







Um novo conceito em envelhecimento de pescoço: “cintura cervicofacial”

A new concept in neck aging: "cervicofacial waist"

TICIANO CESAR TEIXEIRA CLÓ ^{1*} 
WALTER FERRAZ FLAVIO JUNIOR ¹ 
FELIPE XAVIER CLÓ ² 
GUILHERME DO VALLE CASTRO
RIBEIRO ² 

■ RESUMO

Introdução: O envelhecimento do terço inferior da face promove o apagamento da definição da borda mandibular e do ângulo cervicofacial, além do surgimento das bandas platismas na região anterior do pescoço. Os pacientes têm grande expectativa de que o *facelift* resolva de maneira significativa tais efeitos. Para alcançar estes resultados, desenvolvemos uma abordagem cuja finalidade é a definição marcante do que chamamos de cintura cervicofacial. **Métodos:** O autor propõe uma nova abordagem cirúrgica de *facelift* já realizada em 444 pacientes consecutivos, desde 2015, que envolve uma plicatura agressiva do SMAS-platísmo somada a uma tração lateral, também por plicatura, das bandas mediais do platísmo. **Resultados:** Apesar da dificuldade em comparar resultados com diferentes técnicas, percebemos claramente uma melhora significativa nos nossos resultados com a nova técnica cirúrgica, sem aumento dos índices de complicações. **Discussão:** Buscamos novas técnicas pelo fato de que os tratamentos clássicos da região cervical nos parecem falhos e baseados em conceitos mal fundamentados. Estes envolvem a plicatura medial das bandas platismas por abordagem submentoniana, aproximando-as e prejudicando a elevação cranial do SMAS-platísmo. Assim, passamos a realizar plicaturas laterais diretamente sobre as bandas através do acesso lateral do descolamento da face, com confecção de uma cintura cervicofacial. **Conclusão:** A soma dos efeitos da plicatura do SMAS com a plicatura lateral da banda medial do platísmo torna a definição cervicofacial mais nítida com otimização importante dos efeitos estéticos desejados. **Descritores:** Ritidoplastia; Pescoço; Envelhecimento; Sistema musculoponeurótico superficial; Lipectomia.

Instituição: Cló & Ribeiro Cirurgia Plástica,
Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 10/12/2019.
Artigo aceito: 15/7/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0053

¹ Cló & Ribeiro Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The aging of the lower third of the face stimulates the definition deletion of the mandibular border and the cervicofacial angle, besides the appearance of platysmal bands in the anterior neck region. Patients have high expectations that the facelift will significantly resolve such effects. To achieve these results, we have developed an approach to defining what we call the cervicofacial waist. **Methods:** The author proposes a new surgical facelift approach that has been performed on 444 consecutive patients since 2015, which involves an aggressive plication of the SMAS-platysma plus lateral traction, also by plication, of the platysma medial bands.

Results: Despite the difficulty in comparing results with different techniques, we perceive a significant improvement in our results with the new surgical technique, without increasing the complication rates. **Discussion:** We are looking for new techniques because the cervical region's traditional treatments seem flawed and based on ill-founded concepts. These involve the medial plication of the platysma bands by a submental approach, bringing them closer together and impairing the cranial elevation of the SMAS-platysma. Thus, we started to directly perform lateral plications on the bands through the lateral access of the face detachment, making a cervicofacial waist. **Conclusion:** The sum of the effects of the plication of the SMAS with the lateral plication of the platysma medial band makes the cervicofacial definition clearer with important optimization of the desired aesthetic effects.

Keywords: Rhytidoplasty; Neck; Aging; Superficial musculoaponeurotic system; Lipectomy.

INTRODUÇÃO

Nos primórdios da cirurgia plástica, as diversas tentativas de tratamento das rugas eram baseadas em ideias de que descolamentos teciduais amplos, associados a ressecções de faixas de pele com trações da mesma, gerariam faces com aspecto rejuvenescido. Entretanto, o que tais técnicas conseguiam alcançar eram resultados efêmeros e cicatrizes de má qualidade¹⁻⁷. A partir dos conceitos de tratamento do SMAS ocorreu uma ampla evolução nas técnicas de *facelift*, com a obtenção de resultados mais duradouros e de maior naturalidade^{1-4,6-9}.

