

**FACULDADE SETE LAGOAS FACSETE**

**TRÍCIA RAMALHO**

**CIRURGIA LIP LIFT: REVISÃO DE LITERATURA**

**SETE LAGOAS/MG  
2019**

**TRÍCIA RAMALHO**

**CIRURGIA LIP LIFT: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da FACSETE, como requisito parcial para conclusão do Curso de Harmonização Orofacial.

Área de concentração:  
Harmonização Orofacial.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Carlos Henrique Bettoni Cruz de Castro.

**SETE LAGOAS/MG**

2019

Ramalho, Trícia.

Cirurgia Lip Lift: revisão de literatura / Trícia Ramalho – 2019.

34 fs.

Orientador: Prof. Carlos Henrique Bettoni Cruz de Castro.

Monografia (especialização) - Faculdade Sete Lagoas, 2019.

1. Lip lift. 2. Lip lifing.3. Lifting labial.

I. Cirurgia Lip Lift: revisão de literatura. II. Carlos Henrique Bettoni Cruz de Castro.

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Monografia intitulada "***Cirurgia Lip Lift: revisão de literatura***" de autoria da aluna Trícia Ramalho, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Carlos Henrique Bettoni Cruz de Castro - FACSETE – Coordenador e Orientador

---

Prof. \_\_\_\_\_ - FACSETE – Examinador.

---

Prof. \_\_\_\_\_ - FACSETE – Examinador.

**Sete Lagoas, \_\_ de Agosto de 2019.**

## **RESUMO**

O envelhecimento facial é um processo que envolve vários fatores, dentre eles a ptose dos tecidos, ocorrendo a perda de gordura labial, perda da tonicidade muscular, reabsorção óssea e acentuação do ângulo entre o nariz e o lábio. Lip lift é uma cirurgia estético – funcional para reposicionamento do lábio superior, conseguindo assim um melhor contorno labial e exposição adequada dos dentes e um sorriso mais harmônico. É um procedimento ambulatorial, feito sob anestesia local, indicada para pessoas que possuem a linha do sorriso mais baixa, que não expõem os dentes em repouso. Essa cirurgia consiste em uma pequena incisão que fica dentro do nariz, é então realizado um pequeno descolamento da pele e retirado o excesso da mesma. Este estudo tem como objetivo analisar as técnicas de lip lift.

**Palavras-chaves:** Lip lift. Lip lifing. Lifting labial.

## **ABSTRACT**

Facial aging is a process involving several factors, including ptosis of the tissues, resulting in loss of lip fat, loss of muscle tone, bone resorption and accentuation of the angle between the nose and the lip. Lip lift is an aesthetic - functional surgery for repositioning the upper lip, thus achieving a better lip contour and proper exposure of the teeth and a more harmonic smile. It is an outpatient procedure, done under local anesthesia, indicated for people who have the lowest smile line, which do not expose the teeth at rest. This surgery consists of a small incision that is inside the nose, a small detachment of the skin is made and the excess is removed. This study aims to analyze lip lift techniques.

**Keywords:** Lip lift. Lip lifing. Lip lift.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 PROPOSIÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Revisão de literatura e Discussão.....</b>	<b>10</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Rozner & Isaac em 1981, escreveram um artigo sobre a cirurgia de Lip lift: “A aparência variável do lábio superior pode ser um componente significativo na síndrome do rosto envelhecido. Suas características típicas descritas podem ser corrigidas por um simples lift. As complicações são poucas e a manobra provou ser um excelente complemento na restauração de um rosto com uma aparência mais jovem. Quando as pessoas se apresentam para o rejuvenescimento facial, elas realmente querem "parecer melhor" e o cirurgião deve tentar corrigir as falhas específicas em vez de apenas executar um padrão facelift ou blefaroplastia. A região perioral é uma moldura para os dentes. Muitos trabalhos odontológicos ficam dispendiosos e demorados, escondidos por uma quantidade aumentada de tecido labial.

Em pacientes jovens podem ser planejados trabalhos aumentando o volume, a arquitetura e a eversão labial.

Os lábios são componentes essenciais para a simetria e estética da face. É necessária atenção ao terço inferior para alcançar bons resultados no rejuvenescimento facial.

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).

Em pacientes idosos é importante levar em consideração as alterações decorrentes do envelhecimento, como rugas verticais, redução da altura da borda do vermelhão acompanhada de alongamento da área dérmica do lábio superior, desaparecimento do arco de cupido, os lábios ficam longos e planos, perdem as proeminências das colunas do filtro. As extremidades do lábio superior tendem a cair, por isso há um aumento da distância entre o ponto subnasal e o lábio superior e uma diminuição do ângulo nasolabial.

Existem técnicas de elevação labial padrão que incluem ressecção subnasal e avanço do vermelhão e cirurgia de lifting labial.

Levantamento labial, lifting de lábios ou Lip Lift é uma cirurgia para encurtar o lábio superior e pode ser a solução para o envelhecimento dos lábios e a chave para um sorriso mais jovem. Essa cirurgia consiste em uma pequena incisão que fica dentro do nariz sendo realizado um pequeno descolamento e remoção do excesso de pele.

Em 1971, Cardoso e Sperli descreveram uma técnica cirúrgica para abordar e tratar este problema. Cerca de dez anos mais tarde, Rozner e Isaacs descreveram a primeira série de casos. Austin e colegas trabalharam em aproximadamente 1.200 casos de levantamento labial e relatou cerca de 28 anos de experiência (Paixão et al., 2011).

Neste estudo serão abordadas técnicas da cirurgia denominada Lip Lift descritas na literatura.

## **2 PROPOSIÇÃO**

Revisão de literatura para avaliar as técnicas de rejuvenescimento labial denominadas lip lift ou lip lifing, demonstrando as variadas condutas cirúrgicas. As complicações mínimas e rápida recuperação justificam os métodos indicados.

### **3. DESENVOLVIMENTO**

#### **3.1 Revisão de literatura e Discussão**

##### Anatomia

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 (Livro Estetica Facial, cap 17).

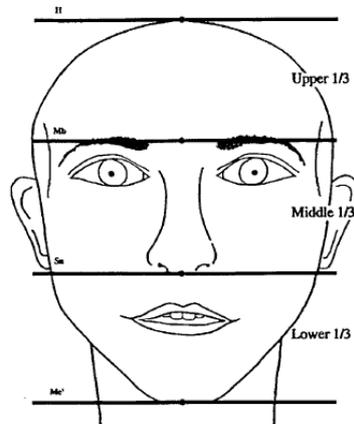
Karl et al. (2018), definiram a beleza como sendo “um estado de harmonia – um equilíbrio das proporções faciais – uma relação equilibrada entre as estruturas esqueléticas, os dentes e os tecidos moles.

Perkins et al. (2017), citaram DaVinci, ele estudou anatomia para formular proporções faciais ideais, dividindo o perfil em terços iguais: trichion ao rhinion, rhinion ao subnasal, subnasal ao mento, mostrando uma preocupação estética nesta área.

Conhecimento das proporções entre estruturas anatômicas do rosto é a chave para o planejamento estético. A Figura 1 mostra as proporções verticais da face. O processo de envelhecimento, bem como diferenças raciais, causam variações nessas proporções, sendo muito importante o conhecimento fisiológico no planejamento da cirurgia de elevação do lábio superior (Paixão et al., 2011).

