

REJUVENESCIMENTO FACIAL: PEELING DE FENOL ATENUADO

FACE ANTI-AGEING: PROFOUND PHENOL METHOD

GONZAGA, Luiz Augusto
Cirurgião Plástico - CRM/SC 6089

BAÍA SUL MEDICAL CENTER
Rua Menino Deus 63, sala 414 - 88020-210 Centro – Florianópolis – SC
Tel: (48) 3223-4268 / 7811-0727 - Nextel ID: 55*134*8404

DESCRITORES

Fenol. Fenol Pré-Oxidado. Peeling químico de Fenol. Rejuvenescimento facial.

KEYWORDS

Phenol.pre-oxidated Phenol.phenol peeling.Facial rejuvenation

RESUMO

O objetivo do presente estudo é descrever a técnica de peeling de fenol pré-oxidado, os principais cuidados pré e pós-operatórios e a avaliação dos resultados obtidos em quatro pacientes submetidos ao método, breve comparação com o método de fenol profundo tradicional de Backer e Gordon. Apresenta-se, ainda. Ao final, conclui-se que o método de peeling de fenol pré-oxidado, sem a necessidade de máscaras oclusivas, é seguro, reproduzível e demonstra um alto grau de aceitação no grupo submetido ao tratamento.

ABSTRACT

The objective of the present work is to describe the techniques of phenol peeling, the main pre-peeling and post-peeling care and the evaluation from this method of the results obtained by four patients. Comparison with Backer and Gordon traditional profound phenol method.

Finally, the conclusion is that the profound phenol peeling method which doesn't use occlusive mascara is secure, reproducible and shows a real acceptance in the group submitted to the treatment.

QUADRO 1: COMPARATIVO DOS MÉTODOS BACKER E MÉTODO ATUAL

MÉTODO BACKER (Fintzi, Molding Mask)	MÉTODO ATUAL
Fenol + Croton Oil (+/-50%)	Fenol/Fenóxido (+/-50%)
Com máscara oclusiva	Sem máscara (aberto)
Edema contido	Edema livre
Anestesia	Não requer
Estrutura hospitalar	Ambulatorial
Laborioso	Simple
Profund./Tempo dep	Auto-stop na vasa dérmica
Ocluído	Aberto
Doloroso	Pouco doloroso
Pouco reprodutivo	Reproduzível
Sem lavar a face por 11 a 15 dias	Lava a face no 3º dia

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica, com é sabido, encontra indicação precisa na correção dos inestetismos estruturais da face. Porém, quando se tenta solucionar os problemas da pele involuída, por meio de cirurgia, resultados insuficientes, não raro, são observados.

Assim, visando trazer uma contribuição ao tratamento do envelhecimento facial, o estudo ora apresentado considerou a importância dos procedimentos não-cirúrgicos complementares à cirurgia, principalmente no que tange à qualidade e ao estado da pele involuída.

Neste sentido, o trabalho objetivou demonstrar que uma técnica de peeling de fenol pré-oxidado, profundo, sem oclusão por máscara de esparadrapo, sem anestesia ou sedação, autolimitada, segura, previsível e reprodutiva, pode tornar-se um instrumento fundamental no arsenal terapêutico do cirurgião plástico e, ainda, proporcionar resultados eficazes e bastante animadores.

Para avaliar a previsibilidade do método de fenol pré-oxidado, os procedimentos respectivos foram aplicados, neste estudo, em quatro pacientes. Assim, desde o momento da aplicação do fenol na face, quando já se observava um frost bastante homogêneo, até a alta ambulatorial, por volta do 14 dia, a técnica mostrou-se confiável, sem evidências de cicatrizes aprofundadas.

Ainda, o padrão de despigmentação, típico dos peelings, principalmente os profundos, também se apresentou favorável à uniformidade do método.

MÉTODOS

No ano de 2006 foram estudados quatro pacientes do sexo feminino, variando entre 46 e 70 anos, os quais foram submetidos ao método de peeling de fenol pré-oxidado.

