

Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumoriais: Relato de Casos

Therapeutic Interventions in Fungating Wounds: Case Reports

Intervenciones Terapéuticas de Ulceras Tumoriales: Reporte de Casos

Karine Raphaela Missias da Silva¹; Priscila de Souza Maggi Bontempo²; Paula Elaine Diniz dos Reis³; Christiane Inocência Vasques⁴;
Isabelle Pimentel Gomes⁵; Giovana Paula Rezende Simino⁶

Resumo

Introdução: Feridas tumorais (FT) são formadas pela infiltração de células malignas na estrutura da pele, havendo perda da solução de continuidade cutânea em virtude da proliferação celular descontrolada. Sinais e sintomas como odor, dor, sangramento, exsudato e prurido são observados com frequência. **Objetivo:** Descrever as intervenções de enfermagem empregadas para minimizar sinais e sintomas da FT. **Relato de casos:** Dois pacientes com FT foram acompanhados para avaliação quanto ao estadiamento da ferida e controle de sinais e sintomas. Diferentes coberturas foram utilizadas nos curativos, de acordo com a demanda de cada FT. Para controle do odor, utilizaram-se carvão ativado, clorexidina degermante e metronidazol. O manejo do exsudato foi realizado por meio do uso de alginato de cálcio e sódio em fibra e curativos absorventes com carvão ativado. O sangramento era controlado com alginato de cálcio e sódio em fibra e gaze embebida em petrolato. A dor foi mensurada e controlada por meio de analgesia. **Conclusões:** As FT apresentam características peculiares e necessitam de atenção especializada. A associação de coberturas nos curativos possibilitou minimizar sinais e sintomas.

Palavras-chave: Úlcera Cutânea; Neoplasias; Enfermagem Oncológica; Cuidados Paliativos; Relatos de Casos

Estudo desenvolvido no Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília (CACON-HUB). Brasília (DF), Brasil. Vinculado ao Grupo de Pesquisa Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Aplicada à Prática Clínica em Oncologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Produzido com fomento oriundo do CNPq. Edital Universal nº 14/2011. Processo número 481119/2011-6.

¹ Enfermeira-residente em Atenção Oncológica no Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde do HUB. Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* rapha.missias@yahoo.com.br.

² Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Enfermeira do Ambulatório de Radioterapia do CACON-HUB. Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* primaggiobontempo@gmail.com.

³ Enfermeira-oncologista. Professora-Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* pauladiniz@unb.br.

⁴ Enfermeira-oncologista. Doutora em Enfermagem. Professora-Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* chvasques@unb.br.

⁵ Enfermeira-oncologista. Doutora em Enfermagem. Centro Paraibano de Oncologia (CPO). João Pessoa (PB), Brasil. *E-mail:* enfisabelle@yahoo.com.br.

⁶ Enfermeira-oncologista. Doutoranda. Professora-assistente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG), Brasil. *E-mail:* gsimino@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Paula Elaine Diniz dos Reis. Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Asa Norte. Brasília (DF), Brasil. *E-mail:* pauladiniz@unb.br.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 5% a 10% dos pacientes com câncer apresentam feridas tumorais (FT)^{1,2} em decorrência de tumores primários, secundários ou doença recidivada, sendo essa a ocorrência mais comum em pacientes que estão sob cuidados paliativos. Tais lesões são formadas pela infiltração de células malignas na estrutura da pele, o que ocasiona perda da solução de continuidade do tecido cutâneo em virtude da proliferação celular descontrolada, intrínseca ao processo de oncogênese, resultando em ferida evolutivamente exofítica³⁻⁶.

A intervenção tópica e o controle dos sinais e sintomas são o maior foco da assistência de enfermagem dispensada a esses pacientes⁵. Este estudo teve por objetivo descrever as intervenções de enfermagem empregadas para minimizar sinais e sintomas da FT em dois pacientes.

Importante ressaltar que, na prática clínica, poucos pacientes com FT podem se beneficiar de intervenções cirúrgicas, radioterápicas ou quimioterápicas para o tratamento dessas lesões, o que revela ainda mais a importância do manejo tópico dessas feridas pela equipe de enfermagem com o objetivo de propiciar o alívio da dor, conforto do paciente, melhoria da qualidade de vida, pela diminuição de odores, controle de sangramento e diminuição do exsudato^{4,6}.

