

Cuidados de la Piel en el paciente Oncológico

Autor Gloria Abril, Ramón Hernández, Pilar Arnal, Ana Vicente, Antonio Martínez

INTRODUCCIÓN

La piel se ve afectada en un alto porcentaje de pacientes con cáncer en fases avanzadas de su enfermedad. Los factores que influyen en su deterioro son múltiples, ya sea por el propio tumor, su tratamiento, la deshidratación, la caquexia o la inmovilización. Las afecciones de la piel menos relevantes a priori, se ha visto que influyen de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes, tal es el caso del prurito, las úlceras por presión y las úlceras tumorales, problemas que pueden generar importantes alteraciones psicológicas y situaciones de aislamiento social si no se tratan adecuadamente. Revisamos asimismo otros problemas específicos como el linfedema, las fístulas y la dermatitis por radioterapia. {multithumb thumb_width=300}

1. PRURITO

Sensación desagradable que motiva el deseo de rascar y cede o mejora al hacerlo. Se da en el 27% de todos los tumores y si hay colestasis llega hasta el 80%. Entre las causas destacamos las no relacionadas con el tumor como xerosis, prurito senil, candidiasis, insuficiencia renal, fármacos (opioides); así como otras dependientes de la propia enfermedad como la infiltración metastásica de la piel, síndromes paraneoplásicos y ciertos tumores hematológicos como la leucemia linfática crónica, linfomas o mieloma múltiple.

Tratamiento no farmacológico:

- Ropa poco ajustada, ambiente fresco, duchas tibias, evitar alcohol y picantes.
- Cortar uñas e incluso dormir con guantes para evitar lesiones por rascado.
- Usar jabones ácidos para la higiene y mantener la piel bien hidratada usando emolientes después del baño (son útiles cremas de lanolina y euraxil emulsión).
- Evitar la deshidratación y el calor ya que aumentan la percepción del prurito.

Tratamiento farmacológico:

- Antihistamínicos orales (más efectivos los clásicos como dexclorfeniramina e hidroxicina). Con un cuidado apropiado de la piel la mayoría de pacientes terminales con prurito no precisan antihistamínicos.

- Tópicos: calamina, oxido de zinc, mentol, corticoides tópicos y capsaicina.

- En el inducido por opiáceos se recomienda la rotación de éstos. Han demostrado utilidad el ondasetrón (4-8 mg/8h vo, sc o iv) y la paroxetina.

- Si hay coléctasis y no se puede resolver la obstrucción es de elección la paroxetina (20mg/día). Otras alternativas son el ondasetrón, la naltrexona oral, la rifampicina o la colestiramina oral (no útil si hay obstrucción completa).

2. ÚLCERAS TUMORALES.

Son el resultado de la infiltración y la proliferación de células tumorales en la piel, tanto de un tumor primario de piel, como la invasión por contigüidad o por metástasis a distancia.

Los tumores más frecuentemente implicados son el cáncer de mama (Figura 1), de cabeza y cuello, riñón, pulmón, ovario, colon, pene, vejiga, el linfoma y la leucemia. La primera manifestación suele ser discreta, generalmente en forma de nódulos variados. Su evolución natural es el aumento de tamaño, necrosis y ulceración con difícil cicatrización. Los síntomas más frecuentes son:

- Mal olor debido a la infección secundaria o colonización por anaerobios del tejido necrótico.

- Sangrado local por friabilidad del tejido y rica vascularización del tumor.

- Exudados por la anormal permeabilidad vascular o infección de la lesión.

- Dolor debido a la compresión o invasión de vasos y nervios o mala técnica de curas.

- Alteración psicológica y social por la alteración de la imagen corporal, vergüenza, aislamiento social, impacto en la familia, miedo, culpa y

alteraciones de la esfera sexual.

Tratamiento:

El objetivo principal es mantener o mejorar una buena calidad de vida, proporcionando comodidad y previniendo el aislamiento social. Siendo la curación un objetivo secundario.

-
Anticancerosos en casos seleccionados: La radioterapia (el más usado), quimioterapia, hormonoterapia o resección quirúrgica de la lesión más cirugía plástica (mejoran la imagen del paciente solo temporalmente ya que suelen recurrir).

-
Del mal olor: El desbridamiento conlleva un alto riesgo de hemorragia, por lo que no es aconsejable. Es de elección el metronidazol tópico 3 veces al día. Apósitos de carbón activado o impregnados en plata, el agua oxigenada y el vendaje oclusivo también son efectivos.

