

A interferência do tipo de excisão na recidiva do quelóide: estudo com dois anos de acompanhamento

The interference of excision type in keloid recurrence: a two year follow - up study

FELIPE PACHECO MARTINS

FERREIRA¹

EDUARDO DE MELO FERREIRA²

PATRICIA NORONHA DE

ALMEIDA²

JEFFERSON VACCARI DINIZ²

JOSÉ CESÁRIO DA SILVA

ALMADA LIMA³

CLARISSA LEITE TURRET⁴

FABIANO ANDRADE

CAMARGOS⁵

LILIAN TAVARES ESTEVES⁶

RESUMO

Introdução: O quelóide é uma alteração cicatricial de alta prevalência e difícil tratamento. Essa pesquisa é baseada em uma modalidade conjunta de efeito comprovado na literatura, a aplicação de corticosteróide intralesional associada à cirurgia. Algumas referências citam a importância da excisão intralesional do quelóide, baseando-se na experiência clínica dos cirurgiões. O objetivo desta pesquisa é avaliar se no tratamento do quelóide com corticosteróide intralesional mais excisão cirúrgica a manutenção ou não de tecido queloidiano nas bordas da ferida operatória influencia no índice de recidiva. **Método:** Estudo prospectivo que avaliou 42 pacientes em um total de 60 lesões queloidianas, no período de agosto de 2005 a janeiro de 2008, comparando três grupos cada qual com 20 lesões alocadas de forma aleatória. Foi realizada excisão intralesional no grupo 1; justalesional (sem margem macroscópica) no grupo 2 e extralesional (com margem de 2 mm) no grupo 3. O tratamento com corticosteróide intralesional foi realizado da mesma forma em todos os pacientes. A variável de desfecho foi clínica: índice de recidiva. **Resultados:** Após o acompanhamento de dois anos, a taxa de recidiva do quelóide foi de 20% no grupo 1, 45% no grupo 2 e 77,5% no grupo 3 ($p=0,024$). **Conclusão:** Quanto ao tratamento cirúrgico, justifica-se a excisão intralesional, mantendo as bordas do tecido queloidiano, por estar associada a menor índice de recidiva quando comparado à excisão justa ou extralesional.

Descritores: Quelóide/cirurgia. Cicatriz/cirurgia. Recidiva.

SUMMARY

Introduction: Keloid is a scar tissue abnormality of high prevalence and difficult treatment. This research is based on a scientific literature proved combined tactical, the intralesional corticosteroid injection associated with surgery. Some references cite the importance of intralesional excision of keloid, based upon clinical experience of a few surgeons. The objective is to assess the influence of maintaining or not keloid tissue in the surgical wound edges in the intralesional corticosteroid injection plus surgical excision method, in the recurrency of keloid. **Methods:** Prospective study with 42 patients in a total of 60 keloid lesions, from August 2005 to January 2008, comparing three groups, each one with 20 lesions randomly distributed. Intralesional excision was performed in group 1; with no macroscopic borders in group 2; and extralesional (2 mm borders) in group 3. The intralesional corticosteroid injection was performed the same way in all patients. The analyzed outcome was clinical: keloid recrudescency taxes. **Results:** After the two year follow-up, the keloid recrudescency taxes was about 20% in group 1, 45% in group 2 and 77.5% in group 3 ($p=0.024$). **Conclusions:** The intralesional excision is justified, for being associated with lower recrudescency taxes, when compared with excisions with none or 2 mm borders.

Descriptors: Keloid/surgery. Cicatrix/surgery. Recurrence.

Trabalho realizado no Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG.

Este artigo foi submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 31/3/2009
Artigo aceito: 12/7/2009

1. Membro Especialista da SBCP - Preceptor da Residência de Cirurgia Plástica do HUSJ.
2. Membro Aspirante em Treinamento - Residente de Cirurgia Plástica do HUSJ.
3. Membro Titular da SBCP - Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do HUSJ.
4. Titular da SBCP, Titular da SBCC, Doutora pela UFMG - Coordenadora da Residência Médica de Cirurgia Plástica do HUSJ
5. Médico - Residente da Cirurgia Geral.
6. Acadêmica de Medicina.

INTRODUÇÃO

A cicatrização é um processo complexo que resulta na formação de um novo tecido para reparo de uma solução de continuidade¹.

Uma evolução normal das fases de cicatrização em um indivíduo hígido geralmente determina uma cicatriz final de bom aspecto estético e funcional¹.

