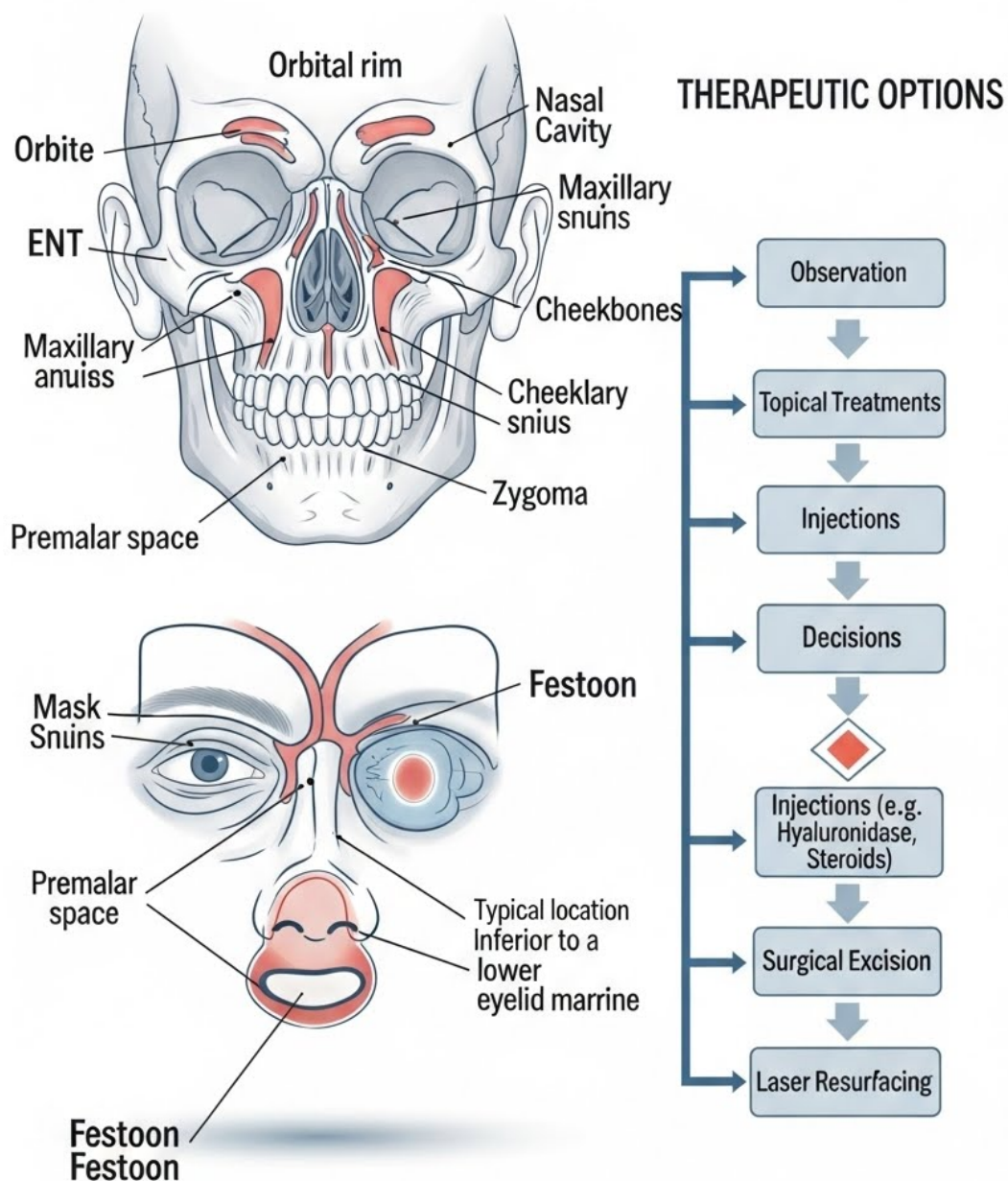


Figura 22.1: Figura 20.1 — Ilustração principal do capítulo

## 22.3 Indicações e contra-indicações

**Indicar abordagem específica quando:** - há “**dúpla 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 compartimentalizam 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; rinosinusite/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, “drape”)

