

# Construção do sulco palpebral superior em pacientes orientais sem incisão cirúrgica - Experiência em 13 anos

*Non-incisional surgery technique to create double eyelids in asian patients - A 13-year experience*

Fábio Ezo Aki<sup>1</sup>

Eduardo Kawata Sakae<sup>2</sup>

Gláucia Helena Zeferino Baracat<sup>3</sup>

## RESUMO

A blefaroplastia em pacientes orientais jovens tem como principal objetivo a construção do sulco palpebral superior. Existem inúmeras técnicas cirúrgicas com tal propósito, podendo ser divididas em 2 grandes grupos: métodos com incisão cirúrgica (blefaroplastia clássica) e métodos sem incisão cirúrgica ou com incisões cirúrgicas mínimas. **Objetivo:** Apresentar a técnica sem incisão cirúrgica, a importância do planejamento pré-operatório, as principais indicações e as modificações para cada tipo de paciente. **Método:** No período de janeiro de 1989 a janeiro de 2002 (13 anos), foram operados 647 pacientes com a técnica sem incisão cirúrgica. Inicialmente, usávamos a técnica com 3 pontos para a confecção do sulco. A partir de 1996, foi iniciado o uso da técnica com apenas dois pontos, sendo operado 308 pacientes (47,60%) com essa técnica até 2002. Os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por período médio de 2 anos. **Resultados:** Foram extremamente satisfatórios e foram necessárias reoperações em 19 pacientes (2,93%) por causa da assimetria na altura dos sulcos e em 12 (1,85%) devido à queixa de sulco pouco visível e estreito. No planejamento pré-operatório deve-se determinar a forma do sulco e a quantidade de pontos necessária, de acordo com a espessura da pele da pálpebra. Do total, 97,84% dos pacientes desejaram um sulco que se iniciava junto à prega epicantal, pois oferecia resultado mais natural. **Conclusão:** A técnica é de fácil execução, de pequeno risco cirúrgico e com poucas complicações, apresentando resultado satisfatório, natural e duradouro, mas sua indicação deve ser precisa e o planejamento pré-operatório é determinante para se obter um bom resultado.

**Descritores:** Pálpebra/cirurgia; Blefaroplastia/métodos; Cirurgia plástica/métodos; Japão/etnologia

<sup>1</sup> Cirurgião Plástico, Médico Assistente Doutor da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Cirurgião Plástico, Médico Pós-Graduando da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Cirurgiã Plástica, Médica Pós-Graduada da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Endereço para correspondência:** Clínica PROFE  
Av. Pedroso de Moraes, 793 - Alto de Pinheiros - São Paulo (SP) CEP 05419-000  
E-mail: clinicaprofe@uol.com.br

Recebido para publicação em 04.03.2002

Aceito para publicação 30.10.2002

**Nota Editorial:** Pela análise deste trabalho e por sua anuência na divulgação desta nota, agradecemos ao Dr. Waldir Martins Portellinha.

## INTRODUÇÃO

A cirurgia estética nas pálpebras superiores em Orientais é uma combinação de três procedimentos cirúrgicos: a confecção do sulco palpebral, a redução da camada adiposa das pálpebras superiores e a correção da prega epicantal<sup>(1)</sup>.

Um autor americano em 1955<sup>(2)</sup>, descreveu as observações de sua estada no Oriente e constatou o grande interesse das mulheres em cirurgias que minimizavam os traços orientais dos olhos com o objetivo de torná-los o mais próximo do modelo ocidental. Essa procura devia-se tanto por influência dos padrões estéticos ocidentais como também por fatores econômicos e manifestava um desejo asiático de miscigenação com os caucasianos e,

conseqüentemente, parecerem mais ocidentalizados. Tais cirurgias ficaram conhecidas como **ocidentalização** das pálpebras superiores.

Contrariando tal autor<sup>(2)</sup>, um cirurgião de origem chinesa<sup>(3)</sup> constatou que as cirurgias de “ocidentalização”, ou blefaroplastia em asiáticos, eram realizadas anteriormente à influência ocidental que se iniciou com a II Guerra Mundial e a Guerra da Coreia e tinham o objetivo de proporcionar um olhar mais expressivo e vívido.

Os asiáticos que possuem um sulco palpebral bem definido parecem ter uma fissura palpebral mais ampla e olhos maiores, sendo que culturalmente passam a impressão de pessoas mais alertas e amigáveis<sup>(3)</sup>.

