



Avaliação de 40 ritidoplastias realizadas no Hospital Federal do Andaraí segundo duas técnicas distintas: smasplastia cervicofacial mediante sutura de vetores e retalho subSMAS

Evaluation of 40 rhytidoplasties performed at the Federal Hospital of Andaraí to compare two different techniques: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing and the sub-SMAS flap approach

DIEGO VIGNA CARNEIRO ^{1*}

RESUMO

Introdução: A ritidoplastia se tornou uma das cirurgias estéticas mais realizadas no mundo. Alguns preferem uma abordagem mais conservadora e outros defendem que, para obter resultados mais duradouros e efetivos, necessitam de intervenções agressivas. O objetivo é comparar resultados de 40 ritidoplastias realizadas no Hospital Federal do Andaraí ao longo de 22 meses, utilizando duas técnicas distintas, smasplastia mediante sutura de vetores e retalho subSMAS. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo em que 20 pacientes foram submetidas à smasplastia e outras 20 à retalho subSMAS. Um avaliador observou sob o ponto de vista estético algumas variáveis em regiões específicas da face e classificou a melhora baseado em fotografias pré-operatórias e 6 meses após o procedimento. A observação da ficha de coleta de dados possibilitou quantificar as complicações nas duas técnicas separadamente. **Resultados:** As duas técnicas demonstraram resultados semelhantes sob o ponto de vista estético com o objetivo de rejuvenescimento facial, melhora da flacidez cervical e definição da transição face/pescoço. Em especial, o retalho proporcionou melhores resultados na atenuação no sulco nasogeniano. Houve um caso de hematoma em cada técnica. Houve uma lesão nervosa na smasplastia. Não houve lesão do nervo facial, nem infecção. Edema superior a 3 meses foi mais prevalente naquelas submetidas ao retalho. **Conclusões:** Os dois métodos possuem vantagens e desvantagens e o melhor resultado depende do grau de envelhecimento do esqueleto facial, da perda de apoio de tecidos frouxos em áreas críticas como a região malar e próxima ao sulco labiomandibular, da característica de pele no pré-operatório e da experiência do cirurgião na técnica empregada.

Descritores: Ritidoplastia; Rejuvenescimento; Envelhecimento da pele; Retalhos cirúrgicos.

Instituição: Hospital Federal do Andaraí,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 9/9/2016.
Artigo aceito: 14/11/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0026

¹ Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Rhytidectomy has become one of the most performed aesthetic surgeries in the world. Some surgeons prefer a more conservative approach, and others maintain that aggressive interventions are required to obtain results that are more durable and effective. This study aimed to compare the results of 40 rhytidectomies performed using either of two techniques, namely superficial musculoaponeurotic system (SMAS)-plasty according to vector suturing and the sub-SMAS flap approach, at the Federal Hospital of Andaraí over 22 months.

Methods: This is a descriptive study that included 20 patients who underwent SMAS-plasty and 20 patients who received a sub-SMAS flap. An assessor identified some variables in specific regions of the face from an aesthetic point of view, and he rated improvements based on photographs obtained before and 6 months after operation. The data collected allowed to quantify complications of both techniques separately. **Results:** From an aesthetic point of view, the two techniques showed similar results in terms of facial rejuvenation, improvement of cervical flaccidity, and definition of face/neck transition. The flap provided better results regarding the attenuation in the nasogenian sulcus. A case of hematoma occurred in each technique. Nerve injury occurred in the SMAS-plasty group. However, neither facial nerve injury nor infection occurred in both groups. Edema for >3 months was more prevalent in the sub-SMAS flap group. **Conclusions:** The two methods have advantages and disadvantages, and the best result depended on the degree of aging of the facial skeleton, the loss of supporting tissues in critical areas such as the malar region and next to the labiomandibular fold, the preoperative characteristic of the skin, and the surgeon's experience in the technique.

Keywords: Rhytidoplasty; Rejuvenation; Skin aging; Surgical flaps.

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios na cirurgia plástica estética é o tratamento do envelhecimento da face. A partir da quarta década de vida, iniciam-se os sinais de envelhecimento, em que a genética, qualidade de vida, variações da massa corporal, tipo de pele, hormônios, alimentação, tabagismo e gravidade são os principais fatores a serem considerados¹.

Esse processo se apresenta desde o plano ósseo, com reabsorção notada nos bordos orbitais e malares, estendendo-se aos planos mais superficiais com envolvimento dos tecidos ligamentares, musculoaponeurótico, subcutâneo e tegumentar². A literatura descreve inúmeras abordagens conservadoras e técnicas mais invasivas de tratamento para região do terço inferior da face.

