



Ritidoplastia videoassistida do terço inferior da face: corset videoendoscópico

Endoscopically assisted rhytidoplasty of the lower third of the face: videoendoscopic corset

RONALDO RIGHESSE^{1*}
EDUARDO MAINIERI CHEM²
RAFAEL NETTO¹
ANNA LUIZA MELO MARTINS³
NIANDRA SARTORI⁴

Instituição: Trabalho realizado no Centro de Cirurgia Plástica Dr. Ronaldo Righesso – Hospital Tacchini, Bento Gonçalves, RS, Brasil.

Artigo submetido: 12/05/2014.
Artigo aceito: 03/08/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0063

RESUMO

Introdução: Após um período em que a controvérsia em cirurgias faciais teve como foco a abordagem ao SMAS, atualmente se persegue a melhora do contorno cervical. Descolamentos maiores, como os praticados pelo acesso submentoniano, podem aprimorar os resultados, entretanto acarretam aumento das complicações, sobretudo de hematomas, desencorajando seu emprego. No intuito de minimizar estes riscos, propõe-se o uso adjuvante do videoendoscópio durante a realização de cervicoplastias, segundo a Técnica de Feldman. As adaptações necessárias para a realização do procedimento são detalhadas. **Método:** Estudo retrospectivo de 16 pacientes submetidos a procedimento cirúrgico nos últimos 12 meses, sequencialmente, de acordo com a técnica apresentada. Os resultados foram graduados pelo autor principal (RR) e por três cirurgiões plásticos independentes (EC, RN, AM), sem que estes conhecessem detalhes da técnica empregada. Os fotogramas pré e pós-operatórios de seis meses foram avaliados e pontuados conforme os parâmetros definidos por Ellenbogen & Karlin, gerando notas 'de 0 a 10', que foram aplicadas à Grade de Labbé. **Resultados:** A média geral do grupo foi 8,29, escore ótimo, segundo a Escala de Labbé. Em dez casos (62,5%), atingiu-se resultado ótimo (8-10 pontos); cinco casos (31,25%), bom (6-7 pontos), e apenas um caso (6,25%), escore abaixo de 6 pontos, classificado como mediano. Não houve ocorrência de hematomas, aderências cutâneas ou recidiva das bandas platismiais. **Conclusão:** A técnica apresentada parece propiciar resultados adequados, sem aumento das complicações. Adicionalmente, possibilita uma cicatriz submentoniana de menor extensão, além da visualização magnificada e direta de todas as estruturas abordadas, por todos os membros da equipe.

Descritores: Ritidoplastia/métodos; Face/cirurgia; Hematoma/prevenção & controle.

¹Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Bento Gonçalves, RS, Brasil.

²Mestre em Medicina, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Porto Alegre, RS, Brasil.

³Médica Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Aspirante em treinamento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Médica Residente do Serviço de Cirurgia do Dr. Farid Hakme, Hospital da Plástica-UNIG/RJ, Aspirante em treinamento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: In contemporary facial surgery, the focus of controversy has shifted from superficial muscular aponeurotic system approaches, to methods by which to improve the neck contour. Larger detachments, such as those resulting from the use of submental access, can provide better outcomes. However, the associated potential for increased complication rates, particularly hematomas, discourages the practice of such detachments. In order to minimize these risks, we propose the use of videoendoscopic assistance during cervicoplasty procedures, such as Feldman's method. The adjustments required to carry out this procedure are described in this study. **Method:** This retrospective study included 16 patients, who were sequentially submitted to a surgical procedure in the preceding 12 months, using the technique described above. The results were scored by the main author (RR) and 3 independent plastics surgeons (EC, RN, AM), who were unaware of the details of the technique used. Preoperative and 6-month postoperative photographs were evaluated and scored according to the parameters defined by Ellenbogen and Karlin, with values ranging from 0–10 subsequently applied to the grading system of Labbé. **Results:** The group average postoperative score was 8.29, the optimal grade according to the scale of Labbé. An optimal outcome (8–10 points) was reached in 10 cases (62.5%); a good outcome (6–7 points) was reached in 5 cases (31.25%); a score below 6, rated as average, occurred in only one case (6.25%). There was no occurrence of hematomas, skin adhesions or recurrent platysmal bands. **Conclusion:** The proposed technique appears to provide satisfactory results without increasing the rate of complications. Moreover, use of the technique was associated with less extended submental scar, in addition to improving the direct view of the structures manipulated for all members of the surgical team.

Keywords: Rhytidoplasty/Methods; Face/Surgery; Hematoma/Prevention and Control.

INTRODUÇÃO

Em decorrência de um sangramento de difícil controle durante a realização de uma cervicoplastia, segundo a Técnica de Feldman^{1,2}, foi utilizado o videoendoscópio, no intuito de realizar a hemostasia dos vasos sangrantes, propiciando pronta resolução do problema. A partir de então, o uso adjuvante do videoendoscópio passou a ser rotina nos procedimentos em que a abordagem da linha média cervical estivesse programada, uma vez que maiores descolamentos podem acarretar o aumento das complicações, sobretudo dos hematomas. Progressivamente, foram incorporadas modificações na técnica clássica, originando o que denominamos “corset videoendoscópico”, em referência à técnica original¹.

