

ARTÍCULO ORIGINAL

# La presión negativa intermitente y ambulatoria en el tratamiento del dolor en las úlceras varicosas

AUTOR:  
DR. PABLO PLÁCIDO SIMI\*

Correspondencia: pablosimi@yahoo.com.br

Recibido: octubre 2009  
Aceptado: noviembre 2009

## Resumen

Las lesiones ulcerosas de pequeño, mediano y gran tamaño constituyen una consulta frecuente en la práctica flebológica. Al examen físico los pacientes evidencian una alta incidencia de lechos sañosos, con bordes hipovascularizados, asociados con secreciones linfáticas y supurativas que provocan fetidez e intenso dolor que se exacerba por la noche. Todo esto afecta seriamente la calidad de vida, asociándose con frecuencia con mala alimentación, grados variables de depresión y auto exclusión social.

El objetivo de este trabajo es demostrar que, tratando dichas úlceras con presión negativa ( $p^-$ ) en forma ambulatoria e intermitente por períodos cortos (horas), se logra la remisión del cuadro ulceroso y del dolor en forma casi inmediata.

**Palabras clave:** úlcera varicosa, dolor, presión negativa, tratamiento ambulatorio

## Abstract

**The intermittent negative pressure for the ambulatory treatment of painful varicose ulcer.**

*In daily practice, with phlebologic patients, frequently we found leg ulcers with different size. In the examination, the leg ulcers, show high incidence of dirty aspect with poor vascular irrigation in their border, badly smell and intense pain mainly in the night. This situation became the personal life in chaotic with a social relation totally altered, adding itself a depressive situation.*

*The objective of this work is to demonstrate that treating those ulcers with negative pressure ( $p^-$ ) in intermittent and ambulatory form, the remission of the ulcer is obtained and fundamentally relief the pain immediat way.*

**Keywords:** varicose ulcer, pain, negative pressure, ambulatory treatment

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que presentan lesiones ulcerosas en las piernas debidas a estasis venosa, constituyen una consulta frecuente en la práctica flebológica.

Si bien la mayoría de estos cuadros remite con las medidas terapéuticas habituales, una cierta cantidad de pacientes no presenta respuesta, siendo este tipo de úlceras denominadas: úlceras recalcitrantes.

Clínicamente, estos cuadros se caracterizan por pre-

\*Servicio de tratamiento integrado de la úlcera. Clínica Privada Cite. Palhoça, Florianópolis, Brasil.

sentar un lecho sañoso, a veces de color verdoso, bordes sobreelevados, blanquecinos, con un variable grado de desvitalización, fetidez asociada con abundante secreción y con dolor generalmente de gran intensidad.

Con frecuencia los pacientes han consultado a varios médicos y realizado múltiples tratamientos consistentes en: antibióticos, reposo con pierna elevada, flebotónicos, lavados de la herida con diferentes productos, medicación tópica debridante y estimulantes de la granulación. Dichos tratamientos se asociaron con medicación analgésica que abarca desde la utilización de aspirina hasta derivados opiáceos obteniéndose una discreta o nula mejoría.

Un gran porcentaje de los casos presenta una demora importante en la cicatrización de la úlcera y dado que el dolor, a veces impide la colocación de fajas o medias para realizar elastocompresión así como también la deambulación, se retarda el tratamiento con la consiguiente persistencia del dolor.

El miembro inferior afectado suele presentar una edematización de grado variable, desvitalización tisular y gran contaminación de la herida, además de linforrea por compromiso del sistema linfático. Con el transcurso del tiempo, la microcirculación arterial superficial también se ve afectada por el edema que comprime los capilares agravando más el cuadro.

El método que empleamos en estos casos consiste en la aplicación de presión negativa en forma ambulatoria e intermitente.

Lo estamos utilizando hace más de 5 años y la gran mayoría de los pacientes presentan úlceras cerradas por completo y realizan solo tratamiento de sostén y control por tratarse de una patología con tendencia a la recidiva que requiere control y tratamiento de por vida.

