

Autoestima em pacientes submetidas a blefaroplastia

Self-esteem in patients undergoing blepharoplasty

CARLOS KOJI ISHIZUKA¹

RESUMO

Introdução: Os olhos constituem estruturas anatômicas importantes no conjunto estético da face. O olhar transmite aspectos da personalidade e sentimentos de um indivíduo. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da blefaroplastia na autoestima das pacientes. **Método:** No período de maio de 2006 a abril de 2007, 49 pacientes do sexo feminino, com idades entre 30 anos e 40 anos, foram submetidas a blefaroplastia. Nas pálpebras superiores, foram realizadas excisão do excedente cutâneo e ressecção do excesso do corpo adiposo da órbita (“bolsas adiposas”), em todas as pacientes. Em 24 pacientes o fechamento foi feito com Dermabond® (2-octil-cianoacrilato) e em 25 foi realizada sutura intradérmica com mononáilon 6-0. Nas pálpebras inferiores, foi realizada blefaroplastia inferior transconjuntival sem ressecção de excedente cutâneo em 25 pacientes, e blefaroplastia inferior transcutânea com retalho miocutâneo em 24. Em todas as pálpebras inferiores foi ressecado o excedente gorduroso do corpo adiposo da órbita. Para avaliar o impacto da blefaroplastia na autoestima das pacientes, foi utilizado o questionário *The Rosenberg Self-Esteem Scale*, aplicado na fase pré-operatória, um mês e três meses após a cirurgia. A análise estatística foi feita pela análise de variâncias com medidas repetidas (ANOVA), complementada pelo método de Bonferroni. Foi empregado o coeficiente de correlação linear de Pearson. A média de idade foi de 34 anos. **Resultados:** O escore médio da escala de autoestima passou de 7, no pré-operatório, para 4,72 no primeiro mês e 4,63 no terceiro mês de pós-operatório. **Conclusões:** Foi observada melhora da autoestima nas pacientes submetidas a blefaroplastia, melhora estatisticamente significativa apenas nos grupos submetidos a blefaroplastia superior com fechamento com Dermabond e inferior com retalho miocutâneo.

Descritores: Blefaroplastia. Pálpebras/cirurgia. Auto-imagem.

ABSTRACT

Background: The eyes are important anatomical structures in the aesthetic whole of the face. A person's gaze communicates aspects of their personality and feelings. This study evaluated the effect of blepharoplasty on the patients' self-esteem. **Methods:** From May 2006 to April 2007, 49 female patients aged 30 to 40 years (mean, 34 years) were subjected to blepharoplasty. In the upper eyelids, we excised excess skin and resected excess adipose tissue around the orbit (“fat pockets”) in all patients. In 24 and 25 patients, closure with Dermabond® (2-octyl cyanoacrylate) and intradermic suturing with mononylon 6-0, respectively, was performed. In the lower eyelids, we performed lower transconjunctival blepharoplasty without resecting excess skin in 25 patients and lower transconjunctival blepharoplasty with myocutaneous flap in 24 patients. In all the lower eyelids, we resected the excess fat of the adipose body of the orbit. To evaluate the effect of blepharoplasty on the patients' self-esteem, we applied the Rosenberg Self-Esteem Scale before and at 30 and 90 days after the operation. Statistical analyses were performed by applying analysis of variance (ANOVA), Bonferroni correction, and Pearson's linear correlation coefficient. **Results:** The mean score in the self-esteem scale changed from 7.0 before the operation to 4.72 and 4.63 after 30 and 90 days of the operation, respectively. **Conclusions:** We

Trabalho realizado no consultório particular do autor, São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho apresentado para ascensão a membro titular da SBCP.

Artigo recebido: 28/5/2011
Artigo aceito: 11/11/2011

1. Cirurgião plástico; membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; coordenador da equipe de cirurgia plástica do Hospital Estadual de Diadema, Diadema, SP, Brasil; coordenador da Liga de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), médico do setor de pacotes e convênios da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP/Hospital São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

observed an improvement in self-esteem after blepharoplasty, but this improvement was only statistically significant in the group subjected to upper blepharoplasty with Dermabond® closure and lower blepharoplasty with myocutaneous flap.

Keywords: Blepharoplasty. Eyelids/surgery. Self concept.

