

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES"

(Revisión de Casos del Año 1977 en el
Hospital General)

ROBERTO AGUSTO LOPEZ MIJANGOS

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1978

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III HIPOTESIS
- IV MATERIAL Y METODO
- V JUSTIFICACIONES
- VI DEFINICIONES
- VII REVISION DE LITERATURA
 - a) Datos Históricos
 - b) Anatomía y Fisiología
 - c) Etiología
 - d) Patogenia
 - e) Sintomatología
 - f) Localización más frecuente
 - g) Tratamiento
- VIII ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS
RESULTADOS
- IX CONCLUSIONES
- X BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Enterado de los casos de úlceras en miembros inferiores por los cuales consultaron, fueron hospitalizados y tratados numerosos pacientes en la Sala de Dermatología de Hombres del Hospital General, fue que decidí llevar a efecto este trabajo con el propósito de estudiar un poco más esta entidad patológica.

Se encontrará como parte del trabajo, una revisión de casos del año 1977, en cuyo estudio me basara para aceptar o rechazar las hipótesis que serán expuestas más adelante.

Los casos revisados, me ofrecerán un panorama de lo que constituye esta entidad mórbida, que no pocos problemas da a quienes la padecen, a los médicos encargados del tratamiento de estos pacientes, así como a las salas de dermatología que tienen que hacerse cargo de la atención de estas personas que representan otro problema de salud de los muchos que tiene que atender y resolver nuestro dos veces Centenario Hospital General.

II OBJETIVOS

- 1) Conocer cuan frecuente es la entidad patológica en nuestro medio y su repercusión por la incapacidad que produce para el trabajo.
- 2) Conocer su distribución geográfica de acuerdo a zona cálida o fría.
- 3) Conocer la localización más frecuente.
- 4) Conocer el tratamiento a pacientes hospitalizados.
- 5) Edades más afectadas.

III HIPOTESIS

- 1) La mala higiene es uno de los factores predisponentes en la complicación de las lesiones de miembros inferiores, terminando algunas de ellas en úlceras tróficas de evolución larga y difícil tratamiento.
- 2) Camas que podríán ser ocupadas por personas con otras afecciones de la piel, que necesitan ser tratadas hospitalariamente, son ocupadas mucho tiempo por personas con padecimientos de úlcera en miembros inferiores.
- 3) En la Sala de Dermatología de Hombres del Hospital General, se atendieron en 1977, más pacientes con úlceras que con otras entidades dermatológicas.
- 4) Las úlceras en miembros inferiores las padecen más frecuentemente personas de escasos recursos socio-económicos.

IV MATERIAL Y METODOS

Para iniciar la revisión de Historias Clínicas de los pacientes hospitalizados en el año 1977, en la Sala de Dermatología de Hombres del Hospital General, me dirigí al Departamento de Estadística del Hospital así como a la Enfermera de la sala, para obtener los nombres de los pacientes, números de las historias clínicas a investigar y sus diagnósticos.

Posteriormente, con la correspondiente autorización del doctor Héctor Avila Navas, jefe del departamento de Estadística del Hospital General, me dirigí al archivo tanto del Parque de la Industria, donde se encuentra actualmente el Hospital General, como al archivo de la primera avenida, para iniciar la revisión de papeletas.

Reuní y revisé un total de 23 casos con diagnóstico de úlceras en miembros inferiores, de los cuales, tres o cuatro, de los obtenidos en el archivo de la primera avenida resultaron voluminosos lo que me llevó, una revisión exhaustiva, puesto que se trataba de pacientes con varios ingresos al Hospital General, consultando por casos de úlceras a repetición. Cabe señalar que una de ellas estaba bastante desordenada, lo que hizo más detenida la revisión, enterándome personalmente de la necesidad e importancia que hay de llevar un orden correlativo tanto del personal médico y paramédico en sus evoluciones, como de quienes en los departamentos de registro y estadística, tienen a su cargo el ordenamiento de las papeletas de los pacientes.

Solo cuando se tiene la necesidad de consultar una historia clínica en archivo se ve la importancia de este trabajo, en el cual debe ponerse todo el empeño ya que será una guía de investigación y consulta en el futuro.

V JUSTIFICACIONES

La presente investigación conlleva una serie de justificaciones, de interés para el autor, como para quienes en el futuro deseen consultar este tema que sintetiza una serie de datos relacionados con la etiopatogenia de úlceras en miembros inferiores.

Para el autor, por cuanto le permite conocer algo más sobre la entidad patológica observada frecuentemente en la Sala de Dermatología de Hombres del Hospital General.

Para futuros consultantes, al ofrecerles y poner a su disposición una serie de datos relacionados con úlceras en miembros inferiores, descansando aquí la importancia social y médica de la investigación, ya que al aportar un poco más de luz a la entidad que se estudia, contribuye a resolver el cuadro, estando en capacidad de ofrecer a los pacientes una más pronta y efectiva recuperación, ayudándoles por lo mismo a su reincorporación a las labores cotidianas y actividades sociales y familiares.

VI DEFINICIONES

- 1) Solución de continuidad con pérdida de tejido debido a un proceso necrótico, de escasa o nula tendencia a la cicatrización.
- 2) Pérdida de tejido en forma de excavación que puede localizarse solo en la piel o también invadir los tejidos profundos, con destrucción de los mismos e infección secundaria. De tamaño y forma variable.
- 3) Lesión inflamatoria abierta hacia una superficie.
- 4) Solución de continuidad, sin tendencia a la cicatrización.



