

# Comparação macroscópica evolutivas entre suturas simples e intradérmica em cirurgias estéticas das pálpebras

*Developmental comparison between macroscopic and simple sutures and intradermal in cosmetic surgery of the eyelids*

JOSÉ OCTÁVIO  
GONÇALVES DE FREITAS<sup>1</sup>  
ERICA CALCAGNO  
RAYMUNDO DA SILVA<sup>2</sup>

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 6/10/2010  
Artigo aceito: 5/11/2010

## RESUMO

O presente estudo procura, por meio de simples observação dos autores do pós-operatório de blefaroplastias superiores, comparar os resultados estéticos da sutura simples e a sutura intradérmica nas pálpebras superiores.

**Descritores:** Pálpebras/cirurgia. Blefaroplastia. Técnicas de sutura.

## ABSTRACT

This study, looking through simple observation of the authors of postoperative upper blepharoplasty, compares the cosmetic results of simple suture and suture in intradermal upper eyelids.

**Keywords:** Eyelids/surgery. Blepharoplasty. Suture techniques.

## INTRODUÇÃO

Em Cirurgia, as raízes dos princípios básicos foram descritas e classificadas por Guy de Chauliac, no século XVI, quando escreveu: “O propósito comum em toda solução de continuidade é a união. Esta intenção geral e primária é obtida por duas maneiras: pela natureza, como principal “operador”, a qual trabalha com suas próprias forças e com nutrição adequada, e pelo médico, que, trabalhando como um servo, usa cinco intenções, dependentes entre si: (1) remoção de corpos estranhos, (2) reaproximação das partes divididas entre si; (3) manutenção das partes repostas em sua forma original; (4) conservação e preservação da substância de um órgão; (5) correção da complicação”.

Observando-se tais princípios, podemos notar que estes são notados pelo homem desde há muito tempo<sup>1-8</sup>, os antigos egípcios (1.600 a.C.), como assinalado no Papyrus de Edwin Smith, utilizavam-se de fitas de linho e cola para reaproximar as bordas das feridas; na Grécia antiga, adesivos à base de óxido de chumbo, água, óleo de oliva e cera de abelhas com

resina eram usados para o mesmo fim de síntese cutânea. Já nativos africanos utilizavam-se de mandíbulas de formigas cortadeiras, que tinham suas cabeças separadas dos corpos após a reaproximação de bordas de feridas, a fim de que o trisma muscular destas mandíbulas as mantivessem permanentemente unidas até a consolidação cicatricial.

Acirurgia hindu do século VI a.C. descreve utilização de tendões animais, crina de cavalos, fitas de couro, algodão, entre outros. Em Bolonha, no século XIII, Teodoric e Mundinus utilizavam-se de seda para as suas suturas. Samuel Young, em 1807, condenava a técnica de sutura, contariando o que preconizava Mateo Purman (1648-1721), que utilizava fios como seda e catgut rudimentar.

Kocher e Halsted experimentaram melhores resultados da seda sobre o catgut. Diversos fios absorvíveis têm sido utilizados, tais como: fascia bovina, tendões de canguru e, finalmente, catgut esterilizado; tendo este último desfrutado de largo período de preferência pelos cirurgiões, mesmo apresentando reações tissulares determinadas pelas digestões proteolíticas do material do fio.

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica/TCBC; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.  
2. Especialista em Fisioterapia Dermato-funcional; Professora Titular de Fisioterapia da UNISA, São Paulo, SP, Brasil.

Ultimamente, a introdução do fio absorvível sintético (ácido poliglicólico e derivados) como material de sutura teve grande aceitação nas diversas especialidades cirúrgicas, por apresentar menor reação tissular, visto que sua absorção é decorrente da desintegração hidrolítica. Por outro lado, os fios inabsorvíveis passaram por evoluções bem mais simples, persistindo até hoje o uso de fios precocemente utilizados por discípulos de Ambroise-Paré.

Linho, seda e algodão, dentre outros, são até hoje encontrados no mercado e até amplamente defendidos por cirurgiões que fazem uso de mais modernos também, como os metálicos, de prata, alumínio e aço, e os mais recentes, sendo o nylon de maior aceitação dentre os de fibras sintéticas inabsorvíveis, não só por sua melhor capacidade tensional, como menor efeito “memória” dado pela elasticidade contrátil que o tempo o impõe, somado ao seu baixo custo, menor reação tissular (pele) e facilidade de manipulação e retirada.

