

ATUAÇÃO DA ENDERMOTERAPIA/VACUOTERAPIA NO TRATAMENTO DO FIBRO EDEMA GELÓIDE – REVISÃO DE LITERATURA

GOUVEIA, L.1., NUNES, G.1, PEREIRA, L.2. ASSIS, I.2.

¹Discente em Estética e Cosmetologia Faculdade São Lourenço – UNISEPE – São Lourenço/MG – e-mail: leticiakyvg@yahoo.com, glaucianunes539@gmail.com

²Docentes em Estética e Cosmetologia Faculdade São Lourenço – UNISEPE – São Lourenço/MG.

RESUMO

O fibro edema gelóide (FEG), conhecido mais popularmente como celulite, é considerada uma doença do tecido conjuntivo que pode ser ocasionada por multifatores, não sendo possível isolar cada um desses fatores, que somados, contribuem para o aparecimento do distúrbio. O FEG possui ainda graus variados, podendo apresentar aspectos e localizações diferentes. A endermoterapia ou vacuoterapia é uma técnica não invasiva de massagem mecânica que consiste de roletes com pressão positiva em conjunto com pressão negativa aplicados na pele e tecido subcutâneo. Embora haja muitos tratamentos, a endermoterapia vem sendo utilizada no tratamento da FEG por ser uma técnica que promove melhora na circulação e oxigenação do tecido conjuntivo, gerando assim, redução da aparência da celulite e a redistribuição do tecido adiposo subcutâneo.

PALAVRAS-CHAVES: Fibro edema gelóide, endermoterapia, vacuoterapia.

ABSTRACT

Fibroid edema (FEG), more commonly known as cellulitis, is considered to be a connective tissue disease that can be caused by multifactors, and it is not possible to isolate each of these factors, which together contribute to the onset of the disorder. The EGF also has varying degrees, and may present different aspects and locations. Endermotherapy or vacuotherapy is a non-invasive mechanical massage technique consisting of positive pressure rollers in conjunction with negative pressure applied to the skin and subcutaneous tissue. Although there are many treatments, endermotherapy has been used in the treatment of EGF because it is a technique that promotes improved circulation and oxygenation of the connective tissue, thus reducing the appearance of cellulite and the redistribution of subcutaneous adipose tissue.

KEY WORDS: Fibro geloid edema, endermotherapy, vacuotherapy.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade dos dias de hoje observa-se uma tenção de padrão estético, em que a adiposidade e a irregularidade da pele são pouco acolhidas pela sociedade. O Fibroedema gelóide (FEG) é uma das perturbações estéticas que mais agride o gênero feminino, dado que além de esteticamente desagradável, diminui a autoestima (MEYER *et al*, 2005).

Segundo Volpe *et al* (2010) o fibroedema gelóide parte do princípio com o aumento do adipócito, resultante das alterações nas trocas metabólicas, comprimindo as células nervosas ocasionando dor a palpação. Esse acréscimo é um gerador da distensão do tecido conjuntivo o que ocasiona na diminuição da elasticidade, aumentando a porção de líquido no interstício, substratos do metabolismo celular e responsáveis pela formação de tramas de colágeno que diligenciam encapsular o adipócito, ocasionando dessa maneira os nódulos e o aspecto de “casca de laranja”.

O Fibroedema Gelóide (FEG) é igualmente definido por Lipodistrofia Ginóide, Hidrolipodistrofia Ginóide, Paniculopatia Edemato Fibroesclerótica, Adiposidade Edematosa, Dermatopaniculose Deformante (GODOY, *et al* 2012).

Sant’Anna, Marquetil, Lira (2007) e Guirro e Guirro (2004) vem falando que o FEG é uma infiltração edematosa do tecido conjuntivo, subsequente da polimerização da substância fundamental e mucopolissacarídeos, que no processo de infiltração nas tramas, fornece uma reação fibrótica consecutiva e passa por um processo de gelificação sendo capaz de levar a um espessamento não inflamatório das camadas subdérmicas.

