

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE POST-GRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

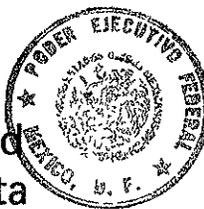
19

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ULCERAS DE ORIGEN FLEBOSTATICO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Trabajo clínico que para obtener el título universitario de post-grado en la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva presenta

ENRIQUE GARAVITO SALAZAR



SECRETARIA DE LA ASISTENCIA PUBLICA HOSPITAL GENERAL DEPTO. EDUCACION MEDICA

V. B.

[Signature]
México, D.F.

[Signature]

2002



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.

HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE MEXICO
S.S.A.

"TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ULCERAS
DE ORIGEN FLEBOSTATICO"

TRABAJO CLÍNICO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
UNIVERSITARIO DE POST-GRADO EN LA ESPECIALIDAD
DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA PRESENTA

ENRIQUE GARAVITO SALAZAR
1980 - 1983

México, D.F.

UNAM
DIVISIÓN DE POST-GRADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIDAD DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE MEXICO
S.S.A.

PROF. TITULAR DEL CURSO: DR. ENRIQUE MARGARIT G.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA: DR. CARLOS DEL VECCHYO C.
ASESOR DEL TRABAJO: DR. CARLOS FINK S.

AL RECUERDO INMEMORABLE DE MI HERMANO "WILLY"
Q.E.P.D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

I. PROLOGO	1
II. INTRODUCCION	2
III. FORMACION DE UNA CLINICA DE ULCERAS FLEBOSTATICAS	5
IV. MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS	8
V. CONCLUSIONES	21
VI. RESUMEN	24
VII. BIBLIOGRAFIA	25

ESTE TRABAJO NO PRETENDE CONTEMPLAR TODOS LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO QUE EXISTEN PARA LA ULCERACIÓN DE LA -
PIERNA DE ORIGEN VENOSO Y TODA SU GAMA DE REPERCUSIO-
NES SOCIO-ECONÓMICOS, SINO EXPONER LA EXPERIENCIA CO-
MO MÉDICO RESIDENTE ANTE ÉSTE PROBLEMA Y SEÑALAR LA -
IMPORTANCIA DE UN TRATAMIENTO INTEGRAL Y SISTEMATIZA-
DO, MEDIANTE LA FORMACIÓN DE UNA CLÍNICA DE ÚLCERAS -
DE MIEMBROS INFERIORES QUE PERMITA MAYORES POSIBILIDA
DES DE ÉXITO, EN EL MANEJO DE ÉSTOS ENFERMOS.

INTRODUCCION

LA ÚLCERA DE LA PIERNA DE ORIGEN FLEBOSTÁTICO ES UNA CONDICIÓN QUE HA PLAGADO LA RAZA HUMANA DESDE QUE EL HOMBRE ASUMIÓ LA POSICIÓN ERECTA. ES UN PADECIMIENTO MUY FRECUENTE, ALTAMENTE INVALIDANTE, QUE CAUSA INTENSO SUFRIMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA Y ES CAUSA DE GRANDES GASTOS PARA LA FAMILIA Y PARA LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE (FIG. 1).



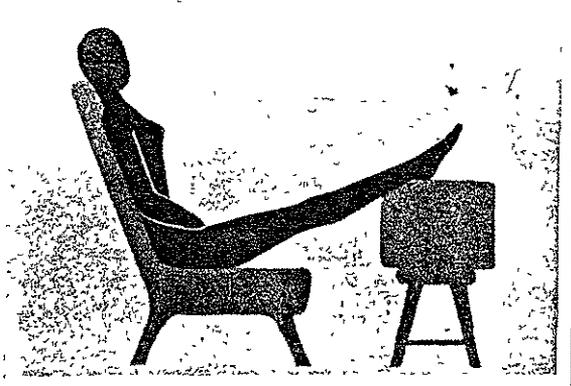
ÚLCERA POST-FLEBÍTICA CRÓNICA CON GRAN DAÑO TISULAR.

EN LA ACTUALIDAD SE CONOCEN VARIAS TÉCNICAS PARA ALIVIAR LA ESTÁSIS VENOSA QUE ORIGINA LA ULCERACIÓN EN LAS PIERNAS, SIN EMBARGO, NO HAY UN PROCEDIMIENTO QUE LAS CURE. LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS PARECEN OFRECER MAYORES VENTAJAS QUE LOS CONSERVADORES Y SOBRE TODO AQUELLOS ENCAMINADOS A RETIRAR LAS PERFORANTES INCOMPETENTES POR VÍA SUPRA O INFRAFASCIAL COMO LO SEÑALAN DIVERSAS PUBLICACIONES (4) (5) (17) (8),

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA FRECUENCIA CON QUE SE OBSERVA ESTA ENTIDAD PATOLÓGICA ES MUY GRANDE. NO EXISTEN EN NUESTRO MEDIO DATOS PUBLICADOS PARA CONFIRMARLO, PERO EL SÍNDROME POST-FLEBÍTICO ES PROBABLEMENTE EL PROBLEMA MÁS COMÚN EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE VASCULAR PERIFÉRICO Y DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA; Y EL PACIENTE CON ÚLCERA DE LA PIERNA ES EL QUE MÁS SUFRE PORQUE FRECUENTEMENTE SE LE DESPRECIA Y SE LE PONE EN MANOS INEXPERTAS AL CUIDADO DE ESTE PROBLEMA CRÓNICO QUE NATURALMENTE SE AGRAVA CON LA APLICACIÓN INDISCRIMINADA DE MEDICAMENTOS TÓPICOS ANUNCIADOS COMO PANACÉAS POR SUS FABRICANTES, POR OTRA PARTE, LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS SE MUESTRAN GENERALMENTE, MÁS RENUENTES A CUALQUIER MÉTODO QUIRÚRGICO; NO ASÍ, LOS PACIENTES JÓVENES; LO QUE HACE QUE LA MAYORÍA DE OPERACIONES Y PUBLICACIONES SE HAGAN EN ÉSTE GRUPO EN SU GENERALIDAD

