

Rugas faciais

INTRODUÇÃO

Vivendo numa sociedade altamente competitiva, onde a aposentadoria ocorre aos 65 anos e existe uma discriminação para a admissão em empregos de indivíduos com mais de 45 anos, o aspecto jovial da face, de uma maneira geral, é fator importante para a aceitação social e entrada no mercado de trabalho. A aparência jovem pode ser fundamental, também, para a estabilidade emocional do indivíduo. Ainda que inexorável e dependendo de inúmeras variáveis (JOHNSON & HADLEY, 1964), o processo de envelhecimento facial é melhor tolerado quando suas manifestações mais marcantes aparecem em sua época apropriada, isto é, em torno dos 50 anos. Na hanseníase, existe uma precocidade no aparecimento de rugas faciais e outras alterações que emprestam ao indivíduo um aspecto de envelhecimento incompatível com sua idade, trazendo profundos transtornos de ordem psicológica com repercussão na esfera social.

FISIOPATOLOGIA

O envelhecimento facial se deve, basicamente, a alterações degenerativas nas fibras colágenas e elásticas da derme, diminuição de espessura da epiderme por perda de camadas do estrato granuloso e espinhoso, onde as células ficam mais achatadas e os espaços intercelulares

mais largos, atrofia dos músculos da expressão facial com posterior fibrose, alteração da arquitetura óssea, geralmente por atrofia, além da perda de peças dentárias e diminuição da espessura do panículo adiposo em diferentes partes da face. Estes são os achados internos que determinam o surgimento de rugas, acentuação de sulcos, linhas naturais, relevos e depressões faciais. Aliados à perda de tonicidade e modificação na coloração da pele, estas características determinam o envelhecimento, esteticamente falando, da face do indivíduo.

TRATAMENTO

Ritidoplastia é a principal técnica empregada para o rejuvenescimento facial e significa a remoção do excesso de pele devolvendo à face um aspecto jovial. O processo básico consiste em uma ampla incisão na face, com descolamento da pele e ressecção das porções redundantes após tração em sentido apropriado. Inicialmente, utilizavam-se pequenas ressecções elípticas na região frontal e pré-auricular e somente em 1921, J. Joseph (ELY, 1964) empregou uma ampla incisão em forma de “J” invertido que iniciava na região temporal, passando pela pré-auricular e terminando na mastóide. Na realidade, todas as técnicas atuais se baseiam neste tipo de incisão, com pequenas alterações (Fig. 17.1). A técnica básica compreende a incisão da pele de acordo com o

tipo de desenho escolhido, descolamento do subcutâneo em um plano a 2 mm abaixo da derme, abrangendo uma área que se inicia na incisão e se estende de forma radial até uma linha que passe junto ao bordo anterior do músculo masséter. O plano de descolamento deve ser cuidadosamente mantido para prevenir lesões do nervo facial. Ao trabalhar-se na porção retroauricular inferior, devemos poupar



Fig. 17.1 Incisões básicas para ritidoplastia.

o nervo grande auricular e, em direção anterior, o ramo mandibular do nervo facial. O uso de uma tesoura de ponta romba voltada para cima, auxilia na prevenção de acidentes durante esta fase. A hemostasia deve ser cuidadosa e delicada. O melhor processo é pegar a boca do vaso ou ponto de sangramento com pinça de Adson e aplicar o eletrocoagulador sobre a pinga. Terminada esta fase, verificamos se há muita frouxidão do tecido subcutâneo e procedemos ao seu pregueamento, invagi-

nando o tecido com pontos em “U”. Agora, os retalhos de pele são tracionados para cima e para trás, revelando o excesso a ser retirado. Desenha-se com azul de metileno a projeção da linha de incisão sobre este retalho estirado. O excesso é ressecado. Importa salientar que toda a tensão deve ser calculada para ficar sobre a porção temporal e mastóidea da incisão, nunca sobre a porção pré-auricular. Uma vez terminada esta fase, fecha-se a longa incisão com pontos de fios de náilon de diferentes espessuras, dependendo da porção da incisão. Na região pré-auricular utilizamos fio de náilon (6 zeros).

