

Hematoma subcutáneo.

Resolución con Heparina de bajo peso molecular (BPM) 0,4-0,6 mg.

Los hematomas subcutáneos son heridas cerradas agudas, que se producen cuando, de forma secundaria a un traumatismo o herida, se rompen pequeños vasos sanguíneos y filtran su contenido dentro del espesor del tejido blando que se encuentra bajo la piel.

Etiología

Se producen como consecuencia de un traumatismo conocido y en heridas post operatorias. Pueden afectar a las siguientes estructuras:

- a) **Epidermis:** el hematoma se ubica a nivel superficial y el tratamiento tradicional consiste en crioterapia y pomadas heparinoides.
- b) **Hipodermis:** se aloja en el espesor del tejido celular subcutáneo; son el objeto de este estudio.
- c) **Músculo:** dentro del espesor del músculo, lesionando las fibras subyacentes y el tejido conectivo sin romper la piel. Causan dolor, hinchazón y un rango de movimiento limitado en la articulación ubicada cerca de la lesión.
- d) **Hueso (Perióstico):** el área lesionada se presenta en la porción medular del hueso pudiendo estar acompañada de sangrado e hinchazón siendo los más severos y dolorosos.

Se clasifican según su extensión, volumen, localización regional, planos de profundidad y evolución. Según mi experiencia clínica en los que comprometen la hipodermis, la dependencia del volumen y evolución en el tiempo, condicionarán el tratamiento. Un volumen importante dentro del tejido subcutáneo, de días de evolución puede originar alteraciones del estado general del paciente apareciendo picos de fiebre, dolor, inflamación, riesgo de infección por necrosis de zonas adyacentes. Dependiendo de su localización, (cercanos a músculos flexores), pueden dar lugar a impotencia funcional, como cuando se localizan en miembros inferiores, especialmente los situados en región tibial en su cara anterior, antero interna y antero externa, debido a la imposibilidad de evacuar totalmente el coágulo en el menor tiempo posible con abordaje tradicional (incisión para drenaje del mismo, lavados con suero fisiológico, manipulación instrumental y curas seriadas). En muchos casos suelen cursar

con necrosis de zonas adyacentes, abriéndose al exterior en forma de lesión ulcerativa que puede tener meses de evolución, lo que además supone una disminución de la calidad de vida para el paciente, una sobrecarga asistencial para el personal de enfermería y un incremento de costes en recursos materiales y asistenciales.

Objetivo

Demostrar mediante un grado de evidencia basada en experiencia clínica las complicaciones y evolución en el tiempo que generan este tipo de lesiones localizadas en miembros inferiores según su abordaje terapéutico.

Metodología

Se realiza estudio con 10 pacientes que presentan la lesión en miembros inferiores y uno, cuya localización es en el pliegue de flexión del miembro superior derecho.

La captación de pacientes se realizó a través de urgencias, consultas de enfermería y alguna derivación de consulta médica. A todos los pacientes se les explicó la técnica, sus posibles complicaciones y alternativas terapéuticas, firmando el consentimiento informado. La duración del estudio fue de dos años y seis meses.

