

## Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera de Origen Venoso de Miembros Inferiores\*

RONALD CADILLO

ASESOR: DR. LUIS DEL AGUILA HOYOS

Facultad de Medicina - Universidad Nacional Mayor de San Marcos

### RESUMEN

**OBJETIVOS:** Conocer los resultados del tratamiento quirúrgico empleado en pacientes con úlcera de origen venoso (UOV) en miembros inferiores y determinar la naturaleza varicosa o venosa de las úlceras. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo en 256 casos de UOV de miembros inferiores tratados quirúrgicamente en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins entre 1986 y 1996. **RESULTADOS:** El sexo masculino (56,3%) es el más afectado por la UOV. El grupo etáreo más afectado el comprendido entre los 35 - 64 años. Se encontró antecedente de enfermedad varicosa en el 67,2% de casos. El traumatismo (37,5%) no es el principal modo de inicio de la úlcera venosa. El 41,6% de pacientes recibió algún tipo de tratamiento anterior, generalmente tratamiento médico (43,4%) seguido del médico quirúrgico (26,4%). Los síntomas más frecuentes fueron dolor (76,6%), prurito (28,9%), hiperpigmentación (22,7%) y edema (22,3%). El examen flebográfico fue el método auxiliar de elección. La localización más frecuente de la UOV fue maleolo interno (74,6%), seguida del tercio medio de la pierna (12,9%). Se realizaron cuatro tipos de operación: 1) Injerto dermoepidérmico (ID), 2) Safenectomía, 3) Safenectomía más ID, y 3) Ligadura de perforantes y colaterales asociado a ID, esta última fue la que rindió mejores resultados. Los resultados con peor éxito fueron obtenidos con ID solo. **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio, los resultados obtenidos permiten establecer que, por su alta tasa de curaciones, el tratamiento quirúrgico es un método racional para solucionar los problemas de esta patología.

*Palabras claves:* Úlcera Varicosa - cirugía; Várices.

### SURGICAL TREATMENT OF VENOUS ULCER IN THE LOWER LIMBS

#### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To find out the results of the surgical treatment performed in patients with venous ulcer (VU) in the lower limbs and to determine the varicose or venous nature of ulcers. **MATERIAL AND METHODS:** A retrospective study in 256 cases of VU of the lower limbs who underwent surgical treatment at the Hospital Edgardo Rebagliati Martins since 1986 to 1996, was made. **RESULTS:** Males (56,3%) were the most affected for VU. The most affected age group was between 35 and 64 years old. We found a varicose disease background in 67,2%. Traumatism (37,5%) was not the most common way of starting a VU. 41,6% of the patients underwent some kind of previous treatment, predominantly medical treatment (43,4%) followed by surgical treatment (26,4%). The most frequent symptoms were pain (76,6%), rush (28,9%), hyperpigmentation (22,7%) and edema (22,3%). Phlebographic examination was the main auxiliary method. The most frequent location was VU of the internal maleolar area (74,6%), followed by the leg medium third (12,9%). Four operational types were performed: 1. Dermoepidermal graft (DG), 2) Saphenectomy, 3) Saphenectomy plus DG, and 3) Perforant and collateral veins blockade associated to DG. The latter was the most successful one. The less desirable results were obtained with DG alone. **CONCLUSIONS:** In our study, the results obtained allowed us to state that, since the high rate of recovery, surgical treatment is a rational method to help us solving the problems related with this pathology.

*Key words:* Varicose Ulcer - surgery; Varicose Veins

\* Trabajo presentado como Tesis para optar el Título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina-UNMSM.

#### Correspondencia:

Dr. Ronald Germán Cadillo Chávez  
Facultad de Medicina - UNMSM.  
Av. Grau 755 Lima 1 - Perú.

## INTRODUCCIÓN

Se llama úlcera varicosa a la lesión ulcerada de los miembros inferiores ocasionada por la cronicidad de una vena varicosa (várices primarias) y úlcera venosa a la producida como secuela de un proceso de tromboflebitis profunda (várices secundarias). Está demostrado que la úlcera varicosa se cura con la exéresis de la vena safena; en cambio, la úlcera venosa, debido a su naturaleza, es de difícil tratamiento y requiere, de ser necesario estudios auxiliares de ayuda diagnóstica - entre los que tenemos la flebografía, arteriografía y linfografía- para aplicar una adecuada conducta terapéutica.

