

CERVICOPLASTIA COM INCISÕES MÍNIMAS: RELATO DE CASO

CERVICOPLASTY WITH MINIMAL INCISIONS: CASE REPORT

Patrícia Gouveia Gomes Camara¹

Talvane Sobreira²

Alexandre Magno Ilha Algarve³

Resumo: O contorno cervicofacial bem definido é almejado por um número crescente de pacientes. Dentre os procedimentos com grande procura nos consultórios de cirurgias faciais estão: a lipoaspiração tumescente cervicofacial e o lifting cervical, com resultados estéticos satisfatórios. Ausência de cicatrizes perceptíveis e curto tempo de recuperação, são desafios as ritidoplastias

cervicais atuais. O correto diagnóstico, um plano de tratamento eficiente, técnica cirúrgica refinada e cuidados pós-operatórios são necessários para o êxito da cervicoplastia. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de tratamento cirúrgico em uma paciente, sexo feminino, 64 anos, com queixa estética na região cervical, tratada na clínica escola Visage, em Recife. Para o diag-

1 Cirurgiã-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Especialista em Harmonização Orofacial

2 Cirurgião-dentista, Mestre em diagnóstico bucal, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

3 Cirurgião-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



nóstico de aumento da gordura submandibular associada a flacidez da musculatura platismal e tissular foi utilizado a tecnologia de ultrassonografia, medições cervicofaciais e colhida a história clínica da paciente. O plano de tratamento multidisciplinar incluiu a lipoaspiração cervical, a suspensão da musculatura platismal com ancoragem mastoidea, posterior indicação de uso de peeling e bioestimulador de colágeno. A cervicoplastia foi realizada sem intercorrências e a paciente recebeu acompanhamento fisioterapêutico especializado, gerando alto grau de satisfação, com resultado obtido conforme planejado de recontorno cervicofacial e cicatrizes mínimas. Observa-se assim, que a cervicoplastia pela técnica descrita é um tratamento cirúrgico eficiente, capaz de solucionar queixas estéticas do paciente, pela cirurgia

bucomaxilofacial.

Palavras-Chave: Cervicoplastia. Lipectomia. Cirurgia Estética. Pescoço. Sistema Musculoaponeurótico Superficial.

Abstract: A well-defined cervicofacial contour is desired by a growing number of patients. Among the procedures in great demand in facial surgeons' offices are: cervicofacial tumescent liposuction and neck lifting, with satisfactory aesthetic results. Absence of perceptible scars and short recovery time are challenges for current cervical rhytidectomy. Correct diagnosis, an efficient treatment plan, refined surgical technique and postoperative care are necessary for the success of cervicoplasty. The objective of this work is to report a clinical case of surgical treatment in a patient, fema-



le, 64 years old, with aesthetic complaint in the cervical region, treated at the Visage school clinic, in Recife. For the diagnosis of increased submandibular fat associated with flaccidity of the platysmal and tissue muscles Ultrasound technology was used, cervicofacial measurements and the patient's clinical history was collected. The multidisciplinary treatment plan included cervical liposuction, platysmal muscle suspension with mastoid anchorage, subsequent indication of the use of peeling and collagen biostimulator. Cervicoplasty was performed uneventfully and the patient received specialized physiotherapeutic follow-up, generating a high degree of satisfaction, with the result obtained as planned, with cervicofacial recontouring and minimal scarring. Thus, it can be seen that cervicoplasty using the described technique is

an efficient surgical treatment, capable of solving the patient's aesthetic complaints through oral and maxillofacial surgery.

Keywords: Cervicoplasty. Lipectomy. Esthetic Surgery. Neck. Superficial Musculoaponeurotic System.

INTRODUÇÃO

Uma das causas do envelhecimento facial visível é a flacidez do pescoço (SERDEV, 2002). Com o passar do tempo, ocorrem perda do contorno mandibular, acúmulo de gordura submentoniana com consequente aumento do ângulo cervicomentoniano, hipotonia muscular, proeminência das bandas platismais, ptose das glândulas salivares e alterações de textura e pigmentação decorrentes da foto-



exposição (PATEL, 2006; ROY, 2017). Grande importância tem sido atribuída ao sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS), pela continuidade da fáscia aponeurótica facial com o platisma, nas cirurgias de rejuvenescimento cervicofacial (JOST; LAMOUCHE, 1982).

Useche Pretelt (2016) descreve a cervicoplastia como a cirurgia que tem por objetivo corrigir a ptose congênita ou senil do músculo platisma e a pele que o recobre. Diversas técnicas foram propostas, algumas com abordagens mais amplas e outras mais conservadoras, afim de solucionar cada tipo de queixa cervical enumerada por McKinney (1996), porém não existe consenso quanto a que trará maior satisfação ao paciente. É consagrado, entretanto, que técnicas de suspensão platismal trazem resultados melhores do que as que en-

volvem apenas o tensionamento da pele (SERDEV, 2002).

A história da ritidoplastia mostra desde os seus primórdios uma busca permanente por estruturas e planos mais profundos para obtenção de resultados melhores e mais duradouros (VENTURA et al., 2008). Atualmente, essa tendência parece estar sendo invertida, como se finalmente fosse ouvido nossos pacientes, que progressivamente, desejam tratamentos estéticos menos invasivos, com menos morbidade e menor tempo de recuperação (FRIEDMAN et al., 2020). Stocherro (2008) revela que a suspensão cirúrgica é uma realidade mundial.

Técnicas menos invasivas, resultando menos cicatrizes, podem trazer excelentes resultados (RIASCOS, 2013). Através da abordagem mais conservadora, pacientes mais jovens buscam



por tratamento, enquanto que pacientes que já realizaram lifting tradicional, voltam em busca de um tratamento com maior tranquilidade pós-operatória. O que se procura a princípio, é uma intervenção com resultados discretos e o mais eficaz possível, com pós-operatório simples e previsível (MOLE; CLAVEIRA, 2013).

A cirurgia bucomaxilofacial atual é vista não só de forma reparadora pós trauma orofacial, tratamentos de discrepâncias ósseas e oral menor. Nas clínicas dessa especialidade, também são realizados tratamentos cirúrgicos estético-funcionais eletivos cervicofaciais, igualmente a cirurgia plástica.

Mediante o exposto, o objetivo deste trabalho é descrever uma técnica de cervicoplastia com incisões mínimas, no caso clínico de uma paciente com queixa estética da região cervi-

cal, e diagnosticada com aumento da gordura submandibular pré-platysmal associada a flacidez da musculatura platysmal e tissular.

RELATO DE CASO

Paciente C.M.F.C., 64 anos, sexo feminino, procurou atendimento na clínica escola Visage, em Recife, tendo como queixa principal a falta definição do contorno cervicofacial e ângulo cervico-mental obtuso e inestético. Paciente ASA II, com hipotireoidismo, hipertensão e depressão controlados de forma medicamentosa, sem outras comorbidades, nega alergias e alterações psicológicas atuais. Após uma propedêutica minuciosa, que incluiu histórico clínico, exames clínicos extra e intraorais, análise de mensurações cervicofaciais, ultrassonografia (USG) da face e pescoço, além de aná-



lise dos parâmetros laboratoriais, foram diagnosticados: aumento da camada adiposa na região cervical pré-platismal, frouxidão do

músculo platisma, flacidez tissular e ptose compatível com o processo natural de envelhecimento (Figuras 1 e 2).



Figura 1 – Fotografia inicial, perfil

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 2 – Fotografia inicial, frente

Fonte: elaborado pela autora (2022)

942

O plano de tratamento multidisciplinar incluiu a lipoaspiração cervical, a suspensão da musculatura platismal com ancoragem mastoidea, posterior

indicação de uso de peelings e bioestimulador de colágeno, tendo como objetivos gerais a melhora do contorno cervicofacial e o ângulo cervico-mental mais



definido. O objetivo específico do procedimento cirúrgico de cervicoplastia, nesse caso, foi a diminuição da camada lipídica pré-platismal (emagrecimento local) e ancoragem da musculatura platismal (platismoplastia). Os demais objetivos, que incluem a melhora da qualidade dérmica de cor, textura e suporte, seguem aos cuidados da harmonização orofacial.

A paciente concordou e assinou a autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice 1, para registro do caso clínico e divulgação com fins educacionais.