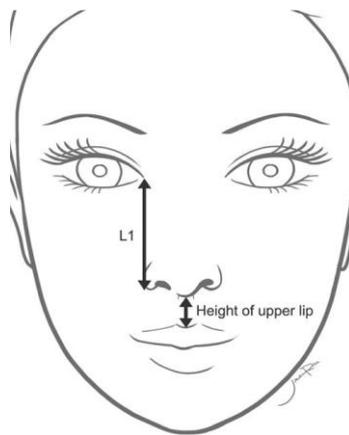
Xavier (2011), descreveu essa proporcionalidade dos terços faciais em seu trabalho como sendo o terço superior da linha do cabelo (trichion) à glabella, o terço médio da glabella ao subnasal, ponto onde a columela do nariz encontra o lábio superior, e o terço inferior vai do subnasal ao mento cutâneo. O terço inferior da face encontra-se ainda sub-dividido, definindo uma

proporcionalidade ideal de 1:2 entre a altura do lábio superior e a altura do lábio inferior e mento, (Figura1).



**Figura 1:** Face dividida em terços, pelo desenho de linhas horizontais através dos pontos trichion (H), glabella (Mb), subnasal (Sn) e mento cutâneo (Me).

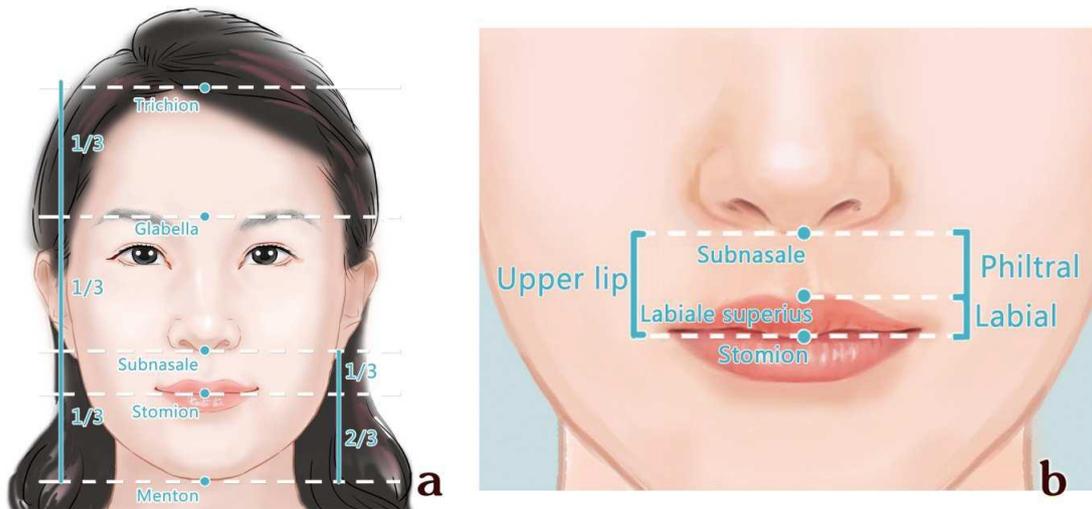
**Fonte:** Xavier (2011).



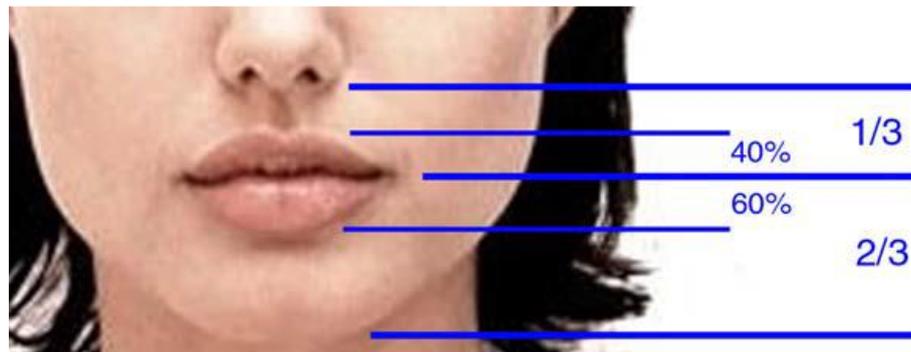
**Figura 2:** Desenho da altura do lábio superior, que deve ser observada pela distância entre o ponto subnasal e o lábio superior.

**Fonte:** Jung et al. (2019).

Pan descreveu em 2016, a divisão dos terços da face e citou, também, que o terço inferior é dividido em 2 terços, o superior vai do subnasal ao estômio (menor) (Figura 2), e os dois terços inferiores do estômio ao mento (Figura 3).



**Figura 3:**  
**Fonte:** Pan (2016).



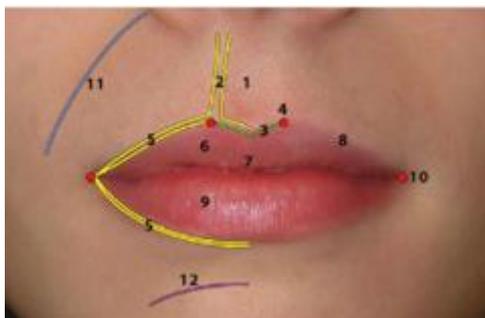
**Figura 4:** Proporções ideais da face inferior. Perenack et al. (De Perenack J. As opções de tratamento para otimizar a exibição dental anterior estética no paciente com o lábio envelhecido.

**Fonte:** J Oral Maxillofac Surg (2005).

De acordo com a figura 5, pode-se observar as seguintes estruturas anatômicas do lábio:

- 1- Filtro
- 2- Cumes do filtro / Colunas
- 3- Arco do Cupido
- 4- Pontos mais altos do vermelhão (bilaterais)
- 5- Rolo branco
- 6- Vermelhão do lábio superior
- 7- Tubérculo do lábio superior
- 8- Borda do vermelhão (junção mucocutânea)
- 9- Vermelhão do lábio inferior
- 10- Comissuras orais (labiais)
- 11- Sulco Nasolabial

## 12- Sulco mentolabial



**Figura 5:** Anatomia labial e terminologia.  
**Fonte:** Livro Estética Facial, pag. 458 (2014)



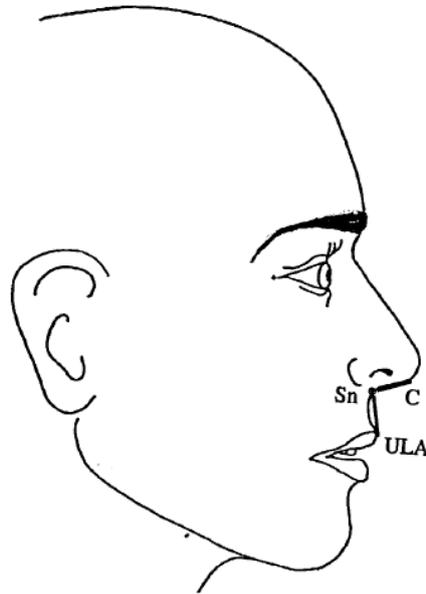
**Figura 6:** Elementos da estrutura do lábio superior, colunas do filtro e linha branca do lábio.  
**Fonte:** Perenack et al. (2006).

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, esfíncter móvel (Cyr & Prevot, 2017).

A exposição do lábio inferior, quando em repouso, deve ser 25% maior que a do lábio superior. Na posição de repouso, quando existe uma boa estética, haverá um espaço interlabial de 1 a 5mm (Arnett, Bergman, 1993). Um espaço reduzido é encontrado nos casos de deficiência maxilar vertical, lábio superior anatomicamente longo (mudança natural com a idade) e retrusão mandibular com mordida profunda (Suguino et al., 1996).

Mommaerts et al. (2016), descreveram que a parte superior do lábio deve cobrir quase completamente os incisivos superiores dos homens e revelar 4mm

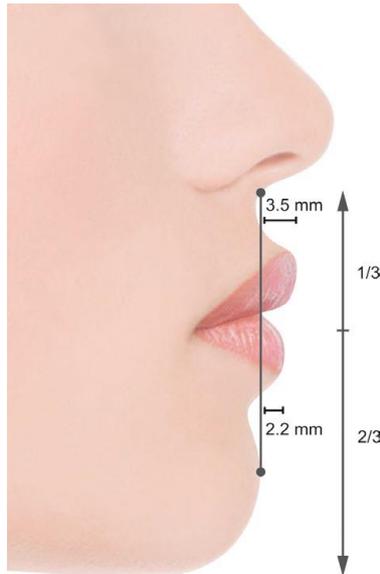
da borda incisal nas mulheres. Relataram também que o ângulo nasolabial ideal está entre 95° a 105°.



