

ARTÍCULO ORIGINAL

Úlceras Venosas Refractarias: Una Respuesta Quirúrgica. Resultados a Largo Plazo.

AUTORES:

DRES. ISMAEL PIZARRO / FERNANDO IBÁÑEZ / ALFREDO CAM / WALDO BASTÍAS
JUAN A. PARRA / CRISTIÁN SALAS / RODRIGO JULIO / FELIPE CORVALÁN

HOSPITAL DEL SALVADOR, SERVICIO Y DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA VASCULAR, SANTIAGO DE CHILE, CHILE.

Correspondencia: ipizarrom@hotmail.com

Recibido: diciembre 2012

Aceptado: enero 2012

Resumen

Objetivo: Destacar la posibilidad de tratamiento quirúrgico para un porcentaje de pacientes ulcerados con severa insuficiencia venosa profunda crónica, la mayoría de origen post-trombótico.

Método: Se revisaron los pacientes operados mediante reconstrucción del sistema venoso profundo (SVP) entre el 1 de Enero de 2001 y al 31 de Diciembre de 2008 quienes tuvieran más de 5 años de seguimiento. Se encontraron 31 enfermos, 17 mujeres y 14 hombres con 34 extremidades operadas; todos con antecedentes de edema y úlceras abiertas (C-6). Se evaluó la obstrucción y el reflujo mediante neumopletismografía, fotopletismografía y doppler color venoso. Se efectuaron flebografías ascendentes y descendentes. Se utilizaron diversas técnicas para corregir los reflujo y obstrucciones encontrados.

Resultados: Se efectuaron 18 operaciones antirreflujo en 18 extremidades lográndose cicatrizar un 72% de las úlceras en el período estudiado. Cinco extremidades recidivaron y permanecen en tratamiento con compresión elástica y curaciones. 16 extremidades fueron sometidas a 10 operaciones de Palma y 6 a combinaciones de Palma más Husni. 13 extremidades cicatrizaron y permanecen libres de úlceras, correspondiendo a un 81%. Las 3 restantes se mantienen con compresión elástica y ulceraciones recidivantes en similares condiciones al período pre-operatorio.

Palabras Claves: Sistema venoso profundo. Ulceraciones venosas recidivantes. Derivaciones venosas. Reconstrucciones venosas.

Abstract

NON-HEALING VENOUS ULCERS: A SURGICAL ANSWER. LONG TERM RESULTS.

Objective: To highlight the feasibility of surgical treatment for a subset of patients with ulcerated lower limbs and severe venous stasis usually of post thrombotic origin.

Method: Deep vein reconstructions performed between January 1, 2001 and December

31, 2008 in cases were revised with over 5 years of follow-up. 17 women and 14 men with 34 ulcerated lower limbs were operated (C-6). Venous obstruction and reflux were assessed by means of ambulatory venous pressure measurement, air plethysmography and duplex scanning. Ascending and descending venograms were obtained as well. A variety of techniques were used to correct reflux or obstruction in this group of patients.

Results: 18 antireflux operations in 18 lower limbs were performed. At the end of the period of study, 72% of the limbs remained ulcer free with remission of the skin changes. 5 limbs persist with non healing ulcers and remain in treatment with elastic compression and advanced dressings of the wounds. 16 lower limbs were they treated with 10 Palma operations and 6 to a combination of Palma plus Husni. 13 limbs (81%) healed their ulcerations and remain symptom free. The other 3 they remain unimproved in treatment with elastic compression and hydrocolloid dressings.

Conclusion: Patients with advanced venous stasis and non healing ulcers even after prolonged compression bandages and dressings should be explored from the pelvic veins down with non invasive and invasive methods, including ascending and descending venograms. A considerable number of them can benefit from deep vein reconstructive surgery. The present paper reports a healing ulcer rate of 76% of operated limbs after a minimum-5-year-follow-up.

Key Words: Lower limb deep veins. Non healing venous ulcers. Venous by passes. Venous reconstructions.