Para o exame de imagem por USG, foi utilizado o equipamento Evus 5, marca Saevo, com frequência de 4 a 16Mhz, e sonda linear que permite a leitura da espessura dérmica, análise da musculatura local e das glându-

las e vascularização através do Doppler. O protocolo fotográfico inicial foi realizado (Figura 3) e todas as orientações repassadas antes do início da cervicoplastia. A medicação pré-operatória ofertada incluiu Cefadroxila 1g, e Dexametasona 4mg. A montagem da mesa cirúrgica procedeu-se de acordo com a programação realizada. Com a paciente em decúbito dorsal, iniciou-se a antisepsia local com gliconato de clorexidina 2% solução com tensoativos e aposição do dispositivo nasal para analgesia inalatória. A sedação consciente com óxido nitroso ficou sob responsabilidade de profissionais cirurgiãs- dentistas habilitadas para esta prática. (Figura 4).



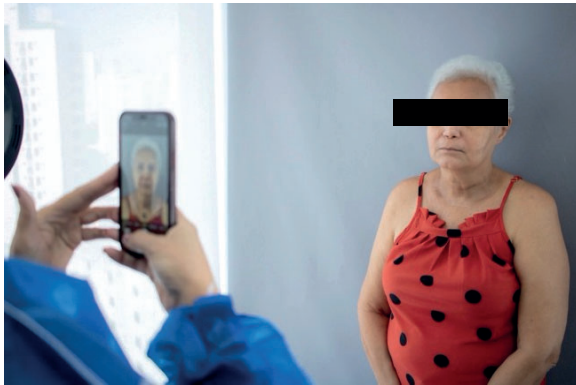


Figura 3 – Protocolo fotográfico

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Figura 4 – Sedação com N₂O

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Realizada a aposição dos campos cirúrgicos (Figura 5), seguiu-se a remoção do excesso de clorexidina, com auxílio do álcool 70°, para que fosse possível a demarcação da área a ser aspirada. Utilizando a cane-

ta dermatográfica estéril Tondaus®, procedeu-se a demarcação cirúrgica (Figura 6).



Figura 5 – Campos cirúrgicos

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 6 – Marcação cirúrgica

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Apenas uma incisão tipo punctura central, foi planejada para lipoaspiração, pela distribuição da adiposidade da paciente. Para anestesia no local de incisão, foi utilizado 0,2 ml de lidocaína sem vasoconstritor. A incisão central logo abaixo da prega submentoniana de cerca de 0,2 cm foi realizada com auxílio



Figura 7 – Incisão central

Fonte: elaborado pela autora (2022)

de bisturi 15c, apenas em pele (Figura 7), seguida do início da divulsão com ajuda de tesoura Metzembaum delicada, afim de manter o plano de trabalho pré-platismal. Introdução de cânula de 1,5mm de diâmetro por 20 cm de comprimento para depósito de solução anestésica (Figura 8).



Figura 8 – Introdução da primeira cânula

Fonte: elaborado pela autora (2022)

O procedimento foi realizado sob anestesia tumescente: um total de 120 mls foram infiltrados no local demarcado, por via subcutânea, acima do platisma, com auxílio de uma cânula de ponta romba e seringa

descartável 20 ml bico luer slip, para entrega da solução de Klein (Figura 9). A solução anestésica descrita por Klein e amplamente utilizada em cirurgias é composta lidocaína 0,05%, epinefrina 1:1.000.000 e 10 ml bicarbonato



de sódio 8,4% para cada litro de soro fisiológico 0,9%.

Com o pescoço em leve hiperextensão, uma cânula foi introduzida pelo orifício e guiada em seu trajeto no plano subcutâneo pela mão não-dominante, enquanto a mão dominante é colocada sobre a pele para guiar

a localização e ter controle sobre sua extremidade, durante a injeção do anestésico. Após a tumescência, foi aguardada a visual da mudança de coloração em pele, indicando a vasoconstrição provocada pelo líquido anestésico, cerca de 10 min após a tumescência (Figura 10).



Figura 9 – Anestesia tumescente

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 10 – Vasoconstrição anestésica

Fonte: elaborado pela autora (2022)



O descolamento ou subincisão em plano único, pré-platistmal, passo fundamental para a cervicoplastia, foi realizado com ajuda da cânula bico de pato (Figuras 11). A técnica da lipoaspiração deve se respeitar o plano subcutâneo, mantendo-se sempre acima do platisma. O início da sucção foi realizada com auxílio

de seringa descartável de 20ml, trava no êmbolo e cânula romba aspirativa (Figura 12), o que nos dá um vácuo seguro para o procedimento. Neste momento é observado a coloração e composição do líquido aspirado, que devem corresponder a gordura em sua maior parte.



Figura 11 – Cânula bico de pato

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 12 – Seringa para sucção inicial

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Constatando essa condição, ainda com a paciente em hiperextensão de pescoço, seguiu-se a aspiração com uso de bomba a vácuo e utilização de cânulas curtas de diversos calibres

e aberturas, sempre observando o(s) orifício(s) voltado(s) para baixo, para a musculatura, em movimentos de vai-e-vem. Realizada pequena mudança do ângulo de passagem a cada, aproximada-



mente, cinco movimentos, afim de varrer toda a área demarcada e promover quebra e aspiração de parte da gordura supraplatismal. As cânulas seguiram uma sequência progressiva, em relação aos diâmetros apresentados e número de furos. Apenas na fase de refinamento, com o uso da cânula Mercedes delicada (Figura 13), a abertura central se volta a pele, minimizando riscos de intercorrências.

Na fase da lipoaspiração, teve-se como cuidado fundamental não pressionar a cânula contra a musculatura, sempre observando o direcionamento de sua ponta e as características do conteúdo aspirado, na área demarcada. Finalizando a lipoaspiração tumescente cervical, toda a área foi irrigada com soro fisiológico e novamente aspirada. Segui-se uma compressão para cima, como intuito de externar

todo excesso de líquido. Esse passo foi realizado com a finalidade de se lavar e drenar a loja cirúrgica. No fim dessa fase, obteve-se a pele descolada da musculatura em um plano único, subcutâneo, pré-platismal, e diminuição do volume de gordura na região demarcada (Figura 14). A gordura removida não foi utilizada para lipoenxertia nesse caso clínico.





Figura 13 – Cânula Mercedes

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 14 – Aspecto pós lipoaspiração

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Para a realização da suspensão platismal, uma complementação anestésica e nova área de dissecação romba com descolamento parcial da pele foram adicionadas, agora em direção a topografia do processo mastoide do osso temporal. Na sequ-

ência, procedeu-se a incisão na região retro-auricular, por onde é acessado o periósteo do processo mastoideio, e na pele abaixo do ângulo da mandíbula, mantendo o cuidado de não aprofundar o bisturi. (Figura 15).



Figura 15 – Incisões laterais

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Foram utilizados, para criar um suporte para delimitação do ângulo cervico- facial, dois fios de sutura 0, Ti-Cron™ – Covidien™, fabricados pela Medtronic, de poliéster verde trançada, sem agulhas, 45 cm cada (Figura 16). Esses fios foram passados com auxílio da agulha de Serdev (Figuras 17 e 18), e cruzados na região ventral

do pescoço, na linha média (Figura 19).

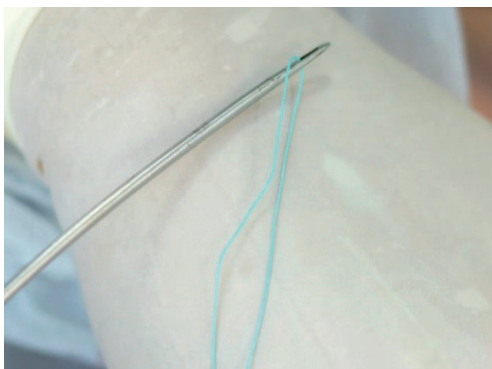


Figura 16 – Fio Ti-Cron - poliéster

Fonte: elaborado pela autora (2022)

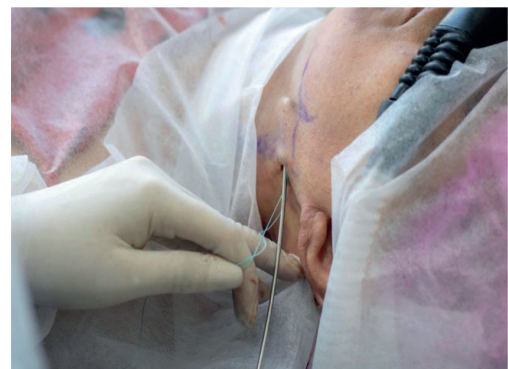


Figura 17 – Agulha de Serdev

Fonte: elaborado pela autora (2022)





Figura 18 – Passagem central do fio

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 19 – Cruzamento central dos fios

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Ao serem passadas as suturas pelo contorno mandibular, um pequeno apoio na fáscia do esternocleidomastóideo foi realizado, bilateralmente (Figuras 20 e 21): processo que ajuda a dar maior estabilidade na demarcação do ângulo mandibular. Nessa fase, observou-se a necessidade de uma tração delicada e

com forças equivalentes, bilateralmente. Os nós cirúrgicos, em ambos os fios, foram dados como apoio na região da fáscia do esternocleidomastóideo.





