

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POSTFLEBÍTICA INVETERADA

F. MARTORELL

*De la Sección de Cirugía Vascular
del Instituto Policlínico de Barcelona*

La úlcera postflebítica constituye una de las secuelas más frecuente y penosa de la tromboflebitis del sistema venoso profundo de la pierna. Confundida durante mucho tiempo con la úlcera varicosa, es en realidad una lesión diferente, de etiopatogenia más compleja y de terapéutica más difícil.

Las nuevas normas de tratamiento de las tromboflebitis en su fase aguda, en especial la supresión de la inmovilización rigurosa y prolongada, y la introducción de los nuevos medicamentos anticoagulantes disminuirán en el futuro su presentación. En la actualidad, existe todavía un número considerable de antiguos flebíticos que siguen sufriendo las consecuencias de su flebitis curada.

* * *

En la génesis y evolución de la úlcera postflebítica las peores condiciones parecen reunirse para crear una lesión imposibilitada de repararse. En el orden hidrodinámico, la incapacidad del sistema venoso para retornar la sangre hacia el corazón, resultante de la estenosis, insuficiencia valvular y pérdida de la capacidad contráctil, determina primero el edema supramaleolar, después la pigmentación y, finalmente, la esclerosis. En la producción de esta última, quizá tan importante como la estasis venosa sea el déficit de aporte arterial. Siendo la región supramaleolar el sector que sufre la mayor hipertensión venosa y el territorio donde la circulación venosa profunda y superficial, ampliamente comunicantes en el pie, inician su independencia, la progresión capilar a nivel de la piel se ve forzada, para no interrumpirse ante la barrera que le ofrece la sangre venosa venular estancada, a derivar hacia el sistema venoso profundo. En éste, aunque las lesiones residuales de la flebitis existan igualmente, la acción contráctil de los músculos atenúa considerablemente la nocividad de los cambios estructurales de las paredes venosas. Esta derivación hacia la profundidad de la sangre arterial, a nivel de los capilares de la región supramaleolar, crea en este sector una anoxia local que conduce a la fibrosis conjuntiva, de forma preferente en la cara interna pretibial desprovista

de lecho muscular y apoyada directamente sobre la tibia. Los trastornos de orden vasomotor dependientes de la periflebitis contribuyen a su vez a exagerar las pésimas condiciones nutritivas en que tiene que verificarse el metabolismo tisular, y así, por la estasis venosa, el déficit de aporte arterial, la ausencia de lecho muscular y las alteraciones de la vasomotricidad, la región supramaleolar se convierte en el sector más maltratado por la flebitis y en el territorio más vulnerable al menor insulto traumático o infeccioso.

El epitelio cutáneo, que lleva una vida precaria sobre un conjuntivo escleroso, lleno de vasos dilatados que contienen sangre estancada, infiltrado de pigmento hemático, desaparece ante un trauma insignificante, ante una infección mínima o sin causa aparente. Desprovista la dermis subyacente de su cubierta epitelial protectora, incapaz por su irrigación defectuosa y por su fibrosis irreversible de toda aptitud constructiva, el conjuntivo queda imposibilitado para edificar tejido de granulación. En estas condiciones, la pérdida epitelial no puede repararse por carecer de un lecho nutricio apropiado y por ser el epitelio de los márgenes de la ulceración un epitelio enfermo más exigente para su multiplicación y crecimiento. La úlcera así creada no sólo es incapaz de reparación, sino que se extiende y crece en profundidad y superficie. Si la indefensión tisular es ya manifiesta existiendo la cubierta epitelial, carente de ésta se hace mucho más ostensible. La acción proteolítica bacteriana o leucocitaria se deja sentir, lenta, pero progresivamente, sobre el territorio ulcerado, y así los bordes epiteliales todavía conservados van desapareciendo de forma paulatina, y agrandándose la úlcera a medida que los tejidos de la región sufren los perniciosos efectos de la infección sobreañadida.

La úlcera postflebítica, como la varicosa, es eminentemente una úlcera ortostática; esto es, cura con el reposo en cama y recidiva al abandonar el lecho. Pero mientras la úlcera varicosa constituye en la inmensa mayoría de los casos un trastorno puramente hidráulico y puede curar definitivamente corregido éste, la postflebítica constituye un problema terapéutico de difícil solución por lo que tiene de trastorno trófico y por la participación del sistema venoso profundo en el proceso.