- **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 (corrige a 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 meticulosa 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 lagofthalmo/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

## Criteria

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

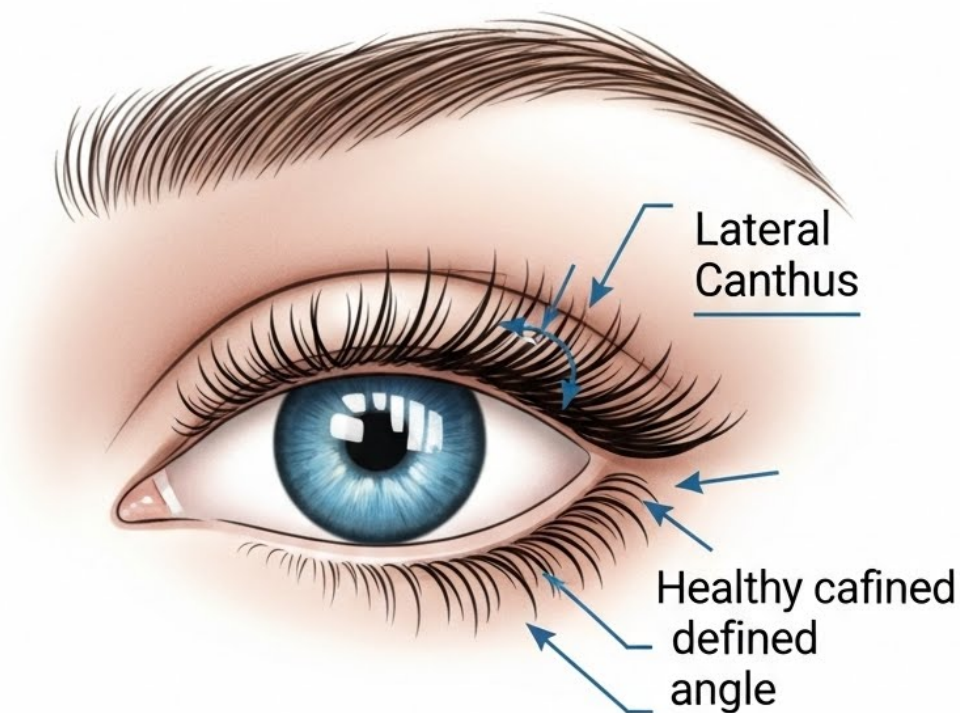


Figura 23.1: Figura 21.1 — Ilustração principal do capítulo



## 23.2 Indicações e contra-indicações

**Indicar Cantopexia (Reforço):** \* Profilaxia em blefaroplastia inferior (transconjuntival ou transcutânea) quando há **laxidade 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 pósterosuperior).
- **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 (pósterosuperior) □ 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 hipercorreção 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]] Mc-Cord. \* \* \*
-

