

CICATRIZES INESTÉTICAS

Aline Kaori Yamamoto

Tecnóloga em Estética e Cosmética – FITL/AEMS

Samia Marouf Abdel Jalil

Tecnóloga em Estética e Cosmetologia – CUGD; Farmacêutica-Bioquímica – UNIDERP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

Qualquer processo de incisão na pele ocasiona uma cicatriz, que é uma seqüela apresentada em variadas formas e dimensões. Ela pode desaparecer na cicatrização, ou permanecer como uma cicatriz inestéticas, que se varia morfológicamente em forma, cor, textura, relevo e consistência. Os casos mais comuns são em traumas cortantes e escoriações em acidentes, acne, falha na técnica cirúrgica, queimaduras ou má cicatrização do paciente.

PALAVRAS-CHAVES: cicatriz; quelóide; cicatriz hipertrófica.

1 INTRODUÇÃO

Independente do mecanismo de agressão, por resposta celular, molecular e coordenada, ocorre um processo regenerativo celular que resulta desde cicatrizes estéticas até aberrantes. Inúmeros tipos de agressão à pele podem gerar cicatrizes, sendo a gravidade relacionada ao grau e duração da resposta inflamatória e profundidade de dano tecidual (Alam; Omura; Kamier, 2005). Danos tissulares de qualquer natureza desencadeiam de imediato uma série de eventos que de forma simplista se traduzem como rubor, tumor, calor e dor. Estes sinais resultam da ativação de células nervosas, vasculares e circulatórias por estímulos físicos ou por sinalização química (BALBINO; PEREIRA; CURI, 2005).

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é descrever os tipos de cicatrização, em especial a inestética.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A realização desse trabalho sobre cicatrizes inestéticas foi por meio de diversos artigos científicos nacionais e internacionais. Usamos também livros

dermatológicos. Dentre as palavras chaves incluíram-se, cicatriz, quelóide e cicatriz hipertrófica.

4 PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Cicatrização é o mecanismo eficiente de reparação tecidual, que promove revitalização da epiderme e a substituição da derme por uma nova matriz extracelular (GUIRRO; GUIRRO, 2006). Existem três fases na cicatrização, a inflamatória, a fibroblástica ou proliferativa e a de remodelamento ou reparadora.

A fase inflamatória é na qual ocorre remoção dos restos de células teciduais desvitalizadas, tem em média de 24-48 horas de duração. Inicia-se no exato momento da lesão. O sangramento traz consigo plaquetas, hemácias e fibrina, selando as bordas da ferida, ainda sem valor mecânico, mas facilitando as trocas. O coágulo formado estabelece uma barreira impermeabilizante que protege da contaminação. Com a lesão tecidual, há liberação local de histamina, serotonina e bradicinina que causam vasodilatação e aumento de fluxo sanguíneo no local e, conseqüentemente, sinais inflamatórios como calor e rubor. A permeabilidade capilar aumenta causando extravasamento de líquidos para o espaço extracelular, e conseqüente edema. (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2008).

Na fase fibroblástica, durante a reparação do tecido conjuntivo ocorre a formação do tecido de granulação, com proliferação endotelial e de fibroblastos. Estes últimos são atraídos por estímulos químicos em direção ao leito da ferida, produzindo matriz extracelular e angiogênese, são as principais células envolvidas na cicatrização e surgem por volta do segundo ou terceiro dia após o trauma, [...] promove a reepitelização (DESMOULIÈRE et al., 2005).

Na fase remodeladora ocorre deposição, agrupamento, remodelação do colágeno e regressão endotelial, ocorre também a diminuição de todos os elementos celulares, inclusive as células inflamatórias. A maturação da ferida tem início durante a terceira semana e caracteriza-se por um aumento da resistência, sem aumento na quantidade de colágeno (SINGER et al., 1999). Ocorre, concomitantemente, reorganização da matriz extracelular, que se transforma de provisória em definitiva. (GABBIANE et al., 2003).

4.1 Classes da Cicatrização

Existem três formas pelas quais a ferida pode se cicatrizar; primeira intenção, segunda intenção e terceira intenção.

Durante a primeira intenção de cicatrização, as bordas são apostas ou aproximadas, com o mínimo de perda de tecido, sem infecções e quase sem edema, a formação de tecido de granulação não é visível.