La úlcera postflebítica puede hallarse rodeada de piel sana. Mas, a menudo, asienta sobre una zona esclerodérmica pigmentada. Con frecuencia sea halla un eczema en su vecindad. Esta última alteración depende, más que de la úlcera, de la propia constitución del enfermo. No son determinadas úlceras las que originan eczema, sino determinados enfermos los que crean eczemas alrededor de sus úlceras.

La existencia prolongada de la úlcera y las linfangitis repetidas a que da lugar van ocasionando día tras día trastornos locales y regionales que empeoran la situación de los tejidos vecinos y dificultan cada vez más su curación. Los linfangitis repetidas ocasionan a la larga alteraciones de los ganglios linfáticos inguinales y obliteraciones canaliculares. El edema linfá-

tico consecuente, por su riqueza proteica, aumenta la presión oncótica tisular y acentúa el edema, estimula la hiperplasia fibroblástica y origina una elefantiasis. La esclerosis del suelo de la úlcera, la cual se propaga a las aponeurosis y a las vainas tendinosas, crea rigideces articulares y deformidades en las articulaciones del tarso y de los dedos. El trastorno de la mecánica articular y la dificultad para el apoyo y la marcha constituyen siempre un nuevo motivo de sufrimiento e invalidez para el pobre enfermo.

* * *

Para resolver el problema terapéutico de la úlcera postflebítica deben valorarse acertadamente los diferentes componentes que entran en su génesis y sostenimiento. Son estos: el *factor hidráulico*, derivado de la avalvulación venosa e hipertensión venosa ortostática subsiguiente: el *factor vasomotor*, derivado de la repercusión sobre el simpático periarterial y perivenoso de la inflamación periflebitica; finalmente, el *factor local*, la esclerosis conjuntiva, resultante de los anteriores, pero capaz de mantener la úlcera dentro de su incurabilidad, aun corregidos aquéllos, si por su larga persistencia la infección crónica, la fusión de los planos anatómicos, la mutación cálcica local, la rigidez tibiotarsiana y el equinismo crean una situación nutritiva tan deficiente que toda reparación conjuntiva y epitelial es ya imposible.

Para la úlcera postflebítica inveterada, una operación simpática o una operación destinada a suprimir la hipertensión venosa, rara vez es suficiente. Es conveniente completarla con la supresión del tejido esclerodérmico ulcerado y su sustitución por piel sana.

El injerto como medida terapéutica eficaz en el tratamiento de la úlcera postflebítica no es nuevo. En 1916, HOMANS (1), en un magnífico trabajo en el que por primera vez se establece la diferencia entre úlcera varicosa y úlcera postflebítica, preconiza la extirpación de las úlceras seguida de injerto con la supresión radical de las venas de que son tributarias. Es curioso que, treinta y tres años después, los conceptos de HOMANS sigan sirviendo de norma para la terapéutica de la úlcera postflebítica habiéndose perfeccionado solamente la técnica de la obtención y fijación del injerto.

* * *

En nuestra Clínica Vascular empleamos al principio los injertos de Thiersch sobre superficie granulante. La transformación de la úlcera en una

(1) HOMANS: The operative treatment of varicose veins and ulcers, based upon a classification of these lesions. «Surgery Gynecology and Obstetrics», vol. 22, n.º 2, pág. 143; febrero 1916.



Fig. 1. — Fotografías correspondientes a la observación n. 1. Obsérvese la circulación complementaria abdominal de tipo ilio-iliaco y la extensa úlcera que rodea toda la pierna

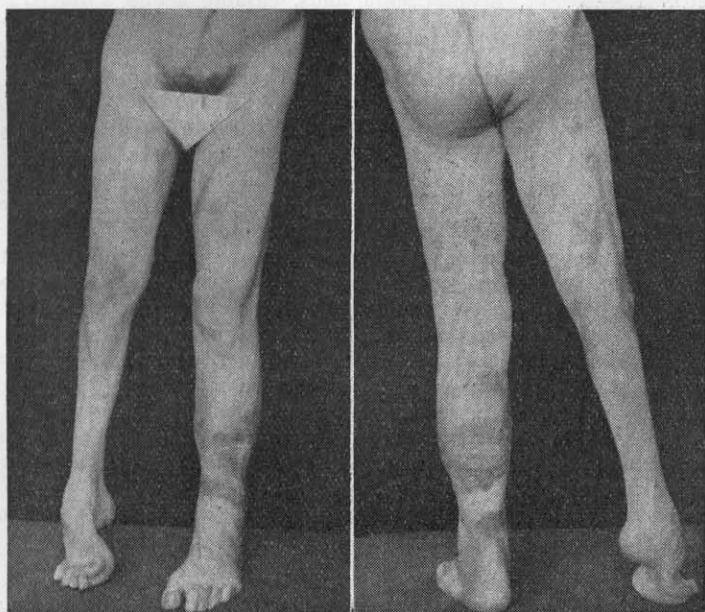


Fig. 2. — Fotografías correspondientes a la observación n.º 1. El mismo caso de la figura 1 curado con injertos de Thiersch

herida granulante puede conseguirse mediante el tratamiento postural sin extirpar la úlcera o después de hacerlo.

