



# Península capilar segmentada, como prevenção da ascensão capilar e seu desalinhamento nas ritidoplastias

## *Segmented scalp peninsula to prevent a raised hairline and misalignment in rhytidoplasty*

GETÚLIO DUARTE JUNIOR<sup>1,2,3\*</sup>

FÁBIO COELHO DUARTE<sup>1,2</sup>

GISELA HOBSON PONTES<sup>1,2</sup>

RONALDO PONTES<sup>1,2,4</sup>

### ■ RESUMO

**Introdução:** A ritidoplastia tem demonstrado excelentes resultados no tratamento da flacidez facial ao longo dos tempos, porém em alguns casos selecionados, nos quais o paciente apresenta flacidez facial acentuada associada com implantação capilar pré-auricular alta, observamos, após a tração dos retalhos, uma ascensão da implantação capilar acima da raiz da helix, causando um aspecto inestético facial e configurando um estigma cirúrgico para o procedimento. O objetivo desse estudo é demonstrar uma técnica cirúrgica com intuito de prevenir a ascensão capilar e manter o seu correto alinhamento, no *lifting* facial. **Métodos:** Foram operados 25 pacientes, submetidos à ritidoplastia, dos quais 12 realizamos a península capilar segmentada. Foi realizada uma análise descritiva desse grupo, quanto à idade, altura da implantação capilar, tempo cirúrgico, elevação do “pé do cabelo”, necrose, hematoma pós-operatório, cicatrizes inestéticas e neuropraxia. **Resultados:** Em relação à população analisada, realizamos a península capilar segmentada em 12 pacientes, ou seja, 48%, a idade variou entre 41 e 74 anos, sendo a média de 60 anos. O retorno às atividades habituais variou de 10 a 21 dias. Não ocorreram alterações inestéticas da implantação da linha capilar na “costeleta” nos 12 pacientes submetidos à península capilar segmentada, houve um (4%) caso de hematoma, nenhum caso de necrose ou neuropraxia. **Conclusão:** A península capilar segmentada demonstrou ser uma técnica de fácil execução, baixo índice de complicações e com resultados estéticos satisfatórios.

**Descritores:** Ritidoplastia; Cirurgia plástica/Métodos; Rejuvenescimento; Cabelo.

Instituição: Clínica Fluminense de Cirurgia Plástica/Hospital Niterói D'or - Niterói -RJ e Hospital Universitário de Marília - Marília, SP

Artigo submetido: 28/7/2014.

Artigo aceito: 17/11/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0008

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Niterói D'or, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Marília, Marília, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

#### ■ ABSTRACT

**Introduction:** Rhytidoplasty has shown excellent results in the treatment of facial laxity over the years, but in a few cases in which the patient has increased facial laxity associated with high preauricular scalp implantation, we observed elevation of implantation above the root of the helix after flap traction, resulting in an unesthetic facial appearance and marring the surgical procedure. The objective of this study was to demonstrate a surgical technique designed to prevent hairline recession and maintain correct alignment for the facelift. **Methods:** Of 25 patients who underwent rhytidoplasty, 12 received a segmented scalp peninsula. Descriptive analysis in this group included age, level of scalp implantation, surgical time, elevation of the hairline, necrosis, postoperative hematoma, unesthetic scars, and neuropraxia. **Results:** We analyzed the results of a segmented scalp peninsula in 12 patients, ranging in age between 41 and 74 years, with a mean of 60 years. The return to usual activities ranged from 10 to 21 days. No unesthetic changes resulted from placement of the hairline on the sideburn in these 12 patients; there was one (4%) case of hematoma, but no case of necrosis or neuropraxia. **Conclusion:** The segmented scalp peninsula is an easily performed technique, with a low risk of complications and with satisfactory esthetic results.

**Keywords:** Rhytidoplasty; Plastic surgery/methods; Rejuvenation; Hair.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma das certezas dessa vida, ao qual nos deparamos com o passar dos anos. A cultura do envelhecimento e a maneira como lidamos com a autoimagem varia entre os povos, crenças e comportamentos. A cirurgia surgiu como uma arma para congelar o tempo, ou trazer a jovialidade perdida nas incertezas da vida.

