

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Rodrigo Nery Gallo

LIP LIFTING: Relato de caso clínico

Guarulhos

2021

Rodrigo Nery Gallo

LIP LIFTING: Relato de caso clínico

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Harmonização Orofacial.

Orientadora: Dra. Márcia Valéria Queiroz

Guarulhos

2021

Faculdade Sete Lagoas

Monografia intitulada "**Lip lifting: relato de caso clínico**" de autoria do aluno
Rodrigo Nery Gallo.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof.

Prof.

Prof.

Guarulhos

2021

Dedico este trabalho à minha esposa e filhas que sempre me apoiaram e mesmo com minha ausência me incentivaram durante toda esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores por todo apoio, ensinamentos e dedicação durante todo o processo de minha formação profissional.

Meu agradecimento à Profa. Márcia Valéria Queiroz que dedicou seu tempo auxiliando-me na correção e conclusão deste trabalho.

Agradeço aos pacientes que confiaram em mim e na minha capacidade de lhes proporcionar melhorias em sua autoestima.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.” (Martin Luther King)

RESUMO

Lábios carnudos e robustos sempre foram associados à juventude e beleza. O realce labial tornou-se um dos procedimentos mais solicitados na prática cosmética e objeto de desejo estético.

Os lábios desempenham um papel fundamental como elemento central na expressão das emoções, nas interações sociais e na definição da própria identidade. O envelhecimento, entre muitos outros efeitos, provoca alterações labiais e modifica drasticamente a harmonia facial.

Procedimentos cirúrgicos como o lip lifting surgiram como alternativas pouco invasivas e com resultados promissores em restabelecer a proporção labial, objetivando uma condição que mais se assemelha aos ideais estéticos existentes.

A cirurgia de lip lifting tem o objetivo de encurtar a distância da base nasal até a borda do vermelhão labial sendo realizada, para isto, uma excisão tecidual. Esta técnica melhora a proporção do terço inferior da face com aumento do vermelhão labial.

O aprofundamento no conhecimento da fisiologia do envelhecimento, além do estudo morfológico e funcional dos lábios favoreceram a utilização deste procedimento cirúrgico com resultados satisfatórios.

O presente trabalho visa relatar a cirurgia de lip lifting em uma paciente que apresentava excesso do tecido labial superior com inversão do vermelhão do lábio e falta da exposição dos incisivos superiores durante repouso labial.

Palavras-chave: lip lifting, lábios, lábio superior, cirurgia estética, rejuvenescimento.

ABSTRACT

Full and robust lips have always been associated with youth and beauty. Lip enhancement has become one of the most requested procedures in cosmetic practice and object of aesthetic desire.

The lips play a fundamental role as a central element in the expression of emotions, in social interactions and in the definition of one's own identity. Aging, among many other effects, causes lip changes and dramatically changes facial harmony.

Surgical procedures such as lip lifting have emerged as less invasive alternatives with promising results in restoring the lip proportion, aiming at a condition that most closely resembles the existing aesthetic ideals.

The lip lifting surgery aims to shorten the distance from the nasal base to the edge of the labial vermilion, being performed, for this, a tissue excision. This technique improves the proportion of the lower third of the face with an increase in the labial vermilion.

The deepening of the knowledge of the physiology of aging, in addition to the morphological and functional study of the lips, favored the use of this surgical procedure with satisfactory results.

The present work aims to report the lip lifting surgery in a patient who presented excess of the upper lip tissue with inversion of the vermilion of the lip and lack of exposure of the upper incisors during lip rest.

Keywords: lip lifting, lips, upper lip, cosmetic surgery, rejuvenation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. METODOLOGIA.....	11
3. DISCUSSÃO.....	20
4. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é complexo e inevitável. Envelhecemos a cada segundo, porém sinais e características clínicas são observadas de modo que possamos intervir em benefício de nossos pacientes e realizarmos procedimentos que busquem retardar todo este processo.

Toda a face e principalmente a área peribucal são afetadas pelo envelhecimento produzindo alterações anatômicas, funcionais e morfométricas. (LONGO *et. al.*, 2013).

Clinicamente, ocorrem mudanças na qualidade da pele, alongamento do lábio superior, formato labial, perda de proporção e até mesmo perda de projeção do lábio superior ocorrendo invaginação com consequente perda de definição da anatomia labial. O vermelhão dos lábios apresenta diminuição de superfície exposta assim como o arco do cupido e colunas do filtro acabam apresentando perda de contornos nítidos. O processo de envelhecimento dos lábios resulta na perda de visibilidade dos dentes superiores, com aumento da visibilidade dos dentes inferiores. (MAGGIO, 2019).

