

TRATAMENTO DE ELETROLIFTING E MICRODERMOABRASÃO NO PERÍODO PÓS GESTACIONAL

Camille Pilato¹
Deyse da Silva¹
Layla Lopes¹
Thais Teixeira¹
Thyene Murbach¹
Orientadora Tatiana Bertacin²

RESUMO

As estrias ocorrem através da ruptura das fibras de colágeno e elastina, que podem ser um grande incômodo para a maioria das gestantes. Podem ser causadas por predisposição genética ou por estiramento muito rápido, fazendo a pele se romper. Assim o principal objetivo desse trabalho, é identificar a relação do surgimento da estria com a gravidez, mostrando suas causas, como isso ocorre e analisar os recursos eletroterápicos como: microdermoabrasão e *eletrolifting*, que proporcionam medidas para melhorar o aspecto físico da estria.

Palavras-chaves: Estrias; gestação.

ABSTRACT

Stretch marks occur through disruption of collagen fibers and elastin, which can be a major nuisance for most pregnant women. Can be caused by genetic predisposition or by stretching too fast, making the skin breaking. Thus the main objective of this work is to identify the relationship between the appearance of the groove with pregnancy, showing their causes, how it occurs and analyze the electrotherapeutic resources as microdermabrasion and *eletrolifting*, which provide ways to improve the physical appearance of the stria.

Key-words: Stria; pregnancy.

INTRODUÇÃO

As estrias são alterações bastante temidas pelas gestantes, pelo fato de que, até os dias de hoje, uma vez constituída a estria não existe retorno à completa normalidade dos tecidos. É o distúrbio do tecido conjuntivo que ocorre em 90% das grávidas, localizando-se, preferencialmente, em abdômen, mamas, coxas, face lateral dos quadris e nádegas.

A causa exata das estrias é desconhecida, embora uma combinação da exacerbação da atividade córtico-adrenal associada à maior solicitação do tecido conjuntivo pelo aumento do volume de várias partes do corpo, pareça ser importante.

¹ Discente do curso de Tecnologia em Estética e Cosmética

² Docente do curso de Tecnologia em Estética e Cosmética, Fisioterapeuta, especialista em Dermato Funcional

Essa combinação deve-se a maior produção da aldosterona, que é o hormônio supra-renal responsável pela retenção hídrica na gestante, e da progesterona, que causa aumento do volume do corpo, proporcionando o estiramento da pele.

Na gravidez, a estria é encontrada com maior frequência nas mulheres que ganham muito peso e nas mais jovens. Sabe-se também que mulheres que tiveram estrias na puberdade podem desenvolvê-las também durante a gravidez. Podem surgir a qualquer momento no decorrer da gestação, mas são muito frequentes no terceiro trimestre. (FANDOS, 2005).

Com o tempo e após o parto, a estria se torna atrófica, caracterizada clinicamente por aspecto pálido, perda da textura normal da pele e ausência de anexos cutâneos, principalmente de folículo piloso. Portanto, a mulher grávida mostra certa ansiedade em torno da prevenção da estria.

As principais dúvidas manifestadas relacionam-se ao aspecto estético, à possibilidade do não desaparecimento da lesão após a gestação ou de recorrência em outras gravidezes e, por fim, ao risco de provocar algum dano ao feto em termos de morbidade e mortalidade. (KEDE, 2009).

Diante de qualquer modificação cutâneo-mucosa no ciclo gravídico-puerperal, a paciente, primeiramente, busca o auxílio do obstetra, que deve orientá-la quanto à conduta, solicitação de exames, ou, ainda, a necessidade de ser encaminhada a um dermatologista. (KEDE, 2009).

MATERIAIS E MÉTODOS

Buscou-se por meio de livros e artigos científicos, descrever as estrias que ocorrem durante o período gestacional e a eficácia dos recursos eletroterápicos na restauração de seu aspecto. Neste trabalho, demonstra-se a utilização do *eletrolifting* e da microdermoabrasão, que objetivam a melhora do aspecto físico e psicológico de pacientes com estrias.

DESENVOLVIMENTO

O *eletrolifting* trata-se de um aparelho que utiliza uma corrente contínua, tendo sua intensidade reduzida ao nível de microampères, cujo objetivo mais amplo é suavizar as estrias, atuando em um nível celular, restaurando a camada colágena e estimulando a produção de elastina, utilizando justamente a mesma arma que a pele utiliza: microcorrentes.

