

FACULDADE FACSETE

LIP LIFTING – REVISÃO DA LITERATURA
Naif Salomão Junior

SÃO PAULO
2022

Naif Salomão Junior

LIP LIFTING – REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Harmonização Orofacial.

Área de concentração: Harmonização Orofacial

Orientador: Prof. Silvio Kello de Freitas

SÃO PAULO

2022

FACULDADE FACSETE

Monografia intitulada "**Lip Lifting – Revisão da Literatura**" de autoria do aluno Naif Salomão Jr, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Silvio Kello de Freitas

Profa. Camilla Carassini

Profa. Claudia Caroline Bosio Meneses

São Paulo, 30 de agosto de 2022

Resumo

Envelhecer é algo inevitável para qualquer indivíduo, o envelhecimento facial produz um alongamento do lábio superior que, por sua vez, promove um aspecto triste e bravo na região oral ao esconder o vermelhão labial, provocado pelo seu achatamento pela ação da gravidade, perda do suporte ósseo maxilar e enfraquecimento estrutural dos tecidos de sustentação da face, assim como esconde os dentes centrais superiores, diminuindo assim a beleza e sensualidade do rosto. Afetando inclusive o convívio social e atratividade sexual e afetando igualmente homens e mulheres. (Argawal *et al.*, 2010; Bisson & Grobbelaar, 2004; Klein, 2005). O lifting labial consiste em remover cirurgicamente uma porção do lábio superior a fim de fornecer ao paciente um lábio mais jovem e atraente. É um procedimento cirúrgico que pode ser realizado isoladamente ou associado a outros procedimentos de rejuvenescimento facial.

As técnicas de lip lifting apresentam um bom e duradouro resultado quanto ao rejuvenescimento do lábio superior, melhorando sua aparência, mas têm como desvantagem serem tecnicamente mais complicadas e muito dependentes da habilidade do cirurgião e cuidados do paciente no pós operatório, por causa tanto do seu resultado, como da cicatriz resultante localizada na base do nariz. (Talei, 2019). Este trabalho se propõe à uma revisão bibliográfica da literatura a respeito da cirurgia de “Lip Lift”, suas técnicas, indicações, riscos e resultados, para melhor conhecimento e indicação da mesma, como alternativa para o rejuvenescimento da região perioral.

Palavras chave: Lip Lift; Lip Lifting; Lifting Labial; Elevação do Lábio Superior

LIP LIFTING – REVISÃO DA LITERATURA

Abstract

Aging is inevitable for any individual, facial aging produces an elongation of the upper lip which, in turn, promotes a sad and angry aspect in the oral region by hiding the lip redness, caused by its flattening by the action of gravity, loss of support maxillary bone and structural weakening of the supporting tissues of the face, as well as hiding the central upper teeth, thus diminishing the beauty and sensuality of the face. It even affects the social life and sexual attractiveness and affects men and women equally. (Argawal *et al.*, 2010; Bisson & Grobbelaar, 2004; Klein, 2005). Lip lift consists of surgically removing a portion of the upper lip in order to provide the patient with a younger, more attractive lip. It is a surgical procedure that can be performed alone or associated with other facial rejuvenation procedures. Lip lift techniques present a good and lasting result in terms of rejuvenation of the upper lip, improving its appearance, but they have the disadvantage of being technically more complicated and very dependent on the surgeon's skill and patient care in the postoperative period, because of both their result as the resulting scar located at the base of the nose. (Talei, 2019). This work proposes a bibliographic review of the literature regarding the "Lip Lift" surgery, its techniques, indications, risks and results, for better knowledge and indication of the same, as an alternative for the rejuvenation of the perioral region.

Keywords: Lip Lift; Lip Lifting; Upper Lip Lift

LIP LIFTING - LITERATURE REVIEW

Lista de quadros, figuras e tabelas

Quadros

Quadro 1.....pág. 30

Queixas comuns

1. Lábio superior cronicamente longo ou pesado
2. Pouca exposição dos dentes ou dentes encobertos
3. Lábios muito preenchidos/resultados ruins do preenchimento
4. Complicações do preenchimento
5. Queda pós-cirúrgica (rinoplastia/ortognática)
6. Parte superior mal definida ou lábio fino
7. Assimetria
8. Cantos da boca enterrados ou caídos
9. Incompetência do lábio superior

Lista de figuras

Fig. 1. Proporções e harmonia facial.....pág. 12

Fig. 2 e 3. Estruturas dos lábios.....pág. 13

Fig. 4a. Proporção da largura dos lábios; 4b. proporções dos 3º da face.....pág. 14

Fig. 5. Exposição da margem dos incisivos centrais.....pág. 16

Fig. 6. Lábios masculino e feminino.....pág.16

Fig. 7. Projeção anterior do lábio.....pág. 17

Fig. 8. Envelhecimento dos lábios com a idade.....pág. 18

Fig. 9. Envelhecimento labial.....pág. 19

Fig. 10. Resultado de lifting labial de 6 mm após 12 meses da cirurgia. O score PLS (philtral labial score) é obtido dividindo-se a altura do filtro pela altura labial em milímetros. Observe a redução do PLS após o lip lifting. Fonte: Adaptado de Raphael P *et al.*, 2013.....pág. 22

Fig. 11. Classificação no escore filtro-labial. proposto por Raphael *et al.*, (2013). Paciente classificada como tipo 0, com escore filtro-labial de 2,9 (à esquerda); paciente classificada como tipo III no mesmo sistema de classificação, com escore filtro-labial de 8,6. Fonte: Plastic and Reconstructive Surgery; 2013.....pág. 23

Fig. 12. Análise pré operatória dos lábios e exposição dental adequada.....pág. 24

Fig. 13. Técnica de Lifting labial direto e indireto. Área vermelha compacta: área de incisão e remoção do tecido. Área pontilhada: local de sutura. Abreviação LLD: lifting labial direto; abreviação LLI: lifting labial indireto.....pág. 26

Fig. 14. Cicatriz atrófica com perda da definição da base nasal após "Italian Lip Lift".....pág. 27

- Fig. 15. Cicatriz atrófica com estrias após levantamento vertical com incisões laterais estendidas.....pág. 27
- Fig. 16. Perda da definição da base nasal com pele labial puxada para dentro do nariz com perda de volume da base.....pág. 28
- Fig. 17. Cicatriz atrófica e hipopigmentação após lifting de lábio superior realizado com fechamento de alta tensão.....pág. 28
- Fig. 18. Sorriso com grande exposição dental, sem piora com o lifting.....pág. 29
- Fig. 19. O primeiro passo na marcação é encontrar o vinco natural entre o nariz e o lábio. A extensão mais lateral deve estar na zona de transição entre um vinco bem definido e rombudo. Medialmente, o pico ocorre onde a platina crural medial diverge.....pág.31
- Fig. 20. As marcações de referência radial são feitas para ajudar na distribuição e avanço uniforme dos retalhos da base interna seguindo a curva do lábio para fora, bem como da margem da borda alar. Os 2 picos paramedianos são marcados junto com o centro da columela. A altura ideal está marcada...pág. 31
- Fig. 21. Inclinação vertical em forma de rampa.....pág. 32
- Fig. 22. A convexidade do lábio superior na foto à esquerda causa uma aparência envelhecida e simiesca, na direita devolvida a inclinação em forma de rampa que torna o lábio atraente.....pág. 32
- Fig. 23. O paquímetro de ângulos Castro-Viejo é usado para marcar a altura da excisão com o lábio esticado. Alturas iguais são marcadas entre as marcações de referência internas da base.....pág. 34
- Fig. 24. O restante da marcação inferior é feita afunilando a partir das marcações internas da base para cima. As marcações de referência correspondentes são feitas, bem como 2 marcações de referência intermediárias para um total de 9 marcações.....pág. 34
- Fig. 25. Incisões perpendiculares são feitas através da pele, gordura e SMAS até o nível da camada orbicular. As incisões superiores e inferiores são feitas em paralelo para auxiliar na aproximação adequada.....pág. 35
- Fig. 26. A pele marcada, gordura e SMAS são excisados deixando uma camada de gordura fina e brilhante intacta para evitar danos aos vasos e à artéria alar inferior marcada na foto.....pág. 35

Fig. 27. A elevação do plano profundo/sub-SMAS é realizada diretamente sobre a camada muscular.....pág. 36

Fig. 28. A dissecação do Sub-SMAS é feita até a metade do filtro central. A dissecação lateral é normalmente realizada no mesmo nível ou maior.....pág. 37

Fig. 29. A hemostasia é obtida usando pinça bipolar do bisturi elétrico para minimizar o risco de hematoma.....pág. 37

Fig. 30. A sutura PDS 5-0 entra entre as camadas musculares nasal e labial, passa profundamente agarrando o ligamento piriforme e sai logo abaixo da derme.....pág. 38

Fig. 31. O PDS 5-0 é passado profundamente à derme para agarrar apenas a camada SMAS.....pág. 39

Fig. 32. Um PDS 5-0 é apertado com um único nó, seguido por um nó correção e, em seguida, um nó de travamento.....pág. 39

Fig. 33. As 7 marcações de referência central são fechadas com a camada profunda de suturas PDS 5-0. As 2 marcações mais laterais são fechadas usando um Vicryl 4-0 entrando pelo interior do nariz, passando externamente entre o músculo orbicular e a asa nasal para agarrar a camada SMAS e depois sair pelo nariz passando pela junção nasolabial.....pág. 40

Fig. 34. O fechamento superficial é realizado com uma combinação de colchão vertical de nylon 6-0 e suturas interrompidas.....pág. 40

Fig. 35. Fechamento com suturas suficientes para evitar desníveis ou irregularidades.....pág. 41

Fig. 36. As suturas são normalmente removidas nos dias 3 e 5. Essas fotos foram tiradas 5 dias após a cirurgia.....pág. 42

Tabelas

Tabela 1.....pag. 22

Elevação estimada com base na altura da excisão variável

Excisão (mm) 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Exposição dentária (mm) 0, 0-1, 1-2, 2-3, 2-4, 3-5, 4-6, 5-7, 6-8

SUMÁRIO

1	Introdução.....	10
2	Objetivo.....	11
3	Revisão de Literatura	12
3.1	Características de um Lábio Considerado Ideal	12
3.2	Envelhecimento Labial.....	17
3.3	Cirurgia de Lip Lifting	19
3.4	Indicações da Cirurgia de Lip Lifting	20
3.5	Técnicas Cirúrgicas	24
3.6	Técnica Propriamente Dita	28
3.6.1	Seleção dos Pacientes.....	28
3.6.2	Marcação Cirúrgica.....	30
3.6.3	Excisão.....	34
3.6.4	Dissecção.....	35
3.6.5	Suspensão e Fechamento.....	37
3.6.6	Cuidados Pós Operatórios.....	41
3.6.7	Sequela Possíveis.....	42
3.6.8	Evitando Sequelas.....	43
3.6.9	Complicações.....	44
4	Materiais e método	46
5	Discussão	47
6	Conclusão	48
	Referências	49

1. Introdução

É facilmente percebido o aumento da busca pelas pessoas de procedimentos estéticos faciais, sobretudo com os lábios, principalmente quanto ao seu contorno e volume. Isso pode ser explicado pelo entendimento de que o sorriso é o fator de maior importância na estética facial. (Linkov *et al.*, 2019; Machado *et al.*, 2014)

Sendo um belo sorriso, o objetivo principal do cirurgião dentista, os tratamentos estéticos e de rejuvenescimento da região perioral são fundamentais para sua atuação de forma abrangente, visando a saúde física e emocional do seu paciente.