Os músculos da mímica facial são particularmente fortes nas áreas periorbital e peribucal. Suas contrações repetitivas e combinadas com o aumento do tônus em repouso servem não só para expulsar a gordura subjacente, mas também para exercer pressão constante sobre o osso, favorecendo sua erosão. Contrações repetidas do músculo orbicular da boca levam ao surgimento das ríides periorais, além de auxiliar na diminuição do volume e perda do contorno labial. (COIMBRA, 2014).

Durante o envelhecimento o lábio superior sofre enrugamento, alongamento e inversão devido à ação esfínteriana do músculo orbicular dos lábios. Além disso, uma diminuição do ângulo nasolabial pode ser observada devido ao retroposicionamento da parede anterior da maxila.

O reconhecimento desses conceitos é unânime e as propostas de tratamento são inúmeras, variando desde procedimentos pouco invasivos, destinados a melhorar a qualidade da cobertura cutânea, até cirurgias que visam à diminuição da

dimensão vertical da pele do lábio superior, passando por preenchimentos de muitos tipos. (CARDIN et. al., 2011).

Vários métodos cosméticos vêm sendo utilizados e várias técnicas aperfeiçoadas com o objetivo de rejuvenescimento do terço inferior da face. A técnica do lip lifting foi idealizada para ser um procedimento cirúrgico minimamente invasivo que proporciona um aumento do vermelhão labial superior e exposição dos dentes centrais superiores trazendo um aspecto mais jovial ao paciente.

Anteriormente reservado principalmente para pacientes idosos com pele clara, este procedimento agora pode ser usado em pacientes de uma ampla variedade de idades, tipos de pele, sexos e etnias. Este procedimento também pode ser usado para pacientes com dentição adequada e que desejam melhorar a altura, o caráter e o volume do lábio superior. (TALEI,2019).

Os lábios, no entanto, são um ponto focal estético da parte inferior da face que tem características específicas de gênero. O lip lifting encurta a distância da base nasal até a borda do vermelhão usando excisão da pele e avanço do tecido. Embora o procedimento resulte em uma mudança sutil, ele pode feminizar dramaticamente a aparência da parte inferior da face. (SALIBIAN, 2019).

O lifting subnasal do lábio superior foi descrito pela primeira vez por Cardosa e Sperli em 1971. Os primeiros artigos publicados contendo casuística significativa foram publicados em seguida por Rozner e Isaacs, principalmente como um adjunto ao lifting facial, em 1981. Eles relataram bons resultados com a excisão da pele subnasal para encurtar o lábio superior e levantar verticalmente toda a subunidade do lábio superior. Várias modificações da abordagem de elevação subnasal foram subsequentemente publicadas, a mais popular das quais sendo a técnica de elipse ondulada de Austin (1986). A série de casos de 83 pacientes de Austin foi publicada em 1986 e demonstrou resultados muito satisfatórios em termos de ocultar a incisão final dentro da borda nasal caudal por meio de uma forma de elipse ondulada de excisão de pele do lábio superior. O padrão de excisão conhecido como “chifre de touro” (*bullhorn*) foi uma modificação direta da elipse ondulada de Austin. (MARQUES et al, 1994; TONARD et al, 2019).

Vários fatores devem ser analisados no pré-operatório do paciente ao planejar o lifting labial, dentre eles a exposição incisal superior, a largura da base alar,

a proeminência do peitoril nasal, o tom e a espessura da pele e a altura vertical da maxila.

O conhecimento anatômico específico também deve ser levado em consideração durante o planejamento cirúrgico. Conforme ressalta Baldoín (2018), o lábio superior é delimitado para cima pelo nariz, para baixo pelo eixo horizontal da boca e lateralmente pelos sulcos nasolabiais (parte ínfero-medial das bochechas). As comissuras de cada lado limitam a abertura da boca lateralmente e estão localizadas em um eixo vertical virtual que se estende para cima até a pupila (linha médio-pupilar). O lábio superior é dividido em três subunidades anatômicas cuja integridade deve ser preservada: O lábio branco (ergotrídeo ou lábio superior cutâneo), o vermelhão e sua borda (lábio vermelho seco) e o lábio vermelho úmido consiste principalmente de mucosa oral e pouco visível estendendo-se até a extremidade do vestibulo bucal.

A camada externa do lábio cutâneo (extraoral) consiste em pele espessa cuja derme contém numerosos folículos pilosos, diferentemente da camada externa do vermelhão que é composta por uma fina membrana mucosa. A parte intermediária do lábio é composta principalmente por camadas musculares, consistindo principalmente do músculo orbicularis oris, ao qual a pele e a mucosa aderem fortemente, tornando extremamente difícil a dissecação. A camada interna (intraoral) apresenta uma membrana mucosa úmida que contém várias glândulas sebáceas.

A seleção correta do paciente, a colaboração pós-operatória e a decisão compartilhada do procedimento com a exposição de todos os riscos cirúrgicos são essenciais para minimizar as complicações e otimizar a satisfação do paciente. (SALIBIAN, 2019).

