

TRATAMIENTO DEL PIE EQUINOVARO EN LAS ÚLCERAS CRÓNICAS SUPRAMALEOLARES

J. VALLS-SERRA

*De la Sección de Cirugía Vascular del Instituto
Policlínico y del Departamento de Angiología
de la Facultad de Medicina de Barcelona*

Hace tres años (abril de 1945) publicamos un artículo sobre «Pie equinovaro en las úlceras crónicas supramaleolares». En él poníamos de relieve la enorme importancia de la morbilidad por úlcera crónica supramaleolar, que tiene un origen vascular en su inmensa mayoría. Destacábamos, como causas principales, dos procesos vasculares: varices esenciales y flebitis.

La úlcera, complicación de unas varices esenciales, es frecuentísima y conocida incluso de los mismos enfermos que acuden a la consulta con el diagnóstico hecho, diciendo que a consecuencia de unas varices que padecían desde largo tiempo, ha aparecido una úlcera supramaleolar.

No pasa así con la úlcera postflebítica. La úlcera aparece generalmente muchos años después de la flebitis aguda inicial y, sea con presencia de varices (que no son más que venas de circulación complementaria) o con ausencia de las mismas, la úlcera postflebítica es mal diagnosticada, creyéndola varicosa en el primer caso, por la presencia de varicosidades en la pierna, o bien, úlcera crónica en el segundo, por no acertar a descubrir su remota etiología.

Una causa no vascular que hemos visto con relativa frecuencia es la infectiva, por un flemón difuso en pierna que ha dejado, por pérdida de substancia y fusión de planos, una superficie no epitelizable y que, en caso de llegar a cubrirse, vuelve a recidivar al poco tiempo de marcha.

Hasta hace poco tiempo eran conocidas dichas úlceras, llegadas ya a la fase de cronicidad, como incurables; y dichos enfermos, abandonados a su suerte, sufrían años y años su penosa afección, que, si bien no era incompatible con la vida, les ocasionaba molestias, dolores e incapacidad relativa para el trabajo, mientras iban extendiéndose en superficie y profundidad hasta llegar a formar un círculo completo alrededor de la pierna, asentando en un tejido esclerodérmico propicio a toda clase de infecciones secundarias.

Las consecuencias de estas úlceras a las que no se encontraba solución, no se limitaban a su extensión o a sus molestias, sino que con el

decurso del tiempo llegaban a establecerse verdaderas deformidades óseas y articulares. Tratados estos enfermos con la terapéutica etiológica adecuada y suprimida la úlcera, no quedan curados por completo porque persiste un equinismo irreductible del pie, que les impide la deambulación.

El proceso por el que se establece dicha deformidad lo explicábamos en nuestro artículo anterior de la siguiente manera:

Establecida la úlcera, en un principio pasa por sucesivas intermitencias de curación y recidiva, y como que la fase de úlcera es de corta duración, no llega a afectar profundamente a los planos subyacentes y menos a las formaciones óseas.

Cuando por persistencia del proceso vascular original y disminución de la resistencia local se instala definitivamente, el enfermo procura acomodarse de manera que le produzca las menos molestias posibles, especialmente a la deambulación, y para ello coloca el pie en posición de equinismo o de equinovaro si la úlcera es maleolar interna.

Las razones de dicha posición viciosa son bien sencillas. En el fondo de la úlcera, a medida que va haciéndose escleroso el tejido de granulación, se fusionan todos los planos subyacentes, y como en la región maleolar el plano muscular es mínimo, la esclerosis llega en profundidad al mismo periostio y a cada movimiento de la articulación tibiotársiana se provoca un dolor intenso a nivel de la úlcera que hace intolerable la marcha para el enfermo. Por ello se defiende colocando el pie de forma que obtenga la máxima relajación de los tejidos que forman el fondo de la úlcera y al mismo tiempo que permitan la deambulación sin ejecutar movimiento alguno de dicho plano músculoaponeurótico subyacente.