Cerca de 30 a 60% dos orientais não apresentam o sulco órbito-palpebral<sup>(4)</sup>. O sulco órbito-palpebral forma-se devido à fusão de fibras da aponeurose do músculo levantador da pálpebra à derme da pálpebra superior<sup>(5-7)</sup>. Nos orientais que não possuem o sulco palpebral, as bolsas de gordura pré-aponeurótica encontram-se em uma posição mais baixa, deixando os olhos com uma aparência mais globosa e dificultando as interdigitações da aponeurose do músculo levantador à derme da pálpebra superior<sup>(4,7-10)</sup>.

O olho oriental apresenta uma fenda palpebral estreita, alargada e inclinada lateralmente e um epicanto em grau variável. Caracteriza-se por um aspecto mais globoso que os olhos de um ocidental por uma maior quantidade de tecido adiposo subcutâneo e de gordura peri-orbitária, associada à ausência ou presença parcial do sulco palpebral superior<sup>(2,9,11-14)</sup>.

As técnicas cirúrgicas clássicas de ocidentalização<sup>(3,11,15-17)</sup>, que procuram diminuir as diferenças anatômicas do olho oriental, atuam em várias estruturas das pálpebras e têm como acesso cirúrgico a ressecção fusiforme da pele da pálpebra superior que resulta em cicatriz na altura do sulco construído. Elas variam apenas na maneira de fixação da derme ao músculo elevador da pálpebra ou ao tarso e na intensidade.

Atualmente os pacientes que solicitam a cirurgia de ocidentalização não desejam minimizar seus traços orientais e sim almejam um olhar mais expressivo e vívido<sup>(18)</sup>. Alguns pacientes utilizam cola ou fita adesiva para obter o sulco por receio da cicatriz cirúrgica resultante e de se submeter a uma cirurgia que imaginam ser de grande porte e dolorosa. Outros não dispõem de período longo de afastamento de suas atividades profissionais ou escolares necessário à convalescência.

A blefaroplastia em pacientes orientais jovens tem como principal objetivo a construção do sulco órbito-palpebral e esse tipo de cirurgia é uma das cirurgias estéticas mais requisitadas em países do Oriente e também por descendentes de orientais no Brasil<sup>(16-18)</sup>.

Um outro grupo de técnicas de ocidentalização não realiza incisões cirúrgicas e, conseqüentemente, o trauma pós-operatório é bem menor propiciando uma pronta recuperação e um afastamento social mínimo<sup>(19-32)</sup>.

As primeiras publicações em literatura médica japonesa para construção do sulco palpebral referem-se ao método de sutura externa sem incisão cirúrgica. A primeira descrição do método de sutura externa foi em 1896<sup>(33)</sup>, onde foi realizado

sutura de espessura total (lamela externa e interna), a 6 mm do rebordo ciliar, com fio de seda 4.0, para correção de assimetria de sulco palpebral (o lado operado encontrava-se ausente).

Em 1936<sup>(34)</sup> foi descrita uma técnica simples de construção do sulco órbito-palpebral através de sutura transconjuntival e incisão cutânea mínima para invaginação dos pontos, diminuindo consideravelmente o tempo e o porte cirúrgico.

Diversos cirurgiões orientais desenvolveram técnicas cirúrgicas para construção do sulco palpebral superior com incisões cirúrgicas mínimas ou até mesmo sem a presença das mesmas, visando cicatrizes as menores possíveis, alterações não radicais à fisionomia e reintegração social praticamente imediata<sup>(4,10,18,34-37)</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica sem incisão cirúrgica, a importância do planejamento pré-operatório, as principais indicações e as modificações para cada tipo de paciente.

## MÉTODOS

Foram operados no período de janeiro de 1989 a janeiro de 2002, 647 pacientes que solicitaram a construção do sulco órbito-palpebral superior com a técnica sem incisão cirúrgica, sendo 602 pacientes do sexo feminino (93,04%) e 45 do masculino (6,96%) (Tabela 1).

Nas pacientes do sexo feminino a idade variou de 13 a 30 anos com média de 21,26 anos e nos do sexo masculino, variou de 20 a 27 anos com média de 23,53 anos. A idade média geral foi de 21,46 anos.

Os descendentes de japoneses representaram 98,45% dos pacientes (637 pacientes). Oito pacientes eram descendentes de coreanos (1,24%) e 2 de chineses (0,31%).

