

Úlcera do pé diabético

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

Uma úlcera no pé diabético geralmente começa onde o sapato ou a meia causam atrito, frequentemente sob a planta da parte anterior do pé, em um dedo dobrado ou na lateral de uma protuberância óssea. Como o diabetes pode diminuir a sensibilidade nos pés, o primeiro sinal muitas vezes não é dor alguma. Pode ser uma bolha, uma rachadura entre os dedos, uma calosidade que escurece ou líquido na meia. Quando há dor, ela costuma estar localizada abaixo da úlcera; piora ao ficar em pé ou caminhar, e melhora quando você está sem carregar peso.

Vários fatores contribuem para o surgimento dessa condição. O dano nervoso pode fazer os dedos do pé se curvarem para baixo, como garras, e tensionar o tendão na parte de trás do tornozelo, desviando mais pressão para a frente do pé. A pele seca e rachada, devido à diminuição da sudorese, permite a entrada de bactérias. O estreitamento dos vasos sanguíneos abaixo do joelho reduz o fluxo sanguíneo para a ferida, dificultando sua cicatrização. Esses problemas são mais comuns em pessoas com diabetes há mais de uma década ou cujo nível de glicose no sangue é difícil de controlar.

A rotina diária sofre alterações sutis. Você pode perceber que passa a verificar a meia em busca de líquido todas as manhãs, ou opta por sapatos planos e espaçosos, pois qualquer calçado apertado irrita a área lesionada. Passear com o cachorro, ficar de pé perto do fogão ou ir às compras passam a exigir planejamento. Algumas pessoas notam inchaço, calor e vermelhidão no pé, que pode mudar de forma gradual. Caso ocorra infecção, podem surgir febre, tremores e maior dificuldade para controlar a glicose. Uma infecção profunda, por vezes, é o primeiro sinal de que alguém tem diabetes.

Se as articulações do meio do pé se deteriorarem, surge a chamada artropatia de Charcot: o pé fica vermelho, quente e inchado, podendo parecer infectado mesmo sem haver infecção real. Em até 50% dos casos, há dor; portanto, um pé sem dor, porém quente e inchado, também merece avaliação.

O que realmente está acontecendo

Uma úlcera no pé não é apenas um ponto dolorido. É o resultado final de diversas alterações graduais causadas pelo diabetes nos pés; compreendê-las ajuda a explicar por que a úlcera surge exatamente onde aparece.

A primeira alteração ocorre nos nervos. Com o tempo, o alto nível de glicose no sangue danifica os nervos responsáveis por transmitir as sensações dos pés ao cérebro. Imagine a fiação elétrica de uma casa: se o alarme estiver desconectado, você nunca o ouvirá tocar. Quando os nervos dos pés deixam de enviar sinais, você não sente a presença de uma pedra dentro do sapato, a formação de uma bolha ou o atrito de um calo. Essa perda de sensibilidade é chamada de perda da sensação protetora e é a razão mais comum para o surgimento dessas úlceras. Os nervos que controlam a sudorese também podem ser afetados, fazendo com que a pele resseque e rachure, facilitando a entrada de bactérias.

A segunda alteração diz respeito à forma e à mecânica do pé. Os pequenos músculos internos do pé enfraquecem, enquanto os músculos mais fortes na parte externa continuam a puxar. O resultado é que os dedos se curvam para baixo, como garras, e o tendão na parte de trás do tornozelo fica mais tenso. Isso desloca o peso do corpo para a parte anterior do pé, fazendo com que o mesmo ponto sofra pressão constante ao ficar em pé. A pressão sob o pé em pé (parado) pode chegar a 400 kPa; sem o sinal de alerta da dor, essa pressão nunca diminui, levando, por fim, à ruptura da pele.

A terceira alteração envolve a circulação sanguínea e as defesas do organismo. O diabetes estreita os vasos sanguíneos de tamanho médio abaixo do joelho, reduzindo o fluxo sanguíneo até a ferida. O sangue transporta o oxigênio e os elementos necessários para a cicatrização; portanto, com má circulação, o processo de cura fica mais lento ou até para. O alto nível de glicose também enfraquece o sistema imunológico, podendo atenuar os sinais habituais de infecção, como vermelhidão, calor e pus. É por isso que uma úlcera infectada pode parecer “tranquila” na superfície, enquanto a infecção se espalha por baixo.

Nenhuma dessas alterações pode ser totalmente revertida após ocorrer. O que se pode fazer é aliviar a pressão sobre a úlcera, melhorar a circulação quando possível, tratar a infecção e proteger o restante do pé de sofrer o mesmo destino.