Además, con la flexión de la tibiotarsiana, la piel de las regiones maleolares adherida a los planos profundos ejecuta un movimiento de báscula, siendo solicitada a elevarse por delante y descender por detrás en la flexión y a la inversa en la extensión. El tejido de granulación de la úlcera se encuentra constantemente cizallado por este movimiento de báscula, como se observaba perfectamente en el caso n.º 3 que presentamos, donde existía muy acusado. Se comprende que en estas circunstancias la cicatrización de la úlcera sea imposible y la marcha resulte dolorosa, defendiéndose el enfermo con el equinismo del pie.

Con la posición de equinismo el enfermo consigue deambular sin flexionar la articulación tibiotarsiana, apoyándose solamente con los dedos, y con ello deja inmóvil el lecho doloroso de la úlcera impidiendo el movimiento de cizalla. Además, en las úlceras supramaleolares internas, colocan el pie en posición de varus, con lo que consiguen la máxima relajación de los tejidos subyacentes a la misma, reduciendo con ello al míni-

mo el dolor. De la combinación de las dos posiciones se obtiene la posición viciosa en equinovaro.

Al principio, la deformidad es completamente reductible y no pasa de ser, por tanto, una posición de comodidad adoptada por el enfermo. Pero, al transcurrir el tiempo (muchos años en la mayoría de los casos), la posición va haciéndose parcialmente irreductible. Ello se debe, en primer lugar, al acortamiento del tendón de Aquiles, debido a mantenerse permanentemente aproximados los dos extremos de inserción de los gemelos por la posición de equinismo permanente. De todos es conocida, y especialmente de los traumatólogos, la necesidad de corregir el equinismo cuando el pie se encuentra permanentemente inactivo para evitar que dicha posición se haga estable. Pues bien, aunque el enfermo, en nuestro caso, deambula, no ejercita la flexión, como medida antiálgica, y con ello el tendón de Aquiles se acorta progresivamente, impidiendo primero la flexión activa y finalmente incluso la pasiva.

No es sino en un estadio muy ulterior que, debido a la fijación permanente en esta posición, los huesos y articulaciones se adaptan a la misma, tal como sucede, por ejemplo, en una rodilla anquilosada en mala posición; produciéndose, ya, deformaciones ósteoarticulares, únicamente reducibles por operaciones ortopédicas de importancia que son con frecuencia rechazadas y nunca con *restitutio ad integrum* de la función articular tibiotarsiana.

Si se aplica precozmente una terapéutica etiológica adecuada, curando la úlcera, todavía puede conseguirse el restablecimiento total del enfermo con la desaparición completa de la posición viciosa, incluso en casos en que ya no se reducía totalmente ni con movimientos pasivos.

Esto es lo que sucedió en la siguiente enferma afecta de úlcera crónica supramaleolar de etiología varicosa.

Observación n.º 1. — Enferma de 64 años de edad, casada. Madre con varices.

Desde hace más de 30 años (no recuerda fecha), varices en la pierna izquierda y posteriormente en la derecha

Desde hace 30 años, úlcera maleolar interna en pierna izquierda con alternativas.

Exploración: Varices serpentinadas en el trayecto de la safena interna con un paquete varicoso en el tercio medio de la pierna. Úlcera maleolar interna. Pie equinovaro irreductible (véase fig. 1).

Tratamiento: Desinfección previa de la úlcera primero, con reposo y suero hipertónico salino local. Después, aplicación de esponja de goma para reducir los bordes excavados.

En 21 de marzo 1946, ligadura con sección del cayado de la safena interna izquierda y de dos colaterales. Ligadura con sección del tronco en tercio inferior de muslo. Se practica la esclerosis química posteriormente.

En 12 de abril la úlcera está casi cerrada y el equinismo va reduciéndose.

En 17 de mayo se obtiene la fotografía de la figura 2, con la úlcera cerrada y el equinismo reducido. La enferma deambula perfectamente.