(4)

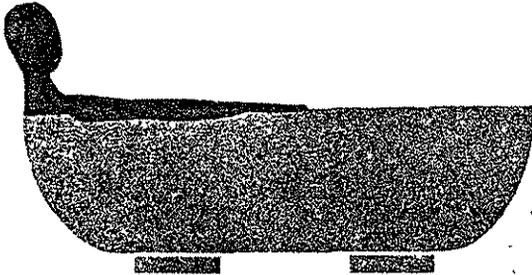


A) REPOSO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

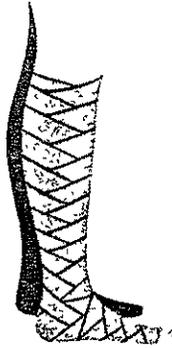


B) EJERCICIOS



C) HIGIENE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



D) VENDAJE.

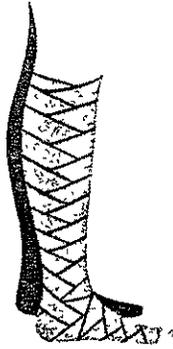
FIG. 2 MÉTODO CONSERVADOR.

LAS DIVERSAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO HABLAN DE QUE NO EXISTE UNA TÉCNICA PERFECTA PARA TRATAR ESTE INTERESANTE PROBLEMA. SIN ENTRAR A DISCUTIR LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DIVERSOS MÉTODOS, PRESENTAMOS LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA COMO CIRUJANOS RECONSTRUCTIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, UTILIZANDO DIVERSOS PROCEDIMIENTOS PARA TRATAR DE ALIVIAR LA ESTÁSIS VENOSA Y CUBRIR LA ÚLCERA.

FORMACION DE UNA CLINICA DE ULCERAS FLEBOSTATICAS

BAJO LA NECESIDAD DE TENER UN MEJOR CONTROL SOBRE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES SE CREÓ UNA CLÍNICA-BAJO UN NÚMERO LIMITADO DE CONSULTAS; CADA SEMANA SE PRACTICABA UNA EVALUACIÓN COMPLETA Y EN FORMA CONJUNTA, ENTRE EL CIRUJANO-VASCULAR Y EL AUTOR; ÉSTA CONSISTÍA FUNDAMENTALMENTE EN UNA HIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



D) VENDAJE.

FIG. 2 MÉTODO CONSERVADOR.

LAS DIVERSAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO HABLAN DE QUE NO EXISTE UNA TÉCNICA PERFECTA PARA TRATAR ESTE INTERESANTE PROBLEMA. SIN ENTRAR A DISCUTIR LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DIVERSOS MÉTODOS, PRESENTAMOS LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA COMO CIRUJANOS RECONSTRUCTIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, UTILIZANDO DIVERSOS PROCEDIMIENTOS PARA TRATAR DE ALIVIAR LA ESTÁSIS VENOSA Y CUBRIR LA ÚLCERA.

FORMACION DE UNA CLINICA DE ULCERAS FLEBOSTATICAS

BAJO LA NECESIDAD DE TENER UN MEJOR CONTROL SOBRE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES SE CREÓ UNA CLÍNICA-BAJO UN NÚMERO LIMITADO DE CONSULTAS; CADA SEMANA SE PRACTICABA UNA EVALUACIÓN COMPLETA Y EN FORMA CONJUNTA, ENTRE EL CIRUJANO-VASCULAR Y EL AUTOR; ÉSTA CONSISTÍA FUNDAMENTALMENTE EN UNA HIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TORIA CLÍNICA Y UNA EXPLORACIÓN CUIDADOSA. ENTONCES SE DECIDÍA SI EL PACIENTE ERA CANDIDATO A CIRUGÍA O BIEN, A SER MANEJADO - MEDIANTE MEDIDAS CONSERVADORAS. EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS SE INFORMABA AL PACIENTE SOBRE SU PADECIMIENTO Y SE HACÍAN LAS RECOMENDACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS PUNTUALIZANDO EN LA COLABORACIÓN DEL MISMO ENFERMO.

EL MANEJO CONSERVADOR DE RUTINA ERA SIMPLE Y SUS PUNTOS BÁSICOS SON LOS MISMOS DESCRITOS POR CURWEN Y SCOTT HACE 30 AÑOS -)FIG. 29. Y SE PUEDEN RESUMIR EN CUATRO PUNTOS:

- I. ADIESTRAMIENTO EN LA FORMA DE COLOCAR EL VENDAJE.
- II. EJERCICIOS DE LA PIERNA Y PANTORRILLA (SE DEBERÁ TRATAR DE NO IMPEDIR EN ALGUNOS CASOS LAS LABORES DEL ENFERMO).
- III. EVITAR PONERSE CUALQUIER SUBSTANCIA SOBRE LA ÚLCERA.
- IV. SEÑALAR LAS POSICIONES DE REPOSO ADECUADAS.

DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE COCKETT (4) RESERVAMOS ESTE TRATAMIENTO PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NO DESEABAN OPERARSE O PARA LOS QUE SU EDAD Y CONDICIONES GENERALES LO IMPEDÍAN.

LOS PACIENTES QUE ERAN SELECCIONADOS PARA CIRUGÍA, SE LES INSTRUÍA SOBRE ESTOS MISMOS MÉTODOS, DE TAL FORMA QUE MUCHAS VE

QUE DISMINUÍA FAVORABLEMENTE EL RIESGO DE INFECCIÓN.

AL POCO TIEMPO DE HABERSE CREADO LA CLÍNICA LA FRECUENCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA FUE CLARAMENTE EVIDENCIADO. DE TAL FORMA QUE NOS ABOCAMOS A PRACTICAR UNA RECOPIACIÓN DE CASOS RECIENTES, INTENTANDO HACER UNA COMPARACIÓN ENTRE LOS PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS ANTERIORES CON LOS ACTUALES (FIG. 3).

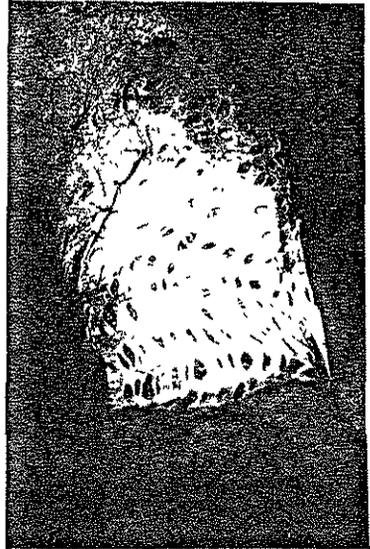


A) ULCERACIÓN CRÓNICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



B) COLOCACIÓN DE HOMOIINJERTOS DE PIEL.



C) INJERTO AUTÓLOGO PERMANENTE.

FIG. 3 CUBIERTA DE LA ÚLCERA.

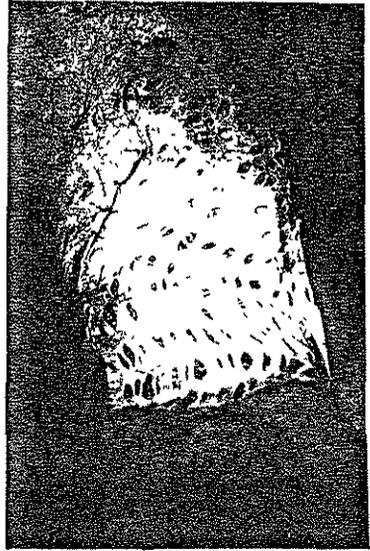
MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

EN UN ESTUDIO CLÍNICO BASADO EN 147 PACIENTES SUBSECUENTES Y DE PRIMERA VEZ, EN UN LAPSO COMPRENDIDO ENTRE 1980 A 1983, - FUERON VISTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SSA, 91 CASOS INCLUIDOS COMO FLEBOSTÁTICOS- Y DESCARTADO EL RESTO POR PRESENTAR ÚLCERAS DE OTRO ORIGEN, - SIENDO 53 MUJERES Y 38 HOMBRES, CUYAS EDADES FLUCTUABAN ENTRE - 17 AÑOS LA MÍNIMA Y 88 LA MÁXIMA, CON UN PROMEDIO DE 54. LA ÚLCERA MÁS ANTIGUA FUE DE 33 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



B) COLOCACIÓN DE HOMOIJN-
TOS DE PIEL.



C) INJERTO AUTÓLOGO PERMA-
NENTE.

FIG. 3 CUBIERTA DE LA ÚLCERA.

MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

EN UN ESTUDIO CLÍNICO BASADO EN 147 PACIENTES SUBSECUENTES Y DE PRIMERA VEZ, EN UN LAPSO COMPRENDIDO ENTRE 1980 A 1983, - FUERON VISTOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL HOS- PITAL GENERAL DE LA SSA, 91 CASOS INCLUIDOS COMO FLEBOSTÁTICOS- Y DESCARTADO EL RESTO POR PRESENTAR ÚLCERAS DE OTRO ORIGEN, - SIENDO 53 MUJERES Y 38 HOMBRES, CUYAS EDADES FLUCTUABAN ENTRE - 17 AÑOS LA MÍNIMA Y 88 LA MÁXIMA, CON UN PROMEDIO DE 54. LA ÚL- CERA MÁS ANTIGUA FUE DE 33 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SÓLO EN 42 PACIENTES EXISTÍAN ANTECEDENTES CLAROS DE TROMBOFLEBITIS QUE PRECEDÍAN A LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA EN TIEMPOS QUE VARIARON DESDE 18 MESES A 15 AÑOS. EL TIEMPO PROMEDIO ENTRE EL CUADRO DE TROMBOFLEBITIS Y LA APARICIÓN DE LA ÚLCERA FUE DE 8 AÑOS; SIENDO EL MÁS CORTO DE 18 MESES Y EL MÁS LARGO DE 15 AÑOS. EN 49 CASOS NO SE OBTUVO HISTORIA DE TROMBOFLEBITIS; PERO EN 27 HUBO ANTECEDENTES DE CIRUGÍA PREVIA Y 15 CASOS TUVIERON HISTORIA DE TRAUMA; AMBOS REQUIRIERON INMOVILIZACIÓN LO QUE SIN DUDA ORIGINÓ UN PROBLEMA VENOSO QUE NO FUE DIAGNOSTICADO.

