

Tratamento cirúrgico precoce das queimaduras: uma realidade no Brasil?

Early surgical treatment of burns: is it a reality in Brazil?

Queimaduras são sítios suscetíveis à colonização de microrganismos endógenos e exógenos. Pode-se afirmar que a incidência de infecção e sepse é diretamente proporcional à extensão e à profundidade das lesões. Esses fatores relativos ao paciente, em combinação a outros inerentes aos microrganismos, como quantidade, motilidade e produção de toxinas, vão determinar a infecção e a invasão da ferida. A suscetibilidade das queimaduras à infecção resulta da presença de proteínas coaguladas e outros nutrientes bacterianos e da falta de vascularização da escara, que impedem o aporte de células imunológicas, anticorpos e mesmo antibióticos ao tecido desvascularizado.

A população microbiana da lesão logo após a queimadura é esparsa, poucas bactérias presentes nos anexos cutâneos sobrevivem à queimadura e são predominantemente não patogênicas. Com o passar do tempo, bactérias patogênicas passam a habitar a escara e, no final da primeira semana, são predominantes. Apesar do desenvolvimento de novos antibióticos e terapêuticas antimicrobianas, a seleção e a disseminação de resistência intrínseca e adquirida aumentam a probabilidade de colonização e infecção por germes multiresistentes.

A remoção das escaras e a enxertia precoce, antes da colonização e infecção da área queimada, têm sido descritas como a estratégia mais eficaz no sentido de evitar as infecções. Uma comparação estatística por meio de meta-análise¹ revelou que houve redução na incidência de septicemia de 6% para 1% das internações e redução em 50% da septicemia como causa de óbito. A principal vantagem do tratamento cirúrgico precoce consiste em reduzir a probabilidade de sepse. Estudos realizados com queimaduras na população pediátrica demonstram diminuição significativa de infecção e da mortalidade por sepse quando se realiza a excisão precoce^{2,3}.

Apesar do amplo suporte na literatura científica, a associação de excisão precoce e a enxertia imediata ainda é uma estratégia pouco adotada em nosso país. Acredito que esse fato se deva à estrutura dos serviços que atendem a pacientes queimados e não à falta de conhecimento ou convencimento dos cirurgiões envolvidos. O tratamento mais conservador exige menos denodo por parte da equipe médica em comparação ao tratamento cirúrgico precoce, que é mais trabalhoso e requer material, anestesia, monitorização e terapia intensiva especializadas. Há de se levar em conta que os serviços onde se realiza rotineiramente a excisão e a enxertia precoces fazem parte de Centros de referência dotados de equipes treinadas e infraestrutura de terapia intensiva, material cirúrgico e substitutos cutâneos que permitem essa abordagem. Optar por uma conduta arrojada frente ao paciente queimado não é uma tarefa simples. Nem sempre as queimaduras se enquadram em categorias. O paciente frequentemente apresenta comprometimento clínico e lesões associadas, a profundidade pode ser indeterminada, a área pode ser muito extensa, as lesões podem afetar segmentos difíceis, como períneo, mãos, tendões e articulações. Áreas cruentas extensas não enxertadas podem dissecar.

Ao praticar a excisão precoce das escaras, uma das tarefas mais difíceis do cirurgião é estimar a profundidade da queimadura e a extensão do procedimento proposto. Não existem testes laboratoriais para medir esses parâmetros, de modo que os cirurgiões têm que basear seus diagnósticos e prognósticos em elementos clínicos. A decisão de operar ou tratar clinicamente depende de vários fatores. A excisão precoce requer um cirurgião experiente e suporte clínico, caso contrário, a excisão inadequada resultará em perda de enxerto e aumento de extensão das feridas e a falta de suporte pode resultar em complicações e em maior prejuízo ao paciente.

A difusão do tratamento cirúrgico precoce das queimaduras depende de educação continuada e treinamento, mas requer também melhores condições laborais, estruturais e técnicas dos nossos serviços, para que a lição possa realmente ser posta em prática.

Wandir Schiozer

Editor

REFERÊNCIAS

1. Ong YS, Samuel M, Song C. Meta-analysis of early excision of burns. *Burns*. 2006;32(2):145-50.
2. Alexander JW, MacMillan BG, Law E, Kittur DS. Treatment of severe burns with widely meshed skin autograft and meshed skin allograft overlay. *J Trauma*. 1981;21(6):433-8.
3. Tompkins RG, Remensnyder JP, Burke JF, Tompkins DM, Hilton JF, Schoenfeld DA, et al. Significant reductions in mortality for children with burn injuries through the use of prompt eschar excision. *Ann Surg*. 1988;208(5):577-85.