A ritidoplastia tem demonstrado excelentes resultados no tratamento da flacidez facial, desde Charles Conrad, em 1907, porém, em casos selecionados nos quais o paciente apresenta flacidez facial acentuada associada com implantação capilar pré-auricular, considerada alta, observamos após a tração dos retalhos no sentido oblíquo uma ascensão da implantação capilar acima da raiz da helix, causando um aspecto inestético facial e configurando um estigma cirúrgico para o procedimento. A nossa intenção inicial é realizar uma padronização quanto à altura do pé do cabelo; em alta, média e baixa; assim sendo, realizar um melhor diagnóstico e prevenção da elevação da “costeleta”. Esta padronização faz com que o aprendizado da técnica seja facilitado, didático e reprodutível em serviços de residência médica.

## OBJETIVOS

Descrever a sistematização da técnica da península capilar segmentada, demonstrando sua indicação e confecção em pacientes submetidos à cirurgia de ritidoplastia.

Descrever a amostra dos pacientes operados nos últimos três anos submetidos a este método.

Demonstrar os índices de ascensão e desalinhamento da linha capilar, avaliamos em conjunto as complicações cirúrgicas.

## MÉTODOS

Foram analisados prospectivamente pacientes do sexo feminino submetidos à ritidoplastia, sendo realizada a península capilar segmentada no grupo classificado como alta e média a implantação do cabelo, na região pré-auricular, entre os anos de 2011 a 2014, na Clínica Fluminense de Cirurgia Plástica/Hospital Niterói D’or, Niterói - RJ, e no Hospital Universitário de Marília - SP. Todas as cirurgias foram realizadas pelo autor.

Procedemos à qualificação da amostra sem objetivo de comparação estatística. Os dados coletados foram referentes a:

1. Idade
2. Altura da implantação capilar na região pré-auricular
3. Tempo cirúrgico
4. Elevação da implantação capilar na região pré-auricular
5. Cicatrizes inestéticas
6. Hematoma
7. Necrose cutânea
8. Neuropraxia

### Técnica Cirúrgica

1. O preparo do paciente foi: tricotomia, anestesia, antisepsia, campos e infiltração, com duração de aproximadamente 45 minutos.
2. A anestesia realizada foi a geral, associada com infiltração de solução, descrito abaixo.
3. A infiltração do campo operatório foi realizada com uma solução de 20 ml de cloridrato de lidocaína a 2% (400 mg), 20 ml de cloridrato de ropivacaína a 0,75% (150 mg), 0,5 ml de adrenalina a 1/1000 e 460 ml de soro fisiológico a 0,9%, num total de 500,5 ml de solução. Apresentando uma concentração de aproximadamente 1/10000.000 de adrenalina.
4. O tempo médio variou de 4,5 até 6,0 h.
5. Todos os pacientes foram drenados com sistema fechado de sucção e realizada sua retirada em 24h após a cirurgia.
6. Os pacientes tiveram alta 24h após o procedimento em 100% dos casos.

Realizamos a técnica da península, já consagrada pelo professor Ronaldo Pontes<sup>1,2</sup> desde 1999, à qual defendemos uma tática para a técnica que nos facilitaria na execução desta, no sentido de preservar a ascensão do “pé do cabelo” e o alinhamento capilar ao final da “costeleta”, com menor ônus cicatricial. Seguimos fielmente os parâmetros da técnica de contornar o “pé do cabelo” em aproximadamente 2,5 a 3 cm, porém, diferentemente da descrição original, preservamos um seguimento de pele ao final da “costeleta” de aproximadamente 1 a 2 cm (Figuras 1, 2 e 3) e continuamos a incisão na região temporal, intracapilar. O fato da incisão ser interrompida na transição da implantação capilar, no final da costeleta, anula o risco do desalinhamento capilar nesta região (Figura 2 e 4).

