

## EVOLUÇÃO NAS COBERTURAS TÓPICAS RELACIONADA À SÍNDROME STEVENS JOHNSON E NECROSE EPIDÉRMICA TÓXICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Stevens Johnson (SSJ) e a necrose epidérmica tóxica (NET) caracterizam-se por reações cutâneas graves, com potencial para morbidade e mortalidade elevadas acometendo a pele, mucosas, órgãos internos e genitais (GOMEZ et al., 2004). As manifestações dos sinais e sintomas podem iniciar com eritema como mácula que evoluem para pápulas, vesículas e placas (BONNER, 2001). A lesão pode aumentar de tamanho e número; o sinal de Nikolsky pode estar presente facilitando à infecção secundária. As áreas de face, pescoço e tórax são geralmente mais afetadas, a mucosa pode apresentar eritema, edema, ulceração e necrose (HARADA et al, 2011). **OBJETIVO:** identificar a luz da literatura aspectos da fisiopatologia, etiologia, quadro clínico e tratamento tópico, como também multiplicar novos conhecimentos aos profissionais da saúde. **MÉTODO:** Estudo descritivo, com revisão de 10 artigos sendo cinco de caráter original e cinco por revisão da literatura, associado ao relato de caso, que surgiu mediante chamado para assessoria de pele avaliar lesões de grande extensão em paciente interno na UTI dessa instituição. **RESULTADOS:** O reconhecimento precoce da reação e a retirada do suposto fármaco é a mais importante ação terapêutica (SAMPAIO, 2001). O uso de imunoglobulina (IMG) aparece como estratégia promissora (GHISLAIN PD, ROUJEAU, 2002). As áreas de desprendimento da epiderme são tratadas como queimaduras, essas devem ser cobertas com compressas de solução fisiológicas, ao realizar curativos, manipular de forma estéril, estimular nutrição oral, prevenir as úlceras de estresse, controlar dor e ansiedade (CUNHA, 2006). Relato de caso: Paciente admitido na UTI às 16H do dia 25/11/2016, 18 anos de idade, sexo masculino, pele branca, consciente, orientado, eupneico, taquicárdico, hiperemia e edema ocular bilateral, estomatite, rash cutâneo em região torácica, presença de flictenas com conteúdo translúcido e sinal de Nikolski positivo; Dia 28/11/2016 avaliado pela assessoria de pele, constatado cavidade oral com extensas lesões, desprendimento da epiderme em 60% da extensão de tórax anterior e posterior; É importante relatar, sic genitora paciente fez automedicação em residência há três dias retroativos a internação, do fármaco “dipirona”. Os curativos iniciaram-se dia 25/11/2016 com gaze antiaderente a base de copaíba, melaleuca, ácidos graxos essenciais e compressas embebidas em soro fisiológico a 0,9%, eram necessários à troca diária, a cada troca de curativos eram realizados analgesia no paciente, porém as trocas eram extremamente traumáticas; Após 09 dias com essa conduta supracitada o paciente não apresentava melhora

na epiderme, foi aplicada espuma antiaderente, absorvível e com alta tecnologia no silicone saftac (Mepilex Transfer 15x20cm) 48hs após aplicação foi realizado inspeção e coberturas estavam intactas, sem translocação, suportando exsudato, relato verbal do paciente de alto conforto e conciliação do sono devido após uso do curativo; Após 14 dias com duas aplicações, paciente apresentava tecido epitelial regenerado porém com extrema fragilidade, necessitando de proteção, iniciado aplicação de emulsão a base de óleo de andiroba que tem ação antiinflamatória, vitamina A e E vegetais (TEGUM) com propriedades regeneradora e antioxidante combatendo os radicais livres, essa aplicação era feita cinco vezes ao dia com uma fina camada, com apenas seis dias de aplicação toda região afetada não apresentava mais hiperemia ou qualquer outro tipo de irritação; Dia 29/12/2016 paciente recebe alta hospitalar com epiderme e estado geral recuperados, sendo orientado a permanecer com aplicação de emulsão (TEGUM). **CONCLUSÃO:** A cobertura tópica vem caminhando no avanço em benefício ao paciente, no estudo de caso as coberturas convencionais para tratar lesões extensas da síndrome são comparadas ao tratamento para queimados, essas trouxeram mais danos ao paciente devido às trocas serem extremamente traumáticas, porém ao aplicarmos à cobertura a base de espuma e silicone, foi notória a evolução das lesões, não foi necessário a manipulação diária e relato verbal do próprio paciente em relação ao conforto. SSJ e NET caracterizam-se emergências no cuidado com a pele, e o conhecimento adequado no manuseio com as lesões devem fazer parte do conhecimento científico e prático por parte da equipe de enfermagem, com isso o paciente recebe um tratamento adequado, digno e rápido, podendo assim ser inserido de volta a sociedade.

#### **REFERÊNCIA:**

BONNER, J.R. **Alergia medicamentosa** *in*: Goldman, L.; Bennett, J. C. Cecil – Tratado de Medicina Interna, 21ª ed. Guanabara Koogan. RJ, 2001: 1630-1634.

CUNHA NA. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. Olinda (PE): Fundação de Ensino Superior de Olinda – FUNESO; 2006.

GOMEZ-CRIADO MS, AYANI I, LEON-COLOMBO T ET AL – **Stevens-Johnson, toxic epidermal necrolysis and phenytoin. Factors linked to a higher risk**. Rev Neurol, 2004;15:1056-1060.

GHISLAIN PD, ROUJEAU JC - **Treatment of severe drug reactions: Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and hypersensitivity syndrome**. Dermatol Online J, 2002;8:1087-1108.

HARADA, et al. **10º forum de extensão e cultura da UEM: síndrome de stevens johnson.**

Relato de caso, São Paulo 2011.

SAMPAIO, S.A.P.; RIVITI, E. A. **Erupções por drogas *in*. Dermatologia.** 2º ed, artes médicas, São Paulo, 2001:603-619.