Uma dobra cutânea tratada como *jowls*

A Skin Fold Treated as Jowls

Yuri Moresco de Oliveira[1]

[1] Clínica Moresco, Curitiba, Paraná, Brasil

Rev Bras Cir Plást 2026;41:s00461829145.

Endereço para correspondência Yuri Moresco de Oliveira, MD, Av. Visconde de Guarapuava 4420, Batel, Curitiba, PR, CEP 80240-010, Brasil (e-mail: dryuri@clinicamoresco.com.br).

Resumo

Introdução A perda do contorno mandibular é uma das principais razões pelas quais pacientes buscam cirurgia de rejuvenescimento facial. Os *jowls*, que comprometem essa definição, resultam de gordura acumulada e pele flácida, sendo influenciados por fatores como deslocamento dos compartimentos de gordura e alterações no septo fascial com o envelhecimento.

Métodos Este estudo prospectivo analisou o tratamento dos *jowls* como uma unidade anatômica em pacientes submetidos ao Deep Plane Face e Neck Lift, com ritidoplastia tipo III de Perkins. A avaliação objetiva foi feita com plicômetro, demonstrando redução média da espessura dos *jowls* de 12,08 mm para 4,69 mm no pós-operatório.

Resultados A melhora estética demonstrou correlação significativa com a satisfação dos pacientes, mas não com a idade, o IMC ou o uso prévio de preenchedores. Os achados confirmam que o reposicionamento das camadas profundas, especialmente do SMAS, é essencial para restaurar o contorno da mandíbula e melhorar o rejuvenescimento facial. A redefinição da *jawline* contribui de forma decisiva para a harmonia do terço inferior da face.

Conclusão Conclui-se que técnicas eficazes de *lifting* devem considerar a reorientação dos tecidos moles em vetor superolateral. Uma técnica que desdobre, puxe ou levante a região produzirá um efeito de achatamento da estrutura a ser tratada, efeito desejado no caso dos *jowls*.

Palavras-chave

- sistema musculoaponeurótico superficial
- ritidoplastia
- envelhecimento
- rejuvenescimento
- *lifting* facial

Abstract

Introduction Loss of mandibular contour is one of the main reasons patients seek facial rejuvenation surgery. Jowls, which compromise this definition, result from accumulated fat and skin laxity and are influenced by factors such as displacement of the fat compartments and age-related changes in the fascial septa.

Methods This prospective study analyzed the treatment of the jowls as an anatomical unit in patients who underwent a deep plane face and neck lift with Perkins type III rhytidoplasty. Objective assessment was performed using a skinfold caliper, demonstrating a reduction in the mean thickness of the jowls from 12.08 mm to 4.69 mm postoperatively.

Results Aesthetic improvement showed a significant correlation with patient satisfaction but not with age, body mass index, or previous use of dermal fillers. The findings

Keywords

- superficial musculoaponeurotic system
- rhytidoplasty
- aging
- rejuvenation
- facelift

recebido
29 de janeiro de 2026
aceito
10 de abril de 2026

DOI https://doi.org/10.1055/s-0046-1829145.
ISSN 2177-1235.

© 2026. The Author(s).
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua Rego Freitas, 175, loja 1, República, São Paulo, SP, CEP 01220-010, Brazil

confirm that repositioning of the deep tissue layers, particularly the superficial musculoaponeurotic system (SMAS), is essential for restoring mandibular contour and enhancing facial rejuvenation. Redefinition of the jawline contributes decisively to the harmony of the lower third of the face.

Conclusion It is concluded that effective lifting techniques should consider reorientation of the soft tissues along a superolateral vector. A technique that unfolds, pulls, or elevates the tissues will produce a flattening effect on the structure being treated, and this effect is desirable for the jowls.

Introdução

A perda do contorno de mandíbula é um dos principais motivos para os pacientes considerarem a cirurgia de rejuvenescimento facial.

Os *jowls*, *bulldog effect*, surgem a partir do envelhecimento e das alterações nas adaptações funcionais da boca nos humanos. Para uma ampla abertura da mandíbula, é necessário que haja hipermobilidade dos tecidos sobrepostos à mandíbula imediatamente lateral ao nível da comissura oral. Essa hipermobilidade sobre a inserção mandibular dos músculos depressores do lábio inferior ocorre inteiramente na camada subcutânea, permitindo que a mandíbula se mova de forma amplamente independente da pele. O tecido conjuntivo subcutâneo curto e elástico, que permite essa mobilidade excepcional sem flacidez na juventude, alonga-se com o envelhecimento, resultando em flacidez. O desenvolvimento de redundância subcutânea e dérmica constitui os *jowls* nessa localização.[1]