## RESULTADOS

No período de março de 2011 até março de 2014, vinte e cinco pacientes fizeram ritidoplastia, sendo realizada a península capilar segmentada em 12 pacientes, ou seja, 48%, por apresentarem a implantação



Figura 1. Marcação da península capilar segmentada, observem o círculo sinalizando a preservação de um segmento de pele ao final da costeleta.



Figura 2. Incisão da península capilar segmentada.



Figura 3. Tração dos retalhos com preservação da implantação capilar (pé do cabelo).



Figura 4. Tração temporal com preservação do alinhamento capilar ao final da costeleta.

capilar considerada alta ou média. A idade variou entre 41 e 74 anos (Figura 5), sendo a média de 60 anos. O retorno às atividades habituais variou de 10 a 21 dias. Não ocorreram alterações inestéticas da implantação da linha capilar na “costeleta” nos 12 pacientes submetidos à península capilar segmentada; um (4%) paciente apresentou elevação da implantação capilar acima do desejável que por um erro de classificação não realizamos a península capilar segmentada; houve um (4%) caso de hematoma, mesmo com o dreno de sucção fechado, solucionado com drenagem manual. Esse caso evoluiu no 6º dia de pós-operatório com seroma localizado na região cervical lateral, o qual tratamos com punção aspirativa com agulha (1,20 x 40 mm), assim como sugerem Destro et al.<sup>3</sup>. Nenhum caso de necrose, cicatriz inestética ou neuropraxia foi constatado.

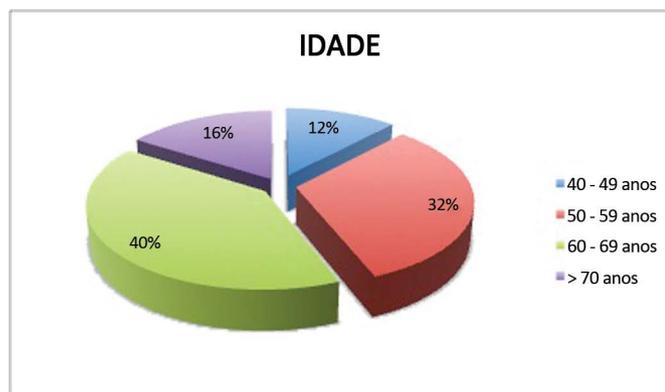


Figura 5. Distribuição da população quanto à idade.

Idealizamos uma padronização da implantação capilar pré-auricular, quanto a sua altura, conforme

vemos na classificação no quadro abaixo (Quadro 1) e demonstrado nos desenhos ilustrativos (Figuras 6, 7 e 8).

Quadro 1. Classificação da implantação capilar pré-auricular. Obs.: Desconsiderar a penugem na classificação.

1) ALTA	O limite inferior seria uma linha imaginária entre o canto externo do olho e a Raiz da Helix.
2) MÉDIA	O limite inferior seria uma linha imaginária entre o canto externo do olho e o Início do Trágus.
3) BAIXA	O limite inferior seria uma linha imaginária entre o canto externo do olho e o Final do Trágus.



Figura 6. Implantação acima da raiz da Helix, considerada Alta, Pré e Pós de península capilar segmentada.



Figura 7. Lifting secundário - Implantação Alta, realizado a península capilar segmentada, Pré e Pós.



**Figura 8.** Implantação média da costeleta, Pré e Pós de Península capilar segmentada.

Dividimos os pacientes entre a altura do “pé do cabelo” em Alta (Figuras 9 e 10), Média (Figura 11) Baixa.



**Figura 9.** Implantação média, Pré e Pós de Península capilar segmentada.



**Figura 10.** Implantação média, classificada anteriormente como baixa, não realizamos a península. Observem a ascensão do “pé do cabelo” Obs: Desconsiderar a penugem na classificação.



**Figura 11.** Implantação baixa, não foi realizado a península. Elevação da implantação capilar sem comprometer o resultado estético, Pré e Pós.

