

11212

16 2oj



# Universidad Nacional Autónoma de México

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
Curso de Especialización en Dermatología  
División de Post-grado

ULCERAS POR INSUFICIENCIA VENOSA:  
¿RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO  
O TRATAMIENTO CONVENCIONAL?

T E S I S

Que para obtener la especialidad en:

DERMATOLOGIA

P r e s e n t a :

**Dr. Eduardo David Poletti Vázquez**

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION

LAS ULCERAS VASCULARES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES AFECTAN A MÁS DEL 1% DE LA POBLACIÓN ADULTA Y REPRESENTAN APROXIMADAMENTE 15% DE LAS DERMATOSIS ( 1 ). SE CONSTITUYEN COMO DISTINTAS ENTIDADES DE IMPORTANTE ECO-SOCIAL Y PROFESIONAL, POR EL ABSENTIVADO A QUE DAN LUGAR Y POR LAS CONSECUEN-CIAS PERSONALES Y MATERIALES QUE TIENEN PARA EL INDIVIDUO.

LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS ÚLCERAS DE LAS EXTREMIDA-DES INFERIORES QUEDA PRÁCTICAMENTE REDUCIDA A CAUSAS DONDE EXISTE UNA ALTE-RACIÓN DE LA HEMODINAMIA VASCULAR. EL 90% DE LAS ÚLCERAS DE LAS PIERNAS SON DE ORIGEN VENOSO ( INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA ), OTRO 5% ES DE ORIGEN ARTE-RIAL ( ISQUEMIA ) Y EL RESTO PUEDEN OBEDECER A ETIOLOGÍAS HETEROGÉNEAS QUE -VAN DE LO FRECUENTE A LO INSÓLITO ( 2,3,4 y 5 ), PUDIENDO MENCIONAR ENTRE O-TRAS LAS DEBIDAS A VASQUITIS ( ERITEMA INDURADO DE BAZIN, NECROBIOSIS LIPO-I-DICA, PÚRPURAS NECRÓTICAS ÚLCEROSAS, CRIOGLOBULINEMIA, ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONJUNTIVO, V. GR. L. E. S., ETC.), COMO CONSECUENCIA DE HIPERESPLENISMO Y ANOMALÍAS GLOBULARES ( POLIGLOBULIA, HEMOGLOBINOPATÍAS, ALTERACIONES DE LA -COAGULACIÓN ), LAS ORIGINADAS POR INFECCIÓN ( LEPRO, LEISHMANIOSIS, HISTOPLAS-MOSIS, RICKETTSIOSIS, TUBERCULOSIS, ETC.), LAS DE CAUSA TUMORAL ( MICOISIS FUNGO-I-DES, MELANOMA MALIGNO, SARCOMAS, ETC.), POR DAÑO DIRECTO DE AGENTES EXTERNOS - ( RADIO-ERMITIS, QUEMADURAS, CONGELACIÓN, DECOBITOS PROLONGADOS, ETC.), Y POR ÚL-TIMO LAS PERTENECIENTES A UN GRUPO BASTO Y CATALOGABLE POR ENDE COMO MICOE-LANZO, ENTRE LAS QUE SE CITAN : S. WERNER, E. WEBER-CHRISTIAN, E. DE GAUCHER, A-MILOIDOSIS, PATOMINIA, ETC.

LA INSUFICIENCIA VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES AFECTA A POCO MÁS O MENOS UN 70% DE LOS ADULTOS Y LLEVA CONSIGO COMPLICACIONES EN EL 10 A 25% DE LOS CASOS, DE LOS QUE LA MITAD CORRESPONDE A EPISODIOS DE TROMBO-FLEBITIS SUPERFICIAL O PROFUNDA, EN UN TERCIO SE PRESENTA FRANCA INSUFICIEN-CIA VENOSA CRÓNICA SIN ULCERACIÓN, EN UNA CUARTA PARTE HAY ÚLCERA Y EN LA DÉ-CIMA PARTE, EMBOLIA PULMONAR, Y AUNQUE ES DIFÍCIL CONTAR CON UNA IDEA REAL DE LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA, ALGUNOS AUTORES ( 6,7 Y 8 ) INFORMAN QUE ES HALLAZGO EN AUTOPSIA DEL 10 AL 30%, E INCLUSO SI SE CONSI-DERA SOLAMENTE LOS CASOS DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA LAS CIFRAS LLEGAN AL 80%. IMPRESIONAN CAsuÍSTICAS COMO LAS DE E. U. ( 8,9 ), DONDE SE CITAN CIFRAS -

... QUE VAN DE 500 A 600,000 CASOS DE EMBOLIA PULMONAR, DE LOS CUALES FALLECEN ANUALMENTE DE 140 A 200,000 PACIENTES, PENSÁNDOSE QUE DE NO HABER EXISTIDO FALTA DE DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA MUERTE SE HUBIERA EVITADO EN 100,000 DE ESOS CASOS .

ASPECTO POR DEMÁS IMPORTANTE ES EL DE LAS SEQUELAS QUE DEJA LA TROMBOSIS VENOSA EN LA EXTREMIDAD QUE LA PADECE . EN EL AÑO DE 1960 SE INFORMABA QUE EN INGLATERRA EXISTÍAN DE ESTOS CASOS APROX. 250,000 PACIENTES Y EN LOS E.U. 7 MILLONES, QUE ORIGINABAN LA PÉRDIDA DE 500,000 Y 2,000,000 DE JORNADAS ANUALES RESPECTIVAMENTE . SE ADEGA A ÉSTA IMPRODUCTIVIDAD EL IMPORTANTE Y CRECIENTE COSTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA .

UNA DE LAS POCAS REVISIONES DE LA LITERATURA MÉDICA EN NUESTRO MEDIO ( 10 ), INDICA QUE LA EMBOLIA PULMONAR SE PRESENTA EN EL 11.6% Y LA TROMBOSIS VENOSA EN EL 7.3% DE 1,056 AUTOPSIAS . EN ESA MISMA REVISIÓN SE ESPECIFICA COMO CAUSA DE LA MUERTE A LA EMBOLIA PULMONAR EN UN 3.4%, HABIENDO SIGNIFICADO POR SÍ MISMA EL 2.36% DE LOS INGRESOS AL HOSPITAL. POR LO QUE SE DESPRENDE DE REVISIONES RECIENTES ( 11,12 ), QUE LA FRECUENCIA VA EN AUMENTO .

EL SISTEMA VENOSO TIENE DOS FUNCIONES PREPONDERANTES : UNA , SERVIR COMO GRAN RESERVORIO SANGUÍNEO ; OTRA , CONducIR LA SANGRE DESDE LOS CAPILARES HASTA LA AURÍCULA DERECHA . DURANTE ÉSTE LARGO TRAYECTO RECIBE, EN DIVERSOS SITIOS , PERO FUNDAMENTALMENTE EN LAS UNIONES YUGULOSUBCLAVIAS , LA LINFA DE TODO EL ORGANISMO . PUEDEN CONSIDERARSE VASOS COLÁPSEABLES : DE PARRED DELGADA, CON BAJA PRESIÓN ; PROVISTAS DE VÁLVULAS , SOBRE TODO EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES ; QUE SE ENCUENTRAN EN NÚMERO MUCHO MAYOR QUE LAS ARTERIAS . EN LAS EXTREMIDADES , LAS VENAS ESTÁN DISPUESTAS DE LA MANERA SIGUIENTE : UNAS ENCIMA DEL REVESTIMIENTO APONEURÓTICO ( SISTEMA SUPERFICIAL ), OTRAS POR DABAJO DE ESE REVESTIMIENTO ( SISTEMA PROFUNDO ) . AMBOS GRUPOS ESTÁN UNIDOS POR VENAS QUE ATRAVIESAN LA APONEUROSIS ( SISTEMA DE PERFORANTES )

SON DE TRASCENDENCIA MENCIONAR COMO PARTE DEL SISTEMA SUPERFICIAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES A : A) LA PLANTILLA VENOSA DE LÉJARS ( ORIGEN DE AMBAS SAFENAS ) , B) SAFENA INTERNA ( SAFENA MAGNA ; MAYOR ; GRANDE ; LA MÁS LARGA DEL ORGANISMO ) , C) SAFENA EXTERNA ( SAFENA PARVA ; PEQUEÑA O MENOR ) D ) SISTEMA LATERAL Y VENAS ATÍPICAS DE LA CARA POSTERIOR DEL MUSLO. A SU VEZ EL SISTEMA PROFUNDO SE PUEDE DIVIDIR EN TRES SECTORES : A) SUBAPONEURÓ-

... TICO ; B) EJE PRINCIPAL ( VENAS SATÉLITES DE LAS ARTERIAS ) Y C) EL SECTOR-MUSCULAR. EL NÚMERO DE VÁLVULAS ES VARIABLE, NO SOLO DE UN INDIVIDUO A OTRO, SINO DE LADO A LADO. SE ESTIMA QUE LA DISTANCIA PROMEDIO ENTRE LOS CONJUNTOS VALVULARES ES DE 22 MM. ( 13,14 Y 15 ). POR LO TANTO EXISTEN MÁS VÁLVULAS EN EL SISTEMA PROFUNDO QUE EN EL SUPERFICIAL, DE TAL SUERTE QUE LA PERFORANTE TENDRÍA DE 4 A 6, LA PÓPLITEA DE 1 A 4 Y EXISTIRÍAN DE 15 A 16 EN LAS VENAS DE LAS PIERNAS. DE LAS VENAS PERFORANTES PUEDE COMENTAR QUE ESTAS VENAS COMUNICAN, ATRAVESANDO LA APONEUROSIS, EL SISTEMA SUPERFICIAL CON EL PROFUNDO. CADA UNA DE ELLAS TIENE ( CON EXCEPCIÓN DE LAS AVALVULADAS DEL PIE ), DE 3 A 4 VÁLVULAS, SIEMPRE UNA OSTIAL. VAN ACOMPAÑADAS DE UNA ARTERIOLA Y DE UN FILETE NERVIOSO. PUEDEN CLASIFICARSE EN : DIRECTAS ( CUANDO DESEMBOCAN DIRECTAMENTE EN UNA VENA DEL EJE PRINCIPAL ) ; INDIRECTAS ( DESEMBOCADURA PREVIA EN UN COLECTOR SUBAPONEURÓTICO O VENA MUSCULAR ); MIXTAS Y ATÍPICAS ( NACIDAS EN LAS VENAS QUE NO PERTENECEN AL SISTEMA SAFENIANO ). EN EL PIE EXISTEN DE 10 A 15 PERFORANTES, LA MAYOR PARTE SIN VÁLVULAS. TOPOGRÁFICAMENTE LAS PERFORANTES SE PUEDEN AGRUPAR EN INTERNAS ( MEDIALES EXTERNAS ), LATERALES Y POSTERIORES .

COMO YA HE INDICADO, EL SISTEMA VENOSO ADEMÁS DE CONDUCCION LA SANGRE DESDE LOS CAPILARES AL CORAZÓN, SIRVE COMO RESERVOIRIO SANGUÍNEO. DE UN 70 A UN 90% DEL VOLUMEN TOTAL DE SANGRE SE HALLA CONTENIDO EN EL SISTEMA VENOSO ( 2,6 Y 8 ). LAS VENAS SON VASOS COLAPSABLES, CON PARED MÁS DELGADA Y MENOS TEJIDO QUE LAS ARTERIAS. PUEDEN ALTERAR SU FORMA GEOMÉTRICA AUMENTANDO EL DIÁMETRO EN SENTIDO TRANSVERSAL, PARA QUEDAR FINALMENTE CON APLANAMIENTO COMPLETO, SI EL VOLUMEN HA DISMINUIDO; POR EL CONTRARIO PUEDEN ESTAR COMPLETAMENTE REDONDAS SI ESTÁN LLENAS, LIMITADA SU CAPACIDAD POR LA PRESIÓN DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES. EN LAS EXTREMIDADES LAS VENAS SUPERFICIALES POSEEN MÁS TEJIDO MUSCULAR QUE LAS PROFUNDAS; POR EJEMPLO, LA RELACIÓN ENTRE LAS PAREDES DE LA SAFENA EXTERNA, DE LAS TIBIALES POSTERIORES Y LOS SENOS VENOSOS DEL SÓLEO ES DE 12:3:1. LAS VENAS MUSCULARES DE LAS EXTREMIDADES ( GEMELOS, SÓLEO, QUÍTICO, VASTOS, ETC. ) CONSTITUYEN VERDADERAS ESPONJAS VASCULARES QUE FORMAN, JUNTO CON LAS VENAS ESPLÁNICAS, EL RESERVOIRIO SANGUÍNEO.

LA ELEVACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES A 45 GRADOS LLEVA POR OBJETIVO INYECTAR EN EL SISTEMA ILIOCAVO UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE SANGRE, POR LO QUE ES ENTENDIBLE QUE UN AUTOR LE DENOMINE AUTOTRANSFUSIÓN. LAS VENAS SUPERFICIALES PUEDEN SUFRIR VASOCONSTRICCIÓN O VASODILATACIÓN POR REFLEJOS IN

... DUCIDOS POR LA TEMPERATURA, LAS EMOCIONES Y LOS REFLEJOS RESPIRATORIOS.

