



PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DE UMA ÚLCERA ARTERIAL EM PERNA À ESPERA DE VASCULARIZAÇÃO: UM RELATO.

Morgana Monteiro Pimentel (1); Lídia Santos Sousa (1); Arthur Bento de Meneses (2);

1 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: moorganap@gmail.com;

1 Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: sousaslidia@gmail.com;

2 Enfermeiro Dermatologista na Clínica Cicatriza. E-mail: arthur-mais@hotmail.com;

Resumo: As úlceras de membros inferiores ocorrem com frequência em todo o mundo e são extremamente incapacitantes. Dentre os principais tipos de úlceras de membros inferiores, estão as venosas, arteriais e neuropáticas. As úlceras decorrentes de insuficiência arterial geralmente possuem profundidade variável, pouca exsudação, coloração de fundo pálido ou negro devido à necrose, são extremamente dolorosas, de odor forte e difícil cicatrização. Como forma de tratamento existe a revascularização, porém, a sua terapêutica não envolve apenas a correção da condição de base, mas está associada ao uso de medidas locais para promover a cicatrização, como exemplo está à realização de curativos. **Objetivo:** Relatar o processo de reparo tecidual de uma úlcera de difícil cicatrização, oriunda da Clínica Cicatriza, localizada na cidade de Campina Grande – PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso com caráter de pesquisa documental e descritiva, com abordagem qualitativa, realizado em uma clínica especializada em curativos na cidade de Campina Grande, PB, tendo duração de 4 meses, de Janeiro de 2017 à Maio de 2017. A amostra foi constituída de um paciente portador de duas lesões decorrentes de insuficiência arterial, com indicação de angioplastia, que foi submetido ao tratamento tópico com Papaína 10% e do Ácido Hialurônico 0,2%, gaze estéril impregnada com polihexametileno de biguanida (PHMB), Malha não aderente com emulsão de Petrolatum e Espuma com antimicrobiano polihexametileno de biguanida (PHMB). A coleta de dados foi realizada por meio dos registros fotográficos e prontuário dos pacientes. **Resultados:** Com o decorrer do tratamento houve uma melhora progressiva das duas lesões, sem complicações, evidenciando a eficácia dos medicamentos tópicos que promoveram o desbridamento, a neovascularização e a epitelação da lesão. **Conclusão:** Considera-se de extrema importância a realização de um programa de curativos que respeite a frequência mínima de trocas e estimule a microcirculação e proteção antimicrobiana. No caso estudado, observou-se a cicatrização completa da úlcera arterial de perna mesmo com a indicação da revascularização do membro, que é uma medida primordial para a condição clínica do paciente.

Palavras-chave: Úlcera Arterial, Revascularização, Cicatrização, Úlcera de perna.

INTRODUÇÃO

As úlceras de membros inferiores ocorrem com frequência em todo o mundo e são extremamente incapacitantes, afetando a qualidade de vida e a produtividade do indivíduo acometido. Dentre os principais tipos de úlceras de membros inferiores, estão as venosas, arteriais e neuropáticas (BERGONSE; RIVITTI, 2006). A estimativa é de que 80% a 85% dos casos de úlceras de perna sejam provocados por insuficiência venosa e que 5% a 20% são ocasionadas por insuficiência arterial, geralmente por progressão de aterosclerose (OLIVEIRA; SOARES; ROCHA, 2010).

As úlceras decorrentes de insuficiência arterial geralmente possuem profundidade



variável, pouca exsudação, coloração de fundo pálido ou negro devido à necrose, são extremamente dolorosas, de odor forte e difícil cicatrização (BERSUSA; LAGES, 2004).

A avaliação de uma úlcera de pé ou de tornozelo deve ser sempre iniciada com a análise da ferida e do status vascular da extremidade, avaliando os pulsos e por meio de estudos de laboratório vascular, para descobrir o possível potencial de cicatrização da úlcera (DIAS, 2011).

O índice tornozelo-braço (ITB) é um método considerado não invasivo que visa à detecção de uma possível insuficiência arterial, utilizando um esfigmomanômetro e um doppler portátil. O método consiste na comparação da tensão sistólica braquial com a tensão sistólica do tornozelo, se o valor do ITB for inferior a 0,9, o paciente é considerado portador de insuficiência arterial. Esse índice é de extrema importância para traçar um plano de cuidado e para a contra-indicação de uma possível terapia de compressão (FURTADO, 2003; SALOMÉ, 2012).

Como forma de tratamento existe a revascularização, por meio de cirurgia convencional ou procedimentos endovasculares (como a angioplastia), tem papel de grande importância para prevenir a perda de membro, assim como na melhoria da qualidade de vida de portadores de isquemia crítica (DIAS, 2011). Porém, a sua terapêutica não envolve apenas a correção da condição de base, mas está associada ao uso de medidas locais para promover a cicatrização, como exemplo está à realização de curativos (MIOT *et al.*, 2009).