O presente estudo é a experiência inicial do autor e descreve esta possibilidade cirúrgica empregada em 16 casos realizados nos últimos 12 meses e acompanhamento mínimo de seis meses. A análise inicial mostra resultados semelhantes à técnica padrão; no entanto, o número de complicações, sobretudo a presença de aderências cutâneas e hematoma, parece ser reduzido, uma vez que não ocorreram no grupo em análise. Adicionalmente, o uso do videoendoscópio permite uma incisão submental de menor extensão e possibilita uma visão magnificada a todos os membros da equipe.

OBJETIVO

Demonstrar a possibilidade de realização da platismoplastia com o uso do videoendoscópio, assim como de criteriosa hemostasia de vasos durante os procedimentos de cervicoplastia com abordagem da linha média cervical, principalmente após grandes descolamentos, utilizando-se uma incisão submental de menor extensão e com menos complicações em relação à técnica padrão.

MÉTODO

Estudo retrospectivo de 16 pacientes, com alterações cervicais Grau IV de McKinney³ (Tabela 1), submetidos à ritidoplastia cérvico-facial pelo autor principal (RR), com o uso adjuvante do videoendoscópio no tratamento da região cervical, conforme técnica a seguir descrita. Os pacientes foram submetidos

Tabela 1. Classificação de McKinney³ das bandas platismais.

Grau	Características
I	Bandas platismais pouco visíveis
II	Bandas platismais moderadamente visíveis
III	Bandas platismais muito visíveis
IV	Bandas platismais muito visíveis com flacidez cutânea excessiva

ao procedimento cirúrgico sequencialmente e acompanhados por período mínimo de seis meses. Os dados deste grupo foram compilados em protocolo específico, posteriormente analisados e confrontados com a literatura.

Para avaliação da eficácia cirúrgica em promover o rejuvenescimento facial, o autor principal (RR), dois cirurgiões plásticos (EC e RN) e uma médica residente em cirurgia plástica (AM) utilizaram os critérios de Ellenbogen & Karlin⁴, pontuando cada paciente nos cinco parâmetros:

- 1) Definição do bordo inferior mandibular – 0 a 4 pontos
- 2) Depressão sub-hioidea – 0 a 1 ponto
- 3) Visualização da protuberância da cartilagem tireoide – 0 a 1 ponto
- 4) Borda anterior do esternocleidomastoideo visível – 0 a 3 pontos
- 5) Ângulo cérvico-mentoniano entre 105 e 120° – 0 a 1 ponto

A partir da soma dos escores, que podem totalizar 10 pontos, gradua-se o resultado, segundo Labbé et al.⁵:

- Ótimo 8-10 pontos
- Bom 6-7 pontos
- Mediano 5 pontos

A análise e a pontuação foram realizadas de maneira independente, através da observação dos registros fotográficos, comparando-se fotos pré-operatórias com fotos de seis meses pós-cirurgia. Os fotogramas foram captados de maneira padrão, sendo utilizadas imagens em vista frontal, perfil direito e perfil esquerdo. Os avaliadores, exceto o autor principal (RR), não tinham conhecimento dos detalhes cirúrgicos empregados, sabiam apenas que os pacientes haviam sido submetidos à ritidoplastia cérvico-facial pelo autor principal.

Procedimento cirúrgico

De maneira pré-operatória, todos os pacientes realizaram análises clínicas e avaliação cardiológica. Medicamentos anti-hipertensivos foram mantidas até o dia da cirurgia e reiniciadas tão logo possível. Todos os pacientes foram orientados a suspender, 15 dias antes da cirurgia, medicações que pudessem acarretar maior sangramento.

A anestesia foi realizada pelo mesmo médico anestesista nos 16 casos; a técnica preferencial foi anestesia local associada à sedação endovenosa com dexmedetomidina em bomba de infusão e doses adicionais de fentanil e midazolam em bolos. Durante a indução anestésica, foram utilizadas cefazolina na dose de 1g e dexametazona 10 mg, endovenosas.

Inicia-se com o planejamento da incisão submentoniana. Com o paciente sentado, simula-se a tração pósterio-superior em cada lado da face. A incisão deverá estar oculta na sombra mandibular, paralela à prega submental, 0,5 cm caudalmente,

como uma linha levemente arqueada posteriormente, de aproximadamente 2 a 2,5 cm de extensão^{1,2,6}.

Com o paciente em decúbito dorsal e dorso levemente elevado, o campo operatório é preparado. Para a infiltração anestésica, elabora-se uma primeira solução, denominada “solução anestésica”, obtida com 320 mL de soro fisiológico 0,9%, 60 mL de lidocaína 1% e 20 mL de ropivacaína 7,5 mg/mL. Para um efeito vasoconstritivo, 1 mg de adrenalina é adicionado. Uma segunda solução, denominada “solução tumescente”, é preparada com 400 mL de ringer lactato e uma ampola de adrenalina (1 mg). Cada hemiface receberá cerca de 160 mL e a região cervical central, aproximadamente 80 mL da solução anestésica. Adicionalmente, cada hemiface e a região cervical receberão cerca de 100 mL da solução tumescente. Para a infiltração, utiliza-se um abocath® 18 G. Uma vez infiltrada a região, é necessário aguardar cerca de dez minutos para se atingir o efeito vasoconstrictor. Neste ínterim, realiza-se sondagem vesical, quando há previsão de cirurgia com duração acima de quatro horas.

