

Técnica do anel para correção de cicatrizes inestéticas periauriculares

Ring technique for the correction of unaesthetic periauricular scars

RESUMO

As cicatrizes inestéticas alargadas ou hipertróficas periauriculares podem ser decorrentes da tensão sobre a sutura das incisões da ritidoplastia. Em estudo retrospectivo de cinco anos, 10 pacientes do sexo feminino portadoras de cicatrizes inestéticas foram tratadas com a técnica do anel periauricular. Utilizou-se o fio de politetrafluoretileno em seis casos e o de mononylon 2-0 duplo em quatro casos, introduzidos com agulha de fâscia lata sem bisel. Após a exeresse da cicatriz, as bordas foram aproximadas, e o anel amarrado e fixado na fâscia do músculo temporal. O resultado foi satisfatório. Em dois casos os fios foram removidos sem alteração do resultado estético final das cicatrizes.

Palavras-chave: cicatriz; cicatriz hipertrófica, ritidoplastia, orelha.

ABSTRACT

Unattractive periauricular widened or hypertrophic scars can result from the tension on rhytidoplasty incision sutures. During a 5-year retrospective study, 10 female patients with such scars were treated with the periauricular ring technique. Polytetrafluoroethylene and double 2-0 mono nylon threads were used in 6 and 4 cases, respectively, introduced with a fascia lata non-bevelled needle. Following the scar exeresis, the borders were approximated and the ring tied and attached to the temporal muscle fascia. The outcomes were satisfactory. In 2 cases the threads were removed without altering the scars' final aesthetic result.

Keywords: cicatrix; cicatrix; hipertrofic; rhytidoplasty; ear.

INTRODUÇÃO

Frequentemente o dermatologista e o cirurgião plástico são procurados para corrigir ou melhorar o aspecto de cicatrizes de cirurgias anteriores, especialmente as que se mostram hipertróficas ou alargadas. Na região periauricular as cicatrizes inestéticas podem surgir após ritidoplastias sendo muitas vezes associadas à deformação do lóbulo da orelha.¹ Várias técnicas foram descritas na literatura para corrigir tais defeitos.²⁻⁴ A exeresse simples da cicatriz inestética muitas vezes resulta em recidiva da complicação, se não houver sustentação interna suficiente para suportar o peso do SMAS contra a força de gravidade. Com a finalidade de conter as forças de tração nas linhas de incisão e evitar o alargamento das cicatrizes após ritidoplastias, em 1999 foi descrita técnica com ancoragem dos tecidos na cartilagem auricular.² Posteriormente, Stocchero, ao descrever técnica para a realização de *facelifting* minimamente invasivo,^{5,6} propôs a ancoragem com fio mononylon 2-0 na aponeurose e no músculo temporal. O fio contorna o pavilhão auricular, introduzido por uma agulha biselada circular. No presente relato utilizou-se a técnica da dermossustentação com agulha sem bisel de fâscia lata,^{7,8} com o

Novas técnicas

Autores:

Marina Emiko Yagima Odo¹
Lilian Mayumi Odo²
Luiz Carlos Cucé³

- ¹ Dermatologista responsável pela Cosmiatria Clínica e Cirúrgica do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.
- ² Dermatologista voluntária do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.
- ³ Professor chefe do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Marina Emiko Yagima Odo
Av. Onze de Junho, 88
04041-000 – São Paulo – SP
E-mail: marinaodo@gmail.com

Recebido em: 10/08/2010
Aprovado em: 10/02/2011

Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo (Unisa) – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum
Suporte financeiro: Nenhum

objetivo de corrigir cicatrizes inestéticas periauriculares e deformações do lóbulo de orelha.

