



Manejo híbrido de úlcera venosa crónica en insuficiencia venosa severa

Hybrid management of chronic venous ulcer in severe venous insufficiency

Prada, Milena¹ , Graterol, Juan^{1,2} , León, Ambar¹ , Tejada, Isaac¹ , Traviezo, Luis^{3*}

¹Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldo, El Algodonal. Caracas, Venezuela

²Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela

³Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela

Recibido: 19 May. 2025 | **Aceptado:** 03 Jul. 2025 | **Publicado:** 20 Jul. 2025

Autor de correspondencia*: ltravies@ucla.edu.ve

Cómo citar este artículo: Prada, M., Graterol, J., León, A., Tejada, I. & Traviezo, L. (2025). Manejo híbrido de úlcera venosa crónica en insuficiencia venosa severa. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 4(2), e969. <https://doi.org/10.51252/rsayb.v4i2.969>

RESUMEN

Introducción. Las úlceras venosas crónicas tienen una repercusión importante en los pacientes respecto a su calidad de vida, condicionada por dolor, limitación de la movilidad, infecciones exudativas y en los casos más graves amputaciones en los miembros inferiores. El manejo debe ser multidisciplinario e individualizado en cada caso, para una mejoría óptima del paciente. **Objetivo.** Aplicar manejo híbrido de la úlcera venosa para el cierre definitivo en un solo tiempo quirúrgico. **Caso Clínico.** Femenina de 72 años, con úlcera venosa crónica de veinte años de evolución, multitratada farmacológicamente y manejo de herida crónica. Se realiza evaluación exhaustiva clínica, ecografía y se decide resolución híbrida, corrección de reflujo venoso, ablación química con espuma eco guiada e injerto en estampilla para cobertura de úlcera. **Resultados.** Cierre de inmediato y cicatrizó a los veinte días, con total reversión de síntomas periféricos. **Conclusión.** La cirugía híbrida realizada de forma sistemática y cobertura de defecto cutáneos en primer tiempo quirúrgico es factible con excelentes resultados, disminución significativa de la morbimortalidad y mejora sustancial en la calidad de vida.

Palabras clave: ablación; cirugía; crónico; injerto; insuficiencia venosa; úlcera venosa

ABSTRACT

Introduction. Chronic venous ulcers have a significant impact on patients' quality of life, resulting in pain, limited mobility, exudative infections, and, in the most severe cases, lower limb amputations. Management should be multidisciplinary and individualized for each case, ensuring optimal patient improvement. **Objective.** To implement hybrid venous ulcer management for definitive closure in a single surgical procedure. **Clinical Case.** A 72-year-old woman with a chronic venous ulcer of twenty years' duration, receiving multiple pharmacological and chronic wound management treatments. A thorough clinical evaluation and ultrasound were performed, and a decision was made to select hybrid resolution, correction of venous reflux, chemical ablation with ultrasound-guided foam, and stamp grafting for ulcer coverage. **Results.** The ulcer was closed immediately and healed within twenty days, with complete reversal of peripheral symptoms. **Conclusion.** Hybrid surgery, when performed systematically and with coverage of skin defects in the initial surgical procedure, is feasible with excellent results, a significant decrease in morbidity and mortality, and a substantial improvement in quality of life.

Keywords: ablation; surgery; chronic; graft; venous insufficiency; venous ulcer



1. INTRODUCCIÓN

La patología vascular actualmente se considera como un problema de salud pública, donde la úlcera venosa es una complicación grave de insuficiencia venosa severa (IVS), lo cual se produce comúnmente por el mal funcionamiento (incompetencia) de las válvulas venosas (1,2).

Cuando se exhibe la insuficiencia venosa por un período largo (crónica) las paredes de estas venas se debilitan, mientras que las válvulas tienden a dañarse, esto induce que las venas se mantengan llenas de sangre, principalmente al estar el paciente de pie, igualmente esto puede suceder como consecuencia de un antiguo coágulo sanguíneo en las piernas (1). La IVS es la causante del 75% de las úlceras en pierna (1,2).

Las úlceras de etiología venosa (UEV) son lesiones con pérdida de sustancia, secundarias a la insuficiencia venosa crónica severa, su prevalencia es del 0,5 al 0,8% siendo entre 3 y 5% en edades superiores a los 65 años, tal que hay un incremento con el envejecimiento gradual de la población (1). Las UEV producen un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes, condicionando dolor, limitación de la movilidad, infecciones exudativas de las heridas y amputaciones en los miembros inferiores en los casos más graves (2).

