



Artigo Original ●●●

Tração hemostática temporária (THT) em ritidoplastias

Temporary hemostatic traction (THT) in rhytidoplasty

JOÃO FRANCISCO DO VALLE PEREIRA¹
CONRADO LUIZ PAIS D'AVILA²
FELIPE NASCIMENTO MATEUS³

RESUMO

Introdução: Na tentativa de desacelerar o processo de envelhecimento, as cirurgias de contorno facial foram estabelecendo-se como técnicas rejuvenescedoras, sendo constantemente aprimoradas, assim como os resultados. Porém, como qualquer procedimento cirúrgico, há a possibilidade de intercorrências e a principal complicação delas é o hematoma. Descontentes com a presença desta complicação, com o uso de drenos e visando menor custo, os autores viram a necessidade de desenvolver uma nova tática cirúrgica chamada tração hemostática temporária - THT. **Métodos:** Foram incluídas neste estudo todas as ritidoplastias realizadas na Clínica Valle Pereira (Florianópolis, SC), no período compreendido entre maio de 2012 e janeiro de 2013, totalizando 64 pacientes. Todos foram submetidos à nova tática cirúrgica chamada tração hemostática temporária. **Resultados:** Apenas 2 pacientes apresentaram epidermólise com ótima evolução sob a THT, e 1 caso de edema facial generalizado. Não houve caso com hematoma, em qualquer período pós-operatório. **Conclusões:** esta nova tática cirúrgica evita o uso de drenos, diminui o espaço morto aumentando a adesão do retalho descolado e, conseqüentemente, diminui a presença de hematoma, seroma e edema pós-operatório, assim como diminui a tensão cicatricial na incisão da pele, visando aprimorar os resultados das ritidoplastias.

Descritores: Ritidoplastia; Face/Cirurgia; Hematoma.

ABSTRACT

Introduction: To slow the aging process, facial contouring surgery was developed as a rejuvenating technique, and is constantly improving, as are the results. However, as with any surgical procedure, complications are possible, the main one being hematoma. Dissatisfied with the prospect of hematoma and the use of drains, and with a goal of lower costs, the authors felt the need to develop a new surgical procedure, temporary hemostatic traction (THT). **Methods:** Sixty-four rhytidoplasties, all performed at the Valle Pereira Clinic (Florianópolis, SC, Brazil) from May 2012 to January 2013, were included in this study. All patients underwent the new THT procedure. **Results:** Only two patients developed epidermolysis with optimal evolution following THT, and one developed generalized facial edema. There were no instances of hematoma at any of the postoperative stages. **Conclusions:** This new surgical tech-

Instituição: Clínica Valle Pereira.

Artigo submetido: 5/2/2013.
Artigo aceito: 10/3/2013.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0040

1 - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Membro da Associação dos Ex-Alunos do Professor Ivo Pitanguy.
2 - Membro do Corpo Clínico da Clínica Valle Pereira.
3 - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - Membro da Associação dos Ex-Alunos do Professor Ivo Pitanguy.
4 - Membros do Corpo Clínico da Clínica Valle Pereira.
5 - Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Membros do Corpo Clínico da Clínica Valle Pereira.

nique avoids the use of drains and decreases dead space, thereby improving flap adhesion, and decreases hematoma, seroma, and postoperative edema; it also decreases tension on the incision, hence improving the results of rhytidoplasty.

Keywords: Rhytidoplasty; Facial Surgery; Hematoma.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento cronológico é demonstrado com toda sua expressão na face, região do corpo com peculiaridades sobre os intempéries do ambiente e o determinismo genético do envelhecimento¹.

Na tentativa de desacelerar o processo de envelhecimento, as cirurgias de contorno facial foram estabelecendo-se como técnicas rejuvenescedoras, dando início no século XX, e de forma evolutiva as técnicas foram constantemente aprimoradas, assim como os resultados.

Como qualquer procedimento cirúrgico, há a possibilidade de intercorrências. A principal complicação pós-operatória das ritidoplastias é o hematoma²⁻⁴, podendo ser encontrado em até 8% dos pacientes⁴⁻⁸. Sua presença pode prejudicar a recuperação pós-operatória e também limitar o resultado estético pretendido. Hematomas volumosos usualmente desenvolvem-se durante as primeiras 48 horas¹, devendo ser rapidamente tratados com possibilidade de ocasionar edema facial prolongado, epidermólise e necrose cutânea³.

