

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ULCERAS BENIGNAS DE PIERNAS CON PASTA GELATINOSA (PASGEL)

- * Dra. Diana Goiscou
- * Dra. María Eneida Cabrera Acosta
- * Dr. Miguel Eduardo Jorge López
- * Dra. Teresita Niño de J. Almonte Pérez
- ** Dra. Amarilis Vera

Las úlceras de piernas han sido desde siempre motivo de preocupación para la humanidad. Desde tiempos muy remotos las molestias provocadas por éstas llevaron al hombre a buscar ayuda con preparados primitivos como jugos naturales, cubiertos botánicos (hojas) hasta evolucionar, y en nuestros tiempos modernos usar preparados a base de soluciones químicas sofisticadas.

En la actualidad son numerosos los artículos que ventilan el manejo de úlceras de piernas, por lo frecuente de las mismas y la dificultad en cuanto a su curación.

La terapéutica de las úlceras de piernas debe ser, ante todo, etiológica (tratamiento de várices, arterioesclerosis, hipertensión, diabetes, déficit protéico, trastornos hematópoyéticos), pero en todos los casos hay que mejorar las condiciones circulatorias y favorecer directamente la cicatrización.

Los tratamientos propuestos para estimular la granulación y epidermización son numerosos. Cualquiera de ellos se ha mostrado eficaz en determinados casos. Se han preconizado diversos estimulantes generales y locales. Entre los primeros tenemos: implantaciones de placentas, inyecciones de hormonas gonadotropa de hipófisis anterior, vitamina C, blastoestimulantes, extracto de sangre desproteinizada de ternero, etc.

Los estimulantes locales pueden ser de muy variada

naturaleza. Uno de origen vegetal: esponja de gelatina, extracto de digital, bálsamo de Perú.

Otros son de origen animal: aceite de hígado de bacalao, extracto de sangre de ternero desproteinizado, extracto de placenta, líquido amniótico, extracto de médula, polvos de hematíes desecados, hormonas tróficas del páncreas. Medios físicos: ultrasonido, rayos ultravioletas, rayos infrarrojos, radioterapia del triángulo de escarpa. Son también ampliamente utilizados el ácido pantoténico, la insulina, las vitaminas A y D, el subcarbonato de hierro y el fosfato de floroglucina (Recobrán).

Asimismo tienen acción estimulante: la destrucción del tejido de granulación mediante toques con barra de nitrato de plata, el curetaje del fondo de la úlcera, la eliminación del tejido necrosado o pseudomembranas mediante enzimas proteolíticas, la aplicación de láminas de plomo o de aluminio, las tiras de esparadrapo (cura de Bayton), los "panes" de oro, los microinjertos de Reverdín, e incluso los tratamientos antisépticos, los cuales además de frenar la proliferación bacteriana que interfiere en la normal cicatrización, tienen a veces una acción estimulante directa. Hacemos mención de los criterios antes emitidos, ya que, teniendo en cuenta cuál es la verdadera etiología, podemos establecer un plan racional de tratamiento.

Nuestra investigación da lugar a un enfoque diferente de estudio usando como tratamiento tópico una pasta gelatinosa la cual produce una irritación en el fondo de la úlcera y favorece por ende la granulación y epitelización de la misma. Dicha pasta gelatinosa es inocua, barata, y de fácil aplicación, la cual está compuesta de: óxido de zinc 15 G., glicerina 25 G., gelatina 15 G. y agua 45 ml.

(*) Médicos generales

(**) Médico dermatólogo

De la consulta externa del Instituto Dermatológico,
Santo Domingo, R.D.

