

CURSOS EM REVISTA

NUTRAPELE

**Nosso mês
de JUNHO**

VOLUME 1 • EDIÇÃO 8 • JUNHO DE 2021



03	Prática
	Bichectomia
06	Módulo
	Bioestimuladores
08	Tratamento de
	Melasma
20	Toxina Botulínica
	no Bruxismo
25	Bioestimuladores



O QUE ROLOU EM JUNHO!

**04 E 05/06 - Residência em HOF - Turma 2
Módulo Bichectomia e Intradermoterapia**

**19 E 20/06 Residência em HOF - Turma 3
Bioestimuladores de colágeno**



Prática de Bichectomia



04 e 05/06

**Professor Emílio
e alunas na
prática de
Bichectomia**

Prática de Intradermoterapia e HOF.





Nesse módulo a turma foi dividida, dentistas efetuaram a prática da bichectomia, e os outros profissionais a prática de intradermo e HOF





19 e 20/06

Sábado e domingo foi a vez da turma 3 em HOF praticar o módulo de Bioestimuladores de colágeno.

Prática Bioestimuladores





MATÉRIA DO ALUNO

Dra. Evelen C. G. Spilla

A UTILIZAÇÃO DE ÁCIDOS NO TRATAMENTO DE MELASMA

O mais visível aspecto do fenótipo humano é a pele, e a sua cor um dos fatores mais variáveis. Pouco se conhece sobre as bases genéticas, evolutivas e os aspectos culturais relacionados ao estabelecimento dos padrões de cor da pele humana.¹ Acredita-se que as variações, na cor da pele, sejam ganhos evolutivos e estejam relacionadas com a regulação da penetração da radiação ultravioleta.² A cor da pele humana normal é principalmente influenciada pela produção de melanina, um pigmento castanho denso, o qual assume o aspecto enegrecido, quanto mais concentrado.

A melanina é um pigmento produzido por uma célula denominada melanócito, situado na camada basal da epiderme. Ela é produzida a partir da oxidação do aminoácido chamado tirosina. Neste processo, são formados dois tipos de melanina, as eumelaninas que se constituem em um grupo homogêneo de pigmentos pardos, insolúveis e as feomelaninas correspondentes a um grupo heterogêneo de pigmentos pardos avermelhados, solúveis em meio alcalino. O melasma é uma hiper melanose adquirida que acomete as áreas fotoexpostas da pele, principalmente face, e em menor grau de ocorrência, colo e antebraço. Tal melanose é caracterizada por apresentar maculas simétricas de cor castanhas escuro, contornos irregulares, mas com limites nítidos.

Afeta ambos os sexos, com maior incidência em mulheres, especialmente gestantes. Ocorre em todas as raças, particularmente em indivíduos com fototipos altos, que vivem em áreas com elevados índices de radiação ultravioleta. Os distúrbios hiperpigmentares na pele, como o melasma, incomodam e afetam a auto estima do paciente, causando desde estresse emocional, ansiedades e doenças sistêmicas até patologias mais graves como depressão. Os tratamentos para o melasma pode gerar frustração na maioria das vezes para os pacientes e equipes, pois existe grandes dificuldades no clareamento das manchas nos diversos tipos de tratamentos. A melhora é insipiente, na maioria das vezes.

A pele em si é considerada a interface entre o ser humano e o meio ambiente cuja função é servir como revestimento protetor para o organismo, sendo caracterizada como uma barreira ao meio ambiente, protegendo o organismo contra agressões e altamente resistente à abrasão e infecção. Pode também funcionar como reguladora da homeostase evitando a perda excessiva de água e conduzindo informações sobre o que acontece no meio ambiente. É constituída por duas camadas principais: a epiderme (camada superficial de células) e a derme (uma camada mais profunda de células do tecido conjuntivo denso). Abaixo da derme existe ainda uma outra camada composta por tecido conjuntivo frouxo, que contém células adiposas depositada entre fibras, denominada hipoderme.