Na segunda intenção de cicatrização ocorre perda excessiva de tecido, com ou sem presença de infecção, sem aproximação das bordas. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por contração e epitelização.

Na terceira intenção de cicatrização ocorre aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Presença de infecção, que deve ser tratada primeiramente para que seja saturada posteriormente.

5 CICATRIZES INESTÉTICAS

Independentemente do tipo de cirurgia a ser realizada, um dos aspectos a serem avaliados é a cicatriz, uma vez que a aparência é sempre uma preocupação do paciente. As cicatrizes inestéticas fazem parte do dia a dia dos cirurgiões e, em função disto, buscam métodos preventivos e técnicas cirúrgicas modernas, minimizando os riscos do aspecto inestético e as repercussões sintomáticas e funcionais. Muitos métodos vêm sendo utilizados para o tratamento como cirurgias, laser, crioterapia, tratamentos invasivos e não invasivos como os géis de uso tópico para a manipulação.

A frequência maior encontra-se em pacientes jovens, entre 10-30 anos, com risco maior na segunda década da vida. É raro em crianças e idosos, apesar de existir relato dessa lesão até em cicatriz umbilical de recém nascido, assim como em pessoas de 73 anos de idade (Centro de Desenvolvimento e Excelência Farmacêutica, 2015).

5.1 Cicatriz Atrófica

As cicatrizes atróficas são depressões dérmicas mais comumente provocadas por destruição do colágeno durante doenças cutâneas de caráter inflamatório, como acne nódulo-cística ou varicela, ou após traumas, queimaduras e cirurgias. São cicatrizes de difícil tratamento, geralmente abordadas cirurgicamente.

Entretanto, tratamentos menos invasivos têm sido utilizados com relativo sucesso (CROCCO; COSTA, 2012).

5.2 Cicatriz Hipertrófica

No início, as cicatrizes hipertróficas são placas rosadas ou vermelhas, de consistência elástica e firme, bem demarcadas que evoluem para cicatrizes espessas, em tamanho maior do que o esperado, existindo uma correlação entre a forma, local e tamanho da ferida. Essa cicatriz pode assemelhar-se a um quelóide, mas não se alastra para tecidos subjacentes. É composta pelo aumento e super crescimento de tecido cicatricial (GLINADERLLO et al., 2009). Raramente são dolorosas e podem regredir com o tempo. Respondem bem ao tratamento com compressão e massagens (PEREIRA, 2003).

Cicatrizes do tipo hipertróficas têm maior densidade de fibras nervosas que as cicatrizes normotróficas (HOCHMAN et al., 2012).

5.3 Cicatriz Queloidiana

As cicatrizes queloidianas são mais elevadas com coloração violácea, invadindo tecidos vizinhos. Apresentam prurido, dor e ardor, não regredindo espontaneamente e muitas vezes com crescimento prolongado. Não respondem bem à compressão. Alguns fatores, locais e gerais, influem na qualidade da cicatriz e devem ser evitados (Quadro 1).

Quadro 1. Fatores que influenciam a cicatrização.

Fatores locais	
•	Feridas contaminadas e com presença de corpos estranhos
•	Bordas irregulares e desvitalizadas
•	Hematomas
•	Sentido desfavorável às linhas de força da pele
•	Excesso de tensão e aproximação inadequada das bordas da ferida
•	Áreas com pouca vascularização ou irritação crônica da pele
•	Áreas de tração ou pressa mecânica
•	Materiais, técnicas de sutura e curativos inadequados
Fatores gerais	
•	Idade
•	Adiposidade
•	Estado nutricional (anemia, hipoproteinemia)
•	Diabetes mellitus
•	Tabagismo
•	Doenças sistêmicas: do conjuntivo e tumorais
•	Doenças vasculares
•	Uso de medicamentos: corticosteroides, anticoagulantes, citostáticos, etc.

Fonte: Extraído de PEREIRA, 2003.

A incidência da formação de quelóide é difícil de ser avaliada. Varia entre 4,5% e 16% nos negros, hispânicos e orientais, sendo aproximadamente 15 vezes mais frequente em negros do que em brancos. A faixa etária em que esse processo é mais intenso varia entre 10 e 30 anos, sendo menos comum em crianças e idosos (URIOSTE; ARNDT; DOVER, 1999). Não há diferença de prevalência em relação ao sexo (O'SULLIVAN et al., 1996).

