

CIRURGIA DO REJUVENESCIMENTO FACIAL. IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DO TECIDO GORDUROSO E CONSIDERAÇÕES SOBRE A LIPOENXERTIA DA FACE

The facial rejuvenescence operation. Importance of the fatty tissue treatment and considerations on facial fat grafts

Alberto Magno Lott Caldeira¹
Andrés Nieves²
Salinero Pedro Arquero³
Jean-Pierre Maléombho⁴

RESUMO

Em um estudo retrospectivo são analisados 62 pacientes submetidos a 65 cirurgias de rejuvenescimento facial, no período entre fevereiro de 1984 e fevereiro de 1988. Acentua-se a necessidade de uma completa avaliação das alterações ocorridas no processo de envelhecimento facial, além da precisão do diagnóstico e da indicação. É realizado um enfoque global e muito especial do complexo cérvico-facial, levando em consideração os aspectos psicológicos, antropológicos, filosóficos, assim como as características individuais, anseios e perspectivas por parte do paciente, a fim de promover uma seleção detalhada dos procedimentos complementares. Este trabalho dá atenção especial ao tratamento do tecido celular subcutâneo, seu papel e importância na determinação do contorno do complexo cérvico-facial. Aborda, ao mesmo tempo, a utilização do tecido gorduroso para a correção de pequenas deformidades, depressões e sulcos resultantes do processo de envelhecimento facial.

UNITERMOS: ritidoplastia cérvico-facial; lipectomia facial; enxerto de tecido gorduroso; lipoaspiração

"Elles prennent soin d'arracher jusqu'à la racine leurs cheveux blancs et de se refaire un visage neuf en ôtant la vieille peau les Romaines pratiquaient déjà la chirurgie esthétique."

Tibulle légies Livre I, VIII en Essais I Montaigne.

"Toutes choses sont produites par la nature ou par la fortune, ou par l'art; les plus grandes et plus belles, par l'une ou l'autre des deux premières; les moindres et imparfaites par la dernière."

Platon, Les Lois, Livre X

A ritidoplastia clássica nem sempre oferece resultados satisfatórios em pacientes com excesso de tecido gorduroso nas regiões cervical e facial. A evolução das técnicas e o estudo das alterações no envelhecimento facial levaram ao uso de técnicas arrojadas, tratando todas as áreas de maior comprometimento.

A região submentoniana frequentemente contribui co-

mo um dos componentes mais marcantes do envelhecimento facial^{1, 2, 3}. A combinação de procedimentos, como lipectomias faciais, tratamento do músculo platisma e sobre o sistema músculo-aponeurótico superficial da face (SMAS), tem contribuído para a obtenção de resultados mais estéticos e harmônicos^{4, 5, 6}.

As várias publicações sobre o tratamento da região

1 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. F.I.C.S. Full Fellow do American Academy of Cosmetic Surgery

2 Cirurgião Residente do Curso de Especialização em Cirurgia Plástica da PUC/RJ

3 Cirurgião Residente do Curso de Especialização em Cirurgia Plástica do Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas, RJ

4 Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

cervical mostram a grande preocupação que esta área representa⁷.

Maliniac⁸, em 1932, relatou a primeira tentativa de excisão de gordura e pele da região submentoniana. Davis⁹, em 1955, praticou o simples esvaziamento do acúmulo de gordura através de uma incisão de 1 cm.

Em 1964, Adamson⁹ realizou a ressecção de gordura na região submentoniana através de extensa incisão transversal ao nível do osso hióide, efetuando também pregueamento das fibras mediais do músculo platísmo. Weisman¹⁰, em 1972, realizou lipectomia na região submentoniana e plástica em "Z" nas fibras mediais do músculo platísmo para correção do "queixo duplo".

Em 1968, Millard² descreveu lipectomia ampla das áreas submandibular e submentoniana, sendo que anos mais tarde realizou uma reavaliação do método, dando mais valor ao procedimento.

Em 1974, Skoob¹¹ relatou sua técnica, que realizava o descolamento das ritidoplastias abaixo do músculo platísmo. No mesmo ano, Guerrero-Santos¹² apresentou uma técnica que combinava a lipectomia ampla e procedimentos sobre o músculo platísmo. Após realizar a lipectomia na área, confeccionava dois retalhos, seccionando o músculo platísmo em forma de "T" e fixando-o à região mastóide.

No ano de 1979, Souza Pinto¹³ descreveu uma cureta para realizar lipectomias subcutâneas sem incisão no submento, efetuando a plicatura nas bordas mediais do músculo platísmo com agulha de Reverdin.

Cardoso de Castro¹⁴ descreveu, em 1980, sua sistematização nas lipectomias alargadas no terço inferior da face e as diversas maneiras de inserção do platísmo na região submentoniana. Aston¹⁵ realizou um estudo semelhante sobre as alterações anatomocirúrgicas do músculo platísmo e seu tratamento, discutindo a importância da retirada da gordura subplatísmal.

Em 1981, Guerrero-Santos¹⁶ não realizava mais a secção do músculo platísmo em "T" devido a problemas observados com o procedimento, optando, após a realização da lipectomia, pela ressecção das fibras mediais do músculo platísmo, adelgaçando o músculo no terço médio, quando muito espesso, e plicatura das fibras mediais do músculo para a região esternocleidomastóidea, com fios absorvíveis, sem realizar plicatura no submento.

Em 1975, Fisher¹⁷ idealizou uma máquina para sucção de tecido adiposo. Em 1978, a técnica de lipectomia usando curetas cortantes e sucção foi reintroduzida por Meyer e Kesselring¹⁸.

Em 1981, Illouz¹⁹ mostrou seus trabalhos com lipoaspiração, associando-a à infiltração de solução de hialuronidase, usando cânulas de ponta romba, que permitia sua aplicação nas diversas regiões do corpo, inclusive na face.

As lipectomias na região submentoniana são indicadas para pacientes que apresentam excesso de gordura nessa região, excesso que pode alcançar a região submandibular. Devido à proximidade destas áreas, o tratamento de uma delas deve complementar-se com o tratamento da outra, pois só assim o paciente apresentará um bom resultado.

Indicações e avaliação do paciente

A avaliação da arquitetura facial, além de envolver uma

análise minuciosa de cada estrutura facial e o equilíbrio global de seus elementos, requer uma percepção lúcida do indivíduo e de seus anseios. Os aspectos psicológicos, antropológicos e filosóficos são de extrema importância para a realização de um diagnóstico correto, que levará a um tratamento cirúrgico adequado¹⁹⁻²³.

A consideração da psique do paciente que procura uma cirurgia de rejuvenescimento é um dos pontos de maior importância para o completo sucesso da mesma^{25, 26}. A maioria dos pacientes são pessoas de mediana beleza, em busca de auto-afirmação corporal através da cirurgia e muitos deles encontram-se no círculo de negócios e/ou atividades sociais que os levam a um freqüente contato com o público, e desejam melhorar sua aparência perante os outros^{27, 28}. Entretanto, a maioria dos pacientes são indivíduos que almejam a harmonização de sua imagem corporal.

A seleção de pacientes é provavelmente o fator mais crítico para a determinação do sucesso de um procedimento estético. A insatisfação do paciente é quase certa se ele espera da cirurgia a resolução de seus conflitos existenciais. De outra forma, quando os desejos do paciente são realistas, psicologicamente ele é um bom candidato; caso contrário, a melhor decisão é não realizar a cirurgia e encaminhá-lo para orientação psicológica.

