

Úlceras Venosas, Mitos y Realidades

Introducción

La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) es quizás la patología más prevalente en todo el mundo (1), a tal punto que podríamos afirmar que ella es el tributo que paga el ser humano por la bipedestación. La etapa final de su historia natural, está marcada por la aparición de las lesiones ulcerosas, con un impacto importante para la calidad de vida, y con altos costos sociales y económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud (2).

El estudio científico de la Úlcera Venosa (UV), para comprender su fisiopatología y proponer tratamientos efectivos, sólo ha sido evidente en la última década. Este hecho ha permitido la proliferación de numerosos esquemas de manejo que van desde lo esotérico, mágico, empírico, hasta la investigación racional con propuestas científicamente basadas. Poco hemos avanzado desde que Hipócrates propusiera el manejo de esta patología con el uso de vendajes compresivos.

Comenzaremos diciendo que “Úlcera Venosa” no es un diagnóstico, es una manifestación de enfermedad y por tanto, constituye un error conceptual enfocar los esfuerzos a convertir el manejo de la úlcera en un objetivo terapéutico único, dejando de lado la enfermedad de base que es la IVC.

¿Qué Sabemos de Ellas?

En aras de la brevedad de este escrito, enunciaremos algunos puntos relevantes del conocimiento sobre UV de los miembros inferiores (MMII), basados en revisión de la

• LUIS ALBERTO MARÍN G.

Cirujano General y Vascular Periférico. Profesor Área de Cirugía, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica de Pereira

Recibido para publicación: 16-09-2003

Aceptado para publicación: 28-11-2003

literatura mundial (3):

- Afectan aproximadamente el 2% de la población adulta de los países desarrollados. Es posible que la proporción sea mayor en Colombia.
- Se relacionan con la edad y el género, y sus picos de incidencia están en la octava década en los países desarrollados, pero en los países en vía de desarrollo puede estar más temprano (cerca de los 50 años).
- La mayoría son de origen venoso puro, pero pueden ser multifactoriales.
- Tienen pobres tasas de cicatrización y altas de recurrencia.
- Los pacientes con enfermedad venosa profunda tienen una peor respuesta al manejo conservador o quirúrgico que aquellos con insuficiencia venosa superficial.
- La calidad de vida de los pacientes que la padecen es pobre.
- Dadas sus condiciones de cronicidad y poca mortalidad, involucran costos exagerados y han sido descuidadas por los médicos y los sistemas de salud.

Etiología: El Terreno de las Dudas.

A pesar de haber logrado un buen nivel del conocimiento acerca de la fisiopatología de la IVC (4), la explicación del mecanismo por medio del cual se forma una UV permanece en buena parte dentro del campo especulativo.

El concepto de atribuir a la hipoxia tisular la formación de la úlcera, no parece ser del todo exacto. Las causas de ulceración son mucho más complejas que la simple falla en el aporte de oxígeno y nutrientes.

En 1998 Coleridge Smith (5) sugirió que el secuestro leucocitario en los MMII, observado durante la hipertensión venosa, podría jugar un papel importante en la aparición de la lesión ulcerosa. Desde entonces, se han efectuado numerosos trabajos dirigidos a aclarar las causas

de la aparición de las UV:

El rol de los leucocitos: Ante la presencia de hipertensión venosa, los leucocitos son atrapados. Esto se ha podido demostrar por el conteo total de ellos durante el paso de la posición supina a la bipedestación. Este atrapamiento se asocia con la liberación de mediadores inflamatorios, sugiriendo que se ha efectuado una activación leucocitaria, con degranulación citoplasmática y liberación de radicales libres de oxígeno, que podría influir en la génesis de la UV. Sin embargo, el nivel de respuesta inflamatoria se ha observado similar en la IVC no complicada, lo que tiende un manto de dudas sobre este mecanismo como causa individual (5,6).

La microcirculación: Ha sido bien establecido el efecto deletéreo de la hipertensión venosa sobre la microcirculación (4,5). La IVC lleva en una de sus etapas finales a la lipodermatosclerosis. Las características histológicas de esta alteración incluyen una infiltración perivascular de los capilares del plejo papilar por monocitos, macrófagos y proteínas del tejido conectivo incluyendo la fibrina.

El tejido liposclerótico de los pacientes con IVC es sumamente fibrótico. Las causas de esto no están suficientemente claras (6), aunque la explicación más lógica la daría la migración de fibroblastos. La pérdida de elasticidad disminuiría la perfusión de la piel a nivel del tobillo, que podría contribuir a la génesis de la ulceración. Además, el Factor Endotelial de Crecimiento Vascular (FECV) se incrementa durante la hipertensión venosa, aumentando la permeabilidad vascular y la angiogénesis, lo que contribuye a la formación del edema con sus consecuencias.

