

Herida en cara y cuello tras cirugía por carcinoma

Wound in face and neck after carcinoma surgery

Raúl Muñoz Martín¹
 Lorena Pulido Jiménez¹
 Olga Gómez Cerro²
 Montserrat Sánchez Lahera²
 Rosa M.^a Gómez-Calcerrada Jiménez³
 Mercedes Corcobado Márquez⁴
 Teresa Segovia Gómez⁵

1. Enfermera/o. Residencia de Personas Mayores "Quijote y Sancho". Torrijos. Toledo. España.
2. Auxiliar de enfermería. Residencia de Personas Mayores "Quijote y Sancho". Torrijos. Toledo. España.
3. Enfermera. Centro de Salud Sillería. Toledo. España.
4. Enfermera. Gerencia de Salud de Cáceres. Cáceres. España.
5. Enfermera. Exresponsable de la Unidad de Heridas. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

Correspondencia:

Raúl Muñoz Martín
 Residencia de PPMM "Quijote y Sancho"
 Calle Núñez de Balboa, 25
 45500 Torrijos. Toledo (España).
 Tel.: 925 76 14 62
 Correo electrónico: raulmmartin@hotmail.com

RESUMEN

Mujer de 89 años que presentó infección de herida quirúrgica y necrosis del colgajo cutáneo tras exéresis de carcinoma epidermoide localizado en mejilla izquierda. En el hospital recibió antibioterapia intravenosa y azúcar local, y fue dada de alta. La paciente presentaba signos de dolor. En la exploración se observaban dos heridas: una en mejilla izquierda y otra en cuello ipsilateral, con lecho sobrelevado, exudado abundante y presencia de esfacelos y de biofilm. Se inició tratamiento con polihexametilbiguanida, hidrofibra de hidrocoloide con plata y apósito de espuma, y se aplicó adhesivo de papel ante la fragilidad cutánea, con posterior cambio a apósito siliconado. La evolución fue favorable, presentando disminución del dolor, reducción del exudado y tamaño de la lesión, y desaparición de los esfacelos y biofilm en las primeras semanas. La herida cerró a los 3 meses del alta. La cicatriz provocó retracción secundaria en la comisura del ojo izquierdo, que impedía su cierre completo, para lo que recibió tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE: dehiscencia de la herida operatoria, infección, necrosis, carcinoma de células escamosas, enfermería.

ABSTRACT

89 years old woman, who suffered surgical wound infection and necrosis of cutaneous flap after excision of squamous cell carcinoma located on the left cheek. In the hospital she received intravenous antibiotics and local sugar, being discharged afterwards. The patient had signs of pain. In the exploration, two wounds were observed: left cheek and ipsilateral neck, with raised wound bed, abundant exudate and presence of slough and biofilm. The initial treatment included use of polyhexamethylbiguanide, hydrocolloid hydrofibre with silver and foam dressing, applied with adhesive paper because of the fragility of the periwound skin, changed afterwards to a siliconized dressing. The wound has a good evolution, presenting a decrease of pain, exudate and size of the wounds, disappearing slough and biofilm in the first weeks. The wound closed three months after discharging. The scar caused secondary retraction at the corners of the left eye, preventing its complete closure, which maintained a conservative management.

KEYWORDS: surgical wound dehiscence, infection, necrosis, squamous cell carcinoma, nursing.

INTRODUCCIÓN

Entre las posibles complicaciones que presentan las personas tras una cirugía se encuentran la infección y la necrosis del tejido o colgajo, según la intervención. Una adecuada planificación de la cirugía y unos cuidados adecuados pre- y postintervención pueden ayudar a minimizar estas dos complicaciones. Es imprescindible que el personal sanitario esté atento y formado para detectar precozmente los signos y síntomas que pueda presentar el paciente y ofrecer así los cuidados adecuados⁽¹⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 89 años, ingresada en nuestro centro residencial, con los siguientes antecedentes personales:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus tipo 2, controlada con fármacos orales.
- Síndrome coronario agudo (infarto anterobasal en 2010).
- Miocardiopatía dilatada.
- Hipotiroidismo subclínico.

- Accidente cerebrovascular en arteria cerebral media izquierda.
- Deterioro cognitivo moderado-severo.
- Vida en cama/silla de ruedas, dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

La paciente presentó una lesión sobrelevada y de rápido crecimiento localizada en mejilla izquierda. Valorada en dermatología, fue diagnosticada de carcinoma epidermoide, para el que recibió tratamiento con electrocoagulación. La lesión recidivó posteriormente, por lo que la paciente fue derivada a cirugía maxilofacial para tratamiento quirúrgico. A los 4 meses de la presentación, se realizó exéresis de la lesión (tamaño 8 x 6 cm) y cierre mediante colgajo tipo Mustardé. A la semana de la intervención, recibió el alta hospitalaria y fue trasladada a la residencia. Las recomendaciones de cuidados en el informe de alta fueron “mantener la herida limpia y seca, e hidratación de los bordes diariamente”.

A los 5 días del alta, presentó fiebre y aumento del dolor, así como signos de infección del lecho quirúrgico y necrosis del colgajo, por lo que requirió reingreso hospitalario. Durante el mismo, se tomaron cultivos de la lesión y se prescribió tratamiento antibiótico intravenoso, además de realizar curas locales con clorhexidina y azúcar. La evolución fue favorable, por lo que fue dada de alta y volvió a la residencia al mes de la intervención. Las recomendaciones al alta fueron las mismas que en el ingreso anterior, añadiendo cura local con polihexametilbiguanida (PHMB) (Prontosan®).

