

Ritidoplastia com descolamento composto

Facelift with composite undermining

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA¹
SÉRGIO FERNANDO DANTAS
DE AZEVEDO²
OSVALDO RIBEIRO SALDANHA
FILHO³
CRISTIANNA BONETTO
SALDANHA⁴
LUCIANO ORNELAS CHAVES⁵

Trabalho realizado na Clínica
Saldanha, Santos, SP.

Artigo submetido no SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 27/11/2009
Artigo aceito: 18/1/2010

RESUMO

Introdução: Baseado na lipoabdominoplastia, intensificados pelos novos conceitos da subunidade anatômica do tecido adiposo subcutâneo na face, é proposto um descolamento composto do retalho com divulsor, sem ruptura vaso-nervosa, promovendo ampla mobilidade do retalho e diminuição efetiva do sangramento e do sofrimento da pele. **Método:** Neste estudo, a ritidoplastia com descolamento composto foi executada em 34 pacientes, sendo 3 homens e 31 mulheres, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. Oito pacientes eram fumantes. **Resultados:** Pacientes submetidos à ritidoplastia com descolamento composto apresentaram recuperação melhor que os submetidos à ritidoplastia tradicional. Não houve nenhum caso de hematoma importante, epiteliólise, necrose ou outras complicações. **Conclusões:** A técnica de ritidoplastia proposta usa conceitos conservadores e conduz a uma diminuição na incidência de complicações.

Descritores: Ritidoplastia. Traumatismos faciais. Complicações pós-operatórias.

SUMMARY

Introduction: Based on lipoabdominoplasty and intensified by the new concepts of anatomical unit of the subcutaneous fat tissue in the face, this approach proposes a composite undermining by the divulsor of the flap without vasculonervous rupture, promoting a enough mobility of the flap, an effective decrease of bleeding and skin suffering. **Methods:** The technique was performed on 34 patients, 3 males and 31 females, from November 2008 to October 2009 and eight of them were smokers. **Results:** Patients who undergo face lift with composite undermining present a better recovery than who undergo the traditional face lift. It had no case of important hematoma, epitheliolysis, necrosis or other complications. **Conclusions:** The introduction of a new approach using conservative concepts, leads to a decrease in the statistics of complications.

Descriptors: Rhytidoplasty. Facial injuries. Postoperative complications.

1. Regente de Serviço Credenciado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) - Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto, - UNISANTA; Membro Titular da SBCP; Ex-presidente da SBCP (2006 - 2007); Diretor do DEC - SBCP.
2. Médico Estagiário de Cirurgia Plástica do Serviço da UNISANTA.
3. Médico Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Santos.
4. Médica Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Santos.
5. Membro Titular da SBCP, Ex-Presidente da Regional Distrito Federal da SBCP; Diretor do Capítulo de Estética da SBCP.

INTRODUÇÃO

Nenhuma região do corpo demonstra o processo de envelhecimento de forma tão evidente como a face. Sua anatomia diferenciada e nobre expõe e expressa a fisionomia das emoções e desejos.

O contorno facial pode apresentar deformidades estéticas e funcionais derivadas de causas genéticas ou adquiridas por causa do envelhecimento, devido à flacidez cutânea, exposição aos raios solares, obesidade, tabagismo, dentre outras. As deformidades no contorno facial produzem alterações psicológicas, fisiológicas e estéticas.

Mais recentemente tem-se discutido, observado e estudado a ideia de um envelhecimento diferenciado e individual nos diversos órgãos do corpo humano e que dá um descompasso entre a idade cronológica e a idade real. O mundo moderno e as atitudes de cuidados com a saúde têm contribuído para o prolongamento da atividade intelectual, ampliando essa diferença fisionômica e etária¹.

Na impossibilidade real de interferir diretamente na biologia evolutiva do organismo, a medicina em geral e a cirurgia plástica em particular procuram equilibrar o processo de envelhecimento biológico com o cronológico¹.

No início do século XX², ocorreu o primórdio da cirurgia de rejuvenescimento facial, consistindo em ressecções de fusos cutâneos com aproximação e sutura das bordas cirúrgicas, com resultados limitados.

Com a melhor compreensão da anatomia da face e baseada em vários estudos científicos, o descolamento do retalho foi se ampliando, chegou ao amadurecimento nos anos 60 e na década de 70 do século passado. Assim, a cirurgia de rejuvenescimento facial ficou consolidada como um procedimento seguro, com resultados previsíveis e duradouros³⁻¹⁰.

