

CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENÇÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sónia Fernandes¹, Vasco Coelho Macias¹, Alexandra Chaveiro², Jorge Cardoso³

¹Interna(o) do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia / Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia / Consultant, Dermatology and Venereology

³Chefe de Serviço, Director do Serviço de Dermatologia e Venereologia / Consultant Chief, Head of Dermatology and Venereology Department

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

RESUMO – Na abordagem da cicatrização de uma ferida cirúrgica deve equacionar-se a cicatrização por segunda intenção como uma alternativa válida, revelando excelentes resultados e claras vantagens após selecção adequada dos doentes. Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino com 66 anos de idade, submetido a excisão de um carcinoma espinocelular da concha do pavilhão auricular direito e subsequente cicatrização por segunda intenção. Discutem-se algumas particularidades desta técnica revendo a literatura relevante.

PALAVRAS-CHAVE – Cicatrização por Segunda Intenção, Procedimentos Cirúrgicos; Neoplasias da pele.

SECONDARY INTENTION HEALING – A CASE REPORT

ABSTRACT – Secondary intention healing is a valid option for surgical wound management, allowing for excellent results and providing a clear advantage over other techniques in selected patients. The authors report the case of a 66-year-old Caucasian man who had squamous cell carcinoma excised from the concha that healed by secondary intention. Some aspects of this technique are reviewed.

KEY-WORDS – Wound Healing; Surgical Procedures; Skin Neoplasms; Reoperation.

Conflitos de interesse: Os autores negam conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Correspondência:

Dr.^a Sónia Fernandes

Serviço de Dermatologia

Hospital Curry Cabral

Rua da Beneficência n.º 8

1069-166 Lisboa, Portugal

E-mail: soniaff@hotmail.com

Dermatologia Cirúrgica

INTRODUÇÃO

Na abordagem da cicatrização de uma ferida cirúrgica, deve-se equacionar a cicatrização por segunda intenção como uma alternativa válida a outras formas de encerramento. Esta é uma técnica reconstrutiva muitas vezes subutilizada ou subestimada, mas com versatilidade demonstrada quando utilizada a título exclusivo, como preparatória para posterior enxerto ou retalho, em casos de feridas cirúrgicas complicadas por deiscência, infecção, necrose ou perda de enxerto, e em doentes submetidos a cirurgia de Mohs^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino com 66 anos de idade, sob terapêutica imunossupressora há 5 anos por transplante renal. Tratava-se de um doente com fototipo IIIa, com múltiplas queratoses actínicas na face e couro cabeludo, observando-se concomitantemente na concha do pavilhão auricular direito, placa eritematosa pouco infiltrada, erosionada com crosta aderente, bordos irregulares, medindo aproximadamente 1,5cm de maior eixo. Esta lesão tinha cerca de 2 anos de evolução. Não se palpavam adenopatias nas cadeias loco-regionais relacionadas. Perante diagnóstico clínico de carcinoma espinocelular o doente foi submetido a exérese da lesão e após assegurada a hemostase, foi proposta cicatrização por segunda intenção. (Fig. 1) No período pós-operatório não se registaram intercorrências e as queixas algicas foram controladas com terapêutica analgésica com paracetamol nas primeiras 24 horas. Foi cumprida a indicação para realização de penso em dias alternados, com lavagem com soro fisiológico, aplicação de gaze vaselinada e penso seco. O doente manteve-se sob seguimento pela equipa médica e ao 15º dia pós-operatório a ferida estava totalmente encerrada. O exame histopatológico revelou tratar-se de um carcinoma espinocelular bem diferenciado em pele com dano actínico, com excisão completa. O doente está presentemente no 6º mês de seguimento, sem evidência de recidiva local nem metastização loco-regional e com resultados estético e funcional satisfatórios.

