JSIHS JOURNAL OF SOCIAL ISSUES AND HEALTH SCIENCES

ISSN 2966-0742

Blefaroplastia estética e funcional: planejamento anatômico, escolha da via de acesso e prevenção de complicações

Aesthetic and functional blepharoplasty: anatomical planning, selection of surgical approach and prevention of complications

Blefaroplastia estética y funcional: planificación anatómica, selección del abordaje quirúrgico y prevención de complicaciones

DOI: 10.5281/zenodo.23826284

Recebido: 29 out 2026
Aprovado: 30 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4700-6387
E-mail: edwardoarcanjo@gmail.com

Cláudio Borges Alves
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
E-mail: claudioborgesalves@gmail.com

Lucas Homan Sousa do Nascimento
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1415-1182
E-mail: lucashoman123@gmail.com

RESUMO

A blefaroplastia é uma intervenção central na cirurgia estética e funcional das pálpebras, porém a segurança depende de avaliação que ultrapasse a quantificação do excesso cutâneo. Objetivo: discutir a seleção de pacientes, o planejamento anatômico e a escolha das principais vias cirúrgicas na blefaroplastia superior e inferior, com ênfase na prevenção e no manejo de complicações. Método: revisão narrativa crítica de literatura clínica, revisões sistemáticas e artigos técnicos publicados em periódicos revisados por pares, organizada por problemas de decisão. Resultados da síntese: na pálpebra superior, o reconhecimento de ptose verdadeira, queda superciliar e doença da superfície ocular evita ressecções inadequadas; na inferior, o vetor orbitomalar, a frouxidão palpebral, a protrusão adiposa e a deformidade do sulco nasojugal determinam a escolha entre acesso transconjuntival, transcutâneo e intervenções complementares. Revisões recentes destacam que a preservação tecidual e o suporte cantal seletivo podem reduzir malposições, embora a heterogeneidade metodológica limite comparações definitivas. Complicações frequentes incluem edema, equimose, quemose e sintomas de olho seco; retração, ectrópio e hematoma orbitário exigem

reconhecimento oportuno. Conclusão: o planejamento individualizado, a preservação da função de fechamento e a vigilância de sinais de alarme são prioritários em relação a uma ressecção padronizada de pele ou gordura.

Palavras-chave: Blefaroplastia; Pálpebras; Complicações pós-operatórias; Cirurgia plástica; Segurança do paciente.

ABSTRACT

Blepharoplasty is a major aesthetic and functional eyelid procedure, yet its safety depends on an assessment extending beyond the measurement of redundant skin. Objective: to discuss patient selection, anatomical planning, and the choice of approaches for upper and lower blepharoplasty, focusing on complication prevention and management. Methods: a critical narrative review of peer-reviewed clinical literature, systematic reviews, and technical reports, organized around surgical decision points. Synthesis: in upper eyelids, recognizing true ptosis, eyebrow descent, and ocular surface disease helps prevent excessive excision. In lower eyelids, the orbital–malar vector, lid laxity, fat prominence, and tear-trough deformity influence the choice of transconjunctival or transcutaneous access and adjunctive support procedures. Recent reviews support tissue preservation and selective lateral canthal support, while emphasizing heterogeneity and limitations of comparative evidence. Common postoperative events include swelling, bruising, chemosis, and dry-eye symptoms; retraction, ectropion, and orbital hemorrhage require early recognition. Conclusion: individualized planning, preservation of eyelid closure, and surveillance for urgent warning signs should take precedence over standardized skin or fat excision.

Keywords: Blepharoplasty; Eyelids; Postoperative complications; Plastic surgery; Patient safety.

RESUMEN

La blefaroplastia es una intervención estética y funcional de los párpados cuya seguridad depende de una evaluación más amplia que la cuantificación del exceso cutáneo. Objetivo: analizar la selección de pacientes, la planificación anatómica y la elección de abordajes superiores e inferiores, con énfasis en la prevención y tratamiento de complicaciones. Método: revisión narrativa crítica de literatura clínica revisada por pares, revisiones sistemáticas y artículos técnicos, organizada según decisiones quirúrgicas. Síntesis: en el párpado superior, identificar ptosis verdadera, descenso de la ceja y enfermedad de la superficie ocular evita resecciones excesivas. En el párpado inferior, el vector orbitomalar, la laxitud palpebral, la grasa prominente y la deformidad del surco lagrimal orientan la elección del acceso transconjuntival o transcutáneo y del soporte cantal complementario. Las revisiones recientes favorecen enfoques conservadores, aunque la heterogeneidad de los estudios limita las comparaciones. Entre las complicaciones se incluyen edema, equimosis, quemosis, ojo seco, retracción, ectropión y, excepcionalmente, hemorragia orbitaria. Conclusión: la planificación individualizada y la preservación funcional constituyen principios esenciales para una blefaroplastia segura.

