

# Tratamento da glândula submandibular na cirurgia de contorno cervical

ANDRE AUERSVALD

## Introdução

O sucesso do rejuvenescimento facial cirúrgico inclui adequada avaliação e eventual indicação do tratamento do pescoço. A anatomia do pescoço deve considerar 3 planos de possível tratamento. O primeiro é o pré-platísmal, em que se pode encontrar acúmulo de gordura subcutânea removível. O segundo é o próprio platísmo, frequentemente flácido e tratável com plicatura. O terceiro e último plano é o subplatísmal, em que gordura, músculos digástricos e glândulas submandibulares podem contribuir para perda acentuada do contorno da região. A técnica cirúrgica para tratamento da região subplatísmal já foi detalhada previamente. Quando se aplica o tratamento da glândula submandibular com sua ressecção, complicações possíveis incluem sialoma (coleção de saliva no espaço residual após a retirada da glândula), fistula salivar e hematoma. Em abdominoplastia, a ocorrência de coleções líquidas pós-operatórias, especialmente o seroma, foi diminuída drasticamente com a introdução dos pontos de Baroudi.

## Objetivo

O presente trabalho objetiva descrever uma tática cirúrgica para prevenção da ocorrência de sialoma e hematoma no pós-operatório de uma série de pacientes submetidos a cirurgia de contorno cervical, com ressecção parcial das glândulas submandibulares.

## Método

Foram avaliados 188 pacientes consecutivos submetidos a cirurgia de contorno do pescoço com ressecção parcial das glândulas submandibulares, conforme descrito previamente. As cirurgias foram realizadas entre julho de

2011 e junho de 2013. Os primeiros 15 pacientes operados não foram submetidos à tática proposta e serviram como grupo controle. Os demais 163 foram incluídos no grupo estudo, no qual a tática proposta foi empregada. Todos os pacientes foram submetidos a anestesia geral com intubação orotraqueal e complementação com anestesia local com solução de lidocaína, ropivacaína e adrenalina. Após incisão submentoniana e descolamento subcutâneo, o músculo platísmo é aberto longitudinalmente nas porções mediais. Um retalho desse músculo é dissecado lateralmente até a abertura de espaço suficiente para a visualização da glândula submandibular. Em seguida, une-se o platísmo e a pele com ponto transfixante de náilon 2-0 com agulha triangular 3/8 de 30 mm. Após exposição da glândula submandibular, incisa-se sua cápsula em sua porção mais anterior e caudal em relação ao cirurgião, permitindo a liberação da glândula propriamente dita. Em seguida, é feita ressecção parcial do lóbulo anterior da glândula com eletrocautério. Após hemostasia, procede-se ao passo mais importante na tática cirúrgica proposta. Solta-se o ponto entre a pele e o platísmo e confecciona-se ponto de obliteração do espaço deixado pela ressecção da glândula, local de possível acúmulo de saliva e sangue. Esse ponto é realizado com fio absorvível monofilamentar de gliconato 5-0 com agulha cilíndrica 1/2 de 17 mm. A agulha é passada inicialmente pela glândula, para, em seguida, englobar o platísmo. Então incluem-se alguns milímetros da porção medial do músculo milo-hióideo para concluir o ponto. Com isso, o platísmo é “empurrado” para junto da glândula, que, por sua vez, está estabilizada

pelo milo-hióideo. Fecha-se, assim, a área aberta com a retirada da glândula submandibular, não permitindo espaço para formação nem de sialoma nem de hematoma. Após a realização do ponto, o músculo digástrico é avaliado. Nos casos de hipertrofia, o ventre anterior do músculo é reduzido parcialmente com eletrocautério. A plicatura do platísmo é feita de forma convencional, com pontos separados de náilon 3-0 ou 4-0. Ambos os lados são tratados com a tática descrita. Após a alta hospitalar, os pacientes foram reavaliados periodicamente. Por meio de inspeção e palpação, procurou-se detectar volumes correspondentes a possíveis sialomas e hematomas. Pacientes com suspeita clínica foram submetidos a punção, para confirmação. Punção positiva foi considerada aquela com obtenção de, ao menos, 0,5 ml de coleção salivar ou sanguínea. Os resultados foram analisados usando o teste de Fisher.  $P < 0,05$  ou 5% foi estabelecido para a rejeição da hipótese de nulidade.

## Resultados

No grupo controle, 5 (33,3%) dos 15 pacientes desenvolveram sialoma pós-operatório. No grupo estudo, 2 (1,2%) dos 163 pacientes desenvolveram essa complicação.

## Conclusão

O uso de ponto de obliteração do espaço residual após ressecção da glândula submandibular diminuiu de maneira significativa a ocorrência de sialoma e seroma na cirurgia de contorno cervical. O conhecimento da anatomia cirúrgica do pescoço aliado a técnica e táticas apropriadas tornam o tratamento da região subplatísmal um procedimento seguro e reprodutível.