

CICATRIZACIÓN DE ÚLCERA TÓRPIDA DE ORIGEN VENOSO EN MIEMBRO INFERIOR

HEALING OF TORPID ULCER OF VENOUS ORIGIN IN LOWER LIMB

Autores:  David Palomar Albert ^(*)(1,2),  Lydia Landete Belda⁽²⁾,  María Company Palomes ⁽²⁾,
 Paula Díez Fornés ^(1,2),  Elena Castellano-Rioja ⁽²⁾,  Jorge Zamora-Ortiz ^(2,3).

(1) Clínicas Universitarias de la Universidad Católica de Valencia (España).

(2) Grupo Investigación Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia (España).

(3) Unidad de úlceras. Hospital General Universitario de Valencia (España).

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 20/03/2021
Fecha de aceptación: 25/04/2021

Palomar-Albert D, Landete-Belda L, Company- Palomes M, Díez-Fornés P, Castellano-Rioja E, Zamora Ortiz J. Cicatrización de úlcera tórpida de origen venoso en miembro inferior. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(42): e01-e04. DOI: 10.5281/zenodo.4743904

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente de 62 años que padece una lesión vascular de origen venoso de 12 meses de evolución, localizada en tercio medio de la cara externa de la pierna izquierda. Era una lesión muy exudativa con afectación de la piel perilesional e insuficiencia venosa de base, pero la buena adherencia al tratamiento de la paciente y la implicación de todo el personal sanitario fue primordial para la resolución del caso a las 8 semanas de su inicio. En el artículo se describe la pauta de tratamiento, su evolución y las medidas de prevención contra recidivas.

Palabras clave: Úlcera venosa, Úlcera de la pierna, Insuficiencia venosa, Lesiones vasculares, Escala FEDPALLA.

ABSTRACT:

We present the case of a 62-year-old female patient with a vascular lesion of venous origin of 12 months of evolution, located in the middle third of the external aspect of the left leg. It was a very exudative lesion with involvement of the perilesional skin and underlying venous insufficiency, but the patient's good adherence to treatment and the involvement of all the healthcare staff was essential for the resolution of the case 8 weeks after its onset. The article describes the treatment regimen, its evolution and measures to prevent recurrences.

Key words: Venous ulcer, Leg ulcer, Venous insufficiency, Vascular lesions, FEDPALLA scale.

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia venosa crónica es una de las patologías circulatorias más frecuente en las mujeres y su incidencia aumenta a partir de los 65 años⁽¹⁾. Su existencia se ve complicada cuando ocurre un deterioro de la integridad cutánea por causa de comorbilidades y una falta de cuidados, dando como resultado la aparición de úlceras vasculares (UV) principalmente de etiología venosa.

Las UV son úlceras de forma redondeada, de tamaño variable, superficiales, con bordes mal delimitados y con lecho granulomatoso. Pueden ser exudativas y con pulsos arteriales presentes; la piel periulceral suele estar edematosa, con hiperpigmentación, indurada.

La evolución de las UV es tórpida, son lesiones de difícil cicatrización si no se siguen las pautas del tratamiento específico, y tienden a cronificar y recidivar. Aparecen con mayor frecuencia alrededor del maléolo interno y en la zona pretibial o latero-tibial. En la etiología de este proceso tienen que ver dos factores:

- Varices Primarias: que originan las úlceras varicosas.
- Trombosis Venosa Profunda: que dará lugar a úlceras post flebíticas o posttrombóticas⁽²⁾.

CASOS CLÍNICOS

La presentación de este caso y las pautas a seguir en la evolución están basadas en el protocolo general de actuación de úlceras y heridas de la Unidad de Úlceras del Hospital General Universitario de Valencia (HGUUV) (3).

DESARROLLO DEL CASO:

Varón de 62 años, antecedentes de hipertensión arterial, colesterinemia, insuficiencia venosa, no diabetes y asiduo bebedor, sin otras patologías de interés. Es independiente, vida sedentaria y falta de higiene.

Acude a su centro de salud una vez a la semana y es derivado a la Unidad de úlceras por el Servicio de Urgencias del HGUUV, en enero de 2019.