A incisão pré-auricular geralmente será disposta pré-tragal e pré-capilar superiormente, contornando a orelha inferiormente. Na região retroauricular, segue o sulco retroauricular e se estende cranialmente por cerca de três quartos da extensão da orelha. Quando há a necessidade de ressecção cutânea, a cicatriz então se prolonga horizontalmente, de maneira descendente por 4 a 5 cm⁶⁻⁸.

Após a infiltração, realiza-se o descolamento inicial com uma cânula de ponta romba, sem realizar qualquer lipoaspiração. A seguir, procede-se à incisão cutânea com bisturi lâmina 15 e dissecação em plano supra-SMAS (SMAS, do inglês *superficial musculoaponeurotic system*) por cerca de 5 cm, no perímetro auricular.

Concluída a elevação bilateral do retalho da face em plano subcutâneo, aborda-se a região cervical. Uma incisão de cerca de 0,3 cm de extensão, 0,5 cm cranialmente à prega mentoniana, permite o descolamento em plano subdérmico, mediante o emprego da mesma cânula romba, previamente utilizada na face. A seguir, realiza-se a incisão submentoniana, conforme marcação prévia. A partir da incisão, uma Tesoura de Metzenbaum, com sua curvatura direcionada para a profundidade, eleva um retalho acima do músculo platisma, resultando um triângulo de base superior, que tem como limites: superiormente, a linha inferior da mandíbula; lateralmente, a borda anterior do músculo esternocleidomastoideo e, inferiormente, estende-se até cerca de 3 cm do manúbrio esternal. A dissecação também será realizada cranialmente à incisão submentoniana. É importante que o retalho contenha uma moderada camada de gordura subcutânea, o suficiente para prevenir aderências ou irregularidades subsequentes^{1-3,7}.

Finda a etapa inicial de dissecação, o auxiliar posiciona um Afastador tipo Senn-Miller, com o lado das garras fixo à mandíbula, tracionando-o

posteriormente, no intuito de manter a extensão cervical. Pontos cutâneos de tração ou Ganchos de Gilles poderão auxiliar na ampliação da cavidade ótica (Figura 1). O cirurgião introduz o conjunto do videoendoscópio e, a partir de então, passa a observar a imagem captada projetada no monitor (Figura 2). A seguir, liberam-se possíveis aderências residuais do retalho cutâneo ao platisma com tesoura. Concluída a liberação, o auxiliar empunha o vídeo; o cirurgião, agora com as mãos livres, utiliza uma pinça anatômica de 20 cm e uma tesoura longa, e resseca a gordura excidente localizada superficialmente ao platisma e centralmente, até que se obtenha a visualização perfeita dos bordos platismais. Os bordos serão liberados aproximadamente 1 a 2 cm, quando se realizará a ressecção da gordura subplatismal, de maneira conservadora⁹ (Figura 3). A seguir, mediante tração medial destes bordos (Figura 4), efetuam-se a aproximação e a sutura, uma a outra, promovendo a sua invaginação e não apenas a simples aproximação dos bordos^{1,2}. Tal sutura deverá ser realizada em plano duplo ou triplo, com fio PDS (polidioxanona) 3-0 ou 4-0 (Ethicon, referência PDP496, São José dos Campos-SP, Brasil), estendendo-se desde a região submentoniana até aproximadamente 3 cm do manúbrio esternal. O aspecto do músculo platisma, agora fusionado (Figura 5), lembra um espartilho, daí a referência ao termo “corset”^{1,2}. O uso de uma agulha



Figura 1. Detalhe da tração mandibular com Senn-Miller e pontos adicionais cutâneos. As marcas em azul demonstram a área a ser dissecada. As linhas descendentes em vermelho orientam a posição das bandas centrais. Observar a extensão da cicatriz submentoniana com cerca de 2 cm.

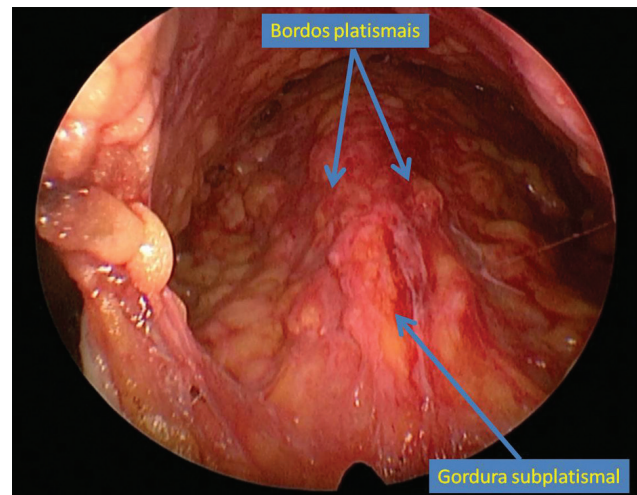


Figura 2. Aspecto videoendoscópico da região cervical com setas indicando os bordos platismais e a gordura subplatismal.

