

Tratamento da Cicatriz Hipertrófica e do Quelóide: estado da arte

Rita Cardoso Francisco¹, Fernando Fonseca², Mafalda Pires¹, Isabel Seixo¹
Hospital de Dona Estefânia¹, Hospital de Santa Marta²

Cicatrices hipertórficas (CH) e Quelóides (Q)

- Distribuição semelhante entre os dois sexos
- Incidência maior entre 10-30 anos
CH: 40-70% após cirurgia, até 91% após queimadura
- Pele mais pigmentada, maior susceptibilidade à formação de Q
6-16% população africana
- Predisposição genética familiar no Q
- Desregulação no processo fisiológico de cicatrização
- Desenvolvem-se após lesão da derme profunda
queimadura, laceração, abrasão, cirurgia, piercings, vacinação
- Causam prurido, dor e retracção
- Afecta a qualidade de vida – física e psicológica
- Diferenciação pode ser difícil
- A sua distinção incorrecta pode resultar no tratamento inadequado, nomeadamente em decisões cirúrgicas desnecessárias

CICATRIZ HIPERTRÓFICA	QUELÓIDE
Elevadas	Elevadas
Pruriginosas	Pruriginosas
	Pode ser fonte de dor ou hiperestesia
Não ultrapassa os bordos da lesão inicial	Ultrapassa o bordo inicial da lesão
Geralmente ocorre 4-8 semanas após lesão inical	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 regridem espontaneamente
Aspecto linear, consitência 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:

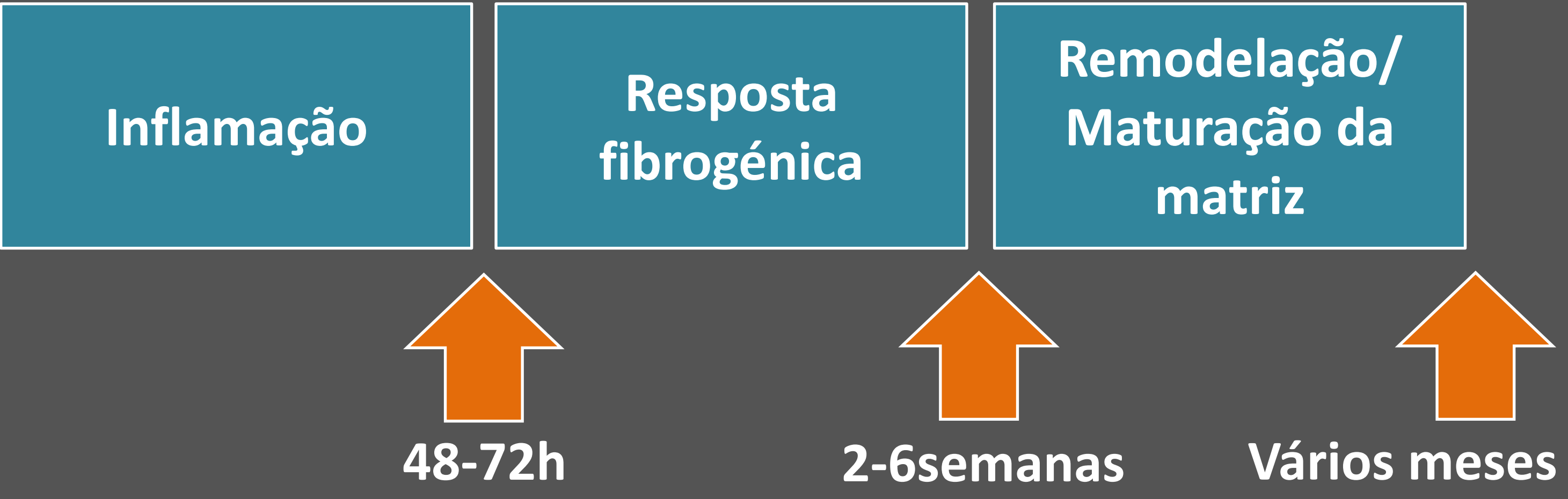
Superabundância de colagénio dérmico.	Superabundância de colagénio dérmico.
Colagénio tipo III , primariamente	Colagénio tipo I e tipo III
Orientação paralela à superfície epidérmica	Feixes de colagénio hipocelulares
Abundantes nódulos contendo : Miofibroblastos	Sem nódulos
Grandes filamentos de colagénio extracelular Mucopolissacaridos	Sem excesso de miofibroblastos
Excesso de produção de proteínas pelos fibroblastos.	Excesso de produção de proteínas pelos fibroblastos



Conclusão

Não há guidelines para o tratamento das CH e dos Q.
O tratamento deve ser individualizado, dependendo da distribuição, dimensões, espessura e consistência das lesões.
É importante que as práticas usadas e as novas técnicas sejam baseadas em estudos de larga escala e com follow-up longo, antes de serem efectivamente recomendados.
Para além das manifestações clínicas, a avaliação psicológica e da qualidade de vida, são parâmetros importantes para avaliação da eficácia do tratamento.