Todos os pacientes foram operados pela mesma equipe cirúrgica e com a técnica sem incisão cirúrgica descrita posteriormente. A partir de 1996, foi iniciado o uso da técnica com

Tabela 1. Casuística ao longo dos anos em relação ao sexo dos pacientes e utilização da técnica de 2 pontos

	N	Sexo		2 Pontos
		Feminino n (% do total)	Masculino n (% do total)	
1989	14	14 (2,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
1990	16	16 (2,47%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
1991	17	17 (2,63%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
1992	18	16 (2,47%)	2 (0,31%)	0 (0,00%)
1993	30	28 (4,33%)	2 (0,31%)	0 (0,00%)
1994	46	41 (6,37%)	5 (0,77%)	0 (0,00%)
1995	53	49 (7,57%)	4 (0,62%)	0 (0,00%)
1996	62	57 (8,81%)	5 (0,77%)	1 (1,61%)
1997	76	72 (11,13%)	4 (0,62%)	35 (46,05%)
1998	86	78 (12,06%)	8 (1,24%)	68 (79,07%)
1999	47	45 (6,96%)	2 (0,31%)	40 (85,10%)
2000	81	76 (11,75%)	5 (0,77%)	67 (82,72%)
2001	101	93 (14,37%)	8 (1,24%)	88 (87,13%)
TOTAL	647	602 (93,04%)	45 (6,96%)	299 (46,21%)

apenas dois pontos, sendo operado 299 pacientes (46,21%) com essa técnica até 2002 (Tabela 1).

A grande maioria dos pacientes (544/84,08%) desejou um sulco órbito-palpebral que se iniciava junto à prega epicantal e 103 pacientes (15,92%) optaram pelo sulco paralelo ao rebordo ciliar.

Os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente por um período que variou de 2 meses a 10 anos, com média de 2 anos.

### Técnica cirúrgica

#### Planejamento pré-operatório

Com o auxílio de um fio de aço curvilíneo, podemos discutir a preferência do paciente em relação à altura e à forma do sulco a ser construído. Ressaltamos as assimetrias já existentes e observamos a espessura da pele palpebral e a quantidade de gordura no tecido subcutâneo para determinarmos o número de pontos a serem dados (Figura 1).

Nos pacientes com pele fina, o sulco se faz facilmente e se estende até o canto lateral do olho pressionando-se apenas a porção central da pálpebra com o fio de aço. Nesses pacientes indicamos apenas 2 pontos (o ponto nasal e o central).

Em pacientes de pele mais espessa e com maior quantidade de gordura no tecido subcutâneo, encontramos maior dificuldade para obtermos o sulco e, ao pressionarmos a porção central da pálpebra com o fio de aço, o sulco é curto terminando antes do canto lateral do olho. Nesses pacientes indicamos 3 pontos de sutura (pontos nasal, central e temporal).

A altura do sulco é determinada conforme a preferência do paciente. Ela variou de 6 a 9mm da margem ciliar.

Marcamos na pálpebra superior uma linha onde será o futuro sulco e nela 2 ou 3 marcas onde serão dados os pontos de fixação.

Quando se deseja que o sulco se inicie junto à prega epicantal, o ponto nasal deve distar pelo menos 5mm do canto medial do olho. No caso de sulco paralelo à margem ciliar, esse ponto nasal deve ser mais próximo do canto medial.

O ponto central deve ser marcado na meia distância da extensão da pálpebra superior e o ponto temporal a meia distância entre o ponto central e o canto lateral do olho.

Em relação à extensão dos pontos, ela deve ser de 3mm quando indicamos 3 pontos e de 3 a 5mm no máximo, na técnica de 2 pontos.

### Cirurgia

Anestesiemos o olho com duas gotas de colírio anestésico, a pele e a conjuntiva são anestesiadas com injeção de lidocaína a 2% com vasoconstritor (adrenalina com concentração de 1:200,000) no local das marcações e nas suas projeções na conjuntiva.

Iniciamos a cirurgia evertendo-se a pálpebra superior e expondo a conjuntiva com auxílio de pinça. É realizado um ponto em forma de U na projeção conjuntival da marca cutânea com fio de náilon 9-0 montado em agulhas curvas cilíndricas nas suas duas extremidades, da conjuntiva para a pele. O fio atravessa todas as camadas da pálpebra superior, tangenciando a margem superior do tarso. O fio (ponto em "U") é exteriorizado na pele nas bordas da marcação. Uma das extremidades do fio é passada de um extremo da marca na pele para o outro no plano intradérmico, introduzindo-se uma das agulhas pelo mesmo orifício de sua saída na pele e exteriorizando-a no orifício de saída da outra extremidade do fio (Figura 2, 3, 4 e 5). O mesmo tipo de ponto é realizado nas outras marcas e na pálpebra contralateral.

Utilizamos fios de náilon 9-0, que é fino o suficiente para invaginarmos o nó através do próprio orifício de saída da agulha, evitando-se assim as incisões cutâneas.

O tempo médio aproximado da cirurgia foi de 15 minutos.