**Figura 7:** Ângulo nasolabial, formado pela linha que passa pela columela (C), subnasal (Sn) e linha que passa anteriormente ao lábio superior (ULA).

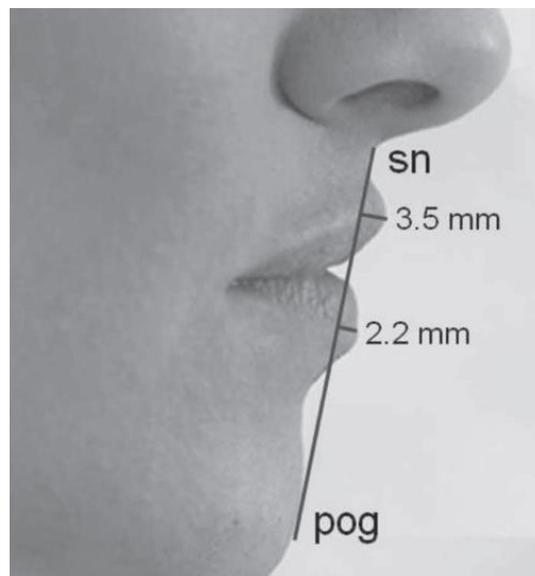
**Fonte:** Xavier (2011).

Baudoim et al. (2016), relataram que as proporções faciais variam muito entre os indivíduos mas de acordo padrões estéticos, todo o lábio superior deve representar 1/3 do o terço inferior da face, enquanto todo o lábio inferior (até o queixo) deve representar os restantes 2/3. Essas normas se aplicam a homens e mulheres (Figura 8). Ainda citaram que a projeção anterior também é um elemento importante; o lábio superior é ligeiramente mais projetado do que o lábio inferior (Figura 8).



**Figura 8:** Proporções faciais – vista lateral.  
**Fonte:** Baudoim et al, 2016

Karl et al. (2018) descreveram outro elemento importante, na vista lateral, deve-se traçar uma linha reta a partir do subnasal ao pogônio. O lábio superior deve projetar 3,5 mm anterior à esta linha e o lábio inferior 2,2mm (Figura 9).



**Figura 9:** Visão lateral, uma análise de acordo com a proporção áurea.  
**Fonte:** Karl et al, 2018

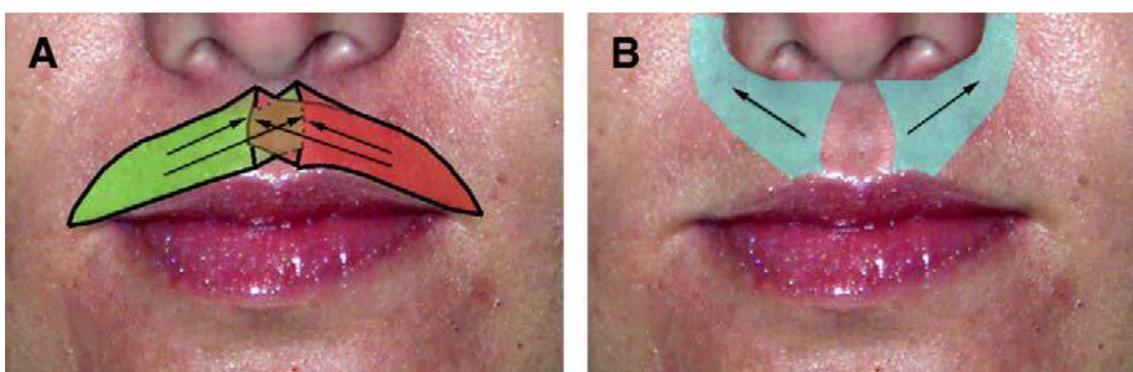
A altura média do lábio superior na posição de lábios fechados é 13,75mm na faixa etária mais jovem (15 - 30 anos). A altura do lábio superior aumenta gradualmente com a idade, até atingir uma média de 19,24mm, observado em pacientes com mais de 60 anos de idade. A altura do vermelhão superior diminui com o aumento da idade. A altura média do vermelhão na posição

lábios entreabertos é 7,09mm na faixa-etária mais jovem (15-30 anos de idade) e diminui para 4,58mm após os 60 anos de idade. A exposição dos dentes superiores diminui com a idade. A exposição média dos dentes superiores é de 3,55mm no grupo mais jovem e diminui para 0,40mm em indivíduos com mais de 60 anos. ( Mauricio 2011)

A exposição ao sorrir é de 3/4 de altura da coroa para 2mm de gengiva (Arnett, Bergman, 1993).

Segundo Suguino *et al.* (1996), a variabilidade da exposição gengival está relacionada a vários fatores, como comprimento labial, comprimento maxilar vertical, comprimento da coroa anatômica dos incisivos superiores e magnitude da elevação labial com o sorriso (Luciana, 2004).

Para fins de tratamento, o lábio normal pode ser considerado composto por dois tipos de elementos estruturais: aqueles que fornecem arquitetura de estrutura e aqueles que adicionam volume ao lábio. Elementos estruturais fornecem contrastes nítidos de iluminação e demarcam o vermelhão na junção cutânea. Esses elementos anatômicos são formados principalmente pela interação de inserções musculares do elevador do lábio superior e orbicularis oris. O orbicular da boca insere-se no filtro ipsilateral e contralateral da coluna, e o elevador do lábio superior tem apenas inserções na coluna filtral ipsilateral (Figura 10). A linha branca do lábio representa pontos de inserção dérmica desses dois grupos musculares (Perenack et al., 2006).

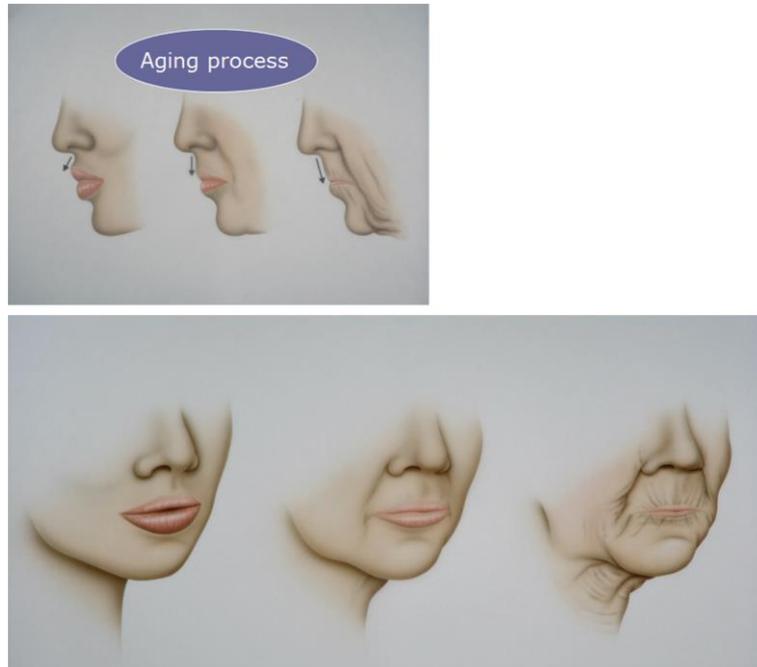


**Figura 10:** (A) Insertions of orbicularis oris. (B) Insertions of levator labii superioris.

**Fonte:** Perenack et al. (2006).

Com o envelhecimento, 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 (Perenack et. al., 2006) (figura 11).



