

ÚLCERA EN PRIMER DEDO DEL PIE ASOCIADO A FENÓMENO DE RAYNAUD

ULCER ON THE FIRST TOE ASSOCIATED WITH THE RAYNAUD PHENOMENON

Autores: M^a Isabel Pastor-Orduña⁽¹⁾, S. Martorell-Matoses⁽²⁾, Federico Palomar-Llatas^(1,3) (*), Jorge Zamora-Ortiz^(1,3), Begoña Fornes-Pujalte^(1,3).

(1) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.
(2) Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT). Hospital General Universitario de Valencia.
(3) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia.

(*) Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 09/03/2018
Fecha de aceptación: 30/04/2018

RESUMEN:

Caso clínico de una mujer de 38 años con antecedentes de fenómeno de Raynaud que afecta a extremidades inferiores y que presenta úlcera en el primer dedo pie derecho. La actitud terapéutica necesitó la coordinación multidisciplinar y la combinación de tratamiento farmacológico, no farmacológico e intervención quirúrgica ambulatoria.

Palabras clave: Rynaud, úlcera digital.

ABSTRACT:

A clinical case of a 38-year-old woman with a history of Raynaud's phenomenon that affects the lower extremities and who has an ulcer on the first right toe. The therapeutic attitude required multidisciplinary coordination and the combination of pharmacological, non-pharmacological and ambulatory surgical intervention.

Keywords: Raynaud, digital ulcer.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Raynaud es un trastorno de los vasos sanguíneos con un estrechamiento de estos y que afecta generalmente los dedos de las manos y los pies quedando la piel con una tonalidad blanca y azulada. Cuando se agrava y existe un colapso microcirculatorio da lugar a una hipoxia de los tejidos y por consiguiente una necrosis y ulceración de estos, encontrándonos úlceras de muy difícil resolución⁽¹⁾.

Los cambios bruscos de temperatura fría y el estrés son causas desencadenantes de la vasoconstricción. El tratamiento es farmacológicamente con vasodilatadores y educar al paciente a protegerse del frío las manos, pies y partas acras⁽²⁾.

Queremos presentar un caso clínico de una úlcera en dedo de pie afectado por fenómeno de Raynaud, describiendo la combinación de terapia farmacológica, con promocionar buenos hábitos saludables y aplicar cura en ambiente húmedo, para resolver la lesión y evitar complicaciones.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Presentación del caso clínico:

Mujer de 38 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), trabaja de forma normal; con antecedentes de afibrinogenemia congénita, fenómeno de Raynaud, localizado únicamente en regiones acras inferiores con livedo reticularis y trombosis arterial de pequeño vaso, diagnosticada mediante biopsia cutánea en mayo de 2008, tratada con infusiones de Iloprost en sesiones diarias en agosto y octubre de 2008, que se han de abandonar por cefaleas agudas y vómitos incoercibles. Imposible pauta de bosentán por patología hepática, actualmente ya resuelta.

Intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones: tiroidectomía completa en 2003, LCA derecho

en 2005, ligamento lateral externo de tobillo derecho, que presentaría dehiscencia de sutura tras dos años tras la intervención, que se convirtió en una herida tórpida, que requirió de dos cierres quirúrgicos fallidos y cierre por tercera intención. Histerectomía con doble ooforectomía en 2001, sin complicaciones post operatorias y STC derecho. Fumadora de 2-5 cigarrillos diarios, e IMC de 23,5 kg/m².

Tras biopsia cutánea en quinto dedo pie derecho, presentó en tres ocasiones úlcera cutánea con lecho necrótico que se resolvieron, en aproximadamente dos meses, tras desbridamiento, hidrogel e hidrofibra de hidrocoloide, con curas cada 48 horas en domicilio de la paciente. El tratamiento farmacológico antes de la lesión era fibrinógeno IV cada 72 horas, AAS 200mg/24 horas y tiroxina 250 mcg.

A finales de octubre de 2017 la paciente se queja de dolor en zona de hiperqueratosis en dorso del primer dedo del pie derecho, y se procede a deslaminar mediante bisturí. Aparece lesión de unos 0,5 cm de diámetro con lecho fibrinoso, que no responde a ningún tratamiento de desbridamiento (Imagen 1).



Imagen 1: Hiperqueratosis en dorso primer dedo pie derecho.

Evolución clínica y cuidados terapéuticos:

Los principales diagnósticos enfermeros NANDA⁽⁴⁾ detectados en la paciente, en relación al caso clínico, y que determinaron el tipo de intervención enfermera y su posterior resolución, fueron:

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00204 Perfusión tisular periférica ineficaz
- 00132 Dolor agudo
- 00004 Riesgo de infección

Se dio el caso de que los cinco dedos del pie afectado aparecían cianóticos, especialmente el primero, cuando los pies están en declive, o bipedestación.

El tratamiento farmacológico en el momento de la lesión era fibrinógeno cada 72 horas y AAS 200mg/24 horas.

Tras tres semanas sin mejora, se decide de común acuerdo con la paciente agrandar el lecho ulceral, mediante cirugía menor ambulatoria; se desbrida, el lecho fibrinoso en su totalidad y se aproximan los bordes con Vycril 3/0 y monofilamento 2/0. La cura se realizó mediante clorhexidina a días alternos, dejando los puntos de sutura, más allá de los 15 días, sin evidenciar signos de cicatrización.