### Cuidados pós-operatórios

Não são necessários curativos oclusivos sobre os olhos. Utilizam-se compressas umedecidas com soro fisiológico gelado durante 2 dias, com o intuito de redução do edema, limpeza

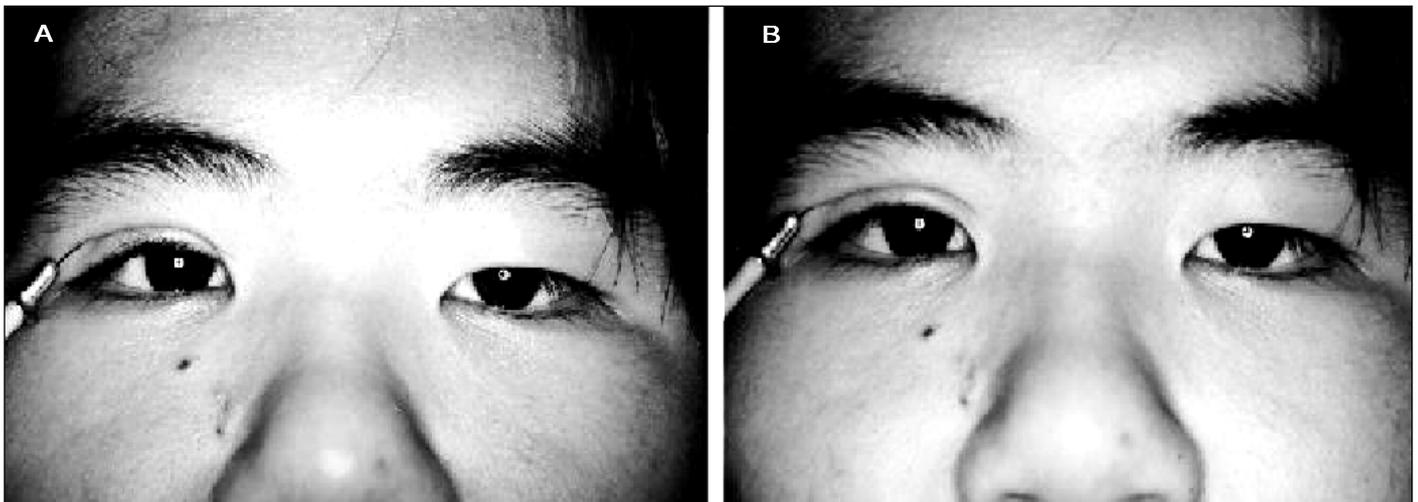


Figura 1 - Determinação da forma e altura do sulco juntamente com a paciente. Opção de sulco órbito-palpebral em continuidade com a prega epicantal (A) e paralelo à margem (B)

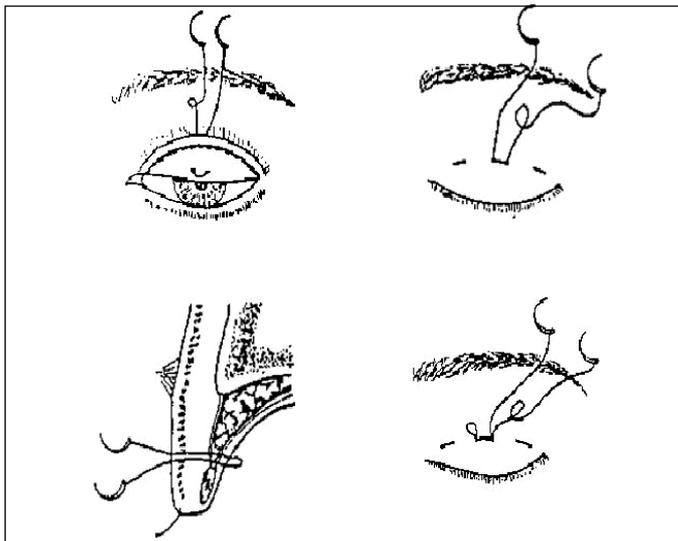


Figura 2 - Técnica cirúrgica

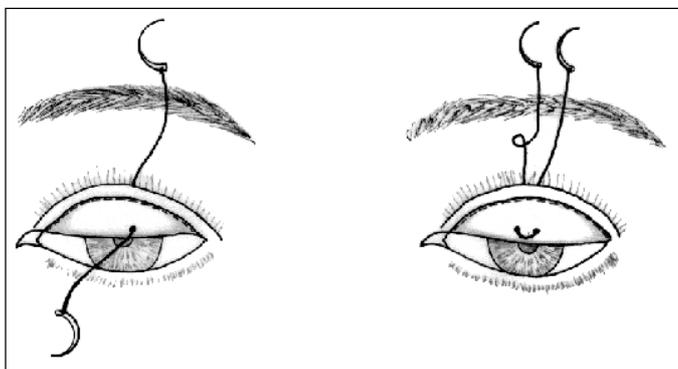


Figura 3 - Sutura transfixando a margem superior do tarso em forma de "U"