COMENTÁRIOS

Na literatura, os dados sobre cicatrização por segunda intenção são escassos e não existem estudos



Fig. 1 - D0, D5 e D12 (imagem inferior) pós-operatório.

comparativos que permitam afirmar qual a opção mais vantajosa na abordagem do encerramento de um defeito cirúrgico. Visando obter um bom resultado cosmético com a menor morbidade possível, a escolha da cicatrização por segunda intenção deve ser favorecida em determinadas situações²⁻⁸:

a) Do ponto de vista técnico, quando em presença de lesões de pequenas dimensões (<20mm), de difícil abordagem cirúrgica ou de grande dimensão em doentes com morbidade significativa para opções de reconstrução complexas (desde que em áreas anatómicas com aporte sanguíneo mantido e em doentes com bom estado nutricional);

b) Do ponto de vista anatómico, perante lesões localizadas em superfícies côncavas das áreas NEET (*nose, eye, ear and temple*) – ângulo interno do olho, pirâmide nasal, sulco alar, sulco naso-geniano, pavilhão auricular particularmente concha e fossa triangular, região temporal –, couro cabeludo ou polpa dos dedos, não descurando que a fenestração da cartilagem na abordagem de lesões do pavilhão auricular ou da pirâmide nasal acelera a cicatrização;

c) Do ponto de vista histológico, quando se aguarda o resultado histopatológico definitivo ou perante histologias “agressivas” com potencial invasão e recidiva ou

d) Em doentes com características específicas, tais como fototipo baixo ou pele madura que, quer pela maior laxidão cutânea, quer pela presença de irregularidades de pigmento e de contorno, contribuem para camuflar as futuras cicatrizes.

Dermatologia Cirúrgica

Para além de uma avaliação pré- e intra-operatória diligente, este processo de cicatrização exige também cuidados rigorosos no período pós-operatório. Em primeiro lugar, deve ser realizada uma monitorização regular e asseguradas as devidas condições de assépsia durante a realização do penso. Após a lavagem da ferida operatória com um soluto estéril (ex. soro fisiológico) é sugerida a aplicação de gaze vaselinada ou vaselina sólida esterilizada, a qual promove um ambiente húmido que otimizará os resultados da cicatrização minimizando a desidratação, necrose e dor, e acelerando a re-epitelização. A aplicação de tópicos ou apósitos não tem benefícios demonstrados, em termos de resultados finais, para além da melhoria das queixas álgicas, revelando-se medidas dispendiosas e sem custo-benefício favorável comprovado^{2,3,7-12}. Existem vários estudos em curso para encontrar novos alvos terapêuticos que melhorem o processo de cicatrização, como por exemplo factores de crescimento, mas ainda sem resultados significativos conclusivos¹³. A antibioterapia só deve ser instituída se existirem sinais clínicos de infecção^{7,12}. Em termos práticos, pode tapar-se a ferida com um penso semi-oclusivo ou com um penso convencional para protecção^{3,8}.

Relativamente às limitações da cicatrização por segunda intenção, deve ter-se presente que este é um processo mais lento do que as outras técnicas de encerramento, potencialmente comportando uma maior interferência pessoal, profissional e financeira para o doente. É por isso fundamental uma adequada instrução pré-operatória do doente. Alguns estudos estimam um período de 6 a 8 semanas para a cicatrização completa de uma ferida com 20-30mm de diâmetro, que por vezes se associa a queixas álgicas significativas, não só pela descrita sensação de "ferida aberta", mas também durante a realização do penso, o que poderá implicar a necessidade de analgesia prolongada⁷. São doentes que necessitam de um maior número cuidados de enfermagem e de uma observação regular pelo cirurgião, inicialmente semanal e posteriormente alargada se a evolução for favorável⁸. Os riscos de hemorragia activa, hematoma ou infecção são baixos, como demonstrado na literatura^{2,3,12}.

