



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS ULCERAS

DE LAS PIERNAS

Dr. Mario Bravo M.

La úlcera crónica de las piernas es una afección frecuente que se presenta en individuos de ambos sexos, especialmente en el sector obrero y en ciertas profesiones, que compromete su capacidad de trabajo y que graba de esta manera la economía de un grupo importante de personas.

Bajo la expresión común de "úlcera crónica de las piernas" evolucionan diversos cuadros patológicos, de lo que se deduce la importancia de un correcto diagnóstico diferencial.

CALSIFICACION

Se acepta como clasificación de las úlceras crónicas de las piernas la siguiente:

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| 1.- VENOSAS | <ul style="list-style-type: none"> Varicosas (20%) Venosas (70%) | <ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia idiopática Insuficiencia postflebitica Insuficiencia por comunicación A/V |
| 2.- ARTERIALES | <ul style="list-style-type: none"> Isquémicas Hipertensivas | 5% |
| 3.- MIXTAS O VENOSAS ISQUEMICAS | | 3-5% |
| 4.- ULCERAS VARIAS | 1-2% | <ul style="list-style-type: none"> Neoplásicas Neurológicas Vasculitis nodular Enf. Hematológicas Específicas (TBC, Lues. etc.) |

ULCERA VARICOSA

En la úlcera varicosa el enfermo se presenta con várices del sistema safeno interno o externo, generalmente bilaterales, y con reacción solamente cutánea. Estas várices son generalmente de larga evolución y, en muchos casos existen antecedentes varicosos familiares. La alteración cutánea superficial permite al examen desplazar la piel sobre los tejidos profundos.

Como factor desencadenante pueden existir antecedentes de traumatismos leves o de varicorragia para el comienzo de la úlcera.

Los caracteres clínicos de la úlcera varicosa son los siguientes:

- Se distribuyen en la pierna en el trayecto de la safena interna o externa, generalmente en las regiones supramaleolares que son las zonas que corresponden a la mayor hipertensión venosa.
- Generalmente son úlceras pequeñas.
- Están asentadas sobre una zona de alteración cutánea muy superficial que permite al examen desplazar la piel sobre los tejidos profundos.
- Tienen tendencia a curar con el reposo o el uso de vendas elásticas.

Tratamiento

La safenectomía interna o externa seguida o no de injerto dermo epidérmico permite la cicatrización de la úlcera.

ULCERA VENOSA

Actualmente se acepta como causa fundamental de esta lesión la insuficiencia de venas perforantes o de venas comunicantes.

Esta insuficiencia de las venas perforantes o comunicantes puede ser secundaria a:

- Insuficiencia venosa profunda post-flebitica
- Insuficiencia venosa profunda idiopática o congénita.
- Insuficiencia venosa profunda por persistencia de comunicaciones arterio-venosas.
- Por compresión venosa extrínseca ilio-femoral.

Antecedente post flebitico existe en alrededor de un 30% de los casos. Un cierto número de enfermos (15%) portadores de úlcera venosa no dan historia previa de flebotrombosis, pero es probable que hayan tenido trombosis limitada de la pierna en alguna ocasión, por ejemplo infra-poplitea; muchas veces este episodio es transitorio y el edema y el dolor de la extremidad moderado, por lo que hay que precisar bien la anamnesis.

La hipertensión venosa profunda por insuficiencia congénita del sistema valvular es también otra causa importante de la úlcera venosa y debe sospecharse en aquellos pacientes sin antecedente de un cuadro flebitico.

Un rol importante es el que juegan ciertas malformaciones como es la persistencia de vasos comunicantes arterio-venosos a nivel troncular. Malan, ha aclarado enormemente el problema y queda perfectamente establecido que se trata de malformación de tipo arterio-venoso (fístula o várices arterializadas de Pratt), siendo más raras las displasias venosas puras. En la experiencia nacional ello ocurre en un 35% (PATILLO).

Se describen hoy también especialmente por el uso de la flebografía y la iliocabografía, cuadros de

compresión venosa extrínseca, congénita, inflamatoria, traumática o tumoral o por el cruce arterio-venoso (de la arteria iliaca común sobre la vena iliaca primitiva izquierda), que ocurren en la región ilio-femoral.

Esta causa deberá sospecharse especialmente en:

- a) Pacientes que presentan aumento difuso de la extremidad.
- b) Pacientes con úlceras venosas operadas que recidivan.
- c) Pacientes que si bien presentan antecedentes flebíticos que evolucionan con gran aumento de volumen de la extremidad, sin signos flebíticos propiamente tales, que desarrollan várices del sistema safeno e incluso dilatación de venas abdomino crurales.