INTRODUÇÃO

Os olhos são, provavelmente, a unidade estética mais importante no corpo humano. Quando a região dos olhos parece fresca e brilhante, a pessoa como um todo apresenta uma aura de saúde, vitalidade e juventude. O contrário ocorre quando os olhos se apresentam cansados, tristes ou envelhecidos¹.

A região ocular é a unidade estética central de nossa face. O olhar pode transmitir, de forma particular, aspectos da personalidade e dos sentimentos de um indivíduo e pode se modificar com o envelhecimento. Partindo desse pressuposto, a região orbitopalpebral assume importante papel como complemento dessa forma de expressão^{1,2}.

Usualmente, as alterações causadas pelo envelhecimento são percebidas primariamente ao redor dos olhos. Atualmente, existem diversas técnicas com diferentes princípios para corrigir as deformidades palpebrais que aparecem com o processo de envelhecimento³. Felizmente, a área dos olhos oferece maior oportunidade de melhoria estética que qualquer outra parte da face, talvez até do corpo¹.

Blefaroplastia é uma palavra de origem grega (*blepharos* refere-se às pálpebras e *plastikós*, à forma) utilizada para denominar a cirurgia de rejuvenescimento palpebral. Essa cirurgia pode ser realizada isoladamente ou associada a outros procedimentos que completam o tratamento dos sinais de envelhecimento²⁻⁵.

Sichel, em 1844, foi o primeiro a dar importância ao tratamento da flacidez e do excesso dos tecidos palpebrais. Em 1896, Fuchs descreveu excisão para correção do blefarocalásio. Mas foi somente em 1951 que as cirurgias palpebrais ganharam maior impulso, com a normatização dos princípios básicos da técnica, de acordo com as diferentes estruturas anatômicas, elaborada por Castañares^{1,2,6,7}.

As técnicas clássicas de blefaroplastia têm como finalidade aprimorar e corrigir a função, a forma e o aspecto estético das pálpebras. Estão certamente entre os procedimentos mais realizados na cirurgia plástica. Geralmente propiciam bons resultados, mas, apesar de sua aparente simplicidade, mantêm sempre presente um grande e variado potencial de complicações⁸.

O principal objetivo das blefaroplastias inferiores é o rejuvenescimento palpebral, que quase sempre é obtido mediante adequada ressecção do corpo adiposo da órbita (“bolsas adiposas”) e, quando necessário, tratamento cutâneo. São conhecidas duas vias de acesso para o tratamento da pálpebra inferior. A primeira via de acesso é a transcutânea, em que

são removidos pele, musculatura e corpo adiposo da órbita através de uma incisão cutânea infraciliar. Esse acesso oferece excelente exposição do corpo adiposo da órbita e cicatriz final bastante aceitável. Infelizmente, pode ocorrer grande número de complicações, variando de uma esclera aparente até ectrópio grave^{9,10}. A incidência de retrações palpebrais inferiores após blefaroplastia transcutânea é de aproximadamente 20%^{11,12}.

A outra via é a transconjuntival, que tem conquistado grande aceitação nos dias atuais, em decorrência da menor incidência de complicações^{11,13}. Foi descrita inicialmente por Bourget, em 1924¹². Cinco décadas depois, Tessier popularizou esse acesso para o tratamento de malformações congênicas da pálpebra¹⁴. Essa técnica ganhou ampla popularidade após Zarem e Resnick¹⁵ defenderem que a mesma evita as complicações associadas à blefaroplastia transcutânea com retalho miocutâneo. Geralmente está indicada em pacientes jovens ou que apresentem corpos adiposos da órbita redundantes, com mínimo ou nenhum excedente cutâneo¹³. A via transconjuntival não produz cicatrizes visíveis e ainda possibilita a abordagem direta do corpo adiposo da órbita sem agredir pele, musculatura orbicular e septo orbital. Mais recentemente, muitos autores passaram a defender a blefaroplastia inferior transconjuntival para pacientes mais velhos, com algum grau de redundância cutânea e flacidez musculoligamentar. Sua maior limitação é o tratamento do excedente cutâneo, quando presente, necessitando a associação de procedimentos como *peelings* ou laser ou, até mesmo, a ressecção cutânea cirúrgica^{3-5,16}.

