

Tratamento da ulceração parastomal crónica com sulfadiazina de prata e com ácido hialurónico: uma série de casos

RESUMO

As complicações cutâneas em ostomizados são amplamente relatadas e podem causar desafios físicos e emocionais na sua vida quotidiana. As complicações crónicas da pele paraestomal podem ser difíceis de curar e podem causar dor significativa.

Dois doentes apresentaram-se na clínica de estomaterapia para tratamento e foi-lhes diagnosticada uma ulceração crónica da pele paraestomal. Após ser realizado o tratamento padrão para a gestão de feridas, com pomada de corticosteroide tópico e revisão do aparelho, as úlceras não estavam a melhorar ou tinham voltado a ocorrer. Foi iniciado um tratamento com um creme combinado constituído por 0,2% de ácido hialurónico (HA) e por 1% de sulfadiazina de prata (SSD) e ambos os doentes demonstraram uma cicatrização completa.

O tratamento da ulceração cutânea parastomal com creme de dupla ação 0,2% HA e 1% SSD foi bem-sucedido para estes dois doentes, verificando-se uma redução da dor e do líquido purulento observada ao longo do tratamento, para além de um custo reduzido do tratamento quando comparado com os protocolos padrão.

Palavras-chave pele periestomal, ácido hialurónico, ferida, sulfadiazina de prata

Como referência Carlin A. Treatment of chronic parastomal ulceration with silver sulfadiazine and hyaluronic acid: a case series. WCET® Journal 2024;44(1):36-39.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.44.1.36-39>

Submetido 14 Setembro 2023, Aceite 27 Novembro

INTRODUÇÃO

O risco de um ostomizado desenvolver uma complicação de pele periestomal durante sua vida foi estimado em algo entre 6-80%¹. Os ostomizados com uma complicação cutânea referem com maior frequência uma imagem corporal negativa². Os ostomizados do sexo masculino com uma complicação cutânea tinham 1,72 vezes mais probabilidades de referir uma imagem corporal negativa do que os ostomizados sem complicações cutâneas e os ostomizados do sexo feminino tinham ainda mais probabilidades de referir uma imagem corporal negativa, com 1,87 vezes mais de probabilidades². Estas complicações são responsáveis por cerca de 40% de todas as visitas a enfermeiros especializados em estomas³.

As causas das complicações cutâneas periestomais e paraestomais podem ser complexas e incluem lesões químicas, traumatismos cutâneos, infecções, dermatites de contacto e ainda condições relacionadas com doenças⁴. Verifica-se que complicações cutâneas periestomais são mais frequentes nos doentes com ileostomia (57%) e urostomia (48%) do que nos doentes com colostomia (35%)⁵. Embora as complicações cutâneas periestomais, incluindo as úlceras, sejam bastante comuns, as úlceras paraestomais crónicas são mais invulgares e podem ser difíceis de gerir⁶.

Os ostomizados que desenvolvem úlceras paraestomais têm frequentemente doenças subjacentes, tais como a doença de Crohn, a doença do intestino irritável (DII) ou o pioderma gangrenoso (PG). O tratamento e a gestão de uma úlcera paraestomal consiste na revisão do aparelho, no tratamento de feridas, no tratamento sistémico (se o doente tiver doença de Crohn, DII ou PG) e no tratamento local, normalmente através de um corticosteróide⁶. Se um doente não apresentar doença de Crohn, DII ou PG, é provável que a sua úlcera paraestomal responda rapidamente ao tratamento local da ferida⁶. Os sintomas incluem frequentemente dor, dificuldades na utilização dos aparelhos e perdas de sangue⁶. Muitas vezes, estas úlceras podem não parecer graves, mas os ostomizados descrevem uma forte dor de ardor, exacerbada pelas mudanças de aparelho⁶.

As complicações cutâneas associadas ao estoma têm um grande impacto na qualidade de vida de um ostomizado, pelo que é vital que estas sejam resolvidas rapidamente. O objetivo deste estudo de caso é o de examinar dois ostomizados com ulceração paraestomal em que o plano de tratamento padrão falhou, tendo os ostomizados experimentado então um novo tratamento combinado de ácido hialurónico (HA) a 0,2% e de sulfadiazina de prata (SSD) a 1%.

