Ritidoplastia com cicatriz periauricular

Periauricular rhytidoplasty

Benjamin de Souza Gomes Filho[1]
Hans Willi Fleishmann Júnior[2]
Andressa V. Caldellas[3]
Felipe Gama e Colombo[4]
Alice Almeida Martins de Andrade[5]

Trabalho realizado no Centro de Cirurgia Plástica de Vitória, Vitória, ES.
Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.
Artigo recebido: 25/8/2009
Artigo aceito: 23/10/2009

RESUMO

Os autores analisam a aplicabilidade da ritidoplastia com cicatriz periauricular em 107 pacientes operados. Técnica esta, que tem como diferencial, a incisão que circunda o pavilhão auricular e se acomoda no sulco retroauricular, terminando em cicatriz única na região temporal. É indicada primariamente em pacientes que iniciam mais cedo o tratamento da ritidose facial.

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

SUMMARY

The author's analyze the use of face-lifting with periauricular scar in 107 cases. The main differential of this technique is the incision that circles the auricle, and accommodate in post auricular region, finishing in a unique scar in temporal region. It's indicated at first for the patients who initiate early the treatment of facial rhytidosis.

Descriptors: Rhytidoplasty. Face/surgery. Surgery, plastic/methods.

INTRODUÇÃO

A técnica de ritidoplastia com cicatriz periauricular tem sido usada em nossa casuística como opção às ritidoplastias com cicatrizes convencionais; em pacientes com pouco excedente cutâneo na região cervical, permitindo tratamento adequado para os terços médio e inferior da face com uma cicatriz única que circunda o pavilhão auricular, e termina, na região temporal. Consiste em uma alternativa às técnicas nas quais a incisão segue em direção posterior (retroauricular) e àquelas que tangenciam o pé do cabelo[1-11]. É bem indicada para homens e mulheres que usam cabelos curtos, ou presos, pois não evidencia cicatriz na região da mastóide. Assim, associada à lipoaspiração da região cervical, ao tratamento das estruturas profundas ("SMAS") e às cirurgias complementares (blefaroplastias e cirurgias no terço superior da face) permite o tratamento completo da face. O tratamento das estruturas profundas é personalizado de acordo com as necessidades do paciente, e pode ser realizado das diversas formas descritas.

Histórico

Iniciamos o uso da ritidoplastia com cicatriz periauricular a partir do ano de 2004, quando no 17º congresso da ISAPS, realizado em Houston, EUA, Dr. Mário Sérgio Lomba Galvão, do Rio de Janeiro, apresentou o tema na época denominado "*Round Lift*". Foi observada sua indicação e aplicabilidade; como opção às cirurgias convencionais; para tratamento do envelhecimento facial em pacientes mais jovens, com pouco excedente cutâneo na região cervical.

MÉTODO

Foram submetidas à ritidoplastia com cicatriz periauricular em nossa clínica 107 pacientes, no período de março de 2004 a junho de 2009, sendo 86 mulheres e 21 homens. A faixa etária variou de 35 a 55 anos. Os pacientes foram acompanhados no pós-operatório imediato e tardio. Não foram levadas em consideração para este estudo a existência de comorbidades.

1. Membro Titular da SBCP; Médico Cirurgião Plástico.
2. Membro Especialista da SBCP; Médico Cirurgião Plástico.
3. Membro Especialista da SBCP; Médica Cirurgiã Plástica.
4. Membro Especialista da SBCP; Médico Cirurgião Plástico.
5. Médica Cirurgiã Geral.

A técnica da ritidoplastia com cicatriz periauricular está primariamente indicada para pacientes com pequeno excedente cutâneo a ser tratado, na região cervical. O que a nosso ver se apresenta como principal fator limitante ao uso da mesma.

Técnica operatória

Preparo do paciente com corte do cabelo na região acima do pavilhão auricular, assepsia com solução degermante de clorexidina a 2%, seguida da colocação de campos estéreis. Inicia-se a marcação do local de incisão, das áreas de descolamento e da área a ser lipoaspirada (Figura 1).

Na região retroauricular, a marcação segue até um ponto um pouco acima da projeção da linha de Frankfort. Marcação esta que será prolongada em direção superior durante a acomodação do excedente de pele caso necessário, podendo encontrar-se com a incisão da região temporal (Figura 2).