LA MOVILIZACIÓN DEL CONTENIDO VENOSO EN LOS MIEMBROS INFERIORES, SOBRE TODO EN EL SISTEMA PROFUNDO, DEPENDE DE CAMBIOS PASIVOS. LA MISMA CANTIDAD QUE EXPULSA EL VENTRÍCULO IZQUIERDO ES LA QUE DEBE RETORNAR A LA AURÍCULA DERECHA; A ESTA ÚLTIMA SIEMPRE FLUYE SANGRE DE LAS CAVAS (12)

SE MENCIONAN A LOS SIGUIENTES FACTORES COMO CONDICIONANTES DE LA CUANTÍA DEL RETORNO VENOSO: VIS A TERGO, VIS A FRONTE, VIS A PARS INTERIORE Y VIS A LATERE, TODOS ELLOS INICIADOS EN LA RED CAPILAR. PARA MANTENER EL METABOLISMO NUTRICIONAL Y EL CONTENIDO NORMAL DE LÍQUIDO QUE CIRCUCLA EN EL ESPACIO TISULAR, LA PRESIÓN DE FILTRACIÓN DEBE SER IGUAL A LA REABSORCIÓN (11,12), QUE REPRESENTAN EN SÍ LOS POSTULADOS PRINCIPALES DE LA LEY DE STARLING. LA CUANTÍA DEL RETORNO VENOSO DEPENDE MUCHO DE LA PRESIÓN EN LA AURÍCULA DERECHA. NORMALMENTE EL VALOR DE ÉSTA PRESIÓN ES DE 0 (ATMOSFÉRICA), PERO EN REALIDAD EN LA CAVIDAD TORÁCICA EXISTE UN VACÍO DE - 4 MMS. DE HG. QUE "TIRA" HACIA AFUERA DE LA PARED AURICULAR. ÉSTA DILATACIÓN PRODUCE UN EFECTO DE ASPIRACIÓN DE LA SANGRE DE LAS VENAS HACIA LA AURÍCULA. EL SITIO DE LOCALIZACIÓN DE LA AURÍCULA DERECHA EN EL EXTERIOR, CORRESPONDE AL CUARTO ESPACIO INTERCOSTAL, A NIVEL DE LA LÍNEA AXILAR MEDIA (10), SONOGIENDOSELE A ÉSTE PUNTO COMO EJE FLEBOSTÁTICO Y CUALQUIER REGISTRO DE LA PRESIÓN VENOSA SE HACE TOMANDO COMO REFERENCIA EL MENCIONADO EJE.

CUANDO EL INDIVIDUO SE ENCUENTRA EN DECÚBITO LA PRESIÓN EN EL SISTEMA VENOSO ES SEMEJANTE EN CUALQUIER PUNTO, O CON DIFERENCIAS MÍNIMAS, LIGERAMENTE SUPERIOR A LA DE LA AURÍCULA DERECHA. EN ÉSTA POSICIÓN, EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES LA CIRCULACIÓN DEL SISTEMA SUPERFICIAL LLEGA AL PROFUNDO, A TRAVÉS DE LOS CAYADOS; LAS PERFORANTES SON, ENTONCES, FUNCIONALMENTE INEXISTENTES. AL PASAR A LA POSICIÓN VERTICAL, LA CIRCULACIÓN VENOSA SE DIFICULTA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES, PUES TIENE QUE LUCHAR CONTRA LA FUERZA DE GRAVEDAD Y, A LA PROPIA PRESIÓN HIDROSTÁTICA DEL EJE VENOSO DE LA EXTREMIDAD, SE TIENE QUE AÑADIR EL PESO DE LA COLUMNA LÍQUIDA DESDE LA AURÍCULA A LA RAÍZ DE LA EXTREMIDAD (12,13). ÉSTE AUMENTO DE PRESIÓN HIDROSTÁTICA, EN EL LADO VENOSO DEL CAPILAR PRODUCE ACÚMULO DE LÍQUIDO EN LOS TEJIDOS; PARTE DE ÉSTE LÍQUIDO ES RECOGIDO POR LOS LINFÁTICOS, EXPLICÁNDOSE EN BUENA PARTE AL DEJAR DE FUNCIONAR OPTIMAMENTE ESTOS EL ORIGEN DEL EDEMA EN LOS ENFERMOS CON COMPLEJO CUTÁNEO VASCULAR DE PIERNA BIEN ESTABLECIDO.

EN ÉSTA POSICIÓN VERTICAL LA PRESIÓN REGISTRADA EN LA MARGINAL INTERNA ES EN PROMEDIO DE UNOS 120 CMS. DE AGUA (2,7,8 Y 11). LA VELOCIDAD

... DAD DEL FLUJO SE REDUCE A LA MITAD Y LA CIRCULACIÓN SE DIRIGE HACIA EL SISTEMA VENOSO PROFUNDO , A TRAVÉS DE LAS PERFORANTES. SI EL INDIVIDUO CAMINA , O SIMPLEMENTE MUEVE LOS PIES , SE PONE EN JUEGO LA BOMBA MUSCULAR , ENTONCES A CADA CONTRACCIÓN ( " SISTOLE " ) , SE EXPULSA HACIA EL CORAZÓN - UNA TERCERA PARTE DEL VOLUMEN ACUMULADO ( 13 ) ; LA SANGRE DURANTE LA PASE DE RELAJACIÓN MUSCULAR ( " DIASTOLE " ) , NO PUEDE REFLUIR , PUES LAS VÁLVULAS ESTÁN ORIENTADAS PARA IMPEDIR ESTE EFECTO Y LA SANGRE ES OBLIGADA A DIRIGIR SE SIEMPRE EN SENTIDO CENTRÍPETO ( 13 , 14 ) .

AL VACIAR UNA GRAN PARTE DE SU CONTENIDO , SE PRODUCE UN MAYOR FLUJO DEL SISTEMA SUPERFICIAL AL PROFUNDO , A TRAVÉS DE LAS PERFORANTES. LA PRESIÓN VENOSA DISTAL DESCIENDE DE UN 60 A 90 POR CIENTO DE LA CIFRA QUE SE ENCONTRÓ EN EL REPOSO . EL TIEMPO QUE TARDA LA PRESIÓN VENOSA EN REGRESAR A SU CIFRA INICIAL , AL DETENER LA MARCHA EL SUJETO , ES DE 30 SEGUNDOS EN PROMEDIO . DURANTE EL EJERCICIO , LA VELOCIDAD DEL FLUJO ES DOBLEMENTE MAYOR A LA OBSERVADA DURANTE EL REPOSO EN POSICIÓN HORIZONTAL. EN LAS EXTREMIDADES - INFERIORES LA CIRCULACIÓN VENOSA TAMBIÉN ESTÁ INFLUIDA POR LOS MOVIMIENTOS - RESPIRATORIOS Y POR LA PRENDA ABDOMINAL . EN LA INSPIRACIÓN SE PRODUCE UNA - OBSTRUCCIÓN RELATIVA DE LA CAVA INFERIOR , POR LA MASA DEL HÍGADO Y POSIBLE ESTRECHAMIENTO DEL ORIFICIO DIAFRAGMÁTICO ; AL MISMO TIEMPO SE PRODUCE LO - QUE PUEDE DENOMINARSE " MASAJE " AL HÍGADO , FACILITANDO CON ESTO LA CIRCULA - CIÓN PORTA . EN LA ESPIRACIÓN EL FLUJO CAVA SE RESTABLECE , POR ELEVACIÓN DE LA MASA HEPÁTICA Y SINERGIJA CON LA DEPRESIÓN TORÁCICA INTERNA. POR DEBAJO - DEL DIAFRAGMA EXISTE UN PUNTO , EN LA CAVA INFERIOR , EN EL CUAL LA PRESIÓN ES IGUAL EN DECÚBITO , COMO EN ORTOSTATISMO , AL CUAL SE LE DENOMINA PUNTO IN - DIFERENTE ( 13 ) .

VARICES - DEFINICIÓN, FRECUENCIA Y CLASIFICACIÓN : LAS VÁRICES SE DEFINEN COMO LAS DILATACIONES PERMANENTES DE LAS VENAS , CON ALTERACIONES PATOLÓGICAS DE SUS PARÉDES . PREDOMINAN , COMO UN TRIBUTO QUE PAGA EL SER HUMANO A LA BIPEDESTACIÓN , EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES . ALLÍ SE LOCALIZAN EXCLUSIVAMENTE EN EL SISTEMA SUPERFICIAL , GARANTE DE SOPORTE DEL MÚSCULO Y APONEUROSIS . LAS FLEBOPATÍAS CRÓNICAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES SON FRECUENTÍSIMAS POR DEMÁS FRECUENTES , QUE COMO YA HE MENCIONADO , AFECTAN A LA - POBLACIÓN MUNDIAL EN PORCIENTOS VARIABLES . ADEMÁS DE SU ALTA FRECUENCIA , SON ENTIDADES DEL TODO INVALIDANTES . POR SU FORMA O MORFOLOGÍA QUE ADOPTAN PUEDEN SER SERPENTINAS ( OVILLOS ) ; SACULARES ; CILÍNDRICAS Y VARÍCULAS O MICROVÁRICES . DE ACUERDO A SU ETIOLOGÍA , SE CLASIFICAN EN : PRIMARIAS

... O ESENCIALES, CUANDO NO SE CONOCE LA CAUSA QUE LAS PRODUCE; SECUNDARIAS, CUANDO SON DEBIDAS A UN FACTOR CAUSAL BIEN IDENTIFICADO (POSTROMBÓTICAS; FÍSTULA ARTERIOVENOSA; MALFORMACIÓN CONGÉNITA) Y RESIDUALES Y / O RECIDIVAS (8; 9 Y 14). EN CUALQUIERA DE ESTOS TIPOS SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y / O EL GRADO DE INSUFICIENCIA VALVULAR, PUEDE PRESENTARSE EL SÍNDROME DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA, COMO PARTE DEL DENOMINADO COMPLEJO CUTÁNEO VASCULAR DE PIERNA, TAN CONOCIDO POR EL DERMATÓLOGO (15). EN OCASIONES, MUCHAS VÁRICES CONSIDERADAS COMO PRIMARIAS, EN REALIDAD SON SECUNDARIAS, YA QUE PUEDEN CORRESPONDER A UNA TROMBOSIS VENOSA ANTIGUA, EN LA QUE NO SE RECONOCIÓ EN SU OPORTUNIDAD, EL EPISODIO AGUDO (EMBARAZOS), Y POR TANTO SE INSISTE EN LA PRÁCTICA DE UN BUEN ESTUDIO DEL PACIENTE VARICOSO.

DOS COMPLICACIONES TEMIDAS Y FRECUENTES DEL PACIENTE VARICOSO RESULTAN SER LOS EPISODIOS DE TROMBOFLEBITIS Y LA RUPTURA INTERNA O EXTERIOR.

AL PASO DEL TIEMPO, LA HIPERTENSIÓN VENOSA EN LA EXTREMIDAD INFERIOR REMATA EN UNA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA, O ÚLCERA; AL HABLAR DE LAS ÚLCERAS DE LAS PIERNAS POR INSUFICIENCIA VENOSA, DE MANERA PRÁCTICA, SE LES OLVIDA LA SIGNIFICACIÓN EN PROPIAMENTE VARICOSA, POSTFLEBITICAS Y CAPILARITICAS, CORRESPONDIENDO POR SU FRECUENCIA AL 65, 30 Y 5 % RESPECTIVAMENTE (16).

LA HISTORIA CLÍNICA ES DE MAYOR IMPORTANCIA, Y ASÍ HE PODIDO CONSTATAR QUE INCLUSO UN DERMATÓLOGO PUEDE DETALLAR VARIADOS ASPECTOS, PARA LO QUE CONSIDERO TRASCENDENTE CONOCER QUE EL FACTOR PREDISPONENTE MÁS COMÚN EN LAS VÁRICES ESENCIALES, JUNTO CON LA TENDENCIA FAMILIAR, ES LA HERENCIA.

LAS VÁRICES PRIMARIAS SON MÁS FRECUENTES EN EL SEXO FEMENINO. LA RAZÓN PARA ESTO ES LA DEFINITIVA INFLUENCIA HORMONAL EN SU APARICIÓN (AGRAVACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DURANTE LA MENSTRUACIÓN, USO CRÓNICO DE ANTICONCEPTIVOS, ETC.), ADEMÁS DE LAS VÁRICES AGRAVADAS DURANTE EL EMBARAZO, POR TODOS BIEN CONOCIDAS. LOS EMPLEOS QUE HACEN PERDURAR LA PRESIÓN HIDROSTÁTICA SOBRE LOS MIEMBROS INFERIORES FAVORECEN LA APARICIÓN DE VÁRICES. ALGUNOS DEPORTES PUEDEN PRODUCIR AUMENTOS SOSTENIDOS Y REPETIDOS DE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL, LO CUAL PUEDE DEPARAR EN INSUFICIENCIA DE LA VÁLVULA OBTURAL DE LA SAFENA INTERNA. LA OBESIDAD AUMENTA LA PRESIÓN INTRABDOMINAL DE MANERA SOSTENIDA Y ADEMÁS PER SE PRODUCE DEBILITAMIENTO DE LA PARED VENOSA. LA CONSTIPACIÓN ES UN HECHO A TOMAR EN CONSIDERACIÓN (17). DEBEN PRECISARSE LOS ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PREVIA RECONOCIDA, O DE SITUACIONES QUE LE PUDIERON PRODUCIR Y EN LAS CUALES PASÓ INADVERTIDA (TRAUMAS, FRACTURAS). LA FECHA DE APARICIÓN ES MUY IMPORTANTE. LAS VÁRICES ESENCIALES APARECEN DES -



... PUES DE LA PUBERTAD, AUNQUE UN AUTOR SEÑALA QUE EN UN 70% APARECEN ANTES DE LA EDADE DE 30 AÑOS. ( 17 ). LAS VÁRICES SECUNDARIAS DEBIDAS A UNA ANGIODISPLASIA POR LO GENERAL APARECEN DESDE LA INFANCIA, ASÍ MISMO ES DE INTERÉS CONSIGNAR EL SITIO O TOPOGRAFÍA, YA QUE ESTO ORIENTA EN SU DIAGNÓSTICO; EN LAS ESENCIALES LO HABITUAL ES QUE SEAN BILATERALES ( 93.9% ) , CON PREDOMINIO DEL LADO IZQUIERDO ( 52% ) (6)

LAS SECUNDARIAS CON MAYOR FRECUENCIA SE OBSERVAN EN UNA SOLA EXTREMIDAD . LAS VÁRICES SUPRAPÚBICAS TESTIMONIAN UNA OBSTRUCCIÓN O AUSENCIA DE LAS VENAS PÉLVICAS ( ILLÍACAS ). LAS FLEBECTASIAS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR SIEMPRE SON DEBIDAS A UNA ANGIODISPLASIA POR LO GENERAL .