Alison Carlin*

Certificado de Graduação em Enfermagem de Terapia de Estoma
Terapia Estomal CNC
Hospital Privado de Knox, VIC, Austrália
Correio eletrónico alison.carlin@healthscope.com.au

ACÇÃO DO PRODUTO

O HA induz uma reação de reparação tecidual acelerada, caracterizada por um crescimento de tecido de granulação bem-organizado. A ligação ao recetor de HA envolve as células

endoteliais, os macrófagos, os fibroblastos e os queratinócitos, modificando as suas propriedades para um estado mais "orientado para a reparação"^{7,8}. Para além de estimular os mecanismos de reparação celular, a capacidade substancial de ligação à água das moléculas de HA proporciona condições ideais para a migração e reprodução das células que vão formar novos tecidos^{7,8}.

A SSD é uma combinação de dois agentes antimicrobianos (prata e sulfadiazina), com propriedades antibacterianas de largo espectro e é especialmente eficaz contra os microrganismos frequentemente encontrados em lesões cutâneas infectadas⁹. Aplicado em feridas exsudativas, o SSD liberta os seus iões de prata, que aumentam o efeito bacteriostático do radical sulfonamida. A ação antimicrobiana sustentada da combinação de sulfadiazina e prata deve-se em parte à interação contínua com os fluidos no leito da ferida, o qual induz uma libertação lenta e prolongada de prata⁹.

Está provado que o tratamento combinado de HA com SSD (HA+SSD), em comparação com SSD isolado, acelera o processo de reparação, enquanto proporciona uma ação antibacteriana de largo espectro¹⁰. Estudos clínicos demonstraram que a utilização do produto combinado de HA+SSD resultou numa redução do tempo de enfermagem e das despesas e da utilização de medicamentos para alívio da dor^{11,12}.

APRESENTAÇÕES DE CASOS

Caso 1

A doente TW é uma mulher de 80 anos que em maio de 2020 foi submetida a uma proctocolectomia total com formação de uma ileostomia terminal. A ileostomia da doente era saudável e a pele periestomal permaneceu intacta até se ter apresentado na consulta externa de estomaterapia em julho de 2021 com uma úlcera de etiologia desconhecida. A úlcera de dimensões 80 mm x 50 mm encontrava-se adjacente ao seu estoma às 10 horas. Não apresentava dor nem odor, com pouco exsudado seroso e uma base macia da ferida.

Gestão e resultados

O tratamento iniciado em 22 de julho de 2021 (Figura 1) foi realizado com uma pomada de corticosteroide, um penso de barreira antibacteriana de prata e um penso de hidrocolóide. O penso era mudado diariamente, conjuntamente com a mudança do aparelho de ostomia. Após 1 mês de tratamento (Figura 2), a ferida tinha 100 mm x 50 mm, com uma base limpa e líquido purulento presente. A pele peri-ferida era frágil e corria o risco de poder sofrer novas lesões. O cirurgião colorrectal do doente tinha considerado a hipótese de realização uma biópsia para excluir a infeção da ferida com PG no caso de que a ferida continuasse a não apresentar sinais de melhoria.

O tratamento inicial foi então interrompido, tendo-se iniciado um tratamento com um creme contendo 0,2% de HA e 1% de SSD (HA+SSD). O tratamento era efectuado diariamente, conjuntamente com a mudança do aparelho de ostomia, de acordo com a preferência do doente (Figura 3).

Após o tratamento com o creme HA+SSD, a ferida reduziu continuamente de tamanho até ficar cicatrizada. Não se registou qualquer dor ou odor e o exsudado seroso diminuiu. Em 16 de setembro (Figura 4), o tratamento foi interrompido e o doente foi aconselhado a reiniciar o tratamento se voltasse a ocorrer qualquer rutura da ferida; no entanto, a ferida continuou a cicatrizar (Figura 5) e quase 12 meses depois permanece cicatrizada.