Deve-se fazer uma avaliação conjunta da região cervico-facial, analisando-se idade, sexo, condições gerais, tônus cutâneo, distribuição do tecido gorduroso, flacidez do SMAS, presença de bandas platísmas e de gordura subplatísmal, e considerando-se ainda o tabagismo e sua freqüência²⁹⁻³⁴.

As Tabelas de 1 a 7 apresentam a avaliação global de 62 pacientes submetidos a 65 ritidoplastias cervico-faciais consecutivas. Observa-se a multiplicidade de parâmetros necessários para a correta avaliação pré-operatória. Após essa avaliação, elabora-se o plano cirúrgico específico para cada paciente, seguindo a inter-relação dos fatores assinalados e as características individuais do perfil do paciente (Tabelas 8 e 9). Como mencionado anteriormente, o tratamento do tecido gorduroso (lipectomias) ocupa um papel predominante na cirurgia do rejuvenescimento facial.

Damos preferência à realização do desengorduramento com tesoura "a céu aberto" em pacientes com:

- lipodistrofia cervico-facial discreta a moderada;
- idade acima de 55 anos;
- espessura cutânea fina;
- tabagistas crônicos^{35, 36}.

A lipectomia por sucção é usada com maior freqüência nos pacientes com:

- idade inferior a 55 anos;
- boa espessura e tônus cutâneo;
- não tabagistas ou fumantes moderados

Em algumas ocasiões associamos estes dois tipos de lipectomias, visando melhorar ou suavizar os resultados com a realização do "trimming" para uniformizar a camada de tecido gorduroso, necessário para a definição de um contorno cervico-facial.

Visando à atenuação de sulcos e depressões faciais, realizamos enxertia de gordura em casos selecionados, complementando assim o processo de rejuvenescimento facial.

Tabela 1 – Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição por sexo (62 pacientes)

	Nº	%
Masculino	3	4,8
Feminino	59	95,2

Tabela 2 – Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição por faixa etária (62 pacientes)

	Masc.	Fem.	Total	%
30 – 39	1	6	7	11,3
40 – 49	2	29	31	50,0
50 – 59	–	18	18	29,0
60 – 69	–	6	6	9,7

Tabela 3 – Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição da flacidez facial em 62 pacientes

	Nº	%
Difusa	56	90,4
Localizada	3	4,8
Não presente	3	4,8

Tabela 4 – Ritidoplastia cérvico-facial. Grau de flacidez facial em 62 pacientes

	Nº	%
Discreta	24	38,7
Moderada	21	33,9
Acentuada	14	22,6
Não presente	3	4,8

Tabela 5 – Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição das rugas (62 pacientes)

	Nº	%
Fronto-nasais	30	48,4
Fronto-glabelares	33	53,2
Perioculars	31	50,0
Dorso-nasais	23	37,1
Periorais	22	35,5
Sulcos verticais	18	29,0
Sulcos acúmulos gord.	19	30,6
Linhas ortostáticas do pescoço	17	27,4
Linhas de adição ao sulco nasogeniano	27	43,5
Bandas platismas	27	43,5
Acentuação sulco nasogeniano	52	83,9
Rugas mentonianas (mento senil)	I 13 II 12 III 2	20,9 19,4 3,2

Tabela 6 – Ritidoplastia cérvico-facial (62 pacientes). Áreas de lipodistrofia

	Nº	%
Nasogeniana	23	37,1
Geniana	42	67,7
Submentoniana	52	83,9
Submandibular	56	90,3
Pré-auricular	16	25,8
Glabelar	10	16,1
Cervical	42	67,7

Tabela 7 – Ritidoplastia cérvico-facial (62 pacientes). Flacidez = SMAS/Platisma

	Nº	%
Flacidez simples	34	54,8
Lipodistrofia geniana		
grau I	6	9,7
grau II	15	24,2
grau III	7	11,3
Hipertrofia gland. parótida	11	20,3
Sulco nasogeniano acent.		
grau I	13	20,9
grau II	18	29,0
grau III	8	13,0
Flacidez SMAS associada à flacidez platisma	37	59,7
Flacidez lateral platisma		
grau I	10	16,1
grau II	17	27,4
grau III	9	14,5
Ptose gland. submandibular		
grau I	11	17,7
grau II	8	12,9
grau III	12	19,4
Disposição inserção fibras mediais do platisma		
tipo I	4	6,5
tipo II	9	14,5
tipo III	16	25,8
Posicionamento do osso hióide		
cefálico	4	6,5
normal	37	59,7
Hipertrofia bordos mediais	25	40,3
Flacidez medial discreta	26	41,9

Considerações cirúrgicas

Após preparo habitual para a realização de uma cirurgia de rejuvenescimento da face, infiltramos a área a ser descolada com solução de xilocaína 0,25% com adrenalina 1:200.000. A seguir realizamos a marcação da área a ser descolada e das áreas a serem lipectomizadas.

Com a infiltração, os retalhos de pele são facilmente elevados em ambas as hemifaces. O tipo de descolamento depende de cada caso em particular³⁷ (Tabela 10) (Figs. 1 – A, B, C, D e 2 – A, B).

Nos casos indicados, realizamos a lipoaspiração antes do descolamento dos retalhos (Figs. 3 – A, B, C, D).

As incisões são feitas da maneira habitual, entre as áreas parieto-temporal e mastóide, unidas por uma linha que segue a prega pré-auricular, contornando o lóbulo da orelha e correndo paralela e superiormente ao sulco retroauricular. Na área fronto-temporal, o descolamento é realizado no plano subgaleal, evitando-se os ramos temporais do nervo facial. Após o descolamento, completamos a hemostasia e avaliamos a necessidade de tratamento do SMAS, sua flacidez, espessura e melhora após a tração (Tabela 11).

Uma incisão de 2-3 cm no submento une o descolamento das duas hemifaces.

Os pacientes que apresentam excesso de gordura na região submentoniana são submetidos a uma lipectomia a tesoura, realizada aos poucos, tipo "trimming", biselando na região submandibular, evitando a formação de degraus (Tabela 12) (Figs. 4 — A, B, C). Neste momento, pode ser observado um excesso de bandas plastimais, sendo indicada sua ressecção e aproximação das bordas mediais com

pontos invertidos, da sínfise da mandíbula até a cartilagem tireóidea, realizando-se na maioria dos casos uma incisão de relaxamento no músculo platisma para aliviar a tensão ocasionada pela sutura, de modo a se evitar recidiva das bridas e a sensação de "enforcamento" no pós-operatório (Figs. 5 — A, B, C e 6 — A, B, C).

O procedimento é continuado com a lipectomia a tesoura reta, "trimming", após a tração do SMAS e do platisma, obtendo-se assim uma harmonia do desengorduramento cérvico-mandibular (Figs. 7 — A, B, C, D, E, F). Evitamos a exposição do plano muscular, para prevenir o surgimento de aderências e irregularidades cérvico-faciais no pós-operatório.

A hemostasia constitui um tempo cirúrgico essencial; é realizada de maneira delicada, ordenada e seqüencial, com níveis de pressão arterial normais para o paciente.

