

Lipofacelift: plástica facial com descolamento mínimo da pele

Lipofacelift: facelift with minimal skin undermining

MARCELO DAHER¹

Trabalho realizado na Interclínica –
Centroplástica, Rio de Janeiro, RJ.

Este artigo foi submetido no SGP
(Sistema de Gestão de Publicações)
da RBCP.

Trabalho apresentado: ASAPS
Meeting, em abril de 2006,
em Orlando, Estados Unidos;
Congresso Brasileiro de Cirurgia
Plástica, em novembro de 2007;
Congresso Brasileiro de Cirurgia
Plástica, em novembro de 2008;
Jornada de Santa Catarina, em
abril 2009; no Hospital Mater-
Dei, Belo Horizonte, MG, em
2007 e 2009; na Jornada de
Búzios, em 2008 e 2009.

Artigo recebido: 19/7/2009
Artigo aceito: 23/10/2009

RESUMO

Introdução: Procedimentos cirúrgicos menos extensos, com tempo de recuperação mais curto, têm atualmente sido mais solicitados pelos pacientes candidatos à ritidoplastia facial. **Objetivo:** Apresentar procedimentos cirúrgicos menos invasivos, que atinjam os objetivos dos pacientes e dos cirurgiões com o menor tempo de recuperação, na realização de ritidoplastias. **Método:** Dissecção mínima do tegumento cutâneo da face, restrita ao redor da orelha num raio de 4 cm. As restantes áreas do segmento médio da face e cérvico-mandibular são “tunelizadas” mediante cânula de lipoaspiração, somente aspirando o tecido adiposo nos depósitos submentoniano e submandibular quando necessário, mantendo as conexões vâsculo-nervosas da pele com o plano subjacente. Foram comparados 309 pacientes operados de ritidoplastias, dos quais 89 foram submetidos à técnica proposta e os restantes 220 à técnica convencional de ampla dissecção e tratamento do SMAS. **Resultados:** Os pacientes operados pela técnica proposta apresentaram melhores resultados estéticos, com preservação da textura e do trofismo da pele. **Conclusões:** A técnica proposta permite diminuir o tempo cirúrgico em 50%, por ser um procedimento menos invasivo e apresentar menor morbidade, além de melhorar a qualidade do resultado.

Descritores: Ritidoplastia/métodos. Face/cirurgia. Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos.

SUMMARY

Introduction: Less extended surgical procedures with short recovery post-operative period of time have been requested by patients submitted to rhytidectomies. **Objective:** Study of minimal invasive surgical procedures in facelift that offer the desired results in less post-operative recovery period. **Method:** Four centimeters ratio skin undermining around the ear combined with cannula skin tunneling along the mid-face and neck regions with or without liposuction according to the necessity, preserving the nervous-vascular connections with the deep skin plane. 309 patients submitted to facelift, 89 were operated by this technique and the other 220 patients operated through conventional procedures by extensive skin undermining and SMAS treatment. **Results:** Patients operated by the proposed technique presented better aesthetic results due to skin connection preservation, less secondary skin fibrosis and better skin trophic conditions. **Conclusion:** These less invasive technical procedures reduce 50% of the surgical time, maintaining the quality of the results with minor morbidity.

Descriptors: Rhytidoplasty/methods. Face/surgery. Surgical procedures, minimally invasive.

1. Diretor do Capítulo de Cirurgia Plástica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital da Lagoa.

INTRODUÇÃO

No decurso das ritidoplastias, quer nas dissecações amplas e mesmo nas econômicas¹⁻⁸ combinadas ou não com o tratamento do SMAS⁹⁻¹², a lipoaspiração em determinadas áreas da face e do pescoço e as injeções de gordura têm sido rotineiramente utilizadas e descritas na literatura¹³⁻²⁰.