Nos anos 70 e 80 do século passado, os estudos do músculo platísmo - com suas variações anatômicas - e do SMAS (sistema músculo-aponeurótico) chamaram a atenção para a importância do tratamento simultâneo das estruturas profundas da face, repercutindo positivamente na expressão cérvico-facial^{4,7,11} e, técnicas com diminuição da área de descolamento cutâneo associada ao descolamento profundo, com tração simultânea da pele e SMAS^{9,12}.

Com a introdução da lipoaspiração, a cirurgia da face teve um grande benefício na região cervical, promovendo um melhor contorno facial¹³. Foi observado que ao seguir as linhas de tensão da pele, as cânulas, mesmo sem aspiração, provocam o rejuvenescimento facial¹⁴.

As complicações da ritidoplastia têm sido motivo de muitos estudos e publicações na nossa especialidade¹³, induzindo muitos cirurgiões a desenvolver técnicas e manobras que reduzam a agressão tecidual e anatômica^{12,15}.

Em trabalho publicado em 2005, Luz et al.¹⁶ descrevem interessante ideia para descolamento do retalho, utilizando

dilatadores/descoladores, bifacetados, de números 1 a 6, com diâmetros que variam entre 1,5-20 mm, promovendo estiramento dos vasos até seu rompimento. Relatam que esta dilatação gradual proporciona o total descolamento do retalho facial, com diminuição do sangramento devido ao princípio de migração precoce de fatores e células da cascata de coagulação.

A ritidoplastia com descolamento composto a ser descrita neste artigo propõe a interrupção da progressão dos dilatadores em um momento anterior à lesão vascular, com o retalho de pele atingindo mobilidade suficiente para a tração necessária ao tratamento do SMAS/platísmo e a remoção do excesso de pele. É uma nova proposta baseada nos conceitos da lipoabdominoplastia¹⁷⁻²⁰, nos estudos publicados recentemente por Schaverien et al.²¹ e também nos dilatadores progressivos de Luz et al.¹⁶.

Estes estudos do tecido subcutâneo no corpo humano evidenciaram membranas fibrosas que carregam o suprimento sanguíneo perfurante para a pele. Cada compartimento anatômico estudado tem nervo, artéria e veia independentes, identificados dentro de seus limites. Esta segmentação do tecido conectivo proporciona estabilidade e proteção ao suprimento vascular durante a animação da face. O arranjo anatômico do tecido subcutâneo da face e sua vascularização associada são altamente organizados, e se relacionam com o desenvolvimento embriológico da musculatura facial. Esta estrutura anatômica é aplicada a todo tecido fásio-adiposo do corpo humano. A conservação desta vascularização e inervação é fundamental para uma perfeita irrigação e sensibilidade da face.

Na ritidoplastia com descolamento composto, os dilatadores 4, 5 e 6 não são usados, no intento de evitar a ruptura vasculo-nervosa (Figura 1).

O objetivo desse estudo é introduzir uma nova técnica, com conceitos conservadores e com intento de reduzir a estatística de complicações.



Figura 1 – Dilatadores progressivos de Dilson da Luz promovem descolamento do retalho facial.

MÉTODO

Esta técnica pode ser indicada a pacientes de todas as faces que necessitam de ritidoplastia, ou seja, que possuam sinais de envelhecimento, como flacidez de pele, acúmulo de gordura, ptose do SMAS, rugas profundas e bandas platísmas proeminentes. Entretanto, esta técnica tem especial indicação para pacientes fumantes, submetidos às ritidoplastias secundárias e pacientes do sexo masculino.

Entre novembro de 2008 e outubro de 2009, 34 pacientes

foram submetidos à ritidoplastia com descolamento composto. Oito pacientes eram fumantes e três homens. A idade oscilou entre 39 e 72 anos, com média de 55 anos.

Sumário de passos cirúrgicos

1. Anti-sepsia e marcação com azul de metileno.
2. Anestesia e infiltração de solução padrão.
3. Tratamento da região cervical.
4. Descolamento com tesoura.
5. Descolamento com dilatadores.
6. SMASectomia.
7. Fixação temporal do SMAS.
8. Fixação retro-auricular do platisma.
9. Tratamento da região frontal.
10. Ressecção do excesso de pele do retalho facial.
11. Suturas
12. Dreno de aspiração contínua.