Alguns substitutos da sutura convencional com pontos têm sido pesquisados há mais de 30 anos. Apesar de o cianoacrilato, um polímero adesivo tecidual, existir desde 1919, foi somente após o desenvolvimento do butil-2-cianoacrilato (Histoacryl: B. Brown Medical Inc., Sheffield, Inglaterra), na década de 1970, que os adesivos ou colas teciduais começaram a ser utilizados no fechamento das feridas¹⁷. A possibilidade de reduzir o tempo cirúrgico, a cicatrização mais rápida e o maior conforto dos pacientes estimularam vários estudos sobre o assunto¹⁷⁻¹⁹.

Toriumi e Bagel¹⁹ relataram o uso de adesivos teciduais em casos de blefaroplastias e até de lacerações teciduais, sem observar nenhum efeito adverso clinicamente significante.

Em 1998, o Food and Drug Administration (FDA) aprovou o octil-2-cianoacrilato (Dermabond; Ethicon, Johnson & Johnson, New Brunswick, Estados Unidos) para o fechamento de feridas e como barreira bacteriana. Nessa nova geração

dos cianoacrilatos ocorreu melhora de sua flexibilidade e resistência de fechamento, além de ter sua histotoxicidade reduzida e ganhar efeito bactericida¹⁸.

A atenção da cirurgia plástica tem estado voltada para resultado estético final aceitável e pós-operatório livre de complicações, mas para as pacientes a cirurgia para correção das pálpebras contém um significado mais amplo, que envolve vários aspectos de sua vida²⁰.

Tradicionalmente, a avaliação de um procedimento médico, seja clínico ou cirúrgico, baseia-se em medidas objetivas de avaliação, tais como morbidade e mortalidade. O julgamento médico quanto à eficácia do tratamento levado ao paciente é feito com parâmetros como avaliação clínica, laboratorial e radiológica²¹. Na tentativa de ampliar a avaliação dos resultados de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, o conceito de qualidade de vida vem sendo empregado em várias áreas da saúde. Alguns instrumentos têm sido propostos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. A mensuração da qualidade de vida assume relevante importância na cirurgia plástica, considerando-se que as condições tratadas têm forte apelo social, psicológico e emocional, tanto quanto físico^{21,22}.

O conceito de que saúde não é somente a ausência de doença, e sim um completo bem-estar físico, psíquico e social, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – Genebra, 1958), assemelha-se à concepção da qualidade de vida. A percepção da qualidade de vida difere de indivíduo para indivíduo e também está diretamente associada ao contexto cultural em que a pessoa está inserida. Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida são divididos em duas categorias: genéricos e específicos.

Os instrumentos genéricos aplicam-se a grande variedade de populações, uma vez que abrangem os aspectos relativos a função, disfunção e desconforto emocional e físico, sendo estes relevantes à qualidade de vida. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período podem definir a melhora ou piora do paciente em diferentes aspectos, tanto físicos como emocionais, tornando-se úteis para avaliação dos resultados obtidos por meio de uma determinada intervenção²³.

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é seu potencial de ser sensível às alterações após uma intervenção. Podem ser específicos para uma determinada função (capacidade física, sono, função sexual), para determinada população (idosos, jovens) ou para determinada alteração (dor)²⁴.

A utilização da *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM – versão brasileira) em estudos brasileiros fundamenta-se no interesse de utilização de questionário já disponível em língua portuguesa, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e responsividade, já foram demonstradas. A Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM é um instrumento específico,

com propriedades psicométricas somente para uma característica, a autoestima²⁵.

A autoestima pode ser definida como sentimento, apreço e consideração que a pessoa sente por si própria, sendo o centro de sua vida subjetiva, determinando seu pensamento e comportamento. Dessa forma, a análise e a quantificação da mesma podem ser medidas objetivamente, baseando-se em suas experiências sociais^{26,27}.

É cada vez mais aceita a ideia de que a percepção do paciente sobre sua saúde deve ser considerada quando avaliamos a efetividade de um tratamento médico e, em particular, na cirurgia plástica, onde há um componente psicológico importante para a avaliação dos resultados pós-operatórios.

O objetivo do presente estudo é avaliar o impacto da blefaroplastia superior associada ou não ao uso de 2-octil-cianoacrilato (Dermabond®) e blefaroplastia inferior transconjuntival ou com retalho miocutâneo na autoestima das pacientes submetidas a cirurgia.