Após avaliação clínica e laboratorial pré-operatória, os procedimentos foram realizados em ambiente hospitalar, sem necessidade de anestesia ou sedação. Os pacientes selecionados apresentavam peles do tipo II a III de acordo com a classificação de Fitzpatrick, conforme especificações apresentadas nas fotografias. Em todos os casos houve monitorização cardíaca e pulsoximetria.

A rotina analgésica prescrita foi a seguinte:

- 1) metoclopramida gotas: 50 gotas (V.O.);
- 2) Dimenidrato e vit B6: 1 comp (V.O.);
- 3) Toradol 60 mg: 1 ampola (I.M.);
- 4) Dipirona: 2 a 4 CC (E.V.).

2.1 Material de peeling por paciente

- Um (1) frasco de “Fenol Modulado” (laboratório Kosmental) **Composição:** Hidroxi-benzeno (440mg/g) e veículo tampão oxidante qsp;

- Um (1) frasco de “Gel Catalizador” (laboratório Kosmental) **Composição:** Ácido Cítrico, Água Purificada, Álcool Etilíco, Imidazolidinil Uréia, Extrato de Chá Verde,

Extrato de Hamamélis, PVP, Silicone;

- Um (1) frasco de “Gelóleo” (laboratório Kosmental)

Composição: BHT, Cera de Polietileno, Extrato de Maracujá, Extrato de Andiroba, Extrato de Copaíba, Extrato de Juá, Extrato de Arnica, Parafina, Vaselina, Silicone;

- Um (1) frasco de “Sabão Pré-Peeling” (laboratório Kosmental) **Composição:** Água Purificada, Cocoamidopropilbetaína, Dioctil, Sulfosuccinato de sódio. EDTA, Lauriléter sulfato de sódio, Metilparabeno, Tween 20, Tween 80, Propilparabeno;

- Acetona;
- Bolas de algodão;
- Cotonetes alargados com mais algodão;
- Cotonetes.

2.2 Material pós-peeling

- Duas (2) bisnagas de “Gel Epitelizante” (Laboratório Kosmental) **Composição:** BHT, Extrato de Andiroba, Extrato de Copaíba, Extrato de Juá, Extrato de Arnica, Óleo de Ucuúba, Cera de Polietileno, Extrato de Maracujá, Parafina Líquida, Vaselina, Silicone;

- Duas (2) bisnagas de “Isoton” (Laboratório Kosmental) **Composição:** Água Purificada, Azuleno, BHT, Imidazolidinil Uréia, EDTA Dissódico, Estearato de Octila, Extrato de Maracujá, Metilparabeno, Óleo de Andiroba, Parafina Líquida, Polawax, Propilenglicol, Propilparabeno;

- Uma (1) bisnaga de “Bleach Pós-Peeling” (Laboratório Kosmental) Éster kójico, Ácido fítico, Ácido ascórbico, Veículo gel transdermal qsp.

Neste tipo de peeling, o fenol é pré-oxidado com substâncias alcalinizantes (oxidantes), de modo a torná-lo menos volátil, mais solúvel, menos doloroso e agressivo (menos redutor), sem, contudo, perder a sua capacidade única de regeneração cutânea.

Observa-se como de suma importância manter sempre à mão um frasco de soro fisiológico 0,9%, para ser utilizado em qualquer acidente, principalmente sobre os olhos.

2.3 Etapas pós-peeling

2.3.1 Nas próximas quarenta e oito horas

- Dieta líquido-pastosa com canudo
- Profilaxia antibiótica
- Profilaxia antiviral
- Não molhar a face neste período
- Manter cabeceira elevada

2.3.2 Na revisão, após quarenta e oito horas

Neste período a pele adquire um aspecto de uma queimadura de segundo grau, com uma crosta castanho-amarelada, fruto da soma das secreções meliscéreas, do catalisador e do gelóleo. Tal aspecto lembra a “casca de uma árvore”. O edema é importante e o paciente relata certa sensibilidade nesta fase.

Após **nova documentação fotográfica**, o paci-

ente é posicionado na maca, quando lhe é aplicada uma generosa camada de “gel epitelizante”, com massagem bem suave

Se, porventura, ainda restarem rugas, é perfeitamente possível neste momento, identificá-las e tratá-las, mediante reaplicação, sobre elas, de um cotonete umedecido com o fenol 440mg/g, ou seja, um retoque imediato com fenol, na mesma concentração do peeling.