Un primer paso en el tratamiento del pie equinovaro es, pues, el tratamiento etiológico de la úlcera que lo motiva, ya que podríamos aportar muchos casos, como el presentado, en que, al desaparecer la úlcera, se reducen espontáneamente equinismos muy acentuados.

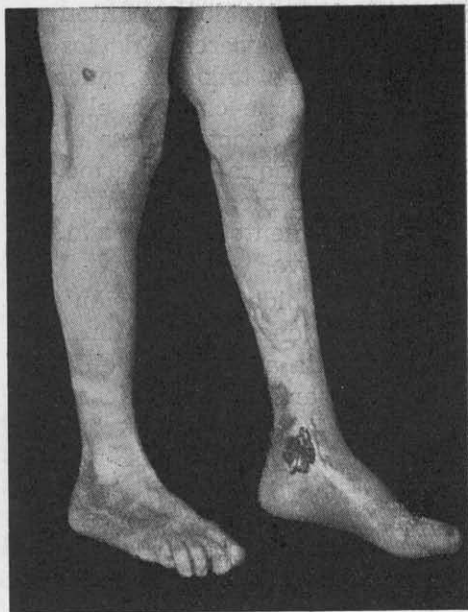


Fig. 1 - Úlcera varicosa supramaleolar interna que data de 30 años, con pie equinovaro irreducible.



Fig. 2. - Operada con ligadura de la comunicante insuficiente, la enferma de la figura anterior no sólo cura sus varices y úlcera, sino que, además, reduce espontáneamente su pie equinovaro.

En el otro extremo existen casos tan avanzados, en que, a pesar de curar la úlcera, persiste la deformidad, constituida ya por trastornos osteoarticulares irreversibles.

Observación n.º 2. — Enferma de 66 años de edad, casada, con cinco gestaciones y un aborto. Durante la segunda gestación, hace 40 años, úlcera varicosa en la pierna izquierda y posteriormente bilateral, con alternativas. Intensa varicorrágia por trauma. Desde hace 20 años, deformidad progresiva en equinismo.

Exploración: Se aprecia eczema y úlcera bilateral debidos a varices en territorio de la safena interna. Ambos cayados de la safena interna son insuficientes.

Con reposo en cama desaparecen las úlceras y el eczema.

En 3 de noviembre de 1942 se liga el cayado de la safena interna en el lado derecho.

En 12 de noviembre se liga el cayado de la safena interna del otro lado.

A los dos años de la intervención se obtuvo la fotografía que muestra la figura 3, con las úlceras completamente cicatrizadas, pero con pie equinovaro bilateral irreductible que le impide incluso sostenerse de pie.

La deformidad ha llegado ya a su estadio definitivo. La posición viciosa data de 20 años y, aunque las úlceras varicosas siguen cerradas, la enferma, que por otra parte se encuentra sana y fuerte a pesar de sus 66 años, se halla imposibilitada no sólo de andar sino incluso de tenerse



Fig. 3. — Enferma de 66 años. Úlcera varicosa bilateral durante 40 años. Operada el año 42; curación de las úlceras. En la actualidad las úlceras siguen curadas pero la enferma se ve imposibilitada de andar por la deformidad de sus pies que existe desde hace 20 años.

en pie. Para obtener la fotografía de la figura 3 la enferma tiene que ser sostenida por unos ayudantes.

Afortunadamente esta deformidad total es tardía. Entre los dos casos extremos reseñados existen un gran número en que el equinismo se encuentra únicamente mantenido por la retracción tendinosa del Aquiles.

El mecanismo de cizalla descrito anteriormente por la retracción del tendón de Aquiles y la fusión de planos, es, por sí solo, capaz de mantener la úlcera abierta, como sucedía en el siguiente caso n.º 3.

