

Paola Rosalba Russo  
Federico Loreto

BIBLIOTECA  
DIGITAL

INCLUI  
E-BOOK | 4  
VÍDEOS

# THE NEW FACE

## DA ANATOMIA À MEDICINA ESTÉTICA

apresentação de Patrick Trevidic

4  
VÍDEOS

  
AMOLCA

# THE NEW FACE



AMOLCA



Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico, mecânico, incluindo fotocópia ou gravação por qualquer sistema de armazenamento de informações, sem a permissão por escrito dos editores.

A editora não é responsável (seja por fato de responsabilidade, negligência ou outro) por qualquer lesão resultante de qualquer material aqui contido. Esta publicação contém informações relacionadas a princípios gerais de cuidados médicos que não devem ser interpretadas como instruções específicas para pacientes individuais. As informações e as embalagens dos produtos manufaturados inseridos na obra devem ser revisadas para conhecimento atual, incluindo contraindicações, dosagem e precauções.

Esta tradução foi publicada pela AMOLCA. Os profissionais e pesquisadores devem sempre confiar em sua própria experiência e conhecimento ao avaliar e usar quaisquer informações, métodos, composições ou experimentos descritos neste documento. Devido ao rápido avanço da ciência médica, em particular, a verificação independente de diagnósticos e dosagens deve ser realizada. No que concerne ao âmbito da lei, nenhuma responsabilidade será assumida pelo editor, por autores, editores ou colaboradores pela tradução ou por qualquer lesão e/ou danos a pessoas e/ou propriedades resultantes de responsabilidade, negligência ou outros, ou de qualquer uso ou operação de quaisquer métodos, produtos ou ideias contidas neste material.

Edição original em inglês:

Copyright © 2018 by Officina Editoriale Oltrarno S.R.L. Todos os direitos reservados.

This translated edition of *The New Face. From Anatomy to Aesthetic Medicine*, by Paola Rosalba Russo and Federico Loreto is undertaken by AMOLCA and published by arrangement with Officina Editoriale Oltrarno S.R.L.

Esta edição traduzida de *The New Face. From Anatomy to Aesthetic Medicine*, por Paola Rosalba Russo e Federico Loreto é editada pela AMOLCA e publicada em parceria com a Officina Editoriale Oltrarno S.R.L.

ISBN: 978-889-7986-37-9

Edição em português:

Copyright © 2025. Editorial Amolca S. A. S.

Esta edição de *The New Face. Da anatomia à medicina estética*, por Paola Rosalba Russo e Federico Loreto é editada pela AMOLCA e publicada sob contrato com a Officina Editoriale Oltrarno S.R.L.

eISBN: 978-628-7785-16-8

Ano da edição 2025

Revisão técnica: Cristina Schimmelpfeng

Revisão de textos e gramática: Marise Zappa Ferreira

Arte final: Lukas Cardona

Design da capa: Steven Cifuentes

Impresso na China

#### CASA MATRIZ

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre  
Inexmoda Ofc. 1334 - 1338  
Medellín, Colômbia  
(604) 479 74 31  
[hola@amolca.com](mailto:hola@amolca.com)

#### AMOLCA COLOMBIA

Elkin Restrepo  
Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles  
(604) 444 3314 +57 3175049844  
[gerencia@amolca.com.co](mailto:gerencia@amolca.com.co)

#### AMOLCA CHILE

Nilda Cortés Flórez  
General Bustamante 24, oficina 1.  
Providencia, Santiago do Chile  
+56 944182523  
+56 920298344  
[ventas@amolcachile.com](mailto:ventas@amolcachile.com)

#### AMOLCA MÉXICO

William Riaño Baute  
Arquitectura 49 – 202 o Videoportero  
Amolca. Colonia Copilco Universidad.  
Alcaldía Coyoacán. C.P. 04360.  
Ciudad de México.  
+52 5556580882  
[administracion@amolcamexico.com](mailto:administracion@amolcamexico.com)

#### AMOLCA PERÚ

Rafael Ángel Cortés Flórez  
Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima  
+51 998 128 873  
[ventas@amolca.com.pe](mailto:ventas@amolca.com.pe)

#### AMOLCA VENEZUELA

Carmen Rosandra Fernandes  
Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este  
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /  
Sabana Grande Sur Parroquia El Recreo, Municipio  
Libertador. Distrito Libertador  
+58 414 255 51 85  
[comercioexterior@amolca.com](mailto:comercioexterior@amolca.com)

#### Distribuidores

Argentina - Bolívia - Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - Espanha - Guatemala  
Honduras - Nicaragua - Panamá - Paraguai - República Dominicana - Uruguai



Paola Rosalba Russo

Federico Loreto

# THE NEW FACE

DA ANATOMIA  
À MEDICINA ESTÉTICA

apresentação de Patrick Trevidic

2025



# APRESENTAÇÃO



O conhecimento anatômico é atemporal e essencial para uma ampla gama de tratamentos estéticos não cirúrgicos. Consequentemente, nos últimos 10 anos, dediquei grande parte de meu trabalho a esse tópico. Compreender a anatomia 3D com variações anatômicas, equilíbrio muscular e interação entre essas estruturas anatômicas fornece um suporte significativo à técnica relevante para a indicação correta.

Estudamos muito no laboratório de dissecação. Continuamos a aprender os mecanismos subjacentes ao envelhecimento facial. Queríamos entender melhor a estética não cirúrgica moderna e complexa para obter resultados bem-sucedidos e aumentar a satisfação de nossos pacientes. Então, decidimos compartilhar esse conteúdo altamente científico com nossos colegas, a fim de fornecer a eles ferramentas úteis para sua prática na vida real.

Durante todos esses anos, gostei de trabalhar em equipe com meus colegas e amigos. Desde o primeiro dia, Federico Loreto fez parte dessa equipe. Lembro-me de quando costumávamos ter muitas discussões sobre anatomia para continuarmos avançando juntos. E fiquei honrado quando Federico e sua colega, Paola Rosalba Russo, me pediram para escrever o prefácio do livro. Ele definitivamente reflete a minha/nossa filosofia e fornecerá informações úteis ao leitor.

**Patrick Trevidic, MD**

# PREFÁCIO

O que é um rosto? É um conjunto de características reunidas para criar expressões, assimetrias e equilíbrio que trazem consigo os sinais da vida de uma pessoa. O que venho tentando fazer há anos não é apagar a experiência da vida, mas sim remover os sinais que fazem com que a aparência seja injustamente sobrecarregada por essa experiência. Meu mantra é “rejuvenescer a aparência sem distorcê-la”. Quero restaurar o que você acha que perdeu para sempre, ou seja, a jovialidade da alma. Graças aos fios invisíveis e ao preenchimento, essa juventude retorna na aparência e no sorriso, renovando sua beleza. Ao ler este livro, o médico terá uma visão geral detalhada do assunto. Complementando o texto, há uma seção digital com vários vídeos dedicados a diferentes técnicas e dissecções.

Porque a beleza existe e está sempre nos olhos de quem vê.

**Paola Rosalba Russo**

Como um dos meus professores, com quem colaboro há anos para organizar e conduzir cursos teórico-práticos, com dissecção em cadáveres, costuma dizer: “Se você me contar, eu esqueço; se você me explicar, eu lembro; se você me mostrar, eu aprendo”. Por esse motivo, decidi organizar este livro analisando as sete áreas “perigosas” do rosto às quais os cirurgiões e médicos estéticos devem prestar a máxima atenção durante a cirurgia para não causar nenhum dano, muito menos um dano irreparável. Neste livro, são analisadas as regiões anatômicas da face, incluindo a camada superficial, a camada mais profunda e tudo o que estiver entre elas. Essa análise é acompanhada de uma descrição técnica-aplicativa sobre o uso dos procedimentos mais comuns na medicina estética: toxina botulínica (Botox), ácido hialurônico (preenchimento) e fios de suspensão/tração.

**Federico Loreto**



# AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Sociedade de Medicina Estética SIES de Florença, ao professor Maurizio Priori e à Daniele Morini da Scuola Post Universitaria Valet.

Agradecimentos ao Prof. Alessandro Gennai, à Dra. Barbara Landini e ao Prof. Giorgio Maullo.

**Paola Rosalba Russo**

Agradecimentos à Academia de Cirurgia de Paris, à Ecole de Chirurgia Fer à Moulin e ao Dr. Patrick Trevidic, Diretor da Associação Científica Expert2expert.

**Federico Loreto**

# ÍNDICE

Apresentação	iv
Prefácio	v
Agradecimentos	vi

## **1 - INTRODUÇÃO** **1**

Premissa: as sete áreas	2
Introdução geral	3
Pele	3
Tecido subcutâneo	5
SMAS	8
Camadas musculares e compartimentos adiposos profundos	10
Ligamentos de retenção	18
Principais vasos e nervos da face	20
Bibliografia	29
O TOQUE MÁGICO	30

## **2 - ÁREA TEMPORAL** **47**

Anatomia da região temporal	49
Ponto de referência	50
Dissecção	54
Injeções de ácido hialurônico	58
Casos clínicos	58
Injeção superficial - técnica da microcânula	60
Injeção profunda - técnica da agulha	63
Lesões	64
Dicas e truques	65
Bibliografia	65

## **3 - REGIÃO SUPRAORBITAL** **67**

Anatomia da região supraorbital	69
Anatomia do músculo orbicular do olho	72
Anatomia do músculo frontal	73
Ponto de referência do nervo	74
Dissecção	75

Injeções de toxina botulínica	77
Injeções de ácido hialurônico	82
Fios de suspensão	84
Lesões	86
Pontos-Chave	87
Bibliografia	87

## **4 - CANTO MEDIAL E REGIÃO INFRAORBITAL 89**

Anatomia do canto medial e da região infraorbital	91
Ponto de referência do nervo	94
Injeções	95
Radiofrequência endodérmica	96
Pontos-Chave	97
Bibliografia	97

