

EXTRACTOS

CONCEPTO MODERNO DEL TRATAMIENTO DE LAS VARICES (*The modern conception of therapy of varicose veins*). — LEU, H. J. «Angiology», vol. 15, nº 9, pág. 371; **septiembre 1964**.

El autor expone su experiencia sobre más de 10 000 casos tratados por enfermedades venosas; primero las contraindicaciones generales del tratamiento quirúrgico y del esclerosante, luego las ventajas e inconvenientes de la esclerosis varicosa y las ventajas e inconvenientes de la cirugía de las varices.

Entre los factores paramédicos cita la voluntad del paciente, la pérdida de tiempo para una operación, la necesidad de un cirujano vascular bien entrenado, el coste de la operación, las cicatrices visibles en las mujeres jóvenes.

Propone los siguientes tratamientos según los distintos tipos de varices:

Dilataciones venulares intracutáneas: esclerosis con aguja fina, inyectando pequeñas cantidades después de introducir burbujas de aire para ver mejor la penetración del líquido.

Varices de tipo reticular sin insuficiencia valvular, muy tortuosas y no muy prominentes en pierna y muslo: esclerosis, pues la cirugía requiere múltiples incisiones y deja muchas cicatrices.

Varices en el territorio de la safena, pero con válvulas de los cayados normales Trendelenburg negativo: esclerosis. Las de paredes gruesas y rectilíneas necesitan varias inyecciones repetidas y mayor concentración de esclerosante. Las de pared delgada y tipo tortuoso responden mejor a la esclerosis y con menores dosis.

Varices por insuficiencia del cayado de la safena externa y Trendelenburg positivo en hueco poplíteo: esclerosis, ya que en este territorio responden muy bien a este tratamiento y si existen comunicantes insuficientes en su trayecto se esclerosan de igual modo, y en cambio, con la cirugía podrían quedar abandonadas.

Varices por insuficiencia del cayado de la safena interna y Trendelenburg positivo: Tipo el más frecuente en Suiza. La esclerosis da muchas recidivas. Es preferible la cirugía con «stripping» de toda la safena hasta el maléolo. Si existen muchas ramificaciones conviene añadir la esclerosis de las mismas.

Insuficiencia de una comunicante: En general a nivel del conducto de Hunter. Puede intentarse la esclerosis, pero da muchas recidivas. Es preferible la cirugía en los enfermos que deben estar mucho de pie y en los sujetos jóvenes. En las comunicantes de la pierna sin insuficiencia del cayado da muy buenos resultados la esclerosis simple.

Insuficiencia del cayado y de varias comunicantes: Tratamiento quirúrgico, ligando las comunicantes a su entrada en la aponeurosis.

Insuficiencia de la safena externa y de varias comunicantes: responden muy bien a la esclerosis.

Insuficiencia venosa crónica, varicosis maligna o enfermedad varicosa: Consiste en la insuficiencia de la mayoría de las pequeñas comunicantes del pie y de la parte

inferior de la pierna, formando la corona flebectásica plantar y acompañada en muchos casos de edema. Ni la cirugía ni la esclerosis resuelven el problema. Debe advertirse al paciente del poco éxito del tratamiento. Terapéutica compresiva y constante observación.

Insuficiencia de las venas profundas: La forma idiopática es muy rara; la más frecuente es la secundaria a trombosis. La recanalización se produce a los seis meses, pero las válvulas quedan destruidas y aparece edema e insuficiencia múltiple de comunicantes. No tiene tratamiento quirúrgico ni esclerosante. La técnica de BAUER con resección de la vena poplítea no ha dado resultado. Terapéutica compresiva continua. Si se produce insuficiencia de las venas comunicantes y varices del sistema venoso superficial podemos actuar quirúrgicamente o por medio de esclerosantes, pero debemos estar seguros de que el sistema venoso profundo es permeable (pruebas de Linton y Perthes, o flebografía).

Varices en zonas con trastornos tróficos: Cuando existen lesiones de piel (hiperpigmentaciones, paraqueratosis, dermoepidermitis, eczema) y del tejido subcutáneo (hipodermatitis, úlcera) debe preferirse la esclerosis, aunque debe realizarla un experto, al objeto de no empeorar la situación con inyecciones perivenosas. Si la comunicante insuficiente está debajo de la úlcera puede ser necesario, a veces, proceder a la intervención quirúrgica practicando una incisión por fuera de la misma, buscando la comunicante en el lecho desplazando la zona ulcerosa. BRANDS, en Holanda, practica una incisión longitudinal larga en la cara interna de la tibia y localiza todas las venas comunicantes, en especial las que comunican la región supramaleolar con el músculo sóleo. La larga incisión en tejidos ya dañados puede provocar nuevas úlceras en la cicatriz en particular en casos de recidiva de una comunicante.

