



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

410/74 - ¿ESTA LESIÓN PARECE UNA ÚLCERA DE KENNEDY!: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Lucas Tomás¹, F. Moltó Abad², A. Bordallo Conejero¹, R. Verdú Masia¹, M. Vilaplana Reig², M. Pérez Bosch⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen de los Lirios Alcoy. Alicante, ²Enfermero. Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante, ³Jefe de Servicio y Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 90 años, no RAMc. AP: enfermedad de Parkinson de 32 años de evolución con deterioro cognitivo grave. Tratamiento: clonazepam 3 mg, escitalopram 10 mg, quetiapina 200 mg y bomba de apomorfina 1,34 ml/h. Ingresa en UHD por evolución desfavorable de úlceras por presión (UPP) grado IV sacra y ambos trocánteres y deterioro del estado general de unas 4 semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, desorientada en 3 esferas, conectada con el medio, lenguaje empobrecido, acinesia matutina marcada. Escala-Funcional-Paliativa (PPS): 40%. Vida cama-sillón, rigidez marcada de los 4 miembros, caquexia, sarcopenia, prominencias óseas palpables fácilmente. AP: MVC sin ruidos AC: tonos rítmicos apagados. UPP trocánter izquierdo: escara necrótica sin fluctuación, se realiza cura seca con povidona-yodada y apósito espuma de poliuretano. UPP trocánter derecho: úlcera grado IV con exposición de tejido óseo femoral y tendinoso, tejido de granulación 70% de la lesión, exudado moderado > desbridamiento cortante parcial de tejido tendinoso necrótico, desbridamiento enzimático con collagenasa, apósito de alginato calcio y apósito de espuma de poliuretano. UPP sacra: tejido necrótico y esfacelar no viable en zona más declive, exudado moderado - > desbridamiento cortante parcial de esfacelos, desbridamiento enzimático con collagenasa, apósito alginato calcio y apósito espuma de poliuretano. IMC: 19,38. Diámetro braquial-pantorrilla: 18-27cm. MNA (Mini-Nutricional-Assessment): 6; Test MECV-V (Método-Exploración-Clínica Volumen-Viscosidad): presentando tos y cambios de voz con 15 ml viscosidad néctar; dado la malnutrición y disfagia moderada-grave, se realiza asesoramiento familiar sobre disfagia/alimentación, se inicia plan nutricional con 2 suplementos nutricionales espesados hiperproteicos-hipercalóricos diarios y se recomiendan volúmenes de 10 ml textura-miel. Se prosiguió con curas diarias, desbridamiento cortante parcial y desbridamiento enzimático con evolución lenta y favorable de las 3 úlceras. A la semana presenta pico febril: 38,5 °C, tos productiva y disnea aguda. MEG, consciente, estuporosa, PS: 4-5. Taquipneica con uso musculatura intercostal, ruidos de ocupación árbol traqueobronquial-autoaudibles, mala perfusión periférica, frialdad distal, cianosis peribucal, PA: 59/48. FC: 118 lpm. Tª: 38 °C. AP: roncus generalizados AC: tonos rítmicos apagados. Mala evolución generalizada de las úlceras, abundante exudado putrefacto marrónáceo, prosiguiéndose tratamiento conservador con collagenasa, alginato cálcico, apósito de carbón activado, previo lavado de la herida con solución-metronidazol para mantener el equilibrio bacteriano y reducir el mal olor. 24 horas después, nos llama la atención aparición súbita de lesión eritemato-violácea con desplazamiento entre 30-45° sobre prominencia ósea del trocánter-izquierdo, bordes mal definidos, no sobrepuesta a ninguna prominencia ósea, que sugiere lesión tejidos profundos sin solución de epidermis, sin poder establecer la profundidad exacta de dicha lesión.

Juicio clínico: Úlcera terminal de Kennedy.

Diagnóstico diferencial: Abrasión, flictena, hematoma.

Comentario final: Las características de lesión, su forma de presentación y rápida evolución nos conducen al diagnóstico de úlcera terminal de Kennedy: lesión por presión que implica lesión de tejidos profundos, de presentación repentina y evolución en horas, con rápida progresión de categoría I a IV. Localizada preferentemente en sacro/coxis, presenta bordes irregulares, forma de mariposa/herradura, color puede variar desde púrpura-a-rojo, pasando por amarillo, incluso azul/negro. Es muy importante su identificación y diagnóstico temprano, pues suele anunciar inminente muerte. Se explica la familia situación agónica, tratándose de una probable broncoaspiración, bajo su consentimiento, se prosiguió con tratamiento paliativo-control de síntomas, evitándose medidas agresivas, potenciándose bienestar paciente/familia, realizando acompañamiento/asesoramiento familiar. Se prosiguió con curas paliativas UPPs, infusor subcutáneo pectoral izquierdo (24 horas): 20 mg cloruro-mórfico, 30 mg metoclopramida y 80 mg butilescopolamina, infusor subcutáneo deltoides izquierdo (24horas): 200 mg dexketoprofeno y se retiró bomba-apomorfina. El diagnóstico temprano de la lesión permitió contar con un elemento más de ayuda en la toma de decisiones, permitiendo un abordaje más humano de la situación. La paciente falleció a las 36 horas, tuvo una muerte digna, sin dolor, sin sufrimiento, dio muestras no verbales de calma-bienestar y murió acompañada de su familia, entorno amable de cuidados. La familia expresó satisfacción de cómo se desarrolló todo el proceso.

Bibliografía

Anderson F, et al. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996;12:5-11.

Kennedy KL. The prevalence of pressure ulcers in an intermediate care facility. Decubitus. 1989;2:44-7.