

Tratamiento de la Pierna Indurada y La Úlcera Crónica Gigante Mediante La Decorticación Radical

Andrés-Vesalio Guzmán Calleja*

Servicio de Cirugía Carlos Durán

Ma. Gabriela Stein de Guzmán**

Servicio de Cirugía Plástica

Hospital San Juan de Dios.

Las mayores complicaciones de la enfermedad venosa de los miembros inferiores en Costa Rica, especialmente de las várices, son la úlcera crónica gigante y la pierna indurada. Ambas son comunes en nuestra población rural, malnutrida y frecuentemente imposibilitada para seguir tratamiento médico con regularidad. En el Hospital San Juan de Dios hay dos salones que suman 73 camas que casi en su totalidad están ocupadas por pacientes con úlcera varicosa y pierna indurada. (Cuadro No. 1). Desde 1952 ha sido nuestro empeño atacar este problema; en efecto, se han intentado diferentes tratamientos quirúrgicos. Siendo el problema en su raíz debido a alteración en la anatomía y función venosa de las piernas, especialmente de venas perforantes viciosas e insuficientes, hemos usado cuantos procedimientos quirúrgicos se han preconizado: safenectomía, stripping de las venas, ligadura y extirpación de perforantes, extirpación seccional de paquetes varicosos. Además, se han colocado injertos, tanto libres como pediculados. Es claro que, en los casos de várices no complicadas o de úlceras en su inicio, estos tratamientos son maravillosamente efectivos. No es así en el caso en que la pierna ha seguido de complicación en complicación hasta llegar al llamado "síndrome post-flebitico complicado o complejo avanzado de pierna", en que coexisten las várices, la insuficiencia de perforantes o comunicantes, la celulitis masiva, la tromboflebitis y la linfangitis, junto con una úlcera gigante con linfedema y flebedema, que en algunos pacientes, junto con induración masiva, invaden toda la pierna, el tobillo y parte del pie. Cuando ya existe este cuadro, muy poco le podremos ofrecer al paciente, salvo la bota de Unna, que da maravillosos resultados, pero una vez que sana la pierna, si es que cicatriza, puede recidivar, pues la causa original, perforantes insuficientes, no ha desaparecido. (Fig. 1). Sea cual fuere el tratamiento quirúrgico o médico empleado, el porcentaje de recidiva ha sido siempre desilusionante. Es por esta razón que nos hemos vuelto radicales y desde 1962 hemos adoptado el procedimiento que hemos dado en llamar "decortica-

* Jefe del Servicio de Cirugía "Carlos Durán"

** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Hospital San Juan de Dios.

No. CASOS	SEXO		CAUSA INICIAL		EDAD PADECIMIENTO ULCEROSO			DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA	DIAS ESTANCIA POSTOPERATOR.	FECHA OPERATORIA	
	MASC.	FEM.									
22	12	10	POST-TROMBOFLEBITIS ARTERIOESCL. OBLIT. TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO EXTRAV. LEVOFED	14	2	MESES	-	1	0		PRIMER CASO 16-X-63 ULTIMO CASO 8-XI-65
				1	1	AÑO	--	2	0	38	
				2	2	AÑOS	-	1	101		
				4	3	AÑOS	-	1	200	60	
				1	5	AÑOS	-	1	453		
					10	AÑOS	-	3	46	90	
					15	AÑOS	-	3	491	60	
					18	AÑOS	-	1	110	60	
					20	AÑOS	-	1	530	70	
					22	AÑOS	-	1	85	83	
					25	AÑOS	-	1	561	47	
					30	AÑOS	-	1	134	60	
					33	AÑOS	-	1	1.090	120	
						IMPRECISO	-	4	106	62	
					74	82					
					297						
					55	18					
					247	55					
					35	30					
					86	13					
					93	27					
					0						
					0						