O quelóide é definido como uma cicatrização anômala, aberrante, que ultrapassa as bordas da ferida e não possui tendência a regressão espontânea¹. O papiro cirúrgico de Edwin Smith, em 1700 a.C., já fazia menção à formação anormal de cicatrizes. O quelóide foi primeiramente descrito em 1806 por Alibert. Naquela época, ele denominou os mesmos “les cancróides”, ou seja, lesões semelhantes ao câncer. Mais tarde, em 1816, introduziu, então, o termo “quelóide”. O termo tem origem do grego: *Khele* (garra, pinça) e *oiedes* (semelhante a)^{1,2}. Possui alta prevalência, afeta entre 4,5% a 16% da população, sendo maior entre os jovens melanodermos, 12,2% a 14,4%³.

Não existe um tratamento ideal, porém já foi comprovado que a associação de modalidades terapêuticas possibilita uma redução significativa da recidiva tumoral⁴.

O corticosteróide intralesional é considerado a terapia adjuvante de primeira escolha, com efetividade muitas vezes superior a 80%^{1,5}. O corticosteróide de eleição é a triancinolona acetinado, suspensão injetável, 20mg/ml ou 40mg/ml, devido a sua ação bastante prolongada, aplicação relativamente indolor, fácil ressuspensão e menor efeito sobre o eixo hipotálamo-hipofisário (HPA)⁶.

A cirurgia, isoladamente, possui resultados frustrantes, com taxas de recorrência que variam de 40 a 100%⁴.

Algumas referências citam a importância da excisão intralesional do quelóide, baseado-se na experiência clínica dos cirurgiões^{1,7,8}.

Essa pesquisa é baseada em uma modalidade conjunta de efeito comprovado na literatura, a aplicação de corticosteróide intralesional associada à cirurgia, que possui taxas de recorrência inferiores a 20%^{1,9}.

O objetivo deste estudo é avaliar se no tratamento do quelóide com corticosteróide intralesional e excisão cirúrgica a manutenção ou não de tecido queloidiano nas bordas da ferida operatória influencia no índice de recidiva.

MÉTODO

Durante o período de agosto de 2005 a janeiro de 2008, o ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário São José (HUSJ) recebeu 173 pacientes portadores de quelóide, representando uma amostragem de 252 lesões. Destes, 42 pacientes, representando 60 lesões, foram

incluídos no estudo, com idade variando entre 13 e 55 anos (média de 22 anos). As características cor da pele, localização do quelóide e presença de história familiar positiva para quelóide estão representadas nas Figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

Os critérios de diagnóstico do quelóide considerados foram as características clínicas e duração da lesão.

Foram incluídas no estudo as lesões que apresentavam trauma ou ferida geradora do quelóide há menos de dois anos, independente de causas, faixa etária, sexo ou raça.

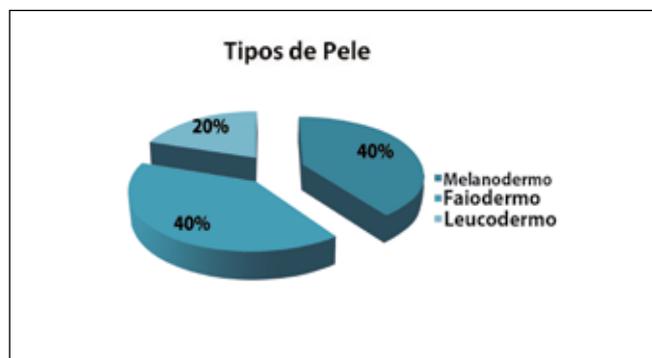


Figura 1 - Distribuição da casuística por cor da pele, n=60.

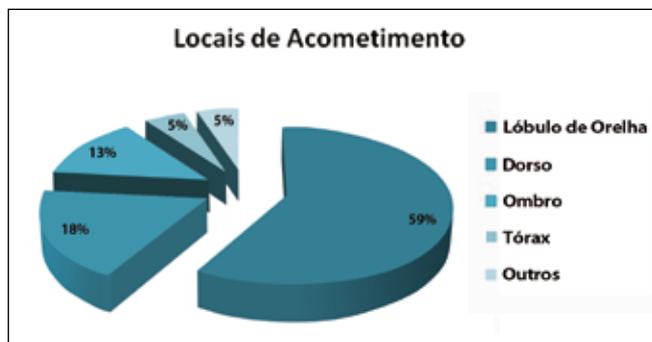


Figura 2 - Distribuição da casuística por localização do quelóide, n=60.