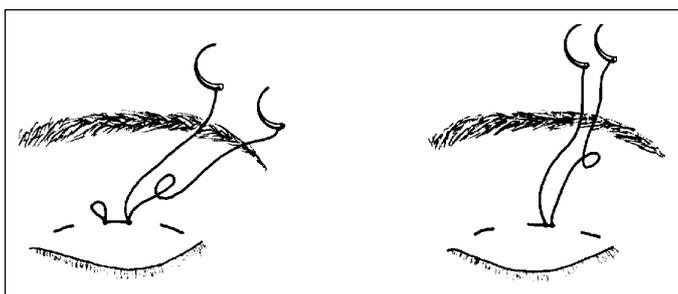


Figura 4 - Exteriorização das duas extremidades do fio por um dos orifícios cutâneos

da incisão com soro fisiológico e uso de pomadas oftálmicas com antibiótico durante a primeira semana. Analgésicos orais são utilizados somente quando necessários. O repouso é relativo, devendo-se evitar atividades de grande esforço físico no período de 7 dias, assim como a exposição solar, com o intuito de evitar edema por tempo mais prolongado e também evitar o aparecimento de manchas cutâneas devido à exposição das equimoses à luz solar.

Uso de lentes de contato e de maquiagem nas pálpebras é autorizado após o 2º dia de pós-operatório nas técnicas sem incisões cirúrgicas e 7º dia de pós-operatório nas técnicas com incisão.

Deve-se ressaltar que a altura do sulco no pós-operatório imediato parece ser mais alto que o planejado, mas tal fato é devido ao edema pré-tarsal. Após a recanalização vascular e linfática, o edema regride e o sulco se aproxima do rebordo ciliar, sendo que a estabilização completa do sulco se faz por volta do 6º mês de pós-operatório.

Quelóides ou cicatrizes hipertróficas são muito raros na pálpebra superior, mas pode haver a formação de nódulos endurecidos após a retirada tardia dos pontos, isto provavelmente relacionado à tensão provocada pelo músculo levantador sobre a derme (reação dérmica). Nesses casos, pode-se aplicar pomadas de corticóide tópico associado a massagens. Esses nódulos tendem a regredir em 2 meses. Apesar dos quelóides serem raros na pálpebra superior, isso não é válido para a pele mais espessa do canto medial, onde se notam com grande frequência a presença de cicatrizes de má qualidade em cantoplastias, fixação inter-cantal e plásticas em V-Y.

#### RESULTADOS

Nos 647 pacientes, o sulco órbito-palpebral foi duradouro durante o período de acompanhamento ambulatorial.

As pacientes retomaram suas atividades sociais, profissionais e escolares, após um período médio de dois dias de pós-operatório, variando de zero a três dias.

As marcas nos locais dos pontos desapareceram após período médio de quatro semanas da cirurgia.

Em 31 pacientes (4,79%), todas do sexo feminino, houve necessidade de reoperação. As indicações foram assimetria da altura do sulco e queixa de sulco muito estreito e pouco visível. Os casos de assimetria foram observados em 21 pacientes (3,25%) com idade média de 21,06 anos. Aumentamos a altura do sulco menor com a mesma técnica para obtermos a simetria desejada. Nas 10 pacientes (1,55%) que se queixaram de sulco pouco visível, idade média de 16,78 anos, reoperamos as duas pálpebras com a mesma técnica (Tabela 2).

Em 63 pacientes (9,74%), observamos a formação de nódulo endurecido de aproximadamente 3mm no local de passagem de algum dos pontos após o 15º dia de pós-operatório. Esses nódulos regrediram espontaneamente após o segundo mês de pós-operatório.

Todos os pacientes ficaram satisfeitos com o resultados.

#### DISCUSSÃO

Há basicamente dois grupos de técnicas cirúrgicas para a construção do sulco órbito-palpebral superior. Aquelas que realizam ressecção fusiforme da pele da pálpebra superior e fixam a derme ao músculo elevador da pálpebra<sup>(3,11,15-17)</sup> e aquelas com incisões mínimas ou mesmo sem incisões<sup>(5-7,18,34,38-39)</sup>.

