

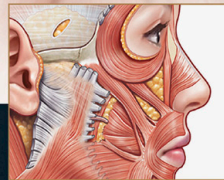
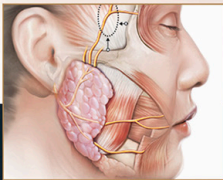
# LIFTING COM FIOS

escrito por

Seung-hoon Kang

Bong-il Rho

Seong-jae Youn



# Sumário

## **CAPÍTULO 1** História e Base Teórica do *Lifting* com Fios

---

**SEÇÃO 1** História e Base Teórica

## **CAPÍTULO 2** Base Anatômica do *Lifting* com Fios

---

**SEÇÃO 1** Camadas da Face

**SEÇÃO 2** Vascularização e Inervação

## **CAPÍTULO 3** Classificação e Tipos de Fios

---

**SEÇÃO 1** Classificação dos Fios por Material

**SEÇÃO 2** Classificação dos Fios por Forma

## **CAPÍTULO 4** Preparo Pré-Operatório

---

**SEÇÃO 1** Consulta

**SEÇÃO 2** Imagens

**SEÇÃO 3** Preparo Cirúrgico

**SEÇÃO 4** Design

**SEÇÃO 5** Anestesia

## **CAPÍTULO 5** Técnicas de *Lifting* com Fios

---

**SEÇÃO 1** Tipos e Técnicas com Fios sem Farpas

**SEÇÃO 2** Tipos e Técnicas com Fios com Farpas

**SEÇÃO 3** Técnicas de Ancoragem

**SEÇÃO 4** Técnicas Variantes

**SEÇÃO 5** Técnicas de Suspensão

**SEÇÃO 6** Técnicas de *Lifting* Vertical

## **CAPÍTULO 6** Estudos de Casos de Procedimentos Cirúrgicos

---

**SEÇÃO 1** Resumo dos Termos Básicos

**SEÇÃO 2** Estudos de Casos de Procedimentos Cirúrgicos

## **CAPÍTULO 7** Controle Pós-Operatório

---

**SEÇÃO 1** Imediatamente após a Cirurgia

**SEÇÃO 2** Exemplos de Prescrição

**SEÇÃO 3** Cuidados Domiciliares

**SEÇÃO 4** Precauções

## **CAPÍTULO 8** Efeitos Adversos, Prevenção e Tratamento

---

**SEÇÃO 1** Assimetria Facial

**SEÇÃO 2** Equimose e Hematoma

**SEÇÃO 3** Dor

**SEÇÃO 4** Fio Palpável

**SEÇÃO 5** Depressões Cutâneas

**SEÇÃO 6** Piora do Terço Médio Anterior da Face

**SEÇÃO 7** Migração e Protrusão do Fio

**SEÇÃO 8** Infecção

**SEÇÃO 9** Lesão Nervosa

**SEÇÃO 10** Cicatrização

**SEÇÃO 11** Lesão da Glândula Parótida

## Técnicas de *Lifting* com Fio

- SEÇÃO 1 Tipos e Técnicas com Fio sem Farpa
- SEÇÃO 2 Tipos e Técnicas com Fio com Farpa
- SEÇÃO 3 Técnicas de Ancoragem
- SEÇÃO 4 Técnicas Alternativas
- SEÇÃO 5 Técnicas de Suspensão
- SEÇÃO 6 Técnicas de *Lifting* Vertical

## SEÇÃO 1

### Técnicas de *Lifting* com Fio: Tipos e Técnicas com Fio sem Farpa

O fio usado na técnica de *lifting* com fio absorvível pode ser dividido em fio sem farpa e com farpa. As farpas podem ser feitas pela manipulação física do fio ou pela fixação de uma substância especializada (p. ex., farpas, tela). São utilizados vários tipos de fio sem farpa, os quais, normalmente, são inseridos no tecido mole subcutâneo ou no músculo. Para obter informações sobre as características dos diferentes materiais dos fios, consulte as seções sobre os tipos de fios.

#### 1. Fatores importantes ao operarmos com fio monofilamentado

Os fatores mais importantes ao usarmos um fio monofilamentado podem ser resumidos com a sigla "DNPR" (Direção, Número, Profundidade e Rotação).