MÉTODO

No período de maio de 2006 a abril de 2007, foi realizado um estudo prospectivo com 49 pacientes submetidas a blefaroplastia. Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: pacientes do sexo feminino, caucasianas ou orientais, entre 30 anos e 40 anos de idade, que apresentassem excedente cutâneo em pálpebras superiores, “bolsas adiposas” (corpo adiposo da órbita) evidentes e pequeno excedente cutâneo em pálpebras inferiores.

Os critérios de exclusão estabelecidos para o estudo foram: tabagismo, doenças de caráter agudo, recidivante ou crônicas; pacientes em uso de medicação diária, tratamento prévio sobre a região palpebral, hipersensibilidade prévia a lidocaína ou ao 2-octil-cianoacrilato e analfabetismo. Foi exigido nível de escolaridade mínimo de ensino fundamental (antigo primeiro grau) completo.

Todas as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Técnica Cirúrgica

Todas as pacientes foram submetidas a blefaroplastia superior e inferior, sob anestesia local e sedação, em ambiente hospitalar. Como anestésico local foi utilizada lidocaína a 2%, com vasoconstritor a 1:200.000, solução feita no momento da cirurgia. Em todas as blefaroplastias superiores foram realizadas ressecção do excedente cutâneo e remoção do excedente do corpo adiposo da órbita (Figura 1). As pacientes foram divididas em quatro grupos no momento da cirurgia. Essa divisão foi feita de modo aleatório, por sorteio:

- Grupo I – blefaroplastia superior e fechamento com sutura intradérmica com fio mononáilon 6-0. Blefaroplastia inferior com incisão transcutânea infraciliar, descolamento de retalho miocutâneo,

ressecção de excedente cutâneo e corpo adiposo da órbita.

- Grupo II – blefaroplastia superior e fechamento com 2-octil-cianoacrilato (Dermabond®). Blefaroplastia inferior com incisão transcutânea infraciliar, descolamento de retalho miocutâneo, ressecção de excedente cutâneo e corpo adiposo da órbita (Figura 2).
- Grupo III – blefaroplastia superior e fechamento com sutura intradérmica com fio mononáilon 6-0. Blefaroplastia inferior transconjuntival com ressecção do excedente do corpo adiposo da órbita (Figura 3).
- Grupo IV – blefaroplastia superior e fechamento com 2-octil-cianoacrilato (Dermabond®). Blefaroplastia inferior transconjuntival com ressecção do excedente do corpo adiposo da órbita.

As pacientes receberam alta hospitalar 6 a 12 horas após o término da cirurgia. Foram receitados: cefalosporina de primeira geração (cefalexina) 500 mg, a cada 6 horas, por 7 dias; dipirona sódica, 35 gotas, a cada 6 horas, na presença de dor; colírio lubrificante, 2 gotas em cada olho, 6 vezes por dia, por 7 dias; e pomada oftálmica noturna, antes de dormir, por 7 dias. Além disso, as pacientes foram orientadas a



Figura 1 – Marcação do excedente cutâneo a ser ressecado.



Figura 2 – Paciente do grupo II, aos 7 dias de pós-operatório, com emprego de Dermabond® em pálpebras superiores.

realizar compressas geladas nos olhos com máscara gel, a cada 2 horas, nos primeiros 3 dias de pós-operatório e manter decúbito com dorso elevado por 7 dias. As suturas foram removidas no quarto dia de pós-operatório.

Avaliações Pós-Operatórias

As avaliações pós-operatórias foram realizadas em consultório médico, pelo mesmo pesquisador da fase pré-operatória, 4, 7, 14, 30, 60 e 90 dias de pós-operatório, com avaliação clínica, documentação fotográfica e aplicação do questionário de autoestima (no primeiro mês e no terceiro mês).

Instrumento para Medida da Autoestima

Foi utilizado o questionário Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM para avaliar as possíveis mudanças decorrentes da blefaroplastia na autoestima das pacientes. Esse questionário foi traduzido e validado por Dini²⁷ para o contexto cultural brasileiro a partir do *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. É um questionário simples, de rápida aplicação, fácil compreensão e muito usado na literatura médica. Esse questionário é instrumento específico de medida de qualidade de vida, composto por 10 questões com quatro alternativas cada, que abordam especificamente um único domínio, a autoestima²⁶. Para cada alternativa o paciente examinado deve assinalar apenas uma resposta, de acordo com o que está sentindo no momento que se está aplicando o teste. Para cada alternativa de resposta existe uma pontuação que varia de 0 a 3, e esses pontos, ao longo das 10 questões, se somarão e representarão a pontuação final obtida pelo questionário. A pontuação do questionário varia de 0 a 30, sendo 0 o melhor resultado e 30, o pior estado de autoestima.