Os pigmentos exógenos amarelos (carotenoides), também contribuem para a coloração da pele, assim como o vermelho endógeno, da hemoglobina oxigenada nos capilares da derme e azul endógeno, da hemoglobina reduzida nas vênulas. Em humanos, a pigmentação da pele e dos cabelos é dependente da atividade melanogênica, dentro dos melanócitos, da taxa de síntese de melanina, bem como do tamanho, número, composição e distribuição de partículas do citoplasma dos melanócitos, denominadas melanossomas, além da natureza química da melanina que elas contêm.

A origem da palavra melasma vem do grego, sendo “melas” traduzido como preto e refere-se a sua apresentação clínica acastanhada, enquanto que o termo cloasma ainda utilizado por muitos, deriva do grego “clorós” e significa esverdeado, sendo, portanto a terminologia melasma mais adequada a essa hiperpigmentação. A etiopatogenia do melasma não está muito clara, porém a exposição solar é o fator de maior importância, com isso a hiperpigmentação aumenta nos meses de verão, por causa da exposição solar mais intensa. A radiação ultravioleta, implica na peroxidação dos lipídios na membrana celular, com liberação de radicais livres, que estimulariam os melanócitos. Outros fatores relacionados ao melasma, são os hormonais, vasculares, predisposição genética, gravidez e uso de cosméticos. Segundo alguns autores, medicações anticonvulsivantes, medicações fototóxicas, doenças de tireoide e ovários, alimentos, terapia de reposição hormonal, cosméticos, medicamentos fotossensibilizantes, processos inflamatórios da pele e eventos estressantes, também são fatores que sugerem o aparecimento do melasma.

O que indica uma etiologia do melasma multifatorial e que depende de elementos ambientais e hormonais, além do importante papel genético.

REVISÃO DA LITERATURA

Histologicamente o melasma pode ser classificado segundo a localização da melanina como dérmico, epidérmico ou misto, para avaliar a localização da melanina utiliza-se a lâmpada de Wood (340 a 400nm) que baseia-se na absorção dos raios ultravioletas pela melanina e salienta a diferença na pigmentação da pele afetada, onde no padrão epidérmico que acomete 70% dos casos, há um aumento do contraste da cor, enquanto que no dérmico não há alteração do contraste. Outros métodos de avaliação clínicas também podem ser utilizados como dermatoscopia, biópsia e colorimetria.

O melasma clinicamente considerado dérmico possui coloração variável do castanho ao azulado, em razão do aumento da melanina dos macrófagos da derme, já a hipermelanose epidérmica apresenta aumento da melanina nos melanócitos e queratinócitos da epiderme, conferindo coloração castanha. Incide principalmente entre fenótipos mais pigmentados (Fitzpatrick III a V) e estima-se que 15-35% das mulheres adultas brasileiras sejam portadoras da doença. Devido ao frequente acometimento facial, melasma inflige importante impacto à imagem corporal, causando estresse psicológico, alterando a qualidade de vida dos pacientes, além de gastos relacionados aos tratamentos.

Importante frisar que o melasma é uma das dermatoses inestéticas das quais determinam a grande procura ao atendimento estético especializado, embora represente, somente, uma anormalidade comum e benigna da pigmentação. Talvez, isso se explique pela natureza cosmeticamente desfigurante e pelos efeitos emocionais e psicológicos nos indivíduos acometidos pelo problema, os quais, muitas vezes, em virtude da insatisfação com a aparência, acabam se privando do convívio social, inclusive com casos de suicídio relatados. A Qualidade de Vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: 'percepções individuais de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Recentemente, o impacto da doença sobre o bem-estar geral dos pacientes, suas relações familiares e pessoais e sobre seu trabalho tornou-se um foco de tratamento cada vez mais importante. Atualmente, a aparência física tornou-se aspecto de grande importância e alterações pigmentares cutâneas, como melasma, causam transtornos psicossociais por seu caráter inestético e possuem curso prolongado de tratamento muitas vezes, refratário.

