

Instituição: Cicatriclin/Hipermed, unidade Vitória da Conquista, Bahia.

Introdução: A pele humana é um ambiente propício para o crescimento bacteriano controlado. No entanto, fatores como a maior virulência do microrganismo, baixa imunidade do hospedeiro e elevada umidade local aumentam as chances de infecções cutâneas, sendo os folículos pilosos um dos alvos preferenciais para bactérias patogênicas.¹ Nesse sentido, a foliculite é definida como a reação inflamatória localizada na face superficial do folículo piloso, podendo envolver os folículos adjacentes.² Tal inflamação pode complicar em abscesso e posterior lesão local, sendo necessário o devido manejo da cicatrização para a recuperação tecidual. Uma opção terapêutica disponível é a Terapia por Pressão Negativa (TPN) portátil, que consiste na instalação de uma cobertura primária sobre o leito da lesão coberto por uma película adesiva que oclui toda a ferida, não deixando fissuras para a entrada ou saída de fluidos ou ar, representando um sistema fechado. Tal aparato é conectado a um reservatório de exsudato por intermédio de um tubo de sucção, que impõe pressão negativa sobre o leito da ferida, promovendo a redução do edema e das dimensões da ferida, controle de exsudato e estímulo à neoangiogênese e à produção de colágeno.³ Curativos à base de espuma de silicone impregnada com Polihexametileno Biguanida (PHMB), semelhantemente, possuem ação primária de manejo do exsudato, além do controle de infecções, o que desenvolve o microclima ideal para a cicatrização. A Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) adjuvante mostra-se uma importante ferramenta de cuidado ao paciente com ferida, uma vez que promove uma grande dissolução de oxigênio no plasma, consequentemente aumentando a proliferação de fibroblastos, ativação de células de defesa e estímulo a granulação.⁴ Logo, terapias complementares diversas podem ser utilizadas no tratamento de feridas complicadas para otimizar o processo cicatricial.

Objetivo: Descrever a evolução clínica de paciente com lesão decorrente de foliculite complicada sob utilização de TPN portátil, OHB e curativos especiais.

Método: Este relato de caso foi estruturado com base no CARE case report guideline e realizado por revisão de prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico da lesão ao longo do tratamento. As informações coletadas foram consentidas pelo paciente através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.⁵

Resultados: Paciente do sexo masculino, 41 anos, nega patologias de base ou alergias medicamentosas e alimentares, com história de foliculite em região proximal de coxa esquerda, evoluindo para abscesso, sendo realizada drenagem do conteúdo purulento, com instalação de dreno de Penrose, uma semana após instauração do quadro, em ambiente hospitalar, onde usou oxacilina por 7 dias. Buscou atendimento ambulatorial do serviço de integridade cutânea e prevenção de agravos para otimizar a cicatrização da ferida remanescente. Avaliação de equipe de enfermagem evidenciou lesão de pequena extensão, pouco cavitária, com leito exibindo tecido de granulação em sua maior porção, com presença de biofilme e tecido fibrinoso, exsudato sanguinolento em pequena quantidade, além de odor característico, bordas fragilizadas e região perilesional hiperemiada com hematomas discretos. Paciente relata pequena algia à manipulação. Médico ortopedista da equipe prescreveu amoxicilina com clavulanato por 14 dias após a admissão com o objetivo de eliminar possíveis patógenos presentes na ferida. Cultura de fragmento de tecido coletada no período da admissão não isolou microrganismos. Como curativo, equipe optou por utilização de cobertura composta de espuma impregnada com PHMB por sua ação antimicrobiana, prevenindo processos infecciosos locais, com manejo efetivo do exsudato e trocas atraumáticas. Iniciou-se concomitantemente sessões de OHB com duração de uma hora e meia à 2.5 ATA para promover melhora na vascularização local e evitar complicações possíveis, otimizando o processo de cicatrização. No 30º dia de tratamento (DT), paciente apresentou lesão de pequena extensão em processo de evolução satisfatória, leito vitalizado, granulado, iniciando processo de epitelização. No entanto, médica clínica da equipe notou a presença de abscessos bilaterais em coxas do paciente, um em região medial à esquerda, além de outros em região inguinal e outro em face lateral à direita. Paciente foi encaminhado para internação para antibioticoterapia endovenosa e drenagem dos abscessos. Equipe de enfermagem, em visita ao leito do paciente um dia após o procedimento, realizou a implementação de curativos de espuma com PHMB na ferida já em tratamento e em duas das três lesões provenientes da drenagem dos abscessos. Em lesão maior localizada em face lateral de coxa direita (CD) foi implementado o sistema de TPN portátil, com cobertura primária de malha antimicrobiana à base de Cloreto de Dialquil Carbamoil (DACC). A terapia especial foi implementada devido ao leito cavitário da lesão, além de regiões de fibrina bem aderidas em paredes e bordas, exsudando secreção pioserosa em moderado volume, bordas irregulares e perilesão edemaciada, se beneficiando da ação da terapia de manejo do exsudato, controle de infecções, superficialização da ferida, melhorar o aporte sanguíneo e promoção da formação do tecido de granulação. No 38º DT, dia da interrupção da TPN, evidenciou-se lesão com leito mais superficial, evoluindo de 5 milímetros para 1 milímetro de profundidade, mantendo exsudato pioseroso em moderado volume com regiões de fibrina. Após terapia, foi implementado curativo de espuma com PHMB para tal lesão. No 72º DT, equipe de enfermagem interrompeu a troca de curativos em três das quatro lesões e da OHB, totalizando 40 sessões, em razão de epitelização completa, sem retorno exsudativo, mantendo o tratamento de lesão maior em face lateral de CD apenas com curativo. Por fim, no 120º DT, paciente recebe alta do tratamento ao apresentar melhora significativa em lesão remanescente, com leito íntegro, sem retorno de exsudato ou necessidade de troca de curativo.