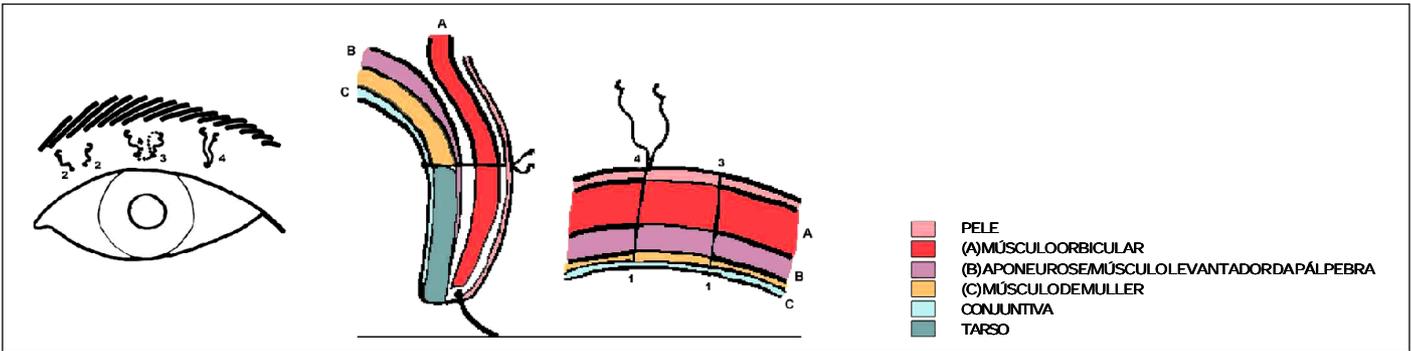


Figura 5 - 1 = Locais de entrada do fio pela mucosa, 2 = Locais de saída do fio pela pele, 3 = Introdução do fio por um dos orifícios cutâneos e posicionamento em plano subdérmico, 4 = Saída das duas extremidades do mesmo fio pelo mesmo orifício cutâneo, onde será realizado o nó e fio será sepultado para dentro da pele

Quando comparamos os resultados obtidos com a técnica em estudo com aquelas que realizam ressecção fusiforme da pele da pálpebra superior, podemos afirmar que o tempo de afastamento pós-operatório e a morbidade intra e pós-operatória são indubitavelmente menores na primeira técnica. As pálpebras apresentam aspecto razoável após o 8º dia de pós-operatório e readquirem completamente sua mobilidade após 15 dias<sup>(12,40)</sup>.

Por outro lado, nossos resultados são mais limitados, vistos que não abordamos cirurgicamente as bolsas gordurosas palpebrais, o epicanto e o excesso cutâneo.

As técnicas com incisões mínimas diferem das técnicas sem incisão na necessidade de pequenas incisões para se posicionar o nó no plano subcutâneo, no tipo de fio e na quantidade de pontos<sup>(5-7,18,34,38-39)</sup>.

A espessura do fio é importante para que não se torne palpável no pós-operatório e, sendo inabsorvível, promove um resultado duradouro.

Não passamos o fio no plano subconjuntival, pois o fio acaba por “cortar” a conjuntiva após algum tempo e se aloja no plano subconjuntival<sup>(35)</sup>.

Uma complicação descrita nessas técnicas é o aparecimento de cistos epiteliais e cicatriz visível<sup>(7,34)</sup>. Os cistos epiteliais ocorrem nas técnicas de pontos externos, pois estes são retirados somente após dez dias, permitindo a migração do epitélio ao redor do fio<sup>(3)</sup>. Nas técnicas de pontos internos, os cistos aparecem caso a agulha, no tempo cirúrgico da passagem do fio no plano subdérmico, não penetre na pele no mesmo orifício de sua saída ou não saia exatamente no orifício de saída da outra extremidade do fio, sendo portanto complicação resultante de técnica cirúrgica inadequada. O aparecimento de cicatriz visível no local dos pontos é observado nas técnicas de pontos externos, conseqüente à compressão da pele pelo anel de plástico por dez dias.

O número de pontos a serem dados é determinado no planejamento pré-operatório observando a espessura da pele e o grau de dificuldade para a formação do sulco. Até 1996, realizávamos sempre 3 pontos em cada pálpebra. Como quanto maior a quantidade de pontos, maior a probabilidade de assimetrias e de granulomas de corpo estranho, passamos a indicar 2 pontos nos pacientes com pele mais delgada. Os bons resultados obtidos, nos estimularam a indicar cada vez mais apenas 2 pontos tanto que em 2001, realizamos essa técnica em 87,13% dos pacientes operados.

Outro aspecto do planejamento pré-operatório é discutirmos com os pacientes qual a forma e a altura desejada do sulco. Constatamos que 97,84% desejaram que o sulco se iniciasse junto à prega epicantal pois essa forma de sulco oferece resultado mais natural. Para se obter essa forma de sulco devemos posicionar o ponto nasal a pelo menos 5mm do canto interno do olho.

