

Piccole ustioni: l'abc del trattamento

Le ustioni sono lesioni a carico della cute (più raramente delle mucose) provocate dalla esposizione a fonti di calore (fiamme, corpi solidi, liquidi o gas), sostanze chimiche caustiche, radiazioni o corrente elettrica. L'entità del danno varia a seconda della intensità del calore e della durata del contatto. La gravità dipende principalmente dalla percentuale di superficie corporea ustionata e dalla profondità delle lesioni, classificata secondo una scala crescente. Le ustioni di 1° grado interessano solo l'epidermide e consistono in arrossamenti cutanei (*eritemi*) che hanno carattere transitorio e regrediscono del tutto nell'arco di una settimana. Le ustioni di 2° grado coinvolgono l'epidermide e il derma superficiale. La vasodilatazione indotta dai mediatori dell'infiammazione (istamina e bradichinine) aumenta la permeabilità vascolare con conseguente fuoriuscita di liquidi dai capillari sottocutanei; l'essudato si accumula negli spazi interstiziali provocandone la tumefazione (*edema*) o si raccoglie in vesciche. Se non sopravvengono infezioni, guariscono in 2-3 settimane senza lasciare cicatrici; l'età avanzata e la presenza di malattie (es. diabete) allungano i tempi di guarigione. Nelle ustioni di 1° e 2° grado, l'arrossamento, molto sensibile al tatto, schiarisce se viene esercitata una lieve pressione con un dito ed è accompagnato da bruciore e/o dolore. Le ustioni di 3° grado coinvolgono l'epidermide, il derma profondo e gli annessi; si presentano come croste biancastre (*escare*), espressione della morte dei tessuti cutanei (*necrosi*). Se si è verificata carbonizzazione dei tessuti, la superficie assume un colore bruno, simile al cuoio. Il dolore è scarso o assente per la parziale o totale distruzione dei recettori nervosi. La guarigione richiede tempi lunghi e la produzione di tessuto di granulazione eccessivo comporta la formazione di cicatrici permanenti (*cheloidi*). Per la particolare localizzazione e/o la gravità non immediatamente percepibile, le ustioni al viso, agli occhi o ai genitali, così come quelle causate da corrente elettrica o caustici richiedono sempre una valutazione medica. Le ustioni superficiali (1° e 2° grado) e di estensione inferiore al 10% della superficie cutanea totale (in un adulto) e al 5% (in un bambino), si considerano piccole ustioni. Per un calcolo empirico della estensione si deve tener conto che il palmo di una mano corrisponde all'1% circa dell'intera superficie corporea, un braccio al 9%, una gamba al 18%. Queste ustioni, specie se di limitata estensione, sono le evenienze che più spesso giungono all'osservazione del farmacista. Sono l'occasione più appropriata per consigliare le corrette modalità di gestione e di trattamento (farmaci, medicazioni), ma anche per ricordare le strategie di prevenzione (nel caso delle ustioni solari) e di pronto intervento che molti ignorano o non rispettano.

Primo soccorso. Indipendentemente dalla gravità, è importante raffreddare subito la cute ustionata con acqua. L'acqua fredda riduce la vasodilatazione e arresta la progressione dell'edema, calmando il dolore; il raffreddamento risulta tanto più efficace quanto più tempestivo e protratto nel tempo. Idealmente, si dovrebbe intervenire entro 5 minuti, trattare l'ustione con acqua a temperatura intorno ai 15°C (corrispondente più o meno a quella dell'acqua fredda del rubinetto), per 15-20 minuti. Nel caso di ustioni superficiali e molto estese, come sono in genere le scottature solari, l'immersione del corpo in una vasca da bagno rappresenta la soluzione migliore; altrimenti, una doccia è un buon compromesso. Quando la zona ustionata è difficile da immergere in acqua, si possono effettuare degli impacchi con un panno pulito imbevuto di acqua fredda rinnovandolo frequentemente. Sulla parte lesa non si devono applicare borse del ghiaccio né miscele di acqua e ghiaccio (come si fa nelle distorsioni) perché abbassano troppo rapidamente la temperatura dei tessuti e la marcata vasocostrizione può aggravare il danno. Da bandire in modo assoluto l'olio, un rimedio popolare per le scottature: blocca la traspirazione e macera la cute ustionata, compromettendo una pronta guarigione della lesione. Nelle ustioni da acidi (es. acido muriatico) bisogna irrigare immediatamente la parte colpita con abbondante acqua corrente per rimuovere ogni traccia della sostanza nociva. Va evitato qualsiasi tentativo di neutralizzare il pH: l'applicazione di soluzioni basiche (es. con bicarbonato) può causare reazioni esotermiche e aggravare il danno. E' necessario tenere sotto controllo le lesioni perché le ustioni chimiche inizialmente appaiono come un modesto scolorimento dell'area colpita e nel giro di alcune ore possono evolvere verso la necrosi.

