UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COMPLEJO VASCULO CUTANEO DE MIEMBROS INFERIORES

ELIZABETH RODRIGUEZ MORALES

GUATEMALA, JULIO DE 1980

PLAN DE TESIS

I. *INTRODUCCION*

II. *ANTECEDENTES*

III. *OBJETIVOS*

IV. *HIPOTESIS*

V. *MATERIAL Y METODOS*

VI. *REVISION DE LITERATURA*

VII. *PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS*

VIII. *CONCLUSIONES*

IX. *RECOMENDACIONES*

X. *BIBLIOGRAFIA*

I. INTRODUCCION

El padecer una enfermedad rompe el equilibrio de tranquilidad que una persona goza; asociado con las molestias y gastos que trastornan la economía del mismo. Muchas enfermedades empiezan en forma asintomática, sordas, pero van en forma progresiva y al transcurrir el tiempo son un verdadero problema llevando muchas veces a la incapacidad de la persona.

El COMPLEJO VASCULO CUTANEO de miembros inferiores en nuestro medio, es uno de estos problemas médicos con repercusión tanto económica como psicológica. Se ven pacientes consultar a las Emergencias, Consultas Externas, hospitalizados en salas de Medicina, Cirugía o Dermatología recibiendo tratamiento, muchas veces en forma diferente con el fin de conseguir el alivio deseado; pero, por lo general éstos son de tipo paliativo y se limitan a largos y prolongados reposos en cama que les impiden poder trabajar libremente, menguando con ésto sus ingresos, lo que repercute en la familia; resultando muchas veces en una carga económica y por ende tienen problemas de orden sentimental. Muchas veces es necesario llegar a amputar a efecto de poner fin al problema sin llegar a tomar en cuenta el impacto psicológico que repercutirá en la persona afectada.

Se requiere una atención adecuada y saber manejar desde un principio este tipo de pacientes, darles tratamiento y recomendaciones; ésto es lo que se pretende en el presente trabajo.

II. ANTECEDENTES

Pese a que hay algunos antecedentes de trabajos electivos y ocasionalmente se discute en los hospitales el ma de pacientes con problema de COMPLEJO VASCULO CUTA de miembros inferiores, no hay ningún trabajo similar hech Guatemala, no obstante ser la literatura mundial bastante am

En el presente estudio se revisó bibliografía en la Fac de Medicina, así como en la biblioteca del I.N.C.A.P. el I Médico, el tesario de la USAC, y además seguimiento pacientes hospitalizados en el Hospital General San Juan de observándose que en uno u otro servicio los tratan en fo diferente no teniendo un esquema de tratamiento al respecto.

III. OBJETIVOS

- *Establecer un método de tratamiento en el manejo de pacientes con problema de COMPLEJO VASCULO CUTANEO de pierna, poniéndose en evidencia la importancia que tiene el tratar la enfermedad en su "Período Inicial" siendo ésta la obra a desempeñar por todos los médicos.*

- *Poner en evidencia los problemas de manejo de estos pacientes en la etapa crónica, en los distintos servicios a los cuales acuden para su tratamiento.*

- *Ayudar a encontrar el tratamiento adecuado más efectivo para este tipo de pacientes y así reducir el número de personas que llegan a el período crónico cuando ya muchas veces sólo la amputación es el tratamiento que se les puede ofrecer, y así reducir su número.*

- *Disminuir en forma mínima si es posible, la serie de problemas psicológicos, culturales y socioeconómicos que este cuadro conlleva, encontrando el tratamiento más efectivo.*

- *Hacer una comparación entre el tratamiento Médico Dermatológico, con el tratamiento Quirúrgico, y establecer cuál es más efectivo, dependiendo si el cuadro es crónico o agudo.*

IV. HIPOTESIS

1.- *El Complejo Cutáneo Vascular de Miembros Inferiores es únicamente un problema Dermatológico, por lo cual su tratamiento se concreta a uso de cremas, pomadas, etc. que es lo que este tipo de especialista se limita a prescribir.*

2.- *El Complejo Vásculo Cutáneo de Miembros Inferiores es un problema eminentemente quirúrgico, y es éste el tratamiento más efectivo.*

3.- *El Complejo Vásculo Cutáneo es un problema que necesita tanto de tratamiento Médico-Dermatológico, como de tratamiento Quirúrgico dependiendo de la etapa en que se encuentre al consultar.*

4.- *A largo plazo tarde o temprano todo paciente terminará incapacitado o requerirá amputación.*

V. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

1.- *Historias Clínicas elaboradas de 1976-1980 (hasta el mes de Marzo) sobre Complejo Cutáneo Vascular.*

2.- *Número de casos actualmente requiriendo tratamiento quirúrgico - dermatológico, en consulta externa.*

3.- *Número de pacientes que han sido tratados hospitalariamente en la unidad de Dermatología y Cirugía durante los meses de Agosto a Diciembre de 1979 y los meses de Enero a Marzo de el año en curso.*

METODOS:

Se usará el método científico y el método deductivo para la realización de este trabajo.

VI. REVISION DE LITERATURA

COMPLEJO VASCULO CUTANEO DE PIERNAS

Se debe a una alteración del flujo venoso que condiciona la alteración local de la fisiología y nutrición tisulares, este cuadro nosológico está constituído por 4 factores:

1.- *alteraciones vasculares*
2.- *alteraciones nutricionales*
3.- *alteraciones infecciosas*
4.- *reacción cutánea*

FISIOPATOLOGIA:

Al recordar el sistema venoso de nuestras extremidades inferiores podemos decir que básicamente está constituído por un sistema venoso profundo, al cual pertenecen las venas tibiales posteriores, anteriores, popliteas y femorales, y un sistema venoso superficial, al que pertenecen, la vena safena interna y la vena safena externa; además existen venas anastomóticas que comunican tanto el sistema profundo como el superficial, al que llamaremos sistema comunicante.

MECANISMO DE LA CIRCULACION DE RETORNO:

Tenemos varios tipos de mecanismos que permiten la circulación de retorno de la sangre venosa hacia el corazón. Citaremos:

1.- *la vis-atergo*
2.- *el corazón periférico*
3.- *la esponja plantar*
4.- *el sistema valvular*
5.- *el tipo de paredes venosas*

6.- *la textura de los endotelios vasculares*

Entre los factores mencionados están en primer término las fallas valvulares, por ausencia o bien porque se vencieron por el paso del tiempo, lo que permitirá que la columna sanguínea descanse directamente en las paredes venosas y las dilate, retardando la circulación, disminuyendo la respiración y nutrición de los tejidos irrigados y ocasionando el establecimiento de trombos y de infecciones. El PH disminuye las proteínas se desnaturalizan y los capilares se rompen, causando pequeñas infecciones, de aspecto petequial que pueden durar 20 años o más acumulándose progresivamente las lesiones hasta darle la característica OCRE a las regiones afectadas.

El aumento de peso, la bipedestación estática en algunas profesiones como el cirujano, el tendero, el peluquero y otras no hacen funcionar la esponja plantar, permitiendo el éstasis venoso y el aumento de la presión a este nivel.

La herencia es un factor de incalculable valor en cuanto al número, fortaleza, disposición y seguridad en la oclusión de las válvulas para detener el reflujo venoso ocasionado por la acción de la gravedad. El embarazo, la obesidad y la vida sedentaria también juegan un papel importante en este cuadro clínico, la genética tiene un papel preponderante por la existencia de un número no determinado de comunicantes venosas entre los dos sistemas venosos, el profundo y el superficial que en ocasiones favorece que la circulación se haga en sentido periférico, lo que provoca la dilatación de la safena, con retardo circulatorio venoso. Todo este sistema repercute sobre las delgadas paredes venosas que se dilatan y favorecen por lo tanto la existencia de turbulencia, retardos o bien reflujos en la sangre que circula con el centro de la vena con probable adherencia plaquetaria, formación de trombos e infección secundaria a la tromboflebitis. Este estado es progresivo y puede durar muchísimos años (20) como son por ejemplo determinados polipéptidos no presentes en

condiciones normales, que disminuirán el PH de los tejidos favoreciendo su gelificación.