Figura 3 - Distribuição da casuística por história familiar para quelóide, n=60.

Foram excluídos apenas os pacientes portadores de duas ou mais recidivas da doença após tratamento com as modalidades em estudo, por se tratar de um grupo já sabidamente resistente ao tratamento e os pacientes que se recusaram a submeterem-se ao tratamento/estudo proposto.

Todos pacientes iniciavam com o mesmo tratamento clínico: da aplicação intralesional do corticosteróide (triancinolona 20 mg/ml) na dosagem de 1 mg/cm linear, não ultrapassando 25 mg por sessão, com seringa de 1 ml tipo Luer Lok e agulha hipodérmica fixa. Foram realizadas quatro sessões de aplicação, com intervalos de quatro semanas entre cada.

Quatro semanas após concluída a quarta aplicação com o corticosteróide, eles foram encaixados aleatoriamente (independente do sexo, cor, idade, localização, sintomatologia) em um dos três grupos de tratamento (20 lesões/grupo) que se seguem (Figuras 4, 5 e 6):

1 - Corticosteróide intralesional e cirurgia com excisão intralesional;

2 - Corticosteróide intralesional e cirurgia com excisão justalesional (sem margem macroscópica);

3 - Corticosteróide intralesional e cirurgia com excisão extralesional (com margem macroscópica de 2 mm).

Portanto, foi no momento da excisão cirúrgica que os pacientes foram alocados, por ordem de chegada ao ambulatório, nos diferentes grupos de estudo conforme a seguinte sequência:

A primeira lesão para o grupo 1, a segunda para o grupo 2, a terceira para o grupo 3, a quarta para o grupo 1, a quinta para o grupo 2, a sexta para o grupo 3 e assim sucessivamente. Se um paciente possuía mais de uma lesão, elas eram distribuídas da esquerda para a direita, seguindo a ordem dos grupos anteriormente descritos, isto é, a que se localizava mais à esquerda, independente se em região corporal diferente, era alocada primeiro e, seguindo da esquerda para a direita, a lesão que se localizava mais à direita era alocada por último.

Todas as peças excisadas foram enviadas para avaliação de acometimento das margens por tecido queloidiano por meio de exame anatomopatológico.

A coleta de dados foi feita durante as revisões ambulatoriais - semanal durante o primeiro mês, quinzenal até o terceiro



Figura 4 - A, B e C: Incisão intralesional.



Figura 5 - A, B e C: Incisão justalesional.

mês e semestral até completar dois anos de pós-operatório. Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado. As recidivas foram registradas em ficha de prontuário padronizada do serviço para revisão pós-operatória e iniciavam outra modalidade de tratamento que incluía radioterapia.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e os pacientes assinaram um termo de consentimento padronizado.

RESULTADOS

Após o acompanhamento de dois anos, a taxa de recidiva do quelóide foi de 20% no grupo 1, 45% no grupo 2 e 77,5% no grupo 3 ($p=0,024$) (Figura 7).

O exame microscópico (parafina) comprovou que a lesão retirada não tinha margem livre de tecido queloidiano nos grupos 1 e 2 em 100% dos casos e mostrou margem livre, que variou de 1,5 a 2,5mm, em 100% das lesões do grupo 3.

DISCUSSÃO

Assim como tudo em medicina, prevenir cicatrizes hipertróficas é muito mais eficiente que tratá-las. Portanto ressalta-se o zelo que deve haver durante o manejo de uma ferida. O emprego de técnica cirúrgica adequada, diérese em conformidade com as linhas preferenciais de