O sorriso harmônico tende a ser até mesmo um critério de seleção, visto que muitos associam uma face esteticamente agradável a pessoas mais inteligentes. Com o envelhecimento, os lábios sofrem variações em tamanho, forma, cor e comprimento. Devido a essas alterações anatômicas sofridas, os lábios de homens e mulheres mais velhos tendem a ser mais longos, resultando em uma menor exposição da borda dos incisivos superiores (Machado *et al.*, 2014; Moragas *et al.*, 2014; Spiegel e Spiegel, 2019).

Existem muitas técnicas de volumização labial, com vários tipos de preenchedores injetáveis, gordura e implantes aloplásticos, (Byrne *et al.*, 2004; Sarnoff *et al.*, 2008; Lempeler *et al.*, 2010; Richardson *et al.*, 2017).

Mas podem não ser indicadas em lábios senescentes ou com pouca exposição dentária. Nesses casos, a volumização labial pode ocasionar peso extra ao lábio superior e ainda maior encobrimento dentário no sorriso, comprometendo a estética, levando à uma aparência símia. (Talei, 2019)

Diante disso, inúmeras técnicas de lifting labial são usadas por cirurgiões, com a intenção de fornecer aos pacientes uma estrutura labial esteticamente mais jovem. No entanto, Segundo Talei, 2019, a verdadeira arte do lifting labial vem de uma análise facial completa e uma capacidade de “olhar” o que ficaria bom. O equilíbrio facial geral deve ser considerado, comparando as proporções dos tecidos moles, bem como a predominância dentária ou esquelética. (LINKOV *et al.*, 2019).

Desse modo, fica claro a necessidade que o profissional deve ter quanto a um alto grau de conhecimento de suas opções e conhecimento profundo sobre anatomia da face para a escolha do tratamento e, se cirúrgico, a escolha da realização de uma cirurgia que tenha o potencial de obter resultados satisfatórios, atendendo às necessidades estéticas do paciente.

2. Objetivo

Este estudo visa fazer um levantamento da literatura sobre vários aspectos da anatomia labial pertinentes às técnicas de lip lift ou elevação do lábio superior, também chamadas de lip lifting ou lifting labial, bem como as próprias técnicas cirúrgicas.

3. Revisão de Literatura

3.1. Características de um lábio considerado ideal.

O importante não é a perfeição e sim a harmonia.

O rosto contribui especialmente para a personalidade, autopercepção e interações sociais do indivíduo. Os olhos, o nariz e os lábios com a sua posição central, captam a atenção do observador e são de particular interesse (Heidkruger *et al.*, 2016).

Karl *et al.* (2018), definiram a beleza como sendo “um estado de harmonia – um equilíbrio das proporções faciais – uma relação equilibrada entre as estruturas esqueléticas, os dentes e os tecidos moles.”



Fig. 1. Proporções e harmonia facial.

Os lábios formam uma linha de transição entre a pele facial e a mucosa oral e são uma significativa característica estética da face. Os lábios são, talvez, a maior unidade de expressão móvel da face. Leonardo da Vinci descreveu a

importância da “forte seção móvel da face ao redor da boca e queixo na determinação da expressão facial”, que enfatiza a importância de se observar a face em movimento, assim como no estado estático (apud NAINI FB, Livro Estética Facial, cap 17).

Lábio superior é um termo que pode indicar apenas o vermelhão seco, pode abranger a pele localizada superiormente ao vermelhão, como também pode englobar a mucosa labial (Raphael P *et al.*, 2013).

O lábio é dividido nas seguintes estruturas: (Fig. 2 e 3)

1. Filtro
2. Colunas ou Pilares do filtro
3. Vértices labiais (pontos mais altos do vermelhão)
4. Arco do Cupido
5. Contorno labial inferior e superior ou Borda do Vermelhão
6. Comissuras ou ângulos labiais
7. Corpo dos lábios superior e inferior
8. Vermelhão dos lábios seco e úmido, superior e inferior
9. Linha de transição
10. Tubérculo ou Tubérculo do Lábio Superior



Fig. 2 e 3. Estruturas dos lábios.

O lábio superior é a parte superior da boca localizada sob a pirâmide nasal. Anatomicamente, divide-se em duas partes: "Lábio branco" coberto de pele e "lábio vermelho" correspondente à parte seca e visível da mucosa oral. A

membrana mucosa se estende dentro da boca na mucosa úmida envolvendo o músculo orbicular, um esfíncter móvel (Cyr & Prevot, 2017).

A metade superior do lábio superior é da cor usual da pele e apresenta uma depressão no centro, diretamente abaixo do septo nasal, chamada filtro. O filtro labial inicia-se no centro da base do nariz e segue até a margem do contorno labial superior. Se tratando de tamanho, o filtro labial é entre 2 a 3 milímetros mais curto do que o tamanho até as comissuras labiais. Contudo, nos jovens, o filtro costuma ser menor, visto que o tamanho do lábio branco aumenta com a idade, e o filtro também se estende proporcionalmente (MELO *et al.*, 2019).

Pilares para o lábio superior, são as colunas do filtro que são essenciais para a estética dos lábios, e sua reconstrução muitas vezes precisa ser feita associada à correção dos lábios (Perkins e Sandel; 2007).

A metade inferior do lábio superior é de cor vermelha notadamente diferente, semelhante à cor do interior da boca. O termo vermelhão refere-se à porção colorida do lábio superior ou inferior (Lobo; 2020).

O vermelhão do lábio é demarcado pela linha branca da borda do vermelhão, separando claramente a mucosa labial e a pele perioral, fronteira anatômica relevante esteticamente. No lábio superior, o desenho forma a letra "M" na região mediana, chamado arco do Cupido. Alguns autores consideram que o Arco do Cupido torna cada sorriso único, sendo referido como a impressão digital da face (Bretas *et al.*, 2018).

O tubérculo ou tubérculo labial ou Tubérculo do lábio superior é a protuberância localizada no centro do lábio superior.

Quando os lábios estão fechados, é possível definir o final da projeção interna do lábio, a linha vermelha, chamada de: linha de transição, que separa a mucosa bucal e o vermelhão labial. O vermelhão labial não possui glândulas salivares menores, o que confere aspecto mais seco (Perkins e Sandel, 2007).

O lábio superior considerado ideal possui um comprimento aproximado de 20 mm, incluindo o lábio branco e o vermelhão. E em relação à altura, há referências de que a proporção ideal entre o vermelhão dos lábios superior e inferior seria de 40% e 60%, respectivamente (Farkas LG *et al.*, 1984).

Mandy, 2007 relata que a proporção entre lábio superior e lábio inferior com o queixo deve ser de 1:2.

O terço inferior da face é dividido verticalmente em três terços: um terço superior correspondente ao lábio superior e dois terços inferiores correspondentes ao lábio inferior e queixo. (Sarnoff e Gotkin, 2012) (Fig. 4b).

Ainda quanto à proporção, Perkins, Sandel; (2007) relataram que as proporções características de face e lábios harmoniosos sugerem que o lábio superior bonito teria de 75 a 80% do volume do lábio inferior. Já outros autores defendem que o vermelhão do lábio superior deve possuir uma proporção de 90,4%, em mulheres, e 85,7%, em homens, da espessura do inferior (Paixão *et al.*, 2011).

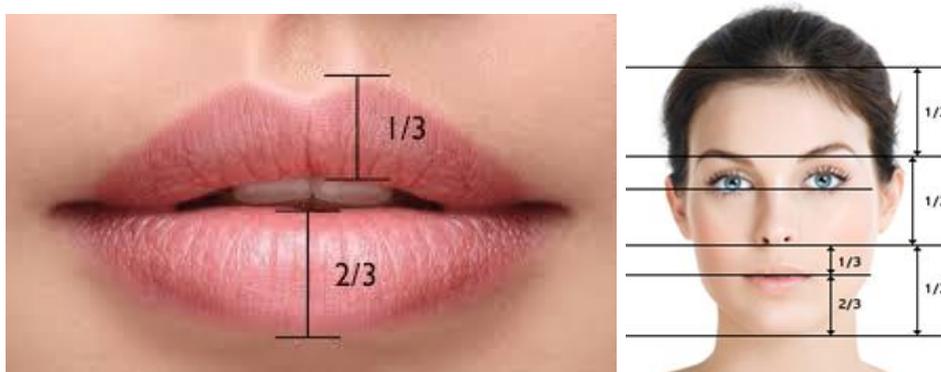


Fig. 4a. Proporção da largura dos lábios; 4b. proporções dos 3º da face.

Nas mulheres, o lábio superior, em repouso, deve mostrar cerca de 4 milímetros da borda incisal dos incisivos superiores, enquanto que nos homens o ideal é que o lábio superior cubra quase que completamente os incisivos (MOMMAERTS *et al.*, 2016). E nessa posição, haverá um espaço interlabial de 1 a 5mm (Arnett, Bergman, 1993). (Fig. 5 e 6)

Já Mommaerts *et al.*, (2016) relataram que nas mulheres a exposição dos incisivos é de 4mm e concordaram que o para os homens deve cobrir quase completamente os dentes. (Fig. 5 e 6)



Fig. 5. Exposição da margem dos incisivos centrais.



Fig. 6. Lábios masculino e feminino.

Jacono *et al.*, (2004) defenderam que, na vista frontal, a altura do lábio superior deve ser menor que a do lábio inferior, e no perfil, o lábio superior deve se projetar aproximadamente 2 mm sobre o lábio inferior.

