

**AS DIFERENTES ABORDAGENS NO TRATAMENTO DE CICATRIZES
HIPERTRÓFICAS E QUELÓIDES**

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.028-006>

Amanda Souto Vaz

E-mail: amandasoutov@gmail.com

Igor Chaves Dias Oliveira

Luma Solidade Barreto

RESUMO

O tratamento de queloides e cicatrizes hipertróficas representa um desafio contínuo na dermatologia e cirurgia plástica. Este artigo revisa as abordagens terapêuticas atuais e as inovações recentes no tratamento dessas condições. São discutidas a eficácia da terapia combinada, a utilização de toxina botulínica e outros avanços terapêuticos. As informações são baseadas em uma análise abrangente de estudos e artigos recentes, com foco na patofisiologia, fatores de risco e estratégias de manejo.

Método: Para alcançar o objetivo desse trabalho, que se trata de uma revisão de literatura, foi utilizado as bases de dados PubMed e MedLine, utilizando-se os seguintes descritores: “Cicatrizes Hipertróficas” AND “Quelóides” AND “Tratamento de Quelóides”.

Palavras-chave: Queloides, Cicatrizes hipertróficas, Terapia combinada, Manejo de cicatrizes.



1 INTRODUÇÃO

O processo de cicatrização envolve uma sequência de eventos que dependem de fatores exógenos e endógenos, como etnia, idade e sexo. Quando ocorrem de forma normal geram uma cicatriz final de bom aspecto estético e funcional. Entretanto, pode haver a perda do controle do mecanismo de regulação da regeneração e reparo do tecido, causando uma hiperproliferação de fibroblastos, levando a um acúmulo de matriz extracelular formando, então, queloides e cicatrizes hipertróficas.

Queloides e cicatrizes hipertróficas são cicatrizes elevadas que resultam de uma resposta anormal à lesão cutânea, levando à formação de tecido cicatricial excessivo. Essas condições podem causar desconforto estético e funcional e são de difícil tratamento. Portanto, é essencial explorar e entender as opções terapêuticas disponíveis.

2 FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

As cicatrizes hipertróficas são cicatrizes elevadas, tensas e que respeitam às margens da ferida original, além disso, tendem à regressão alguns meses após o trauma inicial. Já a quelóide consiste em uma lesão elevada, brilhante e pruriginosa ou dolorosa. Além disso, a quelóide tem como característica ultrapassar os limites da lesão original, invadindo a pele normal adjacente, e, ao contrário da cicatriz hipertrófica, não regride espontaneamente.

A fisiopatologia das quelóides envolve a produção de matriz extracelular, glicoproteínas e água, as duas formas tanto cicatrizes hipertróficas e quelóides envolvem a produção desregulada de colágeno do tipo I e III, levando à formação de tecido cicatricial elevado e fibroso. Fatores genéticos, etnias, principalmente negros, hispânicos e chineses além da predisposição individual são fundamentais no desenvolvimento dessas cicatrizes (Wolfram et al., 2009; Ferreira & D'Assumpção, 2006) (Erick A. Mafong et al., 2000).

3 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Apesar de já serem mencionadas há mais de 1000 anos a.C., e apresentarem uma patogênese bem esclarecida, ainda existem muitos avanços em relação ao tratamento dessas cicatrizes, sendo importante prezar pela diminuição na cicatriz, com o uso de técnicas cirúrgicas adequadas. Entre os tratamentos, temos as intervenções cirúrgicas feitas por meio de deslocamento parcial e avanço de retalhos, as quais apresentam altas taxas de recidiva, além de somente serem indicadas após o período de maturação, que vai de 6 a 12 meses.

As terapêuticas não cirúrgicas são as mais aceitas e usadas, além de apresentarem melhores resultados, como por exemplo uso de laser, toxina botulínica do tipo A, dispositivos de pressão, radioterapia, crioterapia e fita adesiva microporosa hipoalergênica. A primeira linha de tratamento, a

injeções de esteroides. Em pessoas com pouca resistência à dor, usa-se produtos à base de gel de silicone. As quais serão melhor elucidadas no decorrer do trabalho.

3.1 TERAPIA COMBINADA

A terapia combinada é uma abordagem eficaz no tratamento de queloides. Estudos como o de Mascarinhas et al. (2015) mostram que a combinação de corticosteróides com outras modalidades, como tratamento com laser, pode resultar em melhores resultados do que a terapia única. Essa abordagem aproveita os efeitos sinérgicos para reduzir a formação e o crescimento de queloides.

