

AUTOMICROINJERTOS EN ULCERAS DE MIEMBROS INFERIORES

M. CAMPOS, C. YAÑES, A. CUERVO

Presentamos la evaluación de la técnica quirúrgica de microautoinjertos con anestesia local para cubrir superficies ulcerosas de pacientes con insuficiencia venosa, en 12 enfermos controlados por un espacio de 10 meses. Los resultados satisfactorios obtenidos en un 91,5% nos indican su importancia como fase terapéutica, recalcándose la dramática reducción del tiempo hospitalario hasta en un 60%, mejorando los diversos y altos costos de éste síndrome como son los de invalidez, tratamiento y hospitalización. Revisamos también en forma breve la etiopatogenia del síndrome de insuficiencia venosa.

INTRODUCCION

Las úlceras de los miembros inferiores (ULCUS CRURIS) tienen múltiples y varia-

das causas, involucradas todas en un SINDROME. La más común de ellas es la ULCERA VENOSA O VARICOSA, la cual resulta de un empobrecimiento de la circulación venosa de los miembros inferiores. Se produce una inversión de la dinámica circulatoria normal, por aumento de la presión venosa que excede a la presión osmótica coloidal, la cual lleva posteriormente al daño capilar y a otras alteraciones, como trombosis, aumento de presión tisular, edema, fibrosis, obstrucción capilar arteriolar y linfática y oxigenación reducida de la piel. El trauma o la infección son factores precipitantes, más no esenciales, para la formación de la ulceración (1-3).

Los síntomas y signos clínicos, que van en aumento progresivo con el tiempo de evolución, comprenden edema diurno, dolor, piel fría, secundaria a vasoconstricción arterial, calambre muscular, várices, eczemas, infección, angiodermatitis ocre, atrofia blanca de Milian, tromboflebitis y úlceras, pasando por tres fases clínicas a saber: estado prevaricoso, varicoso y complicaciones (1).

Las úlceras generalmente se localizan en la región paramaleolar, unilaterales o bi-

Dr. Marlio Campos R.: Instructor Asistente de la Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional; Dr. Carlos H. Yañes C.: Residente III de la Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional y Dr. Alvaro Cuervo P.: Interno de la Sección de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional.

Solicitud de separatas al Dr. Campos.

laterales, sobre o cerca de alguna varicosidad; son de color rojo con tejido de granulación, pequeñas o grandes, según el grado de la insuficiencia venosa, trauma y terapia local; el dolor va de ligero a moderado dependiendo de la ocupación, obesidad, estado emocional, etc. La curación por cicatrización deja estigmas permanentes como áreas discrómicas, vitiligoides y atróficas. La degeneración maligna (Ca. Espinocelular) es rara (1).

Tienen ligero predominio en el sexo femenino posiblemente por mayor frecuencia de tromboflebitis en el embarazo, en el postparto, o por estar involucrados algunos factores hormonales; se encuentra historia familiar en el 50% de los casos, así como antecedentes de tromboflebitis en 50%. Las úlceras son más frecuentes en las comunidades civilizadas, relacionadas con la vida sedentaria, siendo rara en los nativos africanos quienes tienen una marcada actividad física (3).

La mayoría de las anemias, disproteinemias, colagenosis (Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Esclerodermia) y alergias producen ulceraciones secundarias a enfermedad arteriolar que por extensión pueden comprometer pequeñas arterias, capilares y vénulas (1-3).

En resumen, la ULCERA VENOSA es una condición bastante frecuente, crónica, recurrente, con cierto grado de invalidez e incapacidad de trabajo, poco valorada por el médico, convirtiéndose así en un problema socio-económico (4). Su tratamiento es inespecífico e inconsistente, en ocasiones tardío, dando lugar a graves complicaciones tróficas, lo que facilita también su cronicidad, recurrencia y largas estadías hospitalarias (5). Todas estas razones revelan la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces.

MATERIAL Y METODOS

Nuestra evaluación comprende dos grupos de pacientes: Un grupo de terapia espe-

Tabla 1 - *Cuadro Clínico.*

No. . HISTORIA	SEXO	EDAD	CAUSA	EVOLUC.
149000	M	42	Traumática	34 años
151960	F	45	Varicosa	26 años
374806	M	63	Varicosa	25 años
418606	F	46	Varicosa	12 años
422887	F	35	Varicosa	1 año
580800	F	30	Traumática	2 años
582070	M	28	Esferocitosis	6 años
660789	M	54	Varicosa	1 año
708750	F	30	Varicosa	18 meses
724058	F	35	Varicosa	6 años
738873	M	58	Varicosa	1 año
739597	F	22	Traumática	3 años

cífica quirúrgica y un grupo de control con terapia convencional clásica.

