

TRANSPLANTE CAPILAR COMO ALTERNATIVA PARA A CORREÇÃO DA ELEVÇÃO DA LINHA DE IMPLANTAÇÃO PILOSA TEMPORAL APÓS RITIDOPLASTIAS

Hair transplantation as an alternative for correction of sideburn defects after rhytidoplasty

HENRIQUE N. RADWANSKI¹, IVO PITANGUY², DANIEL NUNES³, FLÁVIO NAZIMA³

RESUMO

Introdução: A elevação da linha de implantação pilosa temporal – a costeleta – é um dos principais estigmas de pacientes submetidos a ritidoplastias. Este deslocamento pode ser inerente ao procedimento, devido à tração súpero-lateral do retalho, ou pode resultar de dano permanente dos folículos pilosos, por um descolamento superficial do retalho facial. O objetivo deste estudo é analisar a correção da elevação da costeleta pós-ritidoplastias através da técnica de transplante folicular.

Método: Os autores acompanharam prospectivamente os pacientes submetidos a transplante folicular, para a correção do apagamento da costeleta pós-ritidoplastias, realizados no Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy, no período de janeiro de 2003 a outubro de 2004. Foram avaliados os resultados estéticos, as complicações, assim como o grau de satisfação dos pacientes.

Resultados: Vinte e cinco pacientes do sexo feminino foram analisadas. No acompanhamento tardio, realizado seis e doze meses após a cirurgia, todas as pacientes obtiveram melhora estética importante. Como complicações, identificamos 4% de alargamento da cicatriz da área doadora e 28% eflúvio telógeno. Apenas 8% das pacientes foram submetidas a um novo procedimento para aumentar a densidade capilar.

Conclusões: Os autores acreditam que o transplante folicular é uma alternativa válida, segura e que apresenta resultados satisfatórios na correção da elevação da costeleta pós-ritidoplastias.

Descritores: Cabelo, transplante. Face, cirurgia. Ritidoplastia, efeitos adversos.

SUMMARY

Background: The elevation of the temporal hairline – the sideburn – is one of the most frequent stigmas of a rhytidoplasty. This displacement is intrinsic to the surgery, and is due either to the upper and lateral traction of the flap, or secondary to the superficial undermining of the flap leading to permanent damage of the hair follicle. The intention of this study is to analyze the reconstruction of the temporal hairline after a face lifting through transplantation of hair grafts.

Method: The authors follow up the patients who were submitted to a hair graft surgery to correct the elevation of the sideburn after the face lifting that was done in the Plastic Surgery Service of Professor Ivo Pitanguy, between January 2003 and October 2004. The aesthetic result was evaluated, as well as the rate of complications and the satisfaction of the patients.

Results: Twenty five patients were evaluated. In the follow up of six and twelve months all patients had an important improvement in aesthetic appearance. The complications were the widening of the donor area scar (4%) and telogen effluvium (28%). Only 8% of the patients were submitted to a second stage of hair transplantation to increase capillary density.

Conclusions: The authors conclude that transplantation of follicular grafts is an efficient and safe alternative to correct the elevation of the sideburn after a face lifting, bringing good aesthetic results.

Descriptors: Hair, transplantation. Face, surgery. Rhytidoplasty, adverse effects.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Professor Assistente de Cirurgia Plástica do Serviço do Prof. Ivo Pitanguy. Membro da International Society of Hair Restoration Surgery e da International Society of Aesthetic Plastic Surgery.
2. Professor Titular do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Chefe da 38ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Letras. Visiting professor, ISAPS, FICS, FACS.
3. Pós-graduando de Cirurgia Plástica do Serviço do Prof. Ivo Pitanguy.

Correspondência para: Henrique N. Radwanski
Rua Dona Mariana, 143, F22, Botafogo, RJ, Brasil – CEP: 22280-020 – Tel: 0xx21 2539-0945 – E-mail: dr.henrique@pilos.com.br

INTRODUÇÃO

A ritidoplastia é uma das técnicas mais utilizadas para o rejuvenescimento facial^{1,2}. A elevação - ou o apagamento - da costeleta persiste como um de seus maiores estigmas^{3,4}. Esta elevação pode ser inerente ao procedimento, devido à tração e ao reposicionamento súpero-lateral do retalho, afastando a costeleta da cauda do supercílio; ou pode ser resultado da lesão dos folículos pilosos durante o procedimento, devido a um descolamento muito superficial do retalho facial²⁻⁷.

