

Alberto Magno Lott Caldeira<sup>1</sup>  
Andrés Paulino Nieves<sup>2</sup>  
Jean Pierre Maléhombo<sup>3</sup>  
Walbert Almeida de Carvalho<sup>4</sup>

CALDEIRA AML, NIEVES AP, MALÉHOMBO JP & CARVALHO WA – Tratamento das estruturas músculo-aponeuróticas na cirurgia do rejuvenescimento facial.  
*Rev bras Cir*, 1989; 79(1): 33-43.

## RESUMO

*É apresentada uma revisão da literatura sobre o sistema músculo-aponeurótico superficial da face e do músculo plátisma. Os autores discorrem sobre a sua importância, indicação e procedimentos na cirurgia do rejuvenescimento facial, e analisam 65 ritidoplastias cérvico-faciais efetuadas em 62 pacientes, no período de janeiro de 1984 a janeiro de 1988, dando especial atenção ao tratamento da região cervical.*

**UNITERMOS:** região cervical; ritidoplastia cérvico-facial; SMAS/plástima; rejuvenescimento cérvico-facial

O processo de envelhecimento se caracteriza por uma degeneração global dos tecidos corporais, apresentando intensidades variáveis, dependendo da estrutura anatômica em questão. Este processo degenerativo é muito evidente no terço inferior da face e na região cervical, onde podemos observar o comprometimento, tanto

da pele como dos tecidos situados profundamente a ela.

As modificações do contorno do complexo cérvico-facial são devidas tanto à flacidez cutânea, muscular e aponeurótica, quanto à reabsorção das estruturas ósseas e alterações dinâmicas do tecido gorduroso.

Desta forma, a cirurgia do rejuvenescimento facial deve abranger a

nascimento facial deverá abranger a região fascial e a região cervical, para podermos obter resultados mais harmônicos e satisfatórios.

Situam-se no decorrer da quinta e sexta décadas de vida as maiores transformações nas regiões genianas, cervical e no contorno do arco mandibular, modificações estas que representam uma evolução natural das transformações ocorridas no processo do viver. A ritidoplastia clássica não aborda, e portanto não realiza, um tratamento adequado dessas modificações, que exigem uma propedêutica adequada das estruturas profundas.

## Histórico

A importância dada ao músculo plástima em 1948 e 1964<sup>1, 2</sup>, na correção cirúrgica do terço inferior da face e da região cervical, e os estudos anatômicos, como os realizados por Mitz<sup>3</sup>, Couly<sup>4</sup> e Cardoso<sup>5</sup>, serviram de marco para o tratamento cirúrgico das estruturas profundas das regiões cérvico-faciais na cirurgia do rejuvenescimento facial.

Mitz e Peyronie<sup>3</sup> realizaram dissecções em 14 hemifaces de sete cadáveres e descreveram em detalhe o sistema músculo-aponeurótico superficial (SMAS) da face. Essa estrutura é considerada como pertencendo à fascia cérvico-cefálica, que forma uma unidade desde a cabeça ao pescoço, e que na região superior da face se continua com a parte mais posterior

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

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

3 Especialista em Cirurgia Plástica pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

4 Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Cirurgião Residente do Curso de Especialização em Cirurgia Plástica da PUC/RJ

Copyright © 1989 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

do músculo frontal e com o músculo platisma na região cervical<sup>6</sup>.

Cardoso de Castro<sup>5</sup> descreveu as variações anatômicas do músculo platisma e sua aplicação clínico-cirúrgica.

Em 1974, Skoog<sup>7</sup> enfatizou o valor do músculo platisma nas reconstruções cérvico-faciais inferiores. Descreveu retalhos pláticos aderidos à pele na sua superfície anterior e livres posteriormente, sendo os mesmos deslocados e fixados também posteriormente.

Em 1971, Connell<sup>8</sup>, num Simpósio em Guadalajara, no México, apresentou sua técnica, na qual realiza descollamento do músculo platisma seguido de secção completa na sua porção inferior, confeccionando assim dois retalhos musculares que são rodados e fixados na região mastóidea.

Guerrero-Santos<sup>9</sup>, em 1974, sugeriu incisões verticais e transversais na parte anterior do músculo platisma, formando retalhos musculares com bases superior e inferior, que são posteriormente rodados e suturados.

Peterson<sup>10</sup>, também em 1974, apresentou técnica com formação de retalhos bilaterais pela incisão em "L" dos músculos pláticos. Os retalhos são rodados e suturados no músculo esternoclidomastóideo, podendo associar a técnica à plicatura medial do músculo platisma e lipectomia submandibular.

Em 1977, Owsley<sup>11</sup> baseou-se nos trabalhos de Skoog e, realizando modificações, elevou o SMAS desde o arco zigomático na região pré-tragal e face, em continuidade com o músculo platisma na região cervical; avançou este complexo em direção posterior e superior e, após tração e ressecção do tecido excedente, fixou-o na região pré-tragal, no mastóide e na parte superior do músculo esternoclidomastóideo.

