

Tratamiento de la ulceración paraestomal crónica con sulfadiazina de plata y ácido hialurónico: serie de casos

RESUMEN

Las complicaciones cutáneas en las personas ostomizadas están muy extendidas y pueden causar problemas físicos y emocionales en la vida cotidiana. Las complicaciones cutáneas paraestomales crónicas pueden ser difíciles de curar y causar un dolor importante.

Dos pacientes acudieron a la clínica de terapia estomal para recibir tratamiento y se les diagnosticó úlcera cutánea paraestomal crónica. Tras el tratamiento estándar de tratamiento de heridas, pomada tópica de corticosteroides y revisión de los aparatos, las úlceras no mejoraban o habían reaparecido. Se inició el tratamiento con una crema combinada de ácido hialurónico (AH) al 0,2% y sulfadiazina de plata (SSD) al 1%, y ambos pacientes mostraron una curación completa.

El tratamiento de la ulceración cutánea paraestomal con crema de doble acción al 0,2% de AH y al 1% de SSD tuvo éxito en estos dos pacientes, observándose una reducción del dolor y del líquido purulento a lo largo del tratamiento, además de una reducción del coste del tratamiento en comparación con los protocolos estándar.

Palabras clave piel periestomal, ácido hialurónico, herida, sulfadiazina de plata

Como referencia Carlin A. Treatment of chronic parastomal ulceration with silver sulfadiazine and hyaluronic acid: a case series. WCET® Journal 2024;44(1):36-39.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.44.1.36-39>

Presentado 14 septiembre 2023, Aceptado 27 noviembre

INTRODUCCIÓN

Se calcula que el riesgo de que una persona ostomizada desarrolle una complicación cutánea periestomal a lo largo de su vida oscila entre el 6 y el 80%¹. Los ostomizados con una complicación cutánea refieren una imagen corporal negativa en mayor proporción². Los hombres ostomizados con una complicación cutánea tenían 1,72 veces más probabilidades de manifestar una imagen corporal negativa que los ostomizados sin complicaciones cutáneas, y las mujeres ostomizadas tenían incluso más probabilidades, 1,87 veces más, de manifestar una imagen corporal negativa². Estas complicaciones representan aproximadamente el 40% de todas las visitas a las enfermeras estomaterapeutas³.

Las causas de las complicaciones cutáneas periestomales y paraestomales pueden ser complejas e incluyen lesiones químicas, traumatismos cutáneos, infecciones, dermatitis de contacto y enfermedades⁴. Las complicaciones cutáneas periestomales son más frecuentes en los pacientes con ileostomía (57%) y urostomía (48%) que en los pacientes con colostomía (35%)⁵. Aunque las complicaciones cutáneas periestomales, incluidas las úlceras, son bastante frecuentes, las úlceras paraestomales crónicas son poco frecuentes y pueden ser difíciles de tratar⁶.

Los ostomizados que desarrollan úlceras paraestomales suelen tener afecciones subyacentes como la enfermedad de Crohn, la enfermedad del intestino irritable (IBD) o el pioderma gangrenoso (PG). El tratamiento y la gestión de una úlcera paraestomal consisten en la revisión del aparato, el cuidado de la herida, el tratamiento sistémico (si el paciente padece enfermedad de Crohn, IBD o PG) y el tratamiento local, normalmente un corticosteroide⁶. Si un paciente no padece enfermedad de Crohn, IBD o PG, es probable que su úlcera paraestomal responda rápidamente al tratamiento local de la herida⁶. Los síntomas suelen incluir dolor, dificultades en el aparato y pérdidas⁶. A menudo estas úlceras pueden no parecer graves, pero los ostomizados describen un fuerte dolor ardiente, exacerbado por los cambios de aparato⁶.

Las complicaciones cutáneas asociadas al estoma tienen una amplia repercusión en la calidad de vida de una persona ostomizada, y es vital que se resuelvan rápidamente. El objetivo de este estudio de caso es examinar a dos pacientes ostomizados con ulceración paraestomal en los que fracasó el plan de tratamiento estándar, y en los que se probó un nuevo tratamiento combinado de ácido hialurónico (AH) al 0,2% y sulfadiazina de plata (SSD) al 1%.

