

Cervicoplastia anterior Anterior cervicoplasty

Lucas Gomes Patrocínio¹, José Antônio Patrocínio²

Palavras-chave: ritidoplastia, cervicoplastia, pescoço, cirurgia plástica.
Key words: rythidoplasty, cervicoplasty, neck, plastic surgery.

Resumo / Summary

Muitos pacientes buscam correção estética da frouxidão da pele do pescoço, depósito de gordura na região submentoneana ou bandas de platísmo. Em grande parte dos casos a ação medial, via cervicoplastia anterior é necessária. Objetivo: Demonstrar a casuística e avaliar os resultados e complicações com a técnica de cervicoplastia anterior no Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia. Forma de estudo: Relato de série. Pacientes e Métodos: Quarenta e dois pacientes, entre 39 e 65 anos de idade, sendo 40 (95,2%) do sexo feminino e 2 (4,8%) do masculino, foram submetidos a cervicoplastia anterior. Retrospectivamente foram avaliados resultados e complicações. Resultados: Destes, 34 apresentaram resultados satisfatórios, 4 apresentaram déficit estético notado somente pelo cirurgião, 3 apresentaram déficit estético notado somente pelo paciente e 1 apresentou déficit estético necessitando cirurgia revisional. Ao estudo fotográfico, todos os pacientes apresentaram melhora do perfil cervical, redução das bandas de platísmo e da frouxidão da pele, estabilização da musculatura cervical e acentuação do ângulo cervicomentalar, em graus variados. Houve complicação em 2 casos (discreto serohematoma e cicatriz um pouco alargada). Conclusão: A cervicoplastia, associada ou não à tração lateral pela ritidoplastia, é uma técnica que produz resultados satisfatórios na grande maioria dos casos.

Many patients look for aesthetic correction of the laxity of neck skin, submandibular fat deposit or platysma bands. In a large part of the cases, medial action, through anterior cervicoplasty is necessary. Aim: To demonstrate the casuistic and to evaluate the results and complications with anterior cervicoplasty technique in the Otorhinolaryngology Service of the Federal University of Uberlândia. Study design: Serie report. Patients and Methods: Forty-two patients, between 39 and 65 years of age, being 40 (95,2%) male and 2 (4,8%) female, were submitted to anterior cervicoplasty. Retrospectively, results and complications were appraised. Results: Of these patients, 34 presented satisfactory results, 4 presented aesthetic deficit only noticed by the surgeon, 3 presented aesthetic deficit only noticed by the patient and 1 presented aesthetic deficit needing revisional surgery. At photographic study, all the patients presented improvement of cervical profile, reduction of platysma bands and of skin laxity, stabilization of cervical musculature, and accentuation of cervicomentalar angle, in various degrees. There were two complications (discreet serohematoma and little enlarged scar). Conclusion: Anterior cervicoplasty, associated or not to lateral traction, is a technique that produces satisfactory results in the great majority of the cases.

¹ Residente do Serviço de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

² Professor Titular e Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Lucas Gomes Patrocínio – Rua XV de Novembro, 327/1600 Bairro Centro Uberlândia MG 38400-214
Tel/Fax: (0xx34) 215-1143 – E-mail: lucaspatrocinio@triang.com.br

Artigo recebido em 26 de maio de 2004. Artigo aceito em 01 de julho de 2004.

INTRODUÇÃO

A Ritidoplastia (*lifting*) ou cirurgia do rejuvenescimento facial é um procedimento que vem ganhando cada vez mais popularidade entre os otorrinolaringologistas. Depois de adquirirem capacitação em rinoplastia, seguiram em direção à pálpebra e à orelha, executando blefaroplastias e otoplastias. Agora, estão chegando ao restante da face e se iniciando nas ritidoplastias.

Trinta anos atrás, os problemas do acúmulo de gordura submentoniano e formação de bandas de platísmo eram inadequadamente abordados quando do rejuvenescimento do terço inferior da face. Uma tentativa para suavizar as bandas de platísmo era tensionar a pele submentoniana e cervical utilizando incisões pré-auriculares. A gordura submentoniana em excesso geralmente não era tratada. Inevitavelmente, ocorria recorrência das bandas de platísmo meses após a cirurgia, principalmente nos pacientes com má elasticidade cutânea.

Por esta razão, alguns cirurgiões nos anos 60 tratavam redundância de pele submentoniana associada a ângulo cervicomandibular oblíquo com uma incisão cervical anterior direta^{1,2}, que deixava o paciente com uma cicatriz visível. Nos anos 70, Weisman³ descreveu uma incisão submentoniana, sem excisão de pele, através da qual ele incisava as bandas do platísmo e unia-as por uma zetaplastia. Outros abordavam as bandas do platísmo ressecando suas margens mediais⁴ ou suturando suas margens laterais ou retalhos deste músculo (m.) no m. esternocleidomastóideo^{5,7}. Algumas técnicas incorporavam a plicatura anterior das margens mediais do m. platísmo^{6,8}. Feldman expandiu esta idéia em 1990 com o conceito da formação de um "corpete" (*corset*) de platísmo através da sutura total das margens mediais do m. platísmo⁹. Ramirez¹⁰ modificou algumas destas técnicas descritas e introduziu novos conceitos na abordagem cervical anterior não-excisional.