LA ÚLCERA FUE BILATERAL EN 33 CASOS Y UNILATERAL EN 58. NO SE OBTUVIERON REPORTES FLEBOGRÁFICOS EN NINGUNO DE LOS PACIENTES (FIG. 4).



A) SITUACIÓN PRE-OPERATORIA.



B) RESECCIÓN PROFUNDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



c) PLANO DE RESECCIÓN LISTO PARA EL INJERTO DE PIEL.

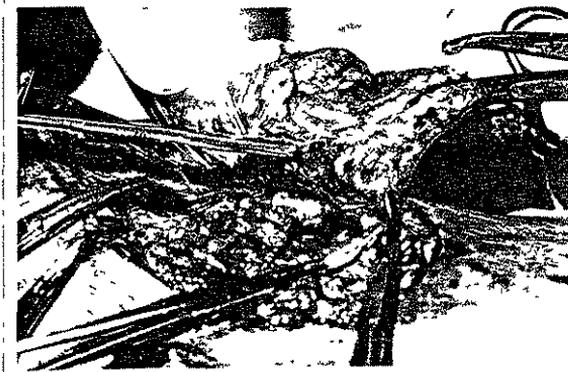
FIG. 4 ÚLCERA DE 25 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA ESTUVO CONSTITUIDA POR LA PRESENCIA DE MANIFESTACIONES SEVERAS DEL SÍNDROME POST-FLEBÍTICO EN TODOS LOS CASOS, TALES COMO HISTORIA O PRESENCIA DE ÚLCERA, CELULÍTIS, EDEMA Y CAMBIOS TRÓFICOS SEVEROS (FIG. 1).

EN 8 PACIENTES SE PRACTICÓ SAFENECTOMÍA MAYOR Y MENOR CON APLICACIONES DE INJERTO DE PIEL; EN 29 SE HIZO RESECCIÓN PROFUNDA DE LA ÚLCERA Y APLICACIÓN DE INJERTO COMO ÚNICO TRATAMIENTO; EN 33 PACIENTES SOLO SE COLOCÓ UN INJERTO DE PIEL AUTÓLOGA SIN CIRUGÍA VASCULAR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE LOS CASOS MANEJADOS UNA VEZ FORMADA 8 FUERON SOMETIDOS A LA OPERACIÓN DE LINTON, 2 A LA DE ROB Y 9 A LA OPERACIÓN DE COCKETT, LAS CUALES CONSISTEN EN LA DIVISIÓN Y LIGADURA INFRA- O SUPRAFASCIAL DE LAS VENAS COMUNICANTES INSUFICIENTES, MEDIANTE UNA INCISIÓN LONGITUDINAL EN LA CARA INTERNA O EXTERNA DE LA PIERNA LA CUAL SE CONTINÚA PARA RESECAR LA ÚLCERA EN SU TOTALIDAD (FIG. 5-A Y 7-B). LA TÉCNICA ERA COMPLETADA CON SAFE - NECTOMÍA INTERNA Y EXTERNA CON EL FIN DE FAVORECER EL RETORNO - VENOSO PROFUNDO Y ALIVIAR LA ESTÁSIS; ESTE PROCESAMIENTO GENERALMENTE LO REALIZABA EL CIRUJANO VASCULAR, DONDE AL MISMO - TIEMPO SE COLOCABA UN INJERTO AUTÓLOGO POR EL CIRUJANO RECONSTRUCTIVO (FIG. 3) (FIG. 5).



A) RESECCIÓN PROFUNDA DE LA ÚLCERA Y SAFENOEXÉRESIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- B) COLOCACIÓN DE UN INJERTO CUTÁNEO PREVIA LIGADURA DE LAS VENAS COMUNICANTES.

FIG. 5 TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA.

SE PRACTICÓ AMPUTACIÓN EN 3 CASOS, DE LOS CUALES DOS PRESENTABAN GRAN PÉRDIDA TISULAR ASOCIADA A INSUFICIENCIA ARTERIAL Y OTRO POR PRESENTAR UN CÁNCER SOBREAÑADIDO.

EN 12 PACIENTES QUE PRESENTABAN ÚLCERAS CRÓNICAS CON GRAN-DESTRUCCIÓN, EN LAS QUE EXISTÍA UN TEJIDO DESFAVORABLE PARA SER INJERTADO Y EL QUE A SU VEZ IMPEDÍA UN TRATAMIENTO INTEGRAL, ES DECIR VASCULAR Y CUTÁNEO; SE COLOCÓ HOMOIJERTOS DE PIEL DE INDIVIDUOS VIVOS MEDIANTE LA FORMACIÓN DE UN BANCO PARA SU OBTEN-

CIÓN. ESTOS ERAN TOMADOS DE PERSONAS SANAS COMO SOBANTES DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS Y COLOCADOS EN SOLUCIÓN SALINA EN REFRI-GERACIÓN A 4°C. CUANDO ERA NECESARIO ERAN SUSTITUIDOS POR OTRO-HOMOINJERTO O BIEN POR EL INJERTO AUTÓLOGO PERMANENTE EN BASE A SU EVOLUCIÓN. EN NINGÚN CASO SE APLICÓ UN HOMOINJERTO CON MÁS - DE UNA SEMANA DESPUÉS DE HABER SIDO OBTENIDO Y ALMACENADO (FIG. 6).