Figura 20 – Fio no contorno mandibular

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 21 – Fásia do esternocleido

Fonte: elaborado pela autora (2022)

A sutura foi novamente passada com a agulha de Serdev, agora no trajeto entre os pertuitos ângulo de mandíbula ao processo

mastoide, sempre no plano sub-cutâneo, bilateralmente (Figura 22 e 23).



Figura 22– Passagem lateral do fio

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 23– Aspecto lateral dos pertuitos

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Seguiu-se com tensionamento suave do fio e ancoragem sobre o periósteo do processo

mastoideo, de cada lado (Figuras 24 e 25). O fechamento cirúrgico é feito através de pontos simples



utilizando Nylon 5.0, sem tensionamento de pele, nas incisões (Figura 26). Nenhum dreno foi colocado. A analgesia inalatória foi removida gradativamente e a paciente recebeu inalação de oxigênio por cerca de 5 minutos.

A melhora do contorno de mandíbula e a definição do ângulo cervicomentoniano puderam ser observadas, ainda em maca, apesar do edema inicial e a não acomodação imediata da pele na região (Figura 27).



Figura 24 – Ancoragem no mastoide

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 25 – Tracionamento do fio

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 26 – Sutura final - nylon 5.0

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 27 – Aspecto pós cervicoplastia

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Fotografias pós procedimento foram realizadas (Figuras 28 e 29) e como próxima etapa, no menor espaço de tempo quanto possível, a aposição de tapes compressivos Knesiotape (Figuras 30 e 31). Essa compressão

inicial visa de minimizar complicações como grandes edemas, hematomas, equimoses, seromas e fibroses. Medicamentos pós-operatórios foram prescritos e entregues em conjunto com as orientações por escrito.



Figura 28 – Pós imediato, perfil

Fonte: elaborado pela autora (2022)



Figura 29 – Pós imediato, frente

Fonte: elaborado pela autora (2022)





Figura 30 – Compressão inicial, perfil

Fonte: elaborado pela autora (2022)

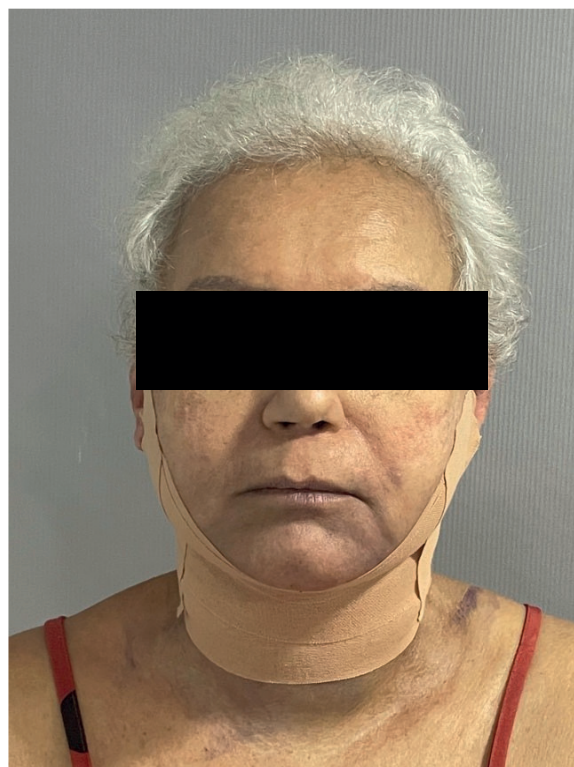


Figura 31 – Compressão inicial, frente

Fonte: elaborado pela autora (2022)

A fisioterapia especializada acompanhou em conjunto a recuperação da paciente, que passou por cuidados de compressão local, crio e termoterapia, laserterapia, ozonioterapia e drenagem linfática. O acompanhamento pela cirurgia bucomaxilofacial se deu em intervalos regulares, tendo sido realizada a última sequência de fotos ao

70º dia de pós-operatório (Figuras 32 e 33). No pós cirúrgico, a paciente que evoluiu sem queixas álgicas, apresentou pequenas equimoses no local operado, seguida de hiperpigmentação, porém com hipoestesia, em regressão, apenas no lado esquerdo. A paciente, que relatou alto grau de satisfação com a cervicoplastia e teve sua auto-estima aumentada.



Foi submetida ao procedimento cirúrgico de lip-lift; cirurgia para rejuvenescimento do lábio superior, uma queixa secundária a dita anteriormente. Seguiu com

indicação de tratamento em conjunto com profissional de harmonização orofacial, para melhoria de qualidade dérmica da região cervical.



Figura 32 – Fotografia final, perfil

Fonte: elaborado pela autora (2023)



Figura 33 – Fotografia final, frente

Fonte: elaborado pela autora (2023)

DISCUSSÃO

PROBLEMÁTICA DO REJUVENECIMENTO CERVICAL

A problemática do rejuvenescimento cervical sempre esteve presente entre os cirurgões faciais. A compreensão das modificações que ocorrem nos tecidos faciais e estruturas de



suporte, o senso estético, técnica cirúrgica apurada e personalizada para cada tipo de caso, se fazem imprescindíveis para o sucesso da cervicoplastia.

Ellenbogen e Karlin (1980) enumeraram cinco características que estão presentes em um pescoço naturalmente belo e jovial: 1. Borda da mandíbula bem definida do mento ao ângulo e sem acúmulo de gordura submentoniana; 2. Depressão sub-hióidea; 3. Protuberância visível da cartilagem tireóidea; 4. Margem anterior visível do esternocleidomastóideo; e 5. Ângulo cervico-mental entre 105° e 120°, ângulo esternocleidomastóideo-submental próximo a um ângulo reto. Gordon (2019), completa afirmando que as estruturas profundas do pescoço, incluindo a gordura subplatismal, músculos digástricos, glândulas submandibulares e fáscia peri-hióidea

também devem ser adequadamente abordados. Entretanto é importante lembrar que o ideal de beleza é subjetivo e o que é considerado bonito pode variar de acordo com o observador, pelas suas crenças e costumes, preferências culturais e pessoais.

A aparência pouco atraente da área cervical é determinada pela combinação de reabsorção óssea e flacidez, como observado por Patel (2006) e Roy (2017). Com o passar do tempo, é comum ocorrer perda do contorno da mandíbula, acumulação de gordura submentoniana, resultando em um ângulo cévico-mentoniano mais acentuado, hipotonia muscular, proeminência das bandas platismais, ptose das glândulas submandibulares e alterações na textura e na pigmentação da pele, decorrentes da exposição ao sol.

McKinney (1996) cate-



goriza quatro tipos diferentes de pacientes com queixas cervicais:

1. Bandas platismais pouco visíveis, mínima flacidez;
2. Bandas platismais moderadamente visíveis;
3. Bandas platismais muito visíveis, flacidez;
4. Bandas platismais muito evidentes e excesso de flacidez.

Mulholland (2013) enfatiza que a frouxidão do músculo platisma pode resultar em bandas cervicais centrais e/ou laterais visíveis. O envelhecimento cumulativo e os efeitos do sol na pele do pescoço, juntamente com o envelhecimento intrínseco e alterações musculares miméticas, resultam em um envelope cutâneo típico de pescoço envelhecido, caracterizado por pele fina com aspecto “enrugado”, manchas escuras difusas e telanctagias,

bem como múltiplas linhas verticais na linha média, conhecido popularmente como “pescoço de iguana”. Além disso, também podem aparecer linhas horizontais no pescoço, tanto central quanto lateralmente, decorrentes da ação do músculo platisma e dos movimentos cervicais.

