

# A PROPOSITO DE LA ULCERA DE MARTORELL (ULCERA DE PIERNA HIPERTENSIVA) CONSIDERACIONES ACERCA DE SU TRATAMIENTO

MIGUEL VÁZQUEZ-ROCHA y EUGENIO J. ISASI  
*Centro de Cardiología de Montevideo (Uruguay)*

En 1945 F. MARTORELL describió (17, 19, 21) un tipo de úlcera de características muy singulares a la que denominó Úlcera supramaleolar hipertensiva. Numerosas publicaciones posteriores confirmaron la realidad de esta nueva entidad clínica y por acuerdo general en la actualidad se le denomina también «Síndrome de Martorell» (\*). Su diagnóstico es en general fácil cuando se conoce su existencia y se fundará en los siguientes elementos de juicio:

- 1). — Localización en la cara anteroexterna de la pierna, tercio medio o inferior de la misma.
- 2). — Coincidencia con hipertensión arterial diastólica.
- 3). — Ausencia de varices o flebectasias.
- 4). — Evolución crónica a veces prolongada.
- 5). — Muy dolorosas, dificultando muchas veces el reposo del enfermo.
- 6). — Carácter superficial y aspecto típico de las lesiones isquémicas.
- 7). — Origen frecuente a punto de partida en un trauma local.

Aparece en sus comienzos como una pequeña mácula o pápula que luego se ulcera, dejando ver su fondo necrobiótico y superficial, a veces a partir de un pequeño traumatismo. Se le relaciona a una isquemia producida por la arteriolitis hipertensiva (16). Existen sin embargo muchos puntos oscuros aún en cuanto a su patogenia y especialmente que expliquen su tan singular localización. Su evolución es prolongada y se acompaña de intensos y fastidiosos dolores, aliviados en algunos casos por la adopción de la posición pendiente de las extremidades inferiores (dolor arterial).

Este alivio postural no se logra siempre y el enfermo puede pasar largas noches sin dormir, adelgaza y agota sus fuerzas.

Si a ello se agregan los frecuentes errores de diagnóstico que se cometen debido en general a ignorancia de esta entidad clínica (por lo menos en nuestro medio) se comprenderá lo necesario que es divulgar su conocimiento.

\* Congreso de Flebología en Aix-en-Provence, 1952. Sin embargo hay otro Síndrome de Martorell o Martorell-Frövig (obstrucción de los troncos supraaórticos), por lo cual nos parece mejor llamar a este que consideramos aquí "Úlcera de Martorell".

Los tratamientos propuestos varían considerablemente. Van desde la simpatectomía más o menos extensa hasta la simple aplicación de vasodilatadores, antiespasmódicos o drogas antihipertensivas.

Todos cuentan en su haber con numerosos fracasos, aún la simpatectomía (ALLEN, BARKER y HINES) (3).

El tratamiento de la hipertensión arterial a veces mejora al enfermo y alivia sus dolores. Hasta se ha observado en algunos casos paralelismo casi perfecto entre los valores tensionales y la intensidad de los dolores (MUNAR) (23). Pero desgraciadamente no siempre las cosas ocurren así y por demás el efecto del tratamiento antihipertensivo es lento y no acarrea el necesario alivio inmediato de un enfermo a quien sus dolores extenuan, quitándole reposo.

Procurando encontrar la manera de obtener ese efecto analgésico nosotros recurrimos al nicotinato de sodio, cuyas propiedades antidolorosas en los procesos de isquemia fueron tan elogiados por CONDORELLI, LEMAIRE, LOEPER y HOUSSET (7, 8, 15).

Utilizamos una solución al 1% preparada gentilmente a nuestro pedido por Laboratorios Galien, a dosis de 3 c. c. dos veces al día, intramuscular, durante tanto tiempo como sea necesario para obtener el resultado apetecido.

Este no deja lugar a dudas, el alivio del dolor es casi inmediato y permite al enfermo descansar ya desde el primer día de su institución.