Os autores mais conservadores defendem que somente plicatura do Sistema Musculo-Aponeurótico Superficial da Face (SMAS) é suficiente para correção dos sinais do envelhecimento, evitando intercorrências e complicações, principalmente aquelas associadas à

lesão nervosa^{3,4}. Existem aqueles que defendem uma intervenção mais invasiva com a confecção do retalho de SMAS-platismo, uma vez que proporcionaria resultados mais duradouros^{5,6}.

OBJETIVO

Este estudo compara os resultados de 40 ritidoplastias realizadas no Hospital Federal do Andaraí, no Rio de Janeiro, RJ, segundo duas técnicas distintas, sendo 20 pacientes submetidas à smasplastia mediante sutura de vetores e 20 pacientes ao retalho de SMAS-platismo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo que compara resultados de duas técnicas cirúrgicas empregadas no *lifting* cervicofacial realizadas pelo autor. As pacientes incluídas neste estudo compreendem aquelas que se consultaram com o autor no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Federal do Andaraí, procurando espontaneamente por cirurgia de rejuvenescimento facial.

As principais queixas relatadas nas consultas foram ríides no terço inferior da face, notadamente na região cervical, e o acúmulo cutâneo adiposo lateralmente ao sulco labiomandibular, quebrando o contorno linear da mandíbula. Foram excluídas do estudo pacientes com comorbidades clínicas como hipertensão, diabetes, obesidade ou qualquer outra que traga riscos à saúde global da paciente. Também não foram incluídas fumantes ou com interrupção do fumo há menos de 24 meses.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso, sob registro CAAE: 56735516.7.0000.5253 e seguiu os critérios de Helsinki. Todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Uma ficha de coleta de dados foi confeccionada pelo autor para anotação de informações relevantes ao estudo, como evolução pós-operatória, período de permanência com o dreno e registro de possíveis intercorrências.

As cirurgias foram realizadas em pacientes do sexo feminino, com idade entre 45 e 70 anos (média 57,5 anos), no período de abril de 2014 a janeiro de 2016. Vinte pacientes foram submetidas à técnica de smasplastia cervicofacial mediante sutura de vetores e as outras 20, à retalho subSMAS.

Todas receberam exclusivamente anestesia geral, além de infiltração local com lidocaína a 2% e adrenalina 1:200.000. Infiltrou-se 75 ml de solução em cada hemiface e 50 ml de solução na região do pescoço, aguardando 10 minutos para vasoconstricção. Utilizou-se dreno de sucção calibre 4.8 em todas as ritidoplastias. Hemostasia realizada com bisturi bipolar, objetivando minorar danos a estruturas nervosas e ação térmica radiante do bisturi monopolar.

Os resultados sob o ponto de vista estético foram avaliados por um cirurgião plástico pela comparação de fotografias obtidas no pré-operatório e 6 meses após o procedimento cirúrgico. Os parâmetros considerados sob o aspecto estético foram:

- Melhora do sulco nasogeniano
- Melhora da flacidez cervical
- Melhora do contorno mandibular
- Melhora global da face

Os resultados foram classificados em muito bom, bom, ruim e muito ruim e o observador não tinha conhecimento prévio de qual técnica cirúrgica foi utilizada no paciente por ele avaliado.

Além da avaliação de resultados estéticos, a análise da ficha de coleta de dados possibilitou quantificar a ocorrência de complicações como hematoma, necrose, coleções serosanguinolentas, cicatrizes inestéticas, edema prolongado (superior a 3 meses), infecção e lesão nervosa nas duas técnicas utilizadas no estudo separadamente.

Técnicas Cirúrgicas

Demarcação cutânea

A marcação do retalho na região do pescoço se estende até 4-5 cm abaixo do ângulo da mandíbula. No terço médio e na região do *jowl*, a dissecação limita-se a 3-4 cm da comissura labial, onde os ramos bucais tornam-se mais superficiais, 3 cm margeando o sulco nasogeniano paralelamente a este, antes de atingir o coxim de gordura malar e 2 a 3 cm do rebordo ósseo orbitário externo até atingir o músculo orbicular dos olhos, onde ele circunda a rima orbital lateral (Figura 1).

