

## Compressão elástica multicamadas para tratamento de úlcera venosa com evolução de 30 anos<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

As úlceras venosas (UV) são ônus significativo tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde. É esperado aumento de sua prevalência e complexidade ao longo dos anos.<sup>1</sup>

O tratamento principal para UV considerado ouro pela literatura, ou seja, com alto nível de evidência baseado em revisão sistemática, é a compressão elástica multicamadas (CEM).<sup>2</sup>

Embora as CEM sejam cada vez mais usadas, na prática, continuam negligenciadas em vários documentos de consenso internacionais e diretrizes relacionadas à compressão. Somado a isso, essa terapia não faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), o que desfavorece o acesso deste tratamento a todos pacientes.<sup>1</sup>

Dessa forma, relata-se caso clínico de paciente com UV tratada com CEM. Trata-se de paciente do sexo feminino, 73 anos, com história de UV pós-trombótica do membro inferior esquerdo (MIE) havia mais de 30 anos. Durante todo esse período fez diversos tratamentos clínicos: desbridamentos, curativos locais (carvão ativado, placas de hidrofibra com prata, hidrogéis) e tratamento compressivo com bota de Unna e faixa elástica, sem que houvesse cicatrização da úlcera.

Ao exame inicial, apresentava úlcera na região posterior e laterais do MIE de 15×8 cm, leito com fundo fibrótico e tecido desvitalizado, sem sinais de colonização e borda não aderida ao leito (fig. 1). Apresentava exsudação serosa e dor local de intensidade moderada. Pulsos distais palpáveis 4+/4+. Iniciado a CEM (fig. 2) com troca duas vezes por semana nas primeiras três semanas devido à alta exsudação e saturação do curativo e após uma vez por semana. Nos primeiros 20 dias já foi verificado que a UV apresentava-se mais superficial, leito parcialmente vitalizado e bordas aderidas ao leito, foi possível o espaçamento das trocas do curativo. No período de três meses houve melhoria significativa da qualidade do leito da úlcera e diminuição da área ulcerada até completa cicatrização (fig. 3). Orientada meia elástica de alta compressão para evitar recidiva.

De acordo com revisão sistemática sobre terapia compressiva para UV, a compressão aumenta a taxa de cicatrização. O sistema de multicamadas é mais efetivo do que os tradicionais, a alta compressão é mais efetiva do que a baixa compressão.<sup>3</sup>

Há duas formas básicas de tratamento compressivo para UV de membros inferiores: inelástico (bota de Unna) e elástico (faixas, meias elásticas e sistemas multicamadas).

CEM costuma ter uma camada protetora de lã ortopédica e também pode incluir uma camada de retenção de crepe, uma bandagem de compressão elástica e bandagem coesiva elástica para evitar o deslizamento e manter o sistema em alta compressão durante o tempo de uso, o que a torna efetiva, pois age na macro e microcirculação.<sup>4</sup>

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.08.025>

☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

☆☆ Como citar este artigo: Velozo BC, Colenci R, Abbade LPF. Multilayer elastic compression for the treatment of a 30 year venous ulcer. *An Bras Dermatol.* 2020;95:263–4.



**Figura 1** Úlcera venosa na região posterior e laterais do membro inferior esquerdo sem cicatrização havia mais de 30 anos.



**Figura 2** Compressão elástica multicamadas, feita com sistema de 3 camadas por três meses.

A terapia multicamadas é composta de 2 a 4 camadas. No Brasil estão disponíveis algumas marcas: UrgoK2<sup>®</sup>, Coban 2<sup>®</sup>, Jobst<sup>®</sup> (2 camadas), Dyna-flex<sup>®</sup> (3 camadas), Curatec K4<sup>®</sup>, Profore<sup>®</sup> da Smith-nephew (4 camadas). A quantidade de camadas não é tão relevante quanto a combinação ideal dos diferentes materiais para manter a compressão sustentada.<sup>3</sup>

Para indicação da CEM é importante o diagnóstico correto e exclusão de doença arterial periférica. É contraindicado o uso dessa terapia para pacientes com ausência de pulsos distais ou índice tornozelo-braço < 0,9.<sup>2</sup>

Esse sistema deve permanecer no membro por no máximo sete dias, tem como vantagem a manutenção da alta compres-



**Figura 3** Úlcera venosa cicatrizada, apresenta apenas algumas áreas exulceradas e hiperkeratóticas.

são sustentada em torno do tornozelo ao longo desse tempo. A compressão deve ser em torno de 35 a 40 mmHg e gradualmente menor na região abaixo do joelho (17 mmHg). O paciente deve ser estimulado a deambular a fim de atingir os benefícios da compressão.

O método deve ser aplicado por profissionais da área da saúde treinados (médicos e enfermeiros), pois sua efetividade pode ser influenciada pela técnica de aplicação.<sup>1,4</sup> O custo unitário ainda é elevado, porém o custo-benefício é maior em relação aos curativos comuns e outras terapias menos efetivas.

A CEM tem vantagens em relação ao conforto, tolerabilidade e qualidade de vida dos pacientes.<sup>1</sup> Houve relatos de pacientes na melhoria da dor, facilidade da execução das atividades diárias e menor desconforto durante o dia e durante o sono.<sup>5</sup>

A CEM demonstra maior efetividade de cicatrização e conforto ao paciente. Nosso estudo de caso clínico demonstrou eficácia em seu uso, com cicatrização de UV de mais de 30 anos de evolução. Isso corrobora os estudos de revisão sistemática quanto à indicação desse método, que favorece rápida cicatrização com boa relação custo-benefício.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Bruna Cristina Velozo: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Raquel Colenci: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Luciana Patrícia Fernandes Abbade: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

## Conflitos de interesse

Nenhum.

## Agradecimentos

A Eliete C. Soares, fotógrafa do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).

## Referências

1. Welsh L. What is the existing evidence supporting the efficacy of compression bandage systems containing both elastic and inelastic components (mixed-component systems)? A systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;26:1189–203.
2. Meara O, Cullum S, Nelson N, Dumville EAJC. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000265.
3. Stücker M, Link K, Reich Schupke, Altmeyer P, Doerler M. Compression and venous ulcers. *Phlebol*. 2013;28 Suppl 1:68–72.
4. Alavi A, Sibbald RG, Phillips TJ, Miller F, Margolis DJ, Marston W. What's new: Management of venous leg ulcers Treating venous leg ulcers. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:643–64.
5. Bissacco D, Viani MP. Multicomponent compression stockings in chronic venous leg ulcer treatment. *Ann Ital Chir*. 2017;88:67–72.

Bruna Cristina Velozo <sup>a,\*</sup>, Raquel Colenci <sup>a</sup>  
e Luciana Patrícia Fernandes Abbade <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [brunavelozo.sm@hotmail.com](mailto:brunavelozo.sm@hotmail.com) (B.C. Velozo).

Recebido em 17 de setembro de 2018; aceito em 26 de agosto de 2019

Disponível na Internet em 13 de abril de 2020

2666-2752/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).