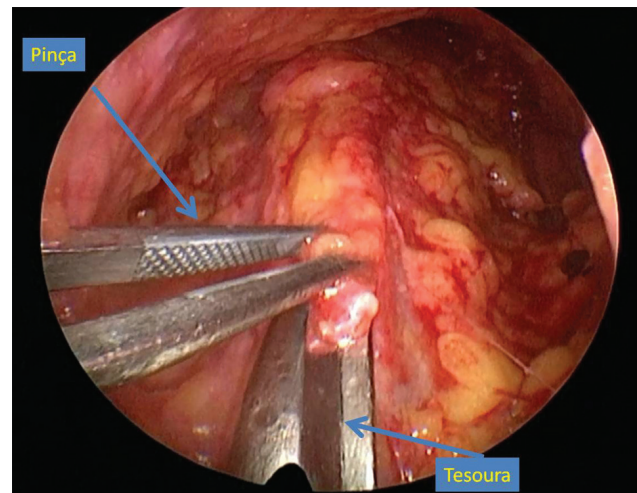


Figura 3. Visualização endoscópica do momento da retirada da gordura subplatismal, a qual se encontra apreendida pela pinça anatômica.

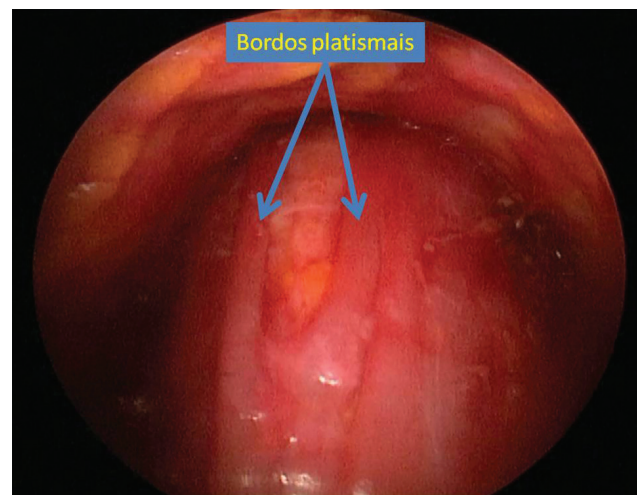


Figura 4. Aspecto videoendoscópico dos bordos platismais antes da sutura.

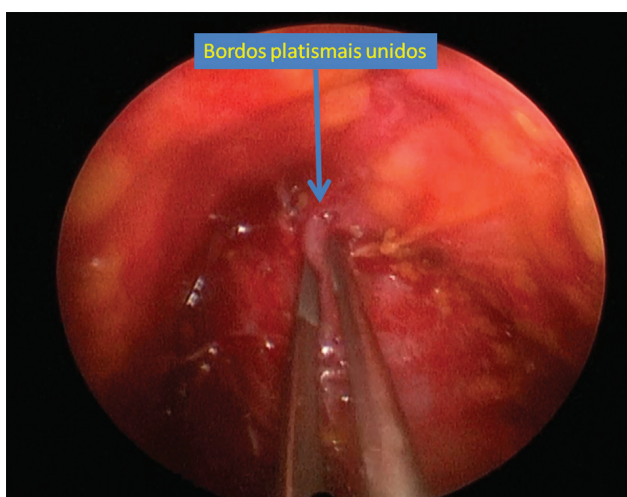


Figura 5. Aspecto do platisma ao final da sutura.

de montar de 12 mm de comprimento, três oitavos de circunferência, ponta triangular e um porta-agulhas longo, Mayo-Hegar, de 20 cm de comprimento, facilita a execução. Finaliza-se a região cervical mediante revisão hemostática e sutura da pele.

Concluída a região cervical, o retalho do SMAS será plicado na porção superior da face descolada, de acordo com a necessidade individual⁶⁻⁸. Inferiormente, realizam-se 2 a 3 pontos duplos, com fio mononáilon 3-0 (Ethicon, mononáilon ethilon, São José dos Campos-SP, Brasil), na margem lateral do platisma, fixando-os à mastoide^{3,5,10}.

Após o tratamento das estruturas profundas, efetua-se a tração cutânea e sua ressecção. Os pontos referenciais da região auricular superior e da região occipital ancoram o retalho cutâneo e a pele excedente é então removida, com mínima tensão^{6,8}. A ancoragem profunda do retalho cutâneo ao ligamento aurículo-platimal, na região do lóbulo, com fio monocryl (poliglecaprone) 4-0 (Ethicon, referência Y426, São José dos Campos-SP, Brasil), evita a distorção do mesmo^{6,10}. Na região anterior, o vetor de tração é disposto de maneira oblíqua ascendente, enquanto, na região posterior, segue a direção da linha mandibular^{8,11}. Rotineiramente, não é usado qualquer tipo de dreno ou curativo. A sutura da pele é realizada com mononáilon 5-0 incolor e 4-0 na região posterior (Ethicon, mononáilon ethilon, São José dos Campos-SP, Brasil).

Usualmente, realiza-se uma hemostasia meticulosa, empregando o chamado *second-look*, popularizado por Baker e Gordon¹². Cerca de 30 minutos antes da conclusão do ato cirúrgico, administra-se uma ampola de 1 mL de clonidina (150 µg/mL), endovenosa, no intuito de promover estabilização hemodinâmica e reduzir níveis plasmáticos de catecolaminas¹².