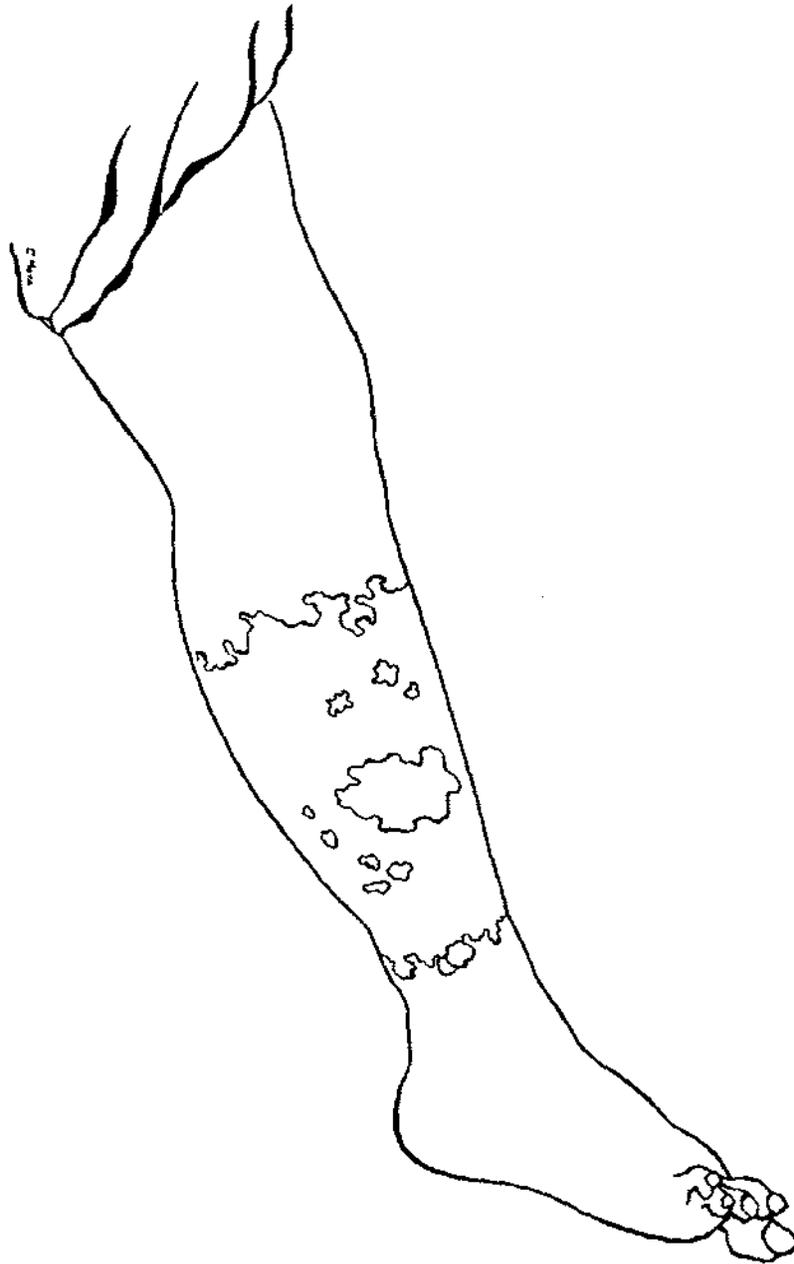


Fig. 1.— Aspecto esquemático de una pierna indurada, con úlcera gigante.

ción radical de la pierna". Los pacientes han sido pues seleccionados para esta operación con el criterio de que no les podemos ofrecer otra alternativa que no sea la amputación.

MATERIAL Y METODOS:

Del 10 de octubre de 1963 al 8 de noviembre de 1965, se han sometido a decorticación radical de la pierna 22 pacientes con úlcera gigante e induración de pierna. La distribución por sexo es ligeramente superior en los varones y la mayoría se encuentra entre la quinta y la sexta décadas. La etiología principal es post-tromboflebítica. La estancia hospitalaria anterior a la operación va desde 0 días hasta 1090; la estancia postoperatoria mínima fue de 13 días y la máxima de 120. Todos los pacientes fueron valorados convenientemente siendo óptima su condición preoperatoria. El paciente preoperatoriamente se prepara mediante reposo en cama con la pierna elevada descansando el talón en una hamaca confortable (Fig. 2) esto hace desaparecer el edema y permite que el paciente y su pierna se puedan movilizar. Si hay úlcera, ésta se lava convenientemente cada día con tintura de jabón verde y luego se mantiene cubierta con un apósito húmedo.

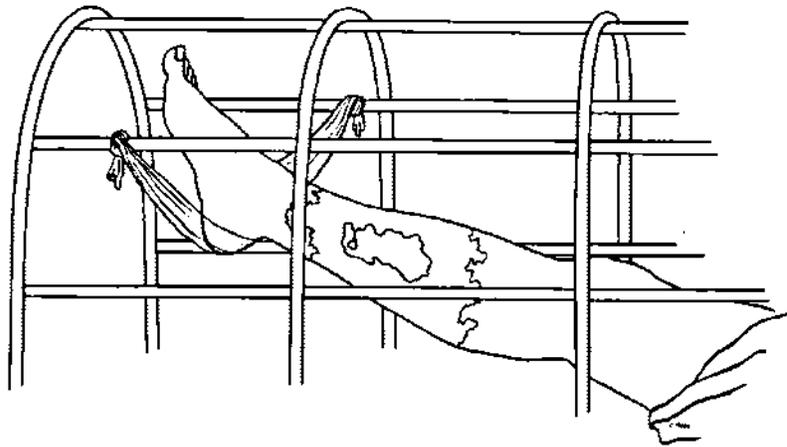


Fig. 2.— Preparación preoperatoria. Lavado diario con agua y jabón. Elevación de la pierna en una hamaca, cubierta con una tienda.

