

TRABAJO ORIGINAL

ÚLCERA POSTRAUMÁTICA DE PIERNA EN EL ANCIANO

Enrique G. Bertranou¹, Marta Deger¹, Sergio Gonorazky², Jorge Basso¹, Romina Osses¹ y Carlos Vázquez¹.

RESUMEN

Los traumatismos en el anciano y sus complicaciones son un problema de creciente importancia debido al incremento de la edad de la población. Entre las consecuencias patológicas se encuentra la "úlceras posttraumática". Entre noviembre de 2000 y julio de 2004 se trataron 58 pacientes, 43 mujeres (mediana de la edad 82 años) y 15 hombres (mediana de la edad 78 años). Prevalencia de hipertensión arterial 72,9%, prevalencia de diabetes 39%, mediana del área de la úlcera 7,07 cm².

Tratamiento: contención del paciente y familia, desbridamientos cuidadosos, eliminación del uso innecesario de antibióticos y otra medicación "vasodilatadora" y/o "venoactiva", dieta sin sal, vendaje elástico para evitar edema y favorecer el desbridamiento mecánico, curaciones diarias con crema sulfadiazina de plata más lidocaína luego de lavado de la lesión con jabón neutro. Al cabo de 6 meses de tratamiento 53,4% de las úlceras se encontraban cerradas siendo el intervalo de confianza superior 61% y el inferior 26%.

Conclusiones: 1) La descripción clínica de la úlcera posttraumática del anciano es valedera y útil por las implicancias diagnósticas y terapéuticas que conlleva. 2) El resultado del tratamiento es peor que el de otros tipos de úlcera de pierna. 3) El diagnóstico diferencial se basa principalmente en la edad avanzada del paciente, en la presencia de pulsos periféricos y en el antecedente de traumatismo severo. 4) La prevención de los accidentes en el anciano es de fundamental importancia en la úlcera posttraumática que se presenta con una respuesta terapéutica complicada y lenta.

INTRODUCCIÓN

Existe una úlcera de pierna que no se encuadra en ninguno de los cuatro tipos que habitualmente se tratan en la clínica de úlceras del servicio de flebología a saber: úlcera venosa¹, úlcera arteriolar hipertensiva², úlcera mixta crónica³ y úlcera isquémica. Se la ha designado con el nombre de úlcera posttraumática del anciano y posee características propias que la hacen diferente y por lo tanto merece una descripción detallada, un diagnóstico diferencial clínico ajustado y un manejo específico con evaluación de los resultados terapéuticos.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es describir la entidad clínica "úlceras posttraumática del anciano", determinar el diagnóstico diferencial con otros tipos de úlcera de pierna, describir el tratamiento utilizado y evaluar los resultados.

ACCIDENTES EN EL ANCIANO

Según la Organización Mundial de la Salud el accidente es un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas. Los accidentes más comunes en el anciano son las caídas (51,2% de los accidentes), colisiones o golpes (18,1%), cortes, aplastamientos o desgarros (14,5%) y las quemaduras (7,2%). En cuanto a las partes del cuerpo implicadas, las principales afectadas son las piernas (42%), los brazos (34%) y la cabeza (15,1%)⁴.

La etiología de este problema incluye factores extrínsecos (aquellos derivados de la actividad y el entorno), y factores relacionados con el propio paciente, como el deterioro cognitivo, el uso de ciertos medicamentos psicotrópicos o cardiológicos, la polimedición, la disminución en la movilidad de las piernas, la disminución de la visión, la alteración del equilibrio o de la marcha y la debilidad muscular.