Temos realizado ritidoplastias faciais desde 1978, desde então temos passado por todas etapas possíveis desse tipo de procedimento. Iniciamos com a ritidoplastia superficial e, em seguida, com a execução de plicaturas, das lipectomias do terço médio da face e pescoço, e por último a inclusão do tratamento do SMAS. Nos últimos 10 anos, temos utilizado rotineiramente os procedimentos propostos, isto é, dissecações cutâneas reduzidas e tunelização com cânula (com ou sem lipoaspiração) das áreas restantes da face e pescoço. O objetivo desse artigo é apresentar os detalhes técnicos dessa conduta, as vantagens e os resultados a médio e longo prazos.

METODO

Foram operados e avaliados 309 pacientes, com idade entre 37 e 87 anos, sendo 90% do sexo feminino. Quanto ao grupo étnico, 3% dos pacientes pertenciam à 97% eram caucasianos e o restante eram negros ou mestiços. Trinta por cento dos pacientes operados eram tabagistas ou ex-tabagistas. Os últimos 89 pacientes foram submetidos à técnica proposta.

Técnica

A cirurgia foi realizada com os pacientes sedados, sob anestesia local. A demarcação envolveu as áreas limites, desde a região malar até o hióide e a retroauricular bilateralmente. Foi realizada infiltração com xilocaína a 0,125% e com adrenalina a 1:200.000 (Figura 1). Todas as regiões contidas nas áreas demarcadas e infiltradas foram tunelizadas com cânula tipo “cabeça de tubarão”(Figura 2), com ou sem lipoaspiração concomitante (Figuras 3 e 4). A dissecação da pele foi realizada ao redor da orelha, numa área com cerca de 4 cm de raio (Figura 5). A plicatura do SMAS foi realizada com pontos isolados de náilon 3-0, com o nó voltado para o plano profundo, paralelamente ao sulco naso-geniano (SNG), iniciando no segmento lateral do malar até atingir a região cervical infra-auricular, passando pouco adiante do lóbulo da orelha (Figura 6). A tração dos excessos cutâneos foi realizada na direção e no sentido dos vetores de força, um no sentido superior e o outro pósterio-superior na linha tragus - tubérculo de Darwin⁷ (Figura 7). Após bloqueio dos retalhos dérmicos em dois pontos com náilon 4-0, nas zonas pré e retroauriculares, o

excesso de pele foi ressecado sem tensão e a síntese da pele por sutura intradérmica com monocryl® 4-0. Foram realizados auto-enxertos de gordura nas regiões malar, lábios e ângulo da mandíbula, quando indicados (Figura 8). Curativo compressivo foi dispensável.



Figura 1 – Todas as áreas demarcadas são submetidas à tunelização roma com a cânula em toda a extensão.

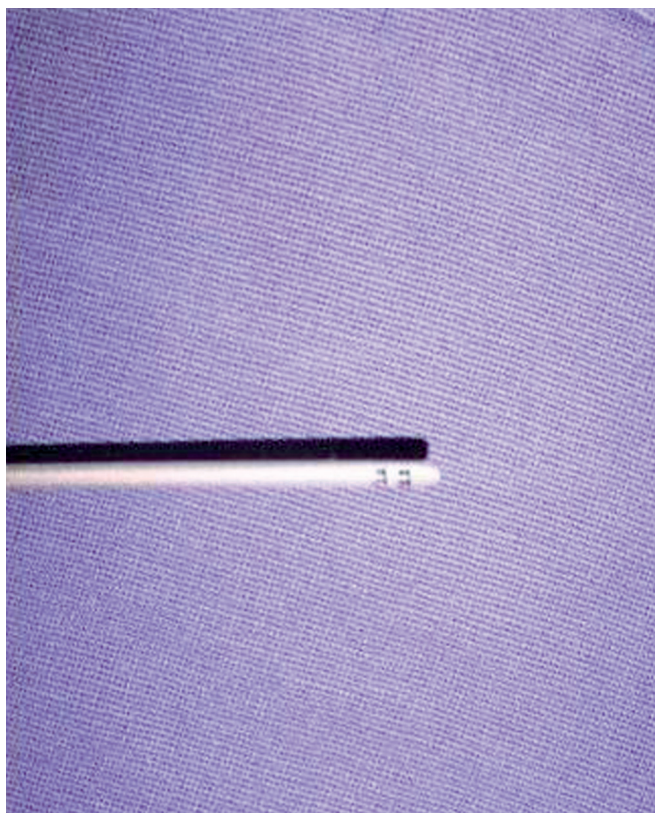


Figura 2 – Cânula tipo “cabeça de tubarão” com 2 mm de diâmetro e dois orifícios na extremidade achatada.

