

Ritidoplastias: smasplastia cervicofacial mediante sutura de vetores

Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing

NELSON AUGUSTO LETIZIO¹

JAIME ANGER²

RICARDO BAROUDI³

RESUMO

Introdução: O tratamento do SMAS (do inglês, *superficial muscular aponeurotic system*) nas ritidoplastias faciais tem apresentado contínua evolução desde sua aplicação nos trabalhos pioneiros, na década de 1970. As várias publicações sobre os diferentes tipos de procedimento registram a diversidade do tempo de eficácia e dos efeitos dessa cirurgia. Neste artigo é apresentada mais uma tática cirúrgica que vem sendo aplicada ao SMAS nos últimos 5 anos, cujos resultados a médio e longo prazos têm sido satisfatórios. **Método:** Nos últimos 5 anos, 274 pacientes foram operados e acompanhados, sendo 41 do sexo masculino e 233 do sexo feminino, com idades variando de 35 anos a 84 anos. Em todos os pacientes, a conduta seguiu a mesma sistematização de não dissecar o SMAS, mas realizar sua sutura segundo a direção de 5 vetores, 3 na face e 2 na região cervical. **Resultados:** A maioria dos casos tem sido avaliada clínica e fotograficamente, uma vez por ano, demonstrando melhor qualidade dos resultados em pacientes pertencentes a diferentes faixas etárias e sem necessidade de indicação de nova cirurgia. **Conclusões:** A sutura do SMAS segundo 5 vetores especificamente orientados na face e na região cervical tem determinado melhor qualidade dos resultados a longo prazo nas ritidoplastias em pacientes de diferentes faixas etárias, além de evitar as intercorrências e as complicações registradas na literatura.

Descritores: Ritidoplastia/métodos. Face/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos. Rejuvenescimento.

ABSTRACT

Background: Treatment of the superficial muscular aponeurotic system (SMAS) with rhytidoplasty has been continually improving since the pioneering works of the 1970s. The procedures in current usage and described in the literature differ with regard to results as well as to what constitutes an efficient operation. This article describes a surgical procedure that has been applied for SMAS treatment for the last 5 years and which provides satisfactory mid- and long-term results. **Methods:** During the past 5 years, we operated on 274 patients (age range, 35–84; 233 female and 41 male) and monitored them thereafter. In all cases, the procedure followed the same strategy, which involved suturing the SMAS according to 5 vectors, 3 in the face and 2 in the neck, instead of dissecting it. **Results:** Most cases were clinically and photographically evaluated yearly. In all age groups, this treatment yielded better results than the traditional methods involving SMAS dissection, as no additional surgeries were required. **Conclusions:** SMAS suturing according to 5 specifically oriented vectors in the face and neck provides better long-lasting results in patients of various ages submitted to rhytidoplasty. Moreover, this procedure avoids the complications described in the literature.

Keywords: Rhytidoplasty/methods. Face/surgery. Plastic surgery/methods. Rejuvenation.

Trabalho realizado na
Clínica Nelson Augusto Letizio,
Rio Claro, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 6/2/2012
Artigo aceito: 23/5/2012

1. Cirurgião plástico da Retaguarda do Hospital Israelita Albert Einstein e membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), Rio Claro, SP, Brasil.
2. Médico cirurgião plástico da Retaguarda do Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O histórico do SMAS (do inglês, *superficial muscular aponeurotic system*) tem início com trabalhos pioneiros na década de 1970^{1,2}, seguidos de vários autores³⁻⁶, cujas mensagens, baseadas em extenso estudo de anatomia da face, registravam as vantagens da mobilização do SMAS e seu reposicionamento em posições que determinavam a elevação dos planos teciduais, com efeitos duradouros a longo prazo. Com base nesses pioneiros, numerosas outras contribuições foram e continuam sendo agregadas à literatura especializada, na busca por uma técnica ideal e duradoura em que a smasplastia seria um procedimento tipo “quatro estações”, utilizado na rotina das ritidoplastias nos pacientes pertencentes a diferentes faixas etárias, inclusive nas ritidoplastias secundárias e terciárias.

