

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS FLEBOSTATICAS CON INJERTOS LAMINARES (*)

J. PALOU MONZÓ

*Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico
de Barcelona (España)*

Llamamos úlceras flebostáticas a aquellas úlceras cuyo trastorno principal está provocado por la estasis venosa. Dentro de este grupo incluimos a las úlceras varicosas y a las postflebíticas, teniendo que hacer constar que, a pesar de la existencia de gran número de úlceras flebostáticas, recurrimos en muy pocas ocasiones a su extirpación y recubrimiento con injertos laminares.

¿Cuándo utilizamos nosotros los injertos laminares?

1.^º Cuando la úlcera es rebelde a toda terapéutica médica local o bien a toda terapéutica quirúrgica de otro tipo (ligaduras venosas, simpatectomía lumbar, etc.). En este tipo de úlceras crónicas hay que tener en cuenta que, a veces, a pesar de un tratamiento etiológico correcto, la antigüedad de las lesiones ulcerosas puede haber alterado ya los tejidos en tal grado que, aun desapareciendo el agente o enfermedad causal, la lesión o secuela cutánea persiste.

2.^º Cuando la úlcera está rodeada de tejido sano, no edematoso.

3.^º Cuando existe una comunicante baja, debajo de la úlcera.

Se llaman injertos laminares a los injertos de piel de grosor variable, pero que nunca alcanzan el espesor total de la piel. Los injertos que incluyen todo el espesor de la piel son los de Wolfe-Krause.

Se distinguen tres tipos de injertos laminares:

A) Los de Thiersch, o delgados (de 0,20 a 0,25 mm.), que contienen la epidermis y la parte más superficial de la dermis papilar.

B) Los de Blair-Brown, de espesor mediano (de 0,30 a 0,40 mm.), que comprenden la epidermis y la mayor parte de la dermis papilar. Es el más utilizado y el que empleamos nosotros con mayor frecuencia.

C) Los de Padgett, o gruesos (de 0,50 a 0,60 mm.), que comprenden la epidermis, la dermis papilar y gran parte del corion o dermis profunda.

Recordaremos que cuanto más delgado sea el injerto más fácilmente prenderá y menos exigencias requerirá, aunque el resultado estético no será tan bueno.

(*) Comunicación presentada a las primeras jornadas Angiológicas Españolas ; Valencia, junio 1955.

Etiopatogenia

En la producción de la úlcera varicosa interviene un factor mecánico, hidráulico, mientras que en la producción de la úlcera postflebítica son tres los factores que intervienen: uno hidráulico, otro vasomotor ocasionado por la periflebitis y otro local resultante de los anteriores, pero que puede mantenerse aun tratando aquéllos. Para la úlcera postflebítica inveterada, una operación destinada a suprimir el factor hidráulico o bien una operación simpática, destinada a suprimir el factor periflebítico, rara vez es suficiente. Es necesario completarla con la supresión del tejido esclerodérmico ulcerado y su substitución por piel sana.

HOMANS, en 1916, habla de la extirpación de la úlcera e injerto subsiguiente, teniendo cuidado de suprimir las venas existentes debajo de la piel enferma. Lo mismo opinan LERICHE y MARTORELL.

Condiciones indispensables para una buena epitelización son: un lecho nutricio adecuado y un epitelio sano. El lecho de la úlcera es escleroso, fibroso y tanto más cuanto más antigua es la lesión, oponiendo una barrera infranqueable a los neocapilares que vienen de la profundidad. Por otra parte, cuando se produce la epidermización, el epitelio de revestimiento, que lleva una vida precaria sobre este conjuntivo escleroso, será un epitelio delgado, atrófico, muy frágil, desapareciendo fácilmente ante un pequeño trauma, una infección mínima o bien sin causa aparente.

Desprovista la dermis de la cubierta protectora epitelial, incapaz por su irrigación deficiente y por la fibrosis de toda actitud reconstructiva, el conjuntivo queda imposibilitado para producir un buen tejido de granulación.

