

Caso Clínico

Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable?

Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable?

RUIZ HENAO C.E.¹, ROVIRALTA GÓMEZ S.²

⁽¹⁾MÉDICA CIRUJANA PLÁSTICA – INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA. ⁽²⁾ENFERMERO – COORDINADOR DE SERVICIO DE CENTRO DE SALUD DE RIBADEO

ruizhenaoc@yahoo.es, santiagoroviralta@gmail.com

Resumen

La Úlcera Terminal de Kennedy (UTK) es un tipo especial de úlcera por presión heráldica, de inicio repentino y próximo a la muerte, según algunos autores entre dos y tres días a seis semanas antes de morir. Se presentan dos casos clínicos de pacientes con úlceras, una trocánterea y otra glútea, en pacientes mayores frágiles en estado terminal, donde la primera evoluciona hacia la mejoría y el segundo paciente fallece. Se valora a la luz de la actual literatura, si la UTK es realmente una úlcera por presión de carácter inevitable.

Palabras clave: Úlcera terminal de Kennedy – Falla cutánea – Úlcera por presión.

Abstract

Kennedy Terminal Ulcer: inevitable pressure ulcer?

Kennedy Terminal Ulcer (UTK) is a special type of pressure ulcer heraldry of sudden death close to home, according to some authors between two and three days to six weeks before he died. Two cases of patients with ulcers, one trochanteric and gluteal other in frail older patients in terminal state, where the first evolves toward improvement and the second patient died presented. It is valued in light of the current literature, if the UTK is really an ulcer of inevitability.

Keywords: Kennedy Terminal Ulcer – Skin fails – Pressure ulcer.

INTRODUCCIÓN

En la literatura médica el francés Jean-Martin Charcot (1825-1893), en un texto médico escrito en 1877, describió un tipo específico de úlcera que tenía forma de mariposa, localizada sobre el sacro. Aquellos pacientes que la desarrollaban, generalmente, morían poco después, la denominó úlcera Decubitus Ominosus. Sin embargo, lo atribuyó a un origen neuropático más que a la presión (1, 2, 3).

En 1983, son descritas por Karen Lou Kennedy Evans, pero no es hasta 1989 que se les conoce con el nombre de Kennedy Terminal Ulcera (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), describiéndose, como una úlcera por presión que se presenta al final de la vida, localizándose generalmente en sacro y coxis (aunque se pueden presentar en otros sitios), en forma de pera, mariposa o herradura y de rápida progresión, produciendo ulceraciones de espesor total, siendo a menudo un indicador de muerte inminente (1, 2, 5, 8, 9, 10). Presentan áreas de coloración oscura, manchas marronáceas, simulando suciedad, o resto de material fecal seco, o incluyendo la coloración roja o amarilla (1, 2, 3). A veces su aparición parece como una abrasión, ampolla o área oscurecida, pudiendo desarrollarse rápidamente como una úlcera de categoría II, III, o IV, siendo sus bordes irregulares.(1, 5). Esto lo pudimos observar en el segundo

caso donde se aprecia lesión en forma de pera en glúteo derecho, eritematosa con flictenas hemorrágicas.

El estudio de las UTK se basó en la revisión retrospectiva e investigación posterior de las personas con úlceras por presión que fallecían dentro de las seis semanas al descubrimiento de dichas lesiones, siendo un 55.7%. (5,8). Hanson y colegas (1991) reportaron que el 62.5% de úlceras por presión en los pacientes con cuidados paliativos se presentaban dos semanas antes de su muerte (7,8).

Las UTK poseen las siguientes características (10):

- Comienzo súbito.
- Aumentan rápidamente en tamaño y profundidad.
- Comienzan de mayor tamaño que otras úlceras.
- Se relacionan con un fallo multi-orgánico al final de la vida.

El abordaje de estas lesiones se debe realizar mediante una visión multidimensional del paciente, siguiendo las directrices generales de prevención y cuidados de la piel y en caso de deterioro tisular categoría II, III y IV o no categorizables por sospecha de lesión de tejidos profundos, se realizará manejo avanzado de heridas siguiendo los principios de preparación del lecho de la herida, no olvidando, el origen de la misma, siendo en la mayoría de los casos un tratamiento paliativo por la cercanía al desenlace final.

CASO 1

Mujer de 92 años con antecedentes personales de Enfermedad de Parkinson y Alzheimer; Glaucoma en OI, Fx de cadera, Fx de extremidad distal de radio. Tratamiento: Stalevo, Sinemet plus retard, Exelon, Motilium, Omeprazol, Duphalac, y Retiluc y colirios.