La mayor incidencia de traumatismo en las piernas del anciano se explica por varias razones, a) las piernas se encuentran cercanas al piso donde existe gran variedad de elementos traumatizantes, muebles, desnieves, alcantarillas, piedras, jardines, animales, verjas, etc. b) las mujeres ancianas no usan habitualmente pantalones lo que resta una protección a sus piernas, c) en el anciano las circulaciones arterial y arteriolar están frecuentemente alteradas por la arterio y arterioesclerosis, d) la arterioesclerosis provocada en gran parte por la hipertensión arterial de larga data cuya prevalencia llega al 38% en población argentina entre 51 y 60 años⁵, es más frecuente en la piel de las piernas, e) el edema en las piernas por retención hídrica debido a una dieta con sal habitual en nuestra población, incrementa el riesgo para que un trauma produzca una lesión desproporcionada al mismo, f) el uso prolonga-

¹ Servicio de Flebología del Hospital Privado de Comunidad. ² Servicio de Neurología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545 (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina.
E-mail: egbertranou@ciudad.com.ar

do de corticoides que conlleva a atrofia de la piel y fragilidad capilar⁵. g) La relativa inactividad y la posición sentada con las piernas colgando durante largos períodos (actitudes muy frecuentes en el anciano) favorecen los edemas periféricos y acrecientan las posibilidades de un cierre lento de las lesiones.

Tipos de accidentes que causan la úlcera postraumática del anciano

En la vía pública: caídas (desniveles, alcantarillas, veredas en mal estado), mordedura de perro, choques con changuitos, coches de bebé o carros de supermercado. En el domicilio: caídas, golpes con muebles, cajones, utensilios de jardín o limpieza; caída de objetos contundentes sobre piernas⁵. Ninguno de ellos son microtraumatismos como los observados en las úlceras arteriolas de Martorell². Por el contrario se trata de traumas de magnitud.

DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD “ÚLCERA POSTRAUMÁTICA DE PIERNA”

Se trata de una úlcera que ocurre generalmente en mujeres de edad avanzada (mayores de 70 años) como resultado de un traumatismo importante. Si se considera que la prevalencia de hipertensión arterial en Argentina que es de 38% entre 51 y 60 años y de 31% entre 61 y 70 años⁶, la prevalencia de hipertensión en pacientes con úlcera postraumática es mayor (72,9%), pero resulta menor que la de la úlcera arteriolar hipertensiva de Martorell que es del 97,8%². En cuanto a la diabetes es del 20,0% es decir más elevada que la prevalencia en la población general entre 70 y 80 años que es del 12%⁷ pero inferior a la de la úlcera arteriolar hipertensiva que es del 35,2%². Los antecedentes que se deben destacar son la calidad del traumatismo, el antecedente de caídas previas por problemas neurológicos o de la vista, la debilidad muscular, la ingesta de sal con edemas periféricos por retención hídrica y la autonomía en las tareas domésticas.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de úlceras de pierna más frecuentes.

	Isquémica	Venosa	Arteriolar	Mixta crónica	Postraumática
Edad	> 60 años	entre 40 y 60 años	> 60 años	> 70 años	> 70 años
Sexo	frecuente hombres	frecuente mujeres	frecuente mujeres	frecuente mujeres	frecuente mujeres
Evolución previa	prolongada	prolongada	prolongada	prolongada	reciente
Pulsos periféricos	ausentes	presentes	presentes	ausentes	presentes
Antecedentes patológicos	arterioesclerosis miembro inferior	insuficiencia venosa superficial (IVS) insuficiencia venosa profunda (IVP)	hipertensión arterial (HTA)	IVS, IVP, HTA	HTA, diabetes
Antecedentes de trauma local	no	no	no o mínimo	no	si, importante
Dolor	si, de reposo	no o leve	si, nocturno	si, continuo	si, nocturno
Lugar	pie, tobillo	tobillo interno inferior	tobillo externo inferior	según úlcera originaria	pierna exter. inferior
Aspecto	gangrena	excavada, saniosa	placa necrótica	tendones denudados	irregular esfacelada
Trastornos tróficos peri-úlcera	no	si	halo púrpura	si	no
Edema	no	si, venoso linfático	si, retención hídrica	si, linfático	no
Tejido de granulación	pobre	muy bueno	muy bueno	pobre	bueno
Borde de la úlcera	necrótico	irregular exuberante	regular	irregular	esfacelado desflechado
Respuesta al tratamiento	mala	bueno	bueno	mala	bueno
Prevalencia de HTA*		35,4% ¹	97,8% ²		72,9%
Prevalencia de diabetes		20,0% ¹	35,2% ²		20,0%

Características de la lesión

Depende fundamentalmente del traumatismo, ya sea por elemento romo, cortante, punzante, caída, etc. Las heridas son en general anfractuosas con bordes esfacelados, desflecados, a menudo son el resultado de un hematoma infectado y drenado incompletamente. La úlcera es de aparición relativamente reciente, con mala respuesta al tratamiento no especializado y muy dolorosa debido al componente arteriolar. Los pulsos periféricos son palpables. La úlcera está situada generalmente en la región lateral externa de la pierna (la más vulnerable).