RELATO DE CASOS

Trata-se de relato de dois casos de pacientes que apresentavam FT e estavam sendo atendidos no Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília. Os pacientes foram avaliados, semanalmente, em relação aos seguintes desfechos: estadiamento da FT, odor, dor, exsudato e sangramento. De acordo com a avaliação individualizada, era definida a intervenção terapêutica mais adequada. As intervenções basearam-se no uso de coberturas com o intuito de melhorar ou minimizar os desfechos avaliados.

Para o estadiamento da FT, utilizou-se a escala de estadiamento proposta pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)⁴, a saber: estadiamento 1, feridas restritas à epiderme, geralmente assintomáticas, com nodulações pequenas e avermelhadas. Ainda no estadiamento 1, podem ser identificadas feridas que apresentam comunicação com o meio externo por um orifício com exsudato purulento ou seroso, porém sem odor, estas são classificadas como 1N; estadiamento 2, há comprometimento da epiderme e derme, a lesão encontra-se sintomática, com ulcerações superficiais. Podem ser friáveis e ocasionar queixa algica; estadiamento 3, ferida espessa, friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar

tecido necrótico e odor fétido; estadiamento 4, feridas que atingem estruturas anatômicas profundas, muitas vezes não há visualização de seu limite, mantendo todas as outras possibilidades de sinais e sintomas anteriormente descritos.

O odor também foi avaliado de acordo com classificação proposta pelo INCA⁴, a saber: grau I (sentido ao retirar a cobertura da ferida); grau II (perceptível ao se aproximar do paciente) e grau III (perceptível no ambiente, com forte intensidade nauseante). Este último grau pode evidenciar uma situação emergencial, uma vez que a pessoa com FT pode estar com infecção disseminada proveniente do foco da ferida.

Para avaliação da dor, foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA)⁴.

O exsudato foi classificado como seroso, sanguinolento, serossanguinolento e/ou purulento. A quantidade de exsudato avaliada pelos pesquisadores foi classificada como grande (quando extravasada da cobertura secundária), moderada (quando limitada à cobertura secundária), pequena (quando contida à cobertura primária) e ausente.

Para controle do odor e exsudato, foram utilizados curativos absorventes, tais como: alginato de cálcio em fibra e carvão ativado. A malha de acetato de celulose impregnada com petrolato foi empregada para diminuir o potencial de sangramento e a dor na remoção do curativo, devido à sua baixa aderência à ferida. Como intervenção para alívio da dor, utilizou-se da escuta, além de analgésicos sob prescrição médica e manutenção de meio úmido no leito da ferida. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, registro nº 063/2011. Todos os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Caso 1: 58 anos, masculino, casado, branco, vigilante, ensino médio, procedente de Samambaia-DF, nega tabagismo e etilismo. Diagnóstico de melanoma, estadiamento T4aN0M1. Em uso de dipirona 500 mg, quando dor, e metronidazol 500 mg, duas vezes ao dia, ambos por via oral; além de quimioterapia paliativa. Características da ferida no primeiro atendimento: 30 cm de diâmetro, em região axilar e torácica esquerda, com exsudato serossanguinolento, pequena quantidade, área perilesional íntegra. A ferida foi classificada em estadiamento 4, odor grau III, dor de moderada intensidade (EVA 4-6) (Figura 1). O paciente comparecia ao ambulatório acompanhado pela esposa, que relatava sofrimento intenso por acompanhar a doença do marido e conviver com a ferida. A esposa era a única cuidadora da família e não conseguia realizar o cuidado da ferida. No domicílio, a troca das coberturas era realizada por amiga da família, diariamente.

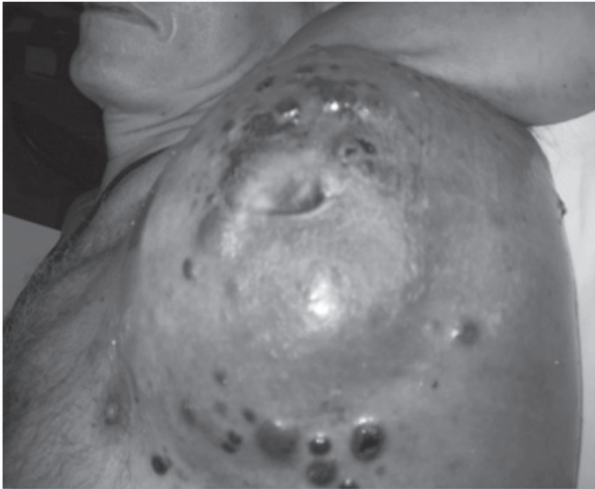


Figura 1. Caso 1 - FT em região axilar esquerda, no início das intervenções. Brasília, Janeiro de 2012