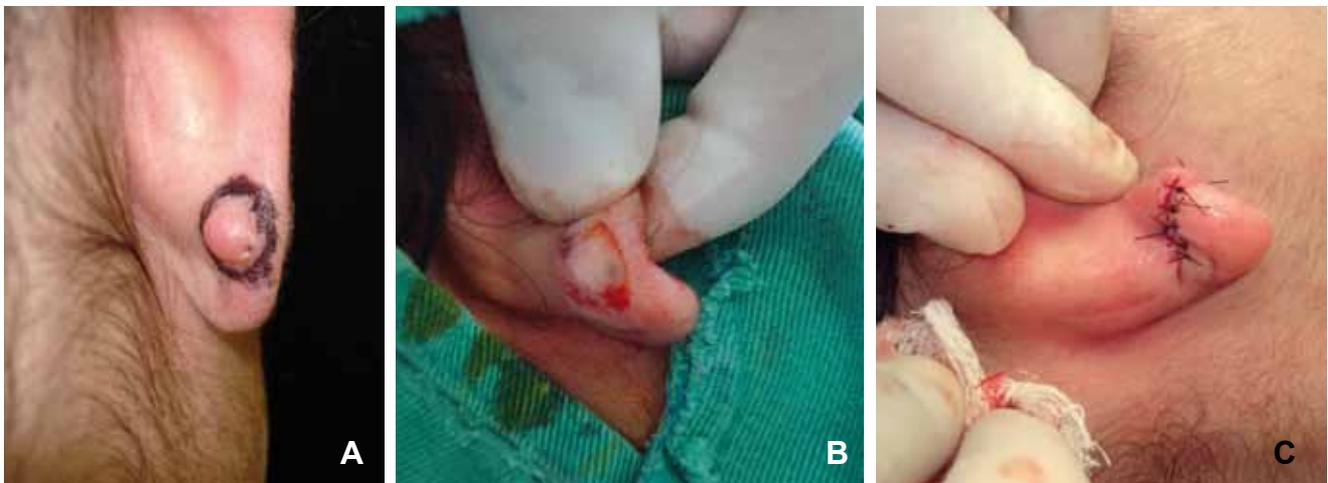


Figura 6 - A, B e C: Incisão extralesional.

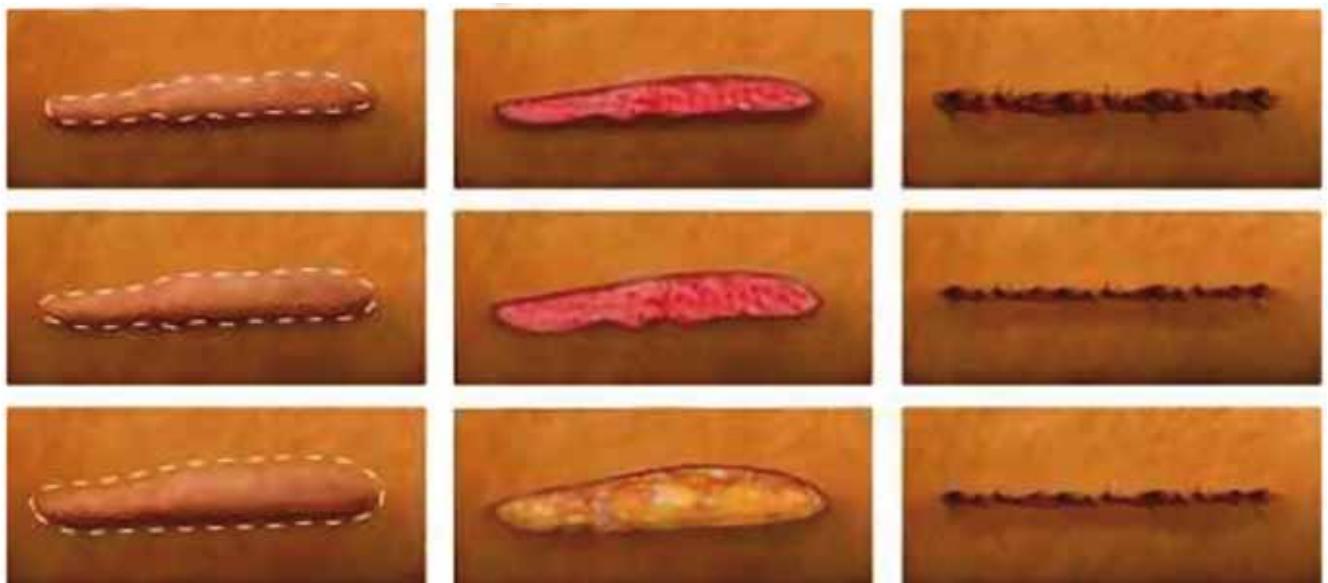


Figura 7 - Desenho esquemático dos tipos de incisão.

