

# La eccematización periulcerosa. Un problema usual en el manejo de las úlceras venosas.

**Autor:**

Palomar Llatas F.,

*Coordinador Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y heridas. Hospital General Universitario de Valencia.  
Director Cátedra Hartmann Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia*

La piel como barrera natural y fisiológica del cuerpo humano es imprescindible protegerla frente agresiones ya que si se deteriora puede influir negativamente en el comportamiento o fases de cicatrización tanto en lesiones agudas como crónicas que afecten a la solución de continuidad de la piel.

Siendo de vital importancia no solamente el cuidado del lecho de las úlceras en miembros inferiores, sino la misma piel perilesional y que debemos observar que anomalías presenta y según encontremos su estado será más factible la epitelización y cicatrización de las lesiones.

El origen de esta solución de continuidad o del deterioro de la Integridad Cutánea puede aparecer por causas internas como son la hipertermia, mala nutrición, enfermedades metabólicas y oncológicas, la propia farmacología sistémica indicada para estas patologías; o por causas externas como las infecciones, cambios bruscos de temperatura (calor, frío, viento), físicas (traumatismo accidental o quirúrgico), radiaciones (terapéuticas, ambientales o accidentales), agresiones químico-farmacológicas tópicas e incluso los propios exudados de las lesiones cutáneas.

Los eccemas en piernas se les ha clasificado principalmente en dos tipos: Húmedos y secos

El eccema por estasis, venoso o gravitatorio es el seco que presenta unas placas eritematoescamosas y pruriginosas, la causa es la hipertensión venosa, el aumento de la hipertensión valvular hace que aumente la pérdida de líquido fibrinoide y depositándose este alrededor de los capilares entorpeciendo a su vez al aporte de oxígeno local llegando a originar una destrucción de tejidos y aparición de úlceras.

Todos los pacientes con úlceras, destacando los pacientes con lesiones en miembros inferiores y en concreto los pacientes con patología venosa, son susceptibles de padecer eccematización en general y especialmente lesiones en la piel perilesional.

Dentro de las lesiones más comúnmente encontradas en la piel periulceral tenemos el eccema varicoso o también denominado por estasis. Esta Dermatitis, son los eccemas de una dermatitis inflamatoria en la cual diversas lesiones elementales (**foto 1**) se suceden o confluyen, se combinan o coexisten en los distintos lugares donde se localiza la erupción, (eritema, exu-

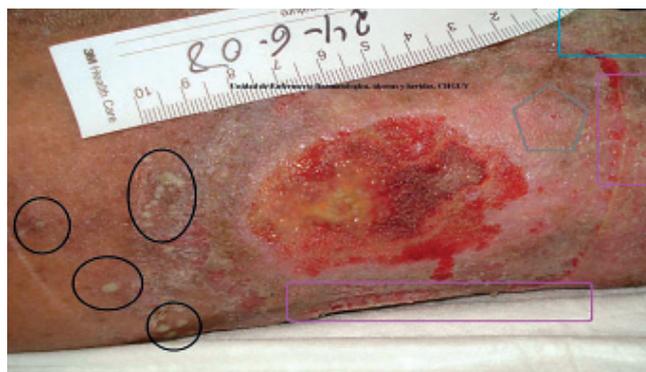


Foto 1. Lesiones elementales.



Foto 2. Lesión seca.

dación, incrustación, liquenificación y descamación, también el prurito y vesículas, intraepidérmica, si en la exudación hay una sobre infección se le denomina eccema impetiginizado), uno de los tipos más frecuentes de eccema es el de contacto, que puede ser irritativo o alérgico y aparece en la zona en contacto con el agente que lo produce. Su evolución es más o menos lenta, el diagnóstico es sencillo con las pruebas epicutáneas para descartar una dermatitis alérgica de contacto (DAC) y descartar en las composiciones las más destacables como el bálsamo del Perú, lanolina, neomicina, mezcla de perfumes, propilenglycol, látex, adhesivos, etc.

La dermatopatía en general y la perilesional, dentro de la variedad de signos que podemos encontrarnos en esta piel no solamente pueden ser causa de una agre-

sión exógena y de contacto sino que pueden tener un origen endógeno.