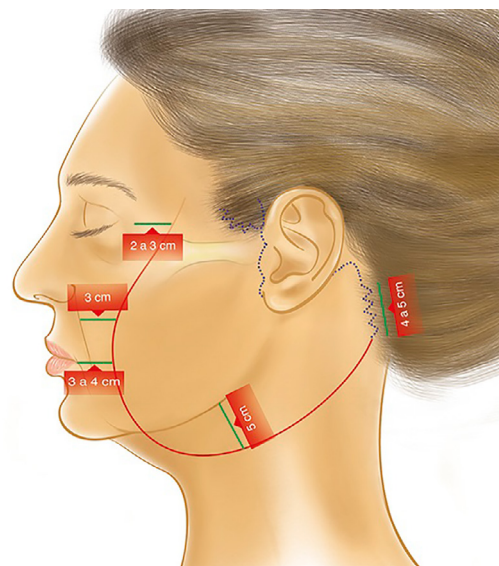


Figura 1. Limites de dissecação do retalho cutâneo (vermelho) e áreas de incisão demarcadas em pontilhado (azul).

A dissecação do retalho subcutâneo começa inicialmente nas áreas retroauricular e occipital com bisturi frio lâmina 15 por 2 a 3 cm e a seguir com tesoura e contém pele com 2 a 3 mm de gordura subcutânea. É realizada uma pequena incisão temporal, com convexidade anterior, de aproximadamente 4 cm, cefálica à implantação da hélice.

A incisão continua caudalmente ao longo da implantação da hélice para o trago, onde segue a borda do trago e depois continua ao longo da prega pré-lobular, antes de contornar o lóbulo e a prega retroauricular. A incisão segue o curso da prega retroauricular até a altura da projeção do trago e na região occipital promove-se um desvio em forma de S, seguindo a linha de implantação do cabelo occipital por cerca de 4 a 5 cm.

Na área pós-auricular o retalho é preso firmemente à fáscia cervical profunda do esternocleidomastoide e à mastoide. É o local mais comum de necrose, então deve

ser descolado sob visão direta, mantendo a dissecação por sobre a fásia profunda subjacente, sempre palpando a espessura do retalho para que se mantenha uniforme.

Técnica *smasplastia* com sutura de vetores

A sutura do SMAS é realizada segundo cinco vetores com orientações específicas, sendo dois cervicais e três faciais. O vetor I é posicionado na linha média cervical para tratamento das bandas do músculo platisma, após acesso submentoniano de aproximadamente 4 cm, situado na posição menos aparente, adjacente e paralela à prega submentoniana.

A incisão geralmente é realizada na própria prega ou ligeiramente caudal a ela, de modo a ficar mais escondida possível. Compreende duas linhas, cada uma posicionada sobre a projeção cutânea das duas bridas do músculo platisma. Em pacientes que apresentem uma única banda aparente, a primeira demarcação recai sobre a mesma e a segunda, paralela e cerca de 3 a 5 cm desta.

Na ausência das duas bridas, porém com flacidez que comprometa o ângulo mandibulocervical, o vetor I é aplicado rotineiramente nesta técnica. A plicatura do platisma na linha média estende-se da incisão submentoniana à borda superior da cartilagem tireoide, realizada com pontos separados, fio Monocryl 3,0 (Figura 2).



Figura 2. Vetor I. Sutura das bandas do músculo platisma aproximadas na linha média.

O vetor II está posicionado paralelamente e cerca de 2 a 3 cm abaixo da mandíbula e fixado na mastoide. Os três vetores faciais têm a mesma base superior posicionada no setor mais próximo do arco zigomático com a raiz da hélix e a costeleta, quando naturalmente implantada nas mulheres. O vetor III, na posição mais alta da face, está direcionado na linha média do sulco nasogeniano. O vetor IV é mais facilmente inclinado, seguindo uma linha média entre o canto da boca e a borda da mandíbula (correção do *jowl*). O vetor V é verticalizado

e localizado 1 a 2 cm da linha de implantação da orelha, estendido no ângulo da mandíbula.

Os vetores I e V variam conforme o grau de flacidez, por serem do tipo contenção, em função da eficácia da tração dos vetores II, III e IV. As suturas são realizadas com pontos simples nylon 3,0, voltados com o nó para dentro. Observe na figura 3 a representação esquemática da direção dos vetores II, III, IV e V.

