

DOS NUEVOS CASOS DE ULCERA SUPRAMALEOLAR HIPERTENSIVA

F. MARTORELL

HISTORIA.

En 1945 llamamos la atención sobre la existencia de úlceras supramaleolares por arteriolitis en enfermos hipertensos. En 1946, HINES y FARNER, de la Clínica Mayo, confirmaron la existencia de estas úlceras, a las que denominaron *Hypertensive-ischemic Ulcers*. En el mismo año, VALLS-SERRA comunicó el primer caso masculino. Más tarde, OLLER-CROSIET publicó un trabajo de recopilación. WRIGHT en su obra «*Vascular diseases*» dedica un capítulo a esta nueva entidad clínica, descrita por vez primera en España.

PATOLOGIA.

La úlcera supramaleolar hipertensiva tiene su origen en la propia enfermedad hipertensiva. Aparece como consecuencia de la isquemia originada por las lesiones obliterantes en las pequeñas arteriolas. Estas lesiones son parecidas a las halladas en otros territorios en los enfermos hipertensos. En unos casos, dichas arteriolas muestran intensa hialinosis entre el endotelio y la elástica interna; en otros, proliferación endarterial; y siempre estenosis de la luz vascular.

Esta enfermedad predomina en el sexo femenino. Hasta ahora el caso de VALLS-SERRA era el único masculino. WRIGHT recientemente ha publicado otro caso en el hombre.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de úlcera supramaleolar hipertensiva debe basarse en los siguientes hechos:

- 1.^o Hipertensión arterial considerable en los brazos.
- 2.^o Hipertensión arterial considerable en las piernas.
- 3.^o Hiperpulsatilidad e hiperoscilometría en las piernas.
- 4.^o Ausencia de obliteración troncular. Pulso perceptible en todas las arterias de los miembros inferiores.
- 5.^o Ausencia de trastornos de la circulación venosa.
- 6.^o Existencia de una úlcera superficial en la cara anteroexterna de la pierna, en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores.
- 7.^o Simetría de la lesión; úlcera en los dos lados, o por lo menos existencia de úlceras en un lado y mancha pigmentada en el opuesto.

8.^o Estas úlceras, son muy dolorosas y resultantes de la necrosis isquémica de un sector cutáneo.

Hasta ahora todos los casos observados en nuestra sección de Cirugía Vascular presentaban esta localización típica, así como el caso de WRIGHT. Entre los de HINES y FARBER la localización era más irregular. Últimamente hemos asistido a una enferma cuyo diagnóstico de úlcera hipertensiva supramaleolar era evidente, pero localizada en la cara antero-interna de la pierna.

OBSERVACION N.^o 1.

El 20 de junio de 1947 ingresa en nuestro servicio una enferma de 39 años, afecta de hipertensión maligna con úlcera extraordinariamente dolorosa en su pierna izquierda.

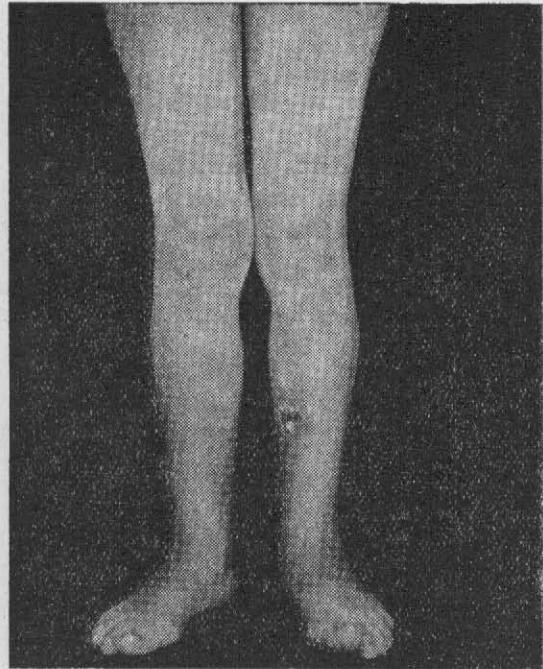


Fig. 1. — Ulcera supramaleolar hipertensiva en una enferma afecta de hipertensión maligna.

Las primeras manifestaciones clínicas aparecieron en 1937 en forma de palpitaciones y cansancio. En 1939 perdió la visión en el ojo derecho. En 1940, epistaxis copiosa con pérdida de conocimiento. Desde entoncescefalalgias occipitales intensas, estado vertiginoso y disminución progresiva de la visión en el ojo izquierdo. Nicturia 3-4. Adelgazamiento considerable.

Hace 4 meses ha aparecido una úlcera en la cara anterior y tercio medio de la pierna izquierda (fig. 1) que ha aumentado de tamaño, es extraordinariamente dolorosa y ha resistido todas las terapéuticas locales.

La exploración muestra una enferma afecta de hipertensión maligna cuyas presiones en el momento de su ingreso son: sistólica 26 y diastólica 16'5. El examen ocular, practicado por el doctor BARRAQUER, pone de manifiesto intensas lesiones de retinitis proliferante y arteritis, más intensas en el ojo derecho donde la visión es prácticamente nula. La reacción presora a la posición y al frío,

así como la prueba de la sedación al amital sódico, ponen de manifiesto la irreversibilidad de su hipertensión. Existe albuminuria y en el sedimento no se encuentran hematíes ni cilindros. Urea 0'40 por mil. Hipertrofia considerable del ventrículo izquierdo y aorta desenrollada.

Con objeto de suprimir el dolor de la úlcera, el cual llega a tal intensidad que impide a la enferma conciliar el sueño a pesar de tomar diversos calmantes, se le practica el 26 de junio de 1947 la extirpación subdiafragmática de los esplácnicos y de toda la cadena simpática lumbar. El riñón es pequeño, pálido, duro y granuloso. Terminada la operación se practica una biopsia de la úlcera. Fallece a las 12 horas.

El examen histológico de la úlcera, practicado por el doctor ROCA de VIÑALS, muestra las siguientes lesiones: el epitelio que reviste el borde de la úlcera tiene aspecto papilomatoso, descansa sobre un dermis esclerosado con pequeñas dilataciones venosas y abundantes infiltrados inflamatorios de linfocitos y polinucleares. En la parte profunda del fragmento bicipiado las arteriolas muestran una franca hialinosis de la túnica íntima. Las pequeñas ramificaciones de estas arteriolas muestran la misma lesión y, al hacerse más superficiales, su luz se hace casi virtual.

En este otro caso la localización era típica.

OBSERVACION N.^o 2

El 23 de abril ingresa en nuestro servicio una enferma de 58 años de edad, afecta de hipertensión diastólica y una úlcera necrótica muy dolorosa en la pierna derecha.

Su hipertensión es conocida desde los 35 años. En 1938 sufrió un ataque cerebral del que se recuperó desapareciendo las cefaleas intensas que padecía. Hace un mes ha aparecido la úlcera en la pierna derecha (fig. 2).



Fig. 2.—Úlcera supramaleolar hipertensiva en una enferma afecta de hipertensión diastólica. Curación de la úlcera mediante una simpatectomía lumbar.

La úlcera es superficial, de fondo necrótico, no excavada, ni de bordes callosos, ocupa la cara ántero-externa de la pierna derecha en la unión del tercio medio con el tercio inferior. No existen varices ni obliteración arterial. No hay edema. Bajo la rodilla, el oscilómetro muestra una gran hipertensión e hiperoscilográfica. La presión arterial en el brazo es: sistólica 22'5; diastólica 12'5. Tiene marcada dilatación aórtica e hiperfroia del ventrículo izquierdo.

El 24 de abril se le practica, bajo anestesia general, la extirpación del 2.^o, 3.^o y 4.^o ganglio simpáticos lumbares del lado derecho.

El 16-VI-48 la úlcera está completamente cerrada.

El 29-IX-48 la úlcera sigue cerrada. En la otra pierna inicia una lesión semejante y simétrica.

TERAPÉUTICA

La mejor terapéutica de este tipo de úlcera es la gangliectomía lumbar. Si la hipertensión es benigna, la gangliectomía es suficiente. Si la hipertensión se acompaña de una diastólica alta y ésta es reversible, puede asociarse a la resección de los esplácnicos por vía subdiafragmática. Si la hipertensión es maligna, debe practicarse resección limitada de la cadena simpática con objeto de reducir la operación al mínimo dada la fragilidad de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- MARTORELL, F. — «Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas». Actas del Instituto Policlínico, Diciembre 1945.
- HINES, EDGARD A. y FARBER, EUGENE M. — «Ulcer of the leg due to arteriolosclerosis and ischemia, occurring in the presence of hypertensive disease (Hypertensive-Ischemic Ulcers): a preliminary report». Proc. Mayo Clin. 21, 337. Septiembre 1946.
- VALLS-SERRA, J. — «Sobre el tratamiento de la úlcera supramaleolar de los grandes hipertensos». Actas del Instituto Policlínico III, 86, septiembre-octubre, 1946.
- OLLER-CROYSIET, L. — «Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de los grandes hipertensos». Med. Clin. VIII, 175, marzo 1947.
- VALLS-SERRA, J. — «Diagnóstico diferencial de las úlceras crónicas supramaleolares de origen vascular». Anales de Medicina y Cirugía. Volumen 22, núm. 26. Agosto 1947.
- MARTORELL, F. — «Ulcera supramaleolar hipertensiva». Med. Clin. Volumen 9, núm. 4. Octubre 1947.
- EDITORIAL. — «Ulcera supramaleolar hipertensiva». Rev. Esp. de Cardiología. Volumen 2, núm. 2. Marzo-Abril 1948.
- MARTORELL, F. — «Arterioesclerosis de las extremidades». Col. Esp. de Monograf. Méd. Ediciones BYP, pág. 49. 1947.
- WRIGHT, I. S. — «Vascular Diseases in Clinical Practique». The year book publishers. INC. Chicago, 1948.