Figura 1. Estudo de caso 1 - 22 de julho



Figura 2. Estudo de caso 1 - 19 de agosto



Figura 3. Estudo de caso 1 - 2 de setembro



Figura 4. Estudo de caso 1 - 16 de setembro (cessação do tratamento)



Figura 5. Estudo de caso 1 - 1 de outubro

O custo do tratamento padrão versus o tratamento combinado HA+SSD mostrou diferenças significativas (Figura 6). O tratamento combinado SSD + HA foi mais de 40% mais económico por mudança de penso, com no total apenas 25% do tubo a ter sido utilizado.

Caso 2

O doente ML é um homem de 84 anos a quem em 2007 foi realizada uma conduta ileal. O conduto ileal e a pele periestomal do doente estavam saudáveis após a cirurgia e não tinham sido revistos por um estomaterapeuta desde há 11 anos. O paciente apresentou-se no ambulatório de estomaterapia em junho de 2021 com ulceração periestomal e com perda de pele. A úlcera com dimensões 20 mm x 40 mm estendia-se do bordo do estoma das 12 horas até às 7 horas. A úlcera era extremamente dolorosa, com uma base descamativa, exsudado pouco seroso e sem edema ou odor.

Gestão e resultados

O tratamento iniciado em 16 de junho de 2021 (Figura 7) foi realizado com uma pomada de corticosteroide a cada duas semanas, um penso de barreira antibacteriana de prata e um selo de ostomia hidrocolóide grande e pequeno. O penso era mudado de acordo com a preferência do doente e quando o aparelho de ostomia vazava, o que podia variar entre uma vez por dia e uma vez por semana.

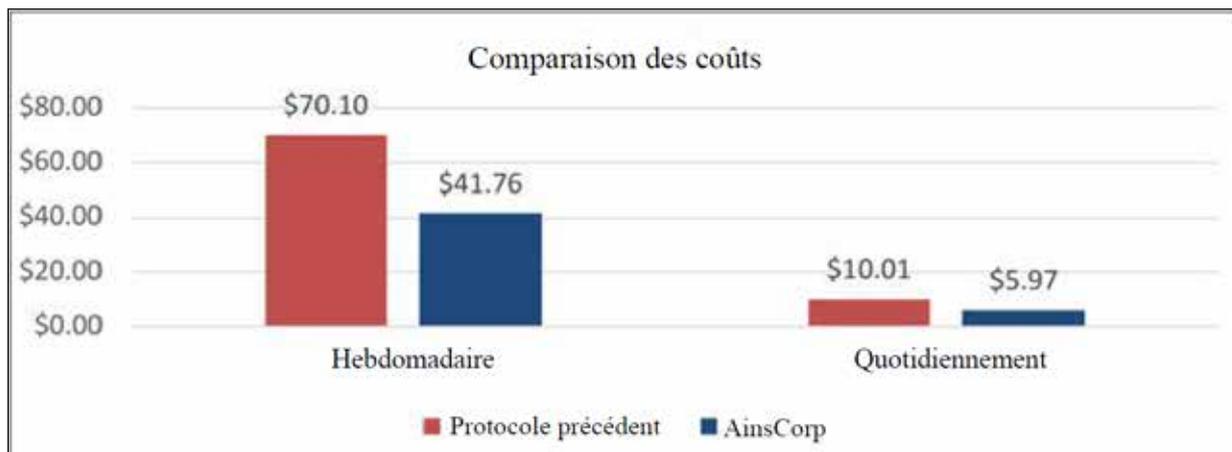


Figura 6. Caso 1 - comparação do custo do tratamento padrão com o do tratamento combinado HA+SSD numa base semanal e diária

Após 6 semanas de tratamento (Figura 8), a úlcera estava cicatrizada e o tratamento foi então interrompido; no entanto, o novo tecido de granulação na secção das 5 às 7 horas da úlcera parecia ser muito frágil. O doente voltou a apresentar-se em 8 de outubro, tendo a úlcera voltado a rebentar (Figura 9). A ferida com dimensões 10 mm x 5 mm, apresentando uma base descorada,