## **5 - REGIÃO SUBORBITAL INFERIOR 99**

Anatomia da região suborbital inferior	101
Ponto de referência do nervo	106
Injeções de ácido hialurônico	107
Técnicas de injeção	109
Lesões	111
SEFFILLER® para rejuvenescimento dos olhos - por A.Gennai, MD	113
Proposição	113
Fração estromal vascular (FVE) e células estromais derivadas do tecido adiposo (CTDTA)	114
Avaliação do paciente	115
Pontos-Chave	121
Bibliografia	121

## **TABELAS ANATÔMICAS 125**

Tabela I: Face	125
Tabela II: Compartimentos superficiais de gordura	127
Tabela III: Músculos	131
Tabela IV: Compartimentos profundos de gordura	133
Tabela V: Veias	137
Tabela VI: Artérias	139
Tabela VII: Esqueleto facial	141

## **6 - ARTÉRIA ORBICULAR E LÁBIOS**

**145**

Anatomia da região peribucal	147
Ponto de referência	156
Injeções de toxina botulínica	158
Músculo orbicular da boca	158
Músculo abaixador do ângulo da boca	159
Músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz	160
Injeções de ácido hialurônico	161
Técnicas de injeção	164
Lesões	167
Pontos-Chave	168
Bibliografia	169

## **7 - A ARTÉRIA FACIAL**

**171**

Anatomia do terço inferior	173
Ponto de referência	176
Dissecção	178
Fios de suspensão	179
Injeções de toxina botulínica	180
Injeções de ácido hialurônico ou outros preenchedores	186
Lesões	192
Dicas e truques	194
Pontos-Chave	194
Bibliografia	195

## **8 - REGIÃO DO PESCOÇO**

**197**

Anatomia da região do pescoço	199
Nervo auricular magno	199
Ponto de referência do nervo	200
Anatomia do platisma	201
Dissecção	202
Fios de suspensão	203
Métodos e técnicas	204
Injeções de toxina botulínica	211
Dicas e truques	212
Pontos-Chave	212
Bibliografia	213



# O TERÇO INFERIOR DA FACE: ARTÉRIA ORBICULAR E LÁBIOS





**AMOLCA**

# ANATOMIA DA REGIÃO PERIBUCAL

Neste capítulo, examinaremos a região peribucal, sua anatomia e o músculo orbicular da boca. Os lábios cobrem a região gengival e, com sua porção livre, cobrem os dentes. Cada lábio consiste em três partes: pele, músculo e mucosa. A parte livre e móvel do lábio é chamada de vermelhão. Ele também tem depressões e curvas, o que torna importante considerar sua anatomia durante a injeção de ácido hialurônico para obter um resultado natural.

Em pacientes jovens com lábios ideais, o tubérculo central do lábio superior está localizado no centro do vermelhão (Fig. 6.1). O arco do Cupido é delimitado, superiormente, pelo filtro labial (Fig. 6.2). No meio do lábio inferior, notamos a presença de uma depressão, que acomoda o tubérculo superior, e duas protuberâncias laterais (Fig. 6.3). Não devemos nos esquecer da importância das proporções entre os dois lábios: o lábio superior é geralmente menor do que o inferior (proporção 1/3:2/3) (Fig. 6.4).

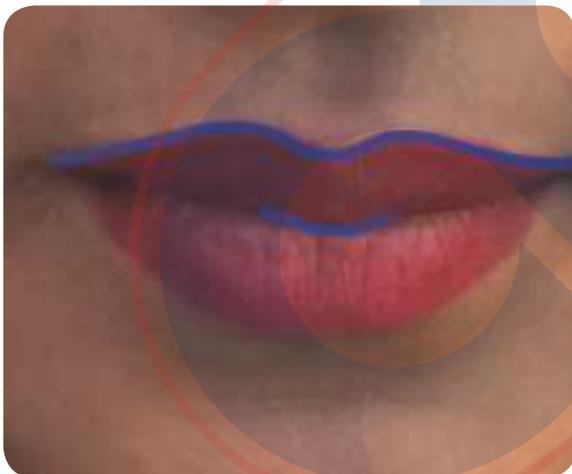


Fig. 6.1. Tubérculo central vermelhão na parte superior.



Fig. 6.2. Arco do Cupido

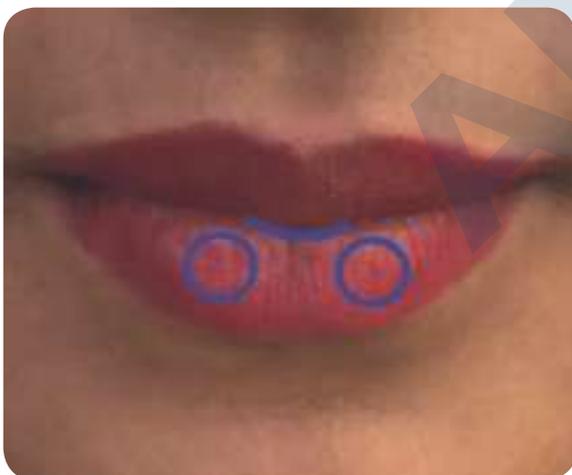


Fig. 6.3. Tubérculo superior e duas protuberâncias.

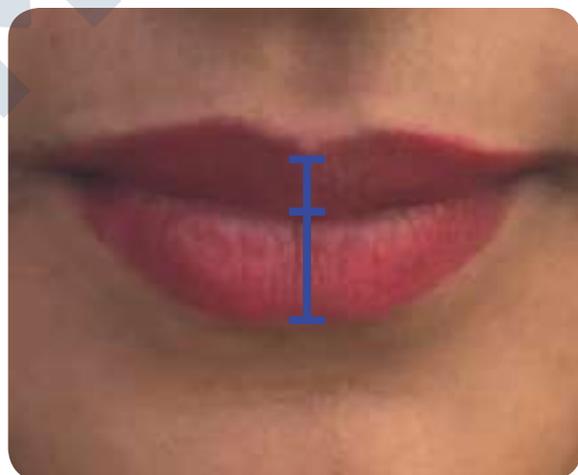


Fig. 6.4. Relação entre os lábios superior e inferior.



Fig. 6.5. A camada espessa e homogênea de tecido adiposo é evidente.

Os lábios consistem no músculo orbicular da boca, que é coberto de um lado pela mucosa e do outro pela pele. O tecido adiposo é muito fino, mas está presente tanto na frente quanto atrás do músculo orbicular (Fig. 6.5).

As glândulas salivares são pequenas e múltiplas na submucosa e na camada interna da boca. Se dissecarmos o lábio e o cortarmos de lado a lado, poderemos ver todas as camadas descritas e observar a rica vascularização (Fig. 6.6).

Os músculos dos lábios são divididos em dois tipos: os músculos intrínsecos dos lábios, ou seja, o músculo orbicular da boca, e os músculos extrínsecos da boca, que convergem para essa região anatômica.

O músculo orbicular da boca (Fig. 6.7) é um músculo circular, como o orbicular do olho. Ele tem uma função muito complexa que permite a articulação de palavras, a comunicação de estados emocionais (como sorrir e franzir a testa) e a capacidade de sugar. Anatomicamente, os modíolos são em forma de losango, ficam entre dois pontos fixos e estão localizados nos ângulos da boca, dando a esse músculo uma aparência fusiforme. Ele é dividido em duas partes: uma parte marginal, que faz parte do vermelhão e desempenha a função real do esfíncter, e uma parte periférica, que fica na parte cutânea do músculo e tem a função oposta de dilatação.



Fig. 6.6. A) Camada de gordura sob a pele. B) Sistema arterial. C) Músculo orbicular. D) Glândulas salivares. E) Mucosa.

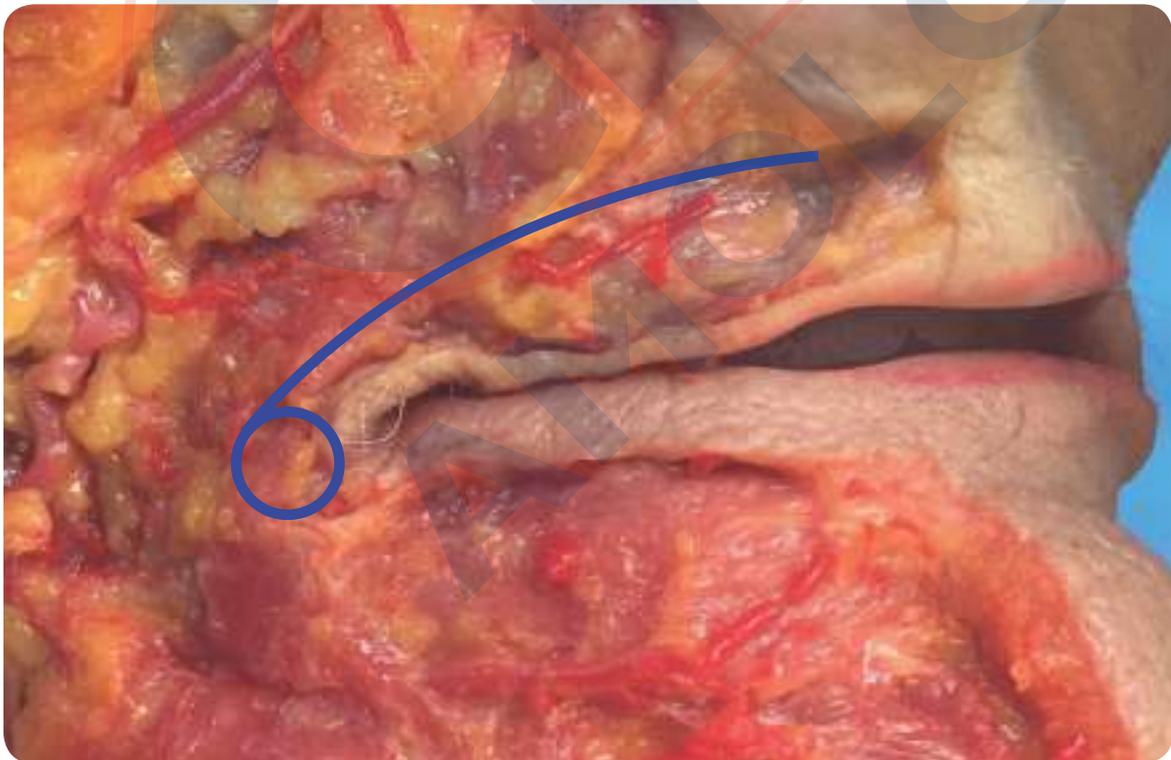


Fig. 6.7. O músculo orbicular está suspenso entre os dois modíolos, que são compostos por um quiasma de músculos, localizados nas comissuras dos lábios.

