

# ÚLCERAS DE PERNA

## Opções Diagnósticas e Terapêuticas

PEREIRA ALBINO, A. FARRAJOTA  
Serviço de Cirurgia Vasculardo Hospital de St Marta. Lisboa

### RESUMO

As úlceras de perna são uma doença frequente, causadora de grande morbidade, cujo diagnóstico é por vezes difícil. Dele depende a terapêutica que quando não adequada pode levar a situações graves com risco de amputação. Os autores descrevem as bases que permitem um diagnóstico simples destes quadros assim como a terapêutica médica mais habitual, focando a sua atenção no tratamento local destas lesões.

### SUMMARY

#### Leg Ulcers – Therapeutic and Diagnostic Options

Leg ulcers, the cause of great morbidity, are a common malady. Diagnosis is sometimes difficult and inappropriate treatment may lead to serious consequences with the risk of amputation. The authors describe the basis for a simple diagnosis of these conditions as well as the usual medical therapy, with special attention to the local treatment of these lesions.

### INTRODUÇÃO

A úlcera de perna é uma situação bastante comum que leva a uma morbidade acentuada dado o número de dias de ausência ao trabalho que normalmente origina.

Num estudo realizado no Reino Unido e atingindo um distrito predominantemente rural, a incidência de úlcera na população com mais de 40 anos era da ordem dos 0.38%, tendo 55%, esta situação há mais de um ano e 62%, nunca tendo recorrido a um hospital para o seu tratamento<sup>1</sup>.

Esta também, estimado que na Europa cerca de 1,5 % da população adulta sofre de úlceras e estase venosa nalguma altura da sua vida<sup>2</sup>.

É pois um problema social importante, com relevância sobretudo no doente idoso onde pode ter um impacto devastador quer na actividade quer no seu bem estar.

A lista de causas que podem originar úlceras de perna é extremamente variada, (*quadro 1*) colocando por vezes dúvidas quer de diagnóstico quer de terapêutica, o que faz com que estes doentes se arrastem interminavelmente de centro medico para hospital sem uma efectiva resolução do seu problema<sup>3</sup>.

Pretendemos com este trabalho dar algumas noções essenciais do diagnóstico e sobretudo das bases terapêu-

ticas destas situações pelo que tentaremos ser o mais práticos possível baseando o diagnóstico em alguns dados capazes de ser obtidos muito rapidamente.

A primeira noção importante a reter é que cerca de **70% das úlceras** que encontramos são de origem venosa, resultantes de sequelas de antigas flebotromboses ou consequência de varizes, normalmente de percurso arrastado.

As restantes são, na sua grande maioria, de origem arterial ou consequência de diabetes, tendo as outras etiologias uma expressão muito diminuta.

O diagnóstico acenta pois nalguns dados que se podem colher da história clínica num cuidado exame objectivo, e nalguns exames complementares normalmente de fácil acesso.

### HISTÓRIA CLÍNICA

Perante um doente que se queixa da existencia de uma úlcera de perna, ou de uma *pequena ferida na perna* devemos perguntar:

- Se tem varizes há longo tempo, (normalmente o doente sabe referir este facto) ou se já lhe foi diagnosticada alguma *flebite* ou quadro de flebotrombose do membro afectado;

## Quadro 1 – Etiologia e Classificação das úlceras de perna

## VASCULAR

- a) **Arteriais** – Aterosclerose, D. Buerger, Ateroembolismo, Livedo *Reticularis*, Hipertensão arterial
- b) **Venosas** – Insuficiência Venosa Crônica em todas as suas formas
- c) **Linfáticas** – Muito raras quando isoladas

## DIABETES MELLITUS

VASCULITES – L.E.D., Periarterite Nodosa, A. Reumatoide

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS – Anemia das células falciformes, Policitemia Vera, Talassemia, Leucemias

DOENÇAS METABÓLICAS – Pioderma gangrenosa, Gota

TUMORES – Basiliomas, Carcinomas espinocelulares, Linfomas

DIVERSAS – Trauma, fármacos (ergotismo), queimaduras, picadas de insetos, decúbito, térmicas

- Se tem a perna hiperpigmentada, descamativa, com prurido intenso, ou se já fez outros quadros semelhantes;
- Se a localização da úlcera é na perna ou nos pés.
- Se a perna normalmente está edemaciada, tendo em conta que o edema venoso é sobretudo um edema maleolar;
- Se apareceu espontaneamente ou como consequência de um traumatismo;
- Se o doente tem história de claudicação intermitente ou se apresenta dor em repouso, sendo de referir que é importante destringer entre dor em repouso originada por uma úlcera localizada na perna e dor em repouso proveniente de uma úlcera localizada no pé;
- O tempo de evolução do processo e a terapêutica já realizada;
- Se é Diabético, Hipertenso, ou se apresenta qualquer outra doença já anteriormente diagnosticada.

