

ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: RESOLUCIÓN DE CASO DIFÍCIL CON VARIAS ALTERNATIVAS

DIABETIC FOOT ULCER: RESOLUTION OF DIFFICULT CASE WITH SEVERAL ALTERNATIVES

Autores: Federico Palomar Llatas^(1, 2), Begoña Fornes Pujalte^(1, 2), Concepción Sierra Talamantes^(1, 2), Paula Diez Fornes^(1, 2), Rafael Palomar Fons⁽²⁾, Alexo Carballeira Braña⁽³⁾, Francisco Guerrero Baena⁽⁴⁾.

(1) Unidad Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

(3) Servicio de C. Plástica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(4) Servicio de Angiología y C. Vascular. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 30/11/2014

Fecha de aprobación: 10/12/2014

RESUMEN

Se presenta un caso de herida de difícil curación que requirió diversas técnicas y procedimientos para su completa cicatrización (desbridamiento, terapia con presión negativa y cierre directo con colgajo), como estrategia para reducir el tiempo de curación.

Tras la aplicación del procedimiento establecido, el paciente no presentó complicaciones, procediendo al cierre directo con colgajo, lo que, en global pudo acortar los tiempos de cicatrización.

Palabras Clave: úlcera, úlcera pie diabético, apósito, ambiente húmedo, terapia presión negativa, úlcera neuropática.

ABSTRACT

We report a case of wound that are difficult to cure which required various techniques and procedures for their complete healing (debridement, therapy with negative pressure and direct closure with flap), as a strategy to reduce the healing time.

After the application of the established procedure, the patient had no complications, being the direct closure with flap, which, in global was able to cut the times of healing.

Key Words: *ulcer, diabetic foot ulcer, dressing, humid environment, negative pressure therapy, neuropathic ulcer.*

INTRODUCCION

Ocasionalmente la curación de heridas puede ser una tarea muy difícil y prolongarse mucho tiempo. Se entiende por "dificiles de curar", las heridas que con las terapias habituales, no alcanzan plena cicatrización y epitelización en un margen de tiempo razonable, por lo que pueden beneficiarse de la utilización de otras técnicas avanzadas⁽¹⁻³⁾, como podrían ser la Terapia de Presión Negativa (TPN), desbridamientos autolíticos eficientes, o la aplicación de oxígeno tópico, haciendo posible, una rápida cicatrización de este tipo de lesiones que denominamos "úlceras crónicas de difícil resolución".

Hay factores, tanto intrínsecos como extrínsecos, que pueden afectar a la mejora de la cicatrización de heridas: Edad, comorbilidades, isquemia, dermatitis, edema, infección, etc; encontrar la causa subyacente y la planificación de un tratamiento adecuado, son aspectos imprescindibles para mejorar el bienestar del paciente y reducir el coste y duración del tratamiento.

OBJETIVO

Reducir el tiempo de curación de las heridas crónicas de difícil resolución.

MÉTODO

Se presenta un caso de paciente con una herida de difícil curación y la terapia establecida en base a diferentes procedimientos para conseguir la completa cicatrización. La curación se ha realizado con tratamientos similares, basandonos en los principios de la cura en ambiente húmedo, pero la administración de las diversas terapias se

ha establecido en consonancia con la evolución y fases de cicatrización de la herida. El procedimiento seguido en nuestro protocolo ha sido:

- Identificación y valoración de la lesión.
- Medición del área (ancho por largo) y volumen de la lesión.
- Registro de la evolución clínica y los cambios en el tamaño de la herida (medición y fotografía digital).
- Administración de las terapias utilizadas según la evolución de la lesión.

RESULTADOS

Acordamos una terapia específica y avanzada en las heridas con el fin de:

- Fomentar el desbridamiento: Apósito, activado con la solución de Ringer
- Fomentar la granulación: Terapia con presión negativa.
- Cierre directo con simulación de colgajo
- Oxígeno tópico.

CASO CLÍNICO

El caso que se presenta trata de un paciente varón de 87 años, con buen estado general, autónomo pero que necesita un cuidador para la deambulacion temporal, utilizando además una silla de ruedas.



