

REPARACION PLASTICA DE LAS LESIONES TROFOULCEROSAS DE LA PIERNA

Dr. GERMAN MÖLLER LEAL

Es notoria la enorme frecuencia de las úlceras de pierna en pacientes con problemas circulatorios, predominantemente venosos, en los miembros inferiores.

Ciertamente, en la enorme mayoría de los casos, el problema ulceroso puede ser solucionado sin que resulte necesaria la contribución de la cirugía plástica. Por medio de medidas simples, que tienden a suprimir la acción de la presión venosa ortostática sobre la zona cutánea comprometida, se mejoran de manera evidente las condiciones circulatorias locales, pudiéndose obtener una curación relativamente rápida de la úlcera, si ésta no es muy extensa.

Esas medidas son, fundamentalmente, la elevación del miembro afectado en pacientes hospitalizados; o la utilización de bota de Unna o alguna forma de compresión elástica para el paciente ambulatorio. A éstos se agregan los cuidados locales necesarios para mantener la ulceración limpia y sin infección.

De esta manera se obtiene una mejoría o curación que permite efectuar el tratamiento de fondo del problema vascular venoso, punto sobre el que no nos extenderemos.

El tratamiento de la úlcera en sí, a veces resulta más complejo, en diferentes circunstancias, y por ello con frecuencia creciente, deben utilizarse métodos que conciernen a la cirugía plástica para el recubrimiento de la zona ulcerada.

SITUACIONES QUE CONDUCEN A LA CONSULTA CON EL CIRUJANO PLASTICO

1) El área ulcerada es de gran extensión, y asentando sobre una zona indurada, fibrosa, hace suponer que el recubrimiento espontáneo será difícil.

2) El cirujano general desea intervenir sobre el sistema venoso, posteriormente al recubrimiento de la úlcera, para eliminar la interferencia de un área cruenta contaminada o infectada.

3) Las condiciones económicas, en un paciente internado, hacen no admisible la prolongada espera de una epitelización espontánea completa.

OPORTUNIDAD OPERATORIA

Este aspecto ha sido objeto de controversias, aunque en realidad, todo depende de lo que se espera obtener del injerto de piel.

A) Idealmente, el recubrimiento del área ulcerada debe preceder a los otros tiempos operatorios, porque de esta manera se elimina el problema infección, que es un riesgo evidente si se procede a intervenir sobre el sistema venoso superficial y profundo, pudiéndose ocasionar la difusión de la infección a los espacios celulosos profundos con graves consecuencias.

Con el área ulcerosa totalmente cicatrizada, y después de un tiempo prudencial para eliminar toda posibilidad de microbismo latente local, se efectúa el tratamiento definitivo.

B) Algunos cirujanos prefieren actuar *simultáneamente* sobre la úlcera y sobre el sistema venoso. Se hace una extirpación en bloque de úlcera y tejidos patológicos vecinos, con lo que se elimina también venas comunicantes insuficientes, prácticamente siempre presentes en dicha área, así como comunicaciones arteriovenosas. En la misma intervención se tratan los sistemas venosos superficiales y profundos. A continuación se recubre el área determinada por la resección de tejidos con un injerto de piel libre.

Este último tiempo del injerto de piel puede ser diferido en algunos días por las siguientes razones:

a) Al dejar sin cubrir dicha área se establece un fácil drenaje espontáneo que pone en lo posible a cubierto de los problemas infecciosos en la profundidad.

b) Si se difiere el injerto se soluciona el problema de un hematoma bajo el mismo, que podría significar su eliminación total o parcial. La lámina de piel se colocará así sobre un área sumamente receptiva que comienza a granular.

C) Hay quienes prefieren actuar previamente sobre el sistema venoso, para modificar las condiciones circulatorias que

determinan la formación de la úlcera, y en un segundo tiempo eliminar la misma y tejidos fibrosados vecinos efectuando entonces el injerto de piel. Esta conducta tiene inconvenientes tales, que en general la contraindican, sobre todo por el problema de la infección posible y porque significa no tratar en este momento las comunicantes insuficientes del área ulcerosa.

TACTICA Y TECNICA QUIRURGICA

a) Cuidados preoperatorios

La úlcera se encuentra siempre infectada, de modo que el área en que asienta debe ser preparada para la intervención.

Al paciente con úlceras grandes y alteraciones tróficas cutáneas importantes preferimos colocarlo en reposo en cama, con

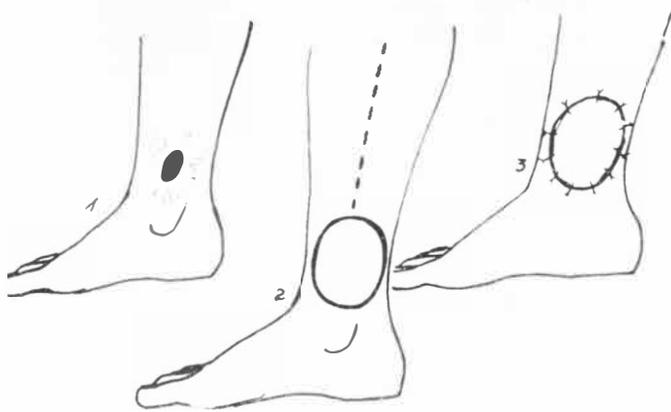


Fig. 1. 1) Lesión ulcerosa de cara interna de pierna. 2) Se ha resecado la úlcera, lecho fibroso de la misma y tegumentos vecinos patológicos. 3) Se ha injertado el área cruenta con piel parcial que se sutura al borde. Posteriormente se aplica una cura compresiva.

elevación del miembro, haciéndole efectuar ejercicios activos de movilización del mismo. Este período es corto en general y se aprovecha para realizar la limpieza de la úlcera y de la piel vecina alterada. Si hay evidencias de infección activa se practica una toma de exudado para antibiograma, suministrando durante un corto período el antibiótico de elección.