O objetivo deste estudo é analisar os resultados da correção da elevação da costeleta pós-ritidoplastia, através da técnica de transplante folicular.

MÉTODO

Os autores acompanharam prospectivamente os pacientes submetidos ao transplante folicular, para a correção da elevação da linha pilosa temporal pós-ritidoplastias, no Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ivo Pitanguy, no período de janeiro de 2003 a outubro de 2004. Foram avaliados os resultados estéticos, as complicações, assim como o grau de satisfação dos pacientes.

Técnica Operatória

Com o paciente sob sedação endovenosa, administrada pelo anestesiológico, a linha de implantação capilar temporal desejada é marcada, estabelecendo assim a área a ser reconstruída (Figura 1). A área cirúrgica é infiltrada com uma solução de xilocaína 0,25% com adrenalina (1:100,000) - Figura 2. Um fusão do couro cabeludo da região occipital (área doadora) é excisado e utilizado para a preparação dos enxertos foliculares. A sutura da área cruenta é realizada com pontos contínuos de mononylon 4-0. Os enxertos são preparados por uma equipe especializada, com o auxílio de microscópios (aumento de 10X), o que garante total respeito à anatomia microscópica de cada unidade folicular (Figura 3). A colocação dos enxertos é realizada exclusivamente com auxílio de agulhas de diferentes calibres: G 16, G 18 e G 19. As agulhas são escolhidas de acordo com as dimensões dos enxertos. Os enxertos individuais são colocados na linha anterior (Figura 4).

A quantidade de unidades foliculares enxertada varia em cada caso, mas geralmente a densidade é de aproximadamente 20 folículos por cm². Ao final do procedimento, não é necessária a utilização de curativo oclusivo (Figura 5). O paciente recebe alta no mesmo dia, regressando ao hospital no dia seguinte para lavar a cabeça com a equipe de enfermagem. Os pontos da área doadora são retirados em 15 dias. O crescimento do cabelo enxertado é notado a partir de seis meses e o resultado final é apreciado em 10 a 12 meses.

Figura 1 - Marcação da linha de implantação capilar desejada na região temporal.



RESULTADOS

No período do estudo, 26 pacientes do sexo feminino foram submetidas ao procedimento. Uma paciente não permaneceu no acompanhamento tardio e foi excluída do estudo.

Das pacientes estudadas, 1 (4%) apresentou alargamento da cicatriz na área doadora e 7 (28%) apresentaram algum grau de perda temporária de cabelo - eflúvio telógeno, tanto nas áreas vizinhas ao transplante como na cicatriz da região occipital.

No terceiro mês de pós-operatório, todas estas pacientes já haviam recuperado o cabelo, evoluindo sem seqüelas. No acompanhamento tardio, realizado seis e doze meses após a cirurgia, todas as pacientes obtiveram melhora estética importante, com crescimento do cabelo transplantado, sendo que 20 (80%) classificaram o resultado como excelente, 3 (12%) como satisfatório e 2 (8%) como insatisfatório. Em todos os casos, uma segunda sessão, para aumentar a densidade capilar, foi oferecida. Somente duas pacientes, as que classificaram o resultado como insatisfatório, optaram por um novo procedimento. No acompanhamento tardio da segunda sessão, estas pacientes classificaram o resultado como satisfatório (Figuras 6 a 13).

Figura 2 - Infiltração tumescente da área a ser transplantada.

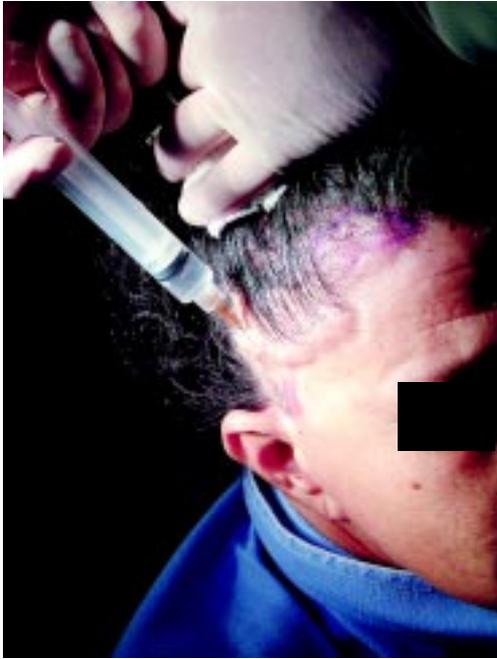


Figura 3 - Unidade folicular dissecada, respeitando a anatomia do complexo folicular.