Com base no princípio de prevenção, diferentes formas de solucionar o estabelecimento do hematoma foram aventadas⁷⁻¹², sendo que uma das mais utilizadas é o uso de drenos⁹. Os drenos não são isentos de riscos e complicações por sua utilização².

Outros conceitos importantes foram descritos por Baroudi e Ferreira¹², Pontes¹³ e Auersvald¹⁴. Com a intenção de reduzir o espaço morto e manter a deriva grandes descolamentos, Baroudi descreveu os pontos de adesão internos. Pontes descreveu os pontos captonados, único ou em forma de colar, em grandes descolamentos na região submentoniana. Auersvald, em seu estudo, descreveu rede hemostática de pontos contínuos e transfixantes da pele, buscando oclusão quase total do espaço operado.

OBJETIVO

Este trabalho descreve uma diferente tática cirúrgica com o intuito diminuir o espaço morto aumentando a adesão do retalho descolado e conseqüentemente diminuir a presença de hematoma, seroma e edema pós-operatório, além de evitar o uso de drenos e diminuir a tensão na incisão da pele, visando aprimorar os resultados das ritidoplastias.

MÉTODO

No período compreendido entre maio de 2012 e janeiro de 2013, 64 pacientes foram submetidas à ritidoplastias na Clínica Valle Pereira.

Todas as pacientes foram do sexo feminino, necessitando de abordagem ampla do terço médio e inferior da face, associadas ou não à blefaroplastia ou mesmo suspensão superciliar.

Em todos os pacientes foi realizada a tração hemostática temporária (THT).

Os pacientes foram avaliados na alta, no primeiro retorno de 48 horas pós-operatória e retornos semanais subsequentes, em relação à presença de hematoma, seroma, edema, definição do ângulo da mandíbula, adesão do retalho descolado, qualidade da cicatriz, infecção e necrose. Foi coletada documentação fotográfica, conforme rotina de pré-operatório, pós-operatório de 48 horas, 1 semana e 1 mês.

Todos os pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico assinaram o termo de consentimento informado padronizado no serviço.

Procedimento cirúrgico

A anestesia proposta, conforme rotina da Clínica Valle Pereira, foi combinada – local assistida, sempre na presença de anestesista em sala cirúrgica e uso obrigatório de compressores pneumáticos intermitentes com profilaxia de tromboembolismo, quando indicado, com heparina de baixo peso molecular.

A anestesia local com solução 40ml lidocaina a 1%, 310ml de soro fisiológico 0,9%, e 1 ampola de adrenalina (1:350.000) no volume aproximado de 150ml por hemiface.

As ritidoplastias seguiram os padrões pré-estabelecidos pela equipe, com incisões temporais intrapilosas ou pré-pilosas de acordo com cada caso, pré-tragais e pré-pilosas curtas na porção posterior. O descolamento dos retalhos com tesoura de Metzenbaum em plano subcutâneo único, de forma ampla. Hemostasia rigorosa. Tratamento do sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) com plicatura no sentido tragus-tubérculo de Darwin e plicatura lateral do músculo platisma com fio de monocryl 4.0. Segue-se com Tração Hemostática Temporária, ressecção dos retalhos e síntese.

Tração Hemostática Temporária

1. Tração e reposicionamento do retalho no sentido tragus-tubérculo de Darwin na região temporal e pré-auricular, porém mais verticalizado na região retro auricular.

2. Mantendo a mesma tração, faz-se a marcação com azul de metileno da linha THT. Esta inicia na região retro auricular descrevendo um arco em direção à região pré-temporal, percorrendo um trajeto equidistante das linhas de provável ressecção do retalho e a linha que demarca o final da área de descolamento. (Figura 1).