Esse processo de envelhecimento também foi descrito por Sullivan e Hoy (2015) e Fridman et al. (2020). Eles descrevem que tradicionalmente, as técnicas utilizadas para rejuvenescimento facial envolvem reposicionar partes do sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS) e da pele. No pescoço, o SMAS se une à fáscia do músculo platisma para formar uma camada contínua. Nessa região, os sinais de envelhecimento cervicofacial geralmente começam com bandas platismais verticais finas que cobrem a cartilagem tireoide e o



hioide. Com o tempo, essas bandas se tornam mais longas e pronunciadas à medida que se perde mais suporte dos ligamentos de retenção e o músculo platisma se desloca ainda mais para baixo. A flacidez do músculo platisma pode causar uma inclinação cervical, juntamente com acúmulo de gordura acima e abaixo do músculo platisma. A gordura subplatismal pode agravar ainda mais a inclinação do ângulo cervicomentual. Além disso, a ptose da glândula submandibular também pode contribuir para o aspecto volumoso do pescoço.

O'Daniel (2018) defende a ideia de que para o rejuvenescimento cervical seja bem-sucedido, é necessário compreender as necessidades estéticas de cada paciente e formular um plano de tratamento personalizado para cada caso. Em 2021, realizou um estudo que fornece uma análise

abrangente do impacto da modificação do volume do pescoço central na cervicoplastia profunda. Este estudo fornece uma base para o planejamento cirúrgico, otimizando o resultado da cervicoplastia.

Se faz essencial que um diagnóstico preciso seja realizado para garantir o sucesso do tratamento e minimizar as complicações associadas. Segundo Faria et al., (2020) os achados mais comuns incluem gordura localizada, flacidez cutânea e perda de estrutura óssea. Identificar corretamente essas condições é fundamental para que o cirurgião possa recomendar o tratamento mais apropriado para cada paciente. A gordura localizada, por exemplo, pode ser tratada com lipossucção ou outros procedimentos de contorno facial, enquanto a flacidez cutânea pode exigir uma cirurgia de lifting facial ou cervical. A



perda de estrutura óssea pode ser tratada com implantes ou outras técnicas de reconstrução. Portanto, um diagnóstico preciso é crucial para garantir que o tratamento seja personalizado e adequado às necessidades individuais de cada paciente.

HISTÓRICO DAS TÉCNICAS DE CERVICOPLASTIA

A cervicoplastia é utilizada principalmente para tratamento dos estigmas gerados pelo processo de envelhecimento no terço inferior da face, principalmente em casos de extrema flacidez tecidual aliados ou não a um acúmulo de gordura cervical. A história das modificações da face remota aos tempos antigos e está ligada diretamente a história da própria cirurgia. Entretanto, o registro histórico não é claro de quando data a primeira riti-

doplastia realizada. No início do século 20, os cirurgiões faciais começaram a realizar procedimentos para rejuvenescimento através de pequenas excisões elípticas descontínuas de pele, sem descolamento, procedimentos limitados, associados a um alto risco de complicações como cicatrizes

visíveis e deformidades.

Em 1919, o cirurgião inglês Harold Gillis realizou uma cirurgia pioneira em um soldado ferido na Primeira Guerra Mundial. Gillies foi um dos primeiros cirurgiões a se especializar em reparação facial e reconstrução, e a técnica que ele desenvolveu permitiu restaurar as características faciais de soldados que haviam sofrido lesões graves e serviu de base para o fundamento prático da cirurgia reconstrutiva. Neste mesmo ano, Suzanne Noël realizou a primeira cirurgia esté-



tica moderna no nariz, conhecida atualmente como rinomodelação fechada. Ainda em 1919, Julien Bourguet descreveu pela primeira vez, em um discurso para a Academia de Medicina de Paris, uma abordagem inovadora para a ritidoplastia cervical, através de um descolamento extenso no pescoço, por meio de incisões que se estendiam atrás da orelha e na linha do cabelo. Ele seguiu suas contribuições com a descrição do tratamento da bandagem do platismo submentoniano por excisão das bordas platismais, em 1936.

Bettman (1920) descreveu o plano de incisão temporal-periauricular contínua, que se tornou o protótipo do usado nos procedimentos contemporâneos. Bames (1927), reconheceu que a descolagem da pele poderia melhorar ainda mais os resultados. Esses trabalhos constituíram a

base dos procedimentos clássicos de lifting facial, subsequentemente realizados sem grandes modificações ao longo das próximas quatro décadas. A cirurgia plástica teve um grande avanço entre 1940 e 1950 com aumento da compreensão anatômica, desenvolvimento de técnicas cirúrgicas modernas faciais e corporais, incluindo a lipoaspiração e próteses de silicone (MAR-CHAC, 1983).

A Era Moderna da ritidoplastia atual começou em 1974, quando Torg Skoog descreveu numa dissecação, um tecido abaixo da fáscia superficial da pele e do pescoço, constatado também na descrição anatômica de Mitz e Peyron. O termo SMAS foi criado por Paul Tessier, em 1976, para descrever uma estrutura anatômica semelhante a uma folha contínua, fibromuscular, que recobre desde o frontal até o pla-



tisma, distribui forças da expressão facial e separa duas camadas de gordura. Nos anos seguintes, a dissecação do SMAS permitiu o reposicionamento para uma posição mais jovial, dos tecidos faciais e cervicais mais profundos e flácidos, através da fásia inelástica, minimizando as tensões na pele, e melhorando de forma significativa os resultados. Conneil (1977, 1978) defendeu e publicou que o pescoço feminino pode ser restaurado ou modificado, esteticamente, cirurgicamente, através de técnicas de retalhos do platisma.

Ellenborg e Karlin, em 1980, defendem que o ajuste anterior do platisma é mais importante que o posterior. Sugerem que em pescoço pesado, uma incisão submentoniana posterior deveria ser realizada, a bolsa de gordura subplatismal excisada e uma tipoia para manter a eleva-

ção submentoniana do pescoço.

A continuidade entre o SMAS facial e o platisma é um fato anatômico que favorece a realização de uma ritidoplastia e foi descrito por Guy Jost e Guy Lamouche, (1982). A melhora do terço inferior da face e a criação de um ângulo cervicofacial podem ser obtidos através da fixação de um retalho superior ao perióstio do mastoide. Essa abordagem, segundo os autores, favorece a cicatrização uma vez que são minimizadas as tensões na pele, diferente do lifting puramente cutâneo, que caiu em desuso por levar toda a tensão a pele.

Quase duas décadas após sua primeira aplicação, a lipoaspiração tem se tornado um procedimento amplamente utilizado na região cervicofacial, com destaque para a sua eficácia no tratamento rejuvenescedor da



face e pescoço. Flageul e Illouz (1996) enfatizam a importância da lipoaspiração isolada, como método para corrigir o engorduramento dos contornos e a flacidez dos tegumentos, graças à retração da pele. Os limites do método estão relacionados à elasticidade da pele e à quantidade de tecido adiposo subcutâneo presente. A retração cutânea orientada se dá pela orientação da tunelização realizada, que deve estar de acordo com as linhas de tensão da pele.

Pitanguy (2000), ao descrever Round Lifting-Technique, sua técnica de ritidoplastia mundialmente conhecida e aceita, sugere uma incisão que contorna a região temporal, pré-auricular, lóbulo da orelha e de forma curva terminando no couro cabeludo cervical. Quanto a região cervical, a indicação é que o retalho seja tracionado com vetor supe-

rior e anterior, com atenção especial a ancoragem e sutura na linha do cabelo, para que não haja danos a pele fina da região.

Baker (2001) desenvolveu um protocolo com abordagens distintas, para cada grupo de pacientes sinalizados por McKinney. Ele lembra que inícios dos anos 70, quando iniciou suas ritidectomias, eram comuns a dissecação lateral do SMAS; no decorrer das décadas de 80, quando com o advento da lipoaspiração em conjunto com a sutura platismal lateral e ancoragem cervical permitiu excelentes resultados; e de 90, quando implementou a SMASectomia lateral, desenvolvidos para o público feminino e jovem que buscavam iniciar seu rejuvenescimento facial e cervical mas se opunham as cicatrizes tradicionais dos liftings de face e pescoço.

Resultados significati-



vos em sulco nasolabial, papada e contorno de mandíbula foram entregues, porém, esta técnica não foi indicada para pacientes com flacidez severa do musculo platisma e tissular. Por isso, descreve ritidectomias de dissecação profunda, levantamentos subperiosteais e abordagens endoscópicas como formas de complementar o sucesso de suas cirurgias. A técnica de cervicoplastia realizada em mais de 2000 pacientes desde 1992, se dá através de um retalho do platisma lateral, na região inferior da borda mandibular. Na sequência, esse retalho de platisma é erguido e fixado ao periosteio do mastoide com suturas em oito 2.0 Maxon, para ajudar a definir a linha da mandíbula e melhorar o contorno da região submandibular.