##### 1) Direção

Como o colágeno é produzido na direção ortogonal ao eixo longitudinal de inserção do fio, é mais eficaz colocarmos o fio ortogonal à direção pretendida do *lifting* (Figura 5-1).

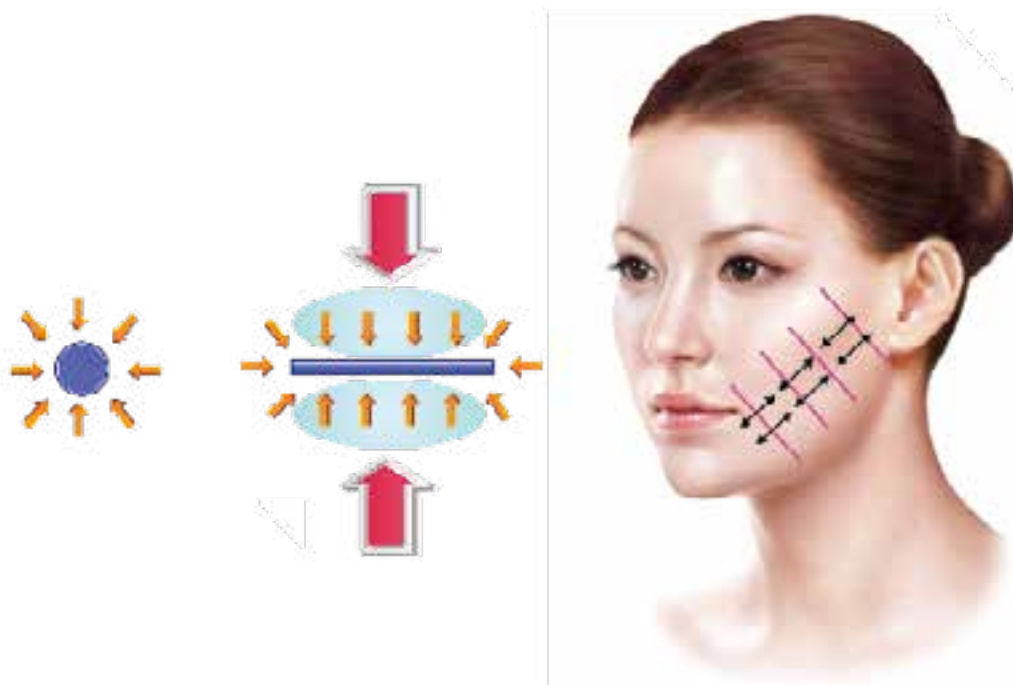


Figura 5-1. Azul, fio de PDO; setas laranja, direção do *lifting* do tecido; setas vermelhas, direção geral do *lifting*

Não existe base científica ou objetiva para essa direção, mas nossa experiência tem mostrado resultados muito melhores com esse método em comparação à inserção do fio na direção oposta (Figura 5-2).



Figura 5-2. Direção do procedimento para o *lifting* básico



Figura 5-3. Direção geral e comprimento do fio monofilamentado colocado na face

Por fim, seguir essa direção faz com que o fio seja colocado na mesma orientação das rugas da face e isso resulta no *lifting* ortogonal às rugas, o que, na maioria dos casos, produz um bom resultado (Figura 5-3).

Ao usarmos o fio monofilamentado na bochecha esquerda, usamos a mão esquerda para puxar a bochecha e a mandíbula na direção superolateral e inserimos o fio de medial para lateral, em intervalos de aproximadamente 1 cm (Figura 5-4). Durante a inserção do fio, é importante usarmos a mão esquerda para garantir que a profundidade da agulha seja mantida diretamente abaixo da derme. Além disso, observamos que a primeira agulha não é removida imediatamente após a inserção, mas, primeiro, todas as agulhas são inseridas e depois removidas simultaneamente. Ao operarmos a bochecha direita, usamos o mesmo método, e com a mão esquerda empurramos suavemente a bochecha direita na direção superolateral (Figura 5-5).



Figura 5-4. Técnica para a bochecha esquerda (cirurgião destro)



Figura 5-5. Técnica para a bochecha direita (cirurgião destro)

## 2) Número

A inserção de um número maior de fios pode proporcionar maior efeito da regeneração cutânea, via estimulação do colágeno, mas ao mesmo tempo pode levar ao excesso de hematoma e edema. Recomendamos o uso de aproximadamente 50 a 100 fios em toda a parte média e inferior da face.