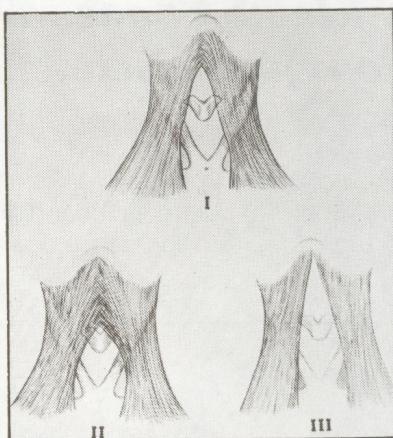
Em 1978, Peterson<sup>12</sup> descreveu a técnica para realização do retalho do SMAS, determinando pontos específicos de referência e limites para sua realização.

Muitos cirurgiões<sup>12, 14-21</sup> têm realizado modificações nas dissecções do SMAS, combinadas com outros procedimentos no músculo platisma, tais como: seção total, plicatura e desenvolvimento de retalhos, tratando também os acúmulos gordurosos e a flacidez cutânea, trabalhos que têm

contribuído para uma melhor abordagem da região cérvico-facial.

Na cirurgia moderna é de extrema importância ter um profundo conhecimento do SMAS e suas relações.

O músculo platisma apresenta variações consideráveis. O conhecimento das mesmas é necessário para um tratamento correto (Fig. 1).



**Fig. 1** – Representação esquemática da distribuição das fibras mediais do músculo platisma na região supra-hióidea. O tipo I é o mais comum dos três. O procedimento nesta parte do músculo baseia-se na mudança dos tipos I e II para tipo III<sup>5</sup>.

As modificações que ocorrem no processo de envelhecimento se desenvolvem tanto no plano superficial como no profundo. Deformidades como bandas pláticas, ptose da glândula submandibular e acúmulos gordurosos nas áreas submentoniana e submandibular devem ser erradicadas ou atenuadas nas ritidoplastias cérvico-faciais.

Mostramos a importância do tratamento desses acúmulos gordurosos em trabalhos anteriores<sup>22</sup>.

Além da avaliação das alterações das estruturas cutâneas, musculares e adiposas, ao realizarmos procedimentos na região cervical devemos determinar o posicionamento da cartilagem tireóide e do osso hióide, pontos que, se não observados, repercutirão nos resultados do tratamento da região.

As variações anatômicas<sup>23, 24</sup> e a multiplicidade de deformidades que podem ser encontradas não nos permitem sua correção com um procedimento cirúrgico único. Uma correta avaliação pré e peroperatória nos

levará à escolha do tipo de procedimento cirúrgico apropriado.

#### Material clínico-cirúrgico

Foram tratados 62 pacientes, submetidos a 65 cirurgias para o rejuvenescimento cérvico-facial, no período de janeiro de 1984 a janeiro de 1988. A avaliação detalhada das alterações (Tabelas 1, 2, 3 e 4) destes pacientes determinou os tipos de procedimentos a serem empregados.

Nas estruturas músculo-aponeuróticas, a avaliação foi realizada nos períodos pré e peroperatórios, tendo sido encontrada flacidez do SMAS associada a flacidez do platisma em 37 pacientes (68,5%). Nas Tabelas 5 e 6 mostramos as alterações dessas estruturas.

O tratamento do SMAS/platisma foi realizado em 36 pacientes (55,4%), sendo empregados procedimentos variados de acordo com cada caso em particular (Tabela 6).

#### Indicações

O tratamento do SMAS/platisma geralmente é indicado na presença das seguintes alterações:

- flacidez do músculo platisma;
- perda do ângulo cérvico-mandibular;
- ptose da glândula submandibular;
- perda do contorno submandibular;

**Tabela 1** – Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição da flacidez facial em 62 pacientes

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

**Tabela 2** – Ritidoplastia cérvico-facial. Grau da flacidez facial (62 pacientes)

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

Tabela 3 - Ritidoplastia cérvico-facial. Distribuição das rugas em 62 pacientes

Rugas	Nº	%
Fronto-nasais	30	48,4
Fronto-glabelares	33	53,2
Perioculares	31	50,0
Dorso-nasais	23	37,1
Periorais	22	35,5
Sulcos verticais	18	29,0
Sulcos acúmulos gord.	19	30,6
Linhos ortostáticas do pescoço	17	27,4
Linhos de adição ao sulco nasogeniano	27	43,5
Bandas plâsticas	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 = 43,5

Tabela 4 - Ritidoplastia cérvico-facial. Áreas de lipodistrofia em 62 pacientes

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

— hipertrofia ou aumento da contratura do músculo platísmico na região submentoniana, usualmente representado por "bandas plâsticas" que anatomicamente correspondem às bordas mediais do músculo.

Estas alterações podem variar desde discretas até grandes deformidades, acompanhadas ou não de acúmulo de tecido gorduroso<sup>25</sup>.

Na face, podemos encontrar comprometimento concomitante das es-

Tabela 5 - Ritidoplastia cérvico-facial. Flacidez SMAS/platísmico em 62 pacientes

	Nº	%
Flacidez simples		
Lipodistrofia geniana:	grau I 6 grau II 15 grau III 7	54,8 9,7 24,2 11,3 = 45,2
Hipertrofia glând. parótida	11	
Sulco nasogeniano acent.	grau I 13 grau II 18 grau III 8	20,9 29,0 13,0 = 62,9
Flacidez SMAS associada à flacidez platísmico		
Flacidez lateral platísmico:	grau I 10 grau II 17 grau III 9	16,1 27,4 14,5
Ptose gland. submandibular:	grau I 11 grau II 8 grau III 12	17,7 12,9 19,4
Disposição inserção fibras mediais do platísmico:	tipo I 4 tipo II 9 tipo III 16	6,5 14,5 25,8
Posicionamento do osso hióide:	cefálico 4 normal 37	6,5 59,7
Hipertrofia bordos mediais	25	40,3
Flacidez medial discreta	26	41,9

truturas profundas, como:

- deformidades paramentonianas, *jowls*;
- linhas paralelas ao lábio inferior;
- flacidez das áreas acima do sulco nasogeniano;
- linhas paralelas ao sulco nasogeniano;
- depressão na região geniana (devido a atrofia, ptose ou deslocamento da bolsa adiposa de Bichat), e
- hipertrofia ou abaulamento da região pré-auricular.