PACIENTES

30 pacientes fueron admitidos en el estudio, los cuales asisten a la consulta del Instituto Dermatológico; a los mismos se les aplicó tratamiento local con dicha pasta, por un período de 4 meses consecutivos, con el objetivo primordial de ver los resultados terapéuticos. Dentro de los mismos, la úlcera varicosa ocupó el primer lugar con un 77%, siendo seguida por la úlcera traumática con el 13%; encontramos que nuestra población está compuesta por el sexo femenino 87%, ya que las úlceras varicosas afectan más a la mujer que al hombre; en un tercer lugar lo componen las úlceras hipertensivas isquémicas con un 7%, seguidas por úlceras cuya etiología fue la diabetes.

METODOLOGIA Y TECNICA

La presente investigación corresponde a un estudio prospectivo y observacional directo, donde seguimos a 30 pacientes que acudieron a la consulta de dermatología general del Instituto Dermatológico Dominicano.

Los criterios de selección de los pacientes fueron:

1. Pacientes con úlceras benignas de piernas con menos de 3 meses de evolución.
2. De cualquier sexo, edad, y de las siguientes etiologías: hipertensión, várices, várices, diabetes y traumatismos.
3. Previo control de enfermedad de base y sin infección.
4. Exámenes de laboratorio realizados: hemograma, uroanálisis, coprológico, VDRL, investigación de células falciformes y biopsia.
5. Fueron excluidos todos los pacientes cuyo resultado histopatológico evidenció malignidad.
6. Tratamiento ambulatorio.

Para cumplir con el objetivo propuesto, se utilizó como instrumento de recolección de datos un formulario de encuesta donde están contenidas las variaciones en estudio; luego se procedió a medir en cm las lesiones, y se tomaron fotografías de ellas, antes y después del mismo. Dichos pacientes fueron citados cada 9 días y evaluados previamente para determinar la evolución de la úlcera. El próximo paso fue instaurar el esquema terapéutico de pasta gelatinosa (pasgel) aplicando la misma cada tres días una vez al día; previamente se lavó la úlcera con jabón antiséptico y abundante agua. Antes de su aplicación la pasta gelatinosa se calentaba en baño de María para convertirla en líquida y así lograr cubrir la totalidad de la úlcera: encima se colocaba un apósito, el cual debía retirarse al tercer día. Este procedimiento se efectuó con un período de dos aplicaciones de pasgel en la casa del paciente y la siguiente en el Instituto Dermatológico, teniendo en cuenta siempre que la misma

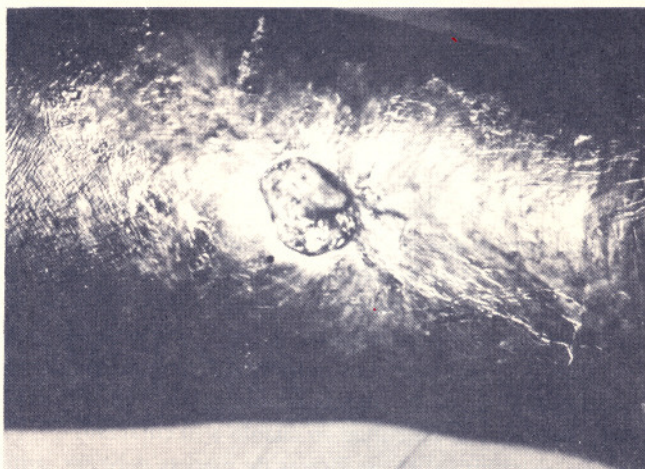
debe aplicarse cada tres días, obteniendo un máximo de diez aplicaciones al mes.

RESULTADOS

Para la clasificación de la distribución porcentual de los casos estudiados, se tomaron una serie de parámetros que a continuación vamos a explicar.

A las úlceras totalmente curadas o con más de un 90% de curación se les calificó como muy buenas; a las que presentaron curación de un 80–90% se les calificó como buenas; las que tenían más de un 50% resultado regular y las de menos de un 50% se les calificó como ligeras.

