

Resurfacing com Tru-Pulse Laser – Uma Conduta Ideal para Pessoas de Pele Morena

Moises Wolfenson¹
Dilson F. da Luz¹

1] Membro Titular da SBCP

Departamento de Cirurgia Plástica e Laser do
Hospital Mont Sinai.

Endereço para correspondência:

Moises Wolfenson

Av. João de Barros, 791
Recife – PE
54470-090

Fone: (081) 231-1621 Fax: (081) 421-1190

Unitermos: Resurfacing com laser de CO₂; laser em peles morenas; facelift/full face; Tru-Pulse Laser de CO₂.

RESUMO

O advento do Laser Ultrapulsátil de CO₂ deu aos cirurgiões plásticos a oportunidade de presentear seus pacientes com o mais simples e eficaz tratamento para lesões da pele, incluindo as da região periocular; as rugas periorbitais, peribucais e cicatrizes frontais. Os autores deste trabalho apresentam suas experiências em 111 casos de resurfacing com laser de CO₂.

São descritos os materiais e os métodos por eles utilizados para a preparação da pele, o tipo de anestesia, demonstrando-se como fazer o resurfacing e qual a intensidade que deverá ser utilizada em alguns casos; são relatados também suas experiências com o curativo expositivo, o pós-operatório e os resultados. Na conclusão, são exibidas algumas fotografias de pacientes antes e depois da aplicação do laser, demonstrando um resultado satisfatório para os doutores e uma vida mais agradável para os pacientes.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços técnicos, a cirurgia plástica facial deixava a desejar no tratamento eficiente e seguro das rugas periorbitais, peribucais e frontais, assim como nas seqüelas de acne. Os peelings apresentam grandes inconvenientes, mesmo em mãos experientes, com

riscos de seqüelas que variam das hipocromias às cicatrizes⁽²⁾; o uso do fenol chegou a causar morte de pacientes por intoxicação sistêmica, além dos riscos das mesmas seqüelas⁽⁹⁾ provenientes do uso de outros ácidos.

O advento do Laser de CO₂ Ultra-Pulsátil foi a grande inovação para o tratamento das áreas mencionadas^(5, 6) – esta é uma afirmação com a qual realmente concordamos.

O resurfacing em nossos pacientes foi realizado no pré, pós-operatório ou imediatamente após o face-lifting ou, ainda, como tratamento único. Nossa experiência, assim como a de outros autores⁽⁶⁾, é limitada ao Tru-Pulse Laser, admitindo no entanto que autores tenham obtido bons resultados com outros tipos de laser de CO₂^(3, 4, 5) por estes apresentarem menor dano térmico tecidual, menos edema e eritema, menor alteração de cor e textura cutânea e rápida resolução.

MATERIAL E MÉTODOS

Nossa casuística relata tratamento em 111 pacientes, 6 do sexo masculino e 105 do sexo feminino com idade variando de 47 a 66 anos. A cor predominante foi a morena, Fitzpatrick III a V (Fig. 1), predominando o tratamento na região perioral (Fig. 2), pois o maior índice de queixa dos pacientes referia-se a essa área.

TRATAMENTO DA PELE

Todos os pacientes se submeteram ao preparo prévio da pele por 15 a 45 dias (Fig. 3) e também ao tratamento complementar iniciado no 30º P.O., durante 30 dias (Fig. 4). Quando se apresentaram com flacidez, rugas profundas e/ou depressões, associamos o uso do laser a outras técnicas (Fig. 5).

Na seleção dos pacientes, afastamos os que apresentavam grande potencial de alergia, manchas por picadas de insetos, uso de isotetrinoína, instabilidade emocional ou os que não cumpriram os cuidados pré-operatórios. Atenção especial foi dada àqueles com história de herpes, sendo todos profilaticamente medicados.

ANESTESIA

A anestesia local foi o método de escolha para todos os pacientes, tendo como droga para infiltração a lidocaína a 0,5%, com epinefrina a 1:200.000, associada a bloqueios regionais.

As sedações foram realizadas com soluções endovenosas de fentanil, demerol e midazolam, por anestesiológista de nossa equipe, nos pacientes submetidos a full-resurfacing e naqueles em que o pro-

cesso foi associado ao face-lifting. A experiência em manter um limiar estável de narcose dispensou o uso de oxigenioterapia, não sendo necessário interromper o uso do laser.

