



**FACULDADE SETE LAGOAS**

**LUCAS DORNELAS DA SILVA**

**LIPOESCULTURA CERVICOFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA**

**BELO HORIZONTE, MG**

**2021**

**LUCAS DORNELAS DA SILVA**

**LIPOESCULTURA CERVICOFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Harmonização Orofacial do (FACULDADE SETE LAGOA) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Orientador: Prof. Dra. Marcela Carvalho Espaladori

**BELO HORIZONTE, MG**

**2021**

**LUCAS DORNELAS DA SILVA**

**LIPOESCULTURA CERVICOFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Harmonização Orofacialdo (FACULDADE SETE LAGOA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Apresentada novembro de 2021.

**BELO HORIZONTE, MG**

## RESUMO

A busca por tratamentos de estética cresceu de forma significativa nos últimos anos, atraindo tanto homens como mulheres. Difundindo ainda mais a harmonização orofacial pelo mundo. O aumento do volume da região submental pode estar associado a diversos fatores, tais como condições genéticas, posicionamento dos ossos da maxila e mandíbula, acúmulo de gordura na região, gerando o excesso de pele e tecido adiposo sob a mandíbula. Este volume causa o aspecto de queixo duplo com um consequente desconforto com a aparência e autoestima comprometida, levando pacientes a buscarem por procedimentos cirúrgicos para melhorar o efeito estético.

Palavras-chave: Lipoescultura cervico facial, Gordura submental, Lipoaspiração de Papada

## **ABSTRACT**

The search for aesthetic treatments has grown significantly in recent years, attracting both men and women. Spreading even more the orofacial harmonization around the world. The increase in the volume of the submental region may be associated with several factors, such as genetic conditions, positioning of the bones of the maxilla and mandible, accumulation of fat in the region, generating excess skin and adipose tissue under the mandible. This volume causes the appearance of a double chin with a consequent discomfort with the appearance and compromised self-esteem, leading patients to seek surgical procedures to improve the aesthetic effect.

Key words: Cervical facial liposculpture, submental fat, jowl liposuction

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Gordura Submental .....	11
Figura 2 – Anatomia Cervical.....	12
Figura 3 - Cânulas.....	16
Figura 4 - Pontos de marcação.....	17
Figura 5 – Pós imediato ao Lipoaspiração.....	20

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b><i>INTRODUÇÃO</i></b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b><i>REVISÃO DE LITERATURA</i></b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b><i>DISCUSSÃO</i></b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b><i>CONCLUSÕES</i></b> .....	<b>20</b>
	<b><i>REFERÊNCIAS</i></b> .....	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na sociedade sempre houve discussões sobre a beleza e o que seria realmente belo, tanto no ponto de vista objetivo quanto subjetivo, beleza sendo relativo, individualista e cercada de referências externas. E não poderia ser o contrário, a beleza pode ser considerada um acúmulo atávico de significados antropológicos e biológicos interdependentes, que vão (re)criando possibilidades de construções culturais da corporeidade a partir das relações humanas (Etkoff, 1999; Le Breton, 2003; Vigarello, 2006; Renz, 2007). Do ponto de vista histórico e cultural, o Egito antigo, e não precisamente porque os egípcios tenham descoberto a beleza, mas sim pelo o olhar que enxergavam a beleza, transcorreu os limites territoriais chegando a Berlim, Alemanha, onde encontra-se o busto de Nefertite, cujo nome significa algo como "A bela chegou"(Dauxois, 2007). Com avanço do cinema falado, no século XX, o rosto passaria a ter um destaque importante: as proporções hiperdimensionadas das telas de projeções e a necessidade de colocar em relevo a ação da fala fizeram com que o rosto devesse ser manobrado em toda sua extensão de sorte que os diálogos pudessem, de fato, ter o impacto esperado (Holmlund, 2001; Vigarello, 2006; Renz, 2007). Até a década de 1930 a imagem facial, ainda que de certa forma tivesse alguma autoridade na história da humanidade, tomou um vulto nunca antes explorado: O rosto se desconectou do conjunto corporal, era autônomo, depois, novamente combinou-se ao corpo - que, mais adiante, na década de 1980, também teve seu protagonismo - e, finalmente, ao final dos anos 1990, ambos tornaram-se uma única massa plástica requerida ao extremo para portar-se bela (Holmlund, 2001; Vigarello, 2006; Renz, 2007). E, como componente de harmonização das linhas físicas da beleza, ocorre a proporção.

Aumentando o leque de procedimentos já existente a lipoaspiração na região cérvico facial é mais uma intervenção cirúrgico-estético aliada para tratamento estético, trazendo refinamento e do contorno melhorando a autoestima. (Fischer A, Fischer G. 1976). Desde que respeite a complexidade anatômica, lipoaspiração pode ser realizada em qualquer parte da face. É importante esta belecer as alterações estéticas mais comuns do contorno da face e pescoço para melhor compreender as possibilidades de tratamento e a utilidade da lipoaspiração. São elas: lipodistrofias e alterações provocadas pelo envelhecimento. O termo lipodistrofia, etimologicamente, significa alteração do metabolismo do tecido adiposo.(Fischer

A, Fischer G. 1976) Todavia, quando se trata da harmonia do contorno mais especificamente para caracterizar as hiperplasias adiposas constitucionais, traduzidas por acúmulo de gordura, de forma localizada, formando saliências em determinadas regiões,(Habbema L.,2009,)(Klein J.A, 1987) pela presença de um maior número de células, alterando sua regularidade. Considerando a premissa fisiológica de que o tecido adiposo prolifera em número de células, apenas durante a infância e adolescência, (Klein J.A, 1987) (Coleman W.P. ,1999) e que, a hiperplasia localizada tem etiologia constitucional, ou seja, genética, (Coleman W.P. 1999) o tratamento pela lipoaspiração pode alterar definitivamente essa característica, uma vez que diminui o número de células que, passada a puberdade, normalmente não mais se multiplica(Coleman W.P. 1999).