Preferimos não ressecar a pele na região do submento, pois a mesma se adaptará sobre as estruturas profundas após a tração e ressecção do retalho facial. Com a tração,

Tabela 8 — Ritidoplastia: tipos

	Nº	%
Cérvico-facial	36	55,4
Cérvico-facial e testa	27	41,5
Temporal	2	3,1
Total	65	100

Tabela 9 — Ritidoplastia cérvico-facial

	Nº	%
Ritidoplastia primária	46	70,8
Ritidoplastia secundária	15	23,1
Revisão de ritidoplastia	4	6,2
Total	65	100

Tabela 10 — Descolamento cérvico-facial: tipos

	Nº	%
Descolamento amplo	33	50,8
Descolamento moderado	24	36,9
Descolamento pequeno	8	12,3
Total	65	100

Tabela 11 — SMAS/Platisma — Em 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	Nº	%
Tratamento SMAS/platisma	11	16,9
Ressecção e aproximação do SMAS/platisma	25	36,5
	36	55,4
Aproximação de bordos med. do platisma	33	50,8

Tabela 12 — Lipectomia em 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	Nº	%
Lipoaspiração isolada	1	1,5
Ritidoplastia e lipoaspiração	33	50,8
• c/desc. pequeno	2	
• c/desc. moderado	14	
• c/desc. amplo	17	
Ritidoplastia + lipoaspiração + "trimming"	9	13,8
Ritidoplastia e lipectomia a tesoura	20	30,8

Tabela 13 — Blefaroplastia em 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	Nº	%
Ritidoplastia cérvico-facial		
• sem blefaroplastia	16	24,6
• com blefaroplastia	20	30,8
Ritidoplastia cérvico-facial e testa		
• sem blefaroplastia	5	7,7
• com blefaroplastia	22	33,8
Ritidoplastia temporal		
• com blefaroplastia	2	3,1

Tabela 14 — Procedimentos complementares em 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	Nº	%
Dermoabrasão perioral	8	12,3
Lipoenxertia	3	4,6
Retalho mediano para elevação do mento	3	4,6
Enxertia de gálea aponeurótica	1	1,5
Mentoplastia c/prótese de silicone	1	1,5
Correção do lobo auricular	1	1,5

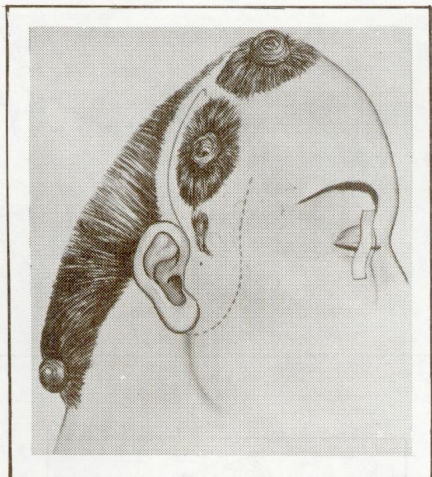


Fig. 1A

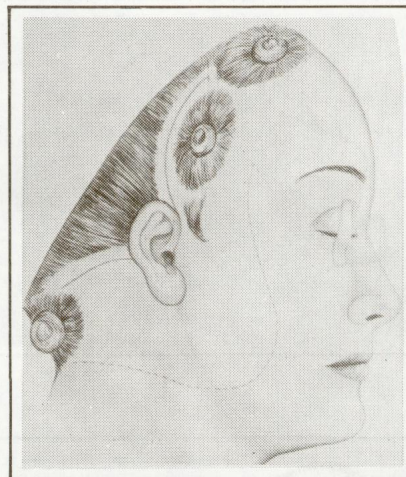


Fig. 1B



Fig. 1C

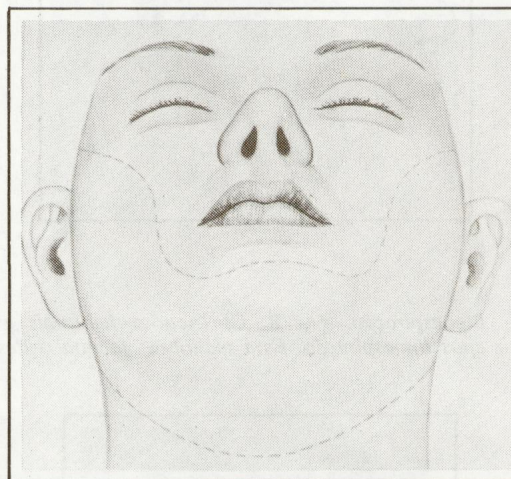


Fig. 1D

Fig. 1 — Diagramas mostrando incisões clássicas em ritidoplastia e a extensão do descolamento do retalho cervico-facial. A amplitude do descolamento depende de cada caso em particular. (A, B, C) Descolamento pequeno, moderado e simples. (C) Área sombreada, mostrando a extensão do descolamento comumente empregado para abordar os acúmulos gordurosos próximos ao sulco nasogeniano. (D) União do descolamento das duas hemifaces na região submentoniana, onde se observa o descolamento alargado do mento.

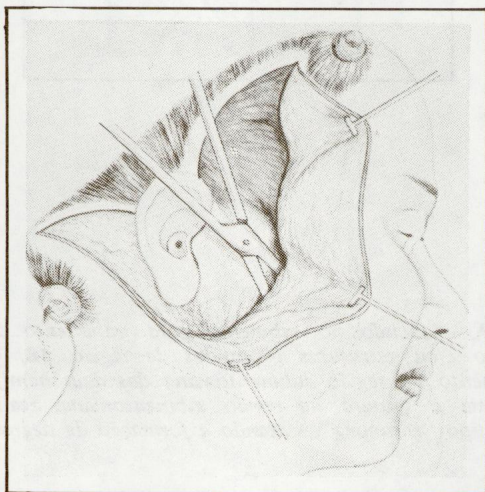


Fig. 2A

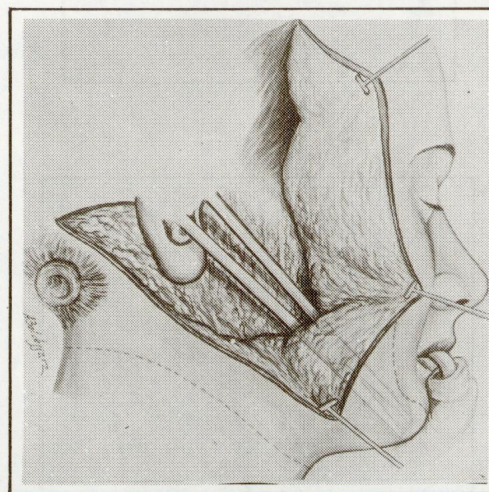


Fig. 2B

Fig. 2(A)— Descolamento do retalho. **(B)** Extensão do descolamento a nível mentoniano.