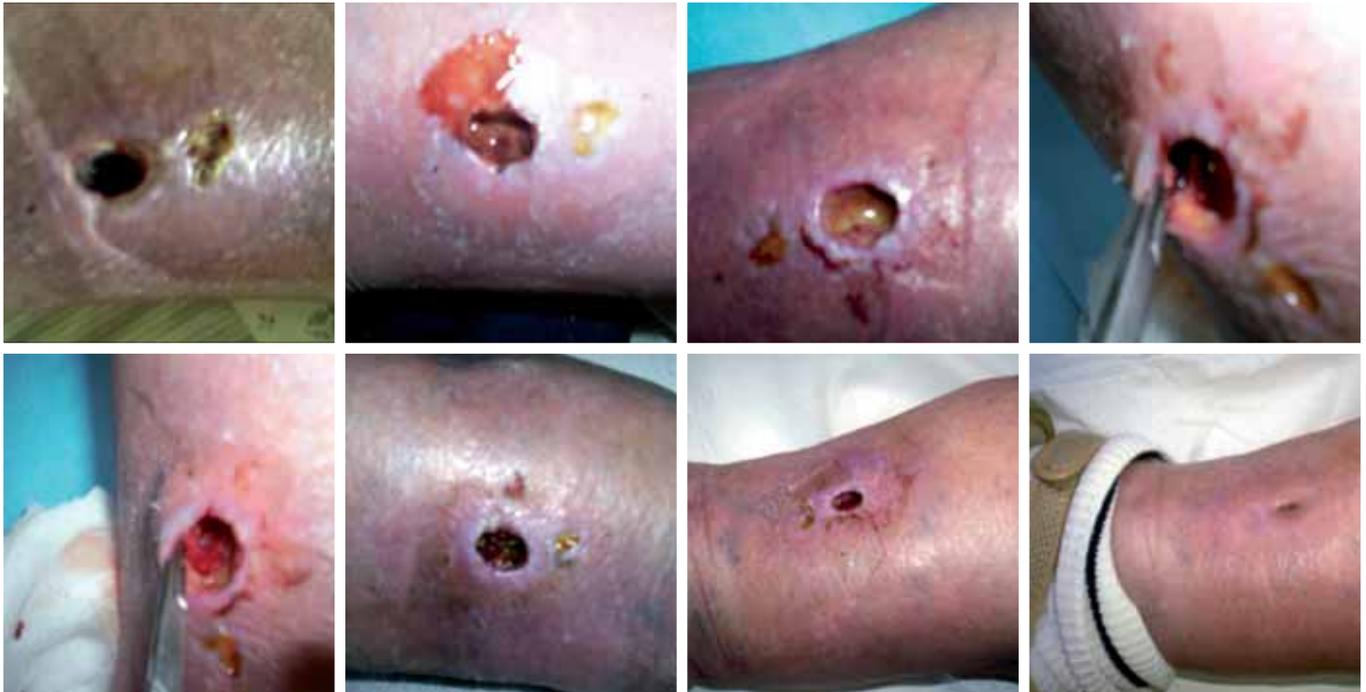
Resultados

Cuatro de los pacientes presentan patología subyacente de insuficiencia venosa crónica. Se aplica la técnica con heparina de bpm 0,4-0,6, requiriendo, en cinco de los casos, la realización de incisiones de más de 5 cm (de ellos, tres presentaban patología venosa de base).

En todos los casos la resolución fue satisfactoria con 4 dosis, (previa antibioterapia oral), sin manifestación de efectos adversos a nivel local ni formación de úlcera postraumática. Las curas una vez terminada la aplicación de heparina y retirado el drenaje, han requerido la introducción en la herida de apósito de fibra de hidrocloide, fibra de hidrocloide plata o trama de poliamida argéntica, con compresas estériles como apósito secundario y terapia compresiva (en miembros inferiores) o vendaje de fijación, en miembro superior.

Santiago
Rovralta Gómez.

Responsable de
Urgencias y Emergencias
Coordinador de Servicio
(Cs Ribadeo). Formador
de Heridas Crónicas y
Agudas (SERGAS).



Seguimiento caso clínico con abordaje tradicional

La duración media del tiempo de curación, con esta técnica fue de 34 días.

El 36% necesitó refuerzo de antibioterapia oral y un 18% cursó con dolor moderado. En el 100% de los casos disminuyó el tiempo de curación con respecto al esperado en un abordaje tradicional, evacuándose totalmente el hematoma en todos los casos.

Discusión

Este tipo de lesiones, sin la adecuada asistencia profesional (sin que se requiera ayuda profesional o sin que nadie se plantee drenar el hematoma) evolucionan de forma natural, derivando en heridas crónicas de miembro inferior, que acaban abriendo al exterior en forma de úlceras vasculares crónicas, que suelen ser de cicatrización difícil y laboriosa; se expone, a modo de ejemplo el seguimiento de un caso clínico con abordaje tradicional:

Mujer de 84 años, obesa, con antecedentes personales de EPOC y Diabetes Mellitus tipo II, a tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria, que acude a urgencias el 15-05-2007 por presentar lesiones de 6 días de evolución, secundarias a un traumatismo previo por caída casual; refiere que inicialmente tuvo en la zona afectada de la pierna, una tumoración, a la que no dio importancia, que abrió al exterior y que estuvo curando en domicilio con la aplicación de antiséptico tópico (povidona yodada); como la evolución no era buena, acude a urgencias.

En la valoración inicial, presenta dos lesiones ulcerativas de forma oval la proximal y circular la distal, con fondo necrótico y de fibrina, siendo de menor profundidad la distal; escaso exudado, piel perilesional y circundante de color azul brillante con signos de inflamación y dolor a la palpación. Por las características de las lesiones y de la coloración de la piel circundante y la descripción detallada de la paciente, se confirma como diagnóstico: lesiones ulcerativas postraumáticas secundarias a hematoma subcutáneo de varios días de evolución.

La intervención en el propio servicio de urgencias incluye lavado con suero fisiológico, desbridamiento enzimático (estreptoquinasa-estreptodornasa), más aplicación de fibra de hidrocólido. Se realiza de nuevo al tercer día

desbridamiento enzimático con aplicación de fibra de hidrocólido. El 31-5-07 se continúa con el mismo tratamiento, observando tunelización de la lesión. Se pasa a utilizar fibra de hidrocólido Ag e hidropolimérico como secundario. El 14-06-07 se observan esfacelos en el fondo de la lesión, realizándose desbridamiento cortante manteniendo el sistema de cura establecido. El 19-06-07 se aprecia crecimiento de tejido de granulación en paredes laterales, manteniendo esfacelos en el fondo de la lesión. El 2-07-07 se realiza desbridamiento cortante, con aplicación de trama de poliamida Ag, evidenciando disminución del diámetro de la lesión. El 10-08-07 el fondo está limpio y con presencia de tejido de granulación. Se aplica trama de poliamida Ag más hidropolimérico, produciéndose la curación de la lesión el 10 de septiembre de 2007. Tiempo total 130 días.