A cirurgia é realizada com sedação sob monitorização da equipe da anestesia, associada à anestesia local, onde usamos uma solução contendo 20ml de lidocaína a 2%, 20ml de bupivacaína a 0,5%, uma ampola de adrenalina 1:1000, um frasco de Depo-Medrol (acetato de metilprednisolona) e 200ml de soro fisiológico. Esta solução é infiltrada em toda área de descolamento (Figura 3).

Inicia-se a cirurgia pela incisão na porção inferior do lobo da orelha, e no submento, por onde se realiza a lipoaspiração da face, seguida pela região cervical, manobra que facilita o posterior descolamento (Figura 4).

A partir do orifício criado para a lipoaspiração, prosseguimos incisando em direção posterior até a marcação na região retroauricular.

O descolamento na região mastóidea realiza-se no plano subcutâneo e se prolonga em direção superior, inferior e posterior, até que possa permitir uma rotação e subsequente acomodação desse retalho. O descolamento posterior respeita a emergência do nervo grande auricular, que ocorre com mais frequência em um ponto a 0,6 cm atrás da orelha, seguindo a "linha horizontal de Frankfort", que corresponde à linha que margeia a borda da órbita e passa na porção superior do tragus estendendo-se posteriormente (Figura 5).

O descolamento retroauricular se estende até que permita uma rotação para cima, visando à posterior acomodação do retalho (Figura 6).

Retornando à porção anterior da face, unimos a incisão posterior à anterior, prosseguindo com descolamento no terço médio da face e região cervical (Figura 7).

Continuamos superiormente (incisão pré-auricular) até alcançarmos a região temporal unindo todas as incisões. Descolamos a região temporal e a região zigomática, com identificação da artéria temporal e ocasionalmente ligadura da mesma (Figura 8).

Figura 1 *– Marcação da face: esse tipo de incisão permite o uso de várias formas de tratamento das estruturas profundas da face.*

Figura 2 *– Extensão da incisão posterior.*

Figura 3 *– Infiltração.*

Figura 4 *– Lipoaspiração.*

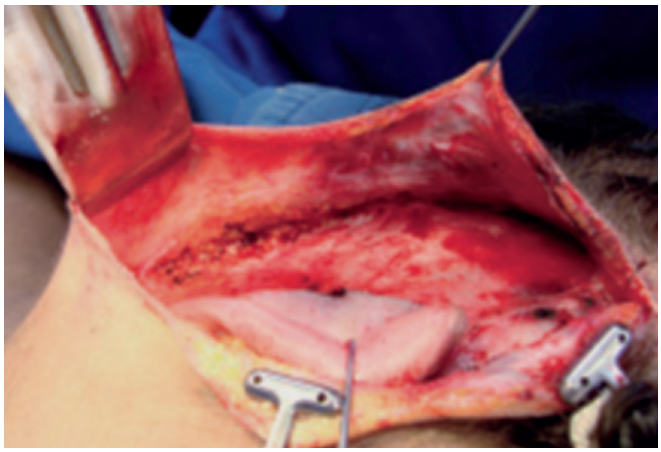

Figura 5 *– Descolamento posterior na região do mastóide.*

Figura 6 *– Rotação e avançamento superior do retalho posterior após descolamento.*

Figura 7 *– Descolamento do terço inferior da face e região cervical.*

Figura 8 *– Descolamento de região zigomática e ligadura da artéria temporal (quando se faz necessário).*