A cicatrização cutânea está dividida em 3 fases distintas:



CH e Q ← Desregulação do processo fisiológico de cicatrização

Tratamento

TRATAMENTO/ PROFILAXIA		
Pressoterapia	Pressão contínua: 15-40mmHg 23h/ dia Na fase de cicatrização activa	Tratamento/ Profilaxia CH após queimadura Sucesso controverso no Q Limitações: Difícil compliance, difícil ajuste do material compressivo
Silicone Placa/ Gel	Mais de 12h/ dia	Profilaxia CH e Q Sem efeito em CH e Q já maduros
Flavonóides	Início 2 semanas após cicatrização 2 aplicações/ dia	Profilaxia do CH eQ

TERAPEUTICAS ACTUAIS		
Corticosteróide	Injecção intralesional de Acetonido de Triamcinolona 10-40mg/ml Vários tratamentos	1ª linha – Q recentes 2ª linha – CH recentes CH e Q antigos: Melhoria das características Associação: Cirurgia, LASER e Crioterapia EFEITOS ADVERSOS: Atrofia cutânea
Crioterapia	Nitrogénio líquido 10-20 segundos	CH e Q + injecção de Acetonido de triamcinolona Cicatrices pequena dimensão EFEITOS ADVERSOS: flictenas, dor
Revisão da cicatriz	Excisão linear, sem tensão, enxerto, plastia em Z, plastia em w	Eficaz na CH Recorrência de Q 45-100% após excisão
Radioterapia	Rx superficiais, 15-20Gy, máx 40Gy 5-6 sessões pós-operatório	Boa eficácia como terapia adjuvante após excisão de Q EFEITOS ADVERSOS COMUNS: malignização
LASER	Short-pulsed dye laser 585nm	Tratamento Q primário e CH recentes Alta taxa de recidiva

TERAPEUTICAS EMERGENTES		
Interferão	Injecção intralesional INF-α2b	EFEITOS ADVERSOS: sintomas gripais
5-FU	Injecção intralesional 5-FU 50mg/ml	Eficácia na CH e Q EFEITOS ADVERSOS: anemia, leucopenia, trombocitopenia (hemograma completo) Contra Indic:ação: grávida, mielossupressão

Outros tratamentos que têm revelado resultados:

- Cirurgia + Injecção de Verapamil
- Cirurgia + Braquiterapia Estrôncio90
- Radioterapia (RT) + cirurgia + RT
- Mitomicina C
- Bleomicina
- Tamoxifeno tópico



Bibliografia

Gauglitz, GC et al. Hypertrophic scarring and keloids: Pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. Mol Med. 2011 Jan–Feb; 17(1-2): 113–125.
Wang, X. et al. Antimitotic drug injections and radiotherapy: a review of the effectiveness of treatment for hypertrophic scars and keloids. The International Journal of Lower Extremity Wounds 7, 151-159 (2008).
O'Brien L, Pandit A. Silicon gel sheeting for preventing and treating hypertrophic and keloid scars. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD003826.
Copcu E, Sivrioglu N, Oztan Y. Combination of surgery and intralesional verapamil injection in the treatment of the keloid. J Burn Care Rehabil. 2004 Jan-Feb;25(1):1-7.
Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. Am Fam Physician. 2009 Aug 1;80(3):253-60.
Wang XQ et al. A Review of the Effectiveness of Antimitotic Drug Injections for Hypertrophic Scars and Keloids. Ann Plast Surg. 2009 Dec;63(6):688-92.
Gragnani A, Warde M, Furtado F, Ferreira LM. Topical tamoxifen therapy in hypertrophic scars or keloids in burns. Arch Dermatol Res. 2010 Jan;302(1):1-4. Epub 2009 Jul 28.
Parrett BM, Donelan MB. Pulsed dye laser in burn scars: current concepts and future directions. Burns. 2010 Jun;36(4):443-9. Epub 2009 Dec 21.
Baisch A, Riedel F. Hyperplastic scars and keloids. Part I: basics and prevention. HNO. 2006 Nov;54(11):893-904; quiz 905.
Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL, De Fendi LI. Postoperative strontium-90 brachytherapy in the prevention of keloids: results and prognostic factors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009 Apr 1;73(5):1510-6. Epub 2008 Dec 26.