Imagen 1. Úlcera neopática infectada

El paciente ingresa desde el servicio de angiología y cirugía vascular con una úlcera neuropática metatarsiana, con obliteración de los troncos distales bilaterales y con sobreinfección del antepié izquierdo descompensada con flictenas y sufrimiento cutáneo^(Imagen 1).

Presenta diagnósticos de enfermedad vascular periférica y subyacentes de hipertensión arterial y diabetes; es alérgico a la penicilina y desde cirugía vascular le prescriben: Olmetec, Ciprofloxacino, Velmetia y Glimepirida.

Tras la exploración clínica, se observa sensibilidad plantar presente, pero disminuida, pulso pedio débil y poplíteo positivo (+); a través de imágenes radiológicas es diagnosticado de Aterosclerosis con gangrena y obliteración de los troncos distales.



Imagen 2. Herida postquirúrgica



Imagen 3. Apósito de ringer

El Plan de actuación incluye su ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico, drenaje/amputación y revascularización.

Se le realiza intervención quirúrgica (cirugía vascular) amputando el 2º, 3º y 4º dedos del pie izquierdo por úlcera neuropática plantar y revascularización de la arteria tibial posterior izquierda. Durante el post quirúrgico se queda la herida abierta sin sutura y se deriva a la unidad de úlceras para valorar tratamiento local^(Imagen 2).

Según la exploración realizada en la Unidad de úlceras, la lesión presenta tejido esfacelar en el 50%, unas medidas de 4,5 x 4 cm y un volumen de 8 cm³; se le realiza limpieza con solución salina y se aplica apósito de ringer (Tenderwet®) añadiendo 1cc a la propia saturación del apósito de polihexanida, por ser una herida de alto riesgo de infección. Esta pauta es aplicada diariamente a lo largo de una semana^(Imagen 3).



Imagen 4. Herida previa y con TPN

A la semana presenta tejido de granulación en el 85% de su lecho^(Imagen 4), pautándose como tratamiento la Terapia de Presión Negativa (TPN) durante 5 semanas, realizando 2 cambios de las espumas por semana, la TPN es retirada a petición del paciente^(Imagen 5), aunque observamos que debería estar un par de semanas más, por riesgo a que los bordes de la lesión se invaginasen o quedasen romos.

Se instaura un tratamiento tópico con crema de ácido hialurónico y colágeno; además de protección con apósito de componente argéntico; en todo momento el paciente lleva calzado ortopédico con alivio de la presión del tercio distal del pie.

Tras mes y medio de evolución, dado que los bordes se están decapando (hiperqueratosis), se decide interconsulta al servicio de cirugía plástica; en donde, con anestesia local, realizan un curetaje del lecho de la úlcera y un friedrich de 2 mm en los bordes^(Imagen 6) con cierre directo, sin despegue por planos de los tejidos perilesionales, con sutura de nylon 3/0, simulando un



Imagen 5. Periodo con TPN



Imagen 6. Curetaje y Friedich de la úlcera



Imagen 7. Sutura, oxígeno tópico y TPN

colgajo; se aplica oxígeno tópico durante 1 hora y posteriormente TPN sobre sutura, para así eliminar el edema post-traumático y evitar acúmulo seroso intralesional^(Imagen 7).

El paciente no presentó ninguna otra complicación, pudiéndose acortar los tiempos de cicatrización, con el uso de terapias avanzadas.

Según ha ido evolucionado, el paciente mejoró su nivel de confort y comodidad. A su vez el tratamiento ha sido bien valorado por enfermería y se

ha reducido el coste económico que supondría haber realizado un abordaje sin la combinación de las diversas terapias.

CONCLUSIONES

El abordaje combinando diversas terapias avanzadas ha conseguido reducir el tiempo de curación de esta lesión crónica de difícil resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Muñoz-Manez V, Lucha-Fernández V, Dávila D, Casanova S, Todoli J y Marín S. Aplicación de la Terapia de Presión Negativa. *Enferm Dermatol.* 2007;01(02):25-30.
2. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, Giman McQuirt W. Vacuumassisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg.* 1997;38:553-562.
3. Mateo-Lozano JM. Enfermería y oxigenoterapia hiperbárica. *Medicina Militar.* 2003;59(4):31-37