2. METODOLOGIA

Paciente S.S.M.S de 54 anos e 7 meses, sexo feminino, procurou o serviço de atendimento da especialização de Harmonização Orofacial com a finalidade de melhorar sua aparência estética facial.

Após avaliação da paciente, constatou-se que a mesma apresentava fototipo IV de Fitzpatrick, sem histórico de tabagismo, em uso de tiamazol para tratamento de hipertireoidismo, classificação de risco anestésico ASA II (American Society of Anesthesiologists), exame clínico pré-operatório sem outras comorbidades.

Através do auxílio de paquímetro, a medida sagital encontrada da base nasal à borda do vermelhão do lábio superior foi de 20,34 milímetros. Foram obtidas também, como referências, as medidas sagitais da base alar nasal do lado direito e lado esquerdo ao vermelhão labial, sendo encontradas as medidas de 21,96mm e 21,21mm respectivamente. Desta maneira concluiu-se que a paciente apresentava aumento da distância entre a base columelar e a linha de transição cutâneo-mucosa do lábio superior, juntamente com a diminuição da visualização da área do vermelhão labial. (Fig. 1 e 2).

Figura 1: Foto inicial da paciente com lábio superior extenso.



Fonte: Autor

Figura 2: Medições sendo realizadas com paquímetro digital.



Fonte: Autor

Mediante observação do quadro clínico da paciente e opções de reabilitação estética, optou-se por abordagem cirúrgica de lip lifting.

Após realização de antissepsia com a utilização de clorexidina a 2%, a área cirúrgica a ser excecionada foi delimitada por marcação prévia na base do nariz baseando-se na técnica clássica do chifre de boi (*bullhorn*). (Figura 3). A área de margem superior da incisão estendeu-se desde a região mediana de uma asa nasal à outra acompanhando todo sulco de inserção da base nasal sem invasão do espaço endonasal. A extensão lateral é onde a prega alar-facial diminui e termina caudalmente em direção ao sulco alar. A margem inferior foi demarcada copiando-se a anatomia da margem superior da incisão, tornando o desenho o mais simétrico possível, sendo definida uma altura máxima para excisão tecidual de 8mm em sua porção sagital mediana, de maneira que esta altura se manteve gradual em direção distal até a porção alar do nariz quando sofre estreitamento e encontro da marcação de incisão superior.

A paciente então foi submetida à anestesia intraoral de bloqueio do nervo infraorbital bilateral e anestesia infiltrativas na pele com uso de anestésico articaína com epinefrina.

Figura 3: Demarcação da área a ser excisionada.



Fonte: Autor

A incisão foi realizada com lâmina de bisturi 15C, sendo excisionado apenas o tecido cutâneo e subcutâneo, deixando o músculo orbicular dos lábios intacto. Toda dissecação tecidual foi realizada com cautela devido à grande vascularização da região, atentando-se aos vasos de maior calibre no campo cirúrgico que são as artérias alares inferiores, localizadas sob a asa e soleira alar. (Figura 4).

Figura 4: Incisão



Fonte: Autor

O uso concomitante de cautério portátil foi efetivo e necessário de modo a diminuir o sangramento do campo cirúrgico e aumentar a visibilidade sobre o plano a ser dissecado. (Figura 5).

Figura 5: Utilização de eletro cautério.



Fonte: Autor

Após a excisão da área demarcada, efetuou-se o descolamento subcutâneo da borda cirúrgica inferior em direção ao vermelhão do lábio superior, de forma a favorecer a tração e diminuir a tensão da sutura sobre o tecido descolado. (Figura 6 e 7).

Figura 6: Tecido excisionado.



Fonte: Autor

Figura 7: Excisão tecidual e descolamento subcutâneo.



Fonte: Autor

O fechamento da área cirúrgica foi meticulosamente realizado sob dois planos teciduais. O plano subcutâneo foi fechado com fio de ácido poliglicólico 5.0, enquanto no tecido cutâneo foi realizada sutura com pontos interrompidos em bordos cirúrgicos com fio mononylon 6.0.

Figura 7: Sutura o pós-operatório imediato.