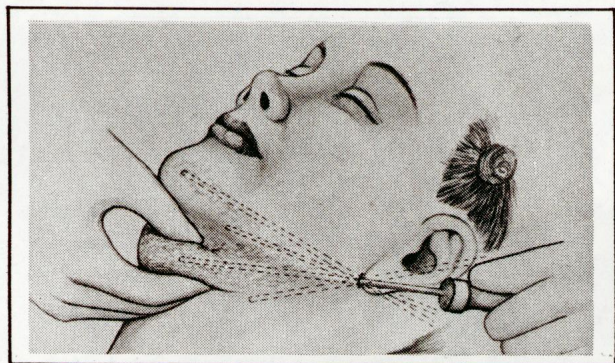


Fig. 3A

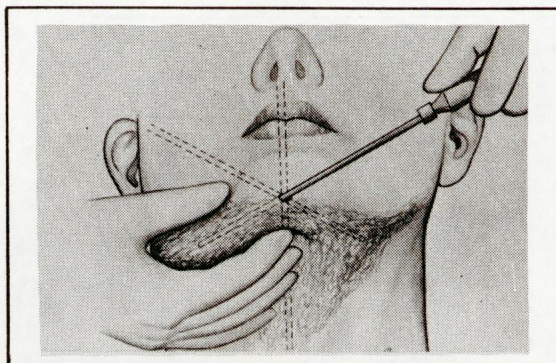


Fig. 3B

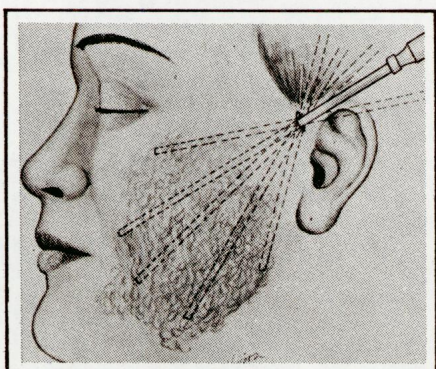


Fig. 3C



Fig. 3D

Fig. 3 – Lipoaspiração. (A, B, C) Incisões habituais e zonas tratadas; prévio ao descolamento do retalho. (D) Aspecto do tecido gorduroso após lipoaspiração. Esta manobra facilita o descolamento do retalho facial.

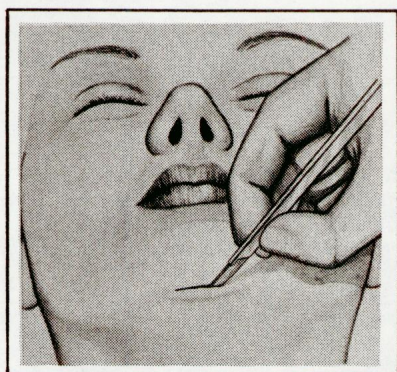


Fig. 4A

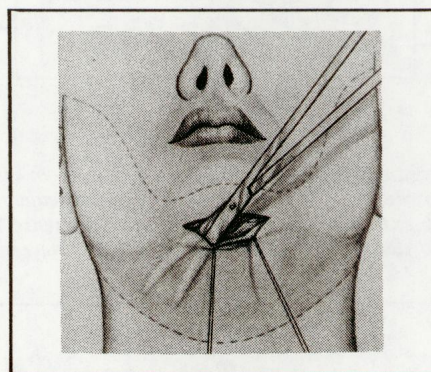


Fig. 4B

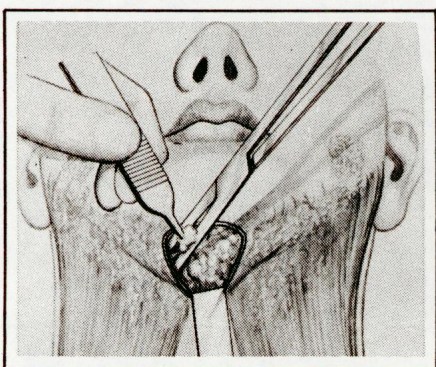


Fig. 4C

Figs. 4 (A) – Incisão no submento para tratamento do tecido gorduroso e/ou estruturas profundas da região. (B) União do descolamento na região submentoniana das duas hemifaces. (C) Lipectomia à tesoura na região submentoniana, realizada aos poucos, tipo “trimming”, evitando a formação de degraus.

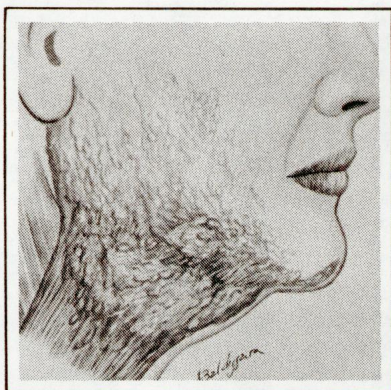


Fig. 5A

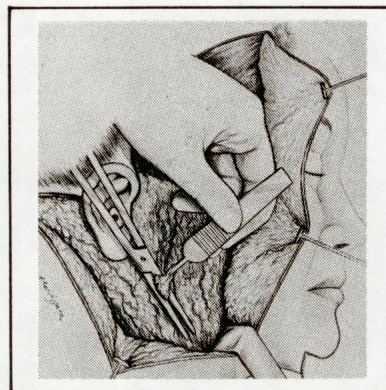


Fig. 5B

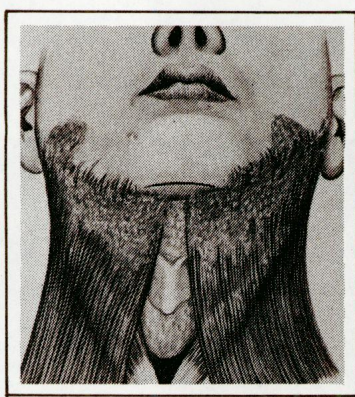


Fig. 5C

Fig. 5(A) — Áreas tratadas com lipectomia à tesoura. (B, C) Realização do "trimming", ou nivelamento, do tecido gorduroso na região submandibular, com o uso de tesoura reta. Realizado aos poucos, biselando-se para evitar a formação de degraus e deixando uma camada uniforme de gordura, sem exposição das estruturas profundas.

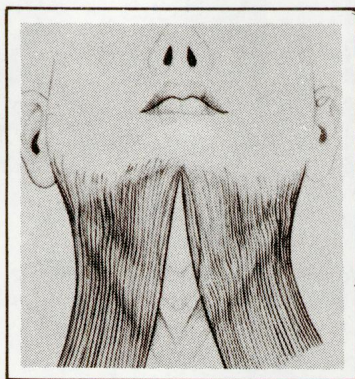


Fig. 6A

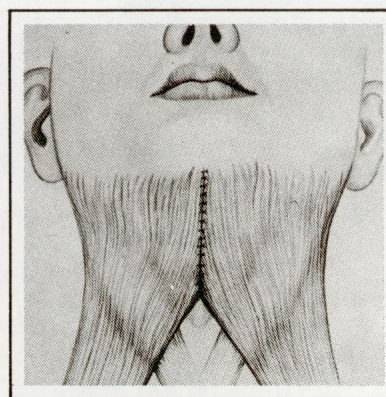


Fig. 6B

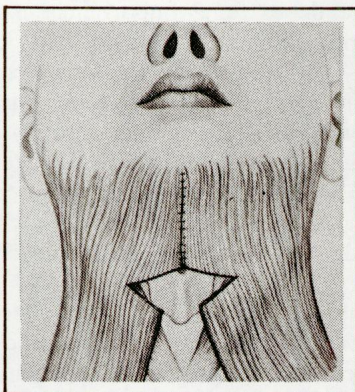


Fig. 6C

Figs. 6(A) — Na exploração da área submentoniana pode ser evidenciada hipertrofia dos bordos mediais do músculo platisma e seu grau de flacidez; o ponteamto mostra a ressecção dos bordos mediais. (B) Aproximação dos bordos mediais do músculo platisma; a linha de sutura se estende até a projeção da cartilagem tireóide. (C) Secções segmentar e medial dos bordos mediais, abaixo da linha de sutura. Esta manobra permite a subida das fibras superiores do músculo platisma, aliviando a tensão originada pela sutura, evitando a recidiva de bridas e a sensação de enforcamento no pós-operatório.