Cuando ha desaparecido el edema y la úlcera está limpia o bien ha cerrado, es cuando se decortica la pierna según la siguiente técnica: Se venda la extremidad a partir del pie con un vendaje elástico bien ceñido, con el objeto de vaciar las venas y luego se produce isquemia con un torniquete neumático a la altura del muslo retirándose el vendaje previamente puesto. Previa asepsia de piel y colocación de toallas estériles, se procede a hacer una incisión longitudinal en la parte posterior de la pierna que se bifurcará a manera de Y invertida hacia abajo con el objeto de no descubrir el tendón de Aquiles. Luego se hacen incisiones circulares arriba y debajo de la induración. Cuando se encuentra algún tejido sano, se trata de dejar un puente longitudinal del mismo, para favorecer el drenaje linfático. (Fig. 3). Se extrae luego toda

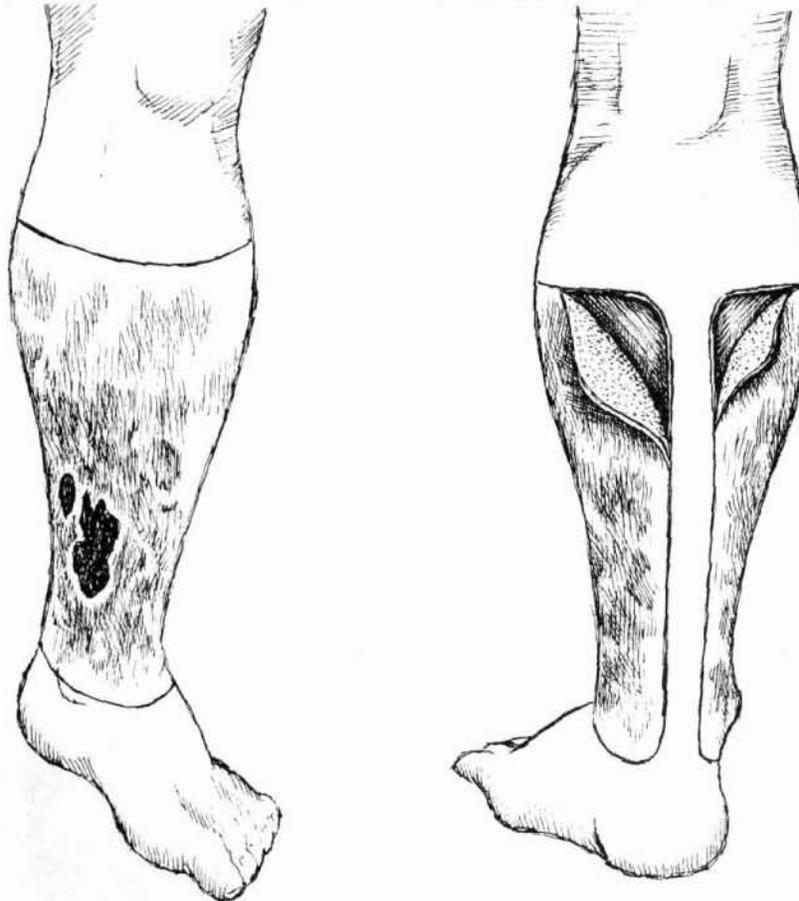
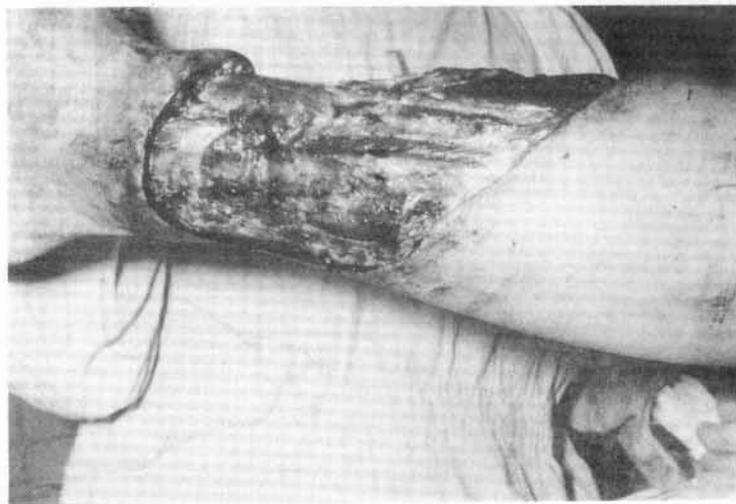
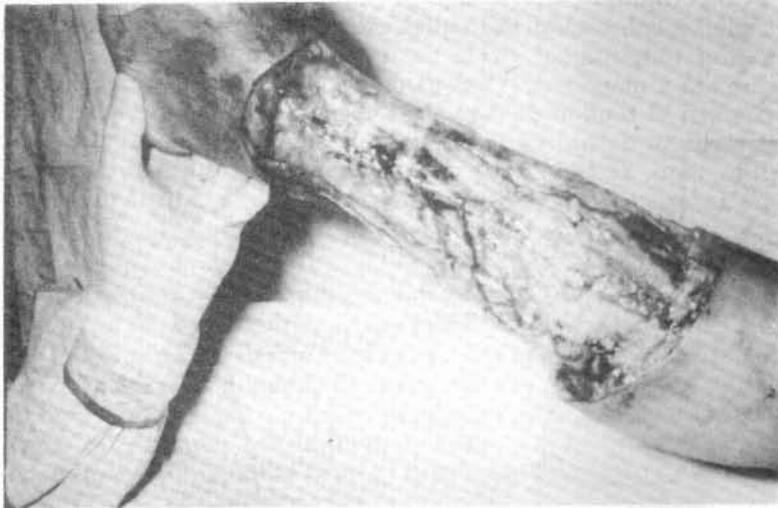


