TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMO TRATAMIENTO EN UNA DEHISCENCIA DE HERIDA POST MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA

Godall Camps, M. Teresa*; Claramunt Estradé, Xavier*; Aguilar Aloma, Ester**; Serra Ripoll, Aina**; Mateu Hidalgo, Itziar**; Jorda Solé, Misericòrdia**; Busquets Godall, Mireia***.

* DUI de Curas de enfermería; ** Medico adjunto de ginecología, *** Estudiante de Medicina URV

La terapia de presión negativa (TPN) es un sistema alternativo de cicatrización no invasivo que aplica de forma continua o intermitente presión subatmosférica sobre la superficie de la herida con el objetivo de absorber el exceso de exudado, mantener una cura en ambiente húmedo óptimo, reducir la colonización bacteriana y el edema y favorecer la proliferación de tejido de granulación y epitelización de la herida.

Objetivo

Reducir el tiempo de cicatrización para minimizar el intervalo temporal entre la cirugía y el inicio de la radioterapia (RT).

Caso clínico

- Mujer de 57 años con antecedentes de trasplante renal hace 24 años por nefropatía hereditaria, diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico en mama izquierda con afectación axilar.
- Inicia tratamiento con quimioterapia neoadyuvante que se suspende tras 4 ciclos de antraciclinas y 3 de taxol, por empeoramiento de la función renal.
- Intervenida de mastectomía radical modificada. Portadora de 2 drenajes aspirativos (Redón), el de mama se mantiene 2 días y el axilar 7 días.
- En el postoperatorio inmediato presenta fiebre sin foco de infección, instaurándose tratamiento con antibióticos endovenosos, por ser paciente inmunodeprimida.
- Al alta, 12 días post intervención, se valora la herida: no signos de infección, necrosis superficial en dos áreas más internas y escara seca lineal en cicatriz. Área media ya en proceso de cicatrización. Se deriva a consultas externas de curas de enfermería.
- Dieciocho días postintervención presenta fluctuación a nivel externo de la herida mamaria y axilar, por punción se drena 100 cc sero-linfático. A nivel de borde superior escara necrótica. En tercio externo área de fibrina con borde eritematoso. Se realiza desbridamiento enzimático, con colagenasa conjuntamente con apósito hidrocelular.
- A la semana se realiza Friedrich de 2/3 de los bordes externos, existiendo dehiscencia con espacio vacío a nivel axilar, por donde exuda líquido sero-linfático.
- Se inicia cura húmeda, después de diez días, y dada la evolución no satisfactoria de la herida y abundante exudado de liquido sero-linfatico, se decide aplicar TPN, previo desbridamiento cortante de las zonas con esfacelos.
- Tras dos semanas de tratamiento, se observa una reducción de la cavitación y disminución del exudado se decide cambiar a TPN sin depósito con pauta de dos cambios semanales, apósito PICO de 15x30cm con protección perilesional con barrera de silicona aplicada en pulverización espray.
- En 38 días de TPN se consiguió que la herida estuviera en fase de epitelización y se retira el PICO, y se establecen curas diarias con Blastoestimulina®, en zona epitalizante y hidratación intensa en piel perilesional, oclusión con gasas.
- A los 21 días de retirar TPN, damos el alta con recomendación de hidratación de la cicatriz con Aceite de Rosa de Mosqueta, y mantener hidratación cutánea en el resto de la mama.













Conclusiones

- El sistema de TPN contribuye, a gestionar eficazmente el exudado, reducir significativamente el tiempo de cicatrización y el impacto cicatricial en la piel.
- Minimizar el intervalo temporal entre cirugía y RT.
- Incrementar el bienestar de la paciente en cuanto a tiempo y número de curas, tolerancia del apósito, realización de las actividades de vida diaria y calidad de vida a nivel personal, familiar y social.

Bibliografía

"Chariker ME, Jeter KF, Tintle TE, Bottsford, JE". Spartanburg Regional Medical Centre, Spartanburg, South Carolina, USA. "Contemporary Surgery. 1989. Vol. 34, June."Effective management of incisional and cutaneous fistulae with closed suction wound drainage.