Además se ha señalado la presencia de histonas, histamina, serotonina y otras substancias que favorecen la inflamación como son la quinina, y que permiten un aumento de la permeabilidad capilar provocando el edema que a su vez dificulta cada vez más, la circulación a este nivel.

Si los capilares se rompen y salen elementos formes y plasma con todos sus componentes, habrá alteraciones cuantitativas y cualitativas de los tejidos, la respiración se ve dificultada por el mismo trastorno en el retardo circulatorio, donde además se ha podido observar obstrucción de los pequeños vasos. A toda esta situación se puede añadir un pequeño, o bien un gran traumatismo sobre el área maléolar donde se ha sufrido el daño descrito anteriormente, formando entonces la ulceración con pérdida tisular, la cual irá creciendo en forma progresiva si el paciente no es atendido; y ésto conlleva incapacidades que implican un grave problema psicológico para el paciente incapacitado que a su vez pasa a ser una carga económica para su familia o bien un problema importante para las instituciones de seguridad social.

CUADRO CLINICO:

Lo forman un conjunto de síndromes y síntomas que asientan en una o en ambas piernas, que alteran los tejidos blandos, los vasos y los planos profundos, y que no son debidas a causas específicas, infecciosas, parasitarias o de otro orígen.

Otros términos con los que se le denomina son: Ulcera de la pierna, Ulcera hipostática, Dermatitis hipostática o por éstasis. Se manifiesta principalmente por pigmentación (hemosiderosis) edema y varicosidades, luego se produce induración (fibrosis) e inflamación que puede cursar con o sin úlceras y cicatrices o no.

La zona afectada con mayor frecuencia es: los dos tercios inferiores de la pierna, por encima del maléolo interno y la pierna más afectada es la Izquierda y con más frecuencia en Mujeres que en Hombres. Una tercera parte de los pacientes presentan una historia definida de flebitis profunda en el miembro lesionado en relación con embarazos, intervenciones quirúrgicas con episodios previos de aumento de la presión intraabdominal.

La hiperpigmentación se presenta casi siempre pronto y resulta del depósito de hemosiderina liberada en la ruptura de pequeñas vénulas, manifestándose por un área pequeña de manchas de color marrón claro (ocre), que crece lentamente; al progresar la afección la placa se obscurece pudiendo cubrir una extensa zona de la pierna con manchas más pálidas en la periferia. Hay prurito, lo que causa rascado y la aparición de trastornos secundarios, con engrosamiento del área afectada y formación de escamas, vesículas y exudado; y se añade a ésto un tratamiento inadecuado causa una dermatitis por contacto que se puede infectar y agravar la lesión.

Con várices o no, uno de los síntomas que podemos observar es el edema, que es blando no doloroso, vespertino, unilateral y acompañado de sensación de pesantez o de pie cargado, el edema constituye una manifestación fundamental de insuficiencia venosa que causa alteraciones progresivas al interferir mecánicamente un estado circulatorio local previamente alterado. Se ha visto la presencia de várices en más del 75o/o de los pacientes, las que pueden ser de origen: Congénito o adquirido y debido a una tromboflebitis o a una comunicación arteriovenosa. El edema crónico produce finalmente fibrosis que se manifiesta por induración de los tejidos, lo que puede causar una celulitis crónica indurada, y cada episodio de celulitis aumenta la fibrosis y los trastornos de nutrición local de los tejidos.

Puede haber zonas escleróticas blanquecinas y deprimidas lo que corresponde a una dermatosclerosis, este ataque de celulitis

puede dar lugar a una ulceración que puede cicatrizar o progresar formando una lesión más profunda de bordes irregulares, blandos, rodeados de piel esclerosa pigmentada, esta situación da a nivel de los maléolos, puede ser única o múltiple, sus bordes pueden ser netos e irregulares, gruesos, elevados hiperqueratósicos pero siempre bien definidos.

El fondo puede ser de aspecto necrótico con un exudado fétido, sangrante, supurante o por el contrario, seco, duro, calloso o de aspecto átono. La profundidad también es variable, pudiendo llegar hasta planos profundos, tendones, músculos y huesos. Generalmente son dolorosas aunque el dolor no está en relación con el tamaño de la úlcera, el aspecto de la úlcera es útil para establecer el pronóstico y para desarrollar el tratamiento. Así el aspecto mamelonado, inflamatorio, sangrante o de aspecto agudo es de buen agurio, en cambio la presencia de pseudomembranas amarillentas, duras, fibrosas adherentes o con placas de necrosis, rodeadas de una zona inflamatoria o supurada es de pronóstico malo: La presencia de exudado purulento, fétido y abundante, es inicio de seria infección. La ulceración puede desarrollarse rápidamente, pero más a menudo se presenta después de varios años de dermatitis por éstasis y puede aparecer en el sitio de la vasculitis localizada y con la apariencia trófica no muy inflamatoria. La piel que rodea la úlcera siempre está afectada en diverso grado: leves y superficiales lesiones de dermoepidermitis eczematosa y de capilaritis, o con lesiones profundas dermohipodérmicas o hipodermitis que hace aparecer la piel de aspecto rosa erisipeloide, pastosa, edematosa, dolorosa y de origen infeccioso, o con verdadera erisipela cuya causa siempre es estreptocóccica y se acompaña de adenopatías inguinales o puede ser una hipodermitis subaguda con predominio de alteraciones vasculares y bajo la forma de placas difusas o esclero-atróficas.

El cuadro puede llegar a producir una elefantiasis de la pierna o el pié, más frecuentemente en los obesos. Puede aparecer también la piodermitis verrugosa vegetante la cual es favorecida

por la infección, apareciendo zonas de aspecto verrugoso y vegetante, con supuración muy fétida. La evolución es variable y crónica con contínuas recaídas y la dermatitis por contacto causa complicaciones frecuentes, se producen cicatrizaciones descrónicas, descamación y pigmentación que son muy persistentes y residuales.

TRATAMIENTO:

Este debe perseguir la normalización fisiológica local de los tejidos y la corrección de factores superpuestos, como la infección o dermatitis por contacto. El pronóstico depende de:

1.- *El tiempo de evolución de la enfermedad en el momento de consulta.*
2.- *De la capacidad y deseo de colaboración del paciente.*
3.- *Y de la capacidad y experiencia del médico tratante.*

Un aspecto muy importante es la prevención de tromboflebitis iliofemorales la cual reduce sensiblemente la incidencia de las dermatitis de éstasis, este campo pertenece a la cirugía, la obstetricia y la medicina interna. El levantar precozmente al enfermo contribuye en gran manera a la disminución de la incidencia de este tipo de trastornos. Siendo también de la mayor importancia eliminar los demás factores predisponentes.