A dissecação, a ressecção seletiva e o reposicionamento do SMAS, na região cranial ou lateral, têm causado lesões do nervo facial em caráter tanto temporário como, em alguns casos, permanente. Expectativas de retorno à normalidade e reparações cirúrgicas obrigatórias também têm sido reportadas na literatura⁷⁻¹⁰. A plicatura do SMAS segundo 5 vetores com orientações específicas, sem sua dissecação, mantendo sua integridade anatômica, vem sendo empregada pelos autores há 5 anos. A técnica reduz manipulações mais extensas, evitando-se lesões do nervo facial com as dissecações descritas na literatura.

MÉTODO

Nos últimos 5 anos, 274 pacientes foram operados e acompanhados, sendo 41 do sexo masculino e 233 do sexo feminino, com idades variando de 35 anos a 84 anos. Em todos os pacientes a conduta seguiu a mesma sistematização de não dissecar o SMAS, mas realizar sua sutura segundo a direção de 5 vetores, 3 na face e 2 na região cervical.

Demarcação Cutânea

A sutura do SMAS é realizada segundo 5 vetores com orientações específicas, sendo 2 cervicais e 3 faciais. O vetor I é posicionado verticalmente na linha média cervical, para tratamento das bandas do músculo platísmo (Figura 1A). Compreende duas linhas, cada uma posicionada sobre a projeção cutânea das duas bridas do músculo platísmo. Em pacientes que apresentem uma única banda aparente, a primeira demarcação recai sobre a mesma e a segunda, paralela e cerca de 3 cm a 5 cm desta. Na ausência das duas bridas, porém com flacidez que comprometa o ângulo mandibulocervical, o vetor I é aplicado rotineiramente. O vetor II está posicionado paralelamente e cerca de 1 cm a 2 cm abaixo da linha da mandíbula, distante cerca de 1,5 cm da projeção cutânea da glândula salivar sublingual. Os 3 vetores faciais têm a mesma base superior posicionada no setor mais



Figura 1 – Em A, demarcação do vetor I, para tratamento do platísmo na região médio-cervical, mediante duas linhas verticais e paralelas sobre as bridas, mesmo quando única. Em B, demarcação similar no vetor II ao longo e paralelo à mandíbula, desde a mastoide até a projeção da glândula salivar sublingual. Os vetores III, IV e V têm a mesma base no arco zigomático e na raiz da hélix, seguindo direções divergentes, comprimentos diferentes e larguras similares de 2 cm a 2,5 cm.

próximo da projeção do arco zigomático com a raiz da hélix e a costeleta, quando naturalmente implantada nas mulheres. O vetor III, na posição mais alta na face, está direcionado na linha média do sulco nasogeniano. O vetor IV é mais inclinado, seguindo uma linha média entre o canto da boca e a borda da mandíbula. O vetor V é verticalizado e localizado 1 cm a 2 cm da linha de implantação anterior da orelha, estendido no sentido do ângulo da mandíbula. Com exceção dos vetores I e V, os demais delineiam o formato de um retângulo variável quanto ao comprimento e com largura média de 2 cm (Figura 1B). A distância entre as duas linhas verticais do vetor I varia com a das duas bandas do músculo platísmo. Nos casos de uma única brida, a demarcação homóloga e paralela à primeira varia de 3 cm a 5 cm. Na ausência das bandas musculares, porém com flacidez na região cervical submentoniana, as duas linhas são demarcadas e o platísmo é suturado seguindo o vetor I. Os vetores I e V variam com o grau de flacidez, por serem do tipo contenção, em função da eficácia das alças de tração dos vetores II, III e IV.