2.3.3 Em casa, após setenta e duas horas

- Não molhar a face até que completadas setenta e duas horas;

- Após este período, primeiro banho de chuveiro, o paciente deve passar, “bem de leve”, na face, uma compressa, com o objetivo de remover o material liquefeito necrótico que ainda esteja presente sobre a pele;

- após o banho, secar a face com toques suaves de toalha limpa e macia, tomando o cuidado para não esfregar, enxugar, reaplicar uma camada do gel epitelizante, duas vezes ao dia.

RESULTADOS

Evolução do tratamento de um dos pacientes nos primeiros 40 dias.

Nas figuras a seguir, observa-se a evolução do tratamento da mesma paciente

desde as quarenta e oito horas, até o dia da alta ambulatorial no décimo quarto dia, e ainda a evolução até os 40 dias e apresentação comparativa do resultado após 9 meses.

Paciente 1

46 anos , Fitzpatrick III.

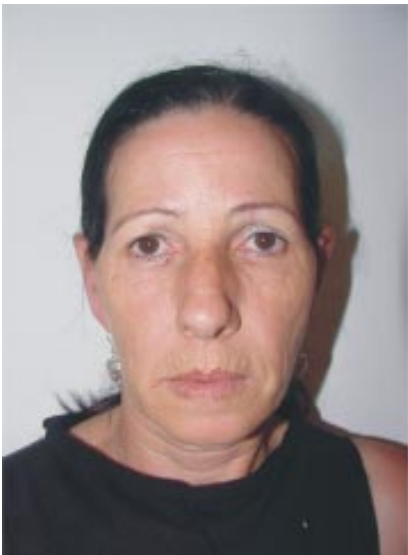


Fig.1 - pré-tratamento



Fig.2 - 48 horas pós-peeling



Fig.3 - 05 dias pós-peeling



Fig.4 - 15 dias pós-peeling



Fig.5 - 40 dias pós-peeling



Fig.6 - frontal comparativo pré e pós operatório de 9 meses

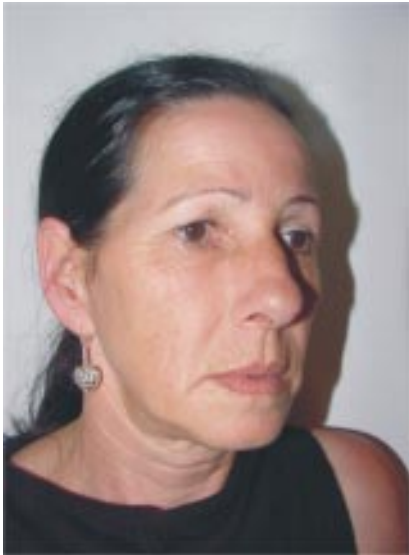


Fig.7 - pré-tratamento



Fig.8 - 48 horas pós-peeling



Fig.9 - 05 dias pós-peeling

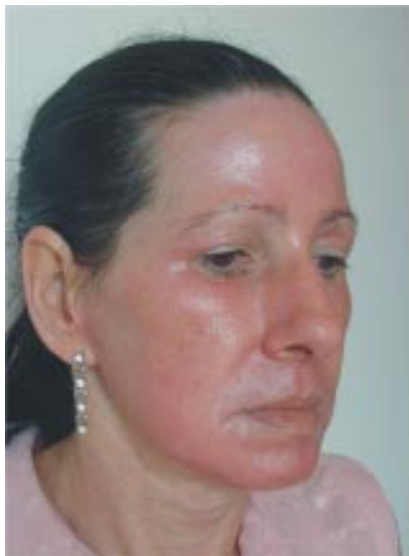


Fig.10 - 15 dias pós-peeling



Fig.11 - 40 dias pós-peeling



Fig.12 - perfil oblíquo direito comparativo pré e pós operatório de 9 meses

Análise comparativa das fotos de pré e pós-peeling de 3 casos.