A realização de uma ritidoplastia cérvico-facial na qual somente se realiza tração e ressecção do retalho cutâneo nem sempre tratará estas alterações.

Pacientes jovens, com perda do contorno cérvico-mandibular devido ao acúmulo de tecido gorduroso na região, terão um grande benefício com o tratamento do tecido gorduroso. A intervenção direta no músculo platísmico na maioria das vezes é raramente indicada.

O tipo de cirurgia sobre o músculo platísmico dependerá de certos fatores, tais como:

- anatomia do músculo platísmico;
- anatomia do esqueleto da mandíbula e do pescoço (que inclui o posicionamento do osso hióide e o tamanho da cartilagem tireóidea);
- depósitos de tecido gorduroso nas regiões submentoniana, submandibular e/ou subplatismal (Fig. 2).

A avaliação completa dessas modificações nas regiões cervical e facial é realizada durante o ato cirúrgico, optando-se pelos diferentes procedimentos que podem ser realizados no complexo SMAS/platísmico.

Nos pacientes com flacidez discreta das estruturas superficiais e profundas, a realização de uma ritidoplastia com descolamento moderado e a ressecção de um fuso de SMAS na região pré-auricular (Figs. 3 — A, B, C, D), sem descolamento do mesmo, associado ou não à lipectomia, podem oferecer resultados muito favoráveis (Figs. 4 — A, B, C, D).

Quando o grau de flacidez das estruturas superficiais e profundas é moderado, a simples retirada de um fuso de SMAS não atenuará as deformidades. Nesse caso, a realização de um retalho de SMAS/platísmico beneficiará a área do sulco nasogeniano e

Tabela 6 – 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 mediais do platisma	33	50,8

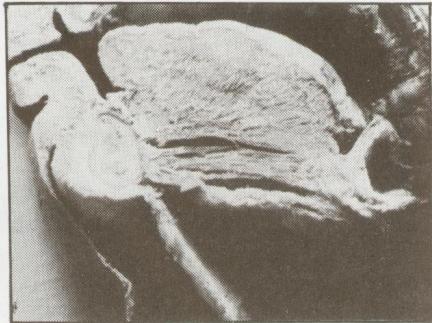


Fig. 2 – (A, B) Peças anatomicas mostrando a localização da gordura subplatismal na região submentoniana. Este acúmulo gorduroso, quando presente, deve ser corretamente tratado.

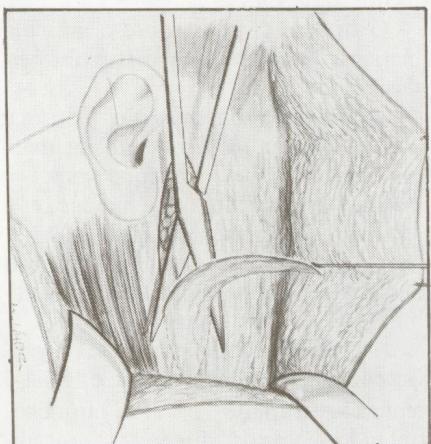


Fig. 3A

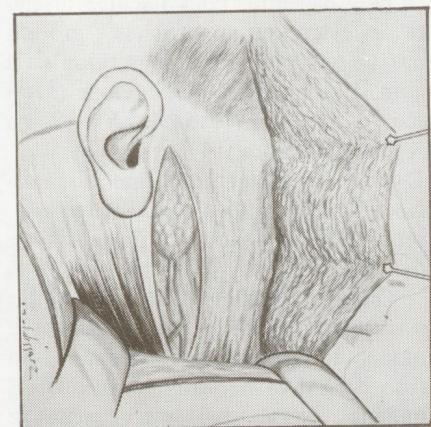


Fig. 3B

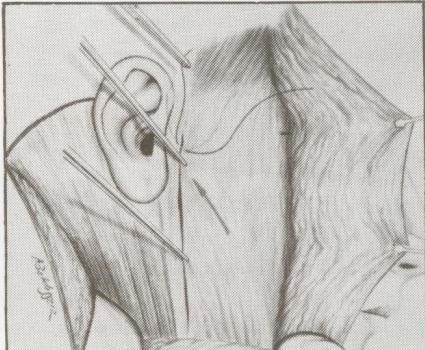


Fig. 3C



Fig. 3D

Fig. 3 – Esquemas da realização do SMAS simples (ressecção de um fuso do SMAS na região pré-tragal, sem descolamento), reservado para casos com flacidez discreta da região. (A, B) Ressecção do fuso do SMAS; (C) aproximação dos bordos livres; (D) sutura já completada.



