CURAS LOCALES DE LAS ÚLCERAS DIGITALES POR ESCLERODERMIA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA ESCLERODERMIA

Este libro que tienes en las manos es el fruto de la colaboración entre la Asociación Española de Esclerodermia, una enfermera y una doctora, ambas implicadas con esta enfermedad y con experiencia tanto en el tratamiento como en las curas de las úlceras que provoca.

Hemos intentado que la lectura sea a la vez científica y didáctica, de manera que con las fotos se pueda ver cómo curar, o qué hacer frente a una determinada herida, qué hacer si está infectada, cómo prevenir al máximo la aparición de las úlceras , qué hacer para mantener la piel más flexible, etc.

Queremos que este librito sea una herramienta que podáis tener siempre a mano, en el momento que tengáis una duda, o incluso mostrársela a la enfermera que os ha de curar.

Emilia Mateo Marín

Es una gran satisfacción para nuestra Asociación publicar este manual sobre las curas de úlceras en Esclerodermia.

Este Proyecto en el que llevamos años trabajando finalmente ve la luz y hemos de agradecérselo a Emi que, con su trabajo, ilusión y cariño, lo ha hecho posible.

Deseamos que os pueda servir de guía a todas las personas afectadas de Esclerodermia.

JUNTA DIRECTIVA A.E.E.
Mayo de 2021

ÍNDICE:

Presentación.....3
1 Consejos dirigidos a los pacientes con Esclerodermia.....6
2 Mecanismo de desarrollo de las úlceras.....7
3 Características de las úlceras.....7

4 Tipos de cura.....8
- Cura tradicional o seca.....9
- Cura en ambiente en húmedo (C.A.H.).....9

5 Cura de las UD y de otras localizaciones producidas por Esclerodermia.....11
6 Otras alternativas de cura.....20
7 Procedimiento de la cura.....21
8 Úlceras con depósitos de calcinosis.....23
9 Manejo del dolor durante las curas.....24
10 Prevención de la aparición de úlceras.....25

11 Preguntas más comunes.....26
12 Conclusiones.....27
Bibliografía.....28
Biografía de la autora 30

PRESENTACIÓN

Dra. Carmen Pilar Simeón
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona

Dra. Carmen Pilar Simeón

La esclerodermia es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por la combinación de alteraciones inmunológicas asociadas a manifestaciones fibróticas y vasculares en diferentes órganos. Las alteraciones vasculares tienen su expresividad clínica más frecuente en el Fenómeno de Raynaud, manifestación clínica que presentan la mayoría de enfermos con esclerodermia sistémica (ES) y que en un porcentaje superior al 90% es el síntoma de inicio.

Las úlceras, en la mayoría de los casos úlceras digitales (en adelante UD), son una complicación de la vasculopatía obliterativa y están presentes en un 40-60% de los pacientes con ES. La etiología de las UD es fundamentalmente vascular, aunque en ocasiones se deben tener en cuenta otros factores asociados. Las UD son extremadamente dolorosas y conllevan una disminución de la calidad de vida y una limitación importante de la actividad laboral y de las actividades de la vida diaria. Con relativa frecuencia son recurrentes y su curación es difícil y lenta (tiempo medio de curación de 281 días). En un número significativo de pacientes, las UD evolucionan desfavorablemente, apareciendo una o varias de las siguientes complicaciones: infección, necrosis, autoamputación y/o gan-

grena. El riesgo de complicaciones es mayor cuanto más tarda en curarse la úlcera. En ocasiones, cuando el enfermo presenta complicaciones de las UD, precisa ingresos hospitalarios para administrarle por vía endovenosa de diferentes fármacos o para realizar desbridamiento quirúrgico.

El tratamiento de las UD debe ser multidisciplinar y considerarse no sólo el tratamiento farmacológico sino también el tratamiento local [1]. Hasta la actualidad no existe una guía de tratamiento validada y consensuada en la que se incluyan todas las medidas terapéuticas sistémicas y locales necesarias. De hecho, la mayoría de los artículos y de las reuniones científicas que se realizan sobre diferentes aspectos de las UD se centran exclusivamente en el tratamiento farmacológico sistémico sin tener en cuenta que el tratamiento local de una úlcera es fundamental para su curación y para prevenir complicaciones.

En cuanto al tratamiento farmacológico, además de tratar la alteración vascular, si existe un proceso infeccioso se deben administrar antibióticos. Por lo tanto a los enfermos que presentan UD se les recomienda:

1. **Vasodilatadores** como antagonistas de los canales del calcio y/o inhibidores de la enzima conversiva de angiotensina y/o antagonistas de los receptores de la endotelina y/o inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y/o derivados de la prostaglandina
2. **Antiagregantes plaquetarios**
3. **Analgésicos**
4. **Antibióticos** si presentan infección.

