

# Avaliação dos resultados do mini-lifting modificado: estudo prospectivo

## *Modified minilifting results: prospective study*

MARCEL VINICIUS DE AGUIAR  
MENEZES<sup>1</sup>

LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA<sup>2</sup>

LEANDRO BRUM DUTRA<sup>3</sup>

ANDRÉ ELIAS JUNQUEIRA<sup>4</sup>

LYDIA MASAKO FERREIRA<sup>5</sup>

Trabalho realizado na  
Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de  
Medicina (UNIFESP-EPM) –  
Disciplina de Cirurgia Plástica,  
São Paulo, SP.

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

Artigo recebido: 29/1/2010  
Artigo aceito: 22/3/2010

### RESUMO

**Introdução:** O mini-lifting modificado se baseia em uma técnica padronizada, que consiste em um descolamento mínimo demarcado no pré-operatório. A plicatura do sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) é realizada tracionando-se todos os tecidos da face, a fim de promover o seu rejuvenescimento com a manutenção de um retalho que apresenta menor risco de necrose por ter menor descolamento e, por isso, uma mínima área para formação de hematomas. **Método:** Foram operadas 36 pacientes submetidas a ritidoplastia pela técnica do mini-lifting modificado, que preencheram critérios pré-estabelecidos. Foram coletados os dados antropométricos e um interrogatório sobre a história clínica do paciente realizado. **Resultados:** No período de fevereiro de 2008 a março de 2009, foram operadas consecutivamente 36 pacientes pela técnica de mini-lifting modificado. A idade variou entre 44 e 67 anos, sendo a média de 57 anos. O retorno das pacientes às atividades habituais variou de 7 a 14 dias, período que coincide com a redução em mais de 80% do edema pós-operatório. O dreno a vácuo foi retirado na manhã seguinte em 34 (94,4%) pacientes, no 2º dia pós-operatório em 1 (2,94%) caso e houve 1 (2,94%) caso de hematoma pós-operatório. Não houve caso de necrose do retalho. Houve 1 (2,94%) caso de neuropraxia do facial, que foi resolvida espontaneamente. **Conclusão:** A técnica de mini-lifting modificado foi considerada satisfatória, por apresentar bons resultados, baixo índice de complicações e retorno precoce das pacientes às suas atividades.

**Descritores:** Ritidoplastia. Facelifting. Minilifting.

### SUMMARY

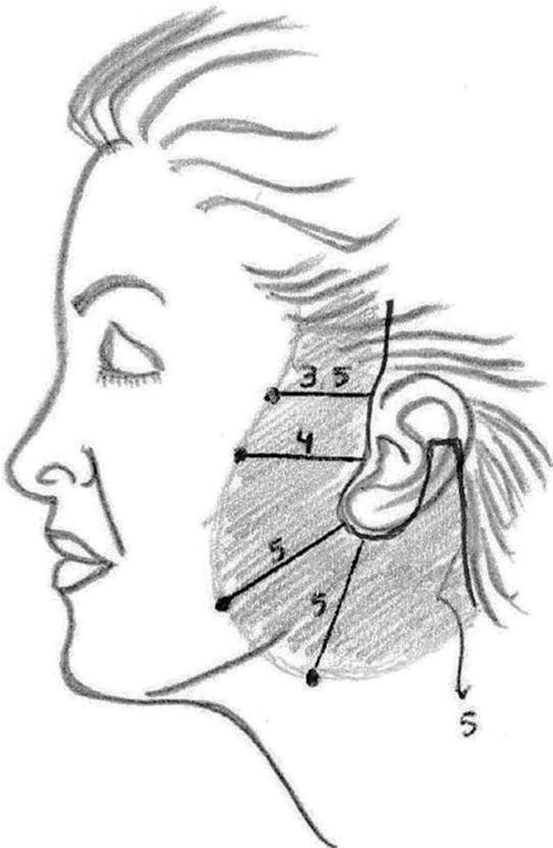
**Introduction:** The modified mini-facelift is based on a standardized tecnic consisting of a minimum undermining marked preoperatively. The plication of the muscle-aponeurotic superficial (SMAS) is done pulling all the tissues of the face, promoting facial rejuvenation with the maintenance of a flap with a lower risk of necrosis by maintaining smaller undermining area and minimum area for hematomas. **Methods:** We operated on 36 patients undergoing rhytidectomy technique of modified mini-lifting as they fulfilled the some criteria. Anthropometric data were collected, a questionnaire about the patient's history was performed. **Results:** From February 2008 to March 2009, 36 patients were consecutively operated by the modified mini-facelift technique. The age ranged from 44 to 67 years, with a mean 57 anos. The patients return to normal activities ranged from 7 to 14 days, a period that coincides with a reduction in more than 80% of postoperative edema. The vacuum drain was removed the next morning (1<sup>st</sup> day after surgery) in 34 patients (94.4%), the 2<sup>nd</sup> postoperative day in 1 (2.94%) case and in 1 (2.94%) case of postoperative hematoma. There were no cases of necrosis of the flap. There was 1 (2.94%) neuropraxia facial which was resolved spontaneously. **Conclusion:** The technique of modified mini-lifting is satisfactory for presenting good results, low complication rate and early return of patients to their activities.

