

ARTÍCULO ORIGINAL

Úlceras Venosas: Criterios Diagnósticos y Terapéuticos

AUTOR:

DR. RICARDO A. SATULOVSKY

ESPECIALISTA JERARQ. EN CLÍNICA QUIRÚRGICA - ESPECIALISTA EN FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA
HOSPITAL MUNICIPAL DE CARLOS CASARES

Correspondencia: piernasbellas@hotmail.com

Recibido: Junio 2012

Aceptado: Julio 2012

Resumen

Los pacientes con úlcera venosa pueden convivir con su enfermedad durante varios años, sin obtener la curación en caso que el tratamiento no sea adecuado. Sin embargo, la práctica profesional basada en evidencias, obtiene resultados efectivos para el paciente y para los servicios de salud.

La finalidad de este estudio fue realizar una revisión sistemática de los recursos disponibles para evaluar y tratar la capacidad plástica, el retorno venoso y la úlcera en forma integral.

Palabras claves: Úlceras. Capacidad plástica. Revisión sistemática de recurso.

Abstract

Venous ulcer patients can live with their disease for several years without achieving healing if the treatment is inadequate. However, evidence-based practice achieves good results for the patient and health services.

The purpose of this study was to conduct a systematic review of available resources to evaluate and to treat plastic capacity, venous return and ulcer in integral form.

Key Words: Ulcers. Plastic capacity. Systematic review off sources.

Definición: Son soluciones de continuidad en los miembros inferiores de origen venoso o venoso-arterial que cronifican ya sea por una fisiopatología no resuelta o bien por un desequilibrio entre los factores locales de cicatrización y de agravamiento. Es importante, aclarar entonces, que no son infecciones y por ende no se curan con antibióticos ni tampoco son uni-factoriales

y por lo tanto no se curan aplicando sólo un método terapéutico.

¿Por qué no son infecciones?. Porque el lecho sin cobertura cutánea de la úlcera se coloniza en forma rápida con micro organismos saprofitos de la flora dérmica normal adyacente; los cuales compiten por los nutrientes del plasma que secretan desde ese lecho cruento rico en proteínas

y glucosa, agotándolos, y de esta manera, “copando” el medio. Pero a su vez no son invasivos mas allá de la dermis (lo que los caracterizaría como patógenos).

Ésto marca la gran diferencia entre recolectar y expoliar pues en ella proliferan saprofitos que sólo están aprovechando nutrientes los cuales se desperdician al trasudar la úlcera y no invadiendo el organismo. Tienen su propio olor y color y el criterio para cultivar una úlcera debería ser la presencia de fiebre axilar vespertina mayor a 37.5°C, adenopatías inguinales manifiestas o bien infección dérmica que vaya más allá de la solución de continuidad y que no sea alergia al antiséptico (por ejemplo una complicación como lo es la erisipela).

CÓMO LAS VIVENCIAN LOS PACIENTES Y QUÉ PUEDE OFRECER EL MÉDICO

Para el paciente es una enfermedad alienante ya que fija el pensamiento y centra su vida en una sola afección que, por lo general, es curable. Suelen pensar que son discapacitados por no poder ingresar a balnearios, por manchar las sábanas al acostarse, por no poder mostrar las piernas en eventos familiares o sociales o de vacaciones o por un mal apoyo de la pierna por dolor; lo cual no les permite disfrutar de la vida en forma plena. Incluso suelen creer ser incurables por haber pasado por muchos médicos que no tuvieron éxito previamente.

Nosotros podemos ofrecer en la primer consulta el pronóstico real de curación, cuáles son las expectativas reales y cuáles no (ya sea: curar,

mitigar, o acompañar), cuáles van a ser los métodos necesarios, las condiciones necesarias de obediencia y si será ambulatorio o precisará internación. En la segunda consulta, deberíamos habitualmente poder mejorar el olor de las secreciones y el dolor; mientras que en la tercera consulta ya deberíamos estar logrando disminución de los diámetros

¿QUÉ SE DEBE ENTENDER POR CURAR O MITIGAR?

Curar es cerrar la úlcera en un tiempo razonablemente corto (2-3 meses para un tamaño ocultable con la palma de la mano).

Mitigar representa achicar la úlcera, calmar, controlar el olor y las secreciones pero sin llegar a cerrarla.

Acompañar implica contener la esfera emocional y la familiar e ir adaptando la curación a la evolución de esa úlcera y se suele aplicar en pacientes añosos en extremo con muchas comorbilidades: *“cuando no podemos curar, mitigamos y cuando no podemos mitigar: acompañamos”*.