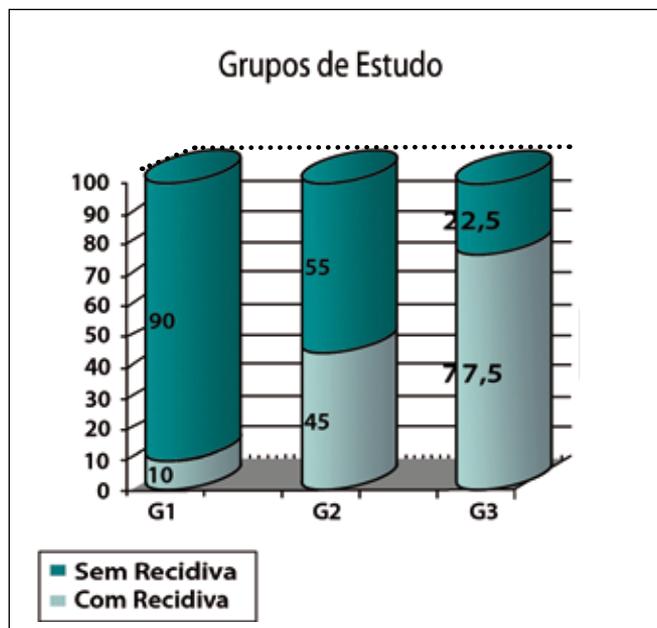


Figura 8 - Distribuição da frequência da variável recidiva nos grupos 1, 2 e 3.

incisão, evitar manipulação excessiva e traumatismo nos tecidos, remoção de corpos estranhos, sutura por planos, diminuindo a tensão na cicatriz, prevenção de hematomas e infecções são medidas que contribuem para a obtenção de cicatrizes de boa qualidade.

Em todos os casos, a margem macroscópica teve correlação com a microscópica (anatomopatológico) confirmando a margem cirúrgica (intra, justa e extralesionais) e sustentando a veracidade das conclusões.

Ao contrário do que tentaram mostrar Cosman & Wolff¹⁰, a excisão total do quelóide está associada a índices de recorrência maiores que a excisão parcial.

Attar et al¹. e Porter⁷ em seus trabalhos sugerem que o quelóide possua fisiopatologia multifatorial. O fato de encontrarmos um fator local (tipo de excisão) responsável pela diferença na taxa de recidiva não invalida tal teoria. Neste mesmo estudo tivemos dois pacientes que

apresentavam três lesões cada. Cada paciente teve suas lesões distribuídas nos três grupos de estudo (1 lesão em cada grupo) e apresentaram recidiva nas três lesões, o que sugere a importância da predisposição individual.

CONCLUSÃO

O quelóide é um distúrbio da cicatrização de etiologia multifatorial de difícil tratamento. Várias são as modalidades de tratamento propostas pela literatura - uma evidência da inexistência de um tratamento ideal.

Quanto ao tratamento cirúrgico, justifica-se a excisão intralesional, mantendo as bordas do tecido queloidiano, por estar associada a menor índice de recidiva quando comparado à excisão justa ou extralesional.

REFERÊNCIAS

1. Al-Attar A, Mess S, Thomassen JM, Kauffman CL, Davison SP. Keloid pathogenesis and treatment. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(1):286-300.
2. Mafong EA, Ashinoff R. Treatment of hypertrophic scars and keloids: a review. *Aesthetic Surg J.* 2000;20(2):114-21.
3. Wang Z, Phan TT, Lim I, Longaker M, Yang G. Cellular response of keloid-derived keratinocytes to physical stress. *J Am Coll Surg.* 2006;203(3 Suppl 1):54-5.
4. Alves JCRR, Filho AFS, Pereira NA. Cicatrização patológica e seu tratamento. In: Melega JM, Bastos JAV, editors. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Princípios gerais.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.15- 24.
5. Peacock EE Jr, Madden JW, Trier WC. Biologic basis for the treatment of keloids and hypertrophic scars. *South Med J.* 1970;63(7):755-60.
6. Ragoowansi R, Cornes PG, Gleees JP, Powell BW, Moss AL. Ear-lobe keloids: treatment by a protocol of surgical excision and immediate postoperative adjuvant radiotherapy. *Br J Plast Surg.* 2001;54(6):504-8.
7. Porter JP. Treatment of the keloid. What is new? *Otolaryngol Clin North Am.* 2002;35(1):207-20.
8. Alibert JLM. Description des maladies de la peau. Observées al' Hôpital St. Louis. Barrois L'aine et Fils. 1806:413-46.
9. Griffith BH, Monroe CW, McKinney PA. A follow-up study on the treatment of keloids with triamcinolone acetonide. *Plast Reconstr Surg.* 1970;46(2):145-50.
10. Cosman B, Wolff M. Correlation of keloid recurrence with completeness of local excision: A negative report. *Plast Reconstr Surg.* 1972;50(2):163-6.

Correspondência para:

Felipe Pacheco Martins Ferreira
Rua Desembargador Jorge Fontana nº 112, apto 401. Bairro Belvedere
Belo Horizonte, MG - Brasil