Como normas generales, la terapéutica inicial se ajustará a las siguientes indicaciones:

A.) *Reposo en cama absoluto y de acuerdo a la severidad del padecimiento, en dicho reposo la parte distal de la extremidad se colocará más alta que la proximal, se elevan 20 grados para facilitar el retorno venoso y minimizar el edema. No se permite andar a los pacientes hasta que el dolor y la hipersensibilidad han desaparecido (por lo común 3-5 días).*

B.) *Se suprimirán todos los medicamentos tópicos que frecuentemente son numerosos y agresivos, los cuales contribuyen al empeoramiento, por la dermatitis de contacto que desencadenan.*

C.) *De inmediato usar medicamentos antibacterianos, para combatir los factores infecciosos: celulitis, capilaritis, venulitis, arteriolitis. Se prescribirá un antibiótico de amplio espectro quimioterápico, como las sulfas, pero siempre por vía sistémica, ésto sólo en caso de existir proceso infeccioso agregado.*

D.) *Tópicamente sólo se recomienda aseo con agua y jabón o con agua sulfatada (de alibour), o con solución de nitrato de plata al 0.50o/o; curación mañana y noche cubriendo la úlcera con gasa estéril o con organdí y encima gasa simple.*

E.) *Puede ser necesario modificar los hábitos del paciente, incluso su ocupación, con el fin de evitar la permanencia de pié por un tiempo prolongado.*

F.) *En el estado exudativo agudo se recomiendan compresas húmedas frías, aplicadas cada 3 ó 4 horas, durante 20 minutos. En la mayor parte de los casos puede usarse alguna de estas soluciones:*
   1.- *Solución salina isotónica 0.9o/o*
   2.- *Agua de Burow (1/32 ó 1/16).*

G.) *En los estados subagudos o crónicos: Pueden utilizarse alternativamente las cremas de corticosteroides con las compresas húmedas, suprimiéndolas posteriormente al ir mejorando las lesiones.*

H.) *Una vez haya desaparecido el edema, se aplicará un vendaje compresivo en la pierna diariamente antes de levantarse. Existen distintos métodos de tratamiento compresivo, con sus particulares ventajas y utilizados con éxito por quienes conocen su aplicación correcta. El vendaje "ACE con Spandex" parece ofrecer ciertas ventajas; en tiempo caluroso se tolera mejor el tipo de algodón, el vendaje debe ser colocado suavemente sin que se formen pliegues. Se empieza en la base de los dedos y se llega hasta la rodilla avanzando en cada vuelta la mitad de la anchura de la venda; algunos autores recomiendan que el vendaje llegue hasta la parte inferior del muslo, aunque ésto es difícil de realizar y raramente se cumple. Las vendas deben lavarse con frecuencia, por lo cual se necesitan varias, y es conveniente renovarlas cuando empiezan a perder su elasticidad. En ciertas ocasiones puede no ser aconsejable el empleo del vendaje elástico; por ejemplo: cuando el paciente carece de la suficiente habilidad para aplicarlo o no coopera como debe ser, y es entonces cuando la bota de UNNA es un excelente sustituto, si el médico la aplica de modo apropiado asegura un soporte adecuado y facilita la inspección periódica que será de preferencia semanal. Antes de iniciarse este tratamiento debe suprimirse la infección. Si se sabe cómo aplicarlo, un vendaje de yeso tiene la misma utilidad, y se deja durante un mes o incluso dos si es necesario.*

I.) *Cuando la úlcera es grande, circundada por piel cicatrizal con tejido fibroso, sin tendencia a la cicatrización, da buen resultado la aplicación de injertos dérmicos.*

J.) *Tratamiento Quirúrgico: Se han utilizado métodos como la trombectomía iliofemoral, la safectomía y la simpatectomía lumbar, siendo ésta última la de mayor utilidad, y de mejores resultados.*

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisó historias clínicas desde el año de 1976 hasta el mes de Marzo de 1980 inclusive, todas con trastornos de úlceras de miembros inferiores secundarias a problema de COMPLEJO VASCULO CUTANEO DE PIERNA de evolución crónica, con múltiples ingresos y se observó que realmente fueron 46 pacientes los que consultaron por primera vez, pero en total se trataron 71 pacientes durante el período, tomando en cuenta los reingresos.

Todos los pacientes tenían diagnóstico de úlcera por éstasis, y todos correspondieron al sexo MASCULINO, ya que fue en los servicios de Cirugía y Dermatología de Hombres en donde se realizó el estudio.

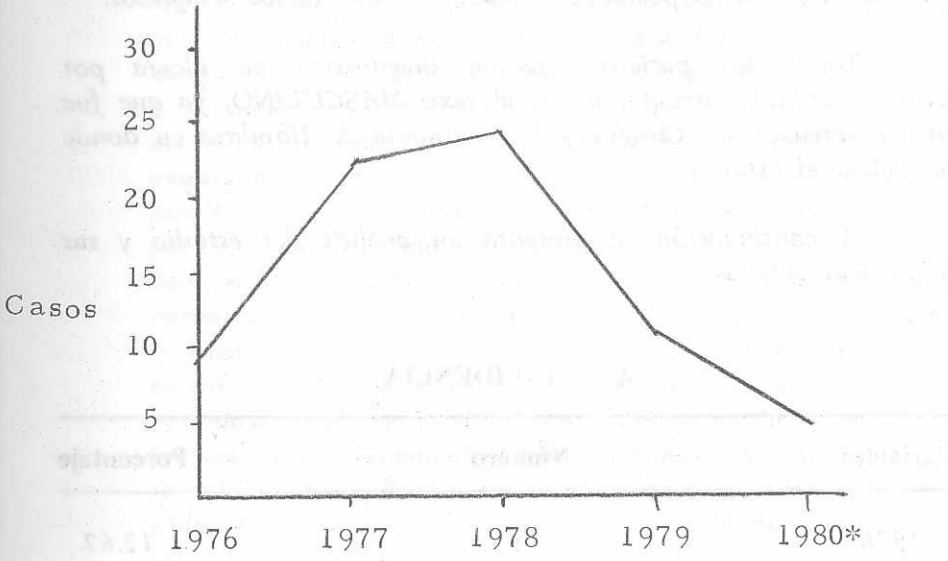
A continuación se presenta un análisis del estudio y sus respectivas gráficas.

A: INCIDENCIA

Variables	Número	Porcentaje
1976	9	12.67
1977	22	30.98
1978	24	33.80
1979	11	15.49
1980	5	7.04

GRAFICA No. 1

Distribución gráfica de los pacientes atendidos de 1976-1980 con Complejo Cutáneo Vascular, en el Hospital General San Juan de Dios



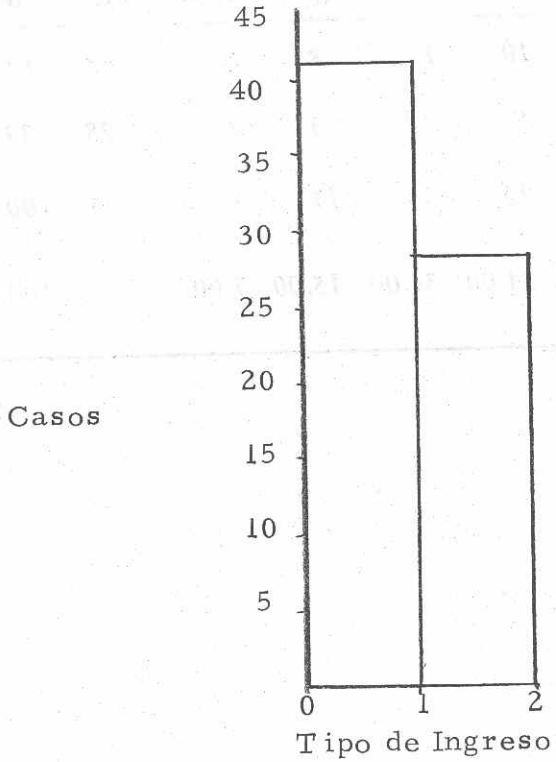
1980* Sólo se tomó en cuenta el primer trimestre del año.

GRAFICA No. 2

Distribución gráfica de pacientes atendidos de 1976-1980, de acuerdo al número de ingresos

1= Primer Ingreso 61%

2= re-ingreso 39%



CUADRO No. 1

Número y distribución de los pacientes con COMPLEJO CUTANEO VASCULAR presentados durante 1976-1980 (Marzo) en el Hospital General San Juan de Dios, de acuerdo al tipo de Consulta

Consultas Años	1976	1977	1978	1979	1980	Total	o/o
Primer Ingreso	*5*	*10*	*17*	*8*	*3*	*43*	*61.00*
Re-Ingreso	*4*	*12*	*7*	*3*	*2*	*28*	*39.00*
Total	*9*	*22*	*24*	*11*	*5*	*71*	*100.00*
Porcentaje	*13.00*	*31.00*	*34.00*	*15.00*	*7.00*		*100.00*

Como se puede observar, la incidencia ha sido muy variable durante el período estudiado, encontrándose el mayor número de pacientes durante el año de 1978 con un total de 24 casos lo que corresponde a un 33.80o/o y el menor número de pacientes durante el año de 1976 con un total de 9 casos, equivalente a un 12.67o/o. No se tomó el año 1980 como el de menor incidencia ya que no es un año completo, pero se puede observar en la gráfica No. 1 como si durante este período hubiera disminuído el número de casos que se atendieron lo que se debe a que sólo se tomó en cuenta el primer trimestre de 1980 en el estudio y se puede pensar que si en 3 meses se han manejado 5 pacientes, en lo que resta del año es posible que dicha incidencia llegue a alcanzar los porcentajes de años como 1978.