Concluído o ato cirúrgico, os pacientes são encaminhados para a sala de recuperação anestésica, onde permanecerão sob monitorização contínua da pressão arterial. Decorridas cerca de 12 horas, após

avaliação pelo cirurgião e anesthesiologista, recebem alta hospitalar. Eventualmente, poderão permanecer por período de 24 horas.

Materiais especiais

Para a correta execução da técnica proposta, alguns materiais tornam-se necessários. Praticamente, serão os mesmos empregados em cirurgias videoassistidas do andar superior e médio da face: endoscópio de 30°, 18 cm de comprimento e 3 mm de largura (Figura 6); afastador de Ramirez® (Karl Storz) com empunhadura (Figura 6), que tem como vantagem manter a cavidade ótica, além de permitir o avanço e o recuo da câmera. Eventualmente, Ganchos de Gilles ou pontos externos poderão ser utilizados para tração adicional e elevação da pele, obtendo-se uma visão global da região.

Ao utilizarmos o recurso da videoendoscopia, a coagulação das estruturas será realizada mediante o emprego de cauterio bipolar (Cirúrgica Montserrat, São Paulo-SP, Brasil) dotado de aspiração em uma de suas lâminas (Figura 7), evitando que a fumaça aspirada acarrete o embaçamento da câmera. Nos casos em que a dissecação cervical comunica-se com a dissecação das hemifaces, um aspirador cirúrgico longo pode ser introduzido a partir da incisão pré-auricular, auxiliando na remoção da fumaça, sem ocluir o campo cirúrgico, algo que ocorre quando se utilizam aspiradores a partir da incisão submentoniana.

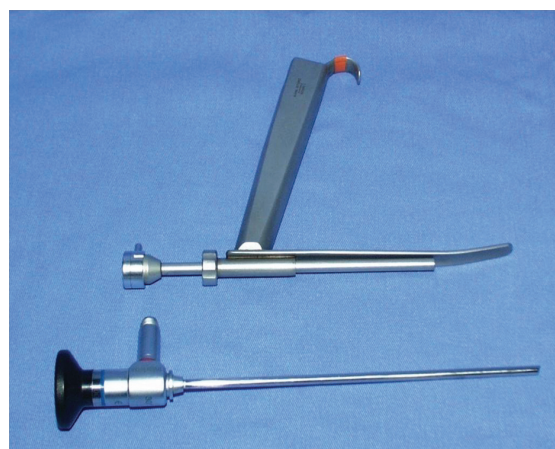


Figura 6. Endoscópio e afastador.



Figura 7. Eletrocauterio bipolar com sistema de aspiração acoplado.

Devido à incisão de menor extensão, o uso de agulha de menor comprimento e menor curvatura facilita a sutura platismal. Recomenda-se agulha de montar cortante, três oitavos de circunferência, com 12 a 15 mm de comprimento.

RESULTADOS

A idade média do grupo foi de 58,6 anos, variando de 51 a 68 anos. Quanto ao sexo, 15 pacientes do sexo feminino e apenas um masculino. Quanto à etnia, 100% dos pacientes, caucasianos. Das comorbidades encontradas, a hipertensão arterial, controlada com medicações, esteve presente em 11 casos (68,75%).

Em relação à melhora estética (Figuras 8 a 13), a Tabela 2 demonstra os escores obtidos em cada parâmetro segundo a análise dos avaliadores. A média geral do grupo foi 8,29, escore ótimo, segundo a Escala de Labbé et al.⁵. Os resultados compreenderam dez pacientes (62,5%) com escore ótimo e cinco (31,25%), como bom. Apenas um caso (6,25%) recebeu escore inferior a 6 pontos e um paciente (6,25%) obteve escore máximo. No paciente de menor pontuação, as alterações cervicais estavam exacerbadas pela presença de uma lipomatose à esquerda, a qual foi removida integralmente, sendo o auxílio do videoendoscópio fundamental.

Nenhum paciente apresentou recidiva das bandas platismais decorridos seis meses pós-operatórios.

Ao compararmos os escores dos avaliadores, o ideal seria uma similaridade nos resultados, originando uma menor amplitude de pontuação (Figura 14).

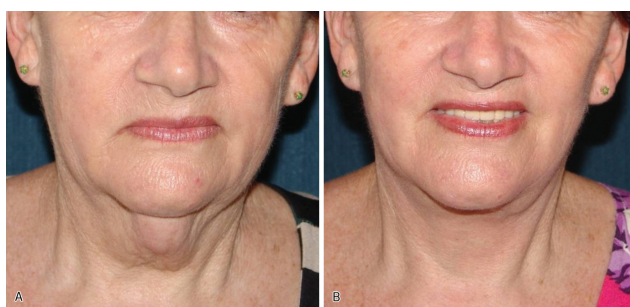


Figura 8. Caso 14: Em (A), vista frontal pré-operatória. Em (B), vista frontal aos seis meses pós-operatórios.



Figura 9. Caso 14: Em (A), perfil direito pré-operatório. Em (B), perfil direito aos seis meses pós-operatórios.

Entretanto, grande variação dos escores pode ser verificada em alguns casos, o que é aceitável ao se avaliarem resultados em cirurgias estéticas^{11,13}.