**Descriptors:** Rhytidoplasty. Facelifting. Minilifting.

1. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM; Aspirante a membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Membro aspirante (Candidate Member) da ISAPS - International Society Aesthetic Plastic Surgery.
2. Doutorado; Professor afiliado da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM. Membro Titular da SBCP. Chefe dos residentes do Serviço de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM.
3. Cirurgião Plástico, Membro Especialista da SBCP; Monitor dos residentes do Serviço de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM.
4. Graduando de medicina da UNIFESP-EPM; Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC - CNPq)
5. Livre docência e Pós Doutorado; Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica UNIFESP-EPM; Chefe do Departamento de Cirurgia da UNIFESP-EPM; Coordenadora do Programa Pós-Graduação em Cirurgia Plástica UNIFESP-EPM; Membro titular da SBCP, Membro da ISAPS; Membro da Sociedade Brasileira de Queimaduras.

## INTRODUÇÃO

A busca por procedimentos cirúrgicos menos invasivos na face está em crescente evolução. A técnica de mini-lifting foi relatada na literatura, em 1970, por Stephenson<sup>1</sup>, como uma técnica que se baseava em pequenas incisões situadas nas rugas preexistentes na face das pacientes. Esta técnica não se baseava em nenhum padrão fixo de ritidoplastia, e sim na realização da tração dos tecidos a partir de rugas da face, sem o propósito de esconder as cicatrizes como as técnicas atuais. Além disso, não se determinou uma padronização de medidas fixas, o que dificultava sua execução e reprodução por outros cirurgiões. No ano seguinte, Baker et al.<sup>2</sup> descreveram o mini-lifting como sendo uma técnica de lifting temporal associada a descolamento e tração cutânea. No entanto, nenhum dos autores que se referem ao minilifting desenvolveu uma técnica padronizada para sua execução que associasse pontos específicos para o descolamento, bem como para a plicatura do sistema aponeurótico superficial. Em nossa casuística, utilizamos a técnica padronizada do mini-lifting modificado, a qual consiste em um descolamento mínimo demarcado no pré-operatório (Figura 1). A marcação pré-operatória



**Figura 1** – Marcação padronizada da área de descolamento do mini-lifting modificado para todos os pacientes.

padronizada faz com que o aprendizado da técnica seja facilitado, tornando-a mais reprodutível e possibilitando o ensino didático nos serviços de residência médica, sem comprometer os resultados. A plicatura do sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) é realizada tracionando-se todos os tecidos da face, a fim de promover o seu rejuvenescimento com a manutenção de um retalho que apresenta menor risco de necrose ou de sofrimento cicatricial, pois o mínimo descolamento fornece maior segurança ao cirurgião por desvascularizar menos o retalho cutâneo.