Fig. 4A



Fig. 4B



Fig. 4C



Fig. 4D

Fig. 4 – (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de quatro meses em paciente que apresentava flacidez moderada dos tecidos cérvico-faciais, submetida a ritidoplastia cérvico-facial, retalho do SMAS, ressecção e aproximação das fibras mediais do músculo platisma e lipoaspiração submentoniana e submandibular.

da região mentoniana. Este retalho do SMAS é iniciado a proximamente a 4 mm abaixo e paralelo ao arco zigomático, e 4 mm anterior à incisão pré-auricular, continuando ao longo da borda lateral do músculo platisma. O retalho é descolado primeiramente sobre a glândula parotídea, cujas dimensões são palpadas. O descolamento geralmente não ultrapassa os limites anteriores da glândula; continua-se o descolamento do músculo platisma (Figs. 5 – A, B, C), e cria-se, assim, um retalho que, após sua tração no sentido superior e posterior, além da ressecção do tecido excedente, é suturado na fáscia zigomática por cima e posteriormente na borda anterior do esternoclidomastóideo (Figs. 6 – A, B, C, D; Figs. 7 – A, B, C, D e Figs. 8 – A, B, C, D).

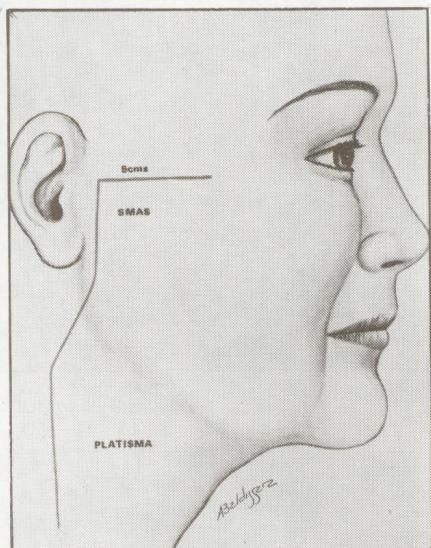


Fig. 5A

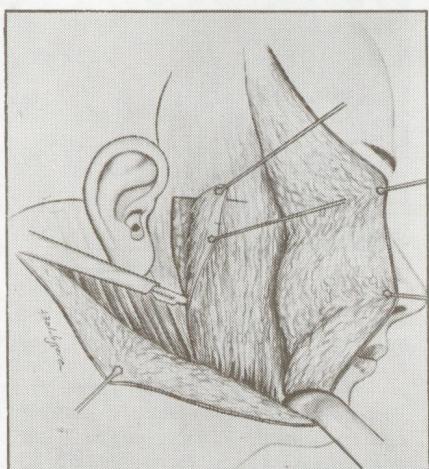
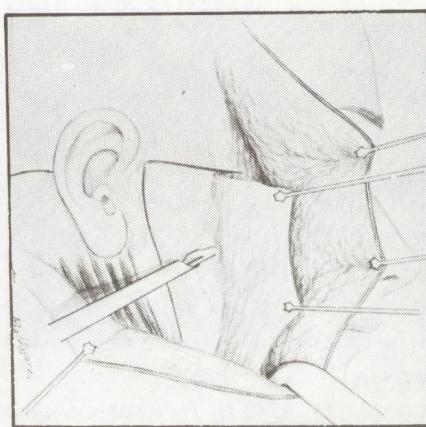


Fig. 5B



**Fig. 5C**  
Fig. 5 – Representação da realização do SMAS/platisma. (A) Diagrama mostrando as linhas de incisão para a realização do retalho do SMAS/platisma; (B, C) incisão e descolamento do retalho; o descolamento não ultrapassa os limites da glândula parótida.

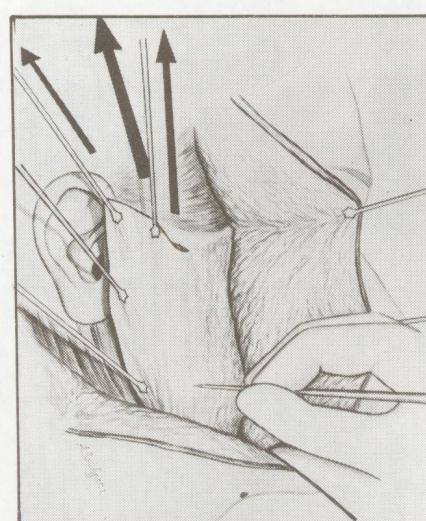


Fig. 6A

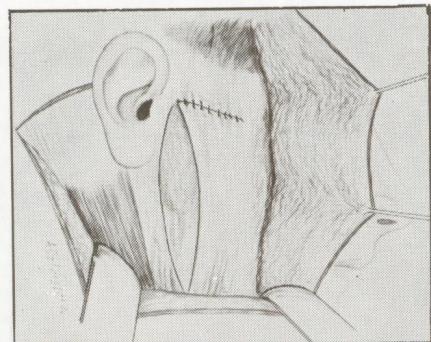
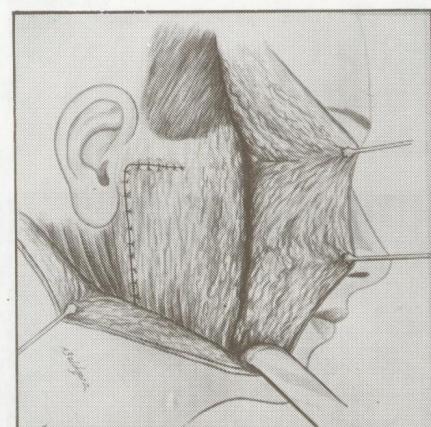


Fig. 6C



**Fig. 6D**  
Fig. 6 – (A) Indicação dos vetores de tração do retalho do SMAS/platisma; (B, C, D) ressecção e aproximação dos bordos do retalho. A tração realizada nesta forma proporciona um melhor reposicionamento das estruturas da região.



