

CONSIDERACIONES SOBRE PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS DE LA PIERNAS DE ORIGEN VENOSO (*)

J. L. SÁENZ

*Hospital Provincial de Madrid. Servicio del Prof. Gómez Fernández
(España)*

Dentro del título de esta Comunicación, y dado el tiempo de que se dispone, quiero limitarme a hacer algunas consideraciones sobre los hechos que estimamos de más interés en la actualidad.

Como es sabido por todos, los resultados obtenidos en el tratamiento de las úlceras de la pierna por insuficiencia venosa profunda a largo plazo han resultado poco eficaces. Las ligaduras profundas encaminadas a detener o derivar la transmisión retrógrada de las hipertensiones bruscas ha sido el tratamiento preferido por PARONE, HOMANS, BAUER, LINTON, HARDY, GOSSET, etc. Ni este tratamiento ni el defendido por otros autores, de ligaduras escalonadas bajo control manométrico, han logrado impedir la recidiva de la úlcera en gran parte de los casos.

Los trabajos de ROBERTS, BRANDS y, especialmente, COCKETT, que en 1958 presenta una estadística de más de 1000 casos de úlceras de la pierna tratadas por ligadura de las venas perforantes con sólo un 5 % de recidivas, nos han decidido a aplicar, en los Servicios de los Profs. Muñoz Calero y Gómez Fernández, este último tratamiento a un grupo de enfermos, cuyos resultados expondremos a continuación.

En el movimiento de la sangre venosa juegan un importante papel las contracciones musculares (llamadas por BAUER, corazón venoso periférico.) En condiciones normales de suficiencia del sistema profundo, la acción de estos músculos envía ondas sanguíneas hacia el corazón y hace que se vacíe el sistema superficial en el profundo en las fases de relajación. Pero si estas válvulas son insuficientes, la fuerza de propulsión de la

* Comunicación presentada en las VIII Jornadas Angiológicas Españolas, Sevilla 1962.

de la pierna provoca el escape de la sangre anárquicamente en todas direcciones, hacia el corazón, a través de las comunicaciones insuficientes, a la red superficial aumentando bruscamente la tensión y en dirección retrógrada a la perifería nociva para los tejidos.

La mayoría de los trabajos anatómicos no mencionan más que un sistema superficial y otro profundo venosos, con un grupo de venas comunicantes entre los dos sistemas.

Hay otras obras anatómicas, como la de Von LANZ y WACHSMUTH (trabajos de SHERMAN y RAIPIO, etc.) que describen una cuarta categoría de venas, que se encuentran en la porción inferior de la pierna, drenan la región supramaleolar y desembocan directamente en las venas tibiales posteriores.

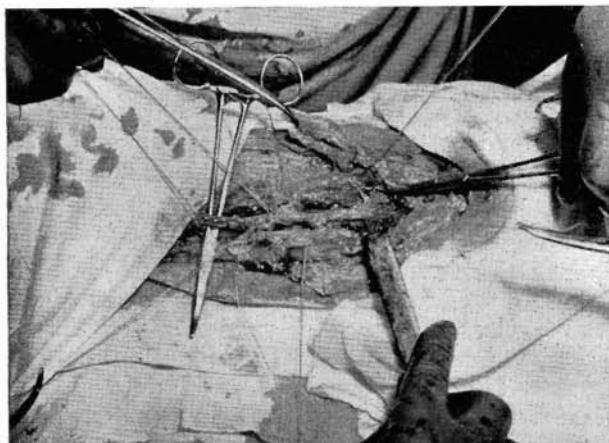


Fig. 1 Campo operatorio en el que se observa la vena tibial y las venas perforantes que partiendo de ella van al lecho ulceroso.

Este cuarto grupo de venas, venas perforantes, más tarde llamadas de Cockett, parece que da la solución al problema etiológico de las «Ulceras de la pierna». Cada contracción de estos músculos (corazón venoso periférico) impele la sangre directamente por las válvulas insuficientes del sistema profundo en las venas perforantes, haciéndolas también insuficientes. Estas venas son venas terminales de la región supramaleolar, carecen de anastomosis con las venas safenas y tienen poca posibilidad de impedir la hipertensión venosa; el resultado es una hipertensión capilar retrógrada, alteración de la permeabilidad de la pared, estasis, anoxia progresiva, terminando con la necrosis del tejido y la ulceración. Este mecanismo parece explicar el origen de la úlcera y su localización.

La existencia de estas venas perforantes la hemos puesto de manifiesto en el acto quirúrgico (fig. 1), comprobando que se trata de venas terminales en relación directa con el lecho ulceroso y totalmente independientes del sistema superficial. La sección de una vena perforante nos permite poner de manifiesto la salida de sangre si provocamos las contracciones musculares de la pantorrilla. Flebográficamente (fig. 2), con



Fig. 2 Por flebografía comprobamos la existencia de las perforantes al llenarse la base de la úlcera a través de las mismas.

el enfermo en posición horizontal para evitar la acción de la gravedad, es fácil demostrar la existencia de estas perforantes al rellenarse la base de la úlcera a través de las mismas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Hemos intervenido 20 enfermos. Todos ellos presentaban trastornos postflebiticos evidentes, refiriéndonos a la úlcera por ser la complicación más frecuente y la que más preocupa al enfermo. Algunas de estas úlceras habían recidivado (fig. 3) después de ser intervenidas y cerradas con injerto.

Previamente se les practica flebografía y manometría. La flebografía retrógrada, en femoral o poplítea y la ascendente intraósea o percutánea con manguito son los procedimientos que más utilizamos. La manometría consiste en cateterizar una vena del dorso del pie y, en comunicación con un manómetro de agua, ver las variaciones de la columna después de cada contracción de los músculos de la pierna.

Técnica operatoria. — Incidimos longitudinalmente a un cm. del borde interno de la tibia, en el tercio inferior de la pierna, hasta llegar



Fig. 3 Enfermo al cual se le había ligado la vena poplítea, apreciándose la recidiva de la úlcera.



Fig. 4 Ulcera curada después del tratamiento descrito en el texto.

a la úlcera; esta incisión interesa también la fascia. Se encuentra la vena tibial anterior entre el músculo flexor largo y el sóleo; se buscan y se ligan las venas del sóleo, convertidas en lago, y las perforantes, y en ocasiones resecamos el sector correspondiente de la tibial posterior. Si el sistema superficial es insuficiente, se procede a la extirpación del mismo.

En 20 enfermos intervenidos por la técnica antes descrita hemos obtenido buenos resultados. El tiempo transcurrido desde la primera intervención es de un año. La opinión definitiva no podrá tenerse hasta pasado algún tiempo (fig. 4).

RESUMEN

Basándose en el estudio de 20 casos de úlcera postflebitica, se hacen consideraciones de orden fisiopatológico y terapéutico sobre esta complicación y se exponen los buenos resultados obtenidos con la ligadura de las perforantes de Cockett, complementada por la resección del sistema venoso superficial si es insuficiente.

SUMMARY

The successful results of ligation of the ankle-communicating veins in postphlebitic ulcers are presented.