

Informe de caso

El uso innovador del apósito de vacío modificado en heridas posvulvectomía

MA Adam , RP Lebese  y L. Mbodi 

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand

* Correspondencia a: Langanani Mbodi, Correo electrónico: langanani.mbodi@wits.ac.za

Abstracto: Presentamos el caso de una paciente que se sometió a una vulvectomía por verrugas genitales grandes que no se pudieron cerrar de manera primaria, pero que se manejaron exitosamente con un enfoque modificado del vendaje al vacío hasta que se cerraron y se dejaron sanar, con un resultado cosméticamente aceptable para satisfacción tanto del equipo como de la paciente.

Palabras clave: Verrugas vulvares, Vulvectomía, Tratamiento de heridas vulvares, Apósito de vacío para heridas

INTRODUCCIÓN

Las verrugas genitales (condilomas acuminados) son una presentación frecuente en las consultas externas de ginecología. Son causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Los subtipos 6 y 11 son las causas más comunes de enfermedad genital benigna. Sin embargo, los subtipos 16, 18, 31, 33 y 35 también pueden causar enfermedad.(1) Las verrugas genitales pueden causar una enfermedad debilitante en ambos sexos y a cualquier edad. El manejo de las verrugas genitales varía desde la cirugía hasta la crioterapia, la electrocauterización y la intervención quirúrgica. La cirugía es el tratamiento principal para el cáncer de vulva y las verrugas vulvares grandes. Las complicaciones de la herida, como la infección y la ruptura, son comunes. Sin embargo, las complicaciones postoperatorias después de una vulvectomía pueden ocurrir en el 26-85 % de los casos.(2)

Tommas (3) describe el uso de apósitos de vacío como un desarrollo sofisticado en el manejo de heridas postoperatorias. La justificación es que la terapia de presión negativa para heridas (TPN) facilita el drenaje de sangre o fluido seroso de la herida o del sitio quirúrgico. La práctica de exponer una herida a presión subatmosférica durante un período prolongado para promover el desbridamiento del material necrótico y la cicatrización se describió por primera vez en pacientes ortopédicos. En este estudio ortopédico, se informaron los resultados de 15 pacientes con fracturas expuestas que tuvieron una limpieza y acondicionamiento eficientes de la herida, con una marcada proliferación de tejido de granulación.(3) La aplicación de la TPN debe estar dirigida a mejorar la cicatrización de la herida. Si entre apósitos consecutivos no se observa mejoría, se debe suspender la TPN.(4)

EL USO DEL FABRICADO AL VACÍO

Se ha demostrado que la aplicación de apósitos de vacío, también conocidos como apósitos de presión negativa, acelera el desbridamiento y promueve la curación en muchos tipos diferentes de heridas.(3) Se cree que una presión negativa de aproximadamente 125 mmHg de manera cíclica ayuda a la curación de la herida eliminando el líquido intersticial, disminuyendo el edema localizado y también aumentando el flujo de sangre a la herida.(3) En heridas obstétricas y ginecológicas, la aplicación de un apósito semipermeable sellado con una lámina adhesiva conectada a una bomba portal con succión continua o intermitente de 50 a 175 mmHg ha demostrado que une los bordes de la herida y facilita la remodelación tisular a nivel celular.(5) Actualmente disponible en nuestro centro (Chris Hani Baragwanath Academic Hospital) está la terapia VAC de KCI y la terapia de heridas con presión negativa Renasys de Smith & Nephew. Ambos sistemas se han utilizado y han mostrado beneficios, como una estancia hospitalaria más corta y el manejo ambulatorio, cambios mínimos de apósitos para el personal de enfermería, mejor control del dolor, fácil movilización y granulación y cicatrización de la herida, lo que permite un cierre secundario en los casos en que se considera necesario. Sin embargo, estos materiales no son fácilmente accesibles debido a su costo, por lo que el enfoque modificado cuando no están disponibles es invaluable.