DEL GRADO DE ESTASIS DISTAL , PRODUCIDA POR EL REFLUJO CAYOFEMORAL , A NIVEL CAPILAR , DEPENDERÁ LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS FÍSICOS.

COMO YA HE ABEVENADO, EL 90% DE LAS ÚLCERAS DE LAS PIERNAS SON DE ORIGEN VENOSO, Y EN TÉRMINOS PRÁCTICOS PUEDEN A SU VEZ SUBCLASIFICARSE EN VARICOSAS, POSTFLEBÍTICAS Y CAPILARÍTICAS . LA PRIMERA CORRESPONDE EMINENTEMENTE A UNA COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS VARICES ESENCIALES DE PACIENTES QUE GENERALMENTE SON MUJERES ( 65% ) MAYORES DE 40 AÑOS Y EN QUIENES LAS MÁS DE LAS VECES EXISTEN ANTECEDENTES FAMILIARES VARICOSOS. LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA VA PRECEDIDA DE UN PERÍODO DE INDURACIÓN Y PUNTEADO DE LA PIEL DE LA REGIÓN SUPRAMALEOLAR , A MENUDO CON SENSACIÓN DE DISTENSIÓN Y DE PRURITO TENAZ , DONDE SE FRAGA UNA PEQUEÑA ZONA DE NECROSIS , QUE AL DESPRENDERSE DEJA LA ÚLCERA CONSTITUIDA.

LA LOCALIZACIÓN PREFERENTE DE LA ÚLCERA ES LA REGIÓN LATERAL INTERNA DEL TERCIO INFERIOR DE LAS PIERNAS ( SUPRAMALEOLAR ) . ESTA LOCALIZACIÓN CORRESPONDE A LA INSUFICIENCIA DEL CAYADO DE LA SAFENA INTERNA Y ES LA MÁS FRECUENTE . MÁS RARAMENTE, PUEDE CORRESPONDER A FALLA DE LA SAFENA EXTERNA . POR MORFOLOGÍA , PODEMOS RATIFICAR QUE SE TRATA DE UNA ÚLCERA DE CONFIGURACIÓN OVALADA O REDONDEADA , DE EJE MAYOR VERTICAL , PERO QUE PUEDE ADQUIRIR LAS MÁS VARIADAS FORMAS , SI LA ÚLCERA ES ANTIGUA , Y CONVERTIRSE EN ANULAR , LLEGANDO A RODEAR LA PIERNA EN CONDICIONES EXTREMAS ( DENOMINADO ELLO, EN VANQUITO ). EL ASPECTO ES ASÍ MISMO DIVERSO Y SUSCEPTIBLE DE MODIFICARSE CON RAPIDEZ , SEGÚN SE HALLA O NO INFECTADA, EXISTA MAYOR O MENOR FACTOR ORTOSTÁTICO O TRASTORNO DISTRÓFICO EN EL TERRENO DE ASIENTO. LOS BORDES DE LA ÚLCERA AL PRINCIPIO ESTÁN DESPREGADOS , Y EL -

ALGUNAS REVISIONES INEXISTEN EN QUE SI LA ÚLCERA HA PERMANECIDO ABIERTA DURANTE MUCHOS AÑOS, LAS INFECCIONES REPETIDAS NO SOLAMENTE ESCLEROSARÁN OU LEGHO SUPRIMIENDO LA APITUD REPARADORA DE LOS TEJIDOS, SINO QUE PUEDEN CREAR OSTENSIBLES PERTURBACIONES DE LA CIRCULACIÓN LINFÁTICA ( 18, 19 Y 20 ), QUE PUEDEN CONDUCIR A LA ETAPA MÁS CRÓNICA Y PENOSA DEL PADECIMIENTO, CONSISTYENDOSE COMO PARTE DE LA ENTIDAD DENOMINADA " ELEFANTIASIS NOSTRA ". LA HIPODERMITIS CRÓNICA QUE A LA PAR SE VA PRODUCIENDO, ES CAPAZ DE PRODUCIR REPERCUSIONES SOBRE EL HUESO SUBYACENTE, POR MUTACIONES CÁLICAS LOCALES CON LA CONSIGUIENTE IMPREGNACIÓN CÁLICA DEL TEJIDO CONJUNTIVO, FUSIÓN DE LOS TEJIDOS Y DESAPARICIÓN DE LOS PLANOS DE DESLIZAMIENTO, Y EN ÚLTIMO TÉRMINO RETRACCIONES CÁPULOLIGAMENTOSAS Y APONEURÓTICAS, QUE DARÍAN COMO RESULTADO UNA CONFIGURACIÓN DE PIE EQUINO. LAS HEMORRAGIAS PERSISTENTES SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS ÚLCERAS DE PEQUEÑO TAMAÑO Y SOBRE TODO EN EL TERRENO PREULCEROSO. EN MÉXICO, SE HA DESCRITO COMO PARTE DE LA HISTORIA NATURAL DEL PROCESO, EL FAGEDONISMO, CARACTERIZADO POR UNA EXTENSIÓN RÁPIDA EN SUPERFICIE Y A VECES EN PROFUNDIDAD, ESTA SITUACIÓN ES DERIVADA DE LA FALTA DE HIGIENE, LA MACERACIÓN DEL TEJUMENTO EN VEJIDAD CON LA ÚLCERA Y UN TERRENO CUTÁNEO AMPLIAMENTE DEBILITADO POR PROCESOS CONCOMITANTES DONDE EL COMÚN DENOMINADOR ES EL EDEMA ( CARDIACO, RENAL Y HEPÁTICO ). ASÍ MISMO ES FACTIBLE, QUE EL ENFERMO AGUDA POR PRIMERA VEZ A CONSULTA, IMPERANDO OTROS PROCESOS SUPERIMPUESTOS CUALES SON LA ERIPÍDELA, LA DERMATITIS ERIPÍDELOIDE, LA DERMATITIS POR CONTACTO, LA FASCIITIS NECROTIZANTE, LA CELULITIS BINCROBISTA NECROTIZANTE Y LA LINFANQUITIS AGUDA.

LA ÚLCERA POSTFLEBÍTICA SE PRODUCE EN PACIENTES CON ANTECEDENTES FLEBÍTICOS. PUEDE SER QUE EL EPISODIO AGUDO PRECEDENTE PASE INADVERTIDO A ENFERMO Y MÉDICO, Y POR ELLO PASE INFRADIAGNOSTICADA. APARECE GENERALMENTE EN UNA PIERNA SIN VÁRICES, Y SE INICIA SOBRE UN TERRENO EDEMATOSO, INDURADO, ATRÓFICO, CAPILARÍTICO Y PIGMENTADO. SUELE SER UNILATERAL, A EXCEPCIÓN DE QUE LA FLEBITIS HUBIERE SIDO BILATERAL O AFECTARA LA CAVA INFERIOR; OTRAS VECES ES MÚLTIPLE. LA LOCALIZACIÓN Y ASPECTO ES VARIABLE, PERO SUELE ASENTAR PREFERENTEMENTE EN LA REGIÓN MALARLAR INTERNA. SE ACOMPAÑA DE DOLOR PERMANENTE Y ACENTUADO, Y DE REGRUDESCENCIA NOCTURNA ( QUE SE EXPLICA POR AFECIÓN DE LOS NERVIOS SIMPÁTICOS ADVENTICIALES ), SIENDO LAS ALTERACIONES CUTÁNEAS QUE CONLLEVA ESTE TIPO DE ÚLCERAS, MUCHO MÁS ACENTUADOS QUE EN LAS VARIOSAS ( 11 Y 17 ).

LA ÚLCERA CAPILARÍTICA, ES AQUELLA QUE ASIENTA SOBRE PLACAS DE ANGIODERMITIS PIGMENTARIA Y PURPÚRICA QUE, A SU VEZ, SON CONSECUENCIA.

... DE ANTIJAS VÁRICES Y SOBRE TODO FLEBITIS, CON SU ESTADIS CORRESPONDIENTE . ESTAS PLACAS , DE COLOR ROJO CIANÓTICO , SUELEN SER DE GRAN TAMAÑO Y TRADUCEN LESIONES MICROANGIÍTICAS DE LOS CAPILARES ARTERIALES Y VENOSOS APARECIDAS TRAS LARGOS EPISODIOS DE EDEMA E HIPOXIA HÍSTICA . SU LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ES LA SUBMALEOLAR O RETROMALEOLAR . SON PEQUEÑAS , DESDE UNOS MILÍMETROS A 2 CM. DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE , CIRCULARES , SUPERFICIALES , DE BORDES DESPEGADOS Y FONDO ESFACELADO , RODEADAS DE UN HALO ERITEMATOSO-INFLAMATORIO . SON MÚLTIPLES Y MUY DOLOROSAS ( 18 ) .

¿ CUALES SON LAS FASES DE LA CICATRIZACIÓN DE UNA ÚLCERA FLEBOSTÁTICA ? TAL ENUNCIADO PRETENDE ABORRDAR CONCEPTOS HISTOPATOLÓGICOS QUE JUZGO TRANSCENDETE ENTENDER , A FIN DE ANALIZAR JUICIOSAMENTE LAS DISTINTAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS CON LAS ACTUALMENTE CUENTA EL MÉDICO ESPECIALISTA Y NO ESPECIALISTA, PARA AYUDAR A ÉSTE ENFERMO TAN CRÓNICO QUE ES EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA .

PUEDEN SIMPLIFICARSE LAS FASES DE LA CICATRIZACIÓN EN RELACIÓN A TRES ETAPAS , QUE SUCEDERÁN DEPENDIENDO DE QUE TRANSCURRAN HORAS, DÍAS O MESES . CRUEBAMENTE , UN AUTOR ( 21 ) INFORMA DE LA SIGUIENTE SUCESIÓN DE EVENTOS : REACCIÓN INFLAMATORIA , FIBROPLASIA , CONTRACCIÓN DEL LECHO ULCERADO Y REMODELACIÓN DE LA ESCARA . LOS EVENTOS BIOQUÍMICOS E HISTOLÓGICOS QUE CRUEBAMENTE APARECEN COMO LOS PRINCIPALES EN CADA UNA DE ELLAS ES SEGÚN LA SIGUIENTE SECUENCIA : A) MICROTROMBOS EN PEQUEÑOS VASOS , OCLUSIÓN POR FIBRINA Y ACUMULACIÓN DE CELULAS INFLAMATORIAS . AQUI ES PARTICULARMENTE INTEREDANTE INSISTIR EN DOS PUNTOS : 1o. SE INICIA LA SÍNTESIS DE LAS COLÁGENAS TIPO I Y III , DEPENDIENTES DE OXÍGENO , PARA LOGRAR LA HIDROXILACIÓN PROLINA Y LISINA RESPECTIVAMENTE ( CON UN NIVEL CRÍTICO DE PRESIÓN BAROMÉTRICA EQUIVALENTE A 20 TORR ( 21 ) . 2o. SE LIBERAN EN CANTIDADES IMPORTANTES SUSTANCIAS ALGÓIDENAS, DE LAS CUALES DESTACA PGE2 ( DE LAS PROSTAGLANDINAS MÁS ALGÓIDENICAS QUE SE HAN DESCRITO HASTA AHORA ( 22 ) . B) REEPITELIZACIÓN , CONTRACCIÓN DE LA ÚLCERA Y NEO-ANGIOGÉNESIS; EVENTOS EN LOS CUALES DESTACA LA INTENSA ACTIVIDAD DEPENDIENTE DE FIBROBLASTOS , CELULAS QUE CON SUS CAPACIDADES MIGRATORIA Y CONTRÁCTIL , ORIGINAN A EXPENSAS DE LOS GLICOSAMINOLÍCIDOS TEJIDO DE GRANULACIÓN Y POR ENDE CONTRACCIÓN CENTRÍPETA DEL LECHO ULCEROSO; POR OTRA PARTE , LOS DISTINTOS TIPO DE MACRÓFAGOS Y CELS. MONONUCLEARES QUE HAYAN APARECIDO EN EL SITIO LESIONADO , PROPICIARÁN LA SECRECIÓN DE SUSTANCIAS NEOFORMADORAS DE VASOS ( 21 ) . ESTE RITMO DE CRECIMIENTO SE HA DETERMINADO EN APROXIMADAMENTE DE .6 A .15 MM/DÍA .

ENTENDER LA PATOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD VENOSA QUE REMATA EN ULCERACIÓN , ES CAPITAL . HOY , SE MENCIONA COMO HIBÓTESIS UNIVERSAL , LA FALLA MUSCULAR PRIMARIA EN SU ACTIVIDAD COMO BOLIDA PARA FAVORECER LA CORRIENTE VENOSA DE RETORNO, CON LO CUAL PERMITE LA DISTENSIÓN DEL LECHO VENOSO DE LA -

... DERMIS PAPILAR , PERMITIENDO CON ELLO FUGA DEL FIBRINÓGENO , Y CONSECUENTE DEPÓSITO DE FIBRINA EN LOCALIZACIÓN PERICAPILAR . LAS BIOPSIAS QUE ALGUNOS INVESTIGADORES HAN REALIZADO A DICHO NIVEL ( CON ÁCIDO FOSFOTUNGSTICO Y HEMATOXILINA-EOSINA ) HAN MOSTRADO LIPODERMATOESCLEROSIS , QUE EXPLICA ENTRE OTRAS COSAS LA HIPERPIGMENTACIÓN HEMOSIDERÓTICA Y LA INDURACIÓN CUTÁNEA QUE IDENTIFICA AL COMPLEJO CUTÁNEO VASCULAR DE PIERNA ( 22,23 Y 24 ) .

