

Abordaje de una úlcera complicada con diagnóstico de úlcera de Martorell



Foto 1.

La enfermedad arterial periférica es un proceso ateroscleroso frecuente y la mayoría de las veces no está diagnosticado ni tratado correctamente. Una característica importante de esta patología es la polifocalidad por lo que a veces pueden encontrarse diferentes manifestaciones de la enfermedad, como la isquemia crónica, la coronopatía y problemas cardiovasculares, que con relativa frecuencia aparecen asociados.

Las úlceras en las extremidades inferiores tienen diversas etiologías, generalmente de origen vascular, la úlcera hipertensiva, o de Martorell, es poco conocida y suele ser más frecuente de lo que se las diagnostica, puede aparecer como una complicación de dicha enfermedad.

La coincidencia de la diabetes en el paciente agrava el cuadro significativamente.

La localización más frecuente es en el área supramaleolar externa o en el tercio medio de la pierna. Los bordes de la úlcera suelen ser netos, y la lesión suele estar rodeada de placas de necrosis y tener tejido granular. Es un tipo de lesión rebelde al tratamiento local, aunque no suele haber obstrucción arterial y en la exploración los pulsos son perceptibles.

Afecta por igual a hombres y mujeres con hipertensión severa, es una lesión muy dolorosa que en ocasiones no parece corresponder a la lesión.

Sabemos que el dolor es una respuesta fisiológica defensiva y que cuando éste se cronifica, se convierte en enfermedad. Según estudios publicados, el 70% de las úlceras de pierna cursan con dolor lo cual impide no solo mejorar la calidad de vida del paciente que lo sufre, sino también ralentiza el proceso cicatricial de su lesión.

El dolor en este tipo de lesiones, a veces no se le da la importancia que merece, atendiendo en ocasiones a otras patologías. En las úlceras hipertensivas el dolor se hace generalmente insoportable. En el caso de esta paciente el dolor nociceptivo provocado por el daño tisular, le impedía llevar una vida con normalidad, afectando muy negativamente a su descanso y su estado de ánimo.

No es menos importante realizar un buen diagnóstico diferencial de la lesión, aplicar protocolos correctos, como puede ser la medición del índice tobillo brazo, para descartar o corroborar la patología.

Historia clínica

Mujer de 78 años diagnosticada hace más de 20 años de hipertensión con una evolución de su enfermedad irregular no controlada, sin una dieta adecuada, cardiopatía isquémica hace más de 15 años, intervenida de valvulopatía y portadora de marcapasos, tratada con antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos y diuréticos; diabetes mellitus II para lo que tiene pautado antidiabéticos orales; insuficiencia venosa crónica, edemas maleolares y en la actualidad linfedema en la extremidad inferior derecha.

Es remitida por el hospital con una lesión muy dolorosa que ha desarrollado una placa de necrosis en la zona gemelar derecha y otra lesión satélite en la porción lateral de la del mismo miembro inferior. Después de multitud de tratamientos locales no mejora, evolucionando mal y empeorando el dolor, lo que le impide el descanso nocturno a pesar del tratamiento analgésico e hipnótico.

El diagnóstico del hospital refiere posible úlcera hipertensiva de Martorell aunque la localización en ésta paciente es poco común.

M^o Isabel Romo Sanz.
Diplomada en Enfermería.
Atención Primaria (Salamanca).

Raúl Juárez Vela.
Diplomado en enfermería.
Centro de Salud Luna
(Atención Primaria, Zaragoza).

Valoración inicial de la paciente y de la lesión

En la exploración presenta una úlcera con placa de necrosis en la zona gemelar MMDD (foto 1), muy dolorosa con un tamaño de 6x4 cm. y otra lesión satélite de 3x3 cm. en la zona lateral de la pierna derecha, esfacelada muy exudativa, fondo fibrinoso y más de 5 meses de evolución que ha ido empeorando (foto 2). La zona perilesional de esta segunda lesión se presenta muy dañada con edema, piel muy brillante, zona de atrofia blanca y linfedema muy exudativo. La coloración morada, es debida a la aplicación de violeta de genciana y lo blanco a cremas con óxido de zinc.