VII REVISION DE LITERATURA

A) DATOS HISTORICOS

La úlcera es tan antigua como el mundo mismo. Su conocimiento data de una época pre-histórica.

El profesor Heichburg, dice que la palabra "eyxoc" significa "Verdaderamente desgarrada".

Homero conocía las úlceras, pues casi siempre, al hablar de las heridas recientes, las designaba con el nombre de "eyxoc".

También Sófocles, Platón, Aristóteles, Genofonte, usaron repetidas veces este término, siempre que se trataba de una solución de continuidad.

En Hipócrates no se encuentra ninguna definición de esta palabra. Tucídides, en cuyas obras figura dos veces el término, es el primero que la usa en el sentido del significado de úlcera.

Para Galeno "eyxoc" indica la separación entre las partes blandas por desgaste; esta definición parece estar de acuerdo con el significado de dicha palabra al ser empleado por los autores ya citados. En Celso no existe una buena explicación de este concepto. Sin embargo, el en Libro V, Capítulo XXVI, la explicación que da se aproxima al sentido exacto de ella.

Es indudable que la palabra "ulcus" latina, procede del mismo origen que el término "eyxoc".

Parece ser que este estado mórbido fue conocido por nuestra raza indígena en la antigüedad, quienes le conocían con el nombre de "xira".

Más tarde, en la época colonial, fue denominada con el nombre de "llaga" y "chaquirria", término que aún se menciona en nuestros días.

La historia científica de la úlcera no principia si no hasta fines del siglo XVIII, con los trabajos de los cirujanos ingleses, a la cabeza de los cuales se encuentra Hunter, Benjamín Bell, Underwood y Baiton, quienes en sus investigaciones a este respecto, dan una descripción exacta y detallada, estableciendo además los diferentes tipos de úlceras que en aquella época trataron, llevando a cabo su terapéutica cuyos resultados les parecía satisfactorios.

En nuestro tiempo, la Holcología, ha hecho algunos progresos, pero no ha dicho la última palabra.

La úlcera fagedénica fue estudiada por primera vez en 1857 por Vinson, quien describe una epidemia de úlceras que se desarrolla sobre los Coolfes, que son transportados a la costa de Mozambique; aquí éste autor le da el nombre de Úlcera de Mozambique. En 1861 la úlcera fagedénica hace grandes estragos en los presos transportados a la Guayana. Chapuis hace su estudio, y le da el nombre de Úlcera de la Guayana, estableciendo su identidad con la de Mozambique. En esta misma época, el fagedenismo hace una invasión terrible en las tropas que llegan a la Cochinchina, y allí recibe el nombre de "annanita".

Un año más tarde, Le Roy de Mericurt, reúne bajo un nombre común la Úlcera de Mozambique, la de la Guayana y la Annanita, designándola con el nombre de Úlcera Fagedénica de los países cálidos, considerándola como una misma entidad mórbida. Seguidamente esta úlcera ha sido observada en diferentes lugares y se le considera como del dominio de la zona tropical.

B) ANATOMIA Y FISILOGIA DE MIEMBROS INFERIORES

Enfocaré mi atención en el trastorno circulatorio ya que me parece el factor más importante. Los demás factores o son consecuencia de éste o se agregan al cuadro.

El sistema venoso en las extremidades se divide: en sistema superficial y en sistema profundo. El sistema superficial está entre la aponeurosis profunda y la piel. Cada extremidad tiene dos sistemas superficiales que se comunican entre sí y cada una atraviesa la aponeurosis profunda para penetrar en una vena profunda principal. La vena safena interna corre a lo largo de la cara interna del pié, asciende en dirección posterior interna detrás del cóndilo interno del fémur, se dirige hacia la fosa oval de la aponeurosis superficial y luego se hunde hacia adentro para reunirse con la vena femoral.

La vena safena externa sigue una dirección casi vertical hacia la parte media de la fosa poplitea, donde se hunde debajo de una fuerte capa de aponeurosis superficial, para reunirse con la vena poplítea. Ninguna

de las venas safenas va acompañada de arterias. El sistema profundo se encuentra en los espacios intramusculares e intermusculares, éstas si se aparejan con las arterias.

Las venas tibiales anterior y posterior se reúnen para formar la vena poplítea y a nivel del canal de Hunter se conoce como vena femoral superficial. La vena femoral profunda, recoge la sangre de los músculos profundos del muslo y se une a la femoral superficial, luego se transforma en la vena ilíaca externa.

Estos sistemas se comunican entre sí por venas perforantes o comunicantes en dos puntos fundamentales, en la ingle y en el hueso poplíteo. En estos puntos de unión hay válvulas, aunque éstas también se encuentran a lo largo de los troncos venosos. Las comunicantes son muchas en el pié, menos en las piernas y escasas en el muslo.

La arteria ilíaca externa viene de la ilíaca primitiva, pasa por el anillo crural de donde sale con el nombre de arteria femoral, luego a nivel del anillo del tercer aductor sale con el nombre de arteria poplitea que al atravesar el anillo del sóleo se divide en dos ramas una tibial anterior y otra que se llama tronco tibio peroneo. Cada una de ellas con sus respectivas colaterales.