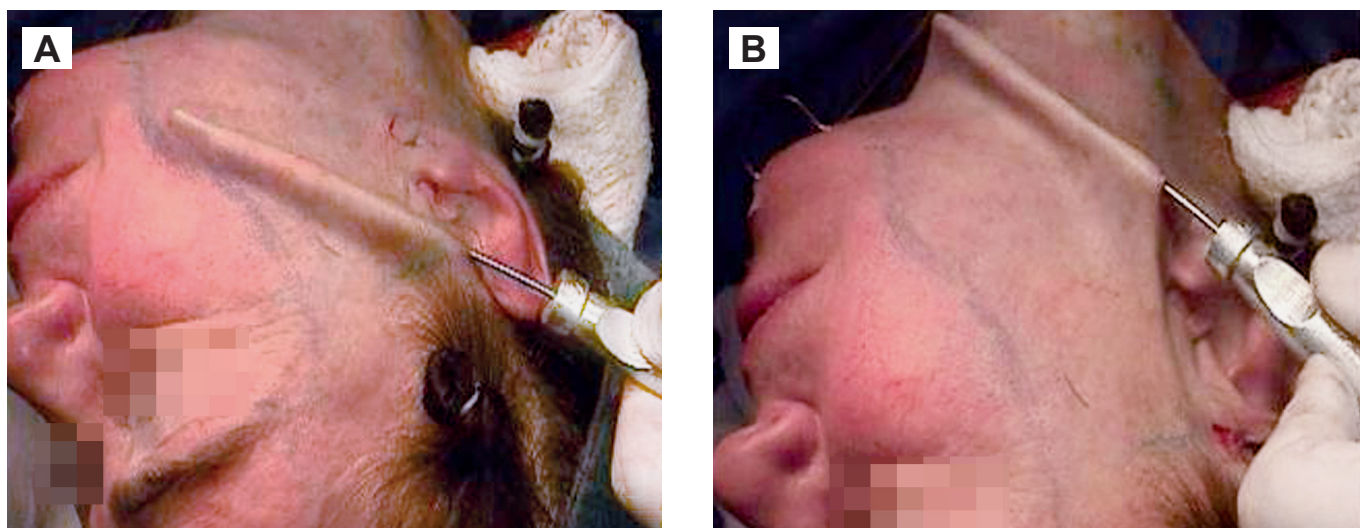


Figura 3 – Detalhes dos aspectos da tunelização roma com a cânula em todas as regiões previamente delimitadas sem aspiração da gordura, acima e abaixo da linha da mandíbula.

