

Fórum sobre Laser

A partir deste número, a Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica vai publicar discussão sobre temas que geram algumas controvérsias em Cirurgia Plástica assim como condutas diferentes.

O primeiro tema a ser escolhido foi o uso de laser. Dos colegas que foram contactados, recebemos respostas dos Drs. Walter Guerra Peixe, Ruth Graf e Marian Cautisano/Stephen Bosniak.

Dr. Walter Guerra Peixe é dermatologista, com residência na especialidade na UERJ, é membro da Academia Americana de Dermatologia, da Sociedade Internacional de Dermatologia Estética, é mestre em Medicina Estética pela Escola Argentina de Medicina Estética.

Dra. Ruth Graf é Cirurgiã Plástica, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Dra. Marian Cautisano é Médica Oftalmologista formada no Brasil, radicada há muitos anos nos Estados Unidos, militando em Nova York. Especializou-se em Cirurgia Plástica Ocular, sendo cirurgiã do Laser Center of New York.

Dr. Stephen Bosniak é especialista em Cirurgia Plástica Ocular, Professor de Cirurgia Plástica Ocular na State University of New York, autor de inúmeras publicações.

O fórum sobre mamoplastia de aumento já está sendo preparado para a próxima edição.

1. Você utiliza o laser?

RG: Sim, utilizo o laser para resurfacing há 4 anos. Iniciamos com o laser de CO₂ ultrapulsante e, mais recentemente (há cerca de 1 ano), tenho associado o Erbium – YAG com o objetivo de remover parte do tecido coagulado pelo CO₂, encurtando, assim, o período de eritema no pós-operatório e acelerando o processo de cicatrização.

MC/SB: Na minha atividade profissional, utilizamos uma variedade de lasers; como instrumento incisional, o laser de CO₂ substitui o bisturi e a tesoura. Para rejuvenescimento facial, oferecemos um menu variado, que compreende laser de CO₂, laser de Erbium ou laser subdermal, Q – switched Nd: Yag.

WGP: Venho usando laser desde 1996, quando comprei em sociedade com o Dr. Rômulo Mene um aparelho de SHARPLAN de laser de CO₂. Atualmente dou preferência a lasers conjugados (CO₂ x ERBIUM) na mesma máquina, como o DERMA K para resurfacing ou peelings, e SOFTLIGHT (Nd: Yag) em casos de depilação.

RM: Sim. Inicialmente visitei diversos serviços nos EUA que utilizavam o laser de CO₂ (janeiro a julho de 1995). Esse trabalho foi necessário para definir

a escolha do equipamento ideal e tomar conhecimento das diversas técnicas e possibilidades do uso dos lasers em geral. A decisão recaiu sobre o laser de CO₂ SHANPLAN 40 watts.

2. Por quê?

RG: Utilizo o laser para o rejuvenescimento facial e no tratamento das seqüelas de acne e cicatrizes de face porque é um método preciso, seguro e que apresenta resultados previsíveis. Todos os profissionais que utilizam o laser devem fazer um bom treinamento prévio com equipes que tenham bom conhecimento teórico e prático. Todos nós devemos estudar a interação “laser-tecido” específico para o aparelho que estamos utilizando, além das reações e complicações que podem advir deste tratamento.

Como instrumento de corte, oferece vantagens como assegurar campo sangüíneo virtualmente sem sangue, além de maior precisão na ressecção e dissecação de tecido, com redução significativa de tempo cirúrgico, de edema e do tempo de recuperação do paciente.

Como instrumento de rejuvenescimento facial, complementa a ritidectomia e a blefaroplastia, já que rejuvenescimento facial não se limita apenas a remover excesso de pele e restabelecer a arquitetura da face.

MC/SB: Como cirurgias oculoplásticas, não realizamos “lifting” faciais, porém freqüentemente realizamos “Full Face Resurfacing” a laser de CO₂ ou laser de Erbium, antes ou depois do lifting.

WGP: Lancei-me na Laserterapia, principalmente após ter lido excelentes trabalhos em revistas dermatológicas americanas, como os publicados em *Dermatologic Surgery*, *Journal Dermatological Treatment*, *JAAD*, *Dermatologic Times*, que em 95/96 publicavam mensalmente vários trabalhos sobre laser; e acompanhado apresentações nos principais Congressos Internacionais de Dermatologia.

A segunda grande motivação foi a imensa solicitação de tratamento a laser por parte de meus clientes, pois a imprensa leiga, principalmente a voltada ao sexo feminino de classe média, transbordava de informações, a maioria sensacionalista, de tratamentos “milagrosos” a base de laser, que observei não serem reais com o passar do tempo.