Dado que la aparición de UD es una complicación de difícil curación, es fundamental incidir en las medidas de prevención de la aparición de nuevas UD. Por este motivo, hay que recomendar a todos los enfermos que eviten la exposición a bajas temperaturas o a todas las situaciones que les provoquen fenómeno de Raynaud, que eviten traumatismos de repetición y que mantengan la piel bien hidratada. En los enfermos con úlceras múltiples y de repetición también se aconseja como tratamiento farmacológico preventivo Bosentan en base a los resultados de dos estudios (RAPIDS- 1 y RAPIDS- 2) en los que se observó que en el grupo tratado se reducían el número de nuevas UD [2].

Teniendo en cuenta que las UD son heridas crónicas, además de los tratamientos farmacológicos se deben realizar medidas terapéuticas locales tal y como se recomiendan en heridas de diferentes etiologías. Dada la complejidad del tratamiento local y la necesidad de realizar un control estricto de la evolución de las úlceras, se aconseja que las medidas locales se realicen en unidades especializadas de enfermería dedicadas a las curas de heridas crónicas.

En estos últimos años ha habido grandes avances en el tratamiento de la enfermedad, uno de ellos sin lugar a dudas,

ha sido la implementación de las curas de úlceras que se realizan cada vez más en estos pacientes. En el año 2014 conocí a Emi Mateo y fue ella la que empezó a realizar las curas en los pacientes con Esclerodermia controlados en el Hospital Vall d'Hebron. El cambio en la evolución fue espectacular y por este motivo, en el 2015, Emi fue ya ponente en la Reunión Nacional de Esclerodermia.

La mejoría en la evolución de los pacientes debía ser divulgada y darse a conocer en toda España para que se beneficiasen el mayor número de pacientes posible. Gracias a la colaboración de Emi y de la AEE se ha podido mejorar la calidad de vida de los pacientes con esclerodermia y úlceras. Con este cuadernillo se consigue una mayor difusión del tratamiento local de las úlceras que es igual de importante que el tratamiento farmacológico.

1 CONSEJOS DIRIGIDOS A LOS PACIENTES CON ESCLERODERMIA

Es necesario que los pacientes afectados de Esclerodermia conozcan sencillos consejos que, aplicados en su vida diaria, le ayudarán a mejorar su calidad de vida y evitarán que empeoren los síntomas asociados a las UD.

Foto 1

Foto 2

Además es imprescindible que los pacientes o sus familiares sean instruidos en la autocura, mediante la educación sanitaria impartida por el profesional de enfermería encargado de su atención. **(Fotos 1 y 2)**

2 MECANISMO DE DESARROLLO DE LAS ÚLCERAS

Foto 3

La aparición de las úlceras UD es un sistema complejo de mecanismos celulares que provocan la formación de las mismas. Depende de múltiples factores: microtrauma repetido, adelgazamiento cutáneo, piel seca, calcinosis subyacente y presencia de Fenómeno de Raynaud (vasoconstricción de las arteriolas distales de los dedos), sumado al mantenimiento y repetición del mismo.

Como resumen se podría decir que la falta de riego sanguíneo intermitente en la zona de la punta de los dedos es la causa más relevante, pero no la única [3]. **(Foto 3)**

3 CARACTERÍSTICAS DE LAS ÚLCERAS

Las úlceras suelen estar localizadas en la punta de los dedos de las manos, en los pliegues de las falanges u otras áreas de los dedos. También pueden aparecer en los pies y en la zona tibial anterior.

Una característica general es que suelen estar cubiertas por costra o tejido necrótico, rodeadas de eritema perilesional. Al retirar la costra aparece una lesión profunda con bordes definidos.

A pesar del pequeño tamaño son de lenta curación. Y son extremadamente dolorosas, hecho que provoca una disminución de la calidad de vida y una limitación importante de la actividad laboral y actividades de la vida diaria [4]. **(Fotos 4, 5, 6, 7 y 8)**

Foto 4

Foto 5

Foto 6

Foto 7

Foto 8

4 TIPOS DE CURA

Las UD y las heridas en general se pueden curar de muchas formas. La evidencia [5] demuestra que el método más efectivo para conseguir la rápida curación de las

mismas, es la cura en ambiente húmedo [6].
Los métodos de cura más populares y utilizados son:

- Cura tradicional o seca: es la aplicación de antiséptico o pomada y cubierto con una gasa. Esto permite, la mayoría de las veces, el desecamiento del lecho de la herida.
- Cura en ambiente húmedo: método más actual y extendido, mediante el cual se evita el desecamiento del lecho de la herida [7].

