

Feridas malignas: uma revisão de literatura

Fungating wounds: a review of the literature

Nadia Antomia Aparecida Poletti,¹ Maria Helena Larcher Caliri,² Cléa D Soares Rodrigues Simão,³

Karen Bárbara Juliani⁴ e Vivian Ellen Tácito⁴

Resumo

O presente trabalho é uma revisão de literatura, no qual foram analisados doze artigos contendo definição, características e os cuidados com as feridas malignas cutâneas. O objetivo foi identificar na literatura quais aspectos estão sendo abordados sobre estas lesões, decorrentes da infiltração de células malignas através do epitélio alterando a integridade epidérmica. Essas feridas possuem características próprias, que são a hemorragia, o odor, infecção e exudato. Os apósitos utilizados no tratamento tópico incluem o metronidazol gel, alginato de cálcio, carvão ativado e hidrogel. Constatamos que, muitas vezes, o tratamento não leva à cicatrização da ferida, uma vez que esta depende do câncer primário. Porém, a cicatrização não é a principal meta do cuidado, mas o controle dos sintomas, visando a uma melhor qualidade de vida aos portadores destas lesões.

Palavras-chave: cicatrização de feridas; pele; lesões; neoplasias; cuidados de enfermagem; qualidade de vida.

Abstract

This paper analysed twelve articles about fungating wounds. It examined the definitions, characteristics and the care. The objective was to identify the aspects of these wounds in the literature. Fungating wounds are the infiltration of malignant cells through the epithelial tissue, changing epidermal integrity. These wounds have their own characteristics such as hemorrhage, smell, infection and exudate. The topic treatment consists on gel metronidazole, calcium alginate, activated charcoal and hydrogel. However, generally, this topic treatment doesn't lead to the healing of the wound. It just controls the symptoms, since the cicatrization depends on the primary cancer. The aim of the treatment is to control the symptoms in order to improve the patient's quality of life.

Key words: wound healing; skin; injuries; neoplasms; nursing care; quality of life.

¹Enfermeira. Profa. Curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Coordenadora do Grupo de Curativos.

²Profa. Dra. da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³Enfermeira. Mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Coordenadora do Grupo de Curativos.

⁴Dicentes do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. *Enviar correspondência para K.B.J. Rua Santo Antônio 1856; 15130-000 Marissol, SP - Brasil.*

Recebido em dezembro de 2001.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho emergiu de nossa experiência com o cuidado a pacientes com feridas malignas, durante o estágio extra curricular no grupo de curativos. Intrigava-nos algumas características deste tipo de ferida que as diferenciava das demais.

Iniciamos então uma pesquisa bibliográfica, não sistematizada, sobre o tema, e tivemos uma dificuldade muito grande em encontrar publicações tanto nacionais como internacionais sobre feridas malignas. Para melhor entender estas lesões, apresentaremos a seguir alguns aspectos epidemiológicos do câncer e algumas características importantes desta doença.

As feridas malignas podem ser originárias de câncer primário na pele ou de metástases. Para o Instituto Nacional de Câncer (2000), câncer é o nome dado a mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e os órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Estas células dividem-se rapidamente, tendendo a ser agressivas e incontroláveis. O processo de carcinogênese, ou seja de formação do câncer, em geral se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor.

As células alteradas passam então a se comportar de forma anormal. Multiplicam-se de maneira descontrolada, mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta, invadindo-o. Geralmente, têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão as atividades de crescimento descontrolado. O acúmulo dessas células forma os tumores malignos.¹