En nuestro quehacer diario tendremos dos objetivos para combatir esta patología:

- a) Valoración de la piel perilesional. Escala FEDPALLA<sup>(1)</sup>
- b) Realización ante sospecha de las pruebas epicutáneas.
- c) Tratamientos específicos de la DAC (corticoides, fomentos astringentes, emolientes o pomadas barrera)

Estas lesiones tendremos que saber distinguir las en sus síntomas que nos destaca el paciente como es el picor, escozor, etc., de lo que es propiamente el dolor. La disminución o desaparición de la barrera natural de la piel, hace que está presente un aspecto: seco, agrietado, con prurito y escozor, no tiene brillo (foto 2), pero sin olvidar que bajo de esta sequedad podemos encontrar cierto grado agresivo de humedad (foto 3) debido a la oclusividad de las costras e hiperqueratosis formadas.

Lesiones no denominadas eccematosas, pero sí indicativo de una insuficiencia venosa o arterial y que debemos tener siempre presentes es la denominada Atrofia blanca que es un adelgazamiento de la epidermis con una visibilidad tras la epidermis de las papilas dérmicas y observando la propia atrofia e inflamación dérmica (foto 4).

También nos encontramos con el eccema vesiculoso donde podemos observar pequeñas vesículas es decir, una elevación circunscrita de la epidermis de 1 mm., de contenido seroso y cuando estas son contaminadas y su contenido es purulento se le denomina foliculitis (foto 5) o impetiginización de las lesiones (foto 6). La causa puede ser por edema intercelular o por edema celular.



Foto 3. Lesión húmeda.



Foto 4. Atrofia.



Foto 5. Foliculitis.



Foto 6. Impetiginización.



Foto 7. Eccema fisurado.



Foto 8. Aspecto enladrillado.

Otro tipo de eccema que nos encontramos es el eccema fisurado con aparición en tercio inferior de la pierna (foto 7). Es un eccema congestivo, ligeramente sangui-nolento, con presencia de depósitos de hemosiderina su inicio viene unido a traumatismos y su aspecto puede ser de enladrillado (foto 8).



Foto 9. Eritema con escamas.

Uno de los signos clásicos y siempre presentes en los eccemas es el eritema (mácula) una coloración no sobre-elevada la piel, se presenta con inflamación, calor, dolor a la palpación, no fluctúa y con edema local o fovea. Diferenciando este eritema de los siguientes cuadros clínicos:

**Eccema:** el eritema, sus bordes son difusos y con escamas (foto 9)

**Celulitis:** el eritema sus bordes son más definidos.

**Linfedema:** bordes definidos hasta su extensión con extravasación de líquido linfático y presencia de fovea.

**Diferenciación** con el eritema por presión que no desaparece a la vitropresión

El siguiente signo que nos encontramos acompañando a la ecematización es el edema local e incluso el linfedema que se origina por una extravasación de líquidos en la dermis; el edema puede ser debido a una colocación inadecuada de vendajes, por problemas metabólicos y/o retención de líquidos loco-regionales con signos de fobia a la presión.

El linfedema es debido a una obstrucción de los vasos linfáticos y por consiguiente un mal drenaje linfático, lo que hace la existencia de una extravasación del líquido linfático originando a su vez un aumento de humedad llegando a confundirnos con un eccema húmedo (foto 10).

Las piernas con problemas de retorno venoso o disfunción valvular también encontramos la denominada esclerosis, que es una neo formación conjuntiva, de la cicatrización, nos podemos encontrar la denominada plana, que son en el tercio inferior de las piernas varicosas y la hipertrófica, que es a consecuencia de un éxtasis linfático o inflamaciones agudas recidivantes (foto 11) (elefantiasis).

Por último tenemos el eccema de contacto alérgico, definido como la respuesta inmunológica e inflamatoria de la piel frente a agentes externos (foto 12) y diferenciándose del eccema de contacto irritativo, que es una respuesta inflamatoria de la piel a la agresividad de un agente externo al entrar en contacto directo con la piel.



Foto 10. Linfedema.



Foto 11. Elefantiasis.



Foto 12. Eccema de contacto alérgico.

En la tabla I, podemos observar los componentes que principalmente forman parte del formulario de muchos productos indicados al tratamiento de las úlceras y que los cuales tienen un elevado índice de sensibilización.

