

Pelle & Sana

Manifestações Dermatológicas
Decorrentes do Abuso Físico e/ou Sexual de Crianças

A pele na Adolescência

A pele do Idoso

Úlceras de Pressão
em Pacientes Lesados Medulares

Síndrome de Fournier

Mesoterapia Clínica no Tratamento
das Úlceras Cutâneas de Membros Inferiores

MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS DECORRENTES do Abuso Físico e/ou Sexual de Crianças

Dr. Howard Pride é médico dermatologista, chefe do departamento de dermatologia adulto e pediátrica do Hospital de Danville, Pennsylvania e presidente do PennState Geisinger Health System.

Traumas acidentais ou intencionais, permeiam o perfil de crianças que sofrem maus tratos físicos ou abusos sexuais. Lesões localizadas e extensas de queimaduras e cortes são fortes características que devem chamar a atenção dos profissionais de saúde. Nesta entrevista, algumas considerações específicas da dermatologia, segundo Dr. Howard Pride.

Pelle Sana: O que o levou a se especializar em manifestações dermatológicas de crianças que sofrem maus tratos?

Dr. Pride: Esse assunto tende a tornar-se uma especialidade dentro da dermatologia, pois as manifestações são complexas e similares a uma série de patologias que podem confundir o profissional. Existem muitos casos na literatura de falsos diagnósticos devido à inexperiência ou falta de conhecimento profundo sobre o assunto.

Pelle Sana: Qual a incidência do abuso físico ou sexual em crianças?

Dr. Pride: A verdadeira incidência fica difícil de ser determinada, visto que muitos casos não são notificados e por isso passam despercebidos ou sem diagnóstico preciso. Recentemente, a National Incidence Study estimou que, nos EUA, 2,8 milhões de crianças por ano são vítimas de abuso ou negligência. Em 1993 verificou-se que o número de crianças agredidas tinha dobrado, quando comparado aos dados de 1986. O número de crianças seriamente feridas durante o mesmo tempo quadruplicou, passando de 143.000 para 570.000 casos.

Pelle Sana: Qual a importância do exame genital nas crianças?

Dr. Pride: Existe um grande número de dermatopatias que podem atingir os genitais das crianças, como psoríase, dermatite seborreica, escabiose, impetigo e outras. Cabe ao profissional de saúde estar familiarizado com essas possíveis alterações, diagnosticá-las e indicar o melhor tipo de tratamento, orientando a família ao auto-cuidado.

Pelle Sana: Com que frequência o exame deve ser realizado, o que observar e qual o material necessário para a realização de um exame completo?

Dr. Pride: Os pais devem ser orientados a levarem seus filhos ao dermatologista sempre que estes apresentarem qualquer tipo de lesão na pele. Sempre que o dermatologista for procurado, devera realizar um exame detalhado, incluindo genitais. Os profissionais de saúde, principal-

mente os enfermeiros que realizam a pré-consulta, vem também incluir o exame dos genitais. O exame deve ser forçado, o ambiente deve ser tranquilo e a conversa amigável tornará tudo muito mais fácil. Menor crianças poderão ser examinadas sem dificuldades se forem colocadas de cócoras no colo da mãe. Um bom local de luz é essencial. Instrumentos para a coleta de amostras de material devem estar à disposição.

A posição mais indicada, apesar de desconfortável, é a de prona, com o tronco dobrado sobre os joelhos dobrados. Nas meninas, devemos abstar os grandes lábios com indicadores e o polegar para facilitar a visualização da região. O uso de espelhos deve ser evitado para não ocorrerem traumatismos desnecessários. O conhecimento preciso de anatomia é extremamente im-

portante para a documentação de cada exame, devendo bem descritos a localização, aspecto, tamanho e tipo de lesão. Termos genéricos como "vulva", deverão ser evitados. Uma ficha de avaliação com figuras e de grande utilidade.

Pelle Sana: Quais são os sinais clínicos de abuso físico ou sexual?

Dr. Pride: A American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect recomenda que alguns sinais sejam considerados como consistentes, embora ainda não sejam propriamente um diagnóstico de abuso. Estes sinais incluem: escoriações, abrasões, hematomas em áreas de não saliência óssea, como glúteos, região coto-femoral, região temporal, parte interna da genitália, axilas, mamas, escarificação da fossa clavicular; arranhões, cortes, alargamento, deslocamento ou perda total do hímen; cortes ou escorção da fourchette; pontos de escarificação ou arranhões dos lábios menores, da vulva, uretral; alargamento, escorções, sangramento e fístula anal. Considere-se que acidentes acontecem nas áreas distais dos membros inferiores e superiores, braços, pernas, cotovelos e região frontal. Por outro lado, Mullan descreveu que 39% das meninas que são abusadas sexualmente com penetração do pênis não apresentam lesões sugestivas de abuso. O pediatra deve estar atento a quaisquer alterações e ter sempre um colposcópio à disposição para um diagnóstico mais preciso e imediato. É muito importante uma avaliação detalhada das lesões, inclusive com a palpação do hematoma para identificar a força utilizada e da firmeza do objeto que exerceu tal força. Hematomas causados por lesões intencionais geralmente possuem a forma da força causadora, dedos, mãos, sapatos, cintas etc. Hematomas nos membros serão mais suspeitos se forem bilaterais ou se não forem acompanhados de trauma no nariz ou região o-



tada. Geralmente segue esta escala:

- 1-2 dias - edema e hipertensão
- 0-5 dias - a cor vai mudando para azul, roxo ou vermelho escuro
- 3-7 dias - enrijecido
- 7-10 dias - amarelado

Geralmente desaparece com 14 a 48 dias.

Pelle Sana: Qual a patologia que mais poderia ser confundida com abuso sexual?

Dr. Pride: O líquen escleroso. É uma dermatose rara que acomete a genitália de meninas, geralmente entre três e sete anos. Seus sintomas consistem em: prurido, dor, irritação, coceira, constipação e sangramento vaginal. A lesão é tipicamente uma mancha ou papula hipopigmentada com placas com induração ou áreas atólicas que apresentam uma discreta prega entre elas. Lesões individuais são muito difíceis de ser identificadas, porém deve-se procurar pela figura de um '8' que aparece entre os lábios maiores e menores ou nas regiões perianal e perivulvar. Adesão, fissura, talangectasias, púrpura e vesículas hemorrágicas podem estar presentes. Nos meninos, se manifestam com púrpura, dor e dor. Muitas vezes a biópsia local é indicada para um diagnóstico preciso. Warning descreveu que, em 16 casos de líquen, 12 eram meninas que tinham sido contaminadas por abuso sexual. Logo, apesar de ser uma dermatopatia, pode ser sido desencadeada por abuso sexual. O tratamento é feito com emolientes e esteróides com baixa concentração. Geralmente o paciente costuma responder bem ao tratamento, porém a cura completa se dá em apenas 12 a 20% dos casos.

Pelle Sana: Quais as patologias que poderiam ser confundidas com abuso físico?

Dr. Pride: Todas as patologias que alteram os fatores de coagulação como hemofilia, leucemia, púrpura trombocitopênica, deficiência de vitamina K, podem causar suspeita. É importante a realização de exames laboratoriais como: coagulograma completo, tempo de protrombina e outros. Um pediatra hematologista deverá ser consultado nos casos de dúvida. Qualquer condição que produza púrpura ou equimose deverá ser considerada para o diagnóstico diferencial. Pesquisas ao redor dos olhos podem sugerir abuso, porém elas também afetam crianças portadoras de asma ou gastroenterocolite. Eu mesmo já presenciei um caso de pesquisa valúvula após uma crise de choro intenso durante um exame oftalmológico. O importante é lembrar que nas patologias, geralmente as lesões aparecem de forma generalizada, e no abuso são localizadas como já descrevemos.

