

Diagnóstico diferencial y tratamiento general de las úlceras vasculares

J.M. Llaneza-Coto

Introducción

Siempre que aparece una lesión trófica en cualquier parte del cuerpo humano, se pondrán en marcha una serie de mecanismos biológicos que se encaminan a su reparación y epitelización. Estos procesos biológicos se han agrupado clásicamente en tres fenómenos básicos:

- Cicatrización.
- Epitelización.
- Contracción.

Nuestra labor como médicos deberá encaminarse a respetar estas reacciones biológicas que el propio paciente pone en marcha, sin interferir –mediante tratamientos locales o generales– en estas respuestas naturales de los organismos e intentar colaborar, siempre que sea posible, en la potenciación de dichos fenómenos.

Con los conceptos anteriormente expuestos, debemos actuar ante los pacientes con lesiones tróficas vasculares con dos premisas fundamentales:

1. Corrección de la enfermedad de base que origina la ulceración

2. Proporcionar un ambiente local limpio, cálido y húmedo, que permita la correcta respuesta local anteriormente comentada.

Diagnóstico diferencial

Esta patología no es infrecuente, con una prevalencia superior al 1% dentro de la población general –datos que aportará el ponente encargado del estudio epidemiológico–. Estas cifras nos dan una idea de la gran importancia socioeconómica del problema, que suele atenderse por una gran cantidad de profesionales, en muchas ocasiones de diferentes especialidades (cirujanos vasculares, cirujanos generales, dermatólogos, médicos internistas, médicos de atención primaria, etc.); por eso, es importante intentar buscar un mínimo de consenso, por parte de todos, para el tratamiento de este tipo de pacientes.

Creemos que, antes de plantearnos el inicio de cualquier tipo de tratamiento, local o general, que coadyuve a cicatrizar una lesión trófica de etiología vascular, debemos realizar un diagnóstico etiológico, con

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General de Asturias. Oviedo, Asturias, España.

Correspondencia:
Dr. José Manuel Llaneza Coto. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General de Asturias. Julián Clavería, s/n. E-33006 Oviedo

©2003, ANGIOLOGÍA

Tabla. Clasificación etiológica.

Insuficiencia venosa	Hematológica	Déficit vitamina B
Grandes arterias	Anemias células falciformes	Lepra
Enfermedad arterial periférica	Policitemia	Gota
Émbolos	Leucemia	Pioderma gangrenoso
Enfermedad de Buerger	Talasemia	Necrobiosis lipóidica
Microcirculación	Trombocitopenia	Fármacos
Microangiopatía DBT	Malignidad	Micótica
Vasculitis	Carcinoma epidermoide	Artefactual
Enfermedad colágeno	Sarcoma de Kaposi	
Neuropática	Metástasis secundaria	
DBT	Linfosarcoma	

el fin de pautar unas bases terapéuticas que nos lleven a la curación. Existen multitud de procesos etiológicos vasculares que pueden causar una úlcera (Tabla). Sin embargo, hay cuatro formas básicas que solemos ver en la consulta diaria:

- Venosas.
- Enfermedad arterial.
- Infarto cutáneo.
- Neurotróficas.

Disponemos, actualmente, de una gran batería de pruebas biológicas y apoyo instrumental (eco-Doppler, arteriografía, flebografía, etc.), que pretenden facilitarnos un diagnóstico preciso de la enfermedad de base; sin embargo, en la mayoría de los casos, una buena historia clínica y una exploración adecuada, con la precisa atención a la localización de la lesión, la

presencia o no de dolor acompañante, el aspecto de los bordes y fondo de la lesión y los trastornos tróficos perilesionales, así como las posibles enfermedades concomitantes del paciente, suelen llevarnos al conocimiento del origen de la lesión en la mayor parte de los casos.

Algoritmo diagnóstico

Como ya comentamos anteriormente, aunque las posibilidades etiológicas ante la presencia de una lesión trófica en una extremidad son muy numerosas, a efectos didácticos debemos distinguir cuatro tipos básicos:

- Isquémicas.
- Venosas.
- Neuropáticas.
- Por infarto cutáneo.

Siempre que un paciente acude a nuestro centro con una úlcera en la extremidad, utilizamos un algoritmo diagnóstico que se describe en la figura. En primer lugar, se realiza una historia clínica detallada, y una exploración física básica. Mediante la palpación de los pulsos, la localización de la lesión, el aspecto de los bordes y el fondo, la evolución de la lesión en el tiempo, la presencia de dolor y signos infecciosos, así como las alteraciones generales y locales acompañantes de la lesión, nos permitirán una aproximación diagnóstica muy importante.

Una vez realizada esta primera toma de contacto con el paciente, recogemos un cultivo de la lesión y procedemos a la realización de pruebas complementarias, según la orientación etiológica que hu-

biésemos realizado. Ante toda úlcera isquémica realizaremos un estudio Doppler con índices tobillo/brazo y, posteriormente, arteriografía, con el fin de planificar la posible revascularización de la extremidad, para conseguir el cierre de la lesión. Si pensamos que estamos ante un proceso debido a una patología que origina una hipertensión venosa, nuestra primera opción será la realización de un eco-Doppler, que nos permite valorar el estado hemodinámico, tanto del sistema venoso superficial como del profundo. Ante las úlceras por infarto cutáneo, nuestra actitud dependerá de la sospecha diagnóstica inicial. Cuando creemos que el posible origen es un cuadro de ateroembolismo, estamos obligados a buscar la fuente embólica mediante arteriografía, angio-TAC, e incluso ecotransesofágico. Aquellas que suponemos son secundarias a una enfermedad sistémica, iniciaremos los correspondientes estudios generales (búsqueda de vasculitis), para identificar la patología de base e instaurar el correspondiente tratamiento específico. En algunas ocasiones, el origen de estas lesiones tiene como trasfondo una hipertensión arterial (HTA) mal controlada. En estos casos, todo paciente debe someterse a los estudios pertinentes para estadificar la HTA y posterior control de la misma. Por último, en los casos de lesiones tróficas neuropáticas, además de buscar el posible origen etiológico, haremos especial hincapié en realizar el diagnóstico diferencial con las úlceras neuroisquémicas, por la clínica y la exploración general, en cuyo caso tomaríamos la misma actitud que con las úlceras de origen isquémico.

