



Antonio Graziosi ■ Fausto Viterbo

CIRURGIA ESTÉTICA DA
REGIÃO FRONTAL



A. Joshua Zimm

Samieh S. Rizk

INTRODUÇÃO

Com frequência, a região frontal e a sobrancelha são as primeiras áreas em que o envelhecimento significativo se torna aparente. São, sem dúvida, a parte mais expressiva da face, e o complexo pálpebra/sobrancelha é uma área onde as melhorias sutis podem proporcionar excelentes resultados estéticos. Por outro lado, essa região é também uma área em que pequenas imperfeições são facilmente reconhecíveis e, portanto, esteticamente inaceitáveis. A região frontal, olhos e sobrancelhas devem ser avaliados individualmente, mas também como uma unidade, já que suas inter-relações merecem uma análise detalhada antes de iniciar o tratamento.^{1,2}

Múltiplos fatores, como os danos causados pelos raios solares, as forças gravitacionais e a predisposição genética, contribuem para a perda de elasticidade da pele, que pode resultar em ptose da sobrancelha. A perda de volume na região superior da face também pode ser importante. Consequentemente, o complexo pálpebra/sobrancelha de um paciente pode expressar uma aparência que não condiz com suas sensações subjetivas de boa saúde e vitalidade.

Além da questão cosmética, pode haver comprometimento funcional dos campos visuais superolaterais. Além disso, a ptose da sobrancelha pode passar despercebida pelo paciente. Muitas vezes, eles se queixam de excesso de pele palpebral, não reconhecendo que a posição da sobrancelha pode ser o fator importante que contribui para o aparecimento desse “capuz” de pele na pálpebra superior. Na verdade, blefaroplastia superior realizada isoladamente pode deprimir ainda mais a sobrancelha. É imperativo que o cirurgião plástico eduque o paciente e enfatize a importância que a posição da sobrancelha tem na redundância de pele da pálpebra superior, visto que, ocasionalmente, apenas um *lift* de sobrancelhas pode resolver o problema.²

Neste capítulo, iremos descrever a estética da região frontal, anatomia, técnicas cirúrgicas (incluindo os candidatos ideais para essas abordagens), a abordagem preferida dos autores e as pérolas de várias técnicas.

ANATOMIA DA REGIÃO FRONTAL

O couro cabeludo é constituído de pele, tecido subcutâneo, gálea aponeurótica, tecido areolar frouxo e perioste. A gálea que liga o músculo frontal ao músculo occipital representa a gálea aponeurótica. A gálea não é somente contígua ao sistema musculoesquelético aponeurótico superficial (SMAS), mas, também, uma continuação dele. O músculo frontal origina-se da gálea (que se divide para formar uma bainha em torno do músculo) e se insere na pele da região frontal. É o principal músculo elevador da sobrancelha. Ele levanta ativamente os dois terços mediais da sobrancelha e passivamente o terço lateral dessa estrutura. Os principais depressores do supercílio são os músculos corrugadores do supercílio, o músculo orbicular do olho e o músculo prócero. O orbicular abaixa toda a sobrancelha, enquanto o prócero e os corrugadores abaixam apenas o segmento medial da sobrancelha. Além disso, o corrugador também medializa a sobrancelha.³

O perioste sobre o osso frontal funde-se para formar o arco marginal no rebordo supraorbital, que se torna contínuo com a periórbita. A fásia temporoparietal (camada profunda da fásia temporal superficial) funde-se com o perioste na linha temporal. A fásia temporal profunda situa-se logo abaixo da fásia temporoparietal, na região temporal. A fásia temporal profunda é aderente ao perioste na linha temporal superficial. Nesse ponto, a fásia temporal superficial se junta à gálea. Essa junção fascial é denominada fásia conjunta ou tendão conjunto e deve ser dividida de maneira eficaz por meio de dissecação cortante ou romba ao realizar um *lift* frontal no plano subperiosteal. No nível da crista óssea supraorbital, a fásia profunda divide-se nos planos intermediário e profundo. Esses planos são distintos dos panículos adiposos e localizados, respectivamente, acima do panículo adiposo intermediário e abaixo do panículo adiposo temporal.^{3,4}

O nervo motor do frontal é o ramo temporal/frontal do nervo facial. Esse nervo cursa exatamente abaixo da fásia temporoparietal e está localizado sobre o zigoma,

no ponto médio entre o canto lateral e a raiz da hélice. Nesse local, profundamente ao nervo está a camada superficial da fáscia temporal profunda, separando o nervo do zigoma (Figura 17.1). Na realidade, o nervo divide-se em vários ramos sobre o arco zigomático e é mais seguro presumir que o nervo ocupa uma largura de aproximadamente 2cm do arco a aproximadamente 2cm do rebordo orbital lateral. Além disso, as marcações de superfície do ramo temporal/frontal estão 1,5cm acima do segmento lateral da sobrancelha e 2cm lateral ao rebordo orbital lateral. Ele também pode ser encontrado em relação à veia sentinela (a maior veia observada durante um *lift* endoscópico, entre a fáscia temporoparietal e a fáscia temporal profunda)³ (Figura 17.2).