Atualmente, a abordagem padrão para o rejuvenescimento da região submentoniana é uma variação da platísmoplastia *corset* em associação a lipectomia com remoção do excesso de gordura submentoniana sob e sobre o m. platísmo, podendo conjuntamente utilizar a liposucção.

Os avanços técnicos estão permitindo resultados estéticos impressionantes em procedimentos isolados ou associados, melhorando os resultados de cirurgias tradicionais. Descreveremos aqui a técnica de cervicoplastia anterior e nossa casuística, avaliando os resultados e complicações.

PACIENTES E MÉTODOS

Pacientes

De janeiro de 2001 a janeiro de 2004, foram realizadas 152 ritidoplastias no Serviço de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de Uberlândia. Destes, 42 pacientes foram submetidos a cervicoplastia anterior (em 30 casos associada à tração lateral). Os pacientes apresentavam en-

tre 39 e 65 anos de idade, sendo 40 (95,2%) do sexo feminino e 2 (4,8%) do masculino.

Todos os pacientes foram examinados e passaram por uma seleção rigorosa para serem submetidos a esta cirurgia. Foram selecionados os seguintes pacientes: jovens, com ângulo cervicomentar obtuso, pescoço grosso e com gordura cervical em excesso; ou idosos, com pele elástica, pouca banda de platísmo e pouca gordura cervical. A cirurgia foi contra-indicada nos pacientes com frouxidão leve, ausência de banda de platísmo, ângulo cervicomentar agudo, meia-idade com bandas grandes de platísmo e pele sem elasticidade, idosos com bandas de platísmo e dobras no pescoço, "pescoço de touro", micrognatia com indicação de cirurgia ortognática e/ou ptose da glândula submandibular.

Os pacientes retornaram com 7, 30, 60 e 180 dias de pós-operatório, sendo reavaliados quanto às possíveis complicações. Na última consulta, os pacientes foram questionados quanto à satisfação com a cirurgia e o resultado estético final foi julgado pela equipe médica do serviço.

Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado de acordo com a aprovação da Comissão de Ética da instituição.

Técnica Cirúrgica

A cirurgia foi executada sob anestesia local, com infiltração de lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000 e leve sedação com fentanila e midazolam. O paciente se posicionou em decúbito dorsal com flexão posterior da cabeça. O cirurgião se colocou atrás da cabeça do paciente, como na cirurgia de amigdalectomia, auxiliado pela luz do foco frontal.

Com bisturi lâmina 15, realizou-se uma incisão de 3 a 4 cm de comprimento na dobra submental. Dissecou-se com tesoura de Metzenbaum, auxiliada pelo afastador de Aufrich, deixando um retalho subcutâneo espesso. A dissecação tem como limites a linha da mandíbula, a banda anterior do m. esternocleidomastóideo e a cartilagem cricóide (Figura 1). Fez-se uma lipectomia sobre o m. platísmo, o m. milohióide e o m. digástrico, ressecando uma fita de gordura de 2 x 5 cm (Figura 2). Dissecou-se o m. platísmo com ressecção e aproximação das bordas anteriores na linha média, da cartilagem tireóide até a sínfise da mandíbula, com sutura de Ethybond 2-0, contínua ancorada, de direção superior para inferior até a cartilagem tireóide e retornando de inferior para superior com sutura contínua simples. Após, cortou-se o m. platísmo, com cautério, oblíquo e inferiormente 3 a 4 cm para cada lado, na borda superior da cartilagem tireóide. Suturou-se a incisão no subcutâneo com Vicryl 4-0 e a pele com sutura contínua com Prolene 5-0. O curativo compressivo com micropore e os pontos permaneceram por 7 dias¹¹.

RESULTADOS

A avaliação subjetiva final da cirurgia depende dos pontos de vista do paciente e do cirurgião, que, em alguns

casos, diferem. Dos 42 pacientes, 34 apresentaram resultados satisfatórios, 4 apresentaram déficit estético notado somente pelo cirurgião, 3 apresentaram déficit estético notado somente pelo paciente e 1 apresentou déficit estético necessitando cirurgia revisional.



Figura 1. Fotografia demonstrando pela marcação os limites da área de elevação do retalho, o local da incisão e a infiltração do anestésico local.



Figura 2. Fotografia demonstrando a lipectomia. Peça de 2 x 5 cm da linha média.