## 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.

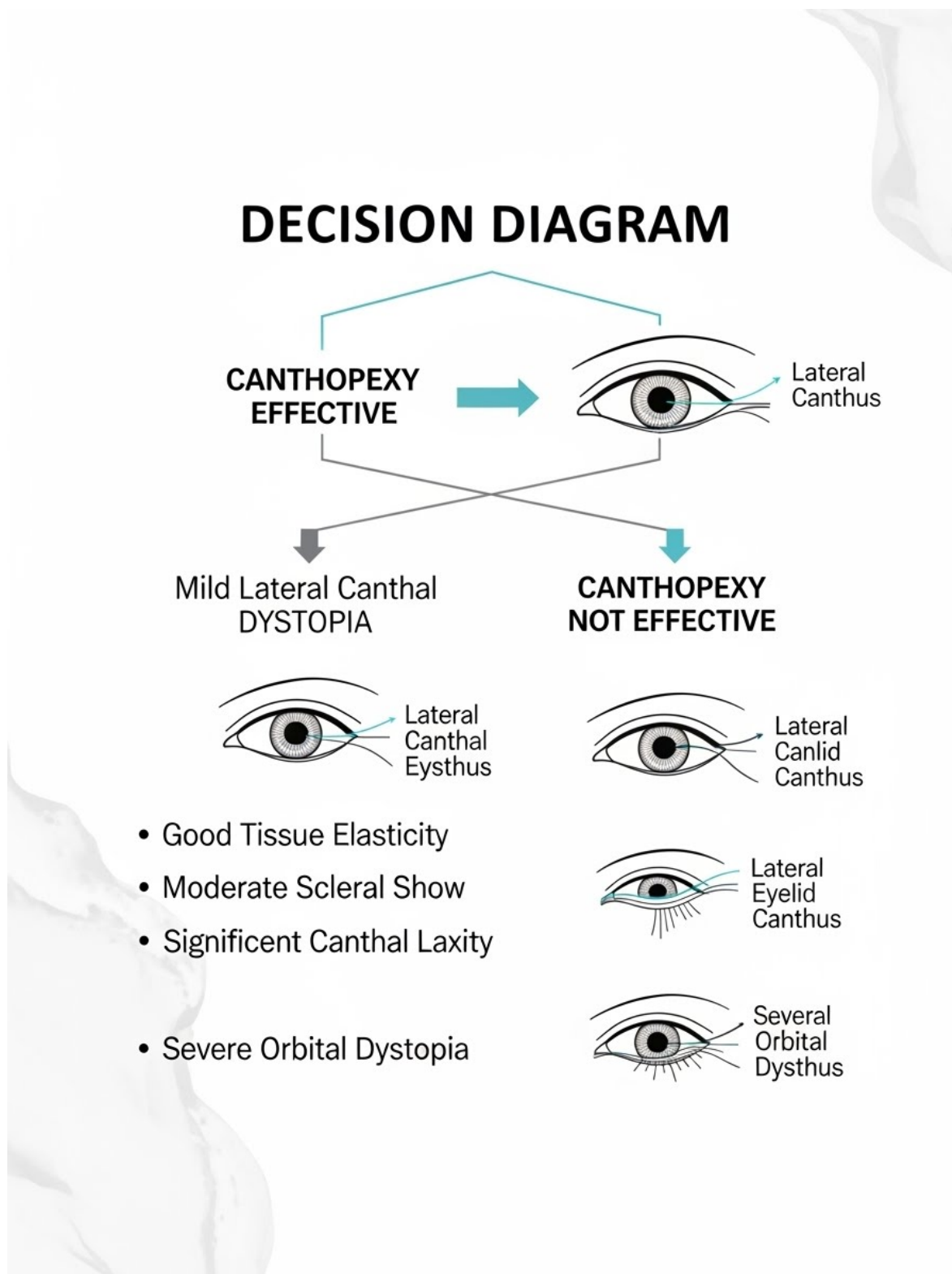


Figura 24.1: Figura 22.1 — Ilustração principal do capítulo

- 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* ≥ 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: Pexy vs. Strip (objetivo e rápido)

- **Distraction Test:** < 6 mm (Pexy provável) vs. ≥ 6–8 mm (Strip provável).
- **Snap-back:** imediato (Pexy) vs. lento/incompleto (Strip).
- **Vetor orbital:** positivo/neutro (Pexy 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/realinhamento.
- **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 (pósterio-superior) mantém a pálpebra aposta 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 ( $\approx$  8–12 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.
- **Hipercorreção 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:**

