

# CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA TRATADA CON TERAPIA MULTICAPA

CLINICAL CASE OF PATIENT WITH VENOUS ULCER TREATED WITH MULTILAYER THERAPY

**Autores:** Federico Palomar Llatas<sup>(1,3)</sup>, Concepción Sierra Talamantes<sup>(1,3)</sup>, Lydia Landete Belda<sup>(1,3)</sup>, Paula Diez Fornés<sup>(1,3)</sup>, Elena Castellano Rioja<sup>(2,3)</sup>, José Bonias López<sup>(3)</sup>, Ana Moreno Hernández<sup>(3)</sup>, Alfred Vicent Murillo Escutia<sup>(3)</sup>.

(1) Hospital General Universitario de Valencia

(2) Universidad Católica de Valencia "San Vicente Martir"

(3) Grupo Investigación Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: [federicop43@gmail.com](mailto:federicop43@gmail.com)

Fecha de recepción: 30/11/2014  
Fecha de aprobación: 01/12/2014

## RESUMEN

Se presenta un caso de lesión vascular de origen venoso de 18 meses de evolución, instaurada sobre una zona previamente afectada por dermatitis secundaria a insuficiencia venosa crónica. Se desarrolla la pauta de tratamiento, su evolución y las medidas de prevención que se le recomiendan para evitar recidivas.

**Palabras Clave:** úlcera, úlcera venosa, úlcera vascular, apósito, dermatitis.

## SUMMARY

*It presents a case of vascular injury of venous origin of 18 months of development, established on an area previously affected by dermatitis secondary to chronic venous insufficiency. It develops a treatment regimen, evolution and the preventive measures that are recommended to avoid recurrences.*

**Key Words:** *ulcer, venous ulcer, vascular ulcer, dressing, dermatitis.*

## INTRODUCCIÓN

La pérdida de la integridad cutánea, que se localiza sobre piel dañada previamente por una dermatitis, secundaria a una incompetencia ya existente del sistema venoso, es la complicación más importante en la evolución de la insuficiencia venosa crónica; es más frecuente en las mujeres y su incidencia aumenta a partir de los 65 años (AEEV, 2004)<sup>(1)</sup>.

Se trata de úlceras de forma redondeada, de tamaño variable, superficiales, con bordes mal

delimitados y con lecho granulomatoso. Pueden ser exudativas y con pulsos arteriales presentes. La piel periulceral puede estar edematosa, con hiperpigmentación tipo esclerosis o incluso con induración.

Su evolución es tórpida e insidiosa, son lesiones de difícil cicatrización que tienden a momificarse y a recaer. Asientan con mayor frecuencia alrededor del maleolo interno y en la zona pretibial o laterotibial. Básicamente nos encontramos ante dos procesos que van a ser responsables de la aparición de las úlceras venosas:

- Varices Primarias: que originan las úlceras varicosas
- Trombosis Venosa Profunda que dará lugar a úlceras post flebíticas o posttrombóticas<sup>(2)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años de edad, con antecedentes de HTA, colesterinemia, insuficiencia venosa, no diabetes ni otras patologías de interés, es completamente independiente, aunque dispone de una cuidadora principal que le ayuda con el aseo personal.

Hace 18 meses sufrió un traumatismo en el tercio distal supramaleolar, en la cara externa de la pierna derecha, causándole una herida en escarp, sobre la que no consultó, siendo tratada en casa con gasas y povidona yodada, así como con vendaje de crepe, solamente en la zona afectada.

Acude a consulta y tras la exploración de la lesión, se observa que presenta edema en toda la

pierna derecha y una úlcera venosa en la que presenta un apósito de gasa que está adherido al lecho fibrinoso, que presenta aproximadamente un 50% de tejido de granulación<sup>(Figura 1)</sup> y múltiples costras en la zona perilesional.



**Imagen 1.**

Siguiendo el protocolo para el tratamiento y prevención de nuestro hospital<sup>(3)</sup>, en la primera visita se realiza la medición de índice tobillo / brazo dando como resultado 0,9. Tras la limpieza de la lesión, se aplican fomentos con aceite de parafina durante 5 minutos y se retiran las costras con unas pinzas.

Una vez limpia la pierna y la úlcera se aplica pasta de óxido de zinc al 17% en la piel perilesional; en el lecho de la lesión se pone hidrogel y apósito primario de poliacrilato + matriz lípido / coloide micro adherente y con CMC, que nos ayudará a realizar un desbridamiento autolítico; el tratamiento se complementa con un vendaje multicapa de 2 vendas (1ª de corta elasticidad y la 2ª elástica)<sup>(Figura 2)</sup>.



