

La importancia de los signos en las úlceras por presión para su correcto diagnóstico

IRENE SÁNCHEZ MARTÍNEZ¹, DAVID MONTIEL FUENTES*², ANA QUILES ANTÓN³, SALVADOR CERVERÓ FERRAGUT³

¹MÉDICO ESPECIALISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTA POLA. ELCHE

²ENFERMERO ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD EL ALTET. ELCHE

³ENFERMERO UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

*Autor para correspondencia: dmf_32@yahoo.es

Recibido: 26 de noviembre de 2020 – Aceptado: 22 de marzo de 2021

Resumen

Objetivo: Realizar un diagnóstico diferencial visual de las heridas y realizar una revisión del proceso de cicatrización de las úlceras complicadas.

Materiales y métodos: Se describe un caso clínico en el que se observó la evolución de una úlcera mamaria de aparición espontánea y evolución tórpida y se describe prospectivamente la curación de la misma tras la aplicación de medidas higiénicas.

Resultados: Se realiza un diagnóstico diferencial de una herida mamaria mediante observación y seguimiento fotográfico, se diagnostica de úlcera por presión al identificar visualmente la reacción histamínica por activación de los mastocitos.

Conclusiones: El antecedente de implante mamario puede favorecer la formación de úlceras por presión, consecuentemente es importante identificar los signos de la herida para poder aplicar el tratamiento precoz adecuado, en este caso el factor más importante a la hora de la curación de la úlcera por presión fue el eliminar el factor presión cambiando hábitos del sueño siendo más favorecedora la posición en decúbito supino que el decúbito prono.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial – Úlcera por presión – Implantes mamarios – Histamina.

Abstract

The importance of signs in pressure ulcers for their correct diagnosis

Objective: To perform a visual differential diagnosis of wounds and to carry out a review of the healing process of complicated ulcers.

Methods: A clinical case is described where a Young woman debuted with an acute left breast wound with a history of breast implants. The healing process of a torpid ulcer is review in this clinical case.

Results: A differential diagnosis of a mammary wound is made through observation and photographic monitoring, a pressure ulcer is diagnosed by visually identifying the histamine reaction due to mast cell activation.

Conclusions: The history of a breast implant may favor the formation of pressure ulcers, consequently it is important to identify the signs of the wound in order to apply the appropriate early treatment, in this case the most important factor when healing the ulcer due to pressure was to eliminate the pressure factor by changing sleep habits, the supine position being more favorable than the prone position.

Key words: Differential diagnosis, Pressure ulcer, Breast implants, Histamine.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) suponen un gran problema de salud con gran impacto socioeconómico debido a su morbimortalidad y a la afectación de la calidad de vida del paciente, por ello una buena detección precoz supone la herramienta más rentable para prevenir su aparición, se estima que un 95% de ellas son evitables¹.

Según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia del 2013² la prevalencia de UPP en España se mantiene estable entre el 7% y el 8% en hospitales aumentando del 7'9% al 9'1% entre personas en programas de atención domiciliaria en atención primaria y llegando al 14,2% en centros socio sanitarios. En 2017 se puso en marcha el 5º Estudio Nacional que aportará en un futuro nuevos datos actualizados de la realidad de las UPP en España.

Caso Clínico

La importancia de los signos en las úlceras por presión para su correcto diagnóstico

Las UPP se definen como "lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión o presión en combinación con cizalla"³. Los cuatro factores principales implicados en la formación de UPP son la presión, el cizallamiento, la fricción y la humedad. La presión alta sostenida conduce a la disminución del flujo sanguíneo capilar, la oclusión de vasos sanguíneos y linfáticos, y a la isquemia tisular que dan lugar a la formación de úlceras por presión⁴.

Las úlceras cutáneas atípicas tienen una etiología inflamatoria, neoplásica, vasculopática, hematológica, infecciosa o inducida por fármacos. Aproximadamente un 20% de las úlceras están causadas por etiologías desconocidas⁶.

Es imprescindible una buena evaluación de las heridas para planificar un plan de curas apropiado, por ello es importante determinar la localización, estadio, tamaño, olor, tipo de tejido y tejidos circundantes así como la presencia de dolor. En muchos casos el diagnóstico de una úlcera atípica se convierte en un reto para el facultativo por ello en ocasiones se precisa realizar una biopsia cutánea para confirmar o alcanzar un diagnóstico u otras técnicas de laboratorio, inmunohistoquímicas o microbiológicas⁶.