-
Del sangrado: Limpiar la úlcera con irrigación de suero y no de forma mecánica. Intentar prevenirlo usando apósitos no adherentes (linitul, tul-graso) o empaparlos en suero antes de despegarlos. Si se produce sangrado al curar utilizar apósitos hemostáticos. Si éste es importante puede ser útil la cauterización de los puntos sangrantes con nitrato de plata o gasas empapadas en sucralfato (urbal®) o en solución de adrenalina 1/10.000 (prestar atención al tiempo de exposición ya que se puede provocar isquemia por vasoconstricción severa)

-
Dolor: Analgesia pautada antes de la cura. Son muy efectivas lidocaína gel tópica al 2-5% o gel de morfina al 0.1%.

3. LINFEDEMA.

{multithumb thumb_height=300}
Es un edema tisular por fallo en el drenaje linfático que suele afectar a una o más extremidades (Figura 2). Puede aparecer desde semanas hasta 30 años después de la cirugía. Factores de riesgo: cirugía axilar o inguinal, infección postoperatoria, radioterapia y metástasis ganglionares. Los síntomas más frecuentes son la tirantez, pesadez, trombosis, malestar emocional. Es característico la hinchazón de la extremidad persistente (sin fovea), que no mejora con la elevación nocturna. Es importante diferenciar del edema por otras causas (insuficiencia cardíaca, hipoproteïnemia, Insuficiencia renal terminal, fármacos, trombosis o inmovilidad entre otras).

Objetivo: reducir edema, control de edema o paliar los síntomas.

Tratamiento:

- Extremar los cuidados de la piel (evitar roces, cortes y arañazos). La exposición al calor, los masajes vigorosos y ropa o joyas ajustadas empeoran el linfedema.
- Evitar técnicas invasivas (medición de TA, sacar sangre, inyecciones, glucemias capilares, acupuntura…) en la extremidad afectada.
- Elevación y compresión (medias elásticas o vendaje). El ejercicio físico suele ser muy beneficioso ya que favorece el drenaje linfático.
- Fármacos: analgésicos, corticoides orales (si hay invasión tumoral directa) y/o diuréticos.
- Quirúrgico en casos seleccionados.
- Apoyo psicológico.

4. FÍSTULAS.

Anormal comunicación entre dos órganos huecos o un órgano hueco y la piel. La mayoría son secundarias a cirugía, infección, radioterapia o progresión tumoral.

Tratamiento:

- Prevenir excoriación de la piel manteniéndola limpia y seca.
- Colectores para secreciones.
- Control del mal olor (si son de contenido fecal: desodorantes dentro de la bolsa colectora, carbón activado, dar *Lactobacillus acidophilus*).

- Aporte nutricional y balance hídrico adecuado.
- Quirúrgico específico (mejor opción si es factible).
- Observación (cierre espontáneo en muchas ocasiones)

5. ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Lesión cutánea producida por la isquemia secundaria a la presión mantenida. El manejo es similar que en pacientes no oncológicos. (Figura 3) {multithumb thumb_width=300 thumb_height=300}

Tratamiento:

- Intervención precoz: buena hidratación de la piel, vigilancia frecuente de zonas de riesgo.
- Cambios posturales. Son útiles medios físicos como colchones antiescaras, protectores de prominencias óseas, etc.
- Aporte nutricional y balance hídrico adecuado.
- Curas según estadio clínico.

6. ERITEMA POST-RADIOTERAPIA

Dermatitis en la piel irradiada, que suele aparecer a las 2-3 semanas después de finalizar la radioterapia. Se manifiesta como enrojecimiento cutáneo con pigmentación oscura progresiva. La piel irradiada tiene mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide, que puede aparecer hasta 30 años después de la radioterapia.

Tratamiento:

- Lavado con agua sola, no frotar ni tapar la zona.

- Hidratación adecuada.

- Cremas de hidrocortisona pueden ser útiles en lesiones no exudativas.

- Evitar el sol en esa zona durante al menos 1 año.

- Tratar el dolor acompañante.

Bibliografía:

- Nacional Cancer Institute. www.cancer.gov/español

- Asociación Española contra el cáncer. www.aecc.es

- Llagostera Pages M. Cuidados de la piel. Atención primaria 2006; 38; 65-71.

- Sociedad española de cuidados paliativos. www.secpal.com

Autores: Gloria Abril Marqués¹, Ramón Hernández Lahuerta¹, Pilar Arnal Clemente¹, Ana Vicente Vicente¹, Antonio Martínez Oviedo² (Diplomado Enfermería¹, Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria²). Centro de Salud Teruel Urbano.