Os ligamentos zigomáticos (placa de McGregor) ancoram a pele da bochecha à borda inferior do zigoma, imediatamente posterior à origem do músculo zigomático menor. Os ligamentos mandibulares prendem a pele sobrejacente à mandíbula. Ambos os ligamentos constituem obstáculos às manobras cirúrgicas destinadas a avançar a pele sobrejacente. Eles também restringem a pele facial contra mudanças gravitacionais e delineiam a borda anterior da área dos *jowls*.[2]

A presença de um ligamento mandibular foi descrita pela primeira vez por Furnas em seu artigo clássico de 1989, chamado "The Retaining Ligaments of the Cheek" [Os ligamentos de retenção da bochecha]. Recentes estudos descreveram que o ligamento mandibular se estende até 65 mm da linha média e 45 mm do ângulo gônico, o que o localiza muito mais posteriormente do que na borda anterior do *jowl*; sendo assim, o sulco labiomandibular não é formado por um ligamento, mas pela inserção direta dos músculos do lábio inferior na derme, como o sulco nasolabial no lábio superior (►**Fig. 1**).[1–3]

Os *jowls* são formados pela soma de dois compartimentos de gordura da região e pele sobrejacente. A interação entre essas subunidades anatômicas com as forças dinâmicas do envelhecimento leva à formação do *bulldog effect* (►**Fig. 1**).[1,3]

O envelhecimento facial é pouco compreendido, e teoriza-se que ele se desenvolve pela deflação dos tecidos ao longo do tempo, pela mudança de posição dos compartimentos de gordura e pela deiscência septal. Esses mecanismos teóricos podem ser aplicados à linha da mandíbula: a atrofia das bolsas da gordura superior e da inferior dos *jowls* pode revelar papadas presentes desde uma idade mais precoce; a mudança de posição dos compartimentos de gordura superior e inferior e a deiscência do septo mandibular pode permitir o aparecimento dos *jowls* e o fluxo de gordura para o pescoço (►**Fig. 2**).[3]

A anatomia funcional pode explicar como a formação dos *jowls* está relacionada à necessidade de deslizamento da pele. Enquanto na juventude o tecido conjuntivo subcutâneo é elástico e mais curto, com o envelhecimento ele perde essa elasticidade e se alonga, resultando na frouxidão subcutânea secundária que constitui o *jowl*. O *bulldog effect* é máximo quando se sobrepõe à parte mais posterior do ligamento mandibular, pois a maior parte do deslizamento da pele sobre os músculos ocorre nesta região.[1]

Muitas suposições fundamentam a estimativa da porcentagem de gordura corporal (% gordura) pelo paquímetro de dobras cutâneas ("adipômetro"). Estas incluem: 1) a escolha do número e da localização das dobras cutâneas; 2) a relação entre as massas de tecido adiposo interno e subcutâneo; 3) as suposições na calibração da técnica em relação à densitometria; e 4) a variabilidade na fração de gordura no tecido adiposo.[4]

A ferramenta comum para medir a espessura do tecido adiposo subcutâneo é um paquímetro de dobras cutâneas ("adipômetro"). Em geral, os paquímetros de dobras cutâneas são relativamente baratos, portáteis, não requerem treinamento extensivo de pessoal para uso preciso, não causam dor e não são invasivos (Borkan et al., 1982). Os paquímetros de dobras cutâneas são amplamente utilizados em programas de triagem e estudos de grandes amostras, em relação aos quais existe um extenso corpo de literatura (Durnin e Rahaman, 1967; Fletcher, 1962; Keys e Brozek, 1953; Roche e Malina, 1983; Lohman, 1981).[5]

O interesse em dobras cutâneas, dada a fácil acessibilidade da camada subcutânea e sua abordagem não invasiva, levou à proliferação da comercialização e do uso do paquímetro cutâneo (Martin et al., 1985). As medidas de dobras cutâneas e as grandezas derivadas delas são utilizadas em fisiologia, anatomia estrutural, endocrinologia, cineantropometria, nutrição, saúde e condicionamento físico, crescimento, esporte e ciências do exercício. Elas têm aplicações