Paciente 2

50 anos , Fitzpatrick II.



operatório de 6 meses



Fig.15 e fig.16 -perfil oblíquo esquerdo comparativo, pré e pós-operatório de 6 meses



Fig.17 e fig.18 – frontal comparativo , pré e pós-operatório de 6 meses

Paciente 3

70 anos , Fitzpatrick III



Fig.19 e fig.20 –perfil oblíquo esquerdo comparativo, pré e pós-operatório de 2 meses



Fig.21 e fig.22 – frontal comparativo , pré e pós-operatório de 2 meses

Paciente 4

49 anos, Fitzpatrick III



operatório de 6 meses



Fig.25 e fig.26 – “close” frontal comparativo, pré e pós-operatório de 6 meses

DISCUSSÃO

O tratamento do envelhecimento facial pelo método de peeling químico com fenol a 440mg/g, foi aplicado em quatro pacientes. A técnica utilizada foi a preconizada pelo Dr. José Kacowicz, técnica esta que demonstrou ser bastante reprodutível e segura, apresentando um grau muito elevado de aceitação do tratamento, conforme demonstrado nos casos sob avaliação.

A propósito, o referido método requer bastante atenção e treinamento para o acompanhamento do paciente no período pós-peeling imediato, principalmente no período compreendido entre as primeiras quarenta e oito horas do procedimento e os sete dias seguintes.

Como se trata de peeling profundo, as piores complicações, resultantes de aprofundamento cicatricial, como constantemente observadas em métodos anteriores, dificilmente ocorrem neste método, e quando acontecem são localizadas^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}. Nesta casuística não foram observadas cicatrizes inestéticas e aprofundadas.

No trans-operatório não foram observadas alterações cardíacas, comuns no método de Backer^{13,14,15,16,17,18,19,20}, no qual freqüentemente eram observados episódios de arritmia cardíaca.

Quanto à toxicidade do fenol, esta substância apresenta uma DL50 (dose-letal 50%, de 8 a 15g via oral. A dosagem utilizada nos procedimentos com o fenol tamponado é de aproximadamente 0,75g, representando um índice terapêutico bastante seguro, ou seja, a dose clínica está muito abaixo da dose tóxica²¹.

As piores complicações observadas nos métodos anteriores e mesmo o de Backer e Gordon, que muitas vezes resultavam em seqüelas graves e de difícil resolução, com cicatrizações por segunda intenção, hipertróficas e deformantes, que levaram à diminuição do uso do fenol para fins estéticos, não fazem mais parte da rotina de utilização desta substância.

Nos casos aqui estudados, a hiperemia facial perdurou por dois meses.

Com efeito, discromias transitórias foram observadas em quase todos os casos, também por um período de dois meses. De um modo geral, os peelings profundos de fenol resultaram em clareamento total e homogêneo da pele, em diferentes níveis, muito relacionado com o tipo de pele do paciente.

O desconforto no trans-operatório não foi digno de nota.

Todavia, a queixa principal do método foi o momento dos banhos no pós-operatório entre as trinta e seis horas e o sétimo dia de tratamento, oportunidade em que se realiza a necessária remoção das fibrinas aderidas.

Apesar de incomodo, este é um grande diferencial positivo em termos de conforto para o paciente, uma vez que no terceiro dia do pós-peeling, o paciente pode tomar banho de corpo inteiro, atividade esta considerada impossível nos métodos de oclusão. Ressalte-se que a fibrina deve ser totalmente removida até o oitavo dia. Após este período ela torna-se facilitadora de infecção e de cicatrização hipertrófica.

O reconhecimento precoce dos sinais de infecção é fundamental para a eficácia e a segurança do método. Tal quadro se apresenta de forma bastante característica quando se observa a área circunscrita de fibrina de cor acastanhada e dolorosa ao toque, às vezes, apresenta-se sensível sem a necessidade de toque.

Outro ponto a salientar refere-se ao afastamento do convívio social dos pacientes desta casuística que foi semelhante ao observado nas ritidoplastias.

CONCLUSÃO

Este método merece fazer parte do arsenal terapêutico do cirurgião plástico que se dedica à estética facial, pois preenche uma lacuna de tratamento muitas vezes não resolvida, quando a única opção é a ritidoplastia.