1. Grupo de terapia específica quirúrgica:

Durante 10 meses se estudiaron y controlaron 12 pacientes con úlceras de miembros inferiores en la Sección de Dermatología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Dicha evaluación comprende clínica y paraclínica, así:

Clínica: Los parámetros clínicos que se tuvieron en cuenta fueron: sexo, edad, lesiones, evolución, localización, causas, hospitalizaciones y terapia previa.

De nuestra casuística, cinco pacientes (41.5%) pertenecían al sexo masculino y siete (58.5%) al femenino con edades que oscilaron entre 22 y 63 años, para un promedio de 39 años y 6 meses.

Clínicamente presentaban lesiones ulcerosas netamente varicosas en ocho casos, (66%) postraumáticos con insuficiencia venosa en tres casos (25%) y un caso (9%) de úlcera secundaria a enfermedad hematológica.

Dichas lesiones eran unilateral en ocho casos (66%) y bilateral en los cuatro restantes (34%). Su evolución tenía un rango que osciló entre 1 y 34 años, para un promedio de 11 años y 7 meses (Tabla 1).

Las posibles causas eran: a) Para las úlceras varicosas: embarazo en 3 casos (37,5%), tromboflebitis en 2 (25%) y posiblemente congénita en 3 (37.5%); b) para las traumáticas: por contusión en 2 casos (66.6%) y postquemadura en 1 caso (33.3%) y c) úlcera hematológica por esferocitosis en un caso.

Todos nuestros casos habían recibido terapia convencional previa consistente en reposo, antiséptico, antibióticos y vendajes. Se le había practicado Safenectomía previamente en 3 casos (25%) y cirugía plástica con autoinjerto completo en 2 casos (18,5%). Todos habían estado hospitalizados anteriormente por su problema ulceroso de 2 a 6 ocasiones.

Terapéutica: A todos nuestros pacientes se les instauró el mismo tratamiento, el cual se dividió en tres etapas, cuyo esquema es el siguiente:

Terapéutica preoperatoria: a) Hospitalización; b) reposo en cama; c) curaciones locales con antisépticos; d) gaza con antibióticos tópicos y e) antibióticos orales tipo Ampicilina.

La finalidad de estas pautas era combatir la infección e inflamación que acompañaban a dichas lesiones ulcerosas, lo que logramos conseguir en un período promedio de una semana. Lograda esta finalidad se pasa a la segunda etapa que comprende la técnica quirúrgica que describiremos así:

Terapéutica operatoria: A la lesión clínica (úlceras) se le llamará ZONA RECEPTORA, y la cara interna tercio superior del muslo será denominada ZONA DONANTE.

a) Asepsia y antisepsia de zonas Receptora y Donante; b) anestesia local, a necesidad, en ambas zonas con Xilocaína al 2%; c) resección de bordes fibróticos y de tejido de granulación con bisturí y cureta, dejando una superficie uniforme, limpia y a



Figura 1 - Lesión ulcerosa irregular en un paciente con Esferocitosis, en tercio medio de pierna antes de iniciar técnica quirúrgica.

un nivel ligeramente inferior la zona receptora de la piel normal circundante; d) con aguja de sutura fina cortante y un portaaguja se levanta un poco la piel de la zona donante, cortándose con el bisturí pequeños colgajos superficiales de 0,5 cm. de diámetro que comprometen epidermis y dermis superficial, para ser aplicados sobre la zona receptora; se repite este procedimiento hasta cubrir toda la superficie ulcerosa; dichos colgajos de piel se dejan a distancias de 2 a 3 mm., uno del otro y del borde de la lesión (Figuras 1 a 6); e) una vez cubierta la zona receptora con dichos colgajos de piel, se lava con suero fisiológico, se cubre con gaza cubierta de Bepanthe; luego se aplica un vendaje elástico que va del dorso del pie hasta inmediatamente por debajo de la rodilla, con gradiente de presión en dirección caudal y f) la zona donante se limpia con suero fisiológico y se cubre con gaza cubierta de Bepanthe.