Fonte: Autor

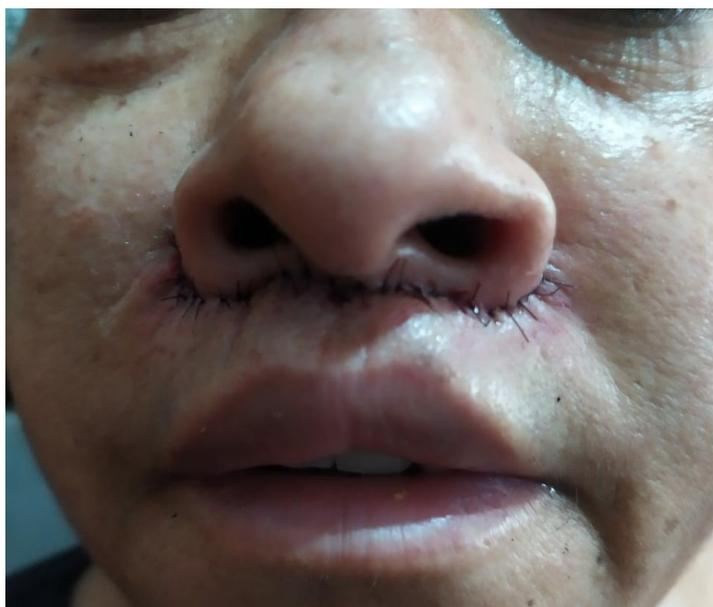
O pós-cirúrgico imediato demonstrou presença de edema moderado, melhoria da porção subnasal do lábio superior com redução na distância entre a base nasal e a linha de transição cutâneo-mucosa do lábio superior e maior exposição do vermelhão labial.

A ferida cirúrgica foi tamponada da com micropore e a paciente recebeu as orientações pós-operatórias, devendo manter repouso por 48 horas, manter o sono elevado sobre 2 ou 3 travesseiros e a aplicação de compressas geladas a fim de mitigar o inchaço, hematomas e desconforto, devendo também evitar exposição ao sol durante 6 meses. Adicionalmente, foi solicitado que se evite qualquer manipulação mecânica ou trauma da área cirúrgica e minimizar os movimentos dos lábios ao sorrir ou falar durante as primeiras 2 semanas.

A paciente foi medicada com cefalexina, dexametasona e analgésicos. O retorno foi realizado após 10 dias do procedimento cirúrgico para a remoção das suturas e a paciente foi orientada sobre uso de pomada à base de pantenol e digluconato de clorexidina com objetivo de auxiliar na reparação da pele.

O acompanhamento pós-operatório ocorreu até a remoção dos pontos, 30, 60 e 90 dias, sendo realizados registros fotográficos para visualização da evolução cicatricial e resultados cirúrgicos. (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12).

Figura 8: Pós-operatório de 1 dia.



Fonte: Paciente

Figura 9: Pós-operatório de 5 dias.



Fonte: Paciente

Figura 10: Pós-operatório de 30 dias.



Fonte: Autor

Figura 11: Pós-operatório de 60 dias.



Fonte: Paciente

Figura 12: Pós-operatório de 90 dias.



Fonte: Autor

Após 90 dias de acompanhamento, foi realizada comparação dos resultados obtidos. A medida sagital encontrada da base nasal à borda do vermelhão do lábio

superior foi de 12 milímetros, enquanto a medida inicial era de 20,34mm – uma diferença de 8,34mm. As medidas sagitais da base alar nasal do lado direito e lado esquerdo foram 14,60mm e 13,70 respectivamente, sendo as iniciais de 21,96mm e 21,21mm – diferença de 7,36mm e 7,51mm. (Figura 13).

Figura 13: Pós-operatório de 90 dias.



Fonte: Autor

3. DISCUSSÃO

A beleza é definida como um estado de harmonia - um equilíbrio das proporções faciais - uma relação equilibrada entre estruturas esqueléticas, dentes e tecidos moles ou como a medida relativa de equilíbrio e harmonia. (KAR *et. al.*, 2018).

Lee *et. al.* (2014) consideram que de acordo com a fisionomia facial, um filtro bem demarcado e simétrico e um vermelhão superior evertido indicam que uma pessoa tem bom caráter e terá uma vida longa e rica.

As características faciais foram correlacionadas durante séculos com uma ampla gama de crenças e superstições, a maioria delas considerando a simetria e a

proeminente borda vermelha superior como sinais de uma vida longa e frutífera. (BAUDOIN *et. al.*, 2017).

Coimbra (2014) e Ramaut *et. al.* (2018) detalharam o envelhecimento que o terço inferior sofre, resultando em encurtamento maxilar vertical que afeta a estrutura dental e esquelética. Essa combinação negativa também influencia o ato de sorrir do paciente, resultando em redução da exposição dos dentes superiores e anteriores.

Levantamentos anatômicos realizados por Sarnoff (2012) constataram que genética, envelhecimento intrínseco, exposição ao sol, tabagismo e o movimento repetitivo do músculo orbicular da boca produzem linhas angulares, radiais e verticais ao redor dos lábios.

O trabalho esfinteriano da cinta orbicular no selamento labial, associado à perda de elasticidade cutânea, provoca o alongamento vertical progressivo do lábio superior, com o estreitamento do vermelhão. (CARDIM *et. al.*, 2011).

