

Dehiscencia de herida quirúrgica tras resección de melanoma vulvar.

Autora:

María Vicenta Ballesteros Úbeda
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid
Contacto: ballesterosubedamarivi@hotmail.com

Resumen

El melanoma maligno representa un problema mucho más grave que otros cánceres cutáneos, ya que puede extenderse con rapidez y de forma insidiosa. El cáncer de vulva sigue siendo una enfermedad poco frecuente, pero su incidencia está aumentando. Como factores predisponentes las enfermedades de transmisión sexual, el cáncer en otros órganos reproductores, distrofia y mala higiene íntima. Generalmente se manifiesta con prurito, dolor y nódulos o masas vulvares.

El caso clínico que se presenta supone una gran aportación a la práctica enfermera dada su baja casuística.

Palabras clave: melanoma vulvar, herida vulvar.

Summary

The melanoma maligno is considered one of the most important skin cancer, it could be extended to the rest of the adjacent tissues with celerity. The vulvar cancer still continues being an infrequent disease, but its incidence is increasing. Among its boosters factors are health problems related with sexuality, gynaecological cancer, distrofia and poor hygiene. Most frequent symptoms are itching, pain, bubbles or vulvar nodules.

Keywords: melanoma vulvar, wound vulvar.

Introducción

Los melanomas malignos ginecológicos son entidades poco frecuentes, entre los cuales el melanoma vulvar es el más común, siendo el segundo cáncer de la vulva en orden de frecuencia y responsable del 5 al 10% de los cánceres de esta área anatómica^{1,2}. A escala mundial, su incidencia excede escasamente a 2 por cada 100000 mujeres, con pocas variaciones geográficas en los índices.

Es más frecuente en mujeres de edad media y es más típico en mujeres de piel blanca que entre las de origen africano o asiático, u otras con más pigmentos en la piel.

Su aparición más frecuente se produce en labios menores o en el clítoris, como una placa plana o como una masa vulvar un poco elevada o nodular, pigmentada o no pigmentada, siendo posible la presencia de nódulos satélites.^{3,4} Factores como la paridad, la influencia hormonal o genética, no parecen estar relacionados con el diagnóstico de la enfermedad. El melanoma vulvar tiene un pronóstico muy desfavorable.

El objetivo principal es esclarecer los procesos y pasos terapéuticos a seguir en este tipo de casos clínicos.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente R.R.J de 55 años de edad que acude a la consulta de ginecología por una tumoración vulvar remitida para tratamiento quirúrgico y que cursa con dolor y prurito de varios meses de evolución. La paciente es intervenida el día 22-1-2009 de resección de melanoma vulvar con márgenes libres. El día 2-2-2009 acude a urgencias por dehiscencia de herida quirúrgica.

La paciente no presenta factores de riesgo que puedan interferir en la cicatrización de la herida. No presenta antecedentes personales de interés. No consume tóxicos. Mantiene una higiene correcta y no toma ningún tratamiento farmacológico en la actualidad.

Valoración de la lesión

En la primera valoración de la herida se observa dehiscencia de la misma. Se localiza en el 1/3 externo derecho de la vagina. Sus dimensiones aproximadamente son 2x2x3. No presenta ni tunelizaciones ni cavitaciones. Presenta un 25% de esfacelos y un 75% de tejido de granulación. Es dolorosa, poco exudativa y con bordes perilesionales limpios e íntegros. Se recoge cultivo donde se aísla *Streptococcus Milleri*. Se inicia tratamiento sistémico con: Tavanic 500 mg vía oral cada 24 horas.

Los objetivos que se plantean a corto plazo consisten en disminuir la carga bacteriana y controlar el dolor, para posteriormente conseguir el cierre de herida por segunda intención.

Tratamiento

La primera cura se realiza el día 2-2-2009. Se limpia la herida con suero fisiológico a temperatura corporal, utilizando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior. Se pretende con ello un lavado efectivo sin producir traumatismos en el tejido sano.

Posteriormente se procede a retirar algunos puntos que todavía quedaban de la sutura quirúrgica. Se aplica un desbridante (Purilon Gel®) para eliminar esfacelos. Se decide la utilización de este producto por su facilidad de aplicación dada la dificultad anatómica de la herida. A continuación se aplica un apósito de alginato de plata para el control de la carga bacteriana. Se consigue así una eliminación rápida y eficaz de las bacterias. (Imagen 1).



Imagen 1.

Tratar el dolor a nivel local es el primer paso en el cuidado de las heridas. Debido a la localización de la misma se valoró el dolor, obteniendo una puntuación de 9 en la escala EVA. Se decidió entonces la utilización de un apósito de espuma hidropolimérica con ibuprofeno para disminuir el riesgo de maceración, aumentar el máximo tiempo posible la cura y aliviar el dolor. El apósito de ibuprofeno reduce el dolor producido por el daño tisular.

El ibuprofeno está distribuido homogéneamente por toda la matriz del apósito y se libera en el lecho ulceral cuando entra en contacto con el exudado de la herida. La liberación gradual y sostenida puede reducir el dolor tanto entre los cambios de apósitos como durante los cambios. También se optó por la aplicación de crema barrera para proteger la zona perilesional ya que la paciente no era portadora de sonda vesical, pudiéndose contaminar tanto con material urinario como fecal.

Esta cura se va a realizar diariamente debido a que la situación anatómica no permite su permanencia más de 24 horas.

El día 5-2-2009 se suspende el Purilon Gel y en su lugar se continúa poniendo un apósito de plata impregnado de Prontosan®; con esto se pretende una descontaminación más eficaz y mantener las condiciones para la cicatrización (Imagen 2).



Imagen 2.

Tras siete días con este tratamiento la herida presenta una reducción considerable en cuanto a profundidad, no existen signos de infección. Se suspende todo el tratamiento anterior y se comienza a utilizar apósitos de hidrofibra. No se consideró la posibilidad de utilizar colágeno porque en ese momento no teníamos los resultados de la anatomía patológica y se desconocía la existencia de células tumorales en los márgenes.



Imagen 3.

A partir del 21-2-2009 la cura consiste únicamente en la limpieza con suero fisiológico y aplicación de un apósito de ibuprofeno.

Seguimiento

Tras un mes y diez días la herida está completamente cicatrizada. La zona perilesional está íntegra y ha desaparecido el dolor (Imagen 3).

Discusión

Las heridas quirúrgicas en la zona genital, potencialmente son heridas con alto índice de complicación por varias razones: su posición anatómica y porque se encuentra continuamente expuestas a exudados vaginales, materia fecal y urinaria.

Por lo tanto en este tipo de intervenciones la higiene y la limpieza exhaustiva de la zona constituyen un punto clave en la prevención de complicaciones.

Conclusiones

El análisis secuenciado de esta terapia en las distintas etapas de este proceso, nos facilitará su comprensión y su posterior aplicación al resto de heridas en los genitales externos de la mujer.

Bibliografía

1. Olaitan A, Murdoch J. Clinical management of vulvar cancer. *Rev Gynaecol Pract.* 2002;2(1-2):16-22.
2. Hacker NF. Vulvar cancer. En: Berek JS, Hacker NF, editors. *Practical gynaecologic oncology.* 3a ed. Philadelphia Williams & Wilkins; 2000. p. 553-96.
3. ROCK J, JONES H. *Te Linde Ginecología Quirúrgica.* 9na.ed. Buenos Aires: Panamerican; 2003.
4. Hofman et al., 1997. Pain in venous leg ulcers. *Journal of wound care* 1997;6,222-224. BEREK J, HACKER N. *Ginecología Oncológica Práctica.* 4ta.ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.