Fig. 6B

Quando as bordas mediais do músculo platisma são redundantes, é necessário ressecar o excesso muscular e aproximar as bordas mediais, o que é realizado através de uma incisão submentoniana (Fig. 9A; Figs. 10 – A, B, C, D).

As indicações para a aproximação das bordas mediais do músculo platisma são:

- para aprofundar o ângulo cérvico-mentoniano;
- para aproximar as bordas mediais após ressecção das bandas platismais;
- para diminuir a flacidez plâsmica, e
- para estabilizar o conjunto músculo-cervical.

Sua realização prévia ao descolamento e tração lateral do retalho SMAS/platisma permite uma estabilização da linha mediana, proporcionando um efeito mais natural ao



Fig. 7A



Fig. 7D

Fig. 7 – (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de três meses, de paciente submetida a ritidoplastia cérvico-facial secundária, tratamento do SMAS, ressecção e aproximação das fibras mediais do músculo platísmo, complementado com lipectomia (trimming) da gordura cérvico-mandibular.



Fig. 8D



Fig. 7B



Fig. 8A



Fig. 8E



Fig. 8B



Fig. 8C



Fig. 8F

Fig. 8 – (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de sete meses, em paciente de 69 anos de idade. Submetida a reconstrução nasal através de um retalho nasogeniano direito. Posteriormente submeteu-se a cirurgia de rejuvenescimento facial, realizando um retalho de SMAS do lado esquerdo e um fuso do SMAS do lado direito, para compensar a realização do retalho nasogeniano.

realizar a tração lateral do retalho em direção céfalo-posterior.

A aproximação das bordas mediais é realizada até o nível inferior da cartilagem tireóidea; esta manobra permitirá, após realizarmos uma pequena incisão de relaxamento na borda medial abaixo do final da sutura, a ascensão das fibras superiores do músculo, que se adaptarão com mais naturalidade ao novo contorno cervical, evitando também a sensação de enforcamento no pós-operatório, que pode ocorrer com a não realização dessa manobra (Figs. 11 – A, B).

Ressaltamos a importância da correta avaliação do posicionamento das cartilagens tireóideas e do osso hióideo. Sua posição normal é a nível da

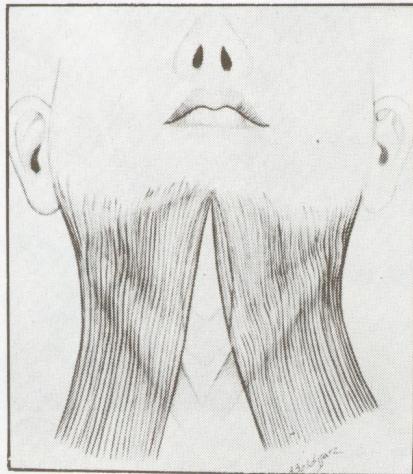


Fig. 9 – Esquema mostrando a ressecção das bordas mediais do músculo platísmico, necessária quando existe hipertrofia das bordas (bandas platísmicas).



Fig. 10A



Fig. 10B



Fig. 10C



Fig. 10D

Fig. 10 – (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de seis meses de paciente submetida a ritidoplastia cérvico-facial, com amplo descolamento, lipoaspiração submentoniana, SMAS e aproximação das bordas mediais do músculo platísmico.

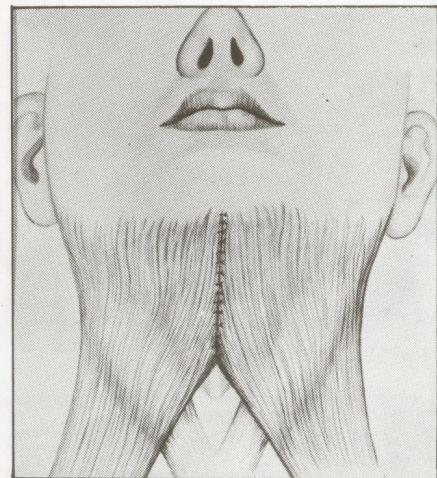


Fig. 11A

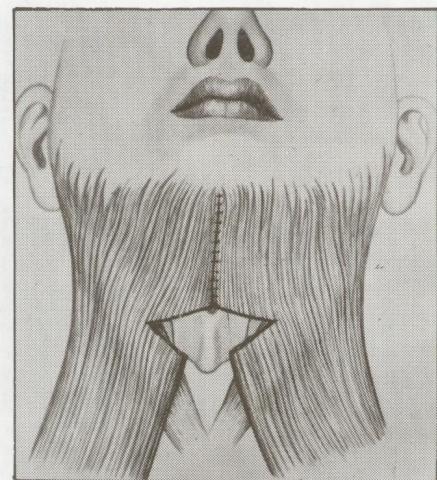


Fig. 11B

Fig. 11 – (A) Representação esquemática da aproximação das bordas mediais do músculo platísmico, o nível da sutura alcançando o limite inferior da cartilagem tireóidea; (B) incisão de "relaxamento" após realização da ressecção e aproximação das fibras mediais do músculo platísmico.

terceira vértebra cervical. Procedimentos sobre o músculo platísmico em pacientes com posicionamento baixo dessa estrutura e pouco tecido gorduroso podem resultar na proeminência da cartilagem tireóidea, característica pouco estética em pacientes do sexo masculino (Figs. 12 – A, B, C, D).