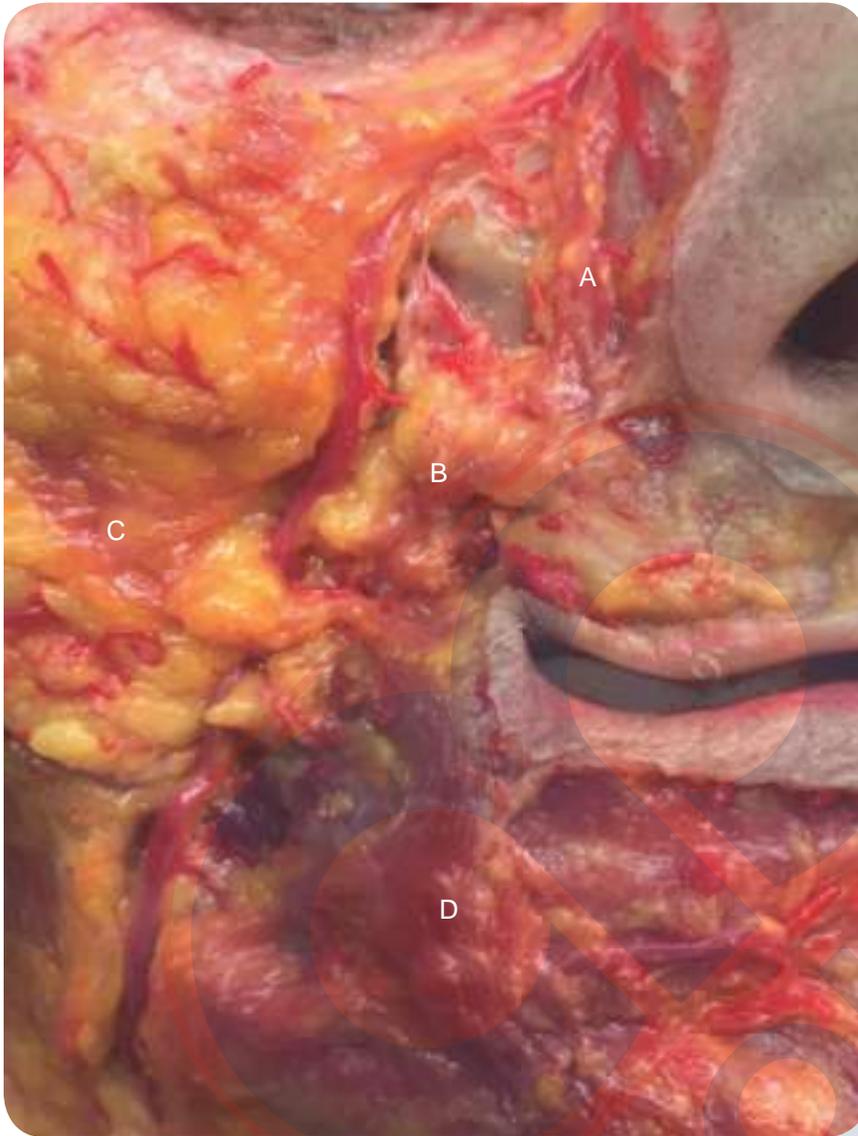


Fig. 6.8. A) Músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz. B) Músculo levantador do ângulo da boca. C) Músculo zigomático maior. D) Músculo abaixador do ângulo da boca.

Os músculos extrínsecos são o levantador do lábio superior e da asa do nariz, o zigomático maior e menor, o levantador do ângulo da boca, o risório, o bucinador e o abaixador do ângulo da boca (Figs. 6.8 e 6.9). O lábio inferior inclui apenas os músculos mental e o abaixador do lábio inferior. Eles contribuem para a complexidade motora e a função de comunicação, convergindo em uma única área constituída pelo modíolo.

O sistema vascular dessa região é muito importante, e é essencial entender sua diversidade para evitar complicações e lesões vasculares que, às vezes, podem levar a graves consequências estéticas e médicas (necrose da pele e cegueira).



Fig. 6.9. A) Músculo zigomático maior. B) Músculo levantador do ângulo da boca. C) Modíolo. D) Músculo abaixado do ângulo da boca.

O suporte vascular é bilateral e simétrico, originando-se da artéria facial, que, durante seu trajeto, geralmente posterior à borda do músculo abaixador do ângulo da boca, dá origem a um sistema vascular labial superior e inferior (Fig. 6.10), que se comunica por meio de diferentes anastomoses.

A artéria facial dá origem a três ramos principais ao nível dos ângulos da boca (Fig. 6.11):

- Artéria labial superior.
- Artéria labial inferior.
- Artérias nasais posteriores laterais.

A artéria labial inferior surge ao nível da comissura, passa sob o músculo abaixador do ângulo da boca em um trajeto tortuoso e se aproxima da porção livre dos lábios, onde continua na camada submucosa na linha úmida/seca da mucosa.

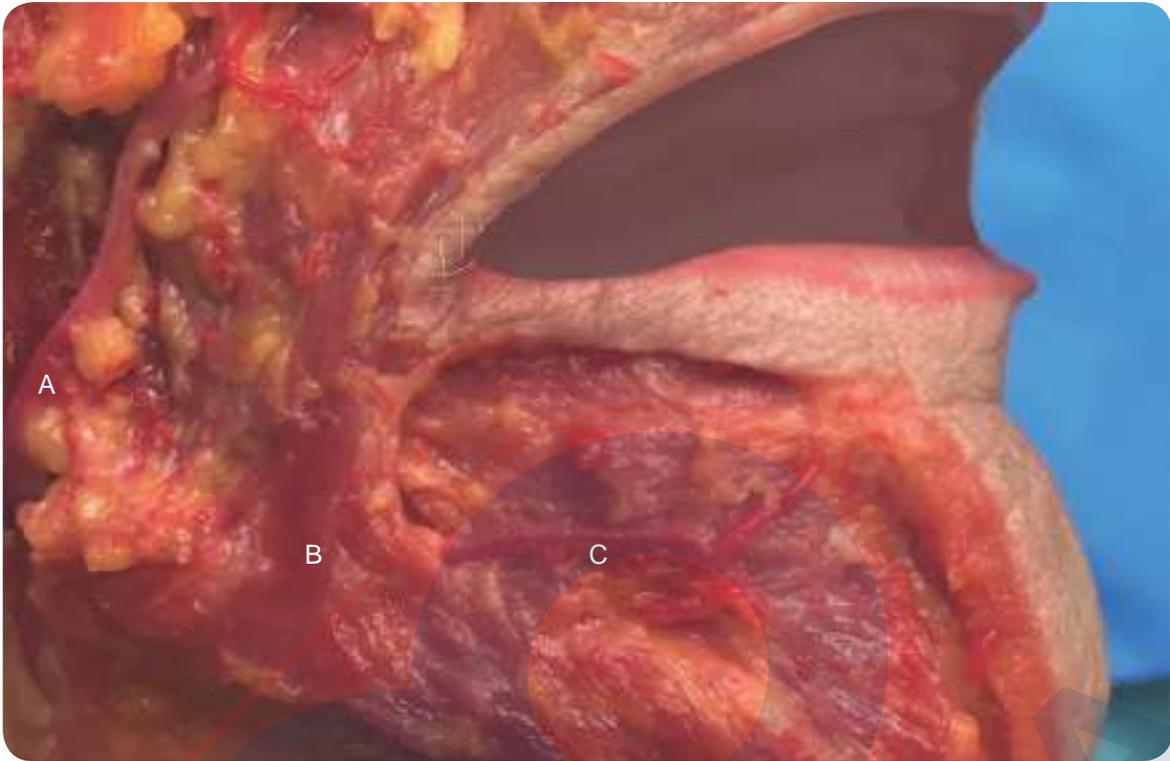


Fig. 6.10. Em evidência, o músculo abaixador do ângulo da boca (B) com a artéria labial inferior (C) que passa sob o mesmo músculo e se origina da artéria facial (A).