Técnica Cirúrgica

Todos os pacientes foram operados sob sedação, em decúbito dorsal horizontal, com o tronco e a cabeça elevados cerca de 30 graus. Realizada infiltração local com lidocaína a 2% e adrenalina 1:250.000. Os limites da dissecação cutânea foram demarcados inicialmente na raiz da hélix com o arco zigomático, seguindo medialmente ao longo do osso malar. A demarcação continuou no sentido caudal até o limite externo do sulco nasolabial, atingindo a reborda da mandíbula, para se unir com o lado oposto. O limite cervical inferior seguiu uma linha transversal cerca de 2 cm a 3 cm abaixo do osso

hioide. Posteriormente, a partir do lóbulo, a demarcação ascendeu na linha da implantação da orelha até 2 cm da raiz da hélix, dobrando 90 graus horizontalmente no sentido do couro cabeludo, numa extensão variável de 8 cm a 10 cm (Figura 2). Realizada dissecação cutânea em toda a extensão da superfície demarcada (Figura 3), seguida de incisão transversal submentoniana de 4 cm junto à borda da mandíbula. A dissecação cutânea foi estendida caudalmente até o limite inferior previamente estabelecido na região cervical e realizada hemostasia rigorosa. Em seguida, procedeu-se à sutura contínua verticalizada das bandas de platisma (vetor I), tipo vai e vem, na linha média, com fio inabsorvível de náilon 3-0, iniciada 1 cm abaixo da projeção da cartilagem cricoide e completada na mandíbula (Figura 4). Realizada sutura contínua do platisma, formando alça de tração do vetor II a partir da mastoide, até a projeção da glândula salivar sublingual paralela e cerca de 1,5 cm abaixo da borda mandibular (Figura 5). Na sequência, foi realizada sutura dos vetores III e IV, da mesma forma que o vetor II, nas respectivas direções (Figuras 6 e 7). Procedeu-se à sutura contínua do vetor V nos moldes do vetor I, a partir da projeção do ângulo da mandíbula, verticalmente, até a implantação superior da hélix (Figuras 8 e 9). Realizada ressecção dos excessos cutâneos, com pontos de adesão dos retalhos nas regiões pré

e retroauricular, em ambos os lados, com fio absorvível 3-0. A sutura final periauricular do retalho cutâneo foi realizada com pontos isolados com fio inabsorvível 4-0 e 5-0. Não

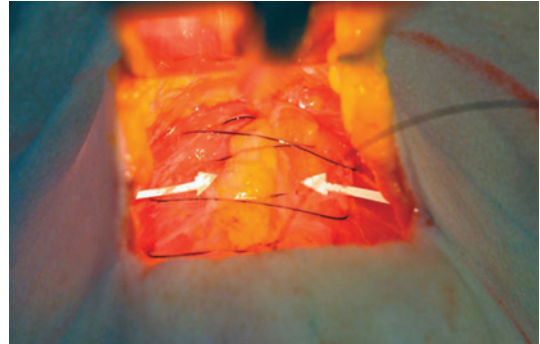


Figura 4 – Vetor I para plicatura do músculo platisma na linha média, seguindo a rotina descrita na literatura com uma ou duas bridas.

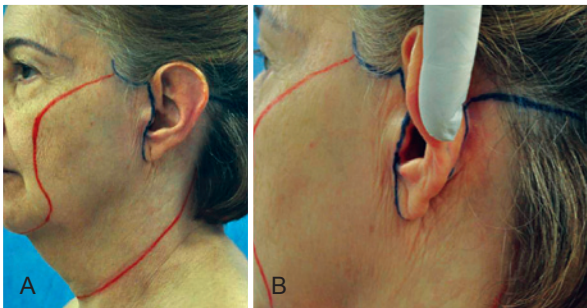


Figura 2 – Linhas em vermelho demarcam, na face e no pescoço, os limites da ampla dissecação.