DIAGNÓSTICO

Se debe basar en el interrogatorio detallado compartido con la familia del paciente, en el estudio de los antecedentes y en un diagnóstico diferencial claro con los otros cuatro tipos de úlcera, basado fundamentalmente en ausencia de síndrome de insuficiencia venosa superficial y/o profunda (úlcera venosa), presencia de pulsos periféricos palpables (ausentes en la úlcera isquémica), presencia de un traumatismo importante (ausente en la úlcera arteriolar) y presencia de un proceso agudo (en contraste con la úlcera mixta crónica).

PACIENTES

A partir de que se estableció en el Servicio de

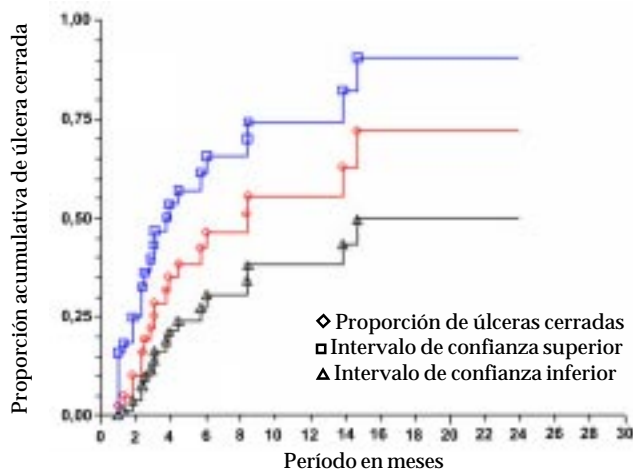


Figura 1. Resultados del tratamiento.

Tabla 2. Tiempo en meses para la curación.

Tiempo	0	4	8	12	16
En riesgo	58	23	12	8	4
Desenlaces acumulativos	0	12	15	17	19

Tabla 3. Análisis descriptivo.

	Total	Mujeres	Hombres
Número	58	43	15
Edad	81,5 ^{II} (75-83) ^{II}	82,0 ^I (66-82) ^{II}	78,0 ^I (78-85) ^{II}
HTA	72,9%		
Diabetes	39,9%		
“Edad” de la úlcera	2 meses ^I (1-2) ^{II}		
Area úlcera	7,07 cm ^{2I} (3,1-27,5) ^{II}		
Tiempo observación	2,33 meses ^I (0-24) ^{II}		

^I Mediana.

^{II} Rango intercuartil.

Flebología la úlcera postraumática como entidad diferente en etiología, cuadro clínico, tratamiento y evolución en abril de 2001, se incluyeron 58 pacientes consecutivos.

TRATAMIENTO

Se basa esencialmente en:

- Correcto diagnóstico.
- Contención del paciente y familia con explicaciones claras y entrega de folletos explicativos.
- Suspensión de todo tratamiento anterior, asegurándose que la lesión será tratada solamente por la Clínica de Úlceras.
- Desbridamientos cuidadosos con marsupialización de la lesión si es necesario.
- Eliminar el uso innecesario de antibióticos y otra medicación “vasodilatadora” o “venoactiva”.
- Dieta sin sal para evitar los edemas periféricos.
- Vendaje elástico para evitar edema y favorecer el desbridamiento mecánico.
- Curaciones diarias con crema sulfadiazina de plata más lidocaína luego de lavado de la lesión con jabón neutro.
- Control por la Clínica de Úlceras, según el estado de la lesión, semanalmente o quincenalmente hasta curación.