Os tecidos faciais superficiais e profundos estão sujeitos continuamente a fatores ambientais como sol e poluição, ao processo de relaxamento muscular e a ação da gravidade que, em conjunto, agravam o processo de envelhecimento da face¹⁰. Por ação da gravidade, o envelhecimento do terço inferior da face promove o apagamento da definição da borda mandibular, além do apagamento do ângulo cervicofacial e o surgimento das bandas platismais na região anterior do pescoço, graças à queda do SMAS-platysma^{1,7,10} (Figura 1).

Ellenbogen e Karlin criaram, em 1980⁸, critérios para definir o sucesso em um processo de rejuvenescimento

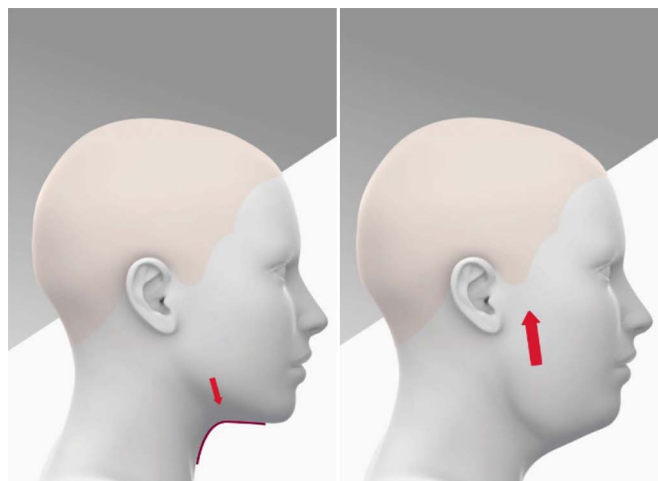


Figura 1. Envelhecimento do terço inferior da face com apagamento do ângulo cervicofacial.

cervical: uma linha mandibular bem evidente, presença de depressão subhioidea, protuberância tireoidea, borda definida do músculo esternocleidomastoideo e um ângulo cervicomental de 105 a 120 graus⁸. Apesar de ainda atuais e bem precisos, o mais importante é buscar aproximar os contornos do terço inferior da face àqueles que a paciente tinha quando mais jovem.

Aqueles que se submetem ao *facelift* possuem grande expectativa em alcançar uma linha cervical e mandibular bem marcada e jovial, muitas vezes considerando estes os aspectos mais importantes no sucesso estético da cirurgia^{1,4,7,8}. Para alcançar estes resultados de maneira mais previsível e eficiente, desenvolvemos uma abordagem cuja finalidade é a definição marcante do que chamamos de “cintura cervicofacial”.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é descrever e demonstrar o ganho de eficiência na definição do ângulo cervicofacial durante o *facelift* através de uma técnica de cinturamento cervical baseada na plicatura lateral das bandas platismais.

MÉTODOS

A técnica de plicatura lateral das bandas platismais com definição da cintura cervicofacial foi realizada pelo autor em todos os casos subsequentes a partir de sua idealização em janeiro de 2015. Até fevereiro de 2019 tal técnica foi executada em 444 *facelifts* consecutivos (não houveram critérios para não inclusão ou exclusão). A idade dos pacientes variou de 37 a 79 anos, com média de idade de 58,6. Foram submetidos ao procedimento 433 mulheres e 11 homens.

Todas as cirurgias foram realizadas em ambiente hospitalar com anestesia geral e os pacientes receberam alta na manhã do dia seguinte à cirurgia. Todos seguiram os mesmos protocolos de avaliação pré-operatória, prevenção de tromboembolismo e de hematomas.

Todos os casos analisados foram conduzidos na clínica de cirurgia plástica Cló & Ribeiro, em Belo Horizonte, Brasil, no período de janeiro de 2015 a fevereiro de 2019. A análise dos prontuários ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2019. A elaboração do artigo seguiu os princípios de Helsinque.

Descrição da técnica cirúrgica – *cintura cervicofacial*

Durante o *facelift* prolongamos o descolamento do retalho cutâneo na região inframandibular em forma de túnel estreito até a banda medial platismal ipsilateral, previamente marcada com a paciente sentada (Figuras 2 e 3).