El complemento: Una activación inadecuada del complemento podría tener un papel importante durante el desarrollo de la ulceración. Sin embargo, no está claro si el complemento se

activa antes de la ulceración, o si es parte de la respuesta a ella.

Así las cosas, se continúa postulando teorías alrededor de la génesis de las UV. Varios estudios en desarrollo sobre el papel de las proteinasas tisulares y sobre los procesos de cicatrización podrían arrojar mayores luces sobre este tema. Lo que parece más claro es la intervención de una amplia gama de mecanismos inflamatorios activados en todo el proceso de alteración patológica de la piel, lo que podría abrir un campo especial para su modulación farmacológica.

El Manejo de las UV, Tierra de nadie.

Por el desconocimiento de sus causas, ha hecho carrera el concepto erróneo de tratar las UV como entidades patológicas independientes.

Los diferentes tratamientos han entrado en numerosos dominios que solo mencionaremos brevemente:

- Medidas empíricas locales a nivel familiar (antisépticos, agua oxigenada, emplastos, panela etc.)
- Tratamientos propuestos por boticarios, teguas, charlatanes, etc.
- Ofrendas, ritos religiosos, novenas al "santo patrono de las llagas" (San Roque).
- Actuación empírica de personal paramédico u otros relacionados con el manejo de la salud (por contrato, vecindad, solidaridad o amistad).
- Tratamientos diferentes, no estandarizados ni muy probados por parte de médicos generales, dermatólogos, cirujanos plásticos, cirujanos generales, cirujanos vasculares y angiólogos, la mayoría de las veces bajo la enorme presión del mercado de las industrias farmacéuticas.
- La conformación de grupos interdisciplinarios de trabajo, lo que parece ser la alternativa más práctica y que debería

incluir, además del cuerpo médico, a profesionales de la enfermería, la rehabilitación y apoyo psicológico.

Enfoque Diagnóstico

Desde un punto de vista práctico, podemos contemplar tres tipos de UV:

1) Úlceras venosas puras, secundarias a insuficiencia venosa superficial, con reflujos importantes (80%), o como secuelas de síndrome postrombótico (20%). Desde el punto de vista semiológico, Las UV puras tienden a ubicarse en el tercio inferior de la pierna, en la cara medial cuando corresponden con insuficiencias del sistema de la vena safena interna y en la lateral cuando derivan de insuficiencias del sistema safeno externo. La mayoría de las veces se presentan asociadas con estigmas de IVC avanzada como la lipodermatosclerosis, dermatitis ocre, reacciones eczematosas, y según su cronicidad con atrofia blanca. Tienden a ser poco dolorosas, salvo en los casos de inflamación o infección activas.

2) Úlceras venosas mixtas predominantemente venosas, por IVC concomitantes con grados moderados de insuficiencia arterial (Índice T/B entre 0.7 y 0.9). Pueden tener grados variables de claudicación arterial y ausencia de pulsos. Suelen ser más dolorosas que las anteriores.

3) Úlceras venosas mixtas predominantemente arteriales, por IVC leve, concomitante con grados importantes de insuficiencia arterial (Índice T/B < 0.7) y que requieren para su manejo intervención sobre el árbol arterial.

Mitos en el Manejo de las UV

Tal como lo habíamos enunciado anteriormente, el tipo de problema, el manejo empírico y el desconocimiento de los mecanismos de formación de las UV, ha llevado a fijar unos paradigmas en su

manejo que ahora deben romperse:

- La úlcera es el objetivo terapéutico. Esta creencia ha llevado a descuidar el manejo de los fenómenos patológicos de base, como la IVC.
- Úlcera es igual a infección. Esto ha llevado al uso indiscriminado e inapropiado de antibióticos en todos los pacientes con UV.
- Los pacientes con UV requieren reposo absoluto. Esta creencia ha sido deletérea para la actividad social, convirtiendo al ulceroso en un minusválido.
- La cirugía está prohibida en el paciente con UV. Lo que ha llevado a negarle las opciones lógicas de manejo al paciente y, hasta cierto punto a hacerlo sentir que debe resignarse a vivir el resto de su vida con su úlcera.
- Todos los días se desarrollan productos nuevos para mejorar la cicatrización de las úlceras, lo que facilita la presión de mercadeo de la industria farmacéutica dejando todo el peso del tratamiento al producto escogido como ideal.

