

Tratamiento quirúrgico de úlceras por presión en pacientes oncológicos terminales

Dres Juan Martín Saá,¹ Juan Manuel Skegro,¹ Franklin Muñoz,¹ Juan Ignacio Trigo,¹ Ricardo Jorge Losardo^{1, 2}

¹ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "Marie Curie"; Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL).

² Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "Marie Curie"; Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Plástica Oncológica, Universidad del Salvador (USAL).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Este artículo hace consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión en pacientes oncológicos. Se recomienda que, en el paciente con patología neoplásica avanzada, la indicación y el tipo de tratamiento quirúrgico dependa mayormente de su estado general que del estadio de la úlcera.

Palabras claves. Úlceras por presión, pacientes oncológicos avanzados, cirugía plástica, cuidados paliativos.

Surgical treatment of pressure ulcers in terminal oncological patients

Summary

This article refers to the surgical treatment of pressure ulcers in cancer patients. It is recommend that in patients with advance neoplastic disease, surgical treatment depend mostly on their general condition than the stage of the ulcer.

Key words. Pressure ulcer, advanced oncological patient, plastic surgery, palliative care.

Introducción

El consenso argentino de "úlceras por presión" (UPP) las define como: úlcera por presión (escara por presión, escara por decúbito, úlcera por decúbito): lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea que se produce por presión prolongada o presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros; uno, que pertenece al paciente y otro, externo a él, o contrapuestos del mismo paciente.¹

En cuanto a su fisiopatogenia existen factores intrínsecos y extrínsecos que las generan. Según la morfología y el grado de evolución de cada herida, existe un tratamiento determinado: en los casos iniciales o leves, clínico; y en los casos avanzados o graves, quirúrgico.

Sin embargo, para nosotros, en el paciente ulcerado y con neoplasia avanzada, el tratamiento quirúrgico de los casos avanzados o graves puede apartarse de este esquema y modificarse según su cuadro clínico.

Úlceras por presión

La relación entre la intensidad de la presión, el tiempo de exposición a esta y los cambios que se producen en los tejidos fue descripta por Kosiak en 1958. En principio se trata de un efecto puramente mecánico. Una presión externa de 70 mm Hg aplicada durante dos horas puede producir lesiones isquémicas en todos los tejidos.² La piel normal posee una resistencia natural a dicha presión externa, pero cuando la piel –como órgano– se ve alterada

Correspondencia. Dr Juan Martín Saá
Correo electrónico: juanmartinsaa@gmail.com

por distintas razones (por ejemplo, atrofia dérmica), esa resistencia disminuye y se hace más vulnerable.

Fisiopatogenia

Existen factores intrínsecos (inherentes al paciente), como por ejemplo:³

a) Edad avanzada: con los años, en el cuerpo se producen cambios como pérdida de elasticidad de la piel y disminución del tejido subcutáneo por deshidratación.

b) Déficit de perfusión e hipoxemia: hay patologías relacionadas con una mala perfusión periférica, como la diabetes, insuficiencia cardíaca, septicemia o patologías relacionadas con la alteración del transporte de oxígeno, como la enfermedad bronquítica crónica. En ellas existe una disminución de la irrigación de los tejidos, por la vasoconstricción periférica con hipoxia celular, que favorece la aparición de las UPP.

c) Inmovilidad: la pérdida de capacidad para moverse autónomamente hace que se generen una serie de mecanismos que favorecen el desarrollo de úlceras por presión, como la isquemia, la hipoxia y, finalmente, la necrosis tisular.

d) Enfermedades crónicas severas y enfermedades oncológicas: pueden producir un fallo multiorgánico y generar mayor riesgo para el desarrollo de UPP, por la disminución en la movilidad y el estado de inmuno-supresión.

e) Disminución de la conciencia: el paciente tiene disminuida su capacidad para realizar de forma consciente los cambios de posición de su cuerpo cada vez que sea necesario con el fin de cambiar la presión sostenida en las zonas de apoyo.

f) Mala o deficiente nutrición: es un factor importante, por los aportes proteicos y calóricos, que influyen en el proceso de cicatrización de las heridas⁴ y en los mecanismos de defensa.

En cuanto a los factores extrínsecos cabe destacar dos de ellos:

a) Medicaciones: que puedan ser causa de sedación o inmovilización, fármacos citotóxicos que afectan al sistema inmunitario, esteroides que pueden fragilizar la resistencia tisular afectando también al sistema inmune, etc. También, los fármacos simpático-miméticos y las drogas vaso activas que producen vasoconstricción reducen la perfusión tisular periférica y el flujo capilar. Además, los analgésicos pueden reducir el estímulo normal que lleva a aliviar la presión prolongada. Por su parte, el tratamiento anticoagulante tiene un alto riesgo de generar hematomas en zonas en las que la irrigación y la nutrición se ven disminuidas.

b) Mala higiene y humedad excesiva en las zonas corporales afectadas. La orina (por incontinen-

cia urinaria o higiene descuidada) incrementa el pH del estrato corneo de la piel, alcalinizando el medio cutáneo, con un efecto negativo sobre las propiedades mecánicas de este órgano. La piel debe estar seca y limpia, y mantener su pH normal, que es de 5,5. Se debe evitar la instalación de la maceración y de la dermatitis por irritación. También se debe tener cuidado con la higiene de la región perianal. Los cuidados de enfermería son importantes en este aspecto.