Pelle Sana: Quais as condições dermatológicas associadas às fraturas intencionais?

Dr. Pride: Determinar se a fratura foi intencional ou acidental, é uma tarefa que causa muitos dilemas ao profissional. Existe também um número muito grande de patologias que levam a criança a desenvolver uma fratura patológica, porém algumas pistas nos ajudam no diagnóstico. O dermatologista tem um papel crucial na identificação precisa dessas doenças. Devemos lembrar que a

clássicos de abuso que já foram citados: hematomas, contusões, equimoses e outros. A incidência de fraturas desencadeada por trauma intencional atinge cerca de 2 crianças ao ano, muitas delas com história precoce e repetitiva. A criança geralmente se mostra muito triste e não fala no assunto quando questionada. *osteogenética imperfeita (OI)* é uma doença rara do colágeno tipo IV, uma desordem genética que altera a síntese do colágeno tipo I resultando em fragilidade óssea, fraturas hematomas frequentes, sífilis congênita, Síndrome de Marfan, osteomielite multifocal crônica recorrente, Síndrome de Guffe-Camporelli, neurofibromatose e outras patologias devem ser pesquisadas para o diagnóstico diferencial.

Pelle Sana: Quais as alterações dermatológicas associadas às queimaduras intencionais?

Dr. Pride: Nos E.U.A., mais de 2000 crianças morrem por ano devido a queimaduras. O levantamento detalhado da história do paciente é essencial e ajuda o diagnóstico. Se a criança já sofreu anteriormente algum abuso se a sua narrativa é implausível, se a queimadura é acompanhada de trauma ou se os pais estão em um relacionamento, deve-se levantar suspeita. Queimadura ligada a queimadura, acidental ou intencional, é o tipo mais comum na infância. Geralmente as crianças pontam o dedo com água ou óleo quente sobre si. Essas queimaduras apresentam-se de forma irregular e assimétrica. Já as queimaduras intencionais geralmente são simétricas e bem demarcadas. Um estudo comprovou que 10 das crianças com queimaduras intencionais apresentaram também outros tipos de lesões, como hematomas, lacerações e outros. Quando a queimadura se apresenta em forma de uma linha nas mãos ou uma mancha nos pés, pode ser um sinal de que mãos ou pés foram forçados a entrar dentro do líquido quente. A uniformidade da lesão significa que a criança não teve como reagir, o que acontece nas queimaduras acidentais. Já vi vários casos de crianças que foram colocadas na água quente da banheira para banhar porque não sabiam usar o banheiro e jogaram a roupa. Ferro quente e cigarro também são muito utilizados nas queimaduras intencionais. Nos casos, deve-se pesquisar a cultura dos pais, pois, muitas religiões, acredita-se que a moeda quente, o cigarro ou fazer a criança pisar sobre brasa, resultam em queimaduras que podem trazer a cura para doenças ou espantar maus espíritos.

Pelle Sana: Que mensagem deixaria para os profissionais que estão envolvidos na dermatologia?

Dr. Pride: O profissional deverá estar atento aos sinais de abuso físico ou sexual, reconhecê-los, fazer o diagnóstico preciso e denunciar, pois assim estará salvando a vida da criança, evitando os pais ou responsáveis de cometerem crimes e evitando que a sociedade tenha um indivíduo desajustado no futuro. A equipe multiprofissional deve estar envolvida trabalhando em conjunto com a família a fim de promover sua recuperação ou até mesmo se necessário, uma ação legal sobre os direitos da família com relação à custódia da criança. **E**

A autora relata sua experiência no atendimento a adolescentes portadores de acne e propõe ações que visem um atendimento integral e multidisciplinar a esses pacientes.

Introdução

A acne é uma das afecções dermatológicas mais frequentes e, embora os dados estatísticos variem, calcula-se que ela acometa cerca de 80% da população, na faixa etária entre 10 e 25 anos.⁽¹⁾

Apesar do grande avanço nos conhecimentos sobre a sua patogênese, na oferta cada vez maior de alternativas terapêuticas e do grande número de trabalhos apresentados em congressos e simpósios, a revisão bibliográfica sobre o tema nos revela que esta afecção é, ainda, muito mal compreendida não só pela população, como também pelos profissionais que comumente atendem adolescentes com acne.⁽²⁾

Ao realizarmos este trabalho, nosso principal objetivo é analisar alguns dos fatores que possam levar a uma melhor compreensão do significado desta afecção no processo de desenvolvimento dos adolescentes, pretendemos também indicar caminhos que permitam a **enfermeira com formação em Dermatologia** integrar o cliente e diversos especialistas normalmente envolvidos no tratamento da acne. Esta ação dentro de um processo de atendimento multidisciplinar pode contribuir de forma positiva para que se alcancem resultados mais satisfatórios do ponto de vista clínico, aumentando a adesão ao tratamento.

Como nos revelam os trabalhos de Violen,⁽³⁾ entre os fatores que mais contribuem para o insucesso no tratamento da acne, devem ser ressaltados: a baixa adesão do paciente ao tratamento e sua descontinuidade.



Adolescente com acne II: lesões de lesões de pele. Observar a presença de pustulas, papulas, cistulas e nódulos cistéricos.



Lesões de pele, com estrutura cistulas e nódulos cistéricos.



Aplicação de produtos e cuidados com o rosto durante o tratamento com a limpeza de pele.



Após a limpeza de pele a aplicação de produtos cistéricos.



Enfermeira e médico discutindo o caso do paciente.



Enfermeira e médico discutindo o caso do paciente.

O propósito deste trabalho não é de analisar ou discutir os tratamentos disponíveis para acne, pois tal assunto é de competência e responsabilidade do médico. Pretendemos, vice-versa, sensibilizar o enfermeiro para inúmeras possibilidades de atuar em orientação e educação à saúde, visando otimizar os resultados do tratamento médico, levando a uma melhor qualidade no atendimento e uma maior satisfação do cliente.

Objetivos

Este estudo visa:

- relatar sobre os sentimentos e necessidades de informações que adolescentes com acne manifestam;
- propor uma possibilidade de atuação do enfermeiro em dermatologia junto a adolescentes com acne, enfatizando educação e a supervisão do tratamento.

Metodologia

Este trabalho sintetiza a experiência de 15 anos no atendimento a adolescentes com acne, que nos procuram para limpeza de pele e orientação e educação, ou que são encaminhados por dermatologistas, pediatras, ginecologistas, endocrinologistas.

Os dados coletados durante entrevistas que realizamos com 298 pacientes dos quais 98 foram selecionados.

Destes, 68 vieram da clínica dermatológica onde atuamos e 30 foram encaminhados por profissionais de outros serviços.

As entrevistas foram realizadas partir de um roteiro que consistia de questões estruturadas e uma aberta. Essas entrevistas duraram em média 25 minutos e foram realizadas durante o procedimento de limpeza de pele, na etapa de anamnese e etapa de orientação ao cliente.

Resultados

Tabela 1. - Concepções dos Adolescentes Sobre a Acne
 Questão: O que pensa sobre a acne?