Palabras clave: Blefaroplastia; Párpados; Complicaciones posoperatorias; Cirugía plástica; Seguridad del paciente.

1. INTRODUÇÃO

O rejuvenescimento periorbitário é uma demanda relevante da cirurgia plástica porque alterações das pálpebras modificam simultaneamente a expressão facial, a exposição do globo ocular e, em determinadas situações, o campo visual. Diferentemente de outras operações de contorno, milímetros de ressecção ou de alteração da altura palpebral podem resultar em repercussões funcionais significativas. A blefaroplastia, portanto, não deve ser concebida como simples retirada de pele e bolsas adiposas, mas como procedimento de equilíbrio entre suporte palpebral, volume orbitário e proteção corneana [1,2].

O envelhecimento pode associar dermatocalase, pseudo-herniação de gordura, descenso da sobrancelha, frouxidão dos tendões cantais, alterações do músculo orbicular e perda de volume na transição pálpebra-bochecha. Esses componentes não se distribuem uniformemente entre os pacientes. A correção isolada da redundância cutânea, quando a principal anormalidade é ptose da margem palpebral ou queda superciliar, tende a produzir resultado incompleto ou assimétrico; na pálpebra inferior, a remoção excessiva de gordura pode aprofundar o sulco orbitopalpebral e criar aparência esqueletizada [1,3].

A literatura contemporânea ressalta o papel das complicações relacionadas à superfície ocular e à malposição palpebral. Embora a maioria das alterações seja reversível, situações raras, como hemorragia retrobulbar com síndrome compartimental orbitária, representam emergência potencialmente ameaçadora à visão. O objetivo deste trabalho é organizar uma abordagem anatômica e decisória para blefaroplastia superior e inferior, integrando seleção de pacientes, estratégia reconstrutiva, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das complicações [1,2].

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia funcional e mecanismo das alterações periorbitárias

A lamela anterior palpebral contém pele e músculo orbicular; a lamela posterior contém estruturas de suporte tarsoconjuntivais e retratores. O septo orbitário delimita compartimentos adiposos e condiciona a apresentação clínica das bolsas. Na pálpebra superior, a aponeurose do levantador e o músculo de Müller participam da abertura ocular; na inferior, o aparelho retrator, o tarso e os tendões cantais ajudam a sustentar o bordo livre contra o globo. O músculo orbicular contribui para o piscar e para a distribuição lacrimal. A preservação dessa integração é central à segurança [1,4].

Na análise estética da pálpebra superior, distinguem-se dermatocalase verdadeira, ptose palpebral e pseudoptose por queda da sobrancelha. A ptose se refere ao descenso da margem superior por alteração do mecanismo elevador, enquanto a dermatocalase representa redundância cutânea. São condições que podem coexistir. Uma ressecção cutânea generosa em paciente com sobrancelha baixa pode alterar a relação supercílio-pálpebra e acentuar a exposição do sulco superior sem corrigir a causa predominante da queixa.

Na pálpebra inferior, o excesso de volume pode corresponder a protrusão adiposa, bolsas malares ou edema associado à estrutura do terço médio. A passagem entre pálpebra e bochecha é determinada por ligamentos de retenção, rebordo orbitário e distribuição de gordura; por isso, a excisão isolada de tecido projetado nem sempre corrige o sulco nasojugal. Um vetor negativo, no qual a proeminência ocular se projeta à frente do suporte malar, aumenta a vulnerabilidade à retração e deve ser registrado no exame [1,3].

2.2 Avaliação pré-operatória e seleção de pacientes

A anamnese investiga sintomas de olho seco, fotofobia, irritação, necessidade de lubrificantes, uso de lentes de contato, cirurgias palpebrais prévias, doenças tireoidianas, procedimentos refrativos e medicamentos associados a sangramento. Pacientes com expectativas incompatíveis com a anatomia ou com doença ocular ativa devem ter indicação reavaliada. Quando houver suspeita de alteração funcional ocular, a avaliação oftalmológica antes da operação pode mudar a técnica ou mesmo contraindicar temporariamente o procedimento [1,4].