Estas células têm a capacidade de se desprender do tumor e de migrar. Invadem inicialmente os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e, através desses, disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando as metástases. Dependendo do tipo da célula do tumor, alguns dão metástases mais rápido e mais

precocemente, outros o fazem bem lentamente ou até não o fazem.²

O câncer, segundo o INCA (2000), é a segunda doença que mais leva a óbitos no Brasil, sendo que no ano de 1997, 106.990 pessoas foram a óbito por algum tipo de câncer. Estima-se que no ano 2000 haverá 284.205 novos casos de câncer no país. As principais causas de todos esses óbitos são o diagnóstico incorreto do câncer, falta de tratamento, encaminhamentos inadequados e desinformação dos médicos, combinados ao pavor que a doença causa e ao estigma histórico. Atualmente quando o câncer é diagnosticado precocemente (grau zero de estadiamento) a cura pode atingir 96,5%.³

Neste contexto, um problema que tem se tornado cada vez mais comum, são as feridas dérmicas provocadas pelo câncer, que também são denominadas de feridas malignas. Assim optamos por realizar uma revisão sistematizada de literatura relacionada ao assunto em questão para identificar, quais os aspectos abordados pelos autores sobre feridas malignas.

MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos, realizamos uma revisão da literatura, por entendermos que o cuidado a feridas malignas é um tema relevante para a enfermagem. A revisão de literatura é descrita como a busca de informações sobre um tema ou tópico que resume a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa. O principal objetivo da revisão de literatura é fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, para auxiliar o profissional a tomar decisões. Neste tipo de estudo são abordados os tópicos relevantes sobre o tema, de forma a proporcionar ao leitor uma compreensão do que existe publicado sobre o assunto. Assim a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento.⁴

IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Na identificação das fontes bibliográficas foram utilizadas três bases de dados. Para identificar a literatura nacional foi consultada a base de dados LILACS, para a identificação da literatura internacional foram consultadas as bases de dados *Comprehensive Medline* e

CINAHL

Para identificar as publicações indexadas nesta base de dados foram, utilizadas as seguintes palavras chaves: "malignant wound", "fungating wound" e "feridas malignas".

TIPO DE ESTUDO, AMOSTRA E LOCAL

Trata-se de uma revisão de literatura onde levantamos 12 publicações referentes aos cuidados com os pacientes portadores de feridas malignas cutâneas.

Quanto ao tipo de publicação, foram considerados apenas os periódicos; em relação à procedência fizeram parte da amostra periódicos nacionais e internacionais publicados em português e inglês. O estudo foi realizado em uma escola de enfermagem estadual do interior de estado de São Paulo que também desenvolve pesquisas.

COLETA DE DADOS

Definida a amostra do estudo, realizamos a coleta de dados, visando a identificar os aspectos relevantes do tema e os itens de análise. Para tanto utilizamos um instrumento, que foi, elaborado por Poletti e Caliri⁵ em uma dissertação de mestrado sobre feridas crônicas, adaptado do modelo originalmente sugerido por Ganong.⁶

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados segundo um formulário e atendeu os seguintes critérios: dados de identificação dos autores e dos artigos, o ano de publicação, título e periódico, declaração dos objetivos e análise do conteúdo quanto ao tipo de ferida, tratamento e assistência de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados demandou um trabalho de leitura de todos os artigos. Dos 12 artigos localizados, 11 eram em inglês e um artigo em língua portuguesa. Na Tabela 1 apresentamos a listagem dos artigos segundo o ano de publicação, autor, título e periódico.

Tabela 1. Listagem dos artigos analisados segundo o autor e ano de publicação, título, periódico e número.