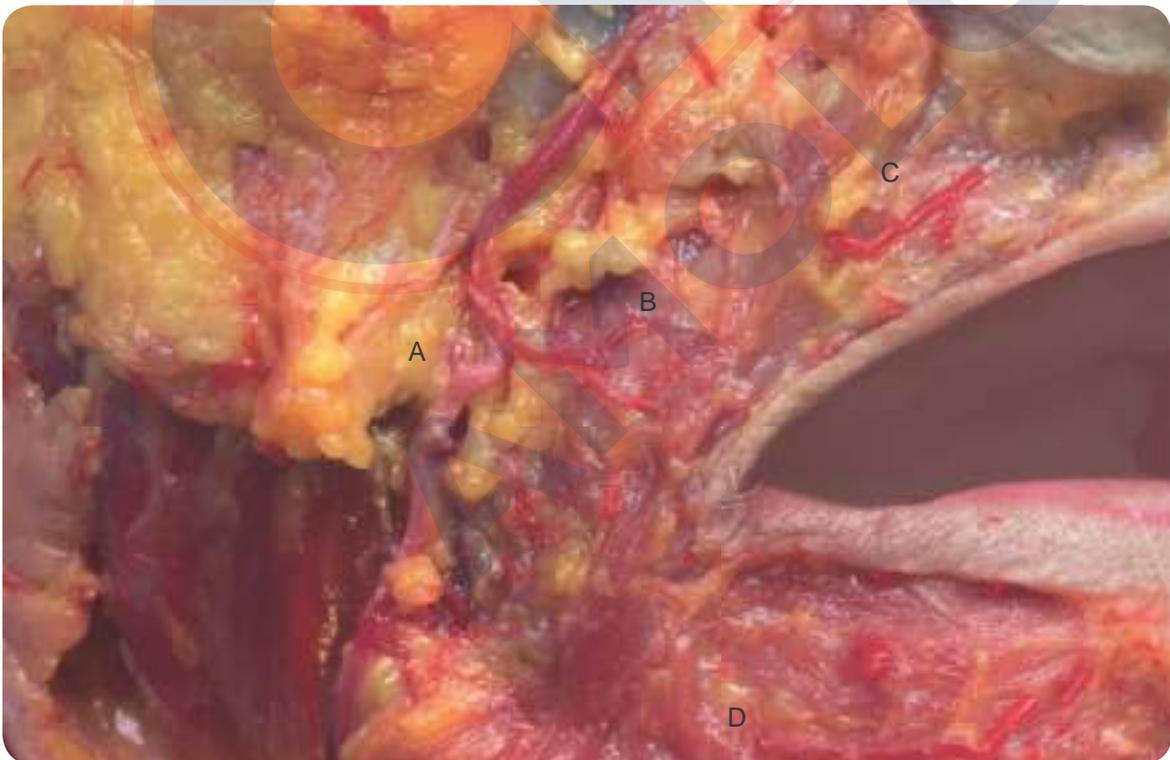


Fig. 6.11. A) Artéria facial. B) Artéria labial superior. C) Artérias nasais posteriores laterais, ramos da artéria facial. D) Artéria labial inferior.



Fig. 6.12. A) Artéria facial. B) Músculo levantador do ângulo da boca. C) Artérias nasais posteriores laterais. D) Artéria labial superior ao longo da margem vestibular do músculo orbicular.

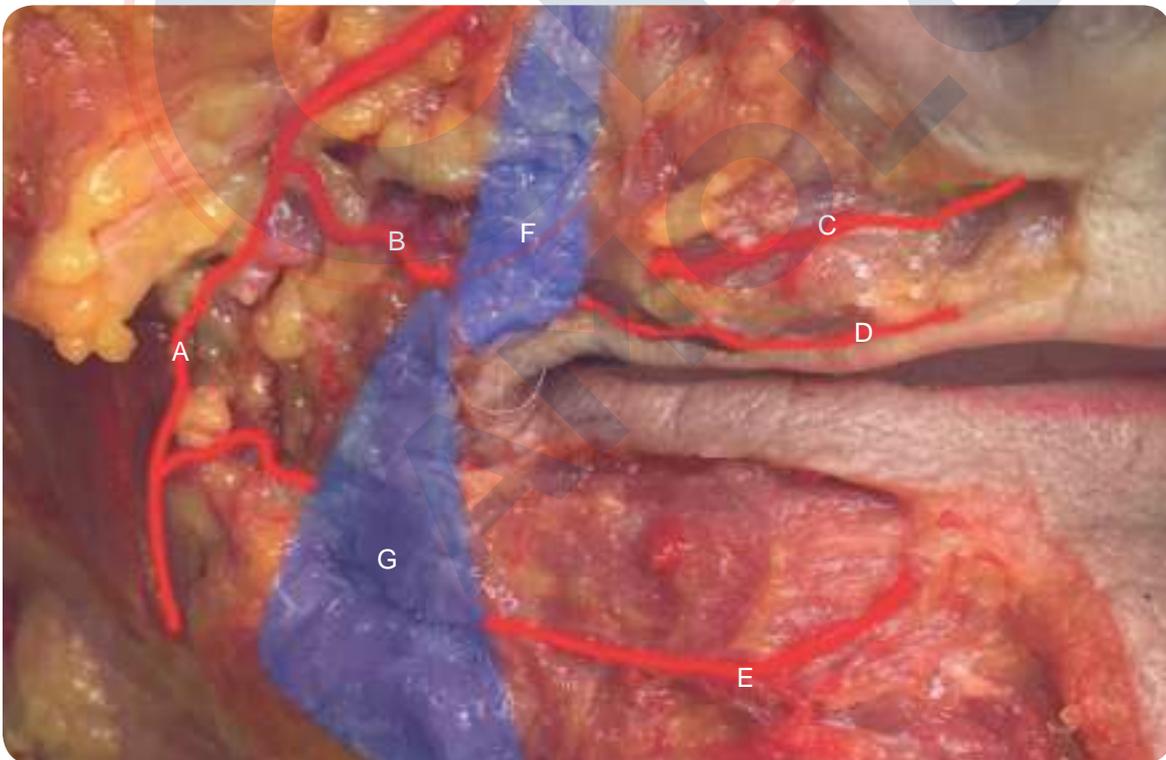


Fig. 6.13 (Diagrama Fig. 6.12). A) Artéria facial. B) Artéria labial superior. C) Artérias nasais posteriores laterais. D) Artéria orbicular. E) Artéria labial inferior. F) Músculo levantador do ângulo da boca. G) Músculo abaixador do ângulo da boca.



Fig. 6.14. A) A artéria orbicular, ramo terminal da artéria labial, corre superficialmente na camada submucosa na linha da mucosa úmida/seca.

A artéria labial superior também surge ao nível da comissura, um pouco acima da artéria labial inferior, embora elas possam ter uma origem comum (Figs. 6.12 e 6.13). Ela também segue um trajeto tortuoso e, passando sob o músculo zigomático maior e o levantador do ângulo da boca, entra em contato com a camada submucosa do lábio superior ao nível da porção livre (Fig. 6.14).

As artérias nasais posteriores laterais (Figs. 6.12 e 6.13), ramos da artéria facial, emergem após a artéria labial superior, vão até à base da asa do nariz e se anastomosam com a artéria labial superior devido à presença de artérias septais (Fig. 6.15).

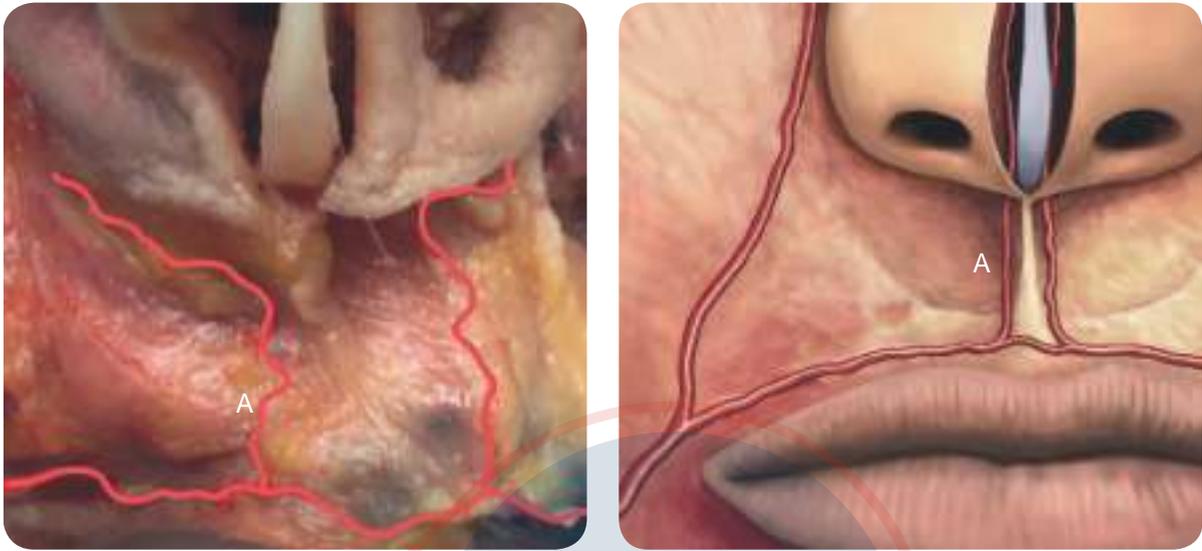


Fig. 6.15. A) Artéria septal.

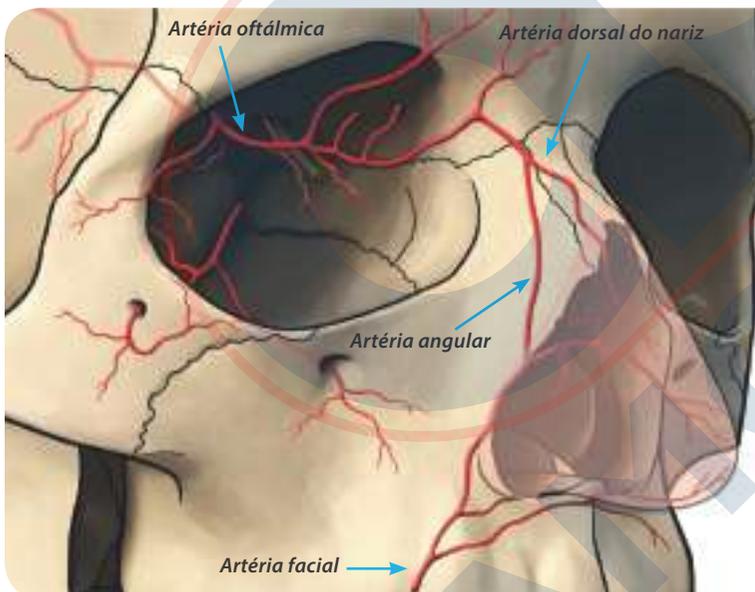


Fig. 6.16. Conforme mencionado no Capítulo 3 há, novamente, um possível risco de cegueira, mesmo que a injeção seja realizada longe do olho. O círculo anastomótico entre a artéria carótida interna e a artéria carótida externa explica essa possibilidade.