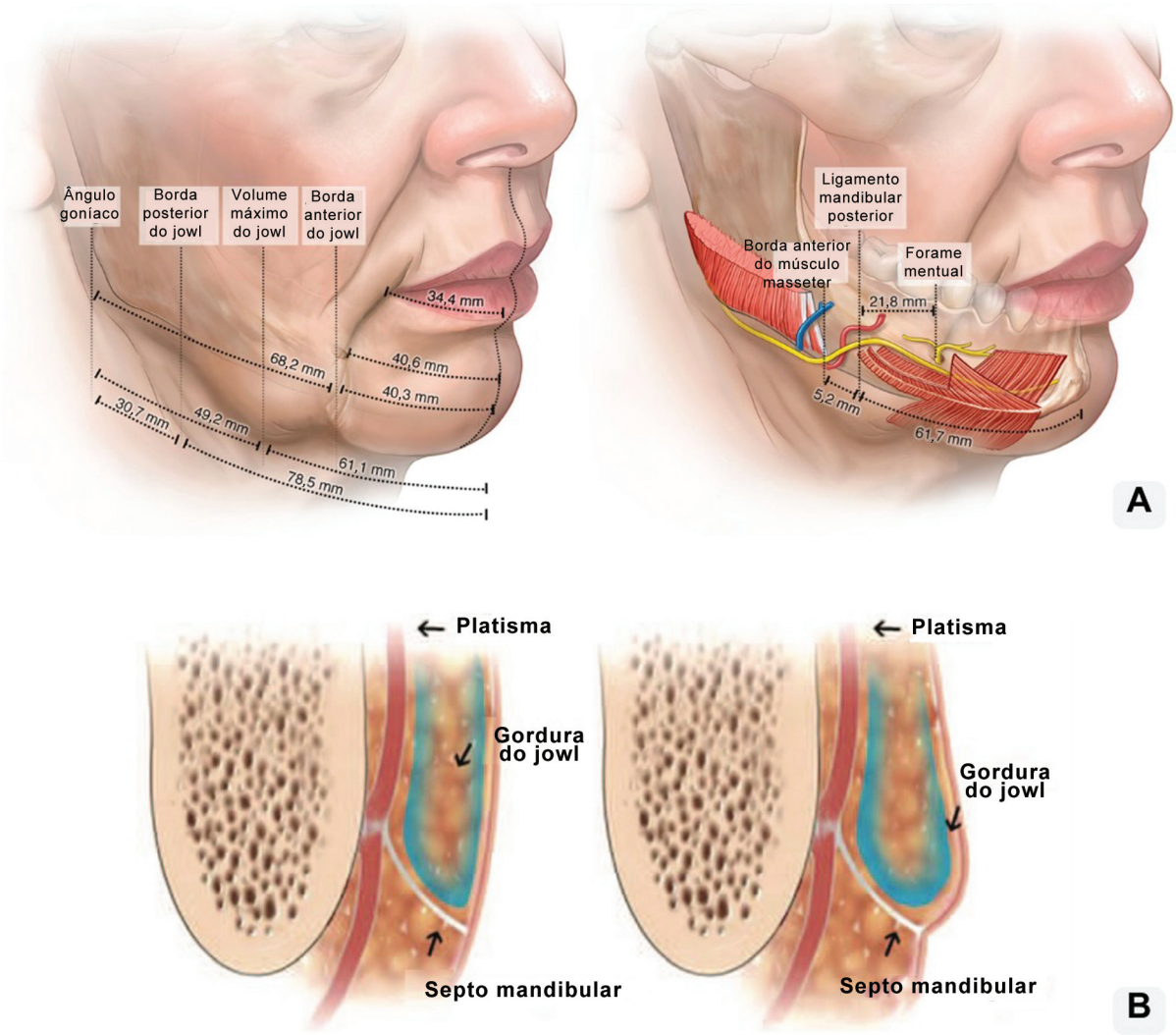


Fig. 1 Anatomia dos jowls e do ligamento mandibular.



Fig. 2 Mudança de posição dos compartimentos de gordura.

específicas em biomecânica ocupacional, hidrodinâmica humana, quantificação de fármacos, diabetes, doença coronariana, hipertensão e anorexia nervosa, além de muitos estudos epidemiológicos e de biologia humana. A prega cutânea é um fator central na padronização do tecido adiposo, em estudos de distribuição de gordura.[5,6]

O terço inferior da face é crucial para moldar a aparência geral do rosto. Os compartimentos inferiores de gordura facial tendem a atrofiar ou hipertrofiar seletivamente com a idade, e, ao que parece, ambos podem causar o aparecimento de flacidez. A gordura facial inferior, aferida e tratada como uma prega cutânea, será avaliada e quantificada no pré-operatório e no pós-operatório, para fins de estudo de distribuição das gorduras do *jowl*.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo abordar o tratamento de uma das maiores queixas dos pacientes que buscam o rejuvenescimento facial: o tratamento do *bulldog effect*, os *jowls*. Ao realizar este estudo, foi considerado o *jowl* com uma

unidade, como um retalho cutâneo, unificando todos seus compartimentos para melhor mobilização e tratamento.

Qual é a melhora efetiva do *jowl* no pós-operatório? O fato de o paciente já ter realizado preenchimento prévio interfere no resultado? O índice de massa corporal vai dificultar o alcance de um bom resultado? O nível de satisfação no pós-operatório tem relação com o paciente ter preenchimentos prévios?