Tendo visto o procedimento básico de ritidoplastia, cabe salientar agora que, em hanseníase, a maior concentração de redundância de pele e rugas se dá em torno da porção anterior da face, isto é, junto aos lábios, mento e sulcos nasogenianos. Por tal peculiaridade, necessitamos indicar um procedimento mais efetivo para esta correção, haja visto que a ritidoplastia convencional tende a corrigir mais a porção posterior da face. N. ANTIA e DELGADO (1974) chamam a atenção para esta particularidade da hanseníase e recomendam uma abordagem própria (ANTI A, 1974) que se denomina ritidoplastia nasolabial (central facial lift). O desenho das incisões segue a forma de uma ferradura estendendo-se das bases alares de cada lado, continuando pelos sulcos nasogenianos e indo se encontrar na região submentoniana (Fig. 17.2). Após a ressecção da pele excedente, a ferida é fechada em dois planos, subcutâneo e pele. Em casos menos extensos, o desenho da incisão pode se limitar aos sulcos nasogenianos. Antia recomenda, também, pequenas ressecções fusiformes pele do lábio superior e inferior, como auxiliar na redução das rugas desta área. Por outro

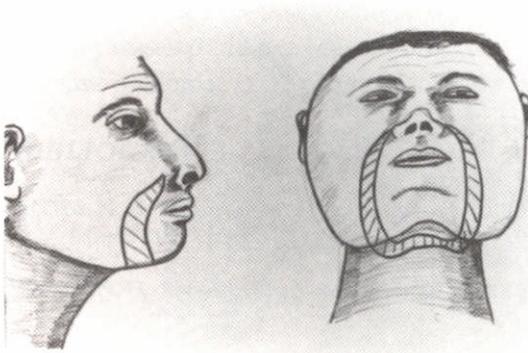


Fig. 17.2 Incisões e áreas de descolamento segundo ANTIA.

lado, muitos autores concordam que a resolução de rugas da região labial é melhor obtida por abrasão mecânica ou química (CARLIN,1971).

A escolha da técnica depende de uma detida análise de cada paciente em particular. Para problemas específicos, buscamos as soluções específicas. Assim, mesmo em *hanseníase*, e teremos situações em que também haverá excessos de pele na região posterior da face, onde uma ritidoplastia convencional pode ser indicada (FRITSCHI, 1984). Este seria um procedimento mais integral. Não podemos descartar a possibilidade de intervir em situações específicas, como referimos anteriormente. Assim o descenso das sobrancelhas é fator importante como componente do envelhecimento facial. Ressecções fusiformes acima do supercílio elevam a arcada deixando um aspecto mais jovial. As rugas ou sulcos glabellares acentuados podem ser ressecados e o excesso de pele submentoniana pode ser eliminado por uma incisão dissimulada no sulco próprio desta região, com descolamento amplo e ressecção dos excessos de pele.

Outro elemento comum em *hanseníase*, no que se refere ao envelhecimento fácil, é a blefarocalase. Trata-se do excesso de pele na

pálpebra superior, produzindo rugas e levando a um aspecto senil. Nos casos mais severos, as dobras de pele podem projetar-se por sobre a borda da pálpebra e dificultar a visão. A este processo pode juntar-se a presença de bolsas palpebrais, que nada mais são que a protusão das bolsas de gordura periorbital normalmente encontradas tanto na pálpebra superior como inferior. Na ritidoplastia convencional, normalmente associa-se à blefaroplastia, técnica que pretende corrigir estas alterações das pálpebras. Nos casos de *hanseníase*, estas são bastante comuns e merecem ser corrigidas. Muitas vezes, a blefaroplastia é realizada isoladamente pois, não havendo interesse do paciente em um rejuvenescimento facial, a correção da blefarocalase se impõe por necessidade de corrigir as dificuldades para a leitura e outras atividades da vida diária.