El proceso de cicatrización de las heridas, entre ellas las UPP, depende de múltiples factores tanto intrínsecos como extrínsecos, los cuales son fácilmente alterables. Por ello es fundamental comprender como se inicia y como ocurre el proceso de curación⁷. La primera fase de hemostasia donde se produce una contracción de la musculatura lisa de los vasos disminuyendo el flujo sanguíneo en la zona afectada.

La isquemia tisular provoca la aparición inmediata de la inflamación aguda. Desde hace tiempo se considera que la respuesta inflamatoria es fundamental para el suministro de señales del factor de crecimiento y citoquinas que orquestan las células y los movimientos necesarios para la reparación de tejidos.

Los mastocitos son las células que inician todo el proceso de la fase inflamatoria. Se originan en la medula ósea y su destino final son los tejidos que hay alrededor de los vasos sanguíneos, donde maduran.

Al lesionarse las fibras musculares, por la presión, los mastocitos se liberan segregando dos sustancias; la histamina y la heparina.

La histamina es un vasodilatador el cual favorece la extravasación celular y plasmática. También tiene la función de atraer a los neutrófilos.

La heparina es una sustancia anticoagulante que favorece la no formación de tapones de plaquetas permitiendo así la extravasación celular⁸.

En la fase inflamatoria el exudado se compone de una combinación de neutrófilos, monocitos, plaquetas, IgG y C-reactive protein (CRP) útiles para el diagnósticos de las heridas

en esta fase¹⁰. Los neutrófilos, las células que más abundan en la sangre, liberarán enzimas (elastasa y colagenasa) que destruirán el tejido dañado¹². Son estas células las primeras en atravesar la pared endotelial.

La principal función de los neutrófilos es la de detener o retardar la acción de agentes infecciosos o materiales extraños. Su propiedad más importante es la fagocitosis siendo capaces de ingerir bacterias y pequeñas partículas.

Los neutrófilos defienden, luchan y mueren, y muy importante, lesionan los tejidos al liberar los componentes de sus gránulos tóxicos (metaloproteasa 8) convirtiéndose así la inflamación en una autoagresión.

En esta siguiente fase intervienen los monocitos circulantes que abandonan el torrente sanguíneo y migran hacia los tejidos donde se diferencian en macrófagos que liberan citoquinas amplificando y regulando la respuesta inflamatoria. De esta forma se encargan de destruir detritus celulares, mantener la herida limpia y liberar nuevos factores de crecimiento que llevan a la siguiente fase, la proliferativa. En esta fase se lleva a cabo la formación de capilares, la producción de fibroblastos y aparece el tejido de granulación. A medida que los fibroblastos y los queratinocitos protagonizan la fase de reepitelización se va formando tejido nuevo rosado alrededor del tejido de granulación. En la última fase, la de maduración, se lleva a cabo la regresión capilar y la remodelación del colágeno¹³.

El objetivo de este estudio es realizar un diagnóstico diferencial visual de las heridas en general y de las heridas en localizaciones atípicas en particular y realizar una revisión del proceso de cicatrización de las úlceras complicadas en base a un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe un caso clínico en el que se observó la evolución de una úlcera mamaria de aparición espontánea y evolución tórpida y se describe prospectivamente la curación de la misma tras la aplicación de medidas higiénicas.

Se expone el caso de una paciente mujer de 34 años con antecedentes de mastoplastia de reducción, mastopexia e implantes mamarios bilaterales en fecha 30.12.2014 que inicia un cuadro de eritema mamario izquierdo con aparición de herida posteriormente (Figura 1). No presenta ningún otro signo ni síntoma.

La paciente se persona en los servicios de urgencias de Ginecología del hospital de Elche donde se le diagnostica de mastitis y se inicia antibioterapia oral. Es derivada a consultas externas de ginecología para continuar el estudio realizándose una biopsia de la herida mediante punch y recogiendo una muestra para cultivo del exudado. Ambas pruebas resultaron negativas para malignidad y para bacterias y hongos.