Longo *et. al.* (2013) demonstraram em seus estudos que a altura média do lábio superior com os lábios fechados foi de 13,75 milímetros na faixa etária mais jovem (15 a 30 anos), sofrendo aumento gradualmente com a idade, até atingir uma média de 19,24 milímetros, no grupo de indivíduos acima de 60 anos. O resultado oposto foi observado na altura do vermelhão superior, que diminuiu com o aumento da idade. A altura média do vermelhão na posição lábios entreabertos foi de 7,09 milímetros na faixa-etária mais jovem (15 a 30 anos de idade) e diminuiu para 4,58 milímetros no grupo mais velho (acima de 60 anos).

Segundo Baudoin *et. al.* (2018), um lábio branco superior é considerado longo quando apresenta mais de 20 mm enquanto um lábio superior branco curto é geralmente definido como menor que 10-12 mm. Pacientes que se enquadram como portadores de lábio branco superior longo devem receber indicação cirúrgica para o lifting labial.

Daenecke (2016) realizou estudo com 123 pacientes e concluiu que a média para comprimento do lábio superior em telerradiografia ficou estabelecida em torno de 21mm, enquanto a média para filtro em torno de 12mm.

Salibian (2019) expôs ideais estéticos do lábio superior, definindo que sua altura média da base nasal ao estômio é de 23,6 mm nos homens e de 20,6 mm nas mulheres. A altura do lábio superior cutâneo é maior no sexo masculino, no entanto, a altura do vermelhão não apresenta diferenças entre gênero.

Baudoin et. al. (2018) também ressaltam que as proporções faciais variam amplamente entre os indivíduos, mas de acordo com os padrões estéticos, todo o lábio superior deve representar 1/3 do terço inferior da face, enquanto todo o lábio inferior (até o queixo) deve representar os 2/3 restantes. Esses padrões se aplicam a homens e mulheres.

Di Maggio (2019) considera que unidade estética do lábio superior inclui o lábio superior e o ergotrídeo. O lábio ergotrídeo ou branco é uma região trapezoidal que fica acima do lábio superior e é delimitada pela borda vermelha labial, a base nasal cefálica e os sulcos nasolabiais bilateralmente. Existem duas medições importantes: a altura filtral e a altura labial. A proporção da altura filtral dividida pela altura labial ocasiona quatro padrões labiais que servem de parâmetro para indicação do lip lifting.

A seleção de pacientes do lifting labial para Raphael (2014) é baseada no excesso de distância entre a base nasal e a borda do vermelhão do lábio superior, independentemente da plenitude labial ou da etiologia. Os candidatos são geralmente selecionados durante a consulta pré-operatória, mas também podem ser identificados na revisão fotográfica.

Os sistemas de classificação descritos para o rejuvenescimento labial por Salibian (2019) e Raphael (2014) descrevem fatores importantes a serem considerados como altura filtral, altura labial (altura do vermelhão) e exposição dentária. A posição das comissuras orais e a altura e plenitude do vermelhão do lábio inferior também são levadas em consideração. Medidas absolutas e proporções relativas são importantes. As características circundantes devem ser avaliadas, incluindo altura facial inferior, projeção do queixo, projeção da ponta nasal, ângulo nasolabial e largura da base alar, no mínimo. Uma elevação do lábio superior é aproximadamente simulada com tração bimanual para estimar a quantidade apropriada de ressecção e avaliar um resultado pós-operatório geral. Qualquer assimetria pré-operatória também deve ser observada e mostrada ao paciente.

Algo a se considerar é a relação entre a largura do nariz e do lábio, geralmente essa é uma limitação para a ressecção lateral do lábio quando fazemos o lifting labial. Se a base nasal for larga, temos mais possibilidades de que a ressecção labial se estenda para ambas as laterais. (DI MAGGIO, 2019).

Talei (2019) aborda que o equilíbrio facial global deve ser considerado, comparando as proporções dos tecidos moles, bem como a predominância dentária ou esquelética. Existe um ponto de inflexão que deve ser respeitado para cada paciente, onde a sensualidade e juventude adquiridas com o aumento dos dentes mostram transições para uma aparência dentuça ou esqueletizada com excisão excessiva. Não há medidas ou rígidas diretrizes que indicariam este nível ou ponto. Um dente com exposição de 3 mm em um paciente com dentes bonitos e inclinação normal pode ser adorável, enquanto a mesma quantidade exposição dental em um paciente com uma forte projeção dentária, pode gerar uma aparência facial esquelética ou desagradável.

Austin (1983) relata que a largura do tecido a ser removido deve ser por volta de 3 a 5 mm e deve ser determinada por tração do lábio superior com os dedos, expondo a incisal dos centrais superiores até onde seja desejável. A altura da elipse deve ser correspondente a quantidade a tecido levantado.

Paixão *et. al.* (2011) embasam seu planejamento cirúrgico do lifting labial superior na observação da distância vertical entre a base nasal e uma linha horizontal que passa pelas comissuras labiais.

