



## PROCESOS ULCEROSOS

### RESUMEN

*En este trabajo exponemos unas pequeñas nociones sobre los procesos ulcerosos, partiendo desde su definición, etiopatogenia, clasificación, etc. dando al mismo tiempo un esbozo de posibles tratamientos, entendiéndose que cualquier tratamiento es válido si se obtiene el objetivo final que es la solución del problema, y normalización de zona.*

### RESUM

En aquest treball pretenem exposar unes petites nocions sobre els processos ulcerosos, definició, etiopatogènia i classificació, així com una visió global de possibles tractaments alternatius, doncs entenem que qualsevol tractament és vàlid si s'aconsegueix com a objectiu final la resolució del problema i la seva normalització.

### DEFINICION

Úlcera es una solución de continuidad de la piel con pérdida de sustancia debido a un proceso necrótico que muestra poca o nula tenacidad a la curación.

### ETIOPATOGENIA

Podemos dividirla en:

Generales: La presión prolongada entre planos duros. Hay que tener en cuenta que es importante tanto la magnitud de la presión ejercida, como el tiempo que se mantiene a dicha presión.

Predisponentes:

- Pacientes con lesiones neurológicas que tiene insensibilidad al dolor e impotencia motora (ej.: diabéticos).

- Pacientes que por diversas causas (constitución, desnutrición, etc.) tienen falta de tejido adiposo subcutáneo, realizando balances nitrogenados negativos. Con bajo nivel de proteínas.

- Pacientes con hábitos de tabaquismo, alcoholismo; que provocan una alteración en las paredes vasculares,

disminuyendo la irrigación en los tejidos.

- Postquirúrgicos: En pacientes con alteraciones estructurales piel o suturas en tensión.

### CLASIFICACION

Hay un extenso número de úlceras; pero las que a nosotros nos interesan más son:

- Decúbitos: Úlcera cutánea que afecta al tejido subcutáneo e incluso músculos, que aparecen en zonas sometidas a presión prolongada.

- Asimismo Groth las clasifica en:

- Úlcera superficial benigna: empieza en la superficie de la piel, con maceración penetra posteriormente en las capas más profundas.

- Úlcera profunda maligna: resultado de un proceso que empieza en los tejidos profundos, en contacto con el hueso y se propaga hacia la superficie.

- Vasculares: Preferentemente varicosas: Úlcera superficial secundaria a varices que presenta granulaciones rojizas; se localiza preferentemente por encima y detrás maleolo a lo largo de la vena safena interna.

- Endocrinas (Diabéticas): Aparecen en la extremidad inferior en pacientes diabéticos, debido a procesos neuropáticos o vasculares como consecuencia de la alteración metabólica.

- Mal perforante plantar: Aunque se define siempre como propia; es la complicación de una úlcera diabética; leprosa; arteriosclerótica; avitaminosis B; Apareciendo una hiperqueratosis que con el tiempo se agrieta y ulcera.

\*ALBIOL FERRER, JOSÉ M.  
\*GIRALT DE VECIANA, ENRIQUE  
\*NOVEL MARTI, VIRGINIA  
\*OGALLA RODRIGUEZ, JOSÉ M.  
\*ZALACAIN VICUÑA, ANTONIO J.

- Tiene unas características muy peculiares:

- Aparece en puntos hiperpresión.
- Una hiperqueratosis superficial.
- Borde elevado en forma de cráter.
- Halo blanquecino alrededor anestésico.
- Segrega líquido seroso-mucoso-hemorrágico de olor pútreo.

### EXAMEN FÍSICO DE ULCERA

Se debe explorar la úlcera con el fin de poder describir:

- Formas:
- Redondeada
- Oval
- Irregular
- Serpiginosa
- Tamaño:
- Dimensión en longitud del diámetro.
- Profundidad de la misma.
- Localización:
- Supramaleolar
- Inframaleolar
- Dorsal pie
- Planta pie
- Dedos
- Etc.

### CONSTITUCION

La úlcera consta de:

- Contorno: Zona rojiza (inflamada) que evoluciona hacia la infección y marca los límites con el tejido aparentemente sano.

Puede ser:

- Redondeados: Similar a la tierra aplicada al borde de una excavación.
- Borde evertido: Carcinoma.
- Borde montañoso irregular.

- Borde aplanados: Pared se inclina suavemente hacia el fondo.

- Borde vertical.

- Pared: Que descendiendo suavemente desde borde al fondo; Su clasificación se une a la del borde.

- Fondo o suelos: Es la zona profunda de la úlcera; desde se halla el mayor tejido necrótico (úlceras sin tratar) y de donde inicia tejido granulación su proliferación y cicatrización.

## CLINICA

Las manifestaciones clínicas las dividimos en cuatro estadios:

- Estadio 1: Aparición de un eritema que no cede a retirar el estímulo de presión.

La piel adquiere un tono rojizo que posteriormente si se mantiene la presión pasa a coloración cianótica; azulada o negra; debido a la oclusión de los capilares (falta de oxigenación).

No existe aún solución continuidad piel y es reversible.