Las lesiones evolucionan hacia la curación, delimitándose a veces un surco claro de demarcación entre las partes afectadas de necrobiosis y las sanas, mejora el estado general en relación con el alivio de los dolores y el reposo posible del enfermo. El tratamiento se prolonga el tiempo necesario y podrá aún completarse por vía intravenosa a las dosis de 0,03 a 0,06 según lo aconsejó CONDORELLI para las arteritis. No tiene efectos colaterales desagradables. No es doloroso, no hemos observado sensibilización al mismo a pesar de que lo empleamos ampliamente en el tratamiento de la arteritis obstructiva arteriosclerótica. No lo hemos aún utilizado por vía intraarterial para combatir esta afección a pesar de que lo sabemos muy eficaz en las arteritis crónicas, donde lo hemos empleado algunas veces siguiendo a LAMAIRE, LOEPER y HOUSSET. Como medicación asociada utilizamos la papaverina o sus similares (Perpalien Galien). Hydergina, Ronicol, etc., los medicamentos antihipertensivos (veratrum y sus derivados; rauwolfia, gangliopléjicos, inhibidores simpáticos, meprobamatos, etc.).

El resultado no puede atribuirse a estas drogas, pues sus fracasos son numerosos; el nicotinado de sodio, en cambio, logró siempre el exitoso efecto.

Resumimos ahora aquí dos historias clínicas de pacientes tratados por este método y los resultados obtenidos.

*Caso núm. 1.* — E. P. de P., uruguaya, 77 años. Antigua hipertensa con cifras tensionales en el examen de 170-80 (Riva Rocci). Electrocardiograma dentro de los valores normales con ritmo sinusal. Disnea de esfuerzo y decúbito. Hígado agrandado, liso y sensible a la palpación. Macidez y debilitamiento del murmullo respiratorio, más marcado en base pulmonar derecha. Desde hace unas cuatro a cinco semanas ulceración redondeada

superficial de claro carácter isquémico, en la unión del tercio medio con el inferior de la pierna izquierda, muy dolorosa, que dificulta el descanso de la paciente. El dolor es continuo con exacerbaciones nocturnas (fig. 1).

La exploración del pulso y oscilometría en ambos miembros es normal. No hay cambios de color y el tiempo de recoloración postural es normal en ambos lados (14 segundos). El tiempo de relleno venoso es normal para las venas del dorso del pie.

Los pies presentan temperatura normal.

Si bien existen algunas pequeñas venas cutáneas, con circulación centrípeta y sin alteraciones valvulares, no existen varices verdaderas.

La enferma atribuye la ulceración a pequeño traumatismo local.

Se instituye tratamiento con nicotinato de sodio en inyecciones intramusculares bicitidianas de 0,03 g. cada una, medicación espasmolítica con Hydergina, papaverina, etc., además de la propia de su insuficiencia cardíaca congestiva (digitálicos, diuréticos, estrofanticos, etc.).

El dolor se alivia rápidamente y la ulceración cicatriza, curando completamente en algunas semanas.

En *síntesis*: hipertensión arterial descompensada con insuficiencia cardíaca congestiva. úlcera isquémica de la cara externa de la pierna con todos los caracteres de aquella propia del «Síndrome de Martorell», tratada con nicotinato de sodio con notable alivio del dolor y rápida curación. El remedio fué bien tolerado durante treinta días continuos a pesar de la descompensación cardíaca.

*Caso núm. 2.* — Carlos A., israelita, 55 años, antiguo hipertenso con cifras tensionales en el momento de nuestro examen de 230-130 mm. (Riva Rocci).

Presenta actualmente una ulceración superficial extensa de 2 por 3 cm., de fondo sanioso en el que se reconoce proceso de necrobiosis, situada en la cara anteroexterna de la pierna derecha en la unión de su tercio medio con el inferior (fig. 2), con abundante secreción de olor fétido; sumamente dolorosa, que impide el reposo especialmente por la noche; cuando los sufrimientos se exacerbaban, el enfermo pasa a veces la noche sentado al borde de la cama con las piernas pendientes.

Se originó a raíz de pequeño traumatismo local.

