

Capítulo 3

Úlceras Tróficas de Perna

As úlceras tróficas de perna constituem uma doença mutilante comum, que surge geralmente a partir de um pequeno trauma ou de uma infecção secundária em regiões da perna onde a pele está sob distúrbios nutricionais, apresentando assim uma difícil cicatrização.

Podem ser observados outros fatores que contribuem para o aparecimento dessas lesões, como a presença de varizes ou diabetes, ou até mesmo questões de ordem neurológica, onde o indivíduo só consegue constatar a presença da lesão após decorrido um grande espaço de tempo, por não sentir dor no local, como observado por FISHMAN, T. D. (2000).

As úlceras de perna podem ter diversas origens, sendo classificadas em diversos tipos.

Estas lesões podem ser caracterizadas pela existência de dois tipos principais de tecidos: o tecido de granulação, o qual consiste no reaparecimento de pele saudável, indicando um processo de cicatrização, possuindo coloração rósea ou avermelhada e o plasma, o qual aparece na lesão de forma amarelada e com uma aparência de creme, normalmente causada por uma infecção bacteriana. Estes dois tipos de tecidos podem ser vistos na Figura 3.1. Um outro tipo de tecido também encontrado em uma úlcera de perna é o tecido necrosado, de aparência escura e que representa um tipo de tecido morto, podendo ser encontrado mais abundantemente em pacientes em piores condições de higiene e, em geral, com um menor grau de instrução.

Em uma lesão em processo de cicatrização têm-se em sua superfície vários pontos ou grânulos, formados pelo crescimento contínuo do tecido de granulação. Este tecido pode aparecer por toda a área da lesão, o que pode levar ao

desaparecimento contínuo do plasma, que indicava um processo infeccioso. É importante atentar ao fato de que o tecido de granulação é formado sobrepondo-se ao plasma, ou seja, à medida que o tecido de granulação vai aparecendo sobre a região da ferida, o plasma vai sofrendo um processo inverso, desaparecendo gradativamente.



Figura 3.1: Úlcera de perna onde constata-se a presença do tecido de granulação (coloração vermelha) e o plasma (coloração amarela) (BERRIS, W. P. (2000))

O processo de medição de uma ferida ainda é predominante feito visualmente, através de medidas da área da superfície da lesão, embora a profundidade e volume também sejam indicadores importantes. No entanto, não é somente o tamanho da ferida que determina o estado de melhora, mas outros indicadores visuais, como áreas de plasma e tecido de granulação que se localizam na parte interna da ferida, como afirma BERRIS, W. P. (2000) em sua tese sobre mensuração de tipos de tecidos em úlceras tróficas.

Um dos aspectos mais interessantes para o clínico avaliar o estado da lesão, especificamente na parte interna da ferida, é o da coloração de seus tecidos, no caso, vermelho para tecido de granulação e amarelo para o plasma. BERRIS, W. P. (2000) faz uma análise onde dados mais precisos são obtidos a partir da medição das cores amarelo e vermelho (tecido de granulação e plasma) de imagens de lesões.

3.1. Ulcerações

Uma ulceração de pele pode atingir as camadas média e profunda do tecido conjuntivo (GREITHER, A. (1980)). O desenvolvimento de uma úlcera é geralmente vagaroso; pode ser devido a processos inflamatórios, infiltrativos, supurativos, abrindo-se para o exterior, como no caso de um furúnculo. As bordas da úlcera podem estar no mesmo nível da pele circunvizinha, sendo esta chamada de úlcera "estampada".

As bordas da úlcera podem, entretanto, fazer saliência sobre a pele; no entanto, o assoalho da úlcera, em relação aos lados, pode não ser contínuo, isto é, podem ocorrer nichos entre o próprio assoalho e as partes laterais sobrepostas da epiderme (ex. típico: cancro mole). O assoalho da úlcera pode ser gorduroso (presença de plasma) e coberto por detritos necróticos (presença de tecido necrosado): na formação do tecido de granulação encontram-se grânulos rosados, recentes, indicando a reepitelização que se inicia (tecido de granulação).

3.2. Úlceras de Origem Venosa

As úlceras venosas ou úlceras de estase representam de 60 a 70%, aproximadamente, de todas as úlceras de perna. Trata-se de uma insuficiência venosa crônica (IVC), o que significa uma incapacidade persistente, duradoura, das veias exercerem a sua função (MAFFEI, F. H. A. *et al.* (1995)). A Figura 3.2 mostra esse tipo de ulceração.