Trattamento. Dopo il raffreddamento, sulle ustioni più lievi è sufficiente applicare una crema emolliente semplice o un latte doposole; se dopo 24 ore la lesione brucia ancora si può ricorrere ad un corticosteroide topico a bassa potenza come l'idrocortisone (es. *Lenirit*, *Sintotrat*), applicandolo 1-2 volte al giorno per un paio di giorni. Nelle ustioni di 2° grado, dopo la detersione con acqua fredda, è opportuno asciugare la lesione all'aria o tamponandola con una garza sterile. Le vesciche più piccole devono essere lasciate intatte, mentre quelle più grandi, se presenti in posizioni in cui risultino fastidiose o soggette a rottura accidentale, vanno lavate con l'ago di una siringa sterile o un ago comune passato sulla fiamma, facendo defluire il liquido sieroso; dopo qualche giorno la pelle residua potrà essere rimossa delicatamente. Il passo successivo consiste nella medicazione della lesione: le opzioni disponibili sono diverse. Le garze grasse (es. *Non AD*) sono formate da filamenti imbevuti di paraffina che non aderiscono alla ferita, ma lasciano aperti i pori della medicazione, permettendo così il drenaggio degli essudati. Vanno ricoperte con una garza di cotone e/o fasciate con una benda in spessore sufficiente ad assorbire i liquidi di drenaggio che va rinnovata ogniqualvolta impregnata. Le garze a base di acqua e acido ialuronico (es. *Connettivina*) o *Triticum vulgare* (es. *Fitostimoline*) sono equiparabili ad una garza grassa dal momento che l'effetto coadiuvante sulla riparazione tessutale dei principi attivi contenuti non è dimostrato in modo convincente. Le medicazioni avanzate a base di idrocolloidi (es. *Duoderm*) o poliuretano (es. *Tegaderm*) rappresentano una soluzione semplice e funzionale. Hanno una piccola cornice esterna adesiva, non hanno bisogno di una fasciatura e possono rimanere in sede per alcuni giorni; inoltre, se trasparenti, consentono di controllare la lesione senza essere rimosse. Sono di varie dimensioni e sono costituite da un film semipermeabile esterno che permette la traspirazione, ma impedisce all'acqua e ai batteri di penetrare all'interno. A contatto con l'ustione, la medicazione forma un gel viscoso che assorbe l'essudato senza aderire alla lesione, creando l'ambiente umido ideale per il processo di guarigione. Una volta espletate queste operazioni, se il dolore è forte è consigliabile l'assunzione di un FANS per via orale (ibuprofene o naprossene) o paracetamolo.

Non necessari. Subito dopo il raffreddamento, non serve disinfettare l'ustione né applicare sostanze antibatteriche: la presenza di una bassa carica batterica non aumenta il rischio infettivo né ostacola la guarigione. Gli antisettici possono invece rallentare i processi di riparazione tessutale, mentre gli antibiotici sono indicati solo nelle ustioni profonde e molto estese dove la distruzione del tessuto epiteliale, la barriera fisiologica nei confronti dei batteri, aumenta realmente il rischio di infezione; in questi casi, viene utilizzata la sulfadiazina d'argento (es. *Sofargen*). Le medicazioni a base di argento metallico (es. *Metalline*, *Siltech*) sono a tutti gli effetti delle medicazioni semipermeabili: non si attaccano alle ferite e permettono di isolare la lesione dall'ambiente esterno; l'argento possiede un'azione antibatterica non indispensabile nelle ustioni di 1° e 2° grado.

Di efficacia non dimostrata. Clostebol, associato alla neomicina nella specialità *Trofodermin*, è uno steroide anabolizzante, poco assorbito dalla cute (perciò privo di effetti sistemici), che vanta la capacità di stimolare localmente i meccanismi biochimici cellulari delegati alla sintesi delle proteine, il materiale da costruzione più importante per la riepitelizzazione di una ferita. Tuttavia, ad oggi nella letteratura scientifica non vi è traccia delle sue proprietà trofico-cicatrizzanti. Per quanto riguarda l'*Aloe*, gli studi esistono, ma sono pochi e di bassa qualità tanto da rendere impossibile un giudizio sulla sua efficacia nell'accelerare il processo di guarigione.

Potenzialmente rischiosi. Le preparazioni che contengono anestetici locali (es. *Foille scottature*) e/o antistaminici (es. *Fargan*) sono decisamente sconsigliate per la scarsa efficacia (inferiore a quella dei cortisonici) e per la possibilità di causare allergie da sensibilizzazione cutanea da contatto.

A cura del dott. Mauro Miselli

Bibliografia

1. Wasiak J and Cleland H. Burns (minor thermal). *Clinical Evidence* 2009; pag. 1-23. 2. Lloyd E et al. Outpatient burns: prevention and care. *American Family Physician* 2012; 85:25-32. 3. Cleland C. Thermal burns. Assessment and acute management in the general practice setting. *Australian Family Physician* 2012; 41:372-5. 4. Dat AD et al. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; Feb 15;(2):CD008762. 5. Voigt J and Driver VR. Hyaluronic acid derivatives and their healing effects on burns, epithelial surgical wounds, and chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Wound Repair Regent* 2012; 20:317-31. 6. Martini P et al. Efficacy and tolerability of fitostimoline in two different forms (soaked gauzes and cream) and citrizen gel in the topical treatment of second-degree superficial cutaneous burns. *Dermatol Res Pract* 2011; 2011:978291.