Um lábio proporcional em repouso deve ter distância mesiodistal compatível com a distância entre os limites internos da íris. E durante o sorriso, as comissuras orais devem deslocar-se lateralmente ampliando a distância

mesiodistal inicial, devendo compreender a distância entre os limites externos da íris. (Okuyama *et al.* 1997)

Vemos ainda que a projeção e a proporção de lábios superiores e inferiores são tão importantes na estética facial quanto a proporção dos lábios em relação à face. Pacientes mais jovens costumam ter lábios mais curtos, volumosos e curvilíneos, enquanto pacientes mais velhos costumam ter um filtro alongado e menor volume labial na visão frontal e no perfil e outro elemento importante, na vista lateral, deve-se traçar uma linha reta a partir do subnasal ao pogônio. O lábio superior deve projetar 3,5mm anterior à esta linha e o lábio inferior 2,2mm (Kar *et al.*, 2018). Fig. 7.

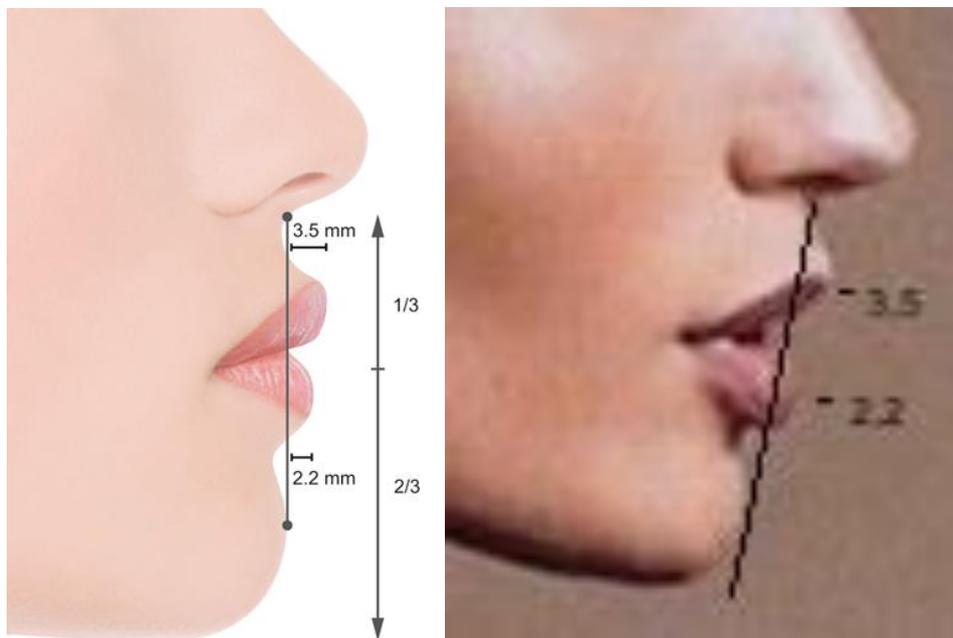


Fig. 7. Projeção anterior do lábio.

3.2. Envelhecimento Labial

O envelhecimento consiste em um processo natural e inevitável para toda e qualquer espécie. Nos seres humanos é mais perceptível a partir dos trinta anos de idade, afetando diretamente a harmonia da face. (Saboia, Cabral e Neres, 2021).

Com o envelhecimento, o músculo perioral tende a atrofiar junto com o tecido conjuntivo, o que leva a um achatamento e ptose da região. Assim como a perda do suporte ósseo. Por fim, a perda contínua da dimensão vertical oclusal promove o aparecimento de rugas labiais transversais e verticais (MOMMAERTS *et al.*, 2016).

A aparência de um lábio envelhecido é caracterizada por lábios longos, achatados, sem definição das colunas filtras e perda de volume. Dessa maneira, lábios envelhecidos perdem sua forma original e são definidos como menos atraentes do que os lábios mais jovens (ZHANG *et al.*, 2015).

O envelhecimento também leva à palidez do vermelhão, que resulta na acentuada perda de demarcação da junção vermelhão-cutânea.

Além disso, gravidade, osteoporose, alterações dentárias, reabsorção óssea maxilo-mandibular e perda adicional de volume de tecidos moles nas comissuras orais fazem com que as comissuras se voltem para baixo em uma expressão definitiva. Especialmente, um canto da boca virado para baixo exprime estados negativos, como depressão e tristeza, e contribui para a aparência facial antiestética. (Penna *et al.*, 2009)

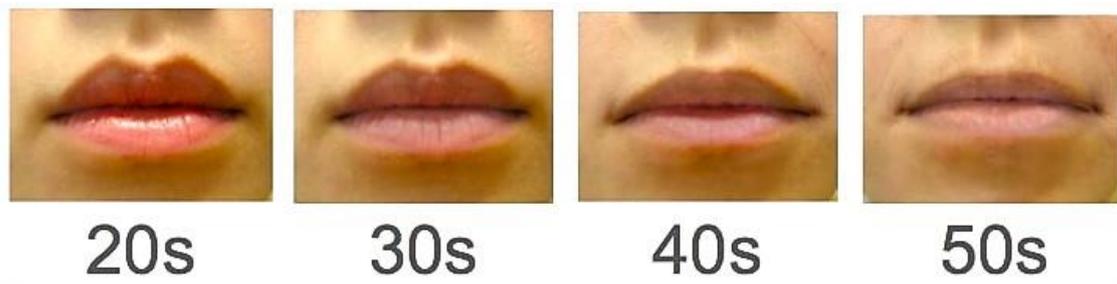


Fig. 8. Envelhecimento dos lábios com a idade.

A estrutura esquelética da mandíbula e da maxila atrofiam, alterando a estrutura de suporte para sobreposição de tecido mole. Ambos, atrofia e redistribuição de tecido mole, levam a alterações na forma do rosto jovem. À medida que os indivíduos envelhecem, a região perioral muda de maneiras muito específicas. O lábio superior alonga e afunda cobrindo os dentes superiores; as comissuras orais caem; e as colunas do vermelho do lábio e do filtro afinam. O alongamento labial relacionado à idade é produto do enfraquecimento gradual

dos anexos faciais que suspendem o tecido mole do lábio e a perda do volume labial. No lábio superior, esse alongamento tende a inverter o lábio, diminuindo assim a quantidade de vermelhão visível e produzindo ainda uma aparência de "lábios finos". Embora haja variação, particularmente no paciente de "rosto comprido", o lábio superior é idealmente de 18 a 20mm de comprimento quando medido da junção nasolabial à linha branca do lábio na altura do arco de Cupido. Não é incomum que o lábio senescente tenha 22 a 25mm de comprimento (Perenack *et al.*, 2006).



Fig. 9. Envelhecimento labial.

Eles escreveram também que o rejuvenescimento da área perioral requer a consideração dos três processos de envelhecimento: perda de volume, ptose e alterações cutâneas. Sendo assim, as técnicas de rejuvenescimento geralmente precisam ser combinadas para otimizar o resultado do paciente.

3.3. Cirurgia de Lip Lifting

O lifting de lábio superior é realizado há mais de 4 décadas. (CARDOSO, SPERLY, 1971), várias técnicas são utilizadas com a finalidade de propor ao paciente características de lábios mais jovens (LINKOV *et al.*, 2019). Esse é um procedimento que tem a capacidade de reduzir a altura da porção branca do lábio superior descrito como envelhecido e alongado (MORAGAS *et al.*, 2014). Geralmente se remove 30% do lábio superior no procedimento. Alguns autores afirmam que o comprimento do lábio ideal deve ser de 1,1 a 1,4 cm, no entanto, a forma mais eficiente de avaliação é observar as dimensões da amostra dos dentes para definir o comprimento ideal do lábio (SPIEGEL e SPIEGEL, 2019).

Dessa forma, a cirurgia tem como objetivo reduzir a altura do lábio superior, a fim de proporcionar ao paciente uma reestruturação da região,

resultando em uma harmonia facial. O foco da cirurgia está na amostra dos dentes e no sorriso. No entanto, se os dentes do paciente forem naturalmente muito curtos e permanecerem ocultos após a cirurgia, o cirurgião-dentista deve lançar mão de procedimentos que auxiliem no prolongamento dos incisivos para que se tenha o resultado mais satisfatório possível (CORNETTE DE SAINT CYS e PREVOT, 2017).

O lip lifting destina-se a fornecer uma opção adicional para rejuvenescimento do lábio superior e não se destina a substituir os preenchimentos labiais. Muitos pacientes requerem adição de volume para melhorar contornos labiais através do preenchimento. No entanto, com o levantamento labial, o paciente pode exigir menos volume para alcançar uma melhoria estética. Como qualquer procedimento cirúrgico estético facial, o cirurgião está trabalhando em milímetros e a menor mudança na projeção sagital ou altura vertical pode mudar drasticamente o resultado estético geral. As mudanças são sutis, mas isso é tudo que a maioria dos pacientes realmente precisam. O lábio superior é encurtado o suficiente para exibir um pouco a incisal dos dentes anteriores. Além disso, o contorno do lábio superior muda de convexo ou reto para uma aparência mais côncava com melhor projeção externa do vermelhão (ECHO & MOMO, 2011).

3.4. Indicações da cirurgia de Lip Lifting

A fim de obter a segurança necessária sobre indicação da cirurgia, algumas medidas devem ser adotadas. É necessário que se faça uma avaliação bem detalhada sobre o caso, assim o cirurgião pode lançar mão de meios como medições do terço inferior, da proporção entre vermelhão e lábio branco e ainda podem-se utilizar fotos antigas para observar como era o lábio na juventude. De modo geral, pacientes com histórico de boa cicatrização, pele clara e uma largura de base alar para a largura do lábio superior que se aproxime de 1:2 são descritos como perfis ideais para essa técnica (LI e RITZ, 2018).

De acordo com Talei (2019), os pacientes que procuram a cirurgia tendem a apresentar comprimento e queda labial exacerbados. No que diz respeito às principais queixas dos pacientes, pode-se citar nesta ordem: lábios superiores longos ou pesados, pouca amostra dos dentes, lábios cheios demais ou com preenchimentos mal sucedidos, complicações em preenchimentos, declínio em

pós-cirúrgicos de rinoplastia ou cirurgia ortognática, lábio superior fino ou mal definido, assimetria labial e declínio da comissura. No entanto, quando se fala em correção de assimetria labial e declínio da comissura, se essas variações forem consideráveis, é contraindicado o manejo de lifting labial nesses casos, visto que, geralmente, esses problemas são provenientes de assimetrias faciais cuja resolução vai além de uma simples técnica de lifting labial.

Além das queixas citadas, avaliando as características faciais masculinas e femininas, o lifting labial pode ajudar na feminização da face de um transgênero, tendo em vista que, ao encurtar a pele do lábio superior, o terço inferior concomitantemente adquire um aspecto mais feminino (SALIBIAN e BLUEBOND-LANGNER, 2019).