La presión negativa  $p(-)$  se consigue a través de un vacuómetro. Se trata de una bomba que genera vacío, su acción se mide en mm/Hg y varía de 0 a 30mm/Hg. Utilizamos, según el caso, entre 3 y 15mm/Hg aco-

plado a un reservorio de capacidad variable que sirve para recolectar las secreciones generadas por el propio vacío.

El objetivo de este trabajo es demostrar que, tratando dichas úlceras con presión negativa ( $p(-)$ ) en forma ambulatoria e intermitente por períodos cortos, se logra mejoría del cuadro ulceroso y del dolor que remite en forma casi inmediata.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza una cantidad pequeña de pacientes en un estudio piloto. Se incluyeron 11 pacientes, 3 hombres, 8 mujeres, 16 miembros inferiores enfermos, edad promedio: 66 años.

La etiología de las úlceras tratadas se expone en el siguiente cuadro:

IVC superficial	10
Linfedema	6
Síntomas presentes:	
Edema	10
Dolor	11
Hedor	11

Todos los pacientes presentaban úlceras de diámetros y profundidad variables, edema, secreción, mal aspecto, hedor y diferentes grados de dolor.

Se observó también lipodermatoesclerosis de grado variable, secundaria a su insuficiencia venosa.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con úlceras varicosas en miembros inferiores de diferentes tamaños, asociadas con edema, hedor, secreción de grado variable, dolor de grado moderado a severo y de características crónicas entre 1 a 20 años de evolución (úlceras recalcitrantes).



Paciente al comenzar el tratamiento



12 meses posteriores a la foto anterior

**Criterios de exclusión:** Arteriopatía con ausencia de pulso periférico; erisipela y/o fiebre al momento de la consulta; úlceras neoplásicas y trombosis venosa profunda en fase aguda.

Se realizó historia clínica haciendo hincapié en la siguiente signo-sintomatología: pesadez, prurito, sensación de tensión, secreción e intensidad del dolor.

## Procedimiento

**Lavado:** en la preparación previa al procedimiento, se realiza lavado del lecho ulceroso y de la piel circundante con un equipo que mezcla solución fisiológica o agua destilada con  $O_2$  y produce un *jet* a presión que permite la limpieza de la herida y de la piel circundante.

**Colocación del miembro afectado en (*p*-) intermitente.** Se realiza una cura oclusiva con esponjas y poliuretano hermético que sólo permite la salida del catéter de aspiración.

Los tiempos son intermitentes. El vacuómetro se activa de 15 a 45 minutos y se desactiva 5 a 10 minutos; tiempo de descanso, que permite una mejor irrigación arteriolar del tejido celular subcutáneo y la piel, que cuando está inflamada o isquémica, causa dolor. Además, la intermitencia ofrece cierta seguridad desde el punto de vista de la oxigenación tisular en aquellos pacientes que padecen un grado variable de disminución en la irrigación arterial.

El procedimiento se aplica durante 3 horas. A posteriori se retiran las esponjas de poliuretano, el catéter y el celofán; elementos que contribuyen a realizar la *p*(-) en el miembro.

Para finalizar se realiza un masaje centrípeto en el miembro afectado desde los dedos del pie hasta la rodilla, utilizando una crema compuesta por dexametasona, neomicina, ketoconazol, castaña de la India y crema

base como vehículo. En el lecho ulceroso se coloca una sustancia debridante; se realiza un vendaje elastocompresivo y se indica al paciente la deambulaci3n.

El paciente se controla de 3 a 10 días después de este procedimiento dependiendo del resultado obtenido.

Una vez finalizado el procedimiento, se realizó un interrogatorio dirigido a evaluar la presencia de dolor y se objetivaron cambios en la úlcera como la mejoría del lecho, la disminuci3n del hedor, el edema y el dolor.