**Figura 11:**  
**Fonte:** Cyr & Prevot (2017).

Com o aumento da idade, uma série de mudanças previsíveis que afetam a exibição da estética ocorre na região perioral. Estas alterações referem-se à perda generalizada do volume labial e arquitetura e alongamento labial com inversão labial. Isto é particularmente evidente no lábio superior, onde as inserções musculares formam o colunas filtras, linha branca do lábio e arco do cupido (figura 11). O alongamento labial relacionado à idade é produto do enfraquecimento gradual dos anexos fasciais 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 naso-labial à linha branca do lábio na altura do arco de Cupido. Isto é não é incomum que o lábio senescente tenha 22 a 25mm de comprimento (Perenack et al., 2006).

Perenack et. Al. (2006), escreveram que o rejuvenescimento da área perioral requer a consideração dos três processos de envelhecimento: perda de volume, ptose e alterações cutâneas. As técnicas de rejuvenescimento geralmente precisam ser combinadas para otimizar o resultado do paciente. Atualmente são descritas técnicas de elevação labial que incluem ressecção subnasal (indireta) e avanço do vermelhão do lábio (direto), ambos deixam uma cicatriz, cirurgia de lifting labial. Além de reduzir as cicatrizes visíveis, o labial “ideal” elevado deve mostrar a incisal dos incisivos, aumentar o vermelhão visível, melhorar a estética e inibir a migração da cicatriz (Raphael et al., 2013). O procedimento de elevação labial foi descrito quase 30 anos atrás. Dr. Austin começou a executar o lábio elevador em 1980 e apresentou 83 casos (Jung et al., 1986).

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

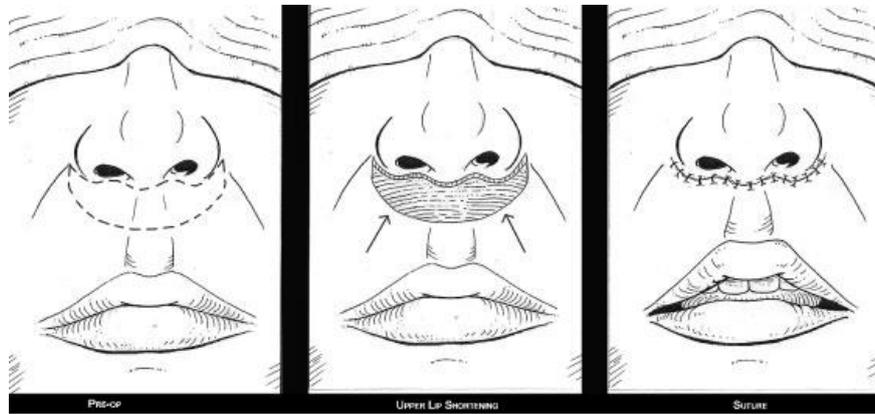
Técnicas atuais de elevação labial padrão incluem ressecção subnasal e avanço do vermelhão. O lábio “ideal” elevado deve permitir mostrar mais os dentes anteriores superiores (Osvaldo, 2012).

O lip-lift 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 via aumento. 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 cosmético geral. As mudanças vistas são sutis, mas isso é tudo que a maioria dos pacientes realmente precisam. O lábio superior é encurtado o suficiente para dar um aparecer um pouco a incisal dos dentes anteriores. Além disso, o contorno do lábio superior muda de convexo ou direto para uma aparência mais côncava com melhor projeção externa do vermelhão (Echo & Momo, 2011).

Técnicas

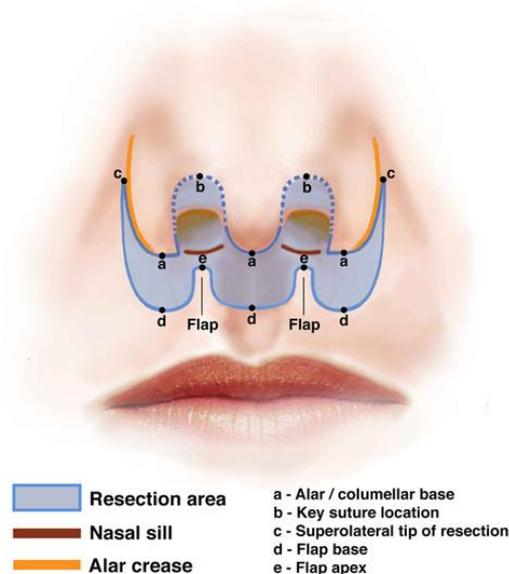
Agrawal et al. (2005), descreveram uma técnica em que é feita uma excisão de dupla elipse ao longo da base nasal. As marcações são feitas no pré-

operatório, com os picos da excisão elíptica centrada apenas na lateral das colunas do filtro. Após elevação subdérmica de aproximadamente 3 mm inferiormente, a derme é fechada com fio polidioxanona 5-0, e o fechamento da pele é realizado com algumas suturas interrompidas com fio de nylon 6-0. A cicatriz resultante fica muito bem camuflada (Fig. 12).



**Figura 12:** Excisão dupla elipse, seguida de meticuloso fechamento de dupla camada.  
**Fonte:** Agarwal et al. (2005).

Na técnica descrita por Raphael et. al. (2014), o paciente é marcado com uma elipse ondulada denotando a área de ressecção planejada (Figura 13). A margem superior é traçada através dos pontos A, B e C ao longo dos contornos naturais. A margem inferior conecta curvilineamente os pontos C, D e E, que são definidos pela análise pré-operatória (Figuras 13, 14, 15, 16).

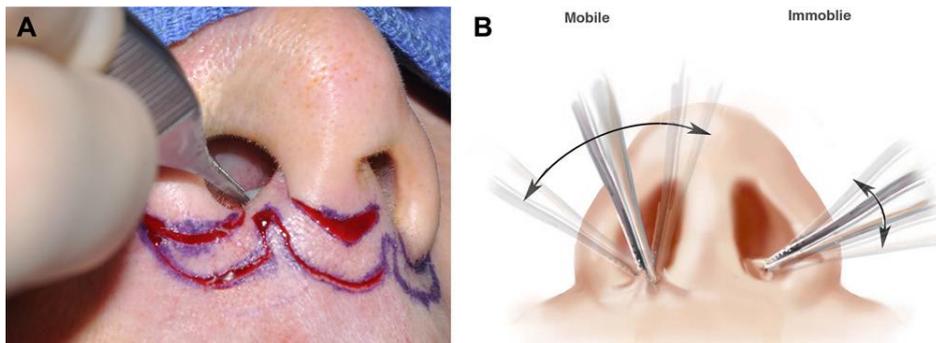


**Figure 13:** Planejamento pré-operatório.  
**Fonte:** Raphael et al. (2014).



**Figura 14:** O lábio é bimanualmente puxado superiormente em diferentes níveis até alcançar aproximadamente 2 mm de exposição dentária.

**Fonte:** Raphael et al. (2013).



**Figura 15:** (A) Observe a profundidade em que a pinça deve entrar no vestíbulo antes de encontrar uma mucosa sólida. (B) Na técnica de chifre de touro tradicional as ressecções afixam o lábio ao tecido móvel perto da base (esquerda). Em contrapartida, nosso elevador endonasal afixa os flaps em condições relativamente mais robustas. tecido no vestíbulo (direita).