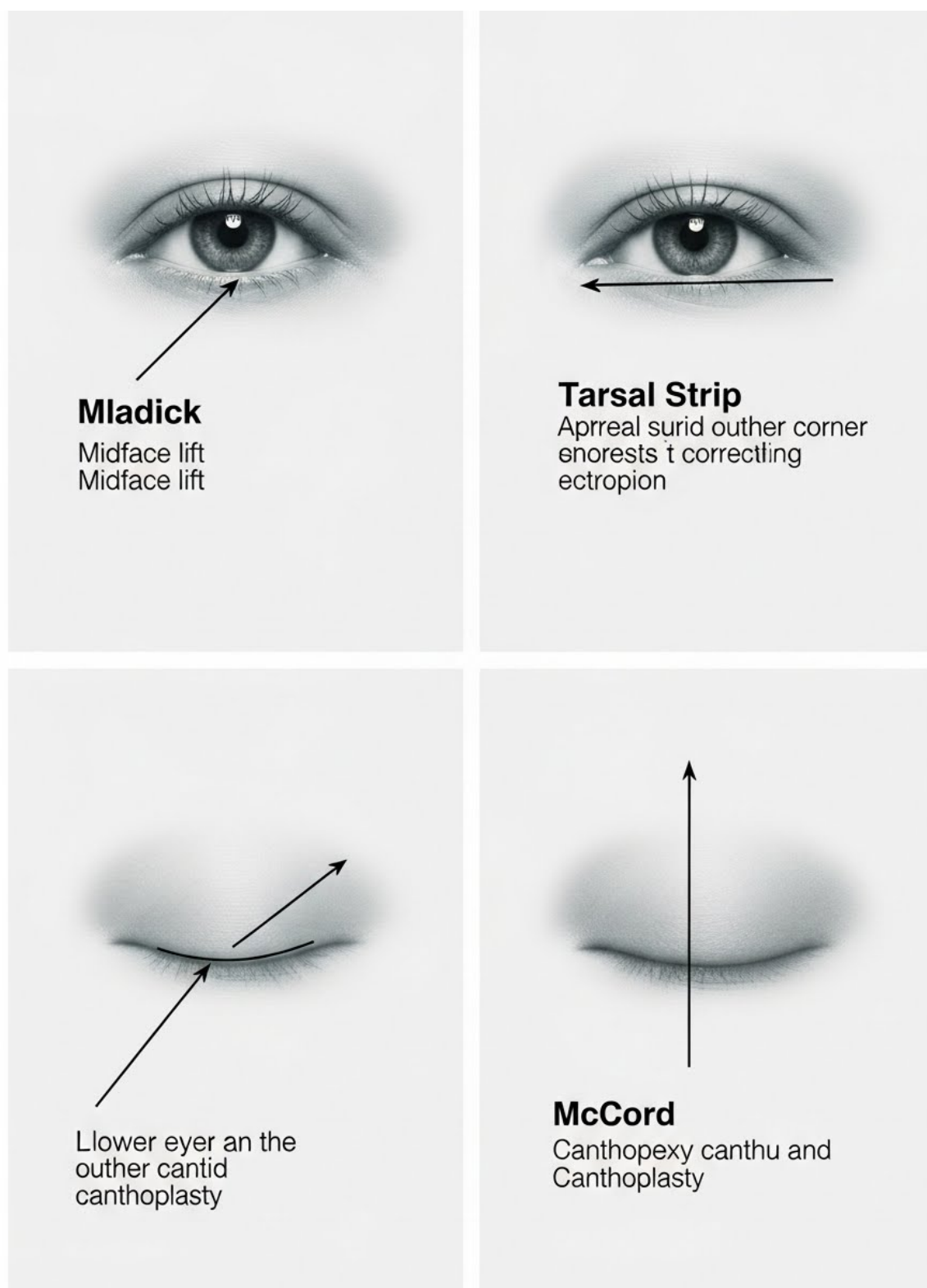


Figura 25.1: Figura 23.1 — Ilustração principal do capítulo

- 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 ( $< \sim 6\text{mm}$ ) ☐ considerar Mladick/pexy; moderado-severo ( $\geq \sim 6\text{--}8\text{mm}$ ) ☐ 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 / periósteo 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 rasgando).
- 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 $\pm$ *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/pósterio-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 pósterio-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”.

