

## Injertos laminares en úlceras flebostáticas

J. PALOU

Jefe de Cirugía del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico. Cirujano Vascular del Hospital del Sagrado Corazón de Jesús  
Barcelona (España)

Hace 16 años presentamos en las I Jornadas Angiológicas Españolas, celebradas en Valencia, nuestros resultados en el tratamiento de las úlceras flebostáticas mediante injertos laminares. Por aquel entonces nuestra casuística era modesta: 25 casos. En la actualidad, al sobrepasar los 500 casos, creemos poder dar nuestra opinión sobre ellos.

Ante todo, al ver la cifra, no se crea que abusamos de sus indicaciones. Seguimos creyendo que la mayoría de las úlceras flebostáticas pueden solucionarse con tratamiento médico, algunas, o bien con tratamiento quirúrgico tipo fleboextirpación o ligadura de las comunicantes bajas, otras.

Para dar una idea, diremos que hemos observado 4.000 úlceras varicosas, entre 16.000 varices, y 1.500 úlceras postflebiticas, entre 5.000 flebitis, lo que nos da un total de 5.500 úlceras flebostáticas. De estas úlceras hemos operado aplicando la técnica de los injertos laminares sólo 500 (9 %).

¿Cuándo indicamos la práctica de un injerto?

1.º Cuando existen una o varias úlceras tórpidas, en general excavadas, que llevan a veces no solamente largos meses de evolución sino incluso años.

2.º Cuando debajo de estas úlceras existen comunicantes o bien cuando están rodeadas de tejido enfermo lleno de puntos prevaricorrágicos.

En ocasiones se aprecia que el fondo de estas úlceras está constituido por tejido óseo; en otras, tendinoso (fig. 1). Pueden existir infecciones (fig. 2) y mutaciones cárnicas locales con exóstosis e incluso anquilosis tibiotarsiana por la posición antiálgica de defensa que adopta el enfermo al andar.

La prolongada presencia de la úlcera puede dar lugar a repetidos brotes linfangíticos, produciendo a la larga alteraciones de los ganglios linfáticos inguinales.

Para una buena epitelización son condiciones indispensables: a) un lecho nutricio adecuado, y b) un epitelio sano.

El lecho de la úlcera suele ser escleroso, fibroso, 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 epitelización, si es que llega a producirse, el epitelio de revestimiento que lleva una vida precaria sobre este tejido conjuntivo escleroso será un epitelio frágil, delgado y atrófico,

que desaparece con rapidez ante el menor traumatismo, infección mínima e incluso sin causa aparente.

Si se demuestra de una manera evidente la existencia de comunicantes bajas subulcerosas, no existe otra manera de eliminarlas que mediante la extirpación de la úlcera, ligadura de la o las comunicantes y colocación de un injerto cutáneo. No cabe aplicar aquí la técnica de **Linton** y **Cockett**, consistente en incidir en pleno tejido ulceroso, ligar las comunicantes y suturar la piel, ya que ocasiona gran cantidad de infecciones y necrosis cutáneas. En casos seleccionados, y creemos que son bastantes, cabe intentar como máximo la técnica de



A



B

FIG. 1.—Ulcera flebostática de seis años de evolución (A). El mismo paciente a los dos meses de la intervención (B).

**Martorell:** incisión en palo de hockey, pero practicada en tejido sano, levantar la piel, ligar las comunicantes y aplicar de nuevo suturándola la misma piel.

Tanto si se trata de una úlcera varicosa como postflebitica, hay que tener en cuenta que los años de evolución han alterado de tal manera los tejidos que, incluso suprimiendo el factor causal, los trastornos cutáneos son de tal intensidad que constituyen de por sí otra enfermedad independiente.

En raras ocasiones hemos indicado también el injerto cutáneo en enfermos isquémicos. Hay que ser muy cuidadoso en la indicación. Si se trata de una arteriosclerosis obliterante es necesario valorar el grado de isquemia. De igual modo lo hemos indicado en algunos casos de úlcera hipertensiva.

En un principio operábamos sólo úlceras rodeadas de tejidos sanos. Desde hace tiempo no rechazamos los casos con tejidos periuclcerosos pigmentados y atróficos.

La extensión de la úlcera (fig. 3) tampoco nos preocupa. Con el dermatomo eléctrico podemos obtener injertos extensos; con el de Padgett, menos extensos pero en general suficientes. Si con un injerto no nos basta, colocamos dos.

Punto muy importante son las complicaciones. Entre las inmediatas se ha descrito el fallo total del injerto. No hemos observado caso alguno. En ocasiones hemos tenido pequeñas necrosis que han alargado algo el postoperatorio pero que se han solucionado del todo.

Otros casos han presentado la eczematización total o parcial del injerto, complicación bastante molesta que puede solucionarse con aplicaciones locales de penicilina o, si es necesario, radioterapia.



FIG. 2. — Ulcera postflebótica necrótico-infectada de dos años de evolución (A). El mismo paciente al mes de la intervención (B).

Mucho más desagradable es la embolia pulmonar. Hemos podido observar dos casos fulminantes, sin sintomatología previa, y dos resueltos con tratamiento médico.

Considerando el número de enfermos operados, más de 500, no creemos que la cifra de muertes (0,40 %) varíe mucho de la que sufren otros tipos de cirugía.

### Conclusiones

1. Los injertos laminares constituyen una eficaz ayuda en el tratamiento de ciertas úlceras flebostáticas rebeldes.
2. En ningún caso hay que olvidar el factor circulatorio, factor etiológico que si no se corrige puede llevar a la ulceración del injerto de la misma manera que ulceró la piel sana.

3. Existen recidivas, es cierto, aproximadamente un 10%; pero en todo caso siempre son mucho más fáciles de curar que la úlcera original.



A



B

FIG. 3.—Extensa úlcera varicoso con pésimo estado de la piel periulcerosa (A). El mismo paciente a los diez días de la intervención (B).

## RESUMEN

Se expone la experiencia obtenida en 500 casos de injertos laminares por úlceras flebostáticas de un total de 5.500 úlceras de este tipo. Se resumen las indicaciones y las condiciones indispensables para una buena epitelización, así como las complicaciones. Por último, se llega a la conclusión de que son una eficaz ayuda en el tratamiento de cierto tipo de úlceras flebostáticas rebeldes.

## SUMMARY

Experience on 500 split thickness skin graft in 5.500 cases of phlebostatic ulcers is presented. The author concludes that split thickness skin grafts are very useful in the treatment of some refractory phlebostatic ulcers.

## BIBLIOGRAFIA

- Martorell, F.: Tratamiento de la úlcera postflebitica inveterada. «Angiología», 1:384, 1949.  
Mir Mir, L.: Cirugía plástica de la ulceración. «Medicina Clínica», 22:6, 1954.  
Marion, J.: Considérations sur le recouvrement chirurgical des ulcères de jambe. «Journ. Médecine Lyon», 20 julio 1952.  
Davis, J. H.: Evaluation of dermatomes. «Surgery», 36:92, 1953.  
Palou, J.: Tratamiento de las úlceras flebostáticas con injertos laminares. «Angiología», 7:190, 1955.