O exame padronizado inclui fotografias em posição frontal e oblíqua, avaliação da altura da margem palpebral em relação ao reflexo luminoso corneano (MRD1), excursão do levantador, fechamento palpebral, simetria das sobrancelhas, protrusão do globo e teste de frouxidão horizontal da pálpebra inferior. Testes de distração e de retorno da margem inferior devem ser interpretados em conjunto com suporte cantal e posição do ponto lacrimal. A avaliação do filme lacrimal e da integridade corneana torna-se particularmente importante quando há queixa de ressecamento ou lagoftalmo [1,4].

O plano cirúrgico deve identificar qual problema será efetivamente corrigido: pele, posição da margem, laxidade, gordura herniada ou transição pálpebra-bochecha. A documentação da condição inicial evita que assimetrias pré-existentes sejam atribuídas exclusivamente ao pós-operatório. Esclarecer limites anatômicos e possibilidade de ajustes secundários integra o consentimento informado.

2.3 Blefaroplastia superior: princípios técnicos

A marcação da ressecção superior é feita com o paciente acordado, observando sulco palpebral, simetria, posição das sobrancelhas e reserva de pele necessária ao fechamento confortável. O chamado teste de pinçamento auxilia a estimar o excesso cutâneo, mas não substitui a avaliação de lagoftalmo potencial nem autoriza retirar pele apenas para aumentar a altura aparente do sulco. Deve-se preservar margem de segurança funcional, com atenção redobrada em olhos proeminentes ou previamente operados.

A abordagem habitual permite ressecar pele e, quando necessário, porção criteriosa do músculo orbicular ou de compartimentos adiposos. A tendência contemporânea privilegia conservação de volume e respeito à anatomia individual. A gordura nasal medial pode estar proeminente, mas sua manipulação excessiva favorece depressões. A glândula lacrimal ptosada pode simular bolsa lateral; removê-la por equívoco pode gerar consequências funcionais importantes [1,4].

Quando a ptose verdadeira é significativa, a correção do elevador ou outra técnica específica deve ser discutida de forma independente. A blefaroplastia isolada não substitui cirurgia de ptose. De modo semelhante, queda marcada da sobrancelha pode demandar procedimento superciliar concomitante ou

ISSN 2966-0742

alternativo, de acordo com exame físico, risco e objetivos. O resultado ideal mantém expressão natural e fechamento completo.

2.4 Blefaroplastia inferior: escolha de acesso e tratamento do volume

O acesso transconjuntival permite alcançar compartimentos adiposos sem incisão cutânea externa, preservando amplamente o músculo orbicular e estruturas da lamela anterior. É especialmente útil quando predominam bolsas com pouca redundância cutânea e suporte horizontal satisfatório. A necessidade de correção da pele, da musculatura ou de reposicionamento complexo de tecidos pode favorecer acesso transcutâneo subciliar ou associação de procedimentos [3,5].

O acesso transcutâneo proporciona exposição direta da lamela anterior e possibilidade de tratamento simultâneo do excesso cutâneo, mas requer controle rigoroso da tração cicatricial. O acesso escolhido não deve ser definido apenas pela idade; deve considerar vetor orbitomalar, qualidade cutânea, posição cantal, necessidade de suporte e experiência do operador. Revisão de estudos comparativos encontrou possibilidade de resultados satisfatórios e seguros com ambos os acessos, sem demonstrar superioridade universal de um deles [3].

Na abordagem volumétrica, a excisão indiscriminada de gordura foi progressivamente substituída por conceitos de preservação, reposicionamento de bolsas e preenchimento seletivo da transição pálpebra-bochecha. A transposição de gordura pediculada pode exigir maior exposição e planejamento vascular; já o enxerto de gordura autóloga é uma alternativa em áreas com deficiência volumétrica, mas requer técnica delicada e informação sobre irregularidades e reabsorção. Uma correção de sulco nasojugal por enxertia não deve ser confundida com tratamento de frouxidão palpebral [3,5].

2.5 Suporte cantal e prevenção de malposição

Canthopexia e cantoplastia não são etapas obrigatórias em todas as blefaroplastias inferiores. São consideradas quando há frouxidão significativa, posição anormal do canto lateral, necessidade de sustentação adicional ou maior risco anatômico de retração. A canthopexia reforça estruturas preservadas, ao passo que a cantoplastia envolve reconstrução ou reposicionamento mais definido do mecanismo cantal. A seleção depende da deformidade e deve evitar excesso de tração, arredondamento do canto e distorção da fenda palpebral [1,2].

