

## Tratamiento de los trastornos tróficos supramaleolares por insuficiencia de las comunicantes bajas (\*)

ALBERTO MARTORELL

Del Departamento de Angiología (Dr. F. Martorell) del Instituto Policlínico de Barcelona. (España).

Existe un grupo de trastornos tróficos supramaleolares de origen venoso en cuyo desencadenamiento interviene la insuficiencia de las comunicantes bajas entre el sistema venoso profundo y el superficial.

Estas comunicantes son conocidas desde hace muchos años. Entre nosotros, **F. Martorell** las citaba ya en 1941 en su monografía «El Tratamiento de las Varices». Más tarde, han sido denominadas por algunos **Perforantes de Cockett**.

Varias intervenciones han sido propuestas para tratar estos trastornos, entre ellas la de **Linton** y la del propio **Cockett**. Todas ellas persiguen desconectar el sistema venoso profundo del superficial, con lo cual se evitaría la transmisión a través de dichas comunicantes de la hipertensión venosa ortostática.

No obstante, estas operaciones tienen el inconveniente de que la incisión se practica sobre tejidos enfermos, determinando en la mayoría de los casos la ulceración de la herida operatoria, de muy larga y difícil terapéutica.

Con objeto de evitar este contratiempo, **F. Martorell** tuvo la idea de soslayar los tejidos afectados practicando una incisión semicircular que los rodeara, efectuada en piel sana. Levantado el colgajo cutáneocelular, se puede actuar sobre los vasos y los tejidos patológicos.

He practicado esta intervención en 5 casos: 4 mujeres y un hombre. Las mujeres estaban comprendidas entre los 37 y 48 años de edad; el hombre tenía 20 años. Todos los casos han mejorado sus condiciones locales, evitándose la ulceración y retornando los tejidos a una relativa normalidad. El tiempo de observación ha sido de un año en un caso, dos años en otro, tres años en dos y cuatro años en uno.

### TECNICA OPERATORIA (Fig. 1)

Anestesia general. Posición del enfermo de modo que la región afectada quede a plano. La incisión, que es conveniente haber señalado antes de la intervención, debe practicarse en forma de arco, de tal modo que se inicie por encima de la zona afectada, la circunde por detrás y termina por debajo de ella. Com-

(\*) Comunicación presentada a las XIV Jornadas Angiológicas Españolas, Bilbao 1968.

prende piel y tejido celular hasta la aponeurosis. Los dos extremos de la incisión pueden prolongarse hacia adelante, de modo que interrumpan así las venas superficiales aferentes y eferentes a la zona alterada. Se despega el colgajo cutáneo-celular, ligando las venas comunicantes o comunicaciones arteriovenosas que van apareciendo, hasta llegar por delante a zona sana. Hay que resecar los tejidos esclerosos o en esteatonecrosis e incluso la aponeurosis si muestra degeneración fibrosa. Terminada la ligadura y sección de cuantos vasos aparecen y la resección de los tejidos enfermos, se repone el colgajo en su sitio y se sutura. Esta sutura no debe quedar a tensión. Empleamos seda negra n.º 1, con puntos muy próximos unos a otros. Se completa con un vendaje compresivo bien algodónado que inmovilice el tobillo.

### **Cuidados postoperatorios**

Ante la menor duda de haber actuado sobre terreno séptico, se administrarán antibióticos. De no ser así, una cuidadosa hemostasia es suficiente para la buena cicatrización.

Se mantendrán elevados los pies de la cama unos diez centímetros durante varios días.

De no aconsejarlo otra cosa, el apósito no se levanta hasta transcurridos nueve o diez días, fecha en que se quitan puntos.

Una vez quitados los puntos se coloca un vendaje algodónado o una cola de cinc durante quince días. El enfermo puede levantarse a ratos, aunque observando las medidas habituales posturales antiestásicas.

Al dar el alta definitiva es aconsejable el uso de una media de goma, como tratamiento de la insuficiencia venosa profunda.

### **INDICACIONES Y OBSERVACIONES**

Esta intervención está indicada sólo en los casos de trastornos tróficos en estado preulceroso o bien con úlcera pero muy superficial ocasionados por insuficiencia de las comunicantes bajas. Si la úlcera es profunda, la indicación es otra.