Métodos

Um estudo prospectivo intervencional não controlado que foi realizado em 12 pacientes submetidos à combinação do Deep Plane Face e do Neck Lift no mesmo momento cirúrgico, no período entre setembro de 2024 e abril de 2025, com cirurgia realizada apenas pelo autor deste artigo, em paciente de ambos os sexos, com idades entre 50 e 65 anos, índice de massa corporal (IMC) entre 20,55 e 30,76, que apresentavam ritides faciais, flacidez facial e cervical, uma indicação de ritidoplastia tipo III de Perkins[7] **(►Tabela 1)**, respeitando o algoritmo de tratamento do *jowl* proposto por Edward M. Reece, MD e Rod J. Rohrich, MD (**Esquema 1**).[3]

Durante os procedimentos, no manejo do *jowl* foi realizada a liberação do septo mandibular e a união dos compartimentos superior e inferior do *jowl*, além da liberação dos ligamentos retentores da região do *jowl*.

Tabela 1 Classificação de Perkins

Ritidoplastia Tipo III Perkins
Maioria homens
Bochechas espessas
Marionetes
Perda do contorno mandibular
Pescoço pesado com lipoptose
Bandas platismais significativas

Paper ID, et al. Facial plastic and reconstructive surgery. 4. ed. Nova York: Thieme; 2016. Capítulo 14; p. 139–158.

Foram excluídos do estudo pacientes com indicação de ritidoplastia tipo I e tipo II de Perkins; pacientes nos quais foi realizada lipoenxertia pré-*jowl* (linha de marionete); pacientes com *lifting* prévio; pacientes com menos de 40 anos; e pacientes sem bandas platismais.

Para uma avaliação métrica dos *jowls* foram realizadas medidas seguindo as referências descritas por Minelli:[1]



Esquema 1 Esquema de Tratamento dos Jowls. Sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS).



Fig. 3 Marcação dos limites do *jowl*. Seta laranja: borda anterior do músculo masseter; seta verde: sulco labiomandibular; seta vermelha: septo mandibular (extremidade).

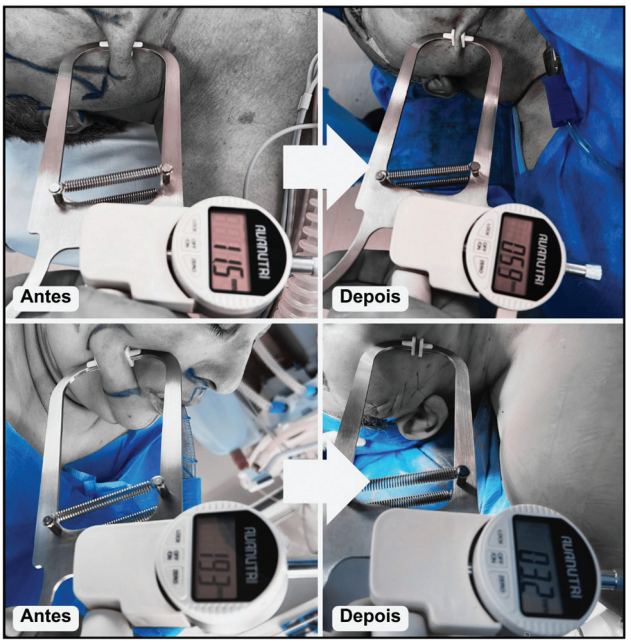


Fig. 4 Medidas do *jowl* com plicômetro antes e depois da cirurgia.

borda anterior do *jowl* (prega labiomandibular) e borda posterior do *jowl* (parte anterior do músculo masseter), linha média a essas duas bordas, no ponto mais baixo e mais proeminente, em posição supina (quando os compartimentos do *jowl* assumem sua posição mais craniocaudal) (►**Fig. 3**). A leitura da medida foi realizada com um plicômetro adipômetro científico digital – Avanutri (Registro Anvisa 81550810006), modelo AVA-450, com sensibilidade de 0,1 mm, amplitude de leitura de 85 mm e pressão de 10 g/mm^2 (►**Fig. 4**).

As estatísticas apresentadas foram baseadas nas análises descritivas mais usais (média, mediana, desvio padrão) e na análise inferencial, ou seja, comparativa de situação pareada, com o uso do teste T-Student Pareado. Utilizou-se a correlação de Pearson para medir o grau de correlação da melhora do *jowl* com os fatores quantitativos de idade e IMC, mas principalmente com a satisfação apontada pelo paciente. Por fim, o efeito do uso ou não de preenchedores na melhora do *jowl* foi analisado pelo teste T-Student.

Todos os indivíduos foram incluídos mediante um termo de consentimento assinado pelos pacientes.