## DISCUSSÃO

Castro et al.<sup>4</sup> e Menezes et al.<sup>5</sup>, relataram uma melhor análise após o 4<sup>o</sup> mês de pós-operatório e essa foi a conduta adotada no nosso trabalho. Em contraste à grande quantidade de publicações na literatura sobre ritidoplastia, poucos trabalhos descrevem métodos que visam prevenir a ascensão do “pé do cabelo”.

A elevação do “pé do cabelo” caracteriza uma alteração inestética e um estigma nas ritidoplastias, principalmente em pacientes com implantação capilar, pré-auricular, alta ou média que não foram submetidos à nenhuma técnica para preservar a altura da costeleta. O professor Pontes descreveu a península para sanar o problema da ascensão excessiva do pé do cabelo em meados de 1999, assim como o triângulo de compensação descrito por Neves et al.<sup>6</sup>. Ambas demonstraram eficácia na preservação da implantação capilar, com excelentes resultados estéticos.

Defendemos neste trabalho a sistematização da indicação de uma técnica, seja a península, triângulo de compensação ou a península capilar segmentada, para preservar a implantação capilar, quando classificadas como alta ou média. Pacientes que apresentam implantação capilar baixa, entendemos como contraindicados para realizar algum método de preservação do pé do cabelo. A península capilar segmentada trata-se de uma tática para a técnica descrita por Pontes, que nos facilitaria na realização desta, no sentido de preservar a ascensão do “pé do cabelo” e o alinhamento capilar ao final da costeleta, com menor ônus cicatricial. É mais um arsenal “terapêutico”, entre outros<sup>7-15</sup>, na medicina facial.

Os resultados positivos, aliados à avaliação satisfatória por grande parte dos pacientes, acendem a chama para o aprimoramento das técnicas em busca de resultados naturais e duradouros.

## CONCLUSÃO

O objetivo da cirurgia do rejuvenescimento facial é alcançar uma face natural e rejuvenescida, sem estigmas. Acreditamos na península, em especial na sua forma segmentada, por preencher esses critérios, com resultados satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

1. Pontes R. Península. In: Pontes R, ed. O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p.119-46.
2. Pontes R, ed. O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. 489p.
3. Destro MWB, Destro C, Baroudi R. Pontos de adesão nas ritidoplastias: estudo comparativo. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(1):55-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100010>
4. Castro CC, Aboudib JHC, Giaquinto MGC, Moreira MBL. Avaliação sobre resultados tardios em ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(2):124-6.
5. Menezes MVA, Abla LEF, Dutra LB, Junqueira AE, Ferreira LM. Avaliação dos resultados do mini-lifting modificado: estudo prospectivo. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):285-90.
6. Neves RE, Vasconcellos ZZA, Vasconcellos JJA. Terço médio da ritidoplastia cervicofacial. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.25-42.
7. Pontes G. Preparo do paciente. In: O universo da ritidoplastia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p.45-8.
8. D' Assunção EA. Problemas e soluções em ritidoplastia. In: Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.147-65.
9. Mélega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
10. Baker TJ, Gordon HL. Complications of rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(1):31-9. PMID: 6027664 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196707000-00004>
11. Pitanguy I. La ritidoplastia: soluzione eclética del problema. *Minerva Chir.* 1967;22(17):942-7.
12. Silva MLA, Aboudib JH, Castro CC. Anatomia aplicada do ramo temporal do nervo facial: estudo do risco potencial de lesão durante a cirurgia do rejuvenescimento facial. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):604-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752010000400007>
13. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. Reoperative rhytidectomy. In: Grotting JC. *Reoperative Aesthetic & Reconstructive Plastic Surgery.* St Louis: Quality Medical Publishing, 1995. p.205-44.
14. Daher M, Zanini LS. Reconstrução das costeletas. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 1991;14(2):31-6.
15. Knize DM. Periauricular face lift incisions and the auricular anchor. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(5):1508-20; discussion 1521-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199910000-00043>

\*Autor correspondente:

**Getúlio Duarte Junior**

Rua Alameda das Quaresmeiras, 248 - Vale do Canãa - Marília, SP, Brasil

CEP 17525-454

E-mail: [getuliojunior@yahoo.com.br](mailto:getuliojunior@yahoo.com.br)