Tras la anamnesis, los diagnósticos enfermeros NANDA (4) que presenta son:

- 00046 Deterioro de la Integridad Cutánea
- 00004 Riesgo de infección
- 00053 Aislamiento social
- 00118 Trastorno de la imagen corporal
- 00119 Baja autoestima crónica
- 00078 Gestión ineficaz de la salud

El paciente refiere que hace aproximadamente un año presentó en miembro inferior (MMII), en la pierna izquierda, una flictena que fue la desencadenante de la lesión ulcerosa que exterioriza en la actualidad, localizada en la cara externa del tercio medio de la pierna.

Se le diagnóstica etiología venosa (índice tobillo-brazo, ITB = 1), con presencia de pulsos positivos. A la exploración se observa que el paciente viene con vendaje de crepé, gasa de hilo de algodón y como apósito primario un tul graso (bálsamo del Perú) (Imagen 1)



Imagen 1: Úlcera de etiología venosa en pierna izquierda.

Tras la limpieza con solución salina y fomentos de polihexanida durante 5 minutos, se observó en la lesión: edema en toda la pierna, el lecho presentaba tejido fibrinoso y biofilm polimicrobiano que invadía toda la superficie del lecho, también había lesiones satélites. A nivel de piel perilesional, la valoración con la escala FED-PALLA(5) resultó una puntuación de 14 puntos, con grado III y pronóstico de epitelización malo (Imagen 2).



Imagen 2: Valoración de la piel perilesional con la escala FEDPALLA.

El eritema de la zona perilesional abarcaba toda la extensión del tul con bálsamo del Perú que tenía aplicado. Las medidas de la úlcera eran 10 x 10 cm. Fue derivado a la sección de alergias para la realización de pruebas epicutáneas a productos para úlceras cutáneas. Las pruebas dieron (+++) al bálsamo del Perú.

Pauta de cuidados y tratamiento tópico:

- Disminuir el edema.
- Evitar la exudación en MMII transcutánea
- Deambulación
- Elevación de MMII
- Cicatrización de úlcera

La pauta de tratamiento consistió en informar al paciente de la necesidad de aceptar y continuar con el plan de cuidados que se le pauta desde la Unidad de úlceras, así como, la importancia de seguir una vida saludable que incluya una higiene corporal correcta y unas recomendaciones para cuidar y prevenir futuras lesiones.

El tratamiento tópico en la primera visita consistió en: tras la limpieza de la lesión y toda la pierna, se aplica crema de óxido de zinc a partes iguales, mezclada con crema de hidrocortisona. Se impregnó todo sobre una malla a lo largo de la lesión perilesional, excepto en la úlcera que se aplica apósito de Ringer, para facilitar el desbridamiento autolítico/osmótico (Imagen3). Finalmente, se le aplica un vendaje compresivo multicomponente (Imagen 4).



Imagen 3: Aspecto de la lesión con el tratamiento tópico aplicado.



Imagen 4: Vendaje compresivo multicomponente.

Se cita al paciente dentro de 48 h para comprobar su adherencia a la terapia compresiva. En la 2ª visita, el paciente ya presenta una reducción considerable del edema y mejoría del lecho de la lesión, se continuó con el mismo tratamiento y se pauta cita para una semana.

A la tercera consulta, la lesión presenta una notable mejoría (Imagen 5), continuamos aplicando el mismo tratamiento, a excepción de la piel perilesional que se protegió solamente con crema de óxido de zinc. Se mantuvo dicha pauta de tratamiento con revisiones semanales compartiendo los cuidados con atención primaria.



Imagen 5: Aspecto de la úlcera tras 2 semanas de tratamiento.

A los 15 días en la 4ª visita se observa que la lesión ha disminuido un 50% de extensión y que la piel perilesional se encuentra en perfectas condiciones (Imagen 6), el nuevo tratamiento pautado consistió en: limpieza con solución salina, fomentos con polihexanida durante 5

minutos, crema de óxido de zinc en zona perilesional y en el lecho se mezcló a partes iguales un apósito de colágeno liofilizado con ácido hialurónico en crema, al cual se le superpone un apósito de espuma con base siliconada, continuando con la terapia compresiva multicomponente.