Se puede observar en la gráfica No. 2 que el número de primeros ingresos fue mayor al número de reingresos no obstante ser una enfermedad que recidiva varias veces ya sea por mal manejo, descuido o por el tipo de trabajo (oficios en los cuales el paciente permanece la mayor parte del tiempo de pie), encontrándose un 61.00o/o en primeros ingresos el cual bajó a 39.00o/o en los reingresos.

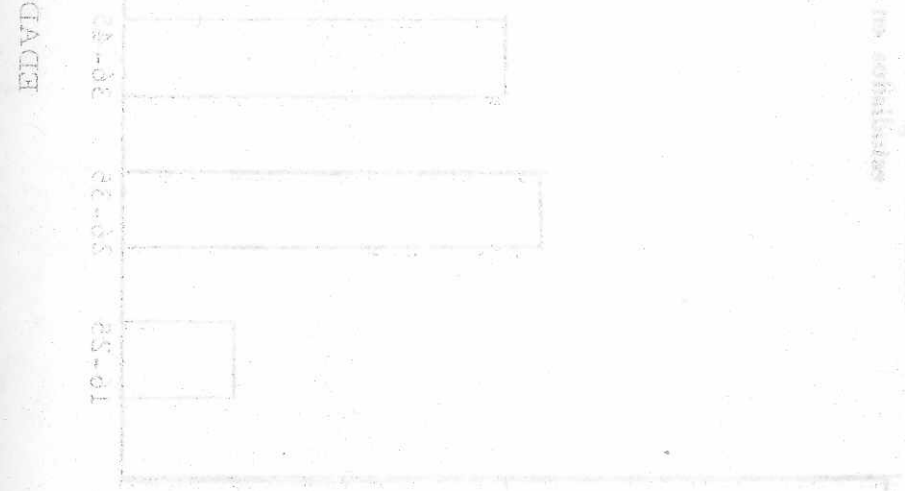
B: EDAD

Variables	Número	Porcentaje
16-25 años	3	4.22
26-35 años	11	15.49
36-45 años	10	14.08
46-55 años	8	11.26
56-65 años	17	24.00
66-75 años	11	15.49
76-85 años	11	15.49

Respecto a las edades se puede observar que oscila entre los 16 a los 85 años, encontrándose el mayor número de pacientes afectados entre las edades de 56-65 años con un total de 17 pacientes equivalente a un 24.00o/o, siguiéndole en orden de frecuencia la cantidad de 11 pacientes la cual se encuentra en 3 grupos de edades (ver cuadro No. 2), haciendo un total de 33 casos equivalente a un 46.47o/o.

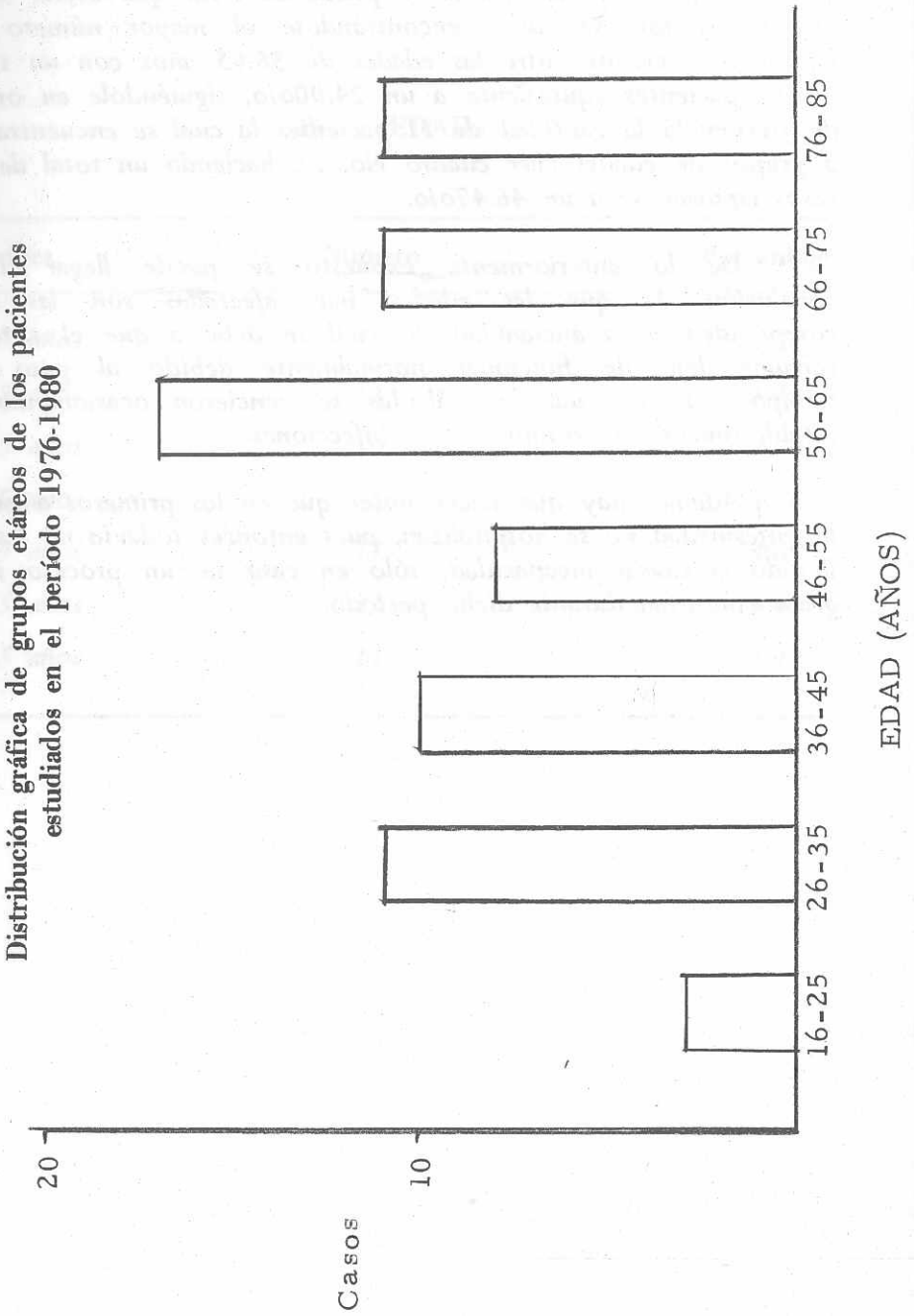
De lo anteriormente expuesto se puede llegar a la conclusión de que las edades más afectadas son las que comprenden a la ancianidad, lo cual se debe a que el sistema valvular dejó de funcionar normalmente debido al paso del tiempo, por lo cual las válvulas se vencieron ocasionando el establecimiento de trombos y de infecciones.

Además hay que hacer notar que en los primeros años de le enfermedad no se hospitalizan, pues entonces todavía no les ha llegado a causar incapacidad, sólo en caso de un proceso muy grave consultan durante dicho período.