ACCION DEL PRODUCTO

El HA induce una reacción acelerada de reparación tisular, caracterizada por el crecimiento de tejido de granulación bien organizado. La unión del receptor de HA afecta a las células endoteliales, los macrófagos, los fibroblastos y los queratinocitos,

Alison Carlin

Grad Cert Enfermería de terapia estomal
Terapia estomal CNC
Hospital Privado Knox, VIC, Australia
Correo electrónico alison.carlin@healthscope.com.au

y modifica sus propiedades hacia un estado más "orientado a la reparación"^{7,8}. Además de estimular los mecanismos de reparación celular, la importante capacidad de unión al agua de las moléculas de HA proporciona las condiciones ideales para la migración y reproducción de las células que forman el nuevo tejido^{7,8}.

La SSD es una combinación de dos agentes antimicrobianos (plata y sulfadiazina) con propiedades antibacterianas de amplio espectro y es especialmente eficaz contra los microorganismos que suelen encontrarse en las lesiones cutáneas infectadas⁹. Aplicado sobre heridas exudativas, la SSD libera sus iones de plata, que aumentan el efecto bacteriostático del radical sulfonamida. La acción antimicrobiana sostenida de la combinación de sulfadiazina y plata se debe en parte a la interacción continua con los fluidos del lecho de la herida, que induce una liberación lenta y prolongada de plata⁹.

Se ha demostrado que el tratamiento combinado de HA más SSD (HA+SSD), en comparación con la SSD sola, acelera el proceso de reparación al tiempo que proporciona una acción antibacteriana de amplio espectro¹⁰. Los estudios clínicos han demostrado que el uso de la combinación HA+SSD reduce el tiempo de cuidados, los gastos y el uso de medicación analgésica^{11,12}.

PRESENTACIONES DE CASOS

Caso 1

La paciente TW es una mujer de 80 años que se sometió a una proctocolectomía total con formación de una ileostomía terminal en mayo de 2020. La ileostomía de la paciente estaba sana y la piel periestomal permanecía intacta hasta que acudió a la consulta externa de terapia estomal en julio de 2021 con una úlcera de etiología desconocida. La úlcera medía 80 mm x 50 mm y estaba adyacente a su estoma a las 10 horas. No se observó dolor ni olor, con escaso exudado seroso y una base blanda de la herida.

Gestión y resultados

El tratamiento iniciado el 22 de julio de 2021 (Figura 1) fue una pomada de corticosteroides, un apósito barrera antibacteriano de plata y un apósito hidrocoloide. El apósito se cambiaba diariamente junto con el cambio del aparato de ostomía. Tras 1 mes de tratamiento (Figura 2), la herida medía 100 mm x 50 mm, con una base limpia y presencia de líquido purulento. La piel peri-herida era frágil y corría el riesgo de romperse aún más. El cirujano colorrectal del paciente había considerado la posibilidad de realizar una biopsia para descartar la infección de la herida con PG si la herida seguía sin mostrar signos de mejoría.

Se interrumpió el tratamiento inicial y se inició el tratamiento con una crema que contenía un 0,2% de HA y un 1% de SSD (AH+SSD). El tratamiento se realizaba diariamente junto con el cambio del aparato de ostomía, que era lo que prefería el paciente (Figura 3).

Tras el tratamiento con la crema HA+SSD, la herida redujo continuamente su tamaño hasta que se curó. No se observó dolor ni olor y el exudado seroso se redujo. El 16 de septiembre (Figura 4) se interrumpió el tratamiento y se aconsejó a la paciente que lo reiniciara si volvía a producirse alguna rotura de la herida; sin embargo, la herida siguió cicatrizando (Figura 5) y ha permanecido curada casi 12 meses después.

El coste del tratamiento estándar frente al tratamiento combinado HA+SSD mostró diferencias significativas (Figura 6). El tratamiento combinado de SSD + HA resultó más de un 40% menos costoso



Figura 1. Caso práctico 1 - 22 de julio



Figura 2. Caso práctico 1 - 19 de agosto



Figura 3. Caso práctico 1 - 2 de septiembre



Figura 4. Caso práctico 1 - 16 de septiembre (cese del tratamiento)



Figura 5. Caso práctico 1 - 1 de octubre

por cambio de apósito, y sólo se utilizó un 25% del tubo en total.

Caso 2

El paciente ML es un varón de 84 años al que se le formó un conducto ileal en 2007. El conducto ileal y la piel periestomal del paciente estaban sanos tras la cirugía y no habían sido revisados por un estomatólogo en 11 años. La paciente acudió a la consulta externa de terapia estomal en junio de 2021 con ulceración periestomal y pérdida de piel. La úlcera medía 20 mm x 40 mm y se extendía desde el borde del estoma de las 12 a las 7 horas. La úlcera era extremadamente dolorosa, con una base esfacelada, escaso exudado seroso y sin edema ni olor.