A proteção da lamela anterior exige evitar ressecção excessiva de pele, agressão desnecessária ao orbicular e fechamento sob tensão vertical. A associação de cirurgia do terço médio pode ser relevante em defeitos de suporte, porém amplia a complexidade e não substitui avaliação individualizada. Um paciente

com vetor negativo e frouxidão preexistente requer estratégia diferente daquela aplicada a bolsas isoladas em pálpebra estável.

2.6 Complicações e sinais de alerta

Edema, equimoses, desconforto e discreta quemose podem surgir no pós-operatório e geralmente regridem com manejo conservador. Sintomas de olho seco podem decorrer de inflamação, alteração transitória do piscar ou exposição; a conduta inclui avaliação da superfície ocular, lubrificação, proteção corneana e redução de fatores agravantes conforme orientação especializada. A persistência ou piora exige reavaliação, pois sintomas aparentemente leves podem encobrir lagoftalmo clinicamente relevante [1,2,4].

A retração inferior, o ectrópio, a exposição escleral e a assimetria podem resultar de deficiência de pele, retração cicatricial, laxidade não corrigida ou suporte cantal insuficiente. O tratamento inicial depende do grau e da fase: proteção ocular e medidas conservadoras podem ser úteis em alterações leves e precoces, enquanto déficits persistentes ou exposição significativa podem exigir liberação cicatricial, enxerto de pele, suporte cantal ou reconstrução lamelar. A revisão cirúrgica deve ser guiada pela causa anatômica, não apenas pela aparência [1,2].

Dor ocular intensa e progressiva, redução súbita da acuidade visual, proptose tensa, alteração pupilar ou resistência à retropulsão demandam avaliação imediata para hemorragia orbitária e síndrome compartimental. Trata-se de emergência na qual o reconhecimento e a descompressão tempestiva, conforme equipe capacitada e protocolos de urgência, prevalecem sobre a espera por exames de imagem quando há ameaça visual. A raridade dessa complicação não diminui a necessidade de orientação explícita ao paciente [1].

2.7 Seguimento e avaliação de resultados

O acompanhamento precoce verifica integridade da ferida, acuidade visual quando indicada, oclusão palpebral, dor desproporcional, posição do canto e condições da córnea. Nas semanas subsequentes, observam-se reabsorção de edema, evolução cicatricial e recuperação do piscar. A avaliação estética definitiva deve respeitar o tempo de remodelação; decisões precipitadas de reoperação em edema residual podem acrescentar morbidade.

Medidas de desfecho devem incluir satisfação com a simetria e naturalidade, mas também preservação da função, necessidade de lubrificantes, ausência de exposição corneana e eventual revisão. Fotografias padronizadas e instrumentos de resultado relatado pelo paciente ajudam a comparar estados pré e pós-operatórios, embora a diversidade de escalas dificulte síntese quantitativa entre estudos.

2.8 Diagnósticos diferenciais, indicações funcionais e identificação de riscos

A queixa de excesso palpebral exige excluir diagnósticos que não se beneficiam de simples blefaroplastia. A dermatocalase consiste em redundância de pele da lamela anterior; a ptose aponeurótica se caracteriza por margem palpebral baixa, às vezes com sulco supratarsal alto e excursão do levantador relativamente preservada; a ptose neurogênica ou miogênica pode associar fatigabilidade, alterações pupilares ou limitações da motilidade ocular e merece investigação direcionada. A queda da sobrancelha gera pseudodermatocalase, sobretudo lateral, enquanto a retração palpebral na orbitopatia tireoidiana modifica a exposição ocular e pode tornar ressecções estéticas inadequadas [1,9].

Em pacientes com obstrução visual superior, recomenda-se registrar a relação da margem com o eixo pupilar, fotografar o campo de pele que ultrapassa os cílios e avaliar repercussões funcionais de forma documentável. A investigação oftalmológica, com campimetria em casos selecionados, diferencia prejuízo causado por dermatocalase, ptose verdadeira e condições neurológicas. O exame inclui comparação entre repouso e ativação frontal: pacientes que elevam cronicamente a testa podem aparentar maior elevação palpebral do que efetivamente possuem. A indicação cirúrgica, portanto, é anatômica e funcional, e não fundamentada exclusivamente na idade ou na largura aparente do sulco [1,9].