GRAFICA No. 3

Distribución gráfica de grupos etáreos de los pacientes estudiados en el período 1976-1980



CUADRO No. 2

Distribución de grupos etáreos de los pacientes estudiados en el período 1976-1980 en el Hospital General San Juan de Dios

Edad Años	1976	1977	1978	1979	1980	Total	o/o
16 - 25	*0*	*0*	*3*	*0*	*0*	*3*	*4.22*
26 - 35	*1*	*5*	*4*	*1*	*0*	*11*	*15.49*
36 - 45	*0*	*4*	*2*	*4*	*0*	*10*	*14.08*
46 - 55	*2*	*3*	*1*	*1*	*1*	*8*	*11.26*
56 - 65	*5*	*4*	*5*	*3*	*0*	*17*	*24.00*
66 - 75	*0*	*4*	*5*	*0*	*2*	*11*	*15.49*
76 - 85	*1*	*2*	*4*	*2*	*2*	*11*	*15.49*
Total	*9*	*22*	*24*	*11*	*5*	*71*	*100.00*

C: REGION AFECTADA

Variables	M.I.I.	o/o	M.I.D.	o/o	Total	o/o
1976	*4*	*8.59*	*5*	*20.00*	*9*	*12.67*
1977	*16*	*34.78*	*6*	*24.00*	*22*	*30.98*
1978	*15*	*32.60*	*9*	*36.00*	*24*	*33.80*
1979	*7*	*15.21*	*4*	*16.00*	*11*	*15.49*
1980	*4*	*8.69*	*1*	*4.00*	*5*	*7.04*

Respecto a la región más afectada, es el miembro inferior IZQUIERDO, con un total de 46 pacientes lo que equivale a un 64.78o/o contra un total de 25 casos con el miembro inferior derecho que hace un 35.21o/o.

De lo expuesto anteriormente se puede decir que en Guatemala al igual que en otros países el miembro más afectado es el IZQUIERDO, como dice la literatura mundial.

Refiere la literatura mundial que es más frecuente en personas del sexo FEMENINO, pero en este trabajo no se puede hacer una comparación ya que el estudio se realizó sólo en servicios de hombres, pero es posible que si se hubiera hecho en mujeres estos porcentajes hubieran aumentado en relación con el sexo masculino.

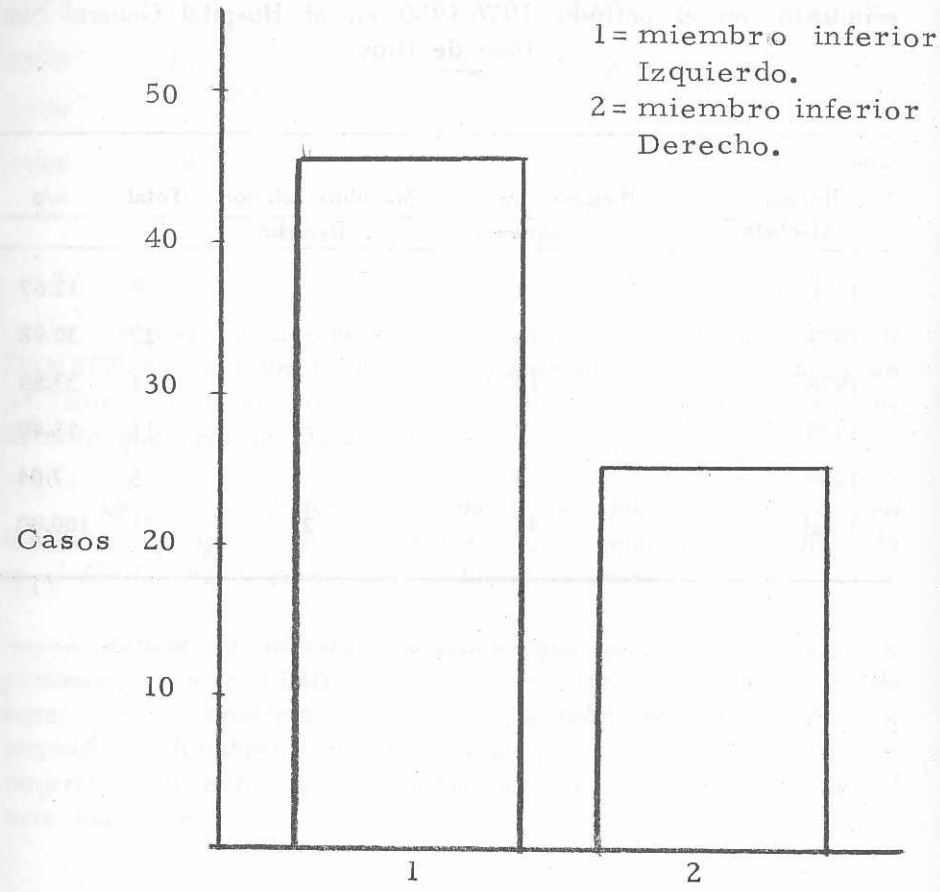
CUADRO No. 3

Localización de la región más afectada de acuerdo al año estudiado, en el período 1976-1980 en el Hospital General San Juan de Dios

Año / Región Afectada	Miembro Inferior Izquierdo	Miembro Inferior Derecho	Total	o/o
1976	4	5	9	12.67
1977	16	6	22	30.98
1978	15	9	24	33.80
1979	7	4	11	15.49
1980	4	1	5	7.04
Total	46	25	71	100.00

GRAFICA No. 4

Distribución gráfica de acuerdo a la región afectada, en pacientes con Complejo Cutáneo Vascular. 1976-1980



D: TIEMPO DE EVOLUCION

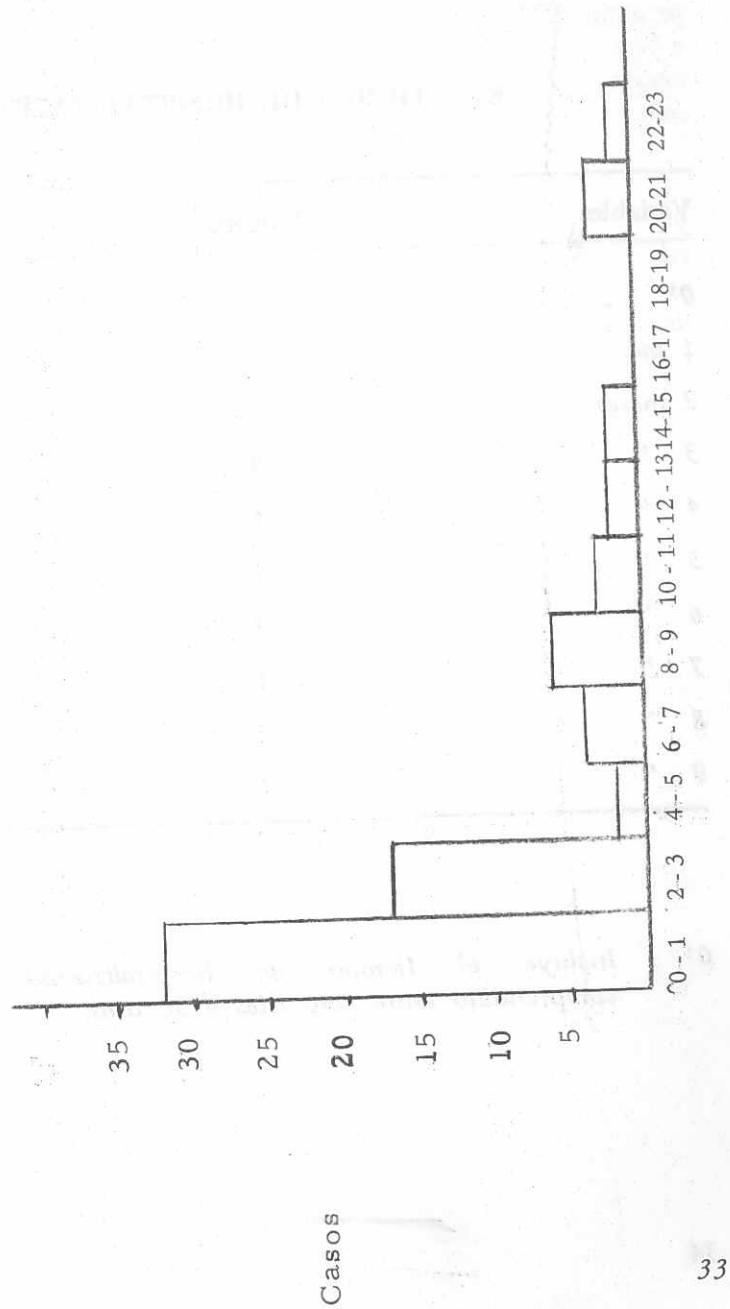
Variables	Número	Porcentaje
0 - 1 año	32	45.07
2 - 3 años	16	22.53
4 - 5 años	2	2.81
6 - 7 años	4	5.63
8 - 9 años	6	8.45
10 - 11 años	3	4.22
12 - 13 años	2	2.81
14 - 15 años	2	2.81
16 - 17 años	0	0.00
18 - 19 años	0	0.00
20 - 21 años	3	4.22
22 - 23 años	1	1.41