À partida e **antes mesmo de observar** o doente é pois possível, desde já formular uma hipótese diagnóstica, pois se a úlcera apareceu espontaneamente, está localizada na perna, numa área de hiperpigmentação, apresenta uma evolução arrastada, sem grande dor a excepção da altura dos tratamentos, e num contexto de varizes ou de passado de flebotrombose, facilmente perceberemos que se trata de uma úlcera de etiologia venosa, devendo o exame objectivo servir para confirmar estes dados e sobretudo equacionar a melhor terapêutica.

Chamamos a atenção para as úlceras traumáticas, por vezes consequência de traumatismos mínimos, que podem cursar num contexto venoso, ser extremamente

dolorosas, e ter uma evolução torpida quando localizadas principalmente na face anterior da perna, na loca tibial anterior, que é escassamente vascularizada.

Se o doente apresenta uma úlcera num pé, com queixas sugestivas de claudicação intermitente anterior ou de diabetes, (muitas destas úlceras são interdigitais ou a nível dos dedos), dolorosa (pode cursar com dor violenta impeditiva do sono) ou não dolorosa, (neuropatia associada), certamente, estaremos perante uma úlcera arterial ou no contexto de uma diabetes.

A referência a qualquer outra doença já anteriormente diagnosticada, do foro hematológico ou reumatológico poderá levar-nos então a suspeitar da existência de uma úlcera ligada a estes processos, normalmente muito mais rara.

## EXAME OBJECTIVO

A localização da úlcera, e a existência de pulsos palpáveis são sem dúvida os pontos essenciais do diagnóstico. Normalmente o pulso pedioso é facilmente palpável e permite tirar elacções importantes.

A úlcera localizada na face interna da perna, estendendo-se a face posterior ou anterior, e numa zona de hiperpigmentação em que se observam sequelas de outros processos idênticos, associada a existência de edema maleolar importante e por vezes reacção inflamatória envolvente, que pode mesmo chegar a originar processos de linfangite, é sem dúvida uma úlcera venosa.

A observação mesmo com o doente deitado permite normalmente descrustrar a existência de varizes, sobretudo veias perfurantes insuficientes da perna, que podem ser melhor caracterizadas com o doente de pé e com as clássicas manobras para estudo do sistema venoso.

Os pulsos distais são palpáveis amplos e iguais.

Para uma melhor caracterização poderá ser solicitado um estudo ecodoppler venoso que contudo não deverá atrasar o início de uma terapêutica eficaz na medida em que a essência do diagnóstico esta encontrada.

As suas dimensões são normalmente muito variadas assim como o aspecto do fundo da úlcera mas devemos ter em conta, que se este se encontra amarelado e exudativo, com *bordos altos*, estamos perante um processo de cicatrização ainda atrasado, necessitando certamente de mais cuidados que uma úlcera de bordos pouco perniciados e fundo avermelhado, mesmo sangrativo.

Devemos ter em conta que, e sobretudo no doente idoso poderá haver algum componente arterial associado, caracterizado pela ausência de pulsos distais, (úlceras de etiologia mista), que atrasara significativamente a cicatrização.

As úlceras localizadas a face anterior da perna (sobretudo na loca tibial anterior) sem sinais de estase venosa, estão normalmente relacionadas, como já frisamos, com processos traumáticos da região, devendo no entanto ser excluída a eventual existência dum componente arterial, quer pela palpação dos pulsos quer pelo eventual despiste de outros sinais de isquémia nomeadamente áreas de necrose noutras localizações. Muitas vasculites cursam com úlceras desta região de difícil e torpido tratamento.

Úlceras localizadas na face posterior da perna, sem sinais de estase venosa, e sem traumatismo prévio, devem como as úlceras localizadas a nível da face externa ser encaradas *à priori*, como resultantes das causas mais raras. São típicas destas localizações as úlceras consequentes a necrobiose lipídica do diabético, que são lesões não dolorosas, normalmente com área de atrofia e de telangiectasias em volta e de fundo amarelo nacarado, assim como as úlceras de grande parte das vasculites.

Na face externa sobretudo junto a articulação tibio tarsica, e na mulher entre os 50 e 60 anos foi descrita a existência de uma úlcera dolorosa consequente a hipertensão arterial não controlada, úlcera de Martorelli, que normalmente aparece com um halo envolvente de cor eritrocianótica ou púrpura. É uma lesão rara que necessita ser tomada em conta pois é extremamente dolorosa, envolvendo simetricamente as duas pernas e que normalmente requer terapêutica complexa.