Nos dois primeiros atendimentos, utilizou-se alginato de cálcio como cobertura primária para absorver sangramento, tendo em vista que não há esponja hemostática disponível no serviço. A higienização da FT foi realizada com solução fisiológica 0,9% e clorexidina degermante 4%. Entretanto, ao longo dos atendimentos, observou-se que as características da ferida se alteraram e houve piora nos sinais e sintomas com aumento de lesões macroscópicas do tipo vesículas, aumento do sangramento, exsudato e do diâmetro para 42 cm (Figura 2). Com o aumento do exsudato para grande quantidade e a fragilidade do tecido cutâneo, passaram-se a utilizar malha de acetato de celulose impregnada com petrolato como cobertura primária e carvão ativado como cobertura secundária com compressa de gaze, atadura e fita adesiva. Após a mudança de cobertura, observaram-se redução do odor para grau II, bem como da dor (EVA: 3) e diminuição do exsudato para moderada quantidade de aspecto serossanguinolento. As condições clínicas do paciente foram agravadas por progressão da doença e incapacidade clínica para tratamento quimioterápico. Houve progressão da doença com necessidade de introdução de uso de opioide regularmente, o que impediu o paciente de retornar ao ambulatório de feridas. Foram realizados seis atendimentos a esse paciente, durante dois meses, que foram interrompidos devido ao seu óbito.

Caso 2: 35 anos, masculino, solteiro, branco, pedreiro, com diagnóstico de rabiomiossarcoma, estadiamento: T4N3M1, apresentando FT em região axilar direita recebendo radioterapia paliativa (16 sessões) para redução de sangramento. Paciente iniciou atendimento no ambulatório de FT a partir da 3ª sessão de radioterapia. No primeiro atendimento, a ferida apresentava 17 cm de comprimento e 22 cm de largura, friável, com exsudato purulento, pútrido, coloração amarelo opaco e esverdeado,

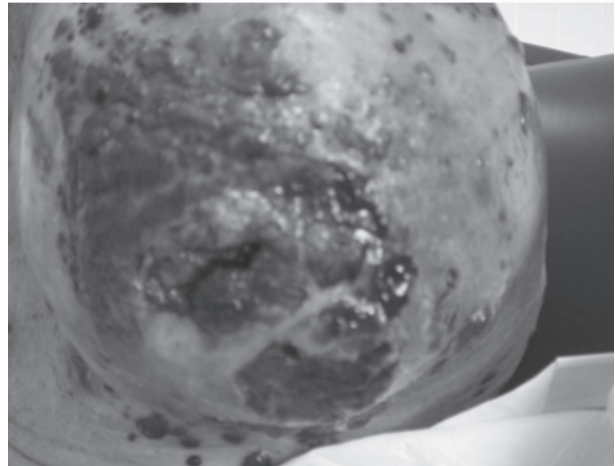


Figura 2. Caso 1 - FT em região axilar esquerda, após as intervenções. Brasília, Março de 2012

em moderada quantidade, e área perilesional hiperemiada. Observaram-se, ainda, tecido necrótico no centro do leito da ferida e tecido desvitalizado (esfacelo) em toda a extensão, sendo classificada como estadiamento 4 e odor grau III (Figura 3). Não havia relato de dor no primeiro atendimento. O paciente iniciou metronidazol 500 mg, de 12 em 12 horas, via oral, por 15 dias, para redução do odor, sob prescrição médica. O cuidador principal era seu pai, que tinha limitações de compreensão dos cuidados.