OTROS HAN MENCIONADO QUE ESTOS ENFERMOS PRESENTAN DÉFICIT EN EL SISTEMA FIBRINOLÍTICO LOCAL , CON PROLONGACIÓN DEL TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS Y ELEVACIÓN DEL FIBRINÓGENO PLASMÁTICO LOCAL ( 25 ) . LUEGO ENTONCES ES VIABLE PENSAR EN QUE AMBOS MECANISMOS , DE MANERA SINERGISTA , CONLLEVAN COMO CONSECUENCIA FINAL LA ENFERMEDAD VENOSA EN ESTADIOS AVANZADOS , QUE DE TODAS MANERAS CONVERGE A UN PUNTO FISIOPATOLÓGICO : DEPÓSITO PERICAPILAR DE FIBRINA . MUCHOS Y VARIADOS HAN SIDO LOS INTENTOS EN DELINEAR UN ALGORITMO , PARA EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA VENOSA QUE NO CICATRIZA; DE ELLOS ME HA GUSTADO EL QUE DELINEA LO SIGUIENTE ( 23 ) :

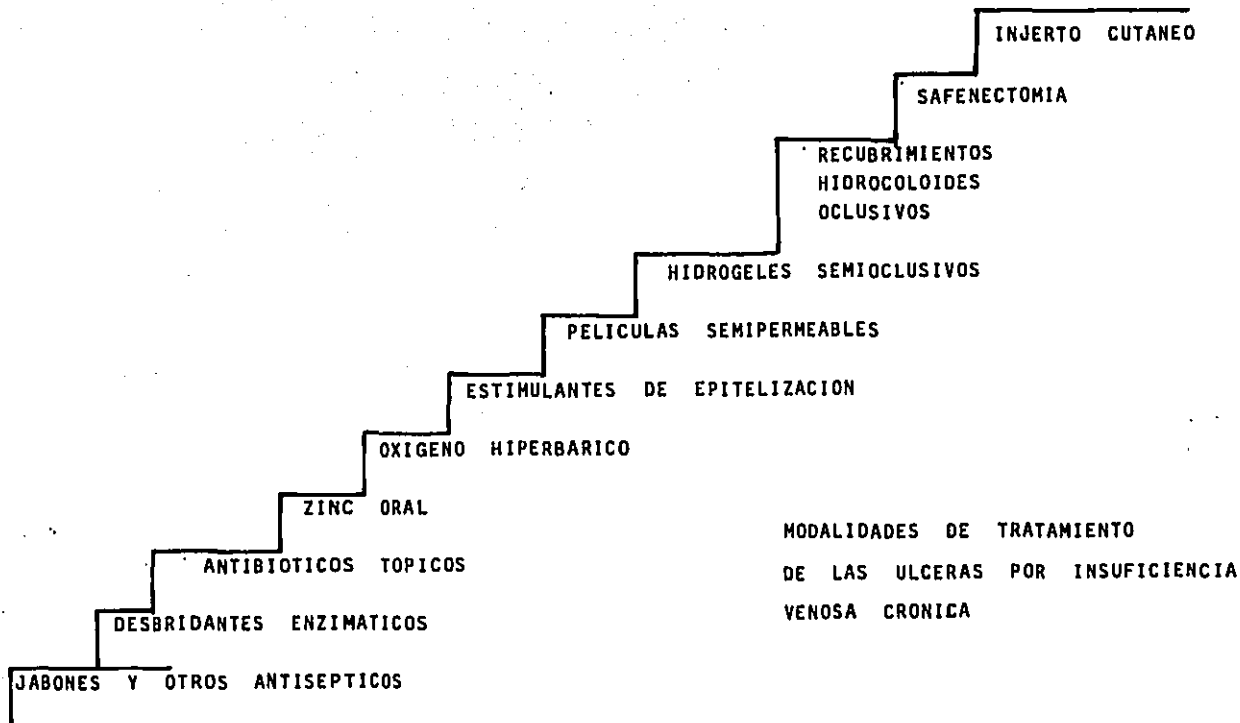
1. ¿ EXISTE ALGÚN PADECIMIENTO DE BASE, COMO D.M., INSUFICIENCIAS CARDIACA , HEPÁTICA O RENAL ?
2. ¿ APARTE DEL EDEMA , JUEGAN ALGÚN PAPEL TRAUMA O DERMATITIS POR CONTACTO ?
3. ¿ COEXISTE ÚLCERA ISQUÉMICA , COMO LA TROMBOANGIÍTICA, ARTERIOESCLERÓTICA, HIPERTENSIVA O DIABÉTICA ?
4. ¿ HAY CELULITIS ACTUAL ?

TRADICIONALMENTE SE HA CONSIDERADO LA ECUACIÓN : ÚLCERA = APLICACIÓN DE UN PRODUCTO CICATRIZANTE . NADA MÁS ERÓNICO Y PRECIPITADO . ANTE TODO DEBE ETIQUETARSE Y VALORAR LA CAUSA DEBENDADENANTE Y EL TIPO DE ÚLCERA .

CONTESTANDO LAS PREGUNTAS ANTERIORES , PUEDE PLANTEARSE LO SIGO :

5. ¿ HAY CONTAMINACIÓN BACTERIANA PERSISTENTE ?
6. ¿ QUE TAN CRÓNICA , INFECTADA Y EDEMATOSA SE ENCUENTRA LA ÚLCERA? LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA .-

DESDE EL SIGLO VI , AEGIO DE AMIDE , EN EL TETRADIBLÓN , MENCIONABA EL VENDAJE COMPRESIVO , COMO PARTE ÚTIL DEL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA FLEBOSTÁTICA ( 7 ) . POSTERIORMENTE , NUMEROSAS PERSONALIDADES PROPUSIERON DIVERSAS MODALIDADES , DESTACANDO DE ELLAS , LA INGENIOSA BOTA DE UNNA ( ÓXIDO DE ZINCO , CALAMINA Y GELATINA , CON FÉRULA DE YESO A PERMANENCIA ) Y POSTERIORMENTE UNA CUANTIOSA GAMA DE MODALIDADES , QUE VAN DE LO RAZONABLEMENTE LÓGICO HASTA LO INVEROSÍMIL Y RIGORISO . HE TRATADO EN EL ESQUEMA 1 , DE SIMPLIFICARLOS , EN UNA ESCALERA QUE VA DESDE EL TRAUMÁTICO LAVADO LOCAL ( PRIMITIVO Y EN DECUBO ) HASTA CUALQUIERA DE LAS MODALIDADES DE INJERTOS CUTÁNEOS .



\* ESQUEMA N°1

INDUDABLEMENTE QUE EL MEJOR DE LOS ENFOQUES DE TRATAMIENTO ES AQUEL QUE TOMA EN CUENTA LAS DISTINTAS PECULIARIDADES SISTÉMICAS Y LOCALES DEL PACIENTE EN CUESTIÓN. DE LAS PRIMERAS SE SEÑALAN CON FRECUENCIA, LAS DEFICIENCIAS INMUNOLÓGICAS DEPENDIENTES DEL ESTADO NUTRICIONAL, Y QUE INTERFIEREN CON UNA BUENA CICATRIZACIÓN. ESTAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES POR SU PUESTO SERÁN MÁS FRECUENTEMENTE VISTAS HACIA LA TERCERA EDAD ( SENECTUD ), ETAPA QUE ENTRE OTRAS COSAS, PLANTEA SERIAS DIFICULTADES DE TRATAMIENTO. EL MENCIONADO DÉFICIT NUTRICIONAL, ES ATRIBUIBLE EN PRIMERA INSTANCIA A HIPOALBUMINEMIA Y DÉFICIT EN LOS NIVELES DE TRANSFERRINA ( 23 ). LOS MÚLTIPLES DÉFICITS ASÍ MISMO ESPERADOS PARA ESTE GRUPO DE EDAD, MUESTRAN ENTRE OTRAS COSAS, DESCENSO EN LOS NIVELES DE ACIDO ASCÓRBICO Y ZINC, QUE INTERVIENEN EN LA HIDROXILACIÓN DE LISINA Y PROLINA PARA LA SÍNTESIS DE COLÁGENA Y ANOMALÍAS EN LA RESPUESTA INMUNE LOCAL Y AUSENCIA DE ACTIVIDAD ENZIMÁTICA FIBRINOLÍTICA RESPECTIVAMENTE, ( 22 Y 23 ).

LA INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS PUEDE SER DE VITAL IMPORTANCIA. POR EJEMPLO EL USO CRÓNICO DE ESTEROIDES O LOS ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDES, IMPEDIRÍAN POR SUPUESTO UNA CICATRIZACIÓN ÓPTIMA. SE HA DELINEADO INCLUSO QUE LA DOBIS DE 10 MG. DE PREDNISONA YA ES CAPAZ DE PRODUCIR DICHO EFECTO NOCIVO ( 24 ).

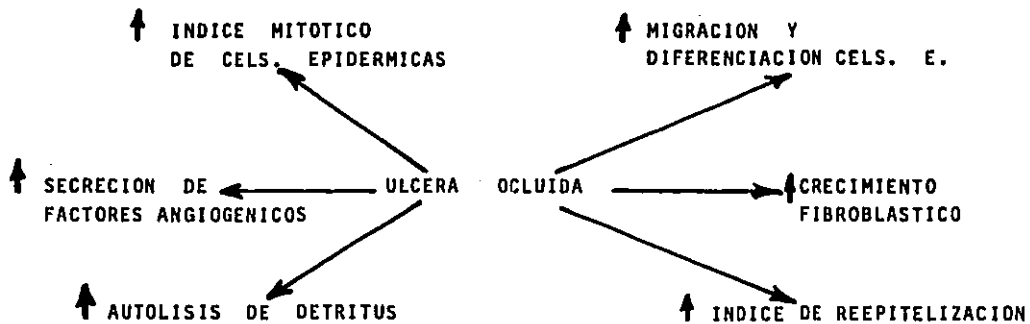
DE LOS DISTINTOS FACTORES ENTORPECEDORES DE LA CICATRIZACIÓN A NIVEL LOCAL, MUCHO SE HA INSISTIDO EN LOS SIGUIENTES: EDEMA POR COMPROMISO DEL SISTEMA LINFÁTICO REGIONAL Y BLOQUEO VENOSO PRIMARIO. PARA ESTO HAY QUE CONSIDERAR QUE SE HA ESTABLECIDO ( 25 ), QUE UN BUEN VENDAJE COMPRESIVO EN LA ARTICULACIÓN CALCÁNEO-ASTRAGALINA Y A NIVEL DE PLEXO SÓLEO, EQUIVALENTES A 24 Y 16 MM/Hg BASTA PARA LOGRAR CICATRIZACIONES EN PLAZOS QUE VAN DE 11 A 18 SEMANAS. INDUDABLEMENTE QUE DESTACAN LOS EFECTOS DELETÉREOS DE LA DERMATITIS CRÓNICA POR CONTACTO. DE HECHO, EL COMPLEJO CUTÁNEO VASCULAR DE PIERNA HA SERVIDO COMO MODELO A PARTIR DEL CUAL SE HAN LOGRADO IMPORTANTES AVANCES EN EL ENTENDIMIENTO DE LAS NUMEROSAS VÍAS ATRAVÉS DE LAS CUALES SE VA GESTANDO LA DERMATITIS POR HIPERSENSIBILIDAD MEDIATA Y TARDÍA ( 26 ). RESULTA DE UTILIDAD INSISTIR EN QUE UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES ( SI NO ES QUE LA MAYORÍA ) ACUDEN POR PRIMERA VEZ, CON TRATAMIENTOS INADECUADOS, SOBRE TODO TÓPICOS, COMO PREPARADOS POLIVALENTES, DE LOS CUALES DESTACAN LOS ANTIIBIÓTICOS AMINOGLUCOSÍDOS ( NEOMICINA, GENTAMICINA ), Y OTROS COMO EL CLO-RAMFENICOL LEVÓGIRO, LAS TINTURAS O COLORANTES ( VIOLETA DE GENCIANA, COBINA, ISODPOLIVINILPIRROLIDONA = ISODINE, ETC. ), DESINFECTANTES SAPONIFICADOS ( TODA LA GAUAMA DE JABONES ALCALINOS Y PERFUMADOS QUE EXISTEN EN NUESTRO