A) ESTADO A SU INGRESO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



B) RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE ISLOTES EPI-
TELIALES.



C) COLOCACIÓN DE HOMOINJERTOS

FIG. 6 PREPARACIÓN DEL LECHO PARA INJERTAR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA PREPARACIÓN DE LA ÚLCERA PARA SER INJERTADA EN EL RESTO DE LOS PACIENTES, FUE A BASE DE LAVADOS MECÁNICOS CON AGUA Y JABÓN; COLOCACIÓN DE GASAS HÚMEDAS CON SOLUCIÓN SALINA LAS CUALES ERAN RECAMBIABLES; Y EN CASOS MÁS SEVEROS, RASURADOS QUIRÚRGICOS O RESECCIÓN DEL TEJIDO HIPERTRÓFICO (FIG. 7).



A) DISECCIÓN Y LIGADURA DE LA SAFENA MENOR.



B) LOCALIZACIÓN SUPRA-APONEURÓTICA DE UNA COMUNICANTE INCOMPETENTE, (NÓ-TESE LA DILATACIÓN Y TORTUOSIDAD - DEL VASO),

FIG. 7 OPERACIÓN DE LINTON.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TODOS LOS PACIENTES ERAN SOMETIDOS A REPOSO CON LA EXTREMIDAD ELEVADA, VENDAJE CIRCULAR DE LA PIERNA AFECTADA Y MEDIDAS - HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.

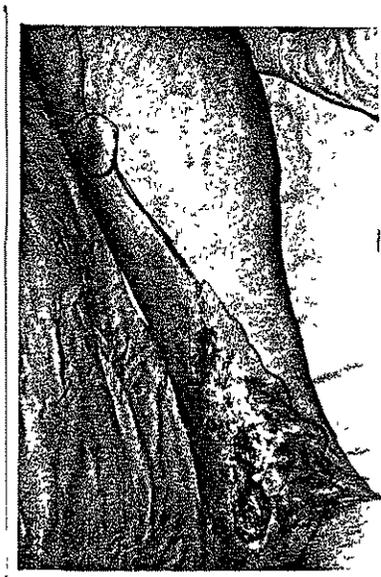
LOS INJERTOS DE PIEL FUERON OBTENIDOS CON LOS DERMATÓMOS - DE PADGET Y BROWN GRADUADOS ENTRE 12 Y 16 MILÉSIMAS DE PULGADA, ESTO ES, DE ESPESOR PARCIAL MEDIO O DELGADO PARA TRATAR DE ASEGURAR SU INTEGRACIÓN. LA PIEL DONADORA ERA GENERALMENTE TOMADA DE LOS MUSLOS.

EL PROMEDIO DE DÍAS DE INTERNAMIENTO SUELE SER PROLONGADO, HABIENDO UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES QUE REQUIRIÓ DE DOS O MÁS-LAPSOS DENTRO DEL HOSPITAL, CON UN PROMEDIO DE 45 DÍAS DE ESTANCIA EN CADA INTERNAMIENTO; ÉSTO FUE MÁS FRECUENTE EN PACIENTES-A QUIEN ÚNICAMENTE SE LES PRACTICÓ INJERTO DE PIEL O RESECCIÓN-E INJERTO DE LA ÚLCERA, LOS CUALES PRESENTABAN RECIDIVA DE LA - MISMA, AL POCO TIEMPO.

DE LOS 8 PACIENTES SOMETIDOS A SAFENOEXÉRESIS E INJERTO DE LA ULCERACIÓN, 3 PRESENTARON RECIDIVA Y AGRAVAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA.

SOLO HUBO UN CASO DE DEFUNCIÓN POR EMBOLIA PULMONAR EN UN-PACIENTE CON ESTANCIA PROLONGADA EN CAMA. EL MEJOR RESULTADO OBTENIDO EN ÉSTA CASUÍSTICA FUE OBSERVADA EN EL GRUPO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PRACTICÓ, LO QUE PODRÍAMOS DENOMINAR CIRURGÍA, INTEGRAL, DONDE SE HIZO LA OPERACIÓN DE LINTON, ROB O DE -

COCKETT, SAFENOEXÉRESIS INTERNA Y EXTERNA, ASÍ COMO COLOCACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE PIEL EN EL MISMO PROCEDIMIENTO, OBTENIENDO UNA REDUCCIÓN A $1/3$ DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN Y MEJORÍA INDUDABLE DE LA SINTOMATOLOGÍA, CON AUSENCIA DE RECURRENCIAS EN UN SEGUIMIENTO DE CASI 4 AÑOS. DE LOS 18 CASOS TRATADOS CON ESTE MÉTODO, SE PRESENTÓ RECIDIVA Y AGRAVAMIENTO DEL CUADRO EN 2 PACIENTES; UNO POR NECROSIS DE LOS COLGÁJOS DE LA PIERNA Y EL OTRO POR LA PRESENCIA DE UN CUADRO TROMBOFLEBÍTICO POST-OPERATORIO. ÉSTOS RESULTADOS SE ASEMEJAN A LOS PUBLICADOS POR DIVERSOS AUTORES EN EL MUNDO (8) (14) (21) (FIG. 8).