Análise Estatística

Para a análise dos dados demográficos foi utilizada estatística descritiva, com cálculo de média (M) e desvio padrão



Figura 3 – Acesso transconjuntival, com exposição do corpo adiposo da órbita.

(DP) para as variáveis numéricas, e frequência (%) para as variáveis categóricas.

A análise estatística foi feita por meio da análise de variâncias com medidas repetidas (ANOVA), sendo complementado pelo método de Bonferroni. Foi empregado o coeficiente de correlação linear de Pearson. Valor igual ou inferior a 0,05 ($P \leq 0,05$) foi considerado como nível requerido para ter significância estatística.

RESULTADOS

As pacientes completaram todas as etapas do acompanhamento pós-operatório.

As pacientes foram divididas, por sorteio, em quatro grupos no momento da cirurgia. Nos grupos I, II e IV foram incluídas 12 (24,5%) pacientes cada, e o grupo III foi constituído por 13 (26,5%) pacientes.

Nenhuma paciente apresentou complicações precoces que necessitassem de procedimento cirúrgico de urgência, como hematomas, seromas, necroses ou deiscências. Apenas uma (2,05%) paciente do grupo II apresentou discreto ectrópio em pálpebra inferior direita, que regrediu espontaneamente nos retornos de 30 e 90 dias de pós-operatório.

Avaliação da Escala de Autoestima de Rosenberg

Todas as pacientes responderam ao questionário no período pré-operatório e 30 e 90 dias após a cirurgia. Na fase pré-operatória, a pontuação média obtida por todas as pacientes foi de $7 \pm 3,49$. Aos 30 dias de pós-operatório, a média obtida foi de $4,72 \pm 3,24$, demonstrando melhora da autoestima das pacientes em todos os grupos. Aos 90 dias de pós-operatório, a média obtida foi de $4,63 \pm 3,52$, ilustrando manutenção da autoestima, comparativamente aos valores obtidos aos 30 dias de pós-operatório, mas que, quando comparada à avaliação feita no pré-operatório, demonstra melhora da autoestima das pacientes (Figura 4).

Estudando os quatro grupos isoladamente, foi observada, no grupo I, pontuação média no período pré-operatório de $5,3 \pm 4,9$. Aos 30 dias de pós-operatório, a média foi de $4,1 \pm 4$. Aos 90 dias de pós-operatório, a pontuação média foi de $5,1 \pm 4$ ($P = 0,397$). No grupo II, a pontuação média pré-operatória foi de $6,8 \pm 3,7$. Aos 30 dias de pós-operatório, a média foi de $3,5 \pm 2,7$. Aos 90 dias de pós-operatório, a pontuação média foi de $3,2 \pm 3,7$ ($P = 0,005$). No grupo III, a pontuação média pré-operatória foi de $7,6 \pm 6,3$. Aos 30 dias de pós-operatório, a média foi de $6,1 \pm 5,4$. Aos 90 dias de pós-operatório, a pontuação média foi de $5,9 \pm 5$ ($P = 0,490$). No grupo IV, a pontuação média pré-operatória foi de $6,3 \pm 3,2$. Aos 30 dias de pós-operatório, a média foi de $7,2 \pm 4,4$. Aos 90 dias de pós-operatório, a pontuação média foi de $4,8 \pm 4,5$ ($P = 0,069$).

Foi observada melhora da pontuação média da autoestima em todos os grupos estudados, comparando-se os períodos pré-operatório e 30 dias e 90 dias de pós-operatório.