Paciente domiciliada en su residencia, con dependencia para todas las actividades de la vida diaria, inmobilizada en cama desde hace 5 años, con contractura en flexión de las extremidades inferiores y deterioro cognitivo progresivo. Recibe dieta líquida en forma oral con espesante y algo de dieta blanda. Lenguaje escaso, no alteraciones conductuales. Tiene una cuidadora principal, que sigue directrices generales de prevención y cuidados de la piel pautados (hidratación de piel, uso de SEMP, cambios de posición a necesidad) y catalogados de excelentes.

La cuidadora solicita asistencia sanitaria, por agravamiento de estado de la paciente y aparición de úlcera recurrente localizada en trocánter mayor. Dada la situación basal de la paciente, caquexia y la no ingestión de alimentos (durante 5 días) se considera está en fase terminal. Presentaba lesión en trocánter derecho, compatible con UPP con sospecha de lesión de tejidos profundos, con escara blanquecina húmeda, de 0,5 x 0,5 cm de diámetro con halo eritematoso perilesional y circundante, localizada sobre antigua cicatriz.

Se piensa inicialmente en una Úlcera Terminal de Kennedy, por el desarrollo de los acontecimientos, próximos a un inminente fallecimiento, en coexistencia con los factores del paciente, pero no presenta la descripción realizada por Kennedy. Por tanto no podemos afirmar que se trate de una UKT, sino de una UPP inevitable, asociado a los cambios de la piel que se producen con el envejecimiento, caquexia, así como en un inminente estado, de fracaso multi-orgánico.

Se aplica tratamiento local, mediante manejo avanzado de heridas siguiendo los principios de preparación del lecho de



Figura 1. Lesión en forma de úlcera por presión trocantérea, lecho con presencia de tejido necrótico.



Figura 2. A las 48 horas pos tratamiento local, desbridamiento instrumental, enzimático y aplicación de hidrocoloide extrafino.



Figura 3. Úlcera por presión localizada en vestigio de antigua cicatriz en fase proliferativa.

la herida, respondiendo al mismo, mediante una leve mejoría del aspecto de la lesión, desapareciendo eritema perilesional y circundante a las 24 horas, sin presentar eventos clínicos adversos (Fig. 1-3).

CASO 2

Hombre de 96 años, domiciliado en residencia sociosanitaria, con dx de Enfermedad de Alzheimer grave, con trastorno conductual, arritmia no clasificada, hipertensión arterial, dislipemia, ceguera, hipoacusia severa. Fractura de cadera izquierda. Tratamiento: Digoxina interdiaria, Lorazepam, Quetiapina, parches de Fentanilo. HTA y dislipemia controlada con dieta. Dependiente total para todas las actividades de la vida diaria.

Paciente que sufre fractura de cadera dos meses antes de su fallecimiento, no intervenida, debido al alto riesgo quirúrgico, y a que el paciente no caminaba en forma intermitente. Posterior a este evento, comienza con anorexia, se añade suplemento proteico, sin resultado, con empeoramiento 15 días antes de su fallecimiento. Valorado en conjunto con familia se decide dar cuidados paliativos y continuar con medidas preventivas, incluido aplicación de SEMP (superficie especial para el manejo de la presión) que poseía desde el ingreso en la residencia sociosanitaria. Se instaura paulatinamente cuadro de hipotensión, empeoramiento de arritmia, sin recibir alimentación oral, (con familia se decide no colocar SNG). Cinco días más tarde presenta UPP a nivel de glúteo derecho, doble

Caso Clínico

Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable?

lesión, la mayor en forma de pera con cambio de coloración cutánea (eritematosa) no blanqueable, la menor susceptible de compromiso de tejidos profundos con flictenas hemorrágicas. Dado su estado, fracaso hemodinámico y posterior fallecimiento, se deduce que la lesión es compatible con UTK (Fig.4 y 5).



Figura 4. Doble lesión en una, en forma de pera de coloración eritematosa-violácea. La mayor y la menor categorizada como sospecha de lesión de tejidos profundos.



Figura 5. Cinco días antes de su fallecimiento, esta lesión, puede ser considerada como Úlcera Terminal de Kennedy.

DISCUSIÓN

La evidencia existente sobre las úlceras terminales de Kennedy es de naturaleza observacional, pero dentro del marco de dicha evidencia se puede afirmar que la función de la piel al final de la vida puede llegar a estar comprometida como propusieron Langemo y Brown (2, 11).