A) TRAYECTO DE LA INCISIÓN Y RESECCIÓN DE LA ÚLCERA.



B) COLOCACIÓN DEL INJERTO Y CIERRE DE LA HERIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



c) RESULTADO POST-OPERATORIO AL AÑO DE OPERADO.

FIG. 8 OPERACIÓN DE COCKETT.

ESTAMOS CONVENCIDOS EN LA UTILIDAD DE LA PIEL AUTÓLOGA EN LA COBERTURA PERMANENTE DE LA ÚLCERA, PERO LA PREPARACIÓN DEL LECHO RECEPTOR REPRESENTA UN PROBLEMA QUE MUCHAS VECES ES DE DIFÍCIL MANEJO, SOBRE TODO CUANDO EL PACIENTE ES PORTADOR DE UNA ÚLCERA MUY EXTENSA, CRÓNICA O COMPLICADA CON INFECCIÓN; ESTO HACE QUE EN OCASIONES SE REQUIERA DE MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS, TANTO MÉDICOS COMO QUIRÚRGICOS PARA LLEGAR A OBTENER UN TEJIDO ADECUADO. EN ÉSTOS CASOS OBSERVAMOS QUE LA UTILIDAD DE LOS ALO-INJERTOS U HOMOINJERTOS ES INSUPERABLE EN LA OBTENCIÓN PRONTA DE UN TEJIDO DISPONIBLE PARA INJERTAR (FIGS. 3 Y 6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTÁN BIEN DOCUMENTADAS LAS VENTAJAS DE LOS HOMOIJERTOS.- SABEMOS QUE NO SOLO TIENE EFECTOS METABÓLICOS Y BACTERIANOS EFICACES, SINO QUE TAMBIÉN PROPORCIONAN EFECTOS BENÉFICOS A LA CICATRIZACIÓN, AL REDUCIR LA INFLAMACIÓN Y LA CONTRACCIÓN DE LA HERIDA. EN CONSECUENCIA ÉSTO SE TRADUCE EN DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN, REDUCCIÓN EN EL COSTO DEL TRATAMIENTO Y LO QUE ES MÁS IMPORTANTE, MEJORÍA EN LA MORBILIDAD DEL PADECIMIENTO (1) (10) (11) (12) (13) (14).

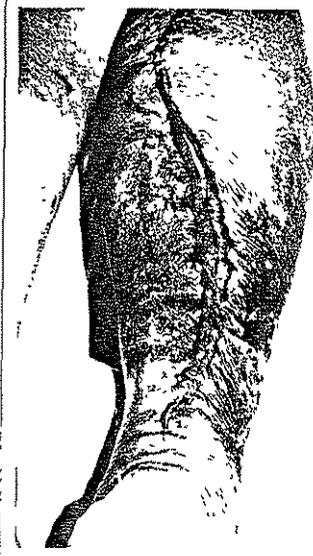
DE LOS DOCE CASOS MANEJADOS CON ÉSTA CUBIERTA BIOLÓGICA OBTUVIMOS MEJORÍA EN TODOS, SITUACIÓN QUE FUE CLÍNICAMENTE DEMOSTRABLE.

LOS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDOS A AMPUTACIÓN ERAN PORTADORES DE ÚLCERAS DE ORIGEN MIXTO, ES DECIR FLEBOSTÁTICO Y POR INSUFICIENCIA ARTERIAL, SIENDO LA DIABETES, LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA ARTEROESCLEROSIS LOS COADYUVANTES ETIOLÓGICOS. CONSIDERAMOS QUE LA ÚLCERA DE ESTE TIPO NO SANARÁ HASTA FAVORECER EL AUMENTO DE SANGRE MEDIANTE SIMPATECTOMÍA O BIEN, POR CIRUGÍA ARTERIAL DIRECTA (FIG. 9).

ESTOY EN EL INTERÉS DE
DE LA BIODIVERSIDAD



A) RESULTADO A LOS 2 AÑOS DE OPERADO.



B) NECROSIS DE LOS COLGAJOS.

FIG. 9 OPERACIÓN DE ROB.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

LA ÚLCERA DE ORIGEN FLEBOSTÁTICO ES UN PADECIMIENTO DE LARGA EVOLUCIÓN, QUE REQUIERE DE UNA VALORACIÓN CUIDADOSA Y DE LA PARTICIPACIÓN CONJUNTA DEL CIRUJANO VASCULAR Y DEL CIRUJANO RECONSTRUCTIVO. LA FORMACIÓN DE UNA CLÍNICA RESULTA UN MÉTODO ÚTIL NO SOLO EN EL CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y SU TRATAMIENTO, SINO QUE ADEMÁS, PERMITE TENER UN MEJOR SEGUIMIENTO PARA EL CONTROL DE ESTOS PACIENTES. EL DAÑO A LOS TEJIDOS, MANIFESTADO POR DEGENERACIÓN Y ULCERACIÓN DE LA PIEL, SUELE SER EL PROBLEMA FUNDAMENTAL A TRATAR EN FORMA PRIMARIA, DADO QUE NO SE PODRÁ LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO VASCULAR SIN RIESGOS DE CONTAMINACIÓN POR LA POBLACIÓN BACTERIANA QUE SUELE COLONIZAR A LA ÚLCERA. EL AUTOR ENCUENTRA EN LOS HOMOINJERTOS UN MÉTODO ADECUADO Y SENCILLO EN LA PREPARACIÓN DEL LECHO PARA SU CUBIERTA QUE NO SOLO REDUCE LA POBLACIÓN BACTERIANA SINO QUE TIENE ADEMÁS, NUMEROSOS BENEFICIOS.

