

DetECCIÓN DE UNA ÚLCERA NEOPLÁSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA SU RESOLUCIÓN

DETECTION OF A NEOPLASTIC ULCER IN PRIMARY CARE FROM DIAGNOSIS TO RESOLUTION

Lucía Martín López^{AD}, Paula Arenas Hernández^{AD}, Elisa Bolívar Gilpérez^{BD} y Adrián García Montero^{CD}

^A Enfermera Interna Residente (EIR) Familiar y Comunitaria. ^B Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). ^C Enfermero de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). ^D Distrito Sevilla.

RESUMEN

Introducción: Las úlceras neoplásicas son lesiones provocadas por un crecimiento de un tumor previo o por la metástasis de otros tumores. Su diagnóstico y detección suponen un reto para Atención Primaria, pues muchas de las lesiones que tratamos pueden tener malignidad y pasan inadvertidas, considerándose como úlceras crónicas con poca tendencia a la cicatrización.

Presentación y evolución del caso clínico: Exponemos el caso de una mujer con una úlcera de 10 años de evolución en miembro inferior. Por la complejidad del caso se derivó a las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC). Dichas enfermeras valoran a la paciente y por los signos atípicos que presenta, deciden contactar con el servicio de Dermatología, que realiza biopsia y se confirma carcinoma basocelular. Se decide intervención quirúrgica con exéresis de tumoración e injerto cutáneo, con buena evolución hasta el cierre total de la lesión.

Discusión: La rápida sospecha por signos atípicos en la lesión, junto a la ágil coordinación de las EPA-HCC de Atención Primaria y Especializada con el servicio de Dermatología, permitió un correcto diagnóstico de la lesión tras 10 años de evolución y la resolución de la herida. Por lo tanto, ante lesiones que no evolucionan según los estándares óptimos de tratamiento, hay que replantearse la etiología de la lesión.

PALABRAS CLAVE

úlcera cutánea, carcinoma basocelular, enfermería, atención primaria de salud

ABSTRACT

Introduction: Neoplastic ulcers are lesions caused by the growth of a previous tumor or by the metastasis of other tumors. Their diagnosis and detection are a challenge for Primary Care, since many of the lesions we treat may be malignant and go unnoticed, being considered as chronic ulcers with little tendency to heal.

Presentation and evolution of the clinical case: We present the case of a woman with a 10-year ulcer on the lower limb. Due to the complexity of the case, she was referred to the advanced practice nurses in complex chronic wounds (EPA-HCC). These nurses assessed the patient and due to the atypical signs she presented, they decided to contact the Dermatology Department, which performed a biopsy and confirmed basal cell carcinoma. Surgical intervention with excision of the tumor and skin grafting was decided, with good evolution until total closure of the lesion.

Discussion: The rapid suspicion due to atypical signs in the lesion, together with the agile coordination of the EPA-HCC of Primary and Specialized Care with the Dermatology service, allowed a correct diagnosis of the lesion after 10 years of evolution and the resolution of the wound. Therefore, in the case of injuries that do not evolve according to optimal treatment standards, the etiology of the injury must be reconsidered.

KEYWORDS

skin ulcer, carcinoma basal cell, nursing, primary health care

INTRODUCCIÓN

Las úlceras tumorales son lesiones de la piel provocadas por células infiltrantes que pueden darse por dos causas, generalmente: o bien por un crecimiento de un tumor previo (como un carcinoma basocelular, o un melanoma) o por la metástasis de otros tumores (entre los que se encuentran, en mayor medi-

da, el cáncer de mama, pulmón, cuello y cabeza)¹. Las células cancerígenas se desarrollan acelerada y desordenadamente, siendo causantes de un cambio en la vascularización; de manera que la perfusión sanguínea de los tejidos a los que afectan se deteriora y acaban por producir la pérdida de la integridad cutánea, que progresivamente desembocará en necrosis y en lesiones complicadas y con mala cicatrización¹. Los lugares anatómicos más frecuentes donde suelen aparecer este tipo de lesiones son el tórax (60%), y el cuello (20%), con signos y síntomas secundarios a la úlcera como el sangrado, el dolor, el exudado continuo, la maceración, el prurito, la infección y el mal olor entre otros¹.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/6/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/7/2024

Correspondencia: Adrián García Montero

Correo electrónico: adgamont@gmail.com

Tabla 1. Patrones alterados.

Patrón alterado	Manifestación
Nutricional/Metabólico	Lesión cutánea en MID.
Eliminación	Incontinencia urinaria funcional con uso de absorbentes.
Actividad/Ejercicio	Dependencia moderada, solo requiriendo ayuda para subir/bajar escaleras y ciertas ABVD.
Rol/Relaciones	La presencia de la herida le limita el viajar para ver a familiares.
Autopercepción/Autoconcepto	Sentimientos de preocupación por la cronicidad de la herida y desesperanza en el proceso.

Fuente: Elaboración propia.