Uma lipectomia é feita sobre a superfície do platisma para deixá-lo aparente na área da banda platismal a ser tratada, utilizando tesoura ou aspirando com cânula de Pontes¹.

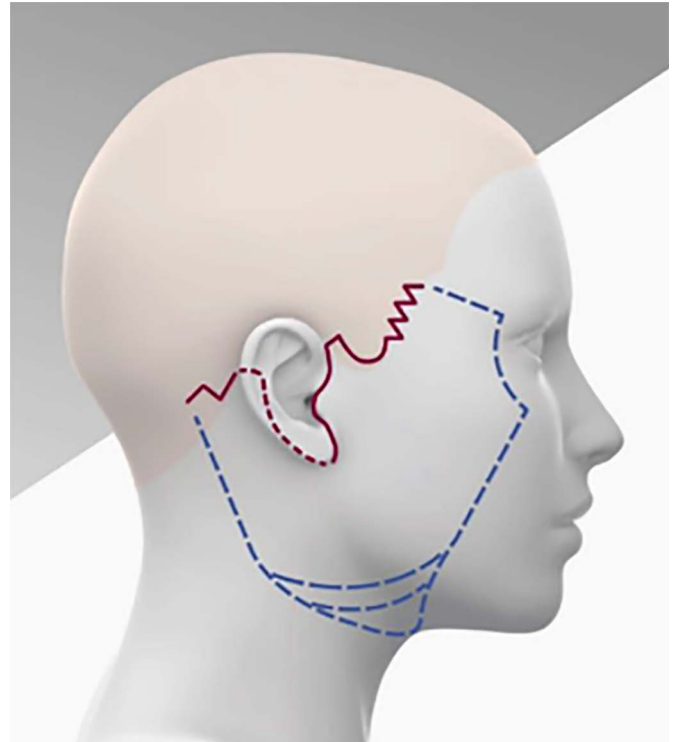


Figura 2. Figura esquemática de marcação pré-operatória.



Figura 3. Foto de marcação pré-operatória.

A seguir realizamos a plicatura lateral de cada banda através de uma sutura única em “U” ou em “X” com passada dupla e com fio de nylon 2-0. A primeira passada da sutura margeia a borda da banda platismal na região do ângulo cervicofacial e a segunda passa lateralmente há cerca de 3 centímetros da primeira. Quando o nó é atado, a banda platismal é lateralizada de maneira significativa e o ângulo cervicofacial começa a ser bem definido. Da mesma forma, a flacidez central na região anterior do pescoço é atenuada (Figura 4).

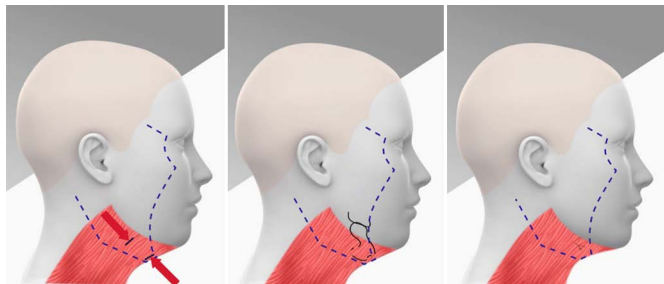


Figura 4. Desenho esquemático da plicatura lateral da banda platismal demonstrando o início da definição da cintura cervicofacial.

Em seguida iniciamos a plicatura do SMAS-platisma com duas suturas de nylon 2-0. Uma pré-auricular, logo acima do ângulo da mandíbula, e outra infra-auricular logo abaixo, ambas próximas ao lóbulo da orelha. A tração é feita em sentido cefálico com nítido efeito de suspensão. É nesta região que fazemos a maior tração da plicatura do SMAS, atingindo de 3 a 4 centímetros de largura. Esta grande tração superior sobre o ângulo da mandíbula potencializa o efeito da plicatura lateral prévia da banda medial do platisma. Assim, define a borda da mandíbula, já que aprofunda a região inframandibular dando o efeito desejado de definição da cintura de todo o ângulo cervicofacial (Figura 5).