Os nervos supraorbital e supratroclear são os nervos sensoriais da sobrancelha (Figura 17.3). A saída do nervo supraorbital ocorre a partir de uma incisura ou forame distinto no nível da linha mesopupilar. Até 10% dos pacientes podem ter um forame supraorbital verdadeiro alto até 1cm acima do rebordo supraorbital.³ Estudos em cadáver têm demonstrado que o nervo supraorbital divide-se em medial (superficial) e lateral (profundo). A divisão superficial subdivide-se em várias ramificações que penetram no músculo frontal e seguem na direção cefálica, sobre o músculo frontal,

para abastecer 3,5cm da parte frontal do couro cabeludo. A divisão profunda cursa lateralmente, entre a gálea e o periósteo, e segue até a sutura coronal. O nervo supraorbital sai exatamente lateral ao corrugador no rebordo supraorbital medial, antes de entrar no corrugador e, em seguida, divide-se em vários ramos menores, que, então, seguem seu trajeto sobre ou imediatamente abaixo da superfície do músculo corrugador. Em seguida, esses ramos penetram no músculo frontal e cursam por sua superfície medial ipsilateral na direção do couro cabeludo.⁵

ESTÉTICA IDEAL DA SOBRANCELHA

A forma e a posição das sobrancelhas variam com a idade, o gênero e a etnia. A posição ideal das sobrancelhas em mulheres tem sido tradicionalmente um tema de debate. Discute-se se o ápice da sobrancelha feminina ideal estaria localizado no limbo lateral ou no canto lateral. Segundo a tendência atual, parece que o ápice da sobrancelha feminina deveria ficar no canto lateral para evitar um "olhar" mais assustado, o que pode ocorrer com um ângulo mais agudo medial na sobrancelha.⁶ No entanto, no caso das mulheres, os autores preferem o limbo lateral para a localização do ápice

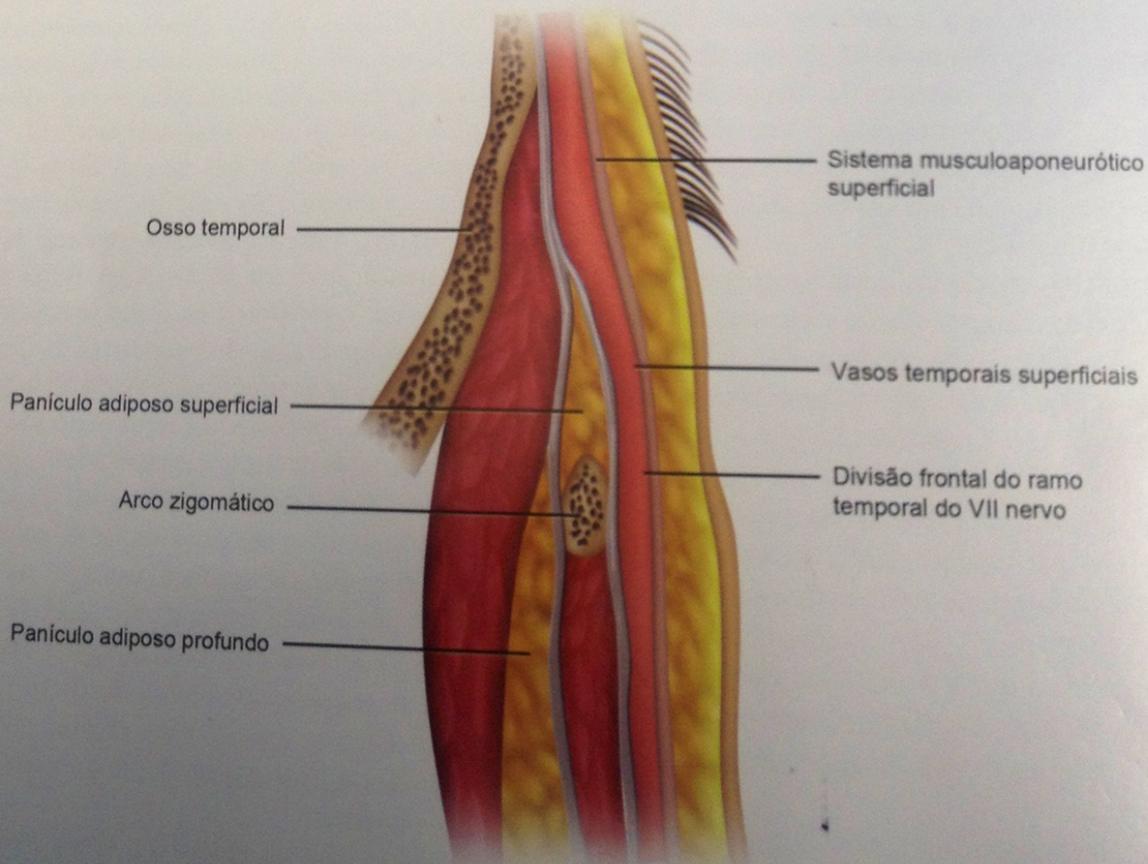


Figura 17.1 ▶ Representação esquemática da divisão frontal dos ramos temporais do nervo facial ao redor da região zigomática. A camada profunda da fáscia temporal separa o panículo adiposo superficial do panículo adiposo profundo.