Posteriormente se completó el estudio mediante mamografía con tomosíntesis de mama bilateral y ecografía de mama izquierda objetivando unas mamas de predominio graso sin evidencia de calcificaciones sospechosas, áreas de distorsión y/o densidad asimétrica del parénquima glandular ni de lesiones nodulares. Se observaron calcificaciones groseras benignas en cuadrantes inferiores de la mama izquierda secundarias a la cirugía previa. Identificado en escala BIRADS como BIRADS 2 siendo alta radiológica.

Tras descartar malignidad de la herida mamaria se da de alta por parte de ginecología y se deriva al servicio de dermatología para valoración de la herida siendo dada de alta con tratamiento tópico con mupirocina y pomada cicatrizante sin un diagnóstico concluyente. No se realizan más seguimientos por parte de enfermería de consultas externas ni por dermatología.

Transcurridos más de dos semanas sin mejoría con tratamiento tópico la paciente consulta en atención primaria donde tras evaluar la herida se contacta con la Unidad de Hospitalización a Domicilio para valoración de herida complicada de evolución tórpida. Se identifica visualmente la reacción histamínica de la herida (Figura 2) siendo diagnosticada de úlcera por presión e identificando el factor limitante de la curación de esta úlcera, el decúbito prono de la paciente durante las horas de sueño.

RESULTADOS

La experiencia acumulada de los profesionales con el desarrollo de su actividad diaria unida al estudio de los trabajos publicados, hacen que basen sus decisiones en la evidencia científica en beneficio del paciente.



Figura 1. UPP en mama en su estado inicial.

Compartir las experiencias y resultados obtenidos, establece una vía de comunicación que enriquece el conocimiento ayudando a resolver dudas o casos complejos, aportando así nuevas estrategias de actuación.

De modo habitual, la identificación de cada una de las fases del proceso de cicatrización de las heridas se realiza de manera subjetiva tras valorar los signos inflamatorios clásicos; rubor, calor, dolor y edema.

Se diagnostica de UPP gracias a la visualización directa de la histamina en las fotografías aportadas por la paciente y su visualización directa durante las curas. En este caso las superficies que sufrían los cuatro factores principales para la formación de UPP; la presión, el cizallamiento, la fricción y la humedad eran la prótesis mamaria izquierda y la superficie del colchón de la cama. La costumbre de la paciente de dormir en decúbito prono propicia el inicio de los mecanismos de formación de las heridas al ejercer presión alta sostenida entre las dos superficies.

Por ello, es importante identificar los factores principales de la formación de las heridas por presión, de este modo con esta paciente al realizar cambios higiénico-posturales adoptando el decúbito supino durante las horas de sueño se libera la presión ejercida favoreciendo la curación de la herida.

Además de incidir en el factor principal, imprescindible para la buena evolución, se inician curas locales con clostridiopeptidasa A (colagenasa) con neomicina, hidrogel y apósitos con carbón activado completando la curación en un periodo de 18 días en su totalidad (Figura 3).



Figura 2. Signos de necrosis en proceso avanzado.

Caso Clínico

La importancia de los signos en las úlceras por presión para su correcto diagnóstico



Figura 3. Curación de la úlcera.

DISCUSIÓN

Las localizaciones más comunes de las UPP según Pan-corbo-Hidalgo et al.² son en la mitad inferior del cuerpo; sacro/coxis (30.7%), talón (28.6%) y trocánter (7%) y el colectivo más susceptible a padecer úlceras por presión son los mayores de 70 años y las personas con lesiones medulares⁴. Otros grupos de riesgo son aquellos pacientes con movilidad reducida, pacientes traumatológicos o pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos largos periodos de tiempo¹⁴.

En este caso, nuestra paciente presenta una localización poco común, la mama. Es importante a la hora de investigar el

origen de una herida la identificación de los signos así como de la fase en la que se encuentra, siendo mucho más fácil su manejo si sabemos en qué fase fisiopatológica está, reduciendo el tiempo de curación, mejorando la rentabilidad del proceso y proporcionando una mejor calidad asistencial a los pacientes.

