

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA REGIÃO CERVICAL ASSOCIADO A SUTURAS DE SUSPENSÃO PLATISMAL COM FIOS DE POLITETRAFLUOROETILENO

Surgical treatment of cervical region associated with polytetrafluoroethylene platysmal suspension sutures

JAVIER DE BENITO¹, RONALDO RIGHESSE²

RESUMO

Introdução: A partir da década de 70, grande importância tem sido atribuída ao sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) e ao platisma, sendo o manejo adequado destas estruturas considerado ponto-chave na obtenção de melhores resultados nas cirurgias de rejuvenescimento facial. Consideram-se casos de difícil resolução, atribuídos por McKinney como grau IV, pacientes com significativa flacidez de pele e músculos, bandas platismais pronunciadas e separadas, protrusão das glândulas submandibulares, baixa posição do osso hióide, grande quantidade de gordura e uma linha mandibular pouco definida. **Método:** Um grupo de 89 pacientes com estas características e submetido a tratamento cirúrgico foi avaliado, retrospectivamente. O tratamento cirúrgico constou de ritidoplastias cérvico-faciais associadas a dissecação e tração do complexo SMAS-platisma, platismoplastia medial segundo Feldman e sutura entrecruzada com fio de politetrafluoroetileno (PTFE), realizada nos bordos platismais e fixa à mastóide. Preconiza-se que a sutura de suspensão do complexo SMAS-platisma seja efetuada somente após a conclusão da região cervical, caso contrário, o avanço do platisma à linha média promoveria tração inferior e novo acúmulo tecidual na margem mandibular. **Resultados:** Os resultados apurados demonstram baixos índices de complicações relevantes (3,2%), associados a maior satisfação pós-operatória. **Conclusão:** Conclui-se pela eficácia da rotina cirúrgica adotada e pela segurança da sutura de PTFE, possibilitando resultados favoráveis nesta difícil condição.

Descritores: Ritidoplastia. Cervicoplastia. Politetrafluoretileno.

SUMMARY

Introduction: Since the 1970s, great importance has been attributed to superficial musculoaponeurotic system (SMAS) and platysma dissection, considering the proper approach of these structures the key point in order to achieve better results in facial rejuvenation. Difficult necks, as referred as grade IV by McKinney, are those with significant flaccidity of the platysma muscle and skin, pronounced and separated medial bands, large protrusion of the submandibular glands, low hyoid position, great amount of fat and poorly defined jawline. **Method:** A group of 89 patients with these characteristics and submitted to surgical treatment was retrospectively studied. The surgical treatment included face-neck lifting, with SMAS-platysma dissection and traction, Feldman's corset platysmaplasty and cross-crossed polytetrafluoroethylene (PTFE) suture on platysmal edges and anchored to the mastoid. It is recommended that the suspension suture of the SMAS-platysma complex is done only after the conclusion of the neck region once the platysma movement towards the midline will cause inferior displacement and tissue accumulation at the mandibular edge. **Results:** The results achieved show low complication rates (3.2%) and high post-operative satisfaction. **Conclusion:** The results also point to the efficacy of this surgical routine and the safety of the PTFE suture that secondarily contributes to favorable results in such difficult condition.

Descriptors: Rhytidoplasty. Cervicoplasty. Polytetrafluoroethylene.

1. Diretor do Instituto Dr. Javier De Benito de Cirurgia Plástica, Membro da Sociedade Espanhola de Cirurgia Plástica.

2. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Ex-bolsista do Instituto Dr. Javier De Benito de Cirurgia Plástica.

Correspondência para: Ronaldo Righesso
Rua General Osório, 329, sala 3, Térreo - Bento Gonçalves - RS - CEP: 95700-000 - Tel: 0xx54 3451-8882
E-mail: righesso@yahoo.es

INTRODUÇÃO

No tratamento das deformidades do pescoço, inúmeras técnicas e classificações foram propostas¹⁻⁴. A classificação de McKinney² (Quadro 1) divide as bandas platismais em graus de I a IV e para cada qual propõe um tratamento cirúrgico específico.

No grupo em análise, grau IV da escala de McKinney², as alterações da anatomia platismal são parte de um desarranjo regional que contribui para as deformidades do pescoço e necessita de tratamentos adicionais^{1,3-9}. Neste grupo, denominado "pescoço difícil", no intuito de se obter resultados esteticamente superiores, usa-se uma combinação de procedimentos cirúrgicos, baseados na tração do complexo SMAS-platisma³ e na adição de suturas de suspensão platismal com fios de politetrafluoroetileno (PTFE).

