

Flebectomías e injertos de piel en el tratamiento de úlceras cutáneas

Dr. Manuel Larrotcha Torres y *Dr. Alberto Palma Rodríguez*

*Médico Ex-Interno del Servicio de Dermatología
y Sifiliografía de la Casa de Salud Valdecilla*

*Médico Ex-Interno del Servicio de Huesos y
Articulaciones de la Casa de Salud Valdecilla*

J A E N

**A la memoria del Dr. BELTRAN ALONSO,
sincero y humilde homenaje a su gran labor
médica en tierras del Santo Reino.**

En un trabajo anterior, titulado "Úlceras cutáneas", publicado en los números 4 y 5, páginas 270 y 406, de *Seminario Médico*, citábamos estas palabras de ZIMMERMAN: "...la historia de la cirugía, desde sus comienzos, se ha caracterizado por una sucesión sin fin de nuevos métodos para la curación de las úlceras. Una revisión ligera de la literatura revela no menos de cincuenta diferentes métodos aconsejados en los últimos años para el tratamiento de las úlceras de pierna. En ningún problema mejor que aquí se puede decir que la multiplicidad de remedios nos está indicando su fracaso".

Esta opinión de ZIMMERMAN, escrita hace más de veinte años, conserva actualmente todo su valor, pues estu-

diando la literatura del presente vemos cómo la cirugía sigue buscando afanosamente nuevos métodos y técnicas para la curación de las úlceras cutáneas. Por el contrario, no es totalmente cierto que la multiplicidad de remedios nos esté indicando su fracaso, ya que no siendo la úlcera una enfermedad, sino un síntoma que puede presentarse en afecciones muy variadas, los métodos y técnicas quirúrgicos también tienen que ser numerosos y adecuados al grupo etiológico de que se trate. Por otra parte, el conocimiento de causas fisiopatológicas de grupos con etiología desconocida o poco conocida, y las numerosas modificaciones técnicas que los nuevos adelantos introducen continuamente en el perfeccionamiento de métodos antiguos,

motiva, de otro lado, las numerosas publicaciones que siguen haciendo de la úlcera cutánea un tema de permanente actualidad.

En nuestro referido trabajo, al ocuparnos brevemente de la terapéutica, establecíamos que, conocida la etiología, el tratamiento que debe usarse es el que más probabilidades tenga de suprimirla, bien sea médico o quirúrgico, o ambos conjuntamente. Señalábamos especialmente la importancia de la asociación de los procedimientos quirúrgicos que corrigen o eliminan la causa etiológica con los injertos de piel, y dentro de ellos, de los "split", aplicados con técnicas adecuadas a cada caso. BLAIR, BROWN, BYARS, LEWIS (1), MIR Y MIR, entre nosotros, y muchos más autores, consideran los injertos de piel de necesidad y de elección, aun en aquellos casos en los que el tratamiento etiológico, y, por tanto, específico, es suficiente para la curación, ya que la reparación es más rápida, sin cicatriz, y, por consiguiente, evitando la posibilidad de una ulceración secundaria de la misma. En las úlceras de las cicatrices adquieren categoría de tratamiento específico al reemplazar una piel patológica por otra normal.

En esta nota sólo queremos presentar unos casos escogidos entre nuestra casuística y que, por su cronicidad, características y abandono estaban considerados como irrecuperables:

Caso número 1. — V. M. M., de

veinticuatro años, soltero, natural de Villacarrillo (Jaén). Antecedentes familiares: Padres sanos. Hermanos, 4: 1 (?); 3 sanos. Antecedentes personales: Sarampión, varicela, anginas y catarros. Enfermedad actual: Hace nueve años, trauma en cara interna de pierna izquierda que produce una pequeña herida superficial. Curas tópicas con diferentes pomadas, pero la herida se hace más extensa en el transcurso de unos meses. También le tratan con penicilina-estreptomina, sin mejoría; y le realizan unos análisis de sangre y orina que, según el enfermo, fueron normales. Al cabo de dos años, como las molestias eran pequeñas, abandona todo control médico y se resigna a llevar siempre un vendaje. Incorporado al servicio militar, es hospitalizado y sometido a múltiples curas locales, oclusivas, etcétera. Le descubren unos pequeños paquetes varicosos, que fueron tratados con inyecciones esclerosantes. Transcurridos varios meses sin conseguir su curación, es dado inútil temporal. Vuelto a su pueblo, abandona todo tratamiento. Acude a la Clínica de Dermatología del Hospital Provincial (jefe, doctor Beltrán Alonso) el 5-4-53, apreciando en cara interna de pierna izquierda, tercio medio, una extensa úlcera cutánea de forma oval, de unos 9 x 6 cms. de extensión, superficial, con supuración maloliente y suciedad. La piel de los contornos oscura, pigmentada y sin vello, debido