ELEMENTOS IMPRESCINDIBLES EN LA CONSULTA Y MANIOBRAS ESPECIALES EN LA EVALUACIÓN.

Todo consultorio flebológico debe contar con una tarima, pues debemos revisar todo paciente parado para ver en su magnitud real las várices del sistema superficial, luego debemos hacerlo acostado y luego elevando el miembro a 45° para buscar el hueco que producen las várices perforantes. También, obviamente, muy buena luz de manera que se pueda direccionar a demanda y un calibre descartable para medir los ejes mayor y menor de la úlcera y de esa manera poder evolucionar el éxito del tratamiento en cada consulta. Fundamentalmente debemos munirnos de un doppler de bolsillo y un tensiómetro para detectar arteriopatías que agraven el pronóstico: (presurometría arterial con determinación del

índice pierna/brazo), reflujos, detenciones del flujo en sistema venoso profundo o várices superficiales tratables que se dificultan detectar en una piel indurada por dermatitis esclero atrófica. El doppler de bolsillo en miembros inferiores es el análogo de la auscultación en el tórax y ofrece valiosos elementos que el criterio del flebólogo interpretará como diagnósticos más certeros.

En la semiología, debemos indagar en forma especial las maniobras de curación y vendaje al interrogar y en el examen físico determinar las características tanto de la úlcera como de las várices; además de las dos maniobras extra: indagar la flexo-extensión del pie para buscar anquilosis tibio astragalina y buscar el “Signo de la canaleta” al elevar la pierna a 45°, es decir, si donde antes había várices aparecen ahora al elevar, surcos deprimidos por depleción venosa; es más que probable que el sistema venoso profundo se encuentre permeable pues de existir TVP, las venas superficiales difícilmente colapsarían.

En esta época de medicina basada en los estudios y de medicina a la defensiva de reclamos legales, apliquemos medicina basada en el criterio y en la semiología y recordemos que el eco doppler venoso complementa y documenta nuestras impresiones diagnósticas habilitándonos legalmente cuando se necesita cirugía pero no genera el criterio pronóstico inicial ni tampoco indica el tratamiento. La primera consulta debe estar comandada por la semiología, el criterio y el asesoramiento experto y en la segunda consulta entonces, se puede incluir la interpretación de los estudios complementarios.

CAUSAS DE FALLO DEL TRATAMIENTO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE INCURABILIDAD

La primer falla del tratamiento, por lo general, sucede por evaluar mal la fisiopatología del paciente como suele ser intentar antibiótico terapia sin indicios ciertos de infección. La segunda falla del tratamiento suele deberse por querer aplicar un solo método debiéndose integrar métodos múltiples. Los errores más típicos se ven al realizar curaciones de la úlcera sin corregir la fisiopatología con vendajes; esto representa una suerte de fundamentalismo: creer que un sólo método es infalible y que curará todas las úlceras. La tercer falla ocurre por negociar el tratamiento necesario contra las preferencia



del paciente (por ejemplo: “...doctor, yo venda no tolero...”). Para un desempeño pacífico del servicio, no se debe ofrecer grandes expectativas, especialmente, a quienes no se comprometan a obedecer las indicaciones. Cuando aparece la falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente es cuando curar al paciente se empieza a volver tormentoso. La cuarta falla aparece por no adaptar el tratamiento a la respuesta del organismo del paciente al mismo. Típicamente, el uso de corticoides retrasa o detiene el proceso de granulación y epitelización y, de esta forma, obliga a pautar pronósticos de tiempos de mejoría más largos y, por otro lado, suelen ocurrir intolerancias progresivas a determinado antiséptico que obligan a la rotación del mismo por otro.

Los tres factores de incurabilidad más vistos son:

- **Arteriopatía:** porque impide la elasto-compresión, la escleroterapia y la cirugía, agravando los factores locales por pobre perfusión.
- **Anquilosis tibio-astragalina:** porque impide el bombeo soleo gemelar (si se curan llevarán venda de por vida).
- **Quien no entienda o no acate instrucciones y venga sin acompañante ya sea porque no puede o no quiere obedecer las instrucciones.**