Cura tradicional o seca

Está basada en la aplicación de antisépticos líquidos: povidona yodada, clorhexidina, etc. y cubierto por una gasa o apósito de gasa. Esto provoca la formación de una costra sobre el lecho de la herida, formada por el acúmulo seco de exudado. La costra es porosa y no mantiene ni la humedad ni la temperatura adecuadas, perjudicando de esta manera la cicatrización, debido a la muerte de las células que emigran hacia el exterior.

Su uso estaría limitado, en el caso de esclerodermia, a la cura de áreas necróticas irreversibles con el fin de momificar la zona, evitando infecciones y facilitando la separación del área necrosada de la zona no isquémica.

Cura en ambiente húmedo (C.A.H)

Se basa en la utilización de apósitos o geles que, aplicados sobre el lecho de la herida, proporcionan unas características de humedad, temperatura y protección de forma regular y mantenida, que evita la desecación del

lecho de la herida [8]. El ambiente húmedo permite desde el exudado la liberación de factores tróficos en la herida, como pueden ser diversos factores de crecimiento por parte de los elementos celulares implicados en el proceso de cicatrización (monocitos, fibroblastos ...) y facilita los fenómenos biológicos de síntesis de nuevos materiales orgánicos (síntesis de colágeno, neo angiogénesis, epitelización ...) ideales para alcanzar la curación de la herida.

De esta manera la C.A.H. nos aporta muchos beneficios como pueden ser: Hidrata la herida, incrementa la acción de los granulocitos, impulsa la actividad y presencia de macrófagos favoreciendo la eliminación de tejido necrótico, estimula las células endoteliales de la angiogénesis, incrementa la proliferación de fibroblastos y finalmente facilita la migración de células epiteliales.

Además, la C.A.H. nos proporciona el aspecto más importante desde el punto de vista de calidad de vida del paciente, que es la disminución del dolor de la herida inducido por la oclusión, el mantenimiento de la temperatura y de la humedad en el lecho de la misma.

En resumen, nos ayuda a que se lleve a cabo de manera fisiológica el proceso de curación de una herida [9].

¿Cómo conseguimos mantener la humedad apropiada en la herida?

Mediante la aplicación de apósitos semipermeables [5], como hidrocoloides, espumas de poliuretano, alginatos, siliconas, hidrogeles, etc.

5 CURAS DE LAS UD Y DE OTRAS LOCALIZACIONES PRODUCIDAS POR ESCLERODERMIA

Lo más importante que hemos de tener en cuenta a la hora de hacer la cura es:

- Todas LAS CURAS SON PERSONALES Y ADAPTADAS A CADA PACIENTE Y CIRCUNSTANCIA DEL MOMENTO.
- La misma cura de un paciente puede no ir bien a otro por encontrarse éste en una situación diferente.

✓ **¿Qué hago si me supuran las úlceras?**

El exudado/líquido es beneficioso para la herida y si se seca lo deja de ser.

Así pues ¿qué tengo que hacer con este exudado?:

- Mantenerlo en la herida, pero sin que la macere o la sature de humedad.
- Cubriendo la herida con el apósito adecuado: gasas, hidrocoloide, etc. y cambiarlo cuando sea necesario, cada 24 ó 48h.

✓ **¿Qué hago si se forma costra?**

La costra no es beneficiosa ya que retrae los bordes y tira de ellos haciendo más dolorosa la úlcera. La costra al ser dura, los golpes a través de ella también son más dolorosos.

La costra se ha de retirar:

- Ablandándola, por ejemplo sumergiendo el dedo en agua tibia y luego desprendiéndola con cuidado con unas pinzas. **(Foto 9)**

- Aplicando apósito hidrocoloide, que la ablanda al aumentar la humedad en la zona cubierta. **(Foto 10)**
- Aplicando hidrogel, en caso de que la costra esté adherida al tejido y no sea posible retirarla con pinzas. **(Foto 11)**

Foto 9

Foto 10

Foto 11

A veces la costra está formada por tejido desvitalizado ”muerto” y se ha de retirar mediante el desbridamiento, que es el corte del tejido muerto con pinza y bisturí. Esta técnica tiene que ser realizada por personal cualificado, en este caso una enfermera en un centro de salud u hospital. **(Foto 12).** Se puede utilizar además desbridante enzimático durante las curas para que deshaga el tejido desvitalizado que quede. **(Foto 13)**

Foto 12

Foto 13

Hay varias pomadas desbridantes:

Colagenasa, es una enzima que desnaturaliza las proteínas del tejido. Necesita humedad para actuar, por lo tanto, si la úlcera presenta una costra seca y es dolorosa, es conveniente que se ablande con agua antes de la aplicación y proteger la piel perilesional con vaselina para evitar dañarla.
Urokinasa, es una enzima que deshace la fibrina del tejido muerto.
Ambas se aplican encima de la placa necrótica o tejido desvitalizado y se cubren generalmente con malla de silicona + apósito de gasa y las curas se han de realizar cada 24h.