3. Quando indica?

RG: A maior indicação do laser de CO₂ e Erbium – YAG é para o tratamento do fotoenvelhecimento facial, sendo um grande aliado nas complementações

das ritidoplastias. Usado também isoladamente quando se deseja tratar flacidez cutâneo-muscular ou ainda em pacientes fumantes quando a cirurgia convencional é contra-indicada. Existem outras indicações que devem ser consideradas, como seqüela de acne e cicatrizes faciais.

MC/SB: Pele com rugas, irregularidades, cicatrizes de acne e lesões pré-cancerosas.

WGP: Hoje me encontro em um estado meio “límbico” em relação aos tratamentos com laser. Anseio por máquinas mais compactas, menos custosas e que produzam mais resultados com menos tempo de pós-operatório.

Minhas indicações hoje se restringem a pacientes com mais de 50 anos de idade, com tipo de pele de I a III, segundo a classificação de Fitzpatrick, que se mostrem bastante cooperadores com os devidos cuidados pré e pós-operatório nos casos de indicação para Resurfacing. Nos casos de seqüelas de acne, respeito os mesmos pré-requisitos, exceto no tocante a idade, e procuro me certificar, se possível até por escrito, de que o paciente entendeu bem o tratamento e os objetivos a serem alcançados, pois milagres o laser não realiza.

4. Quando contra-indica?

RG: Em paciente com tendência à hiperpigmentação, pacientes que apresentam melasma, esclerodermia, pacientes com uso de accutane, radioterapia prévia, quimioterapia, vitiligo e em pacientes que não estão aptos emocionalmente para o laser (ansiedade, síndrome do pânico e outros).

MC/SB: Expectativa não realística do paciente;
paciente com herpes em atividade;
pele grau VI de Fitzpatrick e
pacientes recém-operados de lift facial (6 meses, no mínimo).

WGP: Contra-indico em pacientes morenos, em pacientes claros que não se mostrem capazes em relação ao pré e pós-operatório ou que estejam ansiosos por grandes resultados. Também em caso de discromias já existentes e história prévia de quelóides.

Os peelings com laser de CO₂ e Erbium-YAG devem ser contra-indicados para o tratamento de melasmas/cloasmas, resurfacing em peles tipo V e VI da classificação de Fitzpatrick, pacientes com acne ativa e outras lesões do tipo cicatrizes recentes e herpes. Este peeling também deve ser contra-

indicado em pacientes com desequilíbrio mental ou com expectativa fora da realidade.

5. Quais as complicações que o laser já apresentou? Como foram tratadas?

RG: Nos casos iniciais da nossa casuística tivemos complicações como mília, devido ao tratamento exposto com vaselina, o que mantinha a grande oleosidade da pele. O tratamento da mília é a remoção de uma a uma com agulha e esterilização a nível de consultório. Outra complicação que tivemos no início foi o ectrópio transitório, que foi solucionado com a cantopexia profilática. Hoje realizamos a cantopexia (preconizada por Lessa) em todos os pacientes acima de 40 anos ou em pacientes que apresentam flacidez de pálpebras inferiores. Além disso, realizamos sempre a blefaroplastia transconjuntival quando há indicação de remoção de bolsas palpebrais, o que nos levou a não enfrentar mais esse tipo de complicação. Utilizamos de rotina profilaxia anti-herpética e antibacteriana (Aciclovir-400 mg e cefalosporina – 500 mg, ambos 2 vezes ao dia), mantendo-a até 7 dias pós-operatório. Apesar desse tratamento profilático, tivemos dois casos de herpes facial cujo tratamento foi o aumento da posologia para 400 mg 5 vezes ao dia, evoluindo sem seqüelas. Após a associação do laser de Erbium ao CO₂ tivemos uma paciente com uma cicatriz hipertrófica de pálpebra inferior que foi tratada com infiltração de corticóide e massagem local. Isto se deu devido à superposição do scanner do Erbium que duplica a passada nesse local, o que não ocorria com o laser de CO₂. Dermatite de contato pode ocorrer no pós-operatório, principalmente em reação ao corticóide tópico. O tratamento é a retirada do produto alergênico e o uso de produtos neutros (hidratação). A hiperchromia é uma complicação freqüente e desaparece do segundo ao quarto mês de PO. O tratamento deve ser iniciado após a completa cicatrização com agentes antioxidantes (vitamina C, ácido fítico) e após o primeiro mês com ácido glicólico e hidroquinona. A hipocromia ocorreu em um número muito pequeno de nossos pacientes, e provavelmente é devida à falta de estímulo dos melanócitos ou ocasionada pela profundidade de provocação, sendo a profilaxia o melhor tratamento, como por exemplo: número menor de passadas, menor energia, cuidados com superposição e evitar o uso exagerado de clareadores no PO.