AUNQUE EL TRATAMIENTO CONSERVADOR ES DE INMENSO VALOR Y MUCHOS PACIENTES LO RECONOCEN, EXISTEN CIERTAS VENTAJAS INHERENTES; PRIMERO, ES NECESARIO QUE EL PACIENTE SE COLOQUE CUIDADOSAMENTE EL VENDAJE DURANTE TODA SU VIDA, SI ESTA SITUACIÓN ES OMITIDA, SEGURAMENTE EL PACIENTE PRESENTARÁ RECURRENCIA DE LA ÚLCERA AL POCO TIEMPO. SEGUNDO, POR LO REGULAR LOS VENDAJES SON VOLUMINOSOS E INCOMFORTABLES SOBRE TODO EN ÉPOCAS DE CALOR Y EN OCASIONES ANTIESTÉTICAS PARA LAS MUJERES. DE ALGÚN MODO LAS MA-

LLAS DE LICRA CON MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA EN DIFERENTES ÁREAS DE LA PIERNA (JOBST) VIENE A SER UN ÚTIL COADYUVANTE Y SUSTITUTO DEL VENDAJE. SIN EMBARGO SU USO REPRESENTA UNA EROGACIÓN PARA EL PACIENTE DE BAJOS RECURSOS. TERCERO, ALGUNAS ÚLCERAS, PARTICULARMENTE LAS POST-TROMBÓTICAS ESCAPAN DEL CONTROL A PESAR DE LLEVAR UN RIGUROSO MÉTODO CONSERVADOR Y ALGUNAS PEQUEÑAS PARECEN NO CICATRIZAR JAMÁS NI CON INJERTO CUTÁNEO.

DE ÉSTA FORMA, RESERVAMOS EL MÉTODO CONSERVADOR PARA AQUELLOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y PARA LOS QUE NO DESEABAN OPERARSE.

EL GRUPO MÁS AFECTADO CORRESPONDIÓ AL SEXO FEMENINO EN UNA PROPORCIÓN DE 2:1 Y LA RAZÓN DE LA MAYOR PREPONDERANCIA ESTÁ BIEN ESTABLECIDA; Y ES POR QUE EN LA MUJER ES MÁS FRECUENTE VER LOS PADECIMIENTOS VENOSOS, OBSERVADOS PRINCIPALMENTE EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (2), QUE AL CABO DE 10 O 15 AÑOS SE PRESENTAN ALGUNOS COMPONENTES CLÁSICOS DEL SÍNDROME QUE SERÁN UN LASTRE EN LA VEJEZ SI NO SON CORREGIDOS. SI CONSIDERAMOS LA CRONOCIDAD DEL PADECIMIENTO Y ANALIZAMOS EL ÍNDICE DE EDAD PROMEDIO, EL CUAL ES DE 54 AÑOS, PODEMOS INFERIR COMO UN AGRAVANTE EN EL ANCIANO, EL HECHO DE INICIAR ESTA ETAPA BAJO CONDICIONES AÚN MÁS DESFAVORABLES.

FINALMENTE DEBEMOS CONCLUIR QUE LA ULCERACIÓN DE ORIGEN VENOSO EN LA PIERNA ES UN PADECIMIENTO DE LARGA EVOLUCIÓN Y QUE -

EL VALOR DE CUALQUIER TRATAMIENTO DEBE DE SER JUZGADO SÓLO CON-
EL TIEMPO. SIN EMBARGO, EL RESULTADO DE UN MANEJO INTEGRAL DE -
ESTOS PACIENTES, MEDIANTE MEDIDAS CONSERVADORAS ADECUADAS, ASÍ-
COMO CIRUGÍA VASCULAR Y RECONSTRUCTIVA, PERMITEN VALORAR MAYO -
RES POSIBILIDADES DE ÉXITO.

RESUMEN

SE HACE UN ESTUDIO DE 91 PACIENTES CON ÚLCERAS FLEBOSTÁTICAS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA EN UN PERÍODO DE CASI 5 AÑOS, LOS CUALES ESTUVIERON SUJETOS A MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS CONSERVADORES Y QUIRÚRGICOS. LA TROMBOFLEBÍTIS FUE LA CAUSA FUNDAMENTAL EN EL 46% DE LOS CASOS, MIENTRAS QUE EN LOS QUE NO SE ENCONTRÓ UNA CAUSA DETERMINADA, LOS TRAUMATISMOS Y EL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINAL SIEMPRE ESTUVO PRESENTE.

SE MENCIONA LA UTILIDAD QUE TIENE LA FORMACIÓN DE UNA CLÍNICA VASCULAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTOS ENFERMOS, ASÍ COMO PARA LA VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL PADECIMIENTO.

SE SEÑALAN LOS TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO UTILIZADOS, ENCONTRANDO UN RESULTADO MÁS FAVORABLE EN AQUELLOS EN QUE SE REALIZÓ DISECCIÓN Y LIGADURA DE LAS VENAS COMUNICANTES INSUFICIENTES, SAFENECTOMÍA DEL SISTEMA SUPERFICIAL MAYOR Y MENOR CON APLICACIÓN DE INJERTO DE PIEL AUTÓLOGA EN EL MISMO PROCEDIMIENTO.