Enfermo de 44 años, casado, labrador, sufre en 1942 un trauma en la cara interna de la pierna izquierda. A los 12 días, flemón difuso de la pierna que obliga a múltiples desbridamientos en pierna y muslo, pasando 64 días en la cama.

La herida de la pierna no se cerró nunca a pesar de someterse a múltiples tratamientos, incluso terapéutica física en una ocasión.

Al llegar a nosotros presentaba una úlcera, como muestra la figura 4, de 15 cm. de extensión por 7 cm. de ancho, con fondo escleroso de pésimo tejido de granulación, asentando en una ancha zona de tejido cicatrizal que se extendía, en altura, hasta el hueso poplíteo, formando una verdadera cuerda tirante de tejido fibroso hasta la región maleolar.

Aunque creemos con SALLERAS (2) que las infiltraciones de simpático lumbar repetidas curan estas úlceras que no son de origen vascular, sin embargo, en dicho caso, por la extensión y características de la misma y por tratarse de un obrero que necesitaba reintegrarse lo más pronto posible al trabajo para atender a las necesidades familiares, nos decidimos a practicar directamente una gangliectomía lumbar.

En 11 de abril de 1945 practicamos gangliectomía lumbar por vía extraperitoneal, resecaando el tercer ganglio lumbar, que presentaba flogosis discreta al análisis histológico (Dr. ROCA DE VIALS) con aumento de los elementos de infiltración de tipo linfocitario.

En 28 de abril se practican injertos de Thiersch.

Al levantarse, cerrada la úlcera, presentaba el estado que muestra la figura 5. Úlcera cerrada y equinismo irreductible. A los dos días de andar aparecen de nuevo flictenas en la parte inferior y en la súperointerna de la cicatriz reciente, por el movimiento de cizalla acusadísimo que hace temer la reaparición de la úlcera.

En 6 de junio practicamos *tenotomía del tendón de Aquiles izquierdo*, a cielo abierto y sin sutura ulterior. Sutura de la piel. La realizamos con raquíahestesia que nos permite forzar sin dolor la flexión del pie hasta colocarlo en ángulo recto, aplicando a continuación un vendaje de yeso que mantenga el pie en dicha posición permitiendo la deambulación con un estribo de marcha.

Al mes retiramos el yeso, que sustituimos por una cola de cinc.

En marzo del 46, por petición nuestra, nos manda una fotografía (fig. 6) demostrando su total curación. Posteriormente ha seguido informando en varias ocasiones que sigue completamente curado dedicado a las rudas tareas del campo. Han transcurrido ya más de tres años.

En nuestra anterior publicación sobre este tema, aportábamos un caso en que, por análogos motivos que el anterior, no se había podido obtener la curación definitiva a pesar de una terapéutica etiológica bien dirigida. Se trataba de la siguiente enferma afecta de úlcera postflebítica:

Observación n.º 4. — Enferma de 61 años de edad, casada. A los 22 años, flebitis postpartum en la pierna izquierda.

Desde hace 25 años, úlcera postflebítica en región supramaleolar interna.

Exploración: Se aprecia una gran úlcera supramaleolar excavada, casi circular, en pierna izquierda. Pie en equinismo por retracción antiálgica (véase figura 7).

En 8 de agosto de 1944 se practicó gangliectomía lumbar (Dr. MARTORELL) por vía extraperitoneal.

En 22, se practican injertos de Thiersch. La úlcera va cicatrizando y presenta un excelente tejido de granulación.

Por dificultades económicas la enferma sale de alta sin cicatrizar completamente, y vista un tiempo después persistían la úlcera excavada y el equinismo



Fig. 4. — Úlcera supramaleolar postflemon difuso de pierna, con gran equinismo irreductible que producía un cizallamiento constante del tejido de granulación.



Fig. 5. — Curación de la úlcera con gangliectomía lumbar e injerto. Persiste el cizallamiento por el equinismo.

irreductible. La fusión de los planos tisulares y los pequeños movimientos de la articulación tibiotarsiana guillotinan el tejido de granulación e impiden su curación definitiva.