As úlceras localizadas a nível dos dedos devem ser encaradas de forma mais cuidada mesmo quando resultantes de processos traumáticos (corte inadequado das unhas, infecções peri ungueais, ou traumatismos originados pelo calçado) pois na maioria dos casos apresentam um componente arterial.

Se estão localizadas aos espaços interdigitais, nos dedos ou no dorso do pé, se apresentam áreas de necrose, que por vezes limitam a úlcera ou preenchem o seu fundo, com edema ligeiro, que se existir está associado a sinais inflamatórios marcados, são certamente úlceras arteriais.

A dor sobretudo durante a noite, a não palpação dos pulsos distais (ter sempre em conta a observação comparativamente ao membro contralateral), e outros sinais de isquémia como sejam a pesquisa de palidez cutânea com o membro elevado, ou o rubor com o pé pendente, permitem afirmar o diagnóstico.

Se a úlcera está localizada na face plantar do pé, normalmente na cabeça dos metatarsos, apresentando formas muito variadas que vão desde a pequena úlcera penetrante e exudativa, a áreas pouco profundas, irregulares normalmente envolvidas por zonas de calosidade, e não dolorosas, estamos em presença duma úlcera neuropática do diabético ou de outra doença com componente semelhante.

Os pulsos distais podem ou não ser palpáveis e nela estão envolvidos quatro componentes etiológicos que devem ser sempre tomados em conta, nomeadamente o isquémico, o osteoarticular o neuropático e sobretudo o infeccioso.

No diabético a infecção destas lesões é frequente podendo levar ao aparecimento de fleimões extensos com envolvimento de todas as estruturas do pé, desde a pele aos tendões e estruturas osteoarticulares, que invariavelmente conduziram mesmo em doentes com pulsos distais palpáveis, a processos graves com risco eminente de amputação.

Em caso de duvida sobre ao grau de isquémia e os vasos envolvidos poder-se-á solicitar a realização dum estudo doppler arterial dos membros inferiores com medição de pressões segmentares.

As úlceras localizadas a face interna ou externa dos pés devem ser encaradas como provenientes das mesmas etiologias quer das resultantes de lesões das pernas, se são próximas da parte posterior quer das resultantes das lesões dos dedos se são na parte anterior do pé.

Está hoje e no que respeita as úlceras venosas, perfeitamente documentada a existência de veias perforantes insuficientes a nível retro maleolar interno.

As úlceras localizadas a nível do calcâneo e normalmente resultantes da pressão originada por decúbitos prolongados, deverão também ser exploradas no sentido da existência ou não de pulsos distais palpáveis que como facilmente se percebe condicionara a evolução.

## TERAPÊUTICA

Uma vez feito o diagnóstico é necessário equacionar uma terapêutica adequada até o doente poder ser observado numa consulta de cirurgia vascular.

As úlceras de etiologia arterial, como facilmente se percebe são situações que necessitam duma atitude mais urgente, pois normalmente são consequência de uma isquémia crítica dos membros inferiores, devendo os doentes ser enviados para a urgência afim de ser equacionada uma revascularização do membro afectado.

As úlceras que aparecem no contexto da Diabetes, sem significativo componente arterial normalmente, cursam insidiosa e cronicamente devendo ser sempre combatido de forma agressiva o componente infeccioso.

Dada a variedade de estirpes bacterianas presentes, esta tarefa nem sempre é fácil e requer mesmo em ambulatório, o uso de antibióticos parentéricos. A associação clássica duma ampicilina com um aminoglicosido e com a clindamicina tem sido substituída hoje em dia por uma associação de uma quinolona com um aminoglicosido com bons resultados. Após a fase aguda é necessário ter presente que deverá ser mantida uma antibioterapia em regime de monoterapia durante várias semanas, afim de evitar as sobreinfecções subsequentes<sup>4</sup>.

A nível local está indicada a lavagem das lesões com solução salina e a aplicação de pomadas antisépticas. Pessoalmente temos boa experiência com a aplicação de rimfapicina, ou aureomicina tópicas em pequenas úlceras e de soluções diluídas de nitrato de prata em úlceras mais extensas e infectadas.

Os pensos e ligaduras devem ser realizados com o mínimo de compressão e de preferência bem almofadados, evitando-se a pressão nos espaços interdigitais, e o doente deve repousar até uma perfeita cicatrização das lesões. A mínima alteração no aspecto da úlcera ou das zonas envolventes deve ser de imediato tomada em conta, pois como já frisámos muitas vezes estes processos evoluem rapidamente.