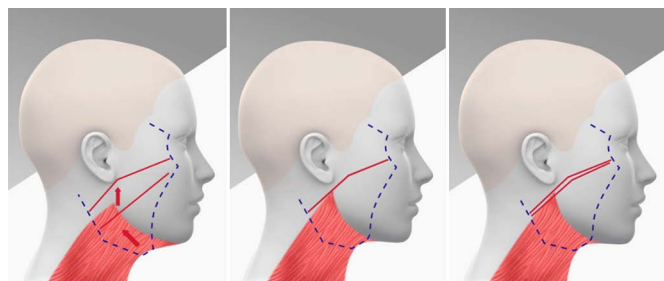


Figura 5. Cintura cervicofacial após plicatura do SMAS-platisma e das bandas laterais.

Depois destas duas suturas principais na região do ângulo da mandíbula finalizamos a plicatura do SMAS na face e pescoço (Figuras 6 e 7 – fotos perioperatórias da definição da cintura – aspecto interno e externo).

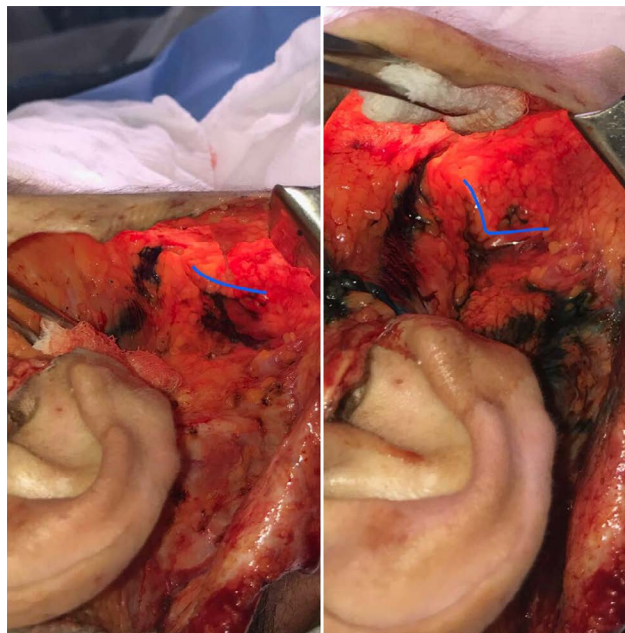


Figura 6. Foto cirúrgica do aspecto interno da cintura.



Figura 7. Foto cirúrgica do aspecto externo da cintura.

RESULTADOS

É muito difícil comparar de maneira objetiva resultados obtidos com as diversas técnicas de *facelift*^{4,11}. As características de cada face e a quantidade de alterações de envelhecimento em cada uma são muito variadas. Aquelas com maiores graus de flacidez e queda poderão apresentar um ótimo resultado quando se leva em consideração a dificuldade do caso, mas podem apresentar um grau de definição final da borda mandibular ou do ângulo cervicofacial piores do que outras que apresentavam flacidez e queda menos intensas. Além disso, apesar do resultado final de um caso poder ser avaliado pelo cirurgião como excelente levando-se em consideração critérios objetivos, o grau de exigência e de expectativa da paciente podem levá-la a considerar o mesmo resultado final apenas razoável. É bom lembrar que a paciente frequentemente compara seu resultado final com o de outras pacientes em vez de compará-lo com seu próprio aspecto pré-operatório. Sendo assim, optamos pela metodologia que explicamos a seguir para comparar vários resultados obtidos pelo autor antes e depois do início do uso desta técnica.

Um dos cirurgiões plásticos da equipe, que não participa nem realiza *facelifts*, avaliou fotografias de pré e pós-operatório de 100 pacientes submetidas a cirurgias de face pelo autor, sendo 50 casos operados antes da utilização da técnica (antes de 2015) e 50 já com a utilização da mesma (a partir de 2015). Todas as fotos de pós-operatório do autor são feitas de 5 a 7 meses após a cirurgia e é importante lembrar que algumas pacientes não as fazem. Por isso, em cada um dos grupos todos os casos incluídos foram consecutivos, desde que possuíssem fotos do pós-operatório.