En este caso se demostraba, una vez más, que la retracción del tendón de Aquiles no sólo impide la deambulación normal, sino que, a pesar de un tratamiento etiológico bien dirigido (tratando las varices si es una úlcera varicosa, practicando una gangliectomía lumbar e injerto de la úlcera en caso de ser postflebítica), no llega a obtenerse la curación completa por causa de este equinismo.

En la radiografía de la pierna se apreciaba (fig. 10) la intensa «mutación cálcica», perfectamente descrita por LERICHE (3), que contribuye en

gran manera a aumentar la rigidez de la zona esclerodérmica peri y sub-ulcerosa. Recientemente, GILBERT y VOLUTER (4) la describen en la úlcera varicosa diciendo que precede incluso a la aparición de la misma úlcera.

Alentados por el excelente resultado obtenido en el caso n.º 3, propusimos a dicha enferma practicar la tenotomía del Aquiles.

Continuación caso n.º 4: En octubre de 1946 la ingresamos a nuestro cuidado en un centro hospitalario para practicar reposo y fomentaciones con suero hipertónico salino, a fin de mejorar el fondo sanioso de la úlcera.



Fig. 6. — Curación total del enfermo con tenotomía del tendón de Aquiles e inmovilización con vendaje de yeso. Fotografía obtenida al año del tratamiento con la úlcera cerrada y reducción completa del equinismo. A los tres años sigue curado.

Injerto de Thiersch una vez el tejido de granulación estuvo en buenas condiciones.

Cicatrización completa de la úlcera en 30 de noviembre, persistiendo el equinismo tal como muestra la figura 8.

Practicamos tenotomía del Aquiles a cielo abierto, bajo anestesia raquídea, presentando el tendón y especialmente los tejidos vecinos una consistencia casi pétrea, rechinando el bisturí al corte por la intensa infiltración calcácea de los tejidos seccionados.

Forzamos la flexión en ángulo recto, viéndonos obligados a prolongar lateralmente la primitiva incisión de la tenotomía y no pudiendo después practicar la sutura de la piel, por la infiltración de los tejidos, dejamos la herida abierta.

Colocamos un vendaje de yeso y abrimos una ventana a nivel de la herida abierta del Aquiles que cicatriza muy lentamente por segunda intención, pero sin complicaciones.

Al mes retiramos el vendaje de yeso y la enferma se reincorpora a la vida normal curada por completo.

Por lo tanto, lo que antes no se había conseguido a pesar de una terapéutica etiológica correcta de la úlcera, se consiguió después de practicada la tenotomía del Aquiles e inmovilización en ángulo recto, con un

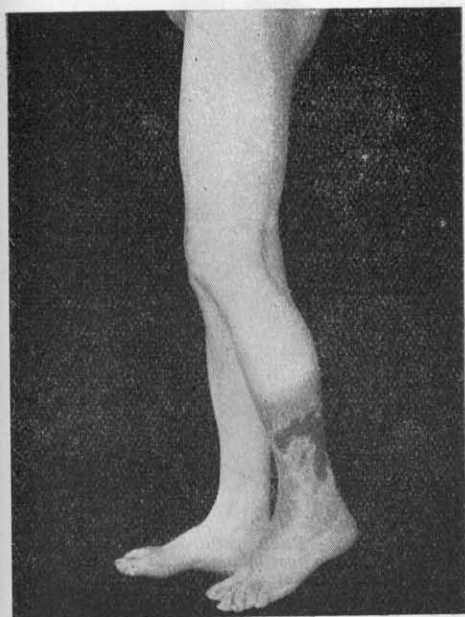


Fig. 7. — Úlcera postflebítica excavada y extensa que data de veinticinco años. Tratada con gangliectomía lumbar e injerto no curó por el equinismo irreductible que muestra la fotografía.