Comentar que se mantuvo más de 15 días la aplicación de apósitos con plata, debido a los cambios que sufría la lesión al prescindir de ellos, para no correr riesgos innecesarios de posible reinfección.

A continuación se describe el abordaje de los hematomas subcutáneos, según la técnica "rovialta":

1. Desinfectar el área afectada con un antiséptico del tipo de la povidona yodada.
2. Infiltración de la zona con anestésico local sin vasoconstrictor al 2%.
3. Realizar incisión hasta llegar al hematoma.
4. Separar los bordes de la herida (con pinza de Adson) y realizar extracción del hematoma; a continuación, con heparina de bpm 0.4 o 0.6 (previamente retirada la aguja) se irriga la zona.
5. Se introduce un drenaje tipo penrose, en teja, o "dedo de guante estéril", fijado con un punto de sutura si la incisión es pequeña (unos 2cm); si ésta es amplia, se introduce punta de apósito estéril. Al retirar los apósitos suele drenar abundante colección hemática y serosa, que no debemos confundir con una hemorragia (es por dilución).

El tratamiento dura 4 días, a partir de lo cual, se retira el drenaje, evolucionando la herida satisfactoriamente hacia la cicatrización.

Seguimiento caso clínico con la técnica de Heparina de BPM 0,4-0,6



Seguimiento de un caso clínico con la técnica de heparina de BPM 0,4-0,6 mg.

Mujer de 84 años con antecedentes personales de DM tipo II diagnosticada en Marzo del 99 y patología venosa de base, localizado en cara anterior de tibia, siguió buena evolución hasta 5º día donde se observó pérdida de integridad cutánea perilesional, con enrojecimiento local y dolor a la palpación compatible con posible colonización crítica, por lo que se introdujo trama de poliamida con Ag. Al 6º día, presenta borde externo de la herida, necrosado, realizándose desbridamiento cortante y aplicación de fibra de hidrocoloide Ag por presentar exudación hemorrágica, además de comenzar con tratamiento antibiótico.

A los 12 días presenta necrosis de ambos bordes de herida, coágulo resuelto, exudado escaso, fondo crateriforme limpio con formación de tejido de granulación y disminución del dolor; se aplica trama de poliamida Ag y apósito secundario hidropolimérico, retirándose antibiótico oral. Evolucionó satisfactoriamente hasta su total curación. Tiempo empleado 32 días.

Tras observar la evolución de los casos, teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio, no he encontrado riesgo alguno en la aplicación tópica de heparina de bajo peso molecular 0.4-0.6; si bien en su prospecto, no menciona la aplicación directa sobre coágulo a diluir, si hace mención que son muy frecuentes pequeños hematomas en el punto de inyección y muy raras las necrosis cutáneas (habitualmente en el sitio de la

inyección precedida por erupción eritematosa infiltrada con o sin signos sistémicos, en cuyo caso se debe suspender el tratamiento). En la revisión bibliográfica realizada (diferentes bases de datos: Cochrane, Medline...), tampoco se evidenció contraindicación alguna.

En cuanto a su beneficio, los resultados son concluyentes:

1. Evacuación total del hematoma.
2. Disminución del riesgo de infección al eliminar el coágulo en el menor tiempo.
3. Disminución del dolor con el consiguiente alivio del paciente.
4. Activación del tejido de granulación con disminución del tiempo de curación con respecto a la cura tradicional.
5. Evita la tan temida úlcera posterior a la necrosis de los tejidos adyacentes.

Esta técnica podría ser extensiva a otras heridas abiertas, que cursen con restos hemáticos como son las laceraciones, las avulsivas con colgajo etc. así como a las flictenas de contenido hemorrágico que al desbridarlas presentan dichos restos en el lecho lesional.

Para finalizar solo añadir que la Técnica "Roviralta" aplicada en los once pacientes respectivos, a mi juicio, cumplió el objetivo de calidad asistencial exigido en las heridas, que no es más que la aceleración de la cicatrización y la pronta curación del paciente.

Este trabajo se lo dedico a mi maestro, mi padre, un gran cirujano.

Bibliografía:

- Ballbrea JL. **Patología Quirúrgica.** Ed. Marban. Barcelona, España. 2004.
- Beare P, Myers et al. **Enfermería Medico Quirúrgica.** Ed. Mosby. Madrid 1995.
- Querol F, Haya S, Aznar JA. **Lesiones músculo esqueléticas en Hemofilia: Hematomas musculares.** Rev Iberoamer Tromb Hemostasia 2001; 14(2):111-117.