

Efeito da terapia combinada no tratamento do quelóide auricular

Effect of combination therapy in the treatment of auricular keloid

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201573578>

RESUMO

Os quelóides são desordens benignas fibroproliferativas dérmicas que se desenvolvem no local da injúria cutânea, devido ao desequilíbrio dos mecanismos que controlam o reparo e a regeneração tecidual. A patogênese não está bem esclarecida, mas postula-se que ocorra um desequilíbrio entre fatores anabólicos e catabólicos no processo cicatricial, resultando em produção excessiva de colágeno. Embora haja várias modalidades terapêuticas, as taxas de recidiva são altas. O artigo relata cinco casos de quelóide em lóbulo de orelha que apresentaram boa resposta com a terapia combinada: cirurgia excisional, infiltração de corticoesteróide e dispositivo de pressão.

Palavras-chave: quelóide; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; corticosteróides; pressão

ABSTRACT

Keloids are dermal fibroproliferative benign disorders that develop at the site of cutaneous injury, due to an imbalance of the mechanisms that control tissular repair and regeneration. The pathogenesis is not well understood, however it is postulated that an imbalance between anabolic and catabolic factors occurs in the healing process, resulting in overproduction of collagen. There are several treatment modalities, nevertheless recurrence rates are high. The objective of the present paper is to describe five cases of keloid in the ear lobe that showed a good response to a combination therapy: excisional surgery, corticosteroid injection, and pressure device.

Keywords: keloid; ambulatory surgical procedures; adrenal cortex hormones; pressure

Introdução

O quelóide é proliferação anormal de tecido cicatricial, que se forma durante o processo de cicatrização, geralmente nos locais de injúrias cutâneas. Não regride espontaneamente, cresce além das margens originais da cicatriz e não deve ser confundido com cicatrizes hipertróficas, que são elevadas, não crescem além das margens originais e podem regredir com o tempo.^{1,2} Ocorre em percentual que varia de cinco a 15% das cicatrizes, apenas em humanos, com idade média d`e início entre 10 e 30 anos.

Em geral, surge no prazo de um ano após a injúria cutânea e é 15 vezes mais frequente nos indivíduos de pele mais pigmentada do que nos de pele menos pigmentada.³ A inflamação prolongada é um dos importantes fatores de risco para o desenvolvimento do quelóide.⁴ Algumas regiões do corpo são mais suscetíveis à formação de quelóides, como tórax anterior, superfície anterior do pescoço, ombros, braços, orelhas e feridas perpendiculares às linhas de tensão da pele.⁴

Relato de caso

Autores:

Marta Regina Machado Mascarenhas¹
João Marcos Goes de Paiva¹
Lais de Abreu Mutti¹
Marcia Maria Vivan¹
Samira Yarak²

¹ Especializando/a em cirurgia dermatológica na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora adjunta do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Departamento de Dermatologia da Unifesp
A/C. Samira Yarak
Rua Borges Lagoa, 508 – Vila Clementino
04038-000 – São Paulo – SP
Email: syarakdermato@gmail.com

Data de recebimento: 09/12/2014

Data de aprovação: 10/07/2015

Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum

A patogênese do quelóide é pouco compreendida e envolve alterações nas fases anabólicas e catabólicas do processo cicatricial, que podem ser influenciadas por vários fatores locais e genéticos, permitindo produção de colágeno superior a sua degradação.³⁻⁵

Os fatores de crescimento e citocinas estão intimamente envolvidos nesse processo. Há aumento do fator de crescimento transformante β (TGF- β), que regula a proliferação de fibroblastos e a síntese do colágeno, promovendo a diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos. Os miofibroblastos apresentam papel importante na contração e remodelagem do tecido de granulação por sua capacidade de contrair os filamentos de actina e de aumentar a síntese de colágeno.