Serdev (2002), defende que através de técnicas de reposicionamento do SMAS, é possível

restaurar as proporções, formas e ângulos estéticos, reestabelecendo uma expressão feliz, jovial e bela aos pacientes de diversas faixas etárias, incluindo uma melhor definição do contorno da mandíbula. Quanto a região facial inferior e cervical, ele defende que o SMAS do platisma pode ser parcialmente dissecado da pele e ancorado com fio inabsorvível com segurança, em estrutura estável. Através de uma simples incisão retrolobular, oculta e de rápida execução ambulatorial, é possível prever um retorno rápido do paciente para suas atividades e evitar a criação de cicatrizes visíveis.

Deane e Owsley (2003) e posteriormente Batniji (2014), sinalizam que em 80% dos casos, o ramo marginal da mandíbula do nervo facial, está localizado sob o músculo platisma, ao longo do corpo da mandíbula ou dois



centímetros abaixo, superficializando-se na borda anterior do masseter. Uma lesão a essa estrutura pode causar paralisia dos músculos depressores do ângulo da boca e do lábio inferior.

Em outubro de 2007, Gregory realizou, por meio de sonda com fio 4.0 poliéster revestido por Teflon 4.0, a primeira platismoplastia percutânea em conjunto com um facelift. Ventura et al., (2008) também defendem que a utilização de material inabsorvível é fundamental, pois se queremos uma ancoragem firme e estável, o elemento que a executa deve ser confiável e duradouro. A correção dura enquanto durar o ponto de tração, já que não se pode afirmar que haverá aderências e fixação natural após a reabsorção dos fios. Eles elencaram o poliéster Dacron trançado 2.0 e 3.0 Ethibond Excel®, e o Nylon monofilamentado 4.0

como fios de predileção.

A matriz da platismoplastia tipo trampolim foi confeccionada sem abrir o pescoço. Tendo um grande arsenal de técnicas cirúrgicas, o cirurgião deve optar pela qual melhor corresponder a sua realidade e a do paciente, tendo as vantagens e desvantagens elencadas por Marten em 2009.

Pita et al., (2010), afirmam que a cervicoplastia ampliada reúne o tripé necessário para a estabilização do resultado cirúrgico: abordagem direta e ampla, eficácia e precisão para anulação de forças musculares opostas e a ancoragem e fixação dos tecidos decolados em estruturas firmes.

Jacomo et al., (2011), quantificam o grau de aperto platismal submentoniano que pode ser obtido com a plicatura do SMAS versus técnicas de ri-



ritidoplastia de plano profundo em um estudo anatômico cadavérico, ajudando a ditar a necessidade de cirurgia platismal de linha média ao usar diferentes técnicas de ritidoplastia. A conclusão obtida sugere estender que a ritidoplastia sub-SMAS tradicional inferiormente, liberando o platisma lateralmente e os ligamentos cervicais de retenção, ajudando o músculo esternocleidomastoideo a alcançar maior movimento lateral do platisma central. Isso pode eliminar a necessidade de plicatura platismal central exceto em casos de grande laxidez e bandas evidentes. Também foi possível constatar que durante a plicadura do SMAS, há um movimento limitado do platisma, portanto a plicadura platismal central deve ser rotineiramente usada como um procedimento adicional, exceto em casos com flacidez cervical mínima ou ausente.

Baseado na mecânica do trabalho de Guerrerosantos, Giampapa e Ramírez, porém trabalhando de uma forma menos invasiva, Gregory (2012) descreveu a abordagem Platismoplastia Trampolim (TPP) para rejuvenescimento do pescoço como sendo eficaz e durável principalmente para pacientes jovens para melhorar os contornos do pescoço herdados pela genética. Se trata de uma técnica minimamente invasiva, onde fios de sutura são introduzidos através de pequenos pertúitos ao longo da borda lateral da mandíbula e sob o mento, produzindo uma estrutura semelhante a um cadarço que funciona como trampolim. A ancoragem na técnica TPP se dá pelos ligamentos laterais da mandíbula, o ligamento platismal-auricular, os ligamentos massetericos e mandibulares. Os pacientes, em sua maioria, apresentaram pequenos



hematomas, além de limitações na ampla abertura de boca e ondulações nos locais de inserção, durante o primeiro mês.

Riascos (2013) também defende que técnicas sem incisões preauriculares, podem ter resultados satisfatórios, propõe a técnica FWOPI, preconizando a lipoaspiração, dissecação subcutânea ampla, placas dos músculos platisma cervical e suspensões com fios inabsorvíveis colocados por via subcutânea no pescoço. Completa a suspensão da face com incisão, dissecação ampla, tracionamento do SMAS e ancoragem temporal.

A estratégia técnica para o lifting facial e do pescoço proposta por Mole e Claveria (2013) que se apresentou particularmente útil para cirurgias com experiência limitada, foi baseada em três princípios: dissecação subcutânea através de uma câ-

nula fina introduzida através de mini-incisões, ancoragem clássica no SMAS e uma segunda ancoragem após a tensão adequada do retalho cutâneo. A abordagem anterior foi recomendada como a via de acesso preferencial, especialmente em pescoços difíceis, e a dissecação da mastoide foi minimizada. As técnicas de tensão malar foram limitadas e o volume dessa região se deu através de lipoinfiltração ou produtos volumizadores comercializados.

Contrapondo a idéia de incisões mínimas, Balbino, Wu e Morrow (2013), descrevem um “procedimento isolado de elevação da cegonha” capaz de evitar ou corrige as dobras verticais e horizontais, por sobre tecido cervical, que são mais evidentes no movimento. Indicada para pacientes com ângulo cervico-mental obtuso e ptose na região do pescoço, sem queixas faciais.



Nessa técnica, a remoção do retalho de pele se dá ao longo da linha capilar occipital pósterio-inferior, bilateralmente.

Nunes e Silva (2015) confirmam que a cervicoplastia ampliada, mesmo em casos difíceis, proporciona bons resultados mantidos em longo prazo.

Na cervicoplastia como em qualquer cirurgia, a compreensão anatômica da região a ser operada, é imprescindível para eficácia de resultados, ocorrência de possíveis complicações e suas resoluções. (O'DANIEL, 2018)

Konstantinow et al, (2018) afirmam que com relação aos procedimentos cervicais, o músculo platísmo é a principal estrutura anatômica no pescoço, dividindo-o em compartimentos anatômicos superficiais e profundos. Embora a maioria dos procedimentos de elevação do pescoço se concentre no platísmo e

na gordura supraplatísmica, é importante avaliar e tratar com precisão todas as estruturas anatômicas que possam contribuir para uma aparência insatisfatória do pescoço, a fim de se obter os melhores resultados.

O equilíbrio entre o resultado alcançado pela cervicoplastia e a sua durabilidade, são fatores relevantes para a escolha da técnica. Silva et al., (2018) defendem que a técnica de cervicoplastia ampliada entrega resultados agradáveis e duradouros. A ritidoplastia cervicofacial convencional se tornou o padrão ouro quando se trata de casos com alto grau de flacidez muscular e tissular. Tschopp (2018) propôs uma modificação no formato da sutura do platísmo central e fechamento em pele em forma de “Z” a fim de minimizar a aparência da cicatriz submentoniana.

Sanchez e Dom (2018),



com o intuito de solucionarem a problemática da curta duração relacionada aos fios de sustentação de polidioxanona e da cicatriz submentoniana indesejável da ritidoplastia, publicaram a técnica STM pouco invasiva para flacidez cervical. Esta técnica consiste, de forma sucinta, em realizar a incisão seguida de lipoaspiração submentual, de acordo com a necessidade individual do paciente, incisão retroauricular bilateral, fixação de um fio Mononylon 3.0, no periósteo da região mastoidea de cada lado, atravessar os fios sobre a pele e o SMAS com auxílio da agulha de Casagrande, um nó cirúrgico central é dado e finalizado com sutura simples das incisões. A técnica em questão, segundo os autores, consegue tratar o acúmulo de gordura submentoniana e a flacidez platismal, que são os principais fatores envolvidos no

envelhecimento da região cervical.

