

Tratamento das Telangiectasias Inestéticas da Face

DR. ÁLVARO PEREIRA DE OLIVEIRA ■

Telangiectasias inestéticas são encontradas em várias partes do corpo. O local mais freqüentemente afetado é o membro inferior onde são amplamente conhecidas e tratadas por cirurgiões vasculares, dermatologistas, cirurgiões plásticos e especialistas em medicina estética de todo o mundo. Podem ser encontradas também no abdômen, na região inframamária, colo, costas, nádegas e ombros, dentre outras áreas, causando desconforto estético. A segunda região mais afetada é a face e curiosamente, apesar da alta incidência, não se tratava muito este tipo de lesão há alguns anos. Atualmente, talvez pelo grande enfoque que os dermatologistas têm dado aos tratamentos estéticos, a cada dia nos deparamos com um maior número de pacientes procurando melhorar estas imperfeições. Outro fator que influenciou no aumento do número de tratamentos foi a anestesia tópica. Anteriormente ao Emla e o Anestop, era difícil suportar a dor da cauterização, técnica mais usada há alguns anos.

É importante lembrar que devido às características muito peculiares das telangiectasias da face, o tratamento difere muito dos clássicos utilizados para os membros inferiores.

Os vasos dilatados da face, na maioria das vezes, são telangiectasias verdadeiras, ou seja, advindas de microfístulas artério-venosas (a face não tem estase venosa à não ser em situações excepcionais como tumores ou oclusões da cava superior), são sempre muito superficiais, sua parede é delgada, têm fluxo pulsátil, intenso e pioram com a exposição ao sol, com o uso tópico prolongado de ácido retinóico, e corticóides. Estes vasos também são recidivantes assim como os dos membros inferiores o que deve ser lembrado ao paciente.

Encontramos freqüentemente telangiectasias do tipo aranha (spider) na região peri-ocular e na região dorsal do nariz; em rede, difusa, na região malar (estas muito sensíveis ao uso de ácido retinóico) e na região mentoniana; longilíneas, paralelas na região mandibular e na asa do nariz. O orifício nasal também pode apresentar vasos que se estendem até a mucosa e que algumas vezes podem se romper provocando sangramento.

Uma das mais importantes causas do aparecimento de vasos na face, em nosso meio, tem sido a cirurgia de rinoplastia, ritidoplastia e blefaroplastia. Este tipo de complicação não costuma ser citado pelos cirurgiões plásticos possivelmente porque o surgimento é tardio, acontecendo ao redor de um ano após a cirurgia. Como neste período o paciente em geral não está mais sendo acompanhado, o problema pode passar despercebido.

Atualmente dispomos de três tratamentos para as telangiectasias de face: 1- cauterização (eletrocoagulação ou fulguração com bisturi elétrico e de radiofreqüência); 2 – escleroterapia; 3 – laser.

Os três métodos são úteis isoladamente, mas, na prática, acabamos combinando dois ou os três métodos para se conseguir bons resultados. Como cada área da face tem características diferentes, vamos descrever os tratamentos por região.

Nariz

Esta é a área mais freqüentemente afetada da face e a cauterização é muito eficiente. Utiliza-se o modo coagulação, baixa potência, agulha fina de epilação com múltiplos to-



Telangiectasias de região mentoniana, orifício nasal, nariz e região malar.

ques de pequena duração no trajeto de cada telangiectasia. Não é necessário perfurar a pele, mas este artifício pode ser útil em telangiectasias pouco maiores ou mais profundas. Muitas vezes este é o único método necessário. As telangiectasias verdadeiras (spiders) comuns no dorso do nariz e perioculares respondem da mesma maneira à cauterização (usar potência mais forte ou maior tempo de toque no centro da lesão e se necessário aprofundar a agulha um ou

dois mm). É importante lembrar que o nariz é doloroso e os anestésicos tópicos são indispensáveis. O orifício nasal frequentemente requer também anestesia local (infiltração de 0,5 cc de Xilocaina sem vasoconstrictor) e a dor se mantém por dois ou três dias após o tratamento. Outro detalhe importante é que os anestésicos tópicos após cerca de 15 minutos causam vasoconstrição severa, ao ponto de não se enxergar o vaso. É recomendável observar atenta-

mente as lesões antes de aplicar o anestésico. Outra possibilidade de tratamento desta região são os lasers. Praticamente todos os lasers com aplicação vascular são bons para as telangiectasias da face, incluindo o nariz. Os mais comumente usados são os 532nm (ND YAG, Kriptônio, Diodo), os 1064 (ND YAG) e os aparelhos de luz intensa pulsada com filtros amarelos (ao redor de 550nm). Os tratamentos a laser têm a vantagem de serem indolores (não se



Telangiectasias pós blefaroplastia, pós rinoplastia e dilatação da rede venosa subdérmica com telangiectasias pós lifting facial.



