

DEBATE SOBRE RITIDOPLASTIAS: "RADICAIS OU ECONÔMICAS?"

COORDENADOR: JOSÉ HORÁCIO ABOUDIB – RIO DE JANEIRO

DEBATEDORES: RONALDO PONTES – RIO DE JANEIRO

PAULO BECKER DO AMARAL – PORTO ALEGRE, CLÁUDIO CARDOSO DE CASTRO – RIO DE JANEIRO

INTRODUÇÃO

Fui solicitado pelo editor da Revista da SBCP a convidar 3 cirurgiões e enviar 7 perguntas sobre o tema: "Ritidoplastias Radicais ou Econômicas". Embora não concorde muito com a palavra Radical, entendo que ela se refira (de forma não muito apropriada) às Ritidoplastias amplas, com tratamento das estruturas profundas, como lipectomias supra e subplatismais, adenectomias totais ou parciais das glândulas submandibulares, tratamento medial e/ou lateral do músculo platisma, tratamento do SMAS e lipoenxertrias. Por econômicas eu entenderia as Ritidoplastias com tratamento apenas de pele, com moderados ou pequenos descolamentos. Portanto, esta foi a primeira pergunta aos debatedores.

Eu resolvi convidar 3 cirurgiões com grande experiência com o tema, que realizam com frequência esta cirurgia e apresentam trabalhos sobre este assunto. Desta forma, convidei Dr. Ronaldo Pontes (RJ), Dr. Cláudio Cardoso de Castro (RJ) e Dr. Paulo Becker do Amaral (RS).

PERGUNTAS

1) O que você entende por ritidoplastias radicais e ritidoplastias econômicas?

RP = A pergunta envolve certa inflexibilidade de um lado, e do outro, pressupõe um resultado com um mínimo de perda, em todos os sentidos. Uma Cirurgia de Face deve ter a amplitude que o caso necessitar. Pode ser reduzida, devido a várias circunstâncias, principalmente em função da restrição clínica do paciente.

PA = Radicais são as extensas, com amplo descolamento e mobilização de tecidos. Econômicas são as mais pontuais, que fazem incisões mais curtas, descolamento restrito e mobilização de tecidos menos ampla.

CC = Acho que existe apenas ritidoplastia suficiente. A técnica a ser realizada vai depender das deformidades e da extensão das mesmas.

Geralmente estes termos "radical e econômica" referem extensão dos descolamentos e se SMAS é realizada ou não. Entendo que a ritidoplastia deve obedecer às necessidades da paciente. Cirurgias "menores" normalmente são insuficientes, e, em meu entender têm o mesmo potencial de complicações do que a cirurgia "maior". Leve-se também em consideração que aqueles que realizam cirurgias "pequenas ou limitadas" não estão preparados para a cirurgia "necessária".

Deve-se fazer o necessário, mas, não mais que o necessário.

Operar para o paciente e não para o cirurgião.

2) Você faz tratamento do SMAS – Platisma na maioria dos casos? Como trata?

RP = Trato o SMAS-Platisma sempre que houver indicação, o que acontece na maioria dos casos. Tenho preferência pela smasectomia, com eventual plicatura, devido a sangramento atípico, anatomia distorcida por cirurgias anteriores, ou a causa de menor ambição.

PA = Sim. Quando há bandas de músculo platisma é feita a sua aproximação na linha média com pontos separados náilon 4.0 e a secção transversal inferior das bandas, para que a sutura seja feita sem muita tensão.

Quando há excesso de músculo a esse nível, faz-se ressecção das bandas e aproximação das fibras musculares remanescentes na linha média.

Quando, após o descolamento da pele, encontra-se um SMAS espesso e frouxo, faz-se uma plicatura simples, vertical na face e oblíqua no pescoço com pontos separados de náilon 4 ou 5.0. Nas faces "gordas", em que o SMAS é muito espesso (1,5cm), faz-se o descolamento do SMAS e as mesmas trações exercidas na plicatura simples, ressecando-se o excedente do SMAS na extremidade superior e o excedente de SMAS na região pré-auricular migra para trás da orelha sob forma de um retalho de 2-3cm, que auxilia na tração oblíqua exercida na região cervical.