Raphael *et al.* (2013) defenderam que a proporção entre lábio branco e lábio vermelho superior pode ser um indicador confiável de normalidade. Eles criaram um score, dividindo a altura do filtro pela altura labial, que gera uma classificação e planejamento cirúrgico denominado score “filtral-labial” (PLS – philtral-labial score). Segundo esta classificação, escores entre 1,2 e 2,3 parecem incorporar a estética “ideal” (Figura 10). Os autores também propõem uma tabela terapêutica segundo fatores importantes ao diagnóstico, como altura do filtro, altura labial, exposição dentária em função (em milímetros), correlacionando-os ao tratamento indicado (Figura 10; Tabela 1). O *lip lifting* visa à redução do score PLS e melhor estética. Com esse sistema de classificação, pretendem apresentar um guia de diagnóstico ordenando os pacientes em 4 tipos de características labiais, incluindo exposição dentária e escore filtral-labial. Segundo eles, esses escores acrescentam objetividade ao sistema de classificação labial. Quanto maior o escore, maior a extensão do desequilíbrio e a probabilidade de indicação para o lip lifting cirúrgico.



Fig. 10. Resultado de lifting labial de 6 mm após 12 meses da cirurgia. O score PLS (phitral labial score) é obtido dividindo-se a altura do filtro pela altura labial em milímetros. Observe a redução do PLS após o lip lifting. Fonte: Adaptado de Raphael P *et al.*, 2013.

Tabela 1. Sistema de classificação das disfunções estéticas de lábio superior.

Tipo	Altura do filtro	Altura labial	Exposição dental (mm)	Tratamento
0	normal	normal	1–2	Nenhum
1	normal	curto	≥1	Volumização labial
2	longo	normal	0	Lip lift
3	longo	curto	0	Combinação Lip Lift e Volumização

Ainda de acordo com Raphael *et al.* (2013), independentemente do volume labial ou etiologia a principal indicação para um levantamento labial é o excesso de distância entre a borda nasal e o vermelhão do lábio superior.

Segundo seu sistema de classificação labial apresentado na Tabela 1, os pacientes do Tipo 0 apresentam exibição do incisivo de 1 a 2 mm, e o escore

filtral-labial (PLS) permanece abaixo de 3, com alturas labial e filtral normais, uma combinação que significa lábio juvenil.

Os pacientes classificados como Tipo I possuem lábio superior fino ou ambos os lábios finos. Os valores de exposição dentária são de normais a elevados, e os escores filtro-labiais variam entre 3 e 5.

O excesso de filtro caracteriza os pacientes classificados como Tipo II. A exposição do incisivo é insignificante e o escore filtro-labiais variam entre 3 e 5. Muitos pacientes de tipo II nem reconhecem seu defeito, e podem queixar-se de deficiência labial, que geralmente é reflexo de ergotrídeo redundante causando a inversão do lábio (Austin & Weston; 1992). O tratamento aplicável é um lifting labial. Uma ressecção de 3 a 12 mm restaurará 1 a 2 mm de exposição de incisivos.

Os pacientes classificados como tipo III exibem o lábio superior ou mais comumente ambos os lábios, muito finos, além de excesso do filtro. A exposição dentária está ausente e o escore filtro-labial excede a 5. A ressecção de 5 a 12 mm pode elevar suficientemente o lábio superior e a volumização labial associada é segura mesmo em casos extremos de tipo III (Figura 11).



Fig. 11. Classificação no escore filtro-labial. proposto por Raphael *et al.* (2013). Paciente classificada como tipo 0, com escore filtro-labial de 2,9 (à esquerda); paciente classificada como tipo III no mesmo sistema de classificação, com escore filtro-labial de 8,6. Fonte: Plastic and Reconstructive Surgery; 2013.

A exposição dentária de incisivos superiores representa elemento quantitativo muito importante no planejamento pré-operatório. Apesar de 2 mm ser uma altura normal em pacientes mais jovens, 1 mm pode ser considerado aceitável para maiores de 40 anos (Ponsky & Guyuron, 2011).

Técnicas atuais de elevação labial padrão incluem ressecção subnasal e avanço do vermelhão. O lábio “ideal” elevado deve permitir mostrar mais os dentes anteriores superiores (Osvaldo, 2012).

Sobre as indicações para a correção cirúrgica do lábio superior, Perenack (2005) define a elegibilidade para *lip lifting* o comprimento do lábio superior maior que 18 mm.

Na avaliação pré-operatória deve-se fazer um exame da maxila e das alturas do filtro e do lábio em conjunto com a exposição dentária desejada. Esta medição varia entre 4 e 12 mm e baseia-se na elevação do lábio cutâneo superior em diferentes distâncias da base nasal, marcando o ponto que produz uma ótima exposição dentária (Raphael P. *et al.*, 2014). Fig. 12



Fig. 12. Análise pré operatória dos lábios e exposição dental adequada.

3.5. Técnicas Cirúrgicas

Moragas (2014) descreveu as técnicas direta, indireta e as variações da técnica indireta que o lifting labial apresenta.

Meyer em 1976 publicou a técnica direta pela primeira vez. Essa técnica consiste em remover a pele branca ao redor do lábio superior e inferior com uma incisão que envolve toda a borda do vermelhão (Fig. 13a).

Em 1971, a técnica indireta, que é a mais usada até hoje, foi descrita como *bull horn*. Nessa técnica, uma elipse ondulada de pele do lábio superior é retirada de maneira que a cicatriz fique oculta na base do nariz (Fig. 13b). Inúmeras variações dessa técnica foram criadas de acordo com Moragas (2014), por exemplo, o “lifting labial em forma de L”, no qual é feito uma ressecção bilateralmente na pele abaixo do nariz, se alongando para o filtro (Fig. 13e). Para pacientes com filtro mais amplo, foi adicionada à técnica *bull horn*, uma excisão vertical da linha média no formato de um triângulo invertido (Fig. 13c). Para pacientes com arco do cupido ausente, foi proposto que essa excisão vertical da linha média fosse ainda maior (Fig. 13d). Outra técnica utiliza uma única incisão e maior, que vai da comissura até a parte justa-nasal do lábio, sua finalidade é reduzir uma dobra nasolabial flácida (Fig. 13f). Tais técnicas causam uma cicatriz visível, sendo assim, outros profissionais ainda lançaram mão de outros manejos a fim de evitar essas cicatrizes. Por exemplo, uma técnica que polpa os peitoris das narinas: a incisão tem uma margem superior horizontal de um vinco alar ao outro vinco alar, passando pelo vinco na margem inferior dos peitoris das narinas e pelo ângulo nasolabial na base da columela (Fig. 13g). Essa incisão originou duas variações que preservam a pele abaixo da columela, a primeira remove uma parte adjacente do músculo orbicular da boca - lifting labial italiano - (Fig. 13i) e a segunda preserva o músculo orbicular da boca, o qual diminui o ângulo nasolabial - lifting nasolabial *double duck* (Fig. 13h). Por fim, a “técnica de suspensão do lábio superior” não promove nenhuma incisão da pele e a abordagem feita é intranasal. Uma sutura é passada pela região anterior do músculo orbicular da boca e, em seguida, é sustentada na espinha nasal anterior (Fig. 13j) (MORAGAS *et al.*, 2014).

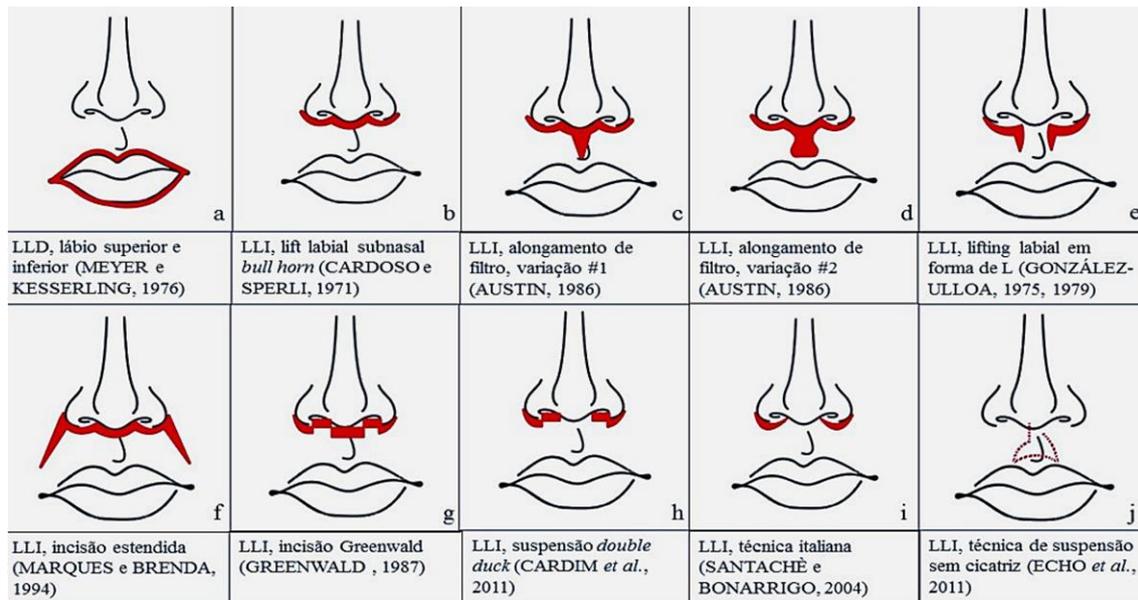


Fig. 13. Técnica de Lifting labial direto e indireto. Área vermelha compacta: área de incisão e remoção do tecido. Área pontilhada: local de sutura. Abreviação LLD: lifting labial direto; abreviação LLI: lifting labial indireto.

Talei 2019, relatou que as técnicas tradicionais de lifting labial têm sido criticadas e muitas vezes evitadas por medo de cicatrizes. Para evitar problemas que podem ser encontrados na base nasal, os cirurgiões têm se tornado cada vez mais criativos no desenho das incisões, buscando maximizar os resultados e diminuir as complicações. Infelizmente, poucas dessas técnicas forneceram resultados esteticamente naturais e reprodutíveis. O lifting labial subnasal em forma de chifre de touro foi uma das primeiras técnicas aceitáveis, conforme descrito em 1971 por Cardoso e Sperli. Varias técnicas tiveram como objetivo de reduzir o comprimento da incisão, limitando a cicatriz e realçando a quantidade de aumento. Infelizmente, a maioria das técnicas tem uma tendência à perda da definição da base nasal e à cicatrização de difícil reparação de acordo com a experiência clínica do autor (Figs. 14 a 17). Ele propôs então uma incisão de *bull horn* modificada, que utiliza princípios estabelecidos usados em outras cirurgias faciais e os aplica ao rejuvenescimento do lábio superior para obter resultados superiores. Em vez de focar nas mudanças no desenho da incisão, a chave para o procedimento é uma liberação mais profunda e extensa do lábio superior e uma suspensão mais definitiva. O lifting do lábio superior modificado é um retalho de avanço de plano profundo vetorizado centralmente focado em liberar a tensão

na pele e redistribuir uniformemente a pele uma vez que a amarração é liberada. As marcações vetoriais radiais pré-operatórias projetadas e representadas pelo autor são essenciais para otimizar os resultados. Talei realizou 823 liftings do lábio superior durante o período de 4 anos de 01/01/2015 até a data deste artigo: A revisão dos dados revelou resultados consistentes com poucas complicações ao usar essa técnica de lifting modificado.