La cifra de tensión arterial es de 180/100, pulsos pedio y tibial posterior presentes, no frialdad en la extremidad, sensibilidad presente, índice tobillo brazo 1,1, lo que nos indica no haber arterioesclerosis o estenosis en la zona distal de los miembros inferiores. Refiere claudicación intermitente desde hace varios años.

Valoración inicial del dolor

Para la valoración del dolor se realizan los cuestionarios habituales: las escalas de puntuación numérica y visual (EVA). La puntuación según la escala de la EVA es de 10 y la visualización de las caras, refiere un dolor insoportable, persistente tanto en reposo como en movimiento, no permite ningún tipo de exploración y es complicado hasta acomodarla en la camilla de tratamiento. La paciente llora y se queja constantemente, no duerme y comenta no acostarse en la noche. Además, no camina y no puede realizar las actividades de la vida diaria. En las curas locales el dolor es persistente en la limpieza, desbridamiento y cambios de apósito.

Farmacológicamente está en el 2º y 3º eslabón de la escalera analgésica de la OMS tratada con tramadol y con parches transcutáneos de fentanilo.

Objetivos terapéuticos

1. Diagnóstico correcto de la enfermedad arterial, seguir protocolos establecidos, como la clasificación de Fontaine:

- GI: Asintomático
- GII: Claudicación intermitente
- GIII: Dolor en reposo
- GIV: Lesiones tróficas

2. Mejorar el estado de su tensión arterial, con la finalidad de mejorar su patología coronaria y la lesión.

3. Mejorar el dolor y su descanso, tratando de aliviar la causa.

Metodología de tratamiento

Se pauta protocolo de curas implantando primero una estrategia para disminuir el dolor en las mismas. Comenzamos el 20 de abril de 2007. Se pide autorización firmada a la paciente para aplicar dicho protocolo y realizar el seguimiento fotográfico.

Aplicamos primero una crema anestésica a base de lidocaína, después se aplican infiltraciones de anestesia local perilesionales, con lo que se consigue poder abordar el desbridamiento cortante de la lesión sin que la paciente tenga dolor.

La limpieza de la lesión se realiza con un producto tensoactivo que actúa sobre los fosfolípidos de membrana de las células de las bacterias con efecto surfactante. Se emplea según la descripción y protocolo del mismo, en forma de fomento, aplicándolo sobre la herida 10-15 minutos y el gel se combina con el apósito de cura en ambiente húmedo según la fase de evolución celular. En la >>>



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.

“Árbol de decisión utilizado en este caso para el uso de apósitos”



literatura consultada sobre el surfactante nos sugiere ser compatible con cualquier tipo de apósito, puede mezclarse sin interferir en el efecto terapéutico de los mismos.

El desbridamiento que se realiza es cortante por capas eliminando la necrosis y tejidos desvitalizados (foto 3).

Durante las primeras 8 semanas se aplica un tratamiento combinado con 3 apósitos distintos debido a las características de la herida, con lo que conseguimos la correcta gestión del exudado que presenta. Se combina alginato de calcio (Seasorb Soft) (foto 4), por el exudado especialmente abundante, apósito de plata iónica hidroactiva (Biatain Plata) se aplica en las zonas con los signos evidentes de infección con el fin de favorecer la cicatrización de la herida ralentizada por la actividad bacteriana y reducir el dolor producida por la infección. A la vez se combina con un apósito liberador de ibuprofeno (Biatain Ibu) para mejorar el dolor en la parte relativamente limpia de la lesión sin restos de esfúcelos y con tejido granular evidente (foto 5). La combinación de los tres apósitos en una misma cura se ajusta a las características de la lesión.

El tipo de compresión que se decide, según los datos obtenidos por la valoración del ITB, es vendaje elástico sin compresión hasta que mejora el ITB a 1 para después poder implementar un vendaje multicapa con lo que se consigue reducir el edema y mejorar el retorno venoso.

El cuidado de la piel y zona perilesional la tratamos con productos a base de aceites hiperoxigenados y crema barrera no irritante (fotos 6 y 7).

Se recomienda reposo relativo y se consulta con su médico de AP para pautar un tratamiento combinado para el control del dolor y la mejora de las cifras de su tensión arterial.

Evolución del dolor

Las 8 primeras curas se pautan cada 2 días por el exudado abundante que presenta la lesión. En la evolución posterior, se realizan dos curas semanales, y cuando el exudado está controlado se cambian los apósitos cada 5-6 días.

