

# FERIDA MALIGNA E RADIÓGENA – CASE STUDY

Marisa Matos

Enfermeira, Serviço Radioterapia,  
Instituto Português Oncologia Porto  
marisaicmatos@gmail.com

**RESUMO:** Introdução: Estudo de caso que se baseia numa utente com recidiva cutânea de carcinoma da mama triplo negativo resistente a tratamento sistémico (4.ª linha), proposta para Radioterapia/Quimioterapia paliativa concomitante. Optou-se por aplicar um penso de espuma fino de poliuretano (Mepilex Transfer) durante o tratamento de RT para aumentar a dose de radiação na ferida maligna (provocar efeito bólus), com posterior avaliação da ferida e área irradiada.

Objetivos: Avaliar a resposta da ferida maligna da parede torácica ao tratamento de radioterapia externa, uma vez que era realizado com recurso a um penso para provocar efeito bólus; Avaliar se na pele íntegra circundante à ferida maligna surge radiodermite precoce, resultante da aplicação do penso.

Conclusão: Apesar do recurso ao penso para provocar efeito bólus, não houve desenvolvimento de radiodermite precoce, verificou-se diminuição considerável do tamanho da ferida maligna, diminuição do exsudado e do odor, assim como diminuição da frequência de execução do penso.

**PALAVRAS-CHAVE:** ferida radiógena, ferida maligna, estudo de caso, enfermagem oncológica.

**ABSTRACT:** Background: A case study which is based on a patient with skin recurrence of breast cancer triple negative resistant to systemic treatment (4th line), proposed for palliative Radiotherapy/Chemotherapy concurrent. It was decided to apply a dressing of thin, flexible absorbent pad of polyurethane foam (Mepilex Transfer) for the treatment of RT to increase the radiation dose in malignant wound (bolus effect), with further evaluation of the wound and irradiated area.

Purpose: Evaluate the response of malignant wound of the thoracic wall to the treatment of external radiotherapy, since it was conducted using a dressing to cause bolus effect; evaluate whether the intact skin surrounding malignant wound shows early radiation dermatitis resulting from the application of the dressing.

Conclusions: Despite the use of the dressing to cause bolus effect, there was no development of early radiation dermatitis, there was considerable decrease in the size of malignant wound, odor and exudate decreased, and reduced the frequency of executing the treatment.

**KEYWORDS:** radiation dermatitis, malignant wound, case study, oncology nurse.

## I. Introdução

Os tumores malignos foram, segundo dados do INE, a segunda causa básica de morte em 2013 com registo de 25 920 óbitos, o que correspondeu a 24,3% da mortalidade no país, mais 0,6% do que o registado em 2012 (25 758 óbitos). No caso das mulheres, em 2013 destacaram-se 1 646 óbitos originados por tumores da mama, ou seja, menos 6,4% do que no ano anterior (1 758)<sup>4</sup>.

O cancro da mama metastático é tratável mas não é curável sendo que o principal objetivo do tratamento é a palição dos sintomas. A terapêutica depende de múltiplos fatores, nomeadamente da extensão da doença, do tempo livre de doença, do tipo de metastização, das características biológicas do tumor, dos tratamentos previamente efetuados e existência ou não de doenças concomitantes<sup>3</sup>.

Entre os cancros mais associados à formação de feridas malignas está o cancro da mama. Embora se desconheça a realidade no que respeita à incidência da ferida maligna, estudos recentes apontam para valores de 5-10% e 14,5% de ocorrência desta ferida em pessoas com doença oncológica avançada.<sup>12</sup>

As feridas malignas são resultado da infiltração das células neoplásicas no epitélio, ocorrendo quebra da integridade epidérmica, sendo caracteristicamente hipervascularizadas. Além de não cicatrizarem, este tipo de feridas são facilmente sangrantes, muito exsudativas e apresentam um odor característico. Assim sendo, o objetivo do tratamento não é obter a cicatrização da ferida mas sim o controlo de sintomas como o odor, hemorragia, exsudação, dor, prurido, infeção e necrose tecidual exsudado e a dor.<sup>1,12</sup>

A Radiodermite ou ferida radiógena é um dos efeitos secundários mais comuns do tratamento com radiação ionizante<sup>10</sup>, é progressiva e aparece habitualmente entre a 2.<sup>a</sup> e a 3.<sup>a</sup> semana de tratamento.

A compreensão da etiologia das feridas malignas/radiógenas é o passo crítico para desenvolver um plano de tratamento efetivo. O conhecimento das fases de cicatrização e dos fatores que a influenciam determinam o processo de tomada de decisão terapêutica.

O estudo de caso baseia-se numa utente com diagnóstico de recidiva cutânea de carcinoma da mama triplo negativo, a efetuar tratamento no Serviço de Radioterapia Externa do IPO Porto, E.P.E. Para a realização deste trabalho, recorreu-se ao processo clínico, diagnóstico microbiológico (zaragatoa) e avaliação periódica da área irradiada

com medição simples e registo fotográfico. O estudo de caso decorreu no período de 22 de Dezembro de 2014 a 27 Março de 2015.