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão sistemática da literatura sobre a lipoescultura cervicofacial, no intuito de analisar, inferir, pensar; sobre as indicações, controvérsias, críticas e complicações desse procedimento, ilustrando clínicos e pesquisadores, baseado em evidências de cunho científico e ético-legais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A face é a parte do corpo que mantém um relacionamento mais direto com o mundo. Ela tem sido fundamental para um ótimo padrão de beleza, diante das várias expressões assim como sentimentos, emoções, preocupação, raiva, alegria, dor, angústia e entre outros. Ultimamente, a busca por uma boa aparência vem se tornando necessária (TAKACS; VALDRIGHI; FERREIRA, 2002).

Desde que Illouz (Illouz, 1983) introduziu a Lipoaspiração para o mundo em 1979, houve uma verdadeira revolução na Cirurgia Plástica, que possibilitou uma grande evolução da técnica e difusão entre os profissionais médicos, a ponto de ser atualmente a cirurgia plástica mais realizada no mundo há vários anos. (ASAPS, 1998), (ASAPS, 1999)( Trott ABSJ,1998).

Como todo procedimento novo, nos primeiros anos ocorreram muitas complicações, como: irregularidades, depressões, hematomas, seromas, fadiga por anemia, perfuração de cavidade abdominal e órbita (Teimourian BRW,1989)( Grazer FDJR,2000), sendo que a remoção de mais de 1500ml não era recomendada. Com o refinamento da técnica cirúrgica, melhora dos equipamentos utilizados e melhor seleção de pacientes, a morbidade e mortalidade relacionada à Lipoaspiração diminuiu. Isso atraiu também profissionais não-treinados, principalmente pelo apelo comercial de uma cirurgia simples, segura, com cicatrizes mínimas, sem necessidade de internação, realizada em consultório ou unidades ambulatoriais e com remoção de grandes volumes de gordura, o que acabou levando a um grande número de complicações, tanto maiores quanto menores (Daane, 1999),(Coldiron, 2002).

A lipoaspiração facial consiste na remoção de tecido adiposo indesejado com uma cânula ligada à um equipamento a vácuo, e este procedimento irá promover e melhorar a forma facial, como linha da mandíbula. O objetivo dessa cirurgia é alterar a distribuição da gordura facial e corrigir o contorno do rosto. A sucção é realizada em áreas com maior concentração de gordura. Logo após, caso seja necessário, é feita uma redistribuição dessa gordura nas depressões do rosto (BOSI, 2019).

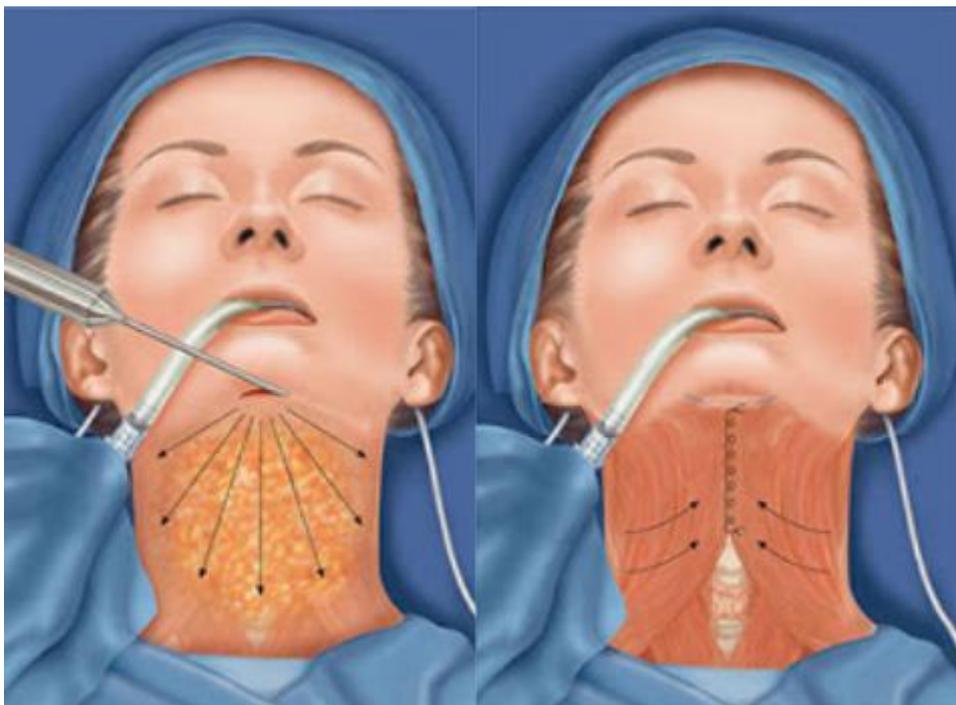
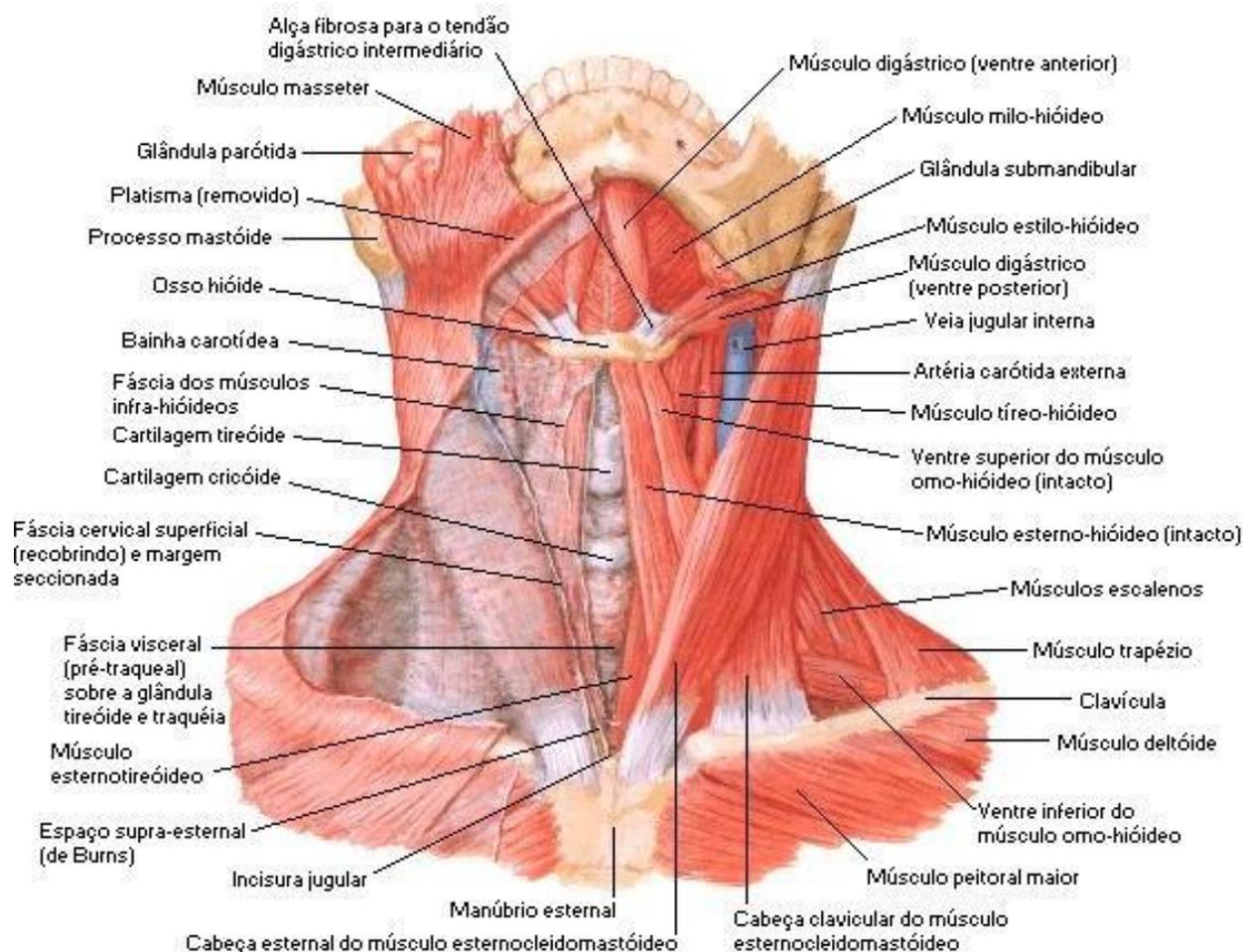


Figura 1 - <https://contox.com.br/wp-content/uploads/2020/10/lipo-de-papada.png>

As regiões do rosto mais comuns de acúmulo de gordura são entre o mento e a mandíbula, e mesmo com uma alimentação balanceada e prática de atividade física todos os dias, existe um tipo de lipodistrofia localizada que não é possível eliminar com dieta ou exercícios (BOSI, 2019).

Múltiplas camadas dispõem os tecidos moles do pescoço formando círculos concêntricos com o aspecto de uma cebola. As duas camadas básicas da fáscia, a fáscia cervical superficial e a fáscia cervical profunda estão dispostas em círculos concêntricos. Abaixo da pele, a gordura subcutânea está presente, e abaixo dela está a fáscia cervical superficial. A fáscia cervical superficial reveste o músculo platísmo, que é conectado ao SMAS, à fáscia temporal superficial e à gálea aponeurótica. Abaixo da fáscia cervical superficial está a gordura subplatísmal, e abaixo da gordura, está a fáscia cervical profunda. A fáscia cervical profunda é formada a partir da fáscia cervical, da fáscia pré-traqueal e da fáscia pré-vertebral. (BOSI, 2019).



**Figura 2**

<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRya99rv-vbJWpUou6i4oGg0K7TNyYKqIKStw&usqp=CAU>

O surgimento da flacidez, na região cervical anterior, cria o chamado “pescoço de peru”, reclamação frequente entre aqueles que procuram um tratamento estético facial, independente do sexo. Com o passar do tempo e o avanço da idade, grande parte das pessoas apresenta perda de colágeno, e consequentemente uma flacidez, que incomoda a maioria. A aparência envelhecida, da região cervical, faz parte do avanço da idade, como também é apresentada em indivíduos com excesso de peso. O chamado “pescoço de peru” acomete a perda de fibras de colágeno e elastina, agravadas pela exposição solar e efeitos nicotínicos, além do acúmulo de gordura submentoniana e de mudanças, no tônus muscular, que faz parte do músculo subcutâneo do pescoço (ITIKAWA et al., 2015).

O envelhecimento da pele é uma consequência do tempo, que são classificados a partir de fatores genéticos e fatores externos que sempre acabam ocasionando

imperfeições. A pele humana envelhece conforme os anos vão se passando (SATTLER; GOUT, 2017). Anatomicamente, a gordura facial subcutânea é dividida em pequenos compartimentos, sendo que o envelhecimento leva ao aparecimento de mudanças bruscas entre os contornos das regiões, levando a perda da suave transição e da característica jovial. Em nível celular, o envelhecimento se caracteriza pelo envelhecimento da célula adiposa que se manifesta pela redução do tamanho da célula (PRETTO et al., 2014).

### 3 DISCUSSÃO

Desde seu advento na década de 1970 (Fischer A, Fischer G.,1976), a lipoaspiração se popularizou tornando-se a cirurgia cosmética mais realizada no mundo.(Habbema L., 2009) Em 1987 (Klein JA, 1987) com a descrição da técnica tumescente por Jeffrey Klein, o procedimento revolucionou seu campo. A descrição da técnica de infusão salina associada a anestésico no subcutâneo, como única forma de anestesia, até que se atingisse o estado de tumescência, foi um marco para a cirurgia. Esta técnica de anestesia local tumescente (ALT) eliminou muitos problemas médicos e cosméticos associados à lipoaspiração (Habbema L,2009). Quando inicialmente desenvolvida na França e Itália na década de 1970 (Coleman WP, 1999) a cirurgia era realizada com anestesia geral, sem qualquer infusão de líquidos (técnica seca); com o passar dos anos uma pequena quantidade de líquido passou a ser infundida (técnica úmida). Porém, ambos os métodos eram associados a grande perda de sangue, requerendo geralmente transfusão sanguínea.(Venkataram J., 2008). Além disso, o instrumental utilizado consistia de cânulas de 1cm de diâmetro, substituídas no início dos anos 80 por cânulas de 6mm. Esses instrumentais causavam dano a feixes neurovasculares e ocasionalmente implicavam irregularidades de contorno, além de seromas e hematomas frequentes(Dhami L., 2008). Foi com a técnica tumescente que as microcânulas (diâmetro variando de um a 4mm) com múltiplos orifícios se popularizaram (Mysore V., 2008) Muitos autores sugerem a lipoaspiração com ALT como padrão ouro em cirurgias para remoção de gordura (Venkataram J. 2008, Mysore V. 2008).

A procura por mudanças estéticas cresceu muito nos últimos anos, tanto a busca pela melhora da função mastigatória quanto para o aumento da autoestima das pessoas. Com a grande exposição das mídias sociais, tivemos um expressivo aumento no nível de exigência estética por parte tanto das mulheres quanto dos

homens. As mudanças com a ação dos anos desempenham um processo natural de danificação dos tecidos, a redistribuição da gordura facial, juntamente com a atrofia muscular e óssea, tem um papel significativo no envelhecimento (PRETTO et al., 2014) e, hoje cada vez mais as pessoas se preocupam com a sua aparência e conseqüentemente acabam procurando recursos que tenham resultados rápidos e eficazes. Hoje os cirurgiões-dentistas atuam nesse sentido com novas técnicas e produtos avançados para obter a melhor proporção facial. A lipo de papada, em especial, é um procedimento que vem crescendo no mercado de trabalho.

A lipoaspiração pode ser realizada em qualquer parte da face, entretanto, para que o procedimento seja feito com segurança faz-se necessária a observação de cuidados e princípios específicos, devido à complexidade anatômica da região. Os aspectos, mais relevantes para uma abordagem segura e obtenção de resultados satisfatórios quando de sua realização: A anestesia para a realização de um procedimento cirúrgico na face pode, naturalmente, ser geral ou local, sendo sua indicação um critério do cirurgião. Sempre que possível, entretanto, especialmente quando é trabalhada por lipoaspiração a região cervical e hemifacial paramandibular, prefere-se à anestesia local porque sob anestesia geral a cânula endotraqueal por via oral mantém os dentes entreabertos, o que altera o contorno anatômico comprometendo, em nosso entender, a precisão do procedimento e conseqüentemente a apuração do resultado. O tubo por via nasal poderia minimizar essa condição, todavia seu uso, obviamente, como se sabe, é procedimento de exceção em anestesia por seus inconvenientes e limitações, não justificável nesse caso e, além disso, mesmo assim, o ângulo cervical ficaria alterado. A solução utilizada para infiltração deve sempre ser acrescida de vasoconstrictor. A anestesia local na face deve ser feita a partir das emergências nervosas sensitivas da face sobre as quais previamente é feito um botão anestésico profundo, diminuindo sobremaneira a sensibilidade, podendo-se dizer, que é praticamente indolor (JUNIOR, 2011).

O tipo e o calibre da cânula utilizada também são fatores primordiais, pois a lipoaspiração na face deve ser precisa e produzir pouco trauma; portanto, a cânula utilizada deve ter o calibre menor possível capaz de proporcionar a sucção da gordura. Idealizou-se um tipo de cânula com base nas agulhas para anestesia peridural de Touhy, com orifício distal dirigido, menos romba, razão pela qual

apresenta um maior grau de “lipodinamismo”, ou seja, desloca-se com maior facilidade e precisão no tecido adiposo, além de não necessitar incisão por bisturi e conseqüentemente não deixar cicatriz. (Martire Junior L., 2005, Martire Junior L, 1995). O calibre da cânula para realização de lipoaspiração na face não deve exceder 2 mm podendo estar entre 1,8 e 2 mm. Para lipoaspiração peri-oral ou mesmo para-mandibular, podem ser usadas as próprias agulhas de Touhy de 1,8 mm. Entende-se que o calibre recomendado e o fato da cânula não ser totalmente romba, diminuem o risco de complicações nessa área, uma vez que o deslizamento da mesma é facilitado, mais preciso e, principalmente, produz menor tração dos tecidos adjacentes, conseqüentemente, minimizando a possibilidade de trauma nervoso como neurotenia e sua conseqüente seqüela (Martire Junior L, 1995) (Martire Junior L., 1996). Preferi-se ainda na face, realizar a lipoaspiração com seringa e não com lipoaspirador, êmbolo da seringa produz pressão negativa suficiente para o procedimento e também pelo fato de que o manuseio de instrumento mais leve (sem o peso da mangueira do lipoaspirador) contribui para a precisão do procedimento. O plano cirúrgico é também fator fundamental. A lipoaspiração na face e região cervical de ser realizada em plano superficial, com o orifício da cânula voltado para a profundidade ou para a derme, lembrando que não é prudente a lipoaspiração subplatismal. Na região perioral a cânula deve ter seu orifício preferencialmente voltado para a derme (JUNIOR, 2011).



Figura 3 - Cânulas

A precisão e a delimitação do plano cirúrgico são fatores de vital importância, considerando que as ramificações nervosas da face, especialmente as motoras, são mais profundas em relação à superfície do tecido adiposo, ou seja, a tela celular subcutânea em contato com a derme não possui ramificações nervosas motoras, conseqüentemente, a possibilidade de lesões nervosas neste nível é inexistente. O modo de realização faz com que o procedimento seja mais preciso. Normalmente inicia-se o procedimento pelo orifício de acesso central, tratando a região cervical, submentoniana e submandibular. A seguir, de acordo com a necessidade, são tratadas as demais regiões pelos acessos laterais descritos. Na porção mediana da região cervical e submentoniana, para aprimorar o resultado, é conveniente o cruzamento do sentido da realização do procedimento, o que é obtido a partir dos acessos laterais (JUNIOR, 2011).

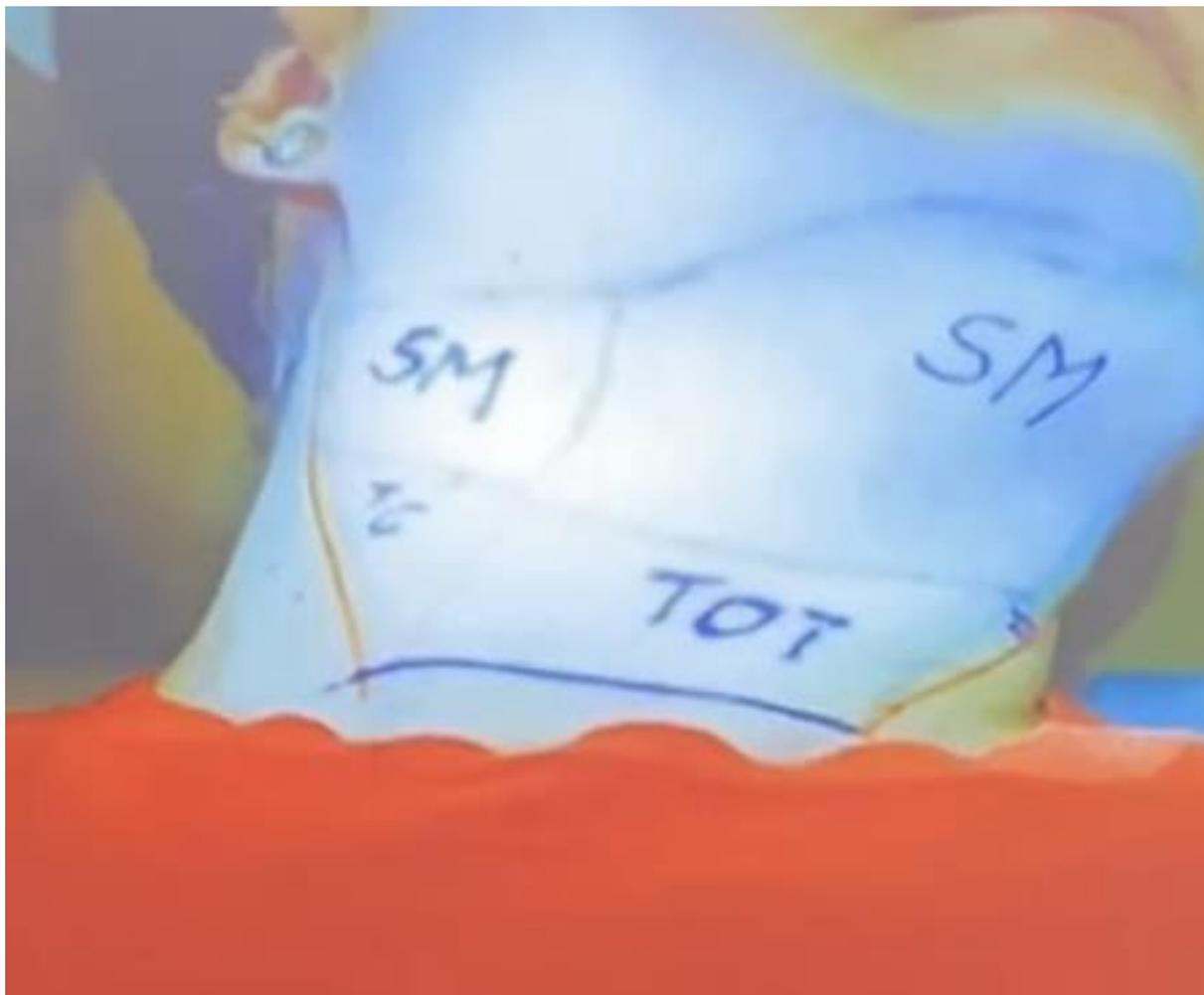


Figura 4 - Pontos de marcação – Foto própria

A quantidade (volume) de tecido adiposo aspirado, não é um fator relevante. O mais importante na lipoaspiração de face é a promoção ou o restabelecimento do contorno facial; por isso, o volume aspirado no que tange à sua quantidade, é irrelevante. O importante, de fato, é o resultado obtido e sua observação durante o procedimento. É claro que quando é realizada lipoaspiração em ambas hemifaces será útil mensurar a quantidade retirada de cada um dos lados, como fator comparativo, objetivando a igualdade dos mesmos, todavia, vale lembrar que muitas vezes um lado é diferente do outro e, portanto, o critério mais relevante continua sendo a observação do contorno obtido durante e ao término do processo. O curativo deve ser criterioso. Utiliza-se como curativo, na região cervical e hemifacial, fita de papel micro-poroso esterilizado. Sua colocação deve ser cuidadosa, de maneira que seja observada a regularidade da pele sem promover dobras. O ideal é que sua colocação parta da linha mediana em direção a um lado da face e a seguir em direção ao outro, assim sucessivamente até completar toda a extensão(JUNIOR, 2011).

Deve-se tomar cuidado em relação à colocação da fita no ângulo cervical, na altura da cartilagem tireóidea, a fim de evitar desconforto no pós-operatório. Quanto à indicação do procedimento, a lipoaspiração na face pode ser indicada como procedimento único (lipoaspiração isolada) ou em associação a outros procedimentos estéticos cirúrgicos (lipoaspiração associada) (Martire Junior L., 2005). A lipoaspiração isolada, ou seja, como procedimento único, pode ser indicada quando não há excessiva flacidez de tecido cutâneo ou muscular. É claro que esta condição é mais comum em pacientes mais jovens, entretando, a idade não deve ser considerada um fator determinante, de sua indicação, uma vez que, pode não haver uma correspondência direta entre a idade cronológica e a biológica da pele, assim, o exame físico e a análise de cada caso serão imperativos para o estabelecimento da melhor conduta. Em alguns casos com flacidez relativa da pele, poderá ser realizada a lipoaspiração de forma criteriosa melhorando o quadro de flacidez por retração cutânea.(Martire Junior L,1991) (Martire Junior L,1996) Deve-se ressaltar que o mais importante nesses casos será o exame físico prévio, a discussão e elucidação do possível resultado a ser obtido, bem como suas limitações com o paciente, uma vez que o grau de retração cutânea é também fator individual e não deve ser uma promessa absoluta de resultado.

É possível realizar apenas um acesso pela região central submental ou associar à dois acessos na região próxima ao ângulo mandibular bilateral, caso seja necessário lipoaspirar também a região lateral do pescoço. Após a incisão, é realizada a anestesia tumescente da região a ser aspirada. Borges et al. (2011) relataram o uso de uma média de 200ml da solução na região submental, mas a quantidade de líquido e a proporção deles pode variar muito de cirurgião para cirurgião. O importante é utilizar uma solução contendo anestésico, vasoconstritor, soro fisiológico e um alcalinizante, em geral, bicarbonato de sódio que minimiza a dor causada pela dispersão inicial da lidocaína no tecido subcutâneo(BROGES, 2011, JACOB, 2000). Após a anestesia tumescente realiza-se a divulsão do tecido adiposo com cânulas e em seguida, a lipoaspiração.

Existem, atualmente, várias modalidades de lipoaspiração. A seleção de cada uma delas depende da preferência do cirurgião, da área a ser tratada, do aspirado previsto e do histórico prévio de lipoaspiração. As opções mais comumente utilizadas incluem: a lipoaspiração tradicional, ou assistida por sucção (LAS); a lipoaspiração assistida por pressão (LAP); a lipoaspiração assistida por ultrassom (LAU); a lipoaspiração

assistida por VASER; e a lipoaspiração assistida por laser (LAL). A LAS tradicional ainda permanece a mais comum e popular modalidade para a lipoplastia entre os cirurgiões plásticos (Illouz,1996),( Lockwood,1991), (Rohrich RJ, 1997).

A lipoaspiração assistida por sucção utiliza uma técnica em duas etapas em que o local é infiltrado por solução anestésica e vasoconstrictora predeterminada, procedendo-se à aspiração da gordura. Nessa técnica há um trabalho mais físico, envolvido na quebra e remoção da gordura. Suas vantagens consistem na facilidade de execução, cânulas maleáveis e variadas e décadas de experiência e resultados. Suas desvantagens incluem maior dificuldade de execução em áreas fibrosas, principalmente, nas lipoaspirações secundárias (ILLOUZ,1996), (LOCKWOOD,1991), (ROHRICH RJ, 1997).

A lipoaspiração assistida por pressão, também conhecida por “vibrolipo”, utiliza uma cânula com alimentação externa que varia de tamanho e flexibilidade e oscila em um movimento alternado de 2-3 mm na taxa de 4000-6000 ciclos/min. Seus defensores afirmam que essa técnica é melhor para aspiração de grandes volumes, áreas fibrosas e lipoaspiração revisional. Como o movimento da cânula otimiza a quebra da gordura o procedimento costuma ter menor duração e exige menor esforço do cirurgião que a LAS tradicional (ILLOUZ,1996),( LOCKWOOD,1991), (ROHRICH RJ, 1997).

A lipoaspiração assistida por ultrassom utiliza a energia ultrassônica para quebrar a gordura, emulsificando-a e facilitando sua remoção assistida por sucção, com utilização de cânulas de lipoaspiração tradicionais. Seu mecanismo de ação é prioritariamente mecânico, mas também ocorre cavitação e alguns efeitos térmicos podendo resultar em queimaduras cutâneas. A LAU compreende três etapas: infiltração de solução umectante, emulsificação e evacuação da gordura. A pele do orifício de entrada deve ser protegida para evitar dano térmico. Suas vantagens incluem menor esforço cirúrgico, resultados melhores em áreas fibróticas e nos procedimentos secundários. As desvantagens incluem maior custo com equipamento, incisões cirúrgicas ligeiramente maiores, tempos operatórios maiores e o risco de lesão térmica (ILLOUZ,1996),( LOCKWOOD,1991), (ROHRICH RJ, 1997).

A lipoaspiração assistida por VASER emprega uma nova geração de dispositivos que utilizam ultrassom que trabalham com menor energia e maior eficiência. Como o sistema utiliza menos energia há redução do componente térmico para os tecidos. A execução é semelhante à LAU(ILLOUZ,1996),( LOCKWOOD,1991), (ROHRICH RJ, 1997).

A lipoaspiração assistida por laser envolve a inserção de uma fibra de laser através de uma pequena incisão cutânea. Utiliza comprimentos de ondas de 924/975 nm, 1064 nm, 1319/1320 nm e 1450 nm. Muitos desses dispositivos utilizam mais de um comprimento de onda durante o tratamento. Essa técnica tem sido realizada em 4 etapas: infiltração, aplicação de energia nos tecidos subcutâneos, aspiração e, finalmente, estimulação subcutânea da pele. A fibra de laser atua, supostamente, rompendo as membranas das células adiposas emulsificando a gordura. A evacuação, em seguida, começa através de cânulas de lipoaspiração tradicional e o estímulo subcutâneo por meio de aquecimento tem como objetivo “endurecer” a pele, ou em outras palavras reduzir a flacidez cutânea. Não há grandes estudos prospectivos comprometidos em examinar as vantagens da LAL sobre as tecnologias existentes, portanto os relatos que encontramos precisam ser validados cientificamente (ILLOUZ, 1996), (LOCKWOOD, 1991), (ROHRICH RJ, 1997).



**Figura 5 – Pós imediato ao Lipoaspiração - Foto própria**

#### **4 CONCLUSÕES**

A Lipoaspiração é um procedimento seguro se realizado por cirurgião bem treinado, operando em local adequado seguindo normas de biossegurança e limites anatômicos. Não isentando das complicações que podem ocorrer, sejam elas maiores ou menores. Das técnicas existentes, a mais utilizada é a por sucção, através de

seringas por vácuo ou por auxílio de bomba. Os parâmetros citados nesta revisão refletem o conhecimento atual, mas a medida que as pesquisas e a tecnologia avançarem no campo da Lipoaspiração, estaremos sujeitos a modificar nossas condutas para oferecer maior segurança aos nossos pacientes. A lipoescultura proporcionou a obtenção de resultados satisfatórios, com simplicidade técnica e baixos índices de complicações. Embora, ainda sejam necessários mais estudos sobre essa alternativa, especialmente sobre a manutenção dos resultados a longo prazo, ela se valida, cada vez mais, como opção eficaz nas cirurgias de rejuvenescimento facial.

## REFERÊNCIAS

ASAPS. **ASAPS 1998 statistics on cosmetic surgery.** In: **American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS); 1998.**

ASAPS. **ASAPS 1999 statistics on cosmetic surgery.** In: **American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS); 1999.**

Borges J, Cotrim CMMP, **Dacier B Segurança em lipoaspiração usando a anestesia local tumescente: relato de 1.107 casos no período de 1998 a 2004.** Surg Cosmet Dermatol 2011;3(2):117-21.

BOSI, Paula Lima. **Estética Aplicada nas Intervenções Médicas Faciais.** 1ª. ed. Lodrina, PR: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2019. 136 p. v. 1. ISBN 978-85-522-1384-0.

Coldiron B. Office surgical incidents: 19 months of Florida data. Dermatologic Surgery 2002; 28(8):710-2

Coleman WP 3rd. **The history of liposuction and fat transplantation in America.** Dermatol Clin 1999;17(4):723-7.

Daane SRWB. **Analysis of methods for reporting severe and mortal lipoplasty complications.** Aesthetic Plastic Surgery 1999; 23(5):303-6.

DAUXOIS, J. **Nefertite: amor, poder e traição no antigo Egito.** São Paulo: Geração, 2007.

Dhami L. **Liposuction.** Indian J Plas Surg. 2008;41: S27-S40

ETCOFF, N. **Survival of the prettiest. The science of beauty.** Boston: Anchor Books, 1999.

Fischer A, Fischer G. **First surgical treatment for molding body's cellulite with three 5 mm incisions.** Bull Int Acad Cosm Surg 1976,3:35

Grazer FDJR. Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. Plastic and Reconstructive Surgery 2000; 105:436-46.

Habbema L. **Safety of liposuction using exclusively tumescent local anesthesia in 3240 consecutive cases.** Dermatol Surg. 2009;35(11):1728-35.

HOLMLUND, C. **Impossible bodies: femininity and masculinity at the movies.** Hollywood: Routledge, 2001.

Illouz Y. **Body countoring by lipolysis: a 5 year experience with over 3000 cases.** Plastic and Reconstructive Surgery 1983; 72:591-7.

Illouz YG. **History and current concepts of lipoplasty.** Clin Plast Surg. 1996;23:721.

ITIKAWA, W. M. et al. **Cervicoplastia anterior direta: indicações e resultados em**

homens. Jornada Sulbrasileira de Cirurgia Plástica, Florianópolis – Sc, v. 44, n. 1, p.172-176, set. 2015.

Klein JA. **The tumescent technique for liposuction surgery.** Am J Clin Dermatol. 1987;4:263-

Jacob CI, Berkes BJ, Kaminer MS. **Liposuction and surgical recontouring of the neck: a retrospective analysis.** Dermatol Surg. 2000 Jul;26(7):625-32

JUNIOR, Lybio Martire. **Lipoaspiração na Face: Liposuction in Face.** Revista Ciências em Saúde, São Paulo – SP, v. 1, p. 1-9, 1 abr. 2011

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.* São Paulo: Papyrus, 2003.

Lockwood TE. **Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: a new concept.** Plast Reconstr Surg. 1991;87(6):1009-1018.

Martire Junior L. **Tratamento estético do terço médio e inferior da face sem ritidoplastia.** In: XXVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. 1991; São Paulo.

Martire Junior L. **Lipoaspiração cervico facial com cânula “Martire”.** In: XI Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. Curitiba; 1995

Martire Junior L. **Uma nova cânula para lipoaspiração – Cânula “ Martire”.** In: Atualização em cirurgia plástica. São Paulo: Tornieux e Curi. Robe Editorial; 1996 p. 649-53. Cap. 101.

Martire Junior L. **O alcance atual da cirurgia plástica.** São Paulo: Astúrias Editora e Gráfica; 2005.

Mysore V, IADVL Dermatosurgery Task Force. **Tumescent liposuction: standard guidelines of care.** Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74(suppl):54-60.

PRETTO NETO, A. S. et al. **Lipoenxertia Facial: Rotina do Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.** Jornada Sulbrasileira de Cirurgia Plástica, Gramado/rs, v. 43, n. 1, p.91-94, set. 2014.

Rohrich RJ, Beran SJ, Fodor PB. **The role of subcutaneous infiltration in suction-assisted lipoplasty: a review.** Plast Reconstr Surg. 1997;99:514.

Rohrich RJ, Raniere Jr J, Beran SJ, et al. **Patient evaluation and indications for ultrasoundassisted lipoplasty.** Clin Plast Surg. 1999;26(2):269-278:viii.

Rohrich RBSF. **Is Liposuction safe?** Plastic and Reconstructive Surgery 1999; 104:819-22.

SATTLER, G.; GOUT, U. **Guia ilustrado para preenchimentos injetáveis: bases, indicações, tratamentos. (2017).** Revista Quintessence. São Paulo.

TAKACS, A. P.; VALDRIGHI, V.; ASSENCIO-FERREIRA, V. J. **Fonoaudiologia e Estética: Unidas a Favor da Beleza Facial.** 2002. 6 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fonoaudiologia e Estética, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 2002.

Teimourian BRW. **A national survey of complications associated with suction lipectomy: a comparative study.** *Plastic and Reconstructive Surgery* 1989; 84:628-31.

Trott ABSJ, Rohrich RJ, Kenkel JM, Adams WP, Klein KW. **Safety considerations and fluid resuscitation in liposuction: an analysis of 53 consecutive patients.** *Plastic and Reconstructive Surgery* 1998; 102:2220-9.

Venkataram J. **Tumescente liposuction: a review.** *J Cutan Asthet Surg* 2008;1:49-57.

VIGARELLO, G. **História da beleza: o corpo e a arte de se embelezar do renascimento aos dias de hoje.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