O melasma tem importante impacto na aparência, causando estresse emocional e constrangimento social, alterando a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Por aparecer principalmente na face, o que o torna facilmente visível e presente no cotidiano, o melasma angustia os pacientes. Gerando um impacto negativo na qualidade de vida, afetando seu bem-estar psicológico e emocional, o que com frequência motiva a procura de auxílio profissional. Apesar de ser somente, uma anormalidade comum e benigna da pigmentação. Talvez, isso se explique pela natureza cosmeticamente desfigurante e pelos efeitos emocionais e psicológicos nos indivíduos acometidos pelo problema, os quais, muitas vezes, em virtude da insatisfação com a aparência, acabam se privando do convívio social.

Pacientes relatam comumente sentimentos como: vergonha, baixa autoestima, depressão, falta de motivação para sair de casa e insatisfação. Os autores já identificaram ideação suicida motivada pelo melasma, além dos gastos relacionados aos tratamentos e procedimentos, cujos resultados, nem sempre, suplantam as expectativas dos pacientes.

Embora a afecção tenha uma conotação, muitas vezes, somente do ponto de vista estético, com tal preocupação, pode ser muito importante e impactante na vida social, familiar e profissional dos indivíduos acometidos, provocando efeitos psicológicos que não podem ser negligenciados.

Os principais setores da qualidade de vida, que se mostraram afetados pelo melasma, foram: a vida social, a recreação e o lazer e o bem-estar emocional. Em 2006, tal instrumento foi traduzido para o português e adaptado culturalmente, de acordo com as regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde.

O tratamento do melasma tem como principal objetivo o clareamento das lesões e a prevenção e redução da área afetada, com o menor número possível de efeitos adversos, além de retardar a proliferação dos melanócitos, inibir a formação de melanossomas e aumentar a degradação destes, evitando assim a produção excessiva de melanina. O tratamento do melasma nem sempre é satisfatório e as recaídas são comuns. Estudos clínicos controlados indicam a fotoproteção e uso de clareadores como as medidas de primeira linha no seu tratamento. Os pacientes devem ser aconselhados a proteger a pele com extremo cuidado, com filtros solares de alta proteção que bloqueiem a luz ultravioleta A e B. O melasma é recorrente, mas pode ser prevenido, restringindo-se à exposição solar excessiva, luz, calor, câmaras de bronzeamento ou estrógeno exógeno, produtos irritativos para a pele pela fricção e produtos fotossensibilizante. Com esses cuidados pode ser prevenido o desenvolvimento ou agravamento do melasma.

Inúmeras substâncias e técnicas podem ser empregadas, mas muitas das monoterapias tradicionais têm sido relativamente ineficazes ou induzem efeitos colaterais limitantes. O filtro solar deve ser aplicado diariamente, a cada três horas, ao longo de todo o ano, em dupla camada, abrangendo todas as áreas fotoexpostas, incluindo orelhas, uma área frequentemente esquecida pela maioria dos pacientes, e sede de melasma. Tendo por objetivo minimizar a reativação dos melanócitos pela exposição solar.

O tratamento do melasma é lento devido à falta de definição etiopatogênica. A melhor estratégia para o tratamento é diminuir estímulo dos melanócitos e da síntese de melanina, ou seja, eliminar a melanina e os seus grânulos. Nos indivíduos de pele mais escura, a condição pode ser persistente.

O tratamento das desordens hiperpigmentares baseia-se na fotoproteção, nos agentes despigmentantes ou clareadores da pele como os peelings químicos. Sabe-se que o tratamento da pele discrômica é lento e difícil, pois muitos compostos efetivos no tratamento apresentam propriedades irritantes e podem, em certos casos, promover descamação (peeling). Sendo que o resultado satisfatório não é conseguido imediatamente, pois a despigmentação é gradual.

Os agentes clareadores podem agir por diferentes mecanismos de ação, pelo efeito de descamação e afinamento do estrato córneo, tem comprovada ação como estimulador da produção de colágeno e também diminui a produção de melanina na área tratada.