Técnica Cirúrgica

Inicia-se a cirurgia com infiltração de uma solução anestésica com lidocaína, ropivacaína, adrenalina, ácido tranexâmico e solução fisiológica em face, *jowls* e cervical. Sobre a linha média cervical é realizada uma incisão transversal de 4 cm na região do submento, por onde será realizado o descolamento e a liberação do septo mandibular e do ligamento mandibular, e a união dos compartimentos superior e inferior do *jowl*, além da liberação dos ligamentos retentores dos limites do *jowl*. Com uma tesoura de Metzembaum curva, é realizado um descolamento subcutâneo das regiões do sulco labiomandibular, do *jowl*, da região anterior ao músculo masseter, sem alcançar a região do *entry-point* para o seu plano profundo, mantendo uma estrutura de múltiplos planos nesta região para que se obtenha o efeito desejado com o Deep Plane Facelift (►**Vídeo 1**).

Vídeo 1

Descolamento e a liberação do septo mandibular e do ligamento mandibular, e a união dos compartimentos superior e inferior do jowl, além da liberação dos ligamentos retentores dos limites do jowl.
Online content including video sequences viewable at: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0046-1829145.

Após essas manobras, conclui-se o Deep Plane Necklift com ressecção parcial de glândulas submandibulares e ressecção de músculos digástricos anteriores com plicatura deles, plicatura do músculo platisma e manobra de Crevasse, além do Deep Plane Facelift com liberação dos ligamentos retentores da face.

Resultados

Para este trabalho foi definido um nível de significância de 0,05 (5%). Assim, os resultados são estatisticamente significantes quando forem menores que o nível de significância adotado.

 © 2026. The Author(s).

Tabela 2 Comparação de medidas entre intervalos

		Média (mm)	Mediana (mm)	Desvio padrão	CV	Mín.	Máx.	N	IC	P-valor
Jowl direito	Pré	12,13	11,05	2,96	24%	7,90	19,30	12	1,68	<0,001
	Pós	4,56	4,20	1,66	36%	2,70	7,70	12	0,94	
Jowl esquerdo	Pré	12,03	11,45	3,45	29%	8,10	19,60	12	1,95	<0,001
	Pós	4,83	4,90	1,73	36%	2,60	8,50	12	0,98	
Jowl geral	Pré	12,08	11,25	3,15	26%	7,90	19,60	24	1,26	<0,001
	Pós	4,69	4,35	1,66	35%	2,60	8,50	24	0,67	

Abreviações: CV, coeficiente de variação; IC, intervalo de confiança; Máx., máximo; Mín., mínimo; mm, milímetros; N, amostra.

Iniciaram-se as análises comparando o resultado do *jowl* entre os momentos pré-operatório e pós-operatório utilizando o teste T-Student Pareado. Essas análises se aplicaram para cada um dos lados (direito e esquerdo), mas também para ambos os lados, juntos, nos quais haverá maior fidedignidade dos resultados (►**Tabela 2**).

Nas três comparações realizadas, existe diferença média do *jowl* estatisticamente significante entre os momentos, e constatou-se que houve sempre redução dos valores, como no Geral, área em que a média caiu de 12,08 para 4,69 (p-valor <0,001) (►**Fig. 5**).

Como existe uma medida em dois tempos diferentes, é possível calcular o delta entre eles, ou seja, quanto houve de mudança dos valores. Assim é feita simplesmente a conta de pós-operatório – pré-operatório. Caso o valor seja positivo, conclui-se que houve aumento do *jowl*; caso seja negativo, conclui-se que houve redução. Assim, foi realizada uma análise descritiva completa para o delta *jowl* (►**Tabela 3**).

Constatou-se uma boa variabilidade, pois o CV é menor que 50%. Isso é bom, uma vez que demonstra que os dados são homogêneos. Pode-se dizer que a redução média foi de $-7{,}39 \pm 1{,}40$ pontos, ou seja, a redução média pode variar de −8,79 a −5,99, com 95% de confiança estatística.

Com base nesse valor do Delta, é possível correlacioná-lo com os fatores quantitativos de idade, índice de massa corporal (IMC) e satisfação, para verificar se a redução tem a influência de alguns desses fatores, utilizando-se a correlação de Pearson nessa análise (►**Tabela 4**).

Conclui-se que o delta *jowl* mostrou ter correlação estatisticamente significante apenas com a satisfação, apresentando $r = 0{,}649$ (p-valor = 0,001). Assim, por ser uma correlação positiva, é possível constatar que, quanto maior a satisfação, maior será o delta *jowl* (valores mais próximos de zero, dado que são negativos).

Para finalizar, utilizou-se o teste T-Student para comparar a média do Delta *Jowl* entre quem usou ou não uso preenchedores (►**Tabela 5**).

A conclusão do estudo mostra que não existe efeito estatístico (diferença) do uso de preenchedores no Delta



Fig. 5 Pacientes antes e depois da cirurgia.