O examinador foi cegado quanto à técnica utilizada em cada paciente e avaliou o grau de melhora de cada caso em relação a três parâmetros: definição mandibular, ângulo cervicofacial e bandas platismais.

O resultado final foi classificado como fraco, bom, muito bom ou excelente (Figuras 8 a 15). Através dessa análise, obtivemos os resultados demonstrados nas Tabelas 1 e 2.

Assim, vemos um aumento significativo de resultados considerados excelentes e queda importante dos resultados considerados apenas bons ou mesmo fracos (Figura 16).

Não houve aumento das principais complicações do *facelift* no período avaliado. O início do uso desta técnica coincide com o período no qual o autor passou a dedicar-se exclusivamente a cirurgias plásticas faciais, tendo adotado concomitantemente um protocolo rigoroso de prevenção de hematomas, a principal complicação dos *facelifts*¹²⁻¹⁶. Pode-se observar a queda expressiva da incidência dos hematomas apesar do



Figura 8. Exemplo de caso de resultado considerado fraco pelo avaliador.



Figura 9. Exemplo de caso de resultado considerado fraco pelo avaliador.

aumento progressivo do número de casos operados no mesmo período, que passaram de 52 em 2012, para 112 casos em 2018 (Figura 17).

DISCUSSÃO

O nosso descontentamento com o tratamento e definição destas áreas sempre foi significativo. Os tratamentos clássicos que envolvem a aproximação medial das bandas platismais por abordagem



Figura 10. Exemplo de caso de resultado considerado bom pelo avaliador.



Figura 12. Exemplo de caso de resultado considerado muito bom pelo avaliador.



Figura 11. Exemplo de caso de resultado considerado bom pelo avaliador.



Figura 13. Exemplo de caso de resultado considerado muito bom pelo avaliador.

submentoniana nos pareciam falhos e baseados em conceitos mal fundamentados.

Ao envelhecerem sofrendo a ação da gravidade, os platismas e suas bandas mediais se afastam do ângulo cervicofacial em sentido caudal. Assim, o envelhecimento da face promove o apagamento da definição da borda mandibular, do ângulo cervicofacial e o surgimento das bandas platismais na região anterior do pescoço, graças à queda do SMAS-Platismo^{1-7,10,17}.

Apesar destas bandas não se afastarem uma da outra em sentido lateral, muitos autores continuam propondo a sua aproximação medial agressiva através de plicatura por acesso submentoniano^{7,9,10,18,19,20}.

McKinney et al., em 1996¹⁷, propuseram uma classificação para definir o grau de envelhecimento do terço inferior da face (Tabela 3)^{17,1} e Feldman, em 1990²⁰, desenvolveu uma técnica de plicatura medial que influenciou diversos cirurgiões plásticos



Figura 14. Exemplo de caso de resultado considerado excelente pelo avaliador.



Figura 15. Exemplo de caso de resultado considerado excelente pelo avaliador.

Tabela 1. Análise de resultados de técnica antiga.

Técnica antiga (com plicatura do SMAS-platisma sem plicatura lateral das bandas platismas)	
Excelentes	11
Muito bons	21
Bons	12
Fracos	6

Tabela 2. Análise de resultados de nova técnica.

Técnica atual (com plicatura do SMAS-platisma e com plicatura lateral das bandas platismas)	
Excelentes	21
Muito bons	22
Bons	5
Fracos	2

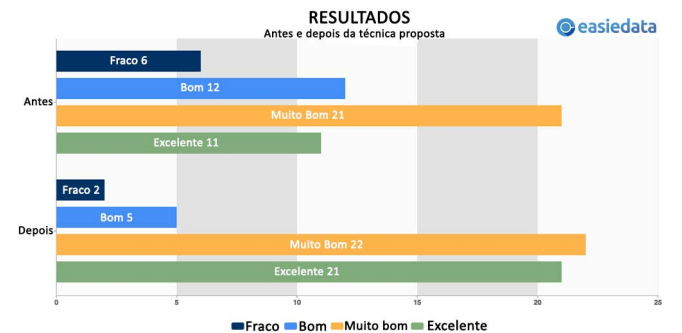


Figura 16. Análise dos resultados antes e após da técnica de plicatura lateral do autor.