Según se encuentra la lesión utilizamos, el apósito de alginato de calcio (SeaSorb Soft), apósito de plata iónica hidroactiva (Biatain Plata) y apósito liberador de ibuprofeno (Biatain Ibu). La foto 5 muestra cómo se utilizaba el apósito liberador de plata en la zona in-

ferior de la lesión caracterizada por los signos de infección, mientras que la zona superior, presentando tejido de granulación sana se aplicaba apósito con ibuprofeno para controlar el dolor. Después de 8 semanas la pauta es sólo con apósito liberador de ibuprofeno y apósito hidropolimérico estándar.

El vendaje se realizó como se ha descrito anteriormente, aunque según las características de la paciente, a veces, pedía quitarlo. (Resumen fotográfico de la evolución)

Evolución del dolor

En las primeras curas no refiere haber tenido mucha diferencia en cuanto a mejoría del dolor, aunque la familia comunica que ha dormido y ha descansado mejor. Además, comentan que su estado de ánimo ha mejorado y que ha comenzado a realizar las actividades de la vida diaria. A partir de la sexta cura ya refiere mejoría del dolor, que en la escala numérica sería 5. Posteriormente afirma que ha dormido y que la cura le resulta cómoda. En la evolución posterior después de 14 curas no aplicamos anestésicos tópicos. La pauta analgésica oral y transdérmica ha disminuido sustituyendo los parches de fentanilo por metamizol y paracetamol.

Conclusiones

La evolución de la lesión ha sido muy favorable, la úlcera lateral ha cicatrizado correctamente en las primeras 8 semanas de tratamiento. La combinación de varios productos basados en cura húmeda ha sido acertada adaptándonos a las características de y fase evolutiva de regeneración celular de la herida. Conseguir normalizar las cifras tensionales y el control adecuado de las cifras de glucemia han resultado eficaces en la evolución.

En cuanto al dolor, cuando conseguimos controlarlo la calidad de vida de la paciente se ha visto mejorada sustancialmente.

Se consiguieron los objetivos establecidos el control de la infección, mejorar el dolor, síntoma que empeoraba las AVD y gestionar el exudado de la lesión de forma correcta desde las primeras curas. La complejidad de éstas lesiones y su tratamiento viene dada por dos puntos clave: diagnosis y tratamiento. Este tipo de lesiones precisan de la instauración de protocolos adecuados para el diagnóstico de la patología de base y la posterior personalización de las curas locales.

Bibliografía:

- **Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas.** J.M. Aranda, M.V. Castro, A. Galindo, M.J. Ledo, F. Martínez, A. Moreno-Guerín, F. Palomar, I. Romo, E. Ruda, M.A. Soto, O. Torres y L.J. Vigil-Escalera. Guía de consulta clínica patrocinada por Coloplast. Enero 2007.
- **Evaluación clínica de un nuevo apósito liberador de ibuprofeno en el tratamiento de pacientes con lesiones dolorosas.** J.M. Aranda, M.V. Castro, A. Galindo, M.J. Ledo, F. Martínez, A. Moreno-Guerín, F. Palomar, I. Romo, E. Ruda, M.A. Soto, O. Torres, y L.J. Vigil-Escalera. Revista Rol de Enfermería 2007;30 (7-8):494
- **Fisiopatología de la enfermedad arterial periférica y factores de riesgo para su desarrollo.** Rv. anales de patología vascular; S1. Volumen 1 suplemento 1 (2007) diciembre; 10-14.
- **Úlcera hipertensiva de Martorell.** Rv. anales de patología vascular; S1. Volumen 1 suplemento 1 (2007) enero-marzo; 24-25.
- **Tratamiento y prevención en úlceras vasculares.** Revista Ulcus Clínica. Número 4. 2006. octubre; 13-19.
- **Antidepresivos en el dolor crónico.** Cuadernos del dolor. Nº3 año V-2007; 8-11.
- **Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo.** Romo Sanz, M.I. Ed. Librería Cervantes. Salamanca 1999.
- **Úlceras vasculares tratamiento progresivo y combinado.** Romo Sanz M.I. Rev. Enfermería Científica. Ed. Gráficas Alberdi, S.A. Vol. 220-221; 4-10.

Resumen fotográfico de la evolución.