MÉTODO

Durante o período de três anos, 89 pacientes, oriundos da clínica privada do autor principal, foram submetidos a tratamento cirúrgico. Como critérios de inclusão, em estudo retrospectivo, deveriam apresentar deformidades cervicais do grau IV de McKinney² e terem sido submetidos a ritidoplastias cérvico-faciais com técnica padrão e pela mesma equipe cirúrgica. Os prontuários destes 89 pacientes foram analisados e os dados relevantes compilados; sendo que todos os pacientes incluídos no estudo apresentavam informações detalhadas e permaneceram sob acompanhamento no pós-operatório tardio.

Procedimento Cirúrgico

O descolamento subcutâneo é feito envolvendo a face e o pescoço amplamente, com atenção especial à linha da mandíbula e liberação do ligamento mandibular, conforme proposto por Furnas¹⁰.

Após a elevação do retalho da face, passa-se para a região cervical. A partir de incisão submentoniana, diseca-se um retalho dermogorduroso supraplatismal, delimitando um triângulo de base superior, como descrito por Goddio¹¹. A gordura na porção central é ressecada, até se obter a visualização dos bordos platismais e, quando houver excedente muscular, realiza-se a ressecção dos bordos redundantes³, não sendo preconizadas incisões platismais adicionais. A seguir, liberam-se os bordos, cerca de 1 a 2 cm, sendo então traçados medialmente e suturados um ao outro. Tal sutura é realizada em três planos, com fio PDS 4-0, estendendo-se desde a região submentoniana até 2 cm acima do manúbrio esternal⁹.

A seguir, efetua-se a sutura entrecruzada em X com PTFE, utilizando um fio CV-3, agulha de ponta triangular, meia circunferência (RT-25). Inicia-se com um ponto amplo, em cada lado do bordo medial do platisma. O segundo ponto da sutura de PTFE passa-se sobre a fáscia mastóide. Assim, o ponto da margem platismal direita é fixado à mastóide esquerda,

enquanto o ponto da margem esquerda, à mastóide direita. Estes dois pontos são opostos, de maneira a entrecruzarem-se (Figuras 1 a 4). O nó na região mastóide é encoberto por uma sutura em bolsa de tabaco, com fio PDS 4-0, prevenindo que o fio de PTFE perfure a pele. Esta "sutura entrecruzada em X" segue os princípios descritos por Giampapa e Di Bernardo⁷.

Concluída a região cervical, o retalho do SMAS é elevado até o limite anterior da parótida. A partir desta área, diseca-se com tesoura, posicionada verticalmente. O retalho do SMAS é então traçado e ancorado posteriormente, mediante firme tração³. Conclui-se com a ressecção e ajuste da pele de forma usual.

RESULTADOS

O sexo feminino foi predominante, com 80, do total de 89 pacientes. A idade média foi de 63 anos, variando de 54 a 76 anos.

Observou-se pequena taxa de complicações pós-operatórias relevantes (Tabela 1), num total de 3,2%. Hematoma na região cervical foi verificado em apenas um paciente. Quanto à sutura de PTFE, somente um caso de deiscência unilateral foi observado (confirmação mediante exploração cirúrgica).

Em 53 (60%) casos, houve sensação de estiramento cervical, de leve intensidade, que persistiu por cerca de 30 dias e desapareceu espontaneamente. Nenhum paciente solicitou a retirada do fio de PTFE durante a vigência deste desconforto.

Não houve extrusão do fio de PTFE. Outras complicações, como infecção tardia, palpação do nó ou a necessidade de remoção das suturas também não foram verificadas.

Desde que foi adotada esta rotina cirúrgica para pacientes do grau IV de McKinney², tem-se obtido resultados esteticamente superiores, confirmados por um maior índice de satisfação pós-operatória (Figuras 5 a 14).

DISCUSSÃO

O senso da beleza da face e do pescoço é o resultado da integração anatômica de ambas áreas; a perda da harmonia em qualquer uma dessas regiões pode afetar a estética facial em vários níveis⁸.