SE HACE MENCIÓN ESPECIAL A LA UTILIDAD DE LOS ALOINJERTOS DE PIEL U HOMOIJERTOS COMO FACILITADORES EN LA OBTENCIÓN A CORTO PLAZO DE UNA SUPERFICIE DE TEJIDO DE GRANULACIÓN ADECUADA, PARA SER CUBIERTA CON UN TRANSPLANTE DE PIEL PERMANENTE.

BIBLIOGRAFIA

1. BROWN, J. B., FRYER M.P., RANDALL, P., AND LU, M.; = POST-MORTEM HOMOGRAFTS AS "BIOLOGIC DRESSING" FOR EXTENSIVE BURNS AND DENUDED AREAS, ANN. SURG. 138:618, 1953.
2. CERVANTES C.J.; = TROMBOSIS VENOSA DE LOS MIEMBROS INFERIORES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. = ARCH. INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE MÉXICO, 43:161, 1973.
3. CERVANTES C.J.; LEYCEGUI A.M. = TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME POST-FLEBÍTICO = REVISTA MEXICANA DE ANGIOLOGÍA.- 3:125, 1976.
4. COCKETT F.B. = THE PATHOLOGY AND TREATMENT OF VENOUS ULCERS OF THE LEG. = BRIT. J. SURG. 43:260, 1955.
5. DODD, H., AND COCKETT, F.B. = THE PATHOLOGY AND SURGERY OF THE VEINS OF LOWER LIMB. EDIMBURH, E & S. LIVINGSTONE, 1956.
6. LADE, G., G. = THE RELATIONSHIP BETWEEN GRANULATION TISSUE, BACTERIA, AND SKIN GRAFTS IN BURNED PATIENTS, PLAST.-RECONSTR. SURG, 22:42, 1958.

7. EDWARDS: THE TREATMENT OF VARICOSE VEINS; ANATOMICAL FACTORS OF LIGATION OF THE GREAT SAPHENOUS VEINS. SURG. GY - NEC. OBSTET. 59:916, 1934.
8. HEALY PJM, HEALY EH, WONG R, SHABERG FJ: SURGICAL MANAGEMENT OF THE CHRONIC VENOUS ULCER. AM. J. SURG. 556-559, - 1979.
9. HOMANS J: THE OPERATIVE TREATMENT OF VARICOSE VEINS AND ULCERS, BASED UPON A CLASSIFICATION OF THESE LESIONS. SURG.- GYNEC. OBSTET 22:143, 1916.
10. IVANOVA, S.S: THE TRANSPLANTATION OF SKIN FROM DEAD BODY - TO GRANULATING SURFACE. ANN. SURG. 12:354, 1980.
11. KRISEC, T.J., ROBSON, M.C. AND KHO, E: BACTERIAL GROWTH ON SKIN GRAFT SURVIVAL, SURG. FORUM 18:518 1967.
12. KRISEC, T.J: BIOLOGIC DRESSING. SYMPOSIUM ON BASIC SCIENCE- IN PLASTIC SURGERY, ED. MOSBY VOL XV 62:64, 1976.
13. LAWSON, G: ON THE TRANSPLANTATION OF PORTIONS OF SKIN FOR- THE CLOSURE OF LARGE GRANULATING SURFACES, TRANS. CLIN. - Soc. LONDON 4:49, 1871.
14. LIM BC, BLAISDELL RW, ZUBRIN J, STALLONE RJ, HALL AD: SUB- FASCIAL LIGATION OF PERFORATING VEINS IN RECURRENT STATIS- ULCERATION. AM J. SURG 119:246, 1970.

15. LINTON RR: THE COMMUNICATING VEINS OF THE LOWER LEG AND -
THE OPERATIVE TECHNIQUE FOR THE LIGATION. ANN. SURG 43: -
260, 1955.
16. LINTON RR: A NEW SURGICAL TECHNIQUE OF THE TREATMENT OF -
POST-FLEBITIC VARICOSE ULCERS. OF THE LOWER LEG. NEW EN -
GLAND J. MED 219:367, 1938.
17. LINTON R.R: THE POST-THROMBOTIC ULCERATION OF THE LOWER -
EXTREMITY, ITS ETIOLOGY, AND SURGICAL TREATMENT. ANN OF -
SURG SEP. 1953.
18. MAHORNER H.R Y OSHNER A: ANEW TEST FOR EVALUATING CIRCULA -
TION IN THE VENOUS SISTEM OF THE LOWER EXTREMITY AFFECTED -
BY VARICOSITIES. ARCH. SURG 33:479, 1938.
19. MEDAWAR, P.B: BEHAVIOR AND FATE OF SKIN AUTOGRAFTS AND -
SKIN HOMOGRAFTS IN RABBITS, J. ANAT 78:176, 1944.
20. MYERS T.T: RESULTS AND TECHNIQUE OF STRIPPING OPERATION -
FOR VARICOSE VEINS JAMA 163:87, 1957.
21. NIELUBOWICZ J AND SZOSTEK: RECURRENS AFTER LINTON FLAP -
OPERATION. JOURN CARDIOVASC. SURG, 20 49:52 1979.
22. ROB C: SURGERY OF THE VASCULAR SYSTEM P. 267 UNIVERSITY -
OF MINNESOTA, 1972.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23. ROBSON, M.C., AND KRISEK, T.J; PREDICTING SKIN GRAFT SURVIVAL, J. TRAUMA 13:213, 1973.