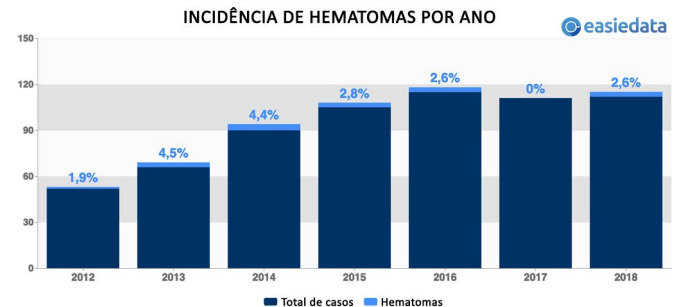


Figura 17. Incidência de hematomas em facelifts do autor.

Tabela 3. Classificação de McKinney et al., em 1996¹⁷, das bandas platismas.

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

pele pelo mundo intitulada por ele de “Corset”. Em tal técnica, ele propõe uma sutura dupla de aproximação rigorosa das bordas mediais com apertos progressivos e imbricamento da borda medial muscular, de maneira similar a um espartilho, sem ressecar ou seccionar o músculo platisma¹⁸⁻²⁰.

Rohrich et al., em 2011⁵ e 2016⁴, assim como outros autores utilizam conceitos similares aos de Feldman, porém associam a este tratamento diversos tipos de secção das bordas mediais do platisma^{7,9,10,18-22}.

Apesar dos bons resultados alcançados por cirurgiões que usam tais conceitos e técnicas, entendemos que tal aproximação das bandas mediais irá atuar de maneira contraproducente na elevação do SMAS-platisma em sentido cranial. Em nossa opinião, apesar desta manobra provocar a definição do ângulo cervicofacial, ela impede a elevação adequada dos SMAS-platismas pré-auriculares (Figura 18).

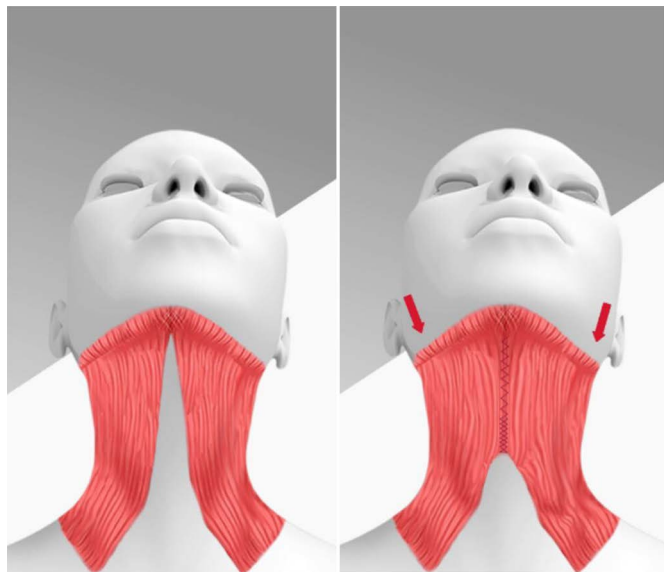


Figura 18. Plicatura medial agressiva tracionando inferiormente o SMAS.

Há muitos anos realizamos nos *facelifts* plicaturas que promovem suspensões agressivas dos SMAS-platismas pré e infra-auriculares, especialmente na região dos ângulos mandibulares, onde, frequentemente, a largura das plicaturas atinge 4cm de cada lado. Quando realizávamos plicaturas mediais submentonianas das bandas plasmiais jamais conseguíamos elevações laterais dos SMAS tão significativas.

Apesar de nos últimos anos termos conseguido com frequência realizar estas grandes elevações, em um número significativo de casos nos deparávamos com resultados ainda insatisfatórios no que dizia respeito à definição do ângulo cervicofacial no pescoço anterior.

Notamos que, em muitos casos, além das elevações dos SMAS pré e infra-auriculares seria necessário algum tipo de tração lateral que atuasse mais diretamente sobre o pescoço anterior^{10,23}. Ficava claro que as trações realizadas à distância da linha média cervical anterior muitas vezes não tinham a eficiência que uma manobra realizada diretamente sobre as bandas teria. Assim como Pelle-Ceravolo et al. (2016)¹⁰, também acreditamos que a tração convencional da borda lateral dos platismas, distante de suas bandas mediais, tem efeito limitado sobre as mesmas.