O objetivo desse estudo é avaliar, prospectivamente, os resultados do mini-lifting modificado quanto aos aspectos estéticos, à duração do edema pós-operatório e à presença de complicações.

## MÉTODO

Foram operadas 36 pacientes submetidas à ritidoplastia pela técnica do mini-lifting modificado, que preencheram os seguintes critérios abaixo.

### Critérios de inclusão

- Gênero feminino
- Idade entre 25 e 75 anos
- Rítides no 1/3 inferior da face, região cervical (principal enfoque de melhora com a técnica);
- Rítides no 1/3 médio da face e sulco nasogeniano.

### Critérios de exclusão

- Pacientes com co-morbidades clínicas ao procedimento indicado (hipertensão descompensada, diabetes, etc);
- Fumantes ou com interrupção do fumo a menos de 1 ano;
- Ritidoplastia prévia;
- Obesas / face redonda, pois não promovem boa transmissão da tração do SMAS (sistema músculo-aponeurótico superficial).

### Procedimentos

Foram coletados os dados antropométricos e um interrogatório sobre a história clínica do paciente, bem como realizada fotografias para documentação pré e pós-operatórias. Todas as pacientes assinaram um termo de consentimento informado. Foram coletados os seguintes dados: peso, altura, idade, escolaridade e o hábito ou não do tabagismo, além de completa anamnese, dispostos num protocolo criado para este fim.

Por se tratar de um hospital de ensino, todas as cirurgias tiveram a participação da mesma equipe principal (formada por 2 cirurgiões orientadores) e a variação das equipes compostas por diferentes residentes.

Todos os resultados foram avaliados pelos dois cirurgiões orientadores nos períodos: 7º dia de pós-operatório (PO), 15º PO, 1 mês de PO e 6 meses de PO.

A avaliação do paciente foi considerada por meio de uma escala simples de satisfação composta por 4 perguntas:

- Muito satisfeita;
- Satisfeita;
- Pouco satisfeita;
- Insatisfeita.

#### Variáveis estudadas

- Duração da cirurgia
- Resultado sob aspecto estético, com base nos seguintes parâmetros:
  - Melhor definição da linha mandibular;
  - Melhora da flacidez cervical;
  - Melhora do sulco nasogeniano;
  - Rejuvenescimento facial global.
- Duração do edema pós-operatório;
- Retorno da paciente às suas atividades;
- Presença de complicações:
  - Necrose;
  - Hematoma;
  - Neuropraxia / paralisia;
  - Deiscência.

O trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, através do número 0077/07, em 5/4/2007.

#### Técnica cirúrgica

A marcação pré-operatória foi feita de forma padronizada, inicialmente com a paciente em posição ortostática, desenhando-se uma linha determinando o contorno mandibular. Com a caneta cirúrgica se demarcou a área de maior ptose dos tecidos do terço inferior da face, conhecido como “jowl” (também chamada de “bulldog”).

Todas as pacientes foram operadas em centro cirúrgico sob anestesia geral associada à infiltração local com solução de lidocaína, marcaína e adrenalina, sendo esta na concentração de 1:100000.

A incisão é feita na região pré-auricular e pré-tragal, contornando a orelha na sua região posterior encontrando a linha do cabelo e se estendendo posteriormente por cerca de 3 cm de extensão no contorno do cabelo. O descolamento é feito no plano acima do sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) com bisturi frio de lâmina número 15 inicialmente e, posteriormente, complementado com tesoura, limitando-se à área demarcada previamente para todas as pacientes. É preciso respeitar os limites do descolamento, pois o princípio básico do mini-lifting modificado consiste na não violação das áreas de descolamento adiante do demarcado, para que a tração de todos os tecidos seja feita uniformemente.

A demarcação da área de descolamento foi feita com distâncias fixas determinadas pela técnica: descolamento

anterior da face a 3,5 cm da porção superior da orelha em sua implantação no crânio, a 4 cm do tragus em direção horizontal e a 5 cm do lóbulo da orelha, em sentido oblíquo, acompanhando a linha de contorno mandibular. O descolamento cervical e posterior à orelha foi feito com distâncias fixas em 5 cm de forma radiada (Figura 1).

Após o descolamento acima do SMAS, realiza-se a plicatura do mesmo. O primeiro ponto da plicatura é passado na posição correspondente à intersecção entre a linha mandibular e a projeção do “jowl” (demarcada previamente com um círculo no pré-operatório com a paciente mantida em extensão do mento para melhor tração os retalhos), tracionando-o no sentido posterior (referência 1 da Figura 2). O segundo e o terceiro pontos são feitos, respectivamente, 1 cm abaixo e 1 cm acima do primeiro ponto, sempre mantendo a tração no sentido posterior (em direção à fáscia do músculo esternocleidomastóideo) para transmissão da tração aos tecidos não descolados (referências 2 e 3 da Figura 2). Em seguida, são passados pontos acima e abaixo do ponto inicial mandibular, de modo a tracionar todos os tecidos em sentido infero-superior. Todos os pontos de plicatura são feitos com fio de nylon 3-0 (preferencialmente) ou 4-0 incolor.

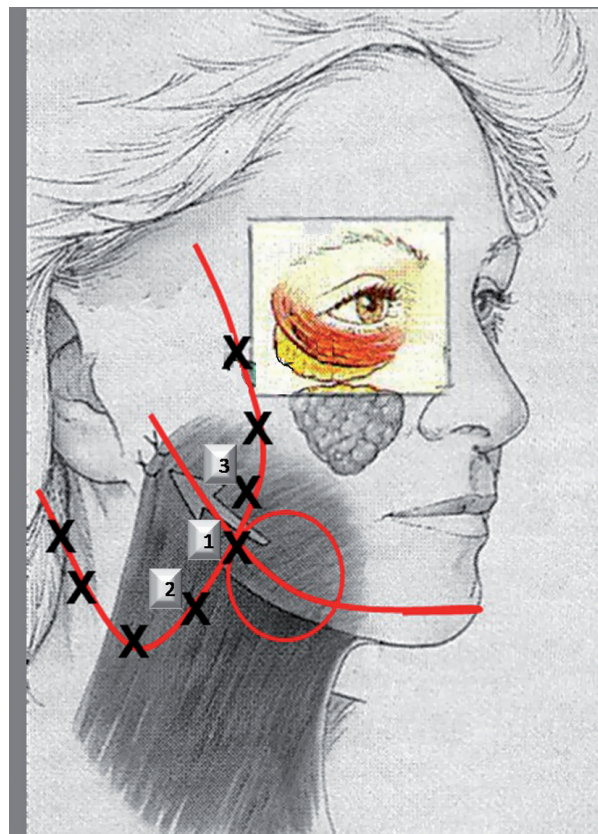


Figura 2 – Marcação dos pontos de plicatura e tração do SMAS

A tração do retalho é feita e a ressecção do excesso cutâneo é realizada. É colocado dreno de sucção a vácuo número 3.2. A síntese da pele é realizada com pontos subdérmicos com monocril 4-0 e posterior sutura intradérmica com monocril 5-0, tomando-se cuidado de deixar o lóbulo da orelha completamente solto do retalho cutâneo para cicatrização por segunda intenção. A paciente é mantida com curativo circular por 12 horas, sendo o mesmo retirado na manhã seguinte.

## RESULTADOS

No período de fevereiro de 2008 a março de 2009, foram operadas consecutivamente 36 pacientes pela técnica de mini-lifting modificado. A idade variou entre 44 e 74 anos, sendo a média de 57 anos.