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
É UMA INFLAMAÇÃO, INFECÇÃO	32
É UM PROBLEMA DE HIGIENE	42
É COISA PRÓPRIA DA IDADE	37
É PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO	42
NÃO TEM CURA	38
É CAUSADA POR HORMÔNIOS	23
É HEREDITÁRIA	28
CURA-SE ESPONTANEAMENTE	23
PODE SER TRATADA	43
É CAUSADA PELO EXCESSO DE GORDURA	38
É CAUSADA PELA POLUIÇÃO, SUJEIRA DO AR	26
É CONTAGIOSA	18
MELHORA COM A LAVAGEM DO ROSTO	38
FUGIR COM CERTOS ALIMENTOS	41
MELHORA COM O SOL	38
NÃO SABE NADA	21

Fonte: dados de prontuário (1997)

Os resultados desta primeira questão nos permitem destacar sobre a grande desinformação dos jovens acerca da fisiopatologia da acne e do seu tratamento. Como podemos observar, persistem ainda muitos mitos e informações que locam superados pela pesquisa científica, como, por exemplo, a relação da acne com a alimentação.

Os dados revelam-nos que a informação é um elemento importante para que o adolescente possa compreender adequadamente os processos envolvidos e, com isso, possa colaborar com o tratamento durante o tempo necessário.

Tabela 2. - Expectativa do Tratamento da Acne
 Questão: O que espera do tratamento?

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
FICAR COM A PELE LISA	42
SECAR AS ESPRIHAS	38
FICAR SEM OS CRAVOS	39
FICAR SEM CICATRIZES	31
NÃO TER MAIS ACNE	42
QUE MELHORE RÁPIDO	37
QUE NÃO DÊ REAÇÕES	43
QUE NÃO DEMORE	36
QUE SEJA BARATO	41

Fonte: dados de prontuário (1997)

Esses quadros mostram as expectativas dos adolescentes quanto ao tratamento, apontando para uma perspectiva "mágica", ou seja, o tratamento deve ser rápido, definitivo, barato e sem complicações. Talvez este seja um dos fatores que mais dificultem a adesão e continuidade: comumente o tratamento da acne é demorado, apresenta algumas reações indesejáveis e pode apresentar recidivas.

É de grande importância que, ao fornecer a orientação, os profissionais identifiquem as expectativas do adolescente, possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno e evitando frustrações e abandono do tratamento.

Ao atender um adolescente com acne o enfermeiro deverá fazer uma anamnese cuidadosa. Pois, sendo a acne uma infecção multifatorial, podem estar envolvidas causas de ordem hormonal, medicamentosa, hereditária, cosmética, bem como psicossomática. A identificação adequada desses fatores, para orientação e encaminhamento ao tratamento especializado, é fundamental.^{10,11}

Tabela 3. - Tipo de Tratamento Realizado Para Acne
 Questão: Que tratamento já realizou?

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
MÉDICO	18
ESTETICISTA	14
FARMÁCIA	28
MASCARAS	16
SABÔNETES	56
CHÁS	23
REMÉDIOS NATURAIS	34
AUTOMEDICAÇÃO	43
DIETAS	34
NIETUM	21

Fonte: dados de prontuário (1997)

Esses dados nos mostram que ainda é elevado o número de adolescentes que se automedicam, usam cremes e produtos a partir de propagandas veiculadas pelos meios de comunicação. Isso retarda a procura de um tratamento clínico adequado, agravando as lesões e aumentando a chance de sequelas.¹²

Encaminhar precocemente para o tratamento médico e manter o adolescente sob cuidados é muito importante para o sucesso da terapia aplicada.

A visita ao médico pode ser intercalada com sessões de limpeza da pele ou consultas de enfermagem, para reforço das orientações e supervisão do tratamento.

Tabela 4. - Problemas Associados à Acne*Questão: Além da acne, que outros problemas o incomodam?*

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
CABELOS OLEOSOS	34
MANCHAS	23
SARDAS	32
PÉLOS	26
TATUAGEM	14
OLEOSIDADE	58

FONTE: DADOS DO PORTUÁRIO/2011

As respostas revelam que, muitas vezes, a acne pode estar acompanhada por problemas de pelos (hirsutismo), requerendo uma investigação mais detalhada para identificação de possíveis distúrbios hormonais, ovarianos.

Tabela 5. - Expectativas Sobre os Cuidados Com a Acne*Questão: O que gostaria de saber sobre acne?*

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
COMO SE FORMA	38
CURA, TRATAMENTO	58
DURAÇÃO DO TRATAMENTO	48
QUAIS AS CAUSAS	46
CUIDADOS	78
COMO PREVENIR	76
TUDO	43

FONTE: DADOS DO PORTUÁRIO/2011

Como pôde ser constatado, os jovens têm grande interesse em receber informações, especialmente no que se refere aos cuidados e prevenção.

Tabela 6. - Identificação do Profissional Adequado*Questão: Na sua opinião, quem deve fornecer essas informações?*

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
MÉDICO	60
PAIS	12
ESTETICISTA	56
NÃO SABE	18
QUALQUER PESSOA	13

FONTE: DADOS DO PORTUÁRIO/2011

Nossa cultura ainda está bastante impregnada por hegemonia médica, conforme observamos nessas respostas, e o enfermeiro precisa conquistar esse espaço como responsável pelo trabalho educativo junto à adolescentes.

Tabela 7. - Insatisfações Com o Corpo*Questão: O que mais o incomoda no momento?*

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
EXCESSO DE PESO	45
CELULITE	54
ESTRIMAS	43
TATUAGENS	16
MANCHAS	34
CICATRIZES	42
PÉLOS EM EXCESSO	23

FONTE: DADOS DO PORTUÁRIO/2011

O modelo atual de culto ao corpo com padrões de beleza que se assentam em pessoas magras, faz com que jovens se sintam infelizes com sua estrutura corporal, além de sentirem-se incomodados com outros aspectos considerados por eles antestéticos.

A celulite é uma das queixas mais frequentes, mesmo entre jovens que estão dentro do seu peso normal. Tal os seus hábitos alimentares ou uma vida sedentária podem estar contribuindo para a elevação da incidência de problema nesta faixa etária.

Tabela 8. - Sentimentos em Relação à Acne*Questão: O que sentiu quando apareceu acne?*

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA (%)
MUITO INFELIZ	85
COMEÇOU A APERTAR AS LESÕES	40
PASSOU A LAVAR O ROSTO	92
NÃO QUERIA SAIR DE CASA	43
PEDIU AJUDA PARA A MÃE	41
PROCUROU O ESTETICISTA	34
QUERIA FICAR LIVRE	94
DESEJOU QUE PASSASSE	76

FONTE: DADOS DO PORTUÁRIO/2011

1. CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES

Embora em nosso meio ainda sejam restritas as publicações sobre a relação entre as alterações na imagem, decorrentes da acne, e os seus efeitos s

a parte psíquica dos adolescentes, muitos trabalhos realizados na Europa e Estados Unidos têm evidenciado que o adequado encaminhamento do tratamento pode ser fundamental no processo de ajustamento psicosocial do adolescente.¹¹

CUNLIFFE refere que acne, em especial a acne cística, pode causar inúmeros problemas psicossociais em seus portadores, devido ao seu efeito sobre a auto-imagem e, conseqüentemente, sobre o relacionamento interpessoal e social.¹²

KORZACK chama a atenção para outro aspecto, que é a importância da orientação profissional junto à família desses adolescentes, pois sua colaboração é fundamental. Segundo o autor, grande número de insucessos nos tratamentos decorrem da descontinuidade e irregularidade, ligadas à falta de interesse e apoio da família.¹³

Portanto os enfermeiros devem realizar um trabalho de orientação e conscientização, com o envolvimento dos pais, para contribuir com o tratamento da acne do adolescente.

Até o momento, não temos em nosso meio curso de especialização em acne para enfermeiros, e aqueles que se interessam em atuar na área devem vincular-se a cursos de Estética ou Cosmética, normalmente formação técnica.