Fig. 7A



Fig. 7B



Fig. 7C



Fig. 7D



Fig. 7E



Fig. 7F

Figs. 7 (A, B, C, D, E, F) — Fotos pré- e pós-operatórias de 30 dias, paciente de 58 anos de idade submetida a ritidoplastia cervico-facial, com amplo descolamento, lipectomia a tesoura e tratamento do SMAS/platisma. Nota-se a harmonia obtida, o aspecto estético natural e a boa definição da linha mandibular e região cervical.

a pele é acomodada em seus novos contornos, sob tensão moderada, segundo vetores predeterminados^{3,8}, tanto na porção pré-auricular como na região cervico-mastóidea.

Realizamos pontos de ancoragem na região supra-auricular e retroauricular, e procedemos à ressecção da pele, sempre evitando tensão exagerada. Os lóbulos auriculares são então posicionados e as bordas do retalho na região pré-auricular são desengorduradas para ajustar a pele na região pré-tragal e tragus.

Outros procedimentos complementares, tais como a blefaroplastia, ritidoplastia frontal, enxertia de gordura etc., podem ser associados, como demonstrado nas Tabelas 13 e 14 (Figs. 8 — A, B, C, D, E, F).

São colocados drenos sob pressão negativa — “Portovac”, ou drenos de Penrose, dependendo do descolamento efetuado — que são retirados cerca de 24-48 horas após.

Procede-se à sutura das incisões, complementando-se

com um curativo contensivo, realizado de maneira criteriosa.

O curativo é de extrema importância para a complementação do procedimento cirúrgico. São colocadas fitas de Micropore® na região do mento e submento, de maneira similar à empregada na técnica de inclusão de prótese no mento. A colocação de apósitos de algodão, protegidos por uma camada de gaze, e embebidos em óleo mineral ou em solução salina dão certa proteção à ferida. Estes apósitos são mantidos em posição com faixas de crepom, evitando-se a compressão, sua função sendo mais contensiva.

O curativo ajuda a manter os retalhos aderidos às novas estruturas da face, previne a formação de espaço morto, permite uma correta adaptação da pele ao formato da face e diminui o edema pós-operatório (Figs. 9 — A, B, C, D, E, F, G, H, I, J).



Fig. 8A



Fig. 8B



Fig. 8C



Fig. 8D



Fig. 8E



Fig. 8F

Figs. 8(A, B, C, D, E, F) — Fotos pré- e pós-operatórias de 60 dias, paciente de 51 anos submetida a ritidoplastia cérvico-facial com amplo descolamento, lipoaspiração cérvico-facial associada a "trimming", ritidoplastia frontal e blefaroplastia com tratamento das bolsas palpebrais.



Fig. 9A



Fig. 9B



Fig. 9C



Fig. 9D



Fig. 9E



Fig. 9F



Fig. 9G



Fig. 9H

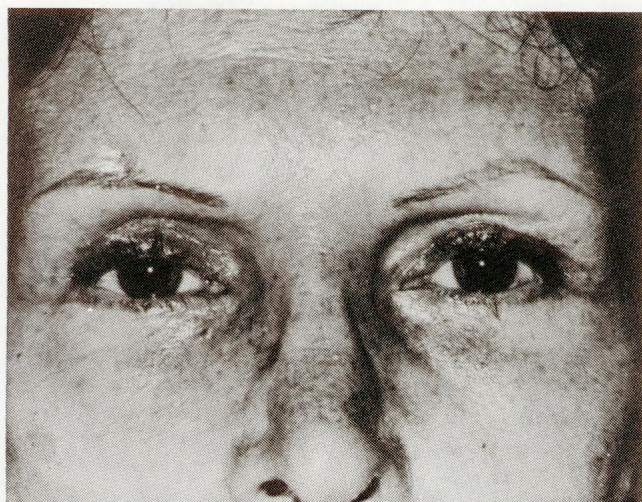


Fig. 9I



Fig. 9J

Figs. 9/A, B, C, D, E, F, G, H, I, J) — Fotografias pré- e pós-operatórias de um ano, paciente de 64 anos com ritidoplastia prévia associada a rinoplastia e blefaroplastia. Submetida a ritidoplastia cérvico-facial com amplo descolamento, lipectomia à tesoura e tratamento do SMAS/platisma, ritidoplastia frontal para correção de assimetria superciliar. Nota-se a nova definição do contorno facial e o aspecto harmônico e natural.

Tabela 15 — Cirurgias combinadas em 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	N.º	%
Lipoaspiração	14	34,1
Mamoplastia	9	22,0
Abdominoplastia	7	17,1
Rinoplastia	5	12,2
Otoplastia	1	2,4
Queiloplastia	1	2,4
Outras	4	9,8
Total	41	100

A incidência de outras cirurgias associadas à cirurgia de rejuvenescimento facial é mostrada na Tabela 15.

Considerações sobre a enxertia de gordura após lipoaspiração

Técnicas e instrumental

O tecido gorduroso vem sendo objeto de estudo há várias décadas³⁹. Publicações como as de Peer⁴⁰ e Watson⁴² oferecem um estudo detalhado do comportamento do tecido gorduroso após sua enxertia.

Em 1984, Illouz publicou a respeito de um caso de seqüela após lipoaspiração, tratada com enxerto de tecido gorduroso lipoaspirado, e fez uma análise do comportamento do tecido gorduroso após sua enxertia. Vários autores⁴⁴⁻⁴⁸ realizaram trabalhos sobre a enxertia do tecido gorduroso lipoaspirado. Esse enxerto pode ser usado em cicatrizes deprimidas, sulcos pronunciados, rugas

finas, depressões, atrofias, sulcos nasogenianos e da comisura labial, seqüelas de lipoaspiração e quaisquer outras alterações que possam ser melhoradas com esse tipo de enxerto.

O uso do colágeno^{49, 50} e silicone líquido⁵¹, além de trazer complicações graves, é às vezes de difícil correção e resulta num custo elevado.

A gordura enxertada comporta-se como um auto-enxerto, criando ao mesmo tempo uma reação a corpo estranho e sua gradativa reabsorção, que varia de 30 a 60%^{43, 47, 48, 52}.

Os mecanismos de integração deste tecido enxertado não são muito claros, necessitando de maiores estudos para sua compreensão^{52, 53} (Figs. 10 — A, B, C).

Técnica

A lipoaspiração é realizada segundo critérios já bem estabelecidos. Existem áreas, como a do joelho, onde o tecido gorduroso apresenta uma maior quantidade de tecido fibroso e/ou elástico, sendo sua integração mais completa e sua absorção muito menor.

A gordura aspirada é armazenada num recipiente de vidro esterilizado, adaptado entre a cânula e o vidro do lipoaspirador. A quantidade de gordura a ser usada depende de cada caso em particular.