Diagnóstico y estadios

Las zonas más afectadas se localizan en un 90% en la mitad inferior del cuerpo y dependen mucho de la posición del paciente, habitualmente en decúbito dorsal, siendo las más frecuentes: sacro, trocánteres mayores, tuberosidades isquiáticas, talones y maléolos externos.

Las UPP se clasifican en varios estadios según la profundidad de la afectación (Figura 1):

Grado I: Alteración observable en la piel, relacionada con la presión. Se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. En pieles oscuras pueden presentarse tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: los signos más frecuentes se dan en la temperatura de la piel (caliente o fría) y en la consistencia del tejido (edema, induración). Los síntomas más frecuentes son el dolor y el escozor.

Grado II: Pérdida parcial de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. Consiste en una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Grado III: Pérdida completa de la piel. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones y músculos no están expuestos ni son directamente palpables. Pueden coexistir cavitaciones y tunelizaciones en el tejido graso subcutáneo, que prolongan la úlcera más allá de su área visible.

Grado IV: Pérdida completa de la piel con destrucción extensa. Hay necrosis o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (por ejemplo: tendón, cápsula articular o fascia) siendo probable la aparición de osteomielitis u osteítis. El hueso y/o el músculo expuesto son visibles y palpables. También pueden existir cavernas, tunelizaciones y trayectos sinuosos en los distintos planos anatómicos que la úlcera involucra.

Tratamiento en general

Realizado el diagnóstico y estadificado el paciente puede iniciarse el tratamiento. En general, puede plantearse que las úlceras grados I y II serán de tratamiento clínico, mientras que las de grados III y IV serán de tratamiento quirúrgico.

En estos últimos casos, cuando se decide el tratamiento quirúrgico y antes de implementarlo, deben optimizarse las condiciones tanto locales como sistémicas del paciente.⁵

Optimización del estado nutricional: albuminemia > 3 g/dl y/o proteinemia > 6 g/dl. Tratamiento de anemia: hemoglobina > 12 g. Tratamiento de infecciones de acuerdo con su compromiso local y/o sistémico. Alivio de la presión. Evaluar mediante estudio clínico y radiológico la presencia de osteomielitis y/o fistulas.

Aproximadamente de un 70-90% de las úlceras por presión son superficiales (grado I o II) y pueden cicatrizar por segunda intención, sin necesidad de ser sometidas a un procedimiento quirúrgico. Las de

grados I y II tienen mejor respuesta con un cierre de 60% de los casos a 6 meses de seguimiento. Este porcentaje cae a 40% para las de grado III y a 10% para las de grado IV.

Las medidas son: el control de la infección, mediante el aseo y la antibioticoterapia correspondiente y el desbridamiento o *toilette* quirúrgica que puede ser: mecánico (gasa seca o húmeda sobre la herida); autolítico (usando hidrogeles transparentes o hidrocoloides; es más lento, pero muy efectivo); por presión negativa (VAC) (cómodo y con buenos resultados); enzimático (efectivo y un poco más rápido); y por último, quirúrgico (el método más rápido, pero el más agresivo), que puede ser parcial (escarotomía) o total (escarrectomía). (Tabla 1).

Figura 1. Estadios de úlceras por presión. Fuente: National Pressure Advisory Panel.