Figura 9 *– Marcação da área de ressecção do SMAS.*

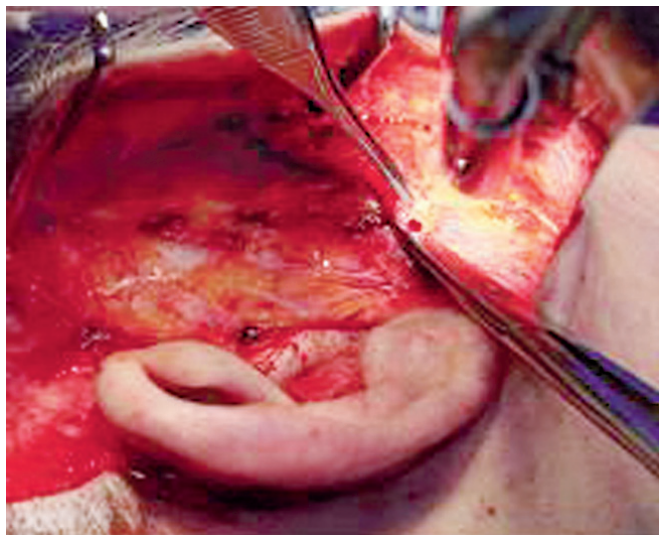

Figura 10 *– Ressecção de faixa de SMAS.*

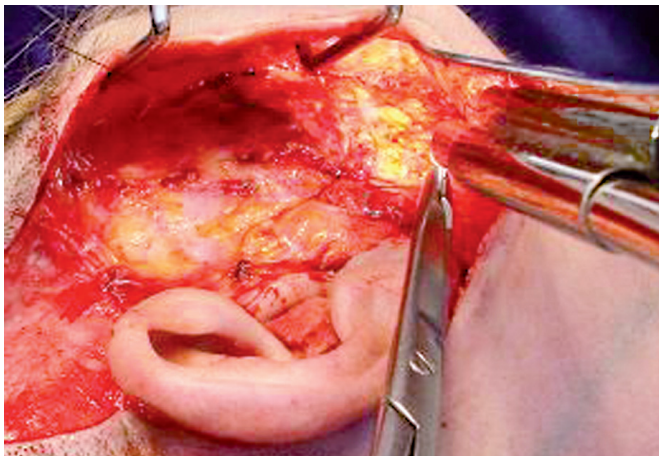

Figura 11 *– Plicatura do SMAS.*

Figura 12 *– Avaliação do avanço dos retalhos e dos excedentes cutâneos.*

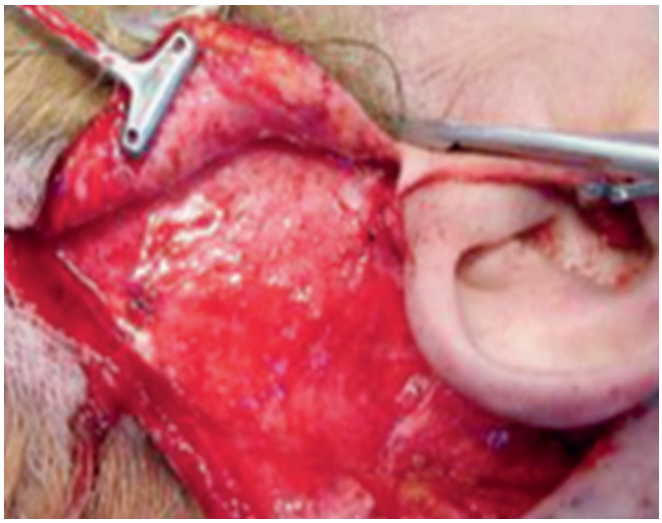

Figura 13 *– Bloqueio do "pé do cabelo".*

Figura 14 *– Avaliação do excesso de pele retroauricular (avanço do retalho inferior).*

Figura 15 *– "Bloqueio" do retalho inferior, com sua fixação à concha.*

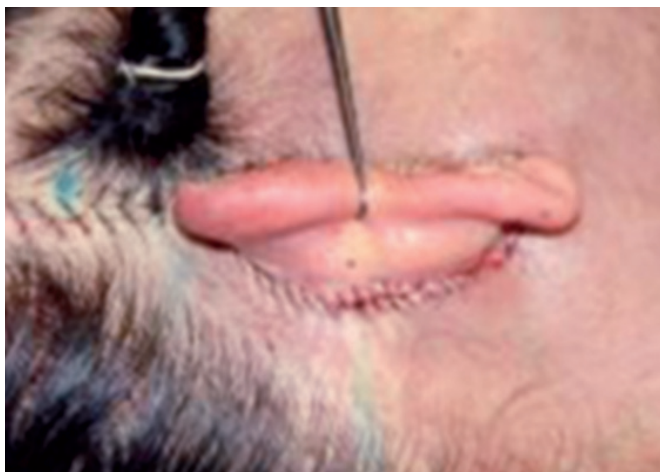

Figura 16 *– Sutura final.*

Figura 17 *– Resultados obtidos: caso clínico 1.* ***A***, ***D*** *e* ***G****: Pré-operatório;* ***B***, ***E*** *e* ***H****: Pós-operatório de 5 dias;* ***C***, ***F*** *e* ***I****: Pós-operatório de 2 anos.*

Figura 18 *– Resultados obtidos: caso clínico 2* ***A***, ***C*** *e* ***E****: Pré-operatório;* ***B***, ***D*** *e* ***F****: Pós-operatório de 6 meses.*