ÚLCERAS HIPERTENSIVAS DE LAS PIERNAS (SÍNDROME DE MARTHORELL). — ARCELUS, I.; AGUIRRE, C.; VARA THORBECK, R. «Archivos de la Facultad de Medicina de Madrid», vol. VII, nº 3, pág. 193; 3 marzo 1965.

Con motivo de la presentación de un caso personal de Úlceras hipertensivas de las piernas, de localización atípica, se hace una cuidadosa revisión del tema, con su etiopatogenia, anatomía patológica, cuadro clínico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

OBSERVACIÓN.

Enferma de 63 años. Ingresó el 24-X-63. Antecedentes sin interés. Padece bloqueo articular de ambas rodillas desde hace seis o siete años.

Hace dos meses y medio trauma piernas. A continuación tumefacción eritrocianótica, con ampolla de color rojo oscuro. A los cinco días el médico desbrida en el lado izquierdo, dando salida a un líquido hemático. La del lado derecho se abrió espontáneamente a los diez días, con el mismo contenido. Quedan úlceras en ambos lados, mayor la derecha, discretamente dolorosas. Tratada con pomadas, no mejora de modo evidente. Nos la remiten en este estado.

Exploración: Obesidad marcada, habito pícnico. Ausencia de edema. Tensión arterial brazo 195/105 mm Hg.

En unión del tercio medio con el superior y en la cara anteroexterna de la pierna derecha se observa una úlcera de unos 2 cm de diámetro, redondeada, superficial, fondo algo mamelonado, sin exudado y parcialmente cubierta por una costra que se desprende con facilidad. Bordes no elevados. La piel que rodea la úlcera está algo indurada y de color rojovioláceo oscuro. Sensibilidad normal.

En el tercio inferior de la pierna izquierda, cara interna, otra úlcera irregularmente ovalada de 3,5 por 2 cm, de bordes retraídos, en parte cicatrizados, y fondo parcialmente cubierto por una costra blanquecina sin exudado. Piel periulcerosa algo indurada y edematosa, brillante, de coloración rojo oscura. Sensibilidad normal.

No existen signos de insuficiencia arterial ni venosa. Aplanamiento del arco longitudinal interno en ambos pies. Liger hallux valgus derecho. Múltiples y pequeños cuerpos libres articulares en los fondos de saco subcuadrícipales de ambas rodillas. Crujidos articulares, sin limitación de la movilidad.

Tensión arterial en tercio superior de piernas 220/120 mm Hg.

A radioscopia, hipertrofia ventrículo izquierdo. Laboratorio, normal en los exámenes de rutina.

Fondo de ojo: Papilas ópticas con bordes bien delimitados, coloración normal. Vasos centrales de la retina con signos de cruces arteriovenosos positivos; gran disminución del calibre vascular. Membranas internas, normales. No se observan hemorragias ni exudados. Evolución: Fondo esclero-hipertensivo, grado II.

Tratamiento: Hydergina parenteral y violeta de genciana local. Franca mejoría local; T. A. 140/80. Biopsia de ambas zonas ulcerosas. Curación total a las tres semanas. Se mantiene un tratamiento con Adelfán-Esidrex y dieta.

Histopatología: Pérdida de substancia en el epitelio cuyo fondo está revestido por un tejido de granulación con una superficie con signos de necrobiosis. Las arterias del dermis cutáneo muestran una disminución de su luz por proliferación de la íntima, más acusada en general en las arterias de pequeño calibre. Extraordinario número de fibrillas elásticas y membranas elásticas en la pared de estos vasos, superando ampliamente el componente elástico de un vaso del calibre de los estudiados. La tinción PAS demostró presencia de mucopolisacáridos en especial en la íntima del vaso y menos en las otras capas. En la proximidad de muchos de los vasos proceso inflamatorio crónico que afecta las paredes vasculares. En el dermis correspondiente a la úlcera, marcada disminución del componente elástico de la piel.