O objetivo deste trabalho é demonstrar os resultados comparativos entre suturas simples e intradérmicas, com fio monofilamento de nylon®, de espessura 6-0 (seis zero), em cirurgias estéticas de pálpebras superiores.

Os critérios de avaliação utilizados foram:

- 1) Período imediato: que corresponde aos 30 primeiros dias do pós-operatório;
- 2) Período mediato: de 30 a 180 dias pós-operatórios;
- 3) Período tardio: após 180 dias pós-operatórios.

Foram observados os resultados nas situações:

- A) Os dois tipos de suturas em um mesmo paciente (lado direito simples e lado esquerdo intradérmico);
- B) Os dois tipos de suturas em pacientes diferentes (um paciente somente com suturas simples e outros somente com sutura intradérmica).

## MÉTODO

### Fios utilizados

Fio inabsorvível, Mononylon®, 6-0 (seis zeros), agulha 1,95 cm, preto/negro, monofilamento -N.ABS, 45 cm.

### Caracterização dos pacientes

Foram avaliados pacientes de ambos os sexos, submetidos a cirurgias estéticas das pálpebras, com idades entre 20 e 56 anos, todos caucasianos.

Blefaroplastia superior foi realizada em 30 pacientes, divididos em 3 grupos:

- Grupo 1 – 10 pacientes submetidos somente a sutura simples bilateral;
- Grupo 2 – 10 pacientes submetidos somente a sutura intradérmica bilateral;
- Grupo 3 – 10 pacientes submetidos a sutura intradérmica na pálpebra esquerda e sutura simples na pálpebra direita. Os pacientes foram acompanhados por um período de 1 ano.

As intradérmicas foram realizadas com Mononylon 6-0 e as suturas simples, com pontos separados com Mononylon 6-0.

Todos os pontos foram retirados ao 7º dia de pós-operatório.

A avaliação foi subjetiva, por meio da análise interpretativa dos autores.

Foram considerados os seguintes critérios para avaliação dos resultados:

- Comparação quanto à reação inflamatória (período imediato);
- Comparação quanto ao período de desaparecimento da reação inflamatória (período mediato);
- Comparação dos resultados tardios;
- Comparação de eventuais complicações por hipertrofias cicatriciais;
- “Falsas complicações” de caráter temporário. Entende-se como “falsa complicação”, deiscências por abertura do nó de suturas e alteração cicatricial por falta de cuidados pós-operatórios por parte dos pacientes.

## RESULTADOS

Com relação aos tipos de suturas, observamos:

- Intradérmica com Mononylon 6-0 – reação tissular menos intensa, com pouca secreção, pouco sangramento e edema mais localizado em torno da cicatriz, maior “entumescimento” da cicatriz que persiste até o 90º dia. Já em relação ao aspecto final, o resultado sempre foi satisfatório, sendo considerado bom.
- Simples com Mononylon 6-0 – reação tissular dentro dos parâmetros normais de cicatrização, com maior formação de crostas, maior possibilidade de sangramento pós-operatório, menor “entumescimento” da cicatriz que atinge rapidamente seus aspectos finais (em torno do 60º dia), porém chamou-nos a atenção a formação de “Centopéia” (Sperli<sup>9</sup>) por pontos muito apertados. Já em relação ao aspecto final, o resultado na maioria foi satisfatório, sendo considerado bom.

As complicações mais comuns foram deiscência de sutura e cicatrizes inestéticas. As principais causas das complicações foram:

- Deiscência de sutura: tensão muito grande sobre a área de sutura; mobilização precoce da área suturada (trauma local); bordas das feridas mal coaptadas; qualidade do fio utilizado na sutura (“mastigado” por Kelly, pinças ou defeito de fábrica); tipo de sutura inadequado (sutura superficial muito apertada).
- Cicatrizes inestéticas: tendência individual das pacientes às cicatrizes hipertróficas e queloidianas; presença de cicatriz tipo “Centopéia”, em pacientes com pele fina e cutis muito branca, submetidos a sutura simples de pele total com fio muito apertado.