Figura 1 – 1º dia de tratamento



Figura 2 – 38º DT (região lateral de CD pós TPN)



Figura 3 – 120º DT (região lateral de CD)

Discussão: Determinar o plano terapêutico adequado para o paciente com ferida complexa é papel determinante para a correta cicatrização no menor tempo possível. Nesse sentido, associar terapias adjuvantes com curativos que se encaixassem nas necessidades específicas do paciente e de seu perfil de ferida foi fundamental no caso relatado. A realização das terapias de OHB durante o período de tratamento mostrou-se um provável catalisador do processo cicatricial, evitando complicações associadas a recidivas de infecções e manutenção do processo inflamatório. A TPN portátil, por sua vez, gerou importante resposta para uma ferida cavitária que possivelmente demoraria um período maior de tempo para superficializar e recuperar sua integridade tecidual. Em adição às terapias especiais, os curativos de espuma com PHMB apresentaram boa eficiência para o manejo de uma ferida altamente exsudativa com possibilidade importante de contaminação. Logo, encontrar o conjunto de terapias que se encaixe nas carências do paciente com lesão é uma função essencial da equipe multidisciplinar, evitando complicações que comprometam a saúde do paciente e sua integridade cutânea, abreviando o tempo de cicatrização, o que se torna possível com o acesso a tecnologias especiais.

Conclusão: Conclui-se, portanto, que a utilização da TPN portátil e da OHB adjuvante, em associação a curativos especiais à base de espuma impregnada com PHMB, possivelmente contribuíram para a evolução favorável do caso em tempo hábil, uma vez que a ação conjunta dessas ferramentas terapêuticas reúne benefícios precisos às necessidades do paciente apresentado.

Referências:

1. CHILLER, K.; SELKIN, B. A.; MURAKAWA, G. J. Skin Microflora and Bacterial Infections of the Skin. Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings, v. 6, n. 3, p. 170–174, 1 dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.0022-202x.2001.00043.x>;
2. LUELMO-AGUILAR, J.; SANTANDREU, M. S. Folliculitis: recognition and management. American Journal of Clinical Dermatology, v. 5, n. 5, p. 301–310, 2004. Disponível em: 3. LIMA, R. V. K. S.; COLTRO, P. S.; FARINA JÚNIOR, J. A. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 44, n. 1, p. 81–93, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001001>;