Para Alster, TS, Tehrani, M, (2006) e Chorilli, M, *et al*. (2007), embora sua etiologia seja desconhecida, uma série de fatores estão presentes: fatores desencadeantes, fatores predisponentes e agravantes. Os fatores desencadeantes compreendem alterações de natureza hormonal que ocorrem na adolescência, sendo o principal hormônio envolvido com o aparecimento do FEG, o estrógeno. Os fatores predisponentes são hereditários e múltiplos como sexo, etnia, biótipo corporal, distribuição do tecido adiposo e ainda, quantidade, disposição e sensibilidade dos receptores das células afetadas pelos hormônios envolvidos. Fatores agravantes como

hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, estresse, patologias, medicamentos e gravidez podem acelerar o desequilíbrio.

De acordo com Guirro e Guirro (2002), os aspectos clínicos e fisiopatológicos da FEG pode ser classificada em quatro estágios ou graus, as quais:

- 1º grau: a celulite só é visível através da compressão do tecido entre os dedos ou da contração muscular voluntária;
- 2º grau: as depressões são visíveis mesmo sem a compressão dos tecidos;
- 3º grau: o acometimento tecidual pode ser observado quando o indivíduo estiver em qualquer posição;
- 4º grau: tem as mesmas características do grau 3 com nódulos mais palpáveis, visíveis e dolorosos, aderência nos níveis profundos e aparecimento de um ondulado óbvio na superfície da pele.

Segundo os mesmos autores, por se tratar de um distúrbio estético de etiologia multifatorial, diversos são os tratamentos propostos para a condição da FEG, em que os notáveis resultados são obtidos quando os procedimentos e recursos são perfeitamente integrados por uma equipe multidisciplinar. A técnica terapêutica, que se utiliza é um aparelho o qual permite uma dupla ação sinérgica de aspiração e mobilização dérmica, no qual é utilizada a pressão negativa na sucção, associada ao rolamento, de origem francesa, esse método é exercido pelos rolos presentes no cabeçote.

O FEG pode ser identificado por diversos exames, toda via o mais utilizado é o “teste em casca de laranja”, que compreende em pressionar o tecido adiposo entre os dedos polegar e indicador ou entre as palmas das mãos, a fim de que a pele possa parecer com o aspecto de uma casca de laranja com aparência rugosa. Outro teste também utilizado é o “teste de prensão”, que promove um movimento de tração logo após uma prensão da pele juntamente com a tela subcutânea entre os dedos, a qual quando a presença da sensação dolorosa seja incomoda, é um sinal de que há presença de FEG. (MENEZES; SILVA; RIBEIRO, 2009; GUIRRO E GUIRRO, 2004).

Carnaval *et al* (2014) aponta que para que o objetivo seja alcançado, devem ser executadas manobras no sentido das linhas de tensão da pele. Podendo ela ser utilizada em todos os graus do FEG, principalmente no 2º e 3º, a qual pode não ser a melhor escolha para o tipo clínico flácido.

Segundo Guirro e Guirro (2004) a vacuoterapia é um procedimento a qual utiliza a pressão negativa e a sucção para massagem, ocasionando uma mobilização do tecido cutâneo.

No decorrer do tratamento, a pressão externa da pele é diminuída e a pressão interna dessa mesma região é aumentada, ocorrendo a hiperoxigenação dos tecidos do intercâmbio metabólico celular. Este procedimento constitui de uma “prega móvel” na pele, com tamanhos variados de acordo com a regulação da pressão negativa do vácuo, produzindo-se assim uma mobilização profunda na pele e tecido subcutâneo (FILIPPO, SALOMÃO, 2012).

Maio (2011) aponta algumas contraindicações para vacuoterapia, que são elas: hipertensão arterial não controlada, diabéticos com tendência a formação de equimose ou hematomas, alterações cutâneas, como erupções e dermatites, alterações vasculares, como flebites e varizes calibrosas (nas quais o tratamento não deve ser aplicado diretamente), distúrbios de coagulação.

Em complemento Bertoli (2015) diz que pode ser realizado em pacientes com qualquer tipo de tumoração e/ou que tenha se submetido a radioterapia ou quimioterapia e pós-operatório de lipoaspiração antes de 45 dias não se deve aplicar a vacuoterapia.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com publicações entre os anos de 2004 a 2015, por meio de livros e do Google Acadêmico para consulta de seus acervos de dados como Lilacs e Scielo, sendo elas bibliografias da área da saúde, estética, medicina e eletroestética. As palavras usadas para pesquisar foram: vacuoterapia, endermologia, fibroedema gelóide, lipodistrofia ginóide, celulite, descompactação do fibroedema gelóide, benefícios da vacuoterapia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Guirro e Guirro (2004) o FEG foi nomeado em relação ao histopatológicos, popularmente conhecido como celulite. Podem ser encontrados também pelos termos: lipodistrofia localizada, paniculose, lipoesclerose nodular, lipodistrofia ginóide, entre outros.