No Grupo 1, notamos em 2 pacientes a permanência de cicatriz tipo “Trilho de Trem” após 180 dias do procedimento cirúrgico, que relacionamos com a força do nó empregado para aproximar as bordas da sutura, somada ao edema instalado no pós-operatório (forças contrárias). Em compensação, no restante dos pacientes (18 pacientes), a sutura final ficou esteticamente satisfatória por volta do 90º dia pós-operatório. Observamos, também, maior formação de crostas na cicatriz, o que relacionamos com a maior possibilidade de sangramento que esta sutura proporciona, como também menor edema da cicatriz em comparação aos grupos 2 e 3.

No Grupo 2, ocorreu melhora visível da aparência das fases de cicatrização nos períodos imediato e mediato, com algumas restrições, tais como naquelas em que houve intercorrências, como, por exemplo (1 caso), ruptura espontânea do fio no 4º dia de pós-operatório, provocando deiscência da sutura (resolvida imediatamente com sutura simples). Em relação ao aspecto final, a mais rápida visualização do resultado final (60 dias) precocemente fixado em relação à sutura simples (diferença de 30 dias) leva-nos a crer ser este satisfatório.

No Grupo 3, ocorreram somadas as variáveis de aspecto cicatricial (melhor a curto prazo na sutura intradérmica) com segurança cicatricial (pontos simples), sendo observadas ambas as suturas em um mesmo paciente. Notamos pequenas alterações de quantidade de edema (> intradérmica / < simples), formação de crostas (> simples / < intradérmica), deiscência (> intradérmica), “Trilho de Trem” (> simples / inexistente na intradérmica) e aspecto final igual nas duas, excetuando-se as “Trilho de Trem”, que apareceram nas suturas simples (1 caso no Grupo 1 e 1 caso no Grupo 3).

## CONCLUSÕES

Sabemos que o tipo de sutura a ser empregado é sempre a grande incógnita do cirurgião recém-formado e há dúvida quanto a possíveis mudanças no cirurgião experiente. Nesse trabalho, notamos que, nas cirurgias estéticas das pálpebras superiores, o tipo de sutura empregado tem pouca alteração,

seja ela simples ou intradérmica, executadas com fio monofilamento de nylon 6-0, sendo a forma de sua execução somada ao tipo de pele e à capacidade cicatricial do paciente realmente o que vai proporcionar melhor resultado estético final.

Nos 3 grupos estudados, observamos diferenças (edema, crostas, deiscências e “centopéias”) e semelhanças (aspecto final e grau de satisfação pessoal do paciente e do cirurgião) que nos deixam bastante à vontade para afirmar que a técnica empregada, seja ela sutura simples ou intradérmica, sendo observados os princípios básicos de sutura pouco apertada, evitando-se a manipulação excessiva dos fios com pinças e “Kellys”, tomando-se cuidado na limpeza da cicatriz e compressas frias no pós-operatório, trarão com certeza resultados similares e de aspecto muito satisfatório. A facilidade ou não de execução, bem como a rapidez para realização das suturas deverão definir a preferência pessoal de cada cirurgião.

## REFERÊNCIAS

1. Lilly GE, Cutcher JL, Jones JC, Armstrong JH. Reaction of oral tissue to suture materials. *Oral Surg.* 1972;33:152-7.
2. Brieger GH. Evolução da cirurgia. Aspectos históricos importantes na origem e evolução da cirurgia moderna. In: Sabiston DC, ed. *Tratado de cirurgia. As bases biológicas da prática cirúrgica moderna.* 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Bryant WM. Wound healing. In: *Clinical Symposia.* Summit:CIBA, 29(3);1977.
4. Chase R. Basic principles of surgical techniques. In: Georgiade S, Georgiade N, Riefkohl R, Barwicck W, eds. *Essentials of plastic maxillofacial and reconstructive surgery.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1987.
5. Converse J. Introduction to plastic surgery. In: Converse J, ed. *Reconstructive plastic surgery.* Vol. I. Philadelphia: W.B. Saunders; 1977.
6. Herman JB. Changes in tensile strength and knot security of surgical sutures in vivo. *AMA Arch Surg.* 1973;106(5):707-10.
7. Ochsner A. History of suture material. 1970.
8. Postlethwait RW, Willigan DA, Ulin AW. Human tissue reaction to sutures. *Ann Surg.* 1975;181(2):144-50.
9. Sperli AE. Oclusão de feridas de urgência. *J Bras Med.* 1969;17:42-73.

### Correspondência para:

José Octávio Gonçalves de Freitas  
Av. Nazaré, 28 – Ipiranga – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04262-000  
E-mail: joseoctavio@ig.com.br