Para que el trasplante de Thiersch prenda, es necesario modificar el aspecto de la úlcera. Mientras existan tejidos necrosados, infección acusada y exudación abundante, el injerto no debe practicarse. Para modificar el aspecto de la úlcera, conseguir su desinfección y que su fondo granule, se han preconizado muchas medidas terapéuticas. Según nuestra experiencia, ninguna supera al tratamiento postural. El reposo en cama con la pierna elevada y simples cuidados asépticos de la úlcera permiten casi siempre y en pocos días obtener la granulación franca de la misma. La aplicación de suero salino hipertónico local puede acelerar este proceso. Los antisépticos y antibióticos rara vez son necesarios.

Para decidir el momento en que la superficie granulante es apta para el injerto no procedemos a asegurar la negatividad de los cultivos como se ha aconsejado en otros centros (Mayo Clinic). Esperamos a que el epitelio de los bordes empiece su crecimiento y cubra la superficie granulante. Cuando el crecimiento epidérmico marginal empieza a disminuir la extensión de la úlcera ésta está apta para el injerto.

Este procedimiento ha dado buen resultado en algunos enfermos. Veamos un caso demostrativo.

OBSERVACIÓN 1. — V. V., de cincuenta años, casado, acude a nuestra consulta el 28 de mayo de 1941. Desde los tres años tiene atrofia de la pantorrilla derecha y el pie del mismo lado deformado en equinovaro. En 1916, hace veinticinco años, tifoidea que le retuvo cinco meses en cama. Al levantarse se dió cuenta de que se le hinchaba la pierna izquierda. El edema fué aumentando progresivamente, a la vez que aparecían dilataciones venosas en la pared del abdomen. No tardó en ulcerarse la región supramaleolar; la úlcera adquirió aspecto tórpido y duró tres años.

Consiguió cerrarla, pasado este tiempo, con el uso de una media de goma. Hace nueve años ha reaparecido la úlcera, que alcanzó rápidamente un tamaño mucho mayor y llegó a rodear por completo la pierna. Con su edema crónico y su úlcera circular visita a numerosos médicos y ensaya sin resultado múltiples terapéuticas. Catalogado de incurable, se resigna a convivir pacientemente con su llaga (fig. 1).

En estas condiciones fué hospitalizado. Se le colocó en reposo en cama con la pierna elevada y se le aplicó suero salino hipertónico sobre la úlcera. El 5 de junio de 1941 se practicó una flebografía y simpatectomía perifemoral. La flebografía mostró la obliteración femoroiliaca y puso de manifiesto la existencia de venas de circulación complementaria alrededor de los vasos ocluidos. El 21 de junio de 1941 la úlcera había mejorado considerablemente y presentaba un tejido de granulación en buenas condiciones. Injertos de Thiersch. A lo pocos días sale de alta con un vendaje de cola de cinc que se le suprime a los veinte días (fig. 2).

La úlcera permaneció cerrada. Usaba media de goma. Falleció algunos años más tarde de otra enfermedad, sin que la úlcera se hubiera abierto.

Pero habitualmente las cosas no marchan tan bien. Al levantarse el enfermo y reanudar la marcha, las pésimas condiciones nutritivas que deterio-



Fig. 3. - Úlcera postflebitica maleolar interna correspondiente al caso n.º 2



Fig. 5. - La úlcera cerrada. Cicatriz queloidiana y cianótica al reanudar la enferma su vida normal

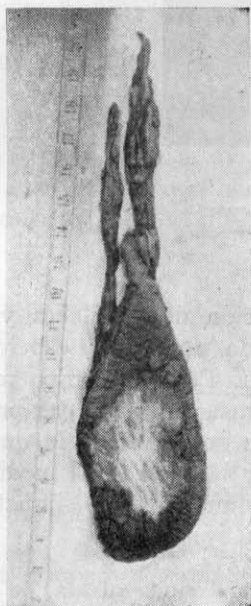


Fig. 4. - La úlcera extirpada junto con la safena interna y un sector aponeurótico



Fig. 6. - Recidiva de la úlcera que requirió una simpatectomía lumbar para su curación

raron la primitiva epidermis y ulceraron la región, reaparecen en el conjuntivo subyacente a la epidermis trasplantada, y de igual forma, ocasionan su necrosis. La úlcera se abre de nuevo.