2.9 Exame ocular padronizado e planejamento baseado em medidas

Uma avaliação reprodutível começa por acuidade visual, posição dos globos e sobrancelhas, simetria do sulco, função do levantador, amplitude de fechamento, reflexos de proteção e integridade da superfície ocular. A distância margem-reflexo corneano superior (MRD1) quantifica a posição da margem superior em relação ao reflexo luminoso; o valor deve ser interpretado conforme anatomia e contexto clínico, sem uso de um único limiar como critério universal. Em pálpebra inferior, a medida da distância entre borda e limbo inferior ajuda a reconhecer exposição escleral, mas não substitui testes de retorno da margem e distração horizontal [1,6].

Fotografias frontais, oblíquas, laterais e com olhar para cima e para baixo oferecem comparação longitudinal, desde que iluminação, expressão e distância sejam semelhantes. A avaliação dinâmica merece atenção adicional quando há assimetria, fechamento incompleto ou cirurgia anterior. A seleção de casos para elevação da sobrancelha, correção de ptose, canthopexia ou reposicionamento volumétrico deve ficar explícita no consentimento, pois procedimentos combinados modificam risco, custo e tempo de recuperação. Em qualquer medida, deve-se evitar extrapolar valores descritivos populacionais para uma meta estética padronizada [1,6,9].

2.10 Superfície ocular, olho seco e proteção corneana

O exame da superfície ocular é componente de segurança, não uma formalidade. Sintomas de ardência, sensação de areia, flutuação visual, fotofobia e uso frequente de colírios sugerem instabilidade lacrimal; testes de ruptura do filme lacrimal, coloração da superfície e avaliação de glândulas meibomianas podem complementar a análise conforme acesso a especialista. Pacientes com lagoftalmo prévio, orbitopatia tireoidiana, paralisia facial, cirurgia refrativa recente ou ceratopatia merecem cautela ampliada. Em pequena série prospectiva brasileira, 22 pacientes avaliados após blefaroplastia superior apresentaram piora de sintomas e de estabilidade do filme lacrimal, dado que reforça vigilância, mas não estabelece incidência populacional da complicação [7].

Durante a operação, ressecção conservadora e respeito à função do orbicular procuram manter o mecanismo de piscar. No pós-operatório, lubrificação e acompanhamento da córnea são adaptados ao paciente, evitando prescrever medicamentos de forma indistinta. Se houver dor desproporcional, queda visual, proptose ou dificuldade progressiva de fechamento, a hipótese não deve ser reduzida a olho seco: essas manifestações exigem avaliação imediata. O objetivo estético legítimo é subordinado à proteção da visão, especialmente em pacientes com superfície ocular já comprometida [1,7,9].

2.11 Critérios práticos de escolha das técnicas superiores e inferiores

Na pálpebra superior, o desenho do fuso acompanha o sulco cutâneo e respeita assimetrias naturais. A remoção deve ser gradual, com reavaliação do fechamento e do efeito da posição da sobrancelha; quando existe ptose verdadeira, sua correção deve ser considerada de modo específico, e não compensada pela retirada excessiva de pele. A preservação seletiva de gordura evita aprofundamento do sulco superior, enquanto a dissecção cuidadosa protege a aponeurose do levantador e a glândula lacrimal. A extensão lateral do desenho deve ser harmonizada com pregas e direção das linhas de tensão da pele [1,9].

Na pálpebra inferior, a via transconjuntival é especialmente pertinente quando predominam bolsas adiposas com boa qualidade cutânea; a transcutânea pode oferecer acesso favorável à remoção controlada de pele e a manobras mais amplas. Ambas permitem estratégias de preservação ou transposição de gordura. A revisão de 24 estudos de Atiyeh e colaboradores não identificou justificativa para considerar uma via universalmente superior; ressaltou ainda que enxertia adiposa pode constituir alternativa pertinente para alguns sulcos nasojugais. A avaliação da quantidade e distribuição do volume é tão importante quanto a identificação da via [3].

A canthopexia pode reforçar uma estrutura ainda íntegra, enquanto procedimentos de reconstrução ou encurtamento cantal, como a técnica de tira tarsal lateral, destinam-se a frouxidão ou malposição mais

expressivas. A associação não deve ser automática, mas fundamentada na posição do bordo inferior, no vetor orbitomalar e no retorno palpebral. A operação excessivamente agressiva da lamela anterior aumenta o risco de retração cicatricial e pode demandar intervenções reparadoras complexas [2,6,10].