DISCUSSÃO

O tratamento do melasma é lento devido à falta de definição etiopatogênica. A melhor estratégia para o tratamento é diminuir estímulo dos melanócitos e da síntese de melanina, ou seja, eliminar a melanina e os seus grânulos. Nos indivíduos de pele mais escura, a condição pode ser persistente. O tratamento das desordens hiperpigmentares baseia-se na fotoproteção, nos agentes despigmentantes ou clareadores da pele como os peelings químicos. Sabe-se que o tratamento da pele discrômica é lento e difícil, pois muitos compostos efetivos no tratamento apresentam propriedades irritantes e podem, em certos casos, promover descamação (peeling). Sendo que o resultado satisfatório não é conseguido imediatamente, pois a despigmentação é gradual. Os agentes clareadores podem agir por diferentes mecanismos de ação, pelo efeito de descamação e afinamento do estrato córneo, tem comprovada ação como estimulador da produção de colágeno e também diminui a produção de melanina na área tratada. Os despigmentantes são substâncias que atuam diretamente na região hiperpigmentada, mas antes de escolher o despigmentante correto deve-se considerar o fototipo, o fotoenvelhecimento, fatores hormonais, a idade da paciente e o padrão do melasma que pode ser dérmico ou epidérmico, pois o melasma epidérmico possui melhor resposta ao tratamento, ainda assim independente do despigmentante escolhido o tratamento será longo e após suspenso a pele está sujeita a recidiva da lesão pois não existe despigmente de efeito definitivo independente do mecanismo de ação.

Atualmente no mercado existem diversos despigmentantes com mecanismos de ação diferentes, porém todos relacionados a produção ou transferência de pigmentos, dentre os principais destaca-se a destruição seletiva de melanócitos, inibição da biossíntese de tirosinase, inibição da formação de melanina, inibição na formação de melanossomas e alteração de sua estrutura, alteração química da melanina, degradação de melanossomas e queratinócitos. Dentre os principais ácidos com ação despigmentantes temos o ácido fítico, ácido kójico, a hidroquinona, o biowhite, nano white, o licore PT 40, a arbutina e o ácido glicólico que é um alfa-hidroxiácido muito eficaz associado a outros despigmentantes. Devido as características próprias de cada despigmentante deve-se escolher o adequado para cada fototipo cutâneo e tipo de hiperpigmentação, levando em conta as características físicas, químicas, terapêuticas, microbiológicas e toxicológicas.

CONCLUSÃO

O melasma é uma disfunção causada pela exposição excessiva ao sol, terapias hormonais e gestação. Os melanócitos causam hiperpigmentação formando as manchas acastanhadas geralmente na face. Esta disfunção é mais comum em mulheres. Os trabalhos citados neste trabalho mostraram o quanto o melasma afeta a qualidade de vida das mulheres portadoras de melasma. Segundo as pesquisas arroladas neste trabalho, o melasma causa impacto negativo no cotidiano profissional e social de suas portadoras.

**Artigo escrito por:
Dra. Evelen C G Spilla
Enfermeira Esteta
Instrutora Internacional
National Safety Council
Aluna da Residência em
Harmonização Facial**



MATÉRIA DO ALUNO

Dra. Janayna Noronha

USO DA TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DO BRUXISMO

O bruxismo pode ser definido como uma atividade parafuncional que inclui o apertamento ou ranger dos dentes, durante a vigília ou dormindo, podendo acometer pessoas de todas as idades. O bruxismo apresenta muitos sinais e sintomas clínicos, incluindo:

Ruído de ranger de dentes.

Dor na articulação temporomandibular e músculos mastigatórios;

Dor de cabeça (especialmente na zona temporal quando o paciente acorda de manhã);

Hipersensibilidade dentária;

Interrupção do sono;

Dor que se irradia para a orelha;

Rigidez da mandíbula pela manhã.