Não houve grande variação dos resultados de acordo com a faixa etária, quando comparadas as



Figura 10. Caso 14: Em (A), perfil esquerdo pré-operatório. Em (B), perfil esquerdo aos seis meses pós-operatórios.



Figura 11. Caso 16: Em (A), vista frontal pré-operatório. Em (B), vista frontal aos seis meses pós-operatórios.



Figura 12. Caso 16: Em (A), perfil direito pré-operatório. Em (B), perfil direito aos seis meses pós-operatórios.



Figura 13. Caso 16: Em (A), perfil esquerdo pré-operatório. Em (B), perfil esquerdo aos seis meses pós-operatórios.

Tabela 2. Escores dos Parâmetros de Ellebogen e Karlin⁴ atribuídos pelos avaliadores, em cada caso. As iniciais no interior das colunas dos parâmetros indicam as notas atribuídas por avaliador no referido parâmetro (AM - Anna Martins, EC - Eduardo M. Chem, RN - Rafael Netto, RR - Ronaldo Righesso); em vermelho, a soma dos escores por avaliador. A última coluna representa a média final de cada caso.

Caso	Idade	Parâmetro 1				Parâmetro 2				Parâmetro 3				Parâmetro 4				Parâmetro 5				Total				Média
		AM	EC	RN	RR	AM	EC	RN	RR	AM	EC	RN	RR	AM	EC	RN	RR	AM	EC	RN	RR	AM	EC	RN	RR	
1	59	2	4	3	3	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	5	7	4	7	5,75
2	54	3	3	3	4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	6	8	6	9	7,25
3	56	3	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	2	1	1	1	1	7	10	5	8	7,5
4	61	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	1	1	1	1	10	10	9	9	9,5
5	68	3	2	2	3	1	1	0	1	1	1	1	0	2	2	3	2	1	1	1	1	8	7	7	7	7,25
6	58	4	3	2	4	1	1	0	1	1	1	1	1	2	3	2	3	1	1	1	1	9	9	6	10	8,5
7	56	4	4	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	9	9	8	9	8,75
8	58	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	10	9	10	9	9,5
9	60	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	10	10	10	10	10
10	62	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	7	7	7	8	7,25
11	60	2	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	6	9	5	8	7
12	51	4	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	9	8	9	8	8,5
13	54	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	1	1	1	1	10	10	10	8	9,5
14	65	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1	7	9	8	9	8,25
15	53	4	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	1	10	9	10	9	9,5

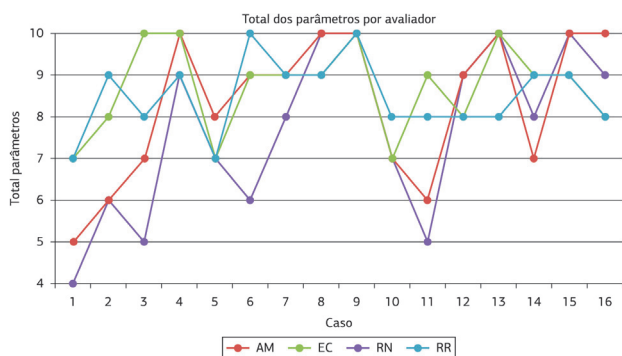


Figura 14. Gráfico dos escores totais de cada caso por avaliador. A linha vermelha representa as notas atribuídas pelo avaliador AM (Anna Martins), a linha verde pelo avaliador EC (Eduardo C. Chem), a linha lilás pelo avaliador RN (Rafael Netto) e a linha azul pelo avaliador RR (Ronaldo Righesso).

faixas dos 50 aos 65 anos; no entanto, ao comparar as médias dos pacientes mais jovens com as médias daqueles de idade mais avançada, percebe-se que os melhores resultados são obtidos nos pacientes mais jovens (Figura 15).

As complicações observadas foram de pequena relevância. Um paciente apresentou vermelhidão da cicatriz por aproximadamente três meses. Não houve qualquer coleção no pós-operatório que tenha necessitado drenagem cirúrgica ou mesmo aspiração com seringa. Um paciente apresentou edema prolongado da face por 20 dias. A queixa mais incidente foi a sensação de estiramento cervical, sobretudo à rotação lateral da cabeça e à hiperextensão

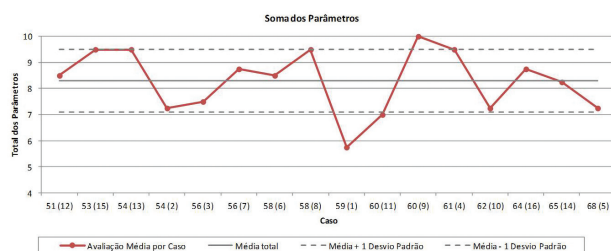


Figura 15. Gráfico dos escores totais de cada caso distribuídos em ordem crescente de idade. A linha das abscissas informa a idade e o número do caso entre parênteses.

cervical. Em quatro pacientes (25%), estes sintomas estiverem presentes por aproximadamente 15 dias, apresentando resolução espontânea.

Em três pacientes, houve a palpação de endurecimento na região central por cerca de 30 dias, coincidindo com a linha de sutura platismal. Embora palpável, não era visível e apresentou resolução espontânea.