A área cérvico-mental é uma região onde os procedimentos cirúrgicos usuais de rejuvenescimento têm proporcionado resultados nem sempre ideais⁶. Nos casos avançados de mento senil, o resultado ao final de uma ritidoplastia convencional não restabelece a harmonia necessária, permanecendo o mento dissociado da linha mandibular⁷.

Na presença de bandas platismais importantes, a simples tração do SMAS eleva os elementos de sustentação contra a gravidade¹. No pós-operatório, a força gravitacional continuará a exercer sua ação sobre a musculatura platismal, acarretando sua queda. Esta é uma das razões para a recorrência das

Quadro 1 - Classificação de McKinney ² das bandas platismais e seu tratamento.		
Grau	Características	Procedimento cirúrgico
I	Bandas pouco visíveis, preguiamento e flacidez mínimos	Suspensão do SMAS
II	Bandas moderadamente visíveis	Sutura da linha média platismal
III	Bandas bastante visíveis	Ressecção dos bordos redundantes e sutura da linha média platismal
IV	Bandas evidentes com flacidez excessiva	Tração lateral do SMAS e sutura da linha média platismal

Figura 1 - Fio de PTFE tracionando o bordo platismal esquerdo e que será ancorado na mastóide direita.



Figura 2 - Planejamento do fio em direção à mastóide direita, salientando a linha mandibular.



Figura 3 - Fixação do fio à mastóide direita, demonstrando a tensão exercida.



Figura 4 - Detalhe demonstrando o entrecruzamento dos fios na linha média.



Tabela 1 - Complicações pós-operatórias.		
Complicações	Pacientes	%
Sensação de estiramento cervical	53	60
Dor	2	1,6
Hematoma	1	0,8
Falha da sutura	1	0,8
Total	57	63,2%

Figura 5 - Pré-operatório.



Figura 6 - Pós-operatório de 3 meses.



Figura 7 - Pré-operatório.



Figura 8 - Pós-operatório de 6 meses.



Figura 9 - Pré-operatório.



Figura 10 - Pós-operatório de 12 meses.



Figura 11 - Pré-operatório.



Figura 12 - Pós-operatório de 12 meses.



Figura 13 - Pré-operatório.



Figura 14 - Pós-operatório de 24 meses.



bandas platismais²⁹. Na platismoplastia proposta por Feldman⁹, o músculo é tracionado em direção à linha média, suturado em três camadas, unindo as duas porções platismais antes separadas, formando uma cinta muscular única.

As glândulas submandibulares de moderada dimensão geralmente são corrigidas com a platismoplastia⁹. No entanto, o volume de glândulas maiores persistirá em algum grau e, em muitos casos, poderá tornar-se mais saliente com o avanço medial do platisma, pois a porção médio-inferior do SMAS será tracionada inferiormente³. Este depósito tecidual ao longo do bordo da mandíbula deverá ser novamente avaliado no intuito de redefinir a linha mandibular⁹.

Postula-se que no grupo IV a tração e sutura do SMAS sejam realizadas somente após a conclusão da platismoplastia e das suturas de suspensão com fios de PTFE; assim, a tração cranial no retalho do SMAS corrigirá o descenso tecidual acarretado pelo avanço do platisma à linha média⁵. A platismoplastia efetuada antes da tração do SMAS também proporciona uma maior segurança na realização da lipectomia pré-platismal e sutura da linha média, pois não há tração e possível ruptura das suturas realizadas sobre o SMAS¹², uma vez que estas somente serão realizadas após a conclusão da região cervical.

Em consenso com Mc Kinney², com abordagem da linha média e plicatura muscular, não houve recidiva das bandas cervicais nos 89 pacientes. Entretanto, Mc Kinney² refere 7% de hematoma na platismoplastia; no grupo em estudo, o percentual de hematoma foi de apenas 0,8%.

O alto índice de 60% dos pacientes com queixa de estiramento na região cervical é atribuído à sutura de PTFE, uma vez que esta proporciona tensão adicional. As queixas de estiramento excessivo foram mais evidentes nos pacientes de maior idade, provavelmente devido a maior frouxidão dos elementos de sustentação, sendo necessária maior tração nas suturas de PTFE e na linha média platismal, para obter a correção necessária.