Tabela 3 Descrição completa do delta *jowl*

Delta *jowl*	
Média (mm)	−7,39
Mediana (mm)	−6,05
Desvio padrão	3,50
CV	47%
Mín.	−17,00
Máx.	−3,70
N	24
IC	1,40

Abreviações: mm, milímetros; N, amostra.

Tabela 4 Correlação do delta *jowl* com idade, IMC e satisfação

		Delta *Jowl*
Idade	Corr (r)	0,046
	P-valor	0,831
IMC	Corr (r)	−0,021
	P-valor	0,924
Satisfação	Corr (r)	0,649
	P-valor	0,001

Tabela 5 Comparação de preenchedor para média do delta *jowl*

	Sem preenchedor	Com preenchedor
Média (mm)	−8,18	−5,83
Mediana (mm)	−6,35	−6,00
Desvio padrão	4,06	0,87
CV	50%	15%
Mín.	−17,00	−7,10
Máx.	−3,70	−4,60
N	16	8
IC	1,99	0,61
P-valor	0,123	

Abreviações: mm, milímetros; N, amostra.

Jowl: a média para quem não usou preenchedores ficou em −8,18 contra −5,83 de média entre as pessoas que usaram preenchedores.

Discussão

O envelhecimento facial é um processo multifatorial que resulta em uma série de alterações fisiológicas e morfológicas nos tecidos da face, incluindo ossos, ligamentos, músculos, fáscias, gordura subcutânea e pele. O início e o ritmo das alterações relacionadas à idade em cada estrutura variam entre diferentes indivíduos, sexos e etnias.[8,9]

Há evidências de que, com o aumento da idade, a massa gordurosa total é redistribuída à medida que a gordura subcutânea se desloca para o fígado, para a medula óssea e para vários outros depósitos de gordura intra-abdominal e ectópica. A perda de gordura subcutânea na face resulta na perda de volume dos compartimentos de gordura facial superficial e profunda, o que foi resumido como a teoria da deflação gordurosa.[8,9]

Um terço inferior da face definido é crucial para moldar a aparência geral do rosto. O envelhecimento dessa região se manifesta principalmente como a formação de uma deformidade nas bochechas, porção inferior, ao redor das comissuras labiais, bem como a formação de rugas redundantes na pele perto do sulco labiomandibular e o esmaecimento da linha da *jawline* (contorno na mandíbula).[10]

De acordo com a teoria da restauração dos volumes, os compartimentos inferiores de gordura facial tendem a atrofiar ou hipertrofiar seletivamente com a idade; ao que parece, ambos podem causar o aparecimento de flacidez. A gordura facial inferior foi dividida em compartimento de gordura do *jowl*, compartimento de gordura labiomandibular e compartimento de gordura do queixo.[10]

É possível ver nos resultados que o redimensionamento e a redistribuição dos compartimentos e das camadas do *jowl* conseguem recuperar o contorno da mandíbula, compensando deformidades surgidas ou volumes deslocados e/ou atrofiados.

Estudos mostram diferenças estatisticamente significativas no segmento inferior do compartimento de gordura superficial do *jowl* entre os jovens, pessoas de meia-idade e idosos, indicando uma tendência de espessamento com a idade, porém sem diferença estatística no espessamento entre os compartimentos em nenhuma das faixas etárias. As mesmas alterações podem ser percebidas na gordura profunda do *jowl,* em que também houve uma tendência a espessamento com a idade.[10]

A mesma questão foi constatada neste estudo: as diferenças de idade e do IMC não obtiveram relevância estatística perante as medidas obtidas do pós-operatório.

Reece et al. e Braz et al. revelaram que os segmentos profundos e superficiais dos *jowls* ficaram espessados com o envelhecimento. Esses resultados são consistentes com observações clínicas e com os achados de Schenck et al., que sugerem que a descida e a hipertrofia dos compartimentos de gordura do *jowl*, superficiais e profundos, são a principal causa do envelhecimento na região inferior da face.[10] Essas descobertas sugerem que as partes anterior e inferior dos *jowls* são áreas-chave para melhorias no rejuvenescimento facial inferior.