Figura 1 – Fibroedema gelóide. Fonte: OPET (2016)

Segundo o mesmo autor esta afecção processa-se nos tecidos subcutâneo e adiposo, em variados graus. Em consequência disso, ocorre uma série de alterações estruturais na derme, na microcirculação e nos adipócitos, podendo levar a dores intensas.

A classificação do FEG pode ser descrita em quatro graus, sendo eles:

- Grau 1: Assintomático. É constatado pela compressão dos tecidos entre os dedos ou na contração muscular voluntária.
- Grau 2: As depressões são visíveis mesmo sem a compressão dos tecidos e são, sujeitas a ficarem mais aparentes perante a compressão dos mesmos. Há degradação da sensibilidade, palidez, hipotermia, diminuição da elasticidade e alterações histopatológicas.
- Grau 3: Pele acolchoada e/ou com aspecto de “casca de laranja” pela inspeção estética, dor na palpação, diminuição da elasticidade, palidez e hipotermia. As fibras do tecido conjuntivo estão sempre totalmente danificadas.
- Grau 4: Observadas com as mesmas características do Grau 3, porém os nódulos presentes são mais palpáveis, visíveis e dolorosos, ocorre aderência em níveis profundo e observa-se aparência ondulada da superfície da pele.



Figura 2 – FEG determinado em graus. Fonte: Vibra Saúde (2017)

Em complemento Borges (2006) aponta ainda quatro outras formas clínicas presentes na fibroedema gelóide a qual se aplica por meio de perfis específicos dos pacientes:

1. Dura: Afeta paciente jovens que realizam atividades físicas regular e que apresentam tecidos com boa tonicidade;
2. Flácida: Acomete pessoas sedentárias ou com antecedentes desportivos, acometendo comumente mulheres inativas que perderam peso rapidamente;
3. Edematosa: Ocorre em mulheres jovens que tomam anticoncepcionais, é considerada a mais grave, porém a menos frequente.
4. Mista: Determinada quando a celulite se manifesta de forma dura nas coxas e flácidas no abdômen, ou até mesmo muito dura na coxa na parte lateral, seguida de muito flácida, medialmente.

Guirro e Guirro (2004) denomina outro teste, o qual é chamado de “teste de prensão”, que após a compressão da pele juntamente com a tela subcutânea entre os dedos, ocorre um movimento de tração.



Figura 3 – Teste de prensão. Fonte: Guirro e Guirro (2004, p.360)

Kede e Sabatovich (2004) juntamente com Martinez e Rittes (2004) evidenciam que para o sucesso do tratamento na área da estética, é de extrema importância a correta aplicação das técnicas, onde faz-se imprescindível a presença de profissionais qualificados e habilitados para a execução e compressão dos procedimentos realizados.

Gonçalves Rosa (2017), concluíram que os resultados obtidos no estudo do protocolo de radiofrequência associado a endermoterapia demonstrou ser alternativa coadjuvante no tratamento de FEG, pois mostrou eficácia na amenização do quadro de FEG o que elevou a satisfação das pacientes diante do tratamento proposto e ao aspecto da FEG.

CONCLUSÃO

A análise realizada através das publicações encontradas, esclareceu que a técnica de endermologia é eficaz na diminuição do fibroedema gelóide, na desfibrosagem do tecido conjuntivo, da mobilidade da gordura, no remodelamento do contorno corporal e auxilia a nutrição tecidual pela recuperação da circulação sanguínea e linfática.