Esse sistema anastomótico garante a vascularização ideal dos lábios e dos músculos. A vantagem, especialmente durante as injeções, é que raramente ocorre necrose da pele nessa área. Entretanto, a presença de uma rede anastomótica tão rica explica como é possível que uma injeção de ácido hialurônico possa causar necrose da pele da mucosa do nariz ou dano visual (Fig. 6.16).

## PONTO DE REFERÊNCIA

Além de manter as proporções corretas dos lábios e as formas anatômicas mencionadas anteriormente, é muito importante prestar atenção à vascularização dos lábios a fim de evitar complicações.

Durante seu trajeto ao longo da face, a artéria facial se aproxima e permanece posterior à margem do músculo abaixador do ângulo da boca (Fig. 6.17). Como já foi visto, os ramos da boca passam por trás desse músculo e do levantador do ângulo.

É interessante notar que, ao nível da pele, a margem posterior do músculo abaixador do ângulo da boca corresponde às “linhas de marionete” (Fig. 6.19). Portanto, ao injetar nessa área, é importante ter cuidado e usar uma cânula. Isso também é relevante ao injetar nos lábios para aumentar seu volume; aqui devemos considerar a posição da artéria labial, que é superficial à linha úmida/seca da mucosa labial. Podemos injetar na frente da passagem dessa artéria, ao nível da mucosa seca ou realizar uma injeção endobucal atrás de sua passagem, ao nível da mucosa úmida.



Fig. 6.17. A) Artéria facial. B) Músculo abaixador do ângulo da boca que, com sua margem, sustenta a artéria facial posterior.



## Risco de lesão vascular

Para evitar o risco de lesão vascular, a posição superficial da artéria labial deve ser sempre considerada na linha úmida/seca da mucosa labial (Fig. 6.18).

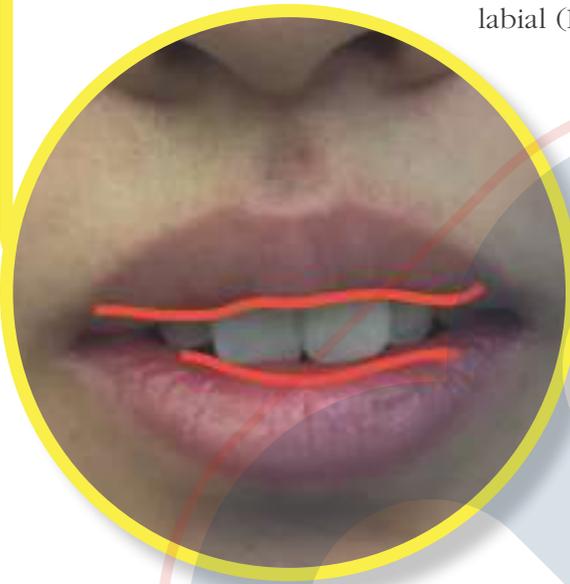


Fig. 6.18. Como visto anteriormente, a artéria labial (linhas vermelhas: artérias superior e inferior) chega aos lábios lateralmente nas comissuras labiais e passa profundamente nos músculos adjacentes, tornando-se superficial ao nível da camada submucosa.

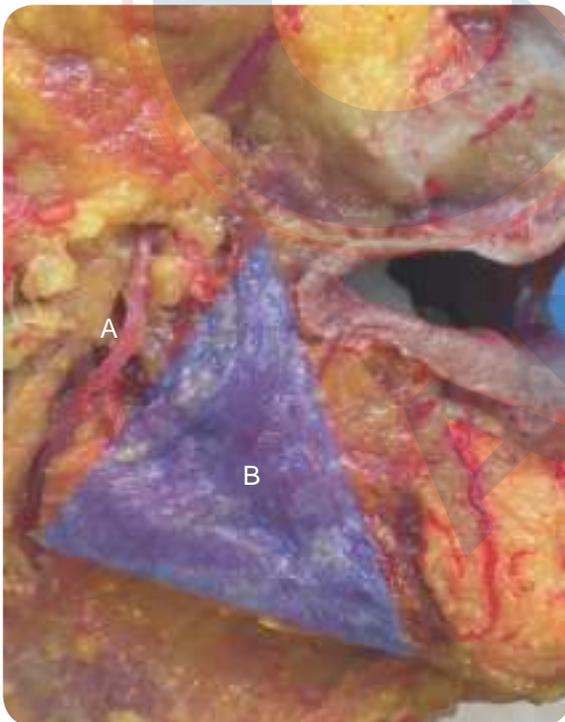


Fig. 6.19. Observa-se que a trajetória das "linhas de marionete" coincide com a borda posterior do músculo abaixador do ângulo da boca (triângulo B-azul, imagem à direita). Atrás dele, podemos encontrar a artéria facial (linha A vermelha, imagem à direita), que requer o uso da cânula de infiltração.

# INJEÇÕES DE TOXINA BOTULÍNICA

A toxina pode tratar e rejuvenescer os lábios dos pacientes, mas não é uma solução por si só. O uso combinado de ácido hialurônico, *peeling*, laser e cirurgia permite um tratamento melhor e mais duradouro para os lábios.

## MÚSCULO ORBICULAR DA BOCA

Como já mencionado, o músculo orbicular da boca é dividido em duas partes: marginal e periférica (Fig. 6.20). A porção marginal exerce uma função de esfíncter, enquanto a porção periférica exerce uma ação dilatadora. A contração desse músculo tende a acentuar as rugas peribucais verticais (conhecidas como “código de barras”) e dá uma aparência mais cansada. A toxina reduz as rugas, mas é aconselhável utilizá-la com ácido hialurônico para preencher as rugas mais profundas. Existem de quatro a oito locais de injeção que podem afetar o lábio superior e inferior simetricamente (Fig. 6.21). As fibras musculares são inseridas ao nível do vermelhão. Sugerimos injetar na borda entre a pele e a mucosa seca com 1 U.I. a 2 U.I. para cada ponto. Não é recomendável injetar muito lateralmente, pois isso poderia afetar os músculos do modíolo.

**Complicações:** assimetria e dificuldade para assobiar e escovar os dentes.

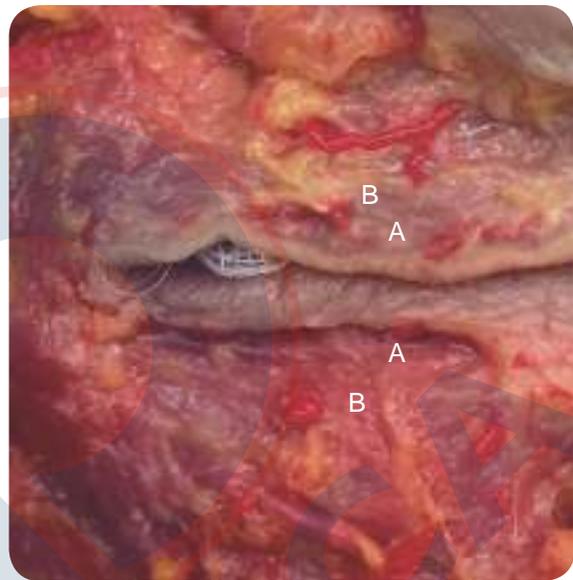


Fig. 6.20. Músculo orbicular da boca: A) Parte marginal. B) Parte periférica.

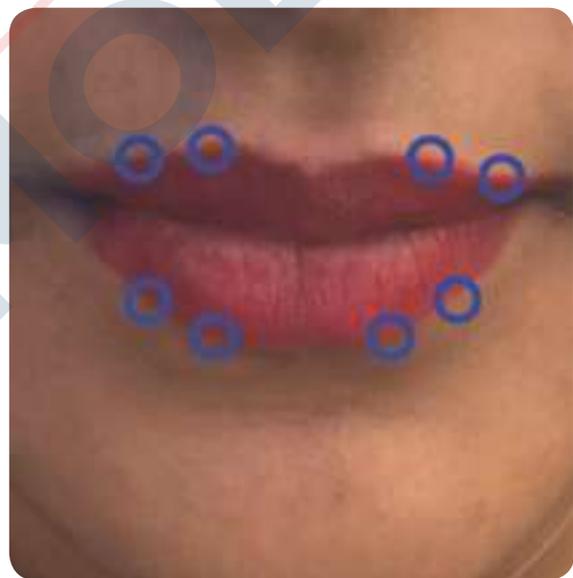


Fig. 6.21. Pontos de injeção.

## MÚSCULO ABAIXADOR DO ÂNGULO DA BOCA

Como já discutido, esse músculo, que faz parte do modíolo, tende a abaixar as comissuras dos lábios, criando uma aparência triste (Fig. 6.22). Ele se insere no osso mandibular e tem uma inserção superficial no nível superior da comissura dos lábios. Portanto, recomendamos injetar de 3 a 4 vezes em cada lado para obter uma aparência mais feliz e atenuar parcialmente as “linhas de marionete”. Na parte inferior do triângulo muscular, podem ser realizadas 2 a 3 injeções, quase tocando o osso.

Uma injeção de 2 mm a 3 mm de profundidade pode ser feita na metade do caminho entre a borda do osso e o modíolo. É aconselhável, ao injetar, ficar na direção da borda posterior do músculo, próximo às “linhas de marionete”. Em geral, recomendamos 2-3 U.I. para cada ponto (Fig. 6.23).

**Complicações:** a difusão ao nível do músculo abaixador do lábio inferior causa uma assimetria dos lábios que cria o risco de escape de saliva.