En nuestro centro utilizamos el apósito para heridas Drawtex® como apósito de primera línea para diferentes tipos de heridas. Este apósito hidroconductor para heridas tiene tres modos de acción, a saber: capilar, hidroconductor y electrostático. Estas acciones gestionan y controlan el exceso de líquido en la herida.

exudado, facilita la eliminación de restos de la herida, extrae bacterias del lecho de la herida y crea un entorno para la curación endógena de la herida o los procedimientos de cierre de la herida. (3) Luego se utiliza la succión o el vacío en las heridas, con un Drawtex®, proveniente de la succión de pared estándar. Esto suele ser un desafío ya que las presiones a menudo no se regulan o controlan, sino que se miden en función de los niveles de dolor y comodidad de los pacientes.

En heridas traumáticas, se informó que este enfoque para el tratamiento de heridas permitió que el paciente regresara a sus actividades normales de la vida diaria de manera temprana, incluido el regreso al empleo, redujo el número medio de apósitos, redujo el tiempo entre la lesión (en heridas traumáticas) y el cierre de la herida y redujo la estadía en el hospital. Estos tipos de apósitos se administraron de manera segura a través de la succión de la pared del hospital.(6)

INFORME DE CASO

Presentamos el caso de una mujer nulípara de 20 años, VIH positiva. Era una paciente con VIH congénito que recibía TARGA desde su nacimiento. Presentaba supresión viral sin complicaciones relacionadas con el tratamiento. Presentó verrugas genitales grandes, extensas y obstructivas, con confirmación histológica de una lesión benigna (condiloma acuminado).

Estas verrugas extensas y obstructivas se manejan quirúrgicamente con una vulvectomía simple sin afectación del esfínter anal ni de la uretra. La piel circundante

La herida parecía no estar sana y presentaba mínima grasa subcutánea. Debido al tamaño y la extensión de las verrugas, no se pudo descartar por completo la malignidad, a pesar de que la histología las evaluó como benignas. Por lo tanto, no se pudo utilizar una gasa de reconstrucción para reparar el defecto. Se observó un retraso en la cicatrización de la herida debido a una infección secundaria y necrosis. El equipo de atención de heridas optó por una prueba con un apósito de vacío hasta que la herida se mostró sana y lista para un cierre secundario. El apósito de vacío Drawtex® se aplicó durante dos ciclos de 4 días, con mejoría de la herida entre los cambios. A continuación, se realizó el cierre de la herida en el quirófano. El apósito de vacío Drawtex® se aplicó en el quirófano tras el cierre de la herida y se expuso al tercer día. La herida de la vulva cicatriza bien, sin roturas y con mínima obrosis, como se observó al cuarto y décimo día de la revisión en consulta externa. El apósito y la evolución de la herida se muestran en la Figura 1 (af).

DISCUSIÓN

En nuestro entorno, no es habitual utilizar apósitos de presión negativa en otras complicaciones de cirugías de obstetricia y ginecología relacionadas con heridas. Además, existe la dificultad de crear un sellado adecuado alrededor del catéter urinario/uretra y permitir el vaciado intestinal cuando no existe una colostomía de derivación en estas pacientes. La cirugía ha sido el tratamiento principal para el cáncer de vulva y las verrugas vulvares grandes, y a menudo conlleva complicaciones como infecciones y...



Figura 1: Apósito de herida y progreso. (a) Presentación del día 1 al equipo de cuidado de heridas. (b) Segunda aplicación de apósito de vacío modificado. (c) Revisión de la herida después de la segunda aplicación de apósito de vacío modificado. (d) Cierre secundario en la herida. (e) Aplicación de apósito de vacío modificado en la herida. (f) Día 17 después del cierre secundario de la herida.

La ruptura ocurre en un 26-85%.⁽²⁾ Se ha demostrado que la terapia de presión negativa para heridas (NPWT) mejora el cuidado de las heridas, es suave para el paciente, controla la infección y promueve la cicatrización donde fallan los apósitos locales tradicionales para heridas.⁽²⁾ La combinación de las acciones de dos estilos diferentes de apósito para heridas y el uso de un método de succión diferente en una herida como una vulva no se emplean a menudo. Sin embargo, con la experiencia práctica de usar la terapia de heridas KCI VAC en sitios no genitales, en otros pacientes con un buen resultado, exploramos estas opciones en la herida de la vulva de esta paciente. La paciente consintió en la prueba de este tratamiento no estándar. Este método fue ejecutado por personal capacitado y calificado en nuestra unidad que aseguró un sello hermético alrededor de una sonda rectal y una sonda Foley.