### 3) Profundidade

Embora possa haver pequena diferença na profundidade, dependendo das indicações clínicas, para a indução da produção de colágeno, o ideal é inserirmos o fio diretamente abaixo da derme.

Se o objetivo do procedimento for a perda de gordura, é melhor inserirmos o fio na camada adiposa. Ao colocarmos o fio monofilamentado, é importante ter cuidado para não colocar muito superficial. Se o fio for colocado superficial à camada da derme, ele facilmente pode causar problemas a longo prazo, como granuloma de corpo estranho (Figura 5-6).

Nesse caso, a melhor solução é a remoção efetiva do fio. Em nossa experiência, se isso não for possível, a hialase (hialuronidase) é mais eficaz do que a injeção de triancinolona. Discussão mais detalhada será fornecida na seção sobre efeitos adversos.

### 4) Rotação

Normalmente, é comum removermos a agulha diretamente após a inserção do fio, mas recomendamos girar a agulha pelo menos 3 a 4 vezes, imediatamente após a inserção. Essa rotação pode promover a regeneração da pele, auxiliando na produção de colágeno via mecanotransdução e também ajudar na adesão do fio à parte interna do tecido.

Ao tentarmos remover a agulha, após a inserção e a rotação, podemos sentir o tecido segurando a agulha (fenômeno de agarrar a agulha). A extensão desse fenômeno varia de acordo com a condição tecidual da paciente e é mais comum em pacientes mais jovens, com pele mais firme. Por esse motivo, é aceitável aplicarmos mais rotação em pacientes com mais idade, com tecido levemente frouxo (Figura 5-7).

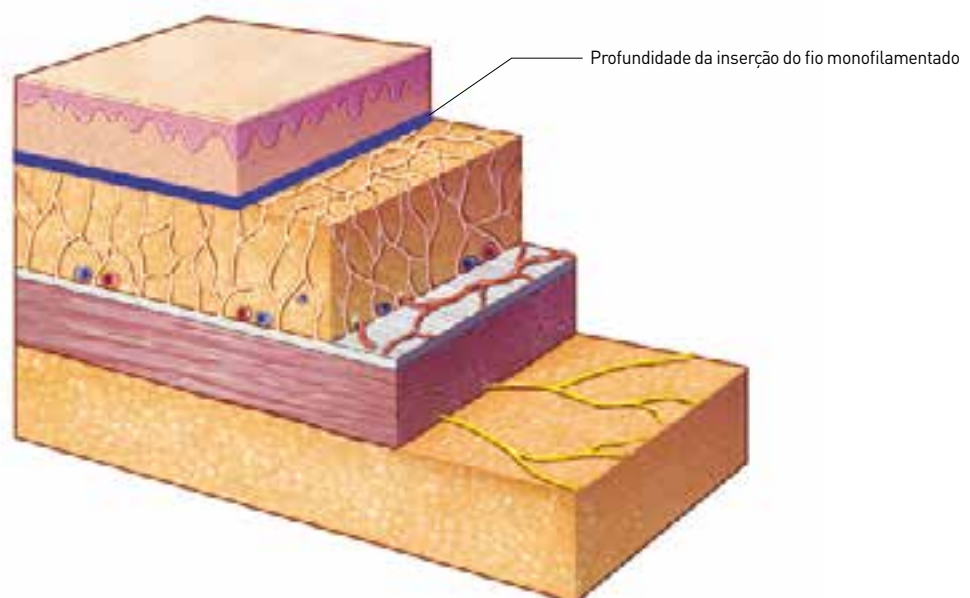


Figura 5-6. Seção transversal da pele



Figura 5-7. Alterações na pele imediatamente após a rotação do fio monofilamentado (fenômeno de agarrar a agulha)

## 2. Técnicas básicas com uso de fio monofilamentado

Para o fio monofilamentado (liso / simples), o de PDO é o mais frequentemente usado. Esse fio tem a superfície lisa, sem farpas. Embora o fio, geralmente, seja inserido na hipoderme ou na camada adiposa subcutânea, ele também pode ser inserido na camada muscular, se necessário. Após o projeto do procedimento na área desejada, o fio é inserido usando um dos vários métodos descritos posteriormente. Os métodos são classificados com base na passagem da agulha pelo tecido mole e músculo ou pela camada na qual o fio é colocado.