La relación entre la lesión ulcerosa y la patología venosa ha sido detectada desde hace tiempo. Ambrois Paré (1510-1590) en su obra "Trabajos", libro 12 capítulo XX, observó la relación entre várices y úlcera (<sup>1</sup>).

Wiserman (1612-1676) empleó como único tratamiento de úlcera varicosa la compresión.

Sir Benjamín Collins Brodie (1783-1862) estableció perfectamente el uso del vendaje compresivo en la úlcera varicosa: del pie para arriba mediante compresión moderada, y la continuación de su uso después del cierre de la misma.

Pablo Gerson Unna (1859-1929), estudioso de la úlcera venosa, la trataba mediante un vendaje encolado: la "Bota de Unna", anteriormente usada en algunos países (<sup>1</sup>).

El advenimiento de la flebografía como medio auxiliar de ayuda diagnóstica ha hecho posible una mejor comprensión de los factores que determinan la aparición y persistencia de una úlcera de origen venoso en miembros inferiores, mediante la identificación de las perforantes insuficientes.

Con el advenimiento de la heparina, la tromboflebitis profunda causante de úlcera en un 25%, se redujo al 2-3% (<sup>2,3</sup>). Los avances en los conocimientos de la hipertensión venosa sobre la nutrición celular del tejido circundante a las venas enfermas (relación angiohística) y la repercusión de las sustancias metabólicas producidas en un tejido con hipertensión venosa ortostática (relación histárgica) han hecho posible la mejor aplicación de los elementos terapéuticos para solucionar el problema de la úlcera de origen venoso de los miembros inferiores. Recientes investigaciones demuestran que el endotelio vascular tiene activa participación en la fisiopatología de los procesos ulcerosos (<sup>4</sup>).

El tratamiento quirúrgico está determinado por la etiología. Si es una úlcera dependiente de una vena varicosa, la simple safenectomía es suficiente. Si esta úlcera varicosa es de gran tamaño, muchas veces es necesario acompañarla de un injerto dermoepidérmico para disminuir la morbilidad.

En las úlceras venosas, secuelas de tromboflebitis, la investigación de la perforante incompetente es ineludible y la ligadura de ésta, subaponeurótica, es el tratamiento de elección, acompañándose de injerto dermoepidérmico si es que la úlcera es de gran tamaño, y al mismo tiempo ligadura de las colaterales insuficientes, las cuales retroalimentan a la úlcera.

Técnicas de ligaduras de perforantes hay muchas. Lo recomendable es que se llegue al sitio de drenaje de ella abordándola por el tejido no indurado. Dichas técnicas (Felder, Munglioli, Cigorraga, Madden, etc.) tienen como objetivo fundamental desconectar el tegumento del sistema venoso profundo hipertenso.

Las lesiones ulceradas de miembros inferiores representan un grave problema de salud en términos de incapacidad laboral y costo económico. Producen largas hospitalizaciones y en algunos casos un ir y venir del paciente de un especialista a otro. Se requiere de un equipo multidisciplinario que concorra para lograr el éxito en la atención de un paciente con úlcera de miembros inferiores. Saber diferenciar una úlcera arterial (úlcera de Martorell) (<sup>5</sup>) o una úlcera por vasculitis (muy frecuente), y otros tipos de úlcera (TBC, Lúes, lepra, micosis, etc.) es fundamental, de tal manera que el cirujano que trata la patología venosa ulcerada esté al tanto de todas estas ocurrencias ya que influirá en la terapéutica de la úlcera de miembros inferiores. El objetivo de este trabajo fue conocer los resultados del tratamiento quirúrgico recibido por pacientes con úlcera de origen venoso de los miembros inferiores operados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el período comprendido entre 1986-1996.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se ha realizado sobre la base de la revisión y posterior procesamiento de los datos contenidos en 256 historias clínicas de pacientes con patología venosa y tratados quirúrgicamente por úlcera de

origen venoso de miembros inferiores, registrados en el archivo central del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 1986-1996.