Nos Estados Unidos, a Dermatology Nursing Association (DNA) promove, anualmente, um congresso no qual um dos temas é a acne, como uma das áreas de especialização da Enfermagem Dermatológica.

E no Brasil, certamente, em breve veremos esse tipo de especialização. ■

Visão Geral da Ação Integradora do Enfermeiro



Esta é a participação da enfermeira como parte integrante do processo de atendimento ao adolescente, através da utilização plena de suas potencialidades, considerando-se os princípios de complementaridade, interdisciplinaridade e respeito às barreiras estabelecidas pela legislação profissional vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CUNLIFFE, WJ. *New approaches to acne treatment*. Martin Dunitz Ltd., London, 1994.
2. HANSEN, R.L. *Assessing the various predictors of acne vulgaris*. *J. Pediatrics*, 130(1):5, 1997.
3. KORZACK, L. *Myths about acne*. Excerpta from congress of AAD, 1992.
4. L.S.C. *Aspectos psicológicos da Acne*. Tradução da conferência "Dial in Acne", realizada na Holanda, em 1971, fornecida pelo Laboratório American Cosméticos.
5. LOWE, J.G. *The Significance of acne*. *Br. J. Hosp. Med.*, 49(11):899-1993.
6. MINELLI, A. NENSE, L. C. *Acne vulgaris*. *Ver. Bras. Med.*, 39 (jul. Especial) Dez.

*Marta Helena Soares Mendelli
Especialista em Psiquiatria
e Tratamentos Dermatológicos

A PELE DO IDOSO

Apotecida Yoshie Yoshitome*

A pele é a cobertura externa do corpo e, assim como outros órgãos, reflete o cuidado que temos conosco, física, psicológica e socialmente. A forma como a expomos e protegemos dos fatores ambientais e como a nutrimos se refletirá no processo de envelhecimento.

Hoje, contamos com uma grande indústria cosmetológica que tem buscado fórmulas para retardar o envelhecimento e possuímos recursos cirúrgicos cada vez mais acessíveis. Entretanto o processo de envelhecimento é contínuo e, embora o ser humano raceja mais longo, esse processo é inevitável e será conduzido da forma como quisermos. Na velhice, sentiremos felizes se nos sentirmos bem, se quisermos viver, se buscarmos estímulos, acreditarmos nas coisas e tivermos capacidade de fazer carinho. O envelhecimento será triste se nos isolarmos e deixarmos de lado o auto-cuidado.

COMPREENDENDO O FUNCIONAMENTO E AS ALTERAÇÕES VERIFICADAS NA PELE DO IDOSO

A pele é composta por três camadas: a externa, denominada epiderme, estritamente ligada com a derme, que é a segunda camada, e a terceira, denominada hipoderme.

A epiderme é composta por células epiteliais arranjadas em camadas, que contêm melanócitos produtores de pigmentos. Há uma constante transição das células entre as camadas, o que assegura a reposição de células perdidas através do processo normal de descamação. O ciclo de renovação celular, realiza-se em aproximadamente 21 dias. Por ser a mais resistente e ter formação celular mais compacta, a epiderme é importante para o recobrimento de feridas.

No idoso, a epiderme apresenta lenta e gradual atrofia em suas camadas, aumentando a descamação e diminuindo sua renovação celular, alterando assim a barreira epidérmica. Há também, uma diminuição do número de melanócitos.

Aparecem manchas coradas, chamadas lentigos actínicos, frequentes na fronte, nariz, bochecha, colo, face externa do braço, antebraço e dorso da mão.

A derme, principal estrutura de suporte da pele, é a responsável pela firmeza, flexibilidade e elasticidade, e determina o equilíbrio da epiderme em termos de proteção contra microorganismos e evaporação excessiva. É constituída por:

- papilas dérmicas, com extensões na epiderme;
- fibras colágenas, responsáveis pela sustentação da epiderme e manutenção do teor hídrico da pele;
- glândulas sebáceas, que produzem o sebum, responsável pela humectação do manto hídrico na superfície epidérmica, que tem propriedade antimicrobiana e contém substâncias precursoras da vitamina D;
- músculo eretor do pêlo;
- pêlo;
- glândulas sudoríparas, reguladoras da temperatura do organismo;
- capilares sanguíneos, responsáveis pela oxigenação e nutrição da pele;

• terminações nervosas e vasos linfáticos.



No idoso ocorre uma acentuada diminuição dos feixes de colágeno ocasionando a perda da elasticidade e da elastina, o que diminui o tônus da pele. As glândulas sudoríparas atrofiaram-se, alterando o processo de controle da temperatura corporal. As glândulas sebáceas diminuem suas atividades e os capilares atrofiaram-se. Há perda de tecido subcutâneo, causando flacidez. Portanto, a derme fica com menor espessura, menor celularidade e vascularidade.

Por fim, a hipoderme ou tecido subcutâneo, nossa

terceira camada da pele, é responsável pela produção e armazenamento de gordura. Funciona como isolante térmico, absorvedor de choques mecânicos e reservatório de cálcio. O tecido subcutâneo é composto principalmente pelo tecido adiposo.

No idoso, ocorre a perda do tecido adiposo, ocasionando as rugas e os sulcos. Há uma alteração da distribuição do tecido adiposo, que é depositado nas ancas ao nível do abdômen, e ocorre atrofia do tecido glandular da mama. Diminuem os folículos pilosos em atividade, ocasionando a perda dos pelos, com exceção do rosto. Os cabelos tornam-se finos, pois sua torçidade diminui. Eles caem mais frequentemente e embranquecem, pela perda dos melanócitos no bulbo capilar. As unhas crescem menos, mas o espessamento aumenta pela diminuição da circulação periférica.

Funcionalmente as alterações da pele verificadas pelo envelhecimento são: permeabilidade diminuída, menor reação inflamatória, menor resposta imunológica, dificuldade no processo de cicatrização, menor transpiração eccrina, menor elasticidade, menor produção de vitamina D e percepção sensorial diminuída.

Cuidados com a Pele do Idoso

Frente às perdas decorrentes do processo de envelhecimento, alguns fatores auxiliam na manutenção de uma pele saudável no idoso.

Alimentação e Ingestão Hídrica

Fatores como o aumento da frequência miccional e a dificuldade de locomoção tendem a diminuir a ingestão de líquidos, causando uma desidratação da pele, ressecando-a e tornando-a flácida. Uma orientação adequada e o estímulo à ingestão hídrica são pontos importantes para a manutenção saudável da pele, assim como uma dieta equilibrada, que irá nutri-la melhor.

Manutenção da Pele Limpa e Seca

No banho, utilizar preferencialmente sabonete hidratante. É essencial um enxágue perfeito, assim como uma secagem muito bem observada nas regiões com dobras. De preferência, nunca usar talco ou loções alcoolizadas, e sim, cremes ou loções emolientes. As unhas devem ser aparadas com regularidade, evitando proliferação de microorganismos e arranhaduras no corpo. O contato com o sol ajuda na prevenção da osteoporose, pois seus raios auxiliam na síntese da vitamina D, que é necessária para a absorção do cálcio, importante elemento para o tecido ósseo. A exposição

prolongada, entretanto, é prejudicial, podendo causar queimaduras, ressecamento, desidratação, câncer de pele, e intensificação do aparecimento de manchas. É recomendado que a exposição ao sol não ocorra entre as 11 e 16 horas, sem os devidos cuidados, com uso de protetores solares, por exemplo.