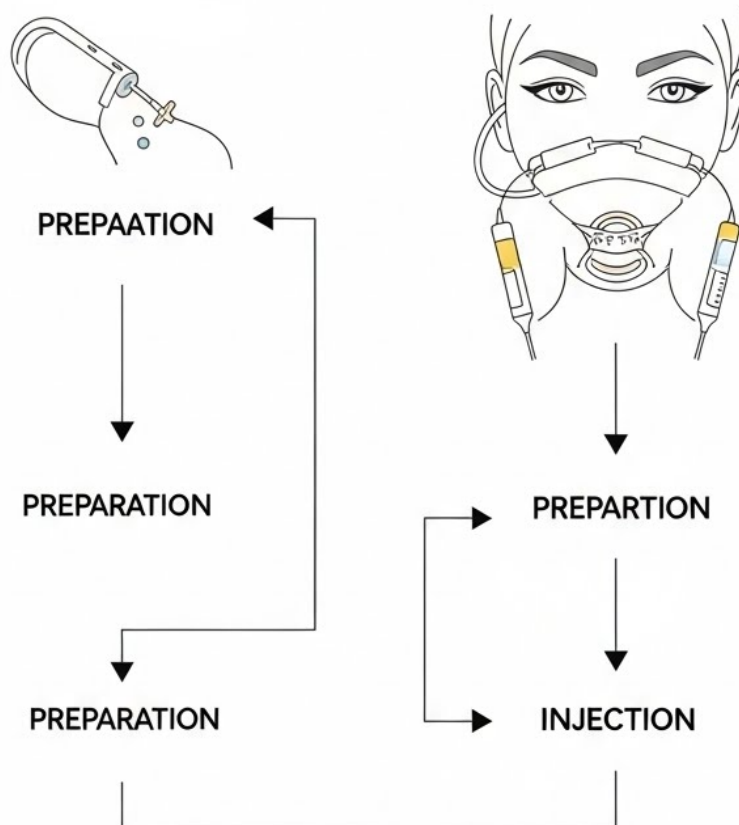
**Nota de escopo:** conteúdo educacional para cirurgias em treinamento formal. Não substitui supervisão, anatomia aplicada e protocolos institucionais.

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

- **Volume é suporte (não maquiagem):** Em face desinflada, “tirar” (blef subtrativa) 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-corriger e, se necessário, retocar após maturação.

**PÉROLA CLÍNICA**

## MICROFAT COLLECTION



## PERIOCCULAR ZONE MAPS

### CORRECT AR DEPTH



Suggested  
Volumes

### SAFETY ALERTS

- 5.0ml
- 4.2ml
- 2.0ml

### SAFETY ALERT

Correct sill: uperlend urgetoth ame  
andnfation volumes browatmgpcsties  
fat injection.



**INJECTION**  
Wk:bing thove of the  
toisnot efumhle and  
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 ( $\approx 0.7$ – $0.9$ mm) + 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 sobrecorreção.)*

## 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 tátil 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”.
- **Sobrecorreção (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. Alinhar isso antes da cirurgia evita pânico desnecessário.
- Resultado final: 3–6 meses. Evitar “retoques ansiosos” precoces (erro comum que leva à sobrecorreção 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 & Verpa-ele. \* \* \*
-

## 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 diferenciara **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 intra-dérmico 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 tencionar o que está frouxo” — com um algoritmo reprodutível 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-