✓ **¿Puedo retirar la costra?**
Si es fácil, es decir, que la paciente o cuidadora, la puede retirar SI. Por eso es necesario recordar que la costra blanda es más fácil de retirar.
Pero…Si es dolorosa y está muy adherida lo tendrá que hacer una enfermera, aplicando anestesia tópica. **(Foto 14)** Si la costra es pequeña y está adherida también se puede rascar o limar para alisarla.

✓ **¿Tengo que cubrirme la úlcera?**
La úlcera se ha de cubrir para que no se forme costra y para aprovechar el exudado que contiene todos los elementos que ayudan a la cicatrización.

✓ **¿Cómo me cubro la úlcera?**
Dependerá de las características que presente la úlcera y de la localización:

1. Apósito de gasa: Se utiliza para curas diarias, cuando hay infección y hay mucho exudado asociado a apósito absorbente. **(Foto 15)**

Foto 14

Foto 15

2. Gasa fijada con esparadrapo de tejido sin tejer, film transparente o venda cohesiva: Se utiliza también para curas diarias, cuando hay infección y hay mucho exudado asociado a apósito absorbente. **(Fotos 16, 17 y cohesiva)**

Foto 16

Foto 17

Foto cohesiva

3. Apósito hidrocoloide: Se utiliza para cubrir herida más superficial, permite hacer las curas más espaciadas. Indicado para herida menos exudativa, para cubrir apósito biocida o antimicrobiano. Se puede mojar, con precaución de que no esté arrugado. **(Fotos 18, 19 y 20)**

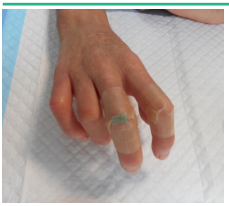

Foto 18

Foto 19

Foto 20

4. Apósito de malla: Puede ser de silicona, parafinada, de hidrocoloide, de poliéster con vaselina, etc. y se utiliza para cubrir la herida cuando no es muy exudativa y no se puede hacer con hidrocoloide. También mantiene la humedad si es de silicona. Necesita apósito de gasa o similar para sujetarla. **(Foto 21)**
5. Apósito de espuma con bordes: Para úlceras exudativas, es absorbente y se puede mojar si tiene bordes y no están arrugados. Permite realizar curas más espaciadas y puede ir asociado con otros apósitos. **(Foto 22)**

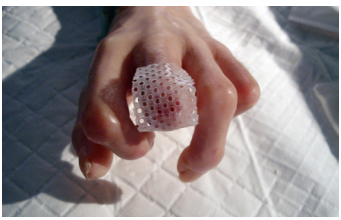

Foto 21

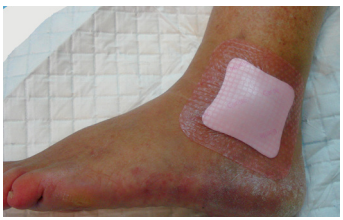

Foto 22

6. Malla de dedos: Permite realizar curas más espaciadas y es fácil de colocar. Aunque no es válida para todas las personas con UD por esclerodermia, posiblemente debido a su propiedad elástica, ya que

Foto 23

Foto 24

puede apretar. **(Fotos 23 y 24)** Hay disponibles varios tamaños, según el dedo afectado.

7. Apósitos de espuma con silicona: Se utilizan para cubrir las úlceras de mayor tamaño localizadas en región pretibial, tobillos, codos y antepiés. Respetan la piel perilesional, o hidrocoloides en el caso de que la piel perilesional esté conservada y necesitemos humedad. La utilización de apósitos hidrocoloides en las extremidades inferiores estaría indicada en las úlceras por esclerodermia. Esto es debido a que la piel que presentan estos pacientes es dura y rígida, contrariamente a la piel que presentan por ejemplo los pacientes con insuficiencia venosa, en los que no sería conveniente su utilización.**(Fotos 25 y 26)**

Foto 25

Foto 26

✓ **¿Qué puedo hacer si me duele?**

No dejarla al aire y cubrirla. El apósito no debe apretar. Se puede aplicar crema, gel o spray con Lidocaína (EMLA) etc, teniendo en cuenta que tiene un efecto temporal.

A veces sumergir en agua tibia/caliente disminuye el dolor, por el efecto de la vasodilatación.

En el hospital o centro de salud se puede aplicar Hidrogel + Cloruro Mórfico . (1 ampolla en 10 ml de hidrogel Dosis 0,1%.) Exclusivo bajo supervisión médica [10] [11].