Para otimizar os resultados, devemos realizar uma tração lateral o mais próximo possível da área onde desejamos a maior definição, ou seja, diretamente sobre as bandas mediais. Além disso, a soma destas trações promove a diminuição significativa do diâmetro do pescoço na região do ângulo cervicofacial (cintura cervicofacial).

Assim, a partir de janeiro de 2015, começamos a utilizar uma nova técnica de tratamento das bandas plasmiais e de definição acentuada do pescoço anterior. Passamos a realizar plicaturas laterais diretamente sobre as bandas através do acesso lateral do descolamento da face.

O submento é abordado sempre que necessário, seja para lipoaspiração ou para tratamento da gordura subplatisma. Quando necessário, as bandas mediais podem receber apenas uma sutura de aproximação na sua região de maior abaulamento no submento. Quando utilizada, esta única sutura é feita próxima à incisão submentoniana e distante do ângulo cervicofacial.

O que propomos, além de promover um tratamento efetivo das bandas plasmiais, nos surpreendeu ao potencializar muito o efeito da nossa suspensão com plicatura agressiva do SMAS-platisma. Uma grande definição das bordas mandibulares e do ângulo cervicofacial é criado no pescoço anterior e a este efeito demos o nome de cintura cervicofacial (Figura 19).

De maneira diversa do que fizeram Pelle-Ceravolo et al., em 2016¹⁰, nossa sustentação do ângulo cervicofacial no pescoço anterior é feita pela soma dos

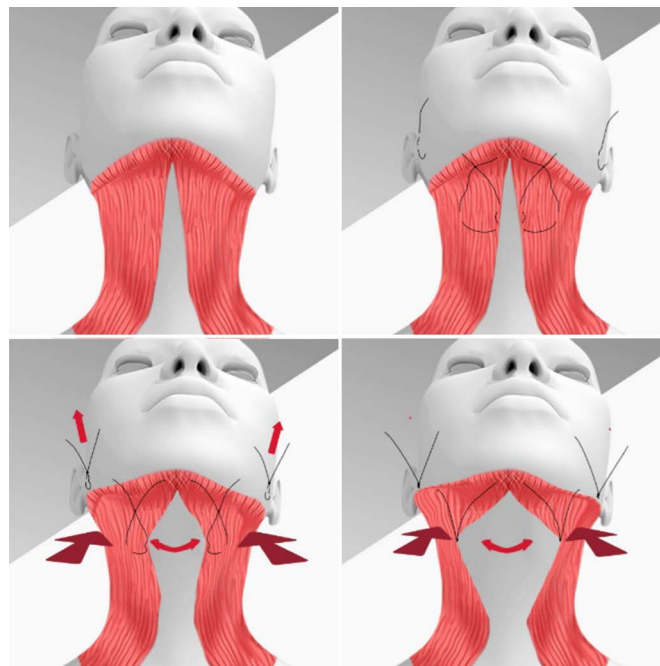


Figura 19. Confecção da cintura cervicofacial.

efeitos da sutura em “X” diretamente sobre a banda platismal e da plicatura em sentido cefálico do SMAS da região dos ângulos mandibulares.

Pelle-Ceravolo et al. (2016)¹⁰, fixam a tração da borda das bandas platismais à distância na região

mastoidea, deixando fios longos que atravessam a região abaixo do ângulo da mandíbula. Como a cirurgia é feita com a face tombada para o lado oposto, estes fios longos que unem as bandas tracionadas à região mastoidea certamente perdem tensão quando a paciente retifica a face, diminuindo seu efeito de tração.

Da maneira como fazemos, o efeito da plicatura realizada sobre a banda platismal medial potencializa o efeito da plicatura cefálica do SMAS sobre toda a flacidez do pescoço anterior.