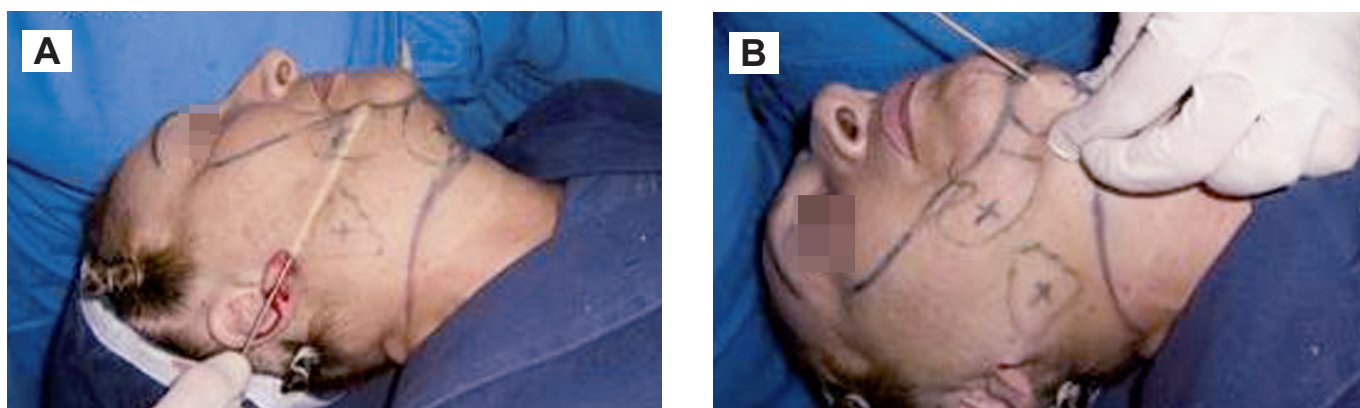


Figura 4 – Os depósitos específicos de gordura são aspirados, previamente à tunelização roma com cânula nas demais regiões demarcadas.

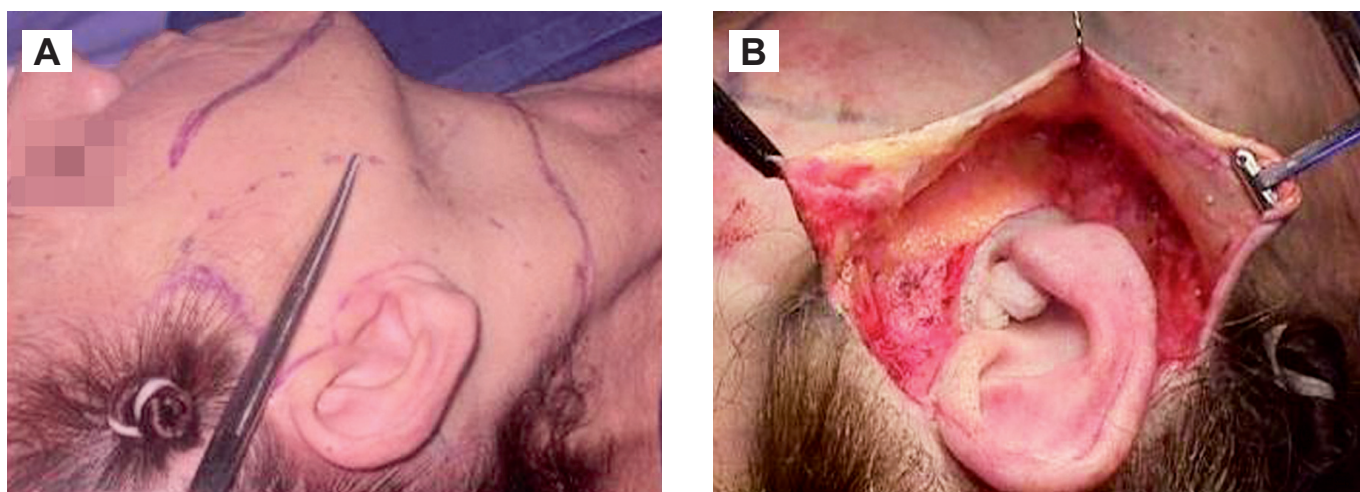


Figura 5 – Somente uma área de até 4 cm de raio ao redor da implantação da orelha é dissecada para permitir a plicatura do SMAS e a tração e ressecção dos excessos de pele.