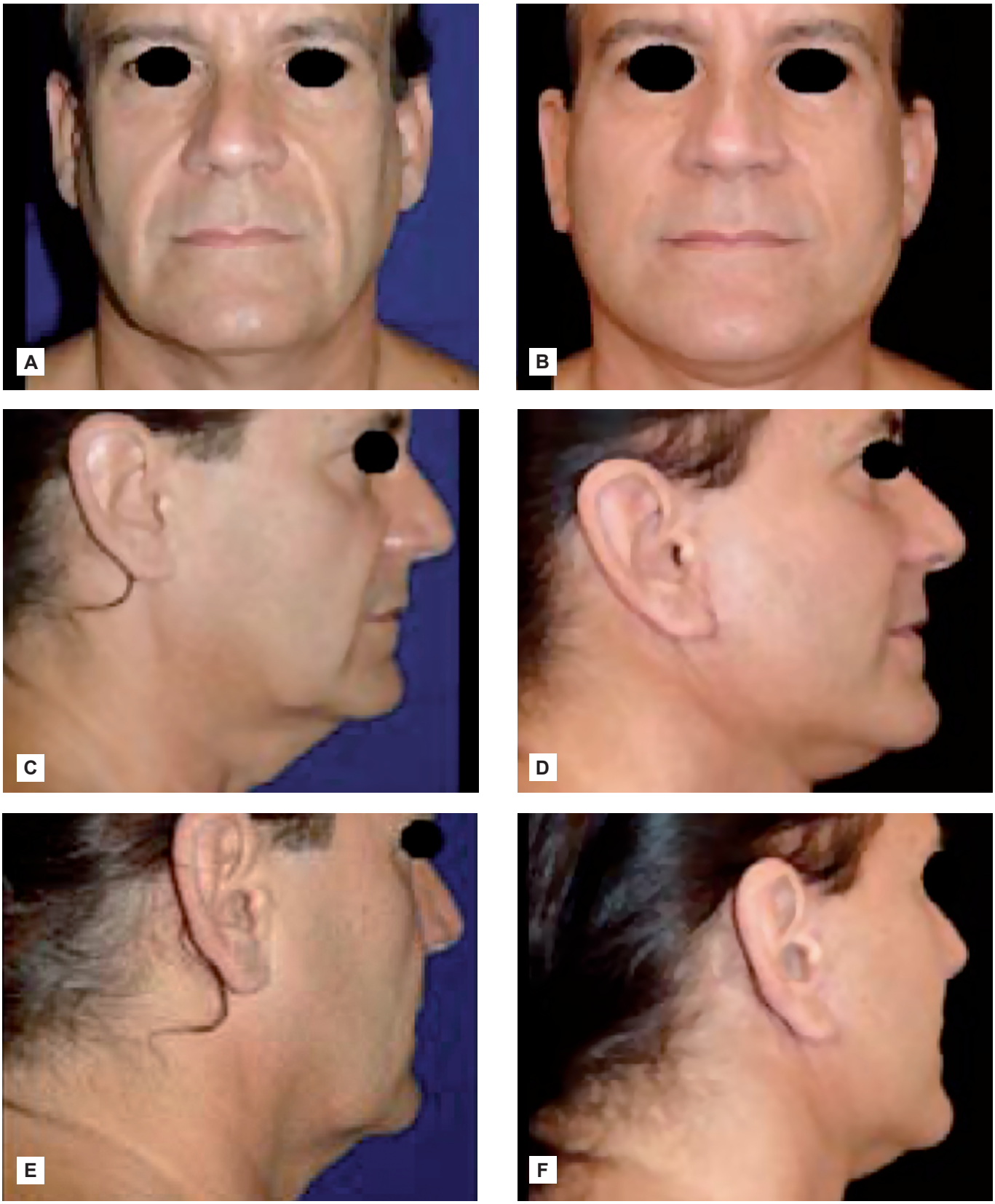

Figura 19 *– Resultados obtidos: caso clínico 3.* ***A***, ***C*** *e* ***E****: Pré-operatório;* ***B***, ***D*** *e* ***F****: Pós-operatório de 35 dias.*

