

## ÚLCERA POSTFLEBÍTICA

P. CARBONELL

*Asistente voluntario del Departamento de Angiología del Instituto  
Policlínico de Barcelona (España).*

Con el nombre de úlcera postflebítica, úlcera posttrombótica o úlcera varicosa postflebítica conocemos a la úlcera de las piernas que aparece como secuela de un proceso tromboflebítico.

De localización preferente en región maleolar interna, suele ser a veces bimaleolar e incluso bilateral si la tromboflebitis se localizó en vena cava inferior o si ella fué también bilateral.

Respecto a su fecha de aparición, es muy variable. Por término medio existe un período de latencia que oscila entre 2 a 5 años. Durante este período suele presentarse edema e induración de la región supramaleolar, que posteriormente se pigmenta y termina por ulcerarse.

Las venas de los miembros inferiores, una vez terminado el proceso tromboflebítico, presentan alteraciones consistentes: 1.º, en obliteraciones completas e incompletas, que son la causa de la dilatación de la circulación colateral; 2.º, en la avalvulación y esclerosis parietal, anulando mecanismos de conducción antigravitaria, con lo que crea una hipertensión venosa ortostática; y 3.º, en la periflebitis, extendiendo su campo de acción al simpático perivascular y a la arteria satélite.

Su diagnóstico lo basaremos esquemáticamente en los siguientes puntos: 1.º, en la existencia del antecedente flebítico; respecto a este punto, a veces, hace falta la pericia del médico, para entresacar el proceso flebítico que pasó inadvertido; 2.º, en la existencia de dilataciones venosas, que con frecuencia aparecen en la pared abdominal, signo de gran importancia en muchas ocasiones; y, 3.º, en la flebografía.

En cuanto a su diagnóstico diferencial etiológico, lo hacemos: 1.º Con las varices esenciales; por la ausencia de antecedentes familiares varicosos, por la no existencia en muchas ocasiones de varices o en caso de existir siendo su disposición muy irregular, y finalmente, por las pruebas de colapso que pueden ser negativas o menos claras; 2.º Con las fístulas arteriovenosas; por la ausencia de soplo, «thrill» o pulsatilidad venosa; 3.º Con el síndrome de Klippel-Trenaunay; por la ausencia de nevus vas-

culares extensos o de angiomas; y, 4.º Con los síndromes isquémicos; por la ausencia de obliteración arterial.

**Tratamiento:** La úlcera postflebítica como la úlcera varicosa, son úlceras flebostáticas, es decir, son úlceras que curan con el reposo en cama y recidivan al abandonar ésta. Ello ha sido causa de la gran disparidad de medidas terapéuticas para su tratamiento. Por otra parte, la úlcera varicosa puede curar definitivamente al corregir su trastorno hidráulico, pero no sucede lo mismo con la úlcera postflebítica.

En realidad, para abordar el problema terapéutico de la úlcera postflebítica, habrá que valorar de antemano los diferentes factores que entran en juego en su formación. Ellos son: 1.º Factor hidráulico, que aporta la hipertensión venosa ortostática; 2.º Factor vasomotor, debido al alcance sobre el simpático periarterial y perivenoso; y, 3.º Factor local, suma de los dos anteriores, aportando la esclerosis conjuntiva, la cual hace, a veces, incurable la úlcera a pesar de corregir los factores que la motivaron.

De lo anteriormente expuesto, tenemos que podemos actuar favorablemente sobre la úlcera postflebítica mediante tres procedimientos quirúrgicos:

- 1.º La simpatectomía lumbar.
- 2.º Las ligaduras venosas.
- 3.º Los injertos cutáneos.

1.º) La simpatectomía lumbar: En 1926, LERICHE y FONTAINE proponen la simpatectomía lumbar para el tratamiento de la úlcera postflebítica. Esta medida terapéutica va encaminada a combatir el factor vasomotor existente en la génesis de dicha úlcera.

Ha habido gran diversidad de criterios, sobre el resultado de la simpatectomía lumbar, quizás ello se deba al criterio unicista con que se toma la mayoría de las veces. Pero, sin caer en tal error, creemos que constituye una terapéutica que no hay que olvidar, sobre todo en los siguientes casos:

a) En las úlceras postflebíticas que cursen con frialdad del pie, hiperhidrosis, algias y tendencia a la retracción en equinovaro.

b) En los casos de úlceras postflebíticas en que exista una disminución franca del índice oscilométrico, sin varices ni edema.

c) Y, finalmente, en los casos en que no hayan mejorado con el reposo en cama.

2.º) Las ligaduras venosas: El factor hidráulico adquiere una gran importancia en la génesis y en el mantenimiento de la úlcera postflebítica. Pero como ya hemos dicho anteriormente, en muchas ocasiones, y sobre todo cuando se trata de una úlcera postflebítica inveterada, la supresión de dicho factor no basta para obtener una curación completa.

