



Colaboración: [Dr. Luis Fernando Lira Menéndez](mailto:medicolira8@gmail.com) *medicolira8@gmail.com*

Cirujano Plástico Especialista en Heridas Complicadas.

Las Ulceras Varicosas o Ulceras por varices, se presentan en el 1 al 3.6% de la población en general, surgen en la edad adulta,

siendo mas frecuentes conforme avanzan las décadas de la vida, alcanzando su pico por arriba de los 65 años dependiendo de la población estudiada.

Se presentan como dilataciones de las venas principalmente en las extremidades inferiores, en un principio pueden notarse venas minúsculas en forma de arañitas, en forma de sacos, bolitas e irregularidades del trayecto venoso, o cabezas de las mismas venas, como popularmente se les conoce también.

La mayor parte de las veces (85-90%) se desconoce la causa directa de estas manifestaciones que se presentan en las venas, llamadas idiopáticas, sin embargo, físicamente se ha documentado una falta de capacidad en las válvulas que se encuentran en el interior de las venas de las extremidades inferiores, para manejar adecuadamente la sangre y evitar que se regrese hacia abajo, por lo que les llamamos médicamente como Insuficiencia valvular Venosa de las extremidades inferiores. Esta alteración clínica se documenta en un 50 a 60% de los casos, con estudios especiales midiendo el reflujo del sistema venoso superficial, 15-20% en el sistema venoso profundo y en 30 a 35% en combinación de ambos.

ULCERAS VARICOSAS

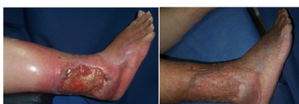


Las principales causas contribuyentes al desarrollo de las Ulceras varicosas son la Inmovilidad, el sobrepeso, los traumatismos, procesos inflamatorios en los vasos sanguíneos (vasculitis), la edad avanzada y también la Diabetes Mellitus. Otras de las causas son de origen genético o familiar, siendo este factor aislado el más constante en el 60 a 65% de los casos, y muchos de los restantes se presentan por diversas causas con el factor predominante en la inflamación del sistema venoso profundo (principalmente por estar mucho tiempo de pie o sentado), y su consecuente intento de compensación, dilatando las venas que desembocan a esta circulación profunda desde la circulación superficial y cutánea. Otras de las causas menos frecuentes son las alteraciones de la anatomía de las venas y arterias, como en las fístulas arterio-venosas y la ligadura o falta de desarrollo del sistema venoso profundo, lo cual ocasiona que las venas busquen otros trayectos y destinos para distribuir dicha circulación sanguínea.

Hay factores predisponentes y otros precipitantes o agravantes, entre los primeros, está el sexo femenino que tiene mayor predisposición a desarrollar várices, asociado inicialmente a los cambios hormonales, que provocan dilatación de la circulación así como congestión de la circulación de la pelvis principalmente, por periodos intermitentes (menstruaciones por ejemplo), el exceso de peso también ocasiona disminución del flujo sanguíneo adecuado, las enfermedades que afectan la circulación y las paredes venosas tienen gran influencia, y como hemos comentado, el permanecer muchas horas de pie o sentado a lo largo del día precipitan lesiones de la circulación por una dilatación excesiva de las venas de las extremidades inferiores, esto se comporta como un globo que explota y rompe la piel.

La más importante en estas causas es la predominante, la de el mantenerse en posición de pie o sentado la mayor parte del día, siendo por esto mismo, que es frecuente en personas con actividades que así lo demandan como carteros, elevadoristas, enfermeras, cajeros, personal de oficinas, repartidores, profesores, vendedores, meseras, etc. Por lo que es de vital importancia usar calcetas o vendajes compresivos en las extremidades inferiores durante el día, así como descansar a ratos para evitar la hinchazón que eso es parte de lo que afecta la circulación, y lastima a las venas y la piel de las piernas, inicialmente con la hinchazón se distienden las venas y se fuga líquido de éstas, pigmentando la piel hasta que se hace café oscura, acartonada, endurecida, y luego, ante la más mínima hinchazón, se cuartea, agrieta y se rompe la piel desencadenando en una herida y ulcera varicosa.