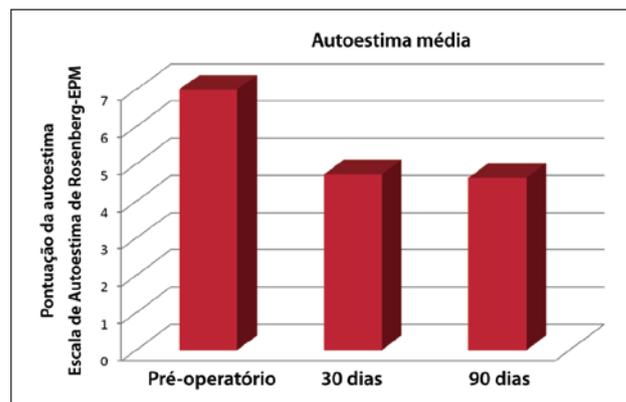


Figura 4 – Autoestima média das pacientes nos três períodos avaliados.

Essa melhora foi estatisticamente significativa apenas no grupo II ($P \leq 0,05$).

DISCUSSÃO

Não existe consenso geral sobre qual a abordagem ideal para as cirurgias estéticas da pálpebra inferior. Cada cirurgião plástico desenvolve suas próprias preferências. A evolução da blefaroplastia inferior é resultado de diferentes conceitos. Alguns autores são favoráveis à manutenção das bolsas adiposas, alguns são contra a manipulação da musculatura orbicular, e outros ainda recomendam o descolamento amplo do retalho miocutâneo. Esses princípios não podem ser aplicados a todos os pacientes. A abordagem deve ser individualizada, com o objetivo de alcançar os melhores resultados e minimizar o risco de complicações²⁸.

O acesso transconjuntival tem se tornado popular na última década e suas indicações têm se expandido. Entretanto, em algumas situações, a abordagem transcutânea permanece como primeira opção. Apesar de alguns procedimentos que objetivam a ressecção ou retração do excedente cutâneo terem sido descritos associados à blefaroplastia transconjuntival, a maioria dos cirurgiões ainda prefere a abordagem transcutânea quando se apresenta um excedente cutâneo na pálpebra inferior. Nos pacientes que apresentam hipertrofia da musculatura orbicular e necessitam de excisão muscular, o melhor tratamento é alcançado através da abordagem transcutânea e descolamento do retalho miocutâneo^{29,30}.

A abordagem transconjuntival da pálpebra inferior é um método excelente para a diminuição do volume das bolsas adiposas, mantendo a posição e o contorno da pálpebra inferior. A blefaroplastia inferior transcutânea produz uma cicatriz externa visível e tem como complicações alterações na margem e no contorno da pálpebra inferior. A blefaroplastia transconjuntival apresenta um risco significativamente menor de retração das pálpebras inferiores^{3,9,10,28}.

Pacientes submetidos a blefaroplastia inferior transconjuntival que apresentam excedente cutâneo podem se beneficiar de tratamentos alternativos, como *resurfacing* a laser e *peelings* químicos ou, ainda, se submeter a ressecção cutânea associada a abordagem transconjuntival³⁻⁵.

O uso do octil-2-cianoacrilato (Dermabond®) teve inicialmente como candidatos os pacientes pediátricos com pequenas lacerações traumáticas que necessitavam de suturas. No entanto, muitos cirurgiões de trauma começaram a usar esse procedimento, pois eliminava a necessidade de retirada de pontos e apresentava bons resultados estéticos. Atualmente existem vários estudos em cirurgia plástica envolvendo o uso do 2-octil-cianoacrilato em blefaroplastias e mamoplastias^{18,19}.

A Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM é um instrumento específico, com propriedades psicométricas, que mede a autoestima dos pacientes no momento da aplicação do questionário²⁵. É uma forma objetiva de quantificar os resultados de um procedimento, sem estar sujeito a vieses como avaliações subjetivas ou examinador-dependente.

Apesar das diversas e atuais técnicas de blefaroplastia e das mais modernas opções de fechamento de feridas encontradas na literatura, observamos que a cirurgia plástica em geral tem papel muito importante na autoestima das pacientes. Independentemente da técnica utilizada, foi observada melhora da autoestima em todos os grupos estudados.

A melhora da autoestima, estatisticamente significativa, encontrada no grupo II deste estudo só confirma o impacto da blefaroplastia na vida e na autoestima dessas pacientes.

CONCLUSÕES

Foi observada melhora da autoestima nas pacientes submetidas a blefaroplastia nos quatro grupos estudados. Essa melhora foi estatisticamente significativa apenas no grupo submetido a blefaroplastia superior e fechamento com 2-octil-cianoacrilato (Dermabond®), e blefaroplastia inferior com incisão transcutânea infraciliar e retalho miocutâneo.