A dor iniciou-se com forte intensidade a partir do terceiro atendimento (EVA: 7) e foi controlada com uso de morfina oral a cada 6 h, sob prescrição médica, assim como o uso de técnica e coberturas que possibilitassem a menor aderência ao tecido lesado, explicitadas a seguir. Ao longo dos atendimentos, para limpeza da ferida, utilizaram-se solução de cloreto de sódio 0,9% e clorexidina degermante 4%. Durante a radioterapia, utilizou-se cobertura primária com carvão ativado, diariamente, que era retirada antes de cada sessão de radioterapia. Nos pontos de sangramento, utilizaram-se fibra de alginato de cálcio e sódio. Após o término da radioterapia, passou-se a utilizar malha de acetato de celulose impregnada com petrolato como cobertura primária. As intervenções foram empregadas, diariamente, com o intuito de reduzir odor e dor, além de promover conforto e melhora da autoestima. De fato, observou-se redução das dimensões da ferida após o término da radioterapia (largura: 18 cm) e do exsudato para pequena quantidade, houve alívio da dor (EVA: 3), diminuição do sangramento (ausente) e do odor, que fora reduzido para grau II. O estadiamento da ferida manteve-se como 4 (Figura 4).

O paciente foi acompanhado durante seis meses e indagava sobre a regressão da doença em todos os atendimentos, além de expressar angústia pela demora na melhora desta. Por esse motivo, foi encaminhado para

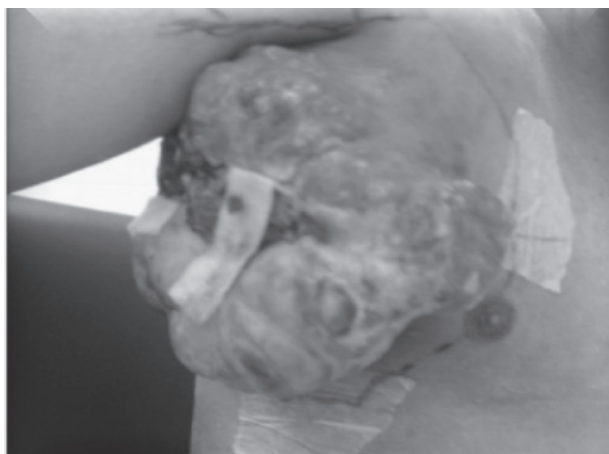


Figura 3. Caso 2 - FT em região axilar direita, no início das intervenções. Brasília, Fevereiro de 2012



Figura 4. Caso 2 - FT em região axilar direita, após intervenções. Brasília, Abril de 2012

acompanhamento com a psicologia. Com a evolução da doença sem resposta ao tratamento, o paciente não comparecia mais para acompanhamento da FT. O pai mantinha contato por telefone e comparecia pessoalmente para retirada de materiais e também para esclarecimento de dúvidas. O pai comunicou o falecimento do paciente. As intervenções propiciaram o conforto do cuidador e do paciente, promoveu segurança nas condutas com a ferida e vínculo com os pesquisadores.

DISCUSSÃO

No que concerne às características das FT, o odor está associado à infecção ou colonização de bactérias no tecido necrótico^{1,4,7}. Para o controle desse sintoma, a literatura recomenda metronidazol sistêmico e/ou tópico e cobertura de carvão ativado^{3,4,6}, muito embora o uso prolongado desse antibiótico por via sistêmica propicie quadro de rápida intolerância gástrica⁸. O uso de metronidazol gel ou solução, diretamente no leito da ferida, tem resultado

satisfatório, atuando nos micro-organismos anaeróbios responsáveis pela produção dos ácidos voláteis causadores do odor, além de evitar sintomas gastrointestinais⁴. Destaca-se também a limitação da conduta assistencial do enfermeiro quando não há protocolo institucional que respalde a prescrição do antibiótico por esse profissional.

O carvão ativado é recomendado para o controle do exsudato, pois possui alto grau de absorção. Sua ação remove e retém as moléculas do exsudato e bactérias, exercendo o efeito de limpeza e reduzindo também o odor⁴.

Nos dois casos apresentados, utilizaram-se metronidazol por via oral e carvão ativado como intervenções para controle do odor. Com essa intervenção, houve redução do odor da ferida de grau III para grau II.

Além disso, a troca frequente do curativo e a limpeza criteriosa da ferida com solução antisséptica acabaram proporcionando ação desodorizante. Neste estudo, optou-se por utilizar solução antisséptica de clorexidina degermante a 4%, por ser o antisséptico disponível na instituição em que foi realizada a pesquisa. Todavia, a polihexanida também vem sendo indicada para fins de limpeza e desinfecção do leito de feridas, como úlceras venosas, feridas agudas e crônicas com sinais de infecção/colonização. Estudo de revisão ressaltou sua eficácia no tratamento de feridas colonizadas e infectadas, com redução do tempo de cicatrização e maior controle do odor. Este último aspecto pode tornar seu uso viável no cenário oncológico, uma vez que reduz odor e não provoca dor, irritabilidade cutânea ou alergias⁹.