CC = Trato o complexo SMAS/platisma em cerca de noventa por cento de meus casos. A seqüência geralmente obedece ao descolamento das partes laterais da face, seguindo o descolamento da região supra-hioidéia. Em alguns pacientes, trato o platisma na linha média e, em outros, faço o descolamento do SMAS que na maioria dos casos é bastante amplo, permitindo rotação adequada dos retalhos. Segue então a tração do complexo SMAS/platisma que é feita em diferentes setores, sendo os excessos removidos.

Esta rotina pode ser alterada, começando-se pelo submento. Depende de cada caso.

3) Você acredita que o tratamento das estruturas profundas dá melhor resultado? Por que?

RP = Sem dúvida, o tratamento das estruturas profundas reposiciona melhor os tecidos, ficando menos dependente da simples tração de pele. Esta foi uma grande evolução da Cirurgia de Face atual.

PA = Depende de como cada face envelhece. Nos casos em que apenas a pele é frouxa e excedente, somente ela será

tratada. Nas situações em que o SMAS também estiver flácido, ele é tratado como descrito no item 2. A tração exercida sobre o SMAS é vertical na face, o que não se consegue fazer com a pele, por questões de ajuste.

CC = Sem dúvida. O complexo SMAS/platísmo tem inserção nos músculos cutâneos que se situam ao redor da boca, permitindo reposicionamento destas estruturas de modo natural; o SMAS tem relação íntima com a pele, assim sendo, a tração que é exercida na pele é mínima após o reposicionamento adequado do SMAS/platísmo. O contorno facial é muito mais natural com a utilização apropriada das estruturas profundas. Em minha opinião, os melhores resultados obtidos no face lift são aqueles em que as estruturas profundas foram adequadamente operadas.

4) Você acredita que o tratamento das estruturas profundas dá maior durabilidade ao resultado? Por que?

RP = Pelas mesmas razões expostas no quesito anterior. Além disso, comparando casos com as mesmas características de envelhecimento, em que em alguns tratei as estruturas profundas e em outros não, a durabilidade daqueles que foram tratados é flagrantemente maior.

PA = Quando as estruturas profundas estiverem frouxas e for feito seu tratamento individualizado, a qualidade do resultado parece ser melhor e sua durabilidade maior. Procuro fazer suturas efetivas quanto à tração exercida e que sejam, ao mesmo tempo, biológicas (sem excesso de tensão).

CC = Não. Acredito que o tratamento das estruturas profundas produza melhor resultado. A durabilidade do efeito de uma ritidoplastia envolve muitos fatores, tais como, genética, hereditariedade, estado emocional, exposição solar, hábitos de vida... lógico que técnica adequada e cirurgião habilitado têm papel importante.

5) Em quais circunstâncias você indica uma ritidoplastia econômica? Você reduz o preço?

RP = Gosto de cirurgias amplas. Costumo recusar pacientes que, por influência de qualquer natureza, solicitam uma cirurgia menor. Reduzo a cirurgia sim, por razões clínicas, como já disse anteriormente. Nessa hipótese, todo o custo é diferenciado.

PA = Nos últimos dois anos, reduzi a amplitude dos descolamentos e percebo, no tempo em que já foi possível acompanhar os resultados, que eles são igualmente bons e muito semelhantes aos que obtinha com os descolamentos mais amplos e generalizados de antes. Estes são, agora, reservados para os casos de grande flacidez de pele e para os que necessitam de desengorduramento cervical grande associado à plicatura de platísmo. O preço é estabelecido mais pela capacidade necessária de tomar boas decisões médicas, pela responsabilidade ao operar as pessoas e para acompanhá-las cuidadosamente ao longo de meses, até que o resultado final tenha sido alcançado. Portanto, o preço não é decorrência da extensão dos procedimentos, em si.

CC = Indicar nunca. Acredito que pacientes muito idosos

necessitem de procedimentos menos extensos, nestes casos com frequência notamos involução da tela subcutânea e também do SMAS.