ULCERA VARICOSA INFECTADA



La situación clínica es la siguiente, las venas dilatadas por el exceso de sangre (por estar mucho de pie o sentado), dilatan las venas, y las válvulas, que funcionan como unas compuertas, son insuficientes para cerrar las venas y la sangre que debe correr hacia arriba al corazón, se detiene o se regresa y se van dilatando más las venas, haciendo mayor el problema de insuficiencia de las venas, y agravando el problema en más válvulas y venas afectadas crónicamente.

El resultado es la hinchazón de la pierna, dolor, sensación de pesantez, ardores, hormigueos, calambres, adormecimiento de las extremidades, ardor, piquetes, así como obscurecimiento de la piel, y subsecuentemente zonas café oscuro, por el daño de la sangre que sale de las venas hacia la piel (proteínas que deben estar en la sangre se fugan), y que la van lastimando, hasta que se afecta tanto provocando la ulceración.

Esta ulcera se presenta por varios mecanismos (dicho sea de paso), uno es el antes mencionado efecto local y otro es por traumatismos que pueden ser mínimos o mayores en dicha zona afectada, que no tiene la capacidad de regeneración, así como la hinchazón constante, que al dilatarse la piel, y esta tener poca capacidad de expansión por sus características de piel lastimada, se agrieta y se rompe, como si explotara un globo.

Para hablar de una Ulcera, nos referimos a una herida que ha permanecido abierta por más de un mes recibiendo el tratamiento adecuado para dicha lesión. En ocasiones, se utilizan productos o sustancias que no ayudan a la cicatrización, dañando los tejidos e impidiendo el cierre favorable de esa herida.

Es muy importante evitar el uso de productos que no usaríamos directamente en nuestros ojos, como son el alcohol, merthiolate, isodine, jabones, ni otras sustancias irritantes, lo mismo le sucede a una herida, esto se comporta una quemadura química que tarda en repararse y eso es suficiente para perpetuar una herida sin que cierre favorablemente, por ejemplo.

Es muy importante mantener las heridas limpias y libres de contaminantes, cubrirlas con gasas estériles hasta su cierre total, después de cada curación, además de mantener idealmente un medio ligeramente húmedo en la misma, esto es indicado bajo los nuevos modelos científicos de cicatrización que han demostrado el cierre hasta tres veces más rápido cuando se maneja un medio húmedo en la herida para promover el avance de la piel en el tejido cicatrizante, en

comparación con la conducta tradicional de mantener una herida abierta e intentar que se seque haciendo una costra, como cuando éramos niños y esperábamos a que se cayera ésta. De mantener el tejido ligeramente húmedo nos estimulará mas rápido el cierre de las heridas, procurando evitar que se estén macerando los bordes de las mismas, razón por la cual es conveniente utilizar alguna crema tópica en la herida, tanto en el interior como en el exterior, en pequeñas cantidades, que se deberá hacer bajo supervisión médica, aunque parece una cosa sencilla, el medicamento adecuado en el momento apropiado hará que estas lesiones cierren más rápido, disminuyendo la inflamación, el dolor y el tiempo de cicatrización.

ULCERAS VARICOSAS INFECTADAS

1 AÑO EVOLUCION

6 MESES DESPUES



Por otro lado, se han popularizado los apósitos, también conocidos como “parches para las heridas”, que nos permiten precisamente de una forma controlada, mantener la humedad en el interior de las heridas, para que éstas cicatricen mejor, bajo los principios antes comentados. Existe una gran variedad de apósitos, según sus características físicas de los materiales que se componen, nos dan sus propiedades, usos, indicaciones y contraindicaciones. Hoy en día es toda una especialidad médica el manejo de las heridas complicadas, y hay muchos médicos interesados en la atención de estos casos, que deben pasar varios años usando estos productos para tener la experiencia adecuada para seleccionarlos debidamente, en cada caso y momento en particular.

Los apósitos se han utilizado desde hace más de 40 años, siendo populares en los últimos 20, y hoy en día se calcula que ha más de 6 mil diferentes productos, variando en porcentajes de composición, forma, tamaño, grosor, así como en su cubierta exterior, agrupados en más de 20 tipos de posibilidades según sus características físicas que a su vez nos dan sus indicaciones. Unos se utilizan en heridas húmedas donde se produce mucha secreción, por ejemplo cuando están infectadas, otros diferentes cuando hay poca humedad y otros cuando están secas las heridas y requieren mantener la hidratación, el parche o apósito indicado, bien seleccionado, nos dará las condiciones necesarias para que esa herida continúe su proceso de cierre en el menor tiempo posible, con el confort y seguridad que se requiere en cada situación.