En la evaluación inicial, la herida presentaba una induración mínima, sin signos de fascitis necrosante; los bordes de la herida eran limpios y regulares, con tejido cicatricial mínimo. Se observaron inflamación e infección, y el lecho de la herida presentaba un esfacelo espeso con exudado maloliente, sin tejido de granulación y con algunas suturas de la vulvectomía aún en su sitio. La microscopía de una muestra de orina reveló una infección por *Escherichia coli* (ESCCO).

Se implementó un enfoque multidisciplinario con el equipo aliado (dietista, fisioterapeuta y trabajador social) y atención de enfermería, con un plan de antibióticos orales, manejo del dolor y baños de asiento con betadine durante tres días. Se optimizó el estado nutricional del paciente para facilitar la cicatrización, se inició la movilidad para promover la perfusión y la cicatrización, y el equipo de enfermería realizó el cuidado de la herida. Estas estrategias funcionaron bien, ya que la herida cicatriza con la aproximación de los bordes y se llevó al paciente a un cierre secundario de la herida. Se aplicó intraoperatoriamente un apósito de succión de pared con Drawtex®, que se mantuvo durante tres días.

La revisión de la herida mostró buena aposición y tejido de granulación. Se le aconsejó al paciente sobre el cuidado de la herida en casa y se le dio de alta para que regresara al cuarto día después del alta para la evaluación de la herida y nuevamente al décimo día para la retirada de las suturas. El cuidado ambulatorio de la herida se realizó semanalmente y las suturas restantes se retiraron en la segunda semana después del alta. El paciente se recuperó completamente con

Cicatrices mínimas y menos daño cosmético cuatro semanas después del alta del hospital.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico describe a una paciente con condiloma acuminado obstructivo extenso, tratado inicialmente mediante una vulvectomía simple, seguida de un fracaso complejo de la herida y una infección secundaria. El uso de la terapia de presión negativa para heridas es poco frecuente en lesiones vulvares. Este caso clínico describe un resultado positivo utilizando el principio del apósito de presión negativa, así como apósitos modificados para heridas, que contribuyeron significativamente a la cicatrización de la herida, el control del dolor, la facilidad de movilización, la reducción de la necesidad de apósitos repetidos, la reducción de la estancia hospitalaria y mejores resultados estéticos.

REFERENCIAS

1. Sarris I, Bewley S, Agnihotri S. Formación en obstetricia y ginecología: currículo esencial. Oxford: Oxford University Press. pág. 62. Primera publicación: 2009. ISBN 978-0-19-921847-9.
2. Raimond E, Pelissier A, Etienne Emeriau M, François C, Graesslin O. Uso de terapia de presión negativa para heridas tras carcinoma vulvar: estudios de caso. *J Wound Care*. 2017; 26(2):72-74. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.2.72>
3. 'omas S. Introducción al uso del cierre asistido por vacío. *Worldwide Wounds*. 05/2001. Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2001/may/'omas/Vacuum-Assisted-Closure.html>
4. Robert N. Terapia de presión negativa para heridas en cirugía ortopédica. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2017; 103(Supl. 1):S99-S103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2016.04.018>
5. Doll KM, Gehrig PA. Manejo de heridas abiertas en ginecología y obstetricia. Comentario de 05/2015 para MDedge|ObGyn. Manteniéndole informado. Ahorrándole tiempo. WebMD LLC. Disponible en: <https://www.mdedge.com/obgyn/article/99661/gynaeco-logic-cancer/managing-open-wound-obgyn>
6. Kaushik D, Joshi N, Kumar R, Gaba S, Sapra R, Kumar K. Terapia de presión negativa para heridas versus apósitos de gasa para el tratamiento de heridas traumáticas contaminadas. *J Wound Care*. 2017; 26(10):600-606. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.10.600>