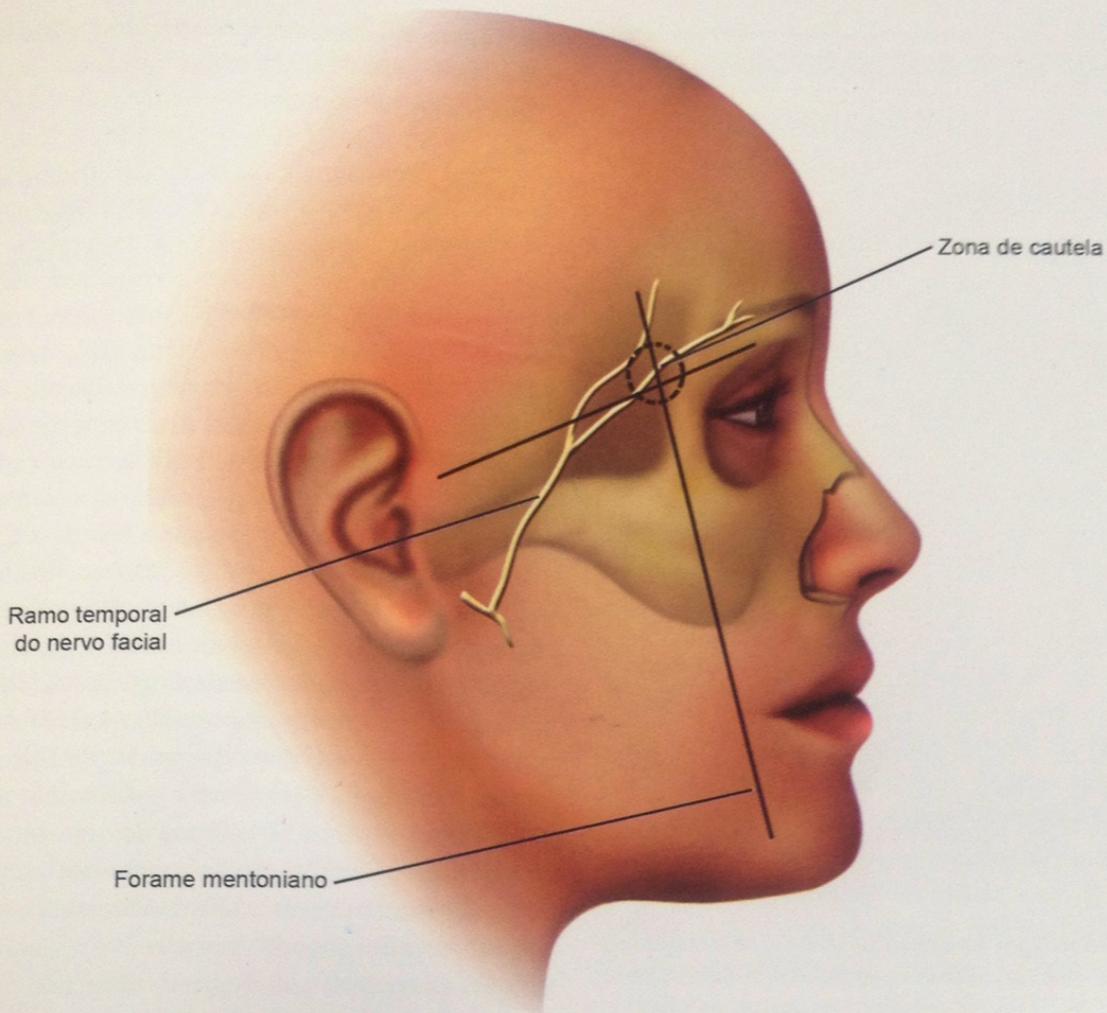


Figura 17.2 ▶ Desenho ilustrando a relação anatômica superficial entre a veia sentinela e o ramo temporal do nervo facial. A zona de cautela tem 10mm de diâmetro e é traçada na interseção de duas linhas: uma se estendendo do forame mentoniano até a borda lateral da órbita e outra, da borda superior da órbita até a junção da hélice da orelha com o arco zigomático. Realiza-se a dissecação nessa área sob visualização endoscópica (Trinei, 1998).