Introducción

Si se acepta la definición de Arnoldi sobre várices que sería todo elemento venoso dilatado, elongado, tortuoso y con válvulas refluientes, sin considerar su tamaño, el 50% de la población general padecería de esta afección (1). Así lo avala la *Task Force* de la Universidad de *McGill* que considera que la enfermedad venosa crónica (EVC) afecta sobre el 20% de la población adulta de occidente y sobre el 50% de las mujeres mayores de 50 años (2). La EVC abarca, entonces, desde la patología congénita, pasando por las telangectasias y venas reticulares, de importancia mayormente cosmética, por várices del sistema venoso superficial (SVS) hasta llegar a ese 2% de la población mayor de 18 años con ulceraciones de las extremidades inferiores que representa una causa mayor de invalidez e impacto laboral. Dentro de ellos, existe un grupo con úlceras recidivantes refractarias al tratamiento médico y/o quirúrgico del SVS, con reflujo u obstrucción del sistema venoso profundo (SVP) cuyo enfoque es

controvercial en algunos centros especializados (3) y preconizado por otros (4-5-6). Este trabajo trata sobre estos pacientes, que resume la experiencia de nuestro grupo con cirugía del SVP en 7 años, con seguimiento mínimo de 5 años a cada uno de ellos.

Material y Método

Se revisó la casuística sobre cirugía del SVP de pacientes que tuvieran 5 años o más de seguimiento efectivo. El período elegido quedó entre el 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2008. Se encontraron 31 pacientes con 34 extremidades inferiores operadas. De ellos, 3 pacientes tuvieron ambos miembros inferiores intervenidos. Todos presentaban ulceraciones abiertas desde 4 años a 6 meses previos a su cirugía (*Tabla N°1*). Igualmente en su período de estudio y al menos por 3 meses antes del procedimiento se los trató por medio de curaciones con hidrocoloides, compresión elástica y, ocasionalmente, botas de Unna. No presentaron me-

Edad	Género	Extremidades	Período
Rango 32 - 73 años	H=14	34	Enero 2001 - Diciembre
Media 56.9 años	M=17		2008
Seguimiento promedio 5.3 años			
Clasificación CEAP			
C	E	A	P
6	p - 6	d - 34	r - 18
	s - 28		o - 16

Tabla N° 1. Demografía pacientes.

jería en sus lesiones. Fuera de los exámenes de rutina, incluyendo electrocardiograma (ECG); todos fueron sometidos a Duplex venoso y doppler cuantitativo, con índice tobillo-brazo, neumopletismografía y fotople-tismografía. Se realizó flebografía ascendente a todas las extremidades. Según el resultado, se indicó flebografía descendente según técnica descripta por Kistner (7). La etiología de las lesiones venosas se determinó por antecedentes de tromboflebitis del lado afectado y por diagnóstico flebográfico. Todas las mediciones de presión venosa en ambos miembros inferiores se efectuaron en Pabellón. Las operaciones se efectuaron bajo anestesia raquídea, agregándose anestesia general por un corto lapso en la exéresis de los segmentos valvulados de vena axilar. Todos recibieron cefazolina 1 gr. EV cada 6 horas durante 3 días en consideración a las úlceras abiertas que presentaban. En el post-operatorio inmediato, todos los pacientes fueron anticoagulados con heparinas de bajo peso molecular seguido por terapia anticoagulante oral mínimo por un año. Aquellos pacientes que recidivaron se han mantenido con curaciones con compresión e hidrocoloides en nuestro servicio.

Las operaciones antirreflujo consistieron en 8 transferencias de segmentos venosos axilares con válvulas competentes según test de Raju (*strip test*), 4 a la VFS y 4 a la vena poplítea proximal (VPP), elegidas según su adecuación por tamaño al segmento axilar. Todos ellos fueron cubiertos por un tubo de PTFE para prevenir dilatación ulterior. 8 extremidades tenían insuficiente el eje fémoropoplíteo pero 6 tenían competente la VFP, por lo que se decidió realizar la transposición de la VFS a la profunda. En dos extremidades de la misma paciente, como hallazgo operatorio, se encontró que el único vaso competente era la safena interna por lo que se utilizó ese vaso para la transposición. A dos extremidades se les realizó valvuloplastia externa, comprobando su competencia con la prueba de Raju. Las oclusiones venosas se trataron mediante 16 derivaciones suprapúbicas utilizando la safena interna contralateral. 10 de ellas fueron derivaciones safenofemorales (Op. de Palma) llegando a la VFS o a la VFC y en 6 extremidades se llegó a la safena interna ipsila-

teral competente a nivel inguinal la que se anastomosó a nivel distal con la vena poplítea. En ellas, se agregó una fístula arteriovenosa mediante la anastomosis de una rama de la vena con la arteria poplítea (Palma más Husni). El seguimiento fue clínico, ultrasonográfico y ocasional radiológico (FleboTAC) a la semana post-alta quirúrgica, 15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses y anual en un plazo indefinido. A los 5 años se realizó el corte para establecer el estado clínico, flebográfico y subjetivo de los pacientes. Se consideró recidiva cualquier ruptura de la piel de la extremidad después de haber logrado la cicatrización total de la úlcera.

