

## FESTOONS: COMPREENSÃO DE CONCEITOS E CUSTOMIZAÇÃO DE TÉCNICAS.

### *FESTOONS: UNDERSTANDING THE CONCEPTS AND CUSTOMIZATION OF TECHNIQUES.*

Eduardo Nascimento **SILVA**<sup>1</sup>, Jurandir Marcondes **RIBAS FILHO**<sup>2</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1351

Silva EN, Ribas Filho JM. Festoons: Compreensão de Conceitos e Customização de Técnicas. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2014;72(1):24-7.

**RESUMO** - Com o passar dos anos pode ocorrer na pálpebra inferior flacidez de pele, alteração do tônus e comprimento tarsal, pseudoherniação da gordura periorbital pelo enfraquecimento do septo orbitário, alargamento e adelgaçamento do músculo orbicular, e “festoons”. “Festoons” são dobras de pele e músculo delimitadas pelo *arcus marginalis*, local onde há uma firme aderência do septo malar. Foram operados 34 pacientes no período de março de 2010 à março de 2015. Como critérios diagnósticos de “festoons” estabeleceu-se: pálpebra inferior com excesso de pele e flacidez muscular delimitadas pelo *arcus marginalis*, frouxidão tarsal e pseudoherniação da gordura intra-orbital. Observou-se também vetor negativo na fenda palpebral. Na pálpebra inferior foi realizada incisão cutânea subciliar distando 2 mm dos cílios, dissecação do retalho cutâneo além do rebordo orbitário com liberação do septo malar, abertura da porção pré-tarsal do músculo orbicular desde lateralmente à órbita até medialmente sobre a bolsa de gordura medial. Abertura de todo o septo orbitário, ressecção das bolsas de gordura, septorrafia e ajuste da tensão septal com mononylon 6.0, suspensão muscular da pálpebra inferior como proposto por Mladick com mononylon 5.0. Cantopexia de Flowers, sem cantotomia, com mononylon 5.0 seguida de ancoramento cutâneo na incisão lateral com mononylon 6.0. Os pacientes foram acompanhados por 6 meses no pós-operatório. Existem várias opções para se atingir um bom resultado. O importante é com o tratamento reestabelecer ao máximo a anátomo-fisiologia prévia ao processo patológico. Nestes casos, pela alta complexidade, optamos por tratar cada estrutura individualmente, utilizando técnicas reprodutíveis e amplamente divulgadas.

**DESCRITORES** - Pálpebras, Blefaroplastia, Órbita.

### INTRODUÇÃO

As complicações oriundas da blefaroplastia inferior são diversas e nos mais variados graus de severidade. Para minimizá-las é necessário um completo entendimento da anatomia palpebral, suas correlações e as mudanças sofridas ao longo do processo de envelhecimento. Somente assim, um cirurgião poderá eleger dentre as várias técnicas já descritas na literatura e de acordo com cada caso, a customização a ser realizada para obter um resultado satisfatório.

Com o passar dos anos pode ocorrer na pálpebra inferior flacidez de pele, alteração do tônus

e comprimento tarsal, pseudoherniação da gordura periorbital pelo enfraquecimento do septo orbitário, alargamento e adelgaçamento do músculo orbicular, e “festoons”<sup>1, 2, 3, 4</sup>.

“Festoons” são dobras de pele e músculo delimitadas pelo *arcus marginalis*, local onde há uma firme aderência do septo malar dividindo o SOOF (suborbicularis oculi fat) em dois compartimentos: superior (origina a proeminência malar e na fase final do processo de envelhecimento os “festoons”) e inferior (continuidade com a bolsa de gordura da bochecha)<sup>3, 4</sup>.

Trabalho realizado no Hospital Municipal Carlos Tortelly (Niterói-RJ) e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa (Ponta Grossa-PR).

1 - Cirurgião Plástico, Membro Associado Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Associado da Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery.

2 - Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR. Membro do Programa de Pós-Graduação em Princípios da Cirurgia da Faculdade Evangélica do Paraná. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

## MÉTODOS

Foram operados 34 pacientes no período de março de 2010 à março de 2015. Como critérios diagnósticos de “festoons” estabeleceu-se: pálpebra inferior com excesso de pele e flacidez muscular delimitadas pelo *arcus marginalis*, frouxidão tarsal e pseudoherniação da gordura periorbital. Observou-se também vetor negativo na fenda palpebral.

## RESULTADOS

Na pálpebra superior foi realizada ressecção do excedente cutâneo, miectomia em faixa do orbicular, ressecção das bolsas de gordura e realizado três pontos em tripé, pegando de um lado a pele, ao fundo o septo orbitário e no outro lado a pele, com o intuito de reavivar o sulco palpebral e restabelecer a função de cinta do septo orbitário.