**Fonte:** Raphael et al. (2013).

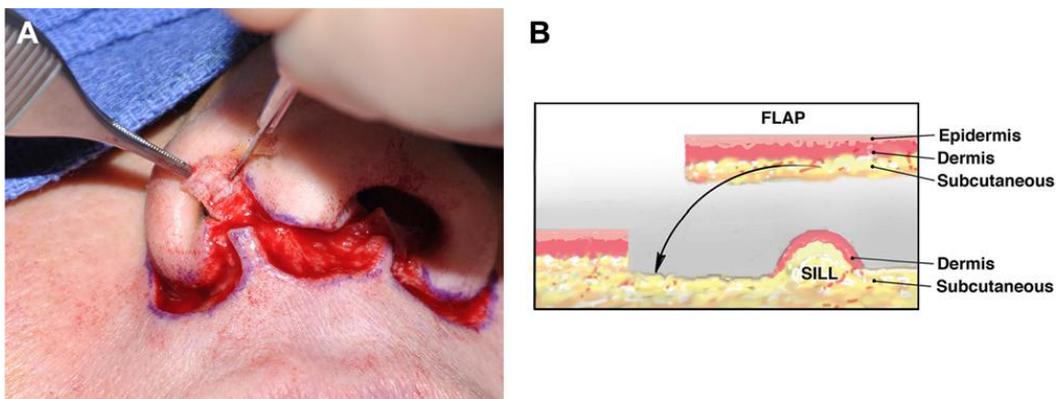


**Figura 16:** Marcação, preparo do paciente.

**Fonte:** Raphael et al. (2013).



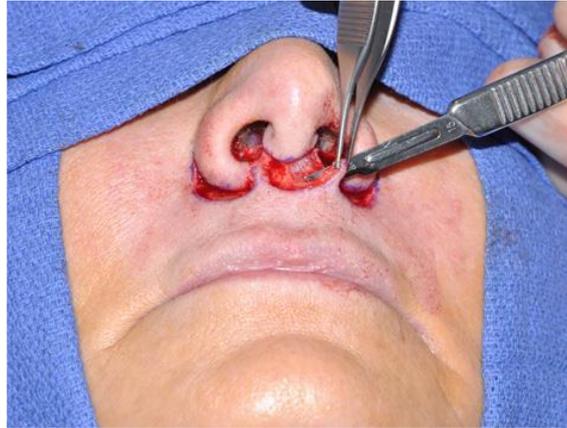
**Figura 17:** O plano de ressecção.  
**Fonte:** Raphael et al. (2013).



**Figura 18:** (A) Observe como o bisturi está inclinado para desepitelizar apenas esta região. (B) Isto permitirá que as abas repousem sobre uma superfície convexa, minimizando assim a cicatriz.  
**Fonte:** Raphael et al. (2013).

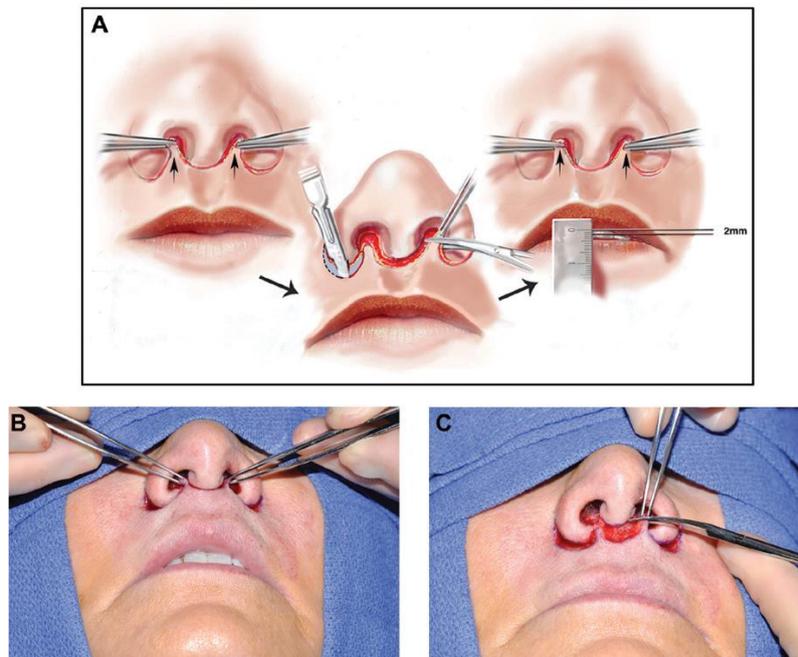


**Figura 19:** A ressecção está completa. Observe a altura do defeito (4 mm) e o comprimento das abas antes de encurtar. Observe também a derme visível (branca) nas soleiras, indicando ressecção relativamente menos profunda.  
**Fonte:** Raphael et al. (2013).



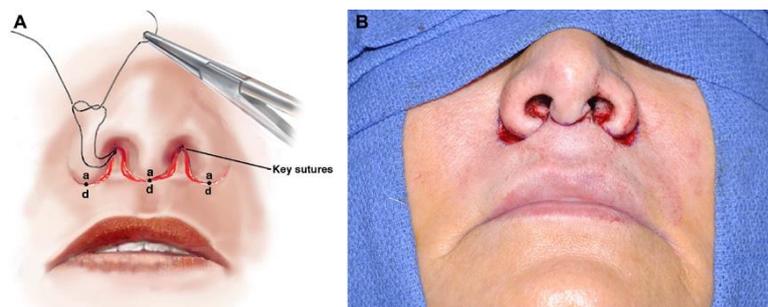
**Figura 20:** Os retalhos deste paciente foram completamente realizados no plano subcutâneo. A profundidade e o grau da excisão variam de acordo com a preferência do cirurgião.

**Fonte:** Raphael et al. (2013).



**Figura 21:** (A) Esta sequência ilustra como as abas são puxadas superiormente com uma pinça para medir o restabelecimento da mostra da incisal dental e determinar se algum ajuste está garantido. mais agradável.

**Fonte:** Raphael et al. (2013).



**Figura 22:** As principais suturas de ancoragem estão no lugar.

**Fonte:** Raphael et al. (2013).



**Figura 23:** A inserção está completa. Comparado com a Figura 4, o vermelhão já aparece elevado, e show dentário é visivelmente melhorado.

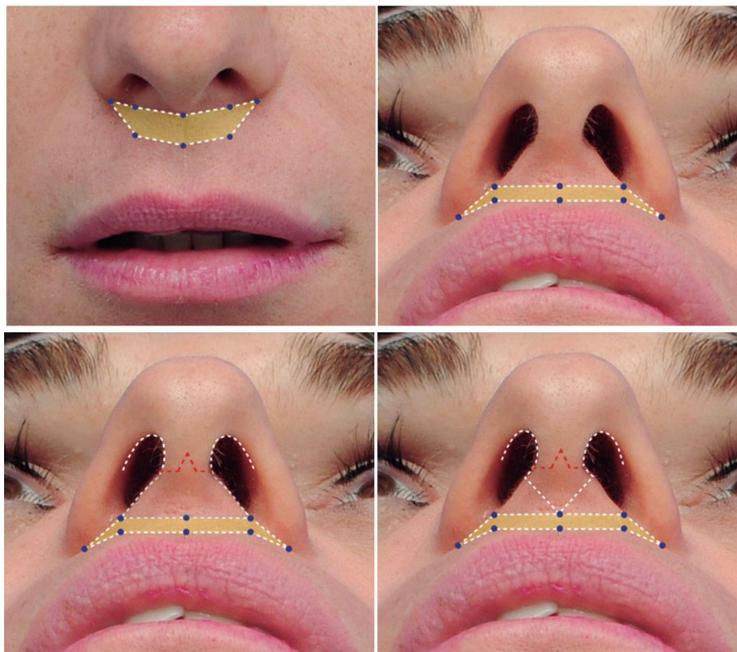
**Fonte:** Raphael et al. (2013).