Pre-tratamiento



Post-tratamiento

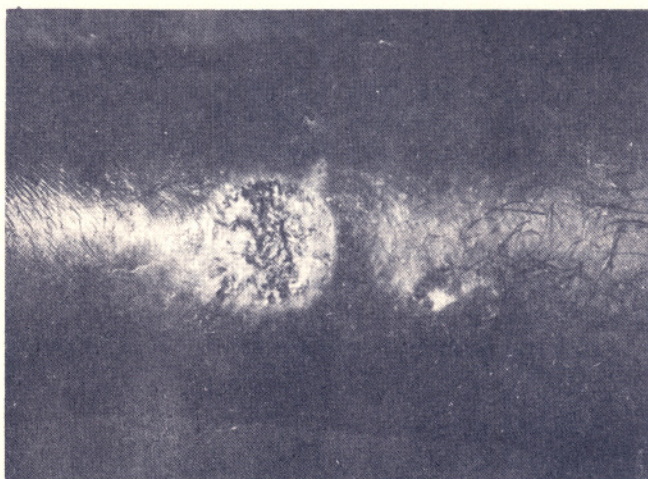
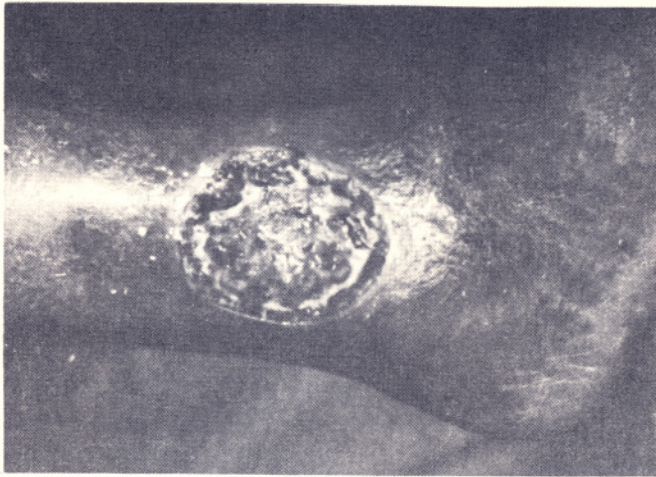


FIG. No. 1. Úlcera de 2 cm de diámetro. Nótese la evolución favorable en la foto post-tratamiento.

Pre-tratamiento



Post-tratamiento

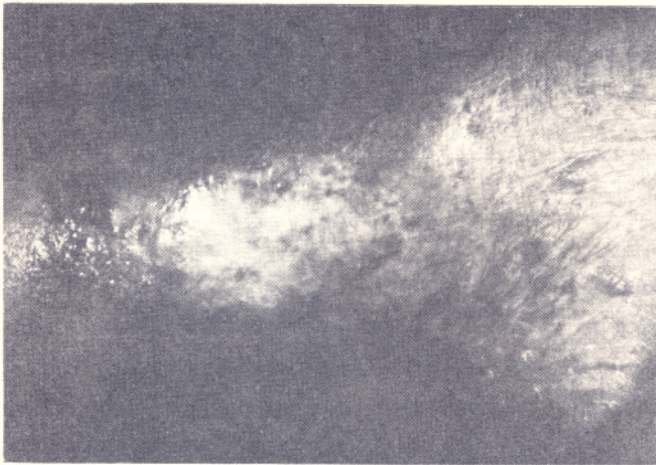


FIG. No. 2. Úlcera de 6 cm de diámetro. Nótese evolución muy buena en la foto post-tratamiento.

A los pacientes que no completaron el tratamiento se les calificó como de no completa evolución. Los pacientes en los cuales las úlceras no presentaron ningún tipo de respuesta y variación se les calificó como fracaso.

La distribución porcentual de los resultados fueron: 13% obtuvieron muy buenos resultados y 20% buenos resultados; 77% de los casos obtuvo algún tipo de respuesta satisfactoria. Tenemos que un 41% evolucionaron en 4–6 semanas, un 35% en 1–3 semanas, un 76% en 1–6 semanas del total de los pacientes estudiados, observación muy importante, ya que eso demuestra la rápida evolución de las úlceras en pocas semanas de tratamiento con pasgel en un número importante de los casos estudiados.