Técnica Operatória

Com o paciente em decúbito dorsal é realizada anti-sepsia e colocação de campos estéreis. A marcação com azul de metileno inicia-se na região temporal, conforme descrito por Pitanguy²², seguindo-se na região pré-auricular pela linha limítrofe do tragus e continuando-se na retro-auricular, semelhante à ritidoplastia convencional (Figura 2). O paciente é submetido à anestesia geral ou local com sedação. É realizada infiltração local com solução contendo lidocaína a 0,5% e adrenalina 1:200.000.

A cirurgia é iniciada pela região cervical. Quando necessária, realiza-se a lipoaspiração para delimitação do contorno mandibular com a cânula de 2,0 mm com dois furos unidirecionais. Na maioria dos casos, faz-se uma incisão submentoniana, descolamento com tesoura na região mediana, entre as bordas mediais do platisma, associado à lipectomia e plicatura medial dos mesmos. São utilizados pontos separados com mononylon 4-0 na plicatura medial do platisma e sutura contínua com mononylon 6-0 na pele.

O descolamento com tesoura é limitado e se estende até a linha curva que corresponde ao traçado do descolamento do SMAS¹⁴ e à borda externa do platisma (Figura 3). Pode ser ampliado até a borda do orbicular do olho, quando há necessidade do tratamento deste.

A partir deste ponto, o descolamento é realizado com os dilatadores/descoladores bifacetados de números 1, 2 e 3, atingindo as áreas mais inferiores da região cervical. Dessa forma, faz-se a tunelização do subcutâneo da face, promovendo a liberação seletiva do retalho facial e da região cervical (Figura 4).

A região conhecida como “terra de ninguém” é descolada com dilatadores/descoladores números 1 e 2. Com isso, observamos o tecido subcutâneo da face semelhante ao tecido celular subcutâneo do abdome na lipoabdominoplastia, adquirindo grande mobilidade e mantendo o sistema de perfurantes (Figura 5).

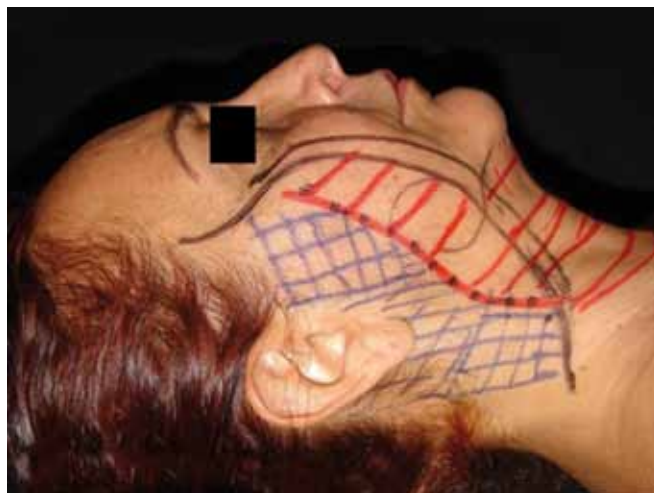


Figura 2 – Marcação – Área de descolamento com tesoura em azul; Área de descolamento com dilatador em vermelho.



Figura 3 – O descolamento com tesoura é limitado, chegando à linha curva que corresponde ao traçado de descolamento do SMAS e platisma.



Figura 4 – O descolamento é feito com dilatadores bifacetados número 1, 2 e 3.

É realizada SMASectomia de forma tradicional²². O SMAS é tracionado verticalmente, fixado à aponeurose temporal com três pontos paralelos transfixados com mononylon 3-0. Da mesma forma, o platisma é descolado e tracionado obliquamente, sendo fixado à região mastóidea com 2 ou 3 pontos de mononylon 3-0. Pontos complementares de acomodação do SMAS e platisma são feitos com mononylon 5-0.

A região frontal é tratada de forma tradicional e depende da necessidade de cada caso, não sendo o objetivo deste artigo.

É realizada a remoção do excesso de pele do retalho facial e a sutura do couro cabeludo com mononylon 3-0 (ponto contínuo), e com mononylon 6-0 e 5-0 nas regiões pré e retro-auriculares, respectivamente. Previamente, utilizam-se pontos subdérmicos com fio absorvível monocryl 4-0 nas regiões pré e retro-auriculares (Figura 6).

Drenagem de aspiração contínua e curativo fechado são realizados rotineiramente.

Cuidados Pós-Operatórios

O dreno de sucção contínua é removido no primeiro dia de pós-operatório. O curativo fechado, não compressivo, é trocado com 24 horas e removido no 2º dia de pós-operatório. Os pontos pré e retro-auriculares são removidos com 7-8 dias e os pontos do couro cabeludo com 10 dias de pós-operatório.