O dano actínico, as rugas profundas e, até certo ponto, a flacidez da face foram tratados com sucesso por este método, cumprindo o objetivo almejado pelos pacientes avaliados.

Este peeling profundo, foi ao nível mais profundo possível na pele.

Todavia, nota-se que não substitui a ritidoplastia, pois em alguns casos, como observado antes, é insuficiente para tratar o envelhecimento estrutural da face, mas, ainda assim, promove uma reorganização das estruturas profundas da pele, de um modo tal que, numa futura ritidoplastia, encontrar-se-á uma face com um plano cirúrgico mais dócil ao descolamento.

Finalmente, a reprodutividade, a segurança e o padrão homogêneo do resultado, nos quatro casos aqui apresentados, são animadores para a promoção do rejuvenescimento facial.

REFERENCIAS

1 - Bames HO. *Truth and fallacies of face peeling and face lifting.* *Med J Record.* 1927; 126:86-87, p.87.

2 - Urkov JC. *Surface defects of skin: treatment by controlled exfoliation.* *Ill Med J.* 1946; 89:75-81.

3 - Mackee GM, Karp FL. *The treatment of post-acne scars with phenol.* *Br J Dermatol.* 1952; 64:456.

4 - Combes FC, Sperber PA, Reisch M. *Dermal defects: treatment by a chemical agent.* *NY Physician Am Med* 36-42, 1960.

5 - Brown AM, Kaplan LM, Brown ME. *Phenol-induced histological skin changes: hazards, technique, and uses.* *Br J Plast Surg.* 1960; 13:158-169.

6 - Baker TJ. *The ablation of rhytides by chemical means.* *J Fla Med Assoc.* 1961; 48:451-454.

7 - Baker TJ. *Chemical face peeling and rhytidectomy.* *Plast Reconstr Surg.* 1962; 29:199.

8 - Baker TJ, Gordon H. *Surgical rejuvenation of the face.* *St Louis: Mosby-Year Book,* 1986.

9 - Baker TJ, Gordon H. *Chemical peel with phenol.* In: Epstein E, Epstein E Jr, editors. *Skin surgery.* 6. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1987.

10 - Sperber P. *Chemexfoliation, a new term in cosmetic therapy,* *Am J Geriatr Soc.* 1963; 11:58-62.

11 - Litton C, Fournier P, Capinpin A. *A survey of chemical peeling of the face.* *Plast Reconstr Surg.* 1973; 51:645.

12 - Gross BG, Maschek F. *Phenol chemosurgery for removal of deep facial wrinkles.* *Int J Dermatol.* 1980; 19:159.

13 - Fintzi Y. *Exoderm: a novel, phenol-based peeling method resulting in improved safety.* *Am J Cosm Surg.* 1997; 14:49-54.

14 - Asken, S. *Unoccluded Baker-Gordon phenol peels: review and update.* *J Dermatol Surg Oncol.* 1989; 15(9): 998-1008.

15 - Litton C, Trinidad G. *Complications of chemical face peeling as evaluated by a questionnaire.* *Plast Reconstr Surg.* 1981 Jun.; 67(6):738-744.

16 - Gross BG. *Cardiac arrhythmias during phenol face peeling.* *Plast Reconstr Surg.* 1984 Apr.; 73(4):590-594.

17 - Gross BG. *Cardiac arrhythmias during phenol face peeling.* *Plast Reconstr Surg.* 1984 Apr.; 73(4):590-594.

18 - Warner MA, Harper JV. *Cardiac dysrhythmias associated with chemical peeling with phenol.* *Anesthesiology.* 1985 Mar.; 62(3):366-367.

19 - Stagnone GJ, Orgel MG, Stagnone JJ. *Cardiovascular effects of topical 50% trichloroacetic acid and Baker's phenol solution.* *J Dermatol Surg Oncol.* 1987

20 - Botta SA, Straith RE, Goodwin HH. *Cardiac arrhythmias in phenol face peeling: a suggested protocol for prevention.* *Aesthetic Plast Surg.* 1988 May; 12(2):115-117.

21 - Goodman LS, Gillman AG. *The pharmacological basis of therapeutics.* New York: Macmillan, 1975.