... TRO MEDIO CON ALTO CONTENIDO DE SALICILANILIDA ) , ENZIMAS FIBRINOLÍTICAS CON SUPUESTAS ACTIVIDADES DE DESBRIDACIÓN ( FIBRINOLISINA , ETC. ) Y POR SUPUESTO LOS INFALTABLES REMEDIOS AUTOPRESCRITOS EN CASA Y FUNDAMENTADOS EN LA HERBOLARIA AZTECA ( TEPEZQUEHUITE , SÁBILA , MASTUERZO , ACETOLIA , PIRUL , CHIQUIADORA , ETC. ) . ¿ QUE PAPEL JUEGA LA INFECCIÓN A NIVEL DEL LECHO ULCEROSO ? CONTESTAR ÉSTA PREGUNTA , CONLLEVA EL RIESGO DE NO ABARCAR LAS DIFERENTES FACETAS Y AVANCES TERAPÉUTICOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HAN DELINEADO UN NUEVO ENTENDIMIENTO EN EL ROL DE LA OCLUSIÓN , COMO UN HECHO PROBADAMENTE BENÉFICO PARA LA CURACIÓN DE LAS ÚLCERAS . SIN EMBARGO DE LAS LITERATURAS A LAS QUE HE TENIDO ACCESO , PUEDO CONCLUIR LO SIGUIENTE : A) ACUDEN AL LECHO ULCEROSO UN SINDÉRMICO DE BACTERIAS , INCLUYENDO DISTINTOS PATÓGENOS . B) DE ESTOS , DESTACAN DOS TIPOS , LOS MÓVILES , DE LOS CUALES LA BACTERIA MÁS IMPORTANTE ES PSEUDOMONA AERUGINOSA , Y DE LOS INMÓVILES , EL ESTAFILOCOCCO DORADO . C) ENTRE OTRAS RAZONES , UNA ÚLCERA ABIERTA Y POR ENDE CONTAMINADA , TARDARÁ MUCHO MÁS TIEMPO EN SANAR QUE UNA ÚLCERA CUBIERTA , EN RAZÓN DE QUE NUMEROSOS DISCERNOS EXPERIMENTALES EN ANIMALES ( 22 , 24 , 25 Y 26 ) Y EN HUMANOS ( 23 , 27 ) , HAN PROBADO QUE AL DISMINUIR LOS POTENCIALES DE OXIDO REDUCCIÓN EN LA ÚLCERA Y EN LA PIEL CIRCUNDANTE A ELLA , SE ABATEN OSTENSIVAMENTE LOS CONTEOS BACTERIANOS . LA DIVERSIFICACIÓN DE RESULTADOS IN VIVO E IN VITRO ( 25 ) , SE PRESENTA EN FUNCIÓN DEL ENTORNO MICROBIANO CADA VEZ MÁS CAMBIANTE EN FUNCIÓN DE INFECCIONES HOBOCOMIALES , HÁBITOS DEL ENFERMO , ADECUACIÓN DE UNA TÉCNICA SATISFACTORIA DE APLICACIÓN DE LOS DISTINTOS PRODUCTOS QUE RECUBREN UNA ÚLCERA , EMBOLIZACIÓN METABÁSICA DE BACTERIAS EN INMUNOSUPRIMIDOS , TERRENO LESIONAL PREVIO , ETC. .

¿ PORQUE UNA ÚLCERA ABIERTA NO FAVORECE LA CICATRIZACIÓN ? . DESEO ABORDAR LA RESPUESTA A ÉSTA CUESTIÓN , MENCIONANDO QUE A PARTIR DE 1960 , DISTINTAS CASA COMERCIALES , HAN INFORMADO DE MANERA CADA VEZ MÁS PROFUNDA SOBRE LOS AVANCES EN EL ENTENDIMIENTO DEL ROL BENÉFICO DE LA OCLUSIÓN , BAJO LAS SIGUIENTES PREMISAS : A) MINIMIZAR LAS POBLACIONES BACTERIANAS ; B) ATENUAR EL PORCENTAJE DE DETRITOS CELULARES QUE OBSTACULIZAN EL VARIADO MUNDO DE LAS ACTIVIDADES OCLUSIVAS PRO-CICATRIZANTES , C) REMOCIÓN NO TRAUMÁTICA DE ESFACELO Y DEMÁS TEJIDO NECRÓTICO , D) PROMOVER LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN , E) INDUCIR LA RE-EPITELIZACIÓN . ( 19,20, 21, 23, 24 , 25,26 ) .

POR ENDE , UNA ÚLCERA ABIERTA RETARDA LA CICATRIZACIÓN , EN FUNCIÓN DE TRES FACTORES QUE PODEMOS RESUMIR ASÍ : A) FORMACIÓN DE COSTRA Y EXUDADOS INOPERANTES , B) DISMINUYE EL ÍNDICE DE RE-EPITELIZACIÓN , C) INHIBE LA MIGRACIÓN DE MACRÓFAGOS ( 22, 23 ) . HE TRATADO DE SIMPLIFICAR LOS MÚLTIPLES BENEFICIOS DEL PAPEL DE LA OCLUSIÓN EN EL ESQUEMA No. 2 .

....



\*\* ↑ - QUE PROMUEVE O ESTIMULA



YA HE MENCIONADO LOS DISTINTOS FACTORES QUE INTERVIENEN DE MANERA FRECUENTE EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN, Y ANTES DE COMENTAR LA MICROBIOLOGÍA DE UNA ÚLCERA OCLUIDA, HE DE ENFATIZARLOS: TRAUMA FÍSICO Y QUÍMICO REITERADOS, EDEMA DEL ÁREA CIRCUNDANTE, TOXINAS BACTERIANAS DIVERSAS, TANTO DE GRAM POSITIVOS COMO NEGATIVOS, REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS MÚLTIPLES, CUERPOS EXTRAÑOS, PRESENCIA DE NECROSIS, ETC. ESTOS MECANISMOS INTERFIEREN PREFERENTEMENTE EN LA FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN DE NOVO, Y SUBSECUENTEMENTE EN LA RAPIDEZ DE LA CICATRIZACIÓN ( 23 ) .

¿ CUAL ES ESE NUEVO CONCEPTO EN EL MANEJO DE ÚLCERAS FLEBOSTÁTICAS ?

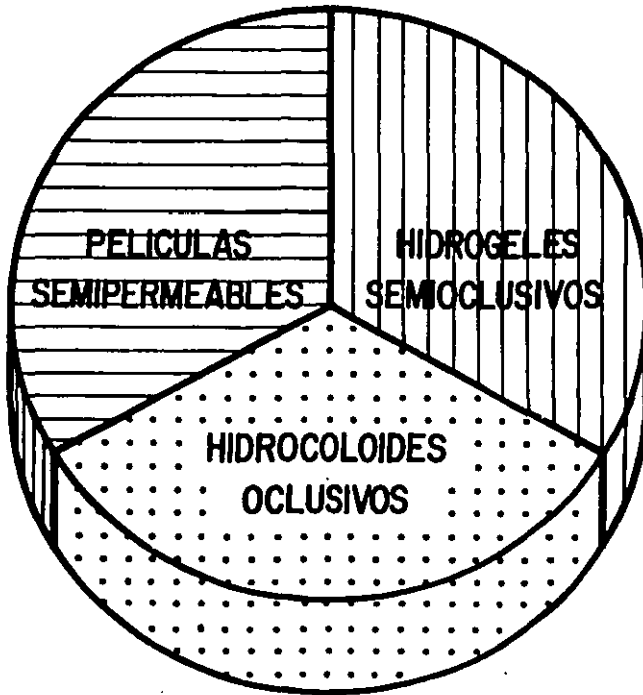
UNA NUEVA FAMILIA DE COMPUESTOS REACTIVOS, PLANTEA UNA GRAN OPCIÓN EN EL VARIADO Y COMPLEJO MUNDO DEL TRATAMIENTO DE ESTAS ÚLCERAS. UNA VEZ QUE COMENZÓ A ENTENDERSE LA MICROBIOLOGÍA DE LA ÚLCERA FLEBOSTÁTICA, COMENZARON A IDEARSE LOS MÁS VARIADOS TRATAMIENTOS CUYA PRETENCIÓN FINAL ERA AISLAR EL LECHO ÚLCEROSO, ES DECIR CREARLE UN MICROAMBIENTE EN OCLUSIÓN. ASÍ FULRON INTENTÁNDOSE LAS MÁS VARIADAS MODALIDADES, QUE DE ACUERDO AL ESQUEMA No. 3, PUEDEN SUBDIVIDIRSE DE LA SIGUIENTE MANERA: A) PELÍCULAS SEMIPERMEABLES, B) HIDROGEL SEMIOCLUSIVOS, O C) HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS .

DE ACUERDO A ESTO, CADA UNO, PUEDE DEFINIRSE DE ACUERDO A SUS PROPIEDADES BIOLÓGICAS SIGUIENTES:

A) FILMS O PELÍCULAS SEMIPERMEABLES: ACUBAN PERMEABILIDAD AL VAPOR DE AGUA, OXÍGENO Y OTROS GASES ( 23 ); EL SUBSTRATO BIOQUÍMICO MÁS IMPORTANTE COMO PARTE DE SU CONTENIDO ES EL POLIETILENO, SIENDO EL EJEMPLO MÁS CLÁSICO EL OP-SITE .

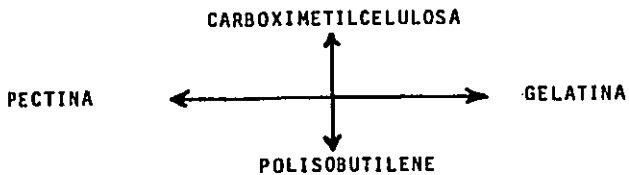
B) LOS HIDROGEL SEMIOCLUSIVOS: PELÍCULAS CUYOS CONTENIDOS QUÍMICOS, LES PROVEE LA CAPACIDAD DE ABSORBENCIA, Y A SU VEZ HACEN DESCENDER LA TEMPERATURA DE LA ÚLCERA Y PREVIENEN LA DESHIDRATACIÓN POR SER IMPERMEABLES AL VAPOR DE AGUA. EL EJEMPLO MÁS CLÁSICO DE ELLOS ES EL VIGILON .

C) RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS. SU CONTENIDO BÁSICO ES CARBOXIMETILCELULOSA, POLIDOBUTILENE, GELATINA Y PECTINA. COMPUESTOS QUE TIENEN COMO PROPIEDAD INDISCUTIBLE, SER IMPERMEABLES A CUALQUIER GAS, ABSORBEN EXUDADO, Y QUE CONFORME SE ESTABLECE EL CONTORNO DE LA ÚLCERA, REMUEVE COMPUESTOS TÓXICOS ASÍ COMO DE PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN NO ÚTILES. ESTOS PRODUCTOS INTERACTÚAN CON EL LECHO ÚLCEROSO FORMANDO A PARTIR DE LA SECRECIÓN DE EL, UN GEL SUAVE, PROTECTOR, FLEXIBLE, NO SENSIBILIZANTE Y ALTAMENTE ADHESIBLE EN LOS BORDES DE IMPLANTACIÓN, DE TAL SUERTE QUE PROTEGE A SU VEZ EL NUEVO TEJIDO REPARADOR, SIN FRACTURARLO, AL MOMENTO DEL RECAMBIO DEL RECUBRIMIENTO. ESTE PRODUCTO SE CONOCE COMO DUODERM, HYDROACTIVE DRESSINGS Y ES FABRICADO POR LA LÍNEA CONVATEC DE SQUIBB. ESQUEMA No. 4



Esquema N° 3

CONTENIDO DE UN RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO :



Esquema N° 4

SIENDO ESTOS ÚLTIMOS PRODUCTOS MENCIONADOS MOTIVO PRINCIPAL DE MI REVISIÓN , VEO DE UTILIDAD COMENTAR ALGUNOS PUNTOS AL RESPECTO. LOS RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS CONTIENEN UNA MEZCLA DE PARTÍCULAS REACTIVAS RECUBIERTAS POR UN POLÍMERO HIDROFÓBICO INERTE. ESTAS PROPIEDADES FÍSICAS LE PROVEEN UNA DE SUS CUALIDADES PRINCIPALES EN SU MECANISMO DE ACCIÓN. ES DECIR, LA PORCIÓN CENTRAL CONTIENE LA MATRIZ ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL PRINCIPAL.

DE ALGUNA MANERA ESTO CONFIERE AL PRODUCTO LA CAPACIDAD DE PRESENTAR UNA MEJOR ADHERENCIA A LOS BORDES PERILESIONALES ULCEROSOS , MISMO QUE LAS MÁS DE LAS VECES MUESTRAN EXTENSA MACERACIÓN QUE DIFICULTA EN DEMASÍA LA APLICACIÓN DE MULTITUD DE POLÍMEROS A MANERA DE GEL. LA CARA EXTERNA DEL RECUBRIMIENTO ES RESISTENTE AL AGUA , Y LAS PARTÍCULAS HIDROACTIVAS CONTENIDAS EN LA CARA INTERNA POSEEN LA CAPACIDAD DE INTERACTUAR CON EL SUBSTRATO ULCEROSO ATRAVÉS DE CAMBIOS ESTRUCTURALES Y TAN PRONTO SE ENCUENTRA EN CONTACTO CON ESTE. SEGUIDAMENTE SE PRESENTA EL FENÓMENO BIOQUÍMICO CONOCIDO COMO " FASE DE INVERSIÓN " , QUE CONSISTE EN UN CAMBIO DE LA MATRIZ INTERIOR DEL PRODUCTO , EN UNA MASA HIDRATADA E HIDROACTIVA , QUEDANDO POR ENDE , LA PORCIÓN CORRESPONDIENTE AL POLÍMERO HIDROFÓBICO , EN LA PARTE MÁS INTERNA.