Los miembros inferiores tienen tres grupos de ganglios linfáticos: Inguinales, poplíteos y tibiales anteriores. Los poplíteos son en número de 5 a 10, recogen la linfa de la safena externa y la poplítea y los tejidos regados por las arterias tibiales anterior y pos-

terior. La circulación constituye un circuito contínuo. Si un volumen de sangre es impulsado por el corazón el mismo volumen debe circular por cada una de las subdivisiones de la circulación. La circulación se divide en gran circulación y circulación pulmonar. A la gran circulación se le llama también circulación periférica, o circulación mayor.

La gran circulación está constituida por arterias arteriolas, capilares, vénulas y venas.

La función de las arterias estriba en transportar sangre a gran presión hacia los tejidos.

Las arteriolas son las últimas ramas pequeñas del sistema arterial, actúan como válvulas de control a través de las cuales se manda sangre hacia los capilares.

La función de los capilares es intercambiar líquidos y elementos nutritivos entre la sangre y los espacios intersticiales.

Las vénulas reciben la sangre de los capilares y van uniéndose gradualmente formando los vasos cada vez mayores.

Las venas funcionan como conductos para transporte de sangre de los tejidos nuevamente al corazón. El 79 por ciento de toda la sangre se halla en la gran circulación.

El corazón manda la sangre a presión de aproximadamente 120 mm de Hg en la sístole para la gran cir-

culación y el flujo a través de un vaso depende de dos factores: 1o. Diferencia de presión que tiende a impulsar la sangre a lo largo del vaso. De la zona de presión elevada a la de presión baja. 2o. La resistencia, que es la dificultad a la circulación a través del vaso.

La sangre de todas las venas va a dar a la aurícula derecha. Una persona en decúbito, tiene una presión de Cero mm de Hg y si se encuentra de pié, inmóvil, la presión en las venas sería de 90 mm de Hg, por la diferencia de altura que hay entre los pies y el corazón. Esta se mantendría constante si no fuera por las válvulas.

Cada vez que movemos las piernas comprimimos los músculos contra la aponeurosis y ésta contra la piel, de manera que las venas de las piernas son comprimidas y ésta tiende a circular. Estas válvulas están dispuestas de manera que la sangre solo puede desplazarse hacia el corazón, pero cuando el paciente está de pié, inmóvil, esta bomba no trabaja.

Esta bomba musculovenosa sirve de sobrealimentación periférica ya que puede aumentar casi un 50 por ciento del flujo posible por la sola acción del corazón, además reduce al mínimo la acumulación de líquidos tisulares en las extremidades.

Es en los capilares en donde tiene lugar la función más específica de la circulación o sea el intercambio de elementos nutritivos y excreta celulares entre los tejidos y la sangre circulante.

La sangre penetra a los capilares por una arte-

riola y sale por una vénula. La sangre de la arteriola penetra en una serie de metaarteriolas, al salir penetra en los capilares, de los cuales a los voluminosos se les llama canales preferenciales y a los pequeños capilares verdaderos. Luego la sangre penetra en la vénula y vuelve a la circulación general. La sangre no fluye con intensidad continua a través de los capilares; por el contrario discurre intermitentemente. Esto depende de lo que se llama vasomotricidad o sea la contracción intermitente de las metaarteriolas en los esfínteres precapilares, estos se contraen y relajan con ciclo alternante de seis a doce veces por minuto y esto va a depender de la concentración de oxígeno en los tejidos, pero a pesar de que es intermitente hay tantos capilares en los tejidos que su función global queda promediada.

El medio más importante gracias al cual las sustancias son transferidas entre el plasma y los líquidos intersticiales es la difusión.

La difusión de sustancias hidrosolubles, insolubles en los lípidos se lleva a cabo a través de los poros y la difusión de sustancias solubles en los lípidos, a través de la membrana capilar, se difunde directamente sin tener que atravesar los poros. Las sustancias liposolubles normalmente transportadas por la sangre, incluyen en especial oxígeno y bióxido de carbono. El cambio neto es proporcional a la diferencia de concentración entre los dos lados de la membrana. Así la concentración de oxígeno en la sangre normalmente es mayor que en los líquidos intersticiales, por lo tanto grandes cantidades de oxígeno pasan de la sangre hacia los tejidos y a la inversa, la concentración de bió

xido de carbono es mayor en los tejidos que en la sangre y esto hace que se desplace hacia la sangre.

En la dinámica capilar es importante considerar los medios por los cuales el plasma queda en la circulación y no puede trasudar continuamente a través de la membrana capilar hacia el líquido intersticial. Los factores son los siguientes:

1. La presión capilar que tiende a desplazar líquidos hacia afuera a través de la membrana capilar y que en promedio es de 17 mm de Hg.
2. La presión del líquido intersticial, que tiende a desplazar líquido hacia afuera. La cual es de -7 o sea que es menor que la presión atmosférica por lo que hay un semivacío.
3. La presión coloidosmótica del plasma, que tiende a producir ósmosis del líquido hacia adentro a través de la membrana y es de 28 mm de Hg.
4. La presión coloidosmótica del líquido intersticial que tiende a provocar ósmosis del líquido, saliendo a través de la membrana es de 4.5 mm de Hg.