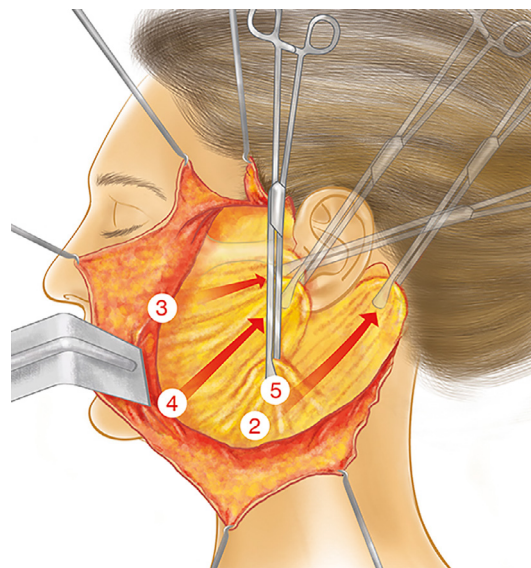


Figura 3. Smasplastia cervicofacial mediante sutura de vetores. Posicionamento dos vetores II, III, IV e V.

Técnica *subSMAS*

Após a dissecação do plano subcutâneo, dá-se início à confecção do retalho *subSMAS*. As incisões para essa dissecação começam cerca de 1 a 2 cm inferiormente ao arco zigomático, para garantir a preservação do ramo frontal do facial. Essa incisão horizontal é continuada por alguns centímetros adiante até a região onde o arco zigomático se junta ao corpo do zigoma.

A incisão vertical é projetada ao longo da região pré-auricular, estendendo-se ao longo da borda anterior do esternocleidomastoide até 4-5 cm abaixo da borda mandibular (Figura 4). A liberação completa do SMAS das aderências zigomáticas é um ponto importante na obtenção da mobilidade necessária para reposicionar o tecido mole malar superiormente.

A dissecação do retalho de SMAS é interrompida cerca de 2 cm anterior ao plano de dissecação subcutâneo na região do sulco nasogeniano. Deixar intactas essas aderências que existem entre a pele e o SMAS permite ressuspender a pele facial anterior não dissecada no momento da rotação e fixação do SMAS. O retalho de SMAS malar é avançado lateral e superiormente sobre a proeminência zigomática em uma direção perpendicular ao sulco nasogeniano.

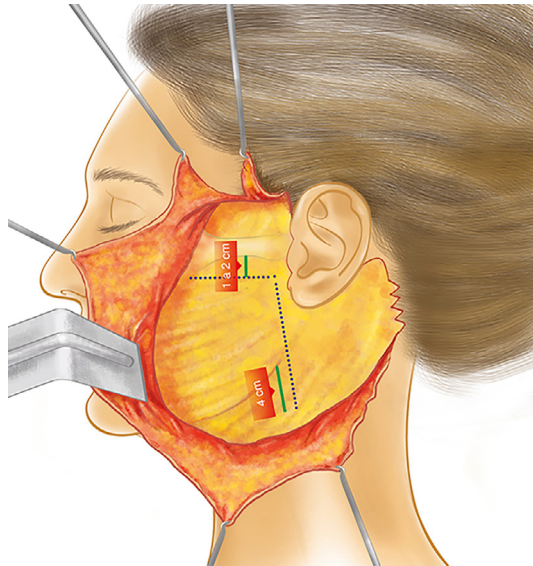


Figura 4. Retalho de SMAS. Área pontilhada (L invertido) representa região do SMAS incisada com bisturi frio.

Realiza-se fixação do retalho malar com fio nylon 3,0 com suturas interrompidas, próximo a região do arco zigomático. A porção mais superomedial da dissecação do SMAS afeta o contorno ao longo do sulco nasogeniano, enquanto a porção mais lateral da dissecação do SMAS é usada para reelevantar a gordura do *jowl* cefalicamente na bochecha (Figura 5).

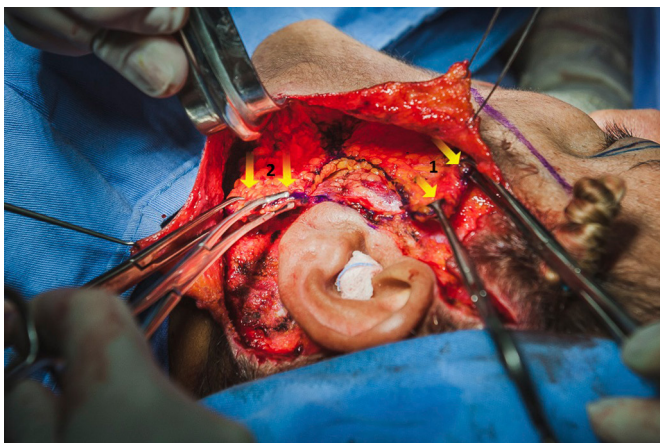


Figura 5. Retalho de SMAS. Divisão do retalho de SMAS ao nível do lóbulo da orelha com setas amarelas em 1 indicando a tração na região do zigoma e em 2 a tração em direção à mastoide.