CONOCIDOS ESTUDIOS CON MICROFOTOGRAFÍA ELECTRÓNICA , HAN MOSTRADO QUE POSTERIOR A ESTO OCURRE LA FORMACIÓN DE ISLAS POLIMÉRICAS ( 24 ) , CUYA COHESIÓN TAN FIRME RESISTE EXPERIMENTOS EN FASE DE INVERSIÓN , COMO LOS REALIZADOS CON UN SOLVENTE DENOMINADO HEPTANO ( 25 ) . ESTE BUCEO CORRELACIONA CON LA EVIDENCIA CLÍNICA DE LA OBSERVACIÓN PAULATINA , EN CADA RECAMBIO DEL RECUBRIMIENTO , DE UNA PSEUDOMEMBRANA , SUAVE , FLEXIBLE Y DELICADA , CON APARIENCIA DE GEL , VISCOZA Y DE CONSISTENCIA ADHERENTE . A SU VEZ , LOGRA OBSERVARSE QUE POR LO GENERAL CUBRE EN SU TOTALIDAD EL LECHO ULCEROSO , UN LÍQUIDO FILANTE , QUE REZUMA CONTINUAMENTE , DE COLORACIÓN AMARILLENTO , DE OLOR SUEGNERIS ( QUERATINA + DETRITUS ) , QUE TRADUCE EL EFECTO BENEFICO INICIADO ATRAVÉS DE LA MIGRACIÓN CELULAR . ESTE PRODUCTO PROVIENE DEL MISMO RECUBRIMIENTO , Y LA TRASCENDENCIA DE SABER IDENTIFICARLO ESTRIBA EN QUE BIEN PODRÍA CORRESPONDER A EXUDACIÓN PULTÁCEA , LO CUAL POR SUPUESTO CAMBIA LAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS. MULTITUD DE ESTUDIOS REALIZADOS EN EL CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ESCUELA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE PITTSBURGH , EN PRO DE UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS , HAN DEFINIDO EL PAPEL TRASCENDENTAL DE PRESERVAR LOS FLUIDOS QUE EMANAN DE LA PROPIA ÚLCERA , HECHO ADVERTIDO CON EL USO DE LOS RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES Y QUE HAN DEMOSTRADO FENAGIENTEMENTE QUE APRESURAN LA CICATRIZACIÓN , AL COMPARARLOS CON LO QUE SUCEDE AL USAR RECUBRIMIENTO CON GASA SECA , PELÍCULA DE POLIURETANO ADHESIVA Y DEJANDO LA ÚLCERA ABIERTA . DOS HECHOS SE ENCUENTRAN BIEN DEMOSTRADOS , ( 23 , 24 ) ,

... Y EL PRIMERO DE ELLOS ES QUE EL ANÁLISIS BIOQUÍMICO DE LAS ÚLCERAS QUE HAN SIDO TRATADAS CON RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS, MUESTRAN A NIVEL DE LA DERMIS, SÍNTESIS DE COLÁGENAS I Y III, YA DESDE LOS PRIMEROS CUATRO DÍAS LUEGO DE APLICADO EL PRODUCTO. EL SEGUNDO HECHO ES UN TANTO CON- TROVERTIDO ( 25 , 26 Y 27 ) , YA QUE COMO SE HA MENCIONADO EL RECUBRIMIENTO ES PRACTICAMENTE IMPERMEABLE INCLUSO AL PASO DE OXÍGENO , Y POR TANTO ALGUNOS AUTORES NO EXPLICAN DE MANERA CONVINCENTE EL PAPEL DEMOSTRADO DEL OXÍGENO COMO ELEMENTO NECESARIO DE LA CICATRIZACIÓN. OTROS MÁS ASEGURAN QUE ES JUSTAMENTE A PARTIR DE LA PÉRDIDA DE OXÍGENO QUE SE SUCEDEN LOS EVENTOS PRIMORDIALES DE LA CICATRIZACIÓN , ES DECIR , QUE ESTO ACTÚA COMO " GATILLO " PARA QUE ACONTEZCA LA ANGIOGÉNESIS , PARA LO CUAL ALGUNOS HAN IDEADO SOFISTICADOS MÉTODOS CON VELOCIMETRÍA POR DOPPLER Y PLETISMOGRAFÍA CON FOTOPULSO , QUE LO RATIFICAN . ( 28 , 29 , 30 ) .

¿ CUÁL PUEDE SEÑALARSE COMO OTRO BENEFICIO SUBSTANCIAL QUE PROPONEN LOS INVESTIGADORES SOBRE LOS RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS ? . SI YA SE HA COMENTADO PREVIAMENTE QUE LA ABSORCIÓN DEL EXUDADO DE LA MANO CON LA CONOCIDA INTERACCIÓN DEL HIDROCOLOIDE CON EL MATERIAL PROVENIENTE DEL LECHO ÚLCEROSO REMATA EN FORMACIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN , SE ANTOJA COMO OTRO BENEFICIO SUBSTANCIAL , QUE DEBE A SU CAPACIDAD DE ADHERENCIA , AL RETIRAR EL RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE , EL TEJIDO RE-EPITELIZADO NASCIENTE NO SUFRE DISRUPCIÓN ( 31 ) , ES DECIR , AL PRACTICAR EL RECAMBIO DE UN RECUBRIMIENTO A OTRO , NO SUCEDE FRACTURA DEL TEJIDO REFORMADO , COSA QUE HABITUALMENTE CONSTITUYE UN GRAN PUNTO ENDEBLE QUE HASTA AHORA SE VE EN LA GAMMA EXTENSA DE ESTOS TRATAMIENTOS .

¿ TIENEN OTRAS APLICACIONES LOS RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS ? . EN EFECTO , SU POTENCIAL CICATRIZANTE Y PROMOTOR DE LA RE-EPITELIZACIÓN HA MOTIVADO MULTITUD DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS , POR DEMÁS INTERESANTES , CITÁNDOSE COMO LAS PRINCIPALES : PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO ( 32 , 33 , 34 , 35 Y 36 ) , LA COBERTURA DE LA PIEL CIRCUNDANTE PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTERES INTRAVENOSOS A PERMANENCIA ( QUIMITERAPIA , ALIMENTACIÓN PARENTERAL V. GR. BROVIACK , HICKMANN ) ( 37 , 38 ) , TRATAMIENTO URGENTE DE LAS QUEMADURAS DE PRIMER GRADO Y SEGUNDO GRADO SUPERFICIALES ( 39 , 40 , 41 , 42 Y 43 ) , RECUBRIMIENTO DE DONADOR CUTÁNEO ( 44 , 45 ) , EN ENTIDADES QUE CURSAN CON SEVERA INFLAMACIÓN CRÓNICA , COMO EL CASO DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA ( EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES , PERIANAL , AXILAR , ETC. ) , Y PODRÍAMOS MENCIONAR OTRAS MÁS QUE AUNQUE LA EXPERIENCIA AÚN ES JOVEN , YA SE VISLUMBRAN COMO TRASCENDENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO , STOMACHESIVE - WAFER -

... QUE RESULTAN SER PROTECTORES QUE FORMAN UNA BARRERA CUTÁNEA ADHESIVA EN LA PIEL CIRCUNDANTE A LAS OSTOMÍAS , EN SUS MÁS VARIADAS FORMAS ( COLOSTOMÍA , ILEOSTOMÍA , ETC. ) .

LUEGO DE CONOCER ESTAS INOVACIONES DE TRATAMIENTO , Y DADO QUE EN MÚLTIPLES OCASIONES NO TENEMOS MÁS, QUE ENCOGERNOS DE HOMBROS FRENTE A UN ENFERMO TAN CRÓNICO Y MUCHAS VECES DESHAUCIADO , TUVE GRAN MOTIVACIÓN PARA REALIZAR UN ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS FLEBOSTÁTICAS , AL QUE INTITULÉ :

" ÚLCERAS POR INSUFICIENCIA VENOSA :  
& RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO

O

TRATAMIENTO CONVENCIONAL ? "

CRITERIOS DE SELECCION .-

SOLAMENTE LAS ÚLCERAS RESULTADO DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA , CUYOS TRATAMIENTOS PREVIOS , CUALESQUIERA QUE FUESEN ( ANTISÉPTICOS O ANTIBIÓTICOS LOCALES , VENDAJE COMPRESIVO , REMEDIOS CASEROS , INJERTOS CUTÁNEOS , ENZIMAS DESBRIDANTES , ETC. ) , FUERON INCLUIDAS .

SE CONSTITUYERON COMO CRITERIOS DE EXCLUSIÓN , LA EXISTENCIA DE HUESO EXPUESTO , OSTEOMIELITIS O INFECCIÓN SUPERFICIAL O PROFUNDA ACTIVAS . NO HUBO PREFERENCIA PECULIAR SOBRE ÚLCERAS SUPERFICIALES O PROFUNDAS .

MATERIAL Y METODOS .-

EL ESTUDIO CONSISTIÓ DE DOS GRUPOS :

GRUPO I : 17 PACIENTES QUE FUERON TRATADOS CON RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO ( R.H.O. ) Y

GRUPO II : 18 PACIENTES TRATADOS CON MANEJO HABITUAL O CONVENCIONAL ( PARA EL LUGAR DONDE FUE REALIZADO EL ESTUDIO , Y QUE CONSISTIA BASICAMENTE EN FOMENTACIONES CON PERMANGANATO DE POTASIO AL 1 X 10,000 Y ULTERIOR APLICACIÓN DE YODOCLORHIDROXIQUINOLEINA EN CREMA AL 3% ) .

EN LA APERTURA DEL ESTUDIO , A TODOS LOS ENFERMOS SE LES REALIZÓ HISTORIA CLÍNICA COMPLETA , ENFATIZANDO ASPECTOS COMO EL ESTADO GENERAL DE SALUD , ACTIVIDAD MOTRIZ ( CARACTERÍSTICAS DE LA DEAMBULACIÓN ) , MOVILIDAD DEL MIEMBRO EN CUESTIÓN , CONDICIONES DE LA PIEL CIRCUNDANTE A LA ÚLCERA VENOSA , RESPUESTA Y CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA A TRATAMIENTOS PREVIOS , TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS , CARACTERÍSTICAS DE LA ÚLCERA CONSIDERANDO DESDE EL PUNTO DE VISTA SEMIOLÓGICO ASPECTOS COMO DIÁMETRO , PRESENCIA DE NECROBIS , PRESENCIA DE EXUDADO , ETC. , PARA LO CUAL SE DISEÑÓ UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO QUE EN EL ESQUEMA No. 5 DETALLO . EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE PROCEDIESE UNA VEZ IDENTIFICADA UNA PATOLOGÍA DE BASE O BIEN EL TRATAMIENTO QUE PREVIAMENTE YA ESTUVIERA ESTABLECIDO , SE CONTINUARON SIN MODIFICACIONES .

Esquema No. 5

FIGHA DE IDENTIFICACION :

INICIALES DEL PACIENTE :

EDAD :

SEXO :

¿ ES EL ENFERMO DIABETICO ?

¿ CUAL ES EL DIAGNOSTICO PRIMARIO ?

¿ CUAL ES LA MEDICACION QUE HA EMPLEADO ?

CONDICIONES GENERALES DE SALUD :

1. EXCELENTE
2. BUENA
3. POBRE
4. MUY POBRE

ACTIVIDAD ( M. AFECTADO ) :

1. AMBULATORIA
2. AUXILIADO
3. PERMANECE SENTADO
4. NO SE MUEVE

MOVILIDAD :

1. TOTAL
2. RESTRINGIDA
3. MUY RESTRINGIDA
4. INMOVIL

NUTRICION :

1. BUENA
2. SATISFACTORIA
3. POBRE
4. PESIMA

CURVA PONDERAL :

1. BUENA
2. SATISFACTORIA
3. POBRE ( BAJO PESO )
4. MAS DEL 20% PESO

CARACTERISTICAS CUTANEAS :

1. SALUDABLE EN GRAL.
2. TURGENCIA DISMINUIDA
3. PRURITO O ESTIGMAS DE EL.
4. DESHIDRATACION / EDEMA

¿ ES ULCERA NUEVA ?

¿ ES ULCERA RECURRENTE ?

¿ ES ULCERA RECIDIVANTE PESE A TRATAMIENTO ?

DETALLAR TRATAMIENTOS PREVIOS , CON FECHA DE ESTOS :

1. ANTISEPTICOS LOCALES
2. DESBRIDACION CONTINUA
3. VENDAJE COMPRESIVO
4. INJERTO CUTANEO
5. OTROS , ESPECIFICAR :

¿ CUAL HA SIDO LA RESPUESTA A TRATAMIENTOS ANTERIORES ?

1. DETERIORO
2. SIN CAMBIOS
3. MEJORIA LEVE
4. MEJORIA MODERADA
5. MEJORIA ACENTUADA
6. CURACION

¿ LA EVOLUCION DE LA ULCERA ES DE MAS DE 6 MESES ?

PRECISAR EN CADA CONSULTA :

FACILIDAD PARA APLICAR Y DESPEGAR ( EN EL CASO DEL R.H.O.)

ULCERA : SUPERFICIAL  
HASTA DERMIS SUPERFICIAL  
HASTA DERMIS PROFUNDA

DIAMETRO : 0-2 cm.  
2-4 cm.  
MAS DE 4 cm.

GRANULACION : EN TODO EL LECHO ULCEROSO  
ALGUNOS SIGNOS  
SIN EVIDENCIA DE ELLA

NECROSIS Y  
ESFACELO : SIN EVIDENCIA  
ESTIGMAS NECROTICOS OBVIOS  
ESCARA PROFUNDA

DOLOR : AUSENTE  
MODERADO  
SEVERO

EXUDACION : LIBRE DE DRENAJE ALGUNO  
MENOS DE 5 cc. / DIA  
MAS DE 5 cc. / DIA

PIEL CIRCUNDANTE A LA ULCERA :  
PIGMENTACION OCRE  
CALIENTE Y RUBICUNDA  
ENDURECIDA  
DESHIDRATADA / EDEMATOSA  
EXULCERADA POR PRURITO

DOLOR : AUSENTE  
RECONOCIBLE  
RUTRIDO

SI PROCEDIA , EVALUACION AL FINAL DEL TRATAMIENTO  
( APRECIACION SUBJETIVA DEL ENFERMO ).