Realidades en el Manejo de las UV

En contraparte a lo dicho en el acápite anterior, podemos afirmar las siguientes realidades:

- La cicatrización solo será la consecuencia de una buena terapia dirigida tanto al manejo de la herida, como al de su patología de base.
- Las úlceras frecuentemente tienen colonización polimicrobiana, pero esto no significa infección. Clínicamente, la infección se manifiesta por celulitis peri ulcerosa, secreción purulenta y/o manifestaciones sistémicas de infección. La gran mayoría de las UV solo están colonizadas y no requieren manejo antibiótico.
- El reposo absoluto solo es necesario cuando se requieren medidas de control de infección, o medidas anti-edema, y esto solo se hará por

corto tiempo. El reposo prolongado, es un factor de riesgo para la formación de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. El ejercicio a su vez, reduce el riesgo de lo anterior y favorece el eficaz funcionamiento de la bomba venosa.

- La cirugía es de gran valor en el manejo de las UV, especialmente en la prevención de recurrencia, al lograr controlar la hipertensión superficial con reflujo severos (80% de los casos). Puede tener aún indicaciones importantes en la insuficiencia venosa profunda.
- La compresión, con diferentes métodos, ha sido el único tratamiento efectivo a través de los años en el manejo de las UV. La tasa de cicatrización de las UV, es altamente dependiente de la cantidad de compresión aplicada.
- El enemigo más importante de la cicatrización de las UV crónicas es el bloqueo del cuello del pie, que anula la función de bomba venosa de la pantorrilla.

Recomendaciones para un Protocolo de Manejo de las UV

Después de lo anotado a través de todo este discurso, presentaremos las bases para un protocolo de manejo de los pacientes con UV.

- Se deberá buscar exactitud diagnóstica.
- Control de la infección si la hay. Reposo solo por el mínimo tiempo posible, con medidas de prevención de TVP y TEP, con ejercicios isométricos, compresión y Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM), o Heparina no fraccionada.
- Control del dolor. La mayoría de las UV no son dolorosas. La presencia de dolor hace pensar en sobre-infección, inflamación severa o en etiología con componentes mixtos. Pueden ser de utilidad los Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroides (AINES), rara vez se requieren opiáceos y eventualmente puede existir un

lugar importante para el uso de corticoides.

- Medidas para mejorar el retorno venoso y combatir la hiperpresión venosa.
- Programa de curaciones, lo que debe incluir desbridamientos conservadores, no usar antisépticos ni sustancias extrañas. La bota de Unna puede ser de gran utilidad por la compresión que ejerce, pero su acción no depende de los compuestos que la impregnan (por tanto, es mala práctica utilizar trozos de ella para cubrir la herida).
- Los apósitos modernos (hidrocoloides, hidrofibra, entre otros) son de utilidad favoreciendo la cicatrización en ambiente húmedo y haciendo menos incómodas las curaciones para el paciente, pero no remplazan la compresión. El uso de Factores de Crecimiento Epidérmico, también puede ser un buen complemento, pero no puede afirmarse que su acción independiente

favorezca la epitelización en el caso de las UV.

- Proponemos para una efectiva compresión, el uso de vendajes multicapas con compresión elástica.
- Una vez lograda la cicatrización, los esfuerzos deberán dirigirse a la prevención de la recurrencia, en lo posible con foco en la patología de base.

A manera de corolario, podemos decir que el beneficio ideal para un paciente con úlcera venosa es: cicatrización completa, con baja frecuencia de cambios de vendajes, con el mínimo de dolor o molestias, en el menor tiempo posible, a bajos costos, mientras se preserva o se logra una buena calidad de vida y se previene su recurrencia.

Referencias Bibliográficas

1. Evans C J, Lee A J, Ruckley C V, Fowkes F G R. How common is venous disease in the population? In *Venous Disease: Epidemiology, Management and Delivery of Care*. Springer-Verlag London Limited 1999.
2. Nelzén O, Leg Ulcers: Economics Aspects. *Phlebology* 2000; 15:110-114.
3. Ruckley C V. The Epidemiology of Chronic Venous Ulcer: Some Unanswered Questions. *Phlebology* 2000; 15:106-109.
4. Marín, L A. A propósito de la insuficiencia venosa crónica (IVC). *Rev Med Risaralda* 2002; 8(1): 57-62.
5. Coleridge Smith Ph. Microcirculation in venous disease. Landes Bioscience. 2nd Edition. Austin, Texas, USA. 1998.
6. Coleridge Smith Ph. Leg Ulcers: Biochemical Factors. *Phlebology* 2000; 15: 156-161.