Resultados

La evolución post operatoria fue sin complicaciones en 30 extremidades, debiendo re-explorarse 4 de ellos por hematomas en la zona operatoria. No hubo tromboembolismo pulmonar. En las operaciones antirreflujo, los resultados se muestran en el *Tabla N°2*.

En el post-operatorio, alejado dos pacientes, tuvieron oclusión de la VFS después de transferencia del segmento venoso axilar, uno a la VFS y el otro a la poplítea proximal. Pese a ello experimentaron notoria mejoría del edema que se interpretó como consecuencia de dilatación y crecimiento compensatorio de la vena femoral profunda en los años siguientes a la operación. En el caso de la paciente que recibió la transposición de la VFS a la safena interna en ambas extremidades, una de ellas nunca sanó de su úlcera y la otra recidivó 3 meses después de haber cicatrizado. En total, se consiguió un 72% de curación para este grupo de pacientes. En las derivaciones venosas para sortear segmentos ocluidos, la anticoagulación se mantuvo durante un año. La técnica del puente más prolongado (Palma más Husni) se realizó en 6 pacientes con oclusión del segmento ilio-fémoropoplíteo que presentaban grandes ulceraciones mantenidas sobre 2 años. Si bien 2 de ellos han recidivado, no presentaron edema distal y las úlceras son de menor tamaño, indoloras y se manejan bien con curaciones multicapas. Para este grupo se consiguió un 81% de cicatrización

Procedimiento	N°	Úlcera	Permeabilidad	Recurrencia
Transposición VFS a VFP	6	Sanas 5	Abierto 6	1
Transposición VFS a VSI	2	Sana 1	Abierto 2	2
Transferencia vena axilar a VFS	4	Sanas 3	Abierto 3	1
Transferencia vena axilar a VPP	4	Sanas 3	Abierto 3	1
Válvuloplastia externa	2	Sanas 2	Abierto 2	0

Tabla N° 2. Resultados Operaciones Anti-reflujo

a los 5 años (Tabla N° 3). En total, un 76% de las 34 extremidades operadas tuvieron un intervalo mínimo de 5 años, libre de úlceras.

Discusión

Las ulceraciones venosas afectaban sobre 30.000 personas al año en Chile, según la encuesta del Ministerio de Salud, efectuada en todo el país en el año 2000. Sobre el 50% de ellas, se originan en el sistema venoso superficial (SVS) y perforantes (9). Podrían ser, teóricamente, eliminadas en forma definitiva tratando oportunamente este grupo con un abanico de posibilidades que va desde la cirugía corriente hasta las endoablaciones térmicas o químicas, en el 40 al 50% restante hay compromiso de venas profundas. En este territorio, la ECV primaria se manifiesta casi siempre acompañada por incompetencia valvular de safenas y perforantes, pero aquí el compromiso valvular profundo no es de destrucción sino más bien de redundancia de los velos valvulares; por lo tanto susceptibles de reparar con buen éxito (10). La ulceración como complicación alejada de la trombosis venosa (TVP) proximal o distal ha disminuido su frecuencia por mejor diagnóstico con ultrasonografía Duplex, que debe incluir las venas pélvicas y tratamiento anticoagulante de rutina, representando actualmente, alrededor del 15 al 20% de las úlceras por compromiso post-trombótico del SVP (11).