a las alteraciones tróficas, notándose a su nivel varios nódulos duros y otros blandos, tamaño guisantes, que corresponden a las varices esclerosadas. En la parte superior de la úlcera, y prolongándose hasta tercio medio de cara interna de muslo, se aprecian trazos rojizos calientes y dolorosos. Escalofríos, fiebre hasta 39 grados, cefalea e inapetencia desde hace veinticuatro horas. Diagnóstico: Úlcera cutánea varicosa y linfangitis. Antibióticos y cura local con Cromer y Oxido amarillo de mercurio. Cede rápidamente el cuadro agudo de linfangitis, pero se prolonga el tratamiento con antibióticos durante siete días más. Tratamiento preoperatorio y determinaciones de laboratorio que están dentro de la normalidad. Operación el 25-5-53, bajo anestesia local. Amplia extirpación de toda la úlcera con su lecho y contornos. Injerto de media piel extraído de cara externa de muslo derecho. Curso posoperatorio normal bajo antibióticos. A los ocho días se levanta el apósito, encontrando el injerto prendido en un 100 por 100 y retirando los puntos. Se hacen inyecciones esclerosantes en algunos pequeños paquetes varicosos que se habían recanalizado. Alta por curación el 29-6-53. Es visto repetidas veces para control, la última a los siete años de la operación, encontrándose perfectamente y desempeñando el oficio de albañil.

Caso número 2.—M. G. P., de trein-

ta y dos años, soltero, natural de Cambil (Jaén). Antecedentes familiares: Padre, de neumonía; madre, sana. Hermanos, 1, sano. Antecedentes personales: Sarampión. Ataques epilépticos desde los dieciséis años, por los que ha sido repetidas veces visitado y tratado. Enfermedad actual: Hace quince años ataque epiléptico y caída sobre fuego, produciéndose quemaduras en pierna y pie izquierdo y en ambas manos y antebrazos, que tardaron varios meses en curar. En la cicatriz de pierna y pie, al poco tiempo de volver a caminar empezaron a abrirse numerosas úlceras, que sólo cerraban con reposo y curas locales. Han reincidido múltiples veces con el ejercicio o el menor roce del calzado, y manifiesta haber sufrido varios brotes de erisipela con repercusión general. Acude a nuestra consulta el 17-8-53, apreciando en pierna izquierda, tercio inferior, cara externa, y en malleolo peroneo y gargante de pie del mismo lado, una extensa cicatriz de unos 10 x 15 cms., fibrosa, dura, de superficie brillante que parece película de piel de cebolla y adherida a planos profundos. Sobre ella existen seis úlceras redondeadas, tamaño hasta cinco pesetas y algunas mayores por confluencia con otras, sonrosadas y superficiales. Diagnóstico: Úlceras cutáneas de las cicatrices. Tratamiento preoperatorio y determinaciones de laboratorio que están dentro de la normalidad. Operación el 10-9-53, bajo

anestesia raquídea. Extirpación de la cicatriz y de su lecho fibroso, quedando una superficie cruenta tan extensa, que requiere dos amplios injertos de $3/4$ de espesor con sutura interlaminar. Curso posoperatorio normal, bajo antibióticos. A los ocho días se levanta el apósito, encontrando los injertos prendidos un 100 por 100 y retirando los puntos de sutura. Alta por curación el 5-10-53, recomendándole el uso de calzados que no traumatizen el injerto y elección de una profesión que no exija andar mucho. Ha sido visto varias veces, la última a los tres años y medio de la operación, encontrándose bien y ejerciendo la profesión de zapatero.