Ao realizarmos o retalho SMAS/platísmico, devemos ter um profundo conhecimento das estruturas anatômicas da região<sup>18, 19, 20</sup>. Estruturas como os ramos do nervo facial, glândula parotídea e seu ducto, e ramos da artéria facial, devem ser preservadas para evitar sérias complicações (Figs. 13 – A, B).

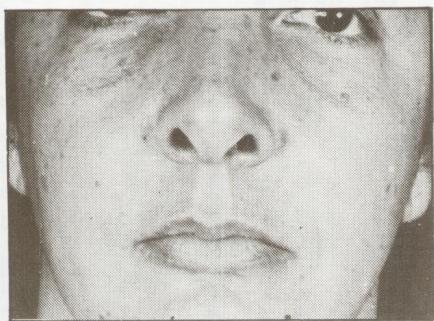


Fig. 12A

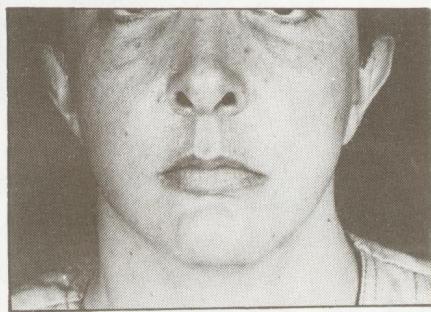


Fig. 12B



Fig. 12C



Fig. 12D

Fig. 12 (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de cinco meses de paciente de 40 anos de idade, com posicionamento muito alto do osso hióideo e da cartilagem tireóidea, apresentando flacidez facial moderada e flacidez do SMAS/platísmico, com lipodistrofias submentoniana e submandibular. Submetida a ritidoplastia cérvico-facial, lipoaspirações submentoniana e submandibular, completando com um trimming e SMAS/platísmico. Pode-se notar as limitações dos resultados neste tipo de paciente.

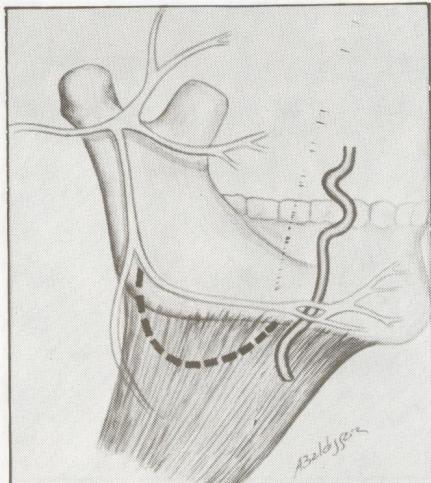


Fig. 13A

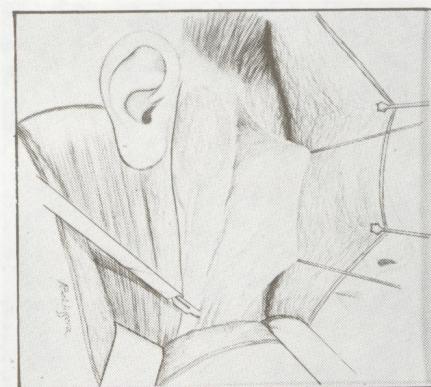


Fig. 13B

Fig. 13 – (A) Diagramas das modificações anatômicas do ramo mandibular do nervo facial. A linha pontilhada representa um trajeto do nervo em 19%26; (B) glândula parótidea e suas relações com as estruturas da região.



Fig. 14A

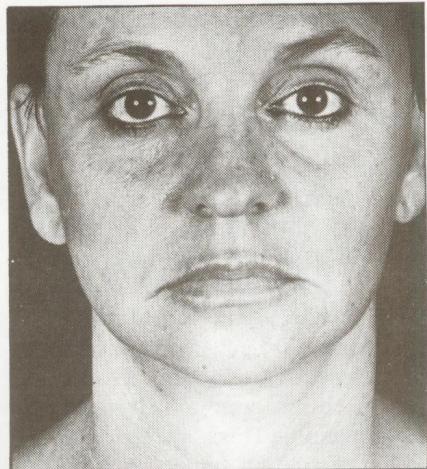


Fig. 14B



Fig. 14C



Fig. 14D

Fig. 14 – (A, B, C, D) Pré e pós-operatório de sete meses em paciente submetida a ritidoplastia cérvico-facial e a lipoaspirações submentoniana e submandibular. A não aproximação das bordas mediais do músculo platísmico nos impõe uma limitação na definição cérvico-mandibular.

### Complicações

Como em qualquer procedimento cirúrgico, a prevenção de complicações deve ser sempre lembrada. Na cirurgia do rejuvenescimento facial, com especial interesse nos procedimentos na região cervical, o cirurgião que realiza estes procedimentos deve conhecer as possíveis complicações que podem ocorrer durante ou depois da cirurgia, e, neste caso, a melhor maneira de tratá-las<sup>26-33</sup>.