... POR LAS CARACTERÍSTICAS IDIOGINCRÁTICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN QUE ATENDE, PREVIO A LA INCLUSIÓN DE CADA ENFERMO AL ESTUDIO, CONSIDERÉ A LA ÚLCERA COMO POTENCIALMENTE CONTAMINADA, POR LO QUE SE INICIABA MANEJO, DOS SEMANAS ANTES, CON SOLUCIONES ANTISÉPTICAS LOCALES ( PERMANGANATO DE POTASIO AL  $1 \times 10,000$  ), AL IGUAL QUE SOPORTE ELÁSTICO CON VENDA TENSOR 10 o 15 cm.

#### APLICACION DEL RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO ( R.H.O. ) .-

LUEGO DE EVALUARSE LAS CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA, ENFATIZÁNDOSE ASPECTOS COMO MEDIDA DE ELLA, PIEL PERILESIONAL, ETC., SE PROCEDÍA A FOTOGRAFIARLA. LA ZONA LESIONADA ERA ENTONCES IRRIGADA CON PEROXIDO DE HIDRÓGENO AL 2% DURANTE UN MINUTO, Y ULTERIORMENTE IRRIGACIÓN CONTINUA CON SOLUCIÓN SALINA, EN ESE MISMO TIEMPO. SE DESPEGABA DE SU ENVOLTURA EL RECUBRIMIENTO, APLICÁNDOSE CON TÉCNICA ESTÉRIL, E INTENTANDO EN LAS MÁS DE LAS VECES PRESERVAR UN MÁRGEN DE APROXIMADAMENTE 1.5 CM. A PARTIR DEL BORDE ULCEROSO. FINALMENTE SE INSTRUÍA Y ADECUABA UN SOPORTE ELÁSTICO, CON VENDAJE " EN 8 " , DE MAYOR COMPRESIÓN EN ÁNGULO RECTO HACIA LA ARTICULACIÓN CALCÁNEO-ASTRAGALINA. EL RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE PERMANECÍA DURANTE 7 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE APLICACIÓN, ADVIRTIÉNDOSE AL ENFERMO QUE POR NINGÚN CONCEPTO DEBÍA SER RECOLOCADO EN CASO DE DESPRENDERSE. ASÍ MISMO, SE LE ACONSEJABA COMO PROCEDER EN CASO DE " TRABUDACIÓN MASIVA " ( EVENTO POR DEMÁS NATURAL POR LIQUEFACCIÓN ESPERABLE A PARTIR DE LOS DIVERSOS COMPONENTES O EL COMPUESTO ).

TECNICA HABITUAL : IGUALMENTE, A LOS ENFERMOS QUE IBAN A LLEVAR TRATAMIENTO CON MEDIDAS GENERALES, Y TRATAMIENTO CONVENCIONAL, SE REALIZABA ACUOSIDA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS EXPLORATORIOS DE LA ÚLCERA FLEBOSTÁTICA.

LA VISITA MÉDICA PERIÓDICA SE PRECISABA PARA CADA SIETE DÍAS. AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA INICIA ERAN INSTRUIDOS SOBRE EL ASEO CUIDADOSO DE LA ÚLCERA CON FOMENTACIONES DE POTASIO AL  $1 \times 10,000$  DURANTE 15 MINUTOS Y POSTERIOR APLICACIÓN DE VIOFORMO ( IODOCLORHIDROXIUQUINOLEÍNA EN CREMA AL 3% ). LUEGO DE REPETIR ESTA OPERACIÓN TRESVECES AL DÍA, DEBÍA CUBRIRSE LA ZONA CON GASA SECA. EL VENDAJE ERA EL MISMO QUE EL EMPLEADO PARA LOS PACIENTES CON R.H.O.

ASÍ MISMO FUERON TOMADOS CONTROLES FOTOGRÁFICOS, CUANDO MENOS AL INICIO, ETAPA MEDIA Y TÉRMINO DEL TRATAMIENTO. AMBOS PROCEDIMIENTOS ERAN REALIZADOS POR LOS DOS MISMO OBSERVADORES DESDE UN INICIO. EN CADA ENTREVISTA SE DETALLABAN LOS PARÁMETROS MENCIONADOS PRECEDENTEMENTE.

EL ESTUDIO SERÍA INTERRUMPIDO EN CASO DE CONTARSE CON EVIDENCIA CLÍ-



... NICA DE INFECCIÓN ACTIVA O BIEN DE INDICADORES CUTÁNEOS DE DERMATITIS POR CONTACTO DONDE SE DEMOSTRASE QUE EL RECUBRIMIENTO O LAS SUSTANCIAS ANTISÉPTICAS EMPLEADAS FUESEN IRRITANTES PRIMARIOS .

ANÁLISIS ESTADÍSTICO .- SE REALIZÓ UN ESTUDIO PARALELO , NO RANDOMIZADO , CON OBSERVACIÓN CLÍNICA FUNDAMENTADA EN LA COMPARACIÓN PROSPECTIVA - Y DE RESULTADOS OBTENIDOS CON ANTERIORIDAD EMPLEANDO OTROS MÉTODOS. SE VALIDARON LOS RESULTADOS CALCULANDO EL VALOR DE P Y DE  $\chi^2$ .

RESULTADOS .- TAL Y COMO QUEDA AGENTADO EN LOS ESQUEMAS Y , DONDE LA CONNOTACIÓN PRINCIPAL ES LA COMPARACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES Y LOS DOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO ( RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO, Y MEDIDAS HABITUALES , CON USO DE PERMANGANATO DE POTASIO Y VIOFORMO ). ANÁLIZO POR SEPARADO AMBOS GRUPOS :

GRUPO 1 ( AQUELLOS QUE FUERON TRATADOS CON RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO ) : DURANTE EL PERÍODO DE ESTUDIO SE APRECIÓ CURACIÓN EN 4 DE 17 ENFERMOS ( 23.52% ), MEJORÍA MARCADA EN 7/17 ( 41.17% ), MEJORÍA MODERADA EN 1/17 ( 5.8% ), DANDO POR RESULTADO UNA EVOLUCIÓN GLOBAL POSITIVA Y AMPLIAMENTE SATISFACTORIA , SI ADEMÁS CONSIDERAMOS A LOS 2/17 QUE PRESENTARON MEJORÍA LEVE ( 11.76% ), EN EL 82.25% DE LOS ENFERMOS QUE RECIBIERON ESTA MODALIDAD DE TRATAMIENTO. UN PACIENTE NO PRESENTÓ MODIFICACIÓN ALGUNA EN LAS CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS PREVIAMENTE ESTIPULADAS , Y A 2 DE ELLOS SE LES CATALOGÓ COMO COMPATIBLE CON DETERIORO ( AMBOS POR PRESENTAR DATOS DE CRISPELA , Y QUE MEJORARON SIN OTRAS CONSECUENCIAS CON EL TRATAMIENTO PENICILÍNICO CORRESPONDIENTE ), REPRESENTANDO ESTO FRACASO EN EL 11.76% .

FUE DE TRASCENDENCIA ENCONTRAR QUE LA APARICIÓN DE TEJIDO DE GRANULACIÓN ERA TEMPRANA , DE ESTO TENEMOS COMO EVIDENCIA QUE LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA ERA MUY LLAMATIVA EN PARÁMETROS COMO : TIEMPO PARA LOGRAR ORGANIZACIÓN 13/17 ( MÁS DEL 50% ), DESAPARICIÓN DEL DOLOR DE MANERA PRECOZ 11/17 ( MÁS DEL 50% ), CON VALOR DE  $P = A < .001$  Y DE  $< .05$  , RESPECTIVAMENTE.

OTROS PARÁMETROS MODIFICADOS DE MANERA BENEFICIOSA FUERON : CANTIDAD DE EXUDACIÓN 9 / 17 , CON  $P < .025$  , TEXTURA DE LA PIEL 10/17 , CON  $P < .005$  Y COLOR DE LA PIEL 5/17 ,  $P < .05$  . LAS ÚLCERAS QUE CURARON Y QUE MOSTRARON DE ALGUNA MANERA MEJORÍA EN RELACIÓN A TRATAMIENTOS PREVIAMENTE UTILIZADOS , TUVIERON UN TIEMPO PROMEDIO DE 54 DÍAS PARA MOSTRAR CAMBIOS CON ALGUNA SIGNIFICANCIA ( SUBJETIVA Y OBJETIVA ) .

EL ESQUEMA 6 , INDICA LOS RESULTADOS GLOBALES LUEGO DE LA ENTREVISTA QUE SE REALIZÓ A LOS 17 ENFERMOS , A FIN DE IDENTIFICAR VENTAJAS INTRÍNECAS Y UTILIDAD RESPECTO A OTROS TRATAMIENTOS ANTERIORES , DE LAS CUALES DESTACAN , COMO PROPIEDADES INHÉRCENTES AL RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE LO SIGUIEN-

PACIENTES SEGUN SEXO Y EDAD :

GPO. DE EDAD	R. H. O .		TRATAMIENTO HABITUAL	
	MASC..	FEM.	MASC.	FEM.
20-29	2	0	1	0
30-39	1	0	0	3
40-49	0	2	1	2
50-59	1	5	1	4
60-69	3	1	1	2
70-79	0	2	2	1
TOTAL	7	10	6	12

CONDICIONES GENERALES DE SALUD DE LOS PACIENTES :

CONCEPTO :	R.H.O.	TRATAMIENTO HABITUAL
ESTADO GENERAL		
* EXCELENTE	2	1
* BUENO	13	14
* MALO	2	3
ACTIVIDAD		
* DEAMBULA CON APOYO	3	11
* DEAMBULA SIN A.	14	7
MOVILIDAD		
* COMPLETA	10	9
* RESTRINGIDA	6	9
* MUY RESTRINGIDA	1	0
INGESTA NUTRICIONAL		
* SATISFACTORIA	8	14
* POBRE	9	4

CONDICIONES DE LA PIEL CIRCUNDANTE  
A LA ULCERA FLEBOSTATICA :

	R.H.O.	TRATAMIENTO H.
* DE CARACTERISTICAS NLES.	0	0
* HIPERPIGMENTACION OCRE	14	15
* RUBICUNDA Y CALIENTE	6	8
* EDEMATOSA - DESHIDRATADA	10	11
* EXULCERADA - EXCORIADA	8	7

CARACTERISTICAS DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS :

CONCEPTO	R.H.O.	TRATAMIENTO H.
* TRATAMIENTOS EMPLEADOS		
- UNO	3	2
- DOS	10	12
- TRES	2	2
- CUATRO	2	4
* TIPO		
- AGENTES ANTISEPTICOS	17	18
- DESBRIDACION	7	5
- INJERTO DE PIEL	4	4
- MECANICO	3	6
- DE SOPORTE	2	5
- OTROS	3	2
* DURACION EN MESES		
- MENOS DE 6 MESES	7	9
- DE 6 Y MAS	10	8
* RESULTADOS PREVIOS		
- DETERIORO	3	1
- SIN CAMBIO	2	6
- MEJORIA LEVE	6	6
- MEJORIA MODERADA	4	2
- MEJORIA MARCADA	2	1
- SE IGNORA	0	2

.....

CONDICIONES DEL PROCESO ULCEROSO AL INICIO DEL TRATAMIENTO

	R.H.O.	TRATAMIENTO HABITUAL
* PROFUNDIDAD :		
- SUPERFICIAL	6	4
- POCO PROFUNDA	4	9
- MUY PROFUNDA	7	8
* DIAMETRO :		
- DE 0 A 2 cm.	2	2
- DE 2 A 4 cm.	2	9
- DE MAS DE 4 cm.	13	7
* CICATRIZACION :		
- COMPLETA	4	6
- ALGUNOS SIGNOS	9	5
- SIN EVIDENCIA	4	7
* NECROSIS :		
- SIN EVIDENCIA	14	8
- DESTRUCCION NECROTICA EVIDENTE	3	6
- ESFACELO PROFUNDO	0	4
* DOLOR :		
- AUSENTE	2	1
- TOLERABLE	2	13
- INTENSO	13	4
* EXUDACION :		
- NO EXISTE	4	4
- MENOS DE 5 c.c./DIA	9	12
- MAS DE 5 c.c. / DIA	4	2
* COLOR DE PIEL		
- ROJO	11	10
- SANIOSO	6	8
* OLOR :		
- AUSENTE	9	12
- PERCEPTIBLE	6	3
- FETIDO - PUTRIDO	2	3

EVALUACION GLOBAL Y COMPARATIVA DE :

	RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO	TRATAMIENTO HABITUAL
CURACION	4 / 17	4 / 18
MEJORIA ACENTUADA	7 / 17	2 / 18
MEJORIA MODERADA	1 / 17	3 / 18
MEJORIA LEVE	3 / 17	4 / 18
SIN CAMBIOS	1 / 17	4 / 18
DETERIORO	1 / 17	1 / 18

$$\chi^2 = 5.78 \quad p = <.01$$

$$\chi^2 = 4.02 \quad p = <.05$$

ESQUEMA N°

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO AL FINALIZAR EL PERIODO DE  
TRATAMIENTO CON RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO .

CARACTERISTICA	EVOLUCION			SIGNIFICACION ESTADISTICA	
	MEJORIA	SIN CAMBIO	DETERIORO	$\chi^2$	p
* PROFUNDIDAD	8	9	0	6.12	<0.01
* DIAMETRO	8	7	2	2.50	n.s.
* CICATRIZACION	13	4	0	11.8	<0.001
* NECROSIS	3	14	0	1.33	n.s.
* DOLOR	11	3	3	3.50	<0.05
* EXUDACION	9	6	2	4.45	<0.025
* COLOR DE PIEL	5	12	0	3.20	<0.05
* TEXTURA DE PIEL	10	7	0	8.10	<0.005
* OLOR	7	7	3	0.90	n.s.