RELATO DOS CASOS

Entre 2003 e 2008, no ambulatório de Cosmiatria Universidade de Santo Amaro (Unisa), São Paulo, Brasil, foram realizadas cirurgias corretivas em 10 pacientes do sexo feminino portadoras das seguintes deformidades: cicatrizes alargadas periauriculares atróficas (2), hipertróficas (1) e mistas (atróficas e hipertróficas) (3) e deformidades do lóbulo auricular (4). A média da idade das pacientes foi 53,6 anos. O tempo médio decorrido após a ritidoplastia que resultou na deformidade foi de 3,9 anos. O acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico foi semanal durante três meses e em seguida mensal durante um ano.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

As pacientes foram orientadas a lavar o couro cabeludo no dia da cirurgia com xampu abundante e secá-lo em seguida. A assepsia foi realizada com álcool iodado, com a paciente na posição sentada, seguindo-se a marcação do trajeto do fio e da incisão em posição ortostática (Figura 1). Utilizou-se anestesia infiltrativa com 10ml de lidocaína a 2%, 100ml de solução fisiológica, 0,3ml de adrenalina 1:1000 e 3ml de bicarbonato de sódio 8,4%. Em seis casos foram empregados fios de PTFE (Goretex® CV-0. Gore, Flagstaff, Arizona, EUA), e nos outros quatro, o fio duplo de mononáilon 2-0. Os fios foram passados no subcutâneo no nível do SMAS, com a agulha de fásia lata sem bisel (Figura 2), perfazendo anel que contornou o pavilhão auricular à distância aproximada de 3cm da linha marcada para a incisão. O ponto de entrada foi por incisão vertical de 1cm situada 3cm acima da implantação superior do pavilhão auricular. A primeira saída do fio foi no ângulo da mandíbula, seguida por sua reintrodução no mesmo orifício. A segunda foi na região retroauricular, seguida também pela reintrodução da agulha e por seu avanço até o fechamento do círculo no ponto de entrada (Figura 3). A exereze da cicatriz inestética foi feita em



Figura 2: Agulha de fásia lata sem bisel

seguida, antes do fechamento do anel. O SMAS foi descolado e fixado quando se mostrou redundante. A seguir aproximaram-se as bordas com sutura contínua e fio mononáilon 5-0. O anel foi amarrado e ancorado na fásia do músculo temporal. Não foi necessária a remoção de cabelo para as incisões.

RESULTADOS

Em todos os 10 casos o processo de cicatrização não apresentou alargamento e houve melhora da morfologia da orelha (Figura 4). Especificamente no caso que apresentava cicatriz hipertrófica, foram realizadas quatro infiltrações preventivas semanais, em ambos os lados, a partir da terceira semana após a correção, com 2mg de metilprednisolona, sem recidiva da hipertrofia. Quanto às complicações, quatro pacientes relataram desconforto prolongado pós-cirúrgico por dor no local da ancoragem na região temporal com duração em média de 45 dias. Nesse grupo foi indicada a remoção dos fios em dois casos, sendo um de mononáilon devido à dor persistente unilateral por quatro meses e outro de PTFE pela formação de granuloma de corpo estranho três meses após a cirurgia corretiva. Nesses casos o resultado estético final das cicatrizes foi satisfatório.

DISCUSSÃO

O alargamento e hipertrofia das cicatrizes resultantes de *liftings* faciais são motivados pela tensão exercida sobre as linhas de sutura. Para a correção deste defeito, há necessidade de sustentação do SMAS e do platisma, antes da exereze da cicatriz.



Figura 1: Marcação da cicatriz a ser excisada e do trajeto do fio

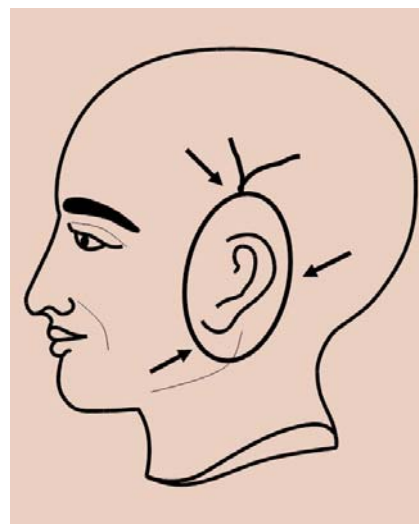


Figura 3: Posição do fio PTFE ou Mononylon 2-0. Setas indicam incisões para saída e entrada do fio