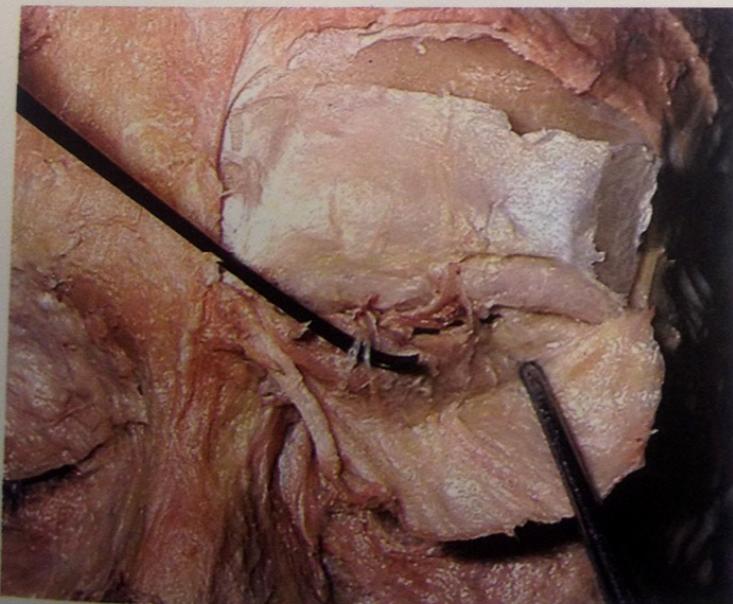


Figura 17.3 ▶ Ramos do nervo supratrocLEAR penetrando através do músculo corrugador. O músculo orbicular do olho foi refletido para baixo, e a incisão do periósteo foi realizada superiormente.

ideal da sobrancelha. Independentemente disso, o arco da sobrancelha deve estar localizado a 1cm do rebordo supraorbital ósseo. As extremidades medial e lateral da sobrancelha devem começar e terminar no mesmo nível horizontal. O segmento lateral da sobrancelha deve terminar numa linha que liga a extremidade da asa do nariz ao canto lateral e deve começar numa linha vertical a partir do canto medial ou da borda da asa do nariz (Figura 17.4). O segmento medial da sobrancelha deve estar cheio, mas afilar lateralmente. Além disso, podem ser feitas modificações na estética da sobrancelha de modo a promover as variações no formato do nariz. Pode-se fazer um nariz estreito parecer maior se as sobrancelhas estiverem mais afastadas e não forem muito arqueadas. Pelo contrário, um nariz grande pode parecer mais estreito se as sobrancelhas estiverem mais próximas e se a borda medial for quadrada, e não redonda.² A altura média da frente feminina (da sobrancelha até o tríquio) deve ser entre 5 e 6cm.^{2,7} Quando a

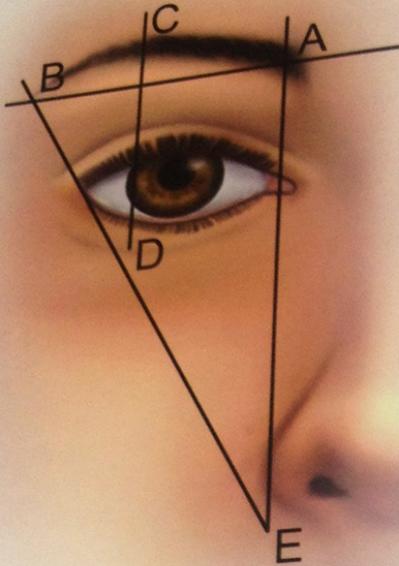


Figura 17.4 ▶ Uma sobrancelha estética. **A-B** = o segmento lateral da sobrancelha está no mesmo nível ou acima do segmento medial. **C-D** = o ápice da sobrancelha está no limbo lateral da íris ou na junção dos terços medial e lateral da sobrancelha. **A-E** = a cabeça do segmento medial da sobrancelha começa na linha vertical que se estende a partir da asa do nariz. **B-E** = o segmento lateral da sobrancelha pode se estender até uma linha traçada a partir da asa do nariz através do canto lateral do olho. (Gunter JP, Antrobus SD. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99[7]:1808.)

altura da sobrancelha é maior do que 7cm, devem ser considerados procedimentos para rebaixar a linha de implantação dos cabelos.

A sobrancelha masculina deve ser posicionada dentro ou logo abaixo do rebordo supraorbital e deve ser horizontal ou de configuração reta (Figura 17.5). Ela é espessa e deve afilar-se apenas ligeiramente, da posição medial para lateral. O excesso de atividade dos músculos corrugadores e do músculo próceros pode levar a uma aparência irritada, preocupada ou cansada devido aos sulcos glabellares. Ao analisar a sobrancelha masculina,



Figura 17.5 ▶ Sobrancelha masculina típica.