Fig. 14. Cicatriz atrófica com perda da definição da base nasal após “Italian Lip Lift”.



Fig. 15. Cicatriz atrófica com estrias após levantamento vertical com incisões laterais estendidas.



Fig. 16. Perda da definição da base nasal com pele labial puxada para dentro do nariz com perda de volume da base.



Fig. 17. Cicatriz atrófica e hipopigmentação após lifting de lábio superior realizado com fechamento de alta tensão.

3.6. Técnica propriamente dita

Visto os melhores resultados e maior previsibilidade da técnica apresentada por Taley (2019) em relação às relatadas por Moragas (2014), na descrição dos passos da técnica, vamos nos atentar à técnica de *Bull Horn* modificada por Taley (2019).

3.6.1. Seleção dos pacientes

Quanto à seleção dos pacientes o equilíbrio facial geral deve ser considerado, comparando as proporções dos tecidos moles, bem como a predominância dentária ou esquelética, já que um dos principais objetivos do lifting labial para a maioria dos pacientes e profissionais é aumentar a exposição

dos dentes incisivos. Não existem medidas ou diretrizes estritas que indicariam este nível ou ponto. Uma exposição dentária de 3 mm em um paciente com dentes bonitos e projeção normal pode ser adorável, por outro lado a mesma quantidade de dentes à mostra em um paciente com sobressaliência dentária grande (má oclusão tipo II), má oclusão, aparência facial muito alongada ou dentição desagradável pode ser muito. Surpreendentemente, com essa técnica, os “sorrisos gengivais” raramente são afetados ou aumentados, provavelmente porque essa técnica tem a capacidade de diminuir o esforço ou tensão no lábio superior com o sorriso (Fig. 18).



Fig. 18. Sorriso com grande exposição dental, sem piora com o lifting.

O equilíbrio relativo dos tecidos moles também é importante. Aprendemos a começar analisando os quintos horizontais e os terços verticais do rosto, mas há muitas variáveis que afetam o que percebemos como uma harmonia agradável do rosto.

As proporções que vemos em pacientes com pele grossa ou rosto redondo podem ser drasticamente diferentes das de um paciente com rosto fino ou delicado. Ao invés de medir diretamente as proporções, o autor recomenda olhar para o rosto como um todo e simplesmente visualizar as mudanças a serem feitas. A intenção geral é fazer com que o lábio se encaixe adequadamente em relação às estruturas circundantes, principalmente o nariz, as bochechas e o queixo.

Por exemplo, uma base nasal larga com asa gordurosa e alargada não tolerará a aparência de um lábio superior encurtado.

As queixas mais comuns dos pacientes podem ser vistas no: Quadro 1.

Quadro 1

Queixas comuns

1. Lábio superior cronicamente longo ou pesado
2. Pouca exposição dos dentes ou dentes cobertos
3. Lábios muito preenchidos/resultados ruins do preenchimento
4. Complicações do preenchimento
5. Queda pós-cirúrgica (rinoplastia/ortognática)
6. Parte superior mal definida ou lábio fino
7. Assimetria
8. Cantos da boca enterrados ou caídos
9. Incompetência do lábio superior

3.6.2. Marcação Cirúrgica

Podemos dizer que a análise facial e a marcação realizada são partes cruciais dessa cirurgia. As marcações são baseadas no clássico lifting labial “*bullhorn*”. A excisão e o fechamento devem ser tratados como um retalho de avanço vetorizado centralmente.

1. O primeiro passo é marcar a incisão superior (Fig. 19). Esta marca percorre toda a base nasal no sulco alar-facial e alar-labial natural. A extensão lateral deste é onde o sulco alar-facial afunila e termina caudalmente em direção ao sulco alar. A incisão continua sob o nariz, tomando cuidado para não invadir a base nasal. Nas bases nasais hipotróficas, uma quantidade saudável de tecido deve ser deliberadamente deixada *in situ*. Progredindo centralmente, a marcação atingirá um pico na extensão superior da coluna filtral ou na divergência da platina crural medial ao redor da espinha nasal. É importante notar que a linha da coluna filtral e este pico nem sempre se alinham.

2. Duas marcas de referência são feitas de cada lado, estendendo-se radialmente da borda interna à borda externa. A altura da excisão é então demarcada (Fig. 20). O melhor ponto de partida na maioria dos pacientes é em uma linha ou vinco horizontal que o autor considera uma “linha de pronunciamento”. o próximo passo seria encontrar uma área de transição ou

inflexão no lábio superior seguindo a base da columela inferiormente. A maioria dos lábios parece extremamente atraente se apresentar uma inclinação vertical, fazendo a transição anterior em direção ao vermelhão como uma rampa de esqui (Figs. 21 e 22).

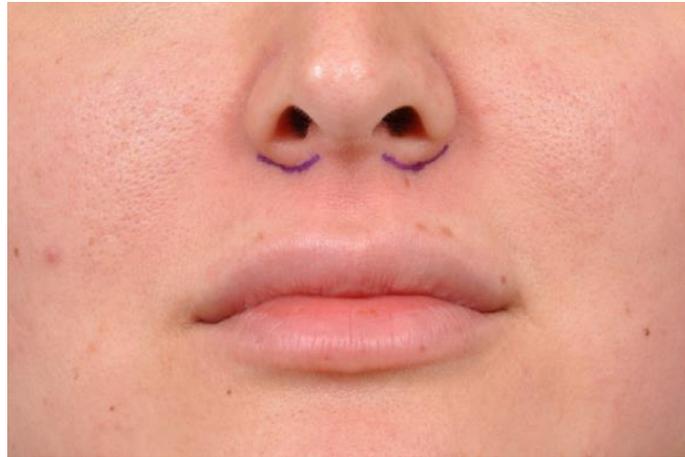


Fig. 19. O primeiro passo na marcação é encontrar o vinco natural entre o nariz e o lábio. A extensão mais lateral deve estar na zona de transição entre um vinco bem definido e rombudo. Medialmente, o pico ocorre onde a platina crural medial diverge.

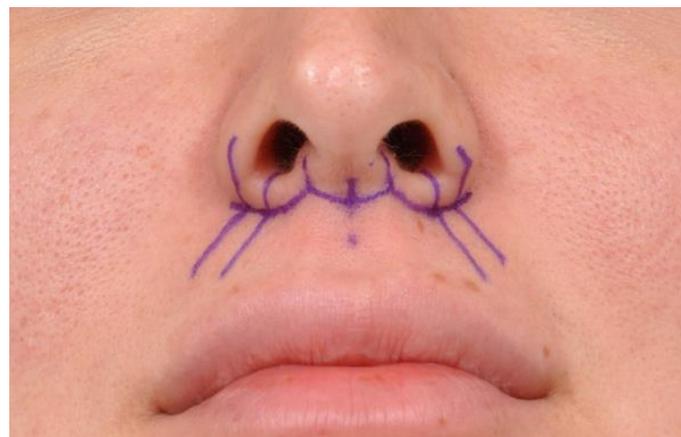


Fig. 20. As marcações de referência radial são feitas para ajudar na distribuição e avanço uniforme dos retalhos da base interna seguindo a curva do lábio para fora, bem como da margem da borda alar. Os 2 picos paramedianos são marcados junto com o centro da columela. A altura ideal está marcada.



Fig. 21. Inclinação vertical em forma de rampa.



Fig. 22. A convexidade do lábio superior na foto à esquerda causa uma aparência envelhecida e simiesca, na direita devolvida a inclinação em forma de rampa que torna o lábio atraente.

Uma vez que este ponto é escolhido, o cirurgião deve determinar a localização ideal para o lábio mais bonito com uma incisão que renderia a excisão ideal para mostrar o dente perfeito. Como medida de segurança, marque a quantidade mínima de lábio restante. Para a maioria dos pacientes, isso seria cerca de 11 mm, medido a partir do pico do arco do Cupido superiormente (vértice) enquanto o lábio está esticado. Não é recomendado deixar menos de 10 mm de altura residual do lábio superior. Na Tabela 1 estão descritas as quantidades de exposição dentária esperada obtidas a partir de cada altura excisional. Essas medidas devem servir apenas como diretrizes.

Tabela 1									
Elevação estimada com base na altura da excisão variável									
Excisão (mm)	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Exposição Dentária (mm)	0	0 - 1	1 - 2	2 - 3	2 - 4	3 - 5	4 - 6	5 - 7	6 - 8

A quantidade a ser excisada normalmente varia entre 4 e 11 mm, com a maioria das excisões padrão variando entre 5 e 7 mm. As excisões que tem o objetivo de mostrar os dentes variam normalmente entre 7 e 9 mm. Uma excisão de mais de 11 mm não é recomendada, porque isso aumenta drasticamente o tempo de cicatrização e dificulta a redistribuição da pele para o paciente médio. Existem muitas variáveis que determinam as mudanças reais na altura, incluindo espessura da pele, frouxidão da pele, função muscular e frouxidão da base nasal. O lifting obtido em pacientes com lábios superiores mais finos tende a ser mais exagerado do que naqueles com lábios grossos ou hiperelásticos (ver Tabela 1).

Uma vez que a altura da excisão é marcada, um paquímetro é usado para medir a distância com o lábio esticado. A marcação da incisão inferior é então feita com paquímetro de maneira uniforme e paralela à incisão superior, até encontrar a primeira das marcações radiais laterais (Fig. 23). Neste ponto, os pontos são conectados entre a marcação de referência da borda interna e o pico da incisão lateral superior. Se houver uma assimetria menor do arco de Cupido, esta pode ser corrigida nesta fase, com uma excisão assimétrica.

Então conecta-se todos os pontos, e desenha-se as marcações de referência restantes, totalizando 9 linhas. Uma marcação vertical é colocada em cada pico de incisão e 1 no centro. Marcações intermediárias são então feitas entre a marcação do pico e a marcação interna na base da narina (Fig. 24). Esses pontos servem como pontos de fechamento para as suturas de suspensão profunda e até mesmo marcações de redistribuição centralizada para o avanço do retalho inferior.