Nos casos onde a quantidade de gordura é pequena, realizamos a aspiração de gordura com cânulas de pequeno calibre (2 a 3 mm), adaptadas diretamente a uma seringa provida de um sistema para a obtenção de vácuo de maneira constante. Isso permite a simplificação do método e ao mesmo tempo evita um dano maior às células gordurosas⁴².

Utilizamos esse método para a correção de alterações na face, principalmente no sulco nasogeniano, rugas do canto

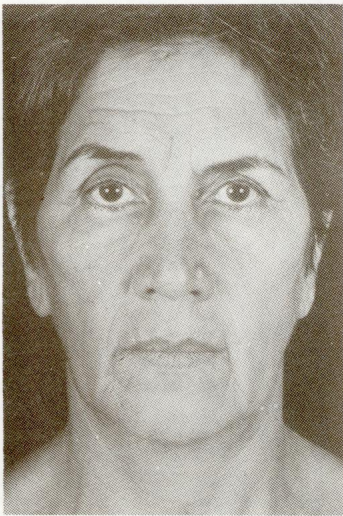


Fig. 10A



Fig. 10B

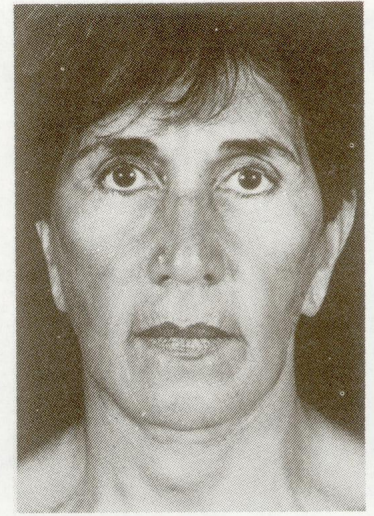


Fig. 10C

Figs. 10(A, B, C) – Fotos pré- e pós-operatórias de seis meses e um ano. Paciente de 59 anos de idade submetida a ritidoplastia cervico-facial, lipectomia a tesoura e blefaroplastia, associadas a lipoenxertia de gordura, retirada de face medial do joelho, nos sulcos nasogénianos e rugas periorais.



Fig. 11A



Fig. 11B

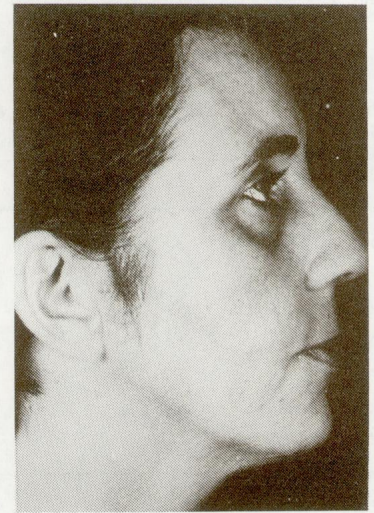


Fig. 11C



Fig. 11D



Fig. 11E

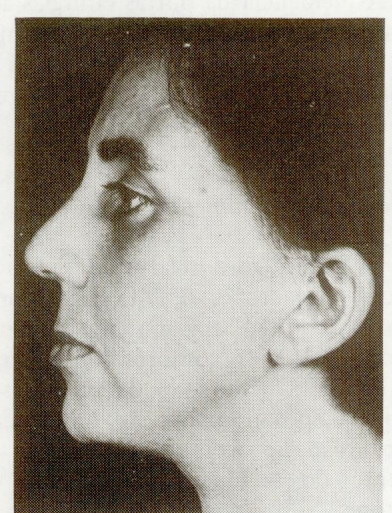


Fig. 11F



Fig. 11G

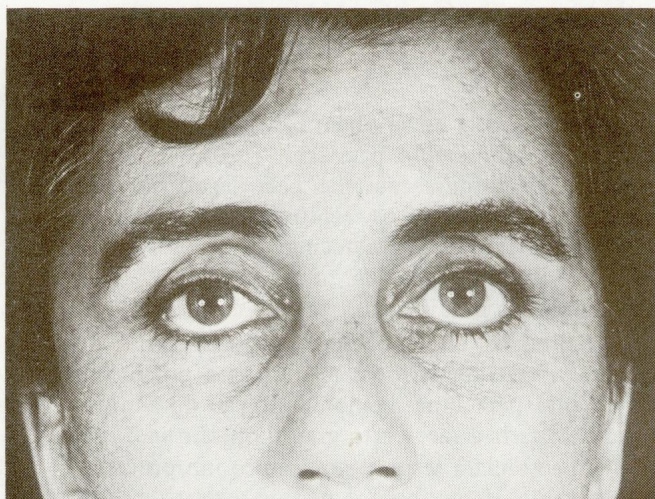


Fig. 11H



Fig. 11I



Fig. 11J

Figs. 11(A, B, C, D, E, F, G, H, I, J) — Pré e pós-operatório de um ano, paciente submetida a ritidoplastia cérvico-facial com descolamento moderado, lipectomia a tesoura, tratamento do SMAS/platisma e blefaroplastia. Observa-se a boa definição cérvico-mandibular.

da boca e diminuição do tecido gorduroso da face nas áreas malaras.

O tecido aspirado é colocado em seringas de 20-50 ml, deixadas em repouso com as pontas numa compressa para permitir a decantação e a separação do tecido gorduroso do sangue e da solução da infiltração; o tempo de repouso varia de 10 a 30 minutos.

Realizamos, de maneira habitual, a marcação das áreas a serem infiltradas. As agulhas para a injeção da gordura são de ponta romba, biseladas, não cortantes, com diâmetro variando de 1-3 mm.

Não é realizado um descolamento amplo e as infiltrações são realizadas aos poucos, avaliando-se com a polpa do dedo, à maneira de leque e em níveis diferentes. Geralmente realizamos hipercorreção da área receptora. Os orifícios de introdução da agulha são de pequeno diâmetro, porém realizamos seu fechamento com fios delicados, impedindo desta maneira a saída do enxerto pelo pequeno

orifício ou seu contato com o meio externo.

Terminado o procedimento, que geralmente é associado à ritidoplastia, indicamos a aplicação de bolsa de gelo para diminuir o edema na área.

Baseados em experiência pessoal, preconizamos o seguinte quanto à realização de enxertia:

- técnica de assepsia e anti-sepsia rigorosa;
- antibioticoterapia de rotina;
- evitar amplos descolamentos;
- tratamento delicado do material aspirado;
- realização da infiltração do tecido aos poucos, em forma de leque;
- hipercorreção;
- evitar o uso de soluções de infiltração para lipoaspiração na área doadora;
- emprego de material adequado;
- não usar agulha cortante para a injeção;
- realização da aspiração com pouca pressão negativa.

COMENTÁRIOS

A ritidoplastia alivia algumas das marcas do envelhecimento pela eliminação parcial de rugas, sulcos, flacidez e aumento de gordura causadas pela degeneração e influência da gravidade sobre os tecidos da face e do pescoço.

O tratamento do envelhecimento da face deve atingir a melhoria das alterações, tanto das modificações gravitacionais como das modificações de ordem intrínseca.

Acreditamos que a lipectomia — seja com a lipoaspiração ou a céu aberto com tesoura — é um procedimento importante para uma melhor definição do contorno facial e para conferir à face certo grau de juventude.