No se consideraron en este trabajo las historias clínicas de pacientes que registraban el padecimiento de otra enfermedad concomitante: trastornos de coagulación, tuberculosis, diabetes mellitus, desnutrición, insuficiencia renal.

Este estudio es de tipo descriptivo retrospectivo, y la recolección de la información se realizó mediante el uso de planillones ad hoc en los cuales se registraron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes de várices, tiempo de enfermedad, modo de inicio, localización, sintomatología, tratamientos recibidos anteriormente, realización de flebografías, tipo de cirugías y resultados.

Los grupos etáreos fueron distribuidos de acuerdo a la Regla de Sturges: 20 a 34 años, 35 a 49 años, 50 a 64 años, 65 a 80 años.

Para la clasificación de la patología se tomó en cuenta lo registrado en la historia clínica sobre la presencia o ausencia de várices en los pacientes.

Se consideró como tiempo de enfermedad al tiempo transcurrido desde la aparición de la lesión ulcerada y los síntomas, hasta el momento en el cual el paciente acude a consulta médica.

Para los efectos de ubicación de la úlcera de origen venoso se ha considerado las siguientes regiones: 1) Región maleolar interna; 2) Región maleolar externa; y 3) Tercio medio de la pierna.

Los síntomas son tipificados de acuerdo a su importancia, teniendo en cuenta la sintomatología de esta enfermedad: dolor, pesadez, edema, prurito, varicorragia, pigmentación, eczema, cansancio, o asintomático.

**Tabla Nº 1.-** Distribución de pacientes con úlcera de origen venoso según edad. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.

Edad	n	%
20-34 años	43	16,8
35-49 años	87	33,9
50-64 años	95	37,2
65-80 años	31	12,1
Total	256	100,0

Según la información acerca de los tratamientos recibidos anteriormente los clasificamos en: tópico caseo, médico, médico quirúrgico, ninguno. Se consideraron la presencia o ausencia del examen flebográfico.

El tipo de cirugía empleado fue distribuido en las siguientes categorías: 1) Safenectomía; 2) Injerto dermoepidérmico sin cirugía venosa; 3) Ligadura de perforantes y colaterales con injerto dermoepidérmico; y 4) Safenectomía con injerto dermoepidérmico.

Se consideró el resultado como bueno o malo según la desaparición o la persistencia de la úlcera.

## RESULTADOS

Estudiamos un total de 256 casos de úlcera de miembros inferiores. De ellos, 144 pacientes (56,3%) eran varones y 112 (43,7%) eran mujeres. Esta patología se presentó principalmente entre los 35 y los 64 años (ver Tabla Nº 1).

Un total de 172 pacientes (67%), tuvieron antecedentes de várices, de los cuales el 63,4% eran varones (Tabla Nº 2).

**Tabla Nº 2.-** Distribución de pacientes con úlcera de origen venoso según antecedentes de várices y sexo. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.

Antecedente de várices	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
No	35	24,3	19	16,9	84	32,8
Sí	109	75,7	93	83,1	172	67,2
Total	144	100,0	112	100,0	256	100,0

**Tabla Nº 3.- Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad venosa con lesión ulcerada y sexo. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.**

Tiempo de enfermedad	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
< 1 año	23	15,9	21	18,8	44	17,2
1-10 años	44	30,6	25	22,3	69	26,9
11-20 años	21	14,6	15	13,4	36	14,2
21-30 años	5	3,5	3	2,7	8	0,9
> 30 años	51	35,4	48	42,8	99	38,8
Total	144	100,0	112	100,0	256	100,0

La mayoría de pacientes se presentó con un tiempo de enfermedad de <1 a 20 años, aunque también hubo una alta proporción de pacientes que vinieron con más de treinta años de enfermedad. Al parecer, las mujeres se presentaron a consulta más tempranamente que los varones (ver Tabla Nº 3).

El examen de elección para el diagnóstico de las úlceras de miembros inferiores es la flebografía. Sin embargo, ésta se realizó en sólo 139 (54,3%) de los 256 pacientes.

