

La úlcera de Martorell. Presentación de tres casos (*)

A. MARTINO y M. ARICÒ

Divisione de Chirurgia Vascolare. (Primario: Prof. Sebastiano Bosio) Ospedale Civico e Benfratelli, Palermo (Italia)

En una experiencia decenal de patología arterial con lesiones isquémicas regionales periféricas, basándonos en el rígido protocolo codificado por los trabajos fundamentales de *Martorell*, en la literatura antigua y en la reciente puesta a punto sobre esta materia por *Hines y Farber* en 1946 y por *Duque* en 1966, hemos extraído tres casos de «Úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas», complicación rara en relación al grandísimo número de hipertensos. En efecto hemos considerado válido y necesario para establecer el diagnóstico todas las características descritas de inicio por aquel Autor y confirmadas por observaciones sucesivas: 1. Hipertensión arterial notable tanto en los miembros superiores como en los inferiores; 2. Hiperesfigmia y aumento del índice oscilométrico en los miembros inferiores; 3. Ausencia de lesiones oclusivas de los grandes troncos arteriales con presencia de todos los pulsos periféricos; 4. Integridad del sistema venoso; 5. Localización característica de las úlceras sobre la cara anteroexterna de la pierna entre el tercio medio y el tercio inferior; 6. Frecuente bilateralidad y simetría de las lesiones, no necesariamente isócronas (úlcera en un miembro y mancha hiperocrómica en el contralateral).

Tales lesiones ulcerosas son más frecuentes en el sexo femenino entre los 50 y 70 años; no suelen quejarse de claudicación intermitente; atribuyen a un microtrauma la aparición de la úlcera, que no tiende a curar, es dolorosa incluso en clinostatismo y poco sensible a los comunes antiálgicos y vasodilatadores. En la evolución de la enfermedad se observa a menudo una zona cutánea eritematosa que en el espacio de siete a diez días se transformará por diapedesis hemorrágica en una zona ulcerosa que se limita, dejando una úlcera superficial con una escara central circundada por escaso tejido de granulación muy doloroso. Histológicamente todos los autores están de acuerdo en una hialinosis entre endotelio y membrana elástica interna, acompañada de polinucleosis de las células musculares de la túnica media. Las dos lesiones llevan al estrechamiento de la luz arteriolar. Tales lesiones histológicas son características de toda úlcera hipertensiva, observándose empero también en otras zonas cutáneas de sujetos hipertensos y, por tanto, no cabe considerarlas patogénicamente específicas. Ninguna hipótesis patogénica explica, en efecto, de modo suficiente la característica localización que tales úlceras suelen adquirir ni su bilateralidad y simetría. En el

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

estudio de los valores tensionales, un dato muy interesante nos viene dado por un método moderno: la sonda Doppler demuestra un aumento del trabajo tensional regional en ortostatismo, lo que hace pensar en una ruptura de los mecanismos baroceptivos (*Bartolo*).

Esta hipótesis halla su confirmación clínica en el benéfico efecto de la simpatetomía lumbar, con el rápido cambio de la úlcera hacia la cicatrización, por medio de la cual se normalizaría el dissinergismo neurovegetativo a través de un mecanismo hipotensor arteriolar regional. La terapéutica hipotensora general, por otra parte, sigue siendo el eje del tratamiento en estos sujetos y representa, además, un criterio diagnóstico «exadiuvantibus» con las úlceras isquémicas arterioscleróticas.

Casos clínicos

Presentamos a continuación nuestros tres casos, dado que son, por así decirlo, «típicos». Como hemos dicho al principio, corresponden a la rigurosa descripción clínica hecha por *Martorell* en 1945: Localización sobre la cara anteroexterna de la pierna en la unión del tercio medio con el tercio inferior; sexo femenino; edad media, 65 años; hipertensión diastólica con anamnesis de hipertensión sistólica al menos de 10 años; presencia de todos los pulsos periféricos en los miembros inferiores y ausencia de patología venosa concomitante. Las úlceras databan en el momento de nuestra observación por lo menos de tres meses, habiéndose demostrado rebeldes a la terapéutica analgésica y flebológica instaurada por el médico que las trataba. En cuanto a la simetría de la lesión, sólo en uno de los casos era bilateral y no isócrona: la úlcera del miembro contralateral estaba representada por una cicatriz de una úlcera aparecida algunos meses antes.

Hemos confirmado nuestro diagnóstico por el examen reográfico, que ha demostrado la hiperesfigmia arterial con un aumento del índice oscilométrico en miembros inferiores, y en el último caso por ultrasonometría Doppler. Colocando la sonda sobre la arteria tibial posterior hemos comprobado los datos de *Bartolo*, es decir un claro aumento del índice presor que demuestra una severa hipertensión regional en ortostatismo.