El tiempo de evolución, varió desde menos de 1 año hasta 23 años, observándose que en los primeros 3 años es donde más se agrupan haciendo un total de 48 pacientes, lo cual corresponde a un 67.6o/o, es decir más de la mitad, pero también se encontraron casos con un tiempo de evolución de 20 años o más, como se puede observar en la gráfica No. 5.

Como se menciona en la literatura es un estado progresivo y puede durar muchísimos años (hasta 20), y ésto depende de la edad del paciente cuando consulta, pues se puede ver que la edad es un factor importante en el inicio de dicho cuadro y dependiendo de el tiempo de evolución así va a ser también el resultado al tratamiento.

GRAFICA No. 5

Pacientes Distribuídos de acuerdo al tiempo de evolución



E: TIEMPO DE HOSPITALIZACION

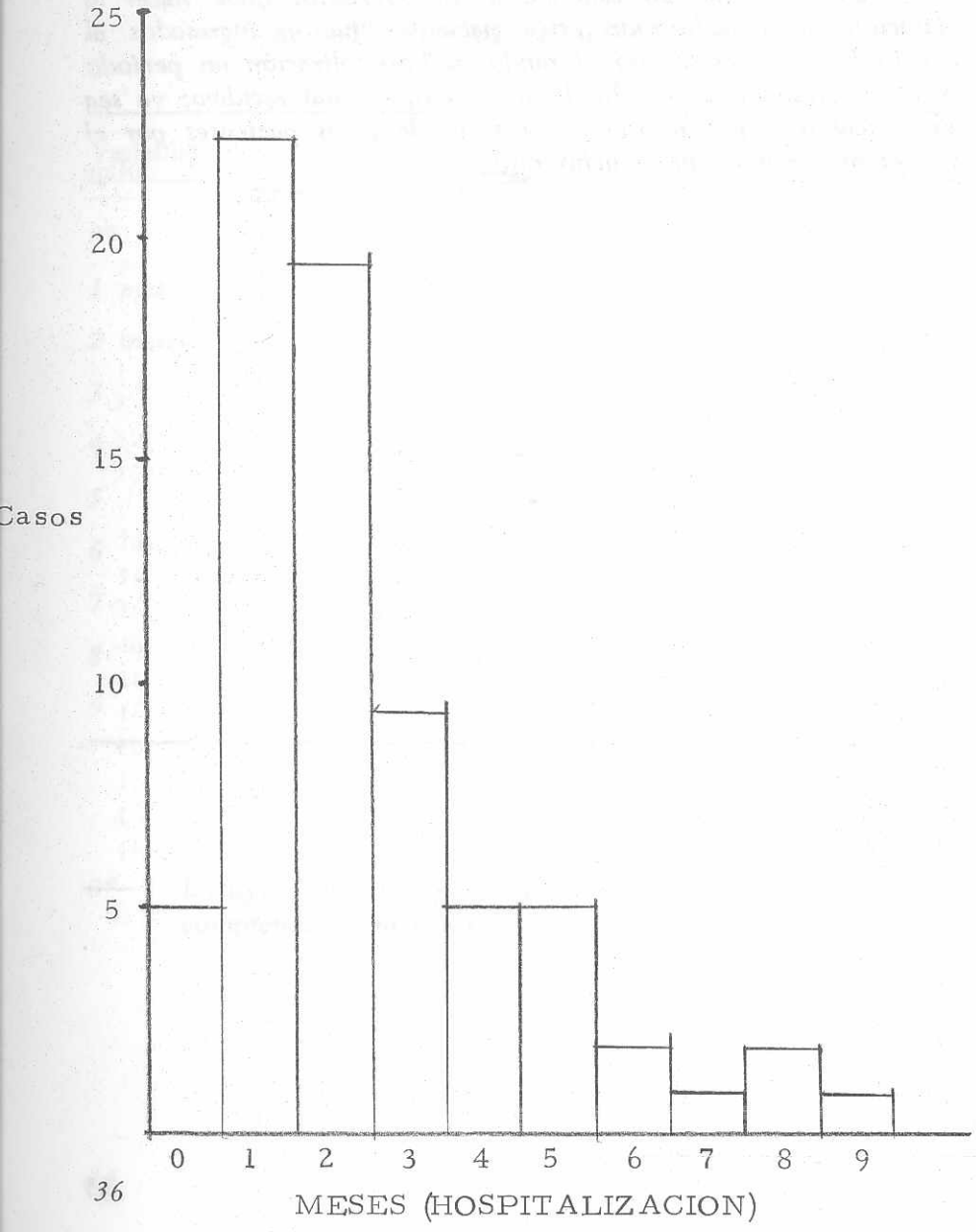
Variables	Número	Porcentaje
*0**	*5*	*7.04*
1 mes	*22*	*30.99*
2 meses	*19*	*26.77*
3 "	*9*	*12.67*
4 "	*5*	*7.04*
5 "	*5*	*7.04*
6 "	*2*	*2.81*
7 "	*1*	*1.41*
8 "	*2*	*2.81*
9 "	*1*	*1.41*

*0** *Incluye el tiempo de hospitalización que estuvo comprendido entre cero días a 30 días.*

El tiempo de hospitalización estuvo comprendido entre menos de un mes hasta 9 meses, encontrándose un porcentaje mayor en el período comprendido de 1-2 meses con un total de 41 pacientes lo que corresponde a un 57.76o/o. Cabe hacer la aclaración que muchos de estos pacientes fueron ingresados al servicio varias veces al año, durando su hospitalización un período corto y egresando mejorado de su estado, el cual recidivo; ya sea por descuido o por el tipo de trabajo de estos pacientes por el cual permanecen de pie mucho rato.

GRAFICA No. 6

Distribución de Pacientes de acuerdo al tiempo de Hospitalización



F: ORIGEN Y RESIDENCIA

ORIGEN

Variables	Número	Porcentaje
GUATEMALA	24	33.80
Antigua Guatemala	6	8.45
Quetzaltenango	3	4.23
Sta. Rosa	6	8.45
Zacapa	5	7.03
Sta. Lucía Cotz.	3	4.23
San Marcos	4	5.63
Huehuetenango	3	4.23
Escuintla	3	4.23
San Lucas Sacatepéquez	2	2.81
Sanarate	1	1.41
Livingston	1	1.41
Chiquimulilla	2	2.81
Sololá	1	1.41
Taxisco	1	1.41
Quiché	3	4.23
Alta Verapaz	1	1.41
Chimaltenango	1	1.41
Progreso	1	1.41

RESIDENCIA:

Variables	Número	Porcentaje
Guatemala	45	63.38
Zacapa	3	4.22
Sta. Lucía Cotz.	3	4.22
Huehuetenango	4	5.63
San Lucas Sacatepéquez	1	1.41
Livingston	1	1.41
Escuintla	2	2.82
San Marcos	2	2.82
Chiquimulilla	2	2.82
Sololá	1	1.41
Taxisco	1	1.41
Flores Petén	1	1.41
Chimaltenango	1	1.41
Quiché	1	1.41
Zacapa	3	4.22

Como podemos observar en lo que respecta al origen y residencia de los pacientes atendidos correspondió a la capital 33.80o/o y 63.38o/o respectivamente, o sea lo que corresponde a 24 y 45 pacientes, el resto tiene una distribución departamental proporcionalmente, siendo un 66.2o/o y un 36.62o/o de origen departamental.