**Tabla Nº 4.- Proporción de pacientes que atribuyen al trauma como causa de ulceración. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.**

Modo de Inicio	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Sin Trauma	75	52,1	85	75,9	160	62,5
Con Trauma	69	47,9	27	24,1	96	37,5
Total	144	100,0	112	100,0	256	100,0

Sólo 96 pacientes (37,5%) afirmaron haber tenido un trauma como antecedente al cual atribuyen la ulceración. La mayoría de ellos (69 pacientes) eran varones (47,9%) (ver Tabla Nº 4).

Las úlceras se localizaron principalmente en maleolo interno (191 casos, 74,6%). Las localizadas en maleolo externo y en tercio medio fueron mucho menos frecuentes: 32 casos (12,5%) y 33 casos (12,9%), respectivamente.

Los síntomas y signos que más frecuentemente se presentan en la Tabla Nº 5.

**Tabla Nº 5.-** Frecuencia de síntomas y signos reportados por pacientes con úlcera de origen venoso. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.

Signo - Síntoma	n	%
Dolor	196	76,6
Pesadez	14	5,4
Cansancio	24	9,4
Edema	57	22,3
Prurito	74	28,9
Pigmentación	58	22,7
Eczema	19	7,4
Varicorragia	16	6,3
Asintomáticos	24	9,4

Un total de 106 pacientes recibieron atención anterior por ese motivo. En ellos, el tratamiento fue médico en 46 casos (43,4%), médico-quirúrgico 28 casos (26,4%), tópico casero 16 casos (15,1%). Sin embargo, 16 pacientes (15,1%) no recibieron tratamiento alguno.

En cuanto al manejo de la úlcera, el abordaje más utilizado fue la safenectomía acompañada de injerto dermoepidérmico (80 casos) seguido del injerto dermoepidérmico solo (76 casos). Sin embargo, los mejores resultados se obtuvieron con la ligadura de la

perforante y la colateral seguida de injerto dermoepidérmico (82,3%), y con la safenectomía acompañada de injerto dermoepidérmico (80%) (ver Tabla Nº 6).

El injerto dermoepidérmico solo, tuvo la más alta frecuencia de fracasos o evoluciones tórpidas (49 casos de 76; 64,5%). La ligadura de la perforante y la colateral seguida de injerto dermoepidérmico tiene la más baja frecuencia de fracaso o evolución tórpida (8,3% del total), y parece tener especialmente mejores resultados en las úlceras de maleolo interno (mala evolución en el 3,7% de úlceras de maleolo externo) (ver Tabla Nº 7).

### DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el 56,3% de pacientes del sexo masculino presentó úlcera de origen venoso en los miembros inferiores. Nos llama la atención este resultado, ya que Martorell (2) con 62%, Villavicencio (4) con 55,2% y Lapertosa (11) con 51%, presentan un mayor porcentaje en el sexo femenino. Es posible que los factores inherentes al *quehacer* de un paciente de sexo masculino (microtraumatismos, calidad de trabajo, estilos de vida y otros) hallan determinado estos hallazgos en el presente trabajo. De otro lado, es corriente observar que el paciente de sexo masculino presta menor importancia a los síntomas que pueda presentar por una enfermedad que lo aqueje, permitiendo que una tromboflebitis, probablemente, evolucione con inadecuado control hacia la complicación ulcerosa. La menor importancia de la apariencia estética por parte del paciente masculino sería otro factor de evolución crónica.

**Tabla Nº 6.-** Distribución de pacientes con úlcera de origen venoso según tipo de cirugía efectuada y la evolución. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.