A cirurgia moderna para o rejuvenescimento facial consiste em amplos descolamentos cutâneos associados a manobras adicionais, tais como a lipectomia cervical e tratamento das estruturas profundas da região. Sendo estes procedimentos mais intensos, a



Fig. 15A



Fig. 15B



Fig. 15C



Fig. 15D

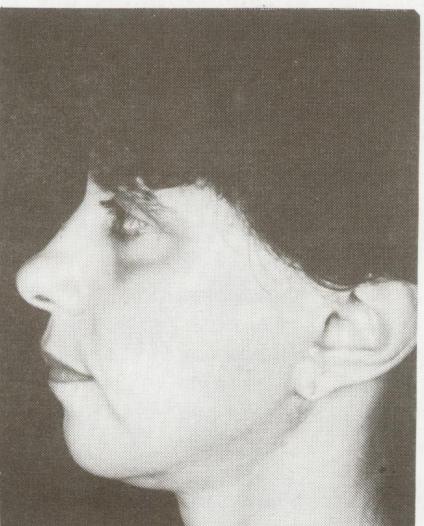


Fig. 15E



Fig. 15F

**Fig. 15 (A, B, C, D)** Pré e pós-operatórios de três meses de paciente submetida a *ritidoplastia cérvico-facial, retalho do SMAS sem tratamento das fibras mediais do platisma*. Podem ser observadas bandas platismais remanescentes, má definição do contorno cérvico-mandibular; (E, F) mostram resultados três meses após nova intervenção, quando realizamos tratamento adequado das fibras mediais do músculo platisma.

incidência de complicações tende a ser mais significativa.

As complicações destes procedimentos são várias e vão desde problemas de insuficiência ou excesso de tratamento<sup>34</sup> até lesões nervosas e hemostasia deficiente (Figs. 14 - A, B, C, D e Figs. 15 - A, B, C, D, E, F).

Mostramos a incidência de complicações numa análise estatística de 65 *ritidoplastias cérvico-faciais* consecutivas, realizadas de janeiro de 1984 a janeiro de 1988 (Tabelas 7, 8 e 9).

Tabela 7 – Complicações (I) de 65 ritidoplastias cérvico-faciais em 62 pacientes

	Nº	%
Depressão submentoniana	2	3,1
Aderências	2	3,1
Bandas platismais remanescentes	2	3,1
Persistência da lipodistrofia	4	6,2

Tabela 8 – Complicações (II) de 65 ritidoplastias cérvico-faciais – Lesões nervosas

	Nº	%
Transitórias	4	6,2
Permanentas	3	4,6
Total	7	10,8

Tabela 9 - Complicações (III) nervosas específicas de 65 ritidoplastias cérvico-faciais

	Nº	%
Parestesia mandibular verdadeira (transitória)	3	4,6
Parestesia mentoniana (permanente)	1	1,5
Paralisia frontal (permanente)	2	3,1
Paralisia fronto-zigomática (transitória)	1	1,5

## DISCUSSÃO

A cirurgia do rejuvenescimento facial deve incluir tanto a região facial como a região cervical. O tratamento adequado das estruturas profundas e do tecido gorduroso trará resultados mais satisfatórios tanto para o cirurgião como para o paciente.

Uma seleção adequada dos pacientes deve incluir a avaliação das condições que possam alterar ou modificar os resultados, a saber: tônus e elasticidade cutânea, quantidade e localização de acúmulos gordurosos, flacidez ou aumento de contratura da musculatura profunda, ptose ou hiperfroia da glândula submandibular e disposição do osso hióideo e da cartilagem tireoidea.

O planejamento meticuloso e a escolha do procedimento cirúrgico adequado para cada caso nos permitirá tratamentos corretos para cada paciente.

A observação de hábitos do paciente (tabagismo, tóxicos, etc.) deverá também ser motivo de especial cuidado.

O manuseio delicado e cuidadoso das estruturas deve ser mantido em constante observação.

Consideramos que a correta avaliação, indicação e realização dos procedimentos sobre estruturas profundas e superficiais das regiões cervical e facial nos proporcionará resultados mais satisfatórios e duradouros.

Devido à multiplicidade das alterações cérvico-faciais, acreditamos não existir um tratamento único para a atenuação ou correção das deformidades.

Damos preferência aos procedimentos que reposicionam as estruturas da região e não nos inclinamos pela realização de intervenções mutilantes e/ou antianatômicas que modificam a anatomia normal da região cérvico-facial.

Em nossa série, as complicações ocorreram nos primeiros procedimentos realizados, sendo atualmente pouco expressivas.

O sucesso de uma ritidoplastia cérvico-facial é medido pela aparência pós-operatória do paciente e pelo período que esta aparência pode ser mantida.

A apreciação da durabilidade de uma ritidoplastia cérvico-facial é certamente bastante difícil, já que o programa genético e a ação dos acontecimentos responsáveis pelo envelhecimento são muito complexos para serem avaliados.