Figura 2 - Toma del microinjerto superficial de la zona donante (cara interna superior del muslo contralateral a la zona receptora).

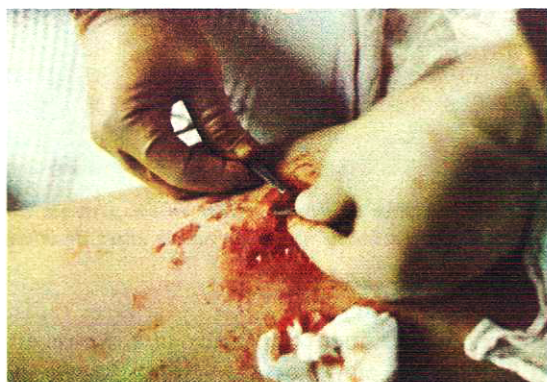


Figura 3 - Fase avanzada de tomas de las muestras en zona donante.

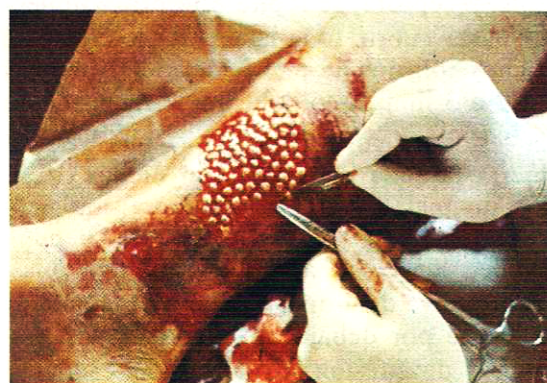


Figura 4 - Colocación de los microinjertos en la lesión ulcerosa de pierna (no se ponen puntos).



Figura 5 - Estado final de la zona donante después de tomarse las muestras necesarias para cubrir la lesión.



Figura 6 - Estado final de la zona receptora. Obsérvese la separación de los microinjertos y como estos cubren toda la lesión.

Terapéutica postoperatoria: a) Tratamiento médico a base de antibióticos de amplio espectro y antiinflamatorios por una semana; b) retiro del vendaje elástico a las 72 horas; c) lavado con antisépticos a diario; d) la zona receptora se deja descubierta de día y se cubre con gaza vaselinada de noche; e) salida del Hospital de 15 a 20 días del postoperatorio; posteriormente controles ambulatorios cada mes.

2. Grupo control con terapia convencional. Utilizamos como grupo control a 10 pacientes con problemas ulcerosos de miembros inferiores tratados con métodos convencionales consistentes en: Reposo en cama, curaciones locales con antisépticos, antibióticos tópicos y orales, así como vendajes elásticos.

RESULTADOS

Con nuestro esquema terapéutico obtuvimos curación total en 11 casos (91,5%) y parcial en 1 (8,5%), en el cual por infección secundaria se perdieron cerca del 50% de sus microinjertos. La cicatrización fué bastante estética, uniforme y rápida sin recidivas hasta el momento.

Como efectos indeseables observamos formación de queloide en zona donante en 3 casos (25%).

El tiempo de hospitalización osciló entre 3 y 5 semanas, el cual es bastante reducido si se compara con el grupo control de terapia convencional.

Aquellos síntomas y signos secundarios a la úlcera (dolor, edema, inflamación, eczema y pigmentaciones) presentaron regresión total en todos nuestros casos durante su hospitalización, a excepción de las pigmentaciones.

Se ha logrado hacer de 3 a 5 controles postoperatorios ambulatorios, sin observar recidivas hasta el momento (Figuras 7 a 12).



Figura 7 - Control a los 15 días de postoperatorio.



Figura 8 - Otro caso con lesión ulcerosa cubierta con los microinjertos separados inmediatamente después de la cirugía.



Figura 9 – Zona donante del caso anterior inmediatamente tomadas las muestras.



Figura 11– Control a los 20 días.



Figura 10- Control de zona receptora a los 10 días postoperatorio.



Figura 12- Control a los 30 días.

En el grupo control la cicatrización de las lesiones se obtuvo por segunda intención, en 2 casos (20%) al cabo de 8 semanas, en 3 (30%) a las 10 semanas, en 3 (30%) a las 12 semanas y en los 2 restantes (20%) a las 14 semanas. Promedio de hospitalización de 11 semanas.