La relación existente entre el tratamiento aplicado y la

reducción del tamaño de la úlcera medido en cm. tenemos que: en un 91% obtuvieron resultados muy buenos en las úlceras de 1–2 cm., mientras que en las úlceras de 5–6 cm. sólo un 9%, podemos explicar esto diciendo: 1ro. que las úlceras de 1–2 cm. fueron predominantes; 2do. que éstas responden más satisfactoriamente al tratamiento que las de 5–6 cm.

EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios que encontramos fueron prurito y ardor. El ardor no fue en sí una complicación de la pasgel, sino que algunos pacientes calentaban demasiado la pasta para convertirla en líquido e inmediatamente se la aplicaban. Cuando los pacientes no calentaban demasiado la pasta o la dejaban tibia, el ardor no ocurría. En el resto de los pacientes no se observó ningún otro tipo de complicación.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes que presentaron 1–2 cm en el tamaño de las úlceras fueron predominantes al mismo tiempo que presentaron una respuesta al tratamiento más satisfactorio que los pacientes que tenían úlceras con 5–6 cm de tamaño.

2. El tiempo de evolución de la respuesta de las úlceras benignas de piernas al tratamiento con pasgel fue relativamente corto si tomamos en cuenta que el período de estudio fue de 20 semanas y los resultados se obtuvieron en 1–12 semanas con un pico máximo de 4–5 semanas de evolución.

3. Por los resultados obtenidos en la respuesta al tratamiento donde los grupos de muy bueno y bueno resultados alcanzaron mayor porcentaje, queda establecido que la pasgel es una opción terapéutica efectiva en las úlceras benignas de pierna.

4. Los efectos secundarios que se presentaron fueron prurito y ardor, en el caso del ardor éste disminuye cuando el paciente se aplica la pasgel con el debido procedimiento. Con éstos se demuestra su característica inocua.

5. En la población estudiada encontramos que la edad predominante fue la adulta con un mayor porcentaje en las edades comprendidas de 51–62 años; esto por la relación existente de las úlceras benignas de las piernas con pacientes de edad avanzada.

6. En cuanto al sexo, se obtuvo mayor prevalencia en el sexo femenino, esto por razones de estética y porque las mismas se preocupan más por la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Recomendamos el uso de pasgel en úlceras benignas de las piernas, teniendo preferencia para su uso en las de pequeño tamaño.

Cuando se está bajo el tratamiento de pasgel no debemos usar otras terapéuticas tópicas, con excepción de un jabón antiséptico para la limpieza de las úlceras antes de cada tratamiento.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

- Bogaert, H.: Dermatología. Santo Domingo, Amigo del Hogar, 1ra. ed. Cap. 8. pp. 93-105, 1984.
- Lever, W.F.; Shaumburg-Lever, G.: Histopatología de la piel. Buenos Aires, Editorial Intermédica, 5ta. ed. pp. 3-39, 1979.

Rook, A.W.; Ebling, F.J.G.; Wilkinson, D.S.: Textbook of Dermatology. Londres, Blackwell Scientific Publications, 4ta. ed. pp. 1187-1227, 1986.

Cotwell, L.: López-Virella, M., y Halushka, P.: Patho-Diab. Care. 4:121-133, 1981.

De Jesús, T.; Gómez, R.A., y García, G.F.: Contribución al tratamiento de Úlcera Varicosa con la bota de Unna. Tesis para optar por el título de Doctor en Medicina, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1981.

Delbridge, L.; Appleberg, M., and Reeve, T.S.: Factors associated with development of foot lesions in the diabetic. Surgery, 93: 78-82, 1983.

Eimens, M.E.: The neuropathic foot in diabetes. Diabetic Medicine, 3: 111-115, 1986.