A altura do sulco órbito-palpebral não corresponde à altura dos pontos pois o sulco se forma graças a uma ligeira queda da pele por sobre o local de fixação da derme ao músculo elevador das pálpebras. Acreditamos que não se deve preestabelecer uma medida ideal da altura do sulco e sim, avaliar caso a caso, considerando o anseio dos pacientes.

As pacientes que se queixaram de sulco muito estreito e pouco visível foram as mais jovens (média de idade de 16,78 anos) e que estavam mais inseguras e não desejavam grandes alterações no olhar. A partir de 1997, quando detectamos

Tabela 2. Casuística ao longo dos anos em relação às reoperações realizadas e média de idade desses pacientes			
	N	Reoperação	
		Assimetria	Dobra pequena
1989	14	0	0
1990	16	0	0
1991	17	2	0
1992	18	1	1
1993	30	2	2
1994	46	1	3
1995	53	5	2
1996	62	3	1
1997	76	0	0
1998	86	1	0
1999	47	1	0
2000	81	3	0
2001	101	2	1
TOTAL	647	21 (3,25%)	10 (1,55%)
MÉDIA IDADE	21,06	16,78	



Figura 6 - Pré e pós-operatório de 6 meses. Realizado 3 pontos de fixação



Figura 7 - Pré e pós-operatório de 6 anos. Realizado 2 pontos de fixação

pacientes com essas características, realizamos os pontos pouco acima do local determinado no pré-operatório justamente para evitarmos esse tipo de queixa futura.

Podemos concluir que a técnica é de fácil execução, de pequeno risco cirúrgico e com poucas complicações. Apresenta resultado satisfatório, natural e duradouro, mas sua indicação deve ser precisa e o planejamento pré-operatório é determinante para se obter um bom resultado.

#### ABSTRACT

The aim of blepharoplasty in young Asian patients is to create a superior palpebral fold. There are several surgical techni-

ques to create double eyelids in Asian patients, and these techniques may be separated into two groups: cutting-type double eyelid surgery and non-incisional techniques or minimal incision techniques. **Purpose:** This paper will report the peculiarities of the non-incisional technique and emphasize the importance of pre-surgical planning. **Method:** From January 1989 to January 2002 (13 years), the authors have performed 647 cases using the non-incisional technique. Since 1996, when they began using only two sutures at the upper eyelid, 303 cases were performed (47,60%). The patients were followed-up for a period of 2 years. **Results:** The results were considered very satisfactory albeit the fact 19 patients (2,93%) underwent reoperations due to fold asymmetry and 12 cases (1.85%) due to a complaint of narrow and barely visible folds. During the presurgical planning the shape of the fold and number of sutures were determined taking into account the thickness of the eyelid skin. 97.84% of the patients desired the fold beginning at the epichantal fold, for this procedure yields the most natural results. **Conclusion:** The authors conclude that the technique is relatively simple and reproducible, is safer and presents longer-lasting results. However, indication for the procedure should be precise, and presurgical planning is the cornerstone for obtaining good results.

**Keywords:** Eyelids/surgery; Blepharoplasty/methods; Surgery, plastic/methods; Japan/ethnology

#### REFERÊNCIAS

- Ohmori K. Esthetic surgery in the Asian patient. In: McCarthy JG, (editor). Plastic surgery. Philadelphia: WB Saunders;1990. p.2415-35.
- Millard Jr DR. Oriental peregrinations. *Plast Reconstr Surg* 1955;16:319-36.
- Chen W Pai-Dei. Asian blepharoplasty: A Surgical atlas. Boston: Butterworth-Heinemann; 1995.
- Ohmori K. Transformation of the oriental eye into the Western eye. In: Goldwyn RM (editor). The Unfavorable results in plastic surgery: Avoidance and treatment. Boston: Little Brown; 1972. p.275-82.
- Anderson RL, Beard C. The levator aponeurosis. Attachments and their clinical significance. *Arch Ophthalmol* 1977;95:1437-41.
- Chen W Pai-Dei. Upper blepharoplasty in the Asian patient. In: Putterman AM, (editor). Cosmetic oculoplastic surgery. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1993; chapter 11; p.125-37.
- Collin JR, Beard C, Wood I. Experimental and clinical data on the insertion of the levator palpebrae superioris muscle. *Am J Ophthalmol* 1978;85:792-801.
- Doxanas MT, Anderson RL. Oriental eyelids: anatomic study. *Arch Ophthalmol* 1984;102:1232-5.
- Fernandez LA. Double-eyelid operation in the oriental in Hawaii. *Plast Reconstr Surg* 1960;25:257-64.
- Uchida J. A surgical procedure for blepharoptosis vera and for pseudo-blepharoptosis orientalis. *Br J Plast Surg* 1962;15:271-6.
- Boo-Chai K. Surgery of oriental eyelids: some refinements in technique. *Aesthetic Plast Surg* 1976;57.
- Horibe K, Horibe EK, Nery, GBL, Castro H. Construcción del surco órbita palpebral superior em ojos orientales. *Cir Plást Ibero-Latinoamer* 1979;5:387-93.
- Sayoc BT. Plastic construction of the superior palpebral fold. *Am J Ophthalmol* 1954;38:556-9.
- Sayoc BT. Surgical correction of the oriental eyelid. In: Converse JM, (editor). *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia: W B Saunders; 1977. p.947-6.
- Boo-Chai K. Aesthetic surgery for the oriental. In: Barron JN, Saad MN, (editors). *Operative plastic and reconstructive surgery*. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1980. p.761-81.
- Boo-Chai K. Further experience with cosmetic surgery of the upper eyelid. In: Broadbent TR, (editor). *Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1964. p.518-24.