Si bien las úlceras terminales de Kennedy se consideran un sub-grupo de las úlceras por presión que desarrollan algunos pacientes, antes de morir, se necesita más investigación

sobre su fisiopatológica (1, 5,8). Se ha postulado que durante el proceso final de la vida, se produce hipoperfusión, hipoxemia y fallo multi-orgánico como resultado de la insuficiencia vascular, desviándose la sangre desde la piel a otros órganos vitales (corazón, cerebro, pulmones y riñones) (1, 3). Dicha insuficiencia o falla multi-orgánica podría ser la causa de la formación de dichas úlceras. Al considerar que la piel no es inmune al daño tisular e isquemia, exhibiría signos de Falla Cutánea. El término de *Falla o Insuficiencia Cutánea* fue empleado primero por La Puma en 1991 cuando hizo referencia a la piel y el daño tisular subyacente que se producía en las etapas finales de la vida (9). En el año 2003, Langemo (2, 8) propuso una definición de Insuficiencia Cutánea como resultado de la hipoperfusión, originando, una reacción inflamatoria extrema concomitantemente con la severa disfunción o fallo multi-orgánico (2, 7, 9, 11, 12). Tres años más tarde, Langemo y Brown (2006) (2, 10) realizaron una revisión exhaustiva de la literatura sobre el concepto de Falla o Insuficiencia Cutánea, relacionado con el desarrollo de las UPP, encontrando poca literatura. Realizaron una discusión de los cambios en la piel que se podía producir con el envejecimiento, el desarrollo de UPPs, fallo multi-orgánico y "fallo cutáneo" (en pacientes agudos, crónicos y al final de la vida) (2, 7, 8, 11). Ambos autores (2, 10), afirmaron que la hipoperfusión cutánea bajo presión podía producir una UPP bajo este estrés. Sin embargo se ha visto que dicho daño cutáneo no se limitaba a zonas de sobrecarga, ya que este proceso se podía presentar en los dedos de manos y pies necróticos (10).

Estudios observacionales mostraron que la falla cutánea muchas veces comienza como UPP estadio II o como una sospecha de lesión de tejidos profundos y progresa rápidamente a necrosis. Modelos en animales sugieren que existe un ciclo de isquemia-reperfusión cuando se produce una lesión de tejidos profundos y los ciclos repetidos de isquemia-reperfusión, causan más daño a los tejidos que un largo episodio de isquemia (12). Posteriormente el NPUAP (9) reconoce el fenómeno de falla cutánea a pesar de no existir criterios diagnósticos formales para su aparición, pero concluyeron que las UPP no eran lo mismo que la falla cutánea.

En el año 2009 Sibbald y colab (2) publican *Skin Changes at Life's End* o *SCALE* (Cambios Cutáneos al Final de la Vida) (2, 3, 4, 5). Refieren que los cambios fisiológicos que ocurren como resultado del proceso de morir (días o semanas) pueden afectar la piel y tejidos blandos manifestándose como cambios observables (objetivos) en el color de la piel, turgencia, e integridad, o como síntomas subjetivos tales como dolor localizado. Estos cambios pueden ser inevitables y pueden ocurrir aún con la aplicación de medidas e intervenciones que reúnan o excedan el cuidado estándar (2). Como lo observado en el segundo caso.

Los síntomas y signos de factores de riesgo, asociados con los Cambios Cutáneos al Final de la Vida (SCALE) no han sido totalmente aclarados, pero pueden incluir (2,7):

- *Debilidad y progresiva limitación de la movilidad.*
- *Nutrición sub-óptima que incluye: pérdida de apetito, pér-*

didada de peso, caquexia, debilitamiento, baja albuminemia/pre-albuminemia, y baja hemoglobina así como también deshidratación.

- *Perfusión tisular disminuida, daño de la oxigenación de la piel, disminución de la temperatura de la piel, coloración moteada y necrosis cutánea.*
- *Pérdida de integridad cutánea debido a factores externos incluyendo equipos o dispositivos médicos, incontinencia, irritantes químicos, exposición crónica de los fluidos corporales, desgarros cutáneos, disminución de tolerancia a la presión, cizalla, fricción e infecciones.*
- *Daño de la función inmune.*

Concluyen que es limitado el conocimiento sobre los cambios de la piel al final de la vida, por tanto es necesario investigación adicional y un consenso de expertos. El instrumento SCALE ha sido el primero en admitir que la UPP formada podría ser parte del proceso de morir, definiendo una serie de criterios necesarios para diferenciarlas de aquellas producidas exclusivamente por la presión y/o cizalla (2).

En el año 2010, el panel de consenso de la NPUAP define las úlceras como evitables e inevitables (9, 11), el propósito fue establecer si existían individuos en los cuales las UPP se desarrollaban en forma inevitable y si existían diferencias entre las UPP y los cambios al final de la vida, reconociendo que las guías no deberían imponer una atención estandarizada (9). Los expertos reconocieron por unanimidad, que no todas las UPP, eran evitables, dependiendo de la situación basal del paciente, ya que como refiere Thomas (8) aún, a pesar del prudente manejo de los factores extrínsecos (ej, sobrecarga de presión), y de los factores intrínsecos (estado nutricional) pueden tener gran influencia en la capacidad de aparición o cicatrización de dichas heridas.