El problema cifra en que el mayor porcentaje de pacientes atendidos residen en la capital, aunque su lugar de origen sea departamental, y siendo en ésta (Guatemala) la vida más cara necesitan un salario mayor para poder vivir y al encontrarse enfermos se reduce este ingreso, y es más como la gran mayoría trabaja por su cuenta no gozan de prestaciones, se ven en serios problemas socioeconómicos y psicológicos.

G: OFICIO

Variables	Número	Porcentaje
Agricultor	35	49.30
Albañil	15	21.12
Carpintero	6	8.45
Herrero	1	1.41
Ganadero	1	1.41
Pescador	1	1.41
Tejedor	1	1.41
*Otros**	11	15.49

Otros Incluye aquellos pacientes que refieren no trabajar por la enfermedad, y aquellos que no saben especificar cuál es su tipo de trabajo.*

El oficio de los pacientes estudiados fue en su mayoría la agricultura, la cual ocupa un 49.30o/o o sea un total de 35, siguiéndole en orden de frecuencia la albañilería con un 21.12o/o o sea 15 pacientes, el resto estuvo distribuído en otros que obtuvo un 29.58o/o.

Es de hacer notar que todas las ocupaciones mantienen al paciente de pie durante la mayor parte del día, lo que ayuda al desarrollo de estos problemas (complejo cutáneo vascular) como se ha estudiado; además son oficios en los cuales la remuneración alcanzada es mínima debido a la falta de educación, analfabetismo, etc. y ésto reduce su campo de acción. Al permanecer todo el día de pie la esponja plantar no funciona como debe ser, dando lugar a padecer la enfermedad.

CUADRO No. 4

Distribución de acuerdo al Tipo de Oficio que Desempeña cada paciente estudiado

Profesión	1976	1977	1978	1979	1980	Total	o/o
Agricultor	3	14	8	7	3	35	49.30
Albañil	3	3	9	0	0	15	21.12
Carpintero	1	0	2	3	0	6	8.45
Herrero	0	0	1	0	0	1	1.41
Ganadero	0	0	1	0	0	1	1.41
Pescador	0	1	0	0	0	1	1.41
Tejedor	0	1	0	0	0	1	1.41
Otros	2	3	3	1	2	11	14.66
Total	9	22	24	11	5	71	100.00

CUADRO No. 5

Distribución de pacientes de acuerdo a la causa que desencadenó la lesión. Hospital General San Juan de Dios, 1976-1980

Año / Causa	1976	1977	1978	1979	1980	Total	o/o
Post-traumatismo	*5*	*12*	*10*	*5*	*5*	*37*	*52.11*
Otra causa	*4*	*10*	*14*	*6*	*0*	*34*	*47.88*
Total	*9*	*22*	*24*	*11*	*5*	*71*	*100.00*

H: CAUSA DESENCADENANTE

Variables	Número	Porcentaje
Post-traumatismo	*37*	*52.11*
Otras causas	*34*	*47.88*

De lo anteriormente expuesto se deduce que en su mayoría la causa desencadenante fue un traumatismo, el cual pudo haber sido días antes de consultar o remontarse a varios años atrás; el resto se debe a otras causas entre las que se pueden mencionar: Várices de Miembros Inferiores, obesidad, herencia, etc.

I: TRATAMIENTOS

ANTIBIOTICOS

Variables	Número	Porcentaje
Eritromicina	*4*	*16.00*
Penicilina Procaína	*9*	*36.00*
Ampicilina	*2*	*8.00*
Otros	*10*	*40.00*

CURACION DIARIA:

Dakin	*43*	*60.56*
Suero Fisiológico	*22*	*30.99*
Zephiran	*6*	*8.45*

LIENZOS TOPICOS:

Variables	Número	Porcentaje
Permanganato de potasio	*12*	*92.31*
Boricados	*1*	*7.69*

OTROS*:

Bota de yeso	*24*	*100.00*
Vasodilatador periférico	*2*	*100.00*
Vendaje	*13*	*100.00*
Lavado y debridamiento	*17*	*100.00*
Injertos dérmicos	*11*	*100.00*
Safenectomía	*11*	*100.00*
Simpactectomía lumbar más safenectomía	*5*	*100.00*

Otros* *Se tomó como porcentaje 100, ya que estas cantidades que recibieron este tipo de tratamiento, ocupan el 100o/o cada una dependiente de la otra.*

CUADRO No. 6

Tratamiento Indicado	1976	1977	1978	1979	1980	Total	o/o
Antibióticos	4	8	12	1	0	25	35.21
Curación diaria	9	22	24	11	5	71	100.00
Bota de Yeso	3	6	11	4	0	24	33.80
Vasodilatador periférico	1	1	0	0	0	2	2.82
Pomada tópica	3	2	6	1	0	12	16.90
Lienzos Tópicos	3	3	7	0	0	13	18.31
Vendaje tipo vacirex	3	6	2	5	0	13	18.31
Lavado y Debridamiento	0	3	5	4	5	17	23.94
Injertos Dérmicos	0	1	3	4	3	11	15.49
Safenectomía	1	1	2	3	4	11	15.49
Simpatectomía Lumbar más safenectomía	0	0	0	1	4	5	7.04

Como puede verse, fueron 25 pacientes los que recibieron tratamiento con antibióticos de los cuales el más usado fue la penicilina procaína con un porcentaje de 36o/o, siguiéndole en orden de frecuencia la eritromicina con un 16o/o. A todos estos pacientes que se les administró antibiótico fue porque el caso lo ameritaba, es decir tenían un proceso infeccioso sobreagregado. Otros incluye antibióticos que por su precio y escasez en el hospital, no se pueden prescribir a todo paciente, pero que también son muy efectivos.

A todos los pacientes se les curó diariamente la úlcera, siendo el Dakin, la solución más usada, ocupando un 60.56o/o estas curaciones se hacían una a dos veces al día dependiendo de el estado de la región afectada.

De los pacientes tratados 13 recibieron lienzos tópicos usándose con más frecuencia los de permanganato de potasio. La bota de yeso fue usada para tratar a un total de 24 pacientes ésto con el fin de hacer compresión en el miembro afectado, siendo un sustituto del vendaje compresivo o de la bota de UNNA.

Se realizaron 17 injertos Dérmicos, ya que las úlceras eran demasiado grandes, circundada con piel cicatrizal y con tejido fibroso pero sin tendencia a cicatrizar, éstos fueron colocados con el propósito de mejorar el estado nutricional de los tejidos, y al mismo tiempo de evitar las infecciones y como protección a cualquier noxa del medio ambiente.

Respecto al tratamiento quirúrgico, podemos decir que desde el año de 1976 se han realizado safenectomías, pero en una forma esporádica, habiéndose encontrado un total de 11 pacientes a los que se les realizó dicha operación o sea un 15.49o/o, siendo sus resultados satisfactorios. Lo que se persigue con este tratamiento es mejorar la circulación, y disminuye la presión Hidrostática.

No fue sino hasta el año pasado (1979) cuando se realizó la primera simpatectomía lumbar más safenectomía, lo cual contribuye a mejorar la respiración y nutrición de los tejidos irrigados, evitando formación de trombos o de infecciones. Su resultado todavía está en estudio y no se puede asegurar que sea el tratamiento más efectivo, pues se necesita realizar más operaciones y el seguimiento de los pacientes para ver su evolución. Durante el primer trimestre de 1980 se han realizado 4 simpatectomías más safenectomías, y el total de pacientes tratados durante este período por este problema fue de 5, encontrándose un 80o/o tratados con cirugía a lo cual se asoció el tratamiento dermatológico, y su evolución ha sido satisfactoria, con lo cual se acepta la tercera hipótesis de este estudio y se rechazan las dos primeras. La simpatectomía va a mejorar la circulación cutánea, es decir, la circulación superficial siendo muy efectiva para la cicatrización de úlceras y mejorar la irrigación.