A blefaroplastia superior inicia-se com o desenho de um fusão na pele da pálpebra superior. O seu limite inferior será na prega natural de fechamento, mais ou menos 7 mm acima do rebordo ciliar (rima palpebral). A marcação do limite superior do fusão depende da quantidade de pele a ser ressecada. Para tal, prendemos com uma pinça, sem mastigar os tecidos, este excesso de pele até obtermos uma discreta abertura da pálpebra. Marca-se, então, o limite superior e desenha-se o fusão (Fig. 17.3). O limite medial do fusão deve ficar dentro dos limites da pálpebra, evitando-se com isto contratura cicatricial. Infiltramos a área de ressecção com lidocaína à 1% com epinefrina. A incisão, acompanhando o desenho é feita com bisturi com lâmina número 15 e, a ressecção com urna tesoura de ponta fina. Devemos tomar cuidado para que a peça retirada inclua apenas pele, deixando as fibras do músculo orbicular das pálpebras intactas. No caso de existirem

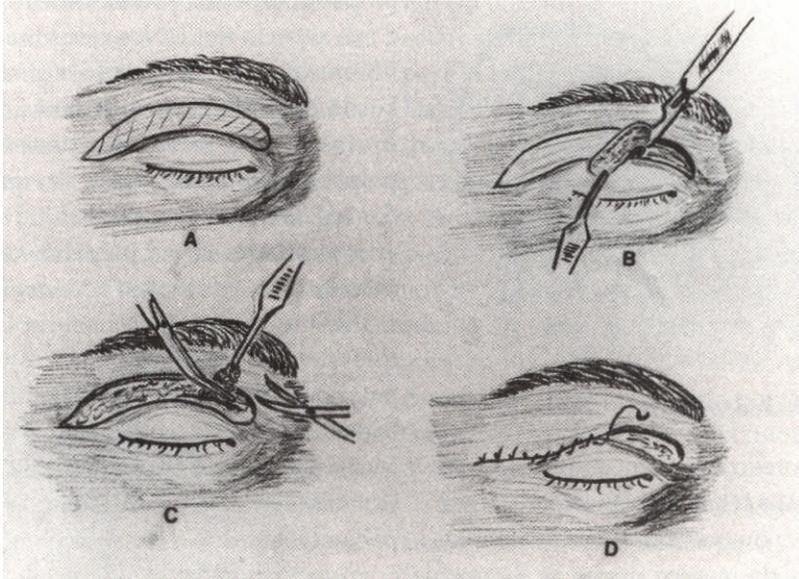


Fig. 17.3 Desenho do fuso de ressecção na blefaroplastia.

bolsas palpebrais exuberantes, estas apareceram normalmente após a ressecção da pele. Uma leve pressão sobre o globo ocular auxilia na protusão das bolsas. Devemos ressecar apenas a gordura que protude espontaneamente ou com facilidade após a manobra descrita. O método mais seguro de tratar as bolsas é o de pinçar a base da gordura, cauterizar com eletrocoagulador e então ressecar o excedente sobre a pinça. Isto está indicado porque a hemostasia desta área deve ser a mais rigorosa possível, evitando-se complicações severas no pós-operatório. A incisão da pele é fechada com uma sutura continua de fio de náilon (6 zeros). A extremidade livre da sutura deve ser fixada na pele, longe do globo ocular, por um pedaço de fita adesiva cirúrgica.

A blefaroplastia da pálpebra inferior requer maior cuidado com a excisão da pele, pois é menos tolerante aos excessos do cirurgião, e o resultado pode ser um ectrópio iatrogênico. A

incisão é feita poucos milímetros abaixo do rebordo ciliar inferior e direcionando-se para baixo, acompanhando o desenho natural das rugas, no ângulo externo do olho. Nos casos em que o problema principal são as bolsas gordurosas, pratica-se a sua exérese como descrito na técnica da pálpebra superior. Nestes casos, a ressecção da pele deve ser mínima, apenas o necessário para acomodar os bordos da ferida operatória para uma boa sutura. Outras vezes existe realmente uma redundância maior de pele. Nestes casos procedemos a um descolamento discreto da pele, em sentido inferior, e tracionamos levemente o retalho em sentido lateral e superior. A parte que ultrapassa o desenho subjacente da incisão é ressecada. A hemostasia deve ser rigorosa. A incisão pode ser fechada com sutura continua de fio de náilon (6 zeros). Preferentemente, as extensões da ferida que estejam fora das pálpebras devem ser suturadas com pontos separados. Alguns autores

preferem deixar a ferida sem curativo, aplicando-se compressas úmidas e frias de imediato. Isto previne o edema. Pode-se indicar, também, o

fechamento do olho com um opérculo por 24 horas, seguindo-se as compressas. As suturas podem ser retiradas a partir do sexto dia.