Na pálpebra inferior foi realizada incisão cutânea subciliar distando 2 mm dos cílios, dissecação do retalho cutâneo além do rebordo orbitário com liberação do septo malar, abertura da porção pré-tarsal do músculo orbicular desde lateralmente à órbita até medialmente sobre a bolsa de gordura medial.

FIGURA 01



Abertura de todo o septo orbitário, ressecção das bolsas de gordura, septorrafia e ajuste da tensão septal com mononylon 6.0, suspensão muscular da pálpebra inferior como proposto por Mladick com mononylon 5.0.

FIGURA 02



Cantopexia de Flowers, sem cantotomia, com mononylon 5.0 seguida de ancoramento cutâneo na incisão lateral com mononylon 6.0.

FIGURA 03



Nas incisões laterais foi realizada bandagem com micropore estéril no vetor de sentido cranial na linha que une a asa nasal ao canto lateral externo do olho.

FIGURA 04



Os pontos foram retirados entre 3-7 dias e a bandagem de micropore trocada a cada 3 dias pelo cirurgião foi mantida por 3 semanas até regressão do maior edema. A partir de 1 semana o paciente foi orientado a realizar massagem na pálpebra inferior no sentido caudal-cranial com Hirudoid (500)® para ajudar na regressão do edema e desfazer retrações cicatriciais.

Os pacientes foram acompanhados por 6 meses no pós-operatório.

Caso 1:

FIGURA 05 - PRÉ



FIGURA 06 - SEIS MESES



Caso 2:

FIGURA 07 - PRÉ



FIGURA 08 - TRÊS MESES



Caso 3:

FIGURA 09 - PRÉ



FIGURA 10 - TRÊS MESES



## DISCUSSÃO

Casos complexos de cirurgia peri-orbitária requerem a atuação precisa do cirurgião em cada uma das estruturas anatômicas com reestabelecimento da anatomia funcional palpebral<sup>5</sup>.

O acesso à pálpebra inferior foi uma variação do retalho de Mc Indoe<sup>6</sup>, um retalho musculocutâneo. Quando usamos esta técnica dissecamos primeiro o retalho cutâneo e após o muscular, pois acreditamos ser diferente o vetor de tração nos dois retalhos.

O excesso das bolsas de gordura foi removido em ambas as pálpebras tratando a pseudohérnia<sup>7,8</sup> e após procedeu-se a septorrafia reestabelecendo a tensão septal<sup>9,10,11,12</sup>.

O autor usa esta rotina em casos extremos como o apresentado por não haver previsibilidade da intensidade de retração das lamelas média e posterior quando se realiza a plicatura por via transconjuntival da fâscia capsulopalpebral ao periósteo do rebordo orbitário inferior corrigindo o pseudoherniamento da gordura periorbital<sup>2</sup>.

O suporte da pálpebra inferior foi feito com duas técnicas. Primeiro foi realizada a suspensão muscular de Mladick<sup>13</sup> com ressecção do excedente muscular e em seguida procedeu-se a cantopexia de Flowers<sup>14,15</sup>.

Esta abordagem reflete a opinião do autor, apesar de existir na literatura outras opções para tratamento dos “festoons” como excisão direta<sup>16, 17, 18</sup> e “lifting” subperiosteal do terço médio da face associado<sup>19</sup> ou não<sup>20, 21, 22</sup> à lipoaspiração.

## CONCLUSÃO

Existem várias opções para se atingir um bom resultado. O importante é com o tratamento reestabelecer ao máximo a anátomo-fisiologia prévia ao processo patológico.

Nestes casos, pela alta complexidade, optamos por tratar cada estrutura individualmente, utilizando técnicas reprodutíveis e amplamente divulgadas.

Silva EN, Ribas Filho JM. Festoons: Understanding the concepts and customization of techniques. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2014;72(1):24-7.