Jones, E.W.: A microbiological study of diabetic foot lesions. Diabetic Medicine, 2:213-215, 1985.

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS SINDROME DE PEUTZ-JEGHERS: A PROPOSITO DE UN CASO

* Dr. José de Js. Jiménez O.

** Dr. Angel Estrella

** Dra. Lourdes Lora

Se trata de una rara condición de depósitos de melamina en labios, palmas de manos y pies y poliposis intestinal, que cuando se puede demostrar en el estudio radiográfico del tubo digestivo, suele hacerse mayormente en el yeyuno-ileon. Según citan diferentes libros (Principles of Surgery of Swartz, third edition, McGraw-Hill Company 1979, pág. 1176; Tratado de Patología Quirúrgica de Christopher, 10ma. edición 1974, pág. 853), puede encontrarse un Peutz-Jehgers con pigmentación y sin poliposis demostrada.

Se hereda como rasgo mendeliano simple dominante, aunque casos esporádicos no relacionados con la herencia han sido reportados. Las manchas, especialmente en el labio inferior, aparecen en la niñez y son de color marrón-oscuro, múltiples generalmente. Los pólipos ocurren generalmente en el intestino delgado, aunque pueden encontrarse a todo lo largo del tracto digestivo. Una vez se creyó que los pólipos eran adenomas verdaderos, aunque hoy se consideran como hamartomas y sin potencial maligno.

(*) Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital José María Cabral y Báez, Santiago, R.D.

(**) Médicos pasantes.



no.

Los síntomas son dolores abdominales tipo cólico algunas veces acompañados de sangramiento gastrointestinal. Invaginación intestinal es causa frecuente de operación. El tratamiento es la resección de los pólipos cuando se tornan sangrantes.

Presentamos al niño E.P., de 11 años, natural de Pinalito, Járico, quien ha padecido de tiempo en tiempo de dolores y distensión abdominal, los cuales han cedido con el uso de antiespasmódicos. En tres oportunidades ha presentado diarreas sanguinolentas. Al examen físico el paciente muestra ligera palidez así como la presencia de unas media docena de manchas marrón oscuras en el labio inferior. El resto está normal.

La rutina de laboratorio ha mostrado como única anormalidad: ligera anemia hipocrómica con microcitosis. Diferentes exámenes de materias fecales no han mostrado parasitosis. Se entiende que en los varios episodios de diarreas oscuras ha habido sangre oculta positiva.

El tubo digestivo alto y bajo ha sido estudiado con medio de contraste en el hospital J.M.C. La técnica no ha sido la más adecuada y no fue posible encontrar o demostrar los pequeños hamartomas.

Consideramos este caso un Peutz-Jehgers y lo reportamos por su rareza.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Gastroenterology. Henry Bockus, M.D. Volume II, second edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1966. Páginas 979-980 y 181.
- Principios de Medicina Interna de Harrison. Décima edición, 6ta. en español. Tomo II, páginas 2461-2462. McGraw-Hill, Inc. USA. 1983.
- Andrews' Diseases of the Skin. Dermatology by Domonkos. W.B. Saunders, Philadelphia. Sixth edition. 1971. Página 938.
- Current Medical Diagnosis and Treatment. Lange Medical Publications, Los Altos, California. 1986, página 387.
- The Merck Manual. Fourteenth edition. Merck-Sharp & Dohme Laboratories, 1982, página 797.
- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Davis Christopher, M.D. Décima edición interamericana 1974, página 853.
- Swartz's. Principles of Surgery. Shires, Spencer, Storer, M.D. Third edition. MacGraw-Hill Company 1979, página 1176.
- Nelson and Telson: Textbook of Pediatrics. Vaughan, MacKey, Behrman, M.D. Eleventh edition 1979, páginas 1873 y 1978.
- Pathology Basis of Disease. Robins. Cotran. W.B. Saunders Company 1979, página 993.