**Imagen 2.**

En la segunda visita, tras 3 días con terapia compresiva, la paciente presenta una reducción importante del edema, piel perilesional sin lesiones y tejido de granulación en buenas condiciones, por lo que se decide proseguir con el mismo tratamiento<sup>(Figura 3)</sup>.



**Imagen 3.**

En las siguientes consultas se realiza limpieza con solución salina y fomentos con Poliexhanida durante 15 minutos; continuamos con la aplicación de la pasta de óxido de zinc en la zona perilesional.

Como continua con alto nivel de exudado en el lecho, se aplica, sospechando niveles elevados de metaloproteasas (MMP), una matriz lípido-coloidal con oligoelementos, micro-adherente, impregnada de una solución polimérica de CMC y sobre esta continuamos con la malla de Poliacrilato + matriz lípido / coloide micro-adherente y con CMC (para favorecer el desbridamiento autolítico), así como con la terapia multicapa con 2 vendas<sup>(Figura 4)</sup>.



**Imagen 4**

En visitas sucesivas, se comprueba la mejoría de la lesión, por lo que se cambia el tratamiento tópico: Limpieza con solución salina, pasta de óxido de zinc en zona perilesional y en el lecho

de la lesión se administra colágeno en polvo, a la vez que continua con la malla de Matriz lípido-coloide con oligoelementos, micro-adherente, impregnada de una solución polimérica de CMC y la terapia compresiva (Figura 5).



Imagen 5.

La lesión se resuelve en un periodo aproximado de tres meses (Figura 6), recomendando a la paciente, que realice hidratación de ambas piernas con ácidos grasos hiperoxigenados y que utilice



Imagen 6

medias de compresión media; además de darle información verbal y escrita (tríptico informativo de la unidad de úlceras) sobre la prevención en la insuficiencia venosa (Figuras 7 y 8).

## INFORMACIÓN SOBRE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (IVC)

**¿Qué es la IVC?**  
La insuficiencia venosa es la incapacidad de las venas para retornar adecuadamente la sangre de sus piernas al corazón.



**¿Cuáles son los síntomas?**  
Los síntomas más habituales son: hinchazón, aumento de la presión, hiperpigmentación o decoloración de la piel, y el desarrollo de úlceras de piernas.



**¿Qué hacer para controlar la enfermedad?**  
Los siguientes consejos tratan de reducir los síntomas, mejorar su calidad de vida y prevenir la aparición de úlceras de piernas.

## UNIDAD DE ÚLCERAS ÁREA DE LA PIEL

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



## CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA



## CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS VENOSAS

### CUIDADO DE LA PIEL

Hidrate sus piernas habitualmente



Evite los golpes y el calor excesivo cerca de sus piernas



### EJERCICIO

Camine y haga ejercicio diariamente



Realice ejercicios con los tobillos y los pies haciendo círculos para activar los músculos de las pantorrillas.



### NUTRICIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

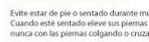
Siga una dieta equilibrada:  
Reduzca las grasas y los dulces.  
Consuma abundantes frutas y verduras.  
Evite el sobrepeso.



Moderación con el alcohol



Si fuma déjelo

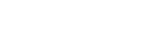


### CUIDADOS DE LAS PIERNAS

Evite estar de pie o sentado durante mucho tiempo. Cuando esté sentado eleve sus piernas y no se siente nunca con las piernas colgando o cruzadas.



Eleve los pies de su cama 10 cm mediante calzas (no almohadas)



### VESTUARIO

Debe llevar las medias de compresión todo el día



Póngase las medias antes de levantarse de la cama y lívelas hasta que se acuerde. Renueve las medias cada 6 meses



Evite las prendas y los accesorios de vestir ajustados



Lleve calzado amplio y cómodo, con tacón bajo.



Imagen 7.

Imagen 8.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo sobre úlceras vasculares de la AEEVV: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la AEEV. Marzo 2004. [acceso 7 de junio de 2014]. Disponible en <http://www.aeev.net/pdf/consenso2005.pdf>.
2. Lázaro-Ochaita P, Longo-Imedio I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel. 2001;16(4):213-219
3. Palomar F, Fornes B, Delamo A, Bonias J, Marco MI, San Bautista V, et al. Protocolo: Tratamiento y prevención de úlceras por presión, humedad y crónicas. Enferm Dermatol. 2012; 6(15):33-5.