Existem dois tipos de manoplas que podem ser utilizada no eletrolifting: em forma de caneta, que não penetra na pele, só transmite a corrente em cima da lesão, causando um aumento do fluxo sanguíneo e também em forma de bastão com uma agulha na ponta, esta agulha deve ser fina e rígida, deve ser pontiaguda, para penetrar facilmente na pele, o comprimento da agulha é de no máximo 4mm e é feita de aço inoxidável.

O objetivo do procedimento puntural do *eletrolifting* é provocar uma lesão tecidual, onde, associando-se aos efeitos galvânicos da microcorrentes polarizada, é produzido um processo inflamatório que será responsável pelo efeito de reparo nas rugas e estrias.

A ponta da agulha provoca uma lesão traumática na pele (epiderme), ocorrendo ainda uma necrose tecidual em virtude do componente galvânico da corrente contínua. A lesão das células do estrato espinhoso obriga o organismo a uma reação reparadora. Em resposta a esta lesão, haverá uma dilatação dos pequenos vasos da derme, correspondente à região lesada, resultando num edema discreto. Logo em seguida, a taxa mitótica do estrato basal regional aumentará. As células recém-formadas preencherão o espaço das células lesadas cujos restos serão eliminados por fagocitose e o líquido excedente absorvido pela circulação linfática. (BORGES, 2010).

De acordo com Winter (2000), por causa da lesão provocada pela agulha, ocorre uma necrose por liquefação que se limita a algumas células epidérmicas. Esta necrose é provocada pelas substâncias alcalinas que se formam no polo negativo pela ação do componente galvânico de microcorrente sobre os líquidos da substancia fundamental.

A técnica pode ser feita em forma de punturação em todo comprimento da estria, ou em movimentos de "vai e vem" varias vezes na mesma estria, que é chamada de escarificação. Os parâmetros variam de 70 a 100 microamperes de intensidade e alguns aspectos devem ser observados acerca da pratica clinica: quando a resposta inflamatória for mais persistente, o resultado tende a ser melhor; a

coloração das estrias interfere nos resultados, pois as róseas tende a responder melhor ao estímulo ou as branco-nacaradas; a cor da pele tem importância para os resultados do tratamento, pois nos pacientes com pele escura, a regeneração tende a ser mais rápida que naquelas de pele clara, entretanto devemos atentar para o risco de queloides nos pacientes de pele negra, principalmente com a intensidade, o ideal seria 70 microamperes, pois causa a irritação da pele com o menor risco de produzir quelóide ou hiperpigmentação.

Esse tratamento poderá se feito uma vez por semana, ou seja, até acabar o processo inflamatório que pode durar de 2 a 7 dias.

Seus efeitos podem variar caso a caso, com duração entre três semanas e seis meses (podendo ser retocado). A durabilidade do tratamento está condicionada à execução completa aliada à manutenção.

Segundo Guirro e Guirro (2002), estudos em estrias atróficas mostraram que após 10 sessões de *eletrolifting* ocorre um acentuado aumento de fibroblastos jovens, uma neovascularização e um retorno da sensibilidade dolorosa e, como consequência, uma grande melhoria no visual da pele, ficando próxima ao aspecto normal.

Quase imediatamente após a aplicação da técnica, aparecem hiperemia e edema típico de qualquer processo inflamatório em razão das substâncias locais liberadas pela lesão, provocando, assim, vasodilatação e aumento da permeabilidade dos vasos. O principal momento da inflamação é a vasodilatação, responsável pela hiperemia e pelo calor, aumentando, com isso, o fluxo sanguíneo, fundamental nas alterações hemodinâmicas da inflamação aguda. A região é preenchida por um composto de leucócitos, eritrócitos, proteínas plasmáticas e fibrinas. (GUIRRO E GUIRRO, 2002).

Devem ser tomados alguns cuidados durante o tratamento, como não expor o local tratado sob o sol, pois pode manchar a pele, não realizar o procedimento em cima de feridas abertas e pessoas com dificuldade de cicatrização como diabetes não deve realizar esse procedimento.