Uma parte do retalho do SMAS é girada para a região retroauricular, como um retalho de transposição, após a sua divisão ao nível do lóbulo da orelha, com o vetor de rotação desta porção da dissecação do SMAS afetando o contorno cervical e submental. A fixação dessa porção do retalho é realizada na mastoide (Figura 5). A direção do reposicionamento do SMAS na face tende a ser mais cefálica em sua orientação, em oposição ao

reposicionamento do retalho de pele, que é orientado ao longo de um vetor mais horizontal (Figura 6).

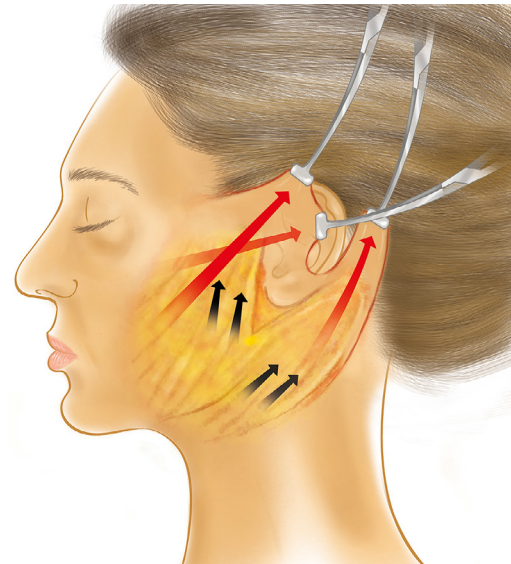


Figura 6. Direção do reposicionamento do SMAS (setas pretas) e do retalho cutâneo (setas em vermelho).

Os vetores de reposicionamento do retalho de SMAS são determinados de acordo com a avaliação pré-operatória do paciente, mas em geral são mais cefálicos do que o reposicionamento do retalho de pele. Os retalhos de pele são rodados, posicionados com grau mínimo de tensão aplicada, sendo sempre o primeiro ponto de fixação na região mais alta retroauricular. Em seguida, os excessos dos retalhos de pele são excisados com um grau de redundância entre os pontos chaves da sutura, para minimizar a tensão ao longo dos sítios de incisão.

RESULTADOS

Os resultados, sob o aspecto estético, avaliados pelas fotografias pré-operatórias e 6 meses após o procedimento foram classificados de acordo com a melhora de pontos específicos da face, bem como no aspecto global do rejuvenescimento facial. As Tabelas 1 e 2 mostram os resultados obtidos segundo as duas técnicas utilizadas no estudo.

As Figuras 7 e 8 ilustram a análise quantitativa de complicações realizada em cima da ficha de coleta de dados dos pacientes nas duas técnicas empregadas.

O dreno à vácuo foi retirado na manhã seguinte a cirurgia em 17 pacientes submetidas à smasplastia e em 16 pacientes que foram operadas pela técnica de retalho subSMAS.

O tempo médio de internação foi de 72 horas para 95% das pacientes, exceto para duas que retornaram ao centro cirúrgico para drenagem de hematoma.

Tabela 1. Resultados sob aspecto estético - Técnica Smasplastia com sutura de vetores.

Resultados sob aspecto estético	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim	Total
Melhor definição da linha mandibular	17	3	-	-	20
Melhora da flacidez cervical	16	4	-	-	20
Melhora do sulco nasogeniano	10	10	-	-	20
Rejuvenescimento facial global	16	4	-	-	20

Tabela 2. Resultados sob aspecto estético - Técnica Retalho sub-SMAS.