Se comprende que así ocurra, ya que la epidermis enferma secundariamente. La lesión primaria es una celulitis indurada crónica, y es sobre ella

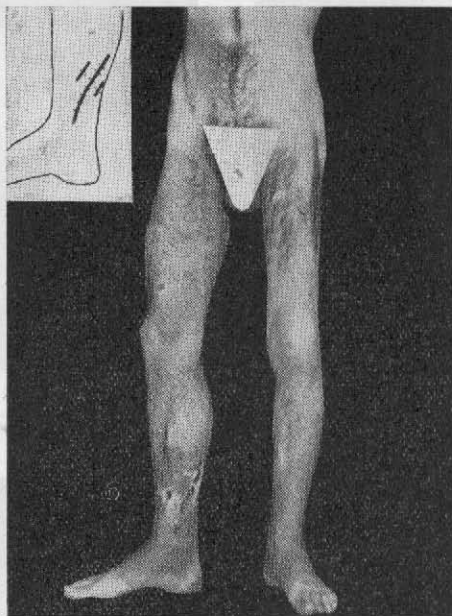


Fig. 7. — Recidiva de una úlcera postflebítica en la cicatriz y en las incisiones liberadoras, después de la extirpación y plastia por deslizamiento practicada en otro servicio

que conviene actuar. Así se concibe la extirpación de la úlcera y de los tejidos enfermos periulcerosos, dejando la herida abierta y esperando su granulación para proceder al injerto de Thiersch. Pero el tiempo requerido para la granulación de la herida determina esclerosis en las capas profundas y retracciones cicatrizales, creando una situación semejante a la que puede obtenerse con el tratamiento postural sin extirpar la úlcera. El mediocre resultado obtenido en estos casos puede mejorarse mediante la simpatectomía lumbar.

OBSERVACIÓN 2. — El 16 de marzo de 1942 vemos a una mujer casada, de treinta y ocho años, que presenta edema y úlcera postflebítica supramaleolar de la pierna derecha (fig. 3). El edema data de una antigua flebitis consecutiva a una operación ginecológica. La úlcera apareció hace un año por la acción de rascadura sobre una

mancha oscura muy pruriginosa que tenía en el tobillo. Se consigue cerrar la úlcera colocando la pierna en reposo y elevación, y mantenerla cerrada, llevando su vida habitual mediante un vendaje de cola de cinc. Al suprimir el vendaje no tarda en recidivar la úlcera. El 20 de junio de 1942 se extirpa la úlcera, prolongando la incisión longitudinalmente para reseca junto con ella un sector de la aponeurosis y de la safena interna (fig. 4). La extirpación de la úlcera llega en profundidad hasta el periostio tibial. Se sutura parcialmente la herida en el extremo superior, dejando ampliamente abierta la superficie cruenta correspondiente a la úlcera. Reposo en cama y cura retardada. La herida granula perfectamente. Injertos de Thiersch el 1.º de agosto de 1942. Alta el día 21 del mismo mes.

Al reanudar la vida habitual la cicatriz se torna cianótica y queloidiana (fig. 5), reaparece el edema y no tarda en abrirse la úlcera (fig. 6). Se le practica una anestesia del simpático lumbar. No se modifica el aspecto de la úlcera, pero desaparecen las molestias subjetivas. Decidimos practicarle una gangliectomía lumbar. Previamente colocamos a la enferma en reposo en cama con la pierna elevada, sin obtener ninguna mejoría en el aspecto de la lesión. El 17 de octubre del mismo año se le practica por vía posterior la ablación del primer ganglio simpático lumbar. La granulación pálida y edematosa de la úlcera cambia de aspecto en dos días, tornándose roja y consistente y epidermizando en poco tiempo. La termometría local a nivel del dedo gordo de los dos pies muestra una diferencia de 9º a favor del lado operado. El índice oscilométrico no ha experimentado variación: sigue siendo menor del lado enfermo. El 5 de diciembre se le da de alta. En agosto de 1949 la enferma sigue bien, sin dolor y con la úlcera cerrada. La curación se mantiene a los siete años de la simpatectomía.