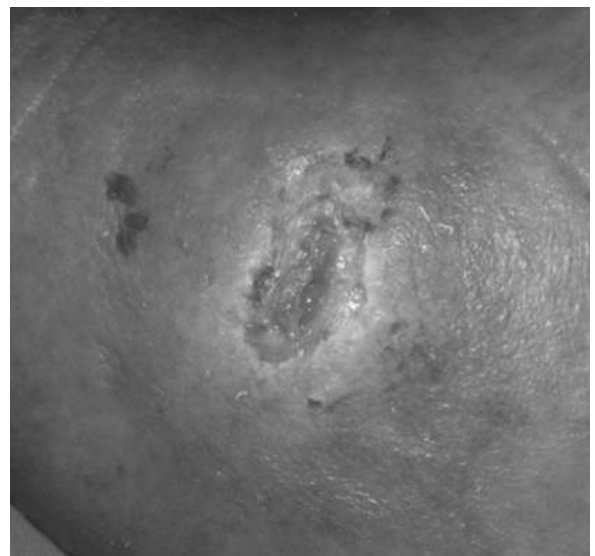
En estos casos la prudencia indica achicar las expectativas que informamos al paciente a la mínima expresión desde el inicio.

¿QUÉ HAY QUE TRATAR? CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y CRITERIOS DE CIRUGÍA

Debemos realizar en forma simultánea tres terapias: La úlcera en si con curaciones, la causa fisiopatológica de base (ya sea por várices, por arteriopatía, etc.) y, en tercer lugar, la capacidad plástica o cicatrizal general del organismo: los estados metabólicos (por ejemplo anergia cicatrizal por corticoides o uremia).

Son criterios de internación: las úlceras circunferenciales que lleva a un tratamiento insuficiente si es ambulatorio, las úlceras arteriales muy dolorosas con baja contención del entorno familiar y los pacientes en los que decidimos hacer cirugía de inicio.

Los criterios de cirugía de primera elección son en primer lugar para aquellos pacientes menores a 50 años con etiología muy clara en las perforantes o reflujo safenos importantes ya que las expectativas de curación son más altas y el tiempo de restablecimiento debe ser el más corto posible por estar económicamente activos y entonces debemos ser más expeditivos. Los pacientes mayores a 50 años, por otro lado, suelen



tener quirofobia y rechazarán la cirugía con mayor vehemencia, incluso cambiando de médico al presionarlos, por lo tanto debemos ser menos invasivos y mas contemplativos. En segundo lugar consideramos para cirugía al paciente con úlceras muy grandes cuando va a necesitar injertos múltiples; en estos casos, internamos para obtener buena granulación rápidamente y luego realizar injertos con anestesia local garantizando el reposo los primeros 7 días.

ABANICO TERAPÉUTICO

Escleroterapia: La Escleroterapia, como método, es tan antigua como la invención de la jeringa y de una eficacia probada. Su diferencia mayor con la cirugía es que no pretende tener carácter definitivo como aquella sino que siendo menos agresiva a los ojos del paciente, ofrece tratamientos de carácter menos definitivo con seguimiento continuado cada tantos años.

Los métodos en práctica van desde la escleroterapia asistida por eco doppler, y la escleroterapia directa con catéter hasta la escleroterapia con método de Sanchez (colocación del catéter de pie / infusión acostado). Actualmente, todos aprovechan el recurso técnico de micro foam que mejora el desempeño del esclerosante.

Se caracteriza por ser una práctica de consultorio, de bajísima morbi-mortalidad y con un excelente costo/eficacia. Por éso, es la primera en preferencia del paciente.

Cirugía: La cirugía corrige la fisiopatología en forma rápida y definitiva e incluye una amplia gama de procedimientos desde la safenectomía bajo peridural y las crocectomías ambulatorias a

lo Müller hasta el escoplaje sub-aponeurótico de perforantes de la Operación de Cigorruga, con su versión más moderna como es el clipado de perforantes con videoscopia sub-aponeurótica tipo SEPS y los injertos de piel para cobertura cutánea.

Es de bajísima morbi-mortalidad y excelente costo/eficacia pero el paciente la percibe como invasiva y por lo tanto una agresión por lo que debe ser ofrecida con delicadeza.

Tratamientos Combinados: Los tratamientos combinados típicos suman de inicio una ligadura venosa ambulatoria de los reflujo largos con anestesia local a nivel supra-patelar para luego proseguir con escleroterapia hacia distal.

Combina los beneficios de la escleroterapia y de la cirugía en forma equilibrada sin que se perciba como un tratamiento muy agresivo por el paciente y obtiene sus mejores resultados en pacientes muy añosos con várices gigantes en los cuales la dosis de esclerosante sin ligadura previa sería muy alta y el número de sesiones, excesivo. No es infrecuente que al suprimir los reflujo largos, los diámetros venosos disminuyan a menos de la mitad y la respuesta al tratamiento de la úlcera mejore en forma significativa.