Las proteínas son las únicas sustancias disueltas del plasma que no pasan fácilmente hacia el líquido intersticial y cuando pequeñas cantidades difunden hacia el líquido intersticial, pronto son eliminadas por los vasos linfáticos. Las proteínas disueltas del plasma y los líquidos intersticiales son la causa de la presión osmótica que se desarrolla a nivel de la membrana capilar y para distinguir esta presión osmótica de

la que ocurre a nivel de la membrana celular se denomina presión coloidosmótica o presión oncótica.

E. H. Starling hace un siglo señalaba que en condiciones normales existe un estado de equilibrio a nivel de la membrana capilar por virtud del cual el volumen de líquido que sale de la circulación a través de los capilares por filtración corresponde al volumen de líquido que es devuelto a la circulación por resorción en los extremos venosos de los capilares y por flujo hacia el interior de los linfáticos. La dinámica del equilibrio normal de los capilares es el siguiente, según las presiones mencionadas anteriormente:

Fuerza total hacia afuera 28.5. Fuerza total hacia dentro 28, la suma de las fuerzas nos da una fuerza neta hacia afuera de 0.5, lo que significa que siempre hay un pequeño desequilibrio de fuerzas a nivel de las membranas capilares, que hace que exista algo más de filtración de líquido hacia los espacios intersticiales que de resorción del mismo, este ligero exceso de filtración se denomina filtración neta y queda equilibrado por retorno del líquido hacia la circulación a través de los linfáticos y que corresponde más o menos a una décima parte.

El sistema linfático representa una vía accesoria por la cual, líquido de los espacios intersticiales pueden llegar a la sangre y pueden llevar proteínas e incluso partículas mayores fuera de los espacios tisulares, cuando ninguno de estos productos puede pasar directamente por absorción hacia la sangre capilar.

Todos los linfáticos tienen válvulas que hacen que



la linfa sea exprimida en dirección central. Los factores que comprimen los linfáticos son los siguientes:

1. Contracción de los músculos,
2. Movimiento pasivo de las partes corporales,
3. Pulsaciones arteriales,
4. Compresión de los tejidos desde el exterior.

Cuanto mayor es el movimiento, mayor es el flujo de linfa y menos la concentración de proteína en el líquido intersticial e inversamente la ausencia completa de movimiento hace difícil que la linfa circule a lo largo de las vías linfáticas, por lo que se acumula proteína en los espacios llenos de líquido intersticial, de manera que disminuye la resorción de líquidos en los capilares, lo que hace que aumente la presión intersticial de - 7 mm de Hg a - 2 mm de Hg, por lo que se acumula líquido intersticial en los tejidos y se produce el estado denominado Edema.

Entre las causas de edema líquido extracelular, tenemos las siguientes:

1. Aumento de la presión capilar, lo cual se observa en cualquier trastorno clínico que origine obstrucción venosa o dilatación arteriolar. Estasis sanguínea es decir deficiencia en el retorno venoso. Flebotrombosis que ocasionan zonas locales de obstrucción venosa que bloquean el regreso de sangre al corazón.

2. Disminución de las proteínas plasmáticas, porque disminuyen la presión coloidosmótica del plasma por lo que la presión capilar incrementa la tendencia del líquido a salir de los capilares y penetrar en los espacios tisulares. Esto sucede en los desnutridos.
3. Aumento de proteínas en el líquido intersticial. Si se obstruyen los linfáticos generalmente por procesos inflamatorios, se acumulan proteínas en los espacios tisulares hasta que la concentración de la misma puede acercarse a la concentración de proteínas en el plasma.
4. Aumento de permeabilidad de los capilares.

La circulación está regulada por el sistema nervioso simpático. Este inerva todos los vasos periféricos excepto los capilares. La inervación permite que la estimulación simpática altere la resistencia de los vasos modificando la intensidad del riego sanguíneo. El centro vasomotor está formado por dos partes, una parte excitadora que puede excitar las fibras vasoconstrictoras y originar obstrucción vascular y una parte inhibidora que puede inhibir la vasoconstricción, permitiendo así la vasodilatación. Este centro vasomotor se encuentra en la substancia reticular del tercio inferior de la protuberancia y los dos tercios superiores del bulbo.

C) ETIOLOGIA

Diversas son las causas que contribuyen para que se produzca una úlcera. Entre ellas:

- a) La predisposición de ciertos tejidos y regiones.
- b) Alteraciones de la circulación.
- c) Alteraciones de la nutrición.
- d) Irritaciones contínuas, físicas o químicas.
- e) Profesionales; y
- f) Causas bacteriológicas.

PREDISPOSICION DE CIERTOS TEJIDOS Y REGIONES

Es aquí donde causas relativamente insignificantes, determinan o sostienen una supuración y como conclusión, la formación de una úlcera. Bien sabemos que el tejido celular se halla más expuesto a la ulceración, que el tejido tendinoso; el cartilaginoso, muscular y ganglionar más que el parenquimatoso. También en los tejidos poco vascularizados las supuraciones una vez establecidas son difíciles de controlar.

La mayoría de las úlceras y también las más difíciles de cicatrizar son las de las piernas, en las que no solo sufre la circulación arterial cierto deterioro en su presión por la mayor distancia al corazón, sino también por la marcha centrípeta de la corriente venosa que se halla dificultada por el peso de la columna san-

guínea en la estación bípeda y en la progresión.

Bajo la influencia de la tensión y estasis ya mencionadas y relacionada con la piel de la cara anterior e interna de la pierna, bastan causas insignificantes, tal como una erosión, la erupción de un furúnculo, la ruptura de una flictena, para que la úlcera se establezca.