El tipo de flora presente más corrientemente, con pseudomonas, proteus, estafilococos, muchas veces es resistente a todos o casi todos los antibióticos disponibles.

No es aconsejable, salvo excepciones, la aplicación tópica local de antibióticos u otras sustancias antibacterianas, debido a la alta incidencia de reacciones alérgicas secundarias que desencadena. Los lavados simples abundantes y repetidos y la aplicación de un apósito seco, suelen mejorar considerablemente las condiciones locales. Obtenida esta mejoría, que se evidencia prontamente por la aparición de epitelización incipiente desde el borde de la úlcera, se procede a la intervención.



Fig. 2. Área cruenta quirúrgica supramaleolar determinada al resecaer tejidos ulcerados o con marcados trastornos tróficos.

Si la operación se realiza con el criterio de cubrir el área cruenta como tiempo previo de la operación de fondo, se puede optar por la colocación de injertos de piel parcial sobre el área granulante del lecho ulceroso. En otra etapa, en relación al tratamiento del sistema venoso del miembro, se resecarán los tejidos cutáneos y subcutáneos patológicos y se injertará definitivamente.

b) *La operación*

La *operacion* se efectúa habitualmente bajo anestesia general. Se extirpa en bloque la úlcera y la piel patológica vecina, que en ocasiones puede tomar una área importante, extendiéndose al tercio medio de la pierna y a veces a toda o casi toda la circunferencia. En profundidad se debe llegar a tejidos de aspecto sano, no patológicos. Esto requiere algunas puntualiza-



Fig. 3. El área injertada con piel en el postoperatorio inmediato.

ciones, puesto que ello no siempre es posible u ofrece considerables dificultades. En áreas en que la aponeurosis de la pierna recubre un plano muscular no hay problema en llegar al mismo incluyendo aponeurosis en la resección. En cambio, en la parte más baja y anterior de la pierna, la fibrosis llega al periostio tibial, que debe ser siempre respetado, pues los injertos de piel no son viables sobre la cortical desnuda. Los tendo-

nes no deben ser expuestos y si esto sucediera deben ser inmediatamente cubiertos por injertos, pues si no se procede así van casi inexorablemente a la necrosis.

Al mismo tiempo, esta amplia resección permite tratar las comunicantes insuficientes y fistulas arteriovenosas del área involucrada, coadyuvando así de manera importante al tratamiento del problema venoso de fondo.

La hemostasia debe ser muy rigurosa si se opta por efectuar injerto inmediato, por el peligro de colección hemática bajo el mismo y consiguiente eliminación parcial o total.

El injerto de piel, tomado preferentemente a dermato o cuchilla calibrada, debe ser dermoepidérmico de mediano espesor, en una lámina única, aunque esto último no es esencial, y se sutura a los bordes de piel que limitan el área cruenta quirúrgica.

A continuación se aplica apósito algodónado, que se hace suavemente compresivo, por medio de un vendaje elástico que se extiende del antepié a la parte alta de la pierna.

En casos en que se decida efectuar el injerto de manera diferida, el mismo se realizará en un plazo que va de los 2 a los 8 días después de la resección.

c) *Cuidados postoperatorios*

Son esenciales y deben respetarse rigurosamente algunos principios so pena de fracaso.

En el *postoperatorio inmediato* al injerto, se mantendrá el miembro discretamente elevado, con movimientos activos de contracción muscular. La primera curación se efectúa entre el 5º y el 7º día, donde se quitan los puntos, se reaplica el vendaje elástico, permitiéndose entonces la deambulación moderada.

La compresión elástica de la zona injertada debe ser mantenida durante *largo tiempo*, que nunca será menor a 6 meses, lapso que permite al injerto de piel "madurar" tomando una resistencia y espesor satisfactorio.

Si las condiciones circulatorias venosas no son enteramente adecuadas, a pesar del tratamiento efectuado, es útil el mantenimiento "per vitam" del soporte con venda o media elástica. Los pacientes del sexo masculino aceptan y toleran esto notablemente bien, al menos en nuestra experiencia.

RESULTADOS

Los resultados precoces del injerto de piel son uniformemente buenos.

El resultado alejado, por supuesto, depende enteramente de las condiciones circulatorias obtenidas luego del tratamiento de

fondo del problema venoso, pero la impresión es enteramente favorable para la mayoría de los casos cuando se ha procedido de acuerdo a los principios generales sostenidos en esta Mesa Redonda.

No disponemos de estudios estadísticos sobre resultados alejados.

RESUMEN

Se expone la conducta desde el punto de vista de la cirugía reparadora en las úlceras venosas de la pierna, citándose distintos criterios en cuanto a oportunidad operatoria.

Se destaca la importancia de las medidas preoperatorias y de una adecuada técnica quirúrgica, que implica una extensa resección de tejidos patológicos en la zona de la úlcera, tanto en superficie como en profundidad.

Se expone brevemente la técnica del injerto de piel y la importancia de las medidas de soporte elástico en el postoperatorio alejado.

BIBLIOGRAFIA

1. DODD, H. and COCKETT, F. B.—“The pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb”. Livingstone, Edinburgh and London, 1956.
2. PRIOLEAU, W. H. and NUNN, J. B.—Tratamiento de las úlceras de la pierna. “Anales de Cirugía”, tomo V: pág. 890; 1959.
3. MOLLER, G. Los injertos de piel en las úlceras venosas de la pierna. “Revista de Cirugía Plástica del Uruguay”. año IV: pág. 34; 1963.