Se estima que aproximadamente el 5% de los cánceres afectan la piel, aunque no se conoce la proporción exacta que desarrolla úlceras neoplásicas. Actualmente, no existen datos a nivel nacional ni en Andalucía sobre la incidencia de úlceras neoplásicas causadas por tumores primarios o metastásicos en diversas áreas del cuerpo, pero a nivel internacional se estima una prevalencia en torno al 2-4% de heridas malignas en úlceras crónicas de la pierna^{2,3}. En lo que se refiere al tipo de lesiones cutáneas neoplásicas primarias, el carcinoma basocelular es el más común (75%), seguido del espinocelular (25%).

Las úlceras neoplásicas constituyen un grave problema de salud con serias consecuencias que afectan la calidad de vida del paciente, incluyendo baja autoestima y aislamiento social². La falta de certeza diagnóstica, junto a la demora en la derivación a Atención Especializada, empeora esta situación.

Las úlceras neoplásicas que se localizan en los miembros inferiores son especialmente difíciles de diagnosticar, debido a que son fácilmente confundibles con otros tipos de úlceras que se presentan en esta parte del cuerpo, sobre todo aquellas que son de carácter crónico (úlceras por presión, úlceras venosas, etc.). En numerosas ocasiones, la sospecha llega tras el tratamiento continuo de la lesión, donde esta continúa aumentando de tamaño y empeorando a pesar de la optimización del tratamiento. Este diagnóstico se consigue realizando una biopsia cuando se deriva a servicios especializados, sobre todo Dermatología⁴.

El objetivo es exponer un caso de úlcera neoplásica desde que llega a la consulta de la enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC), se sospecha de herida atípica, se deriva y se consigue establecer un diagnóstico y un tratamiento hasta su resolución.

PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Valoración general y diagnóstica

Mujer de 87 años que presenta los siguientes antecedentes personales: Diabetes Mellitus (DM) tipo II desde 2016, enfermedad de metabolismo lipídico, Hipertensión arterial (HTA), obesidad y riesgo vascular moderado, junto con ágor de esfuerzo. Es una paciente con un nivel de dependencia moderado, obteniendo un índice de Barthel de 70. La paciente cuenta con una cuidadora informal que es su hija, enfermera jubilada, que le ayuda en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y está siempre atenta. No se identifica en la cuidadora informal signos de sobrecarga en su rol de cuidadora.

La paciente es derivada a EPA-HCC de Distrito Sevilla el 08/09/2023 por su enfermera referente, ya que presenta una lesión en miembro inferior derecho (MID) en maléolo externo de unos 10 años de evolución. Se valora la lesión y se observa una úlcera de 7 x 5 cm (figura 1), y unas piernas con signos de insuficiencia venosa crónica con edema y varices superficiales (C3 en la escala CEAP de estratificación de la insuficiencia venosa). Toma antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antibióticos, los cuales podrían interferir en el proceso de cicatrización⁵. No se palpan pulsos pedios ni tibiales posteriores en miembros inferiores y se obtiene un índice tobillo brazo de 0.89 en MID y de 1,79 en miembro inferior izquierdo (MII), lo cual sugiere en esta pierna calcificación arterial. Se realizó una biopsia en mayo de 2019 con resultado de hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa (por aquella fecha, lesión con unas dimensiones de 1 cm²). La lesión presenta una puntuación 1 sobre 10 en la escala de valoración analógica (EVA) del dolor.

El Plan de Cuidados de Enfermería para la paciente incluye una valoración integral exhaustiva según los patrones de Marjory Gordon, donde se han detectado los siguientes patrones alterados (ver tabla 1).

Según la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se establecieron dos problemas enfermeros a: [00044] Deterioro de la integridad tisular y [00146] Ansiedad.

Diagnóstico de la lesión: sospecha de úlcera de etiología venosa

2. Planificación y ejecución de cuidados

Se comienza con un abordaje de la lesión con distintos apósitos en función de la evolución, entre los que se emplearon corticoide tópico para reducir la hipergranulación, apósitos antimicrobianos y para la gestión del exudado, junto terapia compresiva con vendas de corta tracción, aplicando una compresión de 40 mmHg.

Se emplearon los criterios de resultado NOC “[1103] Curación de la herida: por segunda intención”, “[1842] Conocimiento: control de la infección” y “[5270] Apoyo Emocional” e intervenciones NIC “[3660] Cuidados de las heridas”, “[6550] Protección contra las infecciones” y “[5230] Aumentar el afrontamiento.

3. Evaluación de resultados y seguimiento

Tras 45 días de tratamiento óptimo y no ver ninguna mejoría al tratar la lesión, se decide consultar a Dermatología por sospecha de malignización de la lesión. Se consigue una rápida agilización de derivación mediante el contacto entre las EPA-HCC de Distrito de Atención Primaria y del Hospital Virgen del Rocío, consiguiendo valoración por el especialista el 27/10/2023. En esta valoración se tomó muestra para la biopsia del tejido, obteniéndose como resultado el diagnóstico de carcinoma basocelular. Tras conocer el diagnóstico, tanto la paciente como su cuidadora se sintieron más aliviadas al conocer la patología que estaba tras la herida después de 10 años de incertidumbre.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) con contraste el 10/01/2024 para comprobar si tenía afectación ósea y tras descartarlo, se valora cirugía con exéresis de tumoración e injerto cutáneo por parte de Cirugía Plástica. Desde el diagnóstico hasta la intervención se priorizó mantener el lecho de la úlcera en unas condiciones adecuadas de humedad y carga bacteriana.