Lesão de pele pós laser de Kripton (532nm) na região malar e hiperchromia pós cauterização da região malar e mandibular



Telangiectasias de nariz pós rinoplastia tratadas com 2 sessões de laser de Kripton e 2 sessões de cauterização

deve usar anestésico tópico porque a vasoconstricção esconde o alvo do laser (que é a hemoglobina). Normalmente são necessárias de duas a três sessões para um tratamento completo.

A escleroterapia também pode ser usada nesta região, tem ótimo resultado, mas é tecnicamente mais difícil pela curvatura e posição dos vasos. O nariz tem um ótimo poder de cicatrização e, dificilmente se observa complicações nesta área da face.

Região malar

A pele desta região é mais delicada, mais fina e tolera menos agressão. Por esta razão o tratamento ideal para esta área é o laser. A eletrocoagulação também pode ser usada, mas, com maior cautela (menos potência, menos pontos de toque e conseqüentemente maior número de sessões). A escleroterapia também é uma boa opção e, neste caso, se observa claramente o fluxo pulsátil destes va-

sos. É importante lembrar que após escleroterapia é comum um edema da área que pode durar cerca de dois dias.

Há também, um risco aumentado de hiperchromia pós-inflamatória nesta área. Pequenos ferimentos podem evoluir para um processo de hiperchromia que habitualmente são reversíveis mas, duradouros. A região malar, assim como a mandibular, são regiões que se deve considerar uma preparação prévia da pele, conforme veremos adiante.

Região mandibular e temporal

Estas áreas são as que mais apresentam complicações. Os vasos nestas regiões são mais profundos e para atingi-los tanto a eletrocoagulação como o laser machucam um maior volume de pele. A incidência de hiperchromia pós-inflamatória, em especial na região mandibular, é grande com todos os métodos, mas o menos indicado é a cauterização, com qualquer dos bisturis elétricos ou de

radiofreqüência. Desta forma, o método mais seguro é a escleroterapia desde que em mãos habituadas a este procedimento. No caso de tratamento a laser e especialmente eletrocoagulação, é altamente aconselhável uma preparação prévia da pele.

Outras regiões

A região mentoniana costuma ter poucas telangiectasias, tratáveis com qualquer dos métodos normalmente. Em alguns casos pode apresentar um grande contingente de vasos paralelos e próximos, sendo aconselhável laser ou múltiplas sessões mais brandas de cauterização. Próximo ao canto da boca, é frequente a presença de algumas telangiectasias grossas (mais de 2mm), que são melhor tratadas com escleroterapia. Telangiectasias do lábio superior normalmente são finas, isoladas e superficiais. Seriam uma boa indicação para cauterização, não fosse o fato de serem muito dolorosas.

As pálpebras geralmente ficam edemaciadas por 2 a 3 dias com o uso da eletrocoagulação e no caso de laser, os aparelhos com foco maior (como os de Luz Pulsada ou ND YAG 1064) são difíceis de serem aplicados pela proximidade com os olhos. Os lasers mais

simples, como Diodo 532nm, são os ideais nestes casos. As orelhas respondem bem aos bisturis elétricos com anestésicos tópicos e aos lasers mais simples. A testa é a região menos afetada da face. As telangiectasias desta região são tratáveis com laser ou cauterização.

Outra alteração estética venosa da face, relacionada às telangiectasias, é a dilatação de veias subcutâneas da região periocular, região temporal e fronte. Estas veias, que ficam mais aparentes com o envelhecimento e também após os liftings faciais, devem ser tratadas por ressecção (microcirurgia ambulatorial). Os lasers ND Yag 1064 podem ser úteis nos casos mais simples.