✓ **¿Cómo puedo evitar roces en los dedos?**

• Protegiendo los dedos con venda cohesiva: marrón, blanca… Esta venda es autoadhesiva y elástica, con lo que es muy importante regular el estiramiento, de manera que no comprima la zona y pueda provocar la aparición de Raynaud. **(Foto 27)**

Foto 27

• Protegiendo los dedos con dedil de silicona: por ejemplo antes de una cura en el centro de salud, con el fin de que no se seque la herida, si hemos aplicado pomada con Lidocaína para evitar dolor. También se pueden utilizar en momentos de actividad, por ejemplo al utilizar el ordenador para disminuir el golpe con el teclado, o al coser, etc.

✓ **¿Puedo evitar que se sobreinfecten las úlceras?**

Este sería una de los objetivos de las curas: evitar que se sobreinfecten debido al largo tiempo que tardan en

curarse:

- Aplicando apósito antimicrobiano para que prevenga la proliferación bacteriana.
- Realizando las curas con la máxima higiene posible.
- No dejar el apósito en la cura más tiempo del debido, para evitar que el acúmulo de exudado propicie la proliferación bacteriana.
- Aplicación de guantes para realizar tareas rutinarias, para evitar que el apósito se moje o ensucie. Siempre y cuando sea posible.
- No mojar la cura que no se puede mojar, p.ej. gasa. Tan solo mojar con cuidado los apósitos de espuma o hidrocoloide, siempre y cuando estén bien colocados y sin pliegues o arrugas.
- Identificar prematuramente signos de alarma: aumento del dolor, de la inflamación, del exudado, para iniciar tratamiento cuanto antes.

✓ **Y si ya está infectada ¿qué hago?**

Para evitar que la colonización bacteriana que pudiera haber en la úlcera llegue a ser infección, ésta se ha de mantener estable mediante apósitos antimicrobianos, en este caso en malla, o en fibra si hay mucho exudado.

Foto Infección

Las curas tendrán que ser diarias hasta que disminuya la carga bacteriana y los síntomas de la infección.

Retirar cualquier costra que esté obstaculizando la sa-

lida de pus, esto favorecerá la limpieza y remoción de las bacterias presentes en la herida. **(Foto Infección)**

La localización de las UD no permite la utilización de apósitos voluminosos, por lo que pueden utilizarse apósitos de malla con plata o con ácido graso hidrófobo llamado DACC (Cloruro de DiaquilCarbamilo). **(Fotos 28 y 29)**

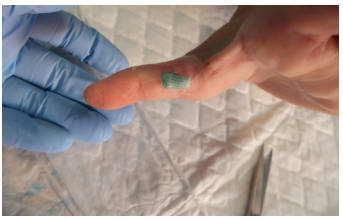

Foto 28

Foto 29

Aplicación de pomada antibiótica: mupirocina, sulfadiacinaargéntica, ácido fusídico…... en caso de no ser efectivos los apósitos antimicrobianos y cuando haya cultivo positivo a bacterias sensibles al antibiótico de la pomada.

Si es necesario, toma de antibióticos orales. Siempre bajo supervisión de un profesional sanitario.

✓ **¿Y si tengo placas de calcinosis en la úlcera?**
Después de mantener la cura en ambiente húmedo la placa de calcinosis se puede desprender sola del lecho de la herida y es fácil retirarla. **(Fotos 30, 31 y 32)** Pero, si no es posible, el personal de enfermería tendrá que eliminar ambulatoriamente el depósito de calcio siempre que sea superficial y esté desprendido de los bordes de

Foto 30

Foto 31

Foto 32

la úlcera, administrando anestesia tópica local para fragmentar el depósito y conseguir retirar una porción mayor. La mayoría de las veces no es posible retirar toda la placa en una misma cura, por lo que se hace en varias sesiones.

La úlcera puede cicatrizar aunque haya placa de calcio en la misma, siempre que no esté infectada [12].

Se puede aplicar Gel de Tiosulfato sódico al 25 %, que es una fórmula magistral, encima de la herida con calcinosis. Este gel deshace los depósitos de calcio, pero dependerá de la antigüedad de la placa de calcinosis, a menor tiempo de formación mayor es el contenido en agua y será más fácil de deshacer. La aplicación del gel ha de ser cada 24h cubierto con una gasa o con un apósito de gasa [13].

6 OTRAS ALTERNATIVAS DE CURA

La aplicación tópica de Vitamina E (en adelante Vit E) pura también ha demostrado ser efectiva en las curas de úlceras asociadas a esclerodermia. La Vitamina E, es una sustancia antioxidante liposoluble que protege a los ácidos grasos poliinsaturados de las membranas celula-

res; además es antiagregante y ligeramente vasodilatador. Como consecuencia de estas acciones, la Vit E puede: reducir las consecuencias del Raynaud, estimular el crecimiento y la estabilización del tejido de granulación, estimular la epitelización y actuar como antiinflamatorio a nivel endotelial [14]. La Vitamina E se presenta en forma de aceite puro o de lipogel.