La intervención quirúrgica se realizó el 18/04/2024, siguiendo con curas desde la consulta EPA-HCC de distrito Sevilla. Estas curas consistían en la aplicación de un apósito interfase y otro de gestión del exudado, además de aplicar a partir de la tercera semana terapia compresiva. La evolución de la úlcera tras el injerto puede verse en la figura 2. A medida que fue avanzando la herida hacia la cicatrización, disminuyeron los niveles de ansiedad de la paciente, verbalizando su tranquilidad y sus planes futuros tras el cierre de la lesión.

Discusión e implicaciones para la práctica clínica

Nuestra sospecha inicial en este caso fue de una úlcera de etiología venosa, ya que la paciente presentaba signos de insuficiencia venosa crónica y no realizaba terapia compresiva. Además, la patología venosa es la más prevalente en miembros inferiores⁶. Tras varias semanas aplicando el gold standard médico de este tipo de úlceras, no se apreció ninguna mejoría, por lo que descartamos la etiología venosa y nos planteamos la posibilidad de malignización. Ante úlceras de larga evolución con un tratamiento etiológico y local adecuado que no tienen una mejoría según lo esperado, es importante que la enfermera sospeche de este tipo de proceso y derive al especialista.

La biopsia es fundamental para diagnosticar de manera precisa las úlceras neoplásicas de piel, ya que un diagnóstico tardío puede afectar significativamente el tratamiento y el pronóstico

Figura 1. Úlcera de 7x5 cm. Septiembre 2023.



Figura 2. Aspecto de la herida tras la intervención quirúrgica con la colocación de injerto hasta la epitelización.



del paciente. Existe la duda del diagnóstico diferencial entre úlcera neoplásica y úlcera de Marjolin. La diferencia entre ellos es que la úlcera neoplásica se origina a raíz de un tumor primario, mientras que la úlcera de Marjolin se produce por la degeneración maligna de una lesión crónica, bien inflamatoria o maligna^{1,2}. Un argumento que nos podría llevar a pensar a

favor de la úlcera de Marjolin sería el resultado negativo para malignidad de la primera biopsia realizada en 2019. Por el contrario, un argumento a favor de la úlcera neoplásica es la nula tendencia a la cicatrización desde la aparición de la lesión. Sería interesante establecer vías clínicas ágiles para realizar un diagnóstico diferencial en el momento oportuno.

La rápida sospecha por signos atípicos en la lesión, junto a la ágil coordinación de las EPA-HCC de Atención Primaria y Especializada con el servicio de Dermatología, permitió un correcto diagnóstico de la lesión tras 10 años de evolución y la resolución de la herida.

Es de crucial importancia replantearse la etiología de la lesión si esta no avanza hacia la cicatrización a pesar de aplicar los estándares óptimos de tratamiento. La biopsia constituye un procedimiento esencial para el diagnóstico y tratamiento de las úlceras neoplásicas de la piel.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación, tanto pública como privada. Asimismo, carecen de intereses económicos o personales basados en los productos, tecnologías o metodologías mencionadas en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Úlceras neoplásicas. Revista Úlceras.Info. Disponible en: <https://www.ulceras.info/noticias/ulceras-neoplasicas/>; acceso: 19 de junio de 2024.
2. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. 1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Coordinadores. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editores. Andalucía; 2015. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/guia_rapida_cuidado_personas_ulceras_neoplasicas.pdf; Acceso: 19 de junio de 2024.
3. Isoherranen K, Jordan O'Brien J, Barker J et al. EWMA document; Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. 2019. Disponible en: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA_Conference/EWMA_2019/Press/EWMA_Wound_Curriculum_for_Nurses_EQF_Level_6.pdf; acceso: 19 de junio de 2024
4. Cabanillas-González M., Pulgarín-Sobrino S. B., Ananín-Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/72/GU%C3%8DA%20N%C2%BA4%20LC%20NEOPL%C3%81SICAS%20cast.pdf>; acceso: 19 de junio de 2024
5. Levine JM. The effect of oral medication on wound healing. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(3):137-142. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-como-influyen-los-medicamentos-oraless0212538218301614>; acceso: 19 de junio de 2024
6. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. Disponible en: <https://aeevh.org/download/guia-de-practica-clinica-consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico/>; acceso: 19 de junio de 2024.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martín López L, Arenas Hernández P, Bolívar Gilpérez E, García Montero A. Detección de una úlcera neoplásica en atención primaria desde el diagnóstico hasta su resolución. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(1): 11-14