El tratamiento acostumbrado de las úlceras venosas ha radicado en la variación del medio ambiente local, para ayudar en forma pasiva el resarcimiento tisular y evitar una merma mayor de tejido. Los antibióticos tópicos y orales, los tópicos estimulantes de la granulación, los apósitos hidrocoloides y los vendajes elásticos compresivos son algunas de las técnicas actualmente utilizadas, con los cuales eventualmente se consigue la cicatrización de las úlceras, proceso que puede tardar meses o hasta años (3). La incidencia de la recurrencia de estas úlceras, luego del cierre, con un procedimiento conservador, ronda entre un 24% y un máximo de 69% (4-6).

En la actualidad los tratamientos menos invasivos y con mayor éxito en el manejo de las UV son: el tratamiento quirúrgico, cuyo principal objetivo es reducir la hipertensión venosa que se origina en los miembros inferiores ocasionado por una insuficiencia venosa crónica.

Los microinjertos autólogos en sello, que se obtienen de la piel autóloga en fragmentos dermoepidérmicos para sembrarlos en una zona receptora, que normalmente será el lecho de herida de difícil cicatrización que se quiere regenerar (7).

En cuanto a la eficacia de estos tratamientos Muñoz explica que sin duda el tratamiento de una úlcera venosa es complejo, donde en cada paciente debería ser personalizado, debidamente valorado por un equipo multidisciplinario, para poder encontrar el tratamiento más adecuado en cada caso y para una mejora óptima del paciente, sin precipitarse en ningún caso, porque se sabe que en ocasiones se puede empeorar la situación (8).

Ante lo señalado, los autores deciden tratar a una paciente con padecimiento de úlcera venosa en miembro inferior izquierdo con edema y sensación de pesadez en ambos miembros desde hace veinte años, mediante tratamiento híbrido, el cual consiste en cirugía híbrida venosa, y ablación de afluentes con injerto en estampilla, debido a que mediante los tratamientos previos no se logró una mejoría total de la paciente.

2. DESARROLLO

Femenina de 72 años, natural de Colombia, procedente de Caracas, normoglicémica, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y antecedente de úlcera venosa en miembro inferior izquierdo de veinte años de evolución con síntomas venosos, recibiendo tratamientos sintomáticos y locales, con tratamiento de esclerosis en otro país, no documentada.

Posterior a recibir manejo con curas y antibioticoterapia de larga data, acude a consulta en el Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldo, Caracas, Venezuela, donde con manejo multidisciplinario a cargo de cirugía cardiovascular y cirugía general, se le realiza cartografía venosa y mapeo ecográfico preoperatorio.

Al examen físico se encontraba con pulsos presentes simétricos buena amplitud, cambios tróficos distales de miembros inferiores, en miembro inferior izquierdo dilatación de venas tronculares varicosas, en región maleolar externa e interna úlceras de 7x6 cm y 5x4 cm respectivamente activas, sin exudado (figuras 1, 2, 3 y 4).

Se realiza USG Doppler, en ultrasonido venoso se obtuvo como hallazgo insuficiencia venosa severa HACH IV, reflujo de tronculares gemelares, puntos de fuga en afluentes peri úlceras. Se concluye con el diagnóstico de insuficiencia venosa severa izquierda C6 S1, úlcera venosa maleolar interna y externa.

Se resuelve efectuar cirugía híbrida resolutoria tanto de la insuficiencia venosa como también de la úlcera crónica, planteando safenectomía subtotal mayor por mínima invasión, más flebectomía mini incisional, ablación química con espuma eco guiada de afluentes periúlceras, cura quirúrgica de úlcera venosa y cierre con injerto en estampilla.

2.1. Descripción del Tratamiento

Se realiza cirugía abierta convencional safenectomía mayor subtotal izquierda con incisiones menores a 2 cm, donde se evidenció; confluente safeno dilatado, vena safena mayor de 9 mm de diámetro y afluentes de 6 mm de diámetro.

Se efectúa ablación química eco guiada de afluentes con polidocanol periúlceras, miniflebectomía de tronculares, limpieza quirúrgica de úlcera venosa en región maleolar interna y externa de pierna izquierda, que presentaba bordes estables cicatrizados con tejido de granulación hipertrófico más injerto de piel de la cara externa del muslo izquierdo de grosor total (previa hidro disección con solución 0,9%) en estampilla (en número de 23) usando hojilla de bisturí #11, los cuales se colocaron en lecho de la úlcera.