ALTERACIONES DE LA CIRCULACION

La congestión y la estasis determinan con facilidad, la muerte local, dificultando la neoformación de vasos en las granulaciones, que se ven en el fondo de la úlcera y que tan necesarios son para la formación del tejido cicatrizal de ella. Estas alteraciones pueden ser debidas a distribución insuficiente de la sangre en los tejidos, por depresión de la fuerza del corazón, como se observa en las personas de edad avanzada y alteraciones locales de la circulación debida a la degeneración ateromatosa y calcárea de las arterias o a las dilataciones varicosas de las venas. Tan es así, que las várices de la pierna, lo mismo que la ulceración, deben generalmente su origen al estasis sanguíneo.

ALTERACIONES DE LA NUTRICION

Si tomamos en cuenta el alza del costo de la vida y el jornal tan mal remunerado a las grandes mayoría de trabajadores guatemaltecos, especialmente los del renglón agrícola, no podemos negar que es esta causa la que más predispone a padecer de úlceras en miembros inferiores a un gran número de nuestros trabaja-

dores del campo. A las condiciones de mal nutrición crónica, le siguen las infecciones, el parasitismo, la anemia y otras secuelas que están deteniendo el bienestar de este sector de nuestra población.

IRRITACIONES CONTINUAS, FISICAS O QUIMICAS

Se encuentran entre estas causas:

- a) Superficies cruentas ya existentes, debidas a contusiones repetidas, quemaduras, compresiones por vendajes mal aplicados o vestidos muy estrechos, por la acción de cuerpos extraños, por la irritación de pomadas irritantes, por último se produce necrosis que se traduce en ulceraciones.
- b) Aun sin una herida ya existente, puede resultar una úlcera por irritaciones mecánicas contínuas, por la presión del calzado, etc.

CAUSAS PROFESIONALES

En este grupo debemos colocar todas aquellas úlceras que se desarrollan en los individuos cuyas profesiones les imponen la permanencia estática de pié, que trae consigo el recargo de la tensión venosa en las piernas y la formación de várices, las que predisponen a las úlceras llamadas varicosas.

CAUSAS PIOGENAS

Existen agentes microbianos que parecen ser los

productores de ellas. En el examen de las secreciones purulentas se han encontrado el bacilo descrito por Le Dantec y S. de Vincent. Los doctores Egger y Mendelsohn encontraron diferentes tipos de espiroquetas.

D) PATOGENIA

La forma como una úlcera se produce, varía según tenga su origen en la superficie, o en las partes profundas.

La úlcera al ser producida por pústulas, vesículas, eczemas que no han llegado a curarse, se produce por levantamiento de la epidermis, como un tejido mortificado, dejando tras de sí una superficie cruenta. Al producirse la úlcera por necrosis superficial, se manifiesta primero una tensión exagerada de la piel con isquemia y mortificación de la parte tensa, que se desprende dejando tras de sí una superficie ulcerada.

Para que se produzca la úlcera fagedénica de los países cálidos, Le Dantec dice que dos condiciones son necesarias: 1o. La existencia de una solución de continuidad y 2o. La exposición de esta herida a un ambiente de un suelo húmedo.

La primera de estas condiciones se llevan a cabo principalmente en nuestros indígenas y gente de escasos recursos, porque caminan con los pies descalzos y piernas desnudas, por lo que están más expuestos a contraer la lesión. Una vez establecida la primera condición, queda abierta la puerta de entrada para que se efectúe la segunda, la que se lleva a efecto por el des-



cuido del enfermo al trabajar en las labores del campo y más si éstos son húmedos.

E) SINTOMATOLOGIA

El principio de una úlcera es tan variado como la causa que la produce. Son generalmente producidas, por el piquete de un insecto, por una erosión en la piel un absceso que se abre, un traumatismo, una erupción cutánea, una pústula de ectima que se levanta y destruye la epidermis.

Aster y Capler señalan que en los lugares donde va a producirse la úlcera, los tejidos están edematizados, y frecuentemente enrojecidos, violáceos, equimóticos y modificados por erupciones eczematosas sucesivas o alteraciones circulatorias antiguas. Se ven pequeños puntos rojizos o negruzcos, algunas veces numerosos y apenas separados por una banda de piel más o menos alterada.

En otras ocasiones, la úlcera principia por una herida o pequeña lesión o traumatismo insignificante - que abre la puerta a la infección. La úlcera así constituida se presenta con un fondo gris tierno o pálido, de color violáceo o negruzco, irregular, tapizado por brotes de tejidos granulomatosos.

Una vez establecida la úlcera puede localizarse, en un punto cualquiera de la pierna, pero su lugar de elección es el tercio inferior e interno de ésta, presentándose más en el lado izquierdo. Su extensión es muy variable. Existen desde unos pocos milímetros, hasta

las enormes pérdidas de tejido que denudan una parte del miembro.

Cuando éstas contornean todo el miembro forman en torno de él, una especie de brazalete sangriento, fungoso y cuya gravedad es grande, pues en este caso es difícil la cicatrización.

Las úlceras tienen una marcha irregular, en general evolucionan sin dolor y las molestias que le causan a los enfermos están constituidos solamente por cierta pesantez del miembro que sangra al menor contacto y por la salida de un líquido sanioso y fétido.