Este procedimento é eficaz na redução do desconforto causado pelo fibroedema gelóide, a qual pela diminuição da compressão das veias, artéria e nervos que ocasiona na melhora da circulação sanguínea. Embora até o momento não haja relatos de efeitos adversos importantes, faz-se necessário maiores estudos para comprovar sua eficácia e ainda, determinar se os resultados obtidos possuem maior duração ou se são transitórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALSTER, T. S. e TEHRANI, M. **Treatment of cellulite with optical devices: na overview with practical considerations.** Lases in Surgery and Medicine, 2006; 38, 727-730.
2. BERTOLO, Lilian. **Estética.** 1ª Ed. São Paulo (SP): Martinari, 2015.
3. CARNAVAL, Marilyn. et al. Protocolos de tratamento para Fibro Edema Gelóide (FEG) utilizando a associação de Ultrassom com Vacuoterapia. In: XIV Fórum De Pesquisa Científica E Tecnológica. Sessão 1.02, Out. 2014. ULBRA. Canoas-RS. **Expoulbra.** P.01. Disponível em: <http://www.conferencias.ulbra.br/index.php/fpu/xiv/paper/viewFile/2595/1058>. Acesso em: 18/03/2018.
4. CHORILLI, M.; ZAGUE, V.; RIBEIRO, MCAP, LEONARD, GR.; PRIDES DE CAMPOS, MSM, POLACOW, MLO. **Avaliação histológica da pele após exposição à gel acrescido de hialuronidase associado ou não a ultrassom.** LatinAM J Phar 2007; 26 (1): 26-30.

5. FILLIPO, A. A., SALOMÃO, Júnio A. **Tratamento de gordura localizada e lipodistrofia ginóide com terapia combinada: radiofrequência multipolar, LED vermelho, endermologia pneumética e ultrassom cavitacional.** Artigo original Surg Cosmet Dermatol, 2012, 4 (3), P. 243.
6. GODOY, J. M. P., Groggia MY, Laks LF, Godoy MFG. Intensive treatment of cellulite based on physiopathological principles. *Dermatology Research and Practice*, 2012.
7. KEDE, M.P.V.; SABATOVICH, O. **O Dermatologia Estética.** São Paulo: Atheneu, 2004.
8. MAIO, Maurício De. **Tratamento de Medicina Estética** – São Paulo: Roca, v.3; 2004.
9. MENEZES, Raphaele Curtinaz, SILVA; Sinara Gonçalves da, RIBEIRO; Elisiê Rossi. **ULTRA-SOM NO TRATAMENTO DO FIBRO EDEMA GELÓIDE.** 2009. *Revista Inspirarv.* V.1, n.1, 2009. http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/04/revista_cientifica_inspirar_edicao_1_2009.pdf#page= Disponível em: Acesso em 15/03/2018.
10. MEYER, Patrícia Froes; *et al.* **Desenvolvimento e aplicação de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em pacientes com fibro edema gelóide.** *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.18, n.1, p. 76-79, Jan./Mar., 2005.
11. OPET. **Celulite/FEG.** Disponível em: <
<http://www.opet.com.br/faculdade/revista-estetica-cosmetica/index.php/2016/11/15/celulite-feg/>>. Acessado dia 21 de março de 2018.
12. SANT'ANA, Estela Maria Correia, MARQUETIL Rica de Cassia, LEITE, Vanessa Lira. **Fibro edema gelóide (celulite): fisiopatologia e tratamento com edermologia.** *Fisioterapia Especialidade*. São Paulo, 1(1), 33-34, Out.Dez., 2007.
13. GUIRRO, Elaine Caldeira de O., GUIRRO, Rinaldo Roberto de J., **Fisioterapia Dermatofuncional: fundamentos, recursos e patologias.** 3ª ed. São Paulo: Manole, 2004. P.347-348-353-354.
14. VIBRA SAÚDE. **Como acabar com a celulite: Dicas incríveis para se livrar dos temidos “furinhos”.** Disponível em:
<http://www.vibrasaude.com/beleza/como-acabar-com-a-celulite/>. Acessado em 21 de março de 2018.

15. VOLPE, Adriana Apolari, *et al.* **Análise da eficácia da vacuoteparia no tratamento do fibro edema gelóide por meio da termografia e da biofotogrametria.** Fisioterapia Brasil, Araras-SP, vol. 11, n. 1, p.71. Jan./feve., 2010.
16. Gonçalves, Mayla Farias. Rosa, Aline Nandi da. **TRATAMENTO DO FIBRO EDEMA GELÓIDE NO GLÚTEO COM A UTILIZAÇÃO DA RADIOFREQUENCIA E ENDERMOTERAPIA** , Santa Catarina – SC, 2017.