Ao estudo fotográfico, todos os pacientes apresentaram melhora do perfil cervical, redução das bandas de platísmo e da frouxidão da pele, estabilização da musculatura cervical e acentuação do ângulo cervicomenal, em graus variados (Figura 3 e 4).



Figura 3. Visão lateral de paciente de 44 anos, feminino, com excesso de gordura submental, bandas platísmas, ângulo cervicomenal obtuso e frouxidão de pele. Pós-operatório (5º mês) e lateral de cervicoplastia anterior demonstrando excelente linha mandibular, melhora estética do ângulo cervicomenal agudo, ausência das bandas platísmas e frouxidão da pele e boa proporção do terço inferior da face.



Figura 4. Visão frontal (acima, direita) e lateral (acima, esquerda) de paciente de 58 anos, feminino, com excesso de gordura submental, poucas bandas platísmas, ângulo cervicomenal obtuso e pouca frouxidão de pele. Pós-operatório (6º mês) frontal (abaixo, direita) e lateral (abaixo, esquerda) de cervicoplastia anterior demonstrando regular linha mandibular, ângulo cervicomenal adequado, ausência das bandas platísmas e frouxidão da pele e boa proporção do terço inferior da face.

A cirurgia revisional foi necessária em um paciente que se referia pouca melhora com a cirurgia, sendo realizada com retirada de mais tecido subcutâneo com resultado satisfatório.

Houve complicação em 2 casos. Um paciente apresentou um discreto serohematoma que requereu drenagem e outro paciente apresentou uma cicatriz um pouco alargada. Não houve complicações como formação de quelóides, hipo ou hiperpigmentação, granuloma na incisão, paralisia do m. platisma e necrose de pele.

DISCUSSÃO

O m. platisma é um músculo fino e chato que concorre na expressão facial, e varia no tamanho, espessura e elasticidade. Tem relação estreita com mandíbula, SMAS (sistema músculo-aponeurótico superficial), m. peitoral e m. deltóide. Pela sua ação, a pele do pescoço se enrugua e o canto da boca é tracionado inferiormente, dando uma expressão de repugnância. Na maioria dos casos suas fibras se imbricam na linha média, sob o mento, na região anterior do



Figura 5. Figura demonstrando os tipos de conformação do músculo platisma quanto à sua imbricação na linha média.

pescoço. Em 10 a 15% dos indivíduos isto não acontece, o que talvez favoreceria a formação das bandas com a chegada dos 40 anos de idade¹² (Figura 5).

A ação sobre o m. platisma vai depender da anatomia do músculo, da mandíbula e do pescoço, da posição do osso hióide, do tamanho da cartilagem tireóide e da quantidade de gordura.

O m. platisma pode ser trabalhado de diferentes maneiras, dependendo das alterações apresentadas: a) Elevação e avançamento céfalo-posterior sem excisão ou alteração da linha média; b) Retalho em "L" com excisão parcial lateral; c) Excisão parcial lateral, plicatura e secção medial; d) Excisão total e plicatura medial.

A excisão parcial lateral do m. platisma é indicada quando há indefinição da linha posterior da mandíbula, em pescoços moderadamente magros e com frouxidão leve ou moderada do m. platisma. A excisão ampla do m. platisma, 6 cm abaixo do ângulo da mandíbula até a cartilagem tireóide, tem indicação em casos de mandíbula estreita, pescoço grosso e face gorda.

A intervenção pode ser medial, pela cervicoplastia anterior como descrevemos, lateral ou ambas simultaneamente. A técnica de acesso medial ao m. platisma consiste numa lipectomia, ressecção vertical das bandas redundantes mediais e plicatura medial^{13,14}.

A cervicoplastia anterior é um procedimento acessório simples que pode ser ou não associado ao *lifting* e deve fazer parte do nosso armamentário cirúrgico. Nos casos com indicação, pode ser associada ao *lifting* e melhorar consideravelmente a cirurgia, pois a tendência hoje é combinar duas ou mais técnicas para conseguir um resultado final mais duradouro. As razões mais comuns que levam os pacientes a buscarem correções plásticas são a tentativa de melhorar as rugas do pescoço e de eliminar a gordura submentoniana, a papada.

Agindo no m. platisma e na gordura da região submentoniana, através de uma pequena incisão sob a região anterior e inferior da mandíbula, obtém-se um efeito estético adjuvante considerável. Esta ação vai depender da quantidade de gordura submental e submandibular, das bandas do m. platisma e do ângulo cervicomenta¹⁵.

Os pacientes selecionados para a utilização desta técnica isoladamente devem ter boa tonicidade da pele, com leve ou moderada quantidade de gordura.

