

ULCERAS VENOSAS DEGENERADAS

J. PALOU

Jefe A de Cirugía Vascul ar del Instituto Policlínico, Barcelona (España)

Contrasta el gran número de úlceras venosas (varicosas y postflebíticas) con la escasísima frecuencia de su malignización. Según **J. Montserrat**, sólo un 0,078 % de úlceras flebotáticas degeneran. ¿A qué se debe esta degeneración? Creemos que para que se presente es necesaria una gran antigüedad de la lesión. Lesiones con 20, 30 o más años de evolución pueden degenerar. Rara es la degeneración en lesiones recientes.

Veamos unos casos.

Caso 1

Enferma de 81 años con historia de úlceras en pierna izquierda de 30 años de antigüedad. Intensamente dolorosas últimamente. Coincide con unas enormes varices. La úlcera se extiende por toda la región interna y posterior de la pierna, está infectada y con mal aspecto, abarcando casi todo el diámetro (fig. 1).

Análisis sangre: hematíes 4.200.000; leucocitos 5.700; V.S.G. 62/93; glucemia 0,86. Exploración arterial, normal.

Con anestesia local, se liga el cayado de la safena interna izquierda y un paquete en pierna, pensando mejorar la úlcera y cubrirla posteriormente con injertos tipo Thiersch. Un mes después y vista la poca mejoría, se practicó biopsia de un mamelón (Dr. **Cañadas**): células epiteliales atípicas, pavimentosas, con formación de globos córneos y límite indefinido con la estroma (fig. 2).

Se practica linfografía bilateral. Aparece un nódulo en ingle, que va creciendo y que es irradiado. Pocos meses después, mientras seguía tratamiento radioterápico, reingresa de nuevo de urgencia por cuadro isquémico agudo de la extremidad superior izquierda, por oclusión de la subclavia. Mal estado general. Con dextranos de bajo peso molecular mejora mucho, siendo dada de alta. Comunica su familia que poco tiempo después fallece.

Caso 2

Paciente de 60 años, también con extensas úlceras en piernas, sobre todo en la derecha, de unos 30 años de evolución, sin cicatrizar. Explica una historia de tifoidea a los 30 años, pero por entonces dice que ya tenía las úlceras. No existen varices aparentes; probablemente su etiología sea postflebítica, a pesar de no recordar antecedentes. Siempre ha tenido acusado dolor en estas úlceras. Sin otros antecedentes de interés.



Fig. 1

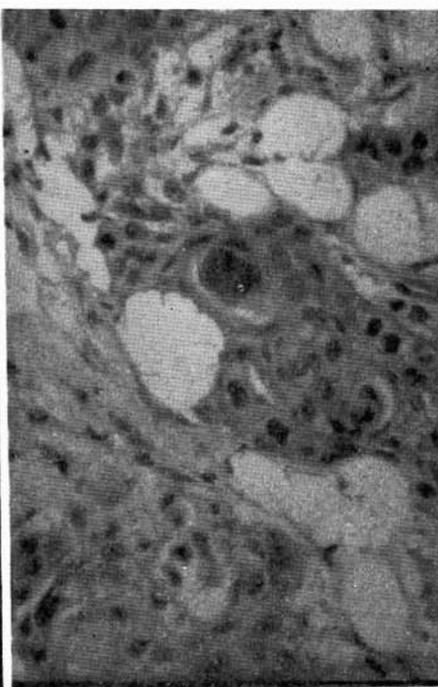


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Figs. 1, 2, 3 y 4. Explicación en el texto.

A la exploración se encuentra una extensa úlcera (fig. 3) en toda la cara posterior de la pierna derecha que llega hasta el maléolo, casi circular, infectada y maloliente. Otra, algo más pequeña, de las mismas características, en el lado izquierdo.

T.A. 140/70. Oscilometría y pulsabilidad periférica normales. No existen adenopatías inguinales. Debido a la antigüedad de la lesión y a la posición viciosa al andar por el dolor que aquejaba, tiene una acusada anquilosis tibiotarsiana y una discreta retracción de la rodilla derecha que le obligan a andar cojeando.

Se le aconseja ingresar para desinfectar la úlcera, reducir el edema y practicar injertos laminares.

Laboratorio (Dr. Cañadas): hematíes 4.400.000; hemoglobina 86; valor globular 0,97; hematocrito 43; leucocitos 7.800; V.S.G. 8/20; uremia 0,21; glucemia 0,75; colesterinemia 230; ácido úrico 4.