La prolongada presencia de la úlcera puede dar lugar a repetidos brotes linfangíticos, produciendo a la larga alteraciones de los ganglios linfáticos inguinales y obliteraciones canaliculares. El edema linfático que se origina puede llegar a producir una elefantíasis. La esclerosis del lecho, al afectar a las aponeurosis y vainas tendinosas, puede dar lugar a rigideces articulares.

Obtención del injerto

Nosotros empleamos para la obtención de injertos laminares el dermatomo de Padgett, que permite obtener tiras de piel de grosor y anchura uniformes. Esencialmente consta de un tambor y de una cuchilla graduable. Antes de extraer el injerto limpiamos con éter el tambor y la zona dadora (como zona dadora recurrimos generalmente a la cara superoexterna del muslo), para eliminar cualquier partícula grasa que pueda existir en ellos y que podría darnos un injerto defectuoso.

El grosor del futuro injerto se determina por medio de una palanca graduable que hay en el lado derecho del tambor. Es preciso revisar la perfecta alineación entre la cuchilla y la superficie del tambor antes de

obtener el injerto. Con una cola especial se pintan el tambor y la zona dadora para que se adhieran, siendo un punto muy importante el dejar transcurrir un tiempo suficiente hasta que la cola se vuelve pegajosa (aproximadamente 4 ó 5 minutos). Se aplica entonces el dermatomo a la piel, haciendo que el borde del tambor quede completamente adherido a la superficie cutánea, obteniéndose el injerto moviendo la cuchilla horizontalmente en movimientos de vaivén, mientras el tambor se va basculando sobre sí mismo. El injerto queda adherido a la superficie del tambor y cortamos luego su base con la misma cuchilla o bien con unas tijeras; colocamos el tambor sobre su soporte y a medida que se separa la piel del tambor, fijamos sus bordes con pinzas Kocher y se espolvorea la parte encolada con sulfamidas, para neutralizar la acción de la goma y evitar que la piel se arrugue, haciendo difícil su manejo.

Es muy importante:

1.º Que la mano que sostiene el instrumento no siga los movimientos de vaivén de la mano que maneja la cuchilla.

2.º Que se ejerza una presión constante sobre el tambor.

3.º Que el cirujano fije su atención en el punto que está cortando, para asegurarse de que la cuchilla no corte más que lo que permite la anchura del tambor.

La zona dadora la pintamos con violeta de genciana en solución alcohólica al 1 %, colocando encima tul graso y luego un vendaje compresivo.

Una variante de dicho método lo constituye la técnica de la gasa de MIR y MIR. Sobre la superficie del tambor coloca una gasa grande, pintándola luego con cola. El injerto se obtiene de la misma manera, quedando éste, sin embargo, adherido en el centro de la gasa. El injerto con la gasa encima se aplica sobre la zona a cubrir, fijando aquélla con goma a los bordes de la piel de dicha zona, de modo que quede a cierta tensión, ya que no prendería; y el injerto queda fijado, evitando así la sutura.

Extirpación de la úlcera

Hay que extirpar en superficie y en profundidad, ya que si sólo extirpamos en superficie nos expondremos a dejar las venas subyacentes (causa de las lesiones cutáneas) y a la recidiva.

Si sólo extirpamos en profundidad, nos llevaremos las venas, pero incindiremos en tejido enfermo, dando lugar a que aparezca una nueva úlcera en el borde de la sutura. Por lo tanto, recalcamos: hay que hacer la incisión en tejido sano, y además hay que extirpar en profundidad, llevándonos el tejido celular subcutáneo enfermo y las venas, hasta llegar a la aponeurosis muscular. Sin estos requisitos, la recidiva es casi segura.

Otro punto importante es el de realizar una perfecta hemostasia, ya que si hay algún vaso que sangra y da lugar a la formación de un hematoma, el injerto no prenderá. Una vez extirpada la úlcera y su lecho, suturamos el injerto con seda procurando que quede a cierta tensión. Terminada la operación, colocamos varias gasas desplegadas y apelotonadas encima del injerto cuidando que ejerzan una cierta presión por medio de un vendaje.