O bruxismo pode provocar o aumento do tônus e da atividade muscular e hipertrofia dos músculos mastigatórios, principalmente do masseter. Ocorrem também contraturas e espasmos musculares, podendo desencadear um quadro de miosite. A sintomatologia miofascial é caracterizada por dor muscular e presença de pontos sensíveis localizados, que se evidenciam quando palpados manualmente. A dor e o desconforto na ATM são as principais queixas do paciente, além de dificuldades mastigatórias, travamento articular, falta de coordenação durante os movimentos mandibulares, luxação e subluxação, crepitação, ruído articular uni ou bilateral, alterações degenerativas na articulação, limitação de abertura, restrição dos movimentos e desvios na trajetória de abertura. Não existe uma causa única relacionada ao bruxismo, por isso é considerada uma disfunção multifatorial. O bruxismo é muito ligado, entretanto, a fatores emocionais. Ou seja, situações que geram ansiedade, estresse ou tensão podem estar diretamente associadas ao surgimento ou até mesmo ao agravamento desta disfunção. Além disso, há de se considerar ainda fatores genéticos e até mesmo alterações orais, como má oclusão dentária ou desalinhamento nos dentes, por exemplo. Outros fatores como má qualidade do sono, consumo excessivo de cafeína, tabaco, álcool, estimulantes podem resultar no aparecimento do bruxismo

O bruxismo, é dividido em bruxismo primário e secundário, enfatizando que as causas desse problema influenciam na dificuldade ou facilidade de controlá-lo. O primário está relacionado às causas emocionais, especialmente ao estresse emocional. E o bruxismo secundário está relacionado às condições sistêmicas, desordens neurológicas, distúrbios mentais, efeitos de medicamentos e de drogas de abuso. A Toxina botulínica surgiu nos tratamentos estéticos para retardar o surgimento de marcas de expressão, mas nos dois últimos anos tem conquistado espaço para diminuir dores provenientes do apertamento dentário (bruxismo), aliviando as dores de cabeça e relaxando os músculos da face. Nesses casos, a toxina botulínica é aplicada em pontos localizados nos músculos temporal anterior e masseter, na mandíbula. A toxina, age no neurônio motor impedindo a liberação de acetilcolina, que é a substância que promove a contração da musculatura. Quando aplicada nos músculos mastigatórios, a toxina botulínica diminui a intensidade dessa contração, proporcionando uma melhora na rigidez da musculatura e promovendo um alívio significativo da dor facial, com menor intensidade, frequência e duração dos episódios de dores.

Normalmente, o bruxismo primário é mais fácil de ser controlado, em relação à dose de toxina botulínica aplicada e o resultado do tratamento. Já o bruxismo secundário, provavelmente, exigirá doses maiores de toxina botulínica e, talvez, recursos de tratamentos associados mas, mesmo assim, sempre poderá proporcionar grande alívio para o paciente.

O Tratamento do Bruxismo com Toxina Botulínica é uma estratégia eficaz e produz os seguintes efeitos: .Melhora do bruxismo primário e secundário, .Melhora da dor temporomandibular, .Melhora da dor de cabeça matinal, .Interrupção do desgaste dentário. A medicação começa seu efeito a partir de 72h até 01 semana. O efeito é máximo no primeiro mês. A toxina deve ser reaplicada a cada 4-6 meses.

Um dos maiores benefícios de se usar a toxina botulínica no controle do bruxismo é a sua ação ser independente de fatores externos. Como a atuação da toxina age diretamente sobre os músculos envolvidos no processo do bruxismo, seu efeito independe da colaboração dos pacientes e age 24 horas por dia, controlando, assim, tanto o bruxismo noturno quanto o diurno.

A toxina botulínica também impede a propagação de desgastes e fraturas dos dentes. Estudos e evidências clínicas têm demonstrado significativas melhoras nos índices de dor muscular e na qualidade de sono dos pacientes tratados com a toxina. Apesar de mostrar resultados muito satisfatórios, a aplicação da toxina botulínica não garante a cura do Bruxismo, apenas o controle do quadro, relaxando a musculatura e diminuindo a dor, temporariamente, devendo ser reaplicada no intervalo de 4- 6 meses. O tratamento do Bruxismo com a toxina botulínica, deve ser usado para reduzir a força de contração muscular, sendo aliados também, à placas de acrílico e correção da mordida, além da indicação de tratamento multidisciplinar, com psicólogos e terapeutas para controle do stress e ansiedade.