Figura 7. Estudo de caso 2 - 16 de junho



Figura 8. Estudo de caso 2 - 6 de agosto



Figura 9. Estudo de caso 2 - 8 de outubro



Figura 10. Estudo de caso 2 - 15 de outubro



Figura 11. Estudo de caso 2 - 29 de outubro



Figura 12. Estudo de caso 2 - 26 de novembro

maceração do bordo da ferida, pouco exsudado e sem dor, sem edema e sem odor. Nesta fase, o doente voltou ao regime de tratamento inicial com uma pomada de corticosteróides de duas em duas semanas, um penso de barreira antibacteriana de prata e um vedante de ostomia hidrocolóide. O penso era mudado a cada 2-3 dias, em conjunto com o aparelho de ostomia.

Após decorrida 1 semana (Figura 10), a ferida estava a aumentar (10 mm x 20 mm) e o tratamento inicial foi interrompido, tendo sido iniciado um tratamento com um creme contendo 0,2% de HA e 1% de SSD (HA+SSD). O tratamento foi realizado de dois em dois dias, em conjunto com a mudança do aparelho de ostomia, de acordo com a preferência do doente.

Após o tratamento com o creme HA+SSD, a ferida reduziu continuamente de tamanho até ficar cicatrizada. Duas semanas após o tratamento inicial (Figura 11), a ferida tinha diminuído de 10 mm x 20 mm para 5 mm x 5 mm. Apresentava tecido de granulação cor-de-rosa, pouco exsudado seroso e alguma maceração nos bordos da ferida. Não se registou dor, edema ou odor. Seis semanas após o tratamento (Figura 12), a ferida tinha cicatrizado e desde então tem-se mantido cicatrizada.

O custo do tratamento padrão versus o tratamento combinado HA+SSD mostrou diferenças significativas (Figura 13). O tratamento combinado de HA+SSD foi inferior em mais de 50% por mudança de penso, com no total apenas 25% do tubo a ter sido utilizado.

DISCUSSÃO

Ambos os doentes apresentavam úlceras paraestomais de etiologia desconhecida, que não puderam ser resolvidas com o tratamento padrão. Após o tratamento com um creme combinado de 0,2% de HA e 1% de SSD (HA+SSD), as úlceras foram tratadas com sucesso e cicatrizaram. Utilizando um cotonete, uma pequena quantidade do creme combinado, com a dimensão de uma ervilha, foi aplicada numa camada fina diretamente na úlcera, sem qualquer penso secundário e com o aparelho de ostomia aplicado por cima. A aplicação de creme por baixo da placa de base não afectou a adesão do hidrocolóide e ambos os doentes não referiram fugas ou levantamento da placa de base antes do horário de mudança da bolsa. Este tratamento facilitou a alta dos doentes da clínica de estomaterapia e desde então ambas as úlceras permaneceram curadas.