Exercícios Físicos

Não podemos deixar de nos lembrar o quanto é importante a manutenção de um corpo em movimento, o que melhora a circulação e, conseqüentemente, a oxigenação dos tecidos. Os exercícios físicos também ajudam a manter a força muscular. Com o avanço da idade, os estímulos sensoriais tendem a tornar-se mais lentos, o que acaba afetando as pessoas mais vulneráveis a acidentes domésticos. Para evitá-los, é muito importante observar a disposição dos móveis e utensílios, evitando assim a ocorrência de ferimentos na pele. São atitudes simples e básicas que facilitam no cotidiano. **S**

*Ja que ihm de ser gravadas rugas
na nossa testa, não deixemos que
elas se gravem em nossa consciência:
o espírito não deve envelhecer.*
James Garfield

Bibliografia

1. MAILLOUX-POUIRE, D. Essas limpas, cuidadas e protegidas. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POUIRE, D. *Pessoas com uma abordagem global*. Lisboa, Lundulaia, 1995. Cap. p.363-78.
2. PHILLIPS, T.J.; CILCHREST, R.A. Alterações e Distúrbios Cutâneos. In: *Manual Merck de Geriatria*, São Paulo, Editora Roca, 1997. 1097-1129.
3. ZAMITH, V. Sinais e sintomas em dermatologia geriátrica. In: MARQUES, R.M.; CUNHA, U.G.V. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

***Apresentada Yoshie Yoshie**
Estudante de disciplina de Educação Gerontológica e Geriatria do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

ÚLCERAS DE PRESSÃO EM PACIENTES LESADOS MEDULARES

Patrícia Agostini¹, Albu Lúcia Botura Leite de Barros²

"Estudo comparativo entre dois tipos de curativos (solução aquosa de pupurina a 2% e hidrocolóide) utilizados no tratamento de úlceras de pressão em pacientes lesados medulares".

Introdução

Os pacientes portadores de lesão medular que chegam aos Centros de Reabilitação frequentemente estão acometidos, entre outras complicações, por úlceras de pressão, sobretudo nos seus estágios mais avançados, o que acaba impedindo e/ou prejudicando, ainda mais, a realização das atividades anteriores à lesão medular, ou o início do programa de reabilitação a ser cumprido.

Tem-se então um círculo vicioso: quando estes pacientes não conseguem acesso a um programa de reabilitação, têm um risco maior de desenvolver novas úlceras de pressão, além de deformidades mus-esqueleto-articulares, maior o grau de dependência física, alterações nutricionais. Estas e outras complicações, repercutem diretamente, de forma desfavorável, na qualidade de vida desses pacientes.

Nossa prática em um centro de reabilitação, esteve voltada também aos pacientes lesados medulares, portadores de úlcera de pressão. Através de acompanhamento intensificado, fazíamos a orientação para o auto-cuidado e o treinamento daquele que cuida, nos casos de pacientes mais dependentes, utilizando diferentes tipos de curativos, que possibilitaram a reparação das úlceras de pressão de forma mais eficiente.

Os nossos estudos descrevem os resultados de diferentes produtos utilizados no tratamento de úlceras de pressão, em diferentes indivíduos. Mostram que determinado produto foi considerado capaz de promover bons resultados, porém o método até então empregado não permitiu que dois ou mais produtos pudessem de fato ser avaliados quantitativamente, pois seriam necessários grupos de dois ou mais pacientes sob as mesmas condições clínicas.

Acreditamos que a comparação de dois produtos não poderá ser fidedigna quando foram empregados em indivíduos diferentes, pois fatores intrínsecos e extrínsecos a cada um podem favorecer ou prejudicar o processo de cicatrização. Esse fato nos levou à realização de um estudo comparativo com a utilização de dois tipos de curativos, porém no mesmo indivíduo.

Objetivo

Este estudo objetivou comparar dois tipos de curativos diferentes, adotados no tratamento de úlceras de pressão em pacientes lesados medulares solução aquosa pupurina a 2% e hidrocolóide. Foi utilizada a planilha computadorizada para determinação das áreas atingidas.

Método

O material foi constituído por vinte e oito úlceras de pressão, distribuídas em pares de graus e extensões semelhantes, sendo cada par pertencente ao mesmo paciente. Cinco pacientes apresentavam um par de úlceras de pressão; três pacientes tinham, e cada um deles, dois pares, e um mesmo paciente apresentava três pares.

As úlceras de pressão foram avaliadas através das escalas de YARKONY, KIRK e de SESSING, e pontuadas de tal forma que tivessem os mesmos graus entre si, dentro de duas escalas. Estas escalas foram propostas por YARKONY³ et al. e FERREL⁴ et al. respectivamente. Em um mesmo paciente, foram tratadas as duas feridas graves, sendo que em uma delas foram utilizados curativos diários com solução de pupurina a 2% e na outra curativos oclusivos de hidrocolóide, trocados em média de três dias. Elas apresentavam localizações variadas e eram acompanhadas por diferentes períodos de tempo (média de 69 dias).

As úlceras de pressão foram também avaliadas em relação às suas áreas por meio da planimetria computadorizada já proposta por ALM⁵ et al. Em alguns estudos que relataram a eficácia de determinado produto e verificaram as áreas, estas foram obtidas através da multiplicação dos dois maiores diâmetros. No entanto, vale considerarmos que, uma vez que as úlceras de pressão apresentam seus contornos irregulares, suas áreas podem ser obtidas desta forma, por não se tratar de polígonos. Com a planimetria computadorizada, temos a comparação da velocidade de reparação em média entre dois tipos de curativos diferentes, porém no mesmo paciente, onde as variáveis facilitadoras e dificultadoras do processo de reparação estiveram presentes, influenciando os dois tipos de curativos igualmente e na mesma intensidade.

Utilizamos a Prova de Wilcoxon, através da Prova Simples, que possibilitou verificarmos as duas condições e classificar as diferenças observadas para os diversos pa-

Podemos observar que os pacientes eram adultos jovens, ou seja, estavam na faixa etária considerada "produtiva", acarretando certamente problemas no orçamento doméstico já que a condição econômica dos pacientes era bastante crítica, com uma renda de aproximadamente 0,9 salários mínimos, em 89% dos pacientes. Este fator certamente influenciou na qualidade de vida, na aquisição de recursos que pudessem estar beneficiando o processo de reparação tecidual, como alimentos adequados e dispositivos para o alívio da pressão em proeminências ósseas, (almofadas, colchões e cadeiras de rodas de melhor qualidade e funcionalidade). Em relação à escolaridade, apenas 22% tinham o segundo grau completo, e os que dissessem ter o primeiro grau de fato apresentavam conhecimentos elementares de instrução.

Os dois elementos de cada um dos pares de úlceras de pressão tinham os mesmos graus, de acordo com as escalas de avaliação de YARKONY, KIRK e de SESSING. Eles apresentavam graus 4 e 5 de YARKONY, KIRK (correspondendo ao envolvimento de musculatura e tecido ósseo respectivamente) e 5 de SESSING (alta drenagem e odor presentes, hiperemia e/ou hipopigmentação ao redor da ferida). E, apesar disso, as áreas trincadas mostraram diferenças entre as feridas tratadas com hidrocoloide em relação às tratadas com papaina. Estas diferenças foram significantes, de acordo com a análise estatística através do teste de Wilcoxon, sendo maiores naquelas tratadas com hidrocoloide.

No entanto, quando analisadas as áreas finas, verificamos que as úlceras de pressão tratadas com hidrocoloide apresentaram áreas menores quando comparadas com aquelas tratadas com papaina. Esta diferença também apresentou significância estatística, de acordo com o teste de Wilcoxon.