A los pocos días de estar en clínica desaparece el edema y mejora de la infección con gentamicina local. Se le practica una primera biopsia que resulta negativa. A los quince días, injertos cutáneos libres tipo Thiersch en pierna derecha que, descubiertos a los dos días, parecen prender. Pasados unos días más, saltan algunos y prenden los otros, pero sin extenderse, quedando muy tórpido. La úlcera empieza a proliferar y a sangrar por su centro. Se practica arteriografía con la intención de ver su irrigación, que es superior a la normal. Se repite la biopsia de los cuatro puntos cardinales y esta vez el resultado es el siguiente: Microscópicamente constituidos por elementos epiteliales atípicos con moderado número de globos córneos que invaden la dermis. Escasa estromarreacción. Carcinoma epidermoide.

Visto el resultado se intenta, antes de amputar esta extremidad, practicar una extensa extirpación y colocar unos injertos laminares suturados. A los nueve días se descubren, habiendo prendido un 80 % de su superficie (casi toda la pantorrilla), pero necrosándose en el centro de la misma a nivel de la tumoreación proliferante-sangrante.

Ante la lenta evolución y la cada vez más extensa úlcera que va destruyendo los injertos, se aconseja amputar esta extremidad que, además, con las retracciones de tobillo y rodilla le servía prácticamente de bien poco.

La amputación se lleva a cabo, siendo dada de alta, momentáneamente bien, a los diez días de la intervención. A los tres meses nos enteramos que se inicia un cuadro de pleuresía: punción. Fallece a los pocos días. ¿Metástasis pulmonar?

Caso 3

Paciente de 82 años que, después de una operación de hernia practicada hace 40 años, presentó flebitis de los dos miembros inferiores, a consecuencia de la cual estuvo un año encamado. Aparecen úlceras bimaleolares y bilaterales excavadas (fig. 4) con circulación colateral abdominal, tipo cava-cava (trombosis de cava inferior). Durante 40 años estas úlceras han sufrido alternativas y, por nuestra parte, han sido tratadas varias veces con injertos laminares tipo Thiersch.

Estuvo seis años sin acudir a la consulta, apareciendo de nuevo con úlceras que prácticamente invaden todo el 1/3 medio-inferior de la pierna y que biopsiadas resultan ser un carcinoma epidermoide. Antes de proceder a la amputación y

consultando al Servicio de Cirugía Plástica se decide intentar una extensa extirpación y colocación de varios injertos laminares que en parte prenden bien y en parte saltan. Postoperatorio muy lento y laborioso, apareciendo escaras en talón. Se decide la amputación en muslo, ya que aparece también acusada retracción de rodilla izquierda. Curso postoperatorio, normal. Al poco tiempo es dado de alta, bien. A los ocho meses seguía bien.

Diagnóstico de las úlceras venosas degeneradas:

- A) Antecedentes flebotáticos: úlcera varicosa o postflebítica.
- B) **Largos años de evolución**, casi siempre abierta.
- C) Aspecto hipertrófico, infectada casi siempre, con mamelones sangrantes.

RESUMEN

Se presentan tres casos de úlceras flebotáticas degeneradas en el curso de los años.

SUMMARY

Three cases of malignant degeneration in a chronic venous ulcer of the lower leg are presented.

BIBLIOGRAFIA

- Von Brun:** Skin cancer of the extremities. «Beitr. Z. Klin. Chir.», 37:227, 1903.
Gottheil: Cancerous degeneration in chronic leg ulcers. «Jour. A. Med. Assoc.», 59:14, 1912.
Knox: Epithelioma end the chronic varicose ulcer. «Jour. A. Med. Assoc.», 85:1.045, 1925.
De Asis: Cutaneous carcinoma of the lower extremities. «Annals of Surgery», 83:663, 1926.
Tenopyr, S.: The relation of chronic varicose ulcer to epithelioma. «Annals of Surgery», 35:754, 1932.
Martorell, F.: «Varices. Su tratamiento basado en la flebografía». Ed. Labor. Barcelona-Madrid, 1951.
Montserrat, J.: Úlcera varicosa con degeneración neoplásica. «Angiología», 14:190, 1962.
Cruikshank, A. H.; McConell, E. M.; Miller, D. G.: Malignancy is scars chronic ulcers and sinuses. «J. Clin. Path.», 16:573, 1963.