▶ VALORACIÓN DE LAS LESIONES

La paciente presentaba dos lesiones: una en mejilla izquierda, de forma triangular y de tamaño aproximado de 4 x 3 cm, y otra lesión subauricular izquierda, de forma alargada y de tamaño aproximado de unos 6 x 2 cm. Ambas lesiones presentaban tejido hiperémico, cierta sobrelevación, friabilidad, esfacelos (en un 10-20% del total de ambas heridas), presencia de biofilm (en un 20%), exudado moderado (más abundante en zonas con presencia de biofilm) y bordes íntegros, normocoloreados, con restos de azúcar y puntos de sutura (fig. 1).

La paciente no era capaz de expresarse verbalmente, pero mostraba signos de dolor/malestar a la manipulación de los apósitos de la lesión.



Figura 1. Estado de la lesión tres días después del alta hospitalaria.

▶ DIAGNÓSTICO

El diagnóstico fue de dehiscencia en herida quirúrgica por infección y necrosis.

▶ PLAN DE TRATAMIENTO

Comentado el caso entre el equipo de enfermería, médico del centro y la familia, se inició tratamiento analgésico y sintomático.

La planificación del tratamiento de las lesiones se realizó teniendo en cuenta la sospecha de sobreinfección (presencia de tejido friable y sobrelevado, biofilm, abundante exudado...)^(1,2,3,4). Se realizaron con una pauta diaria al comienzo, y posteriormente se pasó a cada 48 horas. La pauta de tratamiento local fue:

- Lavado con PHMB (Prontosan®) dejando unas gasas con el producto sobre la lesión durante unos minutos. El objetivo fue controlar la infección.
- Aplicación de hidrofibra de hidrocoloide con plata y agente surfactante (AQUACEL® Ag+ Extra). El objetivo fue controlar la infección y gestionar el exudado.
- Aplicación de un apósito de espuma secundaria. El objetivo fue controlar el exudado y proteger la zona.

Ante la fragilidad de la piel perilesional, se decidió el uso de una espuma no adhesiva y su sujeción con adhesivo de papel (fig. 2). Los bordes de la herida presentaron en un primer momento buen aspecto, por lo que se decidió no usar películas barrera que pudieran interferir en la adhesividad.

▶ EVOLUCIÓN

La evolución de la lesión fue satisfactoria. Durante las 2 semanas siguientes al alta hospitalaria, la paciente presentó mejoría del dolor local, acompañada de la reducción progresiva del tamaño de las lesiones y del volumen del exudado. El tejido del lecho fue presentando aspecto sonrosado, sin esfacelos, friabilidad ni sobrelevación, y los bordes,



Figura 2. Uso de espuma no adhesiva y sujeción con adhesivo de papel.

un aspecto íntegro y normocoloreado. Dada la evolución favorable, se descartó la realización de cultivos de control (vigilando su necesidad en caso de variar las características y evolución de la herida).

Dada la dificultad para mantener bien sujeto el adhesivo de papel, y una vez reducido el exudado, se aplicó otro apósito secundario con adhesivo de silicona (Foam Lite ConvaTec), que permitió una mejor adherencia y reducción del dolor a la retirada, así como el control del escaso exudado que presentaba en ese momento la paciente.

Unas semanas después del alta, la paciente comenzó con un cuadro mantenido de epífora (lagrimeo) en ojo izquierdo. A la exploración, presentaba un cierre incompleto de los párpados del ojo izquierdo, secundario a la tracción cutánea de la piel periocular que ejercía la cicatriz de la mejilla izquierda (fig. 3). El tratamiento recibido, dada la situación basal de la paciente y consensuado con su familia, fue conservador.

La curación completa de las lesiones se produjo a los 6 meses de la intervención.



Figura 3. Desviación de la comisura ocular por retracción de la cicatriz.

DISCUSIÓN

La valoración de los pacientes con heridas desde un punto de vista global, así como la planificación del tratamiento interdisciplinar, son los pilares básicos para ofrecer unos cuidados de calidad. En el caso presentado, el seguimiento evolutivo de las lesiones nos permitió adecuar las medidas terapéuticas a la situación de la paciente en cada momento, así como adaptar el uso de los diferentes productos disponibles en el tratamiento de las heridas a los objetivos clínicos.

El caso clínico presentado nos sugiere algunas reflexiones que podrían ser puntos de partida para posteriores trabajos: ¿es adecuado el uso de azúcar en las heridas?; ¿cerramos heridas o cuidamos personas?; o lo que es lo mismo, ¿cuidamos a los pacientes de una manera global?; ¿qué medidas de mejora podríamos proponer para facilitar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales?

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las fotografías fueron tomadas con consentimiento expreso y firmado de la familia de la paciente, el cual podían retirar libremente en cualquier momento. No se han cedido datos a terceros, ni la realización de este trabajo ha resultado en perjuicio tanto para la paciente como para los otros residentes. Los datos obtenidos se han usado únicamente para la realización de este trabajo, y posteriormente se han destruido ■

Conflicto de intereses

Los autores no señalan ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Torra-Bou JE, eds. Atención Integral de las Heridas Crónicas-2ª edición. Logroño: GNEAUPP-FSJJ. 2016.
2. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.
3. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. London: MEP Ltd; 2006.
4. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012.