Ano	Autor	Título	Periódico, vol, nº.
1990	METK	Fungating and ulcerating malignant lesions: review of the literature	J. Adv Nurs v. 43, n. 4
1991	HEAL	Treating fungating lesions	Nurs Times v. 87, n. 23
1992	SIMON	Early and late radiation induced skin alterations	Oncology Nurs v. 19, n. 6
1993	GROCOTT	Practical changes	Nurs Times v. 89, n. 7
1994	UPRIGHT	Evaluation of Messalt dressings and continuous wet saline dressings in ulcerating metastatic skin lesions	Cancer Nurs v. 17, n. 2
1995	WHEDON	What methods do you use to manage tumor-associated wounds	Oncology Nurs Forum v. 22, n. 6
1995	HALLET	Fungating wounds	Nurs Times v. 91, n. 39
1997	COSGROVE	Faith Healing	Nurs Times v. 93, n. 7
1997	HASFIELD	Malignant cutaneous wounds: a management protocol	Ostomy/Wound Manag v. 43, n. 1
1997	SAUNDERS	Mutual support	Nurs Times v. 92, n. 32
1999	MARK	Nonselective debridement and antimicrobial cleansing of a venting ductal breast carcinoma	Arch Phys Med Rehabil v. 80, jan
1999	AMORIM	Lesões actínicas em pele	Rev. Esc. Enf. USP v. esp

Observa-se neste quadro que um maior número de publicações sobre feridas malignas ocorreu a partir do ano de 1995. Este aumento se deve provavelmente à crescente preocupação com o cuidado a estas lesões e ao aumento da expectativa de vida dos pacientes, que está vinculado aos avanços, terapêuticos e à expectativa de vida de pacientes portadores de doenças de caráter maligno.

Quanto à profissão dos autores 11 são enfermeiros e um é fisioterapeuta; em relação ao país de origem, 42% são da Inglaterra, 42% dos EUA, 8% do Canadá e 8% do Brasil.

Apresentaremos a seguir uma análise qualitativa dos artigos segundo o objetivo traçado neste trabalho

FERIDAS MALIGNAS: DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS

As feridas malignas cutâneas são definidas como resultado da infiltração do câncer no epitélio, e são ricamente vascularizadas com vasos sanguíneos e linfáticos.^{7,8}

São definidas ainda como a quebra da integridade epidérmica por infiltração das células malignas, sendo que 5% a 10% das pessoas com câncer desenvolvem metástases para a pele durante os seis últimos meses de vida. As metástases cutâneas ocorrem com maior frequência por via linfática, corrente sanguínea ou diretamente da lesão primária, podendo ocorrer também na linha de sutura após cirurgia de tumor primário ou de câncer recorrente.^{9,10}

As feridas malignas cutâneas podem ser reconhecidas devido a sua semelhança com infecções dérmicas por fungos, podendo inicialmente apresentar-se como nódulos ou como uma cratera ulcerativa resultante de um câncer ignorado, comumente associado com carcinoma de células escamosas ou melanoma. Inicialmente o tumor maligno pode se apresentar como uma ou várias feridas que não cicatrizam. A coloração pode variar, muitas apresentam a mesma cor da pele e outras variam de rósea, vermelho, violeta ou marrom.⁹

Além de não cicatrizarem, outras características importantes observadas neste tipo de ferida são o sangramento, a exsudação intensa e a presença de um odor característico. A seguir apresentamos a fisiopatologia que fundamenta estas condições segundo os autores revisados.

A função das plaquetas é anulada pela células tumorais; estas estimulam a produção de fatores de crescimento específicos, acarretando danos às células normais. Deste modo o tumor cresce e aumenta sua rede neovascular, ocorrendo assim uma pressão sobre o tecido, levando a um desequilíbrio fisiológico que provoca o sangramento das células e, conseqüentemente, a ferida também sangra. As grandes hemorragias são causadas por rupturas dos principais vasos situados no tumor; além destas rupturas, o sangramento também ocorre devido a tratamentos como a radioterapia, e por traumas durante a remoção do curativo

A oclusão dos vasos sanguíneos (devido à pressão causada, pelo crescimento do estroma tumoral) tem como resultado a redução na difusão do oxigênio, o que provoca hipóxia. Assim, bactérias aeróbias e, principalmente, anaeróbias produzem odor fétido devido a liberação de ácidos voláteis.^{7-9,11}