Outros fatores envolvidos incluem o aumento de mastócitos, elastina, glicosaminoglicanos, fator de necrose tumoral α (TNF- α), interferon β (INF- β), fator de crescimento derivado da plaqueta (PDGF), fator de crescimento insulínico tipo 1 (IGF-1) e interleucina 6 (IL-6) e a diminuição da apoptose de fibroblastos e dos fatores que reduzem a síntese do colágeno tipo I, III e, possivelmente IV (TNF- β , IFN- α e g e metaloproteinase 9).^{4,5} Há também alteração da resposta imune, com predomínio dos linfócitos Th2 que promovem a fibrogênese em detrimento dos linfócitos Th1 que atenuam a fibrose dos tecidos.^{4,5}

Não há *guidelines* para tratamento dos quelóides, e, entre as diversas modalidades de tratamento, tenta-se alcançar a melhor terapêutica que apresente o menor índice de recidivas, em virtude das alterações estéticas e funcionais e do impacto na qualidade de vida que essas lesões provocam.^{5,6}

O objetivo deste artigo é relatar cinco casos de quelóide em lóbulo de orelha que não apresentaram recidiva com a terapia combinada: cirurgia excisional, infiltração de corticoesteróide e dispositivo de pressão.

Relato de casos

CASO 1: VJS, 14 anos, fototipo III, há dois anos refere quelóide em lóbulo da orelha esquerda (Figura 1), após *piercing*. Realizou-se a remoção parcial do quelóide há 10 meses, com posterior infiltração local de acetônio de triancinolona 40mg/ml mensal e uso do dispositivo de pressão (Delasco®) durante oito a 12 horas diárias (Figura 2). Resultado após nove meses do início do tratamento (Figura 3).

CASO2: LPR, 46 anos, fototipo III, apresenta quelóides nos lóbulos das orelhas após *piercing* (Figura 4). Realizou quatro cirurgias prévias e infiltrações seriadas de corticoesteróides, sem sucesso. Há três meses, realizou-se remoção parcial do quelóide da orelha direita associada a infiltrações mensais de acetônio de triancinolona e uso dos dispositivos de pressão (Figura 5).

CASO 3: AGP, 21 anos, fototipo V, refere quelóides em ambos os lóbulos das orelhas há seis anos. Realizou duas cirurgias prévias, com recidiva. Realizou-se remoção parcial do quelóide há três meses. Encontra-se em uso do dispositivo de pressão e infiltrações mensais de acetônio de triancinolona (Figura 6).

CASO 4: ACSS, 40 anos, fototipo V, há dois anos refere quelóide em lóbulo da orelha direita. Previamente, havia realizado seis infiltrações de corticoide sem sucesso. Há um ano,

foi realizada remoção parcial do quelóide associada à infiltração local de acetônio de triancinolona 40mg/ml e ao uso do dispositivo de pressão durante oito a 12 horas diárias (Figura 7).

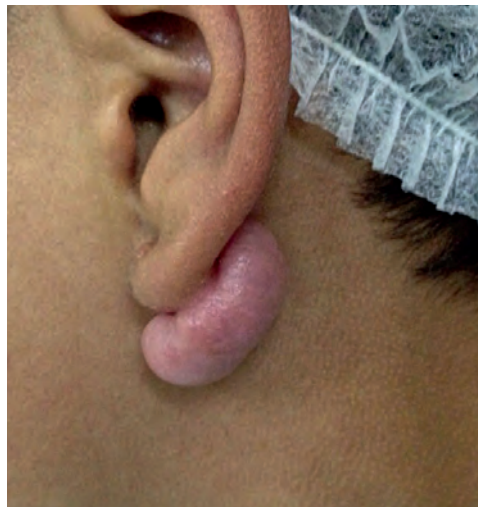


FIGURA 1: Paciente com quelóide em lóbulo de orelha esquerda



FIGURA 2: Uso do dispositivo de pressão



FIGURA 3: Nove meses após início do tratamento combinado

CASO 5: DC, 25 anos, fototipo III, relata queloides auriculares bilaterais há cinco anos. Há três anos, realizada cirurgia com remoção parcial do queloide. Desde esse período, são realizadas infiltrações de corticoesteroides e é mantido o uso contínuo do dispositivo de pressão, sem recidiva (Figura 8).