Se indicó tratamiento domiciliario con antibióticos en los casos necesario así como también analgésicos, elastocompresi3n y deambulaci3n normal.

Inicialmente el procedimiento se puede repetir de 1 a 3 veces por semana, reduciéndolo una vez que el dolor disminuye en forma franca o desaparece a 1 vez cada 15 días por mes hasta la remisi3n completa de la úlcera.

Es de vital importancia el tratamiento de la patología venosa subyacente. En la mayoría de los casos, se utiliz3 escleroterapia en forma de espuma con polidocanol a bajas concentraciones.

## RESULTADOS

En los controles sucesivos en más del 90% de los pacientes present3 una mejoría del dolor desde el primer procedimiento y el 100% experiment3 mejoría en los controles sucesivos.

Los síntomas fueron desapareciendo paulatinamente, siendo el olor y el dolor los primeros en disminuir seguidos por el edema y luego por la sensaci3n de pesadez.

La sensaci3n de tensi3n en la piel mejor3 y el prurito en los bordes de la úlcera se interpret3 como un signo favorable de cicatrizaci3n.

En el 100% de los casos se not3 alg3n grado de mejoría ya en el 1er. día de tratamiento en todos los ítems



Técnica utilizada en el tratamiento



Otro paciente

mencionados. Cabe destacar que esta serie de pacientes estuvo compuesta por úlceras recalcitrantes de gran extensión (Ver fotografías que acompañan este artículo).

## CONCLUSIÓN

El procedimiento de (*p*-) en forma intermitente y ambulatoria parece ser beneficioso en el tratamiento de las úlceras, asociado con la elastocompresión como principal pilar terapéutico. Su realización ambulatoria lo hace accesible y reduce costos.

Es necesario recalcarle al paciente que si bien el dolor, el hedor y la secreción disminuyen en forma rápida, no es un tratamiento que produce cura inmediata; los cuidados personales y la deambulaci3n son de fundamental importancia.

En la mayoría de los casos, se observa una notable mejoría del cuadro en general y en particular del dolor.

El paciente, durante el tratamiento, suele conciliar el sueño con franca disminuci3n y hasta desaparici3n del hedor, reducci3n proporcional del edema, de pesadez y mejoría objetiva del borde de la úlcera cuyo fondo se va tornando menos sañoso con la aparici3n de un sangrado puntiforme, rojo vivo en algunas partes del lecho.

El tratamiento con (*p*-), adem3s de ser una opci3n terapéutica de innegable valor en el cierre de heridas, se puede utilizar en forma intermitente y ambulatoria como complemento del tratamiento de la patología ulcerosa y es de gran ayuda para la mejoría rápida del cuadro álgido.

Siempre se indica al paciente terapia compresiva y deambulaci3n. El uso de antibióticos y analgésicos post (*p*-) depende de cada caso en particular. Se muestran fotos del procedimiento y evoluci3n.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EI, McGuirt W. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg.* 1997;38(6):553-62
2. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg.* 1997;38(6):563-76; discussion 577
3. Ferreira MC, Wada A, Tuma Júnior P. The vacuum assisted closure of complex wounds: report of 3 cases. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo.* 2003;58(4):227-30
4. Sposato G, Molea G, Di Caprio G, Scioli M, La Rusca I, Ziccardi P. Ambulant vacuum-assisted closure of skin-graft dressing in the lower limbs using a portable mini-VAC device. *Br J Plast Surg.* 2001;54(3):235-7
5. Scherer LA, Shiver S, Chang M, Meredith JW, Owings JT. The vacuum assisted closure device: a method of securing skin grafts and improving graft survival. *Arch Surg.* 2002;137(8):930-3; discussion 933-4
6. Moisisidis E, Heath T, Boorer C, Ho K, Deva AK. A prospective, blinded, randomized, controlled clinical trial of topical negative pressure use in skin grafting. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(4):917-22