VIII. CONCLUSIONES

1.- *El tratamiento médico-dermatológico no es 100o/o satisfactorio, dado que tiende a mantener la cronicidad del paciente.*

2.- *El tratamiento quirúrgico no es 100o/o satisfactorio ya que en etapas tempranas de la enfermedad ésta puede curarse sólo con tratamiento médico-dermatológico.*

3.- *El tratamiento prescrito debe ser tanto médico-dermatológico como quirúrgico, siendo los dos muy eficaces, dependiendo de la etapa en que se encuentre la lesión.*

4.- *El traumatismo fue la mayor causa desencadenante de el padecimiento, ocupando un primer lugar con un 52.11o/o al igual que lo es en otras partes del mundo según literatura.*

5.- *La simpatectomía Lumbar es eficaz, pero no se puede afirmar que sea lo mejor, ya que aún está en estudio por ser un tratamiento que se empieza a poner en práctica en nuestro medio.*

6.- *La incidencia de Complejo Cutáneo Vascular ha sido variable en el período estudiado, encontrándose el mayor porcentaje en 1978 con un 33.80o/o.*

7.- *Fue mayor el número de pacientes con primer ingreso, con un 61o/o comparado con el de re-ingresos que fue de 39o/o.*

8.- *La edad más afectada estuvo comprendida en las décadas de los 50 y 60 años con un porcentaje de 24.00.*

9.- *La región más afectada fue el miembro inferior IZQUIERDO encontrándose un 64.780/o y el resto lo ocupó el miembro inferior derecho.*

10.- *El Complejo Cutáneo Vascular es un estado progresivo que puede durar hasta 20 años, o más y dependiendo del tiempo de evolución, así va a ser el resultado al tratamiento.*

11.- *El tiempo de hospitalización estuvo comprendido entre cero días hasta 9 meses, de lo cual se concluye que el tratamiento es de tipo paliativo y se limita a prolongados reposos en cama, con lo cual se les limita su campo de acción.*

12.- *El oficio al que se dedican con más frecuencia es la agricultura y la albañilería, siendo éstos causa de que el paciente permanezca casi la mayor parte del día de pie ayudando así al desarrollo del cuadro.*

IX. RECOMENDACIONES

1.- *Que todo médico tenga conocimiento de este Síndrome y le de la importancia debida, diagnostique y de tratamient en etapa temprana, para evitar las secuelas tardías de est enfermedad.*

2.- *Que se le una información amplia y clara de est problema a la población en general, recomendándoles evit traumatismos, aplicarse cualquier tipo de medicina tópic pues pueden empeorar el cuadro y ante todo consult temprano con el médico.*

3.- *Es recomendable seguir indicaciones como es el repos usar medias elásticas, lubricar la piel y no hacer lavad enérgicos de la región afectada con objetos como pashte etc. y así evitar traumatismos e infecciones.*

4.- *Debe elevarse los pies de la cama a una altura de 10-2 grados, a manera de favorecer el drenaje y disminuir co ésto la éstasis de miembros inferiores.*

5.- *En casos necesarios se debe combinar el tratamiento c cirugía tales como injertos dérmicos, safenectomías simpatectomías.*

6.- *Que estos pacientes no sean vistos en forma superficia sino que sean manejados en forma conjunta por el Cirujan Vascular, un Dermatólogo, y un Cirujano General, pa tener una visión amplia y adecuada del manejo correct aunando todos el criterio para ofrecerle un tratamien temprano y eficaz.*

7.- *En los casos hospitalizados se necesita la ayuda de u trabajador social para subsanar en menor grado l*

problemas socioeconómicos que la hospitalización prolongada le causan al paciente y a su familia.

8.- *El apoyo psicológico debe ser temprano ya que la mayoría de estos pacientes por su cronicidad desarrollan cuadros mentales que pueden variar de moderados a severos.*

9.- *En los casos de úlcera crónica que no cicatriza en forma satisfactoria se deben efectuar Biopsias para descartar un problema escamoso.*

0.- *Los estudios angiográficos ayudan a determinar el pronóstico de la región afectada de estos pacientes.*

X. BIBLIOGRAFIA

1.- *ALLEN, E.B.: Peripheral vascular diseases. Chicago III, 1955. pp. 36-37.*

2.- *LOPEZ, R. R.: Complejo Vascular Cutáneo de pierna. Aspectos nosológicos, epidemiológicos y terapéutico. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, 1964.*

3.- *QUIJANO-MENDEZ H; Complejo Cutáneo Vascular de pierna. Memorias del III Congreso Ibero-latino - Americano de Dermatología, México 1959. pp. 357-359.*

4.- *ESCALONA, E.: Dermatología, lo esencial para el estudiante. Impresiones Modernas, S. A. México 1964. pp. 268-271.*

5.- *HURIEZ, C. ET DESMONS F: Ulcére de Jambe. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 12695 a 10. Dermatologie II. Paris, 1964, pp. 1-16.*

6.- *MACOTELA RUIZ E: Complejo Vásculo Cutáneo de Miembros inferiores (Dermatitis Ocre). Anuario de Actualización en Medicina. I.M.S.S. Vol. II Fascículo 8. Dermatología 2a. parte. México 1971. pp. 353-358.*

7.- *PILLSBURY, D.M: SHELLEY, W.B. and KLIGMAN. A.M.: Dermatology. W.B. Saunder Company, Philadelphiam 1956. pp 414-421.*

8.- *QUIJANO-MENDEZ, H: Complejo Cutáneo Vascular de Pierna. Memorias del III Congreso Ibero - Latino - Americano de Dermatología; México 1956. pp. 357-359.*

9.- *SAUL AMADO: Lecciones de Dermatología. 5a. Edición.*

F. Méndez C. México 1975. pp. 299-304.

10.- SHELLEY, W. B.: Consultations in Dermatology, W.B. Saunders Company. Philadelphia 1972 pp. 222-226.

11.- MEMORIAS VIII CONGRESO MEXICANO DERMATOLOGIA: Simposio "Complejo Cutáneo Vascular de Pierna". Chihuahua, México 1975. pp. 883-912.

12.- M.H. SAMITZ, A.S. DANA, JR: Afecciones Cutáneas de las extremidades inferiores. Ediciones Toray, S.A. Barcelona pp. 71-101.

13.- HOWARD F. CONN, M.D.: Terapéutica 1972, Salvat Editores. Barcelona España 1972. pp. 285-296.

14.- STEWART, DANTO, MADDIN: Dermatología, segunda edición. Editorial Interamericana, México 1974. pp. 386-390.

15.- SABISTON, DAVIS-CHRISTOPHER: Tratado de patología quirúrgica, 10 Edic. Interamericana 1974, México tomo II. pp. 1557-1564.

16.- HARRISON: Medicina Interna. Dermatitis por éstasis. Prensa médica mexicana, 1973. México pp. 1431-1433, Tomo II.

17.- DEL VALLE MONGE CARLOS: Tesis 1970. Hospital Roosevelt. Análisis de 45 casos. Simpatectomía Lumbar.

18.- L. KRAEER FERGUSON: Surgery of the Ambulatory Patient. Fourth Edition. 1957. Veins Varicose. pp. 541-571.

Br. Elizabeth Rodriguez Morales.

Dr. Asesor. Antonio Wong Galdámez.

Dr. Revisor. Jorge Alberto Henry Leiva.

Director de Fase III. Héctor Nuila.

Dr. Secretario. Raúl Castillo.

Vo. Bo.

Dr. Decano. Rolando Castillo Montalvo.-