Todos os casos foram submetidos à excisão intralesional do queloide com remoção quase total, deixando-se uma fina faixa de tecido acometido, em que foi realizada sutura primária com fio de náilon 5.0. Após dez dias, os pontos foram retirados, iniciando-se as infiltrações intralesionais de corticoide e o uso dos dispositivos de pressão.



FIGURA 4: Paciente com queloide em lóbulo da orelha direita

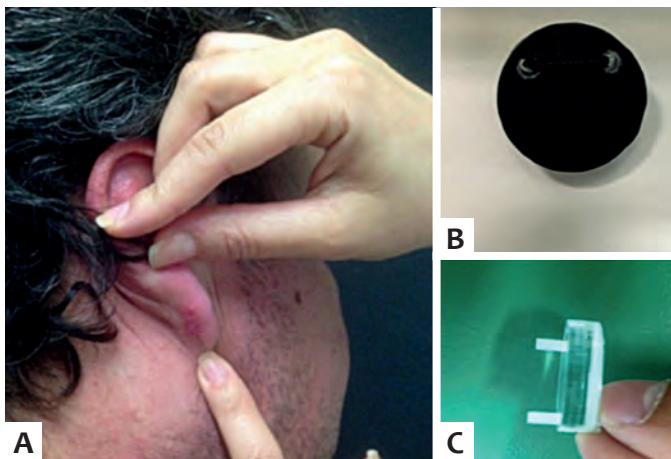


FIGURA 5: A- Resultado após 30 dias da cirurgia B/C- Dispositivos de pressão (ear pressure)

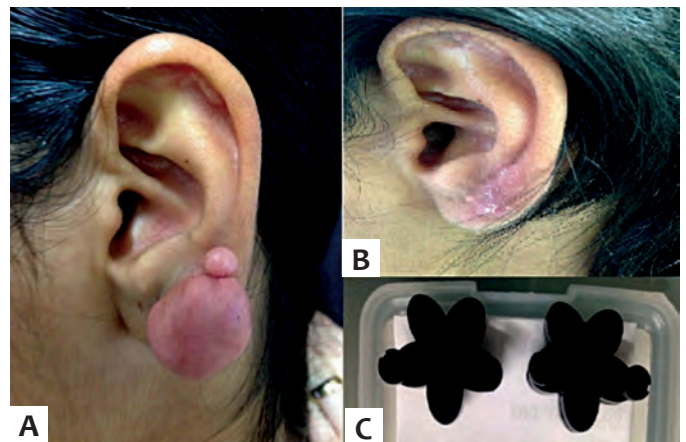


FIGURA 6: A- Queloides em lóbulo da orelha esquerda B- Três meses após a cirurgia C- Dispositivo de pressão usado pela paciente



FIGURA 7: Resultado 30 dias após a cirurgia



FIGURA 8: Resultado três anos após o início da terapia combinada

Discussão

Os queloides apresentam-se como um desafio terapêutico, principalmente, nos indivíduos com pele menos pigmentada, pois apesar da incidência ser menor nesse grupo populacional, há maior dificuldade em alcançar o sucesso terapêutico.⁷ Os queloides auriculares podem acometer hélice, anti-hélice e lóbulos, e se associam, principalmente, ao uso de brincos e a queimaduras térmicas. Apresentam incidência de 2,5% em pessoas que usam brincos nessa região.⁸

Várias modalidades de tratamento têm sido utilizadas para cuidar do quelóide. A monoterapia com a cirurgia excisional apresenta altos índices de recidiva (45-100%), além de ser comum a formação de quelóides maiores do que os prévios. Em associação com outros métodos, as taxas de recorrências caem para 8-50%.¹ Dessa forma, os tratamentos combinados mostraram-se mais efetivos na terapêutica dos quelóides.⁹

Rathee et al. acreditam que, nos quelóides de lóbulos de orelhas, a excisão deva ser intralesional (exérese da porção central da lesão e fechamento primário com mínima tensão) no intuito de diminuir o estímulo de colágeno, já que a excisão total promove estímulo adicional de colágeno. Isso resulta em bom resultado estético por não alterar estruturas anatômicas adjacentes.¹⁰