Pacientes submetidos à ritidoplastia com descolamento composto apresentam uma recuperação melhor que os submetidos à ritidoplastia tradicional, visto que sofrem

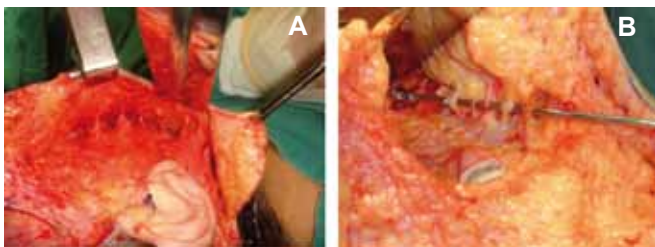


Figura 5 – (A) O tecido subcutâneo descolado da face semelhante ao (B) tecido subcutâneo descolado na lipoabdominoplastia, adquirindo melhor mobilidade e mantendo os vasos perfurantes e nervos sensitivos.



Figura 6 – Após a remoção do excesso de pele, finaliza-se com a sutura do couro cabeludo com mononylon 3-0 (ponto contínuo), e com mononylon 5-0 nas regiões pré e retro-auriculares.



Figura 7 – Ritidoplastia com descolamento composto. Fotos pré e pós-operatórias.

menor trauma, menor lesão vascular e nervosa e apresentam menor espaço morto. Todos estes fatores resultam em menor morbidade, levando o paciente ao retorno mais precoce às atividades sociais e laborativas.

Como em qualquer técnica, a sistematização cirúrgica cuidadosa reduz o índice de complicações, especialmente nas ritidoplastias secundárias. Todos os pacientes apresentaram evolução favorável, sem intercorrências e sem complicações relacionadas a sofrimento tecidual ou lesão nervosa.

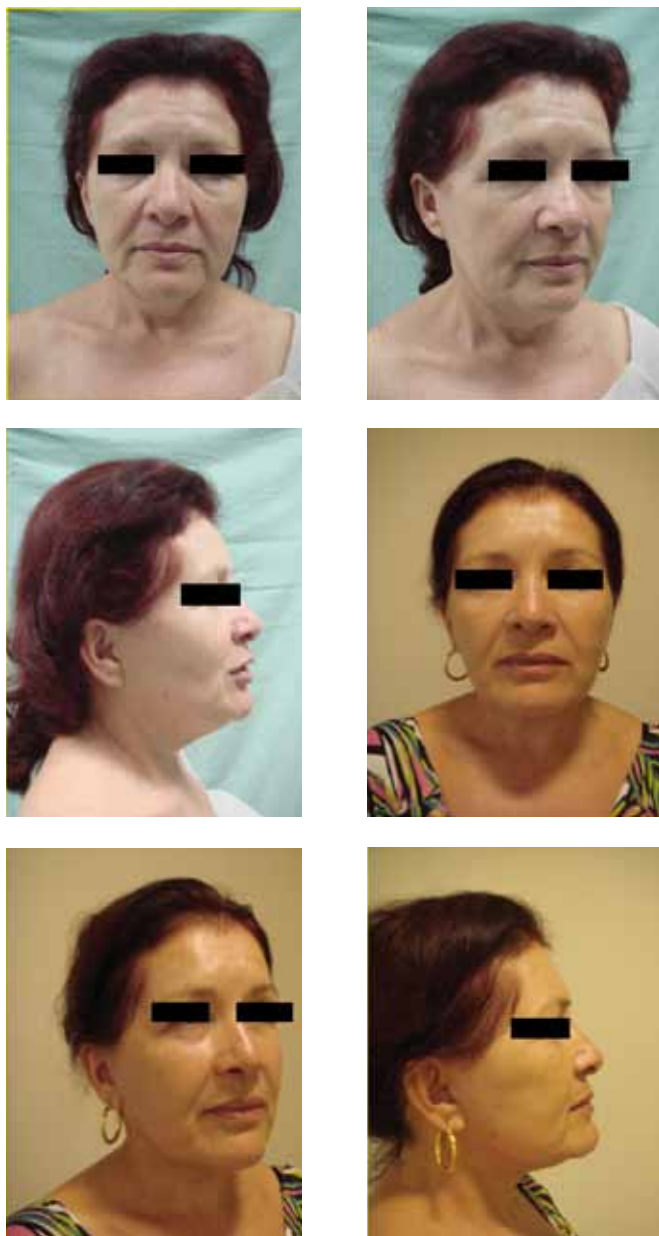


Figura 8 – Ritidoplastia com descolamento composto. Fotos pré e pós-operatórias.