## II. Apresentação e análise crítica do estudo de caso

Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 40 anos de idade, caucasiana, com diagnóstico de carcinoma da mama direita desde Out/2012. Doente com antecedentes pessoais irrelevantes, a ser seguida noutra hospital.

A doente foi submetida a quimioterapia (QT) neoadjuvante (doxorubicina e ciclofosfamida x4 + docetaxel x4), com término a 28/03/13; mastectomia radical modificada à mama direita em 30/04/13; iniciou trastuzumab a 07/06/13 e radioterapia (RT) adjuvante à parede torácica, região supraclavicular e axila direita entre 13/06/13 e 17/07/13.

Em Nov/2013, por aparecimento de recidiva cutânea ao nível da parede torácica do retalho superior, foi submetida a exérese de recidiva cutânea em 17/12/13. Em Jan/2014 surge nova recidiva cutânea da parede torácica direita, pelo que se optou por efectuar RT paliativa (reirradiação) que iniciou em 23/01/14 e que suspendeu ao fim da 7.<sup>a</sup> fracção. Suspende trastuzumab em Fevereiro de 2014.

Em 06/02/14 inicia QT com taxol (semanal) que suspende há 3.<sup>a</sup> faixa por progressão da doença. Entre 13/03/14 e Jun/14 realizou QT com carboplatina + gencitabina (4 faixas), com progressão local. Entre Julho e Nov/2014 realizou QT com eribulina, com progressão. Iniciou QT com capecitabina em 24/11/14 (fez 2 faixas até 26/12/14).

Em Dezembro de 2014 foi encaminhada para o IPO Porto para RT/QT paliativa concomitante à parede torácica direita e às áreas de drenagem ganglionar que forem possíveis de incluir na área de tratamento, em função dos tratamentos de RT anteriormente realizados.

A 22/12/2014 a doente tem a primeira consulta de RT e faz TAC de planeamento. No mesmo dia inicia tratamento de feridas na sala de tratamentos de RT. Nesta data, apresenta ferida ulcerada com tecido de fibrina em cerca de 90% da lesão (mais próxima da axila) e no centro da lesão maior; tecido friável facilmente sangrante; exsudado esverdeado/azulado em quantidade abundante, com odor fétido; pele circundante à ferida maligna com eritema ligeiro (devido ao traumatismo dos adesivos) (figura 1).



Figura 1 - Ferida maligna no dia do TAC de planeamento

Efectuou-se tratamento com soro fisiológico, hidrogel e metronidazol (50%+50%), e mepilex Border. Frequência de execução do tratamento à ferida maligna antes de iniciar RT: 2x/dia (no hospital e no domicílio ao fim da tarde). Neste dia foi realizada zaragatoa.

A 21/01/15 a doente inicia QT de radiosensibilização (docetaxel) e faz a 1ª fração de RT. Uma vez que se tratava de uma lesão exposta, a doente tinha que efectuar tratamento de feridas antes e após a sessão. Com o objetivo de aumentar a dose à superfície da pele, isto é, provocar um efeito de “bólus”, faz tratamento com a aplicação de um penso de espuma fino de poliuretano (a doente efetuava sessão de RT com o penso).

Na tabela 1 é possível observar a evolução da ferida maligna/radiógena ao longo do tratamento de RT. É possível também avaliar o tipo de tratamento instituído/executado mediante as características da ferida, bem como intervenções de enfermagem.

Entre o término da 5.ª semana de RT e a fase de *boost* decorreu um período de internamento de 16 dias por hipertermia associada a infeção da ferida maligna.






Na data de término de *boost* em 27/03/2015, apresenta franca redução da ferida maligna, planificada, com áreas de re-epitelização em curso (figura 2).



Figura 2 – Ferida maligna no dia de término de *boost*

Fase de tratamento de RT	Tipo de tecido	Tipo de exsudado
Início de RT (21/01/15)	Tecido desvitalizado e necrosado (aumento da dimensão da ferida maligna)	Exsudado purulento (moderada quantidade)
1.ª semana RT (26/01/15)	Tecido de fibrina em maior quantidade (a preencher todo o leito da ferida maligna)	Exsudado purulento (moderada quantidade)
2.ª semana RT (02/02/15)	Diminuição da dimensão da ferida maligna (altura)	Exsudado purulento (quantidade abundante)
3.ª Semana RT (12/02/15)	Marcada redução tumoral, com áreas de necrose; lesão mais plana; É possível observar a clivagem na ferida maligna, sendo perceptível que são 2 lesões (anteriormente unidas); As duas lesões adjacentes à de maior dimensão começam a planificar.	Exsudado purulento (moderada quantidade)
4.ª Semana RT (20/02/15)	Ferida maligna com tecido desvitalizado mais facilmente destacável, com bordos mais planificados; Marcada redução das lesões adjacentes.	Exsudado purulento (moderada quantidade)
5.ª Semana RT (24/2/15 - término 1ª fase)	Ferida maligna mais planificada, com tecido desvitalizado em menor quantidade	Exsudado purulento (moderada quantidade)
Reinicia <i>boost</i> (23/3/15)	Franca melhoria da ferida maligna: áreas de granulação e reepitelização	Exsudado purulento (pequena quantidade)
Término de <i>boost</i> (27/03/2015)	Franca redução tumoral com áreas de reepitelização em curso (feito desbridamento parcial com bisturi)	Exsudado purulento (pequena quantidade)