Segundo Fabio Borges (2010) o manuseio do aparelho de microdermoabrasão consiste na aplicação direta sobre a pele por meio de um equipamento mecânico gerador de pressão negativa e pressão positiva simultâneas, em que são utilizados microgrânulos de óxido de alumínio (ou outro material similar – 100 a 140 micras),

Existem dois tipos de microdermoabrasão, o peeling de cristal que é quimicamente inertes, jateados pela pressão positiva sobre a superfície cutânea

numa velocidade passível de controle, provocando erosão nas camadas da epiderme, sendo ao mesmo tempo, sugados pela pressão negativa, tanto os resquícios dos microcristais como células córneas em disjunção. O peeling de diamante é utilizado uma ponteira diamantada, causa sensação de “lixamento”, somente utiliza-se a pressão negativa.

Apresenta-se como uma técnica de esfoliação não cirúrgica, passível de controle e que pode ser executada de forma não invasiva. Normalmente, esta prática refere-se ao fisioterapeuta dermato-funcional ou ainda ao médico dermatologista ou esteticista, por suas formações acadêmicas e pós-graduações específicas.

Inúmeras são as suas indicações cuja base é o incremento da mitose celular fisiológica, proporcionado pela microdermoabrasão, suscitando efeitos como a atenuação e prevenção de estrias.

Os processos terapêuticos utilizados para promover a renovação da pele, ou seja, de sua primeira camada – composta por células anucleadas e nutrida pela derme (sua segunda camada) – possibilitam mais viço e hidratação, apresentando uma atenuação de suas marcas e seqüelas, provenientes da constante exposição aos efeitos extrínsecos e intrínsecos.

Seu tempo de aplicação é até formar uma hiperemia no local. (BORGES, 2010).

DISCUSSÃO

De acordo com Guirro e Guirro (2002), com a estimulação elétrica do eletrolifting, as fibras colágenas sofrem algum tipo de reorientação, e o processo de regeneração da estria está baseado na reunião dos efeitos intrínsecos da corrente contínua, do trauma mecânico da agulha e dos processos envolvidos na inflamação aguda. Minutos após a lesão promovida pela técnica, aparecem a hiperemia e o edema. Esses sinais são motivados por substâncias locais liberadas pela lesão, responsáveis pelo aumento do calibre e da permeabilidade dos vasos.

A microdermoabrasão poderá provocar uma lesão local induzindo a uma regeneração do tecido acometido pela estria. Esse procedimento proporcionará um aumento na síntese protéica por meio do estímulo dos fibroblastos (célula precursora das proteínas de colágeno e elastina), permitindo uma neovascularização.

Conseqüentemente obtêm-se o desejável retorno a sensibilidade álgica e a normalização gradativa na pigmentação epidérmica. (GUIRRO E GUIRRO, 2002).

Portanto, ambos melhoram o aspecto da região estriada, através de um processo inflamatório, restaurando a camada colágena e estimulando a produção de elastina, melhorando a aparência da pele.

Os dois procedimentos podem ser feitos juntos na mesma sessão, porém quando for notado o aumento da circulação e um processo inflamatório agudo, o eletrolifting e o microdermoabrasão podem ser intercalados de acordo com as sessões, até mesmo para diminuir a sensação de incomodo da cliente. Lembrando sempre que o objetivo é causar um aumento da circulação no local para ocorrer a renovação celular, melhorando o local lesionado pelas estrias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, com a preocupação das mulheres grávidas de um modo geral, as estrias tornam-se um grande incômodo. A partir disso, com os aparelhos citados, além da opinião dos autores, podemos sugerir que é possível melhorar a aparência estética da estria, proporcionando o aumento da autoestima da cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, Fábio dos, **Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2 ed. São Paulo, Phorte, 2010.

FANDOS, L. S. Alta Cosmética II. **Objetivos e Protocolos**. V. II. Argentina: Buenos Aires, 2005.

GUIRRO, E. C. O; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos e Patologias**. 3 ed. revisada e ampliada. São Paulo: Manole, 2002. p. 391-410.

KEDE, Marina Paulina Villarejo; SABATOVICH, Oleg. **Dermatologia Estética**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

Winter, W.R. **Eletrocossmética**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vida Estética, 2000.p. 129-33.