

Desbridamento e enxerto precoces: procedimentos eficientes na recuperação do paciente grande queimado

Através dos estudos da cirurgiã eslovena Zora Janžekovič, comunidade cirúrgica reconheceu a importância de desbridar e enxertar grandes queimados com mais antecedência

Por Alex Nicolau

Quando um paciente grande queimado é encaminhado a uma unidade hospitalar, ele é submetido a um tratamento cirúrgico. Ao longo dessa etapa, dois procedimentos essenciais — e complementares entre si — são adotados pelos profissionais de cirurgia plástica, com o objetivo de melhorar a cicatrização das áreas afetadas do corpo e recuperar as áreas que sofreram perda de pele. Trata-se do desbridamento e do enxerto.

O desbridamento é uma prática cirúrgica que tem como finalidade remover os tecidos necróticos (mortos) ou qualquer tipo de carga biológica de uma lesão. Tal procedimento é de extrema importância na recuperação do paciente, pois reduz microorganismos, toxinas e outras substâncias que podem atrapalhar o processo de cicatrização das feridas. De modo geral, extensas áreas de tecidos necróticos precisam ser removidas o quanto antes, independentemente da faixa-etária do grande queimado. No entanto, os desbridamentos devem ser mais criteriosos para o caso de pacientes idosos, pois estes apresentam mais vulnerabilidade para maiores sangramentos.

“Existem diversos métodos de desbridamento. O [desbridamento] biológico, por exemplo, não é comum na prática clínica. Este é realizado por meio de larvas de insetos. Na prática, nós realizamos o desbridamento cirúrgico”, explica o professor doutor Jayme Adriano Farina Jr, chefe da Divisão de Cirurgia Plástica e coordenador da Unidade de Queimados da Universidade de São Paulo (USP). O desbridamento cirúrgico é uma atribuição exclusiva dos cirurgiões e é realizado com técnica asséptica. Trata-se do método mais indicado para casos urgentes, devido à agilidade do seu procedimento.

O enxerto, por sua vez, é a técnica utilizada para preencher cirurgicamente uma área do corpo queimada que sofreu perda de pele. Para o preenchimento dessas áreas afetadas, a alternativa prioritária é retirar a pele intacta de uma outra região do próprio corpo do paciente — é o que chamamos de pele autóloga. Há casos em que é necessário recorrer à pele homóloga, ou seja, a pele doada de outro indivíduo, que geralmente é disponibilizada pelos bancos de pele. “Quando se trata de um paciente em situação grave, que teve mais

de 40% de superfície corporal queimada, os hospitais recorrem aos bancos de pele. No Brasil temos, por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e a USP de São Paulo”, lembra Farina.

O legado de Zora Janžekovič

Com o surgimento de novas pesquisas ao longo das décadas, o que era conhecido como “metodologia ideal” na execução do desbridamento cirúrgico e enxerto foi atravessado por mudanças e, conseqüentemente, o procedimento tornou-se mais eficiente. Nos anos 70, um marco na história dos estudos foi o nome da cirurgiã eslovena Zora Janžekovič. Em seus artigos publicados na época, ela mencionava a estratégia de tratar o mais rápido possível a ferida do paciente considerado grande queimado, pois se o tecido necrótico da queimadura profunda permanece exposto por muito tempo, tal condição não seria favorável na recuperação do paciente: aumentariam as chances de um grave processo de inflamação sistêmica, comprometendo o funcionamento de órgãos como rins e pulmões. Na comunidade cirúrgica, essa conduta ficou popularmente conhecida como desbridamento precoce.



Zora defendia que, se as condições fossem favoráveis, o desbridamento e enxerto de pele deveriam ser realizados preferencialmente na primeira semana de tratamento ao paciente. Além disso, nessa etapa, os cirurgiões deveriam limitar-se a desbridar no máximo 25% da superfície corporal queimada. Jayme Farina ressalta que, atualmente, é recomendável um limite ainda menor: “Procuramos desbridar entre 10 e 15% da superfície queimada, pois o procedimento provoca muito sangramento ao paciente”, explica o professor da USP. De acordo com os estudos da cirurgiã eslovena, o trabalho na primeira semana resultaria em cicatrizes de melhor qualidade e menos incidência de contraturas. Além disso, o período de hospitalização do paciente seria menor e, conseqüentemente, haveria menos custo hospitalar.

Apesar de questionada dentro da própria comunidade científica nos primeiros anos, o desbridamento e enxerto precoces tiveram sua eficiência comprovada na prática ao longo das décadas, tornando-se um padrão internacional. “Pode-se afir-

mar que o método ajudou, inclusive, a reduzir a mortalidade dos pacientes queimados”, ressalta Jayme Farina, que reforça o argumento com base nas suas próprias experiências acadêmicas e profissionais no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: “Em 1992, quando iniciei na residência médica em cirurgia plástica, ainda não adotávamos a prática do desbridamento e enxerto precoces. Naquele ano, a mortalidade de grandes queimados na nossa unidade de atendimento chegou a 12,5%. A partir de 1993, quando começamos a adotar essas práticas com mais antecedência, notamos uma queda nesse índice”, afirma. Dados do HCFMRP-USP revelam que, em 2012, a taxa de mortalidade de pacientes queimados na mesma unidade chegou a 1,4%.