Há uma variedade de técnicas excisionais e modificações para realce cirúrgico do lábio superior descritas na literatura, mas nenhum método é considerado ideal. (YAMIN, 2020). No entanto, nos últimos vinte anos, houve um aumento gradual na popularidade do realce cirúrgico do lábio superior, que coincidiu com o surgimento de várias novas técnicas e modificações. (LEE *et.al.*, 2015; RAPHAEL, 2014; TALEI, 2019).

Uma revisão abrangente da literatura publicada até julho de 2019 foi realizada por Yamin (2020) que levantou 52 estudos com 2265 pacientes tratados. O padrão de excisão em chifre de boi (*bullhorn*) foi utilizado para a realização do lifting labial subnasal em 71,7% dos casos, e a excisão em elipse ondulada em 18,1% dos

pacientes. O avanço labial pelo padrão de excisão da borda vermelha foi a técnica de escolha para 49 pacientes (2,2%).

A incisão baseada na técnica de chifre de boi (*bullhorn*) com liberação mais profunda e extensa do lábio superior e uma suspensão mais definitiva é a que apresenta melhoras significativas nos resultados e na consistência. (TALEI, 2019).

A incisão não deve ultrapassar a extensão superior ou lateral da prega alar-facial bem demarcada, que pode terminar na parte inferior ou lateral da asa. Estender uma incisão além desse ponto pode causar distorção e cicatriz na prega ou mesmo criar uma prega da bochecha ao nariz e apagar a extensão lateral superior natural da unidade estética do lábio superior. Uma vez realizada a excisão, o retalho labial é então elevado em um plano sub-SMAS profundo. Esta dissecação libera o SMAS labial do orbicular da boca subjacente. A extensão dessa dissecação fica a critério do cirurgião, já que uma dissecação mais extensa pode atenuar a tensão, mas também causa um aumento no edema pós-operatório. (TALEI,2019).

Tonnard et. al. (2019) afirmam que a incisão deve ser realizada até aproximadamente três quartos da altura vertical da asa para garantir elevação suficiente da parte lateral do lábio superior. Teoricamente, o lábio superior também pode ser encurtado e o vermelhão evertido por excisões da borda vermelha, porém o uso desta técnica não é indicado por questões puramente estéticas já que a cicatriz é difícil de esconder e destrói o delicado marco anatômico do rolo branco, principalmente se ocorrer uma leve contração cicatricial.

A rigidez e o inchaço nos três primeiros meses do lábio superior, segundo Talei (2019), podem beneficiar a cicatrização já que causam limitação do movimento da linha de incisão.

Segundo Rozner e Graham (1981) o lábio pode permanecer edemaciado, inchado e rígido por 3 a 4 semanas e a cicatrização final pode demorar de 6 a 8 meses para ocorrer totalmente.

As principais vantagens do lifting labial subnasal são uma cicatriz quase imperceptível, o respeito às subunidades labiais como o arco de cupido e resultados duradouros, semelhantes neste último aspecto à labioplastia de avanço do vermelhão. (BAUDOIN et. al., 2018).

Salibian (2019) relatou que os pacientes devem ser instruídos a evitar a exposição ao sol na linha da cicatriz por 1 ano no pós-operatório e usar protetor solar sobre a incisão. Tratamentos secundários de cicatrizes são usados, como cremes para cicatrizes e folhas de silicone.

Austin (1983) afirma que o resultado cicatricial na base do nariz é bastante satisfatório, sendo o procedimento muito bem tolerado e apresentando grande casuística de pacientes. Yamin (2020), no entanto, descreve em sua revisão literária que em todos os pacientes, a complicação mais comum foi um resultado esteticamente não muito atraente ou cicatriz adversa com uma incidência média de 7,23%, porém em geral com alta satisfação de resultados por parte dos pacientes.

Weston *et. al.* (2009) apresentaram casuística com mais de 1.200 *lip liftings* labiais, considerando os resultados consistentemente bons, com índice extremamente baixo de cicatrizes menores que necessitaram de revisão.

Lee *et. al.* (2015) realizaram cirurgias de *lip lifting* em 202 pacientes e durante o período de acompanhamento não houve complicações como infecção, sorriso gengival, deformidades, cicatriz hipertrófica ou formação de quelóide.

Moragas (2014) em sua revisão sistemática de técnicas e resultados, incluiu a taxa de complicações encontradas na literatura: cicatrizes hipertróficas (5,3%), subcorreção (2,4%), infecções (1,6%), abcesso de sutura (2,1%), edema de longa duração (8,3% por 3 meses e 10% por 1 mês), rompimento de suturas (1%) e uma taxa de 0% para parestesias ou paralisias.

Ao comparar as complicações por técnicas, assimetria labial e distorção alar ocorreram em maior incidência após retalhos endonasais e procedimentos de avanço labial. Infecção da ferida e deiscência foram relatadas em menos de 2,8% dos casos entre pacientes tratados. (YAMIN,2020).