En ciertas ocasiones la marcha de una úlcera es la siguiente: sobre la piel se forma una ampolla conteniendo líquido sanguinolento. Esta se rompe y algunos días después la pérdida de tejido se cubre de una secreción grisásea y húmeda que se adhiere a los tejidos con los cuales parece formar cuerpo.

La úlcera deja correr un líquido sero-sanguinolento, que desprende un olor fétido. El proceso destructivo se extiende rápidamente, invasión que se hace de dos maneras: la forma serpinginosa que invade sucesivamente superficies muy extensas. La forma terabrante, que denuda vasos y músculos, nervios y tendones. Puede invadir las articulaciones, desarticulando segmentos de miembros.

F) LOCALIZACION MAS FRECUENTE

De ordinario se desarrollan en la parte baja y

en la cara interna de la pierna. Habitualmente es unilateral, preferentemente en la izquierda 2 a 1. las lesiones ocupan los dos tercios inferiores y sobre todo a nivel de las regiones maleolares. Es más común en los hombres y sobre todo de los 45 años en adelante, aunque pueden haber casos entre los 20 y 30 años de edad. También se encuentran en los niños pero en una escala muy inferior. Se presentan más, según se ha establecido, en aquellas personas que permanecen en estación vertical prolongada, donde la sangre circula mal, dando lugar a la formación de várices, que es un terreno a propósito para el desarrollo de las úlceras que llevan su nombre. Ellas constituyen una gran mayoría de las úlceras simples.

Las arterias tienen también parte de responsabilidad, sobre la formación de las úlceras, pues cuando existe una degeneración ateromatosa de las arterias, por defecto circulatorio se establece la úlcera.

El Complejo Vásculo Cutáneo de Pierna, nombre con el que también se le conoce a este cuadro, es un síndrome plurilesional de una o ambas piernas que afecta diferentes tejidos blandos, vasos sanguíneos y linfáticos y en ocasiones huesos y que obedece a causas vasculares, infecciosas o parasitarias.

G) TRATAMIENTO

1. Lugar muy importante se da a la limpieza curación y debridación (de ser necesaria) díariamente.

2. Reposo en cama.
3. Miembros inferiores en alto.
4. Dieta hiperproteica con complementos vitamínicos y hierro si se trata de un paciente con anemia y desnutrición.
5. Si hay infección sobreagregada se deberá efectuar cultivo de la secreción y se administrará el antibiótico específico.
6. Tratamiento tópico con esteranabol*.
7. Un vasodilatador, por ejemplo el Butil Simpatol** si hay compromiso con la circulación.
8. BOTA DE UNA. En las úlceras y eczemas crónicas que se presentan en las piernas varicosas, es muy útil la gelatina de zinc (pasta o cola de Unna) en aplicación local. Esta bota que se deja alrededor de un mes protege las zonas enfermas, facilitando su curación y constituye una terapéutica eficaz.

La Bota de gelatina, pasta o cola de Unna, puede adquirirse en forma de venda que contiene:

Oxido de zinc.....	100 gr.
Gelatina.....	150 gr.
Glicerina.....	400 gr.
Agua.....	350 gr.

Bota que aplicada de los dedos de los

pies hasta la rodilla, cubre una extensa área, constituyendo un eficaz tratamiento en las úlceras que no han cedido a otros medios.

En defecto de una Bota de Unna, en el Hospital General se ha venido usando con éxito la bota simple de yeso, previa curación y aplicación en la úlcera de fármacos que ayuden a la revitalización de los tejidos lesionados.

También se colocan suficientes curaciones en la región de la úlcera para proteger la zona afectada y la colocación de guata para luego colocar la bota de yeso desde los dedos de los pies hasta la rodilla, dejándose en su lugar por 15 días más o menos.

9. Simpatectomía. En el tratamiento de las úlceras de miembro s inferiores se ha utilizado con éxito la simpatectomía, por la acción bloqueadora que este procedimiento ejerce en la región donde se encuentra ubicada una úlcera recalcitrante a otros tratamientos.

Esto ya implica una cuidadosa técnica quirúrgica pero de muchos éxitos como lo demuestran el número de casos que con esta técnica han sido dados de alta satisfactoriamente de la Sala de Dermatología de Hombres del Hospital General.

* ESTERANABOL (TROFODERMIN): Fármaco que ayuda a la revitalización de los tejidos lesionados con tendencia a la desaparición de la úlcera y la reepitelización subsecuente.

** BUTIL SIMPATOL (VASCULAT): Fármaco con pro

iedades vasodilatadoras que actúan en forma directa sobre la pared muscular de arteriolas, eliminando o reduciendo la vasoconstricción. También se ha consignado su influencia en la apertura de anastomosis arteriovenosas con el incremento del flujo sanguíneo periférico.



VIII ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS Y RESULTADOS

Para que nos demos cuenta del tipo de pacientes que en 1977, estuvieron hospitalizados por problemas de úlceras en miembros inferiores, expongo a continuación la OCUPACION de cada uno de ellos:

Agricultor	8
Sin trabajo	5
Comisionista	1
Radioperador	1
Panificador	1
Ayudante Albañil	1
Talabartero	1
Guardián	1
Gasolinero	1
Carretero	1
Cocinero	1
Lustrador	1

Aspecto que nos indica cual es la situación económica y social de las personas que fueron atendidas en 1977 por Ulceras en Miembros Inferiores en el Hospital General.