É indicada em pessoas jovens, com ângulo cervicomenta obtuso, pescoço grosso e com gordura. Pode ser ainda indicada em: pacientes de meia-idade ou idosos, com pele elástica, pouca gordura e pouca banda de platisma; indivíduos que já fizeram a cervicoplastia tradicional e persistem sem ângulo cervicomenta; pessoas que já se submetteram à lipoaspiração da região com resultado pobre; casos de microgenia leve com indicação de implante. Nas microgenias severas deve se associar à cervicoplastia uma genioplastia¹⁰.

A cervicoplastia anterior isoladamente é contraindicada em: frouxidão leve ou ausência de bandas do m. platisma; em ângulo cervicomenal normal; em pacientes de meia-idade com bandas grandes de m. platisma e pele sem elasticidade; em velhos com bandas de m. platisma e dobras de pele no pescoço; em "pescoço de touro"; em micrognata com indicação de cirurgia ortognática; em ptose de glândula submandibular¹⁰.

A cervicoplastia anterior apresenta como vantagens: rapidez, menos trauma, eliminação das bandas, redução da frouxidão, estabilização da tensão da musculatura cervical, aprofundamento do ângulo cervical, não traz problemas de vascularização ao retalho, tem boa aceitação pelos jovens por não apresentar cicatriz posterior e tem menos "aparência de operado"^{16,17}.

A associação da plicatura das bordas anteriores do m. digástrico com Ethybond 2-0 provoca uma contra-tensão do ventre posterior, elevando e posteriorizando o osso hióide. Como os homens apresentam flacidez de pele mais cedo o resultado é melhor em mulheres do que em homens da mesma idade¹⁰.

Apesar da indicação e do acesso limitado, se usada no paciente certo o resultado é comparável à técnica excisional aberta^{10,17,18}.

CONCLUSÕES

Concluímos que a cervicoplastia, associada ou não à tração lateral pela ritidoplastia é uma técnica que produz resultados satisfatórios na grande maioria dos casos, promovendo melhora do perfil cervical, redução das bandas de platisma e da frouxidão da pele, estabilização da musculatura cervical e acentuação do ângulo cervicomenal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson JB, Hardley RC. The aging face. In: Converse JM, ed. *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1964. p. 1328.
2. Cronin TD, Biggs TM. The Z-plasty for the "turkey globber" neck. *Plast Reconstr Surg* 1971; 47(6):534-8.
3. Weisman P. A simplified technique in submental lipectomy. *Plast Reconstr Surg* 1971; 48(5):443-6.
4. Millard DR Jr, Garst WP, Beck RL, Thompson ID. Submental and submandibular lipectomy in conjunction with a face lift, in the male or female. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49(4):385-91.
5. Baker TJ, Gordon HL, Whitlow DR. Our present technique for rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1973; 52(3):232-6.
6. Connell BF. Eyebrow, face, and neck lifts for males. *Clin Plast Surg* 1978; 5(1):15-28.
7. Gerrero-Santos J. The role of the platysma muscle in rhytidectomy. *Clin Plast Surg* 1978; 5:29-49.
8. Rees TD. Face-Lift. In: Rees TD, Wood-Smith D, eds. *Cosmetic and Facial Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1973. p. 203.
9. Feldman JJ. Corset platysmaplasty. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85:333-43.
10. Ramirez OM. Cervicoplasty: nonexcisional anterior approach. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99(6):1576-85.
11. Patrocínio JA, Patrocínio LG. Cervicoplastia Anterior. In: Stamm A (editor). *Rhinology* 2002. Campinas: Komedi; 2002. p. 321-4.
12. Fehrenbach MJ, Herring SW. Músculos. In: Fehrenbach MJ, Herring SW, eds. *Anatomia Ilustrada de Cabeça e Pescoço*. Bela Vista: Manole; 1986. p. 103-6.
13. Mangat DS, McCollough EG. Rhytidectomy. In: Cummings CW, ed. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. St. Louis: Mosby; 1986. p. 409-27.
14. Maniglia JJ. Cirurgia do Rejuvenescimento Facial. In: Colombini N, ed. *Cirurgia da Face: Interpretação Funcional e Estética*. São Paulo: Revinter; 2001. p. 1253-71.
15. Kamer FM, Pieper PG. Facelift: a facial plastic surgeon's perspective. In: Romo III T, Millman AL, eds. *Aesthetic Facial Plastic Surgery*. New York: Thieme Medical Publishers; 2000. p. 171-87.
16. Keller GS, Cray JE. Percutaneous video-endoscopic necklift with suture suspension platysmaplasty. In: Keller GS, ed. *Endoscopic Facial Plastic Surgery*. St. Louis: Mosby; 1997. p. 137-56.
17. Knize DM. Limited incision submental lipectomy and platysmaplasty. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101(2):473-81.
18. Del Campo AF. Midline platysma muscular overlap for neck restoration. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102(5):1710-4.