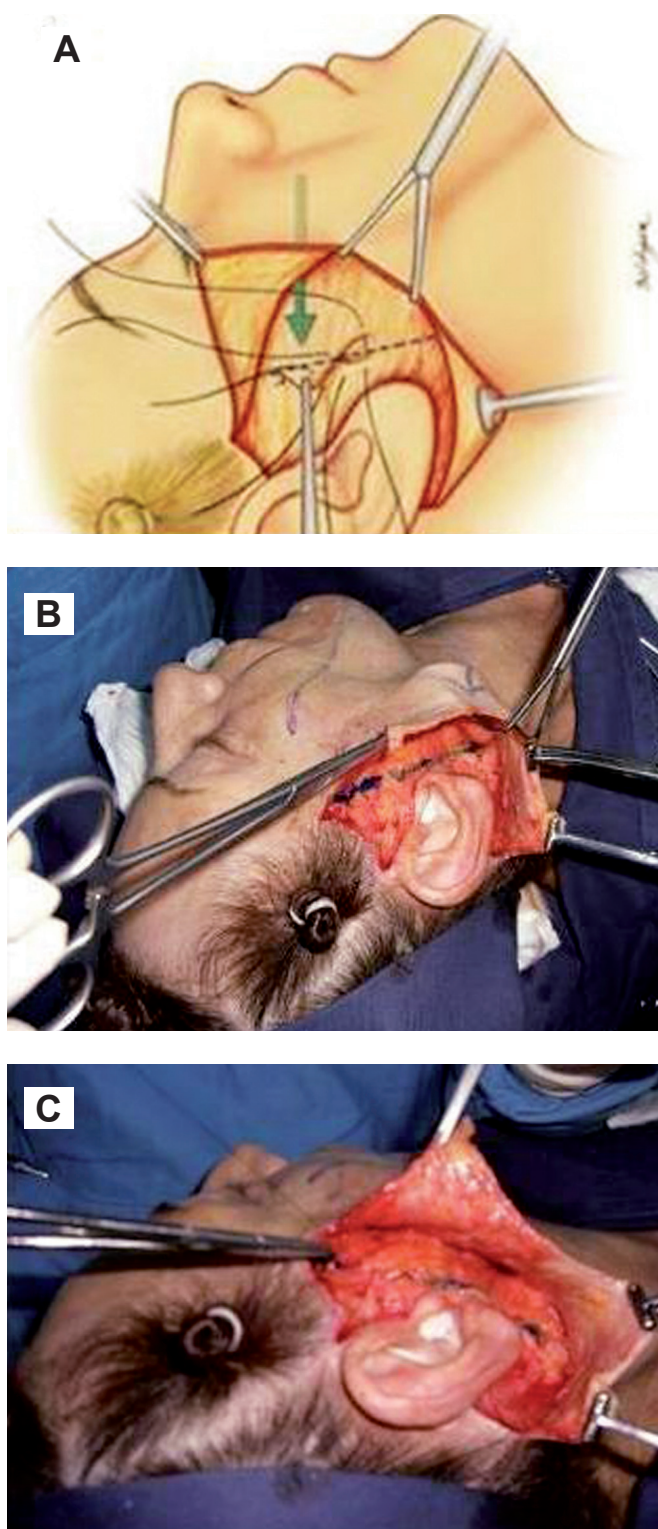


Figura 6 – Aspecto esquemático e detalhes da plicatura do SMAS segundo uma linha paralela ao sulco naso-geniano (SNG), estendida até a região cervical abaixo do lóbulo da orelha. Pontos isolados de náilon 3-0 são aplicados em toda a extensão do SMAS, com os nós posicionados no plano subjacente.



Figura 7 – Detalhe sobre o sentido de tração sem tensão dos excessos cutâneos a serem ressecados e a diminuição do espaço dissecado em até cerca de 50% da extensão prévia após a plicatura do SMAS.



Figura 8 – Áreas demarcadas em azul demonstram a lipoaspiração seletiva na região submentoniana, submandibular e no triângulo entre a borda anterior do esternocleidomastoídeo e a linha mandibular anterior.

RESULTADOS

Os casos realizados com a técnica proposta demonstraram resultados estéticos superiores às demais técnicas quanto à textura da pele pós-lifting, de aspecto normal e eutrófica.