TRATAMENTO E TERAPIA TÓPICA

O cuidado do paciente com este tipo de lesão deve prever não somente o controle de sintomas físicos mas também dos problemas psicossociais. Estas feridas tem um grande impacto sobre o paciente não apenas pelas alterações físicas que podem causar, mas sobretudo pelo estigma que ainda existe em relação ao prognóstico do câncer. A avaliação

é um componente essencial para identificar o indivíduo e suas angústias. Isso ajuda a garantir um cuidado mais apropriado ao paciente. Alguns aspectos que devem ser levados em consideração durante a avaliação, incluindo história, a causa e o estágio da doença, avaliação nutricional, tratamentos presentes, considerações emocionais, mudança da auto-imagem, conhecimento do diagnóstico, a influência da família no cuidado, o sistema de avaliação e o local da ferida associado aos sintomas.⁷

A radioterapia é um dos tratamentos de primeira escolha para redução da sintomatologia. Ela destrói as células tumorais, pela radiação, diminuindo o tamanho da lesão, o exsudato, o sangramento, proporcionando maior conforto ao paciente. Por outro lado, com o avançar do tratamento podem ocorrer ulcerações em decorrência da radioterapia.^{7,11}

Outro tratamento de primeira escolha é a quimioterapia, que reduz o tumor e melhora a dor, porém aumenta o risco de hemorragia. A hormonioterapia ajuda a reduzir os sintomas do paciente com tumores sensíveis, como o de mama. O tratamento a laser pode levar à redução da dor e da necrose tissular.

A terapia tópica da ferida é um aspecto importante do tratamento onde devem ser consideradas as características peculiares da ferida. Se a ferida apresenta sangramento, o alginato de cálcio é um produto que tem sido muito utilizado. Este apósito que é um derivado de algas marrons, tem concentrações aumentadas de cálcio que ativam o mecanismo de coagulação, fazendo trocas com os íons sódio do exsudato e formando um gel viscoso, sendo menos lesivo para a ferida durante a remoção. O uso de adrenalina no leito da ferida também é indicado se houver sangramento local persistente. São também utilizados produtos hemostáticos como o óxido de celulose e, persistindo o sangramento e a coagulação não ocorrer apesar do tratamento, o paciente deverá ser levado à sutura ou cauterização.^{7,11}

O controle do exsudato é importante devido a vários fatores, tais como a diminuição do odor, aumento do conforto do paciente e melhora da auto estima. Embora o controle possa ser difícil, o uso do alginato

de cálcio ou substâncias semipermeáveis é recomendado para o curativo oclusivo. O alginato de cálcio tem um grande poder de absorção do exsudato, além de moldar-se bem à ferida e propiciar maior conforto ao paciente.^{7,12}

A infecção da ferida por microorganismos anaeróbios e tecido desvitalizado causa o odor e a infecção. Quanto ao tratamento para infecção, é usado um antibiótico sistêmico para reduzir as colônias de microorganismos do tecido necrótico e infecção por anaeróbios, o que conduz à redução do odor. No controle do odor é recomendável a aplicação de metronidazol gel ou solução, sobre o leito da ferida, pois o seu mecanismo de ação neste caso ocorre diretamente sobre os microorganismos anaeróbios responsáveis pela produção de ácidos voláteis causadores do odor.¹³

O carvão ativado é um tratamento paliativo no controle do odor. É um produto estéril composto por uma cobertura de contato de baixa aderência, constituída por uma camada de rayon e uma almofada central impregnada por carvão ativado e prata a 0,15%. O carvão ativado adsorve os gases liberados pelos microorganismos, o exsudato produzido e filtra o odor, sendo que a prata tem uma ação bactericida. É indicado em feridas fétidas, infectadas e exsudativas, sendo necessária a utilização de um curativo secundário que deve ser trocado sempre que estiver saturado.¹¹

