



RESUMO EXPANDIDO

REJUVENESCIMENTO CIRÚRGICO DA FACE COM A TÉCNICA DEEP PLANE*FACIAL SURGICAL REJUVENATION USING DEEP PLANE TECHNIQUE*Guilherme Pintarelli ¹**RESUMO**

Apesar da popularização dos procedimentos minimamente invasivos a cirurgia de rejuvenescimento facial continua a ser um recurso importante no consultório de cirurgia plástica. A descrição do SMAS na década de 70 levou ao desenvolvimento de técnicas voltadas para o reposicionamento desta estrutura, tratando de uma forma mais coerente os sinais do envelhecimento facial. Neste trabalho mostramos a nossa experiência com a técnica deep plane que, ao liberar os principais ligamentos e adesões da face, permite uma ampla mobilização do terço médio e inferior. O lifting facial com a técnica deep plane mostrou-se uma técnica reprodutível e segura, com um baixo índice de complicações. Através dela conseguimos obter resultados naturais e duradouros, contemplando as queixas referidas pelas pacientes durante a consulta.

Descritores: Ritidoplastia. Sistema muscular aponeurótico superficial. Rejuvenescimento.

ABSTRACT

Despite the increase of minimally invasive procedures, facial rejuvenation surgery still plays an important role in the plastic surgery practice. The SMAS description in the 1970s led to new techniques directed to reposition this structure, treating in a more precise way the signs of facial aging. In this paper we show our experience with the deep plane facelift. This technique allows wide mobilization of the middle and lower thirds by releasing the main ligaments and adhesions of the face. The deep plane facelift is a safe and reproducible technique with a low complication rate. Using this technique we were able to obtain natural and lasting results and treat the complaints reported by the patients.

Keywords: *Rhytidoplasty, Superficial musculoaponeurotic system. Rejuvenation*

INTRODUÇÃO

Apesar da popularização dos procedimentos ambulatoriais ditos minimamente invasivos, a cirurgia de rejuvenescimento facial se mantém como um recurso atual e sólido nos consultórios. Muitas pacientes referem não apreciar o efeito lifting obtido à custa do aumento do volume com o uso de preenchedores, e buscam apenas restaurar os contornos da juventude. Outras já experimentaram vários tratamentos ancilares e estão procurando por resultados mais expressivos e duradouros, porém sem o estigma cirúrgico e com baixo tempo de recuperação¹.

¹ Membro Titular da SBCP-SC. Endereço: Av. Trompowsky, 227, AP 902, Centro. Florianópolis - SC. CEP 88015-300. Email: guipinta@gmail.com.



Mitz e Peyronie caracterizaram o SMAS pela primeira vez em 1976², demonstrando que essa estrutura é uma extensão fibromuscular do platisma, abrindo caminho para as técnicas atuais de rejuvenescimento facial. Skoog também contribuiu para o desenvolvimento desta cirurgia ao advogar a importância da dissecação sub-SMAS, aplicando tração no platisma e obtendo uma melhor definição da linha mandibular³. E em 1990 Hamra descreveu a técnica de ritidectomia em planos profundos, com o objetivo de tratar as mudanças causadas pelo envelhecimento no terço médio da face, como a ptose malar e os sulcos nasogenianos profundos. Hamra continuou a dissecação sub-SMAS superiormente, unindo as duas lojas e criando um retalho único de terço médio⁴.

Mais recentemente Jacono e outros autores contribuíram com refinamentos e extensões desta técnica, como o retalho de SMAS sobre o ângulo mandibular e a platismotomia parcial⁵⁻¹¹.

Na nossa prática o lifting de face com a técnica deep plane foi indicado para os pacientes com ptose do terço médio, inferior ou da região cervical, porém com um posicionamento adequado dos supercílios. Naqueles com queda de todos os andares da face foi indicada a combinação do lifting frontal endoscópico para o terço superior e o *deep plane facelift* para as demais regiões.

OBJETIVO

Apresentar a experiência do autor com a cirurgia de rejuvenescimento facial com a técnica deep plane, bem como a sua segurança, eficácia e reprodutibilidade.

MÉTODO

Inicialmente marcamos uma linha que vai do canto lateral do olho ao ângulo da mandíbula, indicando o ponto de entrada abaixo do SMAS (Figura 1). O próximo passo é a lipoaspiração da região cervical com o objetivo de reduzir a gordura subcutânea e facilitar o descolamento. Após isto abrimos o submento e ressecamos a gordura interplastismal e fizemos a união das bordas do platisma com pontos interrompidos de mononylon 3-0 incolor.