Capítulo

06

## Estudos de Casos de Procedimentos Cirúrgicos

**SEÇÃO 1** Resumo dos Termos Básicos

**SEÇÃO 2** Estudos de Casos de Procedimentos Cirúrgicos

## SEÇÃO 1

### Resumo dos Termos Básicos

Atualmente, existem disponíveis várias formas e comprimentos de fios; portanto, em vez de listarmos os nomes comerciais, é necessário um resumo dos termos, com base nas especificações do fio. Para evitar confusão sobre os diferentes tipos de fios, pretendemos unificar e resumir os métodos de descrição.

Primeiro, os fios com garras são descritos de acordo com o comprimento do fio (o comprimento total e o comprimento que contêm as garras), a espessura do fio, a direção, o método de fabricação das garras e a largura da cânula ou da agulha usada.

Exemplo de especificações

#### 1) Fio com garra

Comprimento total do fio (cm)	Comprimento da seção da garra (cm)	Espessura do fio	Direção	Método de fabricação da garra	Largura da cânula ou da agulha
17	9	1-0	Bidirecional	Cortada	18 G (C)
9		-0	Unidirecional	Moldada	19 G (A)
44	20	-0	Multidirecional		

Por exemplo, 17 (9) cm 1-0 garra bidirecional (cortada) 18 G (C) × 10

Os fios monofilamentados são descritos de acordo com o comprimento total da agulha, espessura do fio, tipo do fio (mono, multi, torcido) e largura da cânula ou da agulha usada.

#### 2) Fio monofilamentado

Comprimento total da agulha (cm)	Espessura do fio (G)	Tipo de fio	Largura da cânula ou da agulha
2.5	28G	Mono	29 G (C)
4	29G	multi	30 G (A)
6	30G	Torcido	31 G (A)
	31G		