O conhecimento acerca de feridas possibilita o desenvolvimento de práticas em saúde que adotem o princípio da integralidade acima de qualquer prática técnica (ROCHA *et al.*, 2013), portanto, é de extrema necessidade a análise das condições de saúde e da ferida do indivíduo, visando a criação de um plano de cuidado que possa trazer conforto e a cicatrização da ferida.

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar o processo de cicatrização de uma úlcera arterial em uma clínica especializada em curativos na cidade de Campina Grande – PB.



OBJETIVO

Relatar o processo de reparo tecidual de uma úlcera de difícil cicatrização, oriunda da Clínica Cicatriza, localizada na cidade de Campina Grande – PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso com caráter de pesquisa documental e descritiva, com abordagem qualitativa, realizado em uma clínica especializada em curativos na cidade de Campina Grande, PB, tendo duração de 4 meses, de Janeiro de 2017 à Maio de 2017.

A amostra foi constituída de um paciente portador de duas lesões decorrentes de insuficiência arterial, com indicação de angioplastia, que foi submetido ao tratamento tópico com Papaína 10% e do Ácido Hialurônico 0,2%, gaze estéril impregnada com polihexametileno de biguanida (PHMB), Malha não aderente com emulsão de Petrolatum e Espuma com antimicrobiano polihexametileno de biguanida (PHMB). No exame físico realizado no paciente, foi analisado seu estado geral e a área lesionada, considerando o aumento ou a redução no decorrer do período em avaliação.

A coleta de dados foi realizada por meio dos registros fotográficos e prontuário do paciente. Todas as observações foram anotadas na ficha de admissão antes do início do seguimento do paciente e a cada troca de curativo, visando analisar a evolução da ferida.

Solicitou-se autorização ao paciente, por escrito, para uso de imagem a título gratuito, precedida de explicação verbal sobre os objetivos e métodos do estudo, conforme Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a ética em pesquisa com seres humanos. A realização do trabalho científico foi aprovado pela clínica de curativos, onde os dados foram coletados.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

J. F. S., 85 anos, sexo masculino, o paciente relatou ter como comorbidade o Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Cardiopatia. No dia 11 de Janeiro de 2017 foi realizada a avaliação do paciente, identificando fatores de risco presentes e a localização, estágio, dimensão e aspecto das feridas.



No que se refere ao exame físico, apresentava-se nutrido, hidratado, força motora diminuída, pulso periférico ausente e perfusão periférica diminuída, expressão facial de dor e relato de dor a estimulação tátil. Na avaliação das feridas, o paciente apresentava úlcera arterial precisamente na região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito (**Figura 1**).

Em relação ao leito das duas feridas, foi possível analisar a presença de esfacelos, discreto tecido de granulação, exsudação linfática, profunda superficial e potencialmente contaminada. Portanto, se torna essencial a avaliação das lesões para escolher a melhor estratégia terapêutica, visando alcançar a cicatrização das feridas e uma melhora na qualidade de vida do paciente.

A conduta inicial realizada foi através de limpeza com água deionizada e sabonete antisséptico, aplicação da papaína 10%, gel com ação desbridante, como medicação tópica, seguida de ácido hialurônico 0,2%, que promove a neovascularização e regeneração tecidual, cobertura com gaze estéril impregnada com polihexametileno de biguanida (PHMB) e malha não aderente com emulsão de petrolatum, seguindo o programa de uma vez por semana.



Figura 1 – Admissão do paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 11 de Janeiro de 2017.
Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.

No dia 19 de Janeiro de 2017 (**Figura 2**), o paciente foi submetido a um exame de Eco Doppler Arterial do MID, esse procedimento permite uma análise simultânea da anatomia e hemodinâmica arterial periférica, possibilitando a identificação de aneurismas, trombos e caracterização das placas de ateroma (textura, calcificação e ulceração) (NOGUEIRA *et.al.*, 2004). Após o exame foi possível concluir que o paciente apresentava estenose entre 20-50% na artéria femoral profunda, 50-99% na artéria



femoral distal, 50-99% na artéria poplítea. As artérias femoral comum, femoral profunda, e peroneira apresentavam fluxo normal, enquanto as artérias femoral e poplítea apresentavam fluxo diminuído, e oclusão total das artérias tibial anterior, posterior e pediosa.

Após a realização do exame foi constatado que seria necessário a realização de uma angioplastia, técnica cirúrgica endovascular que preserva a circulação colateral e auxilia na revascularização do membro (MOREIRA; COSTA; CARRILHO; 2014). Esse procedimento é pouco invasivo e de rápida realização, porém de alto custo. Entretanto, a presença de fluxo sanguíneo em algumas artérias foi considerada ponto chave para dar sequência ao tratamento com curativos enquanto o paciente aguardava a realização da angioplastia.



Figura 2- Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 19 de Janeiro de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.