Da plétora de mecanismos envolvidos nas várias fases da cicatrização por segunda intenção, salientam-se os processos de contracção e re-epitelização como os passos mais importantes^{7,8,14,15}. As cicatrizes resultantes podem ser mais irregulares e menos estáveis, com maior propensão a sofrer lesão por traumatismos externos ou limitação da mobilidade e função pelo processo de contracção da cicatriz³. De

modo a minimizar resultados indesejáveis, devemos ter presente que a cicatrização por segunda intenção não é uma boa opção em superfícies convexas em que a derme é mais espessa, com menor laxidão e menor capacidade contracção, mas também não deve ser proposta em áreas onde a contracção não é desejada ou perante defeitos cirúrgicos complexos com necessidade de suporte estrutural. Assim, não deve ser escolhido este tipo de cicatrização perante defeitos cirúrgicos localizados na região cervical, mama, regiões articulares, dorso da mão ou do pé, pálpebras, região peri-orbitária (com excepção do ângulo interno olho), columela e triângulo mole na pirâmide nasal, região malar, lábios e mento^{3,4,8}.

Em suma, é essencial adaptar as decisões a uma abordagem individual após avaliar as variáveis disponíveis (características da lesão, localização do defeito cirúrgico, histologia, idade do doente, fototipo, comorbilidades e consentimento informado). Realizando uma selecção adequada dos doentes com características favoráveis à cicatrização por segunda intenção, dispomos assim de uma abordagem tecnicamente simples, com poucas complicações e clara vantagem na detecção precoce das recidivas.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração dos restantes elementos da equipa clínica da Dermatologia Cirúrgica do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Hospital Curry Cabral na elaboração deste trabalho, Dr. Fernando Assis Pacheco, Dr. Paulo Lamarão e Dr.^a Daniela Cunha.

REFERÊNCIAS

1. Cordoro KM, Russell MA. Minimally invasive options for cutaneous defects: secondary intention healing, partial closure, and skin grafts. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2005; 13(2):215-30.
2. Zitelli JA. Secondary intention healing: An alternative to surgical repair. *Clin Dermatol.* 1984; 2(3):92-106.
3. van der Eerden PA, Lohuis PJ, Hart AA, Mulder WC, Vuyk H. Secondary intention healing after excision of nonmelanoma skin cancer of the head and neck: statistical evaluation of prognostic values of wound characteristics and final cosmetic results. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 122(6):1747-55.
4. Mott KJ, Clark DP, Stelljes LS. Regional variation in

Dermatologia Cirúrgica

- wound contraction of mohs surgery defects allowed to heal by second intention. *Dermatol Surg.* 2003; 29(7):712-22.
5. Bernstein G. Healing by secondary intention. *Dermatol Clin.* 1989; 7:645-60.
 6. Goldwyn RM, Rueckert F. The value of healing by secondary intention for sizeable defects of the face. *Arch Surg.* 1977; 112(3):285-92.
 7. Revol M, Servant JM. Cicatrisation dirigée. Paris: EMC Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique: 2010. [consultado 2011 Set 30]. Disponível em: http://www.cicatrisation.info/d_u/cours2010/EMC2_cicatrisation.pdf.
 8. Thomas JR, Frost TW. Immediate versus delayed repair of skin defects following resection of carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am.* 1993; 26(2):203-13.
 9. Dziejwski P, James S, Taylor D, Bosanquet N, Cutting K, West P. Modern dressings: Healing surgical wounds by secondary intention. *Hosp Med.* 2003; 64(9):543-7.
 10. Svensjö T, Pomahac B, Yao F, Slama, J, Eriksson E. Accelerated healing of full-thickness skin wounds in a wet environment. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106(3):602-12.
 11. Vermeulen H, Ubbink DT, Goossens A, de Vos R, Legemate DA. Systematic review of dressings and topical agents for surgical wounds healing by secondary intention. *Br J Surg.* 2005; 92(6):665-72.
 12. Mailler-Savage EA, Neal KW, Godsey T, Adams BB, Gloster HM. Is levofloxacin necessary to prevent postoperative infections of auricular second-intention wounds? *Dermatol Surg.* 2008; 34(1):26-30.
 13. Ferguson MW, O'Kane S. Scar-free healing: from embryonic mechanisms to adult therapeutic intervention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2004; 359(1445):839-50.
 14. Yamaguchi Y, Yoshikawa K. Cutaneous wound healing: an update. *J Dermatol.* 2001; 28(10):521-34.
 15. Laureano A, Rodrigues AM. Cicatrização de feridas. *Rev Soc Port Dermatol Venereol.* 2011; 69(3): 355-65.