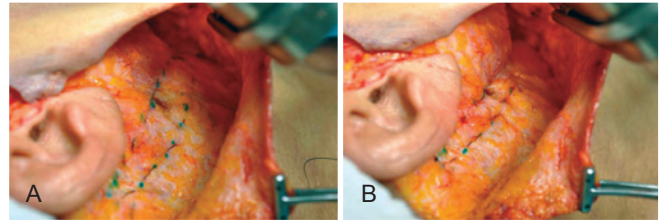


Figura 5 – Sutura do vetor II da mastoide até a projeção da glândula salivar sublingual, cerca de 1,5 cm a 2 cm abaixo e paralela à borda da mandíbula. Sutura contínua com fio não-absorvível 3-0, tipo vai e vem, ao longo da linha superior da demarcação e retorno pela inferior com nó na projeção da mastoide.



Figura 3 – Ambas as mãos abaixo da capa cutânea ilustram a extensão de pele rotineiramente dissecada na face e no pescoço.

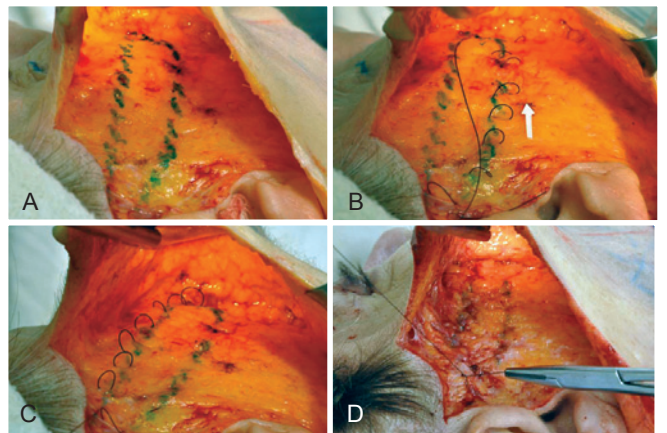


Figura 6 – Sutura do vetor III orientado da raiz da hélix ao segmento médio do sulco nasogeniano, com fio não-absorvível 3-0 até o limite da dissecação ao longo das duas linhas demarcatórias no sentido vai e vem com o nó na região da hélix.

foram utilizados drenos ou curativos de qualquer natureza (Figuras 10 e 11).

Tratamentos complementares de pálpebras, fronte, lipoaspiração, laser e infiltração de gordura, entre outros, apesar de serem procedimentos de rotina, não estão detalhados, por estarem fora do escopo deste artigo.

RESULTADOS

As cirurgias têm sempre sido realizadas sob sedação e anestesia local, com internação em clínica de recuperação pelo período de 1 dia a 3 dias, para cuidados pós-operatórios de rotina.

Nenhum tipo de dreno ou curativo de qualquer natureza têm sido aplicados, em decorrência dos pontos de adesão nas áreas dissecadas, em particular ao redor da região auricular.

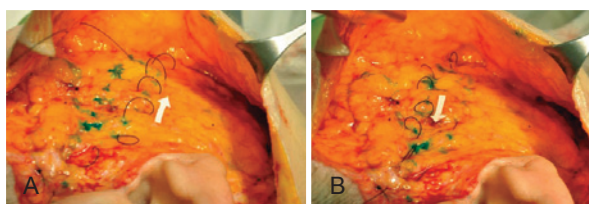


Figura 7 – Sutura contínua do vetor IV com fio não-absorvível 4-0 no sentido vai e vem com o nó também na região da hélix, com a orientação posicionada na linha média, entre o canto da boca e a borda da mandíbula.

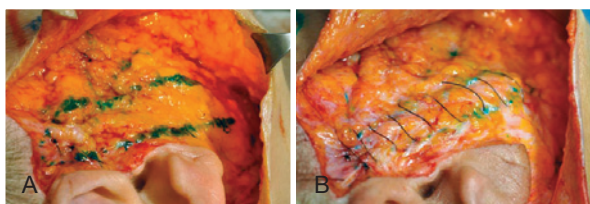


Figura 8 – Sutura em um único sentido do vetor V, com início na extremidade oposta à raiz da hélix, mediante sutura contínua com fio não-absorvível de náilon 3-0.