O descolamento é inicialmente feito com um bisturi de lâmina 15 e posteriormente com tesoura curva até a linha previamente demarcada. Neste momento o retalho é elevado com gancho e o SMAS é incisado com o bisturi da região malar até a borda anterior do esternocleidomastóideo. Após a identificação do espaço sub-SMAS do terço inferior da face, fazemos movimentos de abertura vertical com a tesoura para a elevação adequada do retalho até o limite da topografia da artéria facial (Figura 1).

A seguir iniciamos o deslocamento acima do ligamento zigomático em um plano superior ao músculo orbicular, divulgando a tesoura até o início do sulco nasogeniano (Figura 2 A). Ao final desta



etapa o ligamento zigomático é liberado com o bisturi sempre próximo ao retalho de SMAS para proteger os planos profundos e então o terço médio pode ser completamente mobilizado (Figura 2 B).

O platisma na região cervical é liberado do ligamento cervical e incisado até cerca de 3 cm abaixo da mandíbula, indo até a topografia da glândula submandibular em casos sem bandas platismas proeminentes (Figura 3 B). Naqueles com bandas marcadas a incisão chega até a linha média. Em seguida, passamos fios separados de mononylon 3-0 no retalho do SMAS-platisma e deixamos reparados. Segurando todos os pontos nós avaliamos o melhor ângulo de tração, que geralmente permanece em 60° (Figura 3 A e B). Os pontos são então suturados progressivamente na fáscia pré-auricular e o excesso de pele é retirado e a rede hemostática de Casagrande é feita¹⁴.

RESULTADOS

Todas as pacientes receberam alta pós-operatória no dia seguinte ao da cirurgia sem o uso de drenos. Não houveram complicações importantes como hematomas com necessidade de drenagem em centro cirúrgico ou parestias permanentes, apenas coleções que puderam ser manejadas no leito ou ambulatorialmente.

O deep plane consiste em um retalho composto, bem perfundido e fixado com baixa tensão. Estas características favorecem uma boa resposta cicatricial mesmo em pacientes tabagistas (Figura 4). Após a avaliação dos resultados julgamos que com o uso desta técnica conseguimos realizar um tratamento consistente do terço médio, terço inferior e região cervical (Figuras 5 e 6).

DISCUSSÃO

A existência de várias técnicas para o tratamento do envelhecimento da face torna o diálogo com a paciente extremamente importante na avaliação inicial. As queixas no consultório são centralizadas principalmente no terço inferior e na região cervical, desta forma, cabe ao cirurgião mostrar sobre a importância da posição dos supercílios, ptose do terço médio, bolsas palpebrais e do envelhecimento cutâneo. Após serem orientadas, a maioria das pacientes concorda em submeter-se a um tratamento global da face.

O contorno mandibular e a região do pescoço são as principais fontes de queixa dos pacientes no consultório, e também são as alterações mais associadas ao aspecto de envelhecimento facial. Ellenbogen e Karlin definiram em 1980 os principais objetivos do rejuvenescimento cervical: ângulo cérvico-mentoniano entre 105° e 120°, depressão sub-hióide, protuberância tireoideana, borda aparente do esternocleidomastóideo e uma borda da mandíbula bem definida¹⁵.



O SMAS/Platisma é uma fásia cervical contínua que abrange os principais compartimentos de gordura da face e do pescoço e que possui pontos específicos de ancoragem¹⁶. A fásia cervical profunda contém as principais estruturas da face e do pescoço, e cobre os nervos faciais e a bola de Bichat. Desta forma o deep plane é um ponto embriológico de clivagem entre estas fásias e o plano mais fácil de elevação do terço médio e inferior².

Apesar de alguns considerarem o deep plane como uma abordagem radical do terço médio e região cervical, quando bem executado oferece previsibilidade anatômica e resultados naturais e duradouros. Como vantagens desta técnica podemos citar a confecção de um retalho mais consistente, uma menor tensão no fechamento da pele, o tratamento adequado do sulco nasogeniano e a possibilidade de ser uma cirurgia de revisão para casos anteriores de plicatura ou SMASsectomia.

CONCLUSÃO

O lifting facial com a técnica deep plane mostrou-se uma técnica reprodutível e segura, com um baixo índice de complicações. Através dela conseguimos obter resultados naturais e duradouros, contemplando as queixas referidas pelas pacientes durante a consulta.