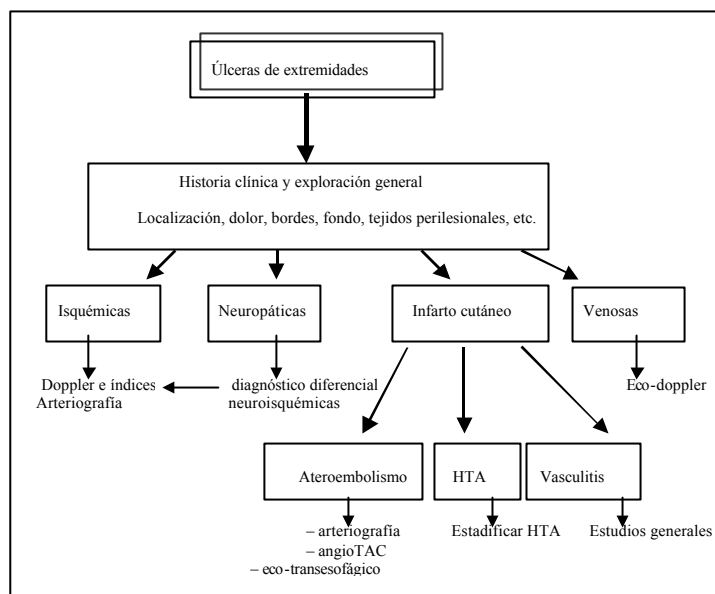


Figura.

Tratamiento general

En este apartado nos referiremos fundamentalmente al grupo de las lesiones venosas y arteriales.

Como norma general, debemos intentar corregir los procesos que dieron lugar a la aparición de la lesión como consecuencia de un proceso de sufrimiento cutáneo y se necesitan, en la mayor parte de los casos, procedimientos quirúrgicos.

- En el caso del déficit arterial, realizaremos la corrección de la obstrucción arterial mediante técnicas de revascularización, tanto de cirugía abierta como procesos endovasculares, que nos lleven a conseguir un estado circulatorio apropiado para poder continuar, posteriormente, con tratamiento local, hasta la curación completa de las heridas. Podemos decir, como norma general, que conseguiríamos un

resultado que permitirá albergar esperanzas de cicatrización lesional, cuando el índice tobillo/brazo postoperatorio se encuentre por encima de 0,5.

- Cuando el origen del problema es venoso, la cirugía tiene como objetivo la corrección de los cambios hemodinámicos. La terapia conservadora no previene, a largo plazo, la recurrencia de la úlcera; por lo tanto, siempre que sea posible, debe acompañarse de cirugía venosa, previa realización de un estudio detallado, con eco-Doppler y, en ocasiones, con flebografía, para valorar la morfología y hemodinámica del sistema venoso superficial y profundo.

Una vez corregido el trastorno hemodinámico de base, la colocación de injertos cutáneos favorece la cicatrización de las lesiones y disminuye el tiempo de curación total de las heridas.

Todo lo anteriormente expuesto ha justificado, a lo largo del tiempo, su eficiencia, corroborada en innumerables publicaciones científicas. Sin embargo, no siempre es posible realizar este tipo de tratamientos, bien por problemas generales del paciente o porque no existan unas posibilidades técnicas de revascularización, o corrección hemodinámica de la extremidad. En estos casos, los pacientes pueden estar condenados a la amputación de la extremidad o a vivir con úlceras permanentes o recidivantes, que deterioran la calidad de vida del enfermo. Para intentar evitar estas situaciones se describen en la literatura una serie de tratamientos generales, que pensamos deben indi-

carse como terapia coadyuvante, del tratamiento anteriormente descrito, o como alternativa a la amputación de la extremidad o condenar al paciente a convivir con úlceras inveteradas.

La eficacia, efectividad y eficiencia de este tipo de terapias es muy difícil de valorar, ya que existen pocos estudios prospectivos, aleatorizados y con un buen nivel de evidencia. Además, la construcción de un grupo control correcto y fiable, resulta verdaderamente complicado.

En la revisión que realizamos, además de la experiencia personal, hemos seleccionado los aceptados en consensos internacionales, los estudios de meta-análisis con buen nivel de evidencia y las revisiones de la librería Cochrane, y seleccionamos:

Patología arterial

- Fotohemoterapia.
- Oxígeno hiperbárico.
- Deambulación, compresión intermitente y presión negativa.
- Neuroestimulación epidural.
- Simpatectomía lumbar (quirúrgica y química).
- Prostanoides.
- Otros fármacos vasoactivos o antiagregantes: anticoagulantes, desfibrinogénantes, L-arginina, pentoxifilina.
- Angiogénesis inducida por genes.

Patología venosa

- Ultrasonidos.
- Terapia electromagnética.
- Fármacos: pentoxifilina, Zn oral, AAS.
- Láser.
- Terapia compresiva.