Bellinga et al. (2017), descreveram uma modificação da técnica de bulhorn. Primeiro, os pontos-chaves são tatuados com uma agulha e azul de metileno e, em seguida, as incisões são feitas com uma lâmina nº 11. Essas incisões são retas e unem os pontos, é removida uma tira de pele e de tecido subcutâneo sem violar o músculo orbicular da boca (Figura 24). Quando a remoção é realizada em conjunto com uma rinoplastia, a cirurgia do nariz é feita após a tira labial ter sido eliminada, deixando o fechamento nasolabial de 2 camadas como o último passo da seqüência após hemostasia meticulosa do lábio com agulha de microdissecção. A primeira camada, de subcutâneo, é fechada com sutura de 4/0 (Monocryl; Ethicon Endo-Surgery GmbH), com apenas 3 pontos-chave para reduzir tensão: 1 no meio e 2 no nível da área central das narinas. A segunda camada, de pele, é fechada com Suturas interrompidas com nylon 6/0 (Ethilon; Ethicon Endo- Surgery GmbH) e uma fina camada de 2-octil-cianoacrilato cola (Dermabond; Ethicon Endo-Surgery GmbH). Curativos de pele (Steri-Strip; 3M Europa) são colocados no topo da ferida em um padrão horizontal, com mais 3 Tiras para reduzir a tensão nas bordas da ferida: 1 no meio, cobrindo a columela, e 1 Steri-Strip em cadaângulo nasolabial (Bellinga et al., 2017).



**Figura 24:** A Desenho das incisões para o abordagem nasal externa e lip-lift. B, Marcando o retalho columelar e remoção da tira da pele dos lábios. C, Elevação da columelar proposta retalho e exposição completa da medial crura e cúpulas.

**Fonte:** Bellinga et. al. (2017).



**Figura 25:** A, Desenho de elevação de lábio modificado (visão frontal). B, Desenho de modificado levantamento labial de bulhorn (vista basal). Abordagens combinadas C, nariz e lábio-elevador. 2 abordagens diferentes, dependendo da anatomia do paciente e do cirurgião. Pontos azuis mostram a marcação para a cirurgia de lip lift; amarelo, pele removida para o lip-lift; linha pontilhada vermelha, nível de incisão em uma rinoplastia de abordagem aberta tradicional; e linha pontilhada branca, incisões realizadas para a rinoplastia e lip-lift.

**Fonte:** Bellinga et. al. (2017).

Weston et al. (2009), descreveram a cirurgia de lip lift como sendo realizado para para encurtar o lábio longo envelhecido, onde e é projetado uma excisão de pele em elipse ondulado que segue o contorno do sulco da narina abaixo da base (Figuras 26 e 27). Não há tentativa de esconder a cicatriz no nariz; a cicatriz está bem escondida no vinco e geralmente é imperceptível. A quantidade de pele a ser extirpada é baseada no comprimento do lábio e na quantidade de incisivo mostrado.



**Figura 26:** A, uma mulher de 63 anos de idade é marcada para o rejuvenescimento facial com rejuvenescimento perioral, incluindo elevação do lábio, elevação do canto da boca / avanço do vermelhão, excisão direta das pregas nasolabiais inferiores, lipoenxertia perioral e dermoabrasão. Observe que as marcações incluem o levantamento do lábio direito estendendo-se Arco do cupido. B, vista pré-operatória. C, pós-operatório com 3 meses de pós-operatório.

**Fonte:** Weston et al. (2019).

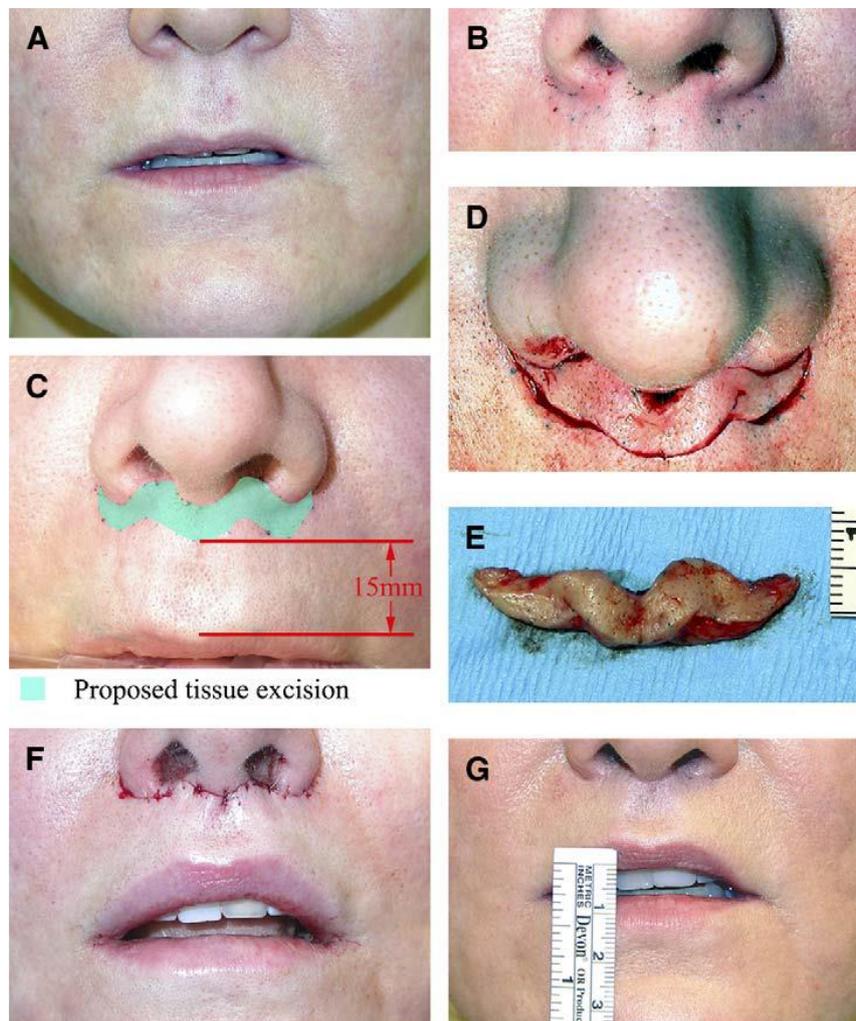


**Figura 27:** A, Uma mulher de 64 anos é marcada para rejuvenescimento facial com rejuvenescimento perioral, incluindo elevação do lábio, elevação do canto da boca / avanço do vermelhão, excisão direta das dobras naso-labiais e marionetes inferiores, lipoenxertia perioral e dermoabrasão. Observe que as marcações incluem o levantamento do lábio direito estendendo-se ao arco do Cupido. B, vista pré-operatória. C, pós-operatório com 3 meses de pós-operatório.

**Fonte:** Weston et al. (2019).

Nesta técnica os autores Perenack et al., descrevem que o levantamento do lábio subnasal envolve a excisão de uma tira em forma de cunha da pele e do músculo lábil imediatamente inferior à junção nasogeniana. Como o tecido vazio é fechado, o lábio gira e eleva-se superiormente. O lábio é elevado em relação à borda incisal dos dentes superiores e o vermelhão é suavemente evertido para uma aparência mais jovem. A extensão superior da excisão é marcada apenas inferior a base nasal estendendo-se da asa lateral à asa lateral (Fig. 28). A incisão pode ser estendida para o interior da dobra mesolabial para ter maior elevação lateral. Depois que a área foi anestesiada, é útil para tatuar as marcações com azul de metileno. Isso é feito através da aplicação de "pontos" a cada 2 a 3mm com uma agulha estéril de calibre 30. A extensão inferior da excisão tecidual é marcado pela estimativa de quanto do lábio deve ser removido para expor o dente incisivo desejado exibição. Recomenda-se uma sobrecorreção de 25% para acomodar recidiva. Incisão. Uma lâmina nº 15 deve ser direcionada perpendicularmente à pele e não deve cruzar a curvatura do peitoril da narina no vestíbulo nasal. A excisão de tecido é tipicamente em forma de cunha visto em secção transversal que se estende

para incluir o músculo orbicularis. A sutura é realizada em camadas. Tipicamente, sutura de poliglactina 3-0 (Vicryl; Ethicon, Somerville, NJ) é usada para fechar músculo, monofilamento 4-0 crômico (Monocryl; Ethicon) é usado para fechar o subcutâneo, e a sutura simples 6-0 (interrompido) usa-se para realizar meticulosamente a pele aproximação (Fig. 29). A cicatriz resultante é geralmente bem escondida no sulco nasolabial e facilmente camuflado com maquiagem após 7 a 10 dias. Fig. 29 demonstra um paciente imediatamente no pré-operatório e apresentação típica na consulta pós-operatória de 2 semanas. Sequenciamento de técnicas (Perenack et al.,2006).