TABLA I. — 25 Casos

N.º DE ORDEN	EDAD	SEXO	ULCERA	INJERTO			RESULTADO		
				Varón: V Hembra: H	Varicosa: V Postflebitica: F	Asociado a			Al cabo de:
						Simple	Ligadura venosa	Simpatectomía lumbar	
1	36	V	F	X				B	2 años
2	45	H	F	X				B	3 »
3	43	H	V		X (antes)			B	10 »
4	35	H	F	X				R	—
5	43	H	V		X (antes)			R	—
6	45	H	F		X (antes)			R	—
7	40	H	F	X				B	2 »
8	63	H	V		X (antes)			B	2 »
9	56	V	F (Cava)	X				?	
10	49	H	F	X				B	9 »
11	31	H	V	X				B	3 »
12	31	H	F	X				R	—
13	38	H	V	X				B	5 »
14	33	V	F	X				B	5 »
15	31	H	F			X		R	—
16	52	H	F	X				B	—
17	43	H	F (Cava)			X	X	R	—
18	54	H	F	X				B	1 año
19	39	H	F	X				B	6 meses
20	48	H	F	X				B	1 año
21	42	H	V	X				B	2 años
22	48	H	F	X				B	3 meses
23	37	H	F			X (simul-tánea)		B	4 »
24	41	V	F			X	X	B	4 años
25	45	H	F	X				B	3 »

Consideramos resultados regulares (R) a aquellos que recidivan y son curables con facilidad por tratamiento médico.

Presentamos 25 casos cuya edad oscila entre 31 y 63 años, 21 de ellos del sexo femenino y 4 del masculino. La etiología en 19 casos era postflebítica y en 6 varicosa.

Se practicó injerto simple en 17 casos; en 4, ligadura venosa antes del injerto; en 2, simpatectomía lumbar; y en otros 2, simpatectomía lumbar y ligadura de poplítea.

El tiempo de la intervención oscila entre tres meses, el más reciente, y diez años, el más antiguo. No hubo ningún fallo inmediato.

CONCLUSIONES

1.^a Utilizamos los injertos laminares en las úlceras rebeldes a toda terapéutica médica o quirúrgica de otro tipo.

2.^a No hay que olvidar nunca el factor circulatorio, factor etiológico, pues si no se corrige puede llegar a ulcerar de nuevo el injerto de la misma manera que ulceró la piel sana.

3.^a Las recidivas que hemos tenido (2 casos) se explican, como hemos dicho, bien por la extirpación poco extensa en superficie o bien en profundidad.

R E S U M E N

El autor describe los resultados obtenidos en la Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico con el tratamiento de casos seleccionados de úlcera flebostática mediante injertos laminares. Presenta 25 casos. Los resultados pueden considerarse buenos si se seleccionan bien los casos y se atiende además el factor circulatorio.

S U M M A R Y

The results obtained at the Vascular Clinic of the «Instituto Policlínico» (Barcelona) in the treatment of selected cases of phlebostatic ulcers by split-thickness skin graft are reported. Severe and localized changes in the skin and subcutaneous tissue and presence of incompetent perforating veins between the superficial and deep circulation of this area are the indication for grafting.

Radical excision of the phlebostatic area and replacement by split-thickness skin graft has been accomplished in 25 patients, whose response to the treatment has been followed up to ten years.

The clinical results are acceptable if the cases are properly selected and the vascular factor eradicated.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL, F. — *Tratamiento de la úlcera postflebítica inveterada*. «An-giología», vol. I, n.^o 6, pág. 348; 1949.
2. MIR y MIR, L. — *Cirugía plástica de la ulceración*. «Medicina Clínica», tomo XXII, n.^o 1, pág. 6; 1954.
3. MARION, J. — *Considérations sur le recouvrement chirurgical des ulcères de jambe*. «Le Journal de Médecine de Lyon», 20 juillet 1952.
4. DAVIS, JHON H. — *Evaluation of Dermatomes*. «Surgery», vol. 36, n.^o 1, pág. 92; 1953.