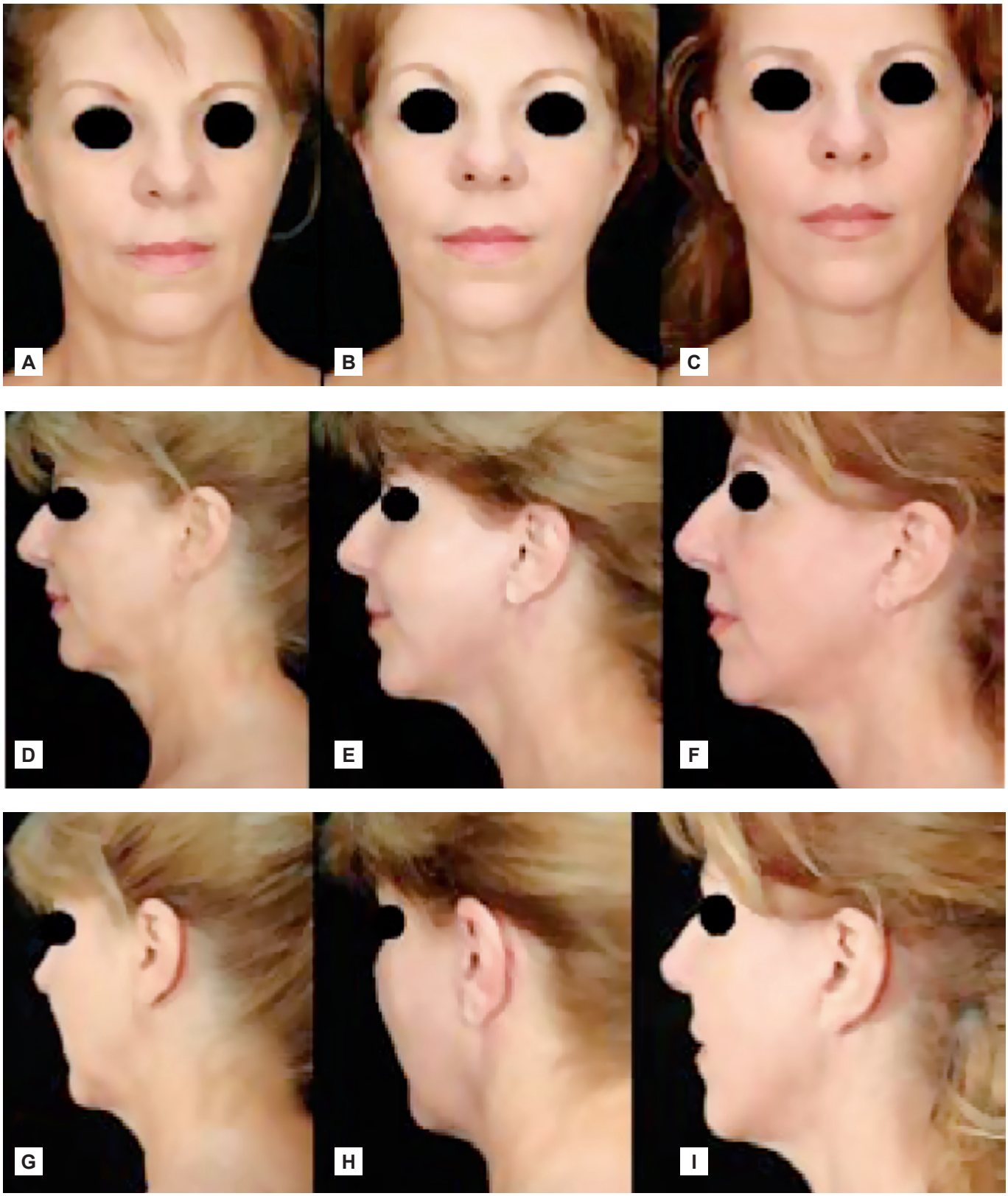

Figura 20 *– Resultados obtidos: caso clínico 4.* ***A***, ***D*** *e* ***G****: Pré-operatório;* ***B***, ***E*** *e* ***H****: Pós-operatório de 2 meses;* ***C***, ***F*** *e* ***I****: Pós-operatório de 7 meses.*

Tratamento das estruturas profundas

A face após descolamento se apresenta de forma a propiciar o tratamento das estruturas profundas das diversas formas descritas (plicaturas, "smasectomias", retalhos, etc.); como no caso apresentado que julgamos ser a "smasectomia" pela técnica de Baker, a melhor indicação.