LOS DATOS OBTENIDOS PARA p SON CALCULADOS EN BASE A  $\chi^2$

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO AL FINALIZAR EL  
PERIODO DE TRATAMIENTO : TRATAMIENTO HABITUAL.

CARACTERISTICA	EVOLUCION			SIGNIFICACION ESTADISTICA	
	MEJORIA	SIN CAMBIO	DETERIORO	$\chi^2$	p
* PROFUNDIDAD	13	4	1	41.40	<.001
* DIAMETRO	10	8	-	5.36	< n.s.
* GRANULACION	14	3	1	15.37	<.05
* NECROSIS	9	8	1	33.67	<.001
* DOLOR	16	1	1	30.12	<.001
* EXUDACION	12	5	1	6.64	n.s
* COLOR DE LA PIEL	10	8	-	87.89	<.001
* TEXTURA DE PIEL	12	6	0	45.85	<.001
* OLOR	6	12	0	34.46	<.001

LOS DATOS OBTENIDOS PARA p SON CALCULADO EN BASE A  $\chi^2$

ESTE TESIS NO DEBE SER COPIADA  
 SIN PERMISO DE LA BIBLIOTECA

... TE : A) FACILIDAD DE USO 17/17 ; OCULTA LA ÚLCERA 17/17 , DA BUENA IMPRESIÓN 13 / 17 ; B) RESPECTO A OTROS TRATAMIENTOS : CURA MÁS RÁPIDO 13/17, DA MAYOR PROTECCIÓN 16/17 , AHORRA TIEMPO 17/17 , MAYOR COMODIDAD 16/17 Y ES MENOS DOLOROSO 17/17 . LÓGICAMENTE TAMBIÉN SE RECOGIERON DATOS NEGATIVOS COMO LOS SIGUIENTES : INTERFIERE EN EL ASEO 17/17 , DIFICULTA EL EXÁMEN DE MÉDICO Y ENFERMERA 17/17 , PÉSIMO OLOR 14/17 Y CURA MÁS RÁPIDO 4/17 .

DEL GRUPO 2 ( FOMENTACIONES DE PERMANGANATO AL 1X10,000 CON IODOCOLOR-HIDROXIQUINOLEINA = VIOFORMO ) , SE APRECIARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS ( ESQUEMAS Y ) : HUBO CURACIÓN EN 4/18 ( 22.2% ) , MEJORÍA MARCADA EN 2/18 , QUE EQUIVALÍA A 11.1% , MEJORÍA MODERADA EN 3/18 ( 16.6% ) , MEJORÍA LEVE EN 4/18 ( 22.2% ) , QUE HACÍAN UN TOTAL DE CAMBIOS BENÉFICOS IGUAL A 72.1% .

NO HUBO CAMBIO ALGUNO EN 4/18 ( 22.2% ) Y EXISTIÓ DETERIORO EN UN PACIENTE ( 5.55% ) .

AL ESTABLECER UNA EVALUACIÓN GLOBAL DE LOS TRATAMIENTOS ANTERIOR Y ACTUAL SE OBTUVIERON PARA AMBOS GRUPOS LAS SIGUIENTES SIGNIFICANCIAS ESTADÍSTICAS :

A) RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO :

$$\chi^2 = 5.78 \quad P < .01$$

B) TRATAMIENTO CON MEDIDAS HABITUALES :

$$\chi^2 = 4.02 \quad P < .05$$

DISCUSION .- LA PATOGÉNESIS DE LAS ÚLCERAS PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA ESTASIS VENOSA ES POBREMENTE ENTENDIDA . LA MULTITUD DE FACTORES QUE CONTRIBUYEN A ELLO , HACE DIFÍCIL ESTANDARIZAR ESTUDIOS CONTROLADOS, QUE PRECISEN UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO ; YA QUE LA NATURALEZA DEL RECUBRIMIENTO HIDROCOLOIDE OCLUSIVO LE CONSTITUYE COMO NOVEDAD EN NUESTRO MEDIO , HACE UN ESTUDIO DOBLE CIEGO IMPRACTICO , Y POR TANTO SE ADAPTÓ EL PROTOCOLO DE ESTUDIO EN LO POSIBLE.

NO HE OLVIDADO QUE PARA COMPRENDER LAS RESPUESTAS AL TRATAMIENTO DEBE CONSIDERARSE QUE LA HISTORIA NATURAL DE LA ÚLCERA VARICOSA EXHIBE INFINITAS VARIACIONES . LOS PACIENTES QUE PARTICIPARON EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO MOSTRABAN HISTORIALES QUE DE ALGUNA MANERA CREO HAYAN CONTRIBUIDO A QUE LOS RESULTADOS DEBAN TOMARSE COMO HALAGADORES Y A SU VEZ PROMISORIOS A FAVOR DEL EMPLEO DE LOS RECUBRIMIENTOS HIDROCOLOIDES OCLUSIVOS , TODA VEZ QUE POR EJEMPLO EL GPO. CON R.H<sub>2</sub>O INDICADA QUE EL TRATAMIENTO PREVIAMENTE UTILIZADO HABÍA SIDO DURANTE MÁS DE 6 MESES EN 10 DE 17 ENFERMOS , QUE PROPORCIONALMENTE ERA MAYOR QUE EL DEL TRATAMIENTO HABITUAL 8/18 .

DE LOS DIVERSOS PARÁMETROS CONSIDERADOS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS ENFERMOS , INDUDABLEMENTE QUE NO FUÉ CONSIDERADO AQUEL QUE ACREDITA CON PRECISIÓN UN MÉTODO PLANIMÉTRICO ESPECÍFICO , ES DECIR , QUE CONCUERDE CON OTROS



... AUTORES , EN EL SENTIDO QUE ESTAS NUEVAS EXPERIENCIAS COMPARATIVAS CON COMPUESTOS REACTIVOS , DEBA CONSIDERAR LA " BIOLOGÍA MORFOMÉTRICA " DE LA ÚLCERA . SE HAN IDEADO PARA ELLO MOLDES DE ACETATO QUE IMPRIMEN CON ALTA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EL ÁREA DE CIRCUNFERENCIA , COMPUTARIZÁNDOSE APOSTRÓFICAMENTE EL TAMAÑO REAL DE LA RECUPERACIÓN DE SUSTANCIA TIBULAR . OBTUVO INSISTIR EN QUE NO CONTÉ CON TAL AYUDA , Y EN LO FACTIBLE , LA APROXIMACIÓN FOTOGRAFICA LE SUSTITUYÓ .

EN RESUMEN , LUEGO DE LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO , PUEDO AFIRMAR , QUE UNA ÚLCERA ABIERTA FORMA COSTRA , DISMINUYE EL ÍNDICE DE REEPITELIZACIÓN E INHIBE FORMACIÓN Y MIGRACIÓN DE MACRÓFAGOS . NO ESTÁ PROBADO CONVINCIENTEMENTE QUE EL USO SISTÉMICO O LOCAL DE MANERA RUTINARIA EN ESTOS PACIENTES LES RESULTE EN BENEFICIO SUSTANCIAL. ENTENDER LA BIOLOGÍA MÁS PRÓXIMA A LO FISIOLÓGICO , IMPLICA COMPRENDER EL PAPEL VENTAJOSO Y TRASCENDENTE DEL TRATAMIENTO MEDIANTE OCLUSIÓN : ES FÁCIL DE EMPLEAR , AHORRA TIEMPO - CONSULTA , ES POCO DOLOROSO , PROVEE PROTECCIÓN CONTRA BACTERIAS Y CONTAMINANTES , PROMUEVE REEPITELIZACIÓN Y PROTEGE DE OTRAS PRESIONES ANÓMALAS , Y TAL VEZ , CUMPLE LA MOTIVACIÓN MÁS REAL, EN LA IDEALIZACIÓN DE ESTA EXPERIENCIA , AYUDA A UN ENFERMO CRÓNICO , EN NUMEROSAS OCASIONES TIL-DADO COMO DESHAUCIADO .

B I B L I O G R A F I A

1. Cornwall, J.V. and Lewis, J.D. Br. J. Surg. 70, 681, 1983.
2. Haeger, L. O. The treatment of venous disorders.  
( e.d. T. Hoobs p. 272 MTP Press )
3. Huriez, Desmonds. Ulceres de jambe . Encycl. Med. Chir.  
1967 , 1295- 1304.
4. Martorell, F. Angiologia. Ulceras de las piernas. Barcelona.  
Salvat Ed. 347 -376. 1973.
5. Rook. A. ,Wilkinson. Textbook of dermatology. 2a. Ed.  
991 - 1,016 . 1972.
6. Young, J.R. Leg Ulcers. Harper and Row. 7-40 . 1975.
7. Burnand ,K.G. The postphlebotic leg and venous ulceration.  
Recent advances in surgery. II pp. 225-246.  
Churchill, Livingston. Edinbourgh. 1982.
8. Edwards. E.A. J.A.M.A. 196: 133-138 ,1966.
9. Edwards . E.A. Surg. Gynecol. Obstet. 65 : 310-320 ,1982.
10. Falanga Vincent. A therapeutic approach to venous ulcers.  
J.A. A.Dermatology. Vol. 14, N°5, part 1, V/  
Mayo de 1986.
11. Anderson E. ,Hannsson C. Leg and foot ulcers. Acta Derm.  
Venereol 64 : 227 - 232 ,1984.
12. Partsch, H. Hiperemic hypoxia in venous ulceration.  
Br. J. Derm. 110- 249-250 ,1984.
13. Browse N.L. The cause of venous ulceration. Lancet: 2, 243,  
245 , 1982.

14. Mertz, P.M. Occlusive wound dressings to prevent bacterial invasion and wound infection. J.Am. Acad. Dermat. 12 : 662 - 668, 1985.
15. Mertz , P.M. The effect of a semioclusive dressing on the microbial population in superficial wounds. Arch. Surg. 119 , 287 -289 , 1984.
16. Pierson S. Efficacy graded elastic compression in the lower leg . J.A.M.A. 249 , 242 - 243 , 1983.
17. William , M. Hendriks. Management of estasis leg ulcers with Unna's boots versus elastic support stockings . J. Am. Acad. Dermat. Vol. 12 , N1, Part 1, January , 1985.
18. Healing of the surgical wound. Basic considerations. David R. Harris . J. Am. Acad. Dermat. Vol. 1,N\*3, Sept.83
- 19 Joseph , C. Alper . Use of the vapor permeable membrane for cutaneous ulcers. Details of application and side effects. Jou. Am. Acad. Dermat. Vol. 11,N8,part 1 November , 1984.
20. Joseph , A. Witkowsky. Histopathology of the decubitus ulcer. Jou. Am. Acad. Dermat. Vo. 6 ,N8 , June 1982.
21. Edward H. Hook. Microbiologic evaluation of cutaneous cellulitis in adults . Arch. Intern. Med. Vol. 146, Feb. 1986.
22. L. van Rijswijk . Multicenter Clinical Evaluation of a Hydrocolloid Dressing for leg ulcers. Cutis. February Issue. 1985.
23. Marjorie Tudhope . Management of pressure ulcers with a hydrocolloid occlusive dressing : Results in twenty-three patients . J. Enterostom. Ther. 11:102-105, 1984.

24. Gary M. Yarkony. Pressure sore management : Efficacy of a moisture Reactive Occlusive Dressing.  
Arch. Phys. Med. Rehabil. Vol. 65, October 84.
25. M.H.E. Hermmans . Preliminary report on the use of a new hydrocolloid dressing in the treatment of burns.  
Burns. ( 1984 ) 125-129 . Printed in Great B.
26. Duoderm , an alternative dressing for smaller burns.  
M.H.E. Hermasn . Burns. ( 1986 ) 12, 214-219. Printed in G.B.
27. Stephen J. Friedman. Management of Leg Ulcers with hydrocolloid-occlusive dressing. Arch. Dermatol. Vol. 120.  
Oct. 1984.
28. Gary F. Mulder. Clinical evaluation of a new occlusive hydrocolloid dressing. Cutis . April issue. 1985.
29. Matew C. VArghesse. Local. environment of chronic wounds under synthetic dreesings. Arch. Dermat. Vol. 122,  
Jan. 1986.
30. Alvarez M. Oscar . The effect of occlusive dressings on collagen synthesis and re-epitelialization in superficial wounds. Jou. of Surgical Research. 35,142,  
- 148 ( 1983 )
31. Edward A. Kru11 . Chronic cutaneous ulcerations and impaired - healing in human skin. Jou. Am. Acad. Derm. Vol12  
Num. 2, part 2 . Feb. 1985.
32. Hertz , Patricia . Occlusive wound dressings to prevent bacterial invasion and wound infection. Jou. Am. Acad. Derm.  
Vol. 12, N°12, pp. 662- 668, April 1985.
33. Convatec. A Squibb Company. Duoderm, hidroactive dressings.  
Technical booklet. 1985.
34. The Royal Society of M5dicine. An environment for healing :  
the role of occlusion. Symposium .N°88. Ryan.1985.

35. Alper. J.C. Bacterial growth in venous leg ulcers. *Jou. Am. Acad. Dermatol.* 8, 347-353 . 1983.
36. Williams. D.L. Dykes. Proceedings Oxford Geliperm. Symposium. Sept. Oct. 1983.
37. Kistala. U. Models in the study of wound healing. *J. Invest. Dermatol.* 50, 129-140, 1984.
38. A. Viltala. Ulceras vasculares de las extremidades inferiores. *Medicine. Tomo Dermatologia. N°13.* 1985.
39. Bnnet, R.G. The debatable benefit of occlusive dressings for - wounds. *J. Dermatol. Surg.* 8: 166, 1982.
40. A. Alinovi. P. Bassissi . M. Pini. Antibiotics in leg ulcers ? *Jou. Am. Acad. Dermatol.* Agosto de 1986.