Elementos de Cobertura, Curaciones o Dressing: Contamos, para las curaciones, desde gasas embebidas en pomadas (hermetizando pero sin producir decúbito por excesivo espesor y cambiando con suficiente periodicidad como para no permitir que se incrusten en los tejidos) o elementos simples como el celofán o papel se-



parador para embutidos hasta complejos hetero injertos como la dermis porcina liofilizada (Pel Cupron®) o también apósitos hidro-coloides auto-adhesivos (Ulcus Comfeel®). En líneas generales, son útiles pues evitan la necrosis por exposición al aire con desecación del tejido de granulación neo formado y acotan la pérdida de fluidos por el área de la úlcera; y los herméticos además retienen los factores de crecimiento localmente. Pero debemos balancear su utilidad con su costo, adaptando la elección de cada curación al paciente. La regla general es mantener la úlcera protegida del aire y la piel por fuera seca protegida de la maceración.

Antisépticos Locales: Toda curación puede incorporar soluciones o pomadas no sólo para prevenir contaminaciones sino también para mantener la humedad del lecho cicatrizal. Van desde las pomadas con oligómeros procianólidos y antibióticos (Clevosan® y similares), la sulfadiazina de plata (Platsul A® y similares) o la nitrofurazona (Furacin® y similares) hasta soluciones antisépticas suaves como la iodopovidona diluída en suero 1:10 (Pervinox® y similares) y se utilizan embebiendo gasas u otro elemento de cobertura. Todos son buenos si son usados con control periódico, siempre atentos a la necesidad de rotarlas por aparición de irritaciones o alergias. Está absolutamente contraindicado el uso tópico de cualquiera que incluya corticoides ya que frenan los procesos cicatrizales.

Vendajes: Los vendajes son herramientas de mayor antigüedad que la escleroterapia y la cirugía y, además de contribuir a la cobertura de la úlcera, corrigen la insuficiencia valvular al obligar a coaptar las válvulas venosas por presión externa; además de otras mejoras como la de potenciar la contra-pulsación en las pantorrillas que ejerce la bomba soleo-gemelar al caminar. Siempre se entiende que todo vendaje debe abarcar como mínimo desde la raíz de los dedos hasta bajo el pliegue del hueco poplíteo.

1) La venda de gasa debe ser multicapa y por su naturaleza es inelástica, permitiendo el uso nocturno; transformándola para el paciente en aptas para el uso continuo y muy apropiada para quienes se les dificulta la colocación diaria; pero muy especialmente en aquellos pacientes con arteriopatía ya que no producen ningún grado de isquemia, siempre y cuando se apliquen con

cuidado. Por éso, es el vendaje universal siempre aplicable, y la única salvedad es que no sea la variedad de venda Tipo Cambric sino aquella confeccionada a partir de pieza de gasa simple ya que esta última es deformable y entonces se adapta mejor a la geometría irregular de la pierna, produciendo menos estructuras que la primera al colocarla.

2) La venda elástica es nuestro “caballo de batalla” ya que es el complemento de todo tratamiento activo tanto para escleroterapias como cirugías; nunca menos de 4 metros por pierna, colocando desde la raíz de los dedos hasta bajo el pliegue poplíteo, de preferencia en 8 o alternativamente en vueltas paralelas superponiendo cada una el 50% de la anterior y fijando con telas adhesivas verticales para evitar que se desmorone durante el día. Es un método muy eficaz “per se” y sólo se encuentra contraindicada en presencia de arteriopatía obstructiva, pero también es el método donde más fácil hace fraude el paciente al apretar de menos, colocarla demasiado baja o no usarla todos los días y requiere un control estricto, consulta tras consulta, para evitar que el mismo paciente desbarate el tratamiento. El flebólogo debe ser quien saque la venda en la consulta para testear la tensión con la que fue colocada, ya que por regla general, cuando el paciente llega a la consulta sin la venda puesta, es que otros días tampoco la usa y entonces debe ser aleccionado.

3) La Vendunna o venda de óxido de zinc es una venda multicapa especial de mayor duración por incorporar un antiséptico natural en su estructura. Permite un excelente bombeo venoso durante la deambulación, por su composición, naturalmente no se desmorona, está permitida en la arteriopatía y obviamente admite el uso en reposo, y por sobre todo, es una excelente alternativa cuando existen criterios de internación pero el paciente lo rechaza al ser internado. Es de confección sencilla y barata por el mismo Flebólogo; forma parte obligada del arsenal.

Se puede hacer con partes iguales de dos mezclas: óxido de zinc diluído en glicerina (ya que es normalmente insoluble en agua) y con gelatina sin sabor hidratada y disuelta.