Está indicado se houver componente arterial, e não esquecendo que na Diabetes existe sempre uma microangiopatia importante, a administração de fármacos vasoactivos e antiagregantes plaquetários.

As úlceras venosas são sem dúvida as que, pela sua frequência põem mais questões a nível terapêutico<sup>5</sup>.

O tratamento passa por alguns pontos essenciais que queremos salientar:

**1. Repouso com pés elevados** – é sabido que praticamente qualquer úlcera desta etiologia cicatriza com um repouso adequado, que infelizmente não é cumprido na maioria dos casos pelos doentes.

**2. Contenção elástica** – está provado que o efeito da terapêutica compressiva reside a nível microcirculatório onde uma redução do edema intersticial leva a um aumento do número e densidade dos capilares da pele. A contenção poderá ser realizada através de meia elástica, ou de ligadura, sendo esta última aplicada cuidadosamente afim de evitar zonas de garrotagem. É no entanto necessário ter em conta que muitas vezes em volta da úlcera existem áreas de lipodermatoesclerose, que em contacto directo com qualquer destes meios de compressão, levará a uma maior dor e incomodo do doente, que invariavelmente recusará o tratamento. É necessário pois proteger esta zonas com aplicação de corticosteroides tópicos, e gaze seca antes de aplicar a compressão.

**3. Terapêutica tópica** – Este é um assunto altamente controverso e que infelizmente faz com que a estes doentes seja normalmente aplicados os mais variados produtos, sensibilizando a pele e originando dermatites de contacto por vezes de difícil solução.

Deverão em princípio ser aplicados os produtos mais inócuos possíveis, nomeadamente as lavagens com soluções salinas e a aplicação de gases gordas sobretudo nas úlceras de pequenas dimensões e que aparecem com um fundo bastante granuloso.

A aplicação de apositos hidrocóloides oclusivos, sobretudo em úlceras já com algum tempo de evolução e cujo fundo não mostra quaisquer sinais de epitelização, é muitas vezes confortável para o doente promovendo uma rápida granulação. Devemos no entanto ter em conta que a aplicação sistemática destes produtos, e dado terem um produto adesivo, afim do aposito aderir a pele, pode também levar em peles sensibilizadas ao agravamento do quadro sobretudo em extensão.

Não quero terminar sem recordar que alguns centros ainda usam para tratamento destas situações a clássica pasta compressiva descrita em 1896 pelo dermatologista alemão Unna, e que contém calamina, óxido de zinco, glicerina, sorbitol, gelatina, e silicato de alumínio e magnésio, com bons resultados. No entanto noutros centros, como no nosso, esta terapêutica foi completamente abandonada dada as sensibilizações que provocava, com graves dermatites de contacto.

**4. Terapêutica sistémica** – Associadas as medidas atrás descritas tem sido usados uma série de outros tratamentos no sentido de acelerar a cicatrização da úlcera por uma melhoria quer da dinâmica venosa quer dos factores microcirculatórios, que passam pela administração de produtos variados como o zinco oral, os flebotrópicos, os vasoactivos e agentes hemorreológicos, as prostaglandinas, o alopurinol, e cujos resultados variam de centro para centro.

Uma vez instituída a terapêutica médica para este tipo de úlceras é necessário referir que o doente deve fazer um estudo exaustivo da sua situação venosa, pois como facilmente se compreende se o quadro for consequente a varizes dos membros inferiores uma terapêutica cirúrgica adequada permitirá a sua resolução evitando as recidivas infelizmente tão frequentes com a terapêutica médica.

Descrevemos assim as formas mais frequentes de úlcera de perna, pensando poder contribuir para um esclarecimento destas situações evitando que muitas delas se arrastem por infundáveis tratamentos.

## BIBLIOGRAFIA

1. CORNWALL JV, DORE CJ, LEWIS JD: Leg ulcers: epidemiology and aetiology. *Br J Surg* 1986; 73(9): 693-6
2. MADAR G, WIDMER LK, ZEMP E, MAGGS M: Varicose veins and chronic venous insufficiency - A disorder or disease? A critical epidemiological review. *Vasa* 1986; 15: 126
3. YOUNG JR: Differential Diagnosis of Leg Ulcers, *Clinical Vascular Disease*, Spittel editor. 1983; 171-93
4. GAMA D: Pé Diabético - Perspectivas actuais de diagnóstico e tratamento. *Rev Port CCT-V* 1995; 6: 29-36
5. MONETA GL, NEHLER MR, CHITWOOD RW, PORTER JM: The Natural History, Pathophysiology and Nonoperative Treatment of Chronic Venous Insufficiency. *Vascular Surgery* Rutherford R.B. editor. 1995; 1837-50