Por exemplo, 4 cm 6-0 mono 30 G (A) × 50

## SEÇÃO 2

### Estudos de Casos de Procedimentos Cirúrgicos

#### Caso 01 Tênuelineha da mandíbula e excesso de gordura abaixo da mandíbula

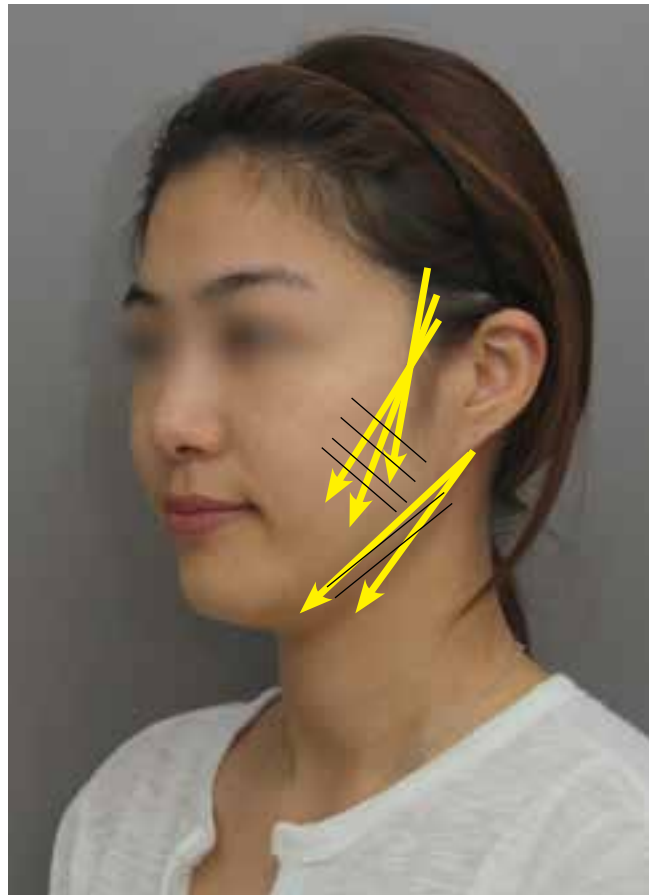


#### 1. Resumo

Análise	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Espessura da pele: fina</li> <li>2) Desenvolvimento das maçãs do rosto : subdesenvolvidas</li> <li>3) Assimetria esquerda-direita: assimetria leve</li> <li>4) Tênuelineha da mandíbula</li> <li>5) Excesso de gordura abaixo da mandíbula</li> </ol>
Plano de tratamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Lifting</i> com fio com foco na área inferior da face e na linha da mandíbula</li> <li>2) <i>Lifting</i> com fio para reduzir a gordura abaixo da mandíbula</li> </ol>
Número e tipo de fios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 17 (9) cm 1-0 garra bidirecional (cortada) 18 G (C) × 10</li> <li>2) 4cm 6-0 mono 30 G (A) × 50</li> </ol>
Tratamento concomitante	Nenhum
Precauções	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Não aplicar força excessiva no <i>lifting</i></li> <li>2) Inserir o fio monofilamentado na camada de gordura na área que precisa de redução da gordura</li> </ol>
Resultados	Linha da mandíbula melhor definida e perda da gordura abaixo da mandíbula

## 2. Design

Embora essa paciente não tivesse as maçãs do rosto bem desenvolvidas, por termos como objetivo a correção da linha da mandíbula, o procedimento foi realizado medial e inferiormente. O fio foi colocado a partir da parte de trás da orelha até abaixo da mandíbula para corrigir esta área.



### 3. Fotografias pré e pós-operatório



Visão frontal pré-operatório

Visão frontal pós-operatório



Visão lateral pré-operatório

Visão lateral pós-operatório

**Caso 02** Tênuê linha mandibular e bochechas cheias


## 1. Resumo

Análise	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Espessura da pele: normal</li> <li>2) Desenvolvimento das maçãs do rosto: pequeno</li> <li>3) Assimetria esquerda-direita: assimétrica</li> <li>4) Músculo masseter bilateralmente bem desenvolvidos</li> <li>5) Excesso de gordura na linha da mandíbula e bochechas</li> </ol>
Plano de tratamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Correção da linha da mandíbula em vez de <i>lifting</i></li> <li>2) Redução da gordura nas bochechas e na linha da mandíbula</li> </ol>
Número e tipos de fios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 17 (9)cm 1-0 garra bidirecional (moldada) 18 G (C) x 10</li> <li>2) 4cm 6-0 mono 30 G (A) x 50</li> </ol>
Tratamento concomitante	Redução do músculo masseter com injeção de Botox
Precauções	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Não aplicar <i>lifting</i> excessivo, pois o objetivo principal é a correção da linha da mandíbula</li> <li>2) Não causar hematomas ao inserir o fio monofilamentado próximo à linha da mandíbula e às papadas</li> </ol>
Resultados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fotografias de acompanhamento após 3 meses pós-operatório</li> <li>2) Mandíbula mais estreita e perda da gordura nas bochechas e na linha da mandíbula</li> </ol>



## 2. Design



### 3. Fotografias pré e pós-operatório



Pré-operatório

Pós-operatório imediato

Após 2 meses pós-operatório



Pré-operatório

Após 2 meses pós-operatório

**Caso 03** Bochechas planas e comissuras labiais retraídas

## 1. Resumo

Análise	1) Espessura da pele: normal 2) Desenvolvimento das maçãs do rosto: pequeno 3) Assimetria esquerda-direita: sem assimetria 4) Bochechas planas 5) Comissuras labiais retraídas
Plano de tratamento	1) <i>Lifting</i> de volume na região anterior do malar 2) <i>Lifting</i> das comissuras labiais
Número e tipos de fios	1) 9 (6)cm 2-0 garra bidirecional (moldada) 21 G (C) × 8 2) 4cm 6-0 mono 30 G (A) × 30
Tratamento concomitante	Nenhum
Precauções	1) Marcar corretamente a localização para aumentar o volume na área anterior do malar, antes do procedimento 2) Agrupar suavemente o tecido radial ao redor das papadas 3) Aplicar lift natural e soltar a pele relativamente mole abaixo dos olhos com massagem pós-operatório, uma vez que essa área pode desenvolver covinhas após <i>lifting</i> excessivo
Resultados	Melhora do volume na área anterior do malar e <i>lifting</i> das comissuras labiais

## 2. Design



### 3. Fotografias pré e pós-operatório



Pré-operatório

Após 2 meses pós-operatório



Pré-operatório

Após 2 meses pós-operatório