REFERÊNCIAS

- Flowers RS, Duval C. Blepharoplasty and periorbital aesthetic surgery. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, eds. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 609-32.
- Moelleken B. The superficial subciliary cheek lift, a technique for rejuvenating the infraorbital region and nasojugal groove: clinical series of 71 patients. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(6):1863-76.
- Shore N. Lower lid transconjunctival blepharoplasty using the CO₂ laser. *Aesthetic Surg Q*. 1996;101.
- Seckel BR, Kovanda CJ, Cetrulo CL Jr, Passmore AK, Meneses PG, White T. Laser blepharoplasty with transconjunctival orbicularis muscle/septum tightening and periocular skin resurfacing: a safe and advantageous technique. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106(5):1127-45.
- Rosenfield L. Pinch blepharoplasty: a safe technique with superior results. *Aesthet Surg J*. 2007;27(2):199-203.
- Millman AL, Williams JD, Romo T 3rd, Taggart N. Septal-myocutaneous flap technique for lower lid blepharoplasty. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 1997;13(2):84-9.
- Castañares S. Blepharoplasty for herniated infraorbital fat: anatomical basis for a new approach. *Plast Reconstr Surg*. 1951;8(1):46-58.
- Jaimovich CA, Medeiros R. Blefaroplastia convencional. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia Plástica: fundamentos e arte*. Cirurgia estética. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 105-16.
- Lessa S. Blefaroplastia não-convencional. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia Plástica: fundamentos e arte*. Cirurgia estética. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 117-29.
- Baylis HI, Long JA, Groth MJ. Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty: technique and complications. *Ophthalmology*. 1989;96(7):1027-31.
- McGraw BL, Adamson PA. Postblepharoplasty ectropion: prevention and management. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;117(8):852-6.
- Lessa SF, Elena EH, Araújo MRC, Pitanguy I. Modificações anatômicas da fenda palpebral após blefaroplastia. *Rev Bras Cir*. 1997;87(4):179-88.
- Whitaker LA. Selective alteration of palpebral fissure form by lateral canthopexy. *Plast Reconstr Surg*. 1984;74(5):611-9.
- Tessier P. The conjunctival approach to the orbital floor and maxilla in congenital malformation and trauma. *J Maxillofac Surg*. 1973;1(1):1-8.
- Zarem HA, Resnick JI. Expanded applications of transconjunctival lower lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1991;88(2):215-20.
- Campbell G. Tips to prevent complications with transconjunctival blepharoplasty. *Aesthet Surg J*. 1997;17(6):388-9.
- Kramer FM, Joseph JH. Histoacryl: its use in aesthetic facial plastic surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115(2):193-7.
- Perin LF, Helene Jr A, Fraga MF. Sutureless closure of the upper eyelids in blepharoplasty: use of octyl-2-cyanoacrylate. *Aesthet Surg J*. 2009;29(2):87-92.
- Toriumi DM, Bagel AA. Cyanoacrylate tissue adhesives for skin closure in the outpatient setting. *Otolaryngol Clin North Am*. 2002;35(1):103-18.
- Ferreira LM, Hochman B. Blefaroplastia. In: Ferreira LM, ed. *Guia de Cirurgia Plástica*. Barueri: Manole; 2007. p. 649-55.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622-9.
- Rankin M, Borah GL, Perry AW, Wey PD. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1998;102(6):2139-47.
- Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1383-94.
- Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol*. 1995;22(6):1188-90.
- Shakespeare V, Cole RP. Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *Br J Plast Surg*. 1997;50(4):242-8.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965. 326 p.
- Dini G. Validação e adaptação cultural da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM; 2000.
- Castro CC. A critical analysis of the current surgical concepts for lower blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(3):785-96.
- Adamson PA, Strecker HD. Transcutaneous lower blepharoplasty. *Facial Plast Surg*. 1996;12(2):171-83.
- Jacono AA, Moskowitz B. Transconjunctival versus transcutaneous approach in upper and lower blepharoplasty. *Facial Plast Surg*. 2001;17(1):21-8.

Correspondência para:

Carlos Koji Ishizuka
Rua Borges Lagoa, 783 – cj. 42 – Vila Clementino – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04038-031
E-mail: kojiishizuka@hotmail.com