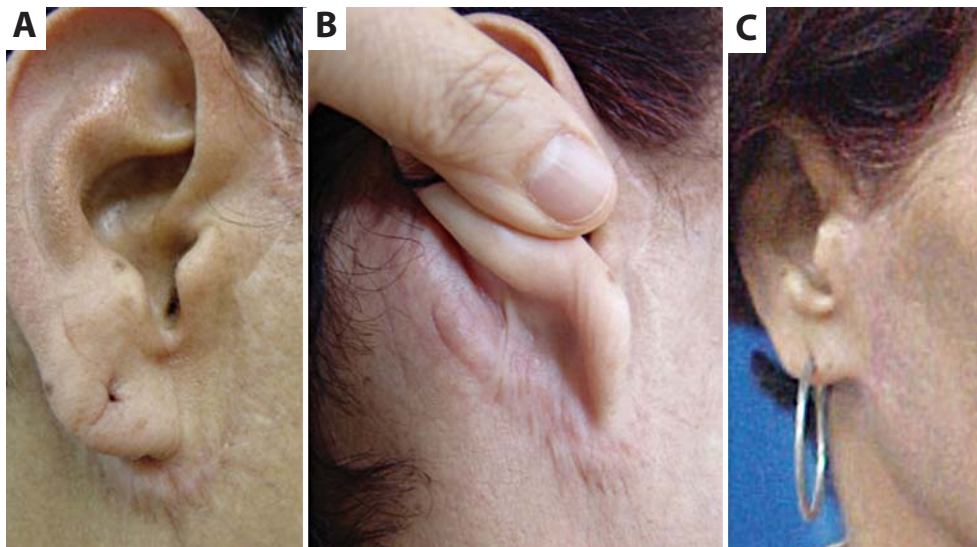


Figura 4: A. Pré cirúrgico B. Detalhe da cicatriz retroauricular C. Pós cirúrgico

Durante a observação dos casos tratados, constatou-se que o mononáilon 2-0 tem menor resistência à tração do que o fio de PTFE (Goretex® CV-0). Em geral a remoção da pele redundante já foi feita durante a cirurgia que originou a cicatriz, e portanto, não existe necessidade de descolamentos amplos, mas apenas da retirada da cicatriz. A dificuldade da ancoragem do bloco de tecido facial na cartilagem auricular, estimulou a utilização da técnica de sustentação do SMAS, passando-se o fio ao redor da orelha, obtendo-se assim com a ancoragem na fásia do músculo temporal. O uso da agulha de fásia lata sem bisel evita a lesão de estruturas nobres. Por outro lado a agulha circular sem bisel não foi utilizada pela dificuldade de progressão no tecido desde que o vetor da força manual diminui muito na extremidade da agulha circular romba. Na técnica de dermossustentação a agulha de fásia lata tem leve arqueamento e a força é transmitida integralmente para a sua extremidade, porém ela não consegue dar a volta de 180 graus em volta da orelha; assim foram necessários três pontos de saída e reintrodução da agulha com o fio preso no orifício de sua extremidade anterior. Após o fechamento do nó desse anel, pode ocorrer redundância da pele periauricular, que deve ser excisada para não produzir abaulamento inestético. Os fios de PTFE ou mononáilon podem ser removidos após três meses de evolução, se necessário, sem comprometer o resultado estético final da cicatriz.

CONCLUSÃO

A técnica do anel periauricular auxilia na correção de deformidades morfológicas do lóbulo da orelha após *liftings* faciais e previne as cicatrizes inestéticas. ●

REFERÊNCIAS

1. Franco T. Face-lift stigmata. *Ann Plast Surg.* 1985;15(5):379-85.
2. Knize DM. Periauricular face lift incisions and the auricular anchor. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104(5):1508-20.
3. Galvao MS, Köbig RN. The round-ear incision in full face-lifting. *Aesthetic Plast Surg.* 2008; 32(3):509-16.
4. Marchac D, Brady JÁ, Chiou P. Face lifts with hidden scars: The vertical U incision. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109(7):2539-51.
5. Stocchero IN. The round block SMAS treatment. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 107(7):1921-3.
6. Stocchero IN. Shortscar face-lift with the roundblock SMAS Treatment: a younger face for all. *Aesth Plast Surg.* 2007; 31(3):275-8.
7. Odo MEY, Chichierchio AL. Dermossustentação. *Med Est e Cosm Siglo XX.* 1996; 5(9):2-4
8. Odo MEY. Práticas em Cosmiatria e Medicina Estética. Procedimentos de pequeno porte. São Paulo: Tecnopress; 1999.