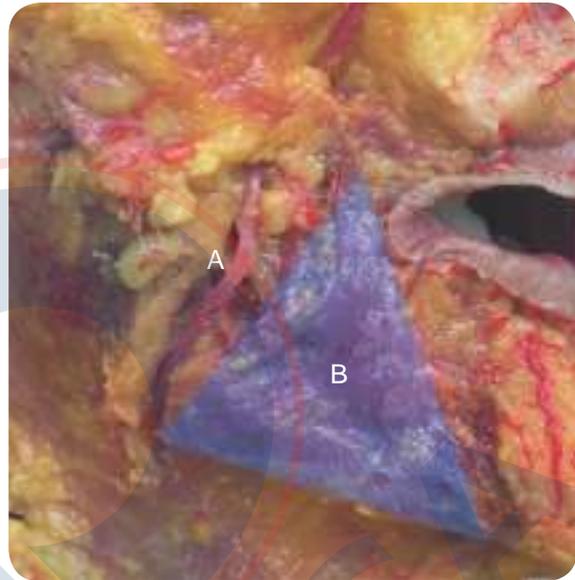


Fig. 6.22. Músculo abaixador do ângulo da boca com sua aparência triangular típica, A) Artéria facial. B) Músculo abaixador do ângulo da boca.

Fig. 6.23. Observar a injeção na metade do caminho. É importante injetar na parte inferior e na direção das “linhas de marionete” em vez de injetar na direção do queixo para evitar o músculo abaixador do lábio inferior.



## MÚSCULO LEVANTADOR DO LÁBIO SUPERIOR E DA ASA DO NARIZ

Esse músculo estriado desce do osso maxilar e corre paralelo ao nariz e à fossa nasal, inserindo-se no nível inferior do músculo orbicular. Ele eleva o lábio, dando uma aparência de “resmungo”, pois ajuda a chamar a atenção para os dentes caninos (Figs. 6.24 e 6.25). Se injetado, ele reduz as imperfeições causadas pelo sorriso gengival e atenua a profundidade do sulco nasolabial. A única injeção a ser realizada é na asa do nariz, inserindo a agulha de 3 mm a 4 mm e injetando 2-3 U.I.

**Complicações:** assimetria do sorriso e queda do lábio superior.

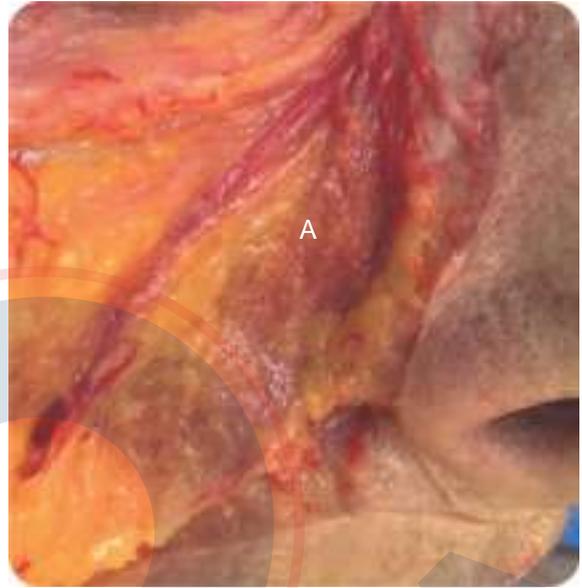


Fig. 6.24. A) Músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz.



Fig. 6.25. Ação do músculo no lábio superior.

# INJEÇÕES DE ÁCIDO HIALURÔNICO

As injeções de ácido hialurônico nessa região rejuvenescem e aumentam o volume dos lábios e podem ser realizadas com uma agulha ou com uma cânula de infiltração. Para deixar o paciente mais confortável e, considerando a alta sensibilidade dos lábios, é importante usar anestesia para evitar dor durante a injeção (Figs. 6.26 e 6.27).

Podem ser usados diferentes métodos de anestesia: tópica, local ou regional. O tipo utilizado depende do paciente e da rotina do médico. Um histórico médico de hipertensão e doenças cardíacas ou um histórico relacionado ao uso de drogas anestésicas orientará nossa escolha.

Antes de começar, lembre-se sempre de que o paciente deve estar sentado em um ângulo de 45 graus, com o operador à direita do paciente. O operador deve ter a capacidade de virar a cabeça do paciente conforme necessário. Remover a maquiagem e desinfetar a área a ser injetada.

É importante usar o espelho para mostrar ao paciente as áreas a serem injetadas, desenhando as áreas de preocupação. Isso reduzirá sua ansiedade e o tranquilizará quanto ao resultado. Também é útil mostrar um lado que já foi injetado para contrastá-lo com o lado que ainda precisa ser tratado.

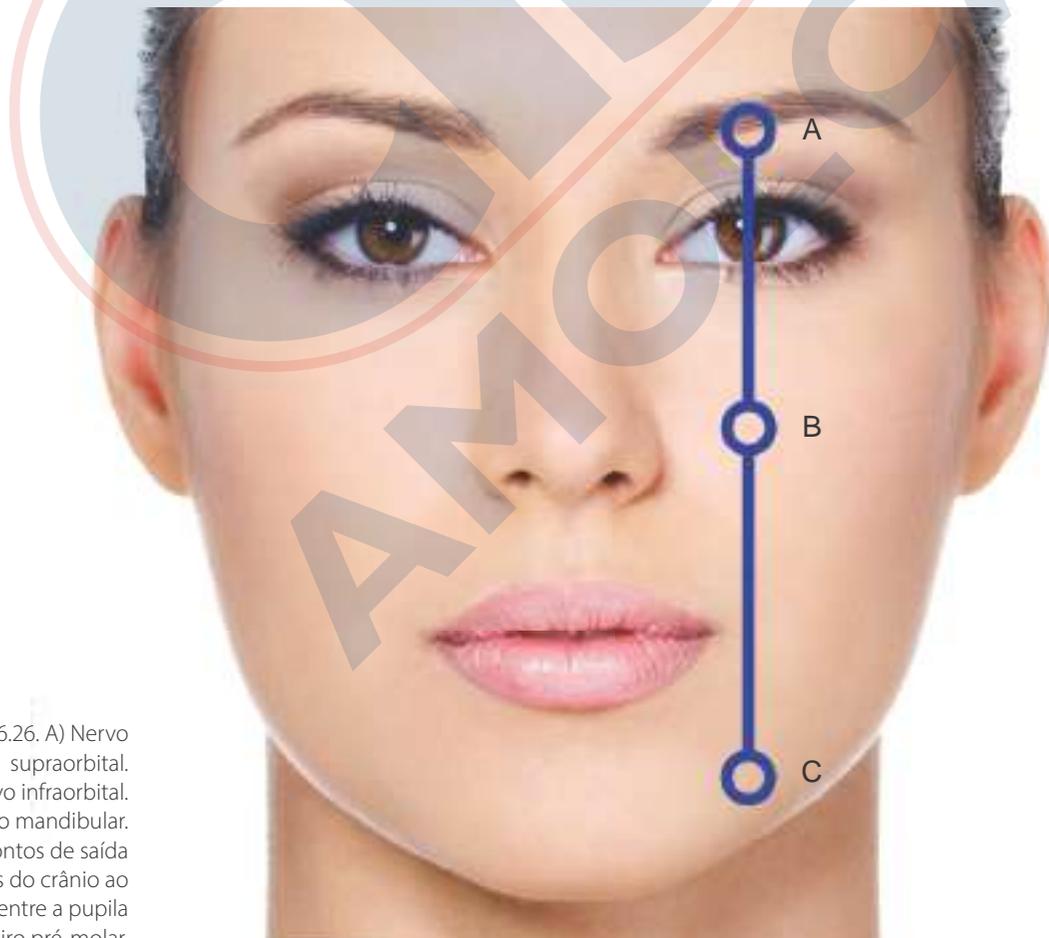


Fig. 6.26. A) Nervo supraorbital.  
B) Nervo infraorbital.  
C) Nervo mandibular.  
Observar os pontos de saída dos nervos do crânio ao longo do eixo entre a pupila e o primeiro pré-molar.



Fig. 6.27. Dissecção de cadáveres mostrando os três pedículos nervosos no trigêmeo, V nervo craniano.

## ANESTESIA TÓPICA

Um creme simples, geralmente composto de prilocaína, lidocaína ou tetracaína, pode ser aplicado nos lábios para proporcionar uma boa anestesia da área por cerca de 30 minutos. Recomendamos o uso de Pliaglis®, uma tetracaína que é auto-oclusiva, ao contrário do EMLA®, que tem ação mais rápida.

## ANESTESIA LOCAL

A lidocaína, a mepivacaína, a bupivacaína e a ropivacaína têm diferentes duração e indução de vasodilatação. Recomendamos o uso combinado de lidocaína e adrenalina para um efeito anestésico e