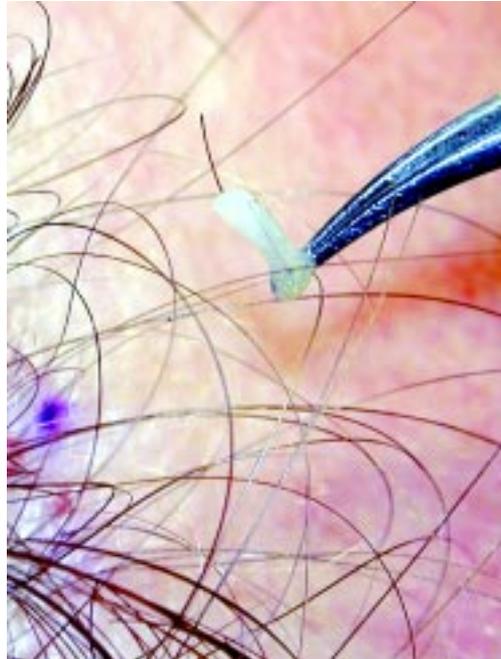


Figura 4 - Colocação do enxerto com auxílio de agulha.



Figura 5 - Resultado imediato ao final do procedimento.



Figura 6 – Pré-operatório: paciente de 52 anos de idade, com uma cicatriz pré-pilosa recente de ritidoplastia, submetida a uma sessão de transplante folicular (aproximadamente 250 unidades).



Figura 7 – Pós-operatório: vista da paciente após um ano.

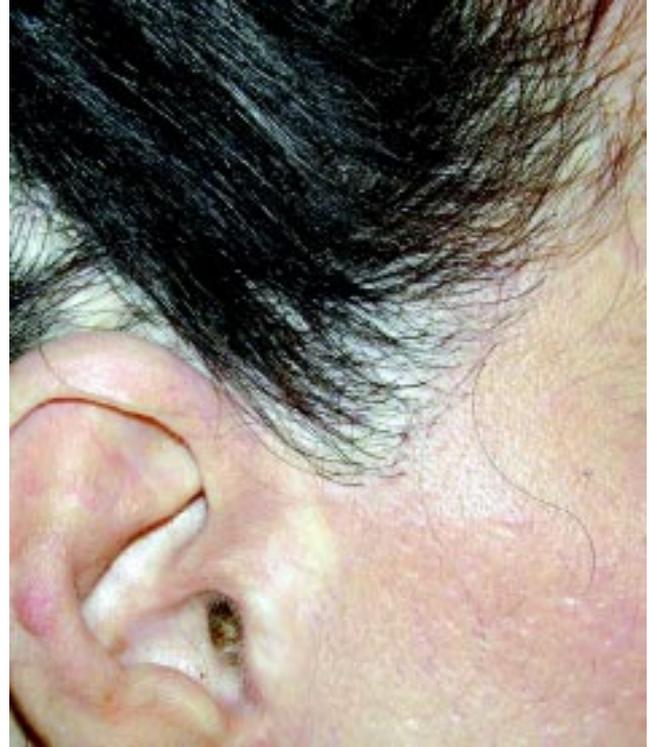


Figura 8 – Pré-operatório: a mesma paciente, perfil esquerdo.



Figura 9 – Pós-operatório: a mesma paciente, perfil esquerdo.



Figura 10 – Pré-operatório: paciente de 63 anos de idade, com uma rarefação da costeleta pós-ritidoplastia, submetida a uma sessão de transplante folicular (aproximadamente 180 unidades).



Figura 11 – Pós-operatório: vista da paciente após um ano.