é importante considerar o complexo glabellar, visto que, muitas vezes, ele é de maior interesse do que a altura vertical da sobrancelha.²

DIAGNÓSTICO E SELEÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA

Ao examinar um paciente, é importante considerar a tendência do paciente de elevar inconscientemente a sobrancelha quando se olha em um espelho ou durante uma pose para fotografia. Por isso, é crucial que o paciente feche os olhos e relaxe as sobrancelhas. Em seguida, as sobrancelhas devem ser estabilizadas em repouso com a mão do examinador para que, quando o paciente abrir os olhos, a verdadeira posição das sobrancelhas seja revelada. Outros fatores importantes na avaliação do paciente incluem a altura da sobrancelha, os vincos da sobrancelha estática, sulcos glabellares, espessura da pele, direção frontal, tendência de calvície de padrão masculino, assimetria da sobrancelha, posição da linha de implantação dos cabelos e o penteado preferido.² Os objetivos gerais da cirurgia devem ser a redução de rugas da testa, a lateralização e elevação mínima do segmento medial da sobrancelha, a lateralização e elevação do segmento lateral da sobrancelha e a possibilidade de alterar o formato e a posição da sobrancelha quando desejado.

Os pacientes com linha de implantação dos cabelos baixa são melhor tratados com uma abordagem que irá esconder a incisão e elevar a linha de implantação dos cabelos, como o *lift* frontal coronal ou endoscópico. A qualidade e a textura do cabelo devem ser consideradas. A incisão coronal é mais escondida em pacientes com cabelos mais claros e mais finos, de modo que, se ocorrer a queda de cabelos, não haja uma linha importante de demarcação entre a pele com pelos e a pele sem pelos. O *lift* endoscópico é geralmente mais adequado para pacientes com cabelo mais grosso, uma linha de implantação dos cabelos baixa e poucas rugas dinâmicas. Mesmo pacientes do sexo masculino com calvície de padrão masculino podem ser considerados para a abordagem endoscópica, pois as incisões cicatrizam bem.

Os pacientes com linha de implantação dos cabelos alta são candidatos para diversas técnicas. Entre essas estão a abordagem pré-triquial/tricofítica, biplanar, mesofrontal, tricofítica endoscópica, temporal, transblefaroplastia direta e suspensão com sutura. Alguns dos procedimentos referidos não serão discutidos, uma vez que não foram executados nem são necessariamente recomendados pelos autores.

Em pacientes com um penteado adequado que ajuda a camuflar a incisão e a superficializar as rugas da testa, uma abordagem pré-triquial/tricofítica pode ser consi-

derada. A incisão pode ser feita com uma w-plastia para esconder a cicatriz, e é feita justamente dentro da linha de implantação dos cabelos. É chanfrada inferiormente para permitir a preservação dos folículos pilosos e o crescimento dos cabelos através da incisão. Os aspectos negativos dessa abordagem incluem a necessidade de cruzar a linha média com a incisão no couro cabeludo e a resultante dormência pós-linha de implantação dos cabelos, que ocorre em virtude da necessidade de seccionar o nervo supraorbital na linha de implantação dos cabelos. As abordagens biplanar e tricofítica endoscópica preservam tanto a posição da linha de implantação dos cabelos como a do nervo supraorbital.

Os pacientes com linha de implantação dos cabelos alta e rugas profundas na testa são candidatos a um *lift* mesofacial. Este também é uma excelente opção para reanimação estática da testa paralisada. A incisão/elipse acompanha uma ruga da testa, procedendo-se à sua excisão completa. A incisão pode ser escalonada na posição da linha média/paramediana ou contínua, cruzando toda a linha média. O *lift* temporal é eficaz em mulheres com excesso de pele (*hooding*) lateral ou ptose lateral da sobrancelha.

O *lift* direto é raramente utilizado. Para a maioria dos cirurgiões, esse procedimento fica reservado para a reanimação da paralisia do nervo facial ou para uso em pacientes idosos que não estão tão preocupados com a cicatriz resultante. Sua vantagem é que a sobrancelha pode ser posicionada exatamente onde se deseja. Isso é vantajoso no paciente com excesso de pele, mas que não pode proteger seus olhos por causa da paralisia.

Por conseguinte, pode ser necessário o posicionamento exato da sobrancelha.³ As diversas incisões para as abordagens mencionadas são mostradas na Figura 17.6.