A lipectomia a tesoura nos parece um procedimento de muito valor, já que com o mesmo a retirada de gordura é feita de maneira mais precisa, obtendo-se uma harmonia do contorno facial e uma melhor definição do ângulo

cérvico-mandibular e da região cervical (Figs. 11 — A, B, C, D, E, F, G, H, I, J).

Quando associamos a lipectomia à ritidoplastia com amplo descolamento, seja por lipoaspiração ou a céu aberto, sempre a complementamos com um “trimming” ou nivelamento gorduroso, realizado aos poucos, sem atingir os planos profundos, permitindo assim atingirmos resultados mais satisfatórios, harmônicos e naturais (Figs. 12 — A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L).

Com o intuito de obter resultados bons e duradouros, fazemos uma avaliação global de todas as estruturas da região cérvico-facial e frequentemente associamos o tratamento do SMAS/platisma, blefaroplastia, ritidoplastia frontal, tratamento do mento e enxertia de gordura.

O tratamento das alterações degenerativas ou gravitacionais, respeitando os desejos do paciente, sempre que realistas com relação a determinada área ou alteração, faz da ritidoplastia uma técnica eclética devido a que



Fig. 12A



Fig. 12B



Fig. 12C



Fig. 12D



Fig. 12E



Fig. 12F



Fig. 12G



Fig. 12H



Fig. 12I



Fig. 12J



Fig. 12K

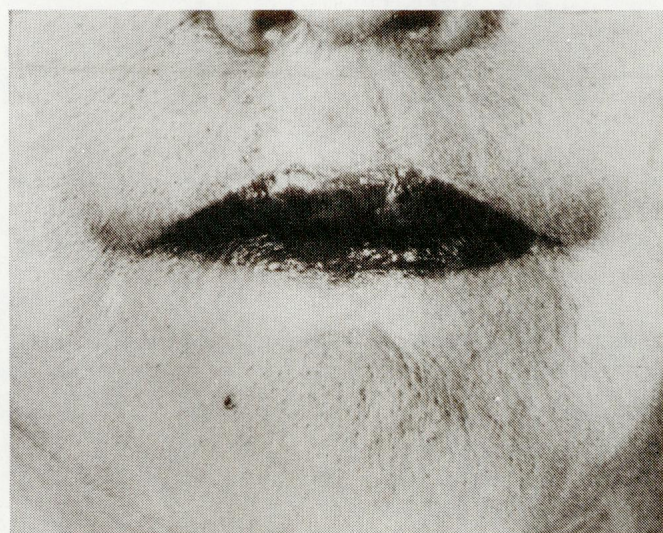


Fig. 12L

Fig. 12 — Paciente de 67 anos. (A, D, G) Pós-operatório dois meses após ressecção de carcinoma espino-celular no lábio superior e realização de retalho de Abbé. (B, C, E, F, H, I, J). Pré- e pós-operatórios de um ano da ritidoplastia cervico-facial, com amplo descolamento, lipoaspiração cervico-facial, ritidoplastia frontal, blefaroplastia, revisão de cicatriz labial e reconstrução do arco de Cupido (técnica Pitanguy).



Fig. 13A



Fig. 13B



Fig. 13C



Fig. 13D



Fig. 13E



Fig. 13F

Figs. 13(A, B, C, D, E, F) — Pré e pós-operatórios de oito meses de paciente de 41 anos, submetida a ritidoplastia cervico-facial, com amplo descolamento, ritidoplastia frontal, blefaroplastia e lipoenxertia no sulco nasogeniano. Note-se que mesmo em pacientes jovens são seguidos os critérios de avaliação. A abordagem do complexo cervico-facial em conjunto pode resultar em excelentes resultados.

cada paciente apresenta situações anatômicas, geométricas e psíquicas diferentes (Figs. 13 — A, B, C, D, E, F). Ressaltamos o tratamento em conjunto da região cervico-facial, tendo o mesmo como uma unidade especial.

Técnica precisa e manobras delicadas certamente resultarão em excelentes resultados, com um mínimo de complicações (Tabelas 16, 17, 18, 19 e 20). É necessário manter sempre em consideração que detalhes como suturas e curativos são de grande importância para o resultado final do tratamento.

A enxertia de gordura, com o uso de aparelhagem e técnicas cirúrgicas apropriadas, ocupa um lugar importante no campo da cirurgia plástica no momento atual. Sua facilidade de realização, poucas complicações, os resultados duradouros comparados a outros materiais e seu

baixo custo fazem da lipoenxertia um procedimento muito favorável.

Concluindo, a cirurgia do rejuvenescimento facial é um procedimento de extrema versatilidade. Os pacientes de-

Tabela 16 — Complicações em 65 ritidoplastias cervico-faciais — I

	Nº	%
Epidermólise submentoniana	3	4,6
Sofrimento localizado retroauricular	4	6,2
Alopécia transitória	3	4,6
Hematoma	3	4,6
Seroma	9	13,8

vem ter uma correta avaliação pré-operatória, uma abordagem psicológica especialmente dirigida e a realização de um plano cirúrgico que englobe o tratamento de todas as alterações que confluem no processo de envelhecimento facial.

Tabela 17 — Complicações em 65 ritidoplastias cérvico-faciais — II — Insuficiência de tratamento

	N.º	%
Cicatriz distrófica	3	4,6
Apagamento do tragus	3	4,6
Deformidade do lóbulo auricular	2	3,0
Tratamento de rugas fronto-glabelares	1	1,5
Tratamento de rugas periorbitárias	1	1,5

Tabela 18 — Complicações em 65 ritidoplastias cérvico-faciais (62 pacientes) — III

	N.º	%
Depressão submentoniana	2	3,0
Aderências	2	3,0
Bandas platismais remanescentes	2	3,0
Persistência da lipodistrofia	4	6,2

Tabela 19 — Complicações em 65 ritidoplastias cérvico-faciais — IV — Lesões nervosas

	N.º	%
Transitórias	4	6,2
Permanentes	3	4,6
Total	7	10,8

Tabela 20 — Complicações em 65 ritidoplastias cérvico-faciais — V

	N.º	%
Parestesia mandibular verdadeira (transitória)	3	4,6
Parestesia mentoniana (permanente)	1	1,5
Paralisia frontal (permanente)	2	3,0
Paralisia fronto-zigomática (transitória)	1	1,5

SUMMARY

In a retrospective study of facial rejuvenescence treatment, 62 patients submitted to 65 operations between February 1984 and February 1988 are analysed. It is stressed the need for a complete assessment of the ageing face process alterations, the diagnosis and precise indication. It is also focused the cervicofacial complex, considering the psychological, anthropological and philosophical aspects, the individual characteristics, anxieties

and perspectives of the patients, in order to select in detail the ancillary procedures. Special attention is given to the treatment of the subcutaneous cellular tissue, its role and importance in regard to the cervicofacial complex contour. In addition, it is discussed the use of fat graft for correcting minor deformities, depressions and creases resulting from the ageing process.