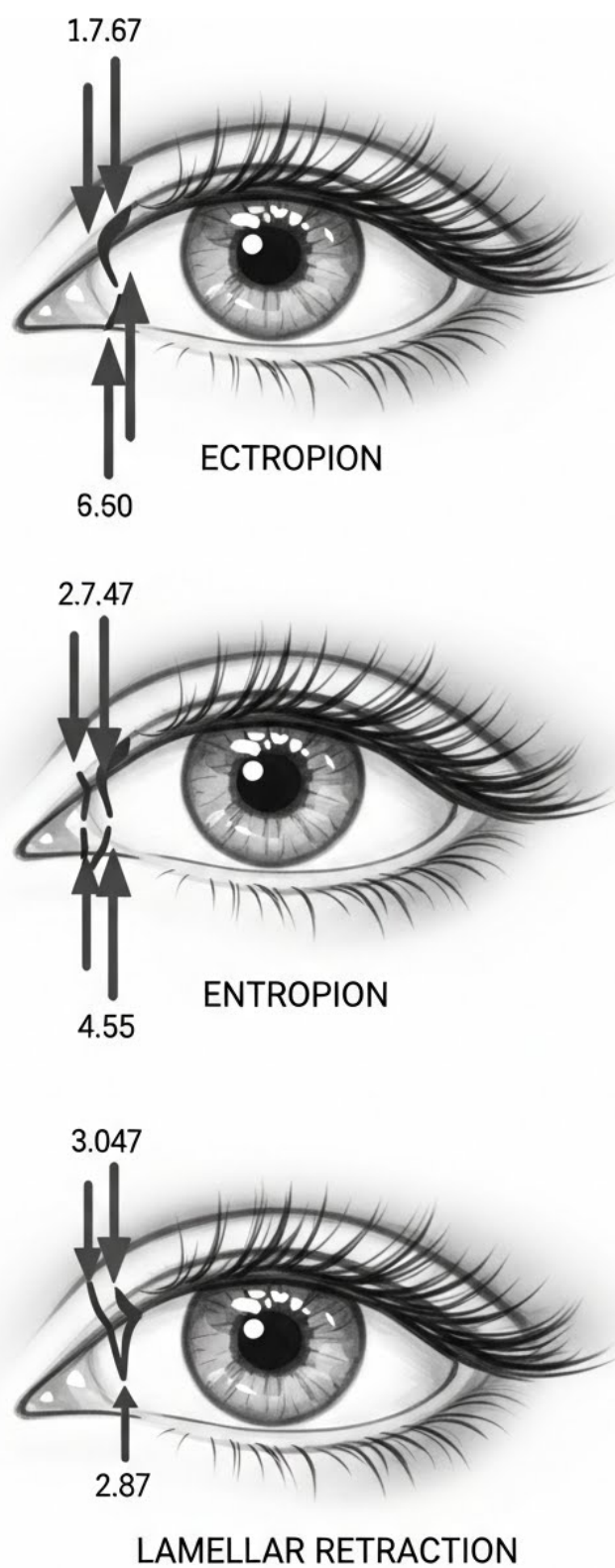


Figura 28.1: Figura 26.1 — Ilustração principal do capítulo

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, lagofalmo.
- **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 □ ectrópio cicatricial (puxa margem para fora).
- **Lamela Posterior (forro e “trilho”):** tarso + conjuntiva + retratores. Encurtamento □ 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 frouxidão, 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 ± correção medial (ver zona de risco) ± 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) ± suturas rotacionais.
  - Entrópio cicatricial (lamela posterior curta): liberar simbléfaro/aderências + 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 □ frequentemente precisa de correção medial específica (ver BOX abaixo).
- **Retração pós-blefaroplastia:** raramente é “só frouxidão”. Em geral há cicatriz vertical + laxidade □ 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.
- **Hipercorreção 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,
  - lagofalmo/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