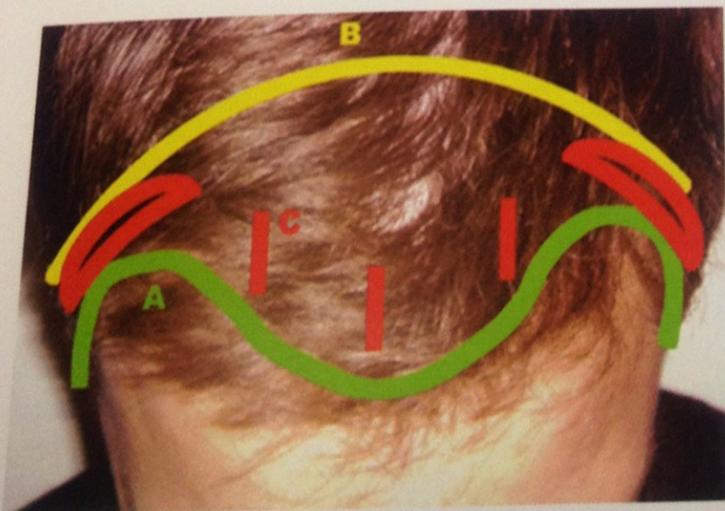


Figura 17.6 ▶ Variações nas incisões na linha de implantação dos cabelos para *lift* de sobrancelhas. **A** Incisão pré-triquial/tricofítica, verde. **B** Incisão coronal, amarelo. **C** Incisões por via endoscópica, vermelho.

ABORDAGENS CIRÚRGICAS

LIFT DAS SOBRANCELHAS POR INCISÃO CORONAL

A incisão coronal para *lift* das sobrancelhas foi descrita primeiramente em 1926 por Hunt.⁸ As incisões são feitas dentro do couro cabeludo e na linha de implantação dos cabelos anterior. A abordagem moderna envolve uma incisão coronal curvilínea 4 a 6cm posterior à linha de implantação dos cabelos. Esse procedimento tem resistido ao teste do tempo e continua a ser o método mais confiável para tratar uma linha de implantação dos cabelos baixa, ptose intensa das sobrancelhas e rugas excessivas da testa. A longevidade desse processo tem sido bem documentada na literatura.⁹ Alguns consideram tal feito uma vitória pírrica, alcançada à custa de efeitos colaterais, tais como cicatrizes, alopecia, hipoestesia do couro cabeludo e deslocamento posterior do couro cabeludo anterior. Além disso, esse procedimento deve ser evitado em homens mais jovens em função do risco de desenvolvimento futuro de calvície de padrão masculino.

Durante o procedimento, a incisão é realizada posteriormente à linha de implantação dos cabelos, como descrito anteriormente. A incisão deve ser chanfrada para preservar os folículos pilosos. O retalho geralmente é elevado no plano subgaleal e a incisão se estende para dentro de 1 a 2cm da raiz helicoidal. Na linha média, a dissecação é realizada de modo cortante até 1cm acima da glabella. Nesse ponto, os músculos corrugadores e prócero são dissecados, depois que os feixes neurovasculares tenham sido identificados e preservados. Eles podem ser cauterizados com cautério bipolar e, em seguida, cortados ou avulsionados. Lateralmente, a dissecação passa sobre a linha temporal até a camada superficial da fáscia temporal profunda. Quando o rebordo supraorbital é identificado, deve-se tomar cuidado para preservar os feixes neurovasculares dos nervos supraorbital e supratroclear. O tendão conjunção, o arco marginal e o perióstio ao longo do rebordo supraorbital são então liberados. Nesse momento, as sobrancelhas devem estar móveis e o músculo frontal pode ser incisado para promover o apagamento das rugas da testa. O retalho é então recoberto posterossuperiormente e a pele redundante é excisada. É feita uma ligeira sobrecorreção para permitir o estiramento dos tecidos. A ferida é fechada em duas camadas com precisão especial para reaproximar a gálea e a incisão no couro cabeludo é fechada com grampos.^{2,3}

LIFT DE SOBRANCELHAS POR INCISÃO PRÉ-TRIQUEAL/TRICOFÍTICA

As incisões pré-triquial e tricofítica são utilizadas principalmente em pacientes com uma frente alta ou em

pacientes que desejam manter a linha de implantação dos cabelos pré-operatória. No *lift* pré-triquial, a incisão é realizada na junção da linha de implantação dos cabelos com a margem cefálica da sobrancelha. A incisão tricofítica é localizada imediatamente posterior à linha de implantação dos cabelos frontal. Em ambas, as incisões devem ser chanfradas para evitar danos ao folículo piloso. Alguns cirurgiões preferem uma linha de incisão irregular para camuflar a incisão, enquanto outros preferem uma incisão em linha reta, que é mais fácil de executar tecnicamente.