- Estadio 2: Se produce un despegamiento dermoepidérmico con formación vesículas o flictemas con necrosis que en un principio afecta sólo epidermis evolucionando hacia dermis superficial o media.

Son poco exudativas y contorno irregulares.

- Estadio 3: Se destruye la dermis y epidermis formándose una úlcera de bordes bien definidos.

- Estadio 4: Afecta al tejido adiposo subcutáneo, muscular, dejando al descubierto las estructuras óseas.

Son por norma general inluloras, excepto si se ejerce una presión sobre las mismas.

## FACTORES INTERVIENEN EN LA CURACION

- Diabetes no compensada.

- Presencia de bacterias patógenas.

- Interferencia con la nutrición por la disminución de cantidad de proteínas.

- Alteración vascular (éxtasis venoso; isquemia; flebitis; etc).

- Alteraciones inervación zona.

- Factores mecánicos (presión sobre la zona).

- Alcoholismo.

### ESTADIO I

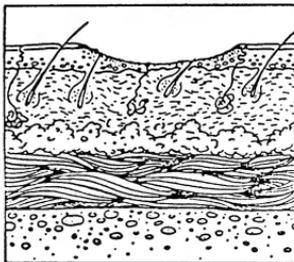


Fig. 3

### ESTADIO II

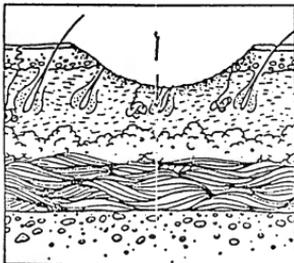


Fig. 4

### ESTADIO III

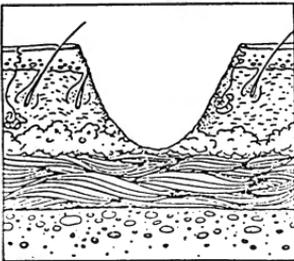


Fig. 5

### ESTADIO IV

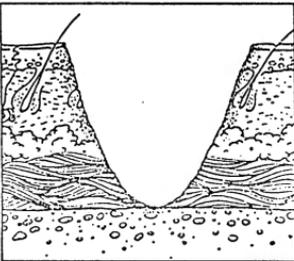


Fig. 6

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antes de realizar el diagnóstico y

para que nos ayude al mismo realizamos:

- Analítica: Hemograma; Ionograma; Lucemia; Proteinograma; Ac. Úrico; Serología Lues; Serología I.H.V.

- Radiología: Una vez una radiografía de perfil blanda que nos permitirá observar la profundidad de la úlcera y los tejidos afectados (Subcutáneo-Muscular-Óseo) asimismo nos será efectiva una xerografía o mediante las últimas técnicas o ecógrafos.

- Pruebas vasculares: Toma de tensión arterial en miembros inferiores y superiores mediante el doppler con la posterior realización de los índices de presión que nos indicarán el tipo y características de las lesiones vasculares existentes.

- Audiovisuales: Diapositivas para comprobar la evolución de la úlcera en control de calidad.

## TRATAMIENTO

Dentro del tratamiento distinguiremos entre el preventivo (evitar la aparición o que se produzcan recidivas) y el curativo (cuando la úlcera ya se halla formada).

## PREVENTIVOS

- Control procesos metabólicos (diabéticos) con la realización de tratamientos sintéticos más adecuados.

- Tratamiento alteraciones vasculares que puedan existir.

- Descargas provisionales en puntos de presión constante con posterior realización de descargas definitivas mediante ortesis o prótesis.

- Evitar que el paciente deambule descalzo.

- Uso de calcetines o medias de fibras naturales y cambio diario de los mismos y sin ocasionar presiones puntuales ni circulares.

- Uso de calzado fisiológico adecuado.

- Higiene adecuada con jabones ácidos e hidratación de la piel.

- Alimentación adecuada según proceso sistémico que se padezca.

- Fomentar la deambulacion y ejercicio físico adecuado.

- Reducir la obesidad.

## CURATIVO

Irà encaminado a la normalización de la piel mediante:

- Desinfección adecuada de la zona.

- Eliminación de la hiperqueratosis superficial, dejando al aire por completo la úlcera en todas sus dimensiones.

- Desbridamiento de la úlcera mediante resección con bisturí y pinzas sin dientes, de todo tejido desvitalizado, esfacelos, necrótico, dejando al aire el tejido de granulación (la hemorragia ligera, nos está indicando que dicho tejido está bien irrigado).

- Lavado exhaustivo con:

- Suero fisiológico que aporte iones necesarios para la regeneración del tejido y arrastra el tejido indeseable.

- Mercryl®. Con mayor poder de arrastre debido al éter que tiene en su composición.

- Aseptizantes: Preferiblemente astringentes como son: Permanganato K 1/10.000; Solución acuosa de No3Ag 0,1%; Clorina.

- Aplicación del tratamiento adecuado que pueden ser diversos y trataremos de describirlos posteriormente.

- Realización de descargas adecuadas, con fieltros o foams para evitar presión directa sobre la zona.

