



NOTA CLÍNICA

Caso clínico: atención integral de las necesidades paliativas en paciente nonagenario con cáncer de pene avanzado y herida tumoral

Alicia Freijo Martínez^{1*}, Lorena García Cabrera¹, Alberto del Cristo Artilles Medina² y Lourdes Rexach Cano¹

¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España. ²Servicio de Urología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España.

Recibido el 15 de abril de 2020

Aceptado el 19 de febrero de 2021

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos, úlcera tumoral, calidad de vida, cuidados de enfermería.

Resumen

El cáncer de pene es una afección poco común que en el 4-5 % de los casos presenta recidiva local tras penectomía. Las úlceras tumorales son lesiones que aparecen en el contexto de tumores de alto grado de malignidad y/o fase avanzada de la enfermedad oncológica. Se caracterizan por tener un difícil manejo, ya que en la mayoría de los pacientes presentan dolor, mal olor, exudado abundante, sangrado y alto riesgo de infección.

El objetivo de este artículo es describir el caso clínico de un varón con cáncer de pene avanzado que presentaba una lesión ulcerada tumoral con curas complejas, en el que se desestimaron medidas activas de tratamiento, optando por un enfoque paliativo.

El abordaje del paciente oncológico con una úlcera tumoral supone un gran desafío para el equipo asistencial. El cuidado de las úlceras neoplásicas exige profesionales altamente cualificados en la materia debido a la complejidad y variabilidad de las curas así como la presencia de síntomas derivados.

Gracias a la colaboración de todos los miembros del equipo, familia y paciente se controlaron los síntomas derivados de la úlcera tumoral, contribuyendo a la mejora en la calidad de vida en la etapa final de la enfermedad.

*Autor para correspondencia:

Alicia Freijo Martínez

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal. M-607, km. 9, 100. 28034, Madrid, España

Correo electrónico: alicia.freijo@gmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2021.1192/2020](https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1192/2020)

1134-248X/© 2021 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Palliative care, neoplastic wound, quality of life, nursing care.

Abstract

Cancer of the penis is a rare condition that in 4-5 % of cases presents with local recurrence after penectomy. Tumor ulcers are lesions that appear in the context of tumors with a high degree of malignancy and/or advanced phase of oncological disease. They are characterized by difficult management since in most patients they are associated with pain, bad odor, abundant exudate, bleeding, and high risk of infection.

The objective of this article is to describe the clinical case of a man with advanced penile cancer who presented with an ulcerated tumor with complex management; active treatment measures were rejected, and a palliative approach was then selected.

Approaching a cancer patient with a tumor ulcer is a great challenge for the healthcare team. Caring for neoplastic ulcers requires highly qualified professionals in the field due to the complexity and variability of the cures as well as the presence of derived symptoms.

Thanks to the collaboration of all team members, the family, and the patient the symptoms derived from the tumor ulcer were controlled, contributing to improving quality of life in the final stage of the disease.

Freijo Martínez A, García Cabrera L, del Cristo Artilles Medina A, Rexach Cano L. Caso clínico: atención integral de las necesidades paliativas en paciente nonagenario con cáncer de pene avanzado y herida tumoral. *Med Paliat.* 2021;28:126-130

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es poco común; el 80% suele presentarse en glándula y prepucio y su incidencia aumenta con la edad, presentando una tasa de 1/100.000 hombres en países industrializados. Alrededor de un tercio de los casos se relacionan con el VPH, aunque existen otros factores asociados como fimosis o tabaquismo¹.

Entre los tratamientos indicados se encuentran la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia², con un riesgo de recidiva local tras penectomía del 4-5 %¹.

El cáncer de pene es localmente agresivo y en ocasiones afecta al tejido cutáneo circundante, provocando la ulceración del mismo².