O *lift* pré-triquial pode ser realizado no plano subcutâneo, subperiosteal ou subgaleal, de maneira semelhante ao *lift* coronal. O *lift* de sobrancelhas por via subcutânea proporciona uma abordagem superior em relação ao paciente com rugas intensas na testa e ptose significativa das sobrancelhas. Os anexos cutâneos são liberados, resultando num excelente apagamento das rugas da testa. Além disso, a inervação sensitiva permanece, em grande parte, sem interrupções, evitando, como consequência, a hipoestesia do couro cabeludo. Ela exige uma dissecação meticulosa com risco relativamente maior de hemorragia. A abordagem por via subcutânea deve ser evitada em fumantes. Além disso, muito cuidado deve ser tomado para assegurar um fechamento livre de tensão. Isto irá diminuir o risco de necrose da pele.^{10,11}

LIFT ENDOSCÓPICO DE SOBRANCELHAS

O *lift* endoscópico foi primeiramente descrito em 1992, por Vasconez e Isse,³ e posteriormente publicado por Vasconez, em 1994.¹² Trata-se de um excelente procedimento para o paciente com altura de testa média e ptose de leve a moderada das sobrancelhas. Embora essa técnica tenha mostrado longevidade, ela ainda não substituiu completamente as técnicas abertas.¹³ As contraindicações incluem a ptose grave da sobrancelha, uma linha de implantação dos cabelos frontal alta e pele espessa e sebácea. As vantagens da técnica endoscópica incluem pequenas incisões, uma rápida recuperação pós-operatória, menor risco de calvície e uma redução no déficit sensorial pós-operatório. A técnica exige equipamento e treinamento especializados.

Normalmente, quatro ou cinco incisões são utilizadas. A quinta incisão ou incisão na linha média é empregada para paciente com raiz nasal profunda, uma crista frontal ou rebordo orbital proeminente e/ou necessidade de uma tração mais medial. No paciente do sexo masculino com sobrancelhas longas, essa incisão é frequentemente necessária. As incisões têm geralmente de 1 a 1,5cm de comprimento e as incisões paramedianas são feitas cerca de 1,5cm posteriormente à linha de implantação dos cabelos. Elas são posicionadas de acordo com o vetor de tração de-

sejado. As incisões são feitas com bisturi até o osso, e um descolador é utilizado para elevar a sobrancelha de um plano subperiosteal usando a mão não dominante para a orientação acima do rebordo supraorbital. A elevação é feita a partir do vértice, 1,5cm acima do rebordo supraorbital e, lateralmente, até a linha temporal.

As incisões temporais são chanfradas e feitas paralelamente à linha de implantação dos cabelos. Devem permanecer numa posição profunda em relação à fáscia temporoparietal e superficialmente à fáscia temporal profunda, a fim de proteger o nervo facial. Há uma adesão mais densa na linha temporal que pode ser rompida para juntar os planos subperiosteal e temporal. Como a dissecação é executada no sentido inferior, é realizada sob orientação endoscópica. A veia sentinela é identificada cerca de 1cm lateralmente à face superior do rebordo orbital e deve ser preservada. O periósteo é elevado fora do rebordo orbital lateral e, em seguida, sobre a eminência malar, a fim de proteger o nervo facial. O tendão conjunto é, então, cuidadosamente liberado sobre a linha temporal.

Sob visão endoscópica direta, o arco marginal é dividido completamente para garantir uma elevação bem-sucedida. Os feixes neurovasculares supraorbital e supratroclear são cuidadosamente preservados. Em seguida, os corrugadores e o prócero podem ser identificados e ressecados (ou cauterizados). A técnica de suspensão é específica do cirurgião, e muitas técnicas foram descritas na literatura, como a do curativo compressivo apenas, parafusos externos (aço inoxidável *versus* titânio), parafusos/placas internos (titânio *versus* absorvível), adesivos de tecido, sutura/ponte óssea da sutura (à mão livre *versus* guiada), fios de Kirschner e Endotine® (fixação absorvível interna).³ Os autores preferem a fixação com Endotine® nas duas incisões paramedianas. Na região temporal, uma suspensão com dois fios é utilizada, e uma pequena elipse de couro cabeludo é retirada em torno da incisão, antes do fechamento em duas camadas.

LIFT MESOFONTAL DAS SOBRANCELHAS

O *lift* mesofrontal das sobrancelhas é uma opção adequada para os homens com rugas profundas e linha de implantação dos cabelos alta ou recuada. Além disso, também é uma excelente escolha para tratar a paralisia da testa em pacientes com paralisia facial. A técnica consiste em fazer duas incisões separadas em diferentes níveis sobre a região frontal, as quais resultam na remoção de uma elipse de pele centralizada numa ruga mesofrontal profunda. Os autores preferem utilizar uma incisão contínua através da linha média, enquanto outros cirurgiões preferem escalonar suas incisões em diferentes vincos da testa.

As incisões são chanfradas para se obter a eversão favorável das bordas da pele durante o fechamento. A pele e

o tecido subcutâneo sobrejacentes são excisados inferiormente até o nível do músculo frontal, e um plano de dissecação subcutâneo/suprafrontal é utilizado inferiormente até o nível do músculo orbicular. Em seguida, fios de suspensão de colchoeiro horizontais são posicionados a partir do orbicular até o periósteo superiormente. Vários fios são normalmente colocados e, uma vez obtida a elevação adequada da sobrancelha com simetria apropriada, a ferida é fechada em duas camadas. A camada cutânea é geralmente fechada com sutura de Prolene® contínua.