Imagen 6: Aspecto de la úlcera a las tres semanas de tratamiento.

A la semana (5ª Visita), aparece el paciente en consulta quejándose de malestar local y picor en la pierna afecta, a la retirada del vendaje y apósito se comprueba que el paciente presenta una erupción local (dermatitis irritativa) por el exudado, con una piel inflamada, eritema, erosiones perilesionales y lesiones satélites debidas supuestamente por rascado. La lesión principal no presenta signos de colonización y continúa evolucionando favorablemente (Imagen 7).



Imagen 7: Presencia de dermatitis inflamatoria perilesional.

El tratamiento tópico pautado será: limpieza con solución salina, fomentos con polihexanida durante 5 minutos y en la dermatitis inflamatoria perilesional se aplica a partes iguales crema de óxido de zinc combinada con crema de hidrocortisona, todo ello impregnado en malla coloide de hidrocoloide. En el lecho de la úlcera se continúa con la mezcla de ácido hialurónico y colágeno,

CASOS CLÍNICOS

apósito primario de espuma sin base siliconada continuando con la terapia compresiva. Esta pauta se realiza dos veces a la semana.

Al cabo de 1 semana, la lesión y la piel perilesional están en perfectas condiciones (Imagen 8), la pauta de tratamiento a seguir consistió en legrado de la fibrina que presentaba el lecho y continuar aplicando ácido hialurónico seguido de apósito de espuma, hidratación con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y terapia multi-componente.



Imagen 8: Aspecto de la úlcera tras 5 semanas de tratamiento.

Pasados 15 días, la lesión está completamente epitelizada y se pauta hidratación con loción de AGHO y medias de compresión (Imagen 9).



Imagen 8: Aspecto de la úlcera tras 7 semanas de tratamiento.

CONCLUSIONES:

Basándonos en los diagnósticos NANDA-I identificados inicialmente, así como, en una adecuada elaboración y seguimiento de las pautas de cuidados y tratamientos tópicos, los cuales se han ido revisando en cada visita según la evolución clínica de la lesión; y también en las recomendaciones sugeridas al paciente para su mejoría, mostrando buena disposición y colaboración a la adherencia del tratamiento compresivo multicomponente; todo ello, hizo posible alcanzar con éxito la resolución del caso clínico.

Por todo ello, ante estos casos, debemos:

- Proporcionar toda información veraz de la patología y progresión de ésta al paciente.
- Los “cuidadores” principales deberían también estar informados de la enfermedad, su evolución, así como pronóstico a medio- corto plazo y el afrontamiento es adecuado.
- Los pacientes con úlceras atípicas que no responden como se esperaba, deben ser seguidos de cerca e investigados como tumores ocultos con biopsias repetidas para establecer el diagnóstico final con el fin de restaurar los tratamientos adecuados lo antes posible.
- El control eficiente de síntomas en su conjunto es el fundamento y la razón de ser de la medicina paliativa.
- Tener presente las limitaciones del esfuerzo terapéutico y no realizar técnicas o tratamientos cuyo resultado sería negativo para el paciente tanto físicamente como emocional, como por ejemplo dar expectativas imposibles de alcanzar o realizar desbridamientos cruentos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª ed. Sevilla: AEEVH; 2017.
2. Lázaro-Ochaita P, Longo-Imedio I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. *Piel*. 2001;16(4):213-9.
3. Palomar F, Fornes B, Delamo A, Bonias J, Marco MI, San Bautista V, et al. Protocolo: Tratamiento y prevención de úlceras por presión, humedad y crónicas. *Enferm Dermatol*. 2012; 6(15):33-5.
4. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. Eleventh Edition. [epub]. New York: Thieme; 2018
5. Palomar-Llatas F, Ruiz-Hontangas A, Castellano-Rioja E, arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM, Fornes-Pujalte B. Validación de la escala FEDPALLA-II para valoración y pronóstico de la piel perilesional en úlceras y heridas. *Enferm Dermatol*. 2019;13(37): 43-51.