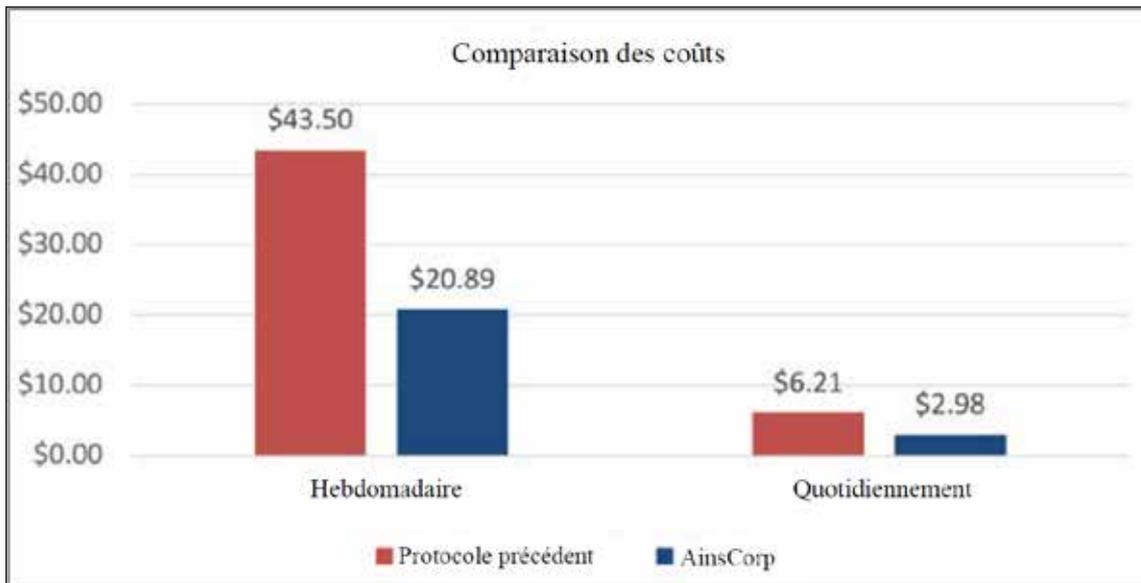


Figura 13. Caso 2 - comparação do custo do tratamento padrão com o do tratamento combinado HA+SSD numa base semanal e diária

CONCLUSÃO

O custo do tratamento padrão, em comparação com o tratamento combinado de HA+SSD, foi significativo. No caso 1, o custo do tratamento padrão foi 1,68 vezes superior ao do tratamento combinado e no caso 2, o custo do tratamento padrão foi 2,08 vezes superior ao do tratamento combinado. Além disso, o tratamento padrão falhou em ambos os doentes e as feridas ainda não estavam cicatrizadas após semanas de tratamento, ao passo que o custo do tratamento combinado foi calculado através do tempo até à cicatrização da ferida. A diferença significativa de custos do creme combinado HA+SSD, em comparação com o tratamento padrão da úlcera paraestomal (não tendo em conta as revisões adicionais dos médicos de clínica geral para os scripts de Kenacomb[®]), indica que pode ser uma intervenção eficaz e de baixo custo, podendo ser aplicada na primeira apresentação de uma úlcera paraestomal.

AGRADECIMENTOS

Para este estudo de caso os pacientes consentiram na utilização das suas informações. As fotografias foram tiradas com o consentimento verbal e escrito dos doentes.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Norman T, Haesler E, Carville K, et al. Establishing a consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. *J Stomal Therapy Aust* 2022;42(2):10–19.
2. Nichols TR, Riemer M. Body image perception, the stoma peristomal skin condition. *Gastrointest Nurs* 2011;9(1):22–26.
3. Antonini M, Arena R, Mancini S, et al. Peristomal skin changes: what treatment should be adopted? Results of an observational multi-centre study. *WCET J* 2018;38(1):30–34.
4. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, et al. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2017;44(4):350–357.
5. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2013;40(4):400–6.
6. Yeo H, Abir F, Longo WE. Management of parastomal ulcers. *World J Gastroenterol* 2006;12(20):3133–7.
7. Chen CP, Hung W, Lin SH. Effectiveness of hyaluronic acid for treating diabetic foot: a systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther* 2014;27(6):331–6.
8. Voigt J, Driver VR. Hyaluronic acid derivatives and their healing effect on burns, epithelial surgical wounds, and chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Wound Repair Regen* 2012;20(3):317–31.
9. Farris A, Prosdocimi M, Bevilacqua C. Association of hyaluronic acid and silver sulphurdiazine for topical use: rational basis and recent clinical evidence in wound healing. *Farmac* 2010;9(6):1–7.
10. Costagliola M, Agrosi M. Second degree burns: a comparative, multicentre, randomized trial of hyaluronic acid plus silver sulfadiazine alone. *Curr Med Res Opin* 2005;21(8):1235–40.
11. Soma PF, Stella M, Comitini S. Role of a HA based hyaluronic acid in re-epithelisation: a clinical model. 37th National Meeting of the Italian Society of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery, 1988.
12. Torregrossa F, Caroti A. Clinical trial of the topical use of hyaluronic acid-soaked gauzes in the treatment of sluggish ulcers. *Giorn It Derm Vener* 1983;118.