No paciente apropriado, o *lift* mesofrontal de sobrancelhas pode fornecer elevação excelente para a ptose significativa da sobrancelha. Além disso, em razão de sua proximidade com a sobrancelha, promove longevidade superior e simetria.

LIFT TEMPORAL DAS SOBRANCELHAS

O *lift* temporal da sobrancelha agora compreende uma grande porcentagem dos casos de *lift* de sobrancelhas dos autores. É uma opção desejável para os pacientes, principalmente mulheres, com excesso de pele (*hooding*) lateral e ptose do segmento lateral da sobrancelha que apresentam bom posicionamento do segmento medial. Na opinião dos autores, com a liberação completa da linha temporal e a lise de todos os ligamentos da sobrancelha e do arco marginal, pode ser alcançado um excelente resultado em longo prazo.

A incisão elíptica temporal deve ser realizada pelo menos 1 a 2cm posteriormente ao couro cabeludo temporal. A incisão é chanfrada e paralela aos folículos pilosos para preservá-los, e uma elipse adequada de pele é removida de acordo com a quantidade de elevação da sobrancelha desejada numa relação um para um. Isso representa normalmente 1 a 2cm na dimensão máxima. Quando o paciente tem linha de implantação dos cabelos anterior, a elipse deve ser posicionada 2cm posteriormente à linha de implantação dos cabelos, e quando o fio é mais posterior, a elipse pode ser posicionada 1cm posteriormente à linha de implantação dos cabelos.

A dissecação é realizada sobre a camada superficial da fáscia temporal profunda de cerca de 2cm lateralmente ao canto lateral. Com a tração adequada, o arco marginal e o tendão conjunto são expostos e, em seguida, liberados. Uma vez a sobrancelha seja totalmente liberada, uma ou duas suturas de fixação são aplicadas a partir da fáscia temporal profunda para a fáscia temporoparietal (gálea). A incisão é fechada em duas camadas com grampos colocados na pele.

O autor sênior não utiliza as abordagens a seguir para elevação da sobrancelha; no entanto, por razões ilustrativas, serão brevemente discutidas nas seções seguintes.

LIFT DIRETO DE SOBRANCELHAS

Essa abordagem, quando utilizada, é realizada tipicamente no paciente idoso que não está tão preocupado com a cicatriz resultante. Além disso, ela pode ser usada para tratar uma paralisia unilateral do nervo frontal.

A menor incisão é posicionada diretamente superior à sobrancelha, com cuidado, para evitar traumatizar os folículos pilosos da sobrancelha. Em seguida, uma estimativa da quantidade de pele a ser excisada é determinada com base na quantidade de elevação da sobrancelha e no contorno desejado. Em seguida, uma elipse afilada de pele e tecido subcutâneo é extirpada para baixo no nível do músculo orbicular. A excisão é seguida por suspensão do músculo orbicular ao periósteo superior. Um fechamento em duas camadas é então realizado.

As potenciais desvantagens desse procedimento incluem uma cicatriz difícil de camuflar e eventual interrupção de pelos finos da sobrancelha, resultando numa aparência em "pinça" ou "feminilizada".

LIFT BIPLANAR DAS SOBRANCELHAS

Tirkanits e Daniel descreveram um *lift* que envolve um plano subgaleal para a parte coronal da dissecação e um plano subcutâneo anterior à linha de implantação dos cabelos. A junção entre os dois planos é dividida no nível da linha de implantação dos cabelos.¹⁴ Em 1995, Ramirez descreveu um *lift* biplanar de sobrancelhas por via endoscópica. Sua técnica consistia na transição de uma dissecação subcutânea até a fáscia subperiosteal/subtemporoparietal, que abrange cerca de metade da área da sobrancelha.^{15,16}

LIFT DE SOBRANCELHAS POR TRANSBLEFAROPLASTIA

Essa abordagem é realizada a partir de uma dobra da pele de blefaroplastia superior. Superiormente, o plano de dissecação é feito abaixo do músculo orbicular. Os músculos corrugadores e prócero podem ser cauterizados ou divididos por meio dessa abordagem. O músculo orbicular é suspenso até o periósteo frontal sem excisão de qualquer excesso de pele.¹⁷

LIFT TRICOFÍTICO DE SOBRANCELHA POR VIA ENDOSCÓPICA

Esse *lift* é uma combinação do *lift* tricofítico clássico e o *lift* de sobrancelhas por via endoscópica. Ele oferece os benefícios da dormência diminuída e do uso do endoscópio para obter uma liberação mais completa do arco marginal. Além disso, torna possível a excisão direta da pele como no *lift* tricofítico. Essa técnica também pode