De todo lo antedicho puede desprenderse que el injerto de Thiersch con frecuencia no consigue la curación permanente de la úlcera y que obliga a completar el tratamiento con una simpatectomía lumbar.

* * *

La extirpación de la úlcera seguida de plastia por deslizamiento, tampoco da buen resultado. No la hemos ejecutado nunca en nuestra Clínica Vascular, pero hemos asistido a algún enfermo operado de esta manera en otro Servicio.

OBSERVACIÓN 3. — El 30-III-49 el Dr. Martínez Torres nos manda a un enfermo de 28 años, afecto de úlcera postflebítica supramaleolar interna. Además de la úlcera presenta varices voluminosas en la pierna y en la pared abdominal. Tiene insuficiencia de los dos cayados y circulación complementaria de tipo cava-cava e ilio-ilíaca.

Aconsejamos injerto de Padgett y resección de la vena subyacente.

Fue operado en otro Servicio donde se le practicó, a juzgar por la cicatriz, extirpación de la úlcera y plastia por deslizamiento. El 2-IX-49 vemos a este enfermo en la situación que muestra la figura 7. La úlcera ha recidivado en la cicatriz central y y en las dos incisiones liberadoras.

Cabía ensayar el trasplante total de piel (injerto de Wolfe-Krause), pero este tipo de injerto, aun en las mejores condiciones, prende con dificultad. Por otra parte, la zona dadora debe recubrirse con injertos de Thiersch. El trasplante intermedio de piel (*split graft*, injerto laminar) sobre superficie

cruenta reciente, extirpando los tejidos enfermos y suturándolo inmediatamente a los bordes de la herida, constituye hoy día el mejor injerto para las úlceras postflebíticas.

* * *

En 1929, BLAIR y BROWN idearon un tipo de injerto intermedio entre el injerto de Thiersch y el injerto de Wolfe-Krause. Más delgado que el trasplante total y más grueso que el trasplante de Thiersch, reúne las ventajas de su solidez y resistencia, de su aplicación inmediata, de su fijación por sutura y de la reparación espontánea de la zona dadora. La técnica de la obtención del injerto se facilitó extraordinariamente con el uso del Dermatomo de Padgett, aparato que ha permitido la obtención de extensos injertos de espesor uniforme. Su aplicación al tratamiento de la úlcera postflebítica reúne ventajas indiscutibles.

Mientras en el caso del injerto de Thiersch se requiere una superficie granulante, el injerto de Padgett puede aplicarse inmediatamente después de la extirpación de los tejidos esclerosados. La superficie cruenta resultante de la extirpación es siempre mucho mayor que la superficie extirpada, como consecuencia de la propia elasticidad de la piel y sobre todo del cese de la retracción cicatrizal producida por la úlcera. Si la superficie cruenta se deja granular, la retracción se inicia de nuevo. Si el injerto se aplica inmediatamente, desaparecen las rigideces, deformaciones, algias y demás alteraciones dependientes de la retracción cicatrizal. El injerto de Padgett se reduce en un tercio de su superficie, pero a su vez la fijación por sutura permite estirarlo y recuperar su tensión y superficie primitiva.

Los primeros ensayos de tratamiento de la úlcera postflebítica mediante el injerto de Padgett fueron realizados en nuestra Clínica Vascular por el cirujano plástico Dr. L. MIR y MIR. Los resultados nos alentaron a prodigar tal medida terapéutica. Veamos un caso demostrativo.

OBSERVACIÓN 4. — El 30-III-49 reconocemos a una enferma de 60 años, afecta de úlcera postflebítica maleolar interna izquierda con deformación del pie en equinovaro.

Nos cuenta que sufrió fiebre puerperal y flebitis bilateral tratada con inmovilización rigurosa durante tres meses. La pierna izquierda se ulceró a los dos años. Durante mucho tiempo curaba fácilmente con el simple reposo en cama. Ultimamente no sólo permanece abierta estando en cama sino que deforma el pie dificultando la marcha.

La exploración muestra (fig. 8) una placa de esclerodermia pigmentada maleolar interna izquierda, ulcerada en su centro, con rigidez en flexión de la tibiotarsiana. No existe circulación complementaria abdominal. En las piernas se observan varices poco acusadas. El índice oscilométrico está notablemente disminuido en el lado ulcerado.

Ingres a en la Clínica. Reposo en cama con las piernas en elevación.

Aplicación local de violeta de genciana e inyección intramuscular diaria de Col-Acetil. Cerrada la úlcera y mejorado el índice oscilométrico, se opera.