Tipo de Cirugía	Evolución				Total n
	Mala		Buena		
	n	%	n	%	
Safenectomía	23	41,8	32	58,2	55
Injerto dermoepidérmico	49	64,5	27	35,5	76
Ligadura perforante + colateral + injerto dermoepidérmico	8	17,7	37	82,3	45
Safenectomía + injerto dermoepidérmico	16	20,0	64	80,0	80
Total	96	37,5	160	62,5	256

**Tabla N° 7.- Distribución de pacientes con mala evolución de acuerdo a la localización de la úlcera y tipo de cirugía realizada. Hospital Edgardo Rebagliati M. 1986-1996.**

Tipo de Cirugía	Maleolo Interno		Maleolo externo		Tercio Medio		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Safenectomía	13	24,1	5	21,7	5	26,3	23	23,9
Injerto								
Dermoepidérmico	32	59,3	11	47,8	6	31,6	49	51,1
Ligadura perforante + colateral + injerto								
dermoepidérmico	2	3,7	3	13,1	3	15,8	8	8,3
Safenectomía + injerto								
dermoepidérmico	7	12,9	4	17,4	5	26,3	16	16,6
Total	54	100,0	23	100,0	19	100,0	96	100,0

El mayor porcentaje de pacientes que presentaron esta enfermedad estuvo comprendido entre las edades de 35-64 años (71,1%) que es muy similar a los grupos etáreos presentados por otros autores: Mori (7) 32-60 años, Lapertosa (11) 35-70 años, Villavicencio (8) 28-68 años. Como puede apreciarse, dichos rangos de edad corresponden a la época de mayor productividad de la población.

El 67,2% de pacientes tenían antecedentes de enfermedad varicosa, y como tal pudiera considerarse que todos estos casos corresponden a úlceras varicosas. Los datos consignados en las historias clínicas no nos permiten aseveraciones en cuanto a la evolución de la enfermedad varicosa ni de las conductas terapéuticas recibidas. Otros autores también han encontrado valores similares en cuanto a antecedentes de enfermedad varicosa: Kira (1) 62,4%, Villavicencio (8) 71% y Shami (18) 68,5%. Del grupo restante (42,8%) que no presenta antecedentes de enfermedad varicosa, consideramos que se trata de úlceras posflebíticas ya que muchas veces el proceso tromboflebítico actúa solapadamente y viene a descubrirse cuando presenta la complicación ulcerosa (8).

La aparición de una herida en la pierna, sea sobre una várice o no, ha hecho que el 17,2% de pacientes de ambos sexos concorra al médico antes del año de aparición espontánea de la herida. El 26,9% lo hizo entre 1-10 años. El mayor porcentaje (38,8%) de pacientes que concurren a tratamiento hospitalario está dado por aquellos que

han sufrido la enfermedad por más de 30 años. Esto es similar a lo encontrado por Mori (7), cuyo mayor porcentaje de pacientes tiene un tiempo de enfermedad mayor de 30 años (32,3%). Estos hechos nos llevan a considerar que los pacientes en nuestra serie no dieron la debida importancia a la aparición y desarrollo de este tipo de patología, y que recurren a tratamientos no idóneos, lo que demora su concurrencia al cirujano y aumenta el peligro de padecer complicaciones.

Encontramos que el 62,2% de pacientes de ambos sexos no relacionan ningún proceso traumático con la aparición de su úlcera. Dicho hallazgo no se diferencia de los de otros autores: Kira (1) con 68%, Villavicencio (8) con 65,4%, Carpentero (14) con 67,8%. Probablemente la hipertensión venosa condiciona diapedesis de elementos formes al tegumento que rodea una vena posflebítica, lo cual crea tal estado de minusvalía vascular y tisular en la zona afectada que disminuye la resistencia de la piel facilitando la aparición de la úlcera. Por lo tanto, la aparición de una herida no necesariamente requiere de un trauma que la produzca (4,5).

Por otro lado, un 37,5% responsabiliza a un traumatismo, por lo general leve, como causante de la aparición de la ulceración, similar a lo encontrado por Deleveaux (20) con 40% y Kira (1) con 32%. Esto se sustenta en la acción del trauma sobre una piel congestionada y pobremente nutrida que puede iniciar la necrosis o producir pérdida de sustancia

dermoepidérmica, lo cual en su evolución origina dicha lesión ulcerosa, sobre una piel cuyo poder de cicatrización está disminuido (<sup>11,19</sup>).