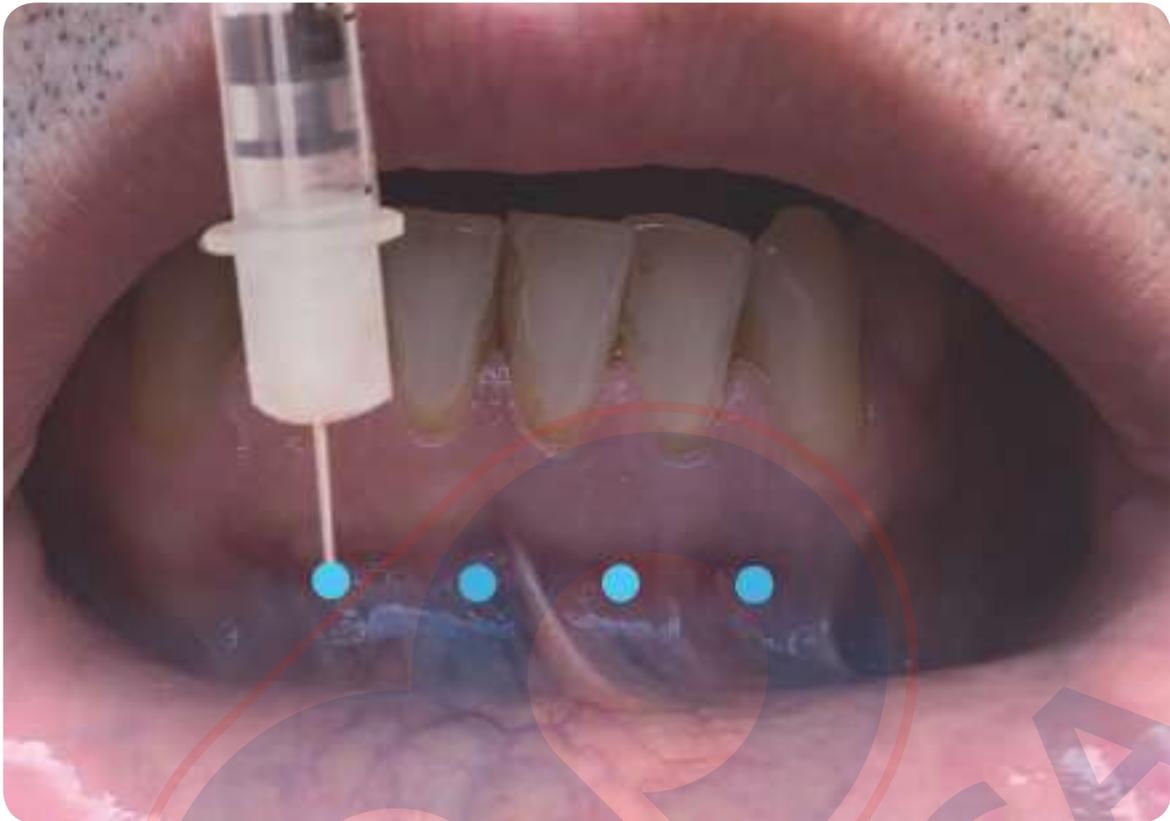


Fig. 6.28. Injeção intrabucal de 1-2 cc de lidocaína com adrenalina nos vasos gengivais.

vasoconstritor imediato. Tecnicamente, é aconselhável fazer várias pequenas injeções de anestésicos na região do fundo do saco com uma seringa de 1 cc. Isso será suficiente para anestésiar a área e evitar distorções (Fig. 6.28).

## ANESTESIA LOCORREGIONAL

A anestesia locorregional é uma prática eficaz porque sua aplicação longe do local da injeção evita a distorção do local da injeção. Entretanto, o operador deve ser competente e ter experiência com esse procedimento.

Como já foi visto, nessa técnica, a anestesia é administrada ao nervo trigêmeo (V nervo craniano), em particular ao nervo infraorbital no lábio superior e ao nervo mandibular no lábio inferior. A injeção é realizada intraoralmente usando aproximadamente 1-2 cc de lidocaína com adrenalina por local de injeção. Isso pode ser feito de forma intercutânea, mas não é recomendado, pois é mais doloroso para o paciente.

Ao contrário da anestesia local, recomendamos aguardar pelo menos 5 minutos antes de realizar o tratamento e pedir ao paciente que tente assobiar ou falar para avaliar o grau de anestesia. É importante avisar o paciente de que levará de uma a duas horas para que a mobilidade bucal total seja restaurada.

## TÉCNICAS DE INJEÇÃO

Conforme mencionado anteriormente, os lábios são peculiares porque exigem uma abordagem multimodal e uma terapia combinada. Podemos distinguir dois tipos de pacientes: pacientes jovens, que exigem apenas aumento de volume, e aqueles que têm mais problemas relacionados à idade (Fig. 6.29) e precisam de tratamentos diferentes.

É necessário decidir sobre uma estratégia terapêutica por meio de uma análise da área a ser tratada. Nesse sentido, é importante avaliar o ângulo nasolabial, o queixo, a presença de rugas profundas ao redor da boca, a altura dos lábios e a presença de assimetrias.



Fig. 6.29. Paciente idosa.

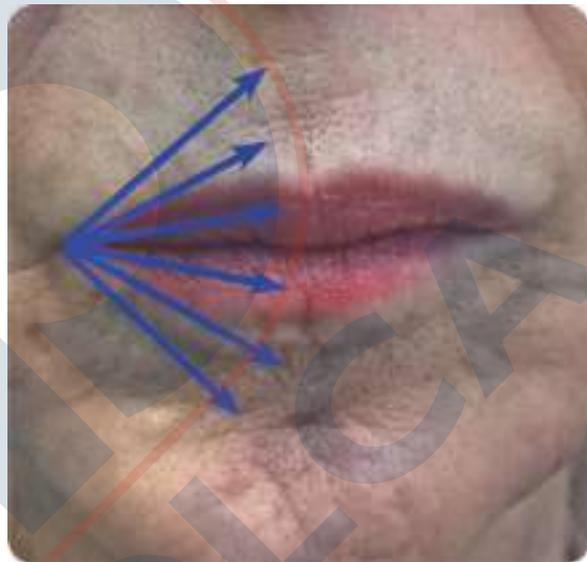


Fig. 6.30. Injeções com cânula de 25G.



Fig. 6.31. Injeção com agulha no vermelhão, começando pelo centro dos lábios.

Os pacientes geralmente temem o resultado final por causa da mímica e, por isso, é importante tranquilizá-los tirando fotos, analisando-as em conjunto e dando pequenos passos que causem mudanças graduais. Também é aconselhável fazer um acompanhamento de 2 a 3 semanas após o tratamento, pois o resultado estético, logo após a cirurgia, é alterado e não é definitivo. Para continuar com outras correções, é sempre aconselhável esperar até que a aparência termine de mudar. Também é importante avaliar o paciente e sua solicitação antes de decidir quais produtos devem ser usados e quais tipos de ácido hialurônico devem ser injetados.



Fig. 6.32. A retração da seringa também permite o efeito anestésico presente no produto.



Fig. 6.33. As setas indicam o uso da cânula e a linha com círculo, o uso da agulha.

Hoje em dia, além do ácido hialurônico reticulado e dos produtos para preenchimento labial, temos reforços para a pele com ácido hialurônico não reticulado e produtos para tratar “códigos de barras” sem aumentar o volume da borda branca dos lábios (contorno), que têm uma capacidade de hidratação que dura até 6 meses. Como visto acima, a toxina botulínica pode ser usada para tratar rugas por meio da redução da atividade muscular.

Aqui não falaremos sobre tratamentos a laser nem *peeling*.

No tratamento dos lábios, pode ser usada a agulha de calibre 30, mas também pode-se usar uma cânula de infiltração de calibre 25 ou 27, em ambos os casos exigindo a técnica de retração. Preferimos usar a agulha para o arco do Cupido e o vermelhão, e a cânula para a borda branca dos lábios, pois permite uma distribuição mais homogênea do produto (evitando a formação de nódulos). Na mesma sessão, é possível utilizar a toxina botulínica e o ácido hialurônico.

A toxina botulínica já foi testada.

Para os pacientes idosos e aqueles com desidratação, é benéfico usar produtos revitalizantes, como os reforços para a pele. Seu principal objetivo é hidratar, permitindo o tratamento das rugas peribucais. Nesse caso, recomendamos o uso de uma cânula e a injeção é feita sob a derme. Em geral, só podemos ter dois pontos de acesso ao nível das comissuras e, usando uma técnica de leque, conseguimos tratar toda a área bucal (Figs. 6.30, 6.31, 6.32 e 6.33). É possível tratar as rugas peribucais com uma agulha.

Em caso de perda de volume, ou de necessidade de aumento de volume, os preenchedores reticulados proporcionam bons resultados em pacientes jovens e idosos. Com eles, podemos alterar a altura do vermelhão e a forma, o tamanho e a projeção dos lábios. Normalmente, 1 ml é suficiente



Fig. 6.34. Exemplo de um sorriso gengival.

para aumentar os lábios. Para pequenos aumentos, é suficiente injetar o vermelhão em 4 pontos com agulha (Fig. 6.31).

É melhor não atingir a comissura dos lábios, pois sua eversão daria imediatamente uma aparência de “pato”. Também é melhor evitar a injeção de ácido hialurônico no tubérculo do lábio superior e na depressão do lábio inferior, pois isso resultará em uma aparência não natural dos lábios.

Para aumentar o volume dos lábios, basta injetar o produto ao longo da linha limite entre o vermelhão e a mucosa úmida, prestando atenção à artéria labial. Ao tratar os ângulos da boca, que tendem a se curvar para baixo com a idade, é melhor usar a cânula na área próxima ao músculo abaixador do ângulo da boca e sob os ângulos para criar um suporte para eles (Fig. 6.33). Também podemos completar o tratamento usando uma agulha para injetar no lábio inferior.

Devido à função dos lábios na comunicação e no sorriso, é sempre importante examinar nossos pacientes enquanto eles movimentam os lábios, especialmente quando sorriem. Existem diferentes sorrisos, dependendo da atividade muscular e da condição dentária. Em nossa prática, é interessante saber como intervir na correção do sorriso gengival, devido a uma hiperatividade do músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz, o que leva a uma exposição notável dessa área (Fig. 6.34).

Além do tratamento com toxina botulínica, também podemos intervir com ácido hialurônico para reduzir a exposição dos dentes e aumentar o volume do lábio. Em geral, após a injeção nos lábios, recomendamos o uso de gelo nos primeiros 5 minutos após o procedimento e evitar alimentos/bebidas quentes, saunas e banhos quentes por 2 a 3 dias.

## LESÕES

Há várias complicações que variam de simples a complexas. As complicações simples, como eritema, edema e migração do produto, são sempre possíveis, por isso é importante alertar os pacientes sobre esses riscos potenciais e assegurar-lhes que esses problemas são facilmente resolvidos com o tempo ou com a hialuronidase.