El dolor y otros signos de inflamación cedieron a las 2 ó 3 semanas de terapia; el edema cedió en 3 casos (30%) a las 5 semanas, en 4 (40%) a las 7 semanas, en 2 (20%) a las 10 semanas y en 1 (10%) era discreto en el momento de su salida al cabo de 12 semanas.

En este grupo se ha logrado hacer de 2 a 3 controles con intervalos de 1 a 2 meses, observándose recidiva de las lesiones en 2 casos después de traumatismos leves y en 1 caso presencia de eczema varicoso impenetrabilizado. Las cicatrizaciones obtenidas en los 7 restantes eran de aspecto atrófico.

DISCUSION

El esquema de tratamiento médico-quirúrgico llevado a cabo en los pacientes del presente estudio, nos permite aseverar por sus resultados el beneficio al lograrse reducir su sintomatología y signología, obteniéndose una cicatrización en corto tiempo (15 a 20 días) llegándose a una condición óptima para deambular y retornar a sus labores cotidianas en una forma más rápida, con disminución de su estancia hospitalaria hasta en 50 a 60% (3 a 5 semanas), comparado con el grupo control de terapia convencional (11 semanas promedio).

Desde luego los gastos por días laborales perdidos, costos de invalidez, de tratamiento y de hospitalización, se reducen notablemente (6).

La etapa preoperatoria de reposo, curaciones locales con antisépticos, así como antibióticos tópicos y orales, nos aseguran una limpieza adecuada, aumento de la irrigación sanguínea, activación del metaboli-

mo celular y mejoría del trofismo, asegurando un terreno apropiado para la aplicación de los injertos e incrementándose la granulación y cicatrización (6).

Se han escogido los microinjertos en lugar de los injertos completos o totales, por las siguientes razones: el material quirúrgico utilizado es mínimo, son más fáciles de elaborar y su separación uno del otro permite un drenaje libre de plasma y linfa evitándose la formación de hematomas, abscesos, espacios muertos, etc.

Por último, recordemos que las manifestaciones clínicas y las medidas terapéuticas son variables, clasificándose en tres categorías: quirúrgicas (Várices y úlceras), local dermatológica (eczema, infección, úlcera, etc.) y de orden general que trata la incontinencia capilar.

Estas fases terapéuticas tomadas o aplicadas en forma aislada se deben considerar de sostén y en ocasiones solo transitorias, ya que nunca podrán eliminar las causas de encadenantes porque su etiopatogenia descansa sobre un obstáculo hemodinámico con inadecuada circulación venosa debido a varios factores, como válvulas insuficientes, escasas o ausentes, ortostatismo, vida sedentaria, obesidad, tromboflebitis, embarazo, neoplasia, etc. (2,3,7).

De aquí deducimos que todo paciente debe estudiarse como un todo buscando la posible causa que lo ha conducido a su enfermedad y de esta manera llegar a una conducta adecuada desde el punto de vista terapéutico.

SUMMARY

The evaluation of the surgical technique of micro-autograft with local anesthesia to cover ulcerous surfaces of patients with venous insufficiency, was done in 12 patients controlled during 10 months.

The good results obtained in 91.5% of cases show us the importance of this therapeutic phase, underlying the dramatic reduction (60%) in the duration of the hospitalization and improving the diverse and high costs of this syndrome such as invalidity, treatment and hospitalization. The etio-pathogenesis of the syndrome of venous insufficiency has also been briefly reviewed.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Demis, J. et al.: Clinical Dermatology. Vol. 2 Unit 7 pag. 45. Harper and Row Publisher, 1974.
- 2.- Márquez, L. A. et al.: Conceptos Fisiopatológicos y terapéuticos de la insuficiencia venosa crónica. Sem. Med. Mex. año XVIII, Vol. LXVI. No.- 847, 1971.
- 3.- Rook, A. et al.: Textbook of dermatology, 2o Edición Vol. 1, pag. 482. Blackwell Scientific Publication, 1972.
- 4.- Yweifach, B.W.: Pathophysiology of the blood vascular barrier. Angiology 13: 345-355, 1962.
- 5.- Spite II, J.A.: Common peripheral vascular disorder; Practical aspects of diagnosis and treatment. Circulation 27: 963-996, 1963.
- 6.- Takats, G.: Microcirculation. J.A.M.A. 195: 302-304, 1966.
- 7.- Leu, H.J.: Differential diagnosis of chronic leg ulcers. Angiology 14: 288-296,-1963.