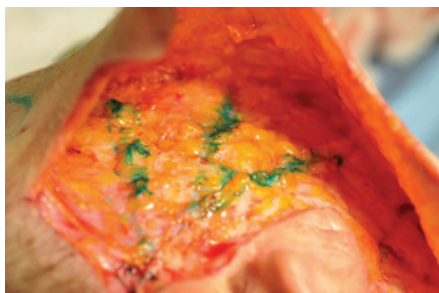


Figura 9 – Detalhe da orientação dos 3 vetores suturados aplicados no segmento médio da face.



Figura 10 – Paciente do sexo feminino, caucasiana, de 46 anos de idade, submetida a ritidoplastia com blefaroplastia no mesmo tempo operatório. Manutenção da linha da mandíbula e do pescoço com aspecto natural. Em A e B, vista de frente, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 1 ano e 10 meses. Em C e D, vista de perfil, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 1 ano e 10 meses.



Figura 11 – Paciente de 59 anos de idade, submetida a blefaroplastia com ritidoplastia no mesmo ato operatório. Manutenção natural da linha da mandíbula, sem recidiva das bandas do platisma. Em A e B, vista de frente, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 2 anos e 9 meses. Em C e D, vista de perfil, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 2 anos e 9 meses.

Somente um caso de hematoma exigiu tratamento em sala operatória. Nenhum tipo de lesão nervosa ou necessidade de retoques têm sido registrados 2 a 3 anos após a cirurgia, o que é atribuído à ancoragem dos 5 vetores de tração e retenção.

As Figuras 12 a 14 ilustram casos de alguns pacientes incluídos neste estudo.

COMENTÁRIOS

A sutura do SMAS segundo os 5 vetores com direções distintas tem oferecido efeitos mais eficazes, constantes e satisfatórios a longo prazo, motivando sua indicação e uso na rotina das ritidoplastias. Nos pacientes operados, não houve dissecação ou ressecção segmentar do SMAS com sutura no sentido cranial ou retroauricular. Apesar de os cirurgiões terem conhecimento da anatomia, não raramente a dissecação do SMAS tem determinado lesões. De forma temporária ou permanente, as consequências também têm sido imprevisíveis. Mesmo quando a lesão é temporária, os meses de expectativa têm determinado grande apreensão para as partes envolvidas. A não mobilização do SMAS,

além de reduzir o traumatismo cirúrgico, tem oferecido maior segurança e eficácia a longo prazo, devendo ser considerada fator relevante para sua indicação. Além disso, a técnica com sistematização de 2 vetores utilizados na região cervical é de fácil execução e reprodutibilidade, retardando a recidiva de bridas no platisma, comumente observadas na manobra única da sutura mediana cervical. Em nossos pacientes acompanhados nos últimos 5 anos não temos observado recidiva das bridas.

A plicatura do SMAS por meio dos vetores III, IV e V, que apresentam direções distintas, tem determinado a redução de sua superfície, de maneira a retardar o ulterior lasseamento. Mensurações na superfície dissecada da pele nos sentidos transversal e longitudinal no segmento médio da face, antes e após a plicatura do SMAS, registram redução de 1 cm a 2 cm desses eixos.

Os efeitos desses procedimentos têm sido mais bem observados em pacientes com mais de 60 anos de idade, em decorrência dos fatores naturais das décadas mais avançadas pelo lasseamento próprio da pele e do SMAS (Figuras 12 a 14). A incidência de edema, equimoses e hematomas fica também



Figura 12 – Paciente de 65 anos de idade, submetida a blefaroplastia com ritidoplastia no mesmo ato operatório. Manutenção natural da linha da mandíbula, sem recidiva das bandas do platisma. Em **A** e **B**, vista de frente, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 4 anos e 2 meses. Em **C** e **D**, vista de perfil, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 4 anos e 2 meses.