O uso de anti-sépticos é algumas vezes indicado para a diminuição do odor. O hipoclorito de sódio 0,25% é uma das melhores alternativas para dissolver o tecido necrótico. Pode ser usado tanto para irrigação como para aplicação, sobre o leito da ferida. É utilizado freqüentemente para o desbridamento superficial da lesão, e o uso deve ser interrompido se, ao se limpar a lesão, houver sangramento ou irritação. Em pacientes que apresentam sensibilidade a este produto, o mesmo deve ser substituído pelo gluconato de clorexidina 4% emulsão ou solução aquosa a 1%. Embora existam diversos tipos de tratamento, com a evolução da doença torna-se cada vez mais difícil o controle do odor.^{15,17}

A margem da ferida e a pele perilesional freqüentemente precisam de proteção devido

ao exsudato drenado, pois pode ocorrer maceração da pele ao redor da ferida e rompimento da barreira de proteção. Grandes benefícios têm sido relatados com aplicação de vitamina A+D em pomada. O tecido friável da margem da ferida precisa ser protegido e então deve-se aplicar uma barreira úmida que ajude a prevenir macerações na borda, que consiste na aplicação de vitamina A tópica que estimula a reepitelização rápida.

Produtos conservadores de umidade como os lubrificantes são recomendados no tratamento preventivo do prurido e rachadura da pele seca. Os esteróides a 1% são indicados para aliviar o prurido. Estes produtos podem ser prescritos de três a quatro vezes ao dia, evitando-se usar três a quatro horas antes do tratamento com radiação. Já as áreas afetadas por descamação úmida, convém ocluí-las e manter o ambiente úmido com hidrogel que é um gel composto por água (77,7%), carboximetilcelulose (2,3%) e propilenoglicol (20%).¹¹

A dor é um outro aspecto importante e tem origem no crescimento tumoral e nos traumas provocados pelos curativos inadequados. O desconforto e a dor deste tipo de ferida vão depender da localização, envolvimento de nervos e dos danos causados ao tecido. Para tanto é necessária uma avaliação rigorosa, para a escolha adequada do curativo que reduza os traumas e a dor durante a remoção. Um curativo que mantenha meio úmido na ferida, reduz o número de trocas de curativo minimizando a dor e o desconforto. O uso de gel anestésico como tricíclicos e corticóides sobre o leito da ferida pode reduzir a dor associado a escoriações e infecções da pele perilesional.^{16,18}

É importante que a família esteja envolvida com o tratamento, pois juntos poderão tomar decisões para melhorar a qualidade de vida do paciente. A ajuda da família deve ser considerada principalmente se o paciente optar pelo tratamento domiciliar. Outro aspecto que deve ser considerado é a nutrição, devendo ser estimulada a suplementação de proteínas e sais minerais pela necessidade de reposição de fluidos.⁷

Verificamos ainda nas publicações

analisadas a utilização de um protocolo para cuidado de feridas malignas cutâneas. Este protocolo aborda quatro itens importantes: a) avaliação da evolução da ferida; b) utilização de produtos adequados; c) avaliação psicossocial; d) ensino do cuidado ao paciente e familiares.

A avaliação da ferida deve considerar o tamanho, área envolvida, a cor, o odor, o exsudato, o sangramento, o prurido e a descamação. Quanto à avaliação do paciente, ela deve envolver a questão emocional a auto-estima o autocuidado e a disponibilidade financeira para o tratamento. Os cuidados básicos consistem na limpeza da ferida, controle do exsudato, remoção das áreas de tecido desvitalizado e manutenção do ambiente úmido.^{9,10}

Neste mesmo protocolo verifica-se que houve uma preocupação dos autores com o cuidado específico para cada sintoma. O odor deverá ser tratado através do controle do exsudato, e nas feridas altamente exsudativas devem ser utilizados curativos absorventes. Nas áreas de tecido desvitalizado deve-se usar produtos para o desbridamento autolítico. O controle do sangramento na remoção do curativo deve ser feito através da umidificação prévia e remoção cautelosa.¹⁷