Resultados sob aspecto estético	Muito Bom	Bom	Ruim	Muito Ruim	Total
Melhor definição da linha mandibular	16	4	-	-	20
Melhora da flacidez cervical	17	3	-	-	20
Melhora do sulco nasogeniano	16	4	-	-	20
Rejuvenescimento facial global	16	4	-	-	20

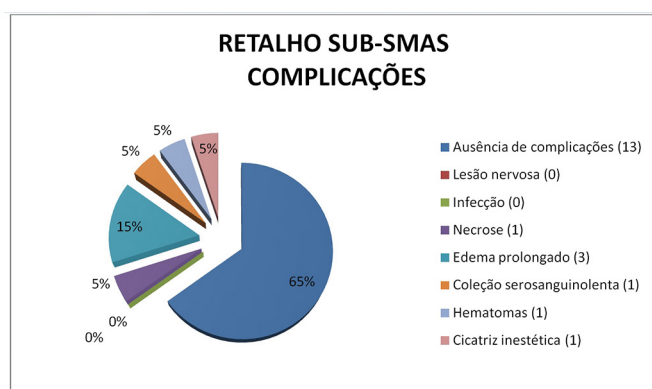


Figura 7. Complicações Retalho de SMAS.

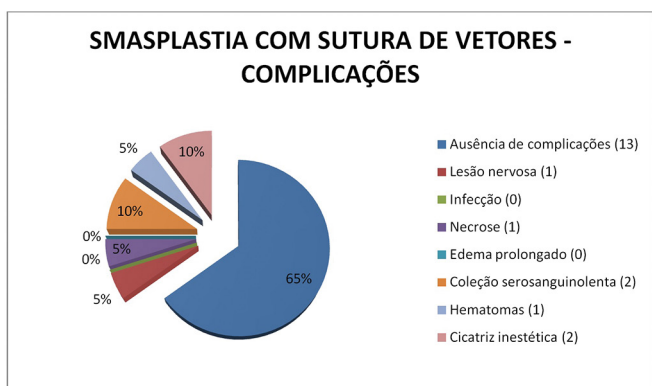


Figura 8. Complicações Smasplastia.

A média de duração do ato operatório foi de 5 horas para as cirurgias de smasplastia com plicatura dos vetores e 6 horas para os retalhos subSMAS.

Não houve casos de infecção e lesão do nervo facial.

Houve um caso de alteração na sensibilidade do lóbulo e parte lateral externa da orelha numa paciente submetida à smasplastia.

As Figuras 9 e 10 ilustram alguns casos desse estudo.

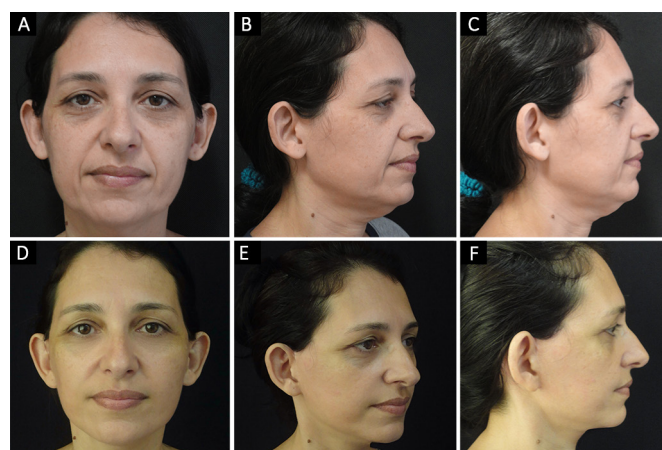


Figura 9. A, B e C: Pré-operatório - smasplastia; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses - smasplastia.



Figura 10. A, B e C: Pré-operatório - retalho de SMAS; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses - retalho de SMAS.

DISCUSSÃO

A chamada cirurgia do rejuvenescimento facial não apresenta data precisa de surgimento, sendo bastante controversa a de sua primeira realização. As primeiras

técnicas descritas consistiam em ressecções de pele na região pré-tragal (pré-auricular)⁷. Os resultados foram avaliados como tímidos e com evolução pouco duradoura, eventualmente com alargamentos da cicatriz⁷.

Skoog é considerado grande inovador da ritidoplastia, tendo idealizado a ritidoplastia mais profunda (plano subplatismal). Em 1968, ele desenvolveu um retalho para elevar o platisma da região cervical e do terço inferior da face. Esse retalho subplatismal oferecia como vantagem maior longevidade pela tração feita a partir de estruturas mais profundas. A publicação dessa técnica ocorreu em 1974^{8,9}.

Outra contribuição fundamental para evolução da ritidoplastia decorreu do aprofundamento anatômico. Em 1976, Mitz e Peyronie¹⁰ descreveram de forma muito consistente o sistema musculoaponeurótico superficial (SMAS), incluindo estudos radiológicos e anatomopatológicos. Essa descoberta foi de grande valia, pois corroborou a importância desse plano para a confecção dos retalhos profundos nas ritidoplastias.

