

O queloide na orelha depende do tipo de lesão pelo brinco ou piercing?

CAROLINE KROEFF MACHADO, BERNARDO HOCHMAN, LYDIA MASAKO FERREIRA

Introdução

O queloide é um distúrbio de cicatrização, resultante do desequilíbrio entre a síntese e a degradação do colágeno. O processo fisiopatológico não está elucidado. Apresenta-se como cicatriz tumoral, ultrapassando os limites da lesão original. Não surge espontaneamente, sendo desencadeado após algum ferimento na pele e geralmente não apresenta regressão. A literatura, comumente, tem referido a parede torácica anterior e a orelha como os locais mais frequentes de acometimento pelo queloide. Entretanto, na atualidade, pelo costume sociocultural do uso de brincos, os homens também passaram a ter mais queloide na orelha, e o uso de piercings tornou-se mais difundido em jovens de ambos os gêneros, faixa etária de maior ocorrência do queloide. Na orelha, o queloide se apresenta de forma arredondada, contorno bocelado, pode ser fixo ou pediculado, tanto na face anterior quanto na posterior. Pelo fato da colocação de um brinco ou piercing ser uma lesão transfixante da orelha, teoricamente, esperar-se-ia que o queloide, quando surgisse, seria de forma parecida em ambos os lados da orelha. Entretanto, Solecby et al. (1984) e Slobodkin (1990) constataram maior frequência de queloide na face posterior da orelha, sendo o lóbulo o mais comumente acometido. Nesse contexto, Zuber e DeWitt (1994) também ressaltaram que, quando o queloide é encontrado em apenas uma das faces da orelha, em 80% dos casos se localiza na face posterior.

Objetivo

O objetivo do presente estudo é investigar a distribuição do queloide na orelha, correlacionando-o com a lesão desencadeante.

Métodos

Foram abordados 100 pacientes com queloide na orelha, de ambos

os gêneros, sendo 44 homens e 56 mulheres, com idade entre 11 a 56 anos (mediana de $18,5 \pm 8,4$ anos), alfabetizados, 21% brancos e 79% não-brancos. Os pacientes foram provenientes do ambulatório da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo. Foram excluídos os pacientes com queloides recidivados pós-ressecção, e portadores de doenças do colágeno, neoplasias malignas ou que estivessem em tratamento por quimioterápicos ou corticosteroides. Foi aplicado um questionário pelos pesquisadores, que incluiu a anamnese, o tipo de lesão desencadeante do queloide na orelha, o tipo de material do brinco ou piercing quando utilizado, o ambiente onde foi realizada a lesão, e eventuais complicações associadas quando da época da perfuração. O queloide foi classificado quanto à lateralidade da lesão, sendo em orelha direita, esquerda ou em ambas. Em relação a sua localização, a orelha foi dividida em duas partes, o lóbulo e a parte cartilaginosa, e essas em face anterior, posterior ou em ambas as faces da mesma orelha, simultaneamente.

Resultados

Nos 100 pacientes entrevistados estudaram-se 151 cicatrizes queloidianas. Distribuíram em 42% na orelha direita, 41% na esquerda e 17% em ambas as orelhas no mesmo paciente, perfazendo um total de 151 queloides nos 100 pacientes do estudo. A parte do lóbulo foi a mais acometida em 76,15%, seguida pela parte cartilaginosa em 15,89%, e em 7,96% havia queloide em ambas as partes. A face posterior da orelha foi acometida em 62,25% em relação a 37,75% da face anterior, e em ambas as faces da mesma orelha ocorreu em 7,96% dos 151 queloides, indistintamente se ocorreu no lóbulo ou na parte cartilaginosa. O agente

causal mais comum foi a perfuração com finalidade ornamental por brinco e/ou piercing (97%), seguida por procedimento cirúrgico (2%) e acne (1%). Dentre os ambientes mais frequentes onde a lesão ocorreu, destacou-se a farmácia em 56%, seguida pela própria residência (38%) e em ambiente hospitalar (6%). A maneira mais comum de provocar a lesão na orelha para colocação de brinco foi por dispositivo próprio para essa finalidade em forma de pistola (51%), seguido pela perfuração pela haste do próprio brinco em 38%, e por outros meios em 11% dos casos. O material do brinco ou piercing quando utilizado foi referido (sic) como “prata” (83%), “ouro” (9%) e “aço” (8%). A maioria dos brincos e piercings apresentavam tarraxa disposta na face posterior da orelha (88%). O material da tarraxa mais utilizado foi de metal (83%), seguido pelos brincos sem tarraxa (12%) e pelos com tarraxa de outro material não metálico (5%). A maioria das perfurações (96%) foi realizada em sentido da face anterior para a posterior da orelha. Após a perfuração, foi relatada complicação local em 42% dos pacientes, como infecção (33%). O aparecimento do queloide ocorreu após 1 ano de ocorrência da lesão em 41% dos pacientes, após 6 meses em 31%, e em menos de 6 meses em 28%.

Conclusão

Em conclusão, a maior ocorrência de queloide, que se dá na face posterior da orelha, pode estar associada a fatores de exacerbação da inflamação neurogênica local. Há necessidade de maiores estudos experimentais a respeito dos fatores que promovem esta diferença, para que os mesmos possam ser evitados, e os queloides prevenidos.