Após o segundo curativo foi possível observar uma evolução da ferida. Na medida em que a utilização da papaína 10% auxiliava na diminuição da quantidade de esfacelos, por ser um desbridante químico, a utilização do ácido hialurônico a 0,2%, estimulava a angiogênese (**Figura 3**). Continuou sendo utilizada a malha não aderente com emulsão de petrolatum, em contato direto com o leito da ferida, minimizando o odor e permitindo que o exsudato passe livremente para a espuma com antimicrobiano polihexametileno de biguanida (PHMB) agora utilizada, que auxilia na ação contra diversos tipos de bactérias.



Figura 3 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Áquiles do membro inferior direito – 15 de Fevereiro de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.

No dia 11 de Abril de 2017 foi possível observar uma predominância do tecido de granulação quando comparado à quantidade de esfacelos e uma aproximação das bordas. O ácido hialurônico a 0,2% que é indicado para feridas pouco granulosas mostrou sua eficácia, pois sua ação estimulou a neovascularização e o reparo tecidual (**Figura 4 e 5**). Nessa fase a espuma com PHMB continuou sendo utilizada, permitindo a manutenção do meio úmido, para que ocorra uma cicatrização efetiva.



Figura 4 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Áquiles do membro inferior direito – 11 de Abril de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.



Figura 5 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 11 de Abril de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.

Aproximadamente 3 meses após o início do tratamento a ferida se apresentava em fase final de cicatrização, sendo possível notar o progresso do tecido de granulação dando lugar ao tecido de epitelização, sem presença de tecido desvitalizado ou sinais de infecção que pudessem comprometer a sua evolução (**Figura 6**).



Figura 6 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 25 de Abril de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.

Com o decorrer do tratamento houve uma melhora progressiva das duas lesões, sem complicações, evidenciando a eficácia dos medicamentos tópicos que promoveram o desbridamento, a neovascularização e a epitelização

da lesão. Quanto à hidratação, as lesões se mantiveram com umidade adequada durante todo o tratamento, evidenciando a importância da utilização da espuma com PHMB, ocorrendo assim um processo de cicatrização efetiva, evidenciando assim a resolutividade do tratamento sem haver a realização da angioplastia (**Figura 7 e 8**). O repouso e o cuidado com a região da ferida permanecem como indicações da equipe de enfermagem.



Figura 7 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 02 de Maio de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.



Figura 8 – Paciente portador de úlcera arterial em região maleolar interna e do calcanhar de Aquiles do membro inferior direito – 02 de Maio de 2017. Fonte: Arquivo Pessoal CICATRIZA.



CONCLUSÃO

A associação entre as medicações tópicas e coberturas utilizadas mostrou eficácia para o tratamento da ferida, sem causar efeitos adversos ou desconforto ao paciente, resultando na cicatrização. Porém, esse processo de resolutividade da ferida foi possível principalmente pela presença de fluxo sanguíneo no membro, destacando a necessidade da realização de exames prévios, como o Eco Doppler para dar sequência ao tratamento.

Considera-se de extrema importância a realização de um programa de curativos que respeite a frequência mínima de trocas e estimule a microcirculação e proteção antimicrobiana enquanto se espera um procedimento de revascularização. No caso estudado, observou-se a cicatrização completa da úlcera arterial de perna mesmo com a indicação da revascularização do membro, que é uma medida primordial para a condição clínica do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGONSE, F. N., RIVITTI, E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. **Na. Bras. Dermatol.**, v. 81, n.2, p. 131 – 135, 2006.
- BERSUSA, A. A. S., LAGES, J. S. Integridade da pele prejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 81-92, Maringá, 2004.
- DIAS, E. Angiossomas do pé e do tornozelo – implicações no tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 7, n. 4, 2011.
- FURTADO, K. A. X. Úlceras de perna – Tratamento baseado em evidências. **Revista Nursing Portuguesa**, Julho, 2003.
- MIOT, H. A., et al. Úlceras crônicas dos membros inferiores: avaliação pela fotografia digital. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 2, p. 145-148, 2009.
- MOREIRA, R. W. C., COSTA, P. V. A., CARRILHO, D. D. R., Tratamento de isquemia crítica de membro inferior com técnica híbrida. **J. Vasc. Bras.**, v. 13, n. 3, Porto Alegre, 2014.
- NOGUEIRA, A. C. S., et al. Normatização dos equipamentos e das técnicas para a realização de exames de ultra-sonografia vascular. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 82, São Paulo, 2004.
- OLIVEIRA, S. H. S., SOARES, M. J. G. O., ROCHA, P. S. Uso de cobertura com colágeno e aloe vera no tratamento de feridas isquêmicas: estudo



de caso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, São Paulo, 2010.

ROCHA, I. C. A., et al. Pessoas com feridas e as características de sua lesão cutaneomucosa.

Journal of Nursing and Health, v. 3, n. 1, 2013.

SALOMÉ, G. M. Identificação do índice tornozelo/braço em pacientes com úlcera de perna.

Saúde Coletiva, v. 9, n. 58, p. 118 – 122, São Paulo, 2012.