RESULTADOS

Foram tratados 34 pacientes, sendo 31 do sexo feminino, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. Não houve complicações importantes, como grandes hematomas, epiteliólise e necrose de pele, entre outros.

O seguimento demonstrou evolução mais confortável aos pacientes, com menor área de equimose e diminuição da extensão e período do edema, quando comparados ao descolamento da ritidoplastia tradicional.

Oito pacientes eram fumantes e não apresentaram necrose de pele ou epiteliólise.

Dois pacientes, tabagistas e portadores de doença hipertensiva, apresentaram discreto acúmulo sanguíneo na região temporal e retro-auricular direitas, correspondendo a 2 ml caso, e solucionados por meio de aspiração com seringa no sexto e décimo dias, respectivamente.

Todos os pacientes referiram sensibilidade precoce na região pré-auricular, em torno de 15 dias de pós-operatório (Figuras 7 e 8).

DISCUSSÃO

A competitividade com procedimentos estéticos não cirúrgicos tem estimulado alguns cirurgiões a condutas “menos agressivas”, mas que apresentam resultados limitados e insatisfatórios, devido ao fato de não se poder realizar a ritidoplastia em sua plenitude, deixando-se de executar tratamento pleno do complexo SMAS/platisma.

Esta nova proposta cirúrgica mais conservadora não limita as abordagens complementares do facelift, ao contrário, permite a tração e plicatura do SMAS e platisma, tratamento da cauda do supercílio, lipoaspiração e/ou enxerto de gordura, quando indicado. Ou seja, não há prejuízo ou limitações de procedimentos realizados com o descolamento tradicional.

Na ritidoplastia com descolamento composto há a combinação do descolamento parcial com tesoura e o descolamento tunelizado com os dilatadores, alcançando-se territórios como sulco nasolabial e áreas mais inferiores da região cervical, ampliando-se a mobilização do retalho de pele.

O descolamento é intermediário entre o tradicional e as técnicas recentes chamadas de “short scar”. A dilatação controlada do tecido subcutâneo libera a pele e permite a mobilização necessária ao tratamento do rejuvenescimento facial. O objetivo principal é preservar grande parte dos vasos e nervos sensitivos. Dessa maneira, há melhor nutrição e drenagem do retalho, reduzindo a possibilidade de hematoma e necrose de pele, além de permitir mais rápido retorno da sensibilidade cutânea da face.

Esta proposta vem de encontro ao que foi demonstrado no recente estudo citado anteriormente que descreve o tecido subcutâneo facial dividido por septos em subunidades que possuem irrigação e inervação independentes, sendo assim importante, a conservação desta vascularização e inervação para uma perfeita irrigação e sensibilidade da face no pós-operatório imediato²¹.

Armadilhas

Ritidoplastia primária e especialmente lipoaspiração prévia podem diminuir a mobilidade do retalho facial. As cicatrizes no subcutâneo podem desviar o trajeto da cânula.

A lipoaspiração, quando necessária, deve ser avaliada

com cautela, evitando-se a remoção excessiva, que pode originar irregularidades no pós-operatório tardio. A distribuição de gordura nas regiões médio-facial e cervical deve ter seu volume ideal preservados.

Pérolas

1. Excelente contorno facial, perfil natural ao rejuvenescimento facial.
2. Menor morbidade devido à preservação do plexo vasculo-nervoso e diminuído espaço morto.
3. Diminuição da incidência de complicações.
4. Curva de aprendizado rápida.
5. Preservação da sensibilidade no retalho facial.
6. Rápida recuperação pós-operatória.
7. Especial indicação para fumantes e ritidoplastias secundárias.

CONCLUSÃO

A ritidoplastia evoluiu enormemente na última década por meio de inovações técnicas, ou ainda, associando-se aos tratamentos complementares como os preenchimentos, toxina botulínica, peeling, dentre outros.

A utilização desses procedimentos complementares não cirúrgicos não pode nem deve substituir a cirurgia. Cada um tem sua indicação, isolada ou associada. O objetivo é obter um resultado melhor e com maior segurança.

Esta abordagem promove, de maneira bastante segura, um descolamento seletivo e efetivo, com ótima mobilidade do retalho, obtendo resultados estéticos muito satisfatórios, com diminuição da possibilidade sangramento trans e pós-operatório, assim como sofrimento tecidual e/ou necrose, uma vez que o sistema de perfusão está mantido em quase toda extensão do retalho.