Caso número 3.—L. S. G., de sesenta y un años, viudo, natural de Porcuna (Jaén). Antecedentes familiares: Padre (?). Madre, cardíaca. Hermanos, 6: 2, pequeños (?); 1, trauma; uno padece de estómago; 2, sanos. Mujer, tuberculosis pulmonar. Hijos, 4: 1, sarampión; 3, sanos. Antecedentes personales: Sarampión, tifus, paludismo. Enfermedad actual: En 1944, durante los años de gran déficit alimenticio, estuvo muy malo con edemas generalizados, apareciendo en pierna izquierda una úlcera. Desaparecidos sus edemas de hambre la úlcera persistió a pesar de múltiples tratamientos generales y locales a los que fué sometido. Como las molestias eran pequeñas, abandonó todo tratamiento, limitándose a cubrir la lesión

con una venda y acudiendo al médico sólo una vez que presentó trazos rojos que subían hacia el muslo y fiebre alta. Nos consulta el 12-1-54, presentando en pierna izquierda, cara interna, tercio superior, una úlcera redondeada de unos 6 x 6 cms. de diámetro, bastante profunda, bordes endurecidos, sucia y con restos tisulares. A la exploración se aprecian en la pierna unos pequeños paquetes varicosos, no existiendo en ningún punto pigmentación, eczema u otra alteración trófica de las usuales en los enfermos que sufren varices y llegan a tener una úlcera de esta etiología. Diagnóstico: Úlcera cutánea varicosa, o metabólica. Tratamiento preoperatorio y determinaciones de laboratorio que sólo muestran de interés una ligera disminución de hematíes con cifra un poco baja de hemoglobina. Se trata con extractos hepáticos y unos preparados de hierro que corrigen las cifras hemáticas alteradas. Operación el 15-3-54, bajo anestesia local. Excisión amplia de la úlcera y de su lecho, colocando a continuación un injerto de media piel. Curso normal bajo la acción de antibióticos. Se levanta el apósito a los ocho días, encontrando el injerto bien prendido, menos en una pequeña zona de unos 2 x 2 centímetros, en la que aparece necrosado. Veinte días después se había conseguido que epitelizara esta pequeña pérdida. Alta por curación el 26-4-54. Controlado a los cuatro años de la opera-



Caso núm. 1.
Úlcera cutánea varicosa. Existencia 9 años.
a) Aspecto antes de la operación

b) A los 25 días de la intervención



c) Zona dadora del injerto a los 25 días de su obtención





Caso núm. 2.

Úlceras cutáneas de las cicatrices, Existencia 15 años.