Alguns autores criticam veemente a realização de procedimentos mais invasivos, pois advogam que o edema pós-operatório e o risco de hematoma são prolongados e maiores, respectivamente. Incluem como desvantagem o retorno tardio das pacientes as suas atividades rotineiras. Além disso, as abordagens mais agressivas como o retalho de SMAS trazem consigo o risco ainda maior de outras complicações, como lesões nervosas e necrose dos retalhos¹¹.

A técnica de smasplastia cervicofacial mediante sutura de vetores é considerada pelos autores facilmente reproduzível. A não mobilização do SMAS, além de reduzir o traumatismo cirúrgico, tem oferecido maior segurança e eficácia a longo prazo. Outras vantagens seriam a redução do tempo operatório, manutenção da qualidade dos efeitos nos pacientes de diferentes faixas etárias, ausência de lesões do nervo facial e grande redução da incidência de hematomas e do tempo de recuperação pós-operatório, o que tem motivado os autores a executar e indicar esse procedimento^{3,4}.

Em contrapartida, outros advogam que a correta dissecação do SMAS e sua elevação permitem um descolamento seguro, tração, elevação e reposicionamento de estruturas no sentido inverso ao determinado pela lesão tecidual, ampliando assim a eficiência da cirurgia. Ressaltam que, na dissecação do retalho cutâneo, é importante obter retalhos uniformes durante o descolamento subcutâneo, com o cuidado para deixar alguma gordura intacta ao longo da camada superficial do SMAS.

Se os retalhos cutâneos forem dissecados a ponto de nenhuma gordura ser deixada ao longo da camada superficial do SMAS, este se torna mais difícil de elevar, parecendo fino, tênue e propenso a rasgar¹².

Segundo Stuzin¹³, quanto mais substancial o retalho SMAS, frequentemente melhores resultados a longo prazo podem ser obtidos em termos de contorno facial. A capacidade de reelevar e ressuspender a pele facial mediante a rotação SMAS produz um resultado estético mais agradável na maioria dos pacientes e preserva parte da vascularização periférica do retalho da pele facial.

Na literatura encontramos autores que utilizam o retalho de SMAS-plastima e notificam a incidência de hematomas muito mais incomum quando o plano de dissecação é mais profundo, pela ausência de vasos subcutâneos no plano de dissecação acima da fáscia parotidomassetérica e pela presença de um retalho mais espesso com maior tensão. Na ritidoplastia envolvendo dois planos anatômicos (subcutâneo e subSMAS), os hematomas localizam-se mais comumente no plano subcutâneo. As desvantagens referem-se a um procedimento mais demorado porque dois planos cirúrgicos são desenvolvidos e maior tempo para regressão do edema¹⁴.

Castro et al.¹⁵ relataram que o período de observação de resultados tardios deveria ser avaliado em quatro a seis meses após a cirurgia. Durante esse período, o edema diminui e as cicatrizes devem não ser tão aparentes. Segundo aquele autor, se não houver complicações, as fotos de pós-operatório podem ser realizadas. No presente estudo, utilizamos o período de 6 meses decorridos do procedimento para obtenção de fotos e análise do ponto de vista estético pelo avaliador, que considerou em grande parte resultados satisfatórios.

Os resultados estéticos se mostraram muito próximos de acordo com o avaliador, com destaque para o retalho subSMAS promovendo uma melhora mais significativa do sulco nasogeniano, talvez pela versatilidade estética de vetorização do SMAS em uma direção independente do reposicionamento do retalho de pele e pela rotação superomedial, que melhor atenua essa região.

A presença de hematoma foi registrada nessa casuística em 5% dos casos com reabordagem cirúrgica, acima da média de acordo com os estudos de Baker¹⁶, de 1983, no qual 3,5% dos casos apresentaram hematomas e de 2005, juntamente com o de Baker et al.¹⁷, no qual a presença de hematomas ocorreu em 4,25% dos casos.

Uma paciente relatou diminuição da sensibilidade da parte lateral externa e do lóbulo da orelha, provavelmente por lesão do nervo sensitivo auricular magno, na técnica de smasplastia mediante sutura de vetores, o que corresponde no presente estudo a 2,5% dos casos, próximo da média descrita na literatura, que gira em torno de 1 a 2%¹⁸. A lesão sensitiva permanente da orelha é geralmente devido à dissecação profunda da porção média do músculo esternocleidomastoideo¹⁹.