Figura 13 – Paciente de 75 anos de idade, submetida a blefaroplastia com ritidoplastia no mesmo ato operatório. Manutenção natural da linha da mandíbula, sem recidiva das bandas do platisma. Em **A** e **B**, vista de frente, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 2 anos e 1 mês. Em **C** e **D**, vista de perfil, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 2 anos e 1 mês.



Figura 14 – Paciente submetida a blefaroplastia com ritidoplastia aos 79 anos de idade, sem tratamento com SMAS. Em **A e B**, vista de frente, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 9 anos. Em **D e E**, vista de perfil, respectivamente, nos períodos pré e pós-operatório de 9 anos. Em **C e F**, aos 88 anos de idade, vista de frente e de perfil de nova plástica facial e do pescoço seguindo os procedimentos descritos.

reduzida em comparação às táticas cirúrgicas com dissecções mais amplas. A aplicação dos pontos de adesão nas áreas dissecadas tem garantido a limitação de possíveis hematomas e dispensado o uso de drenos de qualquer natureza. Com base nesses aspectos, tem sido observada recuperação mais rápida e maior eficácia na qualidade dos resultados a longo prazo, comparativamente a métodos tradicionalmente descritos na literatura.

A literatura registra a secção múltipla das bandas de platisma ao longo de sua extensão também com resultados satisfatórios^{11,12}. A busca pelo aperfeiçoamento das táticas cirúrgicas aliada à simplificação técnica e à qualidade e manutenção dos resultados têm sido uma constante na história da medicina.

CONCLUSÕES

A substituição da dissecção do SMAS pela sua sutura com base em 5 vetores com direções distintas, 2 na região cervical e 3 na face, tem determinado vantagens nas ritidoplastias, pela qualidade dos efeitos nos pacientes de diferentes faixas etárias e nas reintervenções secundárias. A ausência de lesões do nervo facial e a grande redução da incidência de hematomas e do tempo de recuperação no pós-operatório têm motivado os autores a executar e indicar esse procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Skoog T. Plastic surgery: new methods and refinements. Philadelphia: WB Saunders; 1974.
2. Mitz V, Payronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg.* 1976;58(1): 80-8.
3. Guerrero-Santos J, Espaillat L, Morales F. Muscular lift in cervical rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1974;54(2):127-30.
4. Connell BF. Cervical lifts: the value of platysma muscle flaps. *Ann Plast Surg.* 1978;1(1):32-43.
5. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL, Baker TM. Extended SMAS dissection as an approach to midface rejuvenation. *Clin Plast Surg.* 1995; 22(2):295-311.
6. Castro CS. Cirurgia do rejuvenescimento facial. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.
7. Aston SJ. Problems and complications in platysma: SMAS cervical rhytidectomy. In: Kaye BL, Gradinger GP, eds. Symposium on problems and complications in aesthetic plastic surgery of the face. St Louis: CV Mosby; 1984. p. 132.
8. Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg.* 1983;10(3):543-62.
9. Oswsley JQ. The unfavorable result following face and neck lift. In: Goldwyn RM, ed. Unfavorable result in plastic surgery. Vol II. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1984. p. 59.
10. Pitanguy I, Garcia LC. Filosofia, técnica e complicações das ritidoplastias através da observação e análise de 2.600 casos pessoais consecutivos. *Rev Bras Cir.* 1972;62:277.
11. Daher JC. Closed platysmoplasty: a new procedure for the treatment of platysma bands without skin dissection. *Aesthetic Plast Surg.* 2011; 35(5):866-77.
12. Gonzalez R. Composite platysmaplasty and closed percutaneous platysma myotomy: a simple way to treat deformities of the neck caused by aging. *Aesthetic Surg J.* 2009;29(5):344-54.

Correspondência para:

Nelson Augusto Letizio
Avenida 11, 589 – Centro – Rio Claro, SP, Brasil – CEP 13500-350
E-mail: nletizio@uol.com.br