Entre los síntomas más frecuentemente mencionados tenemos: dolor en 76,6% de casos, seguido de prurito (28,9%), hiperpigmentación (22,7%) y edema (22,3%). Estos resultados son similares a los presentados por Mori (<sup>7</sup>), Kira (<sup>8</sup>), Sánchez (<sup>20</sup>) y Etcheverry (<sup>21</sup>). Los síntomas y los signos se deben a los cambios que genera la hipertensión venosa ortostática (<sup>1,17,19</sup>).

El edema, el cansancio y la pesadez fueron los síntomas referidos por los pacientes con úlceras posflebíticas, mas no por los que tenían várices simples. Es importante anotar que el edema es un síntoma y signo trascendental. Es de inicio distal, maleolar, blando que deja fovea, se reduce fácilmente con reposo, elevación del miembro y compresión elástica. En su evolución el paciente manifiesta pesadez y cansancio íntimamente relacionadas a alteraciones tisulares (aumento de productos del catabolismo celular no eliminados) (<sup>9,10,11</sup>).

Se encontró dolor, pigmentación, eczema y varicorragia en ambos casos. También notamos que hay un 4,9% de pacientes asintomáticos, lo que coincide con Mori (<sup>7</sup>) 7,2%. Esto difiere de lo encontrado por Torrejón (<sup>17</sup>) 18,45%, y Kira (<sup>1</sup>) con 12,4%.

El mayor porcentaje (43,4%) de pacientes ha tenido tratamiento médico (tónicos venosos, antiinflamatorios, vendajes, botas de Unna, etc.) y un 26,4% concurre por recidiva después de un tratamiento médico quirúrgico. Esto indica que el tratamiento quirúrgico de un paciente con enfermedad venosa y con úlcera de la pierna requiere una somera investigación de las causas y el estado de la circulación venosa, arterial y linfática (al momento de la consulta). Estos aspectos son frecuentemente olvidados en nuestro medio, pero son indispensables para un tratamiento adecuado, lo cual puede determinar este alto porcentaje de recidiva en el tratamiento quirúrgico de la úlcera de origen venoso en miembros inferiores.

El porcentaje de los pacientes que utilizan tratamiento casero y los que no reciben tratamiento es 15,1% cada uno, con un total de 30,2%. Entre nosotros, el tratamiento casero está muy difundido y se utilizan infusiones de plantas (llantén, manzanilla, matico) o aplicación de hojas de algunos vegetales como sábila o coca, lo cual da lugar a complicaciones muchas veces serias.

El aspecto que presenta una úlcera de origen venoso es variable en cuanto a sus características. Esto tiene que ver con muchos factores como: tiempo de evolución, cuidados anteriores y/o tratamientos recibidos, gravedad de la flebopatía de base, etc. Así, el aspecto del fondo de la úlcera venosa puede ser liso o irregular, rojizo o atónico; puede tener papila de granulación, restos de tejidos necrosados o secreción serosanguinolenta, cuyos bordes son indurados. La úlcera varicosa generalmente es pequeña, de bordes ligeramente indurados y tiene la característica de estar localizada sobre un trayecto varicoso. Con el reposo y la aplicación de sustancias asépticas (solución de ácido acético, solución Dakin Carrell, etc.) generalmente se combate la infección superficial y asistimos a la mejoría visible de su aspecto. Generalmente, la mejoría se observa al 4 - 5º día de empezado el tratamiento tópico y es preferible esperar que la infección focal haya desaparecido para enfocar el tratamiento quirúrgico. Si por el contrario, pese a utilizarse las medidas anteriormente descritas, los bordes de la ulceración no mejoran y el lecho demora en limpiarse, es necesario realizar una biopsia del borde ulceroso para aclarar su etiología (<sup>8</sup>).

De los 256 casos de procesos ulcerosos de origen venosos en miembros inferiores que fueron operados por técnicas diferentes, sólo el 54,3% fue sometido a estudios flebográficos previos. Esto en contraste con lo mostrado por Kira (<sup>1</sup>) con 82% y Doria (<sup>22</sup>) con 78%.