También llamó mi atención el número de pacientes que en su historia refirieron problemas de ABANDONO Y DESNUTRICION, situación íntimamente relacionada con las condiciones económicas y de trabajo, mencionadas anteriormente.

7 personas refirieron vivir en precarias condi -

ciones (ABANDONO),

6 personas presentaron signos de Desnutrición Crónica del Adulto.

En cuanto a la EDAD de los pacientes, la menor fue de 17 años y la mayor de 88. Constituyendo las edades más significativas, según el estudio realizado las comprendidas entre:

20 a 30 años.....	5 casos
31 a 40 años.....	2 casos
41 a 50 años.....	2 casos
51 a 60 años.....	3 casos
61 a 70 años.....	5 casos
71 a 80 años.....	4 casos

Siendo el mayor número entre las edades comprendidas entre los 61 a los 80 años, con una excepción entre los comprendidos entre los 20 a 30 años, que en el estudio arrojan un total de 5 casos.

En lo que a la PROCEDENCIA de los pacientes se refiere, obtuve los siguientes datos:

Originarios y residentes en esta capital.	6 casos
Originarios del interior del país y residentes desde hace algún tiempo en esta capital.....	6 casos
Procedentes del interior del país.....	10 casos

La totalidad de estos últimos proceden de lugares de clima cálido, como Suchitepéquez, Escuintla, Izabal, Zacapa y Malacatán, departamento de San Mar-

cos. Lo que me hace pensar en la incidencia del cuadro en lugares de clima caliente.

Refiriéndome al tiempo de evolución de la enfermedad, expresado por los pacientes, pude obtener los siguientes datos:

Menos de un mes de evolución	3 casos
De uno a cinco meses de evolución	4 casos
De seis meses a 1 año de evolución	1 caso
De 1 año a 2 años de evolución	8 casos
De 2 años y más de evolución	5 casos

Lo que viene a confirmar lo crónico de los casos que consultaron y fueron tratados.

Si hacemos una relación del tiempo de evolución, y el tiempo que estuvieron hospitalizados, vemos que solo un paciente estuvo un año con 7 meses hospitalizado, pero se trata de un paciente anciano con desnutrición crónica, con ingresos anteriores a la sala, antecedentes de osteomielitis y problemas vasculares, sin dejar de mencionar su baja condición familiar (social) y económica, pues carecía de familiares cercanos. Se le solicitó traslado al asilo de ancianos y fue enviado por el Servicio Social a la Antigua Guatemala.

Los demás pacientes estudiados tardaron hospitalizados como máximo 5 meses, lo que viene a confirmarnos la atención médica y paramédica que se les dispensa a estos pacientes, no obstante las lamentables condiciones en que son recibidos en el servicio.

En lo que a ETIOLOGIA se refiere, tenemos:

Problemas de Insuficiencia Venosa.....6 casos
 Post traumáticos.....7 casos
 Por piquetes o mordeduras.....2 casos
 Por ectima.....2 casos
 Por trauma asociado a diabetes.....1 caso
 (resistente a Tx).

Llamó mi atención en este renglón que en los casos de insuficiencia venosa que sumaron un total de 6 casos hay asociada una referencia de traumatismo y que en los casos por traumatismo referido que sumaron un total de 7, hay una referencia de problemas de retorno venoso.

De los casos revisados hay uno por traumatismo asociado a Diabetes Mellitus, que resultó resistente al tratamiento, por lo que se hicieron las consultas y estudios necesarios, llegándose a la conclusión de que era necesario su traslado a cirugía donde continuó su tratamiento bajo otro enfoque médico.

En lo que a MEDICAMENTOS utilizados en el tratamiento de estos pacientes, me enteré que la curación diaria con Dakin ocupa lugar de importancia y es que, como he dejado anotado en otra parte del trabajo, es evidente el descuido y abandono en que viven muchos de estos pacientes.

La Bota de Yeso con Varisex u otros fármacos, que permiten una pronta revitalización de los tejidos es otro tratamiento eficaz, principalmente en aquellos casos que se han tornado difíciles al tratamiento. Los Vasodilatadores tipo Complamina y Butil Simpatol (Vasculat), fueron usados en casos en que hubo compro-

so circulatorio con buenos resultados.

Los antibióticos fueron usados en aquellos casos en que se comprobó proceso infeccioso secundario o en aquellos en que su uso era impostergable como en osteomielitis o en infecciones post-operatorias, específicamente en injertos que se practicaron.

Así se usó por vía oral tetraciclina 250 mg P O cada 6 horas, Linconcín una tableta Po cada 8 horas, penicilina procaína 800,000 unidades IM cada 12 o cada 24 horas según el caso. Tópicamente se usaron trofo-dermin, cicolagen, lienzos de permanganato de potasio

Haciendo ver que estos medicamentos se dieron combinados y no solo uno en particular, en cualquiera de los casos, según las necesidades.

Por ejemplo, se usaron antibióticos en procesos infecciosos, vasodilatadores en problemas de insuficiencia circulatoria, asociados a otros medicamentos específicos para cada caso.

En cuanto a tratamientos quirúrgicos, ocupan lugar especial los injertos que en la revisión de casos suman un total de dos, los que con los cuidados necesarios y el control de procesos infecciosos post-operatorios, se resolvieron favorablemente.