O retorno das pacientes às atividades habituais variou de 7 dias (34 pacientes - 94,44%) a 14 dias (2 pacientes - 5,56%).

O resultado sob aspecto estético foi avaliado por dois cirurgiões, que classificaram-no de acordo com a melhora em pontos específico da face, bem como no aspecto global do rejuvenescimento facial (Tabela 1).

O índice de satisfação mostrou que 29 (80,55%) pacientes consideraram o resultado cirúrgico muito bom e 7 (20,45%) bom.

O dreno a vácuo foi retirado na manhã seguinte em 34 (94,44%) pacientes, no 2º dia pós-operatório em 1 (2,94%) caso e houve 1 (2,94%) caso de hematoma pós-operatório, facilmente resolvido com ordenha manual após abertura de 1 ponto, sem a necessidade de reabordagem cirúrgica. Não houve casos de necrose do retalho. Houve 1 (2,94%) caso de neuropraxia do facial causada por condução do bisturi elétrico, que foi resolvida espontaneamente com 1 mês.

O tempo cirúrgico máximo foi de 2h e 30 min, com média de 2h e 5 min.

As Figuras 3 a 9 ilustram alguns casos desse estudo.



**Figura 3** – Pré e pós-operatório de 7 dias de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Enfoque da ritidoplastia em terço inferior da face e parcialmente em terço médio, sem indicação de lifting frontal. Foto em perfil direito.



**Figura 4** – Pré e pós-operatório de 6 meses de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em perfil direito.



**Figura 7** – Pré e pós-operatório de 6 meses de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em perfil oblíquo esquerdo.



**Figura 5** – Pré e pós-operatório de 6 meses de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em posição ântero-posterior (frontal).

## DISCUSSÃO



**Figura 6** – Pré e pós-operatório de 6 meses de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em perfil.



**Figura 8** – Pré e pós-operatório de 1 semana de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em posição ântero-posterior (frontal).



**Figura 9** – Pré e pós-operatório de 1 semana de paciente submetida a técnica de mini-lifting modificado. Foto em perfil esquerdo.

A ritidoplastia tem sido alvo de inúmeras críticas por evoluir, classicamente, com edema e risco de hematomas importantes no pós-operatório, fazendo com que as pacientes se mantenham afastadas de suas atividades por períodos prolongados, os quais podem chegar até 1 mês<sup>3</sup>. Além disso, as abordagens mais agressivas como a ritidoplastia profunda ou grandes descolamentos trazem consigo o risco ainda maior de outras complicações, como lesões do nervo facial e necrose dos retalhos<sup>4</sup>.

Com isso, tem-se observado uma tendência atual em se realizar técnicas menos invasivas e menos agressivas, a fim de diminuir complicações e proporcionar retorno mais precoce às atividades habituais<sup>5-7</sup>. Um exemplo é o uso da técnica de ritidoplastia com cicatriz periauricular<sup>8</sup>.

A técnica do mini-lifting modificado traz para a ritidoplastia uma abordagem menos agressiva, porém não menos eficaz, por meio da mobilização dos tecidos sob a tração do SMAS e de todos os tecidos aderidos a ele, promovendo rejuvenescimento facial, com menor edema pós-operatório, e menor risco de complicações, como hematomas e necroses de pele<sup>9</sup>.

Castro et al.<sup>10</sup> relataram que o período de observação de resultados tardios deveria ser após o quarto mês de pós-operatório, a exemplo do que foi feito em nosso estudo. Neste, os resultados foram considerados satisfatórios por dois cirurgiões e por meio de escala simples passada às pacientes.