- ◆ Herpes simples (imediate e tardio)
Tratamento: antiviral
- ◆ Infecção Bacteriana
Tratamento: antibiótico sistêmico, programa intenso de higiene local com uso tópico de solução anti-séptica.
- ◆ Hiperpigmentação Transitória – A maioria desses pacientes sofreu

exposição direta ou indireta ao sol, num período prematuro de cicatrização (2 a 3 semanas) pós-tratamento.

Tratamento: Ácido Retinóico ou ácido glicólico tópico, solução anti-séptica local e, nos casos mais resistentes, antibiótico tópico e sistêmico.

- ◆ Telangectasias – Principalmente nos pacientes em que foi realizado face lifting simultâneo.

Tratamento – Ruby laser.

MC/SB: Prurido – Aplicação tópica de corticosteróide.

MC/SB: Hipopigmentação

Cicatrizes hipertróficas

Eritema persistente (acima de 6 meses).

WGP: Seqüelas e complicações só não presenciou quem nunca fez ou só atendeu a pacientes que nunca se submeteram a tratamento por laser. As mais freqüentes foram:

- ◆ eczema de contato;
- ◆ infecções bacterianas e viróticas;
- ◆ alterações de pigmentação (hiper e hipocromias);
- ◆ cicatrizes hipertróficas, atróficas e quelóides;
- ◆ aderências.

Como tratei:

Eczemas de contato – foram tratados primeiramente com a suspensão de qualquer medicação tópica e introdução de corticoterapia sistêmica.

Infecções bacterianas – sempre com antibioticoterapia sistêmica e jamais com medicações locais, para evitar possíveis eczemas de contato, muito freqüentes após laserterapia.

Discromias – Hiperpigmentações – com os despigmentantes mais conhecidos (hidroquinona, ácido kójico, ácido fitico, bio e melawhite, atbutin, fitoterápicos a base de bangu de cogumelos), com ou sem ácidos retinóicos conjugados, em casos mais resistentes com peelings químicos suaves (jessener, glocólico).

Hipocromias – só são trocadas após pelo menos 6 meses. Caso não haja repigmentação, empregamos fototerapia (PUVA) associada ou não a corticoterapia sistêmica em pequenas doses.

Cicatrizes hipertróficas e quelóides – São tratadas o mais precocemente

possível com corticóides de alta potência não fluorados, sob oclusão local ou intralesional. Alguns casos, com silicone em gel ou compressivo. Em casos mais resistentes foram empregadas infiltrações de **Interferon alfa 2B** na própria cicatriz.

Cicatrizes atróficas – São monitorizadas por 6 meses e, caso persistam sem nenhuma melhora, indico Resurfacing parcial só sobre as lesões.

Infecções herpéticas – dou preferência ao uso do Aciclovir (Zovirax) ou dou Penaciclovir (Fanvir), sempre por via oral.

Aderências – tive a oportunidade de receber 2 pacientes que desenvolveram bridas na região cervical pós-peeling de CO₂, que encaminhei para a cirurgia plástica, com resultados terapêuticos não muitos favoráveis.

6. Seqüelas de que tenha conhecimento?

Ectrópio prolongado que necessitou cantoplastia; retrações cervicais; hipocromias acentuadas.

7. Você considera o laser superior (emita sua opinião)

RG: a) **Ao peeling químico?**

Cada procedimento tem seu espaço. O laser de CO₂ provoca mais coagulação do que ablação e conseqüentemente um dano térmico residual maior. Isto promove estímulo de fibras elásticas e de colágeno, o que nos garante um resultado mais prolongado. O laser atinge profundidades pré-estabelecidas e regulares, o que o diferencia do peeling químico que pode provocar absorção maior ou menor dependendo da área da face e da experiência de quem aplica, porém os peelings químicos sempre tiveram e ainda têm o seu espaço como arma terapêutica por serem menos dispendiosos, terem facilidade de acesso e serem mais amplamente utilizados, especialmente por dermatologistas.

b) **À dermoabrasão mecânica?**

O laser de Erbium-YAG é uma evolução da dermoabrasão mecânica, sendo mais preciso, podendo ser usado em áreas de difícil realização pela dermoabrasão, como pálpebras, e seu uso é previsível e controlável, podendo ser repetido com a mesma eficiência em áreas simétricas da face. Esta falta de precisão da profundidade com a dermoabrasão poderá levar à hipocromia com maior facilidade. Apesar do efeito térmico residual do Erbium ser pequeno, existe um pequeno estímulo de reorganização do colágeno a nível dérmico, o que levaria a um resultado superior em ralação à dermoabrasão mecânica.

c) Ao tratamento com ácidos (retinóico, glicólico, outros)?

