



A península na ritidoplastia

The peninsula in rhytidoplasty

RONALDO PONTES^{1,2,3,4*}
GISELA HOBSON PONTES^{1,2,4,5,6,7}
ALEXANDRISH KARVENDRISH
RODRÍGUEZ TAVÁREZ^{1,2}
CAMILA LOPES SANTOS^{1,2}

Instituição: Hospital Niterói D'or,
Niterói, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 13/3/2016.
Artigo aceito: 23/4/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0042

■ RESUMO

Introdução: A ascensão do pé do cabelo é um estigma frequente e desagradável nas ritidoplastias. Para contornar esse problema, criamos a técnica da Península em meados de 1999. Inicialmente utilizada nas faces secundárias, sua indicação foi ampliada, tornando-se imprescindível nos casos primários de implantação alta do cabelo e naqueles pacientes que necessitariam de grande ressecção de pele. **Métodos:** O total de ritidoplastias realizadas foi de 7356, tendo sido operados 2512 pacientes utilizando a técnica da Península, no período que cursa entre 1999 e 2016, com idade média de 48 anos, sendo 98% dos pacientes do sexo feminino e 2% do sexo masculino. A técnica apresenta três variantes. **Resultados:** Os pacientes continuaram, posteriormente, em acompanhamento mensal até a alta ao final de 6 meses. Dentre os resultados, surgiram algumas complicações, comuns a qualquer tipo de cirurgia da face. Na grande maioria dos casos, com a utilização da Península, foi possível a realização de uma boa tração cutânea, com maior correção do terço médio, mantendo a linha de implantação capilar. **Conclusão:** Podemos concluir que a técnica da Península é um recurso único, de fácil reprodução, capaz de reduzir a curva de aprendizado em ritidoplastias, uma vez que permite generosa ressecção de pele sem alteração da implantação capilar, atuando de modo a evitar estigmas pós-cirúrgicos e otimizando a qualidade dos resultados e satisfação por parte dos pacientes, com pequeno ônus cicatricial.

Descritores: Ritidoplastia; Remoção; Face; Cabelo.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Niterói D'or, Niterói, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

⁴ Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética.

⁵ American Society for Aesthetic Plastic Surgery.

⁶ D'honneur de La Société Française de Chirurgie Esthétique.

⁷ Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica.

■ ABSTRACT

Introduction: High implantation of the hairline by the ear is a frequent, unpleasant stigma in rhytidoplasties. To overcome this problem, we created the Peninsula technique in the mid-1999. Initially used in secondary face liftings, its indication has since been broadened, becoming indispensable in primary cases of high hair implantation and in patients requiring major skin resection. **Methods:** The total number of rhytidoplasties performed was 7,356, with 2,512 patients operated using the Peninsula technique from 1999 to 2016. Mean age was 48, 98% were females and 2% males. The technique presents three variants. **Results:** Patients were monitored on a monthly basis until discharge at the end of six months. Among the results, there were some complications, which are usual in any type of facial surgery. In the great majority of cases, with the use of the Peninsula, it was possible to obtain good skin traction, with the greater correction of the mid third, maintaining the capillary implantation line. **Conclusion:** We can conclude that the Peninsula technique is a unique resource, easily reproducible, capable of reducing the learning curve in rhytidoplasty, as it allows generous skin resection without changing capillary implantation, avoiding post-surgical stigma and optimizing the quality of the results and patient satisfaction, with a little scar burden.

Keywords: Rhytidoplasty; Lifting; Face; Hair.

INTRODUÇÃO

A ascensão do pé do cabelo é um estigma frequente e desagradável nas ritidoplastias. Para contornar esse problema, criamos a técnica da Península em meados de 1999, inicialmente utilizada nas faces secundárias. Sua indicação foi ampliada, tornando-se imprescindível nos casos primários de implantação alta do cabelo e naqueles pacientes com excessiva flacidez do terço médio da face, que necessitariam de grande ressecção de pele. Elemento de transição entre os terços cranial e médio, apresenta-se como um recurso único para permitir generosa ressecção de pele sem alterar a implantação capilar¹.

A eventual existência, em sua base, de uma cicatriz remanescente de cirurgia anterior não inviabiliza a realização da técnica da Península. As medidas sofreram alterações à proporção que fomos adquirindo experiência com a técnica, que apresenta três variantes.