A atratividade facial afeta a autoestima e a forma como somos julgados pelos outros, e julgamentos de traços baseados na observação do rosto ocorrem em apenas 100 ms. A insatisfação com a aparência facial, especialmente com a aparência do queixo, do pescoço e da linha da mandíbula, aumenta com a idade. Uma borda mandibular distinta sem um *jowl* saliente é um sinal de um pescoço jovem. A gordura do *jowl* atrofia com a idade, contribuindo para o formato quadrado do rosto e a perda da definição da linha da mandíbula. A *jawline* é, portanto, um componente essencial do rejuvenescimento do pescoço, restaurando um rosto quadrado para ter um formato oval mais jovem e adicionando definição à face.[11]

A atrofia do tecido subcutâneo pode revelar papadas subjacentes e está associada à pele fina e flácida e à pouca gordura subcutânea na área do *jowl*. A descida do terço médio da face também agrava a aparência da região inferior secundária à ptose da pele e dos tecidos moles cranialmente ao *jowl*. Além disso, a atrofia óssea mandibular leve a moderada leva ao aprofundamento do sulco pré-*jowl* e à ptose dos tecidos moles sobrejacentes, resultando no aparecimento de bolsas proeminentes.[11]

O envelhecimento facial é um processo dinâmico que envolve o envelhecimento dos tecidos moles e das estruturas ósseas. Muito se sabe sobre como o rosto perde volume à medida que as estruturas dos tecidos moles envelhecem. O afinamento da epiderme e a diminuição do colágeno fazem a pele perder elasticidade. A perda de gordura, aliada à gravidade e à tração muscular, leva ao enrugamento e à formação de linhas dinâmicas. O envelhecimento representa uma transição da juventude (fase na qual há uma relação ideal entre a morfologia óssea e o volume e a área de superfície do envoltório do tecido mole) para os desequilíbrios entre esses componentes, levando aos estigmas da face envelhecida. A anatomia dos tecidos moles faciais pode ser descrita como organizada em uma série de camadas: pele, gordura

subcutânea (camadas superficiais e profundas), fáscia superficial e músculos da expressão facial, fáscia facial profunda (fáscia parotídeo-massetérica), nervo facial e parótida. À medida que o colágeno e as fibras elásticas da nossa pele se rompem, a pele fica mais flácida, e rugas e dobras se formam na pele.[12,13]

O efeito da gravidade sobre o envelope de pele flácido e o tecido mole atrofiado leva ao desenvolvimento de dobras. Esse conhecimento fez a reconstrução do tecido mole, com a suspensão da gordura malar e o tensionamento do sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS), se tornar a abordagem predominante para rejuvenescer o rosto envelhecido. O rejuvenescimento do contorno facial é significativamente influenciado pela nova elevação da gordura facial descendente por meio da elevação e manipulação do SMAS. A mandíbula é a base da parte inferior da face, e qualquer alteração na projeção, largura ou altura da mandíbula pode afetar a estética geral.[12,13]

A realidade que se apresenta nos consultórios hoje é a de muitos pacientes com inúmeros procedimentos e preenchimentos prévios na face, na busca de compensar a flacidez e a atrofia da face. Surpreendentemente, o estudo não mostra relevância estatística na melhora do *jowl* entre as pessoas com preenchimentos faciais e as pessoas sem eles.

Os *liftings* faciais geralmente redistribuem a flacidez cutânea em duas dimensões: na direção vertical e lateral, ou vertical e superolateral. Esse *lifting* facial bidimensional é resultante da combinação dos *liftings* faciais subperiosteais ou supraperiosteais com uma ritidectomia subcutânea ou com elevação do SMAS.[14]

Embora muitas dessas técnicas possam realocar os tecidos moles flácidos para uma posição mais favorável, proporcionando um aumento aparente na projeção AP (anteroposterior), isso não é realizado uniformemente em toda a face. Assim, são necessárias outras técnicas, como manobras auxiliares, a fim de aumentar a distância AP em algumas áreas. Conceitualmente, essa tridimensionalidade não foi integrada ao nosso processo de pensamento como uma manobra de rotina para restaurar ou aprimorar a dimensão perdida durante a cirurgia facial rejuvenescedora.[14]

A flacidez dos tecidos moles durante o envelhecimento ocorre inferior e inferomedialmente. A reorientação ideal do tecido mole durante o rejuvenescimento facial é na direção oposta, vertical e superolateralmente. Em princípio, qualquer técnica que desdobre, puxe ou levante produzirá um efeito de achatamento da estrutura a ser tratada. Conforme mencionado, alguns tratamentos podem resultar em uma ampliação da dimensão AP, como acontece quando há o aumento do volume da bochecha durante um *lifting* facial composto sub-SMAS ou subperiosteal ou quando uma gordura malar é reposicionada durante um *lifting* facial multiplanos. Isso ocorre porque a porção mais espessa do tecido avançado é colocada sobre uma proeminência óssea. No entanto, a espessura absoluta da estrutura do tecido mole, sendo avançada por definição, deve ser diminuída porque foi esticada (►**Fig. 6**).[14]

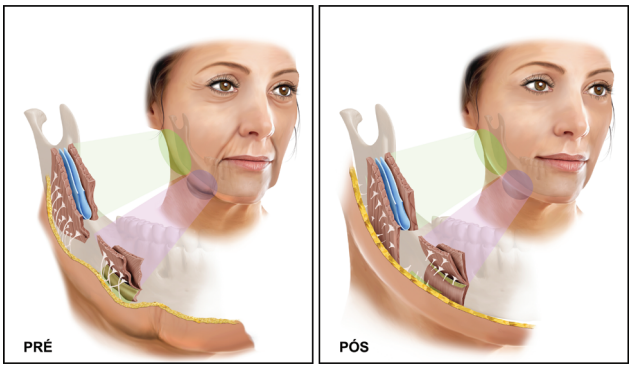


Fig. 6 Pré e Pós de Deep Plane Face e Neck Lift - Jowl liberado e avançado.