**ABSTRACT** - Trough the years can occur in the lower eyelid laxity of skin, change of tone and tarsal length, pseudo herniation of periorbital fat by weakening of the orbital septum, enlargement and thinning of the orbicularis oculi muscle, and “festoons”. “Festoons” are folds of skin and muscle bounded by *arcus marginalis*, where there is a firm grip of malar septum. Were operated 34 patients in the period from March 2010 to March 2015. As diagnostic criteria for “festoons” was defined: lower eyelid with excess of skin and muscle flaccidity bounded by *arcus marginalis*, laxity and tarsal pseudo herniation of periorbital fat. It was also observed negative vector in palpebral fissure. In the lower eyelid was performed subciliar cutaneous incision 2 mm below of eyelashes, undermining of the skin flap in addition to the orbital rim with release of malar septum, opening of pre tarsal orbicularis oculi muscle from the orbit (laterally) to the medial fat pad (medially). Opening up of all the orbital septum, resection of the excess of periorbital fat pads, septoraphy and septal tension adjust with 6.0 mononylon, muscle suspension of the lower eyelid as proposed by Mladick with 5.0 mononylon. Flowers’s canthopexy, without canthotomy, using 5.0 mononylon followed by anchoring of cutaneous lateral incision with 6.0 mononylon. Patients were postoperatively followed for 6 months. There are several manners to achieve a good result. The most important thing is the treatment reestablishes the anatomy and physiology prior to the pathological process. In these cases, due to the high complexity, we chose to treat each structure individually, using reproducible techniques and widely broadcasted.

**KEYWORDS** - Eyelids, Blepharoplasty, Orbit.

## REFERÊNCIAS

- González-Ulloa M: An update on blepharoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* 7:1-11, 1983.
- Camirand A, Doucet J, Harris J: Eyelid aging: The historical evolution of its management. *Aesthetic Plastic Surgery* 29:65-73, 2005.
- Pessa JE, Garza JR: The malar septum: The anatomical basis of malar mound and malar edema. *Aesthetic Surgery Journal* 17:11-17, 1997.
- Furnas DW: The orbicularis oculi muscle: Management in blepharoplasty. *Clinical Plastic Surgery* 8:687, 1981.
- Botti G: Blepharoplasty: A classification of selected techniques in the treatment and prevention of lower lid margin distortions. *Aesthetic Plastic Surgery* 22:341-348, 1998.
- Beare R: Surgical treatment of senile changes in the eyelids. The Mc Indoe-Beare technique. In J Smith and JM Converse (eds.), *Proc. 2nd Int. Symp. Plast. and Reconstruct. Surg. of Eye and Adnexa*. C.V. Mosby Co., St. Louis, 1967, p. 362.
- Castañares S: Blepharoplasty for herniated intraorbital fat. *Plastic Reconstructive Surgery* 8:46, 1951.
- Pontes R: O universo da ritidoplastia. Ed. Revinter, 2010.
- Camirand A, Doucet J, Harris J: Anatomy, pathophysiology, and prevention of senile enophthalmia and associated herniated lower eyelid fat pads. *Plastic and Reconstructive Surgery* 100:1535-1546, 1997.
- De La Plaza R, Arroyo JM: A new technique for the treatment of palpebral bags. *Plastic and Reconstructive Surgery* 81:677, 1988.
- Sachs ME, Bosniak SL: Correction of true periorbital fat herniation in cosmetic lower lid blepharoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* 10:111-114, 1986.
- Mühlbauer W, Holm C: Orbital septorhaphy for the correction of baggy upper and lower eyelids. *Aesthetic Plastic Surgery* 24:418-423, 2000.
- Mladick W: The muscle suspension lower blepharoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery* 64:171, 1979.
- Flowers RS: Canthopexy with aesthetic blepharoplasty. Presented to annual meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgeons. April, 1983.
- Lessa S, Sebastião R, Flores E: Uma cantopexia simples. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. Vol 14 nº1, 1999.
- Castañares S: In: Rees TD (ed): *Aesthetic Plastic Surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980, p 703.
- Avelar JM: Reverse lower blepharoplasty: A new approach. *Aesthetic Plastic Surgery* 12:45-50, 1988.
- Netscher DT, Peltier M: Ancillary direct excisions in the periorbital and nasolabial regions for facial rejuvenation revisited. *Aesthetic Plastic Surgery* 19:193-196, 1995.
- Liapakis IE, Paschalis EI: Liposuction and suspension of the orbicularis oculi for the correction of persistent malar bags: Description of technique and report of a case. *Aesthetic Plastic Surgery* 36:546-549, 2012.
- Hester TR Jr, Codner MA, Mc Cord CD, Nahai F, Giannopoulos A: Evolution of the technique of the direct transblepharoplasty approach for the correction of lower lid and midfacial aging: Maximizing results and minimizing complications in a five-year experience. *Plastic and Reconstructive Surgery* 105:393-408, 2000.
- Hoening JF, Knutti D, Fuente A: Vertical subperiosteal mid-face lift for treatment of malar festoons. *Aesthetic Plastic Surgery* 35:522-529, 2011.
- Ransom ER, Stong BC, Jacono AA: Persistent improvement in lower eyelid-cheek contour after a transtemporal midface lift. *Aesthetic Plastic Surgery* 36:1277-1282, 2012.