KEY WORDS: cervicofacial rhytidoplasty; facial lipectomy; fat graft; liposuction

REFERÊNCIAS

1. Hakme F. SMAS/platysma nas ritidoplastias cérvico-faciais. Experiência e resultados. *Rev bras Cir*, 1982; 72(1): 105-110.
2. Millard DR Jr., Pigott RW, Hedo A. Submandibular lipectomy. *Plast Reconstr Surg* 1968; 41: 513.
3. Millard DR Jr. et alii. Submental and submandibular lipectomy in conjunction with a face-lift in male and female. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 385.
4. Kaye BL. The extended face lift with ancillary procedures. *Ann Plast Surg* 1981; 6: 335.
5. Ribeiro AP Jr., Ribeiro AHM. Contribuição à ritidoplastia. *Rev bras Cir*, 1982; 72: 171.
6. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58: 80.
7. Connel B. Contouring the neck in rhytidectomy by lipectomy and muscle sling. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 376.
8. Maliniac JW. Is the surgical restoration of the face justified. *MJ & Rev* 1932; 13: 321.
9. Adamson JE et alii. Surgical correction of the "turkey globber" deformity. *Plast Reconstr Surg* 1964; 3: 529.
10. Weisman PA. Simplified technique in submental lipectomy. *Plast Reconstr Surg* 1971; 48: 443.
11. Skoog T. Plastic Surgery. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1974.
12. Guerrero-Santos J et alii. Muscular lift in cervical rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54: 127.
13. Souza Pinto EB. Importance of the cervico-mental complex treatment in rhytidoplasty. *Trans VII Int Cong Plast Reconstr Surg (IPRS)*, Rio de Janeiro: 1979: 400. *Aesth Plast Surg* 1981; 5: 69.
14. Cardoso de Castro C. The anatomy of the platysma muscle. *Plast Reconstr Surg* 1981; 66: 680.
15. Aston SJ. Platysma muscle in rhytidoplasty. *Ann Plast Surg* 1979; 3: 529.
16. Guerrero-Santos J. Comunicação pessoal, 1981.
17. Fisher A, Fisher GM. Revised technique for cellulitis fat. Reduction in riding breeches deformity. *Bull Int Acad Cosm Surg* 1977; 2(4): 36.
18. Kesselring UK, Meyer RA. Suction curette for removal of excessive local deposits of subcutaneous fat. *Plast Reconstr Surg* 1978; 62: 305.
19. Illouz Y-G. Remodelage chirurgical de la silhouette par lipolyse-aspiration on lipectomie sélective. *Ann Chir Plast Esthét* 1984; 29(2): 162.
20. Pitanguy I, Caldeira AML. Aspectos filosóficos e psicológicos da cirurgia do contorno facial. *Simpósio Brasileiro do Contorno Facial*. São Paulo, 1983.
21. Juri J. Concepto de la belleza. *Cir Plast Argentina* 1979; 3: 52.
22. Branderstein B. Der mensch und s'eme stelling in all, philosophische, antropologie. Köln: Bezinger, la ed., 1947.
23. Gobineau JA, Comte L. Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas. Barcelona: Editora Apolo, la ed., 1973.
24. Barnett A, Whitaker LA. Facial form analysis of the lower and middle face. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78(2): 158.
25. Gonzalez-Ulloa M. Quantitative principles in cosmetic surgery of the face (profile plastic). *Plast Reconstr Surg* 1962; 29: 186.

26. Gonzalez-Ulloa M. A quantum method for the appreciation of the morphology of the face. *Plast Reconstr Surg* 1964; 34: 241.
27. Farkas LG, Sohm P, Kolan JC et al. Inclinations of the facial profile. Art versus reality. *Plast Reconstr Surg* 1962; 29: 186.
28. Goldwyn RM. The face and the psyche, a Greek concept. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 270.
29. Pitanguy I, Dégand M, Ceravolo M. Tratamento das deformidades submentonianas. *Rev bras Cir*, 1979; 69(9-10): 291.
30. Cardoso de Castro C. The role of the superficial musculo-aponeurotic system in face lift. *Ann Plast Surg* 1986; 16(4): 279.
31. Cardoso de Castro C. Extensive mandibular and cervical lipectomy. *Aesth Plast Surg* 1981; 5: 239.
32. Cardoso de Castro C, Aboudib JH. Extensive and lower face lift lipectomy: it's importance and anatomical basis. *Ann Plast Surg* 1980; 4: 370.
33. Norman EH. Rhytidectomy with radical lipectomy and platysmal flaps. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 199.
34. Souza Pinto EB. Importance of cervico-mental complex treatment in rhytidoplasty. *Aesth Plast Surg* 1981; 5: 69.
35. Lawrence WT, Murphy RC, Robson MC, Heggers JP. The detrimental effect of cigarette smoking on flap survival: an experimental study in rat. *Br J Plast Surg* 1984; 37: 216.
36. Rees TD, Liverett DM, Guy CL. The effect of cigarette smoking on skin-flap survival in the face lift patients. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 911.
37. Millard DR Jr., Robin TWY, Devine JW. A challenge to the undefeated nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80: 37.
38. Pitanguy I, Ramos H, Garcia LC. Filosofia, técnica e complicações das ritidectomias através de observação de 2.600 casos pessoais consecutivos. *Rev bras Cir*, 1972; 62: 277.
39. Neuhof H. The transplantation of tissues. New York: Appleton & Co., 1923.
40. Peer LA. The neglected "free fat graft". Its behavior and clinical use. *Ann J Surg* 1956; 92: 40.
41. Peer LA. Transplantation of tissues. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1959; v. I: 396, 397, 404, 406, 1956, v. II: 25, 26, 229, 230.
42. Watson J. Some observations on free graft: with references to their use in mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1959; 12: 263.
43. Illouz Y-G. L'avenir de la réutilisation de la graisse après liposuction. *La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française* 1984; 36(9): 19-22.
44. Vale Pereira JF et alii. Correção de deformidades estéticas da face com a reutilização da gordura aspirada. XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, Gramado, RS: Editora Aplub, 1985: 308.
45. Loeb R. Fat pad sliding and fat grafting for leveling lid depressions. *Clin Plast Surg* 1981; 8: 757.
46. Goodpasture JC, Bunkis J. Quantitative analysis of blood and fat in suction lipectomy aspirated. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78(6): 765-769.
47. Gonzalez R, Spina L. Enxertia de gordura lipoaspirada. Detalhes técnicos e instrumental. *Rev bras Cir*, 1986; 76(4): 243-50.
48. Chajchir A, Benzaquen I. Liposuction fat grafts in face wrinkles and hemifacial atrophy. *Aesth Plast Surg* 1986; 10: 115.
49. Pitanguy I, Caldeira AML, Ferreira CAA, Ceravolo MP. Implante colágeno na correlação de deformidades cutâneas. Avaliação preliminar. *Rev bras Cir*, 1983; 73(2): 124-138.
50. Cucin RL. Complications of injectable collagen implants. *Plast Reconstr Surg* 1983; 71(4): 731.
51. Rubin RL. Biomaterials in reconstructive surgery. St. Louis, CV Mosby Co., 1983.
52. Illouz Y-G. Reutilização do tecido adiposo lipoaspirado. In: Lipoaspiração, Avelar J, Illouz Y-G, São Paulo: Editora Hipócrates, 1986.
53. Ellenbogen R. Free autogenous pearl fat grafts on the face — A preliminary report of a rediscovered technique. *Ann Plast Surg* 1986; 16(3): 179-94.

Endereço do Autor:

Alberto Magno Lott Caldeira
 Rua Visconde de Pirajá, 414 — Sala 508
 22410 — Rio de Janeiro — RJ