Si coexiste insuficiencia venosa superficial susceptible de tratarla quirúrgicamente, puede hacerse al mismo tiempo. Sólo hay que tener en cuenta que, en el caso de practicar fleboextracción, la incisión inferior de esta intervención tiene que estar por encima de la incisión en arco. Con ello se persigue evitar que el mayor o menor hematoma que pueda formarse en el trayecto de la vena extirpada se extienda a la zona situada por debajo del colgajo e impida su cicatrización correcta.

En la resección de los tejidos alterados hay que tener muy en cuenta no adelgazar demasiado el colgajo cutáneo, de lo contrario existe el peligro de que se necrose.

Asimismo, al suturar el colgajo, los puntos tienen que estar muy cercanos entre sí para repartir la tensión. Si a pesar de ello se observara que el colgajo

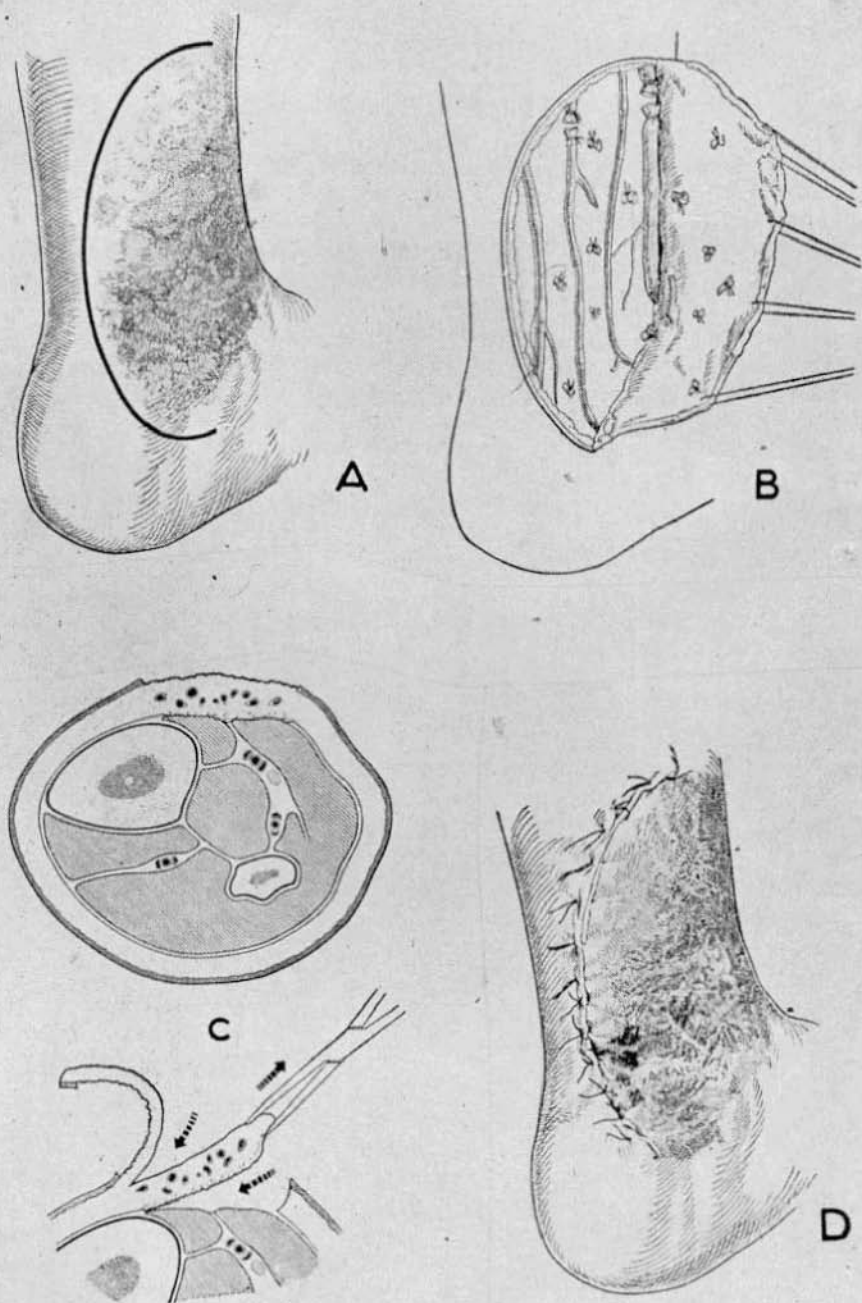


FIG. 1: A) Incisión en arco posterior sobre tejido sano, que abarque toda la zona afectada. B) Disección del colgajo cutáneo, extirpando en el curso de la disección la grasa, las venas aferentes y eferentes longitudinales, las comunicantes y los tejidos alterados, según se esquematiza en C). Reposición del colgajo (D) en su sitio con varios puntos de aproximación cercanos entre sí.

sufre una excesiva tensión es preferible aproximarlo sin sutura, utilizando unas tiras de «steri-strip» o esparadrapo antialérgico, dejando que cicatrice por segunda intención.

Es imprescindible aplicar un vendaje algodónado compresivo, en especial en la zona del colgajo, que inmovilice el tobillo.

Al descubrir la herida por primera vez puede llamar la atención el que presente mal aspecto: color oscuro como si fuera a necrosarse, exudación por los bordes, ampollas o flictenas superficiales. No obstante, a medida que transcurren los días, se asiste a la normal cicatrización del colgajo, a una disminución de la pigmentación cutánea y el retorno de la piel a una relativa normalidad.

El enfermo puede hacer vida normal en un plazo de quince a veinte días, lo cual constituye una ventaja sobre otras intervenciones de postoperatorio más largo y engorroso. Por otra parte, evita la toma de piel de otras zonas, como ocurre con los injertos laminares.

Como es natural, es preciso aconsejar al enfermo para el futuro el uso de media de goma y las conocidas medidas antiestásicas posturales, sin olvidar la medicación adecuada encaminada a tratar las lesiones en la circulación de retorno.

Los resultados obtenidos en nuestros cinco casos, seguidos entre uno y cuatro años, nos invitan a seguir empleando esta intervención tan sencilla.