A infiltração de corticoesteróide representa terapia de escolha para quelóides pequenos e recentes, e é um importante tratamento adjuvante nos quelóides maiores e refratários. Apresenta efeitos primários na supressão dos processos inflamatórios e efeitos secundários, como a redução da síntese de colágeno e glicosaminoglicanos, e inibição dos fatores de crescimento.^{4,5}

Acredita-se que os dispositivos de pressão promovam hipóxia, degradação do colágeno e aumento da atividade da colagenase pela redução da atividade das α -macroglobulinas.¹ Além de diminuir o tempo de formação da cicatriz, reorientam as fibras de colágeno e aumentam os níveis de ácido hialurônico.⁶ Dessa maneira, foram desenvolvidos os *pressure earrings* (dispositivos de pressão auriculares) que devem apresentar as seguintes características: não inflamáveis, de fácil colocação e remoção pelo paciente, promover adequada pressão, facilmente higienizados e esteticamente aceitáveis.⁹ Existem diferentes formatos desses dispositivos, alguns com adaptações para a região da hélice auricular.

As recomendações do tratamento com os *pressure earrings* não estão bem definidas, mas postula-se que a pressão exercida deva estar entre 25-40mmHg e deva ser aplicada por 12-24 horas por dia durante período que varia de meses a anos.^{1,6} Bran et al. relatam que a combinação de cirurgia e tratamento pós-operatório com pressão apresenta boas respostas em 90-100% dos casos, especialmente, no tratamento de quelóides auriculares.⁶

De acordo com a literatura,¹⁻¹⁰ os casos relatados apresentaram boa resposta à terapêutica combinada, sem relatos de recidiva até o momento. Contudo, é necessário o acompanhamento a longo prazo para detecção de possíveis recorrências e reintervenção precoce, para que se alcance o tão almejado sucesso terapêutico.

Conclusão

Os quelóides apresentam-se como queixa frequente nos consultórios de dermatologistas, principalmente, devido ao impacto na qualidade de vida ocasionado pelas alterações estéticas. Acreditamos que o tratamento combinado, com o uso de dispositivos esteticamente aceitáveis, seja mais eficaz, com taxas de recidiva inferiores em relação à monoterapia, sendo uma boa opção terapêutica para os quelóides em lóbulos de orelha. ●

REFERÊNCIAS

1. Vivas AC, Tang JC, Maderal AD, Viera MH. Hypertrophic scars and keloids, part 1: conventional treatments. *Cosmet Dermatol.* 2012;25:309-16.
2. Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN. Keloid or hypertrophic scar: the controversy: review of the literature. *Ann Plast Surg.* 2005;54(6):676-80.
3. Alhady SM, Sivanantharajah K. Keloids in various races. A review of 175 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1969;44(6):564-6.
4. Bux S, Madaree A. Involvement of upper torso stress amplification, tissue compression and distortion in the pathogenesis of keloids. *Med Hypotheses.* 2012;78(3):356-63.
5. Gauglitz GG. Management of keloids and hypertrophic scars: current and emerging opinions. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2013 ;6:103-14.
6. Bran GM, Brom J, Hormann K, Stuck BA. Auricular keloids. Combined therapy with a new pressure device. *Arch Facial Plast Surg.* 2012;14(1):20-26.
7. Sand M, Sand D, Boorboor P, Mann B, Altmeyer P, Hoffmann K, et al. Combination of surgical excision and custom designed silicon pressure splint therapy for keloids on the helical rim. *Head Face Med.* 2007;3:14.
8. Sousa RF, Chakravarty B, Sharma A, Parwaz MA, Malik A. Efficacy of triple therapy in auricular keloids. *J Cutan Aesthet Surg.* 2014;7(2):98-102.
9. Savion Y, Sela M, Sharon-Buller A. Pressure earrings as an adjunct to surgical removal of earlobe keloids. *Dermatol Surg.* 2009;35(3):490-92.
10. Rathee M, Kundu R, Tamrakar AK. Custom made pressure appliance for presurgical sustained compression of auricular keloid. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(2):147-51.