Fig. 3.— Los cortes quirúrgicos, vistos por delante y por detrás. Nótese el puente cutáneo que se deja en la parte posterior de la pierna. La incisión se lleva hasta incluir la fascia, dejando los músculos expuestos.

la piel incluida dentro de las incisiones, incluyendo el tejido celular subcutáneo y la fascia profunda, dejando por lo tanto los músculos descubiertos (Fig. 4 y 5). Se hace hemostasia cuidadosa después de aflojar el torniquete. Se cubre toda el área demudada



Figs. 4 y 5.— La pierna después de decorticada.

con injertos libres de medio espesor, tomados de los muslos y que se fijan con Steristrip y se comprimen con esponja de polivinil y vendaje elástico. La mayoría de los pacientes han tenido una toma perfecta de los injertos y se les pone a caminar entre dos y tres semanas después. (Figura 6 y 7).



Figs. 6 y 7.— Aspecto de dos piernas, dos meses después de la operación. El injerto ha cubierto totalmente el espacio que ocupaba el tejido extirpado.

COMENTARIO Y RESULTADOS

Las recidivas han sido dos únicamente, en un paciente debido a trauma y en otro por leishmania adquirida postoperatoriamente sobre el injerto. Los demás casos han sanado y su función es magnífica pese a que se han colocado injertos sobre tendones. Es necesario mantener lubricación y compresión, esta con venda elástica permanente, lo mismo que una higiene perfecta, en lo cual se instruye al paciente antes de que abandone el hospital.

CONCLUSIONES:

Presentamos un nuevo tratamiento de las úlceras gigantes crónicas e induración de la pierna al que denominamos "decorticación radical de la pierna". Su aplicación debe circuncribirse a aquellos casos avanzados en los que el proceso patológico ya ha incluido todo el espesor de la piel de la pierna y en que el mismo debe necesariamente considerarse como irreversible debido, tanto al grado de destrucción como a la intensidad de la fibrosis o induración. Los resultados han sido excelentes, restituyendo estos pacientes a una vida que, si bien no les permitirá dedicarse a trabajos duros, si les permite trabajar libres de un proceso patológico doloroso, incómodo, infeccioso y desagradablemente sucio y antiestético, que los mantiene necesariamente alejados de convivir decentemente con sus semejantes, siendo únicamente una carga para sus familias y para las instituciones hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN, Leuren V.: Surgical Pathology. Capítulo 24, Pág. 912, Segunda Edición, The C.V. Mosby Company. 1959.
 - 2.- MARTORELL, F.: Accidentes Vasculares de los miembros. Segunda Edición. Salvat Editores, S.A. 1946.
 - 3.- DE TAKATAS, Geza: Vascular Surgery. W.B. Saunders Co. 1959.
 - 4.- OLIVIER, Claude: Maladies des Veines Diagnostic et Traitement, Masson et Cie, París, 1957.
 - 5.- GUZMAN, Andrés Vesalio: Vascular Disorders in Costa Rica, Symposium on Vascular Surgery, American College of Surgeons. Sectional Meeting, New Orleans, La. del 16 al 19 de marzo de 1964.
-