BIBLIOGRAFIA

- ANTIA, N. H. Reconstruction of the face in leprosy. *Int. J. Lepr.*, 31:597, 1963.
- ANTIA, N. H. Reconstruction of the face in leprosy. *Ann.R.Coll.Surg.Engl.*, 32: 71-98, 1963.
- ANTIA, N.H. Methods of plastic surgery in leprosy. *Lepr. India*, 36: 269-281, 1964
- ANTIA, N.H. The scope of plastic surgery in leprosy: a ten year progress report. *Clinics in Plastic Surgery*, 1:79-82, 1974.
- BARTON, R.P.E. Lesions of the mouth, pharynx and larynx in lepromatous leprosy. *Lepr.India*, 46: 130- 134, 1984.
- BRANDSMADomiciliary and field work. Blink-Bell-Blindness. *Lepr.Rev.*, 55: 421-428, 1974.
- BROWN O'CONNOR, G., et al. Advancement of soft tissues to correct mild midfacial retrusion. *Plast-Reconstr.Surg.*, 52: 42-46, 1973.
- CARLIN, G.A. & GURIN, M.M. Processos auxiliares nos casos de envelhecimento da face e do pescoço. *Clin. Cirúr.Amer.Norte*, 1971. p. 379.
- DAYKHES, A.I. Reconstructive operations for leprous disfigurement of the face. *Acta Chir.Plást.*, 14: 101, 1972
- DELGADO, D.D. Surgical correction of facial wrinkling due to leprosy. In: MACDOWELL & ENNA. *Surgical Rehabilitation in Leprosy*. Baltimore, The Williams & Wilkins, 1974. p:122-126.
- DIWAN, V.S. A survey of deformities in leprosy (with special reference to the face). *Lepr.Rev.*, 33: 255, 1962.
- ELY, J.F. Ritidoplastia e blefaroplasia. In: ELY,J.J. *Cirurgia Plástica*. São Paulo, Fundo Editorial Prociens, 1965. p:401-407.
- ENNA, C.D. & DELGADO, D.D. Surgical correction of common facial deformities due to leprosy. *Plast.Reconstr.Surg.*, 42: 422-432, 1968.
- ENNA, CD., et al. Redundant and wrinkled facial skin in lepromatous leprosy. A correlation of clinical and histopathological findings. *Int.J.Lepr.*, 42: 297- 302, 1974.
- FREITAS, J.A. Alterações ósseas da face na hanseníase virchowiana. *Hansen Int.* 11: 24, 1986.
- FRITSCHI, E.P. The surgery of facial deformity. In: *Surgical Reconstruction and Rehabilitation in Leprosy*. 2nd ed. New Dehli, The Leprosy Mission, 1984. p: 143.
- JOHNSON, J.B. & HADLEY, R.C. The aging face. In CONVERSE, J.M. *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1964. 3: 1307-1314.
- KANALSARAJ, J.D. Plastic surgery in the rehabilitation of the leprosy patient. *Lepr.Rev.*, 25: 87-101, 1954.
- MALIK, R.; AHUJA, P. & CHANDRA, K. Leprosy of the larynx. *Int.J.Lepr.*, 43: 114-124, 1975.
- MARINO, H. & MANQUEIRA, N. Rehabilitacion plastica del enfermo de lepra. *Rev.Leprol.Fontilles*, 9: 54-557, 1974.
- TIO, (TIONG-HOO) A esthetic management in leprosy. *Lepr.Rev.*, 37: 245-248, 1966.