Markowitz (2018), tendo visto uma grande diversidade de técnicas, em sua grande maioria falhas, se propôs a buscar uma nova solução para os diversos sinais de ptoses e desarmonias cervicais. Sugeriu o uso de uma espécie de tipoia que seria adequada para sustentar as estruturas cervicais da maioria dos pacientes. Seu estudo incluiu trançado sintético absorvível (Vicryl), trançado sintético semiabsorvível e monofilamento (Vypro), matriz sintética absorvível (TIGR) e material biológico de malha-alóenxerto (AlloDerm). A única complicação foi a tela Vypro que causou rigidez e foi substituída. Obteve resultados satisfatórios em todos os casos.

As complicações decorrentes de cirurgias no pescoço podem surgir mesmo em proce-



dimentos que foram cuidadosamente planejados, bem desenhados e habilidosamente executados (GORDON et al., 2019). Em geral, as complicações estéticas resultam de um desequilíbrio no tratamento entre as estruturas superficiais e profundas do pescoço. Um erro comum é a hipercorreção do espaço pré-platismal, que é facilmente acessível, enquanto a subcorreção do espaço subplatismal, de difícil acesso, também pode ocorrer. Ao iniciar um tratamento cirúrgico, é importante discutir as complicações, suas consequências e as possíveis soluções na cirurgia do pescoço Montedonio (2010) e Gordon (2019), relacionam os riscos de complicações em tratamentos para rejuvenescimento ou melhoria estética da região cervical, como hematoma, infecção, seroma, cicatrizes inestéticas, deformidade em orelha,

perca de pele ou redundância, lesões nervosas, deformidade da gordura supraplatismal, bandas platismais recorrentes, deformidades da miotomia do platisma, relacionadas a estruturas subplatismais, do triângulo submentoniano, plenitude paramediana do músculo digástrico anterior, triângulo submandibular, sialocele, além de outras complicações não cirúrgicas.

Swanson (2020) defende o lifting facial sub-SMAS e a platismoplastia de vetor triplo com injeção de gordura para rejuvenescimento facial. Defende também a preservação do músculo orbicular, como forma de reduzir riscos com neuropraxia. Na descrição de sua técnica cirúrgica, relata suspensão do SMAS com ancoragem a fáscia temporal profunda, realização de lipoaspiração submentoniana, plicadura lateral do platisma e platismo-



plastia medial através da técnica de corselete. Esta ultima, descrita por Feldman, em 1990.

Faria et al., (2022), salienta que, para técnicas cervicais, se fazem necessário marcar as fronteiras superior e inferior do compartimento de gordura, bem como seus limites laterais. É fundamental respeitar os limites do músculo esternocleidomastoideo, que serve como ponto de referência anatômica para as estruturas vasculares do pescoço. Além disso, é importante delimitar a área entre a borda inferior da mandíbula e a margem anterior do músculo masseter, onde o nervo marginal da mandíbula se encontra mais próximo da superfície.

A cirurgia de lifting facial é a técnica mais crucial e em constante evolução do rejuvenescimento facial. Wei et al., (2022), entendendo que revisões

periódicas das recentes técnicas de lifting facial podem ajudar os cirurgiões a aprimorar seus procedimentos cirúrgicos, realizou a pesquisa bibliográfica sobre lifting facial e ritidoplastia. Concluiu que ainda faltam artigos de lifting facial com evidências de alto nível. A frontoplastia e a cervicoplastia tornaram-se tendências assim como as técnicas com cicatrizes mínimas têm sido valorizadas.

CIRURGIA ESTÉTICA BU-COMAXILOFACIAL ATUAL

Eco (2004) afirmou que a história da cirurgia plástica estética está intrinsecamente ligada à cirurgia plástica reconstrutiva, uma vez que as técnicas utilizadas são semelhantes. No entanto, por muitos anos, a cirurgia estética era vista como imoral pelos próprios cirurgiões plásticos re-



gulares. Sullivan (2001), em seu livro, demonstra como a cirurgia plástica estética evoluiu nos Estados Unidos de uma prática marginalizada e sem divulgação, antes da década de 50, para se tornar uma especialidade reconhecida, regulamentada e cada vez mais popular entre os médicos. Cirurgias plásticas não necessitam mais discutir atualmente os benefícios da cirurgia estética com paciente ou colegas de outras áreas, como fizeram nossos professores. [...] Apesar da cirurgia da aparência (não-reconstrutiva, não- restaurativa) melhorar a qualidade de vida, raramente salva vidas. Não é tão necessária para a sobrevivência física, quanto para o melhoramento psicológico (GOLDWYN, 2004, p.357).

Apesar de Peterson (1988), Waite e Matukas (1993) descreverem cirurgias estéticas faciais na literatura de bucomaxi-

lofacial, apenas após a implementação das técnicas minimamente invasivas da harmonização orofacial na Odontologia, que a procura nos consultórios do cirurgião dentista se consolidou para as melhorias cervicofaciais. Entre o rol de cirurgias descritas na literatura odontológica estão: ritidoplastia (face e pescoço), blefaroplastia, rinoplastia, genioplastia, lipoplastia, através de lipoaspiração cervicofacial, recortornos através de osteotomias e implantes, e ainda dermoabrasões químicas.

A região anatômica entre o tríquio e o osso hioide, que se estende até o tragus, bilateralmente, e áreas anexas corresponde a região bucomaxilofacial, desde a edição da Portaria CFO-54, de 2 de novembro de 1975; e está inserida numa das searas da Odontologia, a especialidade Cirurgia e Traumatologia Buc-



maxilofacial. A nível especialidade odontológica Harmonização Orofacial, também parece estar na mesma área de atuação, comum também a diversas especialidades médicas. Embora a cirurgia estética facial possa ser realizada por cirurgiões com formação variada, os cirurgiões bucomaxilofaciais realizam procedimentos de toda a região maxilofacial, incluindo couro cabeludo, face e pescoço.

A demanda nas clínicas de bucomaxilofacial aumentou para cirurgias estético-funcionais, o que torna obsoleto a idéia que a especialidade apenas tem o caráter reconstrutivo e reparador. Levando em consideração que um grande percentual das cirurgias ortognáticas são realizadas em pacientes do sexo feminino, jovens, e que procuram a melhoria estética como principal motivação para a realização da remo-

ção das bases ósseas, dentes e tecidos moles, podemos afirmar que a cirurgia estética sempre fez parte da rotina do cirurgião bucomaxilofacial. A cirurgia ortognática realizada para corrigir uma deformidade da mandíbula, por exemplo, também melhora a estética facial. A extensa experiência com cirurgia ortognática preparou o cirurgião bucomaxilofacial para avaliação e tratamento de deformidades faciais cosméticas (WAITE; MATUKAS,1993)

A traumatologia, está para a cirurgia plástica reconstrutora, da mesma forma que as cirurgias e procedimentos minimamente invasivos estético-funcionais, na Odontologia, estão para as cirurgias plásticas estéticas na Medicina. As técnicas de reposicionamento do SMAS, especialmente as com incisões mínimas, acompanhadas ou não de lipoaspiração cervicofacial, já



são uma realidade na rotina de cirurgias bucomaxilofaciais, que possuem competência e expertise para sua realização. Aliado ao vasto conhecimento anatômico do cirurgião bucomaxilofacial para face e pescoço, precisão e delicadeza cirúrgica, temos a visão estética apurada.

Todavia, é importante lembrar que as alterações superficiais do envelhecimento cutâneo no pescoço, não respondem de maneira ideal ao reposicionamento de tensão puro, caracterizado pela cirurgia de elevação cervical, mas respondem a tratamentos multimodais e não invasivos projetados para melhorar a cor, o tom e a textura mais superficiais da pele (RAMIREZ, 2008). Sendo assim, tratamento em conjunto com outras especialidades, como a harmonização facial devem ser levados em consideração para otimização de

resultados.

FUNDAMENTAÇÃO PARA A TÉCNICA PROPOSTA

A lipoaspiração como complemento a platismoplastia, foi preconizada e descrita diversos autores, entre eles, Useche Pretelk (2016). Em pacientes com pescoços com grande quantidade de gordura pré-platismal, esse procedimento auxilia na redução de volume, enquanto que em pacientes com pouca gordura, a lipoaspiração submentoniana anterior, ajuda a dissecar o platisma num plano tecidual uniforme (SWANSON, 2020).