Los procedimientos definidos se desarrollaron sin eventualidades y al finalizar el acto quirúrgico se práctica cura en zona donadora y receptora con apósito de hidrocóide y gel L-Mesitran, tratamiento sin eventualidades asociadas al acto quirúrgico ni aparición de complicaciones inmediatas.

2.2. Evolución postoperatoria

Los apósitos se mantienen inicialmente con primer levantamiento de vendajes a los 7 días, constatando la integración del 100% del injerto en úlceras venosas sin complicaciones y a los 20 días úlcera cicatrizada en su totalidad, así como reversión de síntomas periféricos (ausencia de edema, hiperemia y dolor) e inclusión a sus actividades cotidianas.



Figura 1. Lesiones originales de la paciente con 20 años de evolución



Figura 2. Evolución del tratamiento híbrido en las úlceras de la paciente

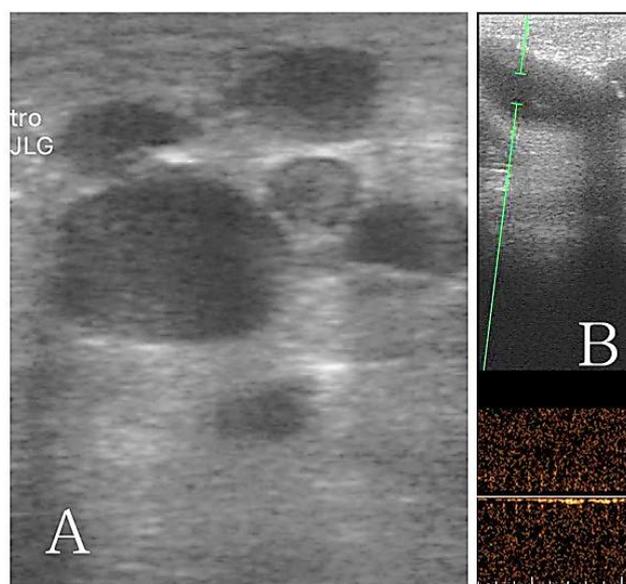


Figura 3. *A*, Dilatación venosa de la safena mayor y afluentes. *B*, Dilatación venosa de la safena, mayor a 8 mm, reflujo 4 seg



Figura 4. Área donante del injerto. Obtención del injerto de piel principalmente de la cara externa del muslo izquierdo

3. DISCUSIÓN

La cirugía híbrida se define como una combinación de diferentes tipos de intervenciones, en el ámbito quirúrgico, se define de forma general como una terapia que combina cirugía abierta (CA) y terapia endovascular (TEV) (8).

A nivel mundial, para el tratamiento de las úlceras venosas en miembros inferiores se han venido utilizando este tipo de cirugías, sin embargo, en Venezuela, las mismas no son aplicadas en los hospitales públicos, es por ello que los autores se plantearon aplicar la cirugía mencionada en una paciente de 72 años de edad, con edema y sensación de pesadez en ambos miembros inferiores desde hace veinte años, mediante tratamiento híbrido, cirugía híbrida venosa, ablación de afluentes, más injerto en estampilla, basados en las evidencias que seguidamente se presentan.

El beneficio de la safenectomía quirúrgica por invaginación de la safena frente a la esclerosis, es producto de la desconexión de las posibles venas perforantes y a que, de entrada, se erradica completamente el segmento incontinente (9). Las terapias mínimamente invasivas, como la ablación térmica (radiofrecuencia y láser endovenoso) y la escleroterapia con espuma guiada con ecografía, han ido posicionándose como alternativas eficaces para el tratamiento de la insuficiencia venosa (10).

La realización de injertos en sello es una estrategia muy efectiva para estimular la cicatrización de úlceras venosas (11). En cuanto a lo expuesto, los resultados de esta investigación, obtenidos mediante la aplicación de la cirugía híbrida, resolutive tanto de la insuficiencia venosa como de la úlcera crónica, safenectomía subtotal mayor por mínima invasión y flebectomía mini incisional, ablación química con espuma eco guiada de afluentes periúlceras, más cura quirúrgica de úlcera venosa y cierre con injerto en estampilla. Fue a los veinte días del postoperatorio y se apreció en la paciente una cicatrización absoluta de la úlcera, así como la reversión de los síntomas periféricos, junto con la ausencia de edema, hiperemia y dolor e inclusión a sus actividades cotidianas.