La exploración del sistema vascular de los miembros muestra lo siguiente:



Fig. 1. — Úlcera hipertensiva correspondiente al caso n.º 1.

Pulso femoral y poplíteo normales. Pulsos pedio y tibial posterior de grado II en ambos lados. La oscilometría confirma estas observaciones. Color ligeramente cianótico en las partes declives. bastante pálido en el resto. Ligeró alagamiento del tiempo de recoloración postural (6 segundos). Ligeró enfriamiento de los pies en relación mayormente con la continúa exposición al aire que a su insuficiencia arterial.

No hay claudicación intermitente. No hay atrofia muscular ni alteraciones tróficas de piel y faneras



Fig. 2. - Úlcera hipertensiva correspondiente al caso n.º 2

No hay varices ni flebectasias. corazón con ligero aumento de sus diámetros, a expensas principalmente del ventrículo izquierdo. Aorta opaca oblongada y con diámetros ligeramente ensanchados. Pulmones normales. Orina: glucosuria discreta. 2 gramos por mil. No hay trastornos visuales. La úlcera data de unos cuatro meses y provocó en este enfermo una verdadera peregrinación por clínicas y consultorios sin encontrar alivio. Se le torturó colocándole una bota de Unna que no pudo soportar: se le aplicaron toda clase de tópicos sobre su lesión sin resultado alguno. Finalmente se le aconsejó una intervención sobre sus venas (?).

Nosotros instituímos: apósitos con Tyrotricina continuos que suprimieron en pocos días la fetidez y redujeron la secreción. Administramos nicotinado de sodio intramuscular a la dosis de 0.03 g., dos veces al día.

El dolor desaparece desde el primer día permitiendo el sueño al paciente. Como complemento agregamos Perpalien Galien y el enfermo continúa con su medicación antihi-

pertensiva (veratrum, rauwolfia, etc.) que nunca abandonó. Después de veinte días, administramos el nicotinato de sodio una sola vez al día.

La ulceración mejora. aparece desde las primeras horas un surco de delimitación entre las partes atacadas de necrobiosis y las sanas. La fetidez no vuelve más. La lesión comienza a cicatrizar sin que hayan vuelto los dolores.

En *síntesis*: úlcera típica de Martorell, evolucionando en un paciente con una discreta insuficiencia arterial de los miembros inferiores tratada con nicotinato de sodio al 1 % que mejoró el dolor en forma notable al punto

de permitir a este enfermo el descanso nocturno antes casi imposible, y que condujo la ulceración a un proceso de curación rápida.

Otra consideración que sugiere este caso es la necesidad de divulgar el conocimiento de esta lesión, de diagnóstico sencillo, pero que en la práctica es objeto de tantos y tan perniciosos errores terapéuticos, con las imaginables consecuencias para el sufrimiento de los pacientes.

#### CONSIDERACIONES.

Parece evidente el efecto favorable que tiene la medicación por el nicotinado de sodio de la úlcera isquémica hipertensiva.

Ese efecto terapéutico es particularmente evidente sobre el dolor al que alivia rápidamente y luego sobre la evolución de la zona isquemiada, que se delimita, separándose de la parte sana en forma fácil de percibir. La terapéutica utilizada es sencilla, sin contraindicaciones, no se acompaña de efectos colaterales desagradables y tan bien tolerada que creemos debe siempre ser aplicada a estos pacientes, en particular antes de decidirse por la simpatectomía que como sabemos no está exenta de recidivas (ALLEN, BARKER y HINES, y otros).

No hemos utilizado aún el nicotinado de sodio por vía intravenosa ni intraarterial en estos pacientes. La vía intramuscular en los casos tratados fué suficiente. Pero debe tenerse presente que en casos más resistentes puede ampliarse el alcance de esta droga recurriendo a aquellas vías, como por lo demás lo hemos hecho en el tratamiento de las arteritis obstructivas crónicas o aún en los brotes agudos de trombosis arterial en el curso de las mismas.