Os princípios e as medidas são parecidos em quaisquer das variantes, e serão discutidos a seguir.

OBJETIVO

Demonstrar uma técnica alternativa para aplicação em ritidoplastias, em casos secundários ou primários, em que os pacientes se apresentam com pé do cabelo alto, evitando possível estigmatização.

MÉTODOS

O total de ritidoplastias realizadas foi de 7356, tendo sido operados 2512 pacientes utilizando a técnica da Península, no período que cursa entre 1999 e 2016, com idade média de 48 anos, sendo 98% dos pacientes do sexo feminino e 2% do sexo masculino.

Durante as ritidoplastias, iniciamos com uma incisão pré-capilar em região mastoide cervical, seguida de incisões retroauricular, pré-auricular (pré-tragal), e então confeccionamos a Península.

Os princípios e as medidas são parecidos em quaisquer das variantes (Figura 1). A base de marcação desta técnica começa no ponto A, a partir do qual o pé do cabelo é contornado até o ponto B, e essa distância AB oscila entre 2,5 e 3 cm. A inclinação BC, distando 5 a 8 cm entre seus pontos, seguirá o sentido de tração que se objetiva no momento de ressecção do tecido excedente. Esta medida se repete entre os pontos AC. A partir do ponto C, temos modificações dependendo do tipo de variante a ser executado¹.

Nos casos em que se objetiva correção apenas da porção lateral do terço superior da face e cauda dos supercílios, está indicada a variante Temporal da técnica, e do ponto C a marcação continua até o ponto D.

Nos casos em que se objetiva correção do terço cranial da face como um todo, abordando não somente a

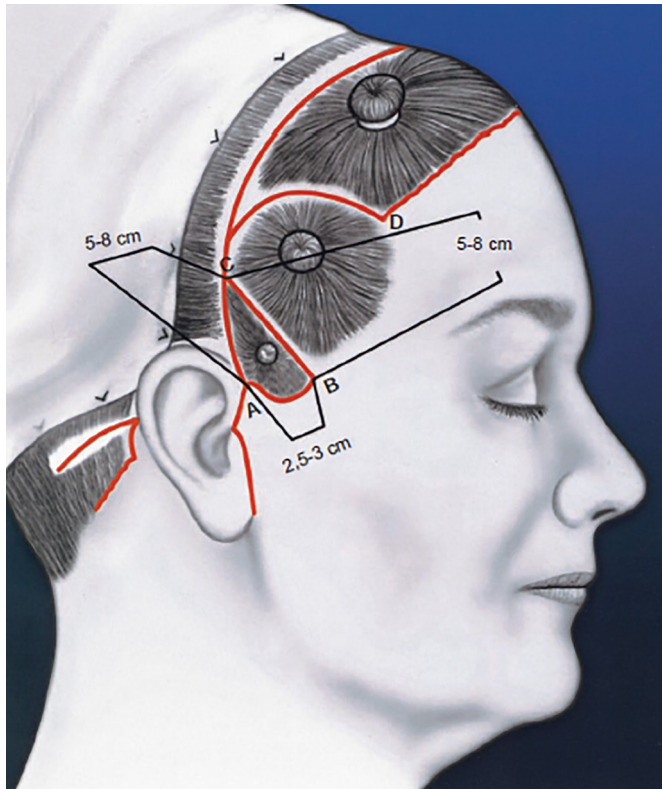


Figura 1. A península é uma parte do conjunto das incisões. Representa um importante elemento de ligação entre a região frontal e a face média. Suas medidas não são rígidas, mas devem ser mantidas dentro dos parâmetros assinalados.

cauda, como cabeça dos supercílios, além do tratamento da musculatura da região frontal, está indicada a variante Frontal, e do ponto C de um lado seguimos até o ponto C do lado contralateral.

Nos casos de pacientes que apresentam implantação capilar alta, o que seria exacerbado em caso de tração intracapilar, está indicada a realização da variante Frontal Pré-capilar. Do ponto C, a marcação segue até o ponto D e continua em zigue-zague pela linha de implantação capilar até o ponto D contralateral.