Cabe mencionar que es recomendable que un paciente con úlcera venosa crónica en miembros inferiores deba ser sometido a una evaluación integral, y muy en particular del sistema venoso profundo y superficial con los medios de que actualmente se dispone. Dentro de ellos el estudio flebográfico es de mucha importancia (<sup>1,2,6,8,22</sup>). Se debe constatar el estado de la circulación arterial y linfática con exámenes de ayuda, incluidos la arteriografía y linfografía, si fueran necesarios, ya que el sistema circulatorio (arterial, venoso y linfático) juega un papel muy importante en la génesis y la persistencia de una lesión ulcerada en miembros inferiores. Debería realizarse un diagnóstico diferencial con otros tipos de lesiones ulceradas a dicho nivel.

Se aprecia que la localización de la úlcera a nivel del maleolo interno ocurre en un 74,6% de los casos, seguido en frecuencia por la úlcera de tercio medio de la pierna con un 12,9%. Esto es similar a lo mencionado por Martorell (<sup>2</sup>), Villavicencio (<sup>8</sup>) y Kira (<sup>1</sup>). Desde

la antigüedad se ha aceptado que la úlcera varicosa tiene localización maleolar interna cuando se refieren a úlceras por várices primarias, es decir, úlceras que se deben a una vena varicosa de la vena safena interna. Las úlceras venosas debidas a secuelas de un proceso tromboflebítico del sistema venoso profundo generalmente se presentan en el tercio medio de la pierna, donde se localizan las perforantes incompetentes<sup>(2,12)</sup> que juegan un papel importante en la génesis de las úlceras venosas.

En cuanto al tratamiento, la safenectomía sola tuvo una buena evolución en el 58,2% de pacientes operados, pero con la safenectomía más injerto dermoepidérmico, el porcentaje de buena evolución se elevó al 80%. Estos resultados coinciden con los de Mori<sup>(7)</sup> que obtuvo un 62,5% de buenos resultados utilizando sólo la safenectomía. Se aprecia además que Del Aguila<sup>(6)</sup> y Torrejón<sup>(17)</sup> muestran que las úlceras cicatrizaron en un 100%, mientras que Jakobson<sup>(23)</sup> refiere un 92% de cicatrización. Estas diferencias obtenidas corresponderían a que los datos registrados son los obtenidos de las Historias Clínicas, por lo cual las técnicas empleadas son las utilizadas por diversos cirujanos de este establecimiento, pudiendo los resultados estar afectados por la diversidad de criterios tanto en el estudio como en el manejo, así como por la experiencia del cirujano, etc.

En cuanto a los fracasos, el 51,1% se produjo en el grupo tratado con injerto dermoepidérmico, el 23,95% por safenectomía sola, el 16,6% por safenectomía más injerto dermoepidérmico, y el menor porcentaje (8,3%) en los tratados por ligadura de perforantes con colaterales insuficientes combinado con injerto dermoepidérmico.

El 37,5% de pacientes que han tenido mala evolución representa un alto porcentaje de fracaso y esto se explica debido a que un apreciable número del total (49 pacientes) son pacientes que fueron tratados exclusivamente por injerto dermoepidérmico sin tomar en cuenta que la reparación cutánea debe ser hecha sólo después de ser resuelta la causa básica que es el problema de insuficiencia venosa. Lo más importante sería indicar no el injerto, si no la ligadura de las perforantes insuficientes, ya que si persiste la hipertensión venosa el injerto no pega o se ulcera nuevamente. Dicho tratamiento es realizado por los cirujanos plásticos, quienes deberían estar imbuidos de la condición clínica de fondo antes de emprender un tratamiento quirúrgico cosmético.

Indudablemente, en el fracaso de estas técnicas concurren otros tipos de factores no inmersos en ellas como: un mal diagnóstico, concomitancia de enfermedad arterial y/o linfática, mala preparación del terreno a ser intervenido, exámenes no adecuadamente solicitados y/o interpretados, la flebografía y el examen dopler por su importancia debe saber realizarse e interpretarse, una mala técnica quirúrgica, inexperiencia del cirujano, etc.