Ambas partes se calientan y se solubilizan por separado en horno de micro-ondas en recipientes de vidrio para luego mezclarlas y posteriormente se impregna con este principio activo vendas de gasa simples dentro de envoltorios tipo ziplock,

de preferencia en caliente, para aprovechar la mayor fluidez de la mezcla y además de asegurar una mayor asepsia.

ESTIMULANTES DE LA CICATRIZACIÓN

Existe una amplia gama de terapias en ensayo que incluyen desde la láser-terapia de superficie, la mesoterapia con agentes vaso activos, la ozonoterapia local y la aplicación en la úlcera de curas con factores de cicatrización que van desde el Platelet Grow Factor (FGF) hasta el concentrado de plasma rico en plaquetas. Los resultados parecen ser muy promisorios pero su indicación se encuentra ligada a la disponibilidad y a la experiencia de cada terapeuta como así también a los costos que pueda asumir el paciente. ¿Cuál es su utilidad real?: Éso va a depender de estudios retrospectivos randomizados y de meta-análisis.

Conclusiones

Si bien la úlceras venosas acompañan desde la antigüedad al ser humano, hoy en día, contamos con una comprensión más abarcativa de la entidad y de cómo se desarrolla; además de un verdadero abanico terapéutico muy amplio y efectivo si se utiliza en forma integral. Todo médico clínico puede tratar en forma eficaz a una persona con úlcera venosa pero una vez tratada debería indicarle indefectiblemente el tratamiento de la causa de base. Ésto no es negociable pues caso contrario la recidiva es la regla para una enfermedad que tiene muy altas tasas

de éxito terapéutico.

Bibliografía

01. Arce Morera E, Valenzuela Álvarez E. Utilización de laserpuntura en úlceras de miembros inferiores. *Rev Cubana Cir.* 2001;40(2):130-3.
02. Borges E.; Larcher Caliri M; Haas V. Revisión sistemática del tratamiento tópico de la úlcera venosa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Nov./Dec. 2007 vol.15 no.6*
03. Cabrera J, Fernández L, Redondo P. La microespuma, terapia de elección en úlceras varicosas. *Arch Dermatol.* 2004;140:667-73.
04. Cornwall JV, Doré CJ, Lewis JD. Leg ulcers: epidemiology and aetiology. *Br J Surg* 1986; 73(9):693-6.
05. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst.* 2003;1.
06. Díaz Batista A., García Mesa M. Efecto del ozono sobre la activación plaquetaria en pacientes con enfermedades vasculares periféricas: Informe preliminar. *Rev Cubana Invest Bioméd ene.-mar. 2001 v.20 n.1*
07. Franek A, Król P, Kucharzewski M. Does low output laser stimulation enhance the healing of crural ulceration? Some critical remarks. *Med Engineering & Physics* 2002; 24(9):607-15.
08. Incandela L, Belcaro G, Cesarone MR, De Sanctis MT, Griffin M Microangiopathy and venous ulceration: topical treatment with essaven gel. A placebo-controlled, randomized study. *Angiology* 2001; 52(Suppl 3):s17-21.
09. Johnson JJ, Paustrian C. Guideline for management of wounds in patients with lower-extremity venous disease. *Glenview: Wound Ostomy and Continence Nurses Society - WOCN;* 2005.
10. Mc Culloch JM, Marler KC, Neal MB, Phifer TJ. Intermittent pneumatic compression improves venous ulcer healing. *Adv Wound Care* 1994; (4):22-6.
11. Piérard-Franchimont C, Paquet P, Arrese JE, Piérard GE. Healing rate and bacterial necrotizing in venous leg ulcers. *Dermatology* 1997; 194(4):383-7
12. Ruckley CV. Impacto socioeconómico de la insuficiencia venosa crónica y las úlceras de miembro inferior. *Phlebology.* 1995;Suppl.1:1107-9.
13. Sánchez CF, Tropper UP. Tratado de Escleroterapia y Flebectomía Ambulatoria. Buenos Aires: Editorial Científica Panamericana; 2005.p.11-31.
14. Simon D, Dix F, Mc Collum C. Management of venous leg ulcers. *Surgery.* 2004;328:1358-62.
15. Scriven JM, Bello M, Taylor LE, Wood AJ, London NJ. Studies of a new multi-layer compression bandage for the treatment of venous ulceration. *J Wound Care.* 2000; 9(3):143-7.
16. Wipke-Tevis DD, Rantz MJ, Mehr DR, Popejoy L, Petroski G, Madsen R et al. Prevalence, incidence, management, and predictors of venous ulcers in the long-term-care population using the MDS. *Adv Skin Wound Care* 2000; 13(5):218-24.