O tempo de recuperação é consideravelmente menor e, depois de poucas horas do pós-operatório, o paciente encontra-se em condições ótimas para ter alta hospitalar.

Os pacientes operados praticamente não apresentaram hematomas, e apenas mínima perda superficial de pele retro-auricular, sem necessidade de reparação cirúrgica secundária.

DISCUSSÃO

A principal proposta da técnica descrita é a não dissecação da pele além dos limites de 4 cm ao redor e distante da implantação da orelha externa. Essa dissecação econômica preserva a qualidade da pele comparada às ritidoplastias extensas que levam a processos atróficos comumente observados nas ritidoplastias secundárias e terciárias. As trabéculas persistentes após a tunelização da pele mostram as conexões vasculo-nervosas íntegras (Figura 9). A pele apresenta ampla mobilização à tração, similar à observada nas dissecações mais extensas.

Na técnica apresentada nesse artigo, a lipoaspiração dos excessos adiposos localizados e generalizados na face e no pescoço é seletiva e fiel aos preceitos de manter o volume facial, da mesma forma, o reimplante da gordura aspirada tem sua indicação específica. A reduzida área dissecada torna desnecessário o uso de drenos, com incidência zero de hematomas nos casos operados. O período de pós-operatório com edemas e equimoses também foi reduzido comparativamente às ritidoplastias convencionais, permitindo o retorno às atividades habituais e sociais precocemente. Para atividades desportivas e exposição

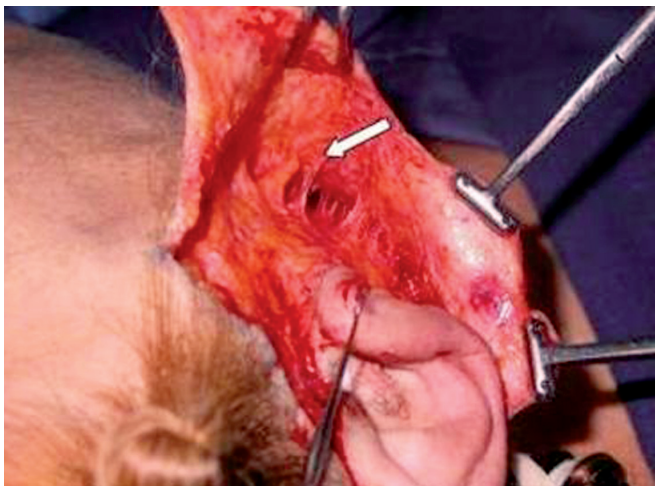


Figura 9 – Detalhe dos aspectos dos túneis e trabéculas com preservação vascular (seta branca) após a tunelização dermo-epidérmica e a dissecação de rotina com a tesoura.

ao sol, mantivemos o período de repouso de 3 meses. Os procedimentos cirúrgicos, como blefaroplastias, rinoplastias, e o tratamento das bandas platismais por incisão submandibular podem ser realizados no decurso da cirurgia, pela baixa morbidade, já que o tempo cirúrgico é reduzido em torno de 50% quando comparado às ritidoplastias convencionais.

Finalmente a chamada “face estigmatizada”, às vezes observada nas ritidoplastias convencionais por dissecação e trações excessivas, não tem sido observada nos casos operados (Figuras 10 a 13).



Figura 10 – Paciente sob sedação e anestesia local com 8 horas de pós-operatório, submetida a rinoplastia, blefaroplastia, tratamento das bandas de platisma, lipoinjeção dos lábios, ressecção intrapilosa na região frontal para elevação da cauda dos supercílios, e aos procedimentos de ritidoplastia combinada com tunelização pela técnica descrita. Apesar da extensão dos procedimentos combinados, nota-se pequeno a moderado volume de edema e equimoses, sem a utilização de drenos e curativo oclusivo somente nas primeiras 6 horas de pós-operatório.



Figura 11 – Paciente do sexo masculino, 70 anos, submetido aos procedimentos técnicos descritos. Vista anterior, perfil e semi-lateral do pré-operatório, 8 e 16 meses de pós-operatório.