2.12 Classificação e manejo das complicações por gravidade

Equimose, edema e desconforto leve são eventos esperados, com intensidade variável conforme dissecção e fatores individuais. Quemose transitória e irritação da superfície ocular podem requerer lubrificação, proteção e seguimento mais próximo. Já deiscência, infecção, assimetria persistente, cistos de inclusão e cicatriz hipertrófica demandam diagnóstico etiológico antes de revisão. Ectrópio expõe a conjuntiva pela eversão do bordo palpebral; retração inferior pode apresentar exposição escleral sem eversão; entropio volta os cílios contra o globo. Esses fenômenos têm mecanismos e tratamentos distintos [2,9,10].

Quando se identifica lagoftalmo por insuficiência de pele, a proteção corneana é prioridade imediata. Em casos leves, lubrificantes e medidas de proteção podem ser suficientes; persistência e ceratopatia podem exigir tarsorrafia temporária, liberação de retrações ou enxertia cutânea. Ectrópio e retração persistentes exigem avaliação das lamelas, frouxidão horizontal e eventual necessidade de suporte lateral ou enxerto espaçador. Revisões definitivas devem considerar o estágio de cicatrização, exceto quando houver sofrimento corneano ou indicação urgente [9,10].

A síndrome compartimental orbitária por hemorragia profunda é uma exceção crítica. Dor orbitária intensa, proptose aguda, redução de visão, defeito pupilar aferente ou globo sob tensão são sinais de alarme. O procedimento deve ser interrompido ou reavaliado imediatamente, com acionamento de equipe apta à descompressão orbitária; cantotomia e cantólise lateral podem ser necessárias sem demora, e exames de imagem não devem atrasar a conduta quando o diagnóstico clínico é evidente. Estudo retrospectivo baseado em questionários estimou hemorragia orbitária em cerca de 0,055% e perda visual permanente em 0,0045% dos procedimentos relatados, com limitações de memória e notificação [8,9].

2.13 Revisões secundárias e avaliação de desfechos

A revisão estética não deve ser indicada apenas porque existe assimetria nas primeiras semanas. Edema e retração transitória alteram temporariamente sulcos, nível dos cílios e contorno da transição pálpebra-bochecha. O seguimento deve distinguir fenômenos que melhoram com remodelamento cicatricial daqueles que representam déficit anatômico ou risco funcional. Na avaliação tardia, interessa identificar a

causa primária: volume insuficiente, malposição por encurtamento de lamela, frouxidão horizontal subestimada, assimetria muscular ou doença ocular não tratada [2,9].

Os desfechos mais relevantes incluem simetria, proteção da córnea, conforto ocular, necessidade de lubrificantes, satisfação relatada pelo paciente e ocorrência de revisões. A medida de satisfação isolada não permite concluir superioridade técnica, porque as populações diferem na gravidade inicial e no caráter funcional ou estético da indicação. Estudos prospectivos deveriam informar procedimentos associados, técnica de canthopexia, tempo até reavaliação, critérios objetivos de malposição e características da superfície ocular pré-operatória [2,3].

Quadro 1 – Problemas anatômicos e decisões terapêuticas

Situação anatômica dominante	Estratégia potencial	Risco ou ressalva
Dermatocalase superior sem ptose	Ressecção conservadora de pele	Preservar fechamento e volume
Ptose verdadeira associada	Avaliar correção do elevador	Blefaroplastia isolada não corrige ptose
Bolsas inferiores sem excesso cutâneo	Acesso transconjuntival	Avaliar suporte cantal e sulco nasojugal
Excesso cutâneo inferior e frouxidão	Abordagem combinada e suporte seletivo	Evitar retração vertical e ectrópio
Sulco nasojugal e perda de volume	Reposição/conservação volumétrica individualizada	Evitar depressões e irregularidades

Fonte: elaboração dos autores com base nas referências apresentadas no texto.

3. METODOLOGIA

Foi desenvolvida revisão narrativa crítica de caráter clínico-cirúrgico, fundamentada em busca dirigida de literatura científica disponível em PubMed/MEDLINE e textos integrais de acesso aberto, realizada em outubro de 2026. Foram priorizadas revisões contemporâneas sobre segurança e complicações, comparação das vias transconjuntival e transcutânea, preservação de gordura e alterações da superfície ocular [1–5]. Os achados foram organizados em eixos de avaliação pré-operatória, seleção técnica, prevenção de malposição, diagnóstico de complicações e seguimento. O método não corresponde a revisão sistemática: não houve protocolo registrado, triagem duplicada ou metanálise original. Os dados numéricos mencionados pertencem aos trabalhos citados, e não a casuística própria.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A principal convergência das publicações é que diferentes técnicas podem ser adequadas quando a indicação decorre do exame anatômico. Na pálpebra inferior, revisão sistemática de 36 estudos reuniu taxas heterogêneas de malposição, quemose e olho seco, reforçando que diferenças de técnica, de seguimento e

de definição de complicações impedem a aplicação de um risco único a todos os pacientes [2]. Portanto, apresentar uma porcentagem isolada de sucesso como atributo universal da blefaroplastia seria metodologicamente incorreto.