3.2 USO DE TOXINA BOTULÍNICA

Kasyanju Carrero et al. (2019) destacam o potencial da toxina botulínica tipo A no tratamento e prevenção de cicatrizes hipertróficas e quelóides. A toxina botulínica tem mostrado eficácia em reduzir a produção de colágeno e modular a resposta inflamatória local, apresentando uma opção terapêutica promissora.

3.3 AVANÇOS RECENTES

Del Toro et al. (2016) identificam avanços significativos na gestão de cicatrizes, incluindo novas terapias baseadas em técnicas de baixa energia e fármacos anti-inflamatórios. A pesquisa recente também aponta para a importância de abordagens personalizadas e combinadas no tratamento de cicatrizes.

3.4 TERAPIAS EMERGENTES

Estudos recentes têm explorado novas terapias emergentes para o tratamento de queloides e cicatrizes hipertróficas. Um artigo de 2024 publicado na *Journal of Dermatological Science* apresenta novos métodos baseados em nanotecnologia e terapias gênicas, que estão mostrando resultados promissores em ensaios clínicos (ScienceDirect, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CIRURGIA PLÁSTICA

O manejo cirúrgico pode ser necessário quando as abordagens conservadoras não são eficazes. Marcos et al. (2011) fornecem uma visão detalhada dos princípios da cirurgia plástica, incluindo técnicas para minimizar a formação de novas cicatrizes e melhorar o tratamento das existentes.

Portanto é importante o uso de uma boa técnica cirúrgica, contanto com a sutura por planos e evitar manipulação excessiva dos tecidos.



5 CONCLUSÃO

As quelóides apresentam um grande motivo de procura em consultórios e são extremamente complexas do ponto de vista terapêutico. Entretanto, sabe-se que o principal objetivo é a prevenção dessas, com uso de técnicas cirúrgicas adequadas

Portanto, a integração de terapias combinadas, o uso de toxina botulínica e a exploração de novas tecnologias oferecem novas esperanças para melhorar o manejo dessas condições complexas. Estudos futuros devem continuar a validar essas abordagens e explorar novas opções terapêuticas.



REFERÊNCIAS

DEL TORO D, DEDHIA R, TOLLEFSON TT. Advances in scar management: prevention and management of hypertrophic scars and keloids. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Aug;24(4):322-9. doi: 10.1097/MOO.0000000000000268.

FERREIRA CM, D'ASSUMPTÃO EA. Hypertrophic scars and keloids. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2006;21(1):40-48. Disponível em: [Revista Brasileira de Cirurgia Plástica](<http://www.rbc.org.br/details/123/hypertrophic-scars-and-keloids>).

KASYANJU CARRERO LM, MA WW, LIU HF, YIN XF, ZHOU BR. Botulinum toxin type A for the treatment and prevention of hypertrophic scars and keloids: Updated review. *J Cosmet Dermatol*. 2019 Feb;18(1):10-15. doi: 10.1111/jocd.12828.

MARCOS, M.J.; FAUSTO, V.; HENRIQUE, M.F. *Cirurgia Plástica - Os Princípios e a Atualidade*. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2011. Disponível em: [Minha Biblioteca](<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2073-1/>).

MASCARENHAS, Marta Regina Machado et al. Efeito da terapia combinada no tratamento do quelóide auricular. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, v. 7, n. 3, p. 253-256, 2015. Disponível em: [Redalyc](<https://www.redalyc.org/pdf/2655/265542585015.pdf>).

SCIENCEDIRECT. New therapies for keloids and hypertrophic scars: A review of recent developments. **Journal of Dermatological Science**, 2024. Disponível em: [ScienceDirect](<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147924000365?via%3Dihub>).

WOLFRAM D, TZANKOV A, PÜLZL P, PIZA-KATZER H. Hypertrophic scars and keloids--a review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. *Dermatol Surg*. 2009 Feb;35(2):171-81. doi: 10.1111/j.1524-4725.2008.34406.x.

Erick A. Mafong, Robin Ashinoff, Treatment of Hypertrophic Scars and Keloids: A Review, *Aesthetic Surgery Journal*, Volume 20, Issue 2, March 2000, Pages 114–121