Nós temos utilizado o ácido retinóico no preparo dos pacientes para o laser com finalidade de esfoliação superficial e facilitação de hidratação da pele, além de estimular a neo-angiogênese cutânea que irá acelerar o processo de cicatrização pós-laser. Utilizamos o ácido glicólico duas semanas após a realização do resurfacing pois ele auxilia no controle da hiperpigmentação. Em pacientes jovens e naqueles pacientes que não desejam ser submetidos ao laser mandélico e TCA, em percentagens que variam conforme cada caso e de acordo com a discromia e alterações da pele apresentadas pelas pacientes. Em muitos casos, fazemos uso da fototermólise seletiva (Photoderm), que tem nos auxiliado muito na resolução de manchas hiperpigmentadas, inclusive aquelas provocadas pelo laser.

MC/SB: a) Ao peeling químico?

CO₂ e Erbium – superiores ao peeling de fenol.

Erbium – usado superficialmente e comparável ao peeling de ácido.

Tricloroacético (quando a intenção é apenas uniformizar a coloração da pele e oferece um rejuvenescimento discreto da pele).

b) À dermoabrasão mecânica?

Os lasers podem ser controlados, apresentando variáveis que se ajustam especificamente ao tipo de pele, textura, cor, minimizando assim riscos inerentes à dermoabrasão mecânica.

c) Ao tratamento com ácidos (retinóico, glicólico, outros)?

Objetivos totalmente diferentes. Os peelings de ácidos retinóico e glicólico complementam o uso dos lasers.

WGP: Com relação à superioridade do laser, em minha opinião, ele é superior em resultados finais (salvo alguns efeitos colaterais que possam ocorrer) aos peelings químicos (TCA, resorcina, glicólicos) fracos e médios.

a) é semelhante aos peelings químicos fortes (fenol com e sem oclusão);

b) é semelhante em resultados e efeitos colaterais e com um pós-operatório mais complicado;

c) é superior, sem comparação, a tratamentos clínicos com ácidos (retinóicos, glicólicos e outros);

d) porém, é inferior em resultados para seqüelas de acne, quando comparado ao peeling mecânico + minilifting.

RM: Considerações do Laser de CO₂ e Erbium-YAG em relação aos peelings químicos:

- a) Os peelings realizados com laser de CO₂ e Erbium-YAG podem ser superiores aos peelings químicos superficiais e médios (ácido glicólico, ácido retinóico, Jessner solution, ácido tricloroacético até 30%), devido a sua capacidade de trabalhar mais profundamente e remover lesões que comprometem a pele em sua maior profundidade. No entanto, alguns tipos de peles (as mais escuras) podem ser mais seguramente tratados com peelings químicos superficiais, repetidos em diversas secções a cada 15 dias (peelings com ácido glicólico). Quanto à dermoabrasão mecânica, penso que esta técnica, quando bem utilizada, pode ter o mesmo grau de sucesso dos lasers no tratamento de rugas labiais (lábio superior). No tratamento de toda a pele da face (renovação da superfície), o laser mostra-se mais rápido e eficaz devido a sua regularidade e precisão na remoção das camadas superficiais da pele e também por poder desenvolver uma neoformação de colágeno na derme.

CONCLUSÕES:

- ◆ O peeling a laser não substitui o tratamento da flacidez facial realizada pelo face lifting tradicional, principalmente quando existe um grau médio de flacidez e músculos que precisam ser reposicionados.
- ◆ O laser resurfacing pode melhorar a qualidade da pele e beneficiar o tratamento do envelhecimento facial, quando realizado pelos métodos cirúrgicos tradicionais.
- ◆ Os peelings químicos superficiais e tratamento domiciliar com o ácido glicólico e peeling com TCA (ácido tricloroacético) ajudam a preparar a pele para os peelings com Laser de CO₂ e Erbium-YAG e podem ajudar a manter os resultados obtidos com os peelings realizados com lasers e também pela cirurgia tradicional (face lifting).