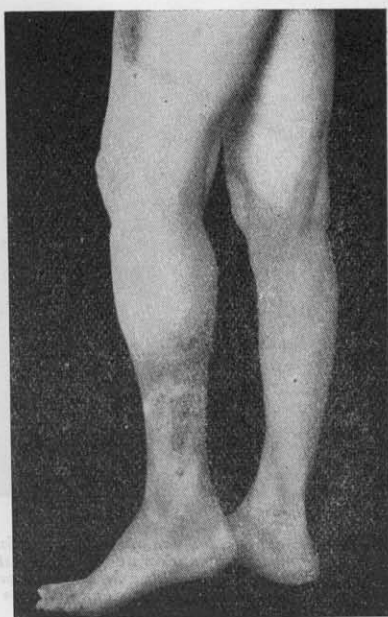


Fig. 8. — Curada la úlcera con nuevos injertos la enferma no puede deambular normalmente por persistir el equinismo.

vendaje enyesado que le permitía la deambulación, con un estribo de marcha, como si se tratara de una fractura de pierna.

Por si se tratara de una curación temporal hemos dejado transcurrir dos años vigilando periódicamente a la enferma.

En junio de 1948 hemos obtenido la fotografía de la figura 9, en la que se demuestra la completa curación de la enferma con su úlcera cerrada y su equinismo corregido, permitiéndole una perfecta deambulación con movilidad normal de la tibiotarsiana afecta.

Posteriormente, hemos tratado a otros enfermos siempre con buenos

resultados. Creemos que los dos casos descritos son suficientes y altamente demostrativos por la comprobación lejana (dos y tres años), circunstancia muy de tener en cuenta en procesos tan expuestos a recidivas por su cronicidad.



Fig. 9. — La enferma a los dos años de curación total tratada con tenotomía del tendón de Aquiles e inmovilización en vendaje de yeso. Sigue la úlcera cerrada y el equinismo reducido totalmente, deambulando con toda normalidad.



Fig. 10. — Radiografía de la pierna afectada de úlcera postflebitica de la figura 7 mostrando la intensa mutación cálcica que desplaza hacia los tejidos blandos peri y subulcerosos la cal de los huesos, contribuyendo con ello a formar un bloque compacto con el fondo de la úlcera que impide su cicatrización.

RESUMEN

La morbilidad por úlcera crónica supramaleolar es importantísima en todos los países, reconociendo en la inmensa mayoría de casos una etiología vascular.

La cronicidad de la afección conduce con el tiempo a un equinismo del pie, con ligero varus en las úlceras internas por posición viciosa anti-álgica, terminando en una última fase en trastornos osteoarticulares irreversibles.

Con el tratamiento causal precoz, corrigiendo el trastorno vascular caso de existir, se logra curar la inmensa mayoría de úlceras supramaleo-

lares, evitando la secuela que nos ocupa. Dicho tratamiento causal no sólo cura la úlcera sino que en muchos casos reduce espontáneamente equinismos bastante acentuados.

Si el equinismo es irreductible, pero sin llegar a deformidades osteo-articulares, puede corregirse inocuamente con restitución funcional completo, incluso en personas de edad avanzada, practicando una tenetomía total del tendón de Aquiles sin nueva sutura, reducción forzada del pie en ángulo recto y colocación de un vendaje enyesado durante un mes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) VALLS-SERRA, J. — *Pie equinovaro en las úlceras crónicas supramaleolares*: «Revista Clínica Española», 17:44, abril 1945.
- (2) SALLERAS, V. — *La infiltración anestésica del simpático lumbar en el tratamiento de las úlceras tórpidas del miembro inferior*: «Revista Clínica Española», 10:315, septiembre 1943.
- (3) LERICHE, POLICARD. — *Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os*, pág. 57. Edit. Masson (París), 1926.
- (4) GILBERT y VOLUTER. — *Contribution à l'étude des modifications osseuses dans l'ulcère variqueux de la jambe*: «Radiología Clínica», 17:289, septiembre 1948.