<b>PRUEBAS EPICUTÁNEAS DE ALERGIA EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES.</b>	
<b>Estudio retrospectivo 2004-08</b>	
	• 17 presentaron pruebas positivas y 4 negativas.
	• 66%(14) positivas: bálsamo del Perú, lanolina, amerchol y propilenglicol
	• 38% (8) positivas: cloramfenicol, neomicina, gentamicina y nitrofurazona
	• 23% (5) positivas para los perfumes: geraniol, isogeunol y musgo de encina.
	• 23%(5) positivas para antisépticos y conservantes principalmente antisépticos iodados.
	• 14% (3) positivas las caínas: benzocaína y ametocaína.

**TABLA I.** Sierra Talamantes C, Alamar Martínez R, Lucha Fernández V, De la Cuadra Oyanguren J, Palomar LLatas F, Fornés Pujalte B, Muñoz Mañez V, Díez Fornés P. Pruebas epicutáneas de alergia en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores. Estudio retrospectivo 2004-08.. ENFERMERÍA Dermatológica · N° 11 · septiembre-diciembre 2010.

## Tratamiento

Para el tratamiento del eccema sea de la variedad que sea o signos que presente, sirve como referencia los ítems de la escala de valoración de la piel perilesional, donde podemos ver que esta mide tanto el eccema húmedo como seco, el edema o la impetiginización, etc.

Cuando tenemos una piel seca y con esclerosis Atrofia blanca le aplicaremos cremas hidratantes y ácidos grasos hiperoxigenados.

Si la piel perilesional está macerada o presenta toda la pierna un ecema húmedo por estasis, utilizaremos las cremas barrera (óxido de Zn y sulfato de Cu), un Co/Terpolímero de acrilato + HMDS, Ap. Absorción vertical y fomentos astringentes (foto 13).

Si por el contrario el eccema es seco y esto conlleva prurito aplicaremos una pomada hidrocortisona

El eccema exudativo realizaremos fomentos astringentes (foto 14) y crema barrera e hidrocortisona, tela de quitina, apósitos absorción vertical. En el eccema con erosión o liquenificación, se realizará la limpieza

con solución salina, lavado con solución antiséptica preferentemente Clorhexidina y crema hidrocortisona.

Por último cuando presentan los miembros inferiores un edema local o linfedema, se aplicará la terapia

compresiva, si el problema es venoso o linfático y se revisará los dispositivos como vendajes o elementos para el alivio de presiones, etc para vigilar no aparezcan edemas locales.



Foto 13. Eccema húmedo por éstasis.



Foto 14. Eccema exudativo.

## Bibliografía

1. Escala valoración Fedpalla de la piel perilesional Federico Palomar Llatas, Begoña Fornes Pujalte, Ana Tornero Pla y Amparo Muñoz. ENFERMERÍAdermatológica, Año 1, nº 00 marzo-abril 2007.
2. Pruebas epicutáneas de alergia en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores. C. Sierra Talamantes, R. Alamar Martínez, V. Lucha Fernández, J. de la Cuadra Oyanguren, F. Palomar Llatas, B. Fornés Pujalte, V. Muñoz Mañez y P. Díez Fornés ENFERMERÍAdermatológica nº 08 septiembre-diciembre 2009.
3. Piel perilesional y tratamientos. Federico Palomar Llatas y Begoña Fornes Pujalte. ENFERMERÍAdermatológica, Año 1, nº 00 marzo-abril 2007.
4. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. Prevención y Tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Ávila Acamer C., Bonias López J., García Rambla L., García Rodríguez V., Herraiz Mallebrera A., Jaen Gomariz Y., López Casanova P., Martínez López V., Palomar Llatas F., Tornero Pla A., Viel Navarro N., GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria de Sanitat. 2008. ISBN: 978-84-482-4989-2.
5. Guía práctica ilustrada. Tratamiento de heridas. L. Aranton Areosa, P. Beaskoetxea Gómez, M. Bermejo Martínez, R. Capillas Pérez, S. Cerame Pérez, F. García Collado, J.M. Gómez Coiduras, E. Manzanero López, F. Palomar Llatas, M.J. Salvador Morán, T. Segovia Gómez, A. Zubiaur Barrenengoa. Editores médicos EDIMSA 2008. Madrid. ISBN-13:978-84-7714-295-
6. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras. Federico Palomar Llatas, Autores: Luis Arantón Areosa, Raúl Capillas Pérez, Begoña Fornes Pujalte, Federico Palomar Llatas, Antonio Ruiz Hontangas, © Difusión Avances de Enfermería (DAE) 2009, ISBN: 978-84-95626-98-1.