DISCUSSÃO

Após um longo período em que a controvérsia em cirurgias faciais teve como foco a modalidade de abordagem ao SMAS, hoje, persegue-se a obtenção de um melhor contorno cervical^{5,7-15}. Millard foi o pioneiro na utilização da cicatriz submentoniana, realizando lipectomias submentais e submandibulares¹⁶. Guerrero-Santos e Connell preconizaram a plicatura central do platisma, em conjunto com a tração lateral

do mesmo^{14,16}. Apenas no início dos anos 1990, a partir dos princípios de Feldman^{1,2}, a platismoplastia central apresentou uma referência definitiva do efeito da plicatura anterior sobre o contorno cervical, servindo como base para sua maior aplicação.

Com a difusão do acesso central, correntes contrárias surgiram. Os estudos de Labbé et al.⁵ e Mustoe et al.¹⁷, dentre outros¹⁶, apontam várias desvantagens: cicatriz submentoniana visível, maior tempo cirúrgico, maiores taxas de complicações (hematoma, seroma e infecção), maior tempo de recuperação associado ao endurecimento cervical, potenciais irregularidades cervicais, entre outras.

Dentre os fatores restritivos, o mais temido é o aumento dos hematomas^{10,14-18}. Estudos apontam para índices de hematoma de 3 a 8%^{12,18} nas ritidoplastias convencionais, ao passo que referem cerca de 14% quando se realiza o acesso submentoniano, sendo este o fator individual mais associado a hematoma¹⁸. Torna-se evidente que o acesso submentoniano implique cuidados adicionais, uma vez que requer descolamento tecidual de maior amplitude^{15,16,18}. Convergimos com a ideia de que a avaliação dos hematomas deve ser efetuada à luz da extensão dos descolamentos realizados¹⁸, sendo este um parâmetro extremamente variável. Nos casos McKinney³ grau IV, em que há maior flacidez tecidual, além das comorbidades usuais da faixa etária avançada, sobretudo hipertensão arterial, os pequenos descolamentos são sedutores; no entanto, produzirão resultados estéticos nem sempre adequados^{10-16,18}.

A possibilidade de abordagem às estruturas subplatismais, além da tração medial dos bordos platismais, são diferenciais oportunizados pelo acesso à linha média cervical. Do ponto de vista anatômico, a estratigrafia facial apresenta uma característica única. Ao contrário das demais regiões do corpo, a gordura subcutânea é distribuída em duas camadas, em decorrência da migração mesenquimal¹⁹. Assim, o complexo SMAS-platisma, oriundo do mesênquima, divide estas duas camadas em uma porção superficial e outra profunda¹⁹. Outra diferença é que, nos terços superior e médio da face, há perda volumétrica dos tecidos moles, decorrentes do processo de envelhecimento; entretanto, no terço inferior, observa-se o oposto, com acúmulo progressivo de gordura^{8,16}. Devido a essas peculiaridades, torna-se necessária uma abordagem diferenciada no tratamento desta gordura profundamente situada ao platisma^{1,2,8-14,18}.

Outro fator relevante é a possibilidade de correção da redundância dos bordos mediais do platisma. A tração lateral do SMAS-platisma nem sempre resultará na resolução da flacidez medial, sobretudo nos casos em que houver maior excedente^{10,16}. Segundo o princípio da deformação elástica não linear²⁰, quanto mais distante do ponto em que se exerce a força, menor será a tração transmitida. Com a platismoplastia de Feldman^{1,2,10}, atua-se diretamente sobre a região central. Observe-se que não apenas aproximam-se estes bordos redundantes, mas realiza-se o avanço medial com imbricamento dos mesmos, ocupando

assim o espaço oriundo da ressecção da gordura subplatismais¹³.

Ampliando-se as indicações do uso da videoendoscopia, nos casos de menor flacidez (McKinney³ II e III), em que a abordagem central do platisma não está clara, o recurso da videoendoscopia pode definir a necessidade ou não do tratamento adicional central. Para tanto, através de uma incisão submentoniana de 1 cm, se introduz o videoendoscópio e avalia-se o aspecto final resultante da tração lateral sobre as bandas mediais. Em algumas situações, observa-se que, mesmo após a tração lateral do complexo SMAS-platisma, persiste na linha média uma flacidez importante, que necessita correção adicional^{13,16}.

A redução da extensão da cicatriz submentoniana em aproximadamente 50% (Figura 16), considerando-se a técnica de Feldman¹, uma vez que outros autores reportam cicatrizes de até 6 cm de extensão^{6,11,17}, é apenas um dos pontos favoráveis ao emprego adjuvante da videoendoscopia. O próprio Feldman¹ cita: “É importante que a incisão seja longa o suficiente para permitir a visualização de toda a porção descolada da região cervical anterior. Uma incisão muito pequena tornará a construção do *corset* difícil”. Mesmo com uma cicatriz menor, o uso do videoendoscópio permite a visualização adequada das estruturas envolvidas e ainda possibilita a ampliação desta imagem. A retirada meticulosa do excedente adiposo magnificado, a hemostasia criteriosa e a sutura dos bordos platismais resultam num procedimento de



Figura 16. Aspecto da cicatriz submentoniana, com seis meses pós-operatórios, inferior a 2 cm de extensão. A linha branca enfatiza a cicatriz e seus limites.

execução facilitada. Outra vantagem é a visualização pelos demais membros da equipe, possibilitando aos aprendizes a correta demonstração do procedimento, passo a passo.