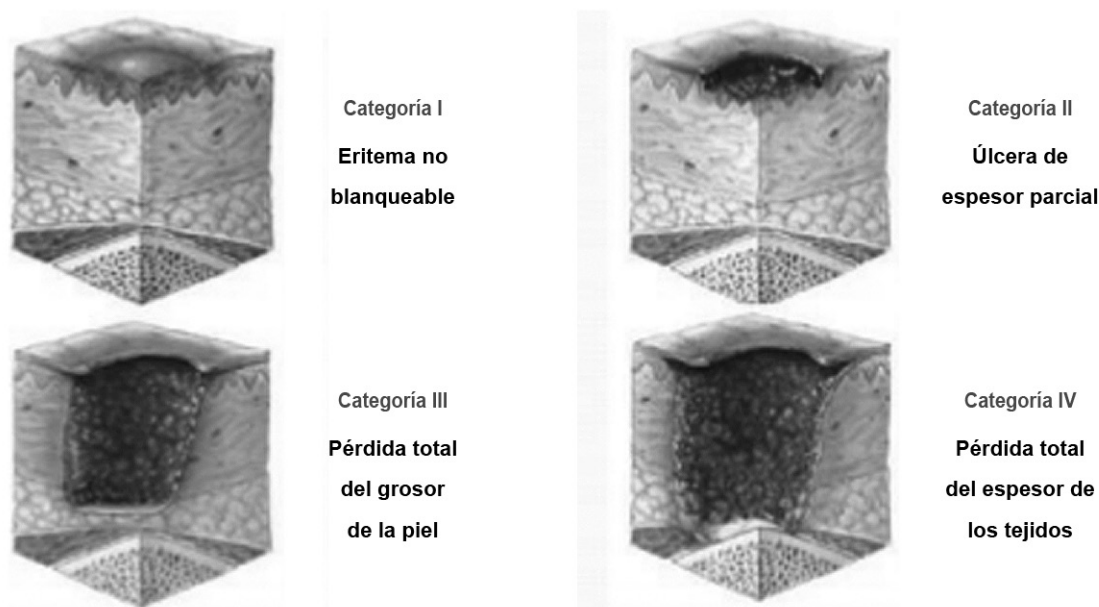


Tabla 1. Tratamiento según el grado evolutivo de la úlcera por presión.

Grado de úlcera	Características	Tipo de tratamiento
I	Eritema	Clínico
II	Pérdida parcial de la piel	Clínico
III	Pérdida completa de la piel	Quirúrgico
IV	Pérdida completa de la piel con extensión a otros tejidos	Quirúrgico

Paciente oncológico terminal

En las últimas décadas ha habido un cambio biodemográfico, producto del aumento de la longevidad del ser humano. Así se incrementó el porcentaje de la población por encima de los 65 años. Esto trajo aparejado un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y neoplásicas.

La incidencia de neoplasias en ambos sexos es de 12 a 36 veces más alta en mayores de 65 años que en individuos de 25 a 44 años y de 2 a 3 veces más frecuente que en personas de 45 a 65 años.

La mortalidad por patología neoplásica se ha reducido en los pacientes con menos de 65 años, pero ha aumentado en los adultos mayores, siendo un 70% de las muertes atribuibles a cáncer tanto en hombres como mujeres, por lo tanto la severidad del cuadro ha aumentado.^{6,7}

El paciente con una patología oncológica debe presentar las siguientes características para considerar que se encuentra en una fase terminal de la evolución de su enfermedad:⁸

a) Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado. En algunas situaciones especiales y de manera excepcional, se aceptará la ausencia de diagnóstico histológico. En estos casos, deberán haberse excluido tumores potencialmente tratables.

b) Haber recibido un tratamiento específico (quimioterapia, radioterapia, cirugía, hormonoterapia, bifosfonatos o anticuerpos monoclonales) o encontrarse en situación de nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica.

c) Presencia de síntomas y signos intensos, cambiantes o multifactoriales, como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y/o delirium. Pacientes que presenten un índice de estado funcional bajo, valorado por la escala Karnofsky, con una puntuación inferior a 40⁹ o por la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) con una puntuación inferior a 2.¹⁰ La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida sumado al deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico, estimado como inferior a 2 semanas. Presencia de parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos (CP) de mortalidad precoz como: hiponatremia, hipercalemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia o linfopenia.

d) Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.

e) Pronóstico vital limitado a los últimos meses de vida, estimado como inferior a 6 meses, a excepción de aquellas situaciones clínicas complejas que, aun siendo superior, aconsejen CP por la previsión de ganancia de calidad de vida.

Paciente oncológico terminal y ulcerado

El tratamiento dependerá de la etapa o estadio en que se encuentre la úlcera por presión, pero su indicación –finalmente– debe ajustarse a las condiciones generales del paciente.

En pacientes con patología oncológica avanzada y terminal, no es recomendable el tratamiento quirúrgico; el objetivo del tratamiento será la optimización de las medidas preventivas y un cuidadoso manejo clínico de las heridas para evitar, disminuir o retardar la extensión de la lesión y las complicaciones derivadas de su infección.

Por lo tanto, deberá preferirse el tratamiento clínico y en caso de necesidad de un desbridamiento o *toilete* quirúrgica valorar el riesgo-beneficio, evitando métodos agresivos (traumáticos o cortantes) que pueden producir hemorragias, y priorizando el autolítico (hidrogeles), enzimático (colagenasa) o bien ambos combinados.

Las úlceras por presión en pacientes oncológicos pueden complicarse fácilmente con infecciones y empeorar o retardar su curación. La infección inicialmente local y leve puede agravarse y tener repercusión sistémica (fiebre, compromiso del estado general, etc.). El tratamiento puede iniciarse con la colocación de azúcar en la herida, que actúa como agente bactericida¹¹ y acompañarse de lavados con abundante suero fisiológico que actúa como mecanismo de arrastre. También el tratamiento puede llevarse a cabo con medicamentos tópicos y/o sistémicos según el caso y de manera empírica, siendo difícil la identificación previa de microorganismos por cultivo y antibiograma.