RESURFACING

A fim de facilitar o trabalho, demarcamos as regiões da face, assim como as rugas profundas, e escaneamos as regiões com variações de intensidade e frequência conforme a espessura cutânea. A alteração da quantidade de passagens do scanner oscilou conforme a persistência das rugas e a alteração da coloração da pele. Na região palpebral inferior, a aplicação de 300 milijoules em duas passadas geralmente foi suficiente. Aplicamos 300 milijoules em duas passadas na região malar; 400 a 500 milijoules duas a três vezes na região labial; 500 milijoules com duas a três passadas totais e quatro a seis passadas nos ombros das rugas mais profundas. Na região frontal, fizemos duas a quatro passadas com intensidade de 500 milijoules, o mesmo acontecendo nas regiões maxilares superiores e no mento.

Obs.: Em todos os pacientes submetidos ao full-resurfacing, realizamos um degradê de mais ou menos 2 centímetros nos limites da região cervical. (Scaneamento com distanciamento da pele.)

CURATIVO

Após lavarmos a face com soro fisiológico, cobrimos as áreas operadas com creme cicatrizante com antibiótico – Acetato de Clostebol 0,5% + Sulfato de Neomicina 0,5% –, o que chamamos de Curativo Semi-Aberto (Fig. 6), e removemos o paciente para o apartamento, com a prescrição de antiinflamatórios, analgésicos, antibiótico via oral e repouso e a orientação para continuar o tratamento com o antiviral. Todos os pacientes tiveram alta hospitalar após repouso de uma a duas horas, nos casos em que foram submetidos unicamente à Laser Terapia.

Determinamos aos pacientes que mantivessem a face sempre coberta com creme – Acetato de Clostebol 0,5% + Sulfato de Neomicina 0,5% –, devendo lavá-la sob nossa supervisão no 3º P.O. (Fig. 6), quando iniciamos o uso de hidratante com filtro solar e Dexpanthenol 5%. O retorno do paciente às suas atividades deu-se em quase todos casos no 10º P.O., e solicitamos que o paciente retornasse ao

consultório semanalmente, ficando determinado que no 30º PO. iniciariamos o 2º protocolo, com o qual evitamos as pigmentações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Gostaríamos de fazer uma avaliação crítica deste trabalho, falando inicialmente sobre nosso temor até conseguir manusear com precisão a intensidade e o número necessário de passagens do laser sobre cada área. A opção pelo curativo Semi-Aberto Expositivo, com creme, em camada espessa, nos tem sido satisfatória. A formação de pequenas crostas, as quais foram eliminadas em mais ou menos quatro dias com banhos faciais, vaselina e o uso de solução de ácido acético, não foi problema para nós. A atenção especial dada ao tratamento nas pálpebras inferiores nos evitou sclera-show ou o ectrópio, e concluímos que a realização do teste para verificar as tensões tarsais e a realização de contoplastias profiláticas, quando necessário, seriam as melhores condutas. Também constatamos que a retração da pele após as passagens do laser nas regiões labiais tornou-os mais graciosos, e em alguns casos a associação com implantes foi o upgrade ideal para que obtivéssemos um contorno mais harmonioso da boca.

Na região frontal, onde realizamos o tratamento complementar da hipertrofia muscular com toxina botulínica e implantes sintéticos nas rugas mais pro-

fundas, conseguimos uma jovialidade excepcional.

A fim de tratar as seqüelas de acne com laser, realizamos previamente, quando necessário, pequenas exérese e suturas das lesões mais profundas, o que facilitou bastante o nivelamento da pele para o uso do laser.

Finalizando, afirmariamos que o menor traumatismo tecidual, a maior precisão na remoção das camadas da pele, a ausência de equimoses, a menor dor no pós-operatório e a rapidez na recuperação do paciente foram os fatores que mais contribuíram para continuarmos com o tratamento a Laser de CO₂ Ultra-Pulsátil.

RESULTADOS

A avaliação da eficácia do tratamento, levando em consideração: a grande satisfação do paciente, a segurança em tratar a hiperpigmentação, a persistência do eritema por tempo mínimo (sempre inferior a 45 dias) e a ausência de hipopigmentação em todos os casos, nos levou a 57% das áreas tratadas com excelentes resultados, em um follow-up de 12 a 18 meses (Fig. 7).

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 40 e 41.