Raphael (2014), no entanto, declara que complicações maiores como infecção, sangramento, deiscência completa e perda perceptível de sustentação nunca ocorreram. No entanto, eventos adversos de cicatrização e pequenas áreas de separação da ferida surgiram, para os quais revisões raras foram necessárias.

Talei (2019) relatou em seu artigo que as técnicas alternativas que envolvem tipos mais complexos de incisões, como as variações de alongamento filtral

do elevador do lábio superior, levantamento do filtro em forma de L, levantamento do lábio com incisão estendida, incisão de Greenwald, suspensão em *double duck* e a técnica italiana, podem resultar em quantidades maiores de cicatrizes e alterações na base nasal difíceis de reverter.

Através da utilização de boas técnicas cirúrgicas, as infecções podem ser reduzidas para menos de 1%. A cicatriz parece ser a complicação mais temida pelos profissionais. A técnica de fechamento com tensão livre é a forma mais importante de reduzir a visibilidade da cicatriz. (DI MAGGIO, 2019).

A extensão da cicatriz não constitui limitação para a realização deste procedimento, porém o paciente precisa estar preparado para evitar qualquer tração tecidual ao redor da ferida cirúrgica durante o período de cicatrização. (MARQUES, 1994).

Após revisão de literatura, pode-se notar a concordância dos autores em fechamento da ferida cirúrgica em dois planos, aliviando a tensão sobre a sutura. Algumas variações são vistas apenas nos tipos e espessuras de fios utilizados.

Existem, no entanto, limitações funcionais comuns a todas as técnicas descritas de lip lifting, uma vez que atuam predominantemente nos dois terços centrais do lábio superior, não elevando de modo considerável as comissuras labiais como também não proporcionam aumento nem estreitamento do arco do cupido, exceto em outras técnicas de abordagem vertical. (RAPHAEL, 2014).

Embora apresentado como um procedimento de ressecção de pele simples, um padrão de ressecção meticulosamente planejado é essencial porque uma ressecção de pele mal planejada pode levar a resultados inestéticos e decepcionantes. (TONNARD, 2019).

Outro problema comum apresentado pelo paciente é a assimetria do lábio superior. As queixas geralmente incluem disparidades de altura entre os picos do arco do cupido, diferenças com o sorriso e posição das comissuras orais. Assimetrias leves no arco do cupido e ao longo do vermelhão adjacente podem ser melhoradas em alguns casos, mas assimetrias mais laterais ou mais significativas estão normalmente além do escopo de uma elevação cirúrgica do lábio superior. (TALEI, 2019).

4. CONCLUSÃO

Os lábios definidos são uma característica que demonstram juventude, beleza e feminilidade. A regeneração e o rejuvenescimento labial podem resolver dramaticamente muitas das mudanças associadas ao envelhecimento da face, tanto para substituir o volume perdido quanto para redefinir sua estrutura.

A modificação do lábio superior com o envelhecimento é inevitável. Seu impacto nas estruturas labiais deve, entretanto, ser devidamente avaliado antes de se escolher o tratamento mais adequado. A atenção ao terço inferior da face é essencial para alcançar resultados superlativos no rejuvenescimento facial.

Na escolha dentre as técnicas cirúrgicas, o lifting labial subnasal pareceu ser a abordagem mais eficaz em situações de senescência para restaurar todos os elementos-chave do lábio superior. Os avanços na compreensão do envelhecimento facial apoiam o uso do realce labial cirúrgico.

O caso relatado neste trabalho demonstrou que os objetivos cirúrgicos propostos foram alcançados, com redução de 8,34mm da medida sagital da base nasal à borda do vermelhão labial e 7,36mm e 7,51mm da base alar ao vermelhão do lado direito e esquerdo respectivamente.

O lip lifting apresentou resultados positivos em relação ao rejuvenescimento facial, reduzindo a altura do lábio superior e aumento do vermelhão labial, proporcionando o aumento da exibição dos dentes e a visibilidade oral.

O lifting do lábio superior tem a capacidade de produzir uma grande mudança na face com um único e pequeno procedimento. Ele resultou em uma aparência mais jovial à paciente proporcionando uma harmonia do terço inferior da face.

A técnica utilizada se mostrou de fácil reprodução e resultados consistentes com uma taxa de complicações extremamente baixa conforme levantamento literário.

A elevação do lábio superior pode não restaurar o lábio para um estado normal, mas conseguiu elevar novamente o lábio para uma posição mais alta com eversão melhorada.

Na literatura há ainda uma relativa escassez de dados de alta qualidade em relação aos perfis de complicações, seleção de pacientes, indicações e contraindicações.

Conclui-se, portanto, que o lifting labial através da técnica utilizada é seguro, consistente, reproduzível e amplamente aplicável para qualquer gênero, etnia e tipo de pele.