La extirpación completa de la úlcera y de sus tejidos afectados circundantes, que puede incluir prominencias óseas vinculadas con zonas de apoyo que se han infectado (osteítis), y que requiere anestesia general, no está recomendada en estos pacientes.

En cuanto al cierre primario de la úlcera, la utilización de injertos de piel y de colgajos (cutáneos, fascio-cutáneos y musculo-cutáneos) son opciones terapéuticas que difícilmente pueden emplearse en estos pacientes dado su estado general comprometido.

Discusión

La elección del tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes oncológicos avanzados o terminales es compleja y amerita una visión amplia y abierta a la hora de indicar cualquier procedimiento quirúrgico. Hemos encontrado trabajos referidos a este tema, pero ninguno define de manera taxativa la conducta a seguir en este tipo de pacientes.

Los trabajos referidos a las causas que perpetúan las úlceras por presión en cualquier paciente están ampliamente difundidos. Entre ellas se destacan la postración, la hipoxemia, la desnutrición, las infecciones locales y sistémicas, etc. Pero no hemos visto trabajos que aborden la etiología en los pacientes

oncológicos. En ellos, se agrega un cuadro clínico aún más complejo y que repercute en los procesos de curación o cicatrización de sus heridas (hipo-proteinemia, inmunosupresión, alteraciones hematológicas, coagulopatías, etc.). Por lo tanto, desgraciadamente la fisiopatología es más rica y variada.

Como resultado de estos factores, el tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes oncológicos es distinto al de los pacientes no oncológicos, predominando el tratamiento clínico sobre el quirúrgico, y cuando excepcionalmente este último se realiza, es más conservador (escarotomía) que radical (escarectomía y *toilette* quirúrgica). Se debe tener en cuenta el sangrado o hemorragia que produce toda *toilette* quirúrgica. De esta manera, el tratamiento se adapta a cada individuo en particular, según su cuadro clínico.

Al implementar los tratamientos de las úlceras por presión aceptados universalmente para los pacientes en general a los pacientes oncológicos avanzados o terminales, pueden presentarse resultados desfavorables y con mayores complicaciones. Por ello, la idea de modificar este esquema terapéutico y adaptarlo al cuadro clínico del paciente más que al grado de la úlcera por presión. Esta idea no la hemos visto en la literatura a nuestro alcance.

Conclusiones

1. En los pacientes con patología oncológica avanzada o terminal y portadores de úlceras por presión, la indicación terapéutica debe estar supeditada al cuadro clínico del paciente y al grado de la úlcera, prevaleciendo el primero sobre el segundo.

2. El tratamiento quirúrgico en general no es recomendable, y en los casos en que se realiza debe ser conservador antes que radical. Siempre se debe valorar el riesgo-beneficio de cualquier procedimiento cruento o agresivo realizado en estos pacientes. Se deben buscar para la resolución de estas heridas otras alternativas terapéuticas, como curaciones locales en sus distintas variantes, así como también insistir en las medidas preventivas que disminuirán la extensión de las úlceras por presión ya instaladas.

Agradecimientos. Al doctor José Héctor Soria, docente de la cátedra, por la revisión y los aportes a este trabajo.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja: Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja, España, 2009.
2. Suárez MDCV, Rodríguez MG, Pérez RD, Valles FJG, Sojo MD. Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. 2018: 389.
3. Primer Consenso de úlceras por presión. Bases para la implementación de un programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina, 2017.
4. Sturla FM, Drago HA, Bossi S, Mansilla E et al. La curación de las heridas de gran superficie y la medicina regenerativa. Revista Asoc Med Argent 2013; 126 (4): 12-23.
5. Prado A, Andrades P, Benítez S. Úlceras por presión. En Cirugía Plástica Esencial. Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2005; cap. 6: 87-110.
6. Yancik RM, Ries L. Aging and cancer in America: Demographic and epidemiologic perspectives. Hematol Oncol Clin North Am 2000; 14 (1): 17-23.
7. Bórquez P, Romero C. El paciente oncológico geriátrico. Revista chilena de cirugía, 2007; 59 (6): 467-471.
8. Guía de Cuidados Paliativos. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan integral de Cuidados Paliativos de la comunidad de Madrid. 2014.
9. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. Cancr 1948; 1 (4): 634-656.
10. Fernández MS, Blanco EM. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada acreditado 2013; 11 (27): 1669-1676.
11. Herszage L. Tratamiento de las heridas supuradas con azúcar granulado comercial. Bol y Trab Soc Argent de Cirujanos 1980; 41 (21): 315.