CONCLUSÃO

A soma dos efeitos da plicatura do SMAS com a plicatura lateral da banda medial do platisma torna a definição cervicofacial mais nítida e cria o efeito de definição da cintura do pescoço logo abaixo dos ângulos e dos ramos da mandíbula. Além disso, torna imperceptíveis, na grande maioria dos casos, as bandas platismais e as glândulas submandibulares através da tração e aumento da tensão do platisma. O benefício da técnica torna-se claro quando observamos, além dos resultados do estudo comparativo, sua utilização pelo autor em mais de 400 casos consecutivos desde a sua primeira utilização em 2015.

COLABORAÇÕES

- TCTC** Análise e/ou interpretação dos dados, Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Revisão e Edição, Supervisão
- WFFJ** Aprovação final do manuscrito, Concepção e desenho do estudo, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição
- FXC** Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição
- GVCR** Análise e/ou interpretação dos dados, Investigação

REFERÊNCIAS

1. Pontes R. O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011.
2. Pitanguy I, Radwanski HN, Amorim NFG. Treatment of the aging face using the “round-lifting” technique. *Aesthet Surg J*. 1999;26:216.
3. Castro CC. Ritidoplastia: arte e ciência. Rio de Janeiro: DiLivros; 2007.
4. Rohrich RJ, Narasimhan K. Long-term results in face lifting: observational results and evolution of technique. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Jul;138(1):97-108.



Figura 20. Pré e pós-operatório (7 meses) com uso da técnica descrita.

5. Rohrich RJ, Ghavami A, Mojallal A. The five-step lower blepharoplasty: Blending the eyelid-cheek junction. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Set;128(3):775-83.
6. Cló TCT, Flávio WF, Leão CEG, Cló FX, Lacerda LM, Leão LR. Sistematização perioperatória para prevenção de hematomas em face-lifts: abordagem pessoal após 1138 casos operados. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(1):2-9.
7. Warren RJ, Neligan P. *Cirurgia plástica estética.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. v. 2.
8. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg.* 1976 Jul;58(1):80-8.
9. Narasimhan K, Stuzin JM, Rohrich RJ. Five-step neck lift: integrating anatomy with clinical practice to optimize results. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Ago;132(2):339-50.
10. Pelle-Ceravolo M, Angelini M, Silvi E. Complete platysma transection in neck rejuvenation: a critical appraisal. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Out;138(4):781-91.
11. Castro CC, Aboudib JHC, Giaquinto MGC, Moreira MBL. Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(2):124-6.
12. Cló TCT, Flávio WF, Cló FX. Necrose extensa em face pós-ritidoplastia: relato de caso. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34:90-3.
13. 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 Dez;116(7):1973-85.
14. Pitanguy I, Ramos H, Garcia LC. Filosofia, técnica e complicações das ritidectomias através da observação e análise de 2600 casos pessoais consecutivos. *Rev Bras Cir.* 1972;62:277-86.
15. Weissman O, Farber N, Remer E, Tessone A, Trivizki O, Bank J, et al. Post-facelift flap necrosis treatment using charged polystyrene microspheres. *Can J Plast Surg.* 2013 Spring;21(1):45-7.
16. Mustoe TA, Park E. Evidence-based medicine: face lift. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Mai;133(5):1206-13.
17. McKinney P. The management of platysma bands. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(6):999-1006.
18. Righesso R, Chem EM, Netto R, Martins ALM, Sartori N. Ritidoplastia videoassistida do terço inferior da face: corset videoendoscópico. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(3):328-36.
19. Feldman JJ. Neck lift my way: an update. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Dez;134(6):1173-83.
20. Feldman JJ. Corset platysmaplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1990 Mar;85(3):333-43.
21. Narasimhan K, Ramanadham S, O'Reilly E, Rohrich RJ. Secondary neck lift and the importance of midline platysmaplasty: review of 101 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Abr;137(4):667-75.
22. Pita PCC, Azevedo SFD, Cabral PO, Melo SRPP. Lifting cervical gravitacional. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):291-6.
23. Gonzalez R. The LOOP – lateral overlapping plication of the platysma: an effective neck lift without submental incision. *Clin Plast Surg.* 2014;41:65-72.

*Autor correspondente:

Ticiano Cesar Teixeira Cló

Rua República Argentina, 507, Sion, Belo Horizonte, MG, Brasil.

CEP: 30315-490

E-mail: ticianoclo@gmail.com