5.4 Diferenças entre as Cicatrizes Hipertróficas e Queloidianas

Algumas vezes, as cicatrizes queloides e as hipertróficas são de difícil distinção e esses termos têm sido utilizados indevidamente como sinônimos.

Quadro 2. Características morfológicas das cicatrizes hipertróficas e queloides.

Hipertrófica	Queloide
Elevada.	Elevada.
Pruriginosas.	Pruriginosas.
	Pode ser fonte de dor ou hiperestesia.
Não ultrapassa os bordos da lesão inicial	Ultrapassa os bordos da lesão inicial
Geralmente ocorre 4-8 semanas após lesão inicial.	Pode desenvolver –se muitos anos depois da agressão. Podem aparecer espontaneamente no dorso.
Em áreas anatómicas com tensão: ombros, pescoço, região esternal, joelhos, tornozelos.	Mais comum tórax anterior, ombros, lóbulos da orelha, membros superiores.
Fase de crescimento rápido até 6 meses. Regressão progressiva. Podendo conduzir a cicatrizes planas.	Persistem por um longo período de tempo. Não regredem espontaneamente.
Aspecto linear, consistência elástica.	Aspecto firme, bosselado, pele fina. Bordos bem demarcados mas irregulares no limite. Coloração rosa a púrpura. Muitas vezes hiperpigmentado.
Recorrência rara após excisão:	Recorrência frequente após excisão:
Superabundância de colagénio dérmico.	Superabundância de colagénio dérmico.
Colagénio tipo III, primariamente.	Colagénio tipo I e tipo III.
Orientação paralela à superfície epidérmica.	Feixes de colagéniohipocelulares.
Abundantes nódulos contendo: Miofibroblastos. Grandes filamentos de colagénio extracelular. Mucopolissacaridos.	Sem nódulos. Sem excesso de miofibroblastos.
Excesso de produção de proteínas pelos fibroblastos.	Excesso de produção de proteínas pelos fibroblastos.

Fonte: Extraído de FRANCISCO; FONSECA; PIRES; SEIXO, 2011.

A diferenciação se faz por meio de sua evolução clínica e histológica, além de terem respostas celulares diferentes à ação dos fatores de crescimento. A cicatriz hipertrófica é elevada, porém é circunscrita nos limites da ferida inicial. Ela surge durante o primeiro mês após o trauma, com prurido local e hiperemia, podendo regredir espontaneamente (PEACOCK; MADDEN; TRIER, 1970). Apresenta boa

resposta à compressão e à massagem, tendendo a exibir melhor aspecto após sua exérese cirúrgica. Contratura cicatricial é frequentemente observada na cicatriz hipertrófica e não aparece no quelóide (TUAN; NICTER, 1998). As características morfológicas dos dois tipos de cicatrizes estão mostradas no Quadro 2.

6 TRATAMENTO

A prevenção ainda é o melhor tratamento. O conhecimento dos motivos que levam à cicatriz inestética faz com que o tratamento torne-se mais fácil e eficaz, porém os resultados são variáveis.

6.1 Queloides

A quelóide não regride espontaneamente, portanto o tratamento é indispensável. Possíveis tratamentos: curativo compressivo; placas de silicone; produtos tópicos e massagens; cirurgia de reparo de cicatriz (neste caso muitas vezes é associada a outros tipos de tratamentos com o intuito de diminuir o aparecimento de um novo quelóide); injeções de corticoides (aplicadas no interior da cicatriz, a cada 15 dias); crio cirurgia (uso de nitrogênio em temperatura muito baixa) e radioterapia (Beta terapia – radioterapia superficial, com efeito, apenas na pele. Realizada em 10 sessões, iniciando após 24-48 horas após a reticara da cicatriz).