El 3-IV-49, bajo anestesia raquídea, operamos a la enferma con Mir y Mir.

Valls-Serra y Oller-Crosiet. Procedo a la extirpación de la placa esclerodérmica y de la vena subyacente, mientras el Dr. Mir y Mir obtiene el injerto laminar del muslo opuesto con el Dermatomo de Padgett. Hemostasia, sutura y vendaje compresivo.

Curso normal. El injerto prende perfectamente y el pie recupera su movilidad. Obsérvese en la figura 9 cómo la enferma puede aplicar toda la planta del pie sobre la superficie de apoyo. La línea de sutura del injerto está teñido por el violeta de genciana. La fotografía muestra asimismo la zona dadora ya epidermizada.

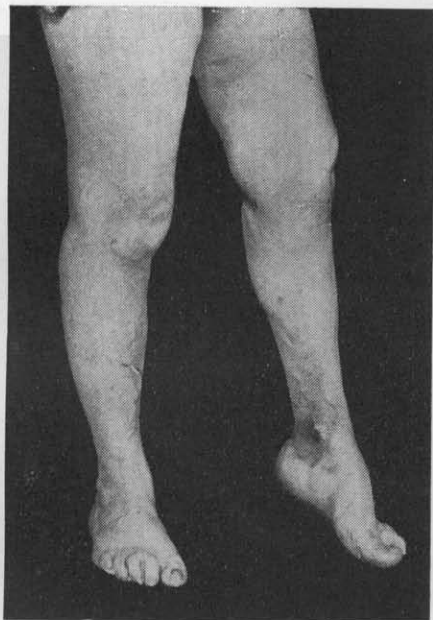


Fig. 8. — Úlcera postflebítica inveterada. Pie equinovaro irreductible



Fig. 9. — El mismo caso de la figura anterior después de la extirpación de la úlcera y del injerto de Padgett. La línea de sutura está señalada con violeta de genciana

Por regla general la induración y pigmentación delimitan perfectamente la zona enferma y marcan el territorio que la extirpación debe sobrepasar.

OBSERVACIÓN 5. — El 13-VII-49, con el Dr. Noguer Moré, dermatólogo, vemos en nuestro dispensario a un hombre de 33 años, afecto de úlcera postflebítica supramaleolar interna en la pierna derecha.

En 1937 fué operado de apendicitis aguda. A los 15 días, tromboflebitis derecha. Tres meses cama. Al levantarse tuvo que andar con muletas durante cinco meses. La úlcera apareció hace cinco años. Hace tres años le operaron de simpatectomía lumbar en otro servicio. A los dos meses recidivó la úlcera.

La exploración muestra (fig. 10) una extensa placa de esclerodermia pigmentada ulcerada en la región supramaleolar interna de la pierna derecha. Presenta rigidez tibiotarsiana con tendencia al equinismo. El pie está seco y más caliente que el sano, demostrando que la simpatectomía fué correcta. En la región suprapúbica existen dilataciones venosas del tipo de la circulación complementaria ilio-iliaca.

Con el Dr. Noguier Moré decidimos practicar la extirpación de la úlcera e injerto de Padgett.

El 23-VII-49, bajo anestesia raquídea, extirpo toda la zona esclerodérmica pigmentada, mientras Valls-Serra obtiene un amplio y grueso injerto con el Dermatomo. Excisión del sector de safena interna subyacente a la úlcera. Hemostasia y sutura del injerto.

El pie recupera su movilidad. Véase la fotografía a los 30 días de la operación (fig. 11).

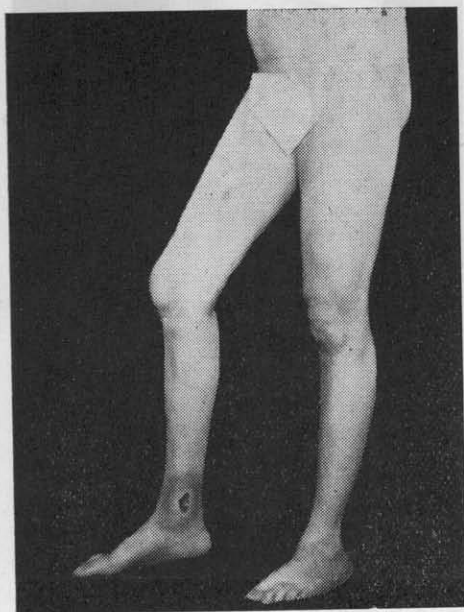


Fig. 10. — Úlcera postflebitica correspondiente al caso 5. Ausencia de dilataciones venosas. La úlcera está rodeada de una zona esclerodérmica pigmentada. Rigidez de la tibiotarsiana