Gestión y resultados

El tratamiento iniciado el 16 de junio de 2021 (Figura 7) fue una pomada de corticosteroides cada dos semanas, un apósito barrera antibacteriano de plata y un sello de ostomía hidrocoloide grande y otro pequeño. El apósito se cambiaba según las preferencias del paciente y cuando se producían fugas del aparato de ostomía, que oscilaban entre una vez al día y una vez a la semana.

Tras 6 semanas de tratamiento (Figura 8), la úlcera estaba cicatrizada y se suspendió el tratamiento; sin embargo, el nuevo tejido de granulación en la sección de las 5 a las 7 de la úlcera parecía muy frágil. La paciente volvió a presentarse el 8 de octubre con la úlcera rota de nuevo (Figura 9). La herida medía 10 mm x



Figura 6. Caso 1 - comparación de costes entre el tratamiento estándar y el tratamiento combinado de HA+SSD semanal y diario

5 mm, con una base pálida esfacelada, maceración del borde de la herida, escaso exudado y ausencia de dolor, edema y olor. En esta fase, la paciente volvió al régimen de tratamiento inicial de una pomada de corticosteroides cada dos semanas, un apósito de barrera antibacteriano de plata y un sello de ostomía hidrocólicoide. El apósito se cambiaba cada 2-3 días, junto con el aparato de ostomía.



Figura 7. Estudio de caso 2 - 16 de junio



Figura 8. Caso práctico 2 - 6 de agosto



Figura 9. Estudio de caso 2 - 8 de octubre



Figura 10. Estudio de caso 2 - 15 de octubre



Figura 11. Estudio de caso 2 - 29 de octubre



Figura 12. Estudio de caso 2 - 26 de noviembre

Al cabo de 1 semana (Figura 10) la herida estaba aumentando (10 mm x 20 mm), por lo que se suspendió el tratamiento inicial y se inició el tratamiento con una crema que contenía un 0,2% de HA y un 1% de SSD (AH+SSD). El tratamiento se realizaba cada dos días junto con el cambio del aparato de ostomía, según las preferencias del paciente.

Tras el tratamiento con la crema HA+SSD, la herida redujo continuamente su tamaño hasta que se curó. Dos semanas después del tratamiento inicial (Figura 11), la herida se había reducido de 10 mm x 20 mm a 5 mm x 5 mm. Se observó tejido de granulación rosado, escaso exudado seroso y cierta maceración en los bordes de la herida. No se observó dolor, edema ni olor. Seis semanas después del tratamiento (Figura 12), la herida había cicatrizado y desde entonces ha permanecido así.

El coste del tratamiento estándar frente al tratamiento combinado HA+SSD mostró diferencias significativas (Figura 13). El tratamiento combinado HA+SSD supuso más de un 50% menos por cambio de apósito, utilizándose sólo un 25% del tubo en total.

DISCUSION

Ambos pacientes presentaban úlceras paraestomales de etiología desconocida que no se resolvieron con el tratamiento estándar. Tras el tratamiento con una crema combinada al 0,2% de HA y al 1% de SSD (AH+SSD), las úlceras se trataron y curaron con éxito. Se aplicó una pequeña cantidad del tamaño de un guisante de la crema combinada en una capa fina directamente sobre la úlcera utilizando un hisopo, sin vendaje secundario y con el aparato de ostomía aplicado encima. La aplicación de crema debajo de la placa base no afectó a la adherencia del hidrocólicoide, y ambos pacientes no informaron de fugas o levantamiento de la placa base antes de su programa de cambio de bolsa. Este tratamiento facilitó el alta de los pacientes de la clínica de estomatoterapia, y ambas úlceras han permanecido cicatrizadas desde entonces.

CONCLUSIÓN

El coste del tratamiento estándar comparado con el tratamiento combinado de HA+SSD fue significativo. En el caso 1, el coste del tratamiento estándar fue 1,68 veces superior al del tratamiento combinado, y en el caso 2, el coste del tratamiento estándar fue 2,08 veces superior al del tratamiento combinado. Además, el tratamiento estándar fracasó en ambos pacientes y las heridas seguían sin cicatrizar tras semanas de tratamiento, mientras que el coste del tratamiento combinado se calculó en función del tiempo