Para controlar os grandes sangramentos indica-se o nitrato de prata, cauterização e curativos hemostáticos. Na realização do curativo deve-se tomar o cuidado de não alterar a auto-imagem do paciente, mantendo a estética e o conforto. O local com infecção deve ser irrigado constantemente, desbridado e aplicá-lo antibiótico tópico. O prurido pode ser controlado com o uso de antiinflamatório não esteróides ou creme tópico. A administração de medicamentos anestésicos gel ou *spray* no local da lesão antes da remoção do curativo é excelente na prevenção na dor. Após todos estes procedimentos deve-se fazer a documentação através da anotação de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho tivemos a oportunidade de entender que as feridas malignas cutâneas são resultado da infiltração de células malignas para o epitélio que leva à

quebra da integridade epidérmica, e podem ser decorrentes de metástase por via linfática, sanguínea ou diretamente do tumor primário.

Entendemos que essas feridas possuem características próprias, que são a hemorragia, o odor, a infecção e o exsudato, que deverão ser tratados com os diferentes produtos existentes hoje no mercado como alginato de cálcio, carvão ativado, hidrogel, metronidazol. Também produtos como hipoclorito e cloroexidina ainda são indicados e utilizados para diminuir o odor muitas vezes presente, especialmente neste tipo de ferida, porém devem ser utilizados com critério.

E finalmente constatamos que, muitas vezes, o tratamento não leva à cicatrização da ferida, pois tal depende do câncer primário. A evolução da cicatrização está relacionada à involução da patologia primária, mas mesmo assim é importante o controle dos sintomas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

As reações dos profissionais frente à ferida são muito importantes, especialmente, sinais não verbais, como expressões faciais frente a lesão e o odor. É importante envolver o paciente em todas as decisões sobre seu tratamento, isso pode promover um relacionamento baseado na confiança. O paciente precisa ser avaliado em todos os seus aspectos para que ocorra a restauração da harmonia entre corpo, mente e espírito que é a essência do cuidado holístico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1998.
2. Robbins LS. Patologia estrutural funcional. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
3. Caversan L. Diagnóstico falho reduz a cura do câncer. Folha de São Paulo 2000 jun 11.
4. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1995.
5. Poletti NAA, Caliri MH. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidência para a prática [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000. 245p.

6. Ganong LH. Integrative review of nursing research. *Res Nurs Health* 1987;10:1-11.
7. Hallet A. Fungating wound. *Nurs Times* 1993;91(39):81-5.
8. Grocott P. Wound care - practical changes. *Nurs Times* 1993;89(7):64-70.
9. Haisfield-Wolfe ME, Rund C. Malignant cutaneous wound: a management protocol. *Ostomy Wound Manage* 1997;43(1):56-66.
10. Amorim EF. Lesões actínicas em pele. *Rev Esc Enf USP* 1999;33(Número Especial).
11. Whedon MA. What methods do you use to manage tumor-associated wounds. *Oncol Nurs Forum* 1995;22(6):987.
12. Saunders S. Mutual support. *Nurs Times* 1997;92(32):76-82.
13. Yvetic O, Line PA. Fungating and ulcerating malignant lesions: review of the literature. *J Adv Nurs* 1990;15:83-8.
14. Cosgrove S. Faith healing. *Wound Care* 1997;93(7):57-66.
15. Neal K. Treating fungating lesions. *Nurs Times* 1991;87(23):85-6.
16. Sitton E. Early and late: radiation induced alterations. *Oncol Nurs Forum* 1992;19(6):907-12.
17. Nash MS, Nash LH, Garcia RG, Neimark P. Nonselective debridement and antimicrobial cleansing of a venting ductal breast carcinoma. *Arch Phys Rehabil* 1999;80(1):118-21.
18. Upright AC, Salton C, Roberts F, Murphy J. Evaluation of Mesalt dressing and continuous wet saline dressing in ulcerating metastatic skin lesions. *Cancer Nurs* 1994;17(2):149-55.