Resultados del tratamiento

Al cabo de 6 meses de tratamiento 53,4% de las úlceras se encuentran cerradas siendo el intervalo de confianza superior 61% y el inferior 26% (figura 1 y tabla 2).

DISCUSIÓN

La úlcera postraumática como patología con entidad propia y bien definida, no se distinguía desde el comienzo de la experiencia de la Clínica de Úlceras del Hospital Privado de Comunidad en el año 1990. Los pocos casos se diagnosticaban y trataban sin sistematización y no eran registrados en la base de datos como tales. Es más cerca en el tiempo cuando se fue conociendo la especialización en el tratamiento de úlceras de pierna por la Clínica de Úlceras. Actualmente se refieren cada vez más frecuentemente pacientes con úlceras postraumáticas de los servicios del hospital e inclusive de instituciones ajenas al mismo. Esta situación llevó a sistematizar el diagnóstico y el tratamiento de las mismas e inclusive incorporarlas a la base de datos como patología con identidad propia y bien definida a partir de abril de 2001. Era necesario presentar esta entidad para que sea reconocida en nuestro medio para su mejor diagnóstico, derivación y tratamiento. Cabe destacar que no hay mención en la literatura científica del cuadro clínico que se describe aquí.

Si se compara la proporción de úlceras curadas a los 6 meses se destaca que para las arteriolares es de 65,3% mientras que para las postraumáticas es de 53,4% siendo aparentemente menor. *Prima facie* se puede atribuir esta diferencia a que las personas con este tipo de úlceras son más añosas. Esta afirmación es falaz puesto que como se constata en el gráfico, durante el primero y segundo mes hay muchos pacientes censurados, es decir pacientes que se los trató, curaron y no volvieron a la consulta. Si bien parece que las úlceras postraumáticas curan en un período más largo, el hecho de perder muchos pacientes en el seguimiento provoca un sesgo importante. La impresión clínica es que las úlceras postraumáticas cierran más rápidamente que las arteriolares.

En lo sucesivo se continuará con la clasificación

instaurada en busca de un número mayor de pacientes, con el objeto de lograr más información en los primeros meses de tratamiento, durante los cuales se manifiesta una deserción elevada.

Ante la presencia de una úlcera de pierna prevenible, que es de difícil tratamiento, se enfatiza la importancia de la prevención de los traumatismos del anciano por los profesionales encargados del seguimiento de pacientes geriátricos, sobre todos los hipertensos y los diabéticos.

CONCLUSIONES

1) Se describe un nuevo tipo de úlcera de pierna para su mejor manejo. 2) Se establece el esquema terapéutico y los resultados obtenidos. 3) Se describe el diagnóstico diferencial con otras úlceras de observación corriente. 4) Se enfatiza el valor de la prevención de los traumatismos en el anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bertranou EG, Olivencia JA, Gonorazky S. Venous ulcer. Results of ambulatory treatment on 874 patients. 15th Annual Congress of the American Collage of Phlebology. La Quinta, California. 9-11 noviembre, 2001.
2. Bertranou EG, Gonorazky SE, Otero AE. Ulcère artériolaire hypertensif de Martorell: résultats du traitement ambulatoire sur 366 cas. Phlébologie 2001. 54:267-72.
3. Bertranou EG, Gonorazky SE, Osses R, Deger M, Basso JE. Úlcera mixta crónica. Resultados del tratamiento paliativo en 132 pacientes. Rev Hosp Priv Com 2002; 5: 61-65.
4. Congreso de SEMfyc, Madrid 20-23 noviembre 2000. www.diariomedico.com/edición/índice/html
5. Tyrrell JB. Cushing's syndrome. En Cecil's text book of medicine. 17th edition. 1985; 1334.
6. Copani JM. Prevalencia de la hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Revista Electrónica de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires 2004; Vol. 4, N° 4.
7. de Sere day MS, Gonzalez C, Giorgini D et al. Prevalencia de diabetes, obesidad, hipertensión e hiperlipidemia in la región central de Argentina. Diabetes Metab 2004; 30:335-9.