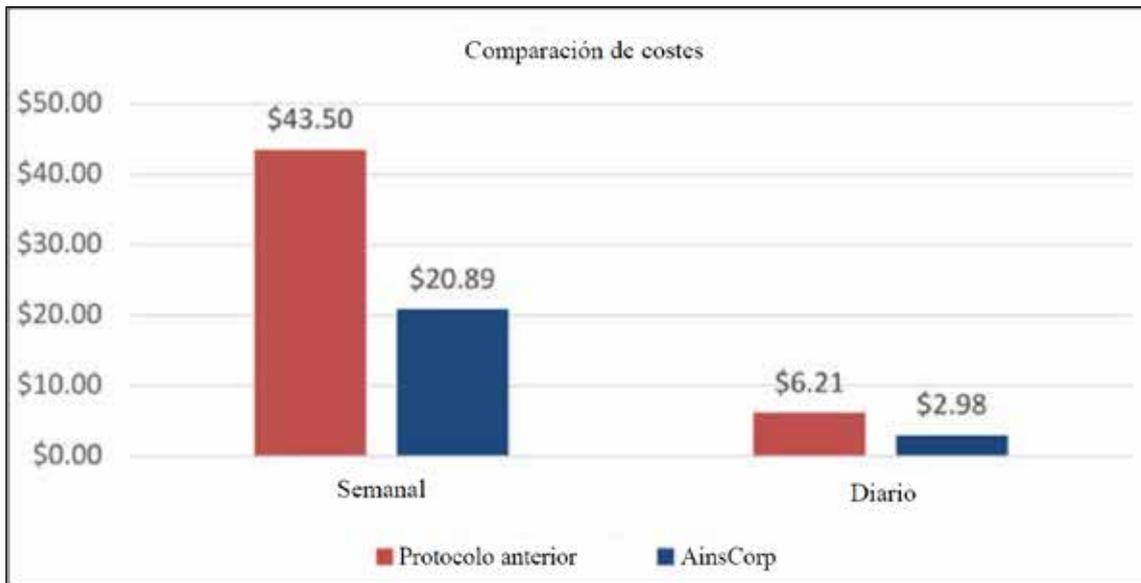


Figura 13. Caso 2 - comparación de costes entre el tratamiento estándar y el tratamiento combinado de HA+SSD semanal y diario

transcurrido hasta la cicatrización de la herida. La significativa diferencia de coste de la crema combinada de HA+SSD en comparación con el tratamiento estándar de la úlcera paraestomal (sin tener en cuenta las revisiones adicionales de los médicos de cabecera para los guiones de Kenacomb[®]) indica que podría ser una intervención eficaz y de bajo coste que podría aplicarse en la primera presentación de una úlcera paraestomal.

AGRADECIMIENTOS

Los pacientes consintieron en que se utilizara su información para este estudio de caso. Se tomaron fotografías con el consentimiento verbal y escrito de los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Los autores no recibieron financiación por este estudio.

REFERENCIAS

1. Norman T, Haesler E, Carville K, et al. Establishing a consensus on stomal, parastomal and peristomal complications. *J Stomal Therapy Aust* 2022;42(2):10–19.
2. Nichols TR, Riemer M. Body image perception, the stoma peristomal skin condition. *Gastrointest Nurs* 2011;9(1):22–26.
3. Antonini M, Arena R, Mancini S, et al. Peristomal skin changes: what treatment should be adopted? Results of an observational multi-centre study. *WCET J* 2018;38(1):30–34.
4. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS, et al. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2017;44(4):350–357.
5. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *J Wound Ostomy Cont Nurs* 2013;40(4):400–6.
6. Yeo H, Abir F, Longo WE. Management of parastomal ulcers. *World J Gastroenterol* 2006;12(20):3133–7.
7. Chen CP, Hung W, Lin SH. Effectiveness of hyaluronic acid for treating diabetic foot: a systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther* 2014;27(6):331–6.
8. Voigt J, Driver VR. Hyaluronic acid derivatives and their healing effect on burns, epithelial surgical wounds, and chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Wound Repair Regen* 2012;20(3):317–31.
9. Farris A, Prosdocimi M, Bevilacqua C. Association of hyaluronic acid and silver sulphuradiazine for topical use: rational basis and recent clinical evidence in wound healing. *Farmaci* 2010;9(6):1–7.
10. Costagliola M, Agrosi M. Second degree burns: a comparative, multicentre, randomized trial of hyaluronic acid plus silver sulfadiazine alone. *Curr Med Res Opin* 2005;21(8):1235–40.
11. Soma PF, Stella M, Comitini S. Role of a HA based hyaluronic acid in re-epithelisation: a clinical model. 37th National Meeting of the Italian Society of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery, 1988.
12. Torregrossa F, Caroti A. Clinical trial of the topical use of hyaluronic acid-soaked gauzes in the treatment of sluggish ulcers. *Giorn It Derm Vener* 1983;118.