Em complicações mais complexas, como granuloma, infecção e necrose tecidual, é importante monitorar os pacientes de perto. Felizmente, hoje em dia, essas situações estão se tornando cada vez mais raras, graças à melhor qualidade dos produtos e ao treinamento aprimorado da equipe médica. Obviamente, recomendamos o uso exclusivo do ácido hialurônico para o tratamento dos lábios, evitando outros preenchedores.

A infecção pode ser viral ou bacteriana. Quando viral, causada por herpes simples (Fig. 6.35), é aconselhável usar aciclovir ou valaciclovir (500 mg, duas vezes ao dia, durante 5 dias), preventivamente ou como tratamento. As infecções bacterianas podem ocorrer imediatamente ou após alguns anos. No caso de um abscesso, é importante drená-lo e, alternativamente, antibióticos tópicos, cortisona e 5-fluorouracil podem ser usados para controlar os danos. O granuloma, geralmente associado a uma injeção muito superficial do produto, é raro, mas pode ser tratado com a reversão do tratamento com hialuronidase ou cortisona e 5-fluorouracil (Fig. 6.36).

A necrose tecidual pode ter consequências graves, resultando em danos estéticos significativos. Graças à rica vascularização dessa área, os danos geralmente podem ser reparados e não são visíveis.

A injeção intravascular de ácido hialurônico causa um eritema pigmentado e arroxeadado no território irrigado pelo vaso ocluído. A lesão será visível dentro de uma a duas semanas, dependendo da quantidade de ácido injetado no vaso e da velocidade da injeção. É importante intervir rapidamente, enquanto o dano ainda é reversível. O uso de compressas quentes para reduzir a compressão e de hialuronidase e cortisona pode resolver o problema.



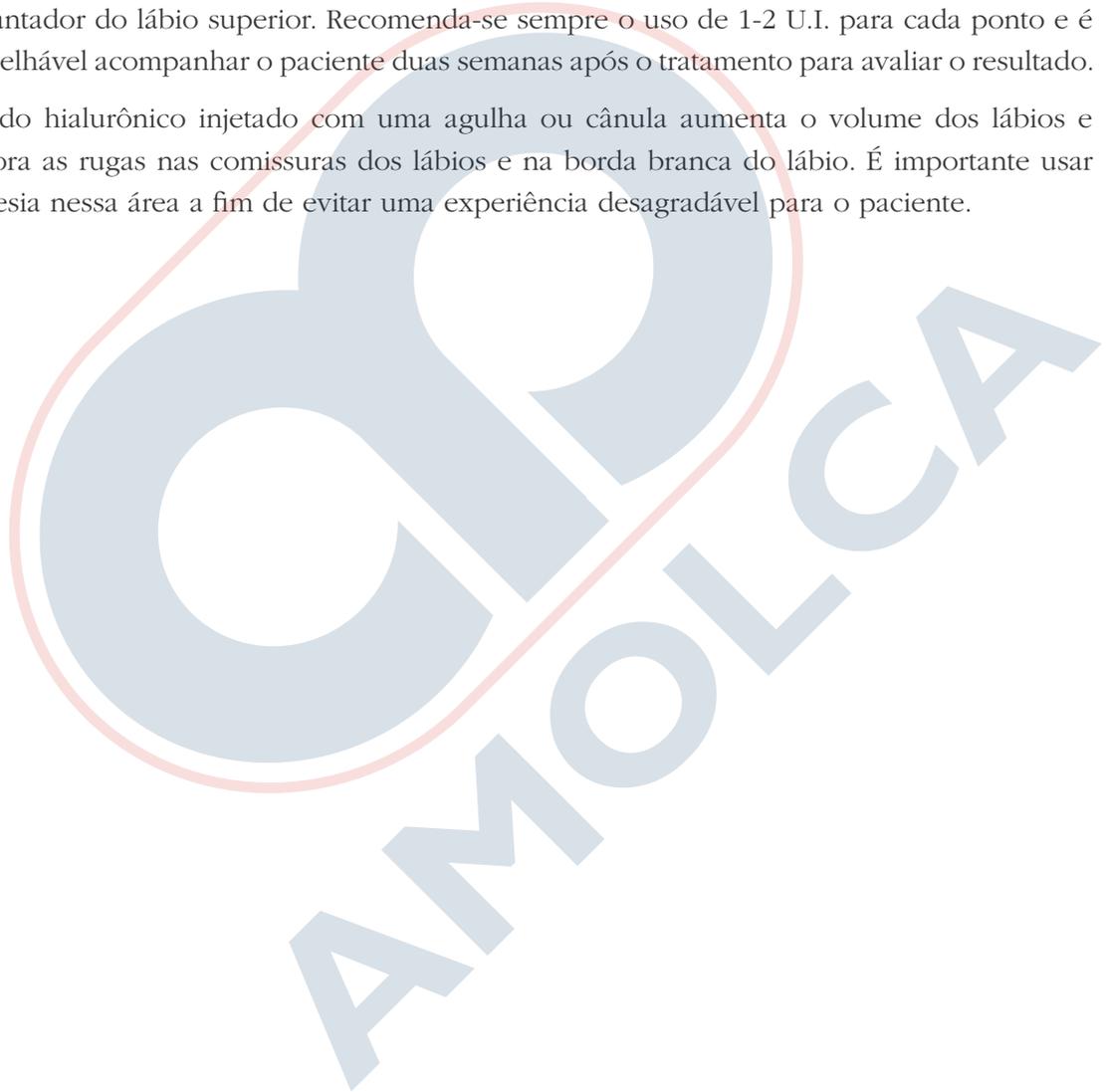
Fig. 6.35. Infecção por herpes no lado direito do lábio superior. (Foto: cortesia do Dr. S. Fundarò e do Dr. M. Cavallini).



Fig. 6.36. Nódulo mucoso no lábio superior. (Foto: cortesia do Dr. S. Fundarò e do Dr. M. Cavallini).

## PONTOS-CHAVE

- Os lábios e a região peribucal são locais de muitos tratamentos. O uso combinado de ácido hialurônico e toxina botulínica possibilita a obtenção de excelentes resultados. As rugas do lábio superior (“código de barras”) e da região peribucal serão reduzidas, e a hipotrofia e as assimetrias dos lábios podem ser tratadas.
- A toxina botulínica cria uma aparência mais feliz e reduz as rugas peribucais. Excelentes resultados são obtidos ao tratar o músculo abaixador do ângulo da boca, o orbicular da boca e o levantador do lábio superior. Recomenda-se sempre o uso de 1-2 U.I. para cada ponto e é aconselhável acompanhar o paciente duas semanas após o tratamento para avaliar o resultado.
- O ácido hialurônico injetado com uma agulha ou cânula aumenta o volume dos lábios e melhora as rugas nas comissuras dos lábios e na borda branca do lábio. É importante usar anestesia nessa área a fim de evitar uma experiência desagradável para o paciente.



# BIBLIOGRAFIA

1. AZIB, CHARRIER, CORNETTE DE SAINT CYR ET AL. Anatomy and lip enhancement Paris: E2E medical publishing/ Master Collection 4; 2013.
2. NIAMTU Simple technique for lip and nasolabial fold anesthesia for injectable fillers J Dermatol Surg 31:10 october 2005.
3. SCLAFANI AP, FAGIEN S Treatment of injectable soft tissue filler complications, Dermatol Surg 2009 Oct; 35 suppl 2: 1672-80.
4. SNIDER CC, AMALFI AN, HUTCHINSON LE, SOMMER NZ. New Insights into the Anatomy of the Midface Musculature and its Implications on the Nasolabial Fold. Aesthetic Plast Surg. 2017 May 15.
5. YANG HM, LEE JG, HU KS, GIL YC, CHOI YJ, LEE HK, KIM HJ. New anatomical insights on the course and branching patterns of the facial artery: clinical implications of injectable treatments to the nasolabial fold and nasojugal groove. Plast Reconstr Surg. 2014 May; 133(5): 1077-82.
6. LATHAM RA, DEATON TG. The structural basis of the philtrum and the contour of the vermilion border: a study of the musculature of the upper lip. J Anat. 1976 Feb; 121(Pt 1): 151-60.
7. SUCUPIRA E, ABRAMOVITZ A. A simplified method for smile enhancement: botulinum toxin injection for gummy smile. Plast Reconstr Surg. 2012 Sep;130(3):726-8.

# THE NEW FACE DA ANATOMIA À MEDICINA ESTÉTICA

PAOLA ROSALBA RUSSO - FEDERICO LORETO

O conhecimento anatômico é fundamental e imutável, formando a base para uma ampla gama de tratamentos estéticos não cirúrgicos. Na última década, dediquei grande parte do meu trabalho ao estudo aprofundado desse tema. Compreender a anatomia tridimensional, as variações anatômicas, o equilíbrio muscular e a interação entre as estruturas anatômicas é essencial para aplicar corretamente as técnicas adequadas a cada indicação.

No laboratório de dissecação, realizamos estudos extensivos, revisitando frequentemente os mecanismos subjacentes ao envelhecimento facial. Nosso objetivo era compreender melhor a estética não cirúrgica moderna e complexa, a fim de alcançar resultados ideais e aumentar a satisfação dos pacientes.

Ao longo dos anos, tive o privilégio de trabalhar ao lado de colegas e amigos, incluindo Federico Loreto, que desempenhou um papel fundamental nessa jornada desde o início. Lembro-me vividamente de nossas intensas discussões sobre anatomia, que nos impulsionaram a avançar juntos.

Senti-me profundamente honrado quando Federico e sua colega Paola Rosalba Russo me convidaram para escrever os prefácios de seu livro. Este texto reflete nossa filosofia e oferece ao leitor informações práticas e científicas valiosas para enriquecer seu trabalho diário em estética não cirúrgica.



#### **Biblioteca digital**

Com a compra deste livro, você terá acesso ao conteúdo on-line complementar (e-book e 4 vídeos) e poderá ter sua própria biblioteca digital usando o código de acesso contido nele.

[www.amolca.com](http://www.amolca.com)