Após as incisões, seguimos com o descolamento de pele, lipectomia com tesoura, seguida de lipoaspiração fechada com cânula 3 de região de submento, lipoaspiração com cânula aberta RP5 do SMAS/platísmo, plicatura em foice anteriorizada e hemostasia. Logo após, é realizada tração com exérese do excedente cutâneo, colocação de dreno portovac número 14 e sutura. Por último, realizamos enfaixamento com acolchoados de face e crepon.

Os pacientes, enquanto internados, foram acompanhados diuturnamente por técnicas de enfermagem habilitadas para este tipo de função.

Durante a internação de 2 dias, foram retirados os pontos palpebrais (feitos com fio Seda 6.0) e a cabeça foi lavada. Os demais pontos foram retirados entre 5 e 12 dias. Os últimos foram os dos lóbulos das orelhas, que foram

protegidos com fitas de micropore por mais 15 dias. A drenagem linfática foi liberada após o quarto dia.

RESULTADOS

Os pacientes continuaram, posteriormente, em acompanhamento mensal até a alta ao final de 6 meses.

Dentre os resultados surgiram algumas complicações, tais como hematoma (mais frequentes no sexo masculino), sofrimento de pele/necrose, lesão nervosa, falha técnica, anestesia, má cicatrização, infecção, equimose residual, corpo estranho, alopecia, todos comuns a qualquer tipo de cirurgia da face, porém, nada que se comparasse com a insatisfação. Na grande maioria dos casos, com a utilização da Península, foi possível a realização de uma boa tração cutânea, com maior correção do terço médio, sem que houvesse ascensão do pé do cabelo, mantendo a linha de implantação capilar.

DISCUSSÃO

Variantes da península

Península Temporal

Indicada em cirurgias primárias e secundárias. A figura representa o desenho das medidas atuais: AB 2,5 a 3 cm; AC/CB 5 a 8 cm; CD varia em tamanho e curvatura, dependendo de se tratar de caso primário ou secundário (Figura 2). A intenção de elevar a cauda do supercílio também irá influenciar na sua orientação e dimensão^{1,2} (Figura 3).

Demonstrando a evolução da Península, a distância BA diminuiu para B`A, cuja cicatriz veio a se tornar pouco perceptível, ampliando sua indicação nos casos primários. Por outro lado, CB migrou para CB`, cuja nova inclinação se tornou mais condizente com o vetor de tração daquela área (Figura 2): o ponto B retorna para sua posição original; enérgica tração do retalho CB; o auxiliar empurra o couro cabeludo para a frente; o ponto C é o início da ancoragem; tração e marcação do retalho temporal a ser ressecado; marcação do ponto A; ressecção ampla do retalho que esta abordagem permite, sem elevar o pé do cabelo¹.

Península Frontal

Imaginar a incisão coronal indo até o ponto A. A península interfere naquela trajetória. Rotineiramente, para uma cirurgia de face completa, inicia-se pelo pescoço, pela face, península e, por último, qualquer variante da região frontal. O ponto B é enfaticamente

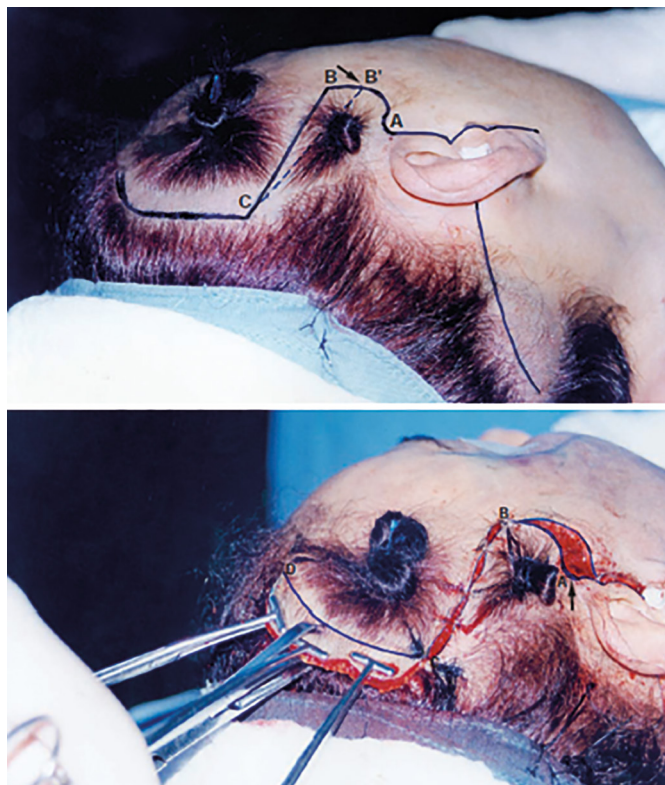


Figura 2. Imposição do ponto B.