Tabela1 -Evolução da ferida maligna/radiógena ao longo do tratamento de RT

Odor	Pele circundante	Tipo de tratamento	Intervenções	Figura
Odor fétido	Eritema ligeiro (traumatismo adesivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SF</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• SF</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Biafine circundante</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT	
Odor fétido	Eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SF</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• SF</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Biafine circundante</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT Colhe zaragatoa e inicia empiricamente ciprofloxacina 500mg 12/12h	
Odor fétido (intenso)	Radiodermite grau 1: eritema moderado circundante à ferida maligna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza com Prontosan</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• Limpeza com Prontosan</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Biafine circundante</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT "Resultado zaragatoa: Pseudomonas aeruginosa	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema moderado circundante à ferida maligna e SPA e axilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontosan</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• Prontosan</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Fucidine + cilestoderme</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema moderado em toda a área circundante à ferida maligna, com descamação seca axilar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontosan</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• Prontosan</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Fucidine + cilestoderme + mepitel (axila)</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Radiodermite grau 2: eritema moderado e descamação húmida ligeira na axila, eritema ligeiro e pigmentação na restante área	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prontosan</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna)</li> <li>• Fucidine + cilestoderme (circundante)</li> <li>• Rifocina + fucidine + mepitel (axila)</li> </ul>	Passa a fazer penso 1id (durante tempo de pausa de RT)	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SF</li> <li>• Mepilex Transfer</li> <li>• SF</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Mepitel + Aquacel</li> <li>• Biafine</li> </ul>	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SF</li> <li>• Hidrogel + metronidazol (50%+50%)</li> <li>• Cavilon</li> <li>• Mepilex Border</li> </ul>	Penso 3x/semana no serviço de RT	

### III. Conclusão

Por forma a aumentar a dose de tratamento à superfície da pele/na ferida maligna, a doente realizou tratamento de RT com um penso para fazer efeito bólus. No entanto, não houve desenvolvimento de radiodermite precoce, apesar da utilização do penso durante o tratamento. Verificou-se uma diminuição considerável do tamanho da ferida maligna, diminuição do exsudado e do odor, assim como diminuição da frequência de execução do penso (de 2x/dia passa para 3x/semana).

Neste estudo de caso existiam vários fatores que podiam condicionar a resposta ao tratamento e aumentar o tempo de cicatrização nomeadamente a patologia, a terapêutica citostática e radioterapia prévia e concomitante, assim como a infeção da ferida. Estes fatores quando não equacionados e solucionados levam a um processo de cicatrização lento, ao aumento da morbidade, à diminuição da qualidade de vida, assim como a um aumento nos custos diretos e indiretos dos cuidados.

Intervenções de enfermagem como o diagnóstico microbiológico e a adequação do tratamento de feridas, tiveram um contributo positivo para a qualidade de vida do doente/família.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baranoski, S., Ayello, E. A. (2006). O Essencial sobre o tratamento de Feridas. Princípios Práticos. (pp.3-448). Loures: Lusodidacta.
2. CALVO, Felipe. Oncologia Radioterápica – princípios, métodos, gestión y práctica clínica. Copyright. Spain: Arán Editores, S.L., 2010. ISBN 978-84-92977-05-5. Cap. 6.3.3 Cuidados de la piel.
3. Cancro da mama - Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento. Unidade Funcional de Patologia Mamária, Grupo Multidisciplinar da Patologia Mamária IPOC FG, EPE. 2012
4. Causas de morte 2013 - Instituto Nacional de Estatística. 26 Maio 2015
5. F. Cardoso, et al (18 de September de 2014). ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Annals of Oncology, 1.
6. Feight, Deborah, et al (2011). Putting evidence into practice: Evidence based interventions for radiation dermatitis. Clinical Journal of Oncology Nursing, vol.15 (5)
7. Marcos, A., Duarte, C., Araújo, D., Dias, Albina., (2010). A dor no doente com ferida crónica. Feridas, 3, (3). 19-22
8. NATIONAL CANCER INSTITUTE – Radiation Therapy and You: Support for people with cancer. NIH Publication No 12-7157. 1-800-422-6237. May 2012
9. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Definition Table. Putting Evidence Into Practice. Feb 2010
10. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Research Evidence Table. Putting Evidence Into Practice. April 2013
11. Otto, Shirley. (2000). Enfermagem em oncologia. Lusociência. Cap. 21
12. Ponte, Diana; Ferreira, Kelly; Costa, Neuza (2012). O controlo do odor na ferida maligna - Journal of Tissue Regeneration & Healing, Revista da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, Edição 1
13. Veríssimo, Margarida [et. al] – Radioterapia em Utentes de ORL – Acção de Enfermagem. In: Sinais Vitais. N.º 52, Janeiro de 2004, p. 25-30