Uso en las úlceras por esclerodermia:

- Aplicar el aceite en el lecho de la herida, ya que la capa que forma mantiene la humedad de la herida además de proporcionar las propiedades de la Vit E.
- Aplicar Lipogel en los casos donde hay costra muy superficial para proporcionar hidratación.
- Después de la aplicación de la Vit E se ha de mantener semiocluida la úlcera con el apósito más conveniente.

7 PROCEDIMIENTO DE LA CURA

Lavar las manos con agua tibia y jabón. Si la úlcera no está infectada, lo primero que hay que hacer es desbridarla (como ya se ha comentado por personal de enfermería y previa aplicación de antisepsia en la piel). Si es muy dolorosa se puede deslaminar o rascar con un bisturí. Posteriormente limpiarla con solución antimicrobiana tipo Polihexanida o Ácido Hipocloroso, secar los bordes de la úlcera (no el interior para no secarla), aplicar un trozo de apósito de malla antimicrobiano, que puede ser con DACC o con Plata. Seguidamente un poco de hidrogel, cubierto con apósito de malla, que puede ser de

silicona, hidrocoloide o parafina. Se cubrirá con apósito de gasa y la cura será diaria. Si con el apósito de malla no se mantiene la humedad, se cubrirá la úlcera con apósito hidrocoloide y se curará cada 48 h.

Otra opción en la fase menos exudativa es aplicar un gel con plata, cubrir con el apósito más adecuado a la zona y curas cada 48h.

La costra se puede desbridar de varias formas: deslaminando con bisturí, si está muy seca, o con desbridamiento cortante o enzimático si está blanda.

En caso de que esté infectada la úlcera, la cura es igual a la anterior pero se aplicará un apósito que absorba exudado (ya que las úlceras infectadas son más exudativas) y sea antimicrobiano a la vez, que puede ser una hidrofibra de hidrocoloide con Plata (si está localizada en piernas) o una malla con Plata y curas diarias que irán acompañadas de desbridamiento cuando se precise y sea posible.

✓ **Pero ¿qué hacer en caso de múltiples úlceras digitales superficiales?**

Deslaminar, mantener la humedad hasta la recuperación de la dermis y rehidratar con Vit. E.

✓ **Y ¿qué hacer en caso de lesión isquémica irreversible?**

Según la evidencia aplicaremos antiséptico tópico cada 24h y protección de la zona con apósito de gasa para evitar fricción, dolor y para la reducción autolíticade la placa necrótica.

8 ÚLCERAS CON DEPÓSITOS DE CALCINOSIS

La calcinosis se define como la calcificación patológica de los tejidos blandos. Los depósitos de calcio pueden encontrarse tanto a nivel dérmico, subcutáneo o alrededor de estructuras más profundas. Generalmente suelen ser asintomáticos, pero se vuelven dolorosos en caso de ulceración y/o infección [15].

La situación anatómica de calcinosis más comunes son las extremidades, alrededor de las articulaciones y las prominencias óseas. Generalmente situados en las superficies palmar de los dedos, codos y rodillas.

El tratamiento local pasa por la exéresis ambulatoria del depósito de calcio, siempre que sea superficial y esté desprendido de los bordes de la úlcera. A veces, fragmentando el mismo se consigue retirar una porción mayor, lo que permite que la úlcera se pueda cicatrizar aunque haya presencia de calcio en la misma. **(Fotos 33, 34 y 35)**

Foto 33

Foto 34

En caso de localizaciones más profundas o más extensas la cirugía es el tratamiento de elección, ya que permite el desbridamiento radical y la reconstrucción es-

tética y funcional de las zonas afectadas, a veces mediante colgajos. Siempre y cuando sea indicado por su facultativo de referencia, teniendo en cuenta la situación de cada paciente.

Foto 35

9 MANEJO DEL DOLOR DURANTE LAS CURAS

La Lidocaína en gel se utiliza para evitar dolor durante la manipulación, aunque al ser un vasoconstrictor no se debería de emplear en pacientes con brote agudo por posible agravación de la isquemia.

Lidocaína en Spray es la solución más rápida para disminuir la sensación de dolor durante las curas instrumentales, es decir, en las que se desbrida o retira placa de calcinosis. Se realizará siempre en un centro de salud u hospital. En cada centro hay un protocolo establecido para la aplicación de un producto determinado para la anestesia tópica.