Figura 1. Linha THT

a) Inicia-se transfixando a pele (introduzindo a agulha no sentido pele – tecido celular subcutâneo) e em seguida pinça-se o plano profundo. Após isso, retorna-se a agulha para a pele, exteriorizando-a. (Figura 2)

b) Repete-se este processo sob a linha da THT demarcada, avançando a agulha de 2 em 2 cm (Figura 3)

c) É importante ressaltar que esta sutura é realizada sob visualização direta do trajeto percorrido pela agulha.

d) A linha da THT demarcada na pele descreve um arco de raio maior do que a linha do arco no plano profundo.

e) Ao final da sutura tracionam-se as extremidades do fio.

f) A tração do fio determina um avanço do retalho, que é igual à diferença do raio dos arcos (superficial e profundo), correspondendo à quantidade de pele a ser ressecada.

3. Com a marcação realizada, faz-se a THT realizando uma sutura contínua e transfixante com mononylon 2-0.

4. Tracionam-se as extremidades do fio da THT para coaptação e avanço do retalho descolado. (Figuras 4).

5. Mantendo tração adequada, faz-se dois pontos captados sob anteparo de silicone nas regiões retro auricular e temporal.

6. Refaz-se a tração e confere-se a marcação de ressecção de pele.

7. Resseca-se a pele necessária e realiza-se a síntese dos tecidos com fio de monocryl 4.0 com pontos intradérmicos. Curativos realizados com gazes, chumaço e enfaixamento tipo capacete finalizam o procedimento.

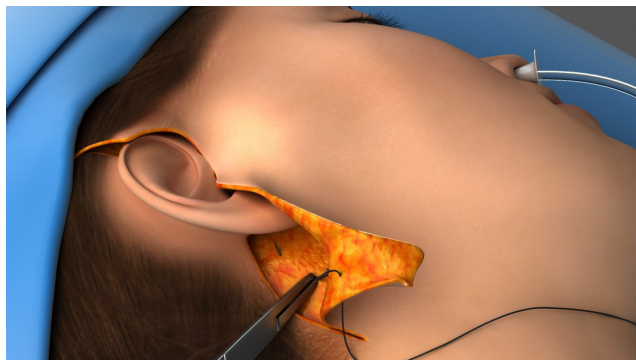


Figura 2. Início da realização do THT.

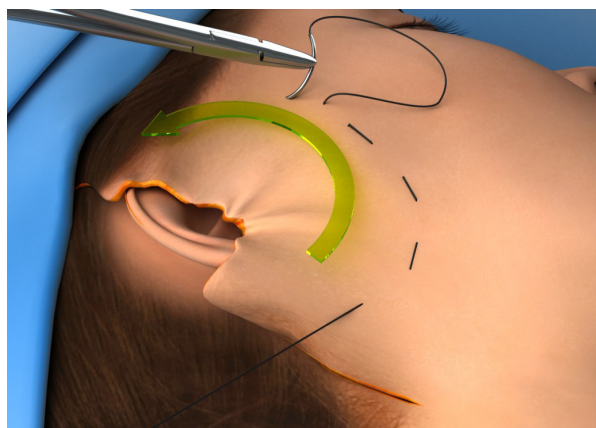


Figura 3. Término da realização do THT

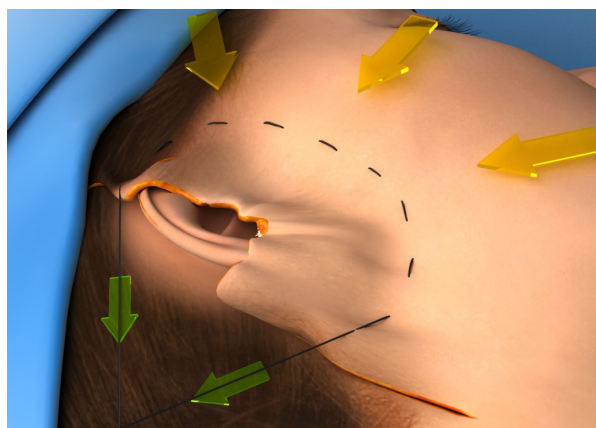


Figura 4. Sentido da tração após THT finalizado

xamento tipo capacete finalizam o procedimento. Assim como, compressas frias nas pálpebras, quando submetidas à procedimento, são realizadas de forma intermitente e mantidas durante 24 horas subsequentes.

