

853 - PÊNFIGO BOLHOSO, ANDIROBA E LASER DE BAIXA INTENSIDADE: RELATO DE CASO.

Tipo: POSTER

Autores: JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), CILENE FERNANDES SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), LETÍCIA DE OLIVEIRA GRESPI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), AMANDA MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), ISABEL AMANTE DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), JOSÉ RICARDO GRAMS SCMITZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), **MARIA FERNANDA LEHMKUHL LOCCIONI (AUTÔNOMA)**, SHIRLEY MASSIMO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Introdução: O pênfigo bolhoso é uma doença autoimune que tem seu mecanismo mediado por auto anticorpos direcionados contra duas proteínas (BP180 e BP320) presentes no complexo de adesão entre a derme e a epiderme. [1]?Trata-se de uma condição com sinais e sintomas diversos e inespecíficos, incluindo lesões eczematosas, urticariformes, papulosas e pruridos. Comumente, o pênfigo manifesta-se por meio de bolhas grandes podendo ser de diâmetro de 1 a 4 cm, com conteúdo claro e em alguns casos, hemorrágico. Essas bolhas normalmente são tensas ao toque e podem causar alteração na sensibilidade, desconforto e dor ao paciente. Estão presentes, sobretudo, em áreas flexoras, na face interna das coxas, virilhas, axilas e na região inferior do abdome, porém pode se disseminar por toda extensão do corpo, além de acometer mucosas, geralmente a bucal. [2] O surgimento desta doença pode estar relacionado ao uso de determinados medicamentos como captopril, enalapril, furosemida, cefalexina, ciprofloxacino, além da associação do pênfigo bolhoso com doenças cerebrovasculares, demências, Parkinson, epilepsia e esclerose múltipla. A maior prevalência está entre idosos, porém observa-se casos em adultos e crianças.[3]? O diagnóstico é realizado através da biópsia da lesão e o tratamento costuma ser variado e de extenso uso de terapias tópicas e medicamentosas, desde corticóides tópicos ou sistêmicos, plasmaferese, antibióticos e drogas imunomoduladoras. A variação do uso de medicamentos e terapias tópicas depende da complexidade da doença, da faixa etária e de comorbidades associadas. [4] Cuidar de pacientes com esta doença é um desafio tanto para a equipe de enfermagem quanto para a equipe médica, pois trata-se de um cuidado complexo onde o processo de cura é demorado e sofrido. Uma vez que as lesões de pele são dolorosas, com odor fétido e com predisposição a infecções. Para gerenciar estes aspectos o enfermeiro dispõe da adjuvância do laser de baixa intensidade (LBI). Objetivo: Relatar caso sobre a utilização de andiroba e Laser de Baixa Intensidade no tratamento tópico de pênfigo bolhoso. Método: estudo de caso acompanhado de janeiro de 2022 a março de 2023, em um hospital público no sul do Brasil. Dados coletados através da anamnese da paciente, realizado a revisão do prontuário, anotações de enfermagem, escala visual numérica de dor e registros fotográficos. Todas as condutas foram compartilhadas com a equipe médica, preconizando pelo cuidado holístico e integral. Os dados foram analisados de forma descritiva e os achados discutidos mediante revisão narrativa da literatura. Estudo aprovado pelo Comitê de ética sob parecer 3.520.261 e CAAE 12212519.2.0000.0121. Paciente MJ, 78 anos, sexo feminino, proveniente de Biguaçu/Santa Catarina, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 insulino dependente. Em dezembro de 2022 foi diagnosticada com pênfigo bolhoso. Em uso de redutor de colesterol, hipoglicemiante oral, anti-hipertensivo, anti-agregante plaquetário, insulina de liberação longa e curta, ansiolítico, opióide forte e anti-histamínico. Aguardava início de terapia com rituximab.?Após alta hospitalar, em 8/2/2023 iniciou acompanhamento ambulatorial com equipe médica da dermatologia e com a enfermagem. No momento da primeira consulta de enfermagem ambulatorial apresentava-se gemente, com dor relatada como insuportável (escala: 10) e extensas lesões corporais fétidas, a maioria drenando grande quantidade de exsudato sanguinolento em todos os membros, especialmente em raiz de coxas, axilas e abdômen. Estava com a filha como cuidadora principal dos cuidados, que utilizava óleo de girassol com ácidos graxos essenciais

como tratamento tópico. Após avaliação, foi acordado que a paciente receberia acompanhamento e orientação da equipe de enfermagem ambulatorial semanalmente, com a conduta: limpeza da área perilesional com solução fisiológica 0,9% e clorexidina degermante; após remoção total com amplo desbridamento instrumental e rompimento das flictenas maiores com agulha hipodérmica 0,45x13 mm, conforme tolerância da paciente; aplicação de polihexametileno biguanida (PHMB); fotobiomodulação; hidrogel com gaze alva e em áreas mais exsudativas espuma com prata. Fotobiomodulação realizada com laser vermelho (660nm) em regiões peri-flictenas (3 joules/ponto) e infravermelho (808nm) no leito das lesões (2 joules/ponto). Parâmetros: potência 0,1W, área de feixe 1 cm², irradiância 1,016W/cm², modo de pulsão contínua, método pontual, posologia semanal. No segundo atendimento (15/2/2023) foi observado a redução na exsudação, odor e quadro alérgico (EVA 6), porém as lesões se apresentavam muito ressecadas, o que causava maior aderência da cobertura primária e consequente aumento da dor nas trocas de curativos. Foi optado por manter as mesmas condutas, exceto a cobertura de hidrogel que foi substituída por óleo de andiroba (Tegum ®). No domicílio, a filha realizava as trocas de curativos conforme saturação e a aplicação do óleo de andiroba em média duas vezes/dia. Em 22/3/2023 recebeu alta do acompanhamento com todas as lesões cicatrizadas. Resultados: Após a primeira sessão de laserterapia paciente apresentou redução significativa do quadro alérgico, evoluindo para dor graduada em 2; da quantidade de exsudação e odor; o que ocasionou melhora na qualidade e quantidade de sono, mobilidade e dor. A ação anti-inflamatória e analgésica do laser provoca a liberação de substâncias que inibem a produção de prostaglandinas e com isso obteve-se uma diminuição nos efeitos de inflamação, e, por conseguinte, maior bem-estar da paciente. Além disso, o óleo de andiroba contém em seus componentes o óleo de melaleuca, colágeno, vitaminas A, E e B6, ceras naturais e benzoato de sódio; que promovem o alívio da dor, eritema e odor. Em 15 dias as feridas começaram a apresentar tecido de granulação e epitelização, uma vez que a produção da bioestimulação acarreta no aumento do metabolismo e consequentemente a promoção da granulação nos tecidos, regenerando assim as fibras nervosas, estimulando a formação de novos vasos sanguíneos e a regeneração dos linfáticos. O reparo tecidual total se deu em 46 dias, após quatro sessões de Laserterapia. Além disso, destacou-se a qualidade da cicatrização. Conclusão: Devido ao desafio no manejo das lesões causadas pelo pênfigo bolhoso, o tratamento com a combinação de Laser de Baixa Intensidade (LBI) e andiroba como adjuvantes se mostrou altamente eficaz. Esse enfoque acelerou significativamente a cicatrização das lesões e proporcionou alívio dos sintomas dolorosos da paciente, diminuição da quantidade de exsudação das lesões, ao mesmo tempo que reduziu os riscos de infecção, graças às propriedades anti-inflamatórias e cicatrizantes da LBI. Portanto, o caso desempenhou um papel importante na geração de conhecimento, trazendo novas perspectivas para o tratamento desta doença sistêmica complexa.