Uma revisão de 2025 que avaliou 24 estudos sobre preservação adiposa considerou possíveis tanto os acessos transconjuntival quanto transcutâneo para manipulação de gordura; o acesso cutâneo pode facilitar determinadas transposições, enquanto o transconjuntival evita incisão da lamela anterior e pode ser particularmente vantajoso quando não há excesso significativo de pele [3]. Essa conclusão sustenta indicação orientada ao defeito, não preferência dogmática por uma via.

A literatura de segurança publicada em 2026 enfatiza fatores predisponentes: alteração de superfície ocular, cirurgia anterior, laxidade, proeminência do globo, vetor negativo, anticoagulação e extensão da ressecção. O peso desses fatores aponta para uma cirurgia individualizada e conservadora, com utilização seletiva de reforço cantal [1]. A revisão sobre propriedades corneanas após operações da pálpebra superior amplia essa perspectiva ao lembrar que intervenção palpebral pode modificar a exposição e parâmetros da superfície ocular [4].

Na tomada de decisão, a tensão entre rejuvenescimento e conservação funcional é particularmente importante em pacientes com dermatocalase associada a ptose. Corrigir apenas um componente pode perpetuar a queixa; tentar compensar ptose por retirada excessiva de pele aumenta risco de lagoftalmo. Na inferior, a busca de um sulco liso por excisão de toda a gordura pode criar depressões e desalinhamento com o terço médio. Essas situações ilustram por que a avaliação morfológica e o esclarecimento dos objetivos devem anteceder a técnica [1,3].

A padronização de desfechos representa lacuna relevante. Estudos frequentemente privilegiam fotografias e satisfação, enquanto a função ocular e a duração de sintomas são medidas de maneiras diferentes. Futuras pesquisas deveriam documentar posição da margem palpebral, integridade corneana, necessidade de suporte cantal, tempo de seguimento e intervenções secundárias de forma comparável, permitindo análise mais confiável do equilíbrio entre segurança e eficácia.

4.1 Integração entre evidência, decisão clínica e heterogeneidade

A revisão sistemática de Gimenez e colaboradores incluiu 36 estudos que reportaram complicações de blefaroplastia inferior, mas a diferença entre técnicas, duração do acompanhamento e critérios de definição impediu uma metanálise confiável [2]. Essa limitação metodológica é relevante: comparar taxas brutas entre séries de pálpebras com graus distintos de frouxidão pode atribuir ao acesso cirúrgico eventos que, em parte, dependem do perfil anatômico. Um quadro comparativo útil deve apresentar a indicação

predominante, o potencial benefício e o risco que cada técnica procura mitigar, em lugar de anunciar um vencedor absoluto.

A literatura também mostra que a saúde ocular precisa integrar os objetivos do procedimento. A experiência de Aygun e colaboradores com testes de filme lacrimal após blefaroplastia superior e a revisão anatômica de Memon e colaboradores reforçam que resultado estético e integridade fisiológica não são dimensões independentes [6,7]. A dificuldade para identificar lesões de superfície ocular subclínicas torna essencial o registro basal quando há sinais de risco.

4.2 Segurança e implicações para a prática cirúrgica

A hemorragia orbitária é rara, porém ilustra o motivo de toda equipe precisar reconhecer complicações ameaçadoras à visão. A observação de que muitos episódios descritos ocorreram nas primeiras horas não permite dispensar instruções de vigilância nos dias seguintes. O plano de alta deve deixar inequívocos os sinais que motivam retorno emergencial e o local de atendimento. Ao mesmo tempo, a prevenção depende de revisão medicamentosa individualizada, pressão arterial controlada, hemostasia e moderação na manipulação de gordura [8,9].

A cirurgia baseada em preservação de volume oferece resposta à insatisfação associada a aparência escavada ou à transição pálpebra-bochecha marcada. Contudo, reposição adiposa também produz riscos como irregularidade ou assimetria e deve ser individualizada. A revisão de Atiyeh e colaboradores ressalta a necessidade de padronizar as formas de mensuração do sulco nasojugal e a publicação de desfechos para permitir comparação válida [3]. Por conseguinte, a síntese favorece procedimento guiado por diagnóstico específico, mensuração padronizada e acompanhamento suficiente para avaliar retração tardia, evitando-se afirmações de eficácia não demonstradas.