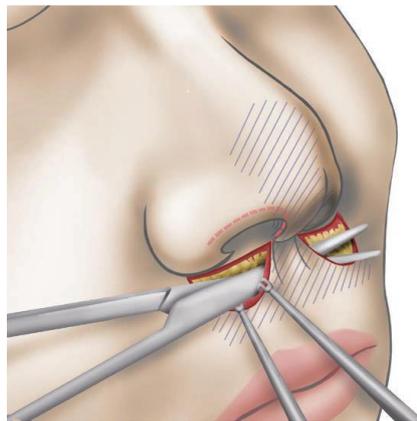


**Figura 29:** Sequência operativa para a técnica de elevação labial. (A) pré-operatório. (B) marcações pré-operatórias. (C) excisão proposta área. (D) Esboço incisional. (E) Excisado pele e músculo. (F) Imediatamente pós-operatório. (G) Três meses após a cirurgia. (De Perenack J. Opções de tratamento para otimizar a exibição da estética dentária anterior no paciente com os idosos lábio.

**Fonte:** J Oral Maxillofac Surg (2005).

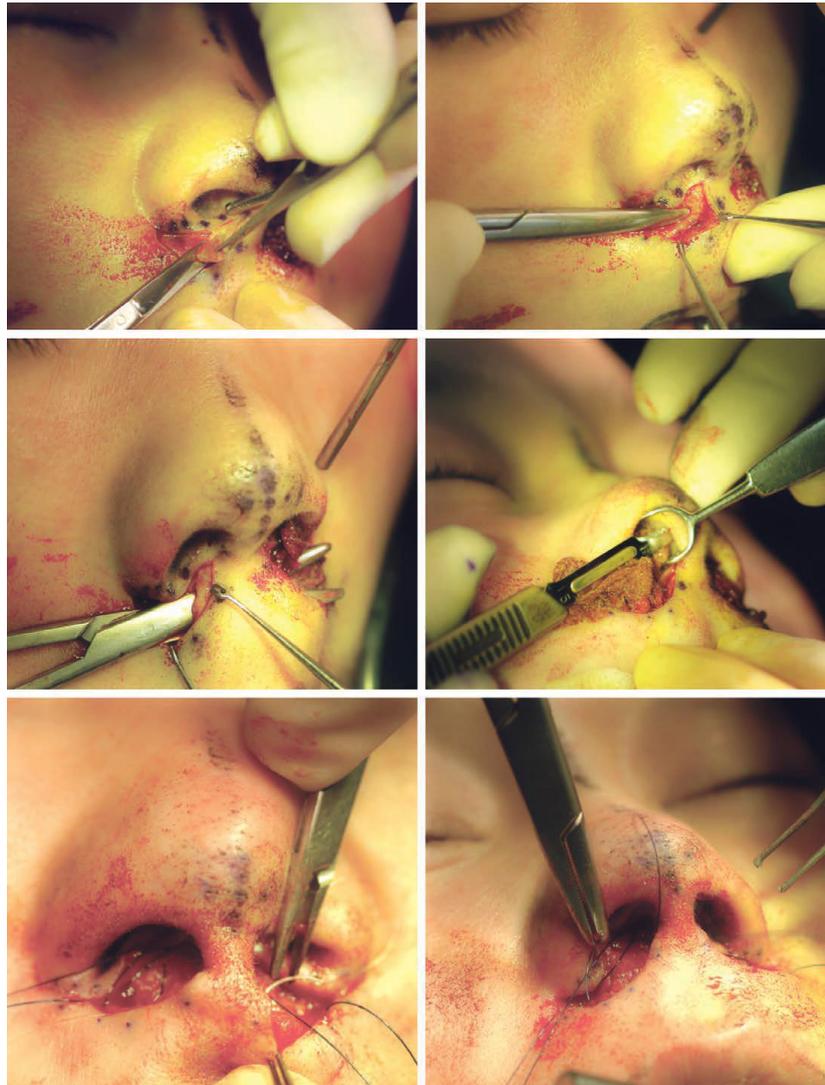
Na técnica cirúrgica de Jung et al. (2019), a incisão começa na prega alar do nariz, entra na narina e sobe medialmente no margem inferior da crura medial

da cartilagem alar. Uma incisão separada começa na outra dobra, entra na narina e sobe medialmente, semelhante para a primeira incisão. Uma ponte de pele vertical é deixada intacto entre as incisões esquerda e direita. O excesso de pele do filtro é eliminado em duas partes separadas, como marcado anteriormente. A pele da área columelar é segura e completamente solapada em direção ao lábio superior, como mostrado. A pele da columela e do filtro é incisada até o arco do cupido sem realmente alcançá-lo. Uma pequena porção da parte cefálica do músculo orbicular da boca é removida. A borda superior do músculo orbicular é suspensa e suturada na base do nariz com polidioxanona 5-0 absorvível interrompida pontos (Ethicon, Inc., Somerville, N.J.) (Fig. 30, abaixo). Finalmente, uma sutura interrompida de material não absorvível 6-0 Prolene (Ethicon) é realizada para fechar a pele. Depois de retirar o excesso de pele da área subnasal, a derme é preparada para o enxerto dérmico aumentar a altura da ponta nasal. É importante que a pele seja removida em uma única peça. Após a remoção, a pele é mantida em solução salina solução. O enxerto é então enrolado para obter uma forma que é adequada para aumentar a ponta (Fig. 31).



**Figura 30:** Ilustração representando linhas de incisão e campos de dissecção. As linhas de incisão são feitas em ambos os lados do filtro em duas porções separadas com uma área columelar segura. Essas incisões são estendidas até a narina.

**Fonte:** Jung et al., 2019

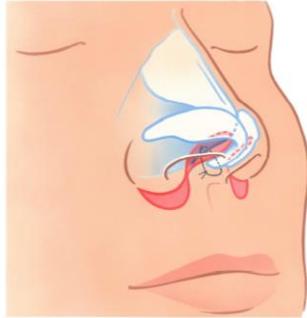


**Figura 31:** (Acima) O excesso de pele do filtro é eliminado em duas partes separadas, como marcado anteriormente. (Centro) A pele da área columelar é segura e completamente prejudicada em direção ao lábio superior, como é claramente mostrado. A incisão se estende até a prega alar do nariz, entra na narina e sobe medialmente na margem inferior da crura medial da cartilagem alar. (Abaixo) Uma pequena parte cranial do músculo orbicular é removida. O borda superior do músculo orbicular é suspensa e suturada à base do nariz com interrupção pontos de polidioxanona 5-0 absorvíveis. Como o retalho labial é mais longo que o retalho nasal, a pele tem que ser redistribuído bem.