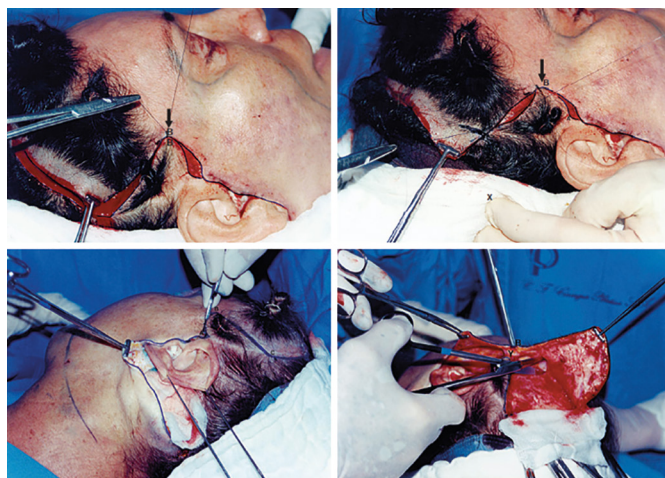


Figura 3. A empunhadura da tesoura na posição assinalada, além de facilitar, torna a dissecação mais segura.

assinalado e repetido para demonstrar sua importância para a dinâmica da técnica (Figura 4). A dissecação é subgálica acima do ponto B e superficial abaixo. Entre os dois planos de dissecação, é preservado o pedículo Y por onde passa o ramo frontal do nervo facial^{1,3-5}.

Para tração da península, é fundamental retornar o ponto B à posição original, para evitar qualquer tipo de degrau. Este ponto é o marco inicial da montagem da península. No passo seguinte, o auxiliar empurra



Figura 4. Demarcação da península frontal pré-capilar.

com vigor o couro cabeludo para a frente, enquanto, simultaneamente, o cirurgião traciona o retalho cranial para trás. Esse conjunto de manobras provoca razoável tensão, essencial para atingir o objetivo da técnica. Em prosseguimento, atua-se sobre a região frontal, terminando com o remanescente temporal¹.

Dependendo de cada caso, o componente da tração da península pode, ou não, ser antecedido pela tração cervical. O ponto A é empurrado para a frente com uma minipinça d'Assunção, criando-se, em seguida, um pequeno retalho que irá preencher esse ponto¹.

A ressecção segue uma linha harmoniosa, evitando retificação da cicatriz, o que poderia prejudicar de certa forma os princípios da técnica (Figura 5).

O ponto de fixação em A é seguido pela ressecção do retalho da península. Não deve existir tensão no segmento AB para que resulte em uma cicatriz pouco perceptível. Os pontos do lóbulo da orelha e pré-auricular são demarcados igualmente sem tensão (Figura 4).

Península Frontal Pré-Capilar

A península frontal pré-capilar mescla-se com a temporal. A incisão denteada junto à implantação capilar frontal penetra a cerca de meio centímetro dentro da linha de implantação capilar (Figura 6). A indicação típica desta cirurgia é, principalmente, em face secundária com pé do cabelo escasso, quase inexistente, envelhecimento da face com predominância em região frontal, que é ampla, decorrente, ou não, de cirurgia anterior¹.