Las heridas tumorales suelen aparecer en el contexto de tumores de alto grado de malignidad (y/o durante la fase avanzada de la enfermedad) en los cuales el grado de infiltración del tejido ejerce una presión sobre la piel, produciendo la ruptura de la integridad cutánea³. Se desarrollan en un 5-10% de todos los cánceres del mundo occidental y su presencia reduce la esperanza de vida considerablemente, con un promedio de 6-12 meses de supervivencia desde su aparición^{4,5}. Descritas en la literatura como heridas de difícil manejo, suelen presentar dolor, mal olor, exudado abundante, sangrado así como riesgo de infección⁶. Generan un gran impacto en la calidad de vida del paciente y familia, ya que las opciones terapéuticas suelen ser complejas y limitadas⁷. Por ello, el cuidado de estos pacientes representa un reto para los profesionales de enfermería ya que requieren un enfoque terapéutico diferente al de otro tipo de heridas.

El objetivo de este artículo es describir el caso clínico de un varón con cáncer de pene avanzado y lesión tumoral

ulcerada que requería curas complejas, en el que se desestimaron medidas activas de tratamiento optando por un enfoque paliativo.

CASO CLÍNICO

Presentamos a un varón de 97 años, con masa peneana con sospecha de recidiva tumoral de cáncer de pene tratado con penectomía parcial hace aproximadamente 30 años. Sin otros antecedentes de interés. No seguía ningún tratamiento farmacológico.

Ingresó en planta de Urología donde realizaron interconsulta al Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos para control de síntomas y toma de decisiones.

El caso fue valorado en el Comité de Tumores Genitourinarios, desestimándose la opción quirúrgica debido a la extensión local y presencia de probable enfermedad a distancia (derrame pleural). Se planteó la posibilidad de realizar radioterapia paliativa, sin embargo se consideró que los efectos sobre el control del sangrado y dolor eran limitados.

El paciente sabía que tenía una lesión, pero desconocía el origen y relevancia de esta. Mostraba preocupación por la presencia de sangrado y dolor sobre la lesión. Nos indicó su deseo de centrarnos en el control de síntomas y delegó la toma de decisiones en equipo médico y familia.

Sus hijos fueron informados de la existencia de recidiva tumoral, así como de la evolución y pronóstico, mostrándose de acuerdo en centrarnos en el control sintomático.

Durante el ingreso presentó empeoramiento de disnea secundaria a aumento de derrame pleural. Tras comentar el

caso con la Unidad de Pleura, familia y paciente, se decidió la inserción de un catéter pleural permanente, contribuyendo a un notorio alivio de la disnea.

El paciente fue trasladado el 5 de marzo a una Unidad de Cuidados Paliativos donde permaneció hasta el 22 de marzo, día de su fallecimiento.

Valoración física

Mantén un índice de Barthel 45/100, *Palliative Performance Scale* 50%, precisando ayuda para algunas actividades básicas de la vida diaria.

Herida tumoral

En la valoración inicial se tuvieron en cuenta los ítems propuestos por Seco-Franco⁸ expuestos en la Tabla I.

En cuanto a las intervenciones de enfermería para el tratamiento de la lesión, se centraron en el control de los síntomas derivados de la misma: dolor, olor, infección, exudado y sangrado, así como en apoyo emocional en cada visita, facilitando la expresión de dudas y sentimientos por parte del paciente y familia.

La cura tenía una frecuencia de 2 veces al día los primeros días hasta el control de sangrado y una vez al día posteriormente.

Valoración social

Era viudo desde hacía 10 años, tenía 3 hijos con los que vivía durante un mes de forma itinerante y que participaban activamente en los cuidados. No contaba con servicio de atención a domicilio ni teleasistencia.

Valoración psicoemocional

Consciente y orientado en las 3 esferas, no presentaba deterioro cognitivo ni trastorno del ánimo.

Plan de cuidados

Nuestro principal objetivo se basó en el control de los signos y síntomas asociados a la herida tumoral, que pudiesen causar cualquier tipo de malestar en el paciente. Debido a que el pronóstico de vida era limitado, todas nuestras intervenciones se centraron en la paliación de los síntomas asociados, buscando en todo momento proporcionar una mayor calidad de vida a nuestro paciente.