O politetrafluoroetileno é um polímero a base de flúor e carbono (CF₂-CF₂), que possui várias formas de apresentação e é comercializado sob distintos nomes. Foi utilizado pela primeira vez em 1971 e, durante diversos anos, foi empregado predominantemente como material de enxertos vasculares em mais de um milhão de pacientes^{13,14}. Em 1983, Neel¹⁵ foi o primeiro a sugerir o uso do PTFE em cirurgia plástica facial, demonstrando em cobaias que os implantes produziam mínima reação nos tecidos vizinhos e eram facilmente removíveis^{14,15}.

Os resultados satisfatórios obtidos neste grupo correspondem àqueles obtidos por Giampapa e Di Bernardo⁷, que utilizaram fio prolene 3-0 na sutura de sustentação. A sutura com PTFE possui a vantagem de normalmente não necessitar mais do que um fio para proporcionar um resultado adequado, adicionalmente, sua microporosidade permite uma neoformação tecidual e deposição de colágeno^{13,14}. Como desvantagens, torna necessária a confecção de uma sutura protetora e possui custo mais elevado.

A sutura de PTFE não provocou aumento das complicações neste grupo de pacientes; ao contrário, seu uso proporciona um novo vetor de força, o qual auxilia na criação de um novo ângulo cérvico-mentoniano e na maior definição do bordo mandibular. Um bordo mandibular de contornos bem definidos é um dos elementos chaves da aparência jovial.

CONCLUSÃO

A elevação e fixação do retalho do SMAS após a conclusão da sutura da platismoplastia de Feldman⁹ corrige uma possível tração inferior das glândulas submandibulares, provocada pela sutura dos bordos platismais na linha média cervical. A introdução da sutura entrecruzada em X com fio de PTFE acrescenta novo vetor de sustentação, somando-se ao efeito suspensor do complexo SMAS-platisma. As vantagens adicionais do PTFE incluem sua biocompatibilidade, integração tecidual, capacidade de manter-se inalterado e excelente tolerância¹³.

Com o uso de distintas estratégias cirúrgicas, acredita-se ser possível a obtenção de resultados superiores, num grupo de pacientes onde as dificuldades são decorrentes de um conjunto de estruturas anatômicas flácidas, deterioradas pelo processo de envelhecimento. O emprego de variações técnicas e de novos materiais deve estar no armamentário do cirurgião plástico, sobretudo para ser utilizado em situações desafiadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Connell BF. Contouring the neck in rhytidectomy by lipectomy and a muscle sling. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61(3):376-83.
2. McKinney P. The management of platysma bands. *Plast Reconstr Surg.* 1996;98(6):999-1006.
3. De Castro CC. The changing role of platysma in face lifting. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(2):764-77.
4. Labbé D, Franco RG, Nicolas J. Platysma suspension and platysmaplasty during neck lift: anatomical study and analysis of 30 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(6):2001-10.
5. Marten TJ. Facelift: planning and technique. *Clin Plast Surg.* 1997;24(2):269-308.
6. Mittelman H. The anatomy of the aging mandible and its importance to facelift surgery. *Facial Plast Surg.* 1994;2(3):301-11.
7. Giampapa VC, Di Bernardo BE. Neck recontouring with suture suspension and liposuction: an alternative for the early rhytidectomy candidate. *Aesthetic Plast Surg.* 1995;19(3):217-23.
8. Pontes R. Extended dissection of the mental area in face-lift operations. *Ann Plast Surg.* 1991;27(5):439-56.
9. Feldman JJ. Corset platysmaplasty. *Clin Plast Surg.* 1992;19(2):369-82.
10. Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83(1):11-6.
11. Goddio AS. Suction lipectomy: the gold triangle at the neck. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(1):27-32.
12. Cohen MS, Constantino PD, Friedman CD. Biology of Implants used in head and neck surgery. *Facial Plast Surg.* 1999;7(1):17-33.
13. Panossian A, Garner WL. Polytetrafluoroethylene facial implants: 15 years later. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(1):347-9.
14. Kafajian AP, Haddad-Filho D, Guidugli-Neto J, Goldenberg S. Estudo comparativo das reações teciduais à implantação de silicone e politetrafluoroetileno expandido no dorso de ratos. *Acta Cir Bras.* 1997;12(3):182-8.
15. Neel HB 3rd. Implants of Gore-Tex. *Arch Otolaryngol.* 1983;109(7):427-33.

Trabalho realizado no Instituto Dr. Javier De Benito, Centro Médico Teknon, Barcelona, Espanha.

Artigo recebido: 05/05/2006

Artigo aprovado: 17/08/2007