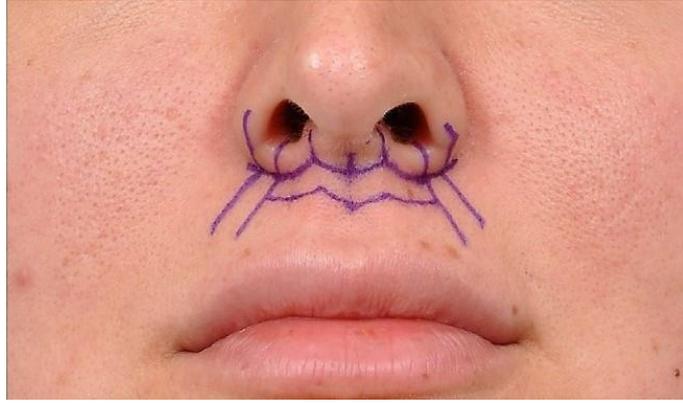


Fig. 23. O paquímetro de ângulos Castro-Viejo é usado para marcar a altura da excisão com o lábio esticado. Alturas iguais são marcadas entre as marcações de referência internas da base.



Fig. 24. O restante da marcação inferior é feito afunilando a partir das marcações internas da base para cima. As marcações de referência correspondentes são feitas, bem como 2 marcações de referência intermediárias para um total de 9 marcações.

3.6.3. Excisão

O procedimento é realizado com anestesia local. A incisão inferior é feita primeiro, com bisturi de 15 lâminas perpendicular à pele, estendendo-se até a junção da gordura e do músculo. A incisão superior é então feita paralela à incisão inferior (Fig. 25). O retalho de pele e subcutâneo é então excisado em um plano acima do orbicular, deixando intacta uma fina camada brilhante de gordura. Esta camada brilhante é onde a maior parte dos vasos se situam, profundamente ao sistema aponeurótico muscular superficial (SMAS). Os vasos de maior calibre na área são as artérias alares inferiores, que estão enterradas sob a asa do nariz e na base da asa, correndo paralelamente a elas (Fig. 26).

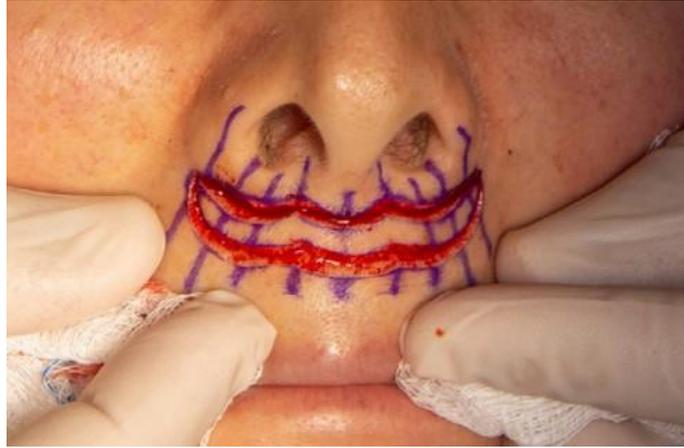


Fig. 25. Incisões perpendiculares são feitas através da pele, gordura e SMAS até o nível da camada orbicular. As incisões superiores e inferiores são feitas em paralelo para auxiliar na aproximação adequada.



Fig. 26. A pele marcada, gordura e SMAS são excisados deixando uma camada de gordura fina e brilhante intacta para evitar danos aos vasos e à artéria alar inferior marcada na foto.

3.6.4. Dissecção

Feita a excisão, o retalho labial é então elevado em plano profundo sub-SMAS. Esta dissecção libera o SMAS labial do orbicular dos lábios subjacente. A extensão dessa dissecção fica a critério do cirurgião, pois dissecção mais extensa pode aliviar a tensão, mas também causa um aumento consideravelmente o inchaço pós-operatório. As excisões mais altas geralmente exigem um grau maior de liberação, assim como os pacientes que precisam

liberar e everter o vermelhão lateral para evitar um levantamento da comissura posteriormente. O paciente mais comum precisará de liberação no plano profundo até a metade do caminho do filtro. A dissecação central completa é evitada devido ao possível perda da definição do arco de Cupido (Figs. 27 e 28). Lateralmente, a dissecação é realizada o quanto for necessário para obter uma liberação palpável do retalho labial que permita um fechamento com um mínimo de tensão. Para a maioria dos pacientes, a dissecação se estende até o vermelhão em qualquer ponto lateral às colunas filtras e termina logo antes do sulco nasolabial. Deve-se tomar cuidado para permanecer em um plano diretamente subSMAS para evitar sangramento excessivo ou danos a qualquer complexo do elevador labial. Deve-se obter uma cuidadosa hemostasia, preferencialmente com bisturi eletrônico bipolar (Fig. 29). Embora um hematoma não seja tipicamente um risco em lifting labial clássico, é uma consideração com um lifting de lábio superior modificado devido à extensa dissecação e espaço morto criado.



Fig. 27. A elevação do plano profundo/sub-SMAS é realizada diretamente sobre a camada muscular.



Fig. 28. A dissecção do Sub-SMAS é feita até a metade do filtro central. A dissecção lateral é normalmente realizada no mesmo nível ou maior.



Fig. 29. A hemostasia é obtida usando pinça bipolar do bisturi elétrico para minimizar o risco de hematoma.

3.6.5. Suspensão e Fechamento

A maioria comete o erro de realizar apenas um fechamento dérmico. Seguindo o exemplo do levantamento endoscópico de sobrelhas e formas avançadas de levantamento facial, vimos que o melhor levantamento é alcançado realizando a liberação adequada da amarração e, em seguida, suspensão do tecido denso até um local fixo. Quando isso é realizado no lábio superior, o retalho de pele/SMAS liberado é então capaz de rolar e redistribuir a tensão acima do orbicular contraído.

A derme na base do nariz não está firmemente presa. O periósteo ou ligamento piriforme localizados logo acima são as únicas estruturas firmes que podem fornecer uma base forte para a suspensão. A sutura ao periósteo produz uma aderência exagerada do retalho labial. O ligamento piriforme é uma rede densa de tecido fibroso sobrejacente ao periósteo que abrange o a abertura piriforme e é perfeita para ancorar as suturas suspensórias.

Uma sutura PDS 5-0 é usada em cada uma das 7 marcações de referência centrais. A agulha é introduzida na junção muscular nasal e oral e, em seguida, levada profundamente para agarrar o ligamento piriforme, mas não o periósteo. A agulha sai profundamente na derme alar com cuidado para não incorporar a derme (Fig. 30). A agulha é então passada inferiormente pelo SMAS na parte inferior do retalho labial (Fig. 31). O SMAS do lábio superior é uma discreta camada de tecido com resistência substancial que está localizada logo abaixo da derme reticular.



Fig. 30. A sutura PDS 5-0 entra entre as camadas musculares nasal e labial, passa profundamente agarrando o ligamento piriforme e sai logo abaixo da derme.



Fig. 31. O PDS 5-0 é passado profundamente à derme para agarrar apenas a camada SMAS.

Passando a sutura no SMAS em vez da derme permite que a pele se aproxime sem tensão ou ondulações. Isso fornece uma grande vantagem ao aproximar as bordas dérmicas. A incisão é fechada sequencialmente de central para lateral (Fig. 32). Uma vez que os nós são amarrados, as bordas da pele devem ser bem aproximadas. Na marcação de referência mais lateral, um Vicryl 4-0 é passado de dentro do piriforme saindo radialmente para agarrar o SMAS e depois volta ao nariz para completar uma sutura de cochoeiro (Fig. 33). A artéria alar inferior deve ser identificada e evitada, se possível. A pele é então reaproximada com uma infinidade de colcheiros verticais e suturas interrompidas de nylon 6-0, com o ponto final sendo a resolução de quaisquer desníveis dos retalhos de pele inferior para superior (Figs. 34 e 35). Esta área é implacável e é necessária uma técnica de sutura bem cuidadosa.



Fig. 32. Um PDS 5-0 é apertado com um único nó, seguido por um nó correção e, em seguida, um nó de travamento.



Fig. 33. As 7 marcações de referência central são fechadas com a camada profunda de suturas PDS 5-0. As 2 marcações mais laterais são fechadas usando um Vicryl 4-0 entrando pelo interior do nariz, passando externamente entre o músculo orbicular e a asa nasal para agarrar a camada SMAS e depois sair pelo nariz passando pela junção nasolabial.



Fig. 34. O fechamento superficial é realizado com uma combinação de colchão vertical de nylon 6-0 e suturas interrompidas.



Fig. 35. Fechamento com suturas suficientes para evitar desníveis ou irregularidades.

3.6.6. Cuidados Pós-Operatórios

As incisões devem ser mantidas sempre hidratadas com pomada nas primeiras semanas. As suturas são normalmente parcialmente removidas no 3º dia e completamente removidas no 5º dia (Fig. 36). A bandagem não é afetiva, nem necessária. Os pacientes são avisados de que o inchaço pode parecer extremo e que a aparência do lábio normalmente leva 3 meses para voltar ao normal. Pela interrupção das vias de drenagem linfática bilateral e pelo trauma muscular, essa técnica produz significativamente mais inchaço nessa área causando uma miosite pós-operatória. A rigidez e o inchaço nos primeiros 3 meses podem beneficiar a cicatrização incisional, limitando o movimento na linha de incisão. Os pacientes são vistos em intervalos de 3 semanas para segurança e talvez injeção de 5-fluorouracil 50mg/cc em um adesivo orbicular firme. A base nasal também responde bem ao uso de laser de CO2 fracionado, caso seja necessário. A maioria dos pacientes tem uma melhora da rigidez e inchaço entre 60 e 120 dias.



Fig. 36. As suturas são normalmente removidas nos dias 3 e 5. Essas fotos foram tiradas 5 dias após a cirurgia.

3.6.7. Sequelas Possíveis

As sequelas mais comuns de um lifting de lábio superior são cicatrizes e alargamento da base nasal. Por esse motivo, a maioria dos profissionais que realizam o procedimento de lifting labial o fazem em pacientes idosos com pele clara. Problemas podem surgir com qualquer técnica. No entanto, ao usar a incisão de chifre de touro, mesmo que ocorra uma cicatriz inestética, ela pode ser facilmente e significativamente melhorada com terapias de modulação da cicatriz. O uso off-label de 5-fluorouracil 50mg/cc pode ajudar a achatar as incisões hipertróficas. O laser de CO2 pode melhorar cicatrizes hipertróficas, atróficas e outros tipos de cicatrizes.