## SUMMARY

*A revision of the literature on the superficial musculoaponeurotic system of the face and platysma muscle is presented. The authors report on the importance, indications and procedures of the facial rejuvenescence operation. An analysis of 65 cervico-facial rhytidoplasties undergone on 62 patients is developed on the period comprised between January 1984 and January 1988, with special emphasis on the cervical area.*

**KEY WORDS:** cervical area; cervico-facial rhytidoplasty; SMAS/platysma; cervico-facial rejuvenescence

## REFERÊNCIAS

- Padgett EC, Stephenson KL. Plastic and Reconstructive Surgery. Springfield: Charles C Thomas Pub, 1948: 638.
- Adamson JE, Horton CE, Crawford HH. Surgical correction of the "turkey globber" deformity. Plast Reconstr Surg 1964; 34: 598.
- Mitz V, Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plast Reconstr Surg 1976; 58: 80.
- Couly G, Hurrau J, Vaillant JM. Le fascia superficialis céphalique. Ann Chir Plast 1975; 20: 171.
- Cardoso de Castro C. The anatomy of platysma muscle. Plast Reconstr Surg 1980; 66: 680.
- Wassef M. Superficial fascial and muscular layers in the face and neck: A histological study. Aesth Plast Surg 1987; 11: 171.
- Skoog T. Plastic Surgery: New Methods and Refinements. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975.
- Connell B. Contouring the neck in rhytidectomy by lipectomy and a muscle sling. Plast Reconstr Surg 1978; 61: 376.
- Guerrero-Santos J, Espaillat L, Morales F. Muscular lift in cervical rhytidoplasty. Plast Reconstr Surg 1975; 54: 127.
- Peterson R. Cervical rhytidoplasty. Personal approach. Presented at the Annual Symposium of Aesthetic Plastic Surgery: Guadalajara, México, 1974.
- Owsley JQ. Platysma-facial rhytidectomy. A preliminary report. Plast Reconstr Surg 1977; 60: 843.
- Peterson R. The role of the platysma muscle in cervical lifts. In: Groulaine D, Courtis E H, eds. Symposium on Surgery of the Aging Face. St Louis: C V Mosby, 1978: 115.
- Ellenbogen R, Karlin J V. Regrowth of platysma following platysma cervical lift: etiology and methodology of prevention. Plast Reconstr Surg 1981; 67: 616.
- Adamson J E, Toksu AE. Progress in rhytidectomy by platysma-SMAS rotation and elevation. Plast Reconstr Surg 1981; 68: 23.
- Souza Pinto EB. Importance of cervicomental-complex treatment in rhytidoplasty. Aesth Plast Surg 1981; 5: 69.
- Pitanguy I et alii. Considerações sobre nossa experiência com dissecção e plicatura do SMAS em mieloplastia. Rev bras Cir, 1981; 7: 57.
- Ribeiro A, Ribeiro AHM. Contribuição à ritidoplastia. Rev bras Cir, 1982; 72: 171.
- Hakme F. SMAS/platysma nas ritidoplastias cérvico-faciais: experiência, problemas e resultados. Rev bras Cir, 1982; 72: 105.
- Coleman JJ, Jurkiewicz MJ, Nahai F, Mathes SJ. The platysma musculocuta-

- neous flap: experience with 24 cases. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 315.
20. Mckinney P, Tresley GE. The "maxi-SMAS": management of the platysma bands in rhytidectomy. *Ann Plast Surg* 1984; 12: 260.
  21. Adamson JE. Recent advances in neck lift. *Ann Plast Surg* 1987; 18: 174.
  22. Caldeira AML, Nieves A, Arquero P, Malehombo JP. Cirurgia do rejuvenescimento facial. Importância do tratamento do tecido gorduroso e considerações sobre a lipoenxertia da face. *Anais da V Jornada Sul-Brasileira de Cirurgia Plástica*. Florianópolis, SC, 1988.
  23. Dingman R, Grabb W. Surgical anatomy of the mandibular ramus of the facial nerve based on the dissection of 100 facial halves. *Plast Reconstr Surg* 1962; 29: 266.
  24. Davis RA, Anson BJ, Budinger JM, Kurth LE. Surgical anatomy of the facial nerve and parotid gland based upon a study of 350 cervicofacial halves. *Surg Gynec Obstetr* 1956; 102: 385.
  25. Singer R. Improvement of the "young" fatty neck. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 582.
  26. Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injury in rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64: 781.
  27. Rees T, Aston S. Complications of rhytidectomy. *Clin Plast Surg* 1978; 5: 109.
  28. Leist F, Masson J, Erich JB. A review of 324 rhytidectomies, emphasizing complications and patients dissatisfaction. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 525.
  29. MacGregor MW, Greenberg RL. Rhytidectomy. In: Godlwyn R M, ed. *The Unfavorable Results in Plastic Surgery*. Boston: Little, Brown & Co., 1972.
  30. McDowell AJ. Effective practical steps to avoid complications in face lifting. *Plast Reconstr Surg* 1972; 50: 563.
  31. Pitanguy I, Cansanção A, Daher J. Resultados desfavoráveis em cirurgia plástica. Hematomas pós-ritidectomia. *Rev bras Cir*, 1971; 61: 155.
  32. Pitanguy I, Ramos AS. The frontal branch of the facial nerve: the importance of its variations in face lifting. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 352.
  33. Straith RE, Raju D, Hipp C. The study of hematomas in 500 consecutive face lifts. *Plast Reconstr Surg* 1981; 67: 616.

**Endereço do Autor:**

Alberto M. L. Caldeira  
Rua Visconde de Pirajá, 414/508  
22410 - Rio de Janeiro - RJ