**Fonte:** Jung et al., 2019

Mommaerts et al. (2016) citaram uma técnica chamada elevador de lábio duplo pato, eficaz para levantar lábios e fornece cicatrizes ocultas. A técnica clássica baseia-se na suspensão do peso do lábio para as regiões alares no periósteo. Isto é subunidade nasal não-rígida e podem ocorrer circunstâncias iatrogênicas. A técnica descrita é de elevação dos lábios em suspensão, uma variante do "pato duplo" (Fig. 32). Técnica: Inicialmente, a forma dos lábios e a relação com os incisivos superiores são registrados. O altura do tecido a ser

extirpado (“comprimento do bico”) pode ser calculada medindo a diferença entre o tamanho do lábio ideal e a posição do estômio superior com o paciente sentado com uma postura relaxada do lábio. As excisões em forma de “bico de pato” marcadas, estendem desde aspectos laterais até mediais da implantação alar, seguida de duas excisões de elipse (3-4 mm de altura) em ambos os lados do septo membranoso. As zonas de excisão septal alar são unidas por uma linha curvilínea, que passa da região alar sobre a base da narina e verticalmente para o septo membranoso (Figs. 32 e 33). O lábio superior, alar e columela foram anestesiados com 6 ml de xilocaína a 1% com adrenalina 1: 200.000 (AstraZeneca, Bruxelas, Bélgica). A incisão feita superficialmente ao músculo (fig. 34). Inicialmente, um fio de 2-0 PDS (Ethicon, Johnson e Johnson, EUA) é passado através do septo caudal entre a coluna e o ângulo septal antes de aproveitar o tecido subcutâneo do filtro superior a uma distância correspondente ao levantamento planejado. Esta é a primeira das três principais suturas de suspensão. A sutura da suspensão septal suporta o lábio superior central e levanta a ponta do nariz. Posteriormente, a dissecação roma pode ser realizada acima da musculatura do lábio sob as alas até a margem óssea inferior-lateral da borda piriforme ser atingida. Uma sutura PDS 3-0 é feita no 'centro' dos parafusos de titânio auto-perfurantes de 5 mm (Surgi-Tec NV, Sint-Denijs-Westrem, Bélgica) e o parafuso é inserido no osso (Figs. 34 e 35). O tecido subcutâneo nas extremidades inferiores são suturadas e suspensas no parafuso rígido. Há também a opção de colocação de uma sutura nasal intranasal. Podem ser encontrados excelentes resultados com essa modificação no transgênero e no lifting labial transracial. O fechamento da pele pode ser realizado com Ethylon 5-0 (Ethicon, Johnson e Johnson, EUA) e fechamento mucoso com Vicryl Rapide 4-0 (Ethicon, Johnson e Johnson, EUA). Recomenda-se a remoção da sutura em uma semana, bem como o acompanhamento do paciente em 1 mês e 3 meses. Uma grande vantagem reside no fato de que não há uma cicatriz horizontal cruzando base da columela (Mommaerts, 2013; Moragas, 2014) (Fig. 36).



**Figura 36:** Marcação da pele com duplo pato e mucosa nasal; a suspensão do lábio central para a cartilagem septal é mostrado também.

**Fonte:** Mommaerts et al. (2017).



**Figura 37:** Pré-Operação. O lábio ptótico se estende excessivamente sobre os incisivos superiores fornecendo apenas 1mm de show incisal em repouso.

**Fonte:** Mommaerts et al. (2017).



**Figura 38:** Aspecto intra-operatório após a excisão da pele e mucosas ilhas e vasto enfraquecimento. Uma sutura 2/0 PDS foi passada através da parte caudal do septo e tecido subcutâneo do filtro. Isso formará o labial central sutura de suspensão. O lábio ptótico se estende excessivamente sobre os incisivos superiores, não incisal mostrar em repouso.

**Fonte:** Mommaerts et al. (2017).



**Figura 39** :Três meses após a operação. Cicatriz oculta e lábio superior mais curto.  
**Fonte:** Mommaerts et al. (2017).

## 4 CONCLUSÃO

O envelhecimento é inevitável e uma área de grande alteração neste processo é a peribucal, onde pode-se observar um afinamento do lábio superior, um aumento na distância entre a base do nariz e a linha de transição mucocutânea do lábio, apagamento do filtro labial, inversão do vermelhão do lábio, perda da visualização dos incisivos e aparecimento de rugas periorais.

O procedimento de levantamento labial (Lip lift) é simples e efetivo, podendo ser usado associado a outros procedimentos de rejuvenescimento facial. Tendo em vista Mommaerts et al. (2016), existe uma relação estética crítica entre os lábios posição e quantidade do dente incisivo mostrado. A administração excessiva de preenchimento para recriar o volume dos lábios apresenta riscos deterioração dos lábios e cobertura dos incisivos superiores. Isso é contra produtivo, parece pouco natural e envelhece o paciente. Portanto, o lifting cirúrgico dos lábios pode oferecer a solução mais favorável em determinadas circunstâncias.

## REFERÊNCIAS

AGRAWAL et al. Anatomy of the Jawline, Neck, Perioral area with Clinical Correlations. **Facial Plastic Surgery**. 2005, v.21, n1.

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.

BAUDOIM et al. A comprehensive guide to upper lip aesthetic rejuvenation. **Journal of Cosmetic Dermatology**. 2018. DOI: 10.1111/jocd.12881.

BELLINGA et al. Technical and Clinical Considerations for Facial Feminization Surgery with Rhinoplasty and Related Procedures. **JAMA Facial Plast Surg**. 2017; 19 (3): 175 – 181. DOI:10.1001/jamafacial.2016.1572.

COSTA et al. Análise Facial – Uma revisão de Literatura. **J Bras Ortodon Ortop Facial**. 2004; 9 (50): 171-6.

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

ECHO et al. The No Scar Lip Lift: Upper Lip Suspension Tchenique. **Aesth PLast Surg**. 2011, 35: 617- 623. DOI:10.1007/s00266-011-9655-6.

HEIDKRUGER et al. Lip Attractiveness: A Cross Cultural Analysis. **Aesthetic Surgery Journal**. 2006, 1 – 9. DOI: 10.1093/asj/sjw168.

JUNG et al. Subnasal Lip Lifting in Aging Upper Lip: Combined Operation with Nasal Tip Plasty in Asians. **Plastic and Reconstructive Surgery**. March 2019. DOI: 10.1097/PRS.0000000000005315.

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

MOMMAERTS M. Y. & BIYTHE J. N. S. J. Rejuvenation of the aging upper lip and nose with suspension lifiting. **Journal of Cranio Maxilo Facial Surgery**. 2016. DOI: 10.1016/j.jcms.2016.04.007.

MORAGAS et al. “Non filling” procedures for lip augmentation: A systematic review of contemporary techniques and their outcomes. **European Face Center**. University Hospital Brussels, Belgium. January, 2014.

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

PAIXÃO et al. Upper lip lifting associated with mechanical dermabrasion. **Surg. Cosmet Dermatol**. 2011; 3 (3): 249 – 53.

PAN B-I. Upper lip lift with a “T” Shapped Resection of the Orbicularis Oris Muscle for Asian Perioral Rejuvenation: a Reporto f 84 Cases. **British Journal of Plastic Surgery**. 2016. DOI: 10.1016/j.bjps.2016.08.022.

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 et al. Perioral Rejuvenation: Complementary Techniques and Procedures. **Facial Plast Surg Clin N Am**. 2007, (15) 423 – 432.

RAPHAEL et al. The Endonasal Lip Lift: Personal Technique. **Aesthetic Surgery Journal**. 2014, 34 (3), 457 – 468. DOI:10.1177/1090820x14524769.

ROZNER L. & ISAAC G. W. Lip Lifting. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 34, p. 481 – 483, 1981.

SUGUINO et al. Analise Facial. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Max**. 1966; 1 (2) : 86-107.

WESTON et al. Lifting Lips: 28 Years of Experience Using the Direct Excision Approach to Rejuvenating the Aging Mouth. **Aesthetic Surgery Journal**. 2009, v 29, n 2, p 83.

XAVIER, Diogo Pachica. **Análise Estética da Face**. 2011. 48 f – Dissertação ( Mestrado Integrado) – Universidade de Lisboa.