Tratamento prévio da pele

Pacientes com antecedente de hiperpigmentações, cicatrizes escurecidas, melasma, orientais, pele tipo quatro ou mais, são mais susceptíveis a desenvolverem hiperpigmentação pós-inflamatória. Da mesma forma, telangiectasias mais grossas, telangiectasias, mesmo normais, nas regiões mandibular, malar e temporal também representam um risco maior de hiperpigmentação. Nestas situações está indicado e recomendado um tratamento prévio durante 10 a 30 dias de cremes clareadores, anti-inflamatórios e vasoconstritores. Em nossa prática clínica temos indicado um gel formulado contendo ácido retinóico a 0,5%, hidroquinona a 4%, ácido glicirrízico a 1%, colesterol-escina a 1% e heparina 10.000 UI %. Nos casos de maior risco acrescentamos digitoxina (ao redor de 0,05%) e ainda ácido fítico, ácido fólico ou vitamina C nos piores casos.

Este cuidado tem se mostrado muito eficiente na prevenção de lesões nos casos mais críticos. Usamos esta mesma conduta nos pacientes com maior risco de microtrombos e hiperpigmentação nas telangiectasias dos membros inferiores com ótimos resultados.

Resumo

Em poucas palavras podemos afirmar que os lasers vasculares modernos têm uma ótima aplicação nas telangiectasias da face. Tanto os de baixo comprimento de onda e baixa potência (os mais simples do mercado – 532nm) como os 1064 nm e os aparelhos de luz pulsada intensa (mesmo os mais antigos) são muito úteis para estas patologias inestéticas. Apesar de serem a melhor opção atual, isto não significa que não tenham complicações nem que isoladamente resolvam todos os casos.

Os bisturis de eletrocoagulação e de radiofrequência são bem indicados em toda zona T da face (mento, lábios, nariz, testa) por ser uma área com alto poder de cicatrização.

Áreas com maior risco de hiperpigmentação como a região malar, a região mandibular, necessitam sessões mais brandas e algumas vezes condicionamento prévio da pele.

A escleroterapia é um método seguro para a região malar, mandibular e temporal. No entanto, é a que exige maior habilidade com a técnica.

As veias subdérmicas da região periocular, frontal, temporal e algumas vezes mandibular devem ser operadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIHARI, I, MAGYAR, F Reasons for ulceration after injection treatment of telangiectasia. *Journal of Dermatology Surgery*. Vol. 27, n. 2p. 133-6-2001.
2. BRAVERMAN, I.M. Ultrastructure and organization of the cutaneous microvasculature in normal and pathologic states. *The Journal of Investigative Dermatology*. Supplement. vol. 93, n.2, p.2s-9s, 1989.
3. GOLDMAN, M. P. Sclerotherapy treatment of varicose and spider leg veins. In: BERGAN, J.J., KISTNER, R.I., Atlas of Venous Surgery. 1.ed. Philadelphia,

Pennsylvania, W.B.Sauders Company, 1992, cap. 5, p.41-54.

4. MATTOS DA SILVEIRA, P.R. A Escleroterapia Hoje. *Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular*. vol.2, n.3, p.144-147, 1993.
5. MIYAKE, H., LANGER, B., ALBERS, M.T., BOUABCI, A.S., TELLES, J.D. Tratamento cirúrgico das teleangiectasias. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. vol.48, n.5, p. 209-13, 1993.
6. MORAIS, I.N., PUECHLEÃO, L.E., TOLEDO, O.M. Varizes e teleangiectasias. Utilidade da microangiografia na orientação terapêutica. *Revista da Associação Médica Brasileira*. vol. 1, n.5, p 5-9, 1962.
7. SERRALVO JR, A.M. O uso da cauterização subcutânea nas telangiectasias dos membros inferiores: indicação e técnica de aplicação. 2001. 113f. Tese (mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas.
8. SERRALVO J.R., A.M., POTÉRIO FILHO, J.SILVEIRA, S.A.F., POTÉRIO, G.M.B., SCHOLZ, M.R., Cauterização das fistulas artério-venosas subcutâneas e vênulas perfurantes. *Revista da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - Suplemento*. vol.15, n.3, p.5-61, 1999.
9. SOMJEN, G.M. Anatomy of the superficial venous system. *Journal of Dermatologic Surgery*. vol.21, p.35-45, 1995.
10. WEISS, R.A., GOLDMAN, M.P. Advances in sclerotherapy. *Dermatologic Clinics*. vol.13 n.2, p.431-45, 1995.

DR. ÁLVARO PEREIRA DE

OLIVEIRA é Membro da Sociedade Brasileira de Medicina Estética, Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e da Associação Brasileira de Nutrologia, Coordenador do Curso de Pós-Graduação de Medicina Estética da FTE Souza Marques. Formado, Residência e Doutorado em Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Correspondência: Rua Itapeva 300 - Cep 01332-000 - São Paulo SP.

E-mail cosmedical@pratica.com.br