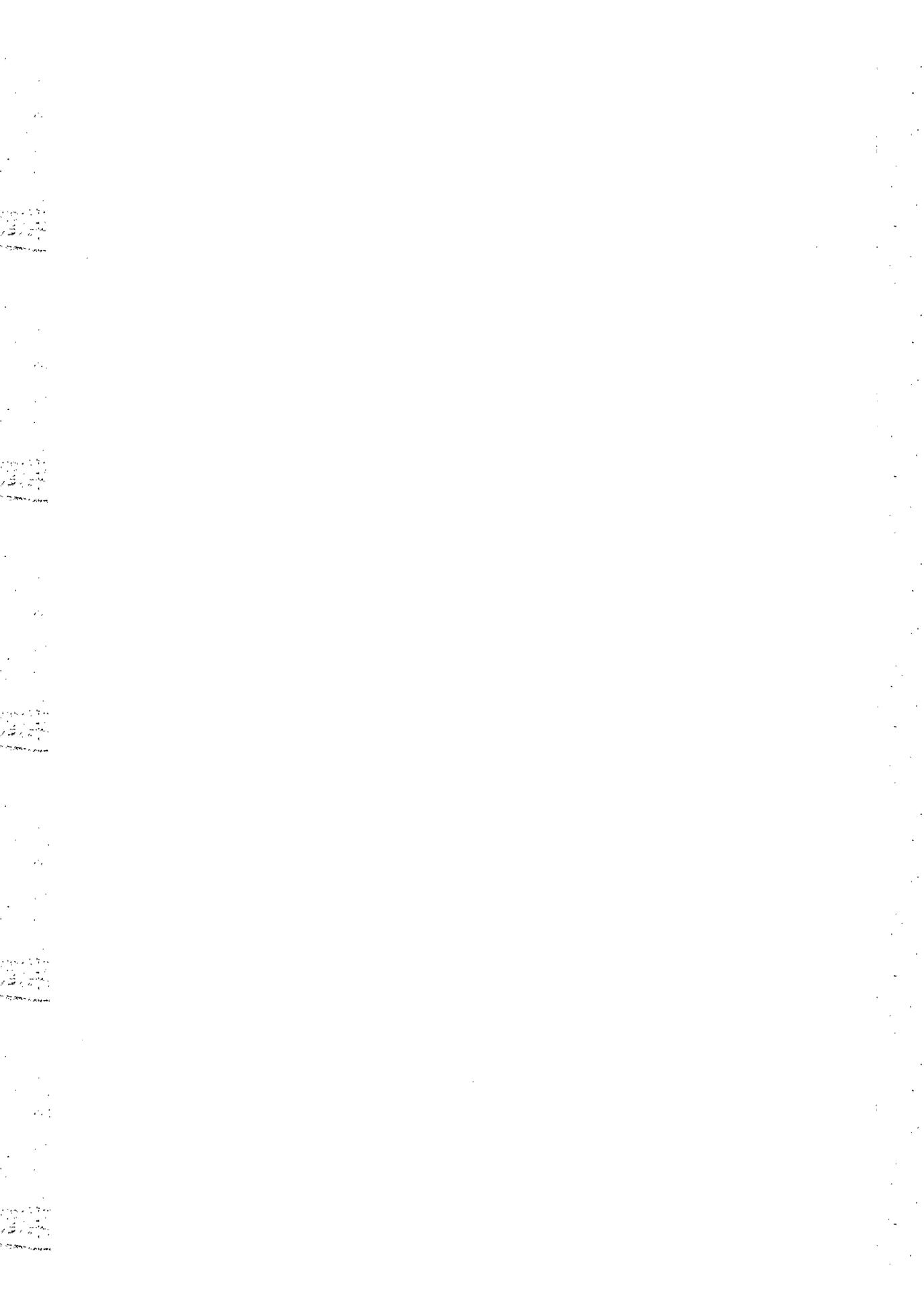
- a) Resultado a los 14 días de aplicar dos amplios injertos de $3/4$ de espesor con sutura interlaminar

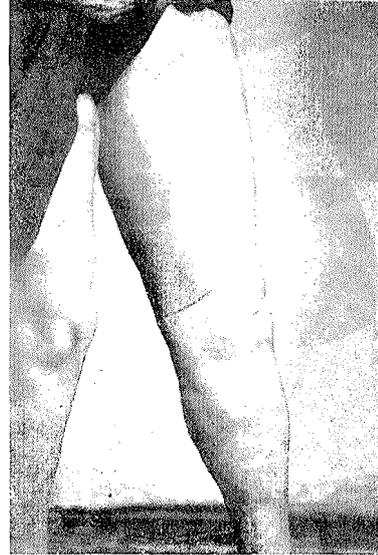


Caso núm. 3.

Úlcera cutánea varicosa o metabólica. Existencia 10 años.

- a) Resultado al mes de la intervención.

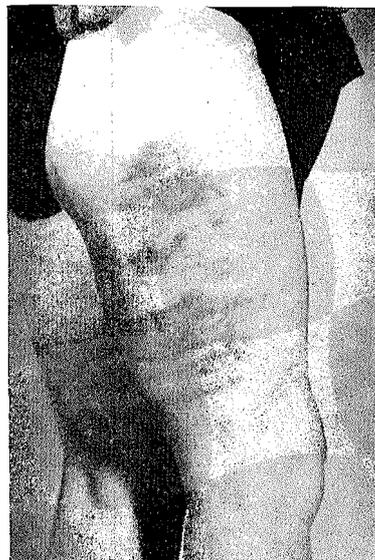




Caso núm. 4.