Dolor

En nuestro caso, el paciente presentaba dolor de origen multifactorial, debido a la presión de la masa tumoral sobre los tejidos circundantes, daño y exposición de los nervios por la progresión e inflamación por compromiso del drenaje linfático, características frecuentes en este tipo de lesiones^{9,11}, además del originado por la manipulación durante las curas.

El inicio de parches de fentanilo transdérmico y rescates intravenosos de cloruro mórfico previo a las curas resultaron efectivos para el manejo del dolor local, así como el derivado del momento de la micción, que maceraba y provocaba gran escozor en la zona. Tras comentarlo con paciente y familia, se colocó una cistostomía vesical suprapúbica, una técnica relativamente sencilla y de fácil manejo para los profesionales de enfermería, paciente y familia.

Por otro lado, la retirada del apósito resultaba muy molesta debido a la adherencia de este al lecho de la herida. El uso de un apósito de silicona mejoró notablemente la retirada, disminuyendo también la adherencia y destrucción de

Tabla I. Valoración inicial siguiendo los ítems recomendados por Seco-Franco⁸.

Etiología	Secundaria ⁸ , por metástasis en piel de evolución de carcinoma de pene
Tiempo de evolución	2 meses
Localización	Cuerpo del pene
Número de lesiones o nódulos	1
Dimensiones	Circular, 4×4 cm
Estadio o profundidad	Grado III7, lesión cutánea exofítica con pérdida de la integridad de la piel Invasión hacia canal inguinal derecho, escroto y adenopatías inguinales objetivadas en TC body
Tipo de tejido en lecho	Friable, necrótico y con varios esfacelos
Piel perilesional	Bordes irregulares, macerados
Exudado	Leve-moderado ⁸
Olor	Grado I ^{8,9} , solo percibido al descubrir la herida
Dolor/Picor	EVA 4/10 basal, EVA 8/10 durante la cura
Sangrado	En sábana, continuo con ligera anemia
Signos de Infección	Sí (dolor, febrícula no filiada, edema, eritema, mal olor)

tejido sano al destapar la lesión.

Olor/Infección

En cuanto al control del olor, como se ha visto anteriormente en la bibliografía^{3,6,12} la aplicación de metronidazol directamente en el lecho de la herida consiguió neutralizarlo por lo que decidimos que formara parte de la cura habitual. Nos decantamos por utilizar la presentación intravenosa para la irrigación⁹, ya que la fórmula en gel maceraba aún más la zona al aumentar la humedad local.

Esta intervención también ayudó a disminuir la carga bacteriana presente en el lecho de la herida, lo que contribuía al control de la infección.

Exudado

El exudado mejoró notablemente al resolver la maceración de la herida con la cistostomía y prevenir la sobreinfección con la aplicación del metronidazol. Además, los primeros días (Figura 1) utilizamos apósitos con alginato cálcico para reducir el exudado^{6,9,13} y finalmente gasas ya que el exudado era leve (Figura 2) y la colocación de otro tipo de apósito resultaba de muy difícil sujeción.

Sangrado

La lesión presentaba un sangrado continuo en sábana (Figura 1), síntoma que más angustiaba al paciente y familia y que empeoraba con la maniobra de Valsalva en el momento de la defecación. Se aplicaron fomentos de ácido tranéxico⁸ para el control del sangrado, administrando una ampolla de manera tópica en los puntos más conflictivos con buena respuesta. La aplicación de una esponja hemostática⁸ fue necesaria una única vez, resultando muy efectiva y cómoda debido a su capacidad de autoabsorción en la herida. Por



Figura 1. Fotografía de úlcera tumoral al ingreso del paciente.



Figura 2. Fotografía de úlcera tumoral al alta del paciente.

otro lado, introdujimos un laxante oral para evitar el estreñimiento inducido por opioides y facilitar el tránsito intestinal, reduciendo el esfuerzo en el momento de la defecación.