CONCLUSIONES

La úlcera venosa, sin duda alguna, es la complicación más temida de la patología vascular tanto por el médico como por el paciente, ya que son de difícil manejo y tienen una alta morbilidad. El diagnóstico preciso y un plan de trabajo adecuado permiten un buen pronóstico en la resolución de estos casos, el manejo multidisciplinario es la piedra angular para el éxito.

En el abordaje del caso clínico, manejo híbrido de úlcera venosa crónica en insuficiencia venosa severa, se demostró que, con cirugía convencional e híbrida, se pueden aplicar diferentes tipos de intervenciones, en un solo ingreso a quirófano. Además, que, si no existen dispositivos para resolución endovascular laser, ni radiofrecuencia, la elección de cirugía híbrida es de máxima utilidad con resultados excelentes en correspondencia a la cicatrización absoluta de la úlcera, así como la reversión de los síntomas periféricos; ausencia de edema, hiperemia, dolor e inclusión a sus actividades cotidianas.

FINANCIAMIENTO

No hubo financiamiento de instituciones públicas, privadas o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses relacionados con este caso clínico.

APROBACIÓN ÉTICA

Los procedimientos realizados fueron posteriores a la firma del consentimiento informado por parte de la paciente y ejecutados de acuerdo con estándares éticos internacionales, igualmente apegados a la declaración de Helsinki de 1964 y sus respectivas enmiendas posteriores.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, redacción, borrador original, redacción, revisión y edición: Milena Prada, Ambar León, Isaac Tejada, Juan Graterol y Luis Traviezo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimarães Barbosa JA, Nogueira LM. Directrices para el tratamiento de la úlcera venosa. *Enfermería Global*. 2010. 20(2): 1-13. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision2.pdf>
2. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med*. 2019; 28(6): 847-852. <https://advances.umw.edu.pl/en/article/2019/28/6/847/>
3. Prada S, Salazar M, Muñoz A, Álvarez L. Tratamiento de úlceras venosas con factores de crecimiento derivados de plaquetas autólogas. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cirug Dermatol*. 2000; 8(2): 122-128. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/677/629>
4. Abbad CM, Rial R, Ballesteros M, García C. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. **ID Médica**. Capítulo español de Flebología y Linfología. 2015. https://www.capitulodeflebologia.org/wp-content/uploads/2020/06/Guias-Practica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica_431.pdf
5. Caparrós A, Martín M, Moh Al-lal Y, Montoro M, Mohamed E, Pérez I. Manual de úlceras crónicas en MMII. Hospital Comarcal de Melilla. Gobierno de España. 2019. <https://ingesa.sanidad.gob.es/Recursos-documentales/Catalogo-publicaciones-INGESA/Manual-de--lceras-Cr-nicas-en-MMII--Miembros-Inferiores-.html>
6. Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. XXVII Congreso Nacional. Cirugía Cardiovascular. 2024. 31(sup 1): 1-69. https://static.elsevier.es/miscelanea/2024_secceB.pdf
7. González M. Uso y eficacia de los microinjertos autólogos en sello. 7o Congreso en Ciencia Sanitaria. Madrid, España. 2024. <https://congreso.cienciasanitaria.es/uso-y-eficacia-de-los-microinjertos-autologos-en-sello/>
8. Muñoz, R. Tratamiento de las úlceras venosas. Universidad Internacional de Andalucía. Universidad Internacional de Andalucía. 2016. https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3734/0773_Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Ortiz Tarín I. Evolución a doce años de la técnica 3-S Safenectomía: Estudio de la recidiva varicosa. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. España. 2014. <https://core.ac.uk/download/pdf/71041274.pdf>
10. Rasmussen L, Lawaetz M, Serup J, Bjoern L, Vennits B, Blemings A, Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy, and surgical stripping for great saphenous varicose veins with 3-year follow-up. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013.1(4): 349-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26992754/>

11. Conde-Montero E, de Farias Khayat Y, Pérez Jerónimo L, Vázquez AP, Marín LR, Guisado S, de la Cueva Dobao P. Punch grafting for pain reduction in hard-to-heal ulcers. *J Wound Care*. 2020. 29(3): 194-197. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32160087/>