ETIOPATOGENIA

Desde el punto de vista funcional el sistema de venas perforantes lleva sangre desde la piel hasta las venas profundas de la pierna (tibiales, peronea) sin que haya reflujo gracias a la existencia de válvulas. La insuficiencia o destrucción de estas válvulas permite el reflujo facilitado por la contracción de los músculos de la pierna al caminar, produciendo la hipertensión venosa consiguiente sobre el tejido celular subcutáneo y la piel.

Por aumento retrógrado de la presión venosa, por el aumento del reflujo desde las venas profundas, se produce un aumento de la presión capilar y de la permeabilidad capilar, se produce edema el que se hace permanente, desde el lecho capilar pasa plasma, eritrocitos, proteínas y otros elementos del plasma; se libera hemosidrina que produce el signo de hiperpigmentación; la hipoxia lleva también focos de esteatonecrosis. Todos estos elementos hechos permanentes en el intersticio producen una reacción inflamatoria y luego el desarrollo de tejido cicatrizal.

Este estado de endurecimiento del tejido celular subcutáneo y de la piel, la atrofia de fanéreos y la hiperpigmentación. ubicados en las zonas supramaleolares o

zonas de mayor hipertensión es lo que llamamos dermato-celulitis.

La dermato-celulitis es un estado precursor de la úlcera venosa; es un signo patognomónico de la insuficiencia de las venas perforantes. La úlcera se constituye por traumatismo de tipo trivial o puede ser de aparición espontánea.

Secundariamente pueden desarrollarse várices del sistema safeno interno o externo por aumento de la presión venosa profunda. Estas várices secundarias significan sintomática y evolutivamente, un comienzo de adaptación y de mejoría del reflujo profundo por intermedio de las venas superficiales. El diagnóstico de la úlcera venosa se basa en:

- 1.- Características clínicas de la úlcera.
- 2.- Pruebas de insuficiencia venosa habituales (Trendellenburg, Perthes)
- 3.- Flebografía, iliocabografía o flebomanometría reservadas para casos seleccionados.

Las características clínicas de la úlcera venosa son las siguientes:

- De localización en 1/3 distal de la pierna y en la inmensa mayoría en la región maleolar interna.
- Se asienta sobre una zona de dermato-celulitis, hiperpigmentada, que compromete, no sólo al celular y a la piel sino también a los tejidos profundos, incluso a veces el plano muscular y el periostio.
- Pueden no acompañarse de venas varicosas visibles.
- No tienen tendencia a curar exclusivamente con el reposo o la venda elástica.

La flebografía, la iliocabografía, la flebomanometría, son métodos auxiliares para el diagnóstico que

ayudan a aclarar la etiología y nos ayudan especialmente a programar el tratamiento quirúrgico que muchas veces es necesario realizar. Sin embargo, quiero dejar en claro que no son procedimientos de rutina ni absolutamente necesario en el diagnóstico diferencial de la úlcera crónica de las piernas. Las indicaciones para seleccionar enfermos para la flebografía o la iliocabografía son:

- Enfermos que deben ser sometidos a cirugía de la insuficiencia venosa crónica: Debemos conocer el estado de las venas profundas de la pierna, sus perforantes, sus comunicantes, sus colaterales y su relación con el sistema venoso superficial.
- La iliocabografía se indica en todos los casos en que se sospecha compresión venosa iliaca (edema difuso de toda la extremidad): Paciente con "edema esencial", y recidiva de úlceras venosas operadas o de várices.

Tratamiento de la úlcera venosa

Deseo destacar la importancia de los estudios anatómicos de Cockett sobre las venas perforantes supra maleolares, lo que ha sido la base para el tratamiento quirúrgico actual de la úlcera venosa. Posteriormente, Moyer, Butcher, Sargeant, Quijano-Méndez y otros han desarrollado técnicas quirúrgicas realmente efectivas introduciendo pequeñas modificaciones que ya han pasado la prueba del tiempo y pueden calificarse de excelentes.