REFERÊNCIAS

1. Johnson CM, Murphy MR. The Deep Plane Facelift. Master Tech Facial Rejuvenation. 2017;173–90.
2. Sykes J, Dilger A, Cotofana S. Demystifying the deep plane facelift: What it means anatomically and why it works. Facial Plast Surg. 2020;36(4):351–7.
3. Mitz V, Peyronie M. The SMAS in the Parotid and Cheek Area. Vol. 58, Plastic and Reconstructive Surgery. 1976. p. 80–8.
4. Skoog T. Plastic surgery: the aging face. In: Plastic surgery: new methods and refinements. Philadelphia: Saunders; 1974. 326–7 p.
5. Hamra ST. The deep-plane rhytidectomy. Plast Reconstr Surg [Internet]. 1990 Jul;86(1):53–61; discussion 62-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2359803>
6. Jacono AA, Talei B. Vertical Neck Lifting. Facial Plast Surg Clin North Am [Internet]. 2014;22(2):285–316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2014.01.006>
7. Jacono AA. A Novel Volumizing Extended Deep-Plane Facelift: Using Composite Flap Shifts to Volumize the Midface and Jawline. Facial Plast Surg Clin North Am [Internet]. 2020;28(3):331–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2020.03.001>



8. Jacono A, Bryant LM. Extended Deep Plane Facelift: Incorporating Facial Retaining Ligament Release and Composite Flap Shifts to Maximize Midface, Jawline and Neck Rejuvenation. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2018;45(4):527–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.06.007>
9. Jacono AA, Parikh SS. The minimal access deep plane extended vertical facelift. *Aesthetic Surg J*. 2011;31(8):874–90.
10. Gordon NA, Adam SI. Deep plane face lifting for midface rejuvenation. *Clin Plast Surg* [Internet]. 2015;42(1):129–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2014.08.009>
11. Gordon NA, Adam SI. The Deep-Plane Approach to Neck Rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin North Am* [Internet]. 2014;22(2):269–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2014.01.003>
12. Gordon NA, Tower JI, Paskhover B. From the Deep-Plane Rhytidectomy to the Vertical Platysma Advancement. *Facial Plast Surg Clin North Am* [Internet]. 2020;28(3):311–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2020.03.002>
13. Jacono AA, Alemi AS, Russell JL. A Meta-Analysis of Complication Rates among Different SMAS Facelift Techniques. *Aesthetic Surg J*. 2019;39(9):927–42.
14. Casagrande C, Pintarelli G, Barazzetti D. Rede Hemostática Interna: Uso na Prevenção de Hematomas Faciais. In: *Plástica da Face*. São Paulo: Dilivros; 2018. p. 303–18.
15. Ellenbogen R, Karlin J V. Visual Criteria for Success in Restoring the Youthful Neck. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 1980 Dec;66(6):826–37. Available from: <http://journals.lww.com/00006534-198012000-00003>
16. Jacono AA, Malone MH. Characterization of the Cervical Retaining Ligaments During Subplatysmal Facelift Dissection and its Implications. *Aesthetic Surg J*. 2017;37(5):495–501.

FIGURAS

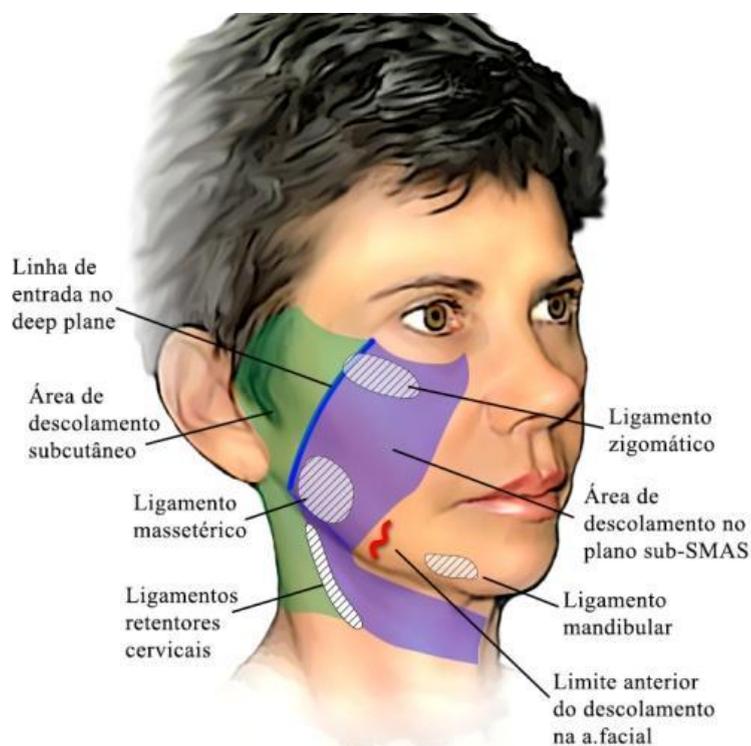


Figura 1: Ilustração mostrando os planos de descolamento, a linha de entrada no deep plane e os principais ligamentos liberados durante a cirurgia.