DISCUSIÓN

Las heridas tumorales constituyen una gran fuente de malestar y estrés en paciente, familia y profesionales^{5,6,8,10}.

En nuestro caso, el deterioro progresivo por la enfermedad y las características que conlleva la evolución de una enfermedad oncológica (anorexia, astenia, pérdida de independencia, impacto emocional, etc.)¹² siempre fueron tenidos en cuenta en cada visita. Sin embargo, en ningún momento tuvieron el peso e impacto que representaba los cuidados derivados de la lesión tumoral.

Incluso un síntoma tan angustiante como la disnea producida por el derrame pleural pasaba siempre a un segundo plano cuando preguntábamos al paciente “¿qué es lo que más le molesta?”, siendo su respuesta: “la herida”.

En la bibliografía poco a poco se va constatando la importancia del cuidado de este tipo de heridas. Existen varios manuales que hablan sobre la adecuación de técnicas para su manejo y nivel de evidencia científica^{3,9}.

En este caso, una de las limitaciones fue que, debido a la elevada rotación de personal y falta de experiencia en el manejo de estas lesiones tan singulares, no fue posible mantener la misma pauta de cura en alguna ocasión.

Con ello, constatamos que el cuidado del paciente paliativo con herida tumoral exige una serie de conocimientos que no abarcan solo a nivel práctico o técnico, sino psicoemocional en la atención al paciente y familia^{3,5,7,9,10}.

CONCLUSIONES

La atención integral del paciente y colaboración de la familia junto con un cuidadoso tratamiento de los síntomas tanto físicos como emocionales se convierten en el eje fun-

damental del plan terapéutico en cuidados paliativos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes hasta sus últimos días de vida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los autores declaran haber recibido el consentimiento verbal y escrito de paciente y familia para la utilización de las imágenes expuestas con fines de investigación y divulgación de conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. EAU Guidelines. Penile cancer. Edn. Presentes at the EAU Annual Congress Copenhagen; 2018.
2. Shukla CJ, Shabbir M, Feneley MR, Withey S, Muneer A, Minhas S. Palliation of male genital cancers. *Clin Oncol* [Internet]. 2010;22:747-54.
3. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas. Sevilla: Hospital Universitario Reina Sofía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 2015.
4. Thomas S. Current practices in the management of fungating lesions and radiotherapy damaged skin. Bridgend, Mid Glamorgan: The Surgical Materials Testing Laboratory; 1992.
5. Lo SF, Hu WY, Hayter M, Chang SC, Hsu MY, Wu LY. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2008;17:2699-708.
6. Barbosa Cespedes MA, Esquivel Diaz LP, Jimenez Ramirez ML, Gonzalez Sabogal MC. Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investg Enferm: Imagen Desarrollo*. 2019;21.
7. Vargas E, Alfonso I, Solano D, Aguilar M, Gómez V. Heridas neoplásicas: Aspectos básicos del cuidado de enfermería. *Repert Med Cir*. 2015;24:95-104.
8. Seco-Franco J. Abordaje paliativo de enfermería en las úlceras tumorales. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol*. 2019;13:30-9.
9. Cabanillas González M, Pulgarín Sobrino SB, Ananín Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad, Servicio Gallego de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2016.
10. Alexander S. Malignant fungating wounds: key symptoms and psychosocial issues. *J Wound Care* [Internet]. 2009;18:325-9.
11. Sancho J, López G, Sancho A, Ávila C, Cavallo L, Fernández A, et al. Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología* [Internet]. 2006;3:121-38.
12. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornés P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones oncológicas. *Enferm Dermatol*. 2008;2:8-15.
13. Agra G, Formiga NS, Oliveira SHS, Sousa ATO, Soares MJGO, Lopes MM. Instrument validation on nurses' knowledge and practice in palliative care for people with cutaneous malignant tumor wound. *Aquichan*. 2020;20.