El efecto sobre la evolución del proceso requiere más observaciones. Tenemos la impresión de que acorta el curso del mismo, pero se necesita hacer un compás de espera para verificarlo. De todas maneras el efecto sobre el dolor es ya suficiente para justificar su empleo amplio.

Otro hecho importante que se desprende de la práctica diaria es la necesidad de difundir el conocimiento de este síndrome de diagnóstico sencillo, a fin de evitar los errores terapéuticos corrientes y que por cierto no contribuyen a aliviar al paciente.

#### RESUMEN

1). Se describe el uso del nicotinado de sodio en el tratamiento de la úlcera isquémica hipertensiva de la pierna (Síndrome de Martorell).

2). La droga fué empleada en forma de inyecciones intramusculares bicitidianas de 0.03 por vez.

3). La tolerancia fué perfecta y no se observaron efectos colaterales desfavorables.

4). Su acción sobre el dolor es particularmente notable, procurando alivio y reposo al paciente.

5). Su efecto sobre la evolución ulterior de la úlcera requiere nuevas experiencias.

6). El tratamiento puede ser prolongado tanto tiempo como se estime necesario.

### SUMMARY

The use of sodium nicotinatium in the treatment of the hypertensive ischemic ulcer (Martorell's Syndrome) is described. The results were satisfactory. No side-effects were observed. Pain quickly subsides.

### BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO, T. — *Diastolic arterial hypertension and ulcer of the leg (Martorell's Syndrome)*. "Lancet", 260, 1059; 1954.
2. ALONSO, T. — *Un nuevo caso de úlcera hipertensiva de la pierna*. "Rev. Esp. de Card.", vol. 5, n.º 3; 1951.
3. ALLEN, E. V.; BARKER, N. W. y HINES, E. A. — "Hypertensive ischemic ulcer of the leg in peripheral vascular disease". 2.ª edición.
4. ANNING, S. T. — "Leg ulcer -their cause and treatment". J. A. Churchill, Ld. London 1954.
5. ANNING, S. T. — *The cause and treatment of leg ulcers*. "Lancet", 25, 789; 1952.
6. BENCHIMOL, A. S. — *Úlcera moleolar hipertensiva*. "Prensa Médica Argentina", vol. 39, n.º 10; marzo 1952.
7. CONDORELLI, L. — "Med. Klinik, 137; 1940.
8. CONDORELLI, L. — "Med. Woch.", 923; 1948.
9. EDITORIAL. — *Úlcera supramaleolar hipertensiva*. "Rev. Esp. Card.", vol. 2, n.º 2; marzo-abril 1948.
10. FERRERO, R. y MAIRANO, C. — *Osservazioni critiche sull'ulcera "Hipertensiva" della gamba*. "Minerva Cardiologica", año 3, n.º 1; 1955.
11. FARBER, E. M. y SCHMIDT, O. E. L. — *Hypertensive ischemic leg ulcers of the leg*. "Medicine", vol. 72, n.º 1; 1950.
12. GALLET, J. — *Contribution a l'étude des gangrènes cutanées en plaques superficielles et habituellement curable des membres inférieures*. Lyon, 1954.
13. GERSON, L. — *A propos de l'article de M. Martorell. Un nouveau cas d'ulcère hypertensif*. "Presse Médicale", vol. 69, pág. 1450; 1951.
14. HINES, E. A.; FARBER, E. M. — *Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia occurring in the presence of hypertensive disease. Preliminary report*. "Proc. Mayo Clinic", 29, 337; septiembre 1946.
15. LEMAIRE, A.; LOEPER, J. y HOUSSET, E. — "Les injections intraartérielles des artérites des membres". Journées Thérapeutiques de Paris, 1948.
16. MARTORELL, F. — *Úlceras supramaleolares por arteritis de las grandes hipertensas*. "Act. Inst. Policlín. Barcelona", vol. 12; 1945.
17. MARTORELL, F. — *Úlcera supramaleolar hipertensiva*. "Medicina Clínica", vol. 9 n.º 4; 1947.
18. MARTORELL, F. — *Dos nuevos casos de úlcera supramaleolar hipertensiva*. "Angiología", vol. 1, n.º 1; 1949.
19. MARTORELL, F. — *Úlcères de la jambe chez les hypertendus*. "Presse Médicale", 58, 15, 246; marzo 1950.
20. MARTORELL, A. — *Un nuevo caso de úlcera supramaleolar hipertensiva en el hombre*. "Clínica y Laboratorio", n.º 294; septiembre 1950.