No que se refere às áreas de redução em cm^2 , as feridas tratadas com hidrocoloide apresentaram maior redução. Houve uma significância estatística muito acentuada, sendo que em três úlceras tratadas com papaina (21,42%) ocorreu aumento em relação às áreas iniciais. O percentual de redução em relação à área inicial quando analisado pelo teste de Wilcoxon não mostrou diferenças entre as feridas tratadas com hidrocoloide e aquelas com papaina. No entanto, verificamos que a média e a mediana do percentual geral de redução das tratadas com hidrocoloide foram, respectivamente, de 72,98% e 89,53%, frente a 12,99% e 49,64%, respectivamente, naquelas tratadas com papaina. Estes dados evidenciaram que o percentual médio de redução das úlceras de pressão que receberam hidrocoloide foi 5,6 vezes maior em relação aquelas que foram cuidadas com papaina.

Os achados permitiram-nos observar que as médias das velocidades de redução (cm^2/dia) das feridas

das tratadas com hidrocoloide apresentaram-se maiores em relação às que receberam papaina, com significância estatística.

Preocupou-nos ainda o fato de estarmos trabalhar com úlceras de pressão contaminadas com microrganismos patogênicos, sendo que o aspecto das secreções contrariadas era do tipo purulento e as recomendações fabricante do curativo de hidrocoloide contra-indicam utilização deste em feridas infectadas. No entanto, observamos os melhores resultados, como exposto acima, a utilização deste curativo. Isto nos faz concordar com trabalho realizado por GILCHRIST³, segundo quem úlceras de pressão infectadas, quando tratadas com curativos oclusivos, tornam-se menos facilmente infectadas pois, além de promoverem a angiogênese, foram evidenciadas mais células de defesa sob os curativos oclusivos.

Conclusões

Assim, podemos concluir que as úlceras de pressão tratadas com curativos de hidrocoloide, quando comparadas com as tratadas com solução aquosa de papaina 2%, apresentaram maiores áreas de redução em centímetros quadrados em relação às áreas iniciais; maiores percentuais de redução em relação às áreas iniciais; maiores médias das velocidades de redução em cm^2/dia . Concluímos também que as úlceras de pressão com graus 3 de YARKONY, KIRK e/ou 5 e 6 de SESSING poderão beneficiadas com curativo oclusivo de hidrocoloide.

Referências Bibliográficas

1. ALMA, J., HORNMARK, A. M., FALL, F. A., LINDEBERG, B., BERGSTRAND, E., EHRNEBO, M., MADSEN, S. M., SETTERBERG, G. - Care of pressure sores: a controlled study of the use of a hydrocolloid dressing compared with wet saline gauze compresses. *Acta Veterin.* 149: 1-10, 1998.
2. FERREI, B. A., ARTIGIAN, B. M., SESSING, D. - The Sessing for Assessment of Pressure Ulcer Healing. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 43: 40, 1995.
3. GILCHRIST, B. - Treating bacterial wound infection. *Nurs. Times* 90:55-8, 1994.
4. MEGEL, S. - Estatística não-paramétrica. São Paulo, McGraw-Hill, 1973. 350p.
5. YARKONY, G. M., KIRK, C. M., CARLSON, C., ROTHLE, J., LONER, HEDGEMANN, A., KING, R., LEE, M. Y., BETTS, B. H. - Classification of Pressure Ulcers. *Arch. Dermatol.* 129: 1218-1219, 1993.

Fontes Consultadas

- FERREIRA, A. B. de H. - Dicionário Aurélio básico de língua portuguesa. São Paulo, Nova Fronteira, 1993. 687p.
- HERANI, M. L. G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1990. 45p.

Síndrome de FOURNIER, também definida como fascíte necrotizante, foi descrita em 1883 por Fournier, médico dermatologista, nascido em Paris.

Fournier relatou cinco casos de gangrena que afetavam genitais masculinos, sendo denominada gangrena idiopática do escroto ou gangrena fulminante, de início súbito e evolução rápida.¹¹

É uma doença rara, causada por flora bacteriana mista que atua sinergicamente, por ação combinada de bactérias aeróbicas e anaeróbicas, sugerindo interação entre as diferentes espécies.

Essa infecção pode ter início no local do traumatismo trivial ou inaparente, causando trombose dos pequenos vasos subcutâneos, resultando no surgimento da gangrena de pele suprajacente.

Evolutivamente, nas primeiras horas ocorrem edema, calor, eritema e hipersensibilidade, que se propagam. Em alguns casos surgem dentro de até 72 horas, vesículas cheias de um líquido claro, espesso, de cor rosada ou púrpura, tornando a área gangrenosa.



Frequentemente, pode-se perceber as crepitações que surgem em função de gases como hidrogênio e oxigênio, a partir do metabolismo dos microorganismos. Esses gases podem dissecar os planos faciais profundos ao mesmo tempo em que a proliferação bacteriana continua es- tendendo o processo infeccioso.

Estudos atuais demonstram que esta moléstia não se limita exclusivamente a indivíduos do sexo masculino, acometendo uma mulher para cada sete homens atingidos. Sua faixa etária é ampla, desde neonatos até a terceira idade, com maior predomínio em pacientes do sexo masculino e com idade variando entre 50 e 57 anos, conforme descrito em literatura. A experiência mostra-nos que a faixa etária mais atingida varia entre 30 e 45 anos.

A taxa de mortalidade tem diminuído consideravelmente, porém exige um diagnóstico precoce, debridamento cirúrgico extenso e antibioticoterapia de amplo espectro.

Por ser uma doença de evolução rápida, leva a comprometimento sistêmico, sendo a sépsis uma das causas de mo-

Fatores Predisponentes

A síndrome de Fournier pode manifestar-se em idosos ou imunodeprimados ou desenvolver-se inicialmente em paciente sadio.

O diabetes melitus constitui-se a condição predisponente de maior importância para o desenvolvimento da gangrena de Fournier. Abscesso perineal, perianal e perirectal, destruição, obesidade, hepatopatias, doenças sexualme-



transmissíveis, úlceras de pressão, trauma de região genitourinária - ITU, infecção proctológica, dentre outras também são fatores desencadeantes de relevância.

Diagnóstico

As manifestações clínicas do paciente portador de síndrome de Fournier, costumam ser dor, prurido, genitália e desconforto. Seguem-se edema e hiperemia. Áreas dolorosas podem evoluir para uma anestesia por destruição dos nervos sensitivos.

A crepitação pode ser percebida por palpação ou imagem radiológica sugerindo a presença de gás no tecido subcutâneo, com confirmação por ultrassonografia.

Sistemicamente, observam-se febre, taquicardia, depleção de volume vascular, hipotensão ou hipertensão, toxicidade sistêmica, falência de múltiplos órgãos e alterações mentais.

Os sinais sistêmicos da infecção frequentemente incluem prostração, náuseas, vômitos, icterícia e, por vezes, flaco paralítico. As áreas afetadas apresentam exsudato fúido e odor fétido, sendo que na maioria dos casos a gangrena fica limitada. A pele, sem envolvimento de tecidos profundos ou órgãos.

Deve-se proceder à drenagem e cultura de exudato para identificar os patógenos atuantes.

A análise laboratorial mostra anetnia, leucocitose acima de 15.000/mm³ com presença de desvio à esquerda ou leucopenia, trombocitopenia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalbuminemia, creatinina sérica elevada, hipocalcemia, acidose ou alcalose metabólica.

Tratamento

As medidas terapêuticas adequadas podem diminuir a morbidade e mortalidade. Uma vez efetuado o diagnóstico da síndrome de Fournier, é primordial que seja realizado, o mais precocemente possível, o debridamento cirúrgico agressivo, com remoção total do tecido necrosado. Este procedimento deve ser repetido sempre que surgirem novas áreas de necrose.

De acordo com a extensão da lesão e da destruição dos esfíncteres ou obstrução de fluxo, devem ser feitos desvios locais ou urinários como colostomias, uretrotomias, cistostomias e nefrostomias.