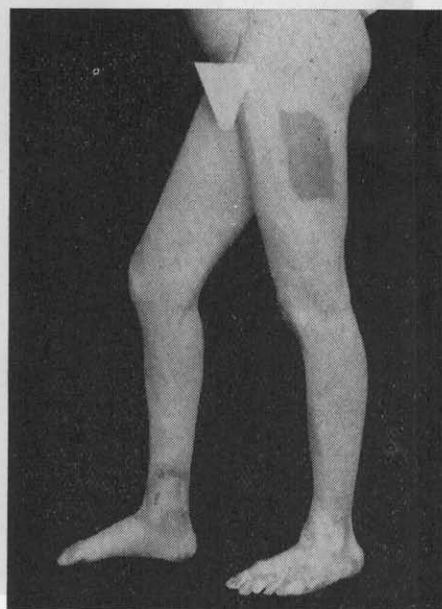


Fig. 11. — El mismo enfermo de la figura anterior a los 30 días del injerto de Padgett. Desaparece el ligero equinismo. Todavía existen algunas costras en los bordes. En el muslo izquierdo aparece la zona dadora epidermizada

La pequeñez de la úlcera y el buen estado de la piel que la rodea pueden inclinarnos a una extirpación poco extensa. Si así se hace el resultado es mediocre.

OBSERVACIÓN 6 — El 15-XI-46 acude a nuestro Dispensario una enferma de 31 años, afecta de úlcera postflebitica supramaleolar interna de la pierna derecha.

La flebitis apareció hace seis años, a los 15 días de practicarse una toracotomía por pleuresía purulenta. Hace dos años, a consecuencia de un pequeño trauma, se abrió la úlcera. Actualmente el dolor producido por ésta le dificulta considerablemente la marcha.

La pierna está ligeramente edematosa. No existen dilataciones venosas en la pierna ni en el abdomen.

El 28-XI-46 se le practica simpatectomía lumbar. El dolor desaparece inmediatamente. La úlcera tarda algunos días en cerrar.

El 19-II-48 reingresa en nuestra Clínica Vascular; la úlcera se ha abierto de nuevo. Se le practica extirpación de la misma e injerto laminar inmediato suturado. Valls-Serra obtiene el injerto mientras extirpa la úlcera. El aspecto sano de los tejidos periulcerosos hace que dicha extirpación sea poco extensa.

El curso es normal y sale dada de alta, curada. Poco tiempo después aparece una



Fig. 12. — Úlcera postflebítica tratada por extirpación e injerto de Padgett. Recidiva en la parte superior por extirpación poco extensa

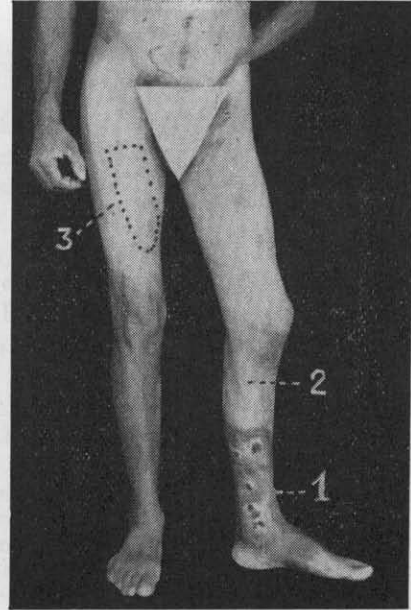


Fig. 13. — Recidiva de una úlcera postflebítica tratada en otro servicio mediante extirpación extensa e injerto de Padgett

1. Úlceras múltiples en toda la extensión del injerto.
2. Safena tibial dilatada.
3. La zona dadora perfectamente epidermizada, en punteado.

pequeña úlcera a nivel de la sutura en la parte superior (fig. 12). Con aplicaciones locales de violeta de genciana se cierra fácilmente. Aconsejamos el uso permanente de una media de goma. Vista posteriormente, la úlcera se mantiene cerrada.

De todo lo antedicho se desprende que el injerto de Padgett es el mejor trasplante cutáneo para el tratamiento de la úlcera postflebítica inveterada. Pero no hay que olvidar nunca el factor circulatorio, capaz, incorregido, de ulcerar el trasplante como antes ulceró la piel sana.