Úlcera cutánea varicosa. Existencia 19 años
a) Resultado a los 45 días de la intervención

b) Cicatrices correspondientes a las incisiones
para realizar flebotomías



c) Zona dadora del injerto de media piel
a los 45 días de su obtención

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

ción se encontraba bien y ejercía la profesión de vendedor ambulante.

Caso número 4.—A. C. S., de cincuenta y ocho años de edad, casada, natural de Jaén. Antecedentes familiares: Padre, cáncer laríngeo. Madre, de parto. Hermanos, 3: 1, cáncer de estómago; 2, sanos. Marido ciego. Hijos, 5: sanos. Antecedente personales: Sarampión, escarlatina, pleuritis a los veinte años. Menopausia a los cuarenta y ocho años. Enfermedad actual: Con el segundo embarazo aparecieron varices en pierna izquierda, que en los sucesivos y con el transcurso del tiempo fueron aumentando y produciendo edema. Hace diecinueve años, ligero trauma, seguido de úlcera, que curó con pomadas y reposo. Vuelta a la vida activa, se abrió de nuevo, y desde entonces nunca ha llegado a cerrar completamente. Hace catorce años que, convencida de su incurabilidad y molestándole poco, no consulta al médico por este padecimiento. Sólo lo ha hecho circunstancialmente en tres o cuatro ocasiones que la pierna se puso inflamada y tuvo fiebre. Vista por nosotros el 18-12-59 presenta en pierna izquierda, tercio inferior, cara interna, una gran úlcera oval de unos 12 x 7 cms. de diámetro, profunda, sucia y rodeada de piel pigmentada y agrietada. En pierna y muslo se aprecian gruesos paquetes varicosos, trazos rojizos ascendentes, piel caliente y varias adenopatías inguino-crurales sumamente dolorosas a la palpa-

ción. Edema intenso de pierna hasta la mitad de su altura. Fiebre y afectación general desde hace cuarenta y ocho horas. Diagnóstico: Úlcera cutánea varicosa y linfangitis. Antibióticos y cura local. El cuadro general cede rápidamente, pero prolongamos el tratamiento con antibióticos durante quince días. Cuidados preoperatorios y determinaciones de laboratorio que son correctas. Operación el 14-3-60, bajo anestesia general con intubación (doctor Miguel Reigadas). Extirpación de todo el árbol venoso superficial de la safena interna con el fleboextractor; excisión amplia de la úlcera y de su lecho fibroso en una sola pieza operatoria e injerto de media piel. Curso normal bajo la acción de antibióticos. A los ocho días se retira el apósito, encontrando toma del injerto en 100 por 100. Unos días más tarde, al renovar la cura, apreciamos en el centro del injerto una pequeña flictena serosa, que rota deja ver una ulceración tamaño botón de camisa y que epiteliza en el curso de dos semanas. Alta por curación el 10-5-60. Controlada a los seis meses de la operación se encuentra perfectamente, sin edema alguno, deambulando y permaneciendo de pie continuamente por la ciudad para vender con su esposo los boletos de la Delegación Nacional de Ciegos, a la que aquél pertenece.

COMENTARIO

Todos los enfermos presentados lle-

vaban más de nueve años de evolución —uno, hasta diecinueve— y se habían resignado a arrastrar sus molestias y padecimientos por considerarlos incurables.

Desde el punto de vista etiológico, dos casos eran úlceras cutáneas varicosas; uno, de úlceras de las cicatrices, y otro, el número 3, de origen más incierto. Al razonar para clasificar este último, tropezábamos con algunas dificultades. De una parte, el enfermo no tenía antecedentes ningunos de varices y refería exclusivamente la aparición de su úlcera a los edemas de hambre que sufrió en 1944 y en el curso de los cuales se inició. Es cierto que a la exploración encontramos unos pequeños paquetes varicosos; pero también lo es que el paciente afirma que aparecieron dos años después de la úlcera, que en ningún punto existe pigmentación, eczema, edema actual de ectasis u otra alteración trófica de las usuales en los enfermos que sufren de varices y llegan a tener una úlcera de esta etiología, y, finalmente, que al intervenirlos no actuamos para nada sobre las varices por considerarlas extremadamente pequeñas e incipientes, a pesar de lo cual la curación se mantenía perfectamente y sin ningunas molestias cuatro años después de ser dado de alta. En este caso habría que admitir e tratar de una úlcera metabólica de la desnutrición, sobre cuyo significado han llamado la atención KIL-

BOURNE y GILJE. Estas circunstancias adversas de gran déficit de alimentación se presentaron entre la población española bajo la forma de intensos edemas de hambre o carenciales durante los penosos años sufridos de 1943 a 1945 (posguerra civil española y apogeo de la mundial).