Artigo escrito por:
Dra. Janayna Noronha
Cirurgiã-dentista
Aluna da residência em
Harmonização facial



MATÉRIA DO ALUNO

Enfermeira Geisa Loraine

BIOESTIMULADORES TIPOS E AÇÃO

Os bioestimuladores são substâncias, a qual estimulam a produção natural e biológica de colágeno quando injetadas em determinadas camadas da pele. O colágeno é uma das proteínas mais presentes no organismo humano, cuja papel é prover as células unidas, firmes e elásticas.

O processo de envelhecimento se estabelece por volta dos 20 anos, devido a lentidão da renovação celular, porém, os efeitos demoram anos a serem percebidos, esses serão observados pela depressão de tecidos moles, com perda de tecido muscular, tecido subcutâneo, tecido ósseo e atrofia da pele.

Bioestimulação é a habilidade de um polímero gerar benefício celular ou resposta tecidual em uma aplicação clínica particular, por meio de uma resposta inflamatória controlada desejada, que leva à lenta degradação do material e culmina com a deposição de colágeno no tecido, condicionada pelas propriedades do biomaterial, as características do paciente e a técnica pela qual o polímero foi injetado no tecido. Os materiais utilizados como bioestimuladores terão biocompatibilidade diferente de acordo com uma variedade de fatores físico-químicos como a sua composição química, tamanho de partícula, forma física, ângulos de contato, estrutura, tensão de superfície e cargas superficiais.

Por exemplo, partículas com poros ou superfície irregular são potencialmente mais reativas e podem iniciar uma resposta inflamatória, enquanto as lisas são encapsuladas por tecido fibroso na indução da resposta de corpo estranho regulada pelo Protease Activated Receptor 2 (PAR 2), uma proteína envolvida na proliferação celular e na regulação da resposta inflamatória aguda. Microesferas com diâmetros entre 0,5 e 20 μ m são fagocitadas por uma variedade de células que resulta numa cascata de citocinas caracterizadas pela produção de fator de necrose tumoral α (TNF α) e interleucinas IL-1 e IL,

As substâncias mais utilizadas para este fim são:

- Ácido poli-L-láctico- Sculptra.
- Hidroxiapatita de Cálcio – Radiesse.
- Policaprolactona – Elansé
- Fios de PDO.

O PLLA foi aprovado na Europa como preenchedor, em 1999, com o nome comercial New-Fill. Em 2004, foi aprovado pelo FDA (Food and Drug Administration) nos EUA com o nome Sculptra®, para tratamento de lipoatrofia associada ao HIV e, em 2009, para fins estéticos.

O produto foi introduzido como um pó liofilizado em frasco estéril, contendo micropartículas de ácido poli-L-láctico de 40 a 63 micrometros de diâmetro, manitol não pirogênico e croscarmelose. O tamanho das partículas é grande o bastante para prevenir a fagocitose pelos macrófagos ou a passagem através das paredes capilares, porém pequeno o suficiente para permitir sua aplicação por agulhas de calibre 26 G.

O PLLA é classificado como bioestimulador, ou seja, exerce sua ação por estímulo da produção de colágeno no local onde é aplicado. Uma vez injetado na pele, o PLLA induz imediatamente uma resposta inflamatória local subclínica, recrutando células inflamatórias como linfócitos, macrófagos e fibroblastos. Os macrófagos, diante da impossibilidade de fagocitose e eliminação do produto, se diferenciam em células gigantes do tipo corpo estranho. Desse processo resulta a progressiva formação de uma capsula de colágeno em torno de cada molécula.