Quadro 2 – Síntese crítica dos estudos-chave

Eixo	Desenho / população	Interpretação clínica	Fonte
Segurança da blefaroplastia inferior	Revisão sistemática; 36 estudos	Heterogeneidade impediu metanálise; malposições e alterações oculares exigem vigilância	[2]
Escolha do acesso inferior	Revisão de 24 estudos	Vias transconjuntival e transcutânea viáveis; selecionar conforme pele, gordura e suporte	[3]
Hemorragia orbitária	Questionário retrospectivo; 269.433 procedimentos relatados	Evento raro, porém com risco de perda visual; reconhecimento clínico precoce	[8]
Superfície ocular	Série prospectiva; 22 pacientes	Mudanças no filme lacrimal e sintomas após operação superior; generalização limitada	[7]

Fonte: elaboração dos autores com base nas referências apresentadas no texto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A blefaroplastia segura decorre do reconhecimento de alterações anatômicas independentes e de sua combinação em cada paciente. A avaliação pré-operatória deve separar dermatocalase, ptose, descenso superciliar, protrusão adiposa, frouxidão e deficiência de volume. Na pálpebra inferior, os acessos transconjuntival e transcutâneo são alternativas complementares, selecionadas conforme pele, suporte, volume e necessidade de manipulação tecidual.

A preservação da função ocular orienta tanto a prevenção quanto a resposta às complicações. Ressecções conservadoras, suporte cantal quando indicado, atenção à superfície ocular e instruções claras sobre sinais de emergência podem reduzir danos evitáveis. As evidências disponíveis favorecem decisões contextualizadas e não sustentam uma técnica universalmente superior para todas as apresentações clínicas.

REFERÊNCIAS

1. TAGHIOFF, S. M. et al. Safety Considerations in Blepharoplasty: A Comprehensive Review. Journal of Craniofacial Surgery, 2026. DOI: 10.1097/SCS.0000000000013144.

2. GIMENEZ, A. R. et al. Safety and Complications in Lower Eyelid Blepharoplasty: A Systematic Review. Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, v. 13, n. 9, e7102, 2025. DOI: 10.1097/GOX.0000000000007102.

3. ATIYEH, B. et al. Transconjunctival or Transcutaneous Approach for Fat-preserving Lower Lid Blepharoplasty? Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, v. 13, n. 12, e7345, 2025. DOI: 10.1097/GOX.0000000000007345.

4. HEIDARI, M. et al. Corneal biophysical changes after upper eyelid blepharoplasty and ptosis surgery: a review. BMC Ophthalmology, v. 23, 253, 2023. DOI: 10.1186/s12886-023-03010-3.

5. FEDOK, F. G. Transconjunctival Lower Blepharoplasty. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, v. 34, n. 1, p. 131–143, 2026. DOI: 10.1016/j.fsc.2025.08.005.

6. MEMON, S. F.; WILDE, C. L.; EZRA, D. G. Lower Eyelid Surgical Anatomy and the Implications for Blepharoplasty Surgery: A Systematic Review of Anatomic Studies in the Literature. Journal of Craniofacial Surgery, v. 36, n. 2, p. 709–716, 2025. DOI: 10.1097/SCS.0000000000010928.

7. AYGUN, O. et al. Effect of upper eyelid blepharoplasty on the ocular surface, tear film, and corneal microstructure. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 2024. PMID: 38537039. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38537039/.

8. HASS, A. N.; PENNE, R. B.; STEFANYSZYN, M. A.; FLANAGAN, J. C. Incidence of postblepharoplasty orbital hemorrhage and associated visual loss. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, v. 20, n. 6, p. 426–432, 2004. DOI: 10.1097/01.iop.0000143711.48389.c5.

ISSN 2966-0742

9. OESTREICHER, J.; MEHTA, S. Complications of Blepharoplasty: Prevention and Management. Plastic Surgery International, v. 2012, artigo 252368, 2012. DOI: 10.1155/2012/252368.

10. SBITAN, L. et al. Towards optimal management of lower eyelid malpositions: A systematic review of treatment effectiveness and safety. Clinics, v. 80, 100547, 2025. DOI: 10.1016/j.clinsp.2024.100547.