Como fatores desfavoráveis ao emprego da videoendoscopia na platismoplastia, estão o custo elevado dos aparelhos e o aumento do tempo de execução do ato cirúrgico. Nos procedimentos em que será realizada videoendoscopia da região frontal, os aparelhos já estarão à disposição, havendo apenas incremento no tempo de uso. O emprego gradual e a superação da curva de aprendizado tornarão o tempo de execução semelhante ao da técnica convencional, o qual, em nossa casuística, variou de 30 a 65 minutos.

Apesar da pequena amostragem, os resultados favoráveis apresentados sugerem que o uso da videoendoscopia adjuvante na platismoplastia pode ser de grande valia, aprimorando os resultados e reduzindo as taxas de complicações. No entanto, os cuidados habituais, como a monitorização contínua das cifras tensionais pós-operatórias, devem ser mantidos. Estudos adicionais são necessários para que se determine a real validade do método e tais estudos encontram-se em fase de execução. Acreditamos que a técnica proposta possa ser mais uma alternativa na busca de resultados cirúrgicos adequados, neste grupo de elevada complexidade, por longa data rotulado de “pescoço difícil”^{3,7}.

REFERÊNCIAS

- Feldman JJ. Corset platysmaplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(3):333-43. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199003000-00001>. PMID:2304983
- Feldman JJ. *Neck lift*. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2006.
- McKinney P. The management of platysma bands. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(6):999-1006. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199611000-00011>. PMID:8911469
- Ellenbogen R, Karlin JV. Visual criteria for success in restoring the youthful neck. *Plast Reconstr Surg.* 1980;66(6):826-37. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198012000-00003>. PMID:7443846
- Labbé D, Franco RG, Nicolas J. Platysma suspension and platysmaplasty during neck lift: anatomical study and analysis of 30 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(6):2001-7, discussion 2008-10. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000218972.75144.9c>. PMID:16651976
- Marten TJ. Facelift. Planning and technique. *Clin Plast Surg.* 1997;24(2):269-308. PMID:9142469.
- Benito J, Righesso R. Tratamento cirúrgico da região cervical associado a suturas de suspensão platismal com fios de politetrafluoroetileno. *Rev Bras Cir Plást.* 2007;22(4):202-8.
- Warren RJ, Aston SJ, Mendelson BC. Face lift. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(6):747e-64e. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318230c939>. PMID:22094776
- Narasimhan K, Stuzin JM, Rohrich RJ. Five-step neck lift: integrating anatomy with clinical practice to optimize results. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(2):339-50. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182958b6f>. PMID:23897334
- Labbé D, Franco RG, Nicolas J. Platysma suspension and platysmaplasty during neck lift: anatomical study and analysis of 30 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(6):2001-7, discussion 2008-10. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000218972.75144.9c>. PMID:16651976
- Nunes D, Ilgenfritz J JR, Viana GP, Viana GAP, Almeida KG, Cury M, et al. Cervicoplastia ampliada para correção de alterações cervicais. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):58-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000100013>.
- Baker DC, Stefani WA, Chiu ES. Reducing the incidence of hematoma requiring surgical evacuation following male rhytidectomy: a 30-year review of 985 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(7):1973-85, discussion 1986-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000191182.70617.e9>. PMID:16327611
- de Castro CC, Aboudib JH JR, Roxo ACW. Updating the concepts on neck lift and lower third of the face. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130(1):199-205. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318254b39c>. PMID:22743883
- Cardoso de Castro C. The changing role of platysma in face lifting. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(2):764-75, discussion 776-7. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200002000-00047>. PMID:10697191
- Citarella ER, Sterodimas A, Condé-Green A. Endoscopically assisted limited-incision rhytidectomy: a 10-year prospective study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(11):1842-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2009.11.021>. PMID:19962950
- Stuzin JM. Discussion. Modified deep plane rhytidectomy with a lateral approach to the neck: an alternative to submental incision and dissection. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):371-3. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f957da>. PMID:21200232
- Mustoe TA, Rawlani V, Zimmerman H. Modified deep plane rhytidectomy with a lateral approach to the neck: an alternative to submental incision and dissection. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):357-70. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f95d66>. PMID:21200231
- Auersvald A, Auersvald LA, Lourdes M, Biondo-Simões P. Rede hemostática: uma alternativa para a prevenção de hematoma em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):22-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000100006>.
- Chem RC, Costa LAL, Netto R, Pavelecini M. Anatomia cirúrgica da face. In: Casagrande C. *Plástica de face videoendoscópica*. Rio de Janeiro: Di Livros; 2010. p. 55-70.
- Finger ER. A 5-year study of the transmalar subperiosteal midface lift with minimal skin and superficial musculoaponeurotic system dissection: a durable, natural-appearing lift with less surgery and recovery time. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(5):1273-83, discussion 1284. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200104150-00028>. PMID:11373573

*Autor correspondente:

Ronaldo Righesso

Centro de Cirurgia Plástica Dr. Ronaldo Righesso – Rua General Osório, 329, térreo, sala 1 – Bento Gonçalves, RS, Brasil
CEP 95700-000 – Tel.: (54) 3451-8882
E-mail: righesso@yahoo.es