En los casos presentados podemos apreciar dos pacientes con características similares de deterioro físico con la diferencia, que en el segundo caso el paciente falleció a los 5 días de la aparición de dicha lesión, mientras que en el primer

caso la lesión ulcerativa trocánterea evolucionó como una úlcera por presión clásica a pesar de presentar una agudización clínica que hacía presumir su fallecimiento rápido, persistiendo las características de deterioro progresivo, con recuperación posterior. Si bien éste tipo de lesiones se desarrollan como UPP terminal, en el primer caso clínico, la úlcera evolucionó hacia la mejoría, como describe Kennedy (1), mientras que en el segundo caso, y debido a los antecedentes clínicos descritos, la aparición de la lesión coincidió con su fallecimiento inmediato, tal y como refiere la literatura, por tanto se podría deducir que dichos cambios cutáneos al final de la vida pueden estar en consonancia con los síntomas de inestabilidad hemodinámica próxima al fallecimiento, resultando UPP inevitables, en aquellos pacientes, donde aún, siendo su deterioro progresivo, mantengan una estabilidad hemodinámica, que permitan incluso el progreso leve de dicha lesión.

CONCLUSIÓN

La UTK es una UPP que se puede presentar al final de la vida, de carácter inevitable según los expertos, aunque algunos pacientes de alto riesgo las podrían desarrollar, se hace necesario proporcionar en forma permanente cuidados preventivos.

Su presentación dependerá de la combinación de factores individuales del paciente y factores ambientales. Aunque se ha intentado considerar la UTK como una falla cutánea, no existen evidencias sobre éste último hecho siendo difícil establecer la diferencia entre ambas, sin embargo, el NPUAP considera que para que una UPP sea considerada como tal, es necesaria la presión y/o cizalla, mientras que para la aparición de falla cutánea no son necesarios dichos factores extrínsecos.

Las Úlceras terminales de Kennedy son de carácter inevitable en su mayoría, aún, con la aplicación de las directrices generales de prevención y cuidados específicos de la piel. ●

Caso Clínico

Úlcera Terminal de Kennedy: ¿Úlcera por presión inevitable?

Bibliografía

- [1] KAREN LOU KENNEDY. Understanding the Kennedy terminal ulcer. 2011 Disponible: <http://www.kennedyterminalulcer.com>.
- [2] SIBBALD RG, KRASNER DL, LUTZ JB, ET AL. Skin changes at life's end (SCALE). J WOCN.2009;36(3S):S33.
- [3] PAULINE BELDON. Managing Skin changes at Life's end. Wound Essentials. 2011. Volume 6 Pag: 76-79. Disponible: <http://www.wounds-uk.com/wound-essentials/wound-essentials-6-managing-skin-changes-at-lifes-end>.
- [4] DIANE L. KRASNER, THOMAS P. STEWART. SCALE Wounds: Unavoidable Pressure Injury. WOUNDS. 2015; 27(4):92-94. Disponible: <http://www.woundsresearch.com/article/scale-wounds-unavoidable-pressure-injury>.
- [5] KENNEDY-EVANS, K. Understanding the Kennedy terminal ulcer. Ostomy Wound Management. 2009; 55(9):6 Disponible: <http://www.o-wm.com/content/understanding-kennedy-terminal-ulcer>.
- [6] WHITE R. Best Practice Statement. Care of the Older Person's Skin. London: Wounds UK, 2012 (Second edition). Disponible: http://www.woundsinternational.com/media/issues/622/files/content_10608.pdf.
- [7] LANGEMO DK. Pressure Ulcers in Individuals Receiving Palliative. Care Advances in skin& wound care. 2010; Feb;23(2): 59-72 Disponible: www.woundcarejournal.com.
- [8] SCHANK JE. Kennedy terminal ulcer: the "ah-ha!" moment and diagnosis. Ostomy Wound Manage. 2009 Sep 15; 55(9):40-4. Disponible: <http://www.o-wm.com/content/kennedy-terminal-ulcer-%E2%80%9Cah-ha%E2%80%9D-moment-and-diagnosis>.
- [9] BLACK JM, EDSBERG LE, BAHARESTANI MM, LANGEMO D, GOLDBERG M, MCNICHOL L, CUDDIGAN J. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. Ostomy Wound Manage. 2011 Feb; 57(2):24-37.
- [10] MINER, KJ. Discharge to Hospice: A Kennedy Terminal Ulcer Case Report. Journal of the American College of Certified Wound Specialists (2009) 1, 84-85
- [11] WHITE-CHU EF, LANGEMO D. "Skin Failure: Identifying and Managing an Underrecognized Condition". "What's Trending". Annals of long-term Care July 2012;20(7) Disponible: <http://www.annalsoflongtermcare/>.
- [12] WITKOWSKI JA, PARISH LC. The decubitus ulcer: skin failure and destructive behavior. International Journal of Dermatology. 2000; 39: 894-896.