17. Boo-Chai K. Some aspects of plastic (cosmetic) surgery in orientals. *Br J Plast Surg* 1969;22:60-9.
18. Aki FE, Lourenço LA, Besteiro JM. Plastic construction of the superior palpebral fold without surgical incision. *Rev Soc Bras Cir Plast* 1991;6:15-22.
19. Hayashi K. The double eyelid operation. *Jpn Rev Clin Ophthalmol* 1938; 33:1000-1010,1098-1110.
20. Inoue S. The double eyelid operation. *Jpn Rev Clin Ophthalmol* 1947; 27:306.
21. Maruo M. Plastic construction of a "double-eyelid". *Jpn Rev Clin Ophthalmol* 1929;24:393-406.
22. Mitsui Y. Plastic construction of a "double-eyelid". *Jpn Rev Clin Ophthalmol* 1950;44:19.
23. Pang HG. Surgical formation of upper lid fold. *Arch Ophthalmol* 1961; 65:783-4.
24. Sayoc BT. Absence of superior palpebral fold in slit eyes (an anatomic and physiologic explanation). *Am J Ophthalmol* 1956;42:298-300.
25. Sayoc BT. Anatomic considerations in the plastic construction of a palpebral fold in the full upper eyelid. *Am J Ophthalmol* 1967;63:155-8.
26. Sayoc BT. Blepharo-dermachalasis. *Am J Ophthalmol* 1962;53:1020-2.
27. Sayoc BT. Simultaneous construction of the superior palpebral fold. *Am J Ophthalmol* 1956;41:1040-3.
28. Sayoc BT. Surgical management of unilateral almond eye. *Am J Ophthalmol* 1961;52:122.
29. Sayoc BT. Surgery of the oriental eyelid. *Clin Plast Surg* 1974;1:157-71.
30. Sheen JH. A change in the technique of supratarsal fixation in upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1977;59:831-4.
31. Sheen JH. Supratarsal fixation in upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1974;54:424-31.
32. Uchida K. The Uchida method for the double-eyelid operation in 1,523 cases. *Jpn J Ophthalmol* 1926;30:593.
33. Mikamo K. A technique in the double eyelid operation. *J Chugaishinpo* 1896;396:9.
34. Boo-Chai K. Plastic of construction the superior palpebral fold. *Plast Reconstr Surg* 1936;31:74.
35. Kuroda M. Cosmetic surgery. In Ishikii N. Atlas of ophthalmic plastic surgery. Tokyo: Kanehara; 1988. p.342-73.
36. Mutou Y, Mutou H. Intradermal double eyelid operation and its follow-up results. *Br J Plast Surg* 1972;25:285-91.
37. Watanabe K. Eye lids. In: Namba K, Shioya N, Osada M. Cosmetic plastic surgery. Tokyo: Nankodo;1987. p.289-318.
38. Boo-Chai K. Surgery of the oriental eyelid. In: Lewis JR, (editor). The art of Aesthetic plastic surgery. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1989. p.611-7.
39. Chashi K. The double eyelid operation using electrocautery. *Jpn Rev Clin Ophthalmol* 1951;46:723.
40. Lodovici O, Psillakis JM. O sulco orbitopalpebral superior nos olhos orientais. *Rev Paul Med* 1963;62:257-64.

## I Simpósio Básico e Avançado de Doenças da Retina e Coroide: da Teoria à Prática

**31 de outubro a 1º de novembro de 2.003**

**Hospital Oftalmológico de Sorocaba**

**SOROCABA - SP**

Coordenador: Arnaldo F. Bordon

**INFORMAÇÕES:** Tels.: (15) 212-9077 c/ Srta. Aline

**E-mail:** ceo@hosbos.com.br