Que cada cuando se cambian los apósitos? Depende de cada herida, la cantidad de secreción, la ubicación, la profundidad, si tiene algún trayecto en el interior de la misma e intenta hacer “caminito”, pero principalmente del tipo de apósito utilizado. Algunos de éstos contienen sustancias antisépticas y otros antimicrobianos que nos permiten controlar el crecimiento bacteriano, lo que nos permite dejarlos más días que algunos parches que no los tienen. También debemos tomar en cuenta su facilidad para adherirse a los tejidos sanos para mantenerse en su sitio sin desplazarse con los movimientos naturales, así como su capacidad de absorción y control de líquidos que se producen en las heridas, pudiendo quedarse algunos entre 3 a 7 días, si cuentan con algún antimicrobiano como plata por ejemplo en su composición física.

Con una vigilancia médica estrecha, la administración de los medicamentos adecuados para cada la enfermedad, su estado de gravedad y las complicaciones de la circulación, si ajustamos estos datos aplicando los productos locales ya sea cremas, ungüentos, pomadas, soluciones, etc., así como los apósitos siendo cambiados con la frecuencia apropiada, se debe estimular y lograr el cierre de la herida en unas cuantas semanas.

Es muy recomendable tomar medicamentos para controlar la inflamación y mejorar la calidad de la circulación sanguínea de las extremidades inferiores, que deberá ser indicado médicamente, así como en otros casos deberán agregarse antibióticos orales, locales o inyectados para controlar la infección.

El uso regular de calcetas para la circulación, siempre es la mejor recomendación que tendrán que usarse durante todo el día, descansando de ellas por las noches, preferentemente de compresión mediana, ya que las de compresión baja no logran comprimir lo suficiente las venas como para controlar el proceso inflamatorio al permanecer mucho tiempo de pie o sentados a lo largo del día. Por otro lado las calcetas de compresión alta, son difíciles de conseguir, son mucho mas costosas, y las recomendamos solo en casos muy selectos por su grado complicado, y también son mas molestas por estar mas apretadas de lo que normalmente les gusta tolerar a las pacientes con várices, en conclusión, las de compresión mediana son las mas indicadas para mejorar y mantener la circulación venosa en condiciones adecuadas para favorecer el cierre de las heridas, y en general evitar se abran nuevamente, cuando se usan siempre.

De durar más de un mes la herida sin evolucionar favorablemente para su cicatrización, es de vital importancia acudir a consulta para una valoración clínica y hacer los ajustes necesarios para lograrlo. En casos complicados con infección deberá agregarse antibióticos locales, orales o incluso inyectados por el tiempo que el médico considere prudente, así como todos los

demás cuidados necesarios para su cicatrización, que deberá hacerse en unas cuantas semanas. En muchos casos se recomienda realizar una cirugía de extracción de las venas alteradas, ya sea con mini cirugías, o tradicionales, quitando las grandes venas de las piernas llamadas safenas, o safenectomía como las denominamos los cirujanos, así como diversos procedimientos quirúrgicos modernos que nos ayudan a mejorar la calidad de la circulación. Cada caso deberá individualizarse en base a las necesidades propias de la situación.

A lo largo del tiempo se ha buscado recrear la piel del cuerpo, ahora se han logrado algunos avances considerables con la piel artificial, que aunque es una muy buena opción, sigue siendo incompleta, disponiéndose de solo algunas de sus capas y de sus características naturales. En la industria hay variedad de productos de piel creada por el hombre, pero aún ninguna completa, estas se utilizan igualmente en diversos tipos de heridas, con buenos resultados. Parte del problema para que no funcionen adecuadamente, ha sido que se colocan a veces en el tejido previamente lastimado en cuestión sin que se encuentre en las condiciones adecuadas de limpieza y circulación sanguínea (granulación) para recibir la piel e integrarla al 100 %, en otras ocasiones es de difícil obtención por las regulaciones sanitarias o los costos elevados. .