La presión diastólica ha sido clasificada por nosotros como esencial, tras haberla estudiado para excluir una patología secundaria. Las características de la lesión ulcerosa, su aparición y su evolución son superponibles en nuestros tres casos: inicio lento con manchas cutáneas eritematosas que en el tiempo de una semana se transformarían en áreas de necrosis con aspecto hemorrágico, que a su vez confluían en zonas ulcerosas de márgenes recortados y necróticos y de fondo sanioso, rodeadas de tejido de granulación perilesional muy doloroso a la palpación. Tales úlceras se han mostrado repetidamente infectadas por flora mixta secundaria.

La terapéutica-base instaurada por nosotros ha sido la hipotensora general: Hemos tratado un caso con alfametildopa a dosis fuertes (1-2 gr día) por su acción gangliopléjica, mientras en otro hemos empleado el prazosin clorhidrato por su acción miolítica directa sobre la musculatura lisa de las arteriolas peri-

féricas. Ambos fármacos actuarían como hipotensores, por mecanismos distintos, reduciendo las resistencias periféricas totales. Paralela a la disminución de los valores tensionales, tanto sistólicos como diastólicos, hemos ido asistiendo a la gradual cicatrización de la úlcera. En un caso ha sido suficiente la simpatectomía lumbar monolateral que ha abreviado la estancia en cama respecto a los casos no operados. A nivel local, ha sido tratada la sobreinfección basándonos en el antibiograma derivado de la úlcera. Los tres pacientes han sido dados de alta clínicamente curados.

Consideraciones

De la numerosa casuística de úlceras isquémicas arterioscleróticas hemos extraído de inicio 16 pacientes sospechosos de sufrir una úlcera isquémica hipertensiva. Un atento examen de los criterios de selección nos ha conducido, empero, en nuestro estudio, a la aplicación de una selección rigurosa respetando el protocolo codificado por *Martorell* relativo a esta patología. Queremos remarcar aquí que la «verdadera úlcera de Martorell» debe presentar todas las características expuestas antes, sin excluir ninguna, y como tal se trata de una patología en extremo rara. Desde el punto de vista diagnóstico, si aquel protocolo es respetado, no existe problema. Sin embargo, queremos puntualizar que ya sea por nuestra escasa experiencia, ya por cuanto otros autores han escrito sobre el particular, los criterios terapéuticos deben seguir siempre dos direcciones: primera, exquisitamente médica, usando fármacos hipotensores generales de tipo gangliopléjico y/o miolítico, terapéutica que debe seguirse con independencia de la hospitalización y que tiene además un valor profiláctico dada la facilidad de la recidiva de tales úlceras; segunda, quirúrgica, dirigida a la eliminación del hipertono simpático regional con la resección del tercero y, sobre todo, dada la localización de la úlcera, del cuarto y quinto ganglios simpáticos lumbares. Está fuera de duda, en lo que todos los autores están de acuerdo, que la simpatectomía lumbar acelera el proceso de curación y por ello es aconsejable practicarla siempre, persistiendo válidas las contraindicaciones de carácter general a la intervención quirúrgica.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de tres casos de Úlcera hipertensiva de Martorell, los autores exponen una serie de condiciones diagnósticas y terapéuticas, resaltando la necesidad de ser rigurosos en la catalogación y aconsejando la simpatectomía lumbar en todos los casos.

SUMMARY

Three cases of Martorell's Ulcer are exposed. Comments about diagnosis and treatment are performed.

BIBLIOGRAFIA

1. **Allen, E. V.; Barker, N. W.; Hines, E. A.:** Hypertensive ischemic ulcers of the leg. En «Peripheral Vascular Disease», W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1962.
2. **Bartolo, M., y cols.:** Peculiari riscontri Doppler tensiometrici in varie condizioni fisiopatologiche vascolari periferiche. «Atti II Congr. Naz. Sisum», Roma, junio 1976.
3. **Duque, F. L. V.:** Úlcera isquémica hipertensiva. «Palestras Médicas», Mec. Río de Janeiro, 1966.
4. **Galicchio, G. D.:** Úlcera de Martorell. «Angiología», 27: 203, 1975.
5. **Hines, B. A., y Farber, E. M.:** Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia occurring in the presence of hypertensive disease: A preliminary report. «Rec. Mayo Clinic», 27: 337, 1946.
6. **Martorell, F.:** Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. «Actas I. Policlínico de Barcelona», 1, 6, 1945.
7. **Martorell, F.:** Úlcera supramaleolar hipertensiva. «Medicina Clínica», 9: 218, 1947.
8. **Martorell, F.:** «Úlceras de las Piernas de Origen Neurovascular», Relieves Basa y Pagés, S. S., Barcelona, 1950.
9. **Martorell, A.:** Úlcera hipertensiva extensa. Tratamiento por la simpatectomía lumbar y el injerto cutáneo. «Angiología», 14: 194, 1962.
10. **Martorell, F.:** L'ulcère hypertensif. «Phlébologie», 25: 369, 1972.
11. **Martorell, F.:** «Angiología», Ed. Salvat, S. A., Barcelona 1972.