- Vendaje de la zona, el cual en algunas ocasiones interesa que sea oclusivo.

- Dieta equilibrada y rica en proteínas.

**Los diversos tratamientos que podemos emplear son:**

Si la alteración dérmica se halla en un 1.º estadio, se hidrata la piel y aplicaremos sustancias antisépticas y regeneradoras de las capas superficiales de la piel como son: Eosina acuosa 2%; o Violeta de genciana en solución acuosa al 2% con pincelaciones C/12 h. durante aproximada-

mente 8-10 días.

- Pomadas enzimáticas: Se realizará la aplicación de las mismas c/12 h. teniendo un doble objetivo:

- Desbridamiento químico de detritus de la herida.

- Regeneración del tejido de granulación.

Rellenando totalmente la úlcera de pomada, dejando en algunas ocasiones un drenaje.

Entre ellas tenemos:

- Parkelase®(Fibrinolisisa y Desoxirribonucleasa), en caso necesario unido a la Cloromicetina.

- Iruxo®(Colagenasa)

- Dertrase®(Tribisina y 2 quimiotripsina)

- Terramicina alrededor de la úlcera y Varidasa®pomada en el centro de la misma con curas oclusivas c/ 24 h.

- Terramicina®(Oxitetraciclina y Polimixina B)

- Varidasa® (Estreptoquinasa y Estreptodornasa)

- Antilucerantes: Aplicación de antilucerantes en polvo tipo Ranitidina (Ranitín®) en el interior de la úlcera con curas oclusivas c/24 h.

- Con miel o azúcar: Entre diversas fórmulas magistrales, podemos nombrar la de la Miel mezclado al 50% con Propolis en cura c/24 h. Las cuales contiene inhibinas que tiene acción antibiótica y conjuntamente con los monosacáridos y la acetilcolina del organismo favorece el riego sanguíneo y la proliferación del tejido de granulación.

- Apósitos hidrogeles: En cura c/ 24 h., formados por sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos que absorben el exudado de las úlceras favoreciendo la acción de los monosacáridos y la acetil

colina del organismo.

Stomahesive®

- Arcilla verde: En cura c/12 h., provocando una absorción del exudado, secando la úlcera y los tejidos circundantes, favoreciendo la regeneración natural del organismo.

En esta caso el lavado exhaustivo de la úlcera debe hacerse con agua bidestilada.

- Apósitos hidrocoloideos: En cura oclusiva c/4-5 días. Son polímeros naturales o sintéticos dispersos en un material elástico adhesivo (poder oclusivo).

Favorece la limpieza y desbridamiento de la úlcera, recogiendo el exudado.

Son impermeables al oxígeno, con lo cual favorecen el crecimiento del tejido de granulación al estimular la angiogénesis al aislar la herida del oxígeno atmosférico. En caso de una profundidad considerable, podemos ayudarnos rellenando dicha úlcera con gránulos del mismo fármaco.

Varihesive®

- Cicatrizantes: Entre los cuales tenemos:

- Dermisone trófico o epitelizante® (AA-Metionina-Retinol-Vit F-Cloranfenicol) provocando una catalización biológica tejido apitelial.

- Fitocrem® (Fenoxietanol-Extracto acuoso triticum vulgare)

- Plastenan®(Ac. Acexámico-Neomicina)

- Blastostimulina®(Centella asiatica-Neomicina)

- Óxido Zinc	15 gr.	
Subastranato Fe	15 gr.	
Vaselina		Interior
a.a.	50 gr.	
Lanolina		úlcera
Gentamicina sulfato	0,2%	
Solución hidroalcohólica eosina 2%	Alrededor	

**BIBLIOGRAFIA**

HANOUIZ, M.F.: "Manuel pharmacologie du affection ud pied". Ed. Masson 1988.  
 LELIEVRE, J.: "Patología del pie". Ed. Masson 1973.  
 MACCARTHY, DANIEL: "Podiatric Dermatology". Ed. Williams Wilking 1986.  
 MERVIN, E LEWVIA: "El pie diabético". Ed. Elicie 1977.  
 RASNER, G.: "Atlas de dermatología". Ed. Doyma 1980.  
 REGNAULD, D.: "The Foot". Ed. Reginald Elson 1985.  
 ROIT, JUAN: "Inmunología esencial". Ed. Jims 1988.  
 WHUEDHES, B.: "Histología Funcional". Ed. Jims 1984.  
 WEINSTEIN, FRANK: "Podología". Ed. Salvat 1970.  
 YALE, IRVING: "Podología Médica". Ed. Jims 1978.  
 UNIDAD DE ENFERMERIA RESIDENCIA GERIÁTRICA DE PUIGCERDÀ: "Úlceras de decúbito". 1989.  
 GIRALT, E.; OGALLA, J.M.: "Apuntes de Quiropodología". Escuela de Podología Universidad Central de Barcelona.  
 FERRUS, J.; GIRALT, E.; OGALLA, J.M.; VIOLAN, E.: "Apuntes de Cirugía Podológica". Escuela de Podología Universidad Central de Barcelona.