Lo que permanece sin corregir es la lesión sobre las venas profundas. Los intentos quirúrgicos sobre las venas profundas insuficientes no han logrado hasta ahora mostrar su efectividad: La ligadura de la vena poplítea (Bauer), la ligadura de la vena femoral superficial (Linton), la resección de trozos de venas profundas, con el objeto de evitar el reflejo de arterio espasmo en el síndrome post flebítico efectuado por Wertheimeir ha sido atendido a efectos dudosos. Más prometedor ha sido el injerto contra lateral de safena para restablecer la circulación venosa profunda a nivel ilio-femoral preconizada por Eduardo Palma de Uruguay (1960) y desarrollada en nuestro país por Patillo, y otros equipos médicos. Se

ha usado también con éxito el parche de vena en la compresión de la vena iliaca común izquierda por "cruce arteriovenoso". Sin embargo, creo que todo este tipo de cirugía para la corrección de la insuficiencia venosa profunda está en su comienzo, en una etapa de estudio y de evaluación de su resultado. Creo que la falta de una técnica o de una solución de la insuficiencia venosa profunda es lo que condiciona que la úlcera venosa sea recidivante y es un desafío a futuro el desarrollo de una técnica quirúrgica definitiva.

El tratamiento quirúrgico actual de la úlcera venosa según los procedimientos preconizados por Linton y modificados por Cockett debe cumplir las siguientes condiciones:

- Eliminar la ectasia venosa mediante ligadura subaponeurótica de las venas perforantes insuficientes y extirpación de las venas varicosas si existen.
- Extirpar el tejido ulcerado y aponeurectomía.
- Reconstituir la integridad de la piel mediante sutura cutánea o injerto.

No entraremos en detalle sobre el tratamiento con medidas conservadoras que dejamos reservado para pacientes de edad avanzada (más de 60 años), o para aquellos en que está contra indicado el tratamiento quirúrgico por: Coexistencia de patología grave asociada (cardíacos, cirrosis hepática o por alteraciones psíquicas).

ULCERA HIPERTENSIVA

En la casuística general de las úlceras de las piernas la lesión correspondiente a úlcera hipertensiva representa un porcentaje bastante pequeño en nuestro medio.

La úlcera hipertensiva aparece en hipertensos de altas cifras tensionales, especialmente diastólicos.

La úlcera aparece situada generalmente en la cara antero externa y tercio inferior de la pierna, rodeada de un halo cianótico y de fondo.

Para el diagnóstico, además del aspecto local de la úlcera es necesario tener en cuenta:

- 1.- Existencia de índice oscilométrico muy elevado en ambos miembros inferiores.
- 2.- Ausencia de flebopatías periféricas
- 3.- Pulsos intensamente palpables incluso los distales.
- 4.- Úlcera muy dolorosa que no cicatriza con el reposo como ocurre con la úlcera post flebítica o varicosa.

ETIOPATOGENIA

Las úlceras hipertensivas corresponden a la localización cutánea de la lesión arteriolar difusa que encontramos en la hipertensión: hialinización subendotibial y proliferación de la media tal como se encuentra en las arteriolas de riñón, miocardio y músculos.

La obliteración arteriolar lleva a la necrosis y ulceración de la epidermis.

El halo cianótico que la rodea señala la hipoxia tisular de los tejidos vecinos.

Tratamiento

Lo básico es la terapia de la hipertensión.

La falta de control adecuado de la hipertensión hace infructuoso el tratamiento local de la úlcera.

Los hipotensores deberán acompañarse de simpatectomía lumbar e injerto dermoepidérmico si es necesario.

ULCERA VENOSA ISQUEMICA

Existe un número de enfermos sobre 50 años, portadores de úlceras varicosas o venosas de larga evolución.

Sus caracteres clínicos típicamente venosos (localización supramaleolar interna, úlcera poco dolorosa que cicatriza con reposo), comienzan a complicarse con una arteriopatía lo que se traduce por la superposición dominante de los caracteres de la úlcera hipertensiva (úlcera dolorosa, con halo cianótico, rebeldes a cicatrización).

Estos enfermos pueden o no ser hipertensos pero en todos se encuentran elementos de arterioloesclerosis obliterante e incluso de obliteración arteriosclerótica de troncos arteriales femorales, poplíteos o tibiales.

Su conocimiento como úlcera venosa isquémica nos parece de importancia por cuanto significa aplicación de un criterio terapéutico diferente al de las úlceras venosas simples.

Se asocia la simpatectomía lumbar a la intervención venosa (safenectomía) ligadura de comunicantes, etc.), permite la desaparición inmediata del dolor y la cicatrización.

Estas dos operaciones se hacen en un tiempo sin mayores inconvenientes.