De otro lado, tenemos que pensar que las úlceras metabólicas son raras, que su etiopatogenia aparece muy oscura y que se duda que muchas de ellas sean verdaderas úlceras. Además, en el caso que nos ocupa, curados sus edemas carenciales, la úlcera persistió exactamente igual, sin modificarse lo más mínimo después de desaparecer la probable causa etiológica. Realmente, cabe admitir las siguientes posibilidades: 1.º, existían varices anteriores y el edema las descompensó; 2.º, el edema persistente fué causa etiológica de las varices, y éstas, de la úlcera; 3.º, el trastorno carencial por sí solo fué responsable de la úlcera. Ésta última es la menos probable, porque al desaparecer los edemas hubiera desaparecido también la úlcera.

Los cuatro casos habían sufrido episodios más o menos repetidos de linfangitis y erisipela, a los que estaban expuestos por la superficie cruenta y el abandono y suciedad de sus caras tópicas. Estas complicaciones agravan y comprometen la posibilidad de curación definitiva.

Los resultados obtenidos, inmediatos y alejados, puesto que todos han

sido examinados y revisados en períodos de tiempo que varían de seis meses hasta siete años después de la operación, han sido excelentes, tanto desde el punto de vista funcional como estético. El buen estudio previo, el planteamiento correcto de la intervención asociando procedimientos quirúrgicos para suprimir la causa etiológica y la superficie cruenta en una sola sesión y los cuidados pre y posoperatorios, los consideramos base imprescindible para el éxito. Es obvio señalar que lo ideal es operar precozmente todos los casos para evitar complicaciones y la suma de factores desfavorables que en el círculo vicioso de la cronicidad agravan las condiciones tróficas del miembro.

Nada nuevo ni nada brillante nos enseña este trabajo; pero sí queremos deducir una idea que, aunque conocida, es necesario divulgar entre nuestros compañeros y entre los propios pacientes: las úlceras cutáneas, "ulcus cruris, crux medicorum", aun llevando muchos años de evolución, pueden hoy día ser rápida y totalmente curadas en un alto porcentaje de casos, recuperando a estos enfermos de sus padecimientos y abandono y si-

tuándolos en condiciones de normalidad que les permitan desempeñar cualquier trabajo o actividad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.º BEAUX, ALBERTO RAUL.—Injertos de Piel. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1.947.
- 2.º BROMWYN J. B., BIARS L. T. y BLAIR V. P.—A study of ulcerations of the lower extremity and their repair with thick split grafts. «Surg. Gynec. and Obst.»; n.º 63, pág. 331. 1.936.
- 3.º BROWN J. B., BLAIR V. P. y BYARS L. T.—Ulceration of lower extremities and skin grafts. «Am. J. Surg.», n.º 43, pág. 452. 1.939.
- 4.º GILJE, OSCAR.—Acta Dermat., pág. 454. 1.948.
- 5.º GILJE, OSCAR.—Úlcera de pierna en los disturbios circulatorios venosos. Monografía. Oslo. 1.949.
- 6.º KILBOURNE, N. J.—J. A. M. A., n.º 98, pág. 1.955. 1.932.
- 7.º KILBOURNE, N. J.—«Anat. Jour. Surg.», n.º 25, pág. 148. 1.934.
- 8.º LEWIS, G. K.—Skin defects of the extremities. Lectures on Reconstruction Surgery. «Ann. Arbor, J. W.» Edwards, Publisher, 1.944.
- 9.º MIR Y MIR, L.—Cirugía Plástica de la Ulceración. «Medicina Clínica», n.º 1, pág. 6. 1.954.
- 10.º MIR Y MIR, L.—Prevención de las recidivas sobre el injerto en el tratamiento de las úlceras vasculares de los miembros. «Ana. Medic.», n.º 4. 1.957.