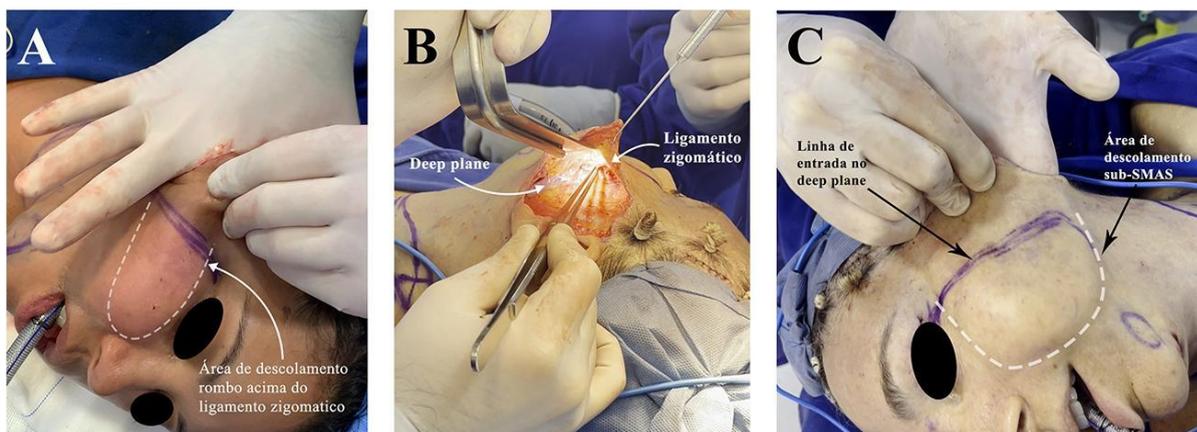


Figura 2: (A) Área de descolamento rombo acima do ligamento zigomático. (B) Ligamento zigomático sendo liberado com bisturi (C) Área total de descolamento no *deep plane* após liberação do ligamento massetérico e do ligamento zigomático.

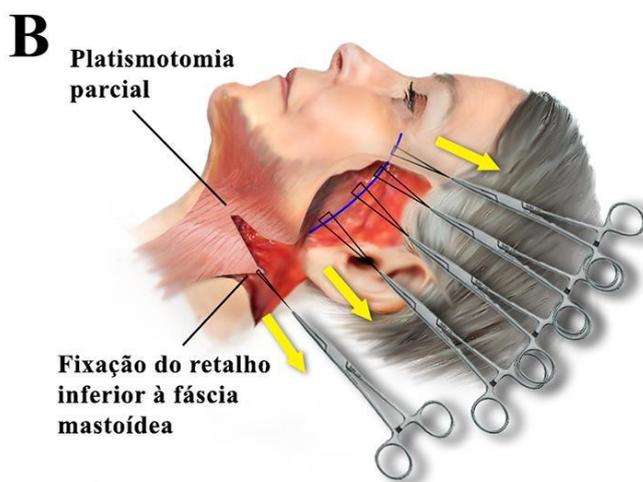


Figura 3: (A) Fios presos ao SMAS e sendo tracionados para estabelecer o melhor ângulo de fixação. (B) Platistomia parcial até o limite da glândula submandibular e fixação do retalho inferior na fáscia mastoídea.



Figura 4: Aspecto da cicatriz resultante no pós-operatório tardio.



Figura 5: (A,B,C) Pré-operatório de paciente com ptose de terço médio e inferior. (D,E,F) Pós-operatório após *deep plane facelift* com liberação dos ligamentos zigomático, massetérico e platismotomia parcial.



Figura 6: (A,B,C) Pré-operatório de paciente com ptose de terço médio, inferior e flacidez cervical. (D,E,F) Pós-operatório após *deep plane facelift* com plicatura mediana do platisma e laser de CO2 no transoperatório.