O preço é de uma cirurgia visando ao rejuvenescimento facial e, assim sendo, devemos fazer o que o paciente necessita (desde que saibamos fazer). O preço pode ser reduzido por razões diversas e não por magnitude de cirurgia. Como médicos, nossa obrigação é dar o que de melhor a ciência oferece. O paciente confia no médico e ao médico impõe-se realizar o máximo e não o mínimo. Seria este procedimento enganar o paciente? Ou incompetência? Ou preguiça?

6) Você diminuiu o tamanho das cicatrizes ultimamente? Como? Por que?

RP = A cirurgia de face vem acompanhando o dinamismo das mudanças, na busca pela excelência do resultado. O acesso e, conseqüentemente, as cicatrizes, não devem ser reduzidos por modismos, e sim pelo aprimoramento da técnica.

PA = Sim, um pouco, mas não há uma preocupação exagerada e inicial com a extensão das incisões e cicatrizes em si. Cada caso apresenta suas necessidades e procura-se muito mais colocar bem as incisões, fazer descolamento-tração-ressecção adequadas ao caso. As suturas devem ser biológicas sem excesso de tensão e, colocando-se as tensões nas áreas corretas, principalmente para não deformar a orelha (implantação da hélice, trago e lóbulo). Pensa-se sempre em apoiar o retalho cutâneo fora da orelha, para evitar deformidades estigmatizantes. Com maior frequência, hoje, opto por incisões pré-pilosas também nos casos de ritidoplastias primárias.

CC = Analisando as idéias de Daniel Baker achei que em muitas pacientes a incisão parando logo atrás do lobo da orelha proporcionaria o mesmo resultado que continuando o corte. O procedimento é mais trabalhoso porque o mesmo ato é feito com campo cirúrgico restrito.

Tenho usado pouco a incisão intracapilar, preferindo contornar as costeletas, impedindo assim qualquer alteração no posicionamento das mesmas. É evidente que alguns pacientes impõe incisões mais extensas para que todas as deformidades sejam propriamente atenuadas ou eliminadas. A diminuição das cicatrizes não significa de modo algum redução do que se tem que realizar.

7) Qual a abordagem que prefere para a região frontal?

RP = Aberta.

PA = Depende da necessidade anatômica do caso e da disposição da paciente. As opções são: endobrow, incisão no couro cabeludo ou pré-pilosa com descolamento-tração-ressecção, técnica McCord e tração com fio mersilene 2.0.

CC = Depende do grau de intensidade do defeito. Utilizo a ritidoplastia transcoronal em muitas ocasiões. Com o desenvolvimento de procedimentos que permitem reposicionamento das sobrancelhas com pequenas incisões, tenho realizado com frequência. Atualmente, tenho indicado menos o acesso transcoronal, mas faço-o com frequência.

COMENTÁRIOS DO COORDENADOR

A compreensão de cirurgia radical ou econômica foi mais ou menos semelhante entre os debatedores, sendo que a aceitação da "econômica" foi menor por parte do Cláudio. Eu acredito que em certas circunstâncias ela é aceitável, principalmente se a ação sobre as estruturas profundas nada vá acrescentar ao resultado.

Todos tratam as estruturas profundas com frequência e de forma parecida, o que parece ser uma tendência no momento atual da plástica de face. Todos também atribuem a estes melhores resultados. Quanto à durabilidade, Cláudio questiona, enquanto Ronaldo e Paulo acreditam que seja maior.

A questão do preço nas cirurgias "econômicas" foi colocada porque vemos com frequência "mini-lifting" realizados até em

consultórios, com óbvios mini resultados, sendo comparados pelos pacientes com os preços de um lifting normal.

A questão da redução das cicatrizes também parece ser uma tendência, claro, desde que não seja um fator limitante do resultado. As incisões pré-pilosas, como exemplo a "península" divulgada pelo Ronaldo, parecem também serem uma tendência, citadas pelo Cláudio e Paulo.

A abordagem da região frontal teve como resposta do Ronaldo um definitivo "alerta", embora tanto o Cláudio como o Paulo optem por alternativas com menores incisões, na dependência de cada caso ou de cada cirurgião. O grande número de técnicas para tratamento desta região parece mostrar que nenhuma de fato nos satisfaz, como as que abordam terço médio e inferior da face.