O novo colágeno começa a se formar após um mês e continua a aumentar de nove meses a um ano. No sexto mês várias partículas tornam-se porosas e circundadas por macrófagos. Ao final desse período não há manifestação de fibrose, e as partículas de PLLA se dissolvem. A degradação do produto advém através de hidrólise não enzimática em monômeros de ácido láctico que são metabolizados em CO₂, H₂O ou incorporados à glucose. Com meia vida estimada em 31 dias, o PLLA é totalmente eliminado do organismo, por volta de 18 meses.

·A hidroxiapatita de cálcio (CaHA) é utilizada como preenchedor facial há mais de uma década e atualmente é o segundo preenchedor de tecidos moles mais conhecido no mundo, depois do ácido hialurônico. A atenção dos profissionais brasileiros pela CaHA tem aumentado com a chegada de novas marcas ao mercado nacional, trazendo competitividade tecnológica e preços atrativos.

A CaHA é um agente altamente eficiente para aumento de volume dos tecidos moles faciais, trazendo contorno e sustentação.

As vantagens não são apenas devido ao volume do produto injetado, mas também da bioestimulação. A CaHA consiste em 30% de microesferas de hidroxiapatita de cálcio e 70% de gel de carboximetilcelulose de sódio (CMC), um derivado da celulose solúvel em água. Após a injeção, o gel de CMC é rapidamente decomposto, enquanto as microesferas de CaHA atuam como uma espécie de arcabouço para o colágeno recém-sintetizado.

·Policaprolactona:

É um polímero biodegradável usado como um eficaz preenchedor absorvível para correção de danos e assimetrias, definição das linhas faciais e tratamento de rugas. Distingue-se dos demais preenchedores particulados absorvíveis em virtude de seu maior tempo de duração, que pode chegar a até quatro anos.

Sua aplicação se dá por meio da PCL, um polímero em formato de microesferas disposta em um gel de celulose carboximetilizada à base de soro fisiológico com tampão fosfato em uma proporção de 30% de Policaprolactona e 70% de gel. Assim, além de harmonizar de modo pouco invasivo, aplicada através de microcânulas, a PCL estimula a produção natural de colágeno, que serve de base para elastina e ácido hialurônico.

Juntas, estas três substâncias são responsáveis pela firmeza, elasticidade e hidratação da pele.

Podem ser utilizadas técnicas distintas de aplicação conforme o objetivo do tratamento. O implante do produto pode ser realizado por distribuição linear, em leque ou cruzada, dependendo da região da face e do resultado pretendido.

Biologicamente compatível com o corpo e absorvível, o preenchimento com PCL tem chances reduzidas de produzir reações adversas uma vez que funciona como estimulador de colágeno e dilui-se naturalmente em até quatro anos.

São reações comuns da pele à intervenção a formação de inchaço, vermelhidão, coceira e enrijecimento depositado no local. Todas as respostas do organismo desaparecem sem necessidade de interferência.

É recomendado realizar uma consulta de revisão na semana seguinte. O paciente pode voltar a sua rotina no mesmo dia, as únicas restrições são quanto à realização de exercícios físicos, exposição solar, banhos quentes e o uso de maquiagem.

**Artigo escrito por:
Enfermeira Geisa Loraine
Araujo Monteiro
Aluna da Residência
em Harmonização Facial**



Próximos cursos - JULHO

02 e 03/07 - Residência em HOF - Turma 2

Módulo 06 - Revitalização Labial.

07/07 - Workshop de Carreira.

17 e 18/07 - Residência em HOF - Turma 3

Módulo 4 - Rinomodelação.

23, 24, 25/07 - Imersão em Harmonização Facial - 3 Dias intensos.

31/07 e 01/08 - Início Residência em HOF - Turma 4 - Módulo 1 ÚLTIMA DE 2021



03/06 - FORMATURA DA PRIMEIRA TURMA DE RESIDÊNCIA EM HOF

OBRIGADO TURMA!



“

NOSSA MAIOR
FRAQUEZA
ESTÁ EM
DESISTIR. A
MANEIRA
CERTA DE TER
SUCESSO É
TENTAR
APENAS MAIS
UMA VEZ!

- Thomas Edison

”