O processo de reconstrução é lento, exigindo curativos diários com técnicas assépticas locais, até o fechamento por segunda intenção. Pode ser feita, após o controle da doença, a reaproximação das bordas com sutura, rotação de retalhos ou até mesmo encurtaria de pele.

O agente antimicrobiano utilizado deve ser de amplo espectro com ação efetiva contra organismos anaeróbicos, gram-positivos e gram-negativos, e em associações de, no mínimo, três drogas, devido à ação sinérgica dos microorganismos, de forma a abranger todo o espectro dos agentes causadores da doença.

A oxigenoterapia hiperbárica vem mostrando bons resultados no controle da infecção, porém sua indicação ainda é bastante discutível devido a complicações como pneumotorax, broncospasmo etc. É um tratamento oneroso e com eficácia não comprovada totalmente.

Conclusão

Devido à complexidade da síndrome de Fournier, devemos lembrar que um diagnóstico preciso, a cirurgia precoce agressiva e o uso de terapia antibiótica de amplo espectro, são atitudes que conduzem ao sucesso do tratamento e determinam um bom prognóstico.

Relato de Um Caso

Paciente de 30 anos, sexo feminino, cor branca, obesa, higiene íntima precária, com pouca atividade física, permanecendo sentada por longo período no trabalho.

Admitida em 09/01/1997, apresentando abscesso perianal e celulite local interna, há cinco dias. Relata ter sido atendida em outras instituições com indicação de medicação proctológica e banho de asento, evoluindo rapidamente com desconforto e odor fétido.

Encaminhada imediatamente à unidade de Centro Cirúrgico para drenagem de abscesso e debridamento sob anestesia né retroperitôneo bilateral com saída de secreção purulenta.



Em 11/01/1997 foi feita colostomia em alça de T-verse e debridamento perineal extenso.

Exames laboratoriais indicaram leucocitose com desvio à esquerda.

A cultura de exudato da lesão apresentou *E. Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* isolado em diferentes momentos.

Fez-se a cobertura antimicrobiana com aminoglicósido e cefalosporinas associados.

A paciente foi submetida a uma dieta hipocalórica devido à obesidade.

Após intervenções cirúrgicas agressivas (colostomia definitiva), a paciente evoluiu com depressão, sendo necessário acompanhamento psiquiátrico.

Foram realizados curativos diários com solução de 0,9%, sob forma de irrigação, várias vezes ao dia.

Com a diminuição da secreção, adotou-se, após controle da infecção, o uso de solução de AGE (água, glicose e sais essenciais).

Alta hospitalar em meados de fevereiro com tratamento concluído em 45 dias.

Reinternação em março do mesmo ano, estenose de tubo digestivo, com vômitos constantes. Não aceita a colostomia. ❧

Referências Bibliográficas

1. BENNETT, J.C., PLUM, F. Tratado de Medicina Interna. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997, p. 1794.
2. BENIZRI, E., FABIANI, F., MIGLIORI, G., CHEVALIER, PEYROTTE, A., RAUCOULES, M., AMIEL, J., MORET, TOUBOL, J. Journal Article, Service d'Urologie, Hôpital Tenon, Paris, France, 1996.
3. EORN, GUSTAVO PALACIO e col. (JCMSCSP). Revista Hospital, Junho 1997.
4. LENS, LINO LIMA e col. Ed. Científica Ltda. Copyright by C. 1990.
5. VELASCO, MARTINEZ e col. Facultad Nacionale de Medicina, México, 1996.

¹Isolanda Lopes de Souza Siqueira
Estudante do CCBH e SCBH do Hospital Municipal Dr. Carlos
Castelinho - Medicina Clínica da SOR
Estudante do IPS-Município e SOR

²Rosibel Rodrigues R. de
Estudante do Grupo de Cirurgias do Hospital Municipal
Dr. Carlos Castelinho e Grupo de Pó da SOR
Município de São Paulo - Medicina Clínica da SOR

MESOTERAPIA CLÍNICA NO TRATAMENTO das ÚLCERAS CUTÂNEAS DE MEMBROS INFERIORES

Anelise Oliveira de Sousa Nóbuck*

Inspirados em pesquisas científicas consistentes, profissionais europeus vêm desenvolvendo, desde fins do século XVII, a técnica de administração de microdosagens de medicamentos, a mais próxima possível do local da lesão, utilizando a mesoderme como via de aplicação parenteral. Trata-se da Mesoterapia. Tendo sido reconhecida como parte da medicina clássica em 1987, pela Academia Francesa de Medicina, a técnica vem sendo profundamente estudada e aplicada por profissionais europeus e sul-americanos. Em 1994 foi criada a Sociedade Científica Brasileira de Mesoterapia, que habilita médicos à prática da técnica, e, em 1995, o Instituto Magistral de Pesquisa e Informação Farmacológica, que contribui para a capacitação médica e para o crescimento ético da mesoterapia. A credibilidade deste método permite o tratamento dos casos mais leves de úlceras cutâneas de membros inferiores.

Provenientes de déficit circulatório, as úlceras de membros inferiores (MMII) são classificadas basicamente, quanto à sua etiologia, em **arterial** ou **venosa**. Um outro grupo de úlceras resistentes a tratamento e também provenientes de alterações microcirculatórias, são as **úlceras de decúbito**.^{1,2}

As **úlceras arteriais** compreendem 10% das perdas teciduais em MMII e são decorrentes de falta aporte de oxigênio, principalmente para as regiões mais distais das pernas. Frequentemente, um traumatismo dá início à lesão, mais comum na face lateral ou mesmo anterior da perna. A lesão é de difícil evolução e, geralmente, aumenta rapidamente suas dimensões, tornando-se extremamente dolorosa, podendo apresentar-se com exsudatos inflamatórios ou serosos, ou simplesmente como uma ferida enegrecida.

Os indivíduos acima de 60 anos são os mais propensos às **úlceras arteriais** e, nestes casos, a causa básica é a arteriosclerose. Já no caso de diabéticos, hipertensos ou tabagistas, os pacientes podem pertencer a várias dessas categorias.

O tratamento consiste em abordar a patologia de base, além de medidas preventivas, como suspender o tabagismo, manter aquecidas as extremidades, caminhar breves sem classificação. Outras medidas curativas, como antitrombóticos e cirurgias, e paliativas, como analgésicos, também podem ser usados paralelamente.^{3,4} A abordagem terapêutica local visa melhorar a oxigenação dos tecidos, através de diversas técnicas, dentre as quais a mesoterapia clínica, ou intradermoterapia, que se destaca

pelo seu duplo efeito, seja sobre a microcirculação seja sobre a evolução favorável da ferida.

A classificação do grau de insuficiência arterial de uma ferida mediante o duplex scan e a arteriografia, somada a exames de laboratório, permite classificar as úlceras em estágios I e II leve. Nesses estágios a mesoterapia tem boa indicação. No estágio II - moderado, ou III, ou com úlcera arterial concomitante - associa-se tratamento clássico por via oral à intradermoterapia.^{5,6}

O tratamento mesoterápico, para qualquer tipo de ferida dos MMII, utiliza-se de medicamentos diferentes dependendo da etiologia da ferida. Propõe sempre três abordagens:

- melhorar a perfusão circulatória dos MMII;
- melhorar as condições circulatórias ao redor da ferida;
- prover a nutrição e a regeneração tecidual da ferida propriamente dita.

Nas **úlceras arteriais**, a melhora da perfusão é feita através de uma mescla, utilizando Bulflon, Benzopirina, Procaina e Feridil Heparina,^{7,8} injetada na pele sobre a projeção dos vasos arteriais do membro acometido e suavemente ao redor da ferida, uma por semana, durante três a quatro semanas.