Figura 12 – Paciente do sexo feminino, 53 anos, submetida aos procedimentos técnicos descritos. Vista anterior; perfil e semi-lateral do pré-operatório e 6 meses de pós-operatório.



Figura 13 – Paciente do sexo feminino, 57 anos, submetida aos procedimentos técnicos descritos. Vista anterior, perfil e semi-lateral do pré-operatório e 6 meses de pós-operatório.

CONCLUSÕES

A “Lipofacelift” tem oferecido resultados mais naturais, com maior margem de segurança na manipulação da capa cutânea, tempo de recuperação pós-operatório mais curto e tempo cirúrgico reduzido a 50%, quando comparado às técnicas de ritidoplastias convencionais. O fato da técnica dispensar o uso de drenos e de curativos na maioria dos casos, com intercorrências e índice de complicações próximos a zero, completam os aspectos positivos observados nos nossos casos nos últimos 10 anos.

REFERÊNCIAS

1. Rees TD. Face lift. In: Rees TD, Smith DW, eds. *Cosmetic facial surgery*. Philadelphia:Saunders;1973. p.203.
2. Souza Pinto EB. Importance of cervicofacial complex treatment in rhytidoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 1981;5(1):69-75.
3. Hakme F. SMAS: platysma in cervico-facial rhytidectomy: experience and results. *Rev Bras Cir*. 1982;72:105-10.
4. Hamra ST. The tri-plane face lift dissection. *Ann Plast Surg*. 1984;12(3):268-74.
5. Daher M. Anatomia da face: região cérvico-mandibular. In: *Anais do XXI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica*;1984;Gramado, Brasil.
6. Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. *Plast Reconstr Surg*. 1989;83(1):11-6.
7. Pitanguy I. The round-lifting technique. *Facial Plast Surg*. 2000;16(3):255-67.
8. Ramirez OM. Full face rejuvenation in three dimensions: a “face-lifting” for the new millennium. *Aesthetic Plast Surg*. 2001;25(3):152-64.
9. Aston SJ. Platysma-SMAS cervicofacial rhytidoplasty. *Clin Plast Surg*. 1983;10(3):507-20.
10. Owsley JQ Jr. SMAS-platysmafacelift. Abidirectional cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg*. 1983;10(3):429-40.
11. de Castro CC. The role of the superficial musculoaponeurotic system in facelift. *Ann Plast Surg*. 1986;16(4):279-86.
12. Baker D. Rhytidectomy with lateral SMASectomy. *Facial Plast Surg*. 2000;16(3):209-13.
13. Cardoso de Castro C, Aboudib JH Jr. Extensive cervical and lower face lipectomy: its importance and anatomical basis. *Ann Plast Surg*. 1980;4(5):370-5.
14. Conell BF. Surgical technique of cervical lift and facial lipectomy. *Aesthetic Plast Surg*. 1981;5(1):43-50.
15. Teimourian B. Face and neck suction-assisted lipectomy associated with rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1983;72(5):627-33.
16. Avelar J. Fat-suction of the submental and submandibular regions. *Aesthetic Plast Surg*. 1985;9(4):257-63.
17. Teimourian S. Suction lipectomy of the face and neck. *Facial Plast Surg*. 1986;4(1):35-43.
18. Daher JC, Cosac OM, Domingues S. Face-lift: the importance of redefining facial contours through facial liposuction. *Ann Plast Surg*. 1988;21(1):1-10.
19. Donofrio LM. Fat distribution: a morphologic study of the aging face. *Dermatol Surg*. 2000; 26(12):1107-12.
20. Tzikas TL. Lipografting: autologous fat grafting for total facial rejuvenation. *Facial Plast Surg*. 2004;20(2):135-43.

Correspondência para:

Marcelo Daher
Rua Jardim Botânico, 164 – Jardim Botânico – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 22461-000
E-mail: mdaher@attglobal.net