Técnicas alternativas que envolvem tipos mais complexos de incisões, como as variações de alongamento do filtro, elevação do filtro em L, elevação do lábio com incisão estendida, incisão de Greenwald, suspensão de “double duck” e a técnica italiana, podem resultar em quantidades maiores de cicatrizes e alterações da base nasal de difícil reversão. A cicatrização atrófica é bastante comum, assim como a esqueletização ou perda da definição da base nasal. As incisões que se estendem até a base nasal cortam inerentemente a massa e o volume saudáveis na base nasal enquanto avançam a pele do lábio dentro do nariz, que não é seu lugar natural. Pode ocorrer distorção ou perda da definição da base nasal com tensão desfavorável em porções complacentes da base nasal. Quando a tensão é combinada com a excisão de porções da base nasal, a distorção pode se tornar mais proeminente. Se o lábio central for levantado ou

excisionado mais do que as porções laterais, também pode produzir uma aparência pós-operatória não natural e desproporcional ao lábio que exagera ainda mais um resultado ruim. O lifting labial central raramente é indicado e mais comumente produz um aumento exagerado do lábio central. É importante lembrar que há limites para o que um procedimento na base nasal pode alcançar. A intenção de alterar significativamente o aspecto do lábio deve ser evitada.

3.6.8. Evitando Sequelas

A primeira maneira de garantir um resultado superior é o desenho adequado da incisão, seguindo os princípios do lifting labial do chifre de touro. Isso significa evitar cortar e danificar a base nasal, realizando incisões dentro do nariz. A maioria das técnicas que envolvem incisões ocultas exige que a pele saudável da base seja extirpada e substituída pela pele do lábio. A pele labial não ocorre naturalmente dentro da base nasal e não deve ser colocada lá durante um procedimento estritamente cosmético. Uma vez que a base é removida e a cicatrização ocorre, a base não pode ser substituída e a pele atrófica que a substitui é bastante difícil de reparar.

Outra origem de problemas de cicatrização é o comprimento inadequado da incisão e da liberação insuficiente do tecido profundo. Fazer incisões menores, simples no centro ou bilaterais sob as bases nasais, também tendem a aumentar as complicações. Incisões menores podem limitar a liberação adequada de tensão e redistribuição da pele, além de apresentar o potencial de elevação desproporcional, apesar de serem menores, pode haver maior tensão colocada em cada ponto de incisão, resultando em má cicatrização. A região perioral é extremamente dinâmica e todos os esforços possíveis para aliviar a tensão na incisão devem ser realizados. A liberação adequada das estruturas profundas para reduzir a tensão de fechamento, juntamente com sutura profunda adequada, seguida de sutura superficial intrincada, melhorará os resultados. O profissional deve estar ciente de que a base nasal é uma área implacável em relação à irregularidades e cicatrizes. Embora possa não parecer, incisões mais longas tendem a cicatrizar melhor do que as mais curtas.

Algumas técnicas de lifting labial dependem da suspensão muscular, excisão ou plicatura do músculo para aliviar a tensão na pele. Essa ideologia pode ser apoiada teoricamente por procedimentos de fortalecimento muscular realizados durante a cirurgia de lifting facial; entretanto, os músculos miméticos não são suspensos rotineiramente durante a ritidoplastia. Em vez disso, o complexo SMAS-platisma é apertado, o que não possui função mimética. Uma densa fáschia do SMAS existe definitivamente no lábio superior logo abaixo da derme e superficial ao músculo orbicular da boca. O retalho de pele SMAS pode ser liberado e usado para levantamento semelhante ao levantamento de plano profundo na face. O orbicular da boca é um músculo mimético extremamente dinâmico e sensível ao trauma. O orbicular superior é levado e suspenso ao ligamento piriforme usando suturas PDS 5-0 para limitar possíveis danos ao músculo e à base nasal. Profissionais experientes podem usar técnicas de ligamento muscular rotineiramente com altas taxas de sucesso, mas a quantidade de trauma muscular nas mãos do cirurgião iniciante deve ser limitada.

As excisões diretas do vermelhão tendem a causar um borrão do vermelhão e uma cicatriz visível com uma aparência potencialmente não natural que quase sempre requer camuflagem de delineador labial. Uma vez que o vermelhão é distorcido, não pode ser recriado. Na opinião do autor, a única indicação para uma incisão na borda do vermelhão é o paciente raro que necessita de um lifting de canto da boca. As incisões de lifting de canto são limitadas e raramente causam problemas; no entanto, raramente os realizamos porque o lifting de lábio superior modificado tem a capacidade de tratar essa região na maioria dos pacientes.

3.6.9. Complicações

O autor e sua equipe revisaram o prontuário de 823 liftings labiais consecutivos de janeiro de 2015 a outubro de 2018 no consultório particular do autor. Os casos foram revisados para quaisquer complicações observadas após o tempo de 3 meses e não houve pacientes demonstrando qualquer limitação no movimento ou no sorriso. Cinco pacientes necessitaram de revisão para obter mais elevação ou elevação e simetria. Dois pacientes desenvolveram atrofia

dérmica e telangiectasias após a injeção de triancinolona. Por causa disso, o autor não injeta mais triancinolona no pós-operatório nesses pacientes. Dois pacientes queixaram-se de vagas mudanças no aspecto das narinas, difíceis de retratar em fotos. Dois pacientes apresentaram hematomas menores, que foram limitados pelo tamponamento. Dois pacientes apresentaram edema prolongado estendendo-se até o tempo de 4 meses, que então se resolveu. Ambos os pacientes tiveram injeções prévias de silicone e uma excisão de 11 mm. Dez pacientes desenvolveram uma erupção cutânea de pomada antibiótica. Dois pacientes apresentaram uma borda de 1 mm de escara/epidermólise de causa desconhecida ao redor da base da narina lateral que cicatrizou sem incidência. Embora muitos pacientes tenham recebido modulação cicatricial com injeções de 5-fluorouracil 50mg/cc e/ou tratamentos com laser de CO2 nas incisões, nenhum foi incomodado por suas incisões. Não foram encontrados pacientes com assimetria crescente. Não houve casos de infecção.

4. Materiais e métodos

Para este trabalho foi realizada uma revisão de literatura, selecionando artigos que tratassem sobre a importância estética dos lábios, suas características, o que acontece com seu envelhecimento e as opções de reversão desses aspectos através das técnicas cirúrgicas de Lip Lifting o Levantamento do Lábio Superior.

5. Discussão

Apesar de estar bem indicada em diversos casos, a volumização labial por diferentes técnicas pode não ser indicada em lábios senescentes ou sorrisos com pouca exposição dentária. Nesses casos, a volumização labial pode ocasionar peso extra ao lábio superior e ainda maior encobrimento dentário no sorriso, comprometendo a estética. Se, por um lado, os procedimentos cirúrgicos que visam à correção do sorriso gengival e do excesso de exposição dentária durante o sorriso são bastante difundidos e praticados na Odontologia, o alongamento do filtro e a falta de exposição dentária no sorriso estiveram até pouco tempo fora da área de intervenção do cirurgião-dentista. O *lip lifting*, ou *lifting* labial, ou elevação de lábio vem sendo empregado por cirurgiões plásticos há mais de 40 anos para reduzir a altura do lábio superior e estabelecer proporções mais jovens em região perioral (Cardoso e Sperli, 1971; Rozner L, Isaacs GW, 1981; Fanous N, 1984. Austin HW, 1986; Jeter TS, Nishioka GJ, 1988; Niechajev I, 2000; Guerrissi JO, 2000; Santanche P, Bonarrigo C, 2004; Waldman SR, 2007; Weston GW *et al.*, 2009; Ponsky D, Guyuron B, 2011; Echo A *et al.*, 2011; Moragas JS, 2014; Lee DE *et al.*, 2015; Mommaerts MY, Blythe JN, 2016) e constitui um recurso mais recente aos cirurgiões-dentistas na Harmonização Orofacial.

Não há revisão sistemática disponível no momento sobre a eficácia das técnicas de lip lifting. Da mesma maneira, não há diretrizes estéticas bem definidas para os procedimentos clínicos (Byrne & Hilger, 2004; Sarnoff *et al.* 2008; Jacono *et al.* 2004), de modo que a escolha do procedimento se baseia principalmente na preferência do paciente, no olhar clínico e na experiência do cirurgião (Moragas *et al.* 2015).

Com a proposição da técnica de *Bull Horn* modificada por TALEI em 2019, nos pareceu uma nova boa opção por apresentar mais segurança quanto as possibilidades de sequelas e melhores resultados. A qual descrevemos neste estudo.

6. Conclusão

Os lábios ocupam posição de destaque como o componente de maior visibilidade no terço inferior da face. Com o envelhecimento da face, pode-se observar um afinamento do lábio superior, um aumento na distância entre a base do nariz e a linha de transição muco-cutânea do lábio, apagamento do filtro labial, inversão do vermelhão do lábio, perda da visualização dos incisivos e aparecimento de rugas periorais. É comum não ser mais capaz de observar os dentes superiores durante a fala em um indivíduo mais velho. Se o lábio superior se alongar um pouco, nenhum grau de aumento labial com ácido hialurônico corrigirá isso e o paciente deve ser considerado para um procedimento de elevação de lábio, ou *lip lifting*.

Em decorrência da acessibilidade adquirida, sendo a odontologia um grande contribuinte, a propagação da estética ideal colaborou para um aumento progressivo na realização de procedimentos estéticos faciais, sobretudo os procedimentos labiais.

Existe uma variedade de técnicas de lifting labial, o aprimoramento por parte dos autores visa diminuir as ocorrências de cicatrizes e possíveis complicações. Dessa maneira, verifica-se uma ampla possibilidade de técnicas além de uma busca constante pela técnica ideal. Portanto, é de suma importância a obtenção do conhecimento das técnicas cirúrgicas e sua finalidade, visto que cada paciente possui uma necessidade específica. Vale ressaltar, ainda, a importância das indicações e contra-indicações, a fim de evitar intercorrências. Por fim, o pós-operatório deve ser bem definido pelo cirurgião e deve ser seguido corretamente pelo paciente, pois essas orientações constituem um dos pilares básicos para alcançar o sucesso desejado no tratamento.

Referências

AGARWAL A, GRACELY E, MALONEY RW. Lip augmentation using sternocleidomastoid muscle and fascia grafts. **Arch Facial Plast Surg**. 2010;12(2):97-102.

ARNET G. W. & BERGMAN R. T., Facial Keys to Orthodontic diagnosis and treatment planning. Part II. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 1993; 103: 395 - 411.

AUSTIN HW, WESTON GW. Rejuvenation of the aging mouth. **Clin Plast Surg**. 1992;19:511–524.

AUSTIN HW. The lip lift. **Plast Reconstr Surg** 1986;77:990-4.

BISSON M, GROBBELAAR A. The esthetic properties of lips: a comparison of models and nonmodels. **Angle Orthod**. 2004;74(2):162-166.