A curva de aprendizagem é rápida. O procedimento é semelhante ao tradicional. Há necessidade de uma pequena adaptação à utilização dos descoladores/dilatadores de maneira progressiva, procurando-se visualizar a ponta dos dilatadores em toda sua extensão no subcutâneo, no mesmo plano do descolamento com a tesoura²³. A familiarização com a técnica torna possível a obtenção de um contorno facial harmonioso e uma rápida recuperação pós-operatória. A ritidoplastia com descolamento composto apresenta menor morbidade, com resultado estético final satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Roizen M. RealAge: are you as young as you can be? New York:Harper Collins;2001.
2. Passot R. La correction chirurgicale des rides du visage. Bull Acad Med. 1919;2:112-6.
3. Aston SJ. Platysma-SMAS cervicofacial rhytidoplasty. Clin Plast Surg. 1983;10(3):507-20.
4. Cardoso de Castro C. The value of anatomical study of the platysma muscle in cervical lifting. Aesthetic Plast Surg. 1984;8(1):7-11.
5. Hamra ST. Composite rhytidectomy. Plast Reconstr Surg. 1992;90(1):1-13.
6. Mélega JC. Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte. Cirurgia Estética. Rio de Janeiro:MEDSI;2003. p.25-42; 43-57.
7. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plast Reconstr Surg. 1976;58(1):80-8.
8. Rees TD, Aston SJ. A clinical evaluation of the results of submusculo-aponeurotic dissection and fixation in face lift. Plast Reconstr Surg. 1977;60(6):851-9.
9. Roberts TL 3rd, Pozner JN, Ritter E. The RSVP facelift: a highly vascular flap permitting safe, simultaneous, comprehensive facial rejuvenation in one operative setting. Aesthetic Plast Surg. 2000;24(5):313-22.
10. Whetzel TP, Mathes SJ. The arterial supply of the face lift flap. Plast Reconstr Surg. 1997;100(2):480-6.
11. Skoog T. Atlas de cirurgia plástica. Barcelona:Salvat;1976. p.300-30.
12. Tonnard P, Verpaale A, Monstrey S, Van Landuyt K, Blondeel P, Hamdi M, et al. Minimal access cranial suspension lift: a modified S-lift. Plast Reconstr Surg. 2002;109(6):2074-86.
13. Flageul G, Illouz YG. Isolated cervico-facial liposuction applied to the treatment of aging. Ann Chir Plast Esthet. 1996;41(6):620-30.
14. Matarasso HA, Aston SJ. The suction cannula: retractor in facial plasty. Plast Reconstr Surg. 1987;80(6):869-70.
15. Pontius AT, Williams EF 3rd. The extended minimal incision approach to midface rejuvenation. Facial Plast Surg Clin North Am. 2005;13(3):411-9.
16. Luz DF, Wolfenson M, Figueiredo J, Didier JC. Full-face undermining using progressive dilators. Aesthetic Plast Surg. 2005;29(2):95-9.
17. Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN Jr, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. Aesthet Surg J. 2001;21(6):518-26.
18. Saldanha OR, Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aesthetic Plast Surg. 2003;27(4):322-7.
19. Saldanha OR, Federico R, Doi M. Lipoabdominoplasty: Saldanha's Technique In: Aston SJ, Walden J, Steinbrech DS, eds. Aesthetic plastic surgery. 1st ed. New York:Elsevier Health Sciences;2009. p.757-64.
20. Saldanha OR, Federico R, Daher PF, Malheiros AA, Carneiro PR, Azevedo SF, et al. Lipoabdominoplasty. Plast Reconstr Surg. 2009;124(3):934-42.
21. Schaverien MV, Pessa JE, Rohrich RJ. Vascularized membranes determine the anatomical boundaries of the subcutaneous fat compartments. Plast Reconstr Surg. 2009;123(2):695-700.
22. Pitanguy I, Degand M, Ceravolo MP, Bos H. Considerações sobre nossa experiência com dissecação e plicatura do SMAS em meloplastia. Rev Bras Cir. 1981;71(1):57-72.
23. Saldanha OR et al In: Ritidoplastia com descolamento seletivo. Técnica Dilson Luz - Tunelizações progressivas: princípios, aplicações e procedimentos complementares. Rio de Janeiro:Di-Livros;2010. 1^a ed. p.99-108.

Correspondência para:

Oswaldo Saldanha
Avenida Washington Luiz, 142 - Vila Mathias – Santos, SP, Brasil - CEP: 11050-200
E-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br