O SMAS é tratado com ressecção em faixa, de forma ascendente da região cervical lateral (retroauricular), margeando o lobo da orelha em direção à região malar, seguida de plicatura do mesmo com pontos separados de nylon 4.0; conforme técnica de Baker (Figuras 9 a 11).

Aqui cabe a avaliação do cirurgião quanto à técnica de tratamento do SMAS a ser utilizada, lembrando que as manobras cirúrgicas até aqui realizadas não prejudicam ou contraindicam a execução de outras formas de tratamento para o SMAS.

Realizamos a revisão da hemostasia, seguida da ressecção dos excedentes cutâneos nos retalhos descolados, iniciando-se com incisão da pele e fixação na região supra-auricular (ponto de bloqueio do pé do cabelo), agrupando o retalho anterior, ao plano profundo e ainda ao retalho posterior (Figuras 12 e 13).

Após o bloqueio do pé do cabelo, ressecamos e suturamos a pele da região temporal (couro cabeludo).

A partir deste momento, com o pé do cabelo bloqueado, tracionamos a porção inferior da face em direção súpero-posterior, evidenciando o excesso de pele (Figura 14).

Fixamos o retalho inferior à concha auricular, "bloqueando" também esse retalho. A partir daí será realizada a ressecção do excedente cutâneo remanescente, e sua acomodação no sulco retroauricular, na forma de bipartição/ressecção/sutura, visando não distorcer a linha de união do cabelo. (Figura 15).

Na porção anterior da face, tracionamos o retalho em direção póstero-superior, ressecamos o excedente e iniciamos sua fixação pela região pré-tragal. Fixamos o lobo da orelha ao plano profundo para evitar sua tração e direção inferior no pós-operatório.

Utilizamos fixação do retalho com pontos subdérmicos nas regiões temporal, pré-auricular, e retroauricular, com pontos de fio não-absorvível. São colocados drenos de Penrose n° 1, em ambos os lados, seguido de sutura contínua com nylon 6.0, na região anterior, e nylon 5.0 na região posterior (Figura 16).

Seguimos com os tempos cirúrgicos associados ao *lifting* facial, como blefaroplastias e tratamento da região frontal.

Finalizamos com curativo oclusivo embebido em soro fisiológico gelado, e paciente encaminhado à recuperação anestésica.

RESULTADOS

As Figuras 17 a 20 demonstram alguns dos resultados obtidos.

DISCUSSÃO

Avaliamos positivamente o uso da técnica de ritidoplastia com cicatriz periauricular, pois permitiu a abordagem e o tratamento adequado das estruturas faciais que se mostraram necessárias, nos casos selecionados. Assim evitamos prolongamentos das incisões e suas consequências.

CONCLUSÃO

A técnica de ritidoplastia com cicatriz periauricular se mostrou como uma alternativa viável para o *face-lift* no paciente com pequeno a moderado excedente cutanêo, não sendo adequado para aqueles pacientes com grande flacidez cervical devido à dificuldade de compensação desta pele na região retroauricular.

REFERÊNCIAS

1. Farkas LG, Sohm P, Kolar JC, Katic MJ, Munro IR. Inclinations of the facial profile: art versus reality. Plast Reconstr Surg. 1985;75(4):509-19.
2. Rees TD. Aesthetic plastic surgery. Philadelphia:WB Saunders;1980.
3. La Trenta GS. Atlas de cirurgia estética de face e pescoço. Rio de Janeiro:Elsevier;2004.
4. Cardoso de Castro C. Cirurgia de rejuvenescimento facial. Rio de Janeiro:Medsi;1998.
5. Knize DM. Periauricular face lift incisions and the auricular anchor. Plast Reconstr Surg. 1999;104(5):1508-23.
6. Hakme F. SMAS-platisma nas ritidoplastias cervicofaciais. Rev Bras Cir. 1982;72:105.
7. Levy SS. Smascectomia e redução de cicatrizes no facelifting. Rev SBCP Rio. ano II;2(6):12-4.
8. Little JW. Hiding the posterior scar in rhytidectomy: the omega incision. Plast Reconstr Surg. 1999;104(1):259-72.

Correspondência para: Benjamin de Souza Gomes Filho
Centro de Cirurgia Plástica
Rua Engenheiro Guilherme Varejão 220 – Enseada do Suá – Vitória, ES, Brasil – CEP: 29050- 260.
E-mail: benjagf@terra.com.br