BYRNE PJ, HILGER PA. Lip augmentation. **Facial Plast Surg**. 2004;20(1):31-38.

BRETAS TLB, ISSA MCA, TAMURA B. Hyaluronic Acid Filler for the Lips and Perioral Area. In: Issa M., Tamura B. (eds) *Botulinum Toxins, Fillers and Related Substances. Clinical Approaches and Procedures in Cosmetic Dermatology*. Springer, Cham (2019)

CARDOSO, A. D.; SPERLI, A. E. Ritidoplastia do lábio superior. Hueston. p. 1127 e 1129, fev. 1971. **Transações do V Congresso Internacional do IPRS**, 1971, [Melbourne, AU].

Cornette de Saint Cyr B, Prevot H. Upper Lip Lif. **Ann Chir Plast Esthet**. 2017 Oct;62(5):482-487. doi: [10.1016/j.anplas.2017.07.015](https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.07.015). Epub 2017 Sep 4

CYR B. C. S. & PREVOT H. Lifting de La lèvre Superieure. **Annales de Chirurgie Plastique Esthétique**. 2017 (62), 482 – 487.

ECHO A, MOMOH AO, YUKSEL E. The no-scar lip-lift: upper lip suspension technique. **Aesthetic Plast Surg** 2011;35:617-23.

FANOUS N. Correction of thin lips: “lip lift”. **Plast Reconstr Surg** 1984;74:33-41.

FARKAS LG, KATIC MJ, H TA, D C, M IR. Anthropometric proportions in the upper lip-lower lip-chin area of the lower face in young white adults. **Am J Orthod** 1984;86(1):52-60.

GUERRISSI JO. Surgical treatment of the senile upper lip. **Plast Reconstr Surg** 2000;106:938-40.

HEIDKRUGER et al. Lip Attractiveness: A Cross Cultural Analysis. **Aesthetic Surgery Journal**. 2006, 1 – 9. DOI: [10.1093/asj/sjw168](https://doi.org/10.1093/asj/sjw168).

HOLDEN PK, SUFYAN AS, PERKINS SW. Long-term analysis of surgical correction of the senile upper lip. **Arch Facial Plast Surg**. 2011;13(5):332-336.
Iblher N, Kloepper J, Penna V, et al. Changes in the aging upper lip—a photomorphometric and MRI-based study (on a quest to find the right rejuvenation approach). **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. 2008;61:1170–1176.

JACONO AA, QUATELA VC. Quantitative analysis of lip appearance after V-Y lip augmentation. **Arch Facial Plast Surg**. 2004;6(3):172-177.

JETER TS, NISHIOKA GJ. The lip lift: an alternative corrective procedure for iatrogenic vertical maxillary deficiency: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg** 1988;46:323-5.

KANE MA, LORENC ZP, LIN X, et al. Validation of a lip fullness scale for assessment of lip augmentation. **Plast Reconstr Surg** 2012;129:822e-828e.

KAR M, MULUK NB, BAFAQEEH SA, Cingi C **Acta Otorhinolaryngol Ital** 2018;38:67-72.

KARL *et al.* Is it possible to define the ideal lips?. **Acta Otorhinolaryngologica itálica**. 2018, 38: 67 – 72. DOI: [10.1439/0392.100x](https://doi.org/10.1439/0392.100x) – 1511.

KLEIN AW. In search of the perfect lip: 2005. **Dermatol Surg**. 2005;31(11, pt 2):1599-1603.

LEE DE, HUR SW, LEE JH, *et al.* Central lip lift as aesthetic and physiognomic plastic surgery: the effect on lower facial profile. **Aesthet Surg J** 2015; 35:6 98-707.

LEMPERLE G, ANDERSON R, KNAPP TR. An index for quantitative assessment of lip augmentation. **Aesthet Surg J**. 2010; 30 (3): 301-310. PubMed Google Scholar Cross ref

LI, YK; RITZ, M. The modified bull's horn upper lip lift. **Journal Of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, Amsterdã, v. 71, n. 8, p. 1216-1230, ago. 2018.

LINKOV G, WICK E, KALLOGJERI D, CHEN CL, BRANHAM GH. Perception of upper lip augmentation utilizing simulated photography. **Arch Plast Surg**. 2019 May;46(3):248-254.

LOBO M, Escultura labial: procedimento estratégico na harmonia da face. **Face**. 2020. <https://facemagazine.com.br/escultura-labial-procedimento-estrategico-na-harmonia-da-face/>

MACHADO AW. 10 Commandments of smile esthetics. **Dental Press Journal of Orthodontics**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 136-157, ago. 2014.

MANDY S. Art of the lip. **Dermatol Surg** 2007;33(4):521-22.

MELO AKV; NEVES LEM; VASCONCELOS MG; VASCONCELOS RG. Princípios de macroestética e suas implicações na estética do sorriso: revisão de literatura. **Odontol. Clín. Cient, Recife**, v. 18, n. 3, p. 177-180, set. 2019.

MEYER, R; KESSELRING, UK. Aesthetic Surgery in the Perioral Region. **Estética Plast Surg, Nova York**, n. 1, p. 61-69, dez. 1976.

MOMMAERTS MY, BLYTHE JN. Rejuvenation of the ageing upper lip and nose with suspension lifting. **J Craniomaxillofac Surg**. 2016;44:1123-5.

MORAGAS JSM, VERCRUYSSSE HJ, MOMMAERTS MY. "Non-filling" procedures for lip augmentation: a systematic review of contemporary techniques and their outcomes. **J Craniomaxillofac Surg** 2014;42:943-52.

MORAGAS JSM, REDDY RR, HERNANDEZ AF, MOMMAERTS MY. Systematic review of "filling" procedures for lip augmentation regarding types of material, outcomes and complications. **J Craniomaxillofac Surg**. 015;43(6):883-906.

NAINI FB. Análise Facial Inferior. In: NAINI F.B. **Estética Facial**. Conceitos e Diagnósticos Clínicos. Elsevier Editora Ltda, 2014, cap 17, 456 – 485.

NIECHAJEV I. Lip enhancement: surgical alternatives and histologic aspects. **Plast Reconstr Surg** 2000;105:1173-83.

OKUYAMA CC, MARTINS DR. Preferência do perfil facial tegumentar, em jovens leucodermas, melanodermas e xantodermas de ambos os sexos, avaliados por ortodontistas, leigos e artistas plásticos. **Ortodontia** 1997;30(1):6-18.

OSVALDO P. Rejuvenescimento labial cirúrgico: Indicação clínica customizada. **Arquivos Catarinenses de Medicina** - Volume 41 - Suplemento 01 - 2012

PAIXÃO MP, MONTEDONIO J, QUEIROZ FILHO W, POUZA CET, ALMEIDA AEF. Lifting de lábio superior associado à dermabrasão mecânica. **Surg Cosmet Dermatol** 2011;3(3):249-53.

PENNA V, STARK GB, EISENHARDT SU, *et al.* The aging lip: a comparative histological analysis of age-related changes in the upper lip complex. **Plast Reconstr Surg**. 2009;124:624–628.

PENNA V, FRICKE A, IBLHER N, Eisenhardt S.U.; Stark G.B. The attractive lip: a photomorphometric analysis. **J Plast Reconstr Aesthet Surg** 2015; 68(7):920-9

PERENACK J. Treatment options to optimize display of anterior dental esthetics in the patient with the aged lip. **J Oral Maxillofac Surg** 2005;63:1634-41.

PERENACK *et al.* Lip Modification Procedures as na Adjunct to Improving Smile and Dental Esthetics. **Atlas Oral Maxilofacial Surg Clin N Am**. 2006 (14),51-74.

PERKINS SW, SANDEL HD IV. Anatomic considerations, analysis, and the aging process of the perioral region. **Facial Plast Surg Clin North Am**. 2007;15:403–407).

PONSKY D, GUYURON B. Comprehensive surgical aesthetic enhancement and rejuvenation of the perioral region. **Aesthet Surg J** 2011;31:382-91.

RAPHAEL P, HARRIS R, HARRIS SW. Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit. **Plastic and Reconstructive Surgery**. 2013; 132(3): 543-551.

RAPHAEL, P & HARRYS, R & HARRIS, S. The Endonasal Lip Lift: Personal Technique. **Aesthetic surgery journal / the American Society for Aesthetic Plastic surgery**. 2014.

RICHADRSON MA, ROUSSO DE, REPLOGE WH. Long-term analysis of lip augmentation with Superficial Musculoaponeurotic System (SMAS) tissue transfer following biplanar extended SMAS rhytidectomy. **JAMA Facial Plast Surg**. 2017;19(1):34-39.

ROZNER L, ISAACS GW. Lip lifting. **Br J Plast Surg** 1981;34: 481-4.

SABOIA TPS, CABRAL MRL, NERES LLFG. O uso do ácido hialurônico na harmonização facial. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e94101421731, 2021.

SALIBIAN, Ara A.; BLUEBOND-LANGNER, Rachel. Lip Lift. **Facial Plastic Surgery Clinics Of North America, Filadélfia**, v. 27, n. 2, p. 261-266, mai. 2019

SANTACHE P, BONARRIGO C. Lifting of the upper lip: personal technique. **Plast Reconstr Surg** 2004; 113:1828-35.

SARNOFF DS, SAINI R, GOTKIN RH. Comparison of filling agents for lip augmentation. **Aesthet Surg J**. 2008;28(5):556-563.

SARNOFF DS, GOTKIN RH. Six steps to the “perfect” lip. **J Drugs Dermatol**. 2012;11(9):1081-1088.

SPIEGEL, J; SPIEGEL, O. Lip Lifting: not just fullness. Everything you need to know about lifting and creating youthful, beautiful lips. **Facial Plastic Surgery, Nova York**, v. 35, n. 02, p. 129-133, abr. 2019.

TALEI, B. The Modified Upper Lip Lift: Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series. **Facial Plast Surg Clin North Am**. 2019 Aug;27(3):385-398. doi: [10.1016/j.fsc.2019.04.004](https://doi.org/10.1016/j.fsc.2019.04.004). Epub 2019 May 17.

WALDMAN SR. The subnasal lift. **Facial Plast Surg Clin North Am** 2007;15:513-6.

WESTON GW, POINDEXTER BD, SIGAL RK, et al. Lifting lips: 28 years of experience using the direct excision approach to rejuvenating the aging mouth. **Aesthet Surg J** 2009;29:83-6.

ZHANG, Gan-Lin; MENG, Hong; HUANG, Jian-Hua; HONG, Xiao-Fang; ZHANG, Hua-Sheng. Retracted: t-shaped excision of the orbicularis oris muscle. **Aesthetic Surgery Journal, Oxford**, v. 35, n. 4, p. 456-461, 21 abr. 2015.