En caso de persistencia de dolor durante el día se puede aplicar pomada con Lidocaína cuando se haga la cura y mantenerla el tiempo prescrito en el prospecto de la pomada, aprox 20-30 minutos hasta una hora [16].

10 PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS

- **Evitar cualquier factor que desencadene el Síndrome de Raynaud:**
  * Mantener la temperatura corporal óptima.
  * Evitar la exposición al frío de las partes distales del cuerpo (dedos), usando guantes y calcetines, o calentadores de gel o USB.
  * Mantener un estado de ánimo constante, evitando emociones fuertes
  * Evitar las diferencias bruscas de temperatura: en el transporte público, centros comerciales, etc En el supermercado evitar las zonas del congelador
  * No fumar
  * No tomar café
- Evitar el microtrauma repetido en las manos.
- Hidratación frecuente de la piel, para disminuir la rigidez
- Protector solar al salir a la calle.
- Limpieza de manos después de cada actividad: baño, cocina, etc.
- Aplicación de guantes para realizar tareas rutinarias
- Evitar sobreinfecciones de las heridas
- Hidratación intensiva de zonas secas, sobre todo manos, pies y zonas encallecidas
- Realizar fisioterapia : los ejercicios de estiramiento son importantes para ayudar a prevenir pérdida de movilidad en articulaciones de los dedos.

11 PREGUNTAS MÁS COMUNES

► **¿Qué hago si se me moja la cura?**

La cura no se puede dejar mojada encima de la herida, porque se macera y favorece la infección. Con lo que si se ha mojado el apósito o gasa… se ha de volver a realizar de nuevo la cura. Por eso es tan importante el uso de guantes durante las tareas diarias, siempre y cuando sea posible.

► **¿Y si no dispongo del producto escogido?**

Tanto el personal de enfermería del centro de salud, como en la farmacia, os pueden indicar el sustituto del producto que se estaba utilizando hasta el momento. Y, si no se puede encontrar, realizar una cura estándar con hidrocoloide hasta que sea posible contactar con el centro de salud u hospital.

► **¿Cada cuánto tiempo realizo las curas?**

Dependerá de la cantidad de exudado, pero si es moderado se hacen cada 48h. En caso de esté infectada la cura es cada 24h. Si la úlcera está en fase de resolución la cura es cada 3-4 días.

► **¿Qué medicación puedo tomar si me duele o si creo que está infectada?**

La medicación la recetará el profesional sanitario responsable, que tiene que ver la herida para valorarla.

En estos casos de heridas crónicas, los pacientes deben tener pautada la medicación y tomársela cuando se la hayan prescrito. Es importante seguir la pauta, sobre todo de los analgésicos, para mantener un nivel determinado

de medicación en sangre que garantice el confort necesario. En caso de no ser suficiente se tiene que comentar cualquier cambio con su profesional de referencia.
Lo mismo pasa con la toma de antibióticos orales, no se pueden dejar de tomar hasta que finalice el tiempo pautado por el responsable de salud, que dependerá del tipo de antibiótico. Y no se tomarán si no han sido prescritos.

12 CONCLUSIONES

Para evitar que las UD y las del resto de localizaciones curen más lentamente, se infecten y dejen como secuelas cicatrices y acortamiento progresivo de los dedos, y para evitar el dolor, se ha de realizar la cura en ambiente húmedo, intentando desbridar lo antes posible el tejido desvitalizado para devolver a la piel la elasticidad, humedad e hidratación máxima que pueda alcanzar, según el grado de enfermedad presente.

Este ha sido un repaso de los aspectos más importantes que se han de tener en cuenta a la hora de convivir, curar y cicatrizar úlceras producidas por esclerodermia.

Se ha intentado realizar de la manera más práctica posible, de forma que cualquier paciente sea capaz, dentro de sus posibilidades, de realizar la autocura y disponer de una guía que le acompañe en todo el proceso de curación, que es lo que se pretende siempre.

Mucho ánimo y fuerza a todas/os las/os pacientes con esclerodermia que, además, sufren y conviven con úlceras.

BIBLIOGRAFÍA

[1] **Herrick AL**. Recentadvances in thepathogenesis and management of Raynaud'sphenomenon and digital ulcers. CurrOpinRheumatol. 2016;28(6):577–85.

[2] **Matucci-Cerinic M, Denton CP, Furst DE, Mayes MD, Hsu VM, Carpentier P, et al.** Bosentantreatment of digital ulcersrelated to systemicsclerosis: Resultsfromthe RAPIDS-2 randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Ann RheumDis. 2011;70(1):32–8.

[3] **Nitsche A.** Raynaud, úlceras digitales y calcinosis en esclerodermia. ReumatolClin. 2012;8(5):270–7.