6.2 Hipertróficas

Diferentemente da queloidiana, a cicatriz hipertrófica pode regredir com o tempo; há diminuição da espessura, mas não da largura. Os tratamentos ajudam a acelerar esse processo, sendo os mesmos: curativo compresso; placas de silicone; produtos tópicos e massagens; cirurgia de reparo da cicatriz (neste caso muitas vezes é associada a outro tipo de tratamento com o intuito de diminuir o aparecimento de uma nova cicatriz hipertrófica) e injeções de corticoide (aplicadas no interior da cicatriz, a cada 15 dias).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cicatrizes inestéticas, são cicatrizes com falta de estética, beleza. Como exemplo, temos as queloides, que são cicatrizes grossas, endurecidas e elevadas,

que não respeitam a delimitação das cicatrizes e frequentemente apresenta dor ou coceira. Já as cicatrizes hipertróficas, mesmo também sendo elevadas, respeita a delimitação da cicatriz original. Outra grande diferença é a regressão da cicatriz hipertrófica, esse tipo de cicatriz pode ter uma regressão espontânea com o tempo, diferentemente da queloidiana, nela não ocorre essa regressão. Seus tratamentos são variados e nem sempre com sucesso, as queloidianas, por exemplo, na presença simultânea de mais de uma queleide, é um fator que aumenta a chance da queleide retornar após uma retirada cirúrgica, de qualquer forma, não há contra indicação para uma nova operação.

REFERÊNCIAS

ALAM, M.; OMURA, N.; KAMIER, M. S. Subincision for acne scarring; tecquique and outcomes in 40 patiens. *Dermatol Surg*, 31 (3): 310-7, 2005.

BALBINO, C. A.; PEREIRA, L. M.; CURI, R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2005.

Centro de Desenvolvimento e Excelência Farmacêutica. DEHON. Prevenção e tratamento de cicatrizes hipertróficas e queloides. 2015.

CROCCO, E. I.; COSTA, N. M. Tratamento de cicatriz atrófica em paciente asiático com laser fracionado não ablativo, 2012.

DESMOULIÈRE, A.; CHAPONNIER, C.; GABBIANE, G. Tissue repair, contraction and themyofibroblast. *Wound repair and Regeneration*, v. 13, p. 7-12, 2005.

FRANCISCO, R. C.; FONSECA, F. PIRES, M. SEIXO, I. A medicina física e de reabilitação integrada no tratamento multidisciplinar da fibrose quística. 2011.

GLINARDELLO, M. M. M. C.; SANTOS, A. R.; SANT'ANNA, C. M.; CRUZ, C. R.; CARVALHO, D. P.; SILVA, V. P. Lesão epitelial e cicatrização de natureza hipertrófica e queleide. *Corpus et Scientia*, vol. 5, n. 2, p. 37. 44, set. de 2009.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. *Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos e Patologia*. 3ª edição. São Paulo: Manole, 2006.

HOCHMAN, B.; ISHIZUKA, C. K.; FERREIRA, L. M.; OLIVEIRA, L. Q. R.; LOCALI, R. F. Distribuição de quelóide e cicatriz hipertrófica segundo os fototipos de pele de Fitzpatrick. *São Paulo: Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, vol. 27, no 2, 2012.

O'SULLIVAN, S. T. et al. Aetiology and management of hypertrophic scars and keloids. Ann R Coll Surg Engl, 78: 168-175, 1996.

PEACOCK, E. E.; MADDEN, J. W.; TRIER, W. C. Biologic basis for the treatment of keloids and hypertrophic scars. South Med J, 63: 755-760, 1970.

PEREIRA, J. R. C. Tratamento de cicatrizes patológicas com a associação de cefalin, heparina e alantoína, Rev. Bras. Med. vol. 60 - Nº 8 – Ago., 2003.

SINGER, A.J.; CLARK, R. A. Cutaneous wound healing. New England Journal Medicine, v.341, p.738-46, 1999.

TAZIMA, M. F. G.S.; VICENTE, Y.A. M. V. A.; MORIYA, T. Fundamentos em clínica cirúrgica - 1ª parte, capítulo II, 2008,

TUAN, T. L.; NICHTER, L. S. The molecular basis of keloid and hypertrophics car formation. Mol Med Tod, 19-29, 1998.

URIOSTE, S. S.; ARNDT, K. A.; DOVER, J. S. Keloidal scars and hypertrophic scars: review and treatment strategies. Sem Cutan Med Surg, 18: 159-171, 1999.