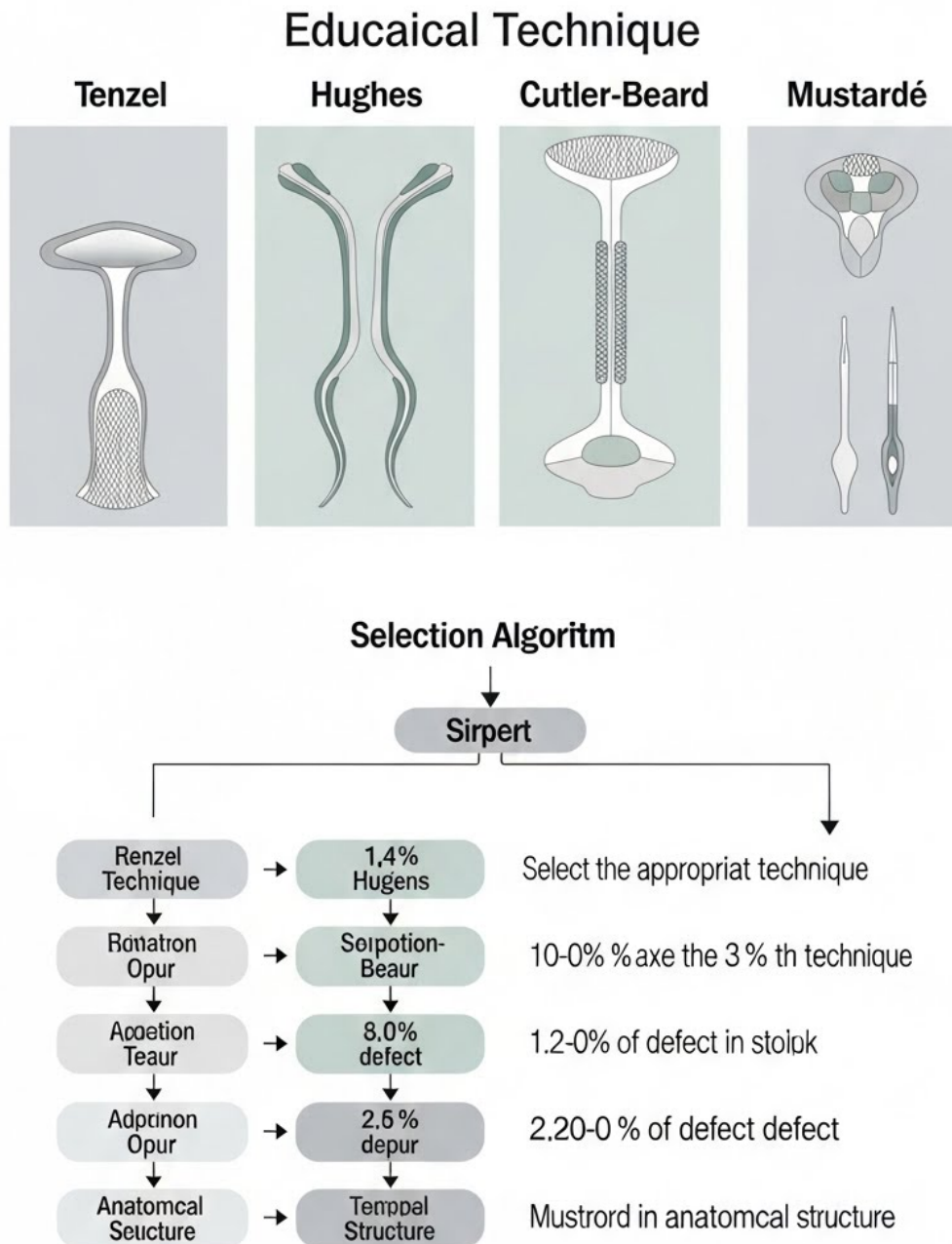


Figura 29.1: Figura 27.1 — Ilustração principal do capítulo

para garantir sobrevivência 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 mandatário. 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)  $\pm$  cantólise lateral se necessário.
- **25% a 50–60%: Tenzel** (retalho semicircular de rotação/avanço).
- **50% (Pálpebra Inferior central):** Hughes (tarsconjuntival, 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 dissecação deve respeitar o complexo elevador/Müller para evitar sequela na pálpebra doadora.
- **Mustardé — risco neural:** Dissecação 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:* dissecação 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, retração, 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: lagofthalmo 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:**  $\sim 3$  semanas a 3 meses (tecido hiperêmico, friável, sangra e fibrosa mais).

- Queixa “milimétrica” com hiperfoco (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 dissecação 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/lagofthalmo pós-subtração, assumo “falta 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 (Analisar):** 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, dissecação 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 + tencionar o frouxo”. 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:** escalonar 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 ( $\approx 6$  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 fatos, 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] Putterman 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