A bomba muscular da panturrilha, uma das áreas atingidas por IVC, no caso de pacientes portadores de úlceras venosas, corresponde ao mecanismo de retorno venoso contra a gravidade nos membros inferiores, realizado pelos músculos da panturrilha e pelas válvulas venosas unidirecionais. A compressão muscular das veias impulsiona o sangue em direção ascendente, enquanto as válvulas impedem o refluxo sanguíneo. Ocorre, então, uma falha nesse mecanismo, causada principalmente pela tromboflebite e pela trombose venosa profunda.

As úlceras venosas surgem com maior frequência no terço distal das pernas em áreas de dermatite ou de celulite endurecida das regiões dos maléolos mediais. Podem tornar-se crônicas, apresentando frequentes infecções secundárias, o que dificulta o processo de cicatrização.

Apresentam como características principais uma base profunda de massa fibrosa espessa e quase avascular e as bordas geralmente irregulares. São mais frequentes em indivíduos idosos e naqueles que exercem profissões que exigem posição ortoestática prolongada. Ocorrem mais em mulheres, devido principalmente a distúrbios neuroendócrinos e por trombooses venosas obstétricas.



Figura 3.2: Úlcera do tipo venosa (MAFFEI, F. H. A. et al. (1995))

3.3. Úlceras de Origem Arterial

MAFFEI, F. H. A. *et al.* (1995) afirmam que as úlceras de origem arterial são aquelas formadas a partir de um infarto isquêmico da derme, sendo também conhecidas como “úlceras isquêmicas”. São muito dolorosas e causadas comumente por aterosclerose obliterante periférica ou por tromboangite obliterante.

Na aterosclerose obliterante periférica, as úlceras podem ser observadas em regiões como nos dedos, dorso ou na borda externa dos pés e na região calcânea. Ela consiste no depósito de lipídios nas paredes de artérias, o que pode levar à fibrose e calcificação destas, provocando o endurecimento das artérias. Geralmente são rasas e expõe uma superfície irregular, de coloração rósea, formada pela descamação da zona necrótica.

A tromboangite obliterante corresponde à inflamação de uma artéria com formação secundária de um trombo (coágulo sanguíneo), fechando a passagem do sangue. Tendem a aparecer nas bordas dos dedos e em espaços interdigitais, geralmente por traumatismos e infecção micótica.

3.4. Úlceras de Origem Diabética

Podem ser causadas devido a complicações neurológicas e vasculares, além da presença de diabetes no organismo. Esse tipo de ulceração pode ter a sua detecção retardada, com um conseqüente retardo no início do tratamento devido ao fato desse tipo de lesão não apresentar dor. O paciente pode, muitas vezes, nem sentir a presença da lesão e se deparar mais tarde com a mesma em um estágio já evoluído, o que pode levar a uma demora maior no processo de cicatrização.

Não existe ainda uma cura apresentada para esse tipo de neuropatologia, sendo feito o tratamento a base de estrito controle de glicose no organismo afetado, o que mostra retardar a progressão da doença, segundo FISHMAN, T. D. (2000).

Esse tipo de lesão costuma aparecer em polpas digitais ou na região planar, em pontos de pressão. São formadas bordas circulares com o surgimento de bastante secreção, o que pode, se ocorrer algum tipo de infecção, causar a formação de uma gangrena diabética (MAFFEI, F. H. A. *et al* (1995)), como mostra a Figura 3.3.



Figura 3.3: Úlcera trófica de perna do tipo diabética (MAFFEI, F. H. A. *et al* (1995))

3.5. Úlceras de Outras Origens

Além dos tipos de úlceras especificados anteriormente, existem outras, menos comuns, tais como as relacionadas por HILÁRIO, M. (1993):

- úlceras linfáticas: são aquelas provenientes da obstrução de vasos linfáticos, podendo levar à ulceração devido ao engrossamento da pele e do tecido subcutâneo. Nesse caso, qualquer pequena lesão pode levar a uma ulceração;
- úlceras mistas: são as causadas por vários fatores etiológicos simultaneamente;
- úlceras de decúbito: são provocadas por pressões prolongadas sobre áreas do corpo, impedindo o suprimento sanguíneo necessário a estas áreas. São mais frequentes em pacientes imobilizados no leito.