En otros casos más complejos y complicados, que no han cicatrizado con todas estas medidas descritas previamente, existe una opción, excelente, que ha sido mal entendida, mal manejada y ahora hasta temida, desafortunadamente para los pacientes, ya que es una maravilla bien empleada, me refiero al efectuar una aplicación de piel de otra zona, es decir, a un injerto de piel del mismo (a) paciente, un injerto de piel autóloga. Se ha utilizado desde hace muchos años a lo largo de la historia, tanto para cerrar heridas agudas principalmente, como para cerrar zonas de quemaduras, o al desplazar tejidos de una zona prestada a otra cercana, al efectuar colgajos cutáneos o incluso músculo cutáneos, y también para el cierre de heridas crónicas, como para el cierre de heridas en los pacientes diabéticos, o aquellos que presentan úlceras por presión continua en algunas zonas del cuerpo, como en espalda, pies, cara, y otros sitios del cuerpo.

El grosor de la piel que quitamos para realizar los injertos cutáneos que hacemos en estos casos (del mismo tamaño que la ulcera original), son de espesor parcial, muy delgados, como la película de celofán que cubren algunos medicamentos, o las envolturas de regalos, incluso éstas son más gruesas todavía, quedando la zona donadora de la piel cubierta o mejor dicho ya cicatrizada en unas cuantas 2 a 3 semanas, sin dejar una cicatriz notoria, importante ni tampoco desfigurante, que son las situaciones que siempre inquietan a los pacientes y a sus familiares., y ambas cerradas antes de dos meses.

En general la cirugía dura de una a dos horas, y se puede efectuar con anestesia local si la paciente coopera y tolera un poquito de dolor para poner la anestesia en la zona donadora. La recuperación es muy sencilla, permaneciendo en reposo absoluto por una semana, y una más en reposo relativo, pudiendo acudir al baño en forma normal después de la primera semana, esto garantiza el éxito del tratamiento, sin los riesgos que se inflamen de más los tejidos ni se caiga el injerto por exceso de sangre o plasma en la zona tratada (que disminuye al reposar con la extremidad en alto).

Cuando se realiza el injerto en una herida que esta perfectamente limpia, libre de infecciones, con una buena calidad de circulación local (tejido de granulación de color rojo vivo, que se logra con los cuidados locales y el conjunto de medicamentos utilizados de manera personalizada), se guarda el reposo en la forma y tiempo adecuados, las posibilidades de éxito en la integración del injerto cutáneo, o dicho en términos populares “que si pegue la piel donde debe”, es cercano al 95%, y terminamos el proceso de curaciones en un mes después de haber colocado la piel donde estaba antes la úlcera varicosa. Se recomienda continuar por varios meses con el uso de calcetas para la circulación de compresión mediana en ambas piernas, en forma preventiva para evitar la hinchazón crónica y la reaparición de otras úlceras de las extremidades inferiores. A lo largo del tiempo en diversos estudios clínicos se ha documentado que esta simple medida de usar las calcetas de compresión previene y puede tratar hasta el 63% de los casos de las úlceras varicosas.

Ahora disponemos incluso de otras posibilidades terapéuticas en las que tomamos un pedazo muy pequeño de piel, y podemos cortarla en pedacitos muy pequeños y extender dicho fragmento al 10, 30, 50 o incluso al 100% del tamaño original retirado que tomamos, es decir con un pequeño pedazo de 5 cms. cuadrado (5 x 5 cms.), podemos cubrir un defecto de piel de hasta 50 x 50 cms. o incluso más grande, dependiendo de la metodología de preparación, siendo de gran beneficio en los pacientes con grandes heridas como los pacientes quemados por ejemplo, o en úlceras varicosas muy extensas, como cuando le dan la vuelta a los tejidos en las piernas.

Le invitamos a que se cuide, baje de peso si esta en exceso, utilice sus calcetas en forma continua, hidratando la piel en forma regular sin lubricantes (que paradójicamente evitan la hidratación de la piel y favorecen la deshidratación, resequedad, y la presencia de pequeñas grietas que predisponen a la aparición de úlcera de la piel, donde hay varices, desencadenando invariablemente una úlcera varicosa), de usted depende su prevención y nosotros nos enfocaremos en su curación de ser necesario.

Le felicito por preocuparse por su salud y leer este artículo.

Este artículo fué escrito por el [Dr. Luis Fernando Lira Menéndez](#) , Cirujano Plástico especialista en Heridas Complicadas Para contactar al Dr. Lira, favor de dar click en el siguiente link:

http://visionmedica.com/directorio/monterrey/medicos-doctores/heridas/dr.-luis-fernando-lira_209.html