[4] **Kathleen Morrisroe,** et al. Digital ulcers in systemicsclerosis: theirepidemiology, clinicalcharacteristics, andassociatedclinicalandeconomicburden. ArthritisResearch&Therapy(2019) 21:299.

[5] **Ousey K, Cutting KF, Rogers AA, Rippon MG.** Theimportance of hydration in woundhealing: reinvigoratingtheclinicalperspective. J WoundCare. 2016 Mar;25(3):122,124-130.doi: 10.12968/jowc.2016.25.3.122. PMID:26947692

[6] **Rippon MG, Ousey K, Clinical A, Cutting KF, Sciences H.** Woundhealing and hyper-hydration: a counterintuitivemodel.

[7] **Lebedoff N, Frech TM, Shanmugam VK, Fischer A, Erhardt D, Kolfenbach J, et al**. Review of local woundmanagementforscleroderma-associated digital ulcers. J SclerodermaRelatDisord. 2018;3(1):66–70.

[8] **Tizón-Bouza, E. Pazos-Platas, S.Álvarez-Díaz, M., Marcos Espino M.P., Quintela-Varela, M.E.** Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. ENFERMERÍAdermatológica 2013

[9] **Bolton LL, Monte K, Pirone LA.** Moisture and healing: beyondthejargon. OstomyWoundManage. 2000;46(1 A Suppl).

[10] **G. Carvajal Valdy.** Eficacia de los opioides tópicos como analgésicos en enfermedades dolorosas cutáneas. Revisión de la lite-

ratura científica y propuesta metodológica para su evaluación clínica. RevSocEsp Dolor 2015; 22(1): 13-26.
[11] **Abbas S**. Diamorphine-IntrasiteDressings for PainfulPressureUlcers. doi:10.1016/j.jpainsymman.2004.10.002
[12] **DebraNetsch**. Calcinosis Cutis. WOC Nurse Management. JWOCN. January/February 2018
[13] Tratamiento con tiosulfato de sodiotópico en calcifilaxia de paciente con trasplante renal activo. nefrologia 2016;3 6(5):556–58
[14] **Fiori G**, et al. Vitamin E gel reduces time of healing of digital ulcers in systemic sclerosis. ClinExpRheumatol 2009: 27 (Suppl. 54): S51-S54.
[15] **Bienvenu B**. Treatment of subcutaneous calcinosis in systemic disorders. Rev Med Interne. 2014 Jul;35(7):444-52. doi: 10.1016
[16] **Giuggioli D, Manfredi A, Vacchi C, Sebastiani M, Spinella A, Ferri** C. Proceduralpain management in thetreatment of scleroderma digital ulcers.Clin ExpRheum 2015; 33: 5-10

BIOGRAFÍA EMILIA MATEO MARÍN

Enfermera desde hace 33 años.

• Formada y ha desarrollado su carrera como enfermera en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, hasta el año 2020 que cambió el hospital por la Atención Primaria, compaginando su actividad con la atención de los pacientes con esclerodermia en la Unidad de Curas de úlceras crónicas de H Vall d'Hebron dos veces al mes.

• Se ha dedicado íntegramente a las heridas desde el año 2007, siendo la enfermera referente de heridas crónicas del HU Vall D'Hebron durante 13 años. Ha sido en este hospital la docente en el tema de heridas.

• Desde septiembre del año 2014 colabora con los doctores Fonollosa, Guillén y Simeón de la consulta monográfica de Esclerodermia del H Vall d'Hebron y realiza las curas de úlceras y educación sanitaria a los pacientes con Esclerodermia.

• Es máster en deterioro de la integridad cutánea, ha cursado diferentes postgrados de heridas y de pie diabético.

• Es docente en el postgrado de Heridas Crónicas en la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona, en el Master de Heridas crónicas y quemados del HU Vall d'Hebron.

• Es miembro del grupo de Heridas crónicas del ICS (Instituto Catalán de la Salud).

• Asidua como asistente y ponente en congresos de heridas a nivel español, en GNEAUPP, SEHER, donde presenta pósters, comunicaciones orales y participa en mesas de debate.

• Ha publicado en el año 2017-2018 un libreto sobre esclerodermia patrocinado por la empresa Actelion.

• En el año 2015 participó como ponente en la Reunión Nacional de Esclerodermia y desde entonces colabora con la Asociación Española de Esclerodermia.

Asociación Española de Esclerodermia

C/ Rosa Chacel, 1
Las Rozas
28231 Madrid
674 406 687
91 164 99 08

Delegación de Cataluña
Can Massallera
C/Mallorca, 30
Sant Boi de Llobregat
674 406 639

info@esclerodermia.com
delegacioncatalana@esclerodermia.com

www.esclerodermia.com

Con la colaboración de:

Boehringer Ingelheim