Posteriormente, acude a la Unidad de Úlceras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), el 13 de diciembre, presentando dehiscencia en la zona intervenida, bordes necrosados y exposición de la cortical ósea (Imagen 2), se decide utilizar la terapia de presión negativa tópica (TPNT) de un solo uso, con un apósito en mecha hidrófobo como vehiculizante para el vacío desde la herida hasta el apósito de succión (Imagen 3).



Imagen 2: Dehiscencia en la zona intervenida del dedo.



Imagen 3: Aplicación terapia de presión negativa tópica.

Paralelamente, la paciente acude al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario y politécnico la Fe de Valencia, donde tras examen fotográfico de la úlcera y revisión del resto del pie, habiéndose establecido anteriormente diagnóstico clínico de síndrome de Raynaud, se decide la opción terapéutica de bosentán 62.5 mg cada 12 horas, antagonista de los receptores de endotelina, para disminuir la resistencia vascular, presentando el lecho de la úlcera tejido necrótico húmedo esfacelado (Imagen 4).



Imagen 4: Presencia de tejido necrótico húmedo esfacelado.

La paciente abandona el hábito tabáquico. Al mismo tiempo se pautan 20 días de tratamiento con agonista de la prostaciclina, en infusión IV, en régimen ambulatorio. Este último decide suspenderse, porque la paciente vuelve a manifestar cefalea severa e intensas náuseas. Al mes, se monitorizan los marcadores hepáticos, y tras constatar buena tolerancia, se eleva la dosis a 125 mg cada 12 horas.

El 26 de diciembre se sustituye el apósito de la TPNt, retirando los esfacelos mediante desbridamiento cortante, en la medida en que la paciente aguanta el dolor, con una EVA de 7-8, y se decide utilizar cura mediante cadexomero iodado, tras fomentos con polihexanida, mediante cura diaria.

El 3 de enero se realiza desbridamiento quirúrgico mediante anestesia troncular en el primer dedo, refrescando los bordes y retirando todo el tejido esfacelado, dando un toque de nitrato de plata por punto hemorrágico. Se vuelve a aplicar el TPNt de un solo uso, vehiculizado mediante esponja de poliuretano, hasta el 12 de enero, donde ya presentará, tejido de granulación evidente. Tras unos días con desbridamiento autolítico con hidrogel, se retirará con desbridamiento cortante de nuevo, una pequeña necrosis en la zona distal (imagen 5) de la herida por la aplicación del nitrato de plata en el primer desbridamiento cortante.



Imagen 5: Presencia de tejido necrótico en zona distal.



Imagen 6: Mejoría del lecho tras la neuromodulación.

La decisión de no volver a utilizar la TPN se debió al elevado grado de dolor manifestado por la paciente, y que requirió de tratamiento de neuromodulación por la unidad del dolor, el 14 de enero, tras lo cual se manifestó inmediata mejoría (Imagen 6).

A partir de ese momento se realizarán curas diarias con colágeno nativo en malla, para aumentar los factores de crecimiento a la vez que se inhibe la acción de las metaloproteasas (Imagen 7 y 8).

En aras de acelerar más la granulación y la epitelización de la herida, se decide realizar de forma ambulatoria en la unidad de úlceras, un sello de piel, con zona donante de la cara anterior del muslo, de 1 cm x 2 cm que se fijará mediante tiras de aproximación, cubierto con colágeno y alginato para gestión del exudado de la herida, hasta la próxima cura que se realizó a las 72 horas (Imagen 9 y 10).

La zona donante cicatriza sin problemas reseñables en 15 días y tras 10 días la herida aparece completamente epitelizada (Imagen 11).



Imagen 7: Aplicación del colágeno nativo en malla.



Imagen 8: Mejoría de la lesión por acción del colágeno.



Imagen 9: Sello de piel donante en el lecho de la herida.



Imagen 10: Fijación del sello de piel con tira de aproximación y cubierto por colágeno + alginato.



Imagen 11: Herida epitelizada..

CONCLUSIONES:

Ante una úlcera digital activa, en pacientes afectados con el fenómeno de Raynaud, debemos actuar de forma eficaz y coordinada con otros profesionales para evitar que la lesión se cronifique.

Se recomienda^(3,5,6) llevar a cabo un tratamiento basado en medidas generales (calmar el dolor, evitar el tabaco y el café, evitar el frío, cuidar la piel con cremas humectantes...), combinado con medidas farmacológicas (antiagregantes, vasodilatadores...) y técnicas quirúrgicas.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wigley FM. Clinical practice. Raynaud's Phenomenon. *N Engl J Med.* 2002;347(13):1001-8.
2. Herrick AL. Contemporary management of Raynaud's phenomenon and digital ischaemic complications. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23(6):555-61 .
3. Nitsche A. Raynaud, úlceras digitales y calcinosis en esclerodermia. *Reumatol Clin.* 2012;8(5):270-7.<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.02.006>
4. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
5. Non-healing ischaemic digital ulcer in a systemic sclerosis patient: a challenging clinical case. *Inter Wound J.* 2017; 14(6): 978-81.
6. Wigley FM, Herrick AL. Management of Raynaud's Phenomenon and Digital Ulcers. *Current Treatment Options in Rheumatology.* 2015, 1(1):68-81.