RESULTADOS

Todas as 64 pacientes selecionadas foram incluídas no estudo.

Em dois pacientes foi necessário incisão temporal pré-pilosa, sendo intra pilosa nas 62 restantes.

Blefaroplastias foram realizadas em 61 pacientes, e outras 5 pacientes necessitaram de suspensão superciliar pelas técnicas de McCord² e Castanhães³.

Todas apresentaram boa recuperação pós-operatória, porém, 1 paciente necessitou permanecer na clínica durante o período noturno, com alta hospitalar realizada na manhã seguinte.

Nas avaliações pós-operatórias de 48h, não foram encontradas intercorrências como hematoma, seroma, infecção ou necrose. A presença de edema ocorreu em apenas 1 caso, de forma moderado, porém em toda face e pescoço. Nas de-

mais 63 pacientes, apenas edema leve.

Em todas as pacientes houve excelente adesão de todo o retalho descolado e cicatrização das incisões, assim como rápida definição do ângulo da mandíbula nos 63 dos 64 casos.

Todos os pontos captados foram retirados em 48 horas de pós-operatório, com 2 pacientes apresentando leve epidermólise na região destes pontos.

Na mesma ocasião foram retirados os fios de mononylon 2.0 da tração hemostática temporária, sempre, se cortando primeiro as alças externas do fio e a seguir retirando-os um a um, evitando tração excessiva na retirada do mesmo. Em 1 paciente houve, também, epidermólise da pele abaixo das alças do fio mononylon 2.0.

No sétimo dia pós-operatório, todas as pacientes apresentaram boa recuperação, com ausência de hematoma, seroma, infecção ou necrose. Observou-se, excelente adesão do retalho descolado, bom aspecto cicatricial das incisões e definição do ângulo da mandíbula, presente em todos os casos. A epidermólise, presente sob os pontos captados (1 e 2) em 2 pacientes, apresentou boa evolução, da mesma forma que a epidermólise, na tração hemostática temporária de 1 paciente.

Todas as pacientes apresentaram ótima evolução nas avaliações pós-operatórias subsequentes. Resultados pós-operatórios antes e após a retirada da tração hemostática temporária (THT) – Figuras 5, 6 e 7.



Figura 5. Resultado antes da retirada do THT (48h)



Figura 6. Resultado após retirada do THT (48h)



Figura 7. Pré e pós-operatório.

DISCUSSÃO

O hematoma e suas conseqüências nas ritidoplastias continuam sendo um tormento para os cirurgiões plásticos. Por este motivo, buscamos acompanhar e fazer uso de táticas cirúrgicas que possam prevenir a formação de um hematoma.

A utilização rotineira de drenos já foi preconizada por muitos autores. Tanto drenos laminares quanto drenos a vácuo são empregados até hoje na prevenção de hematomas, porém não são idôneos de riscos e complicações². Além disso, envolvem custos adicionais e necessidade de cuidado especial pelo paciente.

Pontes, em seu trabalho, descreveu os pontos captados na região submentoniana, único ou em forma de colar e, importantes para manter o reajuste de pele que tenha sofrido grande mobilização na região submentoniana, visando mais adesão do retalho descolado e diminuição do espaço morto. Estes pontos são protegidos para evitar trauma da pele e mantidos por 5 a 7 dias.¹³

Auersvald, recentemente, descreveu a rede hemostática de pontos contínuos e transfixantes da pele buscando oclusão, quase total, do espaço operado, eficaz na prevenção de hematomas. É uma tática de baixo custo, porém mais extensa e trabalhosa.

Existem, ainda, alternativas eficazes, porém caem em desuso devido ao custo elevado, disponibilidade restrita ou dificuldade de adaptação do paciente, tais como: colas de fibrina, plasma rico em plaquetas, máscara de compressão facial.^{8,10,11}

Baroudi descreveu, de forma efetiva, pontos de adesão internos, que diminuem o espaço morto e, conseqüentemente, minimizam complicações intrínsecas¹². Estes pontos, primariamente descritos para evitar a ocorrência de seroma, abriram um

leque de possibilidades técnicas seguindo o mesmo conceito. No entanto sua realização nas ritidoplastias é limitada devido à espessura do retalho. Recentemente, vimos o uso de colas de fibrina e plasma rico em plaquetas, com resultados bons, porém com custo elevado.