Conclusão

O rejuvenescimento do contorno facial é significativamente influenciado pela nova elevação da gordura facial descendente por meio da elevação e manipulação do SMAS. A mandíbula é a base da parte inferior da face, e qualquer alteração na projeção, largura ou altura da mandíbula pode afetar a estética geral. Conclui-se que técnicas eficazes de *lifting* devem considerar a reorientação dos tecidos moles em vetor superolateral. Uma técnica que desdobre, puxe ou levante produzirá um efeito de achatamento da estrutura a ser tratada, efeito desejado aos *jowls*.

Declaração de Disponibilidade de Dados
Os dados serão disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

Suporte Financeiro
O autor declara que não recebeu suporte financeiro de agências dos setores público, privado ou sem fins lucrativos para a realização deste estudo.

Conflito de Interesses
O autor não tem conflito de interesses a declarar.

Referências

1 Minelli L, Yang HM, van der Lei B, Mendelson B. The surgical anatomy of the jowl and the mandibular ligament reassessed. Aesthetic Plast Surg 2023;47(01):170–180. Doi: 10.1007/s00266-022-02996-3
2 Furnas DW. The retaining ligaments of the cheek. Plast Reconstr Surg 1989;83(01):11–16. Doi: 10.1097/00006534-198901000-00003
3 Reece EM, Rohrich RJ. The aesthetic jaw line: management of the aging jowl. Aesthet Surg J 2008;28(06):668–674. Doi: 10.1016/j.asj.2008.09.007
4 Martin AD, Drinkwater DT, Clarys JP, Daniel M, Ross WD. Effects of skin thickness and skinfold compressibility on skinfold thickness measurement. Am J Hum Biol 1992;4(04):453–460. Doi: 10.1002/ajhb.1310040404
5 Chumlea WC, Roche AF. Ultrasonic and skinfold caliper measures of subcutaneous adipose tissue thickness in elderly men and women. Am J Phys Anthropol 1986;71(03):351–357. Doi: 10.1002/ajpa.1330710310

 © 2026. The Author(s).

6 Clarys JP, Martin AD, Drinkwater DT, Marfell-Jones MJ. The skinfold: myth and reality. J Sports Sci 1987;5(01):3–33. Doi: 10.1080/02640418708729760
7 Papel ID, et al. Facial plastic and reconstructive surgery. 4. ed. Nova York: Editora Thieme; 2016. Capítulo 14; p. 139–158
8 Eid L, Mao X, Zhao B, et al. Fat compartment gliding theory - a novel technique for the repositioning of superficial fat compartments for facial rejuvenation. Clin Cosmet Investig Dermatol 2023;16:3077–3090. Doi: 10.2147/CCID.S415467
9 Cotofana S, Koban KC, Konstantin F, et al. The surface-volume coefficient of the superficial and deep facial fat compartments: a cadaveric three-dimensional volumetric analysis. Plast Reconstr Surg 2019;143(06):1605–1613. Doi: 10.1097/PRS.0000000000005524
10 Guo Y, Wen L, Wang X, et al. Analysis of age-related changes in lower facial fat compartments and of the course of blood vessels using computed tomography. Plast Reconstr Surg 2024;153(03):539e–548e. Doi: 10.1097/PRS.0000000000010506
11 Shridharani SM. Novel surface anatomic landmarks of the jowl to guide treatment with ATX-101. Plast Reconstr Surg Glob Open 2019;7(10):e2459. Doi: 10.1097/GOX.0000000000002459
12 Kahn DM, Shaw RB. Overview of current thoughts on facial volume and aging. Facial Plast Surg 2010;26(05):350–355. Doi: 10.1055/s-0030-1265024
13 Donofrio L, Weinkle S. The third dimension in facial rejuvenation: a review. J Cosmet Dermatol 2006;5(04):277–283. Doi: 10.1111/j.1473-2165.2006.00270.x
14 Ramirez OM. Full face rejuvenation in three dimensions: a “face-lifting” for the new millennium. Aesthetic Plast Surg 2001;25(03):152–164. Doi: 10.1007/s002660010114