Este porcentaje debiera bajar aún más si se generalizara el tratamiento trombolítico en la TVP, que preserva tanto a la integridad valvular como a la permeabilidad venosa (12). En el síndrome post-trombótico hay al menos un 20% de obstrucción total o parcial de los distintos segmentos venosos afectados y el resto es incompetencia por redundancia, destrucción o fibrosis de los velos valvulares (13). Hay un porcentaje de pacientes, sobre todo, aquellos con obstrucción de venas proximales más insuficiencia de venas distales, que presentan úlceras particularmente difíciles de tratar y que en caso de cerrar, recidivan con extremada rapidez. No hay consenso en cómo tratar estos pacientes. Hay grupos de gran validez científica que sostienen que el tratamiento médico con curaciones avanzadas y compresión elástica o no elástica

bien controlada obtiene mejores tasas de curación que la cirugía, mientras que otros preconizan la reparación quirúrgica del SVP dañado (13). En los últimos años, se han aplicado las técnicas endovasculares en los casos de obstrucción venosa, con angioplastias y *stents* con resultados alejados muy alentadores, combinándolos, a veces, con cirugía reconstructiva valvular o del SVS (14). Como contribución a esta solución, presentamos nuestra experiencia de 32 pacientes con 34 extremidades operadas. De las 16 derivaciones venosas, en 6 se confeccionó un puente particularmente extenso, combinación de Palma más Husni, con un resultado alejado sobre 5 años de 81% de cicatrización mantenida de úlceras. 18 extremidades fueron sometidas a diversas técnicas anti-reflujo obteniéndose un 72% de éxito en mantener estos pacientes libres de ulceraciones. El total general da un 76% de las extremidades operadas libre de recurrencia de úlceras durante más de 5 años, lo cual es alentador para este grupo particularmente difícil de tratar.

Conclusión

Pacientes con insuficiencia venosa profunda crónica y ulceraciones refractarias al tratamiento médico con compresión elástica y curaciones avanzadas deben ser explorados desde las venas pélvicas con exámenes no invasivos e invasivos, incluyendo a las flebografías ascendente y descendente, con miras a reconstrucción de su sistema venoso profundo. El presente trabajo reporta un 76% de intervalo libre de úlceras a 5 años de seguimiento en pacientes severamente dañados con reflujo u obstrucción del sistema venoso profundo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún interés comercial, financiero ni de propiedad en cualquiera de los productos que se describen en este artículo.

Procedimiento	N°	Úlcera	Puente	Recurrencia
Op. de Palma	10	Sanas 9	Abiertos 10	1
Palma + Husni	6	Sanas 4	Abiertos 4	2

Tabla N° 3. Resultados de operaciones de derivación venosa.

Bibliografía

1. Arnoldi CC. The Aetiology of Primary Varicose Veins. *Dan. Med. Bull.* 1957, 4, 102-107
 2. Abenhaim, L., Kurz, X., Norgren, L., Clement, D., and the Veines Task Force. The Management of Chronic Venous Disorder of the Leg. An Evidence-Based Report of an International Task Force. McGill University, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital, 1997; 27-40.
 3. Moneta, G.L. The Case gainst Aggressive Treatment. *Vasc Surg* 1997, 31, 271-273
 4. Abidia A, Hardy SC. Surgery for Deep Venous Incompetence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2003. Oxford: Update Software.
 5. Kistner, R. L., Long-term Results of Venous Valve Reconstruction: A Four to Twenty-Year Follow-up. *J Vasc Surg* 1994; 19:391-403.
 6. Perrin M. Surgery for Deep Venous Reflux in the Lower Limb. *J Mal Vasc* 2004 May; 29(2):73-87.
 7. Kistner RL. Descending Phlebology-: The Straub Technique: 105, *Atlas of Vascular Surgery*. WB Saunders Company, Philadelphia,
 8. Ministerio de Salud de Chile, Encuesta de Salud, 2000.
 9. Labropoulos, N. Clinical Correlation to Various Patterns of Reflux. *J Vasc. Surg.* 1997, 31, 242-246.
 10. Raju S. Valve Reconstruction. *J Vasc Surg* 1988; 7:301-10
 11. Kistner RL, Eklof B. Chronic Venous Insufficiency: Natural History and Classification, p. 981. In *Vascular Surgery Principles and Practice*. Hobson R, Wilson S, Veith F. Marcel Dekker, Inc. New York.
 12. Comerota AJ, Kagan SA. Catheter-Directed Thrombolysis for the Treatment of Acute Iliofemoral Deep Venous Thrombosis. *Phlebology* 2001, 15 (3-4), 149-155
 13. Labropoulos N. Secondary Chronic Venous Disease Progresses Faster than Primary. *J Vasc Surg*, 2009-, 49 (3) -: 704-710
 14. Neglén P, Raju S. Venous Outflow Obstruction: An Underestimated Contributor to Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg*; 2003; (38) 5, 879- 885.
-