Las ligaduras venosas van encaminadas a combatir la avaluación y esclerosis, anulando de esta manera su hipertensión venosa.

Así, pues, creemos indicada la ligadura venosa del sistema superficial, en todos los casos en que exista una insuficiencia del cayado de la safena interna con integridad del sistema profundo.

Por lo que se refiere a la ligadura venosa del sistema profundo, ésta podrá ensayarse en los casos en que exista una insuficiencia de dicho sistema, comprobada radiográficamente. La ligadura de la poplítea puede dar buen resultado.

3.º) Los injertos cutáneos: El injerto cutáneo es ya propuesto por HOMANS, en el año 1916, como medida terapéutica eficaz en el tratamiento de la úlcera postflebítica.

Los injertos cutáneos constituyen un medio rápido, seguro y el menos traumatizante para los tegumentos vecinos, de obtener el recubrimiento de la úlcera. Ellos favorecen además una piel de mejor calidad que la cicatrización espontánea.

Pero esto no quiere decir que deban ser utilizados sistemáticamente ni que constituyan por sí mismos un medio ideal terapéutico. Los injertos tienen una acción trófica innegable, pero empleados solos, no bastarán la mayoría de las veces. Así, pues, no se trata más que de un procedimiento, el cual debe formar parte de un conjunto terapéutico.

Localmente, estamos en presencia de una pérdida de sustancia cutánea que tratamos de cubrir. Para ello, la cirugía plástica pone a nuestra disposición cantidad de métodos; solamente nos queda hacer su elección.

Parece ser que el injerto de Padgett es el mejor trasplante cutáneo. Las condiciones que coadyuvarán al éxito del mismo son una extirpación extensa tanto en superficie como en profundidad de la úlcera y la extirpación de las venas subyacentes.

Nos parece indicada la extirpación e injerto de Padgett en los siguientes casos:

a) En todos los casos de úlcera postflebítica extensa; ya que el injerto nos dará una piel de mejor calidad que la que nos pueda dar la cicatrización espontánea.

b) En todos los casos de úlcera postflebítica inveterada en los que el pésimo estado local convierte en ineficaces los anteriores procedimientos.

c) Y, finalmente, en todos los casos en que se aprecie flebográficamente una comunicante baja debajo de la úlcera.

De todo lo antedicho se desprende que en el tratamiento de la úlcera postflebítica deben valorarse los diferentes factores que han contribuido a su génesis y sostenimiento. Puede ocurrir que una de estas operaciones cure la úlcera. Sin embargo, en algunos casos puede ser necesario practi-

car las tres operaciones sucesivamente para conseguir la curación. Vamos a describir un caso demostrativo del Archivo del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, el cual fué operado sucesivamente de simpatectomía lumbar, ligadura poplítea e injerto de Padgett, obteniendo por fin la curación que persiste en el momento presente con las tres operaciones.

CASO DEMOSTRATIVO. — El 28 de julio de 1944 ingresa en el Departamento de Angiología un enfermo de cuarenta y un años, afecto de úlcera postflebitica en la

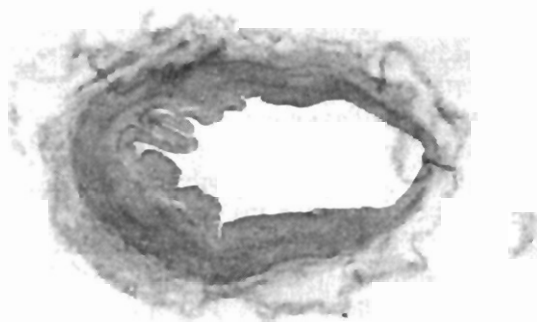


Fig. 1. — El examen histológico del sector venoso extirpado muestra una considerable atrofia de la pared constituida en una mitad sólo por tejido conjuntivo y en la otra mitad existe una muscular muy atrofica con degeneración hialina del tejido conjuntivo.

región maleolar interna del pie izquierdo y de una placa de esclerodermia pigmentada sobre la región maleolar externa del pie derecho. En la pared abdominal presenta circulación complementaria de tipo cava-cava, más visible y prominente en el lado izquierdo.

Hace seis años, bruscamente, tuvo intenso dolor precordial con ahogo de corta duración e inmediatamente sintió como un golpe en la pierna izquierda seguido de dolor urente e hinchazón de toda la extremidad. Guardó cama tres meses. Quedó con edema residual ortostático y a los tres años apareció la úlcera, que es sumamente dolorosa. Tiene acentuada rigidez de la articulación tibiotarsiana y frialdad en los dos pies.

La exploración pone de manifiesto una disminución notable del índice oscilométrico en toda la pierna. El pulso de la pedia izquierda es más débil; la temperatura local a nivel del dedo gordo también es menor.

El 10 de agosto de 1944 se le practica una gangliectomía lumbar por vía extra-peritoneal. La vena cava inferior está obliterada en su origen.