A técnica descrita por Sanches (2018), assim como à empregada na paciente do caso clínico aqui descrito, transcorre no plano entre a fáscia cervical superficial e a derme, pela sucção da gordura submentoniana e da



gordura subcutânea da lateral do pescoço, com posterior passagem do fio de sustentação no referido plano.

A platismoplastia lateral se encaixa na filosofia já consagrada de erguer a camada de músculo e tecido conjuntivo sob a pele e usar o reparo tecidual para avançar a pele sobrejacente ao invés de depender apenas da tensão da pele (SWANSON, 2020). Para a passagem do fio de ancoragem, a dissecação romba é feita em um raio de 3 cm do lóbulo da orelha em direção a área retro e submandibular como preconiza Served (2002).

Riascos (2013), entre os passos da técnica que ele propõe, está a suspensão do pescoço através da passagem subcutânea de dois fios de sutura de polipropileno Prolene Ethicon 2.0, inter cruzados na porção submental e fixadas profundamente no pe-

riosteio do processo mastoideo de cada lado, através de pequenas incisões retroauriculares. Esta parte da descrição acima também corresponde a passos realizados na paciente deste relato, para dar um belo contorno ao ângulo do pescoço. A utilização da agulha de Stoccherro ou Reverdin usada na passagem do fio

Nylon 2.0 na região retroauricular, descrita como parte da técnica proposta por Farrapeira (2012), foi substituída pela cânula de Serdev, menos traumática, uma vez que na técnica proposta nesse trabalho, foi promovido a dissecação romba já mencionada.

Useche Pretelt (2016), preconiza realizar a suspensão do platisma com o uso de Etibon 2.0. Os fios são ancorados na região mastoidea e se cruzam como um “X” na linha média do pescoço, formando uma rede que



suspende a região central para cima e lateralmente, de acordo com a tensão que lhe são aplicados. Essa suspensão, utilizada na técnica descrita também no caso clínico, exaltam o ângulo cervicomentoniano e contorno mandibular perfeitamente definidos.

A utilização de fio de sutura inabsorvível é imprescindível, pois é almejado uma ancoragem firme e estável, o elemento que a executa deve ser confiável e duradouro. Atiyeh, Chahine e Ghanem (2021), relatam que quando se trata de suspensão tecidual com suturas inabsorvíveis, a técnica de ancoragem é mais importante que o material do fio. Apesar de esperado, não se pode afirmar que os tecidos envolvidos irão sofrer aderências capazes de manter a fixação no local e o resultado obtido (VENTURA et al., 2008). No caso clínico em questão, o fio de sutura

0 Ti-Cron™ – Covidien™, fabricados pela Medtronic. Essa sutura de poliéster verde, multifilamentada trançada e siliconizada, não absorvível, de origem sintética, possui alta resistência à tração, alta maleabilidade, excelente fixação do nó cirúrgico e mínima reação tissular.

A melhora da área cervical, através do vetor de tração horizontal desde o platisma até a aponeurose mastoidea, segue os preceitos de Ventura et al., (2008). A finalização através de suturas habituais ao cirurgião, livre de drenos (MOLE; CLAVEIRA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pescoço mostra claramente os sinais da senilidade e estes variam entre os pacientes, devendo o tratamento ser personalizado de acordo com as neces-



sidades individuais de cada caso. Apesar da vasta literatura e das mais diversas formas de abordagens cirúrgicas e conservadoras enumeradas pelos autores, não se tem um consenso sobre qual técnica de cervicoplastia pode ser considerada como padrão ouro. Como o processo de envelhecimento é contínuo, pessoal e não uniforme, existe a dificuldade de se comparar e julgar os procedimentos em relação a eficácia, naturalidade e durabilidade dos resultados alcançados. O cirurgião bucomaxilofacial deve estar familiarizado com a anatomia e possuir domínio sobre técnicas menos invasivas, por muitas vezes criativas, capazes de promover o rejuvenescimento e embelezamento cervicofacial de forma mais rápida, menos onerosa, com menos riscos de complicações, sem a necessidade de grandes períodos de recuperação

ou cicatrizes aparentes. A técnica de cervicoplastia com incisões mínimas proposta, que soma a lipoaspiração submentoniana, com a suspensão platismal de ancoragem mastoidea, utilizando suturas inabsorvíveis, mostrou-se um método seguro, de fácil execução, reprodutível e capaz de entregar bons resultados estéticos, imediatos, para os pacientes elegíveis. Novos estudos, buscando o aprimoramento contínuo da técnica descrita, são indicados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Rotolo Leonardo;
MESQUITA FILHO, Joaquim;
LODA, Guilherme. Rejuvenescimento com lifting da região cervical e zetaplastia. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. v. 11, n.3, p. 252-5, fev. 2019. ISSN: 1984-5510. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo>.



oa?id=265562715015 Acesso em: 21 fev. 2023.

ATIYEH, B. S.; CHAHINE, F.; GHANEM, O. A. Percutaneous thread lift facial rejuvenation: literature review and evidence-based analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*. v. 45, p. 1540-50, jan. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00266-020-02095-1> Acesso em: 21 fev. 2023.

BAKER, Daniel C. Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral smasectomy: evolution and application, *Aesthetic Surgery Journal*. v. 21, 1. ed., p.14-26, jan. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/maj.2001.113557> Acesso em: 21 fev. 2023.

BARBARINO, S. C.; WU, A. Y.; MORROW, D. M. Isolated neck-lifting procedure: isolated

stork lift. *Aesthetic Plastic Surgery*. v. 37, n. 2, p. 205-9, abr. 2013. PMID: 23307054. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00266-012-0002-3> Acesso em: 21 fev. 2023.

BATNIJI, R. K. Complications/ sequelae of neck rejuvenation. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. v. 22, n. 2, p. 317-20, 2014.

CONNEL, B. F. Complete transverse section of the platysma muscle and preparoid and submandibular lipectomies. Annual meeting of the Society of Aesthetic Plastic Sugery, Los Angeles, California, mar. 1977.

CONNEL, B. F. Contouring the neck in rhytidectomy by lipectomy and muscle sing. *Plastic and Reconstructive Surgery*. v. 61, p. 376, 1978.



oa?id=265544156006 Acesso em:

21 fev. 2023.

DAANE, S.P.; OWSLEY, J. Q. Incidence of cervical branch injury with “marginal mandibular nerve pseudo-paralysis” in patients undergoing face lift. *Plastic and Reconstructive Surgery*. v. 111, n. 7, p. 2414-8, 2003.

E SILVA, Daniel Nunes et al. A lipoescultura como tratamento complementar na ritidoplastia. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, v.10, n.1, p 36-40, 2018. ISSN: 1984-5510. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265557816005> Acesso em: 21 fev. 2023.

E SILVA, Daniel Nunes et al. Cervicoplastia ampliada: avaliação dos resultados a longo prazo. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, v. 7, n. 4, p. 308-14, 2015. ISSN: 1984-5510. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265557816005>

ECO, U. (org.). História da beleza. Tradução: Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ELLENBOGEN, Richard; KARLIN, Jan V. Visual criteria for success in restoring the youthful neck. *Plastic and Reconstructive Surgery*, v. 66, n. 6, p. 826-37, 1980.

FARIA, G. E. L. et al. Loss of definition of the submental contouring: correct diagnosis and treatment algorithm, *Surgical & Cosmetic Dermatology*. v. 14, 2022. ISSN: 1984-5510. Disponível em: : <https://doi.org/10.5935/scd1984-8773.20221400131> Acesso em: 21 fev. 2023.

FARRAPEIRA, A. B. Suspensão circular fechada do terço médio



da face. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. v. 27, n. 3, p. 478-81, 2012.

FELDMAN, J. J. Platismoplastia com espartilho. Plastic and Reconstructive Surgery. v. 85, p. 333-43, 1990.

FLAGEUL, G.; ILLOUZ, Y. G. Isolated cervico-facial liposuction applied to the treatment of aging. In: Annales de chirurgie plastique et esthetique. v. 41, n. 6, p. 620-30, dez. 1996.

FRIEDMAM, O. et al. The aging neck – a case base treatment algorithm. Journal of Cosmetic Dermatology. 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jocd.13877> Acesso em: 21 fev. 2023.

GIAMPAPA, V. C.; DIBERNARDO, B. E. Neck recontouring with suture suspension and

liposuction: an alternative for the early rhytidectomy candidate. Aesthetic Plastic Surgery, v. 19, n. 3, p. 217-23, 1995.