21. MARTORELL, F. — "Úlcera hipertensiva (un nuevo síndrome)". Colec. Esp. Monografías Médicas. Barcelona, 1953.
22. MARTORELL, F. — *Úlcera hipertensiva*. "Actas Inst. Policlín. de Barcelona", vo. 7, n.º 7 y 8; 1953.
23. MUNAR, J. — *Úlcera hipertensiva. Consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento*. "Angiología" 8:55; 1956.
24. MAYALL, R. C.; GIGLIOTTI, A. C. y DOMÍNGUEZ, R. P. — *Úlcera maleolar hipertensiva*. "Angiología", 8:281; 1956.
25. NOGUER-MORÉ, S. — "Etiopatogenia de las úlceras de las piernas". Ponencia presentada en el IIº Congreso Luso-Español de Dermatología. Lisboa, 1950.
26. OLLER-CROSSET, L. — *Las úlceras supramaleolares de los grandes hipertensos*. "Medicina Clínica", vol. 8, n.º 3. pág. 175.
27. OLLER-CROSSET, L. y PALOU-MONZÓ, J. — *Úlcera de pierna por hipertensión arterial*. "Acta Dermatosifilográficas", 44, 669; 1953.
28. ORBACH, E. J. — *Hypertensive ischemic leg ulcer*. "Angiology", vol. 6, n.º 2; 1955.
29. PALOU, J. — *Lumbar sympathectomy in the treatment of hypertensive ischemic ulcers of the leg (Martorell's Syndrome)*. "Circulation", vol. 12, 2; 1955.
30. PENNOCK, L. L. y MINNO, A. M. — *Vitamin E in treatment of leg ulcers*. "Angiology", vol. 1, 4; 1950.
31. PIULACHS, P. — "Úlceras de las extremidades inferiores de origen vascular". Ponencia presentada en el Iº Congreso de la Asociación Española de Cirujanos. Salvat Editores. Barcelona, 1949.
32. RODRÍGUEZ-ARIAS, A. — *Concepto general de las úlceras de la pierna de origen arterial*. "Anal. Int. Corachán", vol. 4, n.º 1; 1952.
33. SCHMIDZ, R. — *Zür Klinik der Hypertonicgeschwüre*. "Dermatologische Woch.", 131, 2; 1955.
34. SCHNEIDER, W. — "Ulcus hypertonicum. Moderne Therapie der Varicen, Hämorrhoiden und Varicocele". Stuttgart, 1955.
35. UCAR, S. — *Un caso típico de úlcera hipertensiva de la pierna*. "Angiología", 1:333; 1949.
36. UCAR, S. — *Úlceras hipertensivas de las piernas*. "Actas Demosifilográficas", 42, 238; 1950.
37. VALLS-SERRA, J. — *Sobre tratamiento de la úlcera supramaleolar de los grandes hipertensos*. "Actas Int. Policlín.", 3, 86; 1946.
38. VALLS-SERRA, J. — *Diagnóstico diferencial de las úlceras crónicas supramaleolares de origen vascular*. "Anal. Med. y Cirug.", 22, 26; 1947.
39. VÁZQUEZ-ROCHA, M. — *Insuficiencia vascular periférica*. "Sístole", 6; 1955.
40. VERGOZ, L. — *Contribution a l'étude des artérites par injections intraartérielles des dérivés de la novocaïne associés an nicotinate de soude*. Paris, 1951. (en "Phlébologie", 8, 3, 100; 1955).
41. WRIGHT, I. S. — "Vascular disease in clinical practice". The Year Book Publishers. Inc. Chicago, 1948.