Figura 12 – Pré-operatório: paciente de 57 anos, com uma cicatriz hipocrômica pré-pilosa definindo uma "península". Este defeito causava grande desconforto estético à paciente. Foram transplantadas aproximadamente 230 unidades foliculares.



Figura 13 – Pós-operatório: vista da paciente após um ano.



DISCUSSÃO

A técnica do "round-lifting", descrita por Pitanguy⁵, objetiva corrigir os sinais de envelhecimento facial, sem causar alterações importantes nos elementos anatômicos, como a posição das linhas de implantação capilar temporal e cervical. A tração dos retalhos é realizada obedecendo vetores cuidadosamente descritos, reposicionando os tecidos sem elevar o pé-de-cabelo exageradamente.

Em alguns pacientes pós-ritidoplastias, a reconstrução da costeleta está indicada para melhorar o aspecto estético e recompor a anatomia da face³. As técnicas mais utilizadas para reconstruí-la são a confecção de retalhos locais⁶, a inclusão de expansores teciduais⁸ e, mais recentemente, os transplantes foliculares⁷.

Os autores que defendem a utilização dos retalhos locais referem a obtenção de resultados naturais, acompanhados de simplicidade técnica e de baixos índices de complicações⁶. Rodriguez-Camps⁶ preconiza a confecção de um retalho piloso triangular de transposição da área retro-auricular superior. No entanto, com esta técnica, a linha de incisão pode tornar-se demasiadamente visível, prejudicando o resultado. Além disso, a rotação ou transposição de retalhos não é isenta de riscos, como necrose e deiscências.

Alguns autores acreditam que a melhor opção para a reconstrução da costeleta é a utilização de expansores teciduais⁸. A expansão de um retalho garante uma boa dimensão e proporciona sua autonomização prévia⁸. Entretanto, nem todos os pacientes são bons candidatos para esta técnica. O custo do implante inflável, as visitas frequentes para realizar as expansões, a necessidade de duas etapas cirúrgicas e o risco de intercorrências com o expansor afastam muitos pacientes deste procedimento.

Os autores familiarizados com a técnica de transplantes foliculares defendem sua utilização para a correção da elevação da costeleta^{3,7,9}. Nordström et al.⁷ e Barrera³ referem resultados altamente satisfatórios em apenas uma sessão. A partir da utilização da magnificação transoperatória - com lupas e microscópios, aprimorou-se a técnica para a dissecação de cada unidade folicular⁹, proporcionando resultados superiores aos

obtidos com os chamados microenxertos capilares⁷. Nas reconstruções da costeleta, um fator importante para o sucesso do procedimento é a angulação da agulha usada para fazer os orifícios, que deve imitar o ângulo de crescimento dos cabelos - aproximadamente 30 graus³. Com esta técnica, no mesmo tempo cirúrgico, ainda pode-se corrigir um possível "degrau" piloso existente na cicatriz cervical, resultante do deslocamento do retalho posterior.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados, os autores acreditam que o transplante folicular é a melhor opção cirúrgica para a correção da elevação da costeleta pós-ritidoplastia, alcançando resultados satisfatórios com baixos índices de complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matarasso A, Elkwood A, Rankin M, Elkowitz M. National plastic surgery survey: face lift techniques and complications. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(5): 1185-96.
2. Hamra ST. Prevention and correction of the "face-lifted" appearance. *Facial Plast Surg.* 2000;16(3):215-29.
3. Barrera A. The use of micrografts and minigrafts for the correction of the postrhytidectomy lost sideburn. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(6):2237-40.
4. Castro CC. Preauricular and sideburn operating procedures for a natural look in facelifts. *Aesthetic Plast Surg.* 1991;15(2):149-53.
5. Pitanguy I. *Aesthetic plastic surgery of head and body.* Berlin:Springer-Verlag; 1981.
6. Rodriguez-Camps S. Reconstruction of sideburn and temporal area after a face lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2002; 26(3):181-3.
7. Nordström RE, Greco M, Vitagliano T. Correction of sideburn defects after facelift operations. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(6):429-32.
8. Giraldo F, Gonzalez C, Garnica I, Ferron M, Rus JA. Sideburn reconstruction with an expanded supraauricular trapezoidal flap. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100(1): 257-61.
9. Nordström RE. Sideburn reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1991;88(6):1107-8.