Edema superior a 3 meses foi registrado em três pacientes submetidas à retalho subSMAS, concordando com estudos da literatura que justificam a regressão mais rápida em ritidectomias subcutâneas devido à capacidade absorptiva da gordura subcutânea. Além disso, o dano linfático menos profundo pode justificar sua menor persistência¹⁴.

A literatura descreve que a necrose cutânea se faz presente em 3,6% nas ritidectomias subcutâneas e 1% naquelas com plano de dissecação mais profundo²⁰. O autor obteve dois casos de necrose cutânea, divididos igualmente para cada técnica proposta no estudo. Em ambos os casos, a necrose do tecido subcutâneo teve relação com a formação de hematoma.

O acompanhamento das pacientes que participaram do estudo será constante por pelo menos dois anos pós-procedimento para avaliação e observação dos resultados estéticos alcançados.

CONCLUSÃO

Na verdade, a maioria desses procedimentos técnicos aparentemente diferentes compartilha um tema comum de que a restauração do contorno é predominantemente realizada por meio da reelevação da gordura facial em comparação com a tração cutânea. Enquanto bons resultados são possíveis mediante uma variedade de técnicas, em minha opinião todos os métodos possuem vantagens, desvantagens e limitações, com o melhor resultado sempre dependendo do suporte esquelético subjacente e da qualidade dos tecidos moles faciais para cada paciente em particular.

A chave principal para bons resultados no procedimento de rejuvenescimento facial não é a técnica usada em particular, mas a combinação da análise estética pré-operatória, individualização do plano cirúrgico de acordo com as necessidades estéticas do paciente e a experiência do cirurgião na técnica utilizada.

COLABORAÇÕES

DVC Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Riascos A, Baroudi R. A rhytidoplasty technique without resultant periauricular scarring. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):260-5.

2. Hudson DA. An analysis of unsolved problems of face-lift procedures. *Ann Plast Surg.* 2010;65(2):266-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e3181c2a7bb>
3. Letizio NA, Anger J, Baroudi R. Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):266-71.
4. Berry MG, Davies DJ. Platysma -SMAS plication facelift. *Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(5):793-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2009.02.067>
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. Warren RJ. Lifting de face: Introdução às técnicas de tecidos profundos. In: Neligan PC, ed. *Cirurgia Plástica: Estética*, volume 2. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015, p. 208-15.
7. Castro CC. Evolução Histórica. In: Castro CC, ed. *Cirurgia de Rejuvenescimento facial*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p. 21-6.
8. Zimble MS. Tord Skoog: face-lift innovator. *Arch Facial Plast Surg.* 2001;3(1):63.
9. Skoog T, ed. *Plastic Surgery: New Methods and Refinements*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1974. 500 p.
10. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg.* 1976;58(1):80-8.
11. Menezes MVA, Abla LEF, Dutra LM, Junqueira AE, Ferreira LM. Modified minilifting results: prospective study. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):285-90.
12. Mendelson BC. Surgery of the superficial musculoaponeurotic system: principles of release, vectors, and fixation. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(2):824-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200202000-00076>
13. Stuzin JM. Rejuvenescimento Facial por meio do sistema musculoaponeurótico superficial: restauração do formato facial com rejuvenescimento facial. In: Aston SJ, Steinbrech DS, Walden JL. *Cirurgia Plástica Estética*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 87-99.
14. Hamra ST. Composite Rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(1):1-13. PMID: 1615067 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199207000-00001>
15. Castro CC, Aboudib JHC, Gianquino MGC, Moreira MBL. Evaluation of long-term results of rhytidoplasty. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(2):124-6.
16. Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg.* 1983;10(3):543-62. PMID: 6627843
17. Baker DC, Stefani WA, Chiu ES. Reducing the incidence of hematoma requiring surgical evacuation following male rhytidectomy: a 30-year review of 985 cases. *Plastic Reconstr Surg.* 2005;116(7):1973-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000191182.70617.e9>
18. Sanctis MA, Funaro E, Nunes PHF, Passeri LA. Alterações nervosas na ritidoplastia: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(3):450-5.
19. McCollough EG, Perkins SW, Langsdon PR. SASMAS suspension rhytidectomy. Rationale and long-term experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989;115(2):228-34. PMID: 2643976 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.1989.01860260102023>
20. Barton FE Jr. Aesthetic surgery of the face and neck. *Aesthet Surg J.* 2009;29(6):449-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asj.2009.08.021>

*Autor correspondente:

Diego Vigna Carneiro

Rua Leopoldo, 280 - Andaraí - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

CEP 20541-170

E-mail: diegouffmed@yahoo.com.br