Sequência cirúrgica: pescoço; face; península; retalho temporal, finalizando com a incisão frontal; ampla liberação do retalho com tratamento de toda a musculatura responsável pelo trincamento da pele^{1,6,7} (Figura 7); ressecção do segmento da pele; realização de sutura contínua. É fundamental o retorno do ponto B à

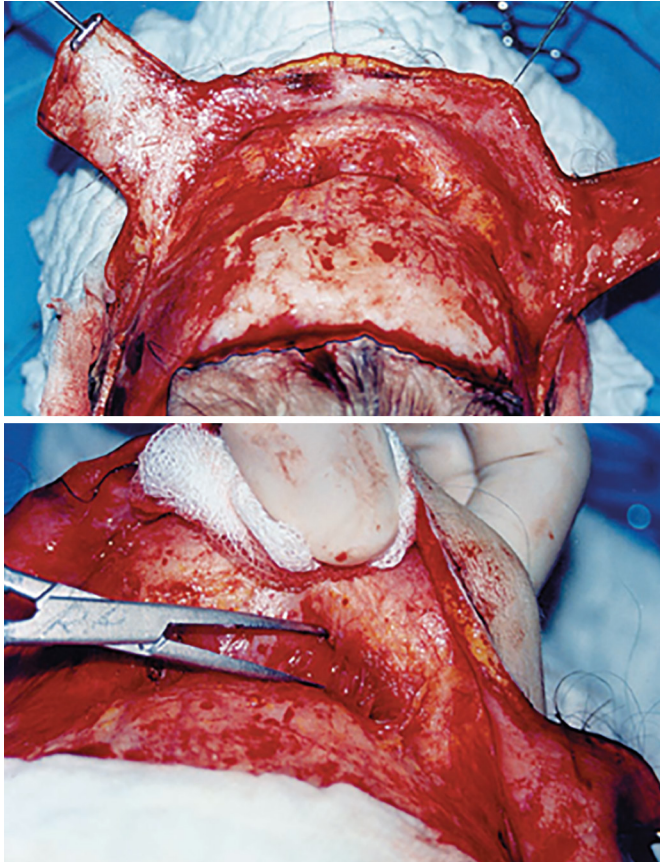


Figura 5. Ampla liberação do retalho com tratamento da musculatura frontal.



Figura 7. Pré e pós-operatório de península frontal pré-capilar. Focar na elevação lateral do supercílio e na cicatriz frontal e da península.



Figura 6. Pré e pós-operatório de península frontal.

sua posição de origem, o que já foi enfatizado, evitando degrau; marcação do ponto A da península.

Plicatura em foice anteriorizada do SMAS: na sutura são realizados, aproximadamente, 7 pontos de nylon 4.0 incolor para o ancoramento e sutura contínua com nylon 5.0.

A franja é o penteado ideal para conviver com o ônus cicatricial plenamente compensado com o resultado da técnica (Figura 8).

Demarcação da península e da incisão frontal pré-capilar (Figuras 6 e 7): observar a importância da irregularidade do zigue-zague da incisão (Figura 6).

CONCLUSÃO

Portanto, pelo exposto acima, podemos concluir que a técnica da Península é um recurso único, de fácil reprodução, capaz de reduzir a curva de aprendizado em ritidoplastias, uma vez que permite generosa ressecção de pele sem alteração da implantação capilar, evitando a necessidade de confecção de retalhos para compensação. Além disso, atua de modo a evitar estigmas pós-cirúrgicos e otimizando a qualidade dos resultados e satisfação por parte dos pacientes, com pequeno ônus cicatricial.



Figura 8. Pré e pós-operatório de península temporal.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que a eventual presença de cicatriz prévia não inviabiliza a realização da Península, e essa técnica é capaz de abranger tanto casos primários como secundários.

*Autor correspondente:

Ronaldo Pontes

Av. Epitácio Pessoa, 846 - Ipanema - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 22410-090

E-mail: ronaldopontes@terra.com.br

COLABORAÇÕES

- RP** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- GHP** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- AKRT** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- CLS** Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Pontes R. O Universo da Ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 119-46.
2. Zide BM. Surgical anatomy around the orbit. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 19-23.
3. Seckel BR. Zonas faciais de perigo: evitando a lesão de nervos em cirurgia plástica facial. 1a ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 1998.
4. Rohrich RJ, Pessa JE. Facial topography: clinical anatomy of the face. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2012. 216 p.
5. Larrabee Jr. WF, Makielski KH. Surgical anatomy of the face. New York: Raven Press; 1993.
6. Thiel W. Atlas fotográfico de anatomía práctica. Tomo II: Cabeza. Cuello. Tórax. Extremidad superior. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica. 1999.
7. Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.