También se reportaron dos safenectomías y una simpatectomía que llevaron a los pacientes a una buena evolución de su enfermedad.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Safenectomías2 casos
Simpatectomías1 caso
Injertos2 casos

Algo importante que me hace falta mencionar es la LOCALIZACION MAS FRECUENTE en los casos revisados. Obtuve los siguientes datos en orden de importancia:

Región maleolar izquierda 8 casos
Región maleolar derecha2 casos
Pierna izquierda4 casos
Pierna derecha2 casos

Coincidiendo en que el miembro más afectado es el izquierdo, específicamente en la región maleolar.

CONDICIONES DE EGRESO

De los 23 casos investigados:

1 pidió salida.

3 fueron trasladados a cirugía para estudios y tratamientos especializados.

19 casos curados.

De lo que se infiere la efectividad del tratamiento ofrecido a estos pacientes, esperando que su reincorporación a la familia haya sido un aliciente para cada uno de sus miembros.



IX CONCLUSIONES

1. Que la mayoría de pacientes hospitalizados proceden del interior del país.
2. Que estos pacientes son de estratos y condiciones socio-económicas bajas por lo que es lógico relacionar su entidad patológica con la desnutrición y deficiencias vitamínicas.
3. Gran incidencia de problemas de retorno venoso, unidos a traumatismos en regiones enfermas.
4. Personas con grandes problemas socio-económicos. Muchos sin parientes cercanos que los ayuden a una efectiva reincorporación a la sociedad.
5. Hay una gran incidencia del cuadro en personas mayores de 45 años.
6. Que un gran número de pacientes proceden de las zonas cálidas de la República. Entre ellas: Suchitepéquez, Escuintla, Izabal, Zacapa y Malacatán, departamento de San Marcos.
7. Que la mayoría de pacientes no trabajan desde hace algún tiempo, lo que demuestra la incapacidad que la lesión produce en muchos de los que la padecen.
8. Esta incapacidad para el trabajo crea un círculo vicioso que contribuye en algunos casos a la recidiva del cuadro, creándose una lesión crónica, que complica el estado de salud y la situación general del paciente.

COMPROBACION O RECHAZO DE LAS HIPOTESIS

HIPOTESIS NUMERO UNO:

Vemos que si se comprueba en el estudio realizado, ya que un total de siete pacientes manifestaron y dieron muestras a su ingreso de vivir prácticamente en el abandono, en condiciones antihigiénicas y otros tantos presentaron signos de Desnutrición Crónica del Adulto, condición que nos hace pensar en el medio ambiente del cual provienen.

HIPOTESIS NUMERO DOS:

Si tomamos en cuenta el número de meses o años que los pacientes estuvieron hospitalizados, puedo afirmar que esta hipótesis también se cumple.

No obstante que se reporta solo un paciente que estuvo más de un año hospitalizado; los otros no pasaron de los cinco meses. Tomándose realmente un tiempo de encamamiento largo el hecho de ocupar una cama de hospital por más de 4 meses. A esto se suman los reingresos que causan algunos de estos pacientes, que solo se descuidan o se causan una lesión o golpe para que la úlcera vuelva a aparecer y ellos de nuevo acuden al hospital para su curación.

HIPOTESIS NUMERO TRES:

En 1977 no hubo un mes en que no ingresara a la Dermatología de Hombres un paciente con úlcera.

Hubo meses, según consta en el libro de ingresos en que ingresaron dos, tres y hasta cuatro pacientes por un caso de cualquiera otra entidad dermatológica.

Lo que me demuestra que en 1977, se atendieron más pacientes con úlceras que con otras entidades dermatológicas.

HIPOTESIS NUMERO CUATRO:

Si al mal estado nutricional y de higiene sumamos otros males, quizás no tratados convenientemente o no consultados hasta la hora de su ingreso, estaremos de acuerdo en afirmar y en pensar que efectivamente las personas de escasos recursos socio-económicos son las que están más predispuestas a padecer de úlceras en las piernas.

X BIBLIOGRAFIA

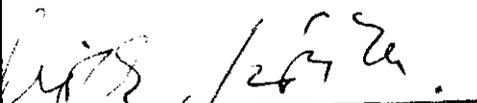
1. Soto, Haroldo . Complejo Vascular Cutáneo de Pierna. Sociedad de Dermatología de Guatemala. Documento sin publicar, 14 pp.
2. Castillo Barahona, Manuel. Estudio de las Ulceras Simples de las Piernas en Guatemala. Tesis-Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. 1919. 63 pp.
3. Sagastume V., Adrián; Berríos C., Antonio; González A., Hugo. Tratamiento de Pseudo-Artrósis con Butil Simpatol. VII Congreso Centroamericano de Ortopedia y Traumatología. SOLCAP-Panamá. Diciembre 1971. 8 pp.
4. Litter, Manuel. Farmacología. Librería El Ateneo, 4a. Edición. 1970. 1839 pp.
5. TROFODERMIN. Resumen Iconográfico. Farmitalia de México.



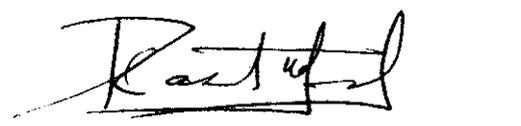

Dr. Roberto Augusto López Milangos


Arturo García Valdéz


Revisor
Dr. Jorge Palma Moya


Director de Fase III
Dr. Raúl A. Castillo R.


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo