

Tratamentos cirúrgicos de cicatrizes: pós cirúrgicas, traumáticas e acne

Gouveia¹ M F, Bedin V², Catalano S P²

(1) Pós-graduando da BWS - Associação Pele Saudável

(2) Professor Coordenador da Pós-graduação em Dermatologia -BWS -Associação Pele Saudável

RESUMO

As cicatrizes inestéticas causam prejuízo psicossocial importante sendo empregados diversos mecanismos para preveni-las e tratá-las. As principais características morfológicas das cicatrizes se referem ao relevo, cor, forma, textura e consistência. Iniciam-se eritematosas e se tornam deprimidas/elevadas hipo/ hiperpigmentadas e atróficas/fibróticas ao longo do tempo. As mais comuns são determinadas por acne, varicela, cirurgias, traumas, queimaduras e processos inflamatórios. Diferentes intervenções cirúrgicas e não cirúrgicas podem ser empregadas no tratamento de cicatrizes inestéticas e a combinação de métodos representa superioridade de resultados, se comparada a técnicas isoladas.

INTRODUÇÃO

Independente do mecanismo de agressão, por resposta celular, molecular e coordenada vai ocorrer um processo regenerativo celular que resultará desde cicatrizes estéticas até aberrantes. A cicatrização da pele ocorre em 3 fases: inflamatória, proliferativa e de remodelação. Inúmeros tipos de agressão a pele podem gerar cicatrizes sendo a gravidade relacionada ao grau e duração da resposta inflamatória e profundidade de dano tecidual. Sua classificação é de acordo com relevo, cor, forma, textura e consistência. Quanto ao relevo podem ser: planas, elevadas ou deprimidas. As cores variam de eritema com ou sem telangectasias, hipercrômica e hipocrômica. Quanto a forma, podem ser: regulares, irregulares ou estreladas. Quanto a textura e consistência se classificam em elevadas, deprimidas e distróficas.

DISCUSSÃO

A escolha da terapia é dependente de avaliação minuciosa do paciente, características como fototipo, procedimentos prévios são importantes, assim como, experiência do profissional. O registro fotográfico é importante e necessário para acompanhamento. Dos procedimentos cirúrgicos destaca-se a subincisão, empregada em cicatrizes deprimidas e distensíveis retráteis. Técnica de baixo custo que pode ser feita com agulhas Nokor, 18,22, 25 ou 27 G. Após assepsia e anestesia local a agulha é introduzida com bisel voltado para cima em plano dérmico ou subcutâneo, com movimentos lineares, horizontais ou verticais para seccionar traves. O microagulhamento é uma outra forma de indução de colágeno, é empregada em cicatrizes atróficas deprimidas distensíveis ou não. O procedimento é realizado com diferentes volumes (mm) aplicado com agulha e o instrumento é passado na pele em múltiplas direções cruzadas, com várias vezes, com sangramento mínimo, substituído por exsudato seroso, edema e eritema. Recomenda-se 2 a 4 sessões com intervalo de 6 semanas.

A dermoabrasão é uma técnica ablativa realizada mecanicamente através de lixas diamantadas ou d'água ou escovas acopladas a motores de rotação. Efetiva para cicatrizes de acne, cirúrgicas e traumáticas.

Procedimentos com *punch* são úteis pra cicatrizes não distensíveis médias crateriformes e profundas podendo ser feita a retirada completa seguida de sutura ou enxertia simples com elevação do assoalho da lesão. Usados punches de 2,5-4mm. Excisão tangencial ou *shaving* é útil em cicatrizes elevadas, principalmente as hipertóficas e queloides, pode ser realizada com lâmina de bisturi ou u barbear.

Exérese simples é realizada em cicatrizes distróficas alargadas e maiores que 4 mm, com incisão elíptica com eixo paralelo as linhas de tensão.

W-plastia é realizada com objetivo de tornar cicatrizes longas e lineares em ziguezague, realizada com lâmina 11 com comprimento do w de 3-10 mm e o ângulo na ponta do triângulo de 60°. Incisão em linha quebrada com o conceito que cicatrizes descontínuas e em formato irregular são menos perceptíveis que lineares.

Zetaplastia é utilizada para alongar cicatrizes retráteis, prevenir a contratura ou modificar sua direção nas linhas de tensão da pele. CROSS é a aplicação de ATA em concentrações acima de 65% em cicatrizes deprimidas e atróficas para estimular a neocolagênese. O preenchimento é usado em distensíveis e deprimidas e pode preencher áreas profundas com perda de subcutâneo, pode ser feitos enxertos de gordura, hidroxapatita de cálcio, ácido hialurônico.

O laser pode ser ablativos e não ablativos, fracionados e não fracionados, *pulsed dye laser*, LIP, Q switched Nd Yag micropulsado.

Outros tratamentos: injeções de células pluripotentes mesenquimais intradérmicas, infiltrações de corticóides, 5 fluoracil, bleomicina, mitocimina, imiquimode, radioterapia, crioterapia.

CONCLUSÃO

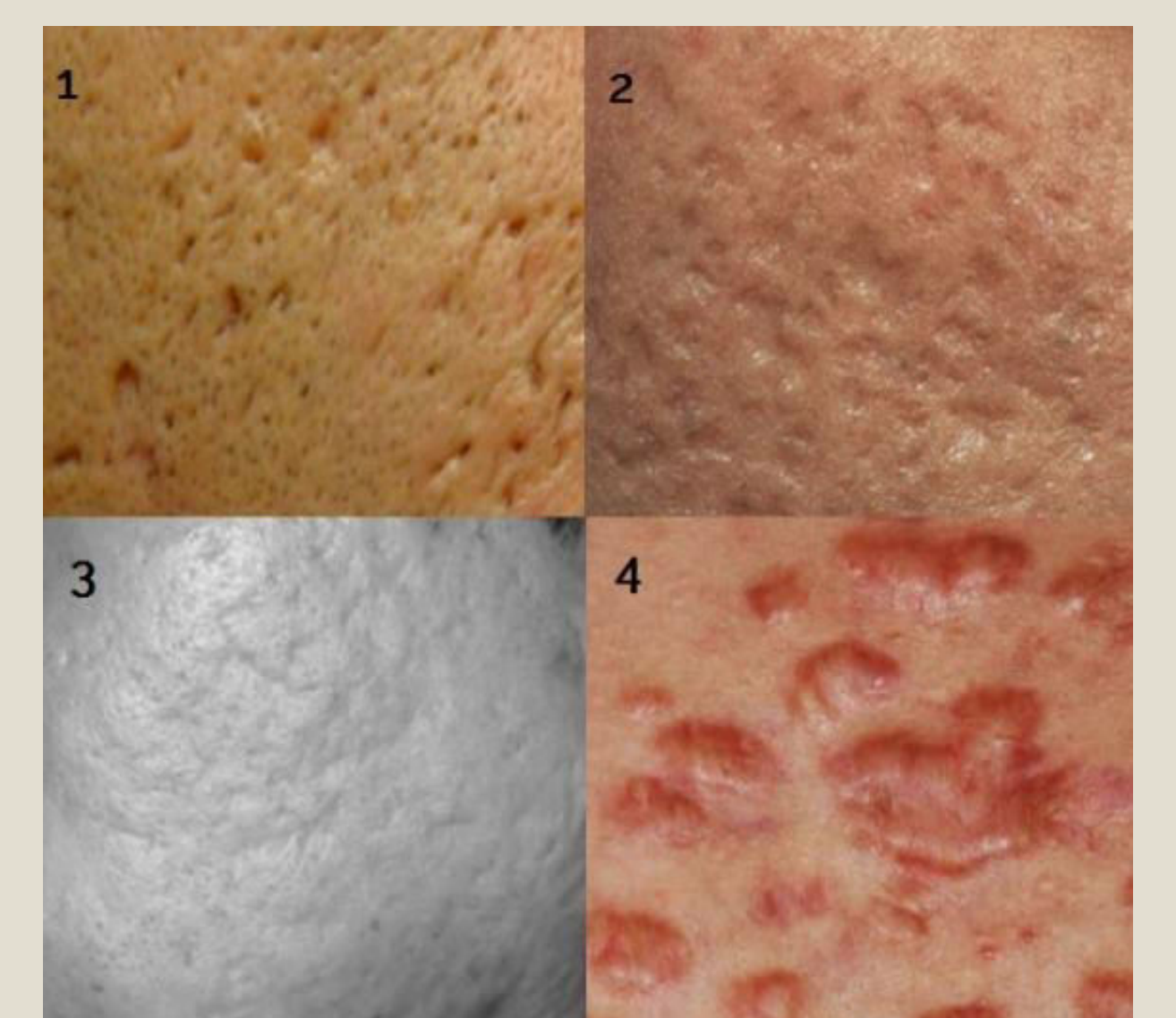
Métodos combinados com múltiplas modalidades de terapias, cirúrgicas ou não de forma concomitante ou sequencial têm se mostrado superiores em comparação aos tratamentos isolados.



http://www.queleide.com.br/queleide2_clip_image016.gif



<http://www.poptopic.com.br/wp-content/uploads/acne-scar-cicatriz1-600x175.jpg>



<http://vmulher5.vila.to/interacao/9543723/tipos-de-cicatrizes-e-marcas-causadas-por-acne-350842-1.jpg>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alam M, Omura N, Kamier MS. Subincision for acne scarring; tecquique and outcomes in 40 patients. *Dermatol Surg* 2005, 31 (3): 310-7
- Fabbrocini G, Annunziata MC, D arco V *et al.* Acne scars: Pathogenesis, Classification and treatment. *Dermatol Res Pract* 2010; 2010:893080.
- Pomaranski MR, Krull EA, Balle MR. Use of the z-plasty technique for forehead defects. *Dermatol Surg* 2005, 31 (12):1720-3