OBSERVACIÓN 7. — El 27-VI-49 acude a nuestro consultorio un enfermo de 35 años que, afecto de úlcera postflebítica supramaleolar interna izquierda, fué operado en

otro Servicio de ligadura venosa o flebectomía primero y de injerto de Padgett después. A los 30 días de reanudar su vida habitual aparecieron en todo el injerto varias úlceras, alcanzando éstas mayor extensión que antes de operar (fig. 13). Aunque la extirpación fué amplia y el injerto perfecto, existía por debajo del mismo una safena dilatada, insuficiente y en hipertensión ortostática. La flebografía practicada en sentido retrógado (fig. 14) confirmó los datos clínicos. En estas circunstancias aconsejamos al enfermo la extirpación por arrancamiento de la vena subyacente. Esta operación



Fig. 14. — Flebografía retrógrada con Torotrast poniendo de manifiesto la existencia de una vena dilatada insuficiente por debajo de la úlcera

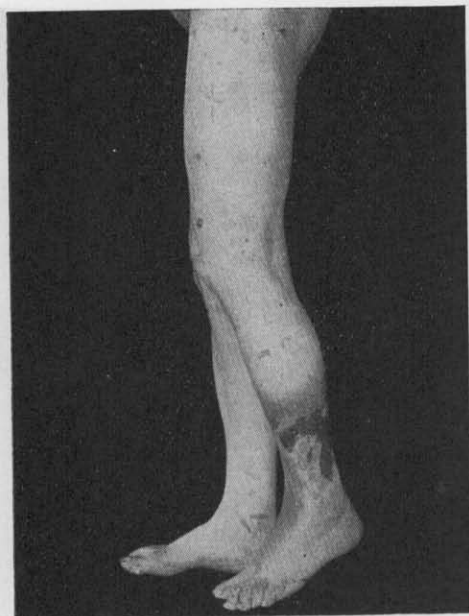


Fig. 15. — Úlcera postflebitica supramaleolar externa izquierda que hizo necesaria la tenotomía del tendón de Aquiles para su curación

fué ejecutada por Valls-Serra con el fleboextractor mediante dos pequeñas incisiones practicadas por encima y por debajo del injerto. De momento se ha conseguido mantener sus úlceras cerradas.

Creemos con LERICHE que la extirpación de la vena subyacente debe realizarse siempre al practicar un injerto de Padgett. Dejar de hacerlo expone a una recidiva rápida.

Por último, debemos manifestar que la existencia de un pie equino puede malograr el resultado de los injertos y hacer necesaria la tenotomía del tendón de Aquiles. En un reciente artículo (1) VALLS-SERRA se ha ocupado de este asunto. Veamos un caso demostrativo:

(1) VALLS-SERRA, J. — Tratamiento del pie equinovaro en las úlceras crónicas supramaleolares. «Angiología», vol. 1, n° 2, pág. 69; 1949.

OBSERVACIÓN 8. — El 12-VII-44 acude a nuestro Dispensario una enferma de 61 años, portadora desde hace 25 años de una úlcera postflebítica supramaleolar externa, con pie equino irreductible (fig. 15).

Con Valls-Serra le practicamos una simpatectomía lumbar el 8-VIII-44, e injerto de Thiersch el 22-VIII-44. La enferma se cura momentáneamente, pero al reanudar la vida habitual se ulcera de nuevo. Valls-Serra le practica un Thiersch previo reposo, y por último tenotomía del Aquiles y yeso en posición de corrección. La úlcera se mantiene cerrada, desapareciendo el equinismo.

RESUMEN

El complicado mecanismo etiopatogénico y la multiplicidad de factores que mantienen la incurabilidad de la úlcera postflebítica inveterada no permiten hablar de su tratamiento en forma esquemática. De la exacta valoración de los diferentes componentes que entran en su génesis y sostenimiento, se desprenderá una actuación sobre las venas, sobre el simpático, sobre el tendón de Aquiles o sobre la propia úlcera. Si la extirpación de ésta es necesaria, el mejor trasplante cutáneo es el injerto de Padgett, poniendo especial cuidado en la resección de la vena subyacente a la úlcera.

SUMMARY

Post-phlebotic ulcer is a composite problem intensely complex. Various factors which might influence the lower extremity are responsible for its development. In long-standing post-phlebotic ulcer, sympathectomy or venous ligation are not sufficient. excision of the ulcer and the surrounding tissues is necessary. The best cutaneous graft is the Padgett's graft. If the ulcer is resected the underlying enlarged vein must also be removed.