GOLDWYN, R. M. Who can have aesthetic surgery? Aesthetic Plastic Surgery. v. 28, n. 6, p. 357-8, 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00266-004-0104-7>. Acesso em: 21 fev. 2023.

GORDON, Neil A. et al. Neck deformities in Plastic Surgery. Facial Plastic Surgery Clinics of North America, v. 27, n. 4, p 529-55, nov. 2019, ID: mdl-31587772 Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.fsc.2019.07.009> Acesso em: 21 fev. 2023.

JACONO, Andrew A.; PARIKH, Sachin S.; KENNEDY, William A. Anatomical comparison of platysmal tightening using superficial musculoaponeurotic



system plication vs deep-plane rhytidectomy techniques. Archives of Facial Plastic Surgery v. 13, n. 6, p. 395-7. nov-dez. 2011, doi: 10.1001/archfacial.2011.69. PMID: 22106184.

JACONO, Andrew. A.; PARIKH, Sachin S. The Minimal Access Deep Plane Extended Vertical Facelift, Aesthetic Surgery Journal, v. 31, n. 8, p. 874-90, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090820X11424146> Acesso em: 21 fev. 2023.

JOST, Guy; LAMOUCHE, Guy. SMAS in Rhytidectomy. Aesthetic Plastic Surgery. new York. v. 6, p. 69-74, 1982.

KONSTANTINOW, A.; FISCHER, T.; ZINK, A. Neck rejuvenation by direct anterior medial cervicoplasty; the modified zigzag-plasty according

to Tschopp. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. v. 32, n. 5, p. 805-11, mai. 2018. ID: mdl-29283463 Disponível em: <http://doi.org/10.1111/jdv.14776> Acesso em: 21 fev. 2023.

MARKOWITZ, Bernard L. Discussion: Innovative Surgical Approach Using a Mesh Sling for the Aging Neck. Plastic and Reconstructive Surgery. Los Angeles, California. v. 141, n. 6, p. 1392-3, jun. 2018. PMID: 29794701. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004423> Acesso em: 21 fev. 2023.

MARTEN, Timothy J. Facelift with smas flaps. Plastic and Reconstructive Surgery. c. 9, 2015.

MCKINNE, P. The management of platysma bands. Plastic and



Reconstructive Surgery. v. 98, n. 6, p. 999-1006, 1996.

MILORO, Michael. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. Santos, 1344 p., jun. 2016. ISBN: 9788527729413

MOLE, B.; CLAVERÍA, G. Ritidoplastia con doble anclaje. Una técnica para principiantes. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. v. 39, n. 3, p. 231-40, fev. 2013. I S S N : 0376-7892. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533931004> Acesso em: 21 fev. 2023.

MONTEDONIO, J. et al. Fundamentos da Ritidoplastia. Surgery & Cosmetic Dermatology. Santos, v. 2, n. 4, p. 305-14, out-dez. 2010. ISSN: 1984-5510

MUELLER, G. P. et al. The per-

cutaneous trampoline platysmaplasty: technique and experience with 105 consecutive patients, Aesthetic Surgery Journal, v. 32, 1. ed., p. 11-24, jan. 2012, Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090820X11429939> Acesso em: 21 fev. 2023.

MULHOLLAND, R. Stephen. Nonexcisional, minimally invasive rejuvenation of the neck. Clinics in Plastic Surgery, v. 41, n. 1, p. 11-3, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2013.09.002> Acesso em: 21 fev. 2023.

O'DANIEL, Thomas Gerald. Optimizing outcomes in neck lift Surgery. Aesthetic Surgery Journal. v. 41, 8. ed., p. 871-92, jul. 2021. PMID: 33543747 Disponível em: <http://doi.org/10.1093/asj/sjab056> Acesso em: 21 fev. 2023.



O'DANIEL, Thomas Gerald. Understanding deep neck anatomy and its clinical relevance. *Clinics in Plastic Surgery*. v. 45, n. 4, p. 447-54, 2018.

PATEL, Bhupendra C. Aesthetic surgery of the aging neck: options and techniques. *Orbit*. v. 25, n. 4, p. 327-56, 2006. PMID: 17182407. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01676830601034532>. Acesso em: 21 fev. 2023.

PITANGUY, I.; SALGADO, F.; RADWANSKI, H. N. Submental liposuction as an ancillary procedure in face-lifting. *Face*, v. 4, n. 1, p. 1-13, 1995.

PITANGUY, I. The round-lifting technique. *Facial Plastic Surgery*, v. 16, n. 3, p. 255- 68, 2000. Disponível em: <http://doi.org/10.1055/s-2000-13622>. Acesso

em: 21 fev.2023.

PITA, P. C. et al. Gravitacional Cervical Lifting. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. v. 25, n. 2, p. 291-6, 2010.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra N. C. A medicalização da beleza. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 11, n. 23, p. 569-84, 2007. ISSN: 1414-3283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115440012>. Acesso em: 21 fev. 2023.

RAMÍREZ, Oscar M. Cervicoplasty Without Skin Excision. In: Shiffman, M., *Simplified Facial Rejuvenation*. Springer, Berlin, Heidelberg. c. 80, p. 613-20, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-540-71097-4_80. Acesso em: 21 fev. 2023.



RAO, Vinay et al. Quantifying the effective lift of skin-only, smas plication, and extended smas face-lift techniques in a cadaveric study. *Plastic and Reconstructive Surgery*. v. 151, n. 2, p. 223e-233e, fev. 2023.

RIASCOS, A. Lifting facial sem incisões periauriculares. *Facial Plastic Surgery*. Colômbia. v. 29, p. 225-32, 2013. ISSN: 0736-6825 Disponível em: <http://doi.org/10.1055/s-0033-1347005> Acesso em 21 fev. 2023.

ROHRICH, Rod J. The evolution of facelift techniques. *Plastic and Reconstructive Surgery*. v. 133, n. 4, p. 628e-633e, 2014.

ROY, Sudeep; BUCKINGHAM, Edward. The difficult neck in facelifting. *Facial Plastic Surgery*, v. 33, n. 3, p. 271-8, jun. 2017. PMID: 28571064. Disponível em: <http://doi.org/10.1055/s-0037-1598073>

doi.org/10.1055/s-0037-1598073

Acesso em: 21 fev. 2023.

SANCHEZ, Frederico Hassin; DORN, Timóteo Volnei. Innovative technique for the treatment of cervical laxity with mononylon tread for transmastoid support. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 65-9. jan-mar. 2018.

SERDEV, Nikolay P. Total ambulatory SMAS lift by hidden minimal incisions. Part 2: lower SMAS-platysma face lift. *International Journal of Cosmetic Surgery and Aesthetic Dermatology*, v. 4, n. 4, p. 285-92, dez. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/153082002763471948>

Acesso em: 21 fev. 2023.

SHIFFMAM, Melvin. *Simplified Facial Rejuvenation*, Springer Berlin, Heidelberg. 658 p., 2008.



ISBN:978-3-540-71096-7 ISBN: 978-3-540-71097-4 Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-540-71097-4> Acesso em: 21 fev. 2023.

SULLIVAN, Patrick K.; HOY, Erik A. Neck rejuvenation. In: Shiffman, M., Simplified Facial Rejuvenation. Springer, Berlin, Heidelberg. c. 10, 2008. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/BF00451093> Acesso em: 21 fev. 2023.

SWANSON, Eric. Clinical evaluation of 255 sub-smas facelifts with no temporal incision. Plastic and Reconstructive Surgery Global Open v. 8, n. 2, p. e2640, fev. 2020. PMID: 32309087 PMCID: PMC7159970 Disponível em: <http://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002640> Acesso em: 21 fev. 2023.

USECHE PRETELT, J. U. Cervicoplastia com suspensão dinâmica del platysma. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. v. 44, n. 1, p. 56-60, 2016.

VENTURA, O. M. et al. Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Madrid, v. 34, n. 1, p. 51-60, jan-mar. 2008. ISSN: 0376-7892. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537834007> Acesso em: 21 fev. 2023.

WAITE, P.D.; MATUKAS, V. J. Maxilofacial Esthetic Surgery. Journal Oralmaxillofacial Surgery, v. 51, supl. 1, pg. 82-99, 1993.

WEI, Boxuan et al. Advances in face-lift surgical techniques:



2016-2021. Aesthetic Plastic Surgery. jul. 2022. PMID: 35882647

Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00266-022-03017-z>

Acesso em: 21 fev. 2023.