REFERÊNCIAS

- AUSTIN, Harvey W. **The lip lift**. Plast Reconstr Surg. 1986; 77(6): 990-994.
- BAUDOIN, Julien; MEULI, Joachim N; WATFA, William; RAFFOUL, Wassim; SUMMA, Pietro G. **A comprehensive guide to upper lip aesthetic rejuvenation**. Cosmet Dermatol J. 2019; 18(2): 444-450.
- CARDIM, Vera L; SILVA, Alessandra S; SALOMONS, Rolf L; DORNELLES, Rodrigo F. V; BLOM, José O. S; SILVA, Adriano L. **Lifting nasolabial com realce do vermelhão**. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(3):466-471.
- COIMBRA, Daniel Dal'Asta; URIBE, Natalia C; OLIVEIRA, Betina S. **"Quadralização facial" no processo do envelhecimento**. Dermatologia Cirúrgica e Cosmética. 2014; 6(1):65-71.
- DAENECKE, Sibeli; BIANCHINI, Esther M. Gonçalves; SILVA, Ana Paula B. V. **Anthropometrical measurements of the height of the upper lip and length of the philtrum**. Pro Fono. 2006; 18(3): 249-258.
- DI MAGGIO, Marcelo; DOBARRO, Juan Cruz; ANCHORENA, Joaquin Nazar. **Surgical Management of the Superior Lip as a Complement in Facial Features Remodeling Surgery**. Craniofac Surg J. 2019; 30(3): 918-920.
- KAR, M; MULUK, NB; BAFAQEEH, SA; CINGI, C. **Is it possible to define the ideal lips?** Acta Otorhinolaryngol Ital. 2018; 38(1): 67-72.
- LEE, Dong Eun; HUR, Su Won; LEE, Jun Ho; KIM, Yong-Ha; SEUL, Jung Hyun. **Central Lip Lift as Aesthetic and Physiognomic Plastic Surgery: The Effect on Lower Facial Profile**. Aesthet Surg J. 2015; 35(6): 698-707.
- MARQUES, Américo; BRENDA, Elisabeth. **Lifting of the upper lip using a single extensive incision**. Br Plast Surg J. 1994; 47(1): 50-53.
- MORAGAS, Joan San Miguel; VERCRUYSSSE, Herman Junior; MOMMAERTS, Maurice Y. **"Non-filling" procedures for lip augmentation: a systematic review of contemporary techniques and their outcomes**. Craniomaxillofac Surg J. 2014; 42(6): 943-952.
- PAIXÃO, Maurício P; MONTEDONIO, Josue; FILHO, Wail Q; POUZA, Carlos E. T; ALMEIDA, Antonio E. F. **Lifting de lábio superior associado a dermabrasão mecânica**. Dermatologia Cirúrgica e Cosmética. 2011;3(3):249-253.
- RAMAUT, Lisa; TONNARD, Patrick; VERPAELE, Alexis; VERSTRAETE, Koenraad; BLONDEEL, Phillip. **Aging of the Upper Lip: Part I: A Retrospective Analysis of Metric Changes in Soft Tissue on Magnetic Resonance Imaging**. Plast Reconstr Surg. 2019; 143(2): 440-446.
- RAPHAEL, Peter; HARRIS, Ryan; HARRIES, Scott W. **The endonasal lip lift: personal technique**. Aesthet Surg J. 2014; 34(3): 457-468.
- ROZNER, Leo; ISAACS, Graham W. **Lip lifting**. Br Plast Surg J. 1981; 34(4): 481-484.

SALIBIAN, Ara A.; BLUEBOND-LANGNER, Rachel. **Lip Lift**. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2019; 27(2): 261-266.

SALIBIAN, Ara A; ZIDE, Barry M. **Elegance in Upper Lip Reconstruction**. *Plast Reconstr Surg*. 2019; 143(2): 572-582.

SARNOFF, Deborah S; GOTKIN, Robert H. **Six steps to the "perfect" lip**. *Drugs Dermatol J*. 2012; 11(9): 1081-1088.

TALEI, Benjamin. **The Modified Upper Lip Lift: Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series**. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2019; 27(3): 385-398.

TONNARD, Patrick L; VERPAELE, Alexis M; RAMAUT, Lisa E; BLONDEEL, Phillip N. **Aging of the Upper Lip: Part II. Evidence-Based Rejuvenation of the Upper Lip-A Review of 500 Consecutive Cases**. *Plast Reconstr Surg*. 2019; 143(5): 1333-1342.

WESTON, George; POINDEXTER Byron; SIGAL Robert K; AUSTIN, Harvey W. **Lifting lips: 28 years of experience using the direct excision approach to rejuvenating the aging mouth**. *Aesthet Surg J*. 2009; 29(2): 83-86.

YAMIN, Feras; MCAULIFFE, Phoebe B.; VASILAKIS, Vasileios. **Aesthetic Surgical Enhancement of the Upper Lip: A Comprehensive Literature Review**. *Aesthetic Plast Surg*. 2021; 45(1): 173-180.