Os locais de aplicação seguem o trajeto arterial a partir do pulso femoral. E, ao final, atua-se sobre a região microgênica nas regiões interdigitais, para estímulo das pequenas artérias ali presentes.^{9,10}

O Bulflomedil aumenta a oxigenação tecidual em 23%, para promover vasodilatação de esfínteres capilares e neoformação vascular. A Procaina, além de colaborar com a vasodilatação microcirculatória, possui ação analgésica reflexa, contribuindo com a redução da dor. Os Bioflavonóides (Benzopirina) diminuem a permeabilidade vascular e agem como anti-inflamatórios naturais, evitando o edema peri-lesional. A Feridil Heparina é dotada de efeito anticoagulante local, vasodilatador periférico potente, porém local.¹¹ É o medicamento que tem melhor indicação para pacientes que vivem em locais de baixa temperatura.

A Pentoxifilina (Trenal®) pode ser utilizada alternância com o Bulflomedil, por sua ação hemorreológica, sua capacidade de influir na formabilidade das hemácias. Permanente, assim, a perfusão sanguínea e oxigenação tecidual através da derme distrofica.¹²

A cicatrização da ferida é estimulada com microinjeções intradermais, contendo substâncias antioxidantes

o sílico orgânico,^{11,12} selênio¹³ e a vitamina C^{14,15} - diluídos com discreta dose de anestésico. A ação antioxidante sobre os radicais livres impede a degeneração das fibras colágenas, reduz a isquemia local, estimula o metabolismo dos fibroblastos, facilitando a regeneração tecidual e a evolução favorável da lesão.

As **úlcera venosas** são mais frequentes que as arteriais. São produzidas por mecanismos que geram dificuldade de retorno venoso, como ocorre na insuficiência valvular venosa (varizes) e em trombozes. A enfermidade evolui através de diversas fases e apresenta desde queixas subjetivas - como sensação de pernas pesadas, dores, câibras noturnas - até uma atrofia tecidual por hipoxia. Isto, juntamente com a estase venosa, ocasionará necrose cutânea e o aparecimento de solação de continuidade na pele.

A **úlcera venosa** costuma afetar o terço distal da perna, em região malarolar ou supra-malarolar interna. Predomina no sexo feminino e, a exemplo do que acontece com as úlceras arteriais, também é desencadeada por traumatismo.

O tratamento sistêmico consiste em administrar medicamentos flebotônicos, que diminuem o edema e incrementam as trocas metabólicas. A prevenção é importante através de medidas higiênicas e dietéticas que melhorem o retorno venoso, como caminhadas, uso de meias elásticas e a própria mesoterapia iniciada nos estágios leves ou moderados da insuficiência venosa. A microcirurgia, para os pequenos vasos, e a cirurgia clássica, para varizes de médio e grande porte, também fazem parte das medidas preventivas para evitar-se a úlcera venosa.

Uma vez instalada a **úlcera venosa**, o tratamento mesoterápico prioriza a utilização de venotônicos e linfotônicos como a Rutina, a Benzopurina ou, mais recentemente, os Bioflavonoides, presentes no extrato de Genko Bólo injetável. Nos casos em que há edema e outros sintomas de insuficiência venosa associados à ulceração, acrescenta-se o extrato de alcachofra, que favorece a drenagem local e a diurese.

A medicação é injetada sobre a projeção dos eixos venolinfáticos do membro comprometido e também ao redor da lesão, durante seis a oito sessões, uma vez por semana.

Quinzenalmente, intercala-se a mescla cicatrizante, visando a regeneração tecidual e o fechamento da lesão. A base terapêutica da regeneração consiste em reconstituir a matriz extracelular injetando-se gel de ácido hialurônico, glicosaminoglicanos, condroitin sulfato, associados à ação catiônica dos antioxidantes, mencionados anteriormente.

É importante salientar que são imprescindíveis as medidas higiênicas e dietéticas; a correção do sobrepeso corporal; o repouso com as pernas elevadas; a eliminação de estuário com compressão inguinal, ou em qualquer outro ponto dos MMII. A mesoterapia tem bons resultados em **úlceras venosas iniciais** (até 2 cm de diâmetro) ou nos casos de dermodistrofia e dermatite ocre, ainda sem a presença de solação de continuidade na pele.

Assim como as precedentes, as **úlceras de decúbito**,

decorrem da isquemia dos tecidos cutâneos, provocada por compressão importante e prolongada de partes que se apoiam sobre planos ósseos. Os pacientes acometidos são os mais afetados (idosos, paraplegia, politraumatizados e comatosos), principalmente se houver apresentação concomitante de anemia e proteinúria. Dessa forma, as regiões mais atingidas são o sacro, tornozelos, devido à sua pouca espessura cutânea. Lesões de softwares maiores possíveis. Inicialmente, surge eritema em torno a um halo isquêmico, evoluindo para uma placa necrótica, o que facilita a instalação de infecções. As alterações podem estender-se até o tecido subjacente, agravando o prognóstico.

As medidas profiláticas são clássicas e incluem mudança de decúbito frequente, uso de colchão d'água, sapatos locais e o tratamento sistêmico, como a repositores e os antianêmicos.

As microinjeções mesoterápicas, nestes casos, efetuadas ao redor de toda a lesão (2-3 cm de distância da borda) e também intraleisionalmente. A escolha será a mais eficaz principalmente sobre os vasodilatadores-regeneradores tissulares. O Buflomedil (Buflodil, Fortylane ®, França) e a Pentil-Heparina, são associados ao sílico orgânico,¹⁶⁻¹⁸ aos Glicosaminoglicanos e ao Ácido Hialurônico no tratamento peri e intraleisional. Com isto, visa-se estimular o metabolismo dos fibroblastos, aumentar fibras colágenas e promover a granulação, necessária para o fechamento da lesão.

Deve-se ressaltar que a experiência do profissional médico, no tratamento mesoterápico das úlceras, é a chave para o sucesso da terapia.

A profundidade das microinjeções, a distância entre pontos, a antissepsia da pele e o tipo de agulha escolhida bem como a sua substituição frequente para evitar contaminação, determinam a indicação desta técnica no tratamento das lesões cutâneas de MMII, com bons resultados.

Referências Bibliográficas

1. BABEL, A. J. Microcirurgia em Dermatologia y Estética. Masson, Barcelona, 1994.
2. Cecil Textbook of Medicine, Gundersen Keegan, 19ª ed., 1994.
3. CODRER, R. e PENELL, A. Topical Vitamin C in Aging. Duke University Medical Center, 1994.
4. FENICIMARR, R. e COL, H. Human Dermal Glycosaminoglycans. Aging Biochem Biophys. Act. 278: 265-273, 1992.
5. GARCIA, L. O. Tratado de Mesoterapia. Ed. PGE, Campinas, AC Equilíbrio.
6. LE COZ, J. Mesoterapia em Medicina Geral. Masson, Paris.
7. MURRAY, S. e COL. Regulation of Collagen Synthesis by Ascorbic Acid. Proc. Natl Acad Sci USA. 78: 2679-82, 1981.
8. OLSZEWSKI, E. Tratado de Medicina Ormamentária. Ed. Nova Editorial, 3ª ed. São Paulo, 1999.
9. RENZI, R. F. Antioxidantes Injetáveis em Mesoterapia Facial. Curso Básico em Medicina Biomolecular. São Paulo, 1999.
10. SANCHEZ, C. E. COL, D. Doença Arterial e Mesoterapia. Meio Anál. 2: 18-19, 1998.