## CONCLUSIONES

- 1.- Todo paciente con úlcera de origen venoso de miembros inferiores debe ser profundamente estudiado para determinar si se trata de una úlcera varicosa o de una úlcera venosa por otra causa.
- 2.- En el presente estudio, la úlcera de origen venoso de miembros inferiores no mostró predominancia significativa entre los sexos masculino y femenino.
- 3.- La presencia de úlcera cutánea en la región maleolar interna debe ser considerada como úlcera de origen venoso teniendo en cuenta la prevalencia de esta localización.
- 4.- La ligadura de las venas perforantes insuficientes y las colaterales asociada al injerto dermoepidérmico, es una buena alternativa quirúrgica para pacientes con úlcera de origen venoso de miembros inferiores.
- 5.- La simple colocación de injerto dermoepidérmico sin corregir los trastornos vasculares de fondo fue la causa de fracaso más importante en un grupo significativo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kira F. Patología venosa de los miembros inferiores, su tratamiento. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina; 1995.
- 2) Martorell F. Angiología - enfermedades vasculares. Salvat, España; 1967. pp 339.
- 3) Silver D. Surgical treatment of the refractory postphlebotic ulcer. Arch Surg 1971; 103(5): 554.
- 4) Veraart J. Adhesion molecule expression in venous leg ulcers. Phlebology Digest 1994; 6(1): 18.
- 5) Rougues L. L'ulcère hipertensif du Martorell. Press Med 1967; 75: 45.
- 6) Del Aguila L. Tratamiento quirúrgico de várices de los miembros inferiores. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 1974.
- 7) Mori J. Tratamiento activo médico quirúrgico de la úlcera varicosa. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 1963.

- 8) **Villavicencio L.** Alternativas quirúrgicas en el tratamiento de la úlcera venosa. *Revista de Flebología Vascular* 1997; 14: 51.
- 9) **Sanchez C, Tropper U, Clar D.** Tratamiento del dolor de las úlceras venosas. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1995; 5(3): 38.
- 10) **Sanchez C y col.** Tratamiento de las úlceras venosas en miembros inferiores. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1994; 4(3): 24.
- 11) **Lapertosa L.** Patologías flebológicas más frecuentes en el servicio de cirugía del Hospital Luisa de Gandulfo. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1992; 4: 38.
- 12) **Kappert.** Atlas de Angiología. Ediciones Toray S.A., Barcelona; 1968.
- 13) **Bernardes G.** Úlcera y tétanos. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1997, 7(3): 21.
- 14) **Griton B.** Úlceras por hipercoagulación. Aspectos clínicos y su abordaje terapéutico. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1997; 7: 58.
- 15) **Shai A y col.** El uso del cultivo de queratinocitos en el tratamiento de la úlcera de la piel. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1993; 3: 23.
- 16) **Barceló R.** Flebectomía Ambulatoria en úlceras venosas. *Revista Panamericana de Flebología y Linfología* 1994; 4: 18.
- 17) **Torrejón E.** Tratamiento quirúrgico de la enfermedad varicosa de los miembros inferiores. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 1996.
- 18) **Shami SK.** Venous ulcer and the superficial venous system. *Rev Phlebology Digest* 1994; 6(1): 24.
- 19) **Carpentero L.** Diagnóstico y tratamiento de úlceras venosas en pacientes con insuficiencia venosa crónica. Mesas Redondas IV Congreso Nacional del Capítulo de Flebología de Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular 1996; 173-82.
- 20) **Deleveaux J. L.** La Flebología y sus aspectos dermatológicos. *Ciencias Médicas (Tucumán)* 1990; 5(4): 127-9.
- 21) **Etcheverry R.** Diagnóstico diferencial de las úlceras venosas con otros procesos ulcerativos de los miembros inferiores. VII Congreso Panamericano de Flebología y Linfología 1996; 145-6.
- 22) **Doria C.** Métodos diagnóstico y su utilidad en el tratamiento de las úlceras varicosas y post-flebíticas. VII Congreso Panamericano de Flebología y Linfología 1996; 141-5.
- 23) **Jackobson H.** The value of different formes of treatment for varicose ulcer. *Br J Surg* 1979; 66: 182-4.



*Pabellón de Anatomía. Al fondo el Local Central de la Facultad de Medicina - UNMSM. Lima - Perú.  
(Archivo Fotográfico Universitario - TELEDUSM)*