A sensação dolorosa no leito da ferida é determinada pelo crescimento do tumor, que pode exercer pressão e/ou invasão de estruturas e terminações nervosas^{1,9}. É um sintoma comum em pacientes com FT e pode ser de origem inflamatória, neuropática ou mista^{10,11}.

No manejo da dor, buscou-se avaliar o paciente a respeito do seu quadro algico, estimulando-o a descrever a sensação dolorosa, sua localização e intensidade, por meio da EVA⁴. Além dos analgésicos já utilizados pelos pacientes, de acordo com prescrição médica, buscou-se realizar curativos que mantivessem a ferida úmida, pois a utilização de coberturas não aderentes minimiza o trauma no momento de troca do curativo, reduzindo a dor^{2,6}.

O exsudato é atribuído à associação do processo inflamatório e ao aumento da permeabilidade de capilares no leito da ferida e secreção do fator de permeabilidade vascular. Quando em grande quantidade, é resultado da liquefação de tecido necrótico, devido à ativação de proteases por bactérias que colonizam a lesão^{1,2,8,12}.

Assim, para controle do exsudato, prezaram-se pelos curativos absorventes, tais como: carvão ativado e alginato de cálcio e sódio em fibra, que é a primeira escolha para tratar FT com grande quantidade de exsudato e sangramento,

devido a suas características hemostática e absorviva^{2,4,8}. No caso 1, foi utilizado, inicialmente, alginato de cálcio e sódio; no entanto, ao contrário do que se esperava, houve aumento do exsudato, do diâmetro da FT e sangramento. Entretanto, tão logo observada a piora do quadro, optou-se por utilizar carvão ativado como cobertura, que resultou em redução do odor, dor e exsudato.

Já o sangramento está relacionado ao crescimento do tumor, à conseqüente diminuição da função plaquetária e ao aumento da rede neovascular. Também está relacionado ao rompimento e à erosão de vasos devido à proliferação das células cancerígenas, decorrente da radioterapia ou por traumas durante a remoção do curativo^{1,8,12}. No caso 2, utilizaram-se alginato de cálcio e sódio para controle do sangramento, cujos resultados, em combinação com a radioterapia, demonstraram ausência de sangramento ao final do acompanhamento.

Considerando que as feridas são resultantes da própria doença em estágio avançado, a obtenção da cura completa é pouco provável^{2,4,8}. Dessa forma, intervenções tópicas para o controle de sinais e sintomas são fundamentais para proporcionar segurança, conforto e tranquilidade para pacientes e familiares que estão lidando com cuidados de FT.

De não menor importância é que FT implicam conseqüências emocionais que atingem tanto pacientes quanto seus familiares e/ou cuidadores, pois afetam diretamente o comportamento social dos indivíduos, resultando em isolamento^{3,10-13}. Durante os atendimentos, buscou-se estabelecer vínculo com os pacientes e olhar além da FT, tendo em vista o grande impacto que tais lesões têm sobre o paciente, não apenas pelas alterações físicas, mas pela relação com o prognóstico de câncer e a lembrança visível da doença.

CONCLUSÃO

As FT apresentam características peculiares e necessitam de atenção especializada. No estudo proposto, utilizou-se a associação de coberturas para reduzir sinais e sintomas causados por essas feridas.

Observou-se que o impacto na autoimagem bem como as condições socioeconômicas e clínicas interferem diretamente no controle dos sintomas e nos cuidados das FT. Fatores como falta de conhecimento do cuidador ou do próprio paciente precisam ser considerados pelo enfermeiro ao fornecer as orientações para o cuidado domiciliar, visto que a continuidade e a troca do curativo são fundamentais para controle dos sinais e sintomas, assim como para manutenção do conforto. Também é importante que seja estabelecido vínculo entre enfermeiro, cuidador e paciente; pois muitas intervenções serão planejadas a partir da troca de informações entre profissional e sujeitos envolvidos.

Conclui-se que o odor e exsudato foram os sinais que responderam melhor ao uso de coberturas específicas nos dois casos relatados. Pode-se considerar, ainda, que o acompanhamento e aplicação de tais intervenções foram fundamentais para oferecer conforto ao paciente e cuidador, além de possibilitar vínculo e referência a eles.