Se cierra la úlcera, desaparece el dolor y recupera la movilidad de la articulación tibiotarsiana. El 15 de septiembre de 1944 se observa un notable aumento de la tem-

peratura local (7° de diferencia) en el dedo gordo del pie izquierdo; el índice oscilométrico no se ha modificado.

El 27 de mayo de 1950 reingresa por recidiva de la úlcera. No tiene frialdad, dolor ni rigidez tibiotarsiana. Se le practica flebectomía poplítea previa comprobación de insuficiencia del sistema venoso profundo por flebografía retrógrada. El análisis histológico del sector venoso extirpado muestra una considerable atrofia de la pared constituida en una mitad sólo por tejido conjuntivo y en la otra existe una muscular muy atrófica con degeneración hialina del tejido conjuntivo (fig. 1). Sale dado de alta el 7 de mayo del mismo año.

El 5 de mayo de 1952, o sea, dos años después, reingresa otra vez por nueva



Fig. 2. — Cuatro años después del tratamiento, la úlcera se mantiene cerrada, usando media de goma, permitiéndole llevar su vida normal.

recidiva de la úlcera. Al día siguiente se extirpa la úlcera junto con el tejido escleroso periulceroso y las venas subyacentes, aplicando inmediatamente un injerto obtenido con el Dermatómo de Padgett. Sale dado de alta el 19 del mismo mes.

En febrero de 1956, cerca de cuatro años después, la curación se mantiene usando media de goma, permitiéndole llevar su vida normal de trabajo (fig. 2).

En *conclusión*, podemos decir que no existe ninguna operación que permita obtener la curación radical de una úlcera postflebítica, pero utilizando algunas de las operaciones descritas, aisladas o combinadas, puede mejorarse notablemente la penosa situación de estos enfermos y en muchos casos obtener una curación prolongada durante bastante tiempo si el enfermo cumple con las medidas antiestásicas corrientes.

## S U M M A R Y

The etiology, pathology, signs, symptoms, differential diagnostic and treatment of the post-phlebotic ulcer are described. Post-phlebotic ulcers is a composite problem intensely complex. Various factors which might influence the lower extremity are

responsible for its development. Surgical measures include lumbar sympathectomy, vein ligations and skin grafting. In old large ulcers lumbar sympathectomy or vein ligations are not sufficient. Severe and often irreversible changes occur in the skin and subcutaneous tissue of the stasis area surrounding the ulcer. The best cutaneous graft is the Padgett's graft. If the ulcer is resected the underlying enlarged veins must also be removed. A case of postphlebotic ulcer is presented: after lumbar sympathectomy, popliteal vein ligation and grafting, healing continued satisfactorily and the graft has remained pliable and intact for near four years.

## BIBLIOGRAFÍA

- MARTORELL, F. — *Postphlebotic ulcer*. «Angiology», 5:462, 1954.
- MARTORELL, F. — *Tratamiento de la úlcera postflebítica inveterada*. «Angiología», 1:348, 1949.
- MARTORELL, F. — *Flebotrombosis y Tromboflebitis de los miembros*. Ponencia en la Primera reunión anual de la Sociedad Española de Cardiología. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1949.
- BAUER, G. — *The etiology of leg Ulcers and their treatment by resection of the popliteal vein*. «Journ. Inter. de Chir.», t. VIII, n.º 5, 1948.
- PIULACHS, P. — *Úlceras de las extremidades inferiores de origen vascular*. Ponencia de I Congreso de la Asociación Española de Cirujanos. Salvat, Editores. Barcelona, noviembre 1949.
- LERICHE, R. — *Traitement des séquelles postphlébitiques*. «Le Progrès Médical», año 77 n.º 11, pág. 234, 1949.
- DOS SANTOS, R. — *Traitement des phlébites et leurs séquelles*. «A Medicina Contemporanea», n.º 48, 1937.
- BUXTON, R. W.; FARRIS, J. M.; MOYER, C. R. y COLLIER, F. A. — *Surgical treatment of long-standing deep phlebitis of the leg*. «Surgery», vol. 15, n.º 5, 1944.
- BUXTON, R. W. y COLLIER, F. A. — *Surgical treatment of long-standing deep phlebitis of the leg*. «Surgery», vol. 18, n.º 6, 1945.
- HOMANS, J. — *The late results of femoral thrombophlebitis and their treatment*. «New England Journal of Medicine», 235:249, 1946.
- LINTON, R. R. y HARDY, I. B. — *Postthrombotic syndrome of the lower extremity*. «Surgery», 24:452, 1948.
- MAHORNER, H. — *Indurated leg and leg ulcers*. «Surg. Gynec. and Obs», vol. 88, n.º 1, 1949.
- NOGUER-MORÉ, S. — *Etiopatogenia de la úlcera de la pierna*. Ponencia presentada al II Congreso Luso-Espanhol de Dermatología. Lisboa 1950.