O que podemos fazer a respeito

O primeiro passo é retirar a pressão sobre a úlcera para que ela possa fechar. Isso é chamado de “offloading”, ou seja, distribuir o peso do corpo por uma área maior do pé. As opções incluem sapatos especiais para cicatrização, palmilhas personalizadas ou gesso de contato total – um gesso bem ajustado que protege o pé durante a caminhada. O gesso é trocado a cada 2 a 4 semanas, até que a vermelhidão e o inchaço desapareçam e a temperatura do pé fique igual à do outro pé. Uma órtese de marcha é outra alternativa, mais fácil de retirar; porém, se a forma do pé estiver muito alterada, pode ser difícil usá-la. Os curativos mantêm a ferida úmida, absorvem o fluido e protegem contra infecções. Além disso, ensinamos como fazer a inspeção diária dos pés, cuidados seguros com unhas e calosidades, e como escolher calçados que não causem atrito. Após a cicatrização da úlcera, sapatos terapêuticos com palmilhas acolchoadas protegem os pés. O acompanhamento por uma equipe que pode incluir seu médico de família, educador em diabetes, podólogo e especialista vascular é fundamental: programas de cuidados com os pés como esse, aliados à educação do paciente, podem reduzir as taxas de amputação de membros inferiores em até 45% a 60%. Algumas feridas também respondem bem a tratamentos complementares, como a terapia por ondas de choque associada ao tratamento padrão; isso resultou no fechamento completo da ferida em 53,33% dos casos, contra 33,33% apenas com o tratamento padrão, com tempo de cicatrização de 60,8 dias em vez de 82,2 dias.

Caso a infecção tenha atingido o osso – condição conhecida como osteomielite – ou se houver formação de abscesso, a cirurgia passa a fazer parte do plano terapêutico. Geralmente, isso começa com a limpeza do tecido infectado, chamada de desbridamento, e o uso de antibióticos adequados ao tipo de bactéria encontrada. Às vezes, é preciso aparar parte do osso que pressiona a ferida, alongar um tendão rígido na parte de trás do tornozelo ou endireitar um dedo do pé encurvado. Para feridas graves, pode-se utilizar um sistema de alongamento cutâneo ou terapia de pressão negativa, que emprega sucção suave para auxiliar no fechamento da ferida. Quando o pé torna-se instável ou não pode ser estabilizado por órteses, a cirurgia pode realinhar e fundir as articulações para criar um pé estável e apto à marcha. Em alguns casos, é necessária a amputação de parte do pé; nesses casos, discutimos detalhadamente essa opção com você.

O que esperar

Uma úlcera no pé diabético pode cicatrizar, mas raramente acontece de forma rápida ou espontânea. A cicatrização depende de cinco fatores: glicemia controlada, eliminação da pressão sobre a ferida, bom fluxo sanguíneo para o pé, ausência de infecção e nutrição adequada. Se qualquer um desses fatores faltar, a úlcera tende a permanecer inalterada ou a reaparecer, em vez de fechar.

Com tratamento adequado, o processo costuma levar semanas ou meses, não apenas dias. A ferida é examinada e limpa a cada troca de gesso ou curativo, e radiografias são feitas a cada 4 a 6 semanas para monitorar os ossos. Esses prazos dão uma ideia do ritmo do processo, mesmo com cuidados intensivos.

É importante ser franco sobre o que acontece quando a úlcera é deixada sem tratamento: a infecção pode atingir os ossos, e as úlceras no pé diabético são responsáveis por cerca de 85% das amputações de membros inferiores em pessoas com diabetes. Caso seja necessária a remoção de parte do pé, o prognóstico varia. Após um tipo específico de amputação do meio do pé, 94% dos pacientes desenvolveram complicações na ferida e apenas 44% conseguiram caminhar com prótese. Após amputação abaixo do joelho, um terço dos pacientes não sobrevive nos dois primeiros anos, e cerca de 30% dos amputados perdem a outra perna em até 3 anos. São esses dados que motivam a equipe a priorizar a redução da pressão, a manutenção da circulação e o controle da infecção antes que a situação piore.

Mesmo quando a úlcera fecha, o trabalho ainda não termina. O mesmo local pode voltar a se lesionar; por isso, o uso de calçados terapêuticos com palmilhas acolchoadas e exames regulares do pé tornam-se parte da rotina. Em resumo: a ferida fecha com cuidados contínuos, mas será preciso proteger o pé por toda a vida para evitar novas lesões.

Quando procurar ajuda médica

Consulte seu médico de família se notar qualquer ruptura na pele do pé que não cicatrize em poucos dias, uma bolha, rachadura ou calo que pareça mais escuro ou esteja exsudando líquido, ou uma área que continua sendo friccionada no mesmo local. Solicite uma avaliação especializada se você não sentir absolutamente nada na área afetada, se a ferida for mais profunda que a pele, ou se for possível ver osso ou tendão nela. Procure o pronto-socorro se tiver febre, calafrios ou tremores, se a vermelhidão ou inchaço estiverem se espalhando pelo pé ou

perna, se o pé estiver quente, vermelho e inchado sem nenhuma lesão aparente, ou se seu nível de açúcar no sangue de repente ficar difícil de controlar. Esses sinais podem indicar uma infecção profunda ou um abscesso, e exigem avaliação no mesmo dia, em vez de uma consulta com o médico de família.