A tração hemostática temporária, com o chuleio de contenção e os pontos captados 1 e 2 devem ser feitos sob visualização direta.

Como objetivos principais, proporcionam a diminuição do espaço morto e tração do retalho sobre o smas/platisma; desta forma, descarrega a tensão exclusiva da linha de incisão de pele, não sendo necessários pontos externos na pele.

Determinamos, arbitrariamente, a retirada completa da THT com 48 horas. Consideramos que este é o tempo mínimo do processo cicatricial, em que ainda não houve epiteliização do trajeto dos fios, ou seja, baixa probabilidade de advir as temidas discromias de pele, e ainda, por ser o momento do processo de coagulação no qual o risco de sangramento é desprezível.

Esta nova tática cirúrgica mostrou-se eficaz em relação à diminuição do espaço morto e diminuição da tensão cicatricial, haja vista a diminuição da incidência de hematoma (0%), seroma (0%) e o excelente padrão estético cicatricial, quando comparado com a literatura^{1-7,9,11}.

Outros benefícios secundários, mas não menos importantes foram encontrados como maior adesão do retalho descolado, diminuição do edema pós-operatório e a rápida definição do ângulo da mandíbula.

Mostrou-se uma estratégia de execução rápida (5 minutos por lado), eficaz e de fácil reprodutibilidade, além de um baixo custo para realização (um equipo de soro e 2 fios de mononylon 2.0), tornando dispensável o uso de drenos, em nossa opinião.

CONCLUSÃO

A tração hemostática temporária é uma nova tática cirúrgica que evita o uso de drenos, diminui o espaço morto

aumentando a adesão do retalho descolado e, consequentemente, diminui a presença de hematoma, seroma e edema pós-operatório, assim como diminui a tensão cicatricial na incisão da pele, visando aprimorar os resultados das ritidoplastias.

REFERÊNCIAS

1. Carreirão S, Cardim V, Goldenberg D, editores. Cirurgia plástica. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. São Paulo: Atheneu; 2005. p.621-45.
2. Baker TJ. Complications of rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1967;40: 31-9.
3. Rees TD, Lee YC, Coburn RJ. Expanding hematoma after rhytidectomy: a retrospective study. *Plast Reconstr Surg*. 1973; 51: 149-53.
4. Jones, BM. Facelifting: an initial eight year experience. *Br J Plast Surg*. 1995; 48: 203-11.
5. Leist FD, Masson JK, Erich JB. A review of 324 rhytidectomy emphasizing complications and patient dissatisfaction. *Plast Reconstr Surg*. 1977; 59:525-9.
6. Jones BM, Grover R. Reducing complications in cervicofacial rhytidectomy by tumescent infiltration: a comparative trial evaluating 678 consecutive face lifts. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113(1):398-403.
7. Rees TD, Barone CM, Valauri FA, Ginsberg GD, Nolan WB III. Hematomas Requiring surgical evacuation following face lift surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1994; 93: 1185-90.
8. Marchac D, Sandor. Face lifts and sprayed fibrin glue: an outcome analysis of 200 patients. *Br J Plast Surg*. 1994; 47: 306-9.
9. Jones BM, Grover R, Hamilton S. The efficacy of surgical drainage in cervicofacial rhytidectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(1):263-70.
10. Kamer FM, Nguyen DB. Experience with fibrin glue in rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(4):1045-51.
11. Por YC, Shi L, Samuel M, Song C, Yeow VK. Use of tissue sealants in face-lifts: a metanalysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2009;33(3):336-9.
12. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J*. 1998;18(6):439-41.
13. Pontes R. O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p.358.
14. Auersvald. Rede hemostática: uma alternativa para a prevenção de hematoma em ritidoplastia. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2012; 27(1).

Autor correspondente:

João Francisco do Valle Pereira

Avenida Osvaldo Rodrigues Cabral, 1570 - Ático, Beiramar Norte - Florianópolis - SC - CEP: 88015-710

Telefone de contato: (48) 32252299

E-mail: xanico@vallepereira.com