Pese a que anteriormente se ha comentado cómo las UPP son más comunes en la población anciana o inmobilizada en general, es importante tener en cuenta que este tipo de heridas dado su mecanismo de aparición puede darse como en este caso, en paciente jóvenes. Las heridas de estas características en paciente jóvenes tienden a preocupar más a los facultativos realizando numerosas pruebas complementarias, tanto invasivas como no invasivas, con el objetivo de descartar otras patologías de tipo tumoral. En este caso, se descartó como primer diagnóstico una enfermedad de Paget, una forma poco común de presentación de cáncer mamario, representando entre 1-3% de las neoplasias malignas mamarias¹⁵.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico resalta la importancia de la observación de las heridas junto con el conocimiento sobre su fisiopatología para poder diagnosticar la fase en la que se encuentra la UPP y así poder dirigir el tratamiento y el manejo siendo más efectivos y eficaces. Así mismo destaca una zona poco habitual de formación de UPP que junto con el conocimiento adquirido de la evidencia científica y de la práctica clínica debe, como facultativos, hacernos ampliar nuestro abanico de diagnósticos diferenciales para llegar de forma más eficiente al diagnóstico final. De esta forma mejoramos la calidad de vida de los pacientes así como la calidad asistencial de nuestro sistema sanitario. ●

Bibliografía

- [1] SALGADO AA, GUILLÉN LF, RUIPÉREZ C I. (2002). Manual de geriatría. Barcelona: Masson.
- [2] PANCORBO-HIDALGO PL, GARCÍA-FERNÁNDEZ FP, TORRA I BOU JE, VERDÚ SORIANO J, SOLDEVILLA-AGREDA JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos [Internet]. 2014 Dic [citado 2020 Nov 03]; 25(4): 162-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000400006>.
- [3] COLEMAN S, GORECKI C, NELSON EA, CLOSS SJ, DEFLOOR T, HALFENS R, ET AL. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013 Jul;50(7):974-1003.
- [4] GREY JE, HARDING KG, ENOCH S. Pressure ulcers. *BMJ*. 2006;332(7539):472-475.
- [5] NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALIANCE. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.
- [6] JANOWSKA A, DINI V, ORANGES T, ET AL. Atypical Ulcers: Diagnosis and Management. *Clinical Interventions in Aging*. 2019;14:2137-2143.
- [7] KNIGHTON DR, HUNT TK, THAKRAL KK, GOODSON WH 3RD. Role of platelets and fibrin in the healing sequence: an in vivo study of angiogenesis and collagen synthesis. *Ann Surg*. 1982 Oct;196(4):379-88.
- [8] LUCHA FERNÁNDEZ V, MUÑOZ MAÑEZ V, FORNES PUJALTE B, GARCÍA GARCERÁ M. La cicatrización de las heridas. *Enfermería Dermatológica* nº 03. Enero-febrero-marzo 2008.
- [9] AMIN K. The role of mast cells in allergic inflammation. *Respir Med*. 2012 Jan;106(1):9-14.
- [10] CERVERÓ FERRAGUT S, LÓPEZ RIQUELME N, MARTÍN TOMÁS E, MASSA DOMINGUEZ B, POMARES VICENTE J, SOLER-PÉREZ M, ET AL. Quantitative analysis of blood cells and inflammatory factors in wounds. *Journal of Wound Care* VOL.26, NO.3.
- [11] LÓPEZ N, CERVERO S, JIMÉNEZ MJ, SÁNCHEZ JF. Cellular Characterization of Wound Exudate as a predictor of wound healing phases. *Wounds*, 2014 Apr;26(4):101-7.
- [12] GALLIN, JI. Inflammation. En: Paul, WE (ed.) *Fundamental Immunology*. Raven Press, New York, 1989: 721-733.
- [13] MUÑOZ RODRÍGUEZ A, ESCANCIANO PÉREZ I, BALLESTEROS ÚBEDA MV, POLIMÓN OLIBARRIETA I, DÍAZ RAMÍREZ C, GONZÁLEZ SÁNCHEZ J, ET AL. Manual de Protocolos y procedimientos en el Cuidado de las Heridas. Hospital Universitario de Móstoles.
- [14] DALMAU J, VILA A, PERMIQUEL L, PUIG L. Úlceras por presión. *Farmacia Profesional*. 2004; 18 (4).
- [15] MATAMOROS-PARRA LJ, VERTEL-VELÁSQUEZ MA, CAMARGO-VILLALBA GE. Paget's disease of the breast without associated ductal carcinoma: Case report and review of the literature. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2019;. 70 (1): 58-67.