A marcação pré-operatória padronizada facilitou a reprodutibilidade da técnica no serviço de ensino de cirurgia plástica, o que tornou o aprendizado mais fácil e seguro, se comparado à ritidoplastia clássica ou com descolamentos agressivos<sup>11</sup>. Se comparado à descrição inicial, o mini-lifting modificado traz a vantagem de ser padronizado como uma técnica de descolamento reduzido e de plicatura do SMAS, de forma a promover a tração uniforme ao retalho, produzindo resultados reprodutíveis<sup>8,10</sup>.

A presença de hematoma foi registrada nessa casuística em 2,94% dos casos, o que corrobora com os estudos de Baker<sup>3</sup>, de 1983, no qual 3,5% dos casos apresentaram hematomas; e de 2005, juntamente com Stefani e Chiu, no qual a presença de hematomas ocorreu em 4,25% dos casos<sup>12</sup>.

**Tabela 1** – Resultados sob aspecto estético.

Resultados sob aspecto estético	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim
Melhor definição de linha mandibular	33	3	—	—
Melhora da flacidez cervical	36	—	—	—
Melhora do sulco nasogeniano	12	24	—	—
Rejuvenescimento facial global	32	4	—	—

O índice de complicações desta casuística corrobora com resultado de estudos da literatura<sup>5-7,12</sup>.

O tempo cirúrgico foi considerado satisfatório quando comparado à ritidoplastia convencional<sup>4,11,13</sup>.

### CONCLUSÃO

A técnica de mini-lifting modificado foi considerada satisfatória pela qualidade dos resultados obtidos nesta casuística, pelo baixo índice de complicações e pelo retorno precoce das pacientes às suas atividades.

### REFERÊNCIAS

- Stephenson KL. The "mini-lift": an old wrinkle in face lifting. *Plast Reconstr Surg.* 1970;46(3):226-35.
- Baker TJ, Gordon HL. The temporal face lift ("mini-lift"). *Plast Reconstr Surg.* 1971;47(4):313-5.
- Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg.* 1983;10(3):543-62.
- Zani R, Fadul R Jr, Rocha MA, Santos RA, Alves MC, Ferreira LM. Facial nerve in rhytidoplasty: anatomic study of its trajectory in the overlying skin and the most common sites of injury. *Ann Plast Surg.* 2003;51(3):236-42.
- Paul MD, Calvert JW, Evans GR. The evolution of the midface lift in aesthetic plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 117(6):1809-27.
- Cornette de Saint-Cyr B, Garey LJ, Maillard GF, Aharoni C. The vertical midface lift. An improved procedure. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60(12):1277-86.
- Maloney BP, Schiebelhoffer J. Minimal-incision endoscopic face-lift. *Arch Facial Plast Surg.* 2000;2(4):274-8.
- Gomes Filho BS, Fleishmann Júnior HW, Caldellas AV, Colombo FG, Andrade AAM. Ritidoplastia com cicatriz periauricular. *Rev Bras Cir Plast.* 2009;24(4):488-96.
- Ferreira LM, Hochman B, Locali RF, Rosa-Oliveira LM. A stratigraphic approach to the superficial musculoaponeurotic system and its anatomic correlation with the superficial fascia. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):549-52.
- Castro CC, Aboudib JHC, Giaquinto MGC, Moreira MBL. Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plast.* 2005;20(2):124-6.
- Ferreira LM, Horibe EK. Understanding the finger-assisted malar elevation technique in face lift. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(3):731-40.
- Baker DC, Stefani WA, Chiu ES. Reducing the incidence of hematoma requiring surgical evacuation following male rhytidectomy: a 30-year review of 985 cases. *Plastic Reconstr Surg.* 2005;116(7):1973-85.
- Alves MC, Abla LE, Santos RA, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Ann Plast Surg.* 2005;54(5):511-4.

#### Correspondência para:

Marcel Vinicius de Aguiar Menezes  
Rua Napoleão de Barros, 715, 4º andar – Vila Clementino – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04024-002  
E-mail: mviniciusmed@yahoo.com.br