## RESUMEN

Se presenta una sencilla operación para tratar los trastornos tróficos supramaleolares tributarios de insuficiencia de las comunicantes bajas entre los sistemas venosos profundo y superficial. Consiste en la desconexión de ambos sistemas por ligadura y sección de dichas comunicantes y extirpación de los tejidos alterados subcutáneos, a través de una incisión en arco, efectuada en tejido sano, que levante el colgajo cutáneo celular que sufre aquellos trastornos.

## SUMMARY

In this paper we refer to the treatment of supramalleolar trophic disturbances due to insufficiency of the low perforating veins. Several methods have been described for the treatment of such disturbances. We will, very specially, recall here Linton's and Cockett's operations. The idea of such surgical procedures is to disconnect the superficial and deep venous systems. This prevents transmission of the orthostatic venous pressure from the deep to the superficial venous systems through the insufficient perforating veins. But there is an inconvenience common to the two above mentioned techniques. This is that the surgical incision is performed in the middle of the diseased tissue, and determinates in the majority of the cases the post-operative ulceration of the surgical incision. To avoid this from happening **F. Martorell** used a arch-shaped incision performed in healthy tissue around the involved area. We have performed this operation five times. In all cases the local condition has been improved and the impending ulcer

prevented. Patients were controlled in the post-operative period for as long as: one year in one case, 2 years in other, 3 years in two cases, and 4 years in one case.

The details of the operative technique are as follows: a) Semicircular incision initiated over the involved area, it surrounds in on the back part, and ends below the involved area. The incision through skin and subcutaneous tissue, arrives to the fascia. b) A cutaneous band is dissected, excising in the course of this dissection the subcutaneous tissue, the longitudinal veins, the insufficient perforating veins, and the fascia. if necessary. c) After the ligation and section of all veins, and excision of the involved tissues, the skin is again applied on the muscle and sutured. There must be no tension on the suture line, otherwise necrosis of this line will take place.

#### BIBLIOGRAFIA

Martorell, F.: «Angiología. Enfermedades Vasculares Periféricas». Salvat Editores, Barcelona & Río de Janeiro, 1967.