



Herida traumática por asta de toro

Ana Abejón Arroyo
Supervisora de las Unidades de Traumatología y
Neurocirugía
Hospital Clínico de Valladolid

®/™ son marcas de ConvaTec Inc.
© 2012 ConvaTec Inc.
AP-012108-ES

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación a la preparación y presentación de este caso clínico.

Datos clínicos del paciente

- Paciente de 43 años de edad que ingresa en el hospital el 19-8-11 con diagnóstico de fractura abierta de pilón tibial y peroné izquierdo, con colgajo de 25 cm, debido a un accidente taurino.
- Se interviene quirúrgicamente el día del ingreso, realizando reducción y osteosíntesis de peroné con agujas Kirschner y osteosíntesis de tibia con tornillos Asnis. Se limpia y se sutura el colgajo de piel producido.

La herida

- Se administran antibióticos sistémicos solo en el momento del ingreso, ya que las heridas por asta de toro suelen estar infectadas por gérmenes Gram + y Gram- que se suelen tratar con penicilinas y aminoglucósidos. Durante todo el periodo de curas no se realizó ningún cultivo de germen ni se administraron más antibióticos.
- Curada realizada con povidona yodada en gel y gasas.
- La herida presenta necrosis del colgajo.



29-08-11

Objetivos

- Desbridar tejido necrótico.
- Controlar una posible infección.
- Controla el exudado presente.
- Favorecer la cicatrización y el cierre de la herida.

Evolución



07-09-11



12-09-11



12-09-11

- El 7-09-11 se observa dehiscencia y necrosis de la herida.
- El 12-09-11 se realiza desbridamiento cortante de la placa necrótica y se aplica el apósito AQUACEL[®] Ag para controlar la posible carga bacteriana y gestionar el exudado. Se aplican gasas y un vendaje con venda de crepé para sujeción de los apósitos.

Evolución



15-09-11

- En la siguiente cura se aprecia cómo el exudado ha traspasado a las gasas utilizadas como apósito secundario.

Evolución



15-09-11

- El apósito AQUACEL[®] Ag está adherido al lecho de la herida. Se humedece para poderlo retirar. Al saturar el apósito este se deshace en la herida y se retira con unas pinzas.

Evolución



15-09-11

- Una vez retirado el apósito se realiza una limpieza de la sangre seca y un desbridamiento cortante de los restos de tejido necrótico, observándose parte del tendón de la extremidad en el centro de la herida y en la zona más distal.
- Se cambia de cura y se aplica el apósito AQUACEL® EXTRA™.
- ¿Qué apósito secundario se utiliza?

Evolución



20-09-11: primera cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™



- En la siguiente cura, a los 5 días, se observa como parte del apósito está saturado. Se humedece con suero salino y se retira en una sola pieza sin perder su integridad.

Evolución



20-09-11

- Estado de la herida en la segunda cura. Todavía se aprecia el tendón peroneo expuesto. El tejido necrótico se va reemplazando por tejido neoformado.



27-09-11: segunda cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™

- Se realiza la segunda cura a los 7 días.

Evolución

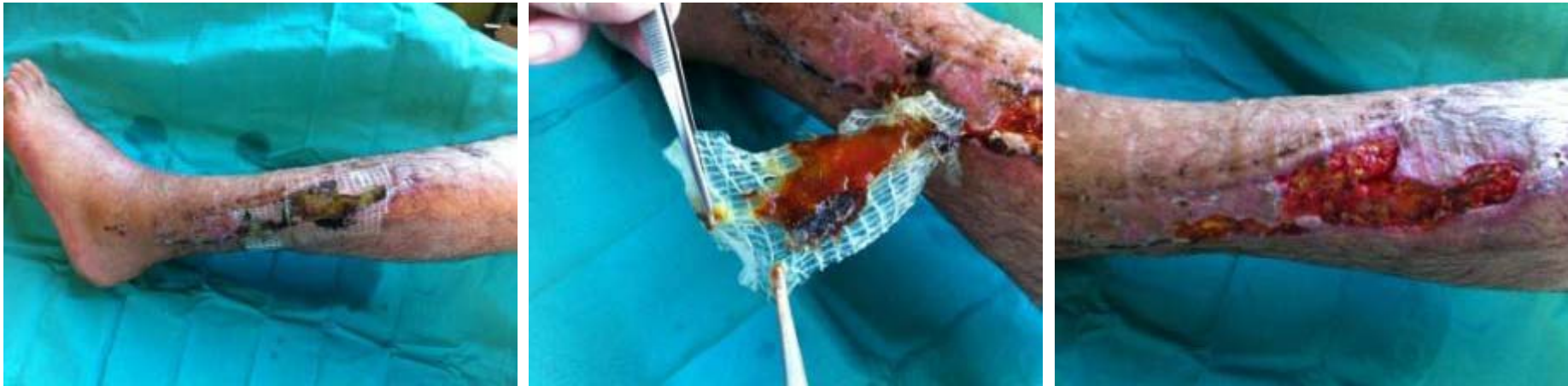


3-10-11:tercera cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™



- El apósito se retira íntegramente de la herida, observando cómo ha retenido el exudado de la herida en su interior.
- Aspecto de la herida a los 18 días en la tercera cura con el apósito. AQUACEL® EXTRA™. El tendón peroneo se ha cubierto con tejido de granulación.

Evolución



10-10-11:cuarta cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™

- Se sigue con la misma pauta de curas cada 7 días. Se aprecia la buena evolución de la herida cubierta con tejido de granulación. No signos de infección presentes.

Evolución



17-10-11: quinta cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™



24-10-11: sexta cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™

- Se observa el aumento de tejido de granulación en el lecho de la herida.

Evolución



7-11-11:séptima cura con el apósito AQUACEL® EXTRA™

- No signos de infección presentes. Se observa cómo la herida todavía tiene exudado. Se sigue con la misma cura.

Evolución



22-12-11: A los tres meses y 10 días de inicio del nuevo tratamiento

- La herida presentaba una pequeña costra, donde se aplicó vaselina para poder retirarla y que la herida acabe de epitelizar.

Evolución



29-12-11: A los tres meses y 17 días de inicio del nuevo tratamiento

- Se observa el tejido de epitelización una vez retirada la costra. El paciente es dado de alta por parte de la enfermera que realiza las curas y queda pendiente de retirarle los tornillos de tibia y las agujas del peroné.

Conclusiones

- El apósito AQUACEL® EXTRA™ ha permitido realizar las curas cada 7 días, gestionando adecuadamente el exudado presente en la herida y reduciendo la estancia hospitalaria del paciente.
- El apósito AQUACEL® EXTRA™ al estar reforzado permite su retirada en una sola pieza, facilitando el trabajo de los profesionales y el confort del paciente.
- Al realizar una cura en ambiente húmedo favorecemos el desbridamiento autolítico del tejido necrótico y la granulación del tejido neoformado.