

A importância do desbridamento cortante de hiperqueratoses da pele perilesional na cicatrização de feridas complexas - Estudo de Caso

Diogo, Rita⁽¹⁾, Horta, Carina⁽²⁾, Tomás, M. Margarida⁽³⁾ & Vasconcelos, Leonor⁽⁴⁾;

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾Enfermeira, Hospital Lusíadas Lisboa; ⁽⁴⁾Cirurgiã Vascular, Hospital Lusíadas Lisboa;

Introdução

O tratamento de feridas está historicamente focado no tratamento do leito da ferida, contudo a viabilidade tecidual da pele perilesional é, também, um fator preponderante no processo de cicatrização^[1]. A pele perilesional é particularmente vulnerável e está exposta a adversidades, como a maceração, a dermatite de contacto e a hiperqueratose. Quando danificada, contribui para tempos de cicatrização prolongados, tendo impacto negativo na qualidade de vida da pessoa com ferida^[2]. A hiperqueratose trata-se de uma alteração cutânea comum, sendo maioritariamente manifestada sob a forma de calosidade plantar e/ou zonas de pressão do pé^[3]. Por vezes, é sinónimo de dor e consequentes alterações da marcha, cuja gravidade aumenta quando associadas outras comorbilidades, como a diabetes mellitus (DM)^[3]. O desbridamento cortante é um método frequentemente considerado no leito da ferida, mas negligenciado no que concerne ao tratamento da pele perilesional e bordos da ferida. No entanto, é uma opção de tratamento, pois permite reduzir a calosidade e a dor, bem como promover a cicatrização, em caso da existência de feridas^[3]. Assim, a abordagem desta temática, desafiante para os profissionais de saúde, assume particular importância no tratamento de feridas complexas.

Objetivo

Este estudo tem como objetivo promover a melhoria dos cuidados de enfermagem no tratamento de feridas, demonstrando a importância do tratamento da pele perilesional na cicatrização de feridas complexas, através da técnica de desbridamento cortante de hiperqueratoses.

Metodologia

As variáveis consideradas relevantes para este estudo foram: ferida com cicatrização estagnada, pele perilesional com características de hiperqueratose.

Recorreu-se à observação e avaliação sistemática das feridas ao longo dos tratamentos em ambulatório, e consulta do processo clínico do cliente e respetivos registos fotográficos para monitorização da evolução da ferida.

Resultados

Foi analisada a evolução de dois pacientes que reuniam as variáveis consideradas relevantes para o estudo.

A técnica de desbridamento cortante de hiperqueratoses da pele perilesional promoveu a cicatrização das feridas, diminuindo o tempo de cicatrização da mesmas.

Após o primeiro tratamento, ambos os pacientes relataram grande alívio da dor e, portanto, menor impacto na marcha.

Comutativamente, em ambos os pacientes foram utilizados pensos de poliuretano com silicone sobre o leito da ferida, verificando-se a gestão adequada da humidade e promovendo a proliferação e migração de células no leito da ferida.

Em simultâneo, ter-se-á tido em consideração o alívio de pressão, recorrendo à utilização de feltro próprio para esse efeito, devidamente adaptado à região anatómica das feridas e às zonas de pressão existentes.

Conclusão

A preparação da pele perilesional e do leito da ferida é uma componente essencial no tratamento da ferida complexa. É importante que esta preparação seja realizada o mais rapidamente possível por um profissional de saúde especializado e com experiência na área da viabilidade tecidual.

É fundamental a consciencialização da importância do tratamento da pele perilesional, através do desbridamento cortante de hiperqueratoses, já que demonstrou ser uma técnica efetiva, com redução do tempo de cicatrização da ferida e com custos reduzidos, verificando-se um consequente aumento da qualidade de vida do paciente.

Implicações para a prática

O tratamento da pele perilesional, através do desbridamento cortante de hiperqueratoses, diminui o tempo de cicatrização da ferida, promovendo a proliferação de células no leito da ferida e a contração dos bordos da mesma. Contudo, esta técnica deve ser realizada gradualmente por um enfermeiro com experiência no procedimento. Devem ainda ser considerados fatores como, os antecedentes pessoais, a terapêutica habitual e o nível de dor do paciente.

Caso # 1

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, antecedentes pessoais de DM tipo 2, doença arterial periférica, amputação da falange distal do 1º dedo do pé direito, obesidade, neoplasia da próstata e hipertensão arterial.

Portador de ferida no primeiro dedo do pé direito com evolução de um mês, e no segundo dedo do pé direito com evolução de um ano.



1º tratamento

Dimensões (1º dedo):
0,6 cm x 0,3 cm

Dimensões (2º dedo):
0,3 cm x 0,5 cm



1º tratamento, após desbridamento cortante de hiperqueratose da pele perilesional do 1º dedo



2º tratamento, intervalo de 7 dias (após 1º tratamento)

Dimensões (1º dedo):
N/A

Dimensões (2º dedo):
0,3 cm x 0,5 cm



2º tratamento, com epiteliação do 1º dedo e após desbridamento cortante de hiperqueratose da pele perilesional do 2º dedo.



3º tratamento, intervalo de 10 dias (após 1º tratamento)

Dimensões (1º dedo):
N/A

Dimensões (2º dedo):
0,3 cm x 0,5 cm x 0,2 cm



3º tratamento, com granulação do leito da ferida após novo desbridamento cortante de hiperqueratose da pele perilesional do 2º dedo.

Caso # 2

Paciente do sexo masculino, 56 anos de idade, antecedentes pessoais de DM tipo 2, polineuropatia diabética, hipertensão arterial e síndrome antifosfolipídica com história de trombose venosa profunda no membro inferior esquerdo.

Portador de ferida no primeiro dedo do pé direito com evolução de 3 meses, com aparecimento de lesões satélite na face externa do dedo há cerca de 1 mês.



1º tratamento

Dimensões:
1,1 cm x 1,5 cm x 0,2 cm



1º tratamento, após desbridamento cortante de hiperqueratose da pele perilesional do 1º dedo



3º tratamento, intervalo de 7 dias (após 1º tratamento)

Dimensões:
0,7 cm x 1 cm x 0,1 cm



3º tratamento, com epiteliação de lesões satélite e redução das dimensões da ferida com epiteliação dos bordos.



4º tratamento, intervalo de 10 dias (após 1º tratamento)

Dimensões:
0,5 cm x 0,4 cm x 0,1 cm



4º tratamento, com lesões satélite cicatrizadas e nova redução das dimensões da ferida com epiteliação dos bordos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ^[1] Dini, V., Janowska, A., Oranges, T., Pascalis, A., Iannone, M., Romanelli, M. (2020). Surrounding skin management in venous ulcer leg ulcers: A systematic review. *Journal of Tissue Viability*, 29(2020), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.02.004>;
- ^[2] Lawton, S., Langoen, S. (2009). Assessing and managing vulnerable periwound skin. *Word Wide Wounds*. <http://www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html>;
- ^[3] Cavalheiro, R., Ceríaco, A., Grilo, E. (2019). Tratamento de hiperqueratoses plantares. *Journal of Aging and Innovation*, 8(2), 88-94. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/8JAIV8E2.pdf>.