Desbridamento e enxertia precoces: cronograma de procedimentos cirúrgicos durante um mês de trabalho

Independentemente da porcentagem de superfície corporal queimada, o período médio de recupe-

ração do grande queimado é de um mês. “Esse cronograma não se trata de uma regra rígida. Ele existe apenas como um guia para nortear o trabalho da equipe de cirurgiões. Até porque podem ocorrer imprevistos como, por exemplo, infecção e integração dos enxertos, e estes são fatores que podem retardar o procedimento cirúrgico”, explica Farina.

Nos primeiros cinco dias de tratamento ao paciente grande queimado, o desbridamento cirúrgico é logo realizado e, com o objetivo de evitar que o paciente perca muito sangue, o limite recomendável de aplicação desse procedimento é de 15% de toda a superfície corporal queimada. Dependendo das necessidades e condições do paciente, esse processo se repete a cada cinco dias ao longo de todo o tratamento, no período de um mês.

Caso tenha sofrido queimaduras na face, no pescoço ou em áreas de punção venosa, estas são as primeiras a passar pelos procedimentos cirúrgicos: após o desbridamento, realiza-se o enxerto com pele autóloga em lâminas — técnica utilizada para reparar áreas que

necessitam de melhor aspecto estético. Nessa etapa, a transferência de pele deve vir preferencialmente do couro cabeludo. “A vantagem do couro cabeludo é que ele pode ser uma fonte doadora de pele em mais de uma etapa cirúrgica. Por isso, é uma região do corpo recomendada para cobrir principalmente as áreas da face e do pescoço, pois estas são consideradas áreas nobres e, portanto, prioritárias”, ressalta Farina.

Em seguida, caso o paciente tenha sofrido queimaduras no tronco e nos membros, essas áreas são enxertadas com uso de pele homóloga em lâminas. Durante a cirurgia, o dorso — região posterior do tronco correspondente às vértebras — é sempre o último a ser desbridado e enxertado. “Comparada à região ventral, o dorso possui uma pele bem mais espessa, de modo que há chances maiores de uma reepitelização espontânea nessa região”, afirma o professor.

A partir do sexto dia de tratamento, caso o paciente tenha sofrido queimaduras profundas nas mãos, realiza-se novo desbridamento e enxerto, normalmente com o uso de pele autóloga em lâminas da região da coxa. Vale lembrar que, durante todo o procedimento cirúrgico, os profissionais trabalham para manter uma unidade estética nas áreas atingidas, e essa tentativa aplica-se também para a região dorsal da mão. Jayme Farina ressalta que, para essa finalidade, o enxerto em malha — outra técnica tradicional de enxerto — não é recomendado, pois tende a provocar mais fibrose e retração de pele. “Assim como a face, as mãos também são consideradas áreas nobres do nosso corpo e, por isso, são prioritárias no

“

“A vantagem do couro cabeludo é que ele pode ser uma fonte doadora de pele em mais de uma etapa cirúrgica. Por isso, é uma região do corpo recomendada para cobrir principalmente as áreas da face e do pescoço, pois estas são consideradas áreas nobres e, portanto, prioritárias”

”

procedimento cirúrgico. Procuramos trabalhar para que elas não permaneçam com contraturas ou sequelas muito visíveis”, explica.

Após cerca de 15 dias do início do tratamento, a equipe de cirurgia submete o paciente a novas sessões de desbridamento e enxerto, de acordo com as suas condições — período que leva em média mais 15 dias.

Tecnologias

Lâminas de bisturi, tesouras e facas de blair são alguns dos equipamentos mais utilizados no processo de desbridamento e enxerto. Segundo Jayme Farina, novas tecnologias estão surgindo no mercado, como é o caso da hidrocirurgia — um sistema de jato de água de alta pressão destinado à etapa de desbridamento das feridas. Outro item comumente utilizado para a etapa de enxerto é o dermatômo elétrico. “Hoje em dia existem dermatômos elétricos sem fio, que oferecem uma vantagem ao cirurgião durante o procedimento cirúrgico, pela facilidade de manuseio do equipamento”, lembra.

O dermatômo elétrico é o equipamento mais recomendável na retirada de pele do couro cabeludo. O equipamento possui uma escala de calibração, e sua vantagem é a capacidade de retirar camadas de pele de fina espessura. “O ideal é regular o dermatômo em 0.2 milímetros. Utilizando o equipamento nessa regulagem, já houve um caso em que conseguimos retirar dez vezes a camada de pele da região do couro cabeludo de uma criança. Para essa finalidade específica, é um equipamento mais recomendado do que a faca de blair, por exemplo”, explica Farina. ■