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter concedido fomento para compra do material necessário para execução desta pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES

Karine Raphaela Missias da Silva participou da concepção do projeto, coleta de dados e redação da descrição dos dados. Priscila de Souza Maggi Bontempo participou da coleta de dados. Paula Elaine Diniz dos Reis participou da concepção, redação do método e revisão do manuscrito. Christiane Inocêncio Vasques participou da revisão crítica do manuscrito. Isabelle Pimentel Gomes participou da revisão crítica do manuscrito. Giovana Paula Rezende Simino participou da concepção, coleta de dados e redação do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Grocott P, Gethin G, Probst S. Malignant wound management in advanced illness: new insights. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Mar;7(1):101-5.
2. Meaume S, Fromantin I, Teot L. Neoplastic wounds and degeneration. *J Tissue Viability*. 2013 Nov;22(4):122-30.
3. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Feb;17(1):38-45.
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Rio de Janeiro: Inca; 2009.
5. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating Wounds - Multidimensional Challenge in Palliative Care. *Breast Care (Basel)*. 2011;6(1):21-24.
6. Adderley U, Smith R. Topical agents and dressings for fungating wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2):CD003948.
7. Bowler PG, Davies BJ, Jones SA. Microbial involvement in chronic wound malodour. *J Wound Care*. 1999 May;8(5):216-8.

8. Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em serviço de cuidados paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Rev bras cancerol.* 2005;51(4):347-59.
9. Santos EJE, Silva MANCGMM. Tratamento de feridas colonizadas/infectadas com utilização de polihexanida. *Rev Enf Ref.* 2011;3(4):135-42.
10. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Cancer.* 2009 Dec;45(18):3237-44.
11. Paula MAB. Aspectos da assistência domiciliar à pessoa com feridas. *Rev Estima.* 2011;9(2):39-44.
12. Matsubara MGS, Villela DL, Hashimoto SY, Reis HCS, Saconato RA, Denardi DL, et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Lemar; 2012.
13. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Trozzolo L. Symptoms associated with malignant wounds: a prospective case series. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Feb;37(2):206-11

Abstract

Introduction: Fungating wounds (FW) are formed by the infiltration of malignant cells in the skin structure, with local invasion, which occurs as the result of uncontrolled cell proliferation. The signs and symptoms such as odor, pain, bleeding, itching and exudate are observed with great frequency. **Objectives:** This study aimed to describe the nursing interventions employed to decrease the signs and symptoms of FW. **Cases report:** This is a series of two cases followed during the dressing change for evaluating FW in relation to staging and symptoms. Different dressings were used according to the characteristics of each FW. The odor was controlled with charcoal dressings, chlorhexidine gluconate 4% and metronidazole. To absorb and contain exudate, we used calcium and sodium alginate fiber and absorptive dressings with charcoal. The bleeding was controlled with sodium and calcium alginate fiber and petrolatum gauze. The pain was measured and controlled by analgesia. **Conclusion:** FW have individual characteristics and need specialized attention. The association between distinct dressing choices can decrease signs and symptoms.

Key words: Skin Ulcer; Neoplasms; Oncologic Nursing; Palliative Care; Case Reports

Resumen

Introducción: Úlceras tumorales (UT) se forman por la infiltración de células malignas en la estructura de la piel, con pérdida de la solución de continuidad de la piel debido a la proliferación celular. Los signos y síntomas más comunes son mal olor, dolor, sangrado, comezón y exudado. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo describir las intervenciones de enfermería para reducir los signos y síntomas de HT. **Reporte de Casos:** Dos pacientes fueron acompañados para la evaluación en relación al estado previo de la úlcera y el control de señales y síntomas. Diferentes apósitos se han utilizado según las características de cada UT. Para el control del mal olor se usó apósitos de carbón con plata, degermante clorhexidina y metronidazol. Se utilizó la fibra de alginato de calcio y sodio y apósitos absorbentes con carbón activado en la contención y absorción del exudado. El sangrado se controló con fibra de alginato de sodio y calcio y gasa con petrolatum. El dolor se midió y se controló con la analgesia. **Conclusión:** Las UT tienen características particulares y la necesitan de una atención especializada. La asociación entre distintos productos en el tratamiento de las úlceras tumorales puede reducir los signos y síntomas.

Palabras clave: Úlcera Cutánea; Neoplasias; Enfermería Oncológica; Cuidados Paliativos; Informes de Casos