

ÚLCERAS POSTPOLIOMIELÍTICAS DE LAS PIERNAS

F. MARTORELL.

De la Sección de Cirugía Vascular del Instituto Policlínico de Barcelona

Con frecuencia, los niños que en los primeros años de su vida sufrieron una poliomielitis anterior aguda ven aparecer algún tiempo después, en sus piernas, más o menos paralizadas y atróficas, trastornos circulatorios isquémicos. Durante los inviernos, la pierna enferma se vuelve cianótica y fría; más tarde, en las épocas de frío, surgen nódulos pequeños, indurados, rojizos o azulados, adherentes a la piel, ligeramente dolorosos. Por regla general se sitúan en el tercio inferior de la pierna. Si el proceso tiende a agravarse, los nódulos confluyen y se transforman en placas que ya no desaparecen durante el verano. Por último, se ulceran, se infectan y se convierten en una penosa enfermedad.

Estas úlceras postpoliomielíticas son de origen claramente vascular. En casi todos los casos el índice oscilométrico está notablemente disminuido y la termometría local muestra un marcado descenso en el lado enfermo. La disminución del índice oscilométrico corresponde a la hipoplasia de la arteria principal del miembro. Con frecuencia en nuestros operados hemos hallado una ilíaca primitiva y una ilíaca externa del calibre de una radial.

La grasa que sobrecarga estas piernas mal irrigadas, bajo la acción isquémica del frío, experimenta una degeneración del tipo de la esteatonecrosis (saponificación). Alrededor de esta grasa aparece una reacción conjuntivo-vascular con infiltrados celulares del tipo del granuloma por cuerpo extraño, a menudo con células gigantes, que confieren a la lesión un extraordinario parecido con el eritema indurado de Bazin.

Vamos a resumir a continuación las historias clínicas de nuestros casos.

CASO N° 1. M. F., enferma de 16 años, soltera, acude a la consulta el 24-XII-38. A consecuencia de una parálisis infantil que sufrió a los dieciseis meses quedó con la pierna izquierda paralizada. Desde hace dos años, durante los inviernos aparecen placas amoratadas en la cara posterior de la pierna enferma. Desde hace un mes, coincidiendo con el frío, las placas amoratadas se han ulcerado.

La exploración muestra un pie talo paralítico, con úlceras en la cara posterior. Se trató con calcio y vitamina D. Sin más datos de esta enferma.

CASO N.^o 2.— C. L., enferma de 20 años, soltera, acude a la consulta el 30-XI-42 en el Hospital Clínico de Barcelona. A consecuencia de una parálisis infantil quedó con la pierna izquierda atrófica, paralizada, con notable disminución de longitud. Desde hace cuatro años, durante los inviernos, edema y cianosis intensos, con úlcera en la cara externa de la pierna. La termometría local está disminuida en el lado enfermo.

El 19-XII-42 le practicamos una simpatectomía perihilíaca. La arteria tenía el

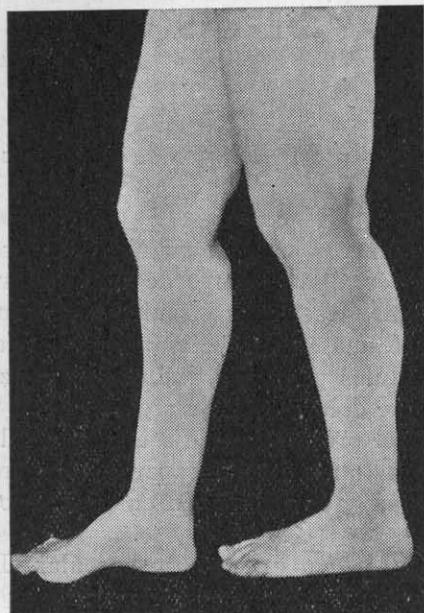


Fig. 1. — Úlcera post-poliomielítica de la cara posterior de la pierna derecha, curada mediante gangliectomía lumbar. Fotografía obtenida a los diez meses de la operación. (Caso n.^o 3)



Fig. 2. — Úlcera post-poliomielítica en la cara antero-externa de la pierna derecha, correspondiente al caso n.^o 4

calibre de una radial y latía muy débilmente. Fué dada de alta el 5-I-43, curada.

Al poco tiempo recidiva de la úlcera siendo operada el 5-XII-44 de gangliectomía lumbar (Dr. Arandes). Curación y alta el 9-XII-44.

CASO N.^o 3.— R. S., enferma de 50 años, casada. Acude a la consulta el 29-I-45. A consecuencia de una poliomielitis sufrida durante los primeros meses de la vida quedó con atrofia de la extremidad inferior derecha. Cada invierno aparecían placas amoratadas en la cara posterior de la pantorrilla. Hace tres semanas apareció una placa dura, negruzca e insensible en la cara posterior de la pierna derecha que fué extendiéndose progresivamente.

La exploración muestra ligera atrofia de los músculos de la pantorrilla derecha. Pie más corto, excavado, recordando el llamado pie Friedreich. Ligera disminución del índice oscilométrico en el lado enfermo. Temperatura local poco modificada. Extensa úlcera de bordes cianóticos en la cara posterior de la pantorrilla.

Gangliectomía lumbar derecha el 1-II-45. Curación rápida de las úlceras y aumento notable de la temperatura local a nivel del pie. Vista diez meses después la

úlcera sigue cerrada y se mantiene la diferencia de temperatura local a favor del lado operado (fig. 1).

CASO N.^o 4.—T. S., enferma de 37 años, casada. Acude a la consulta el 20-II-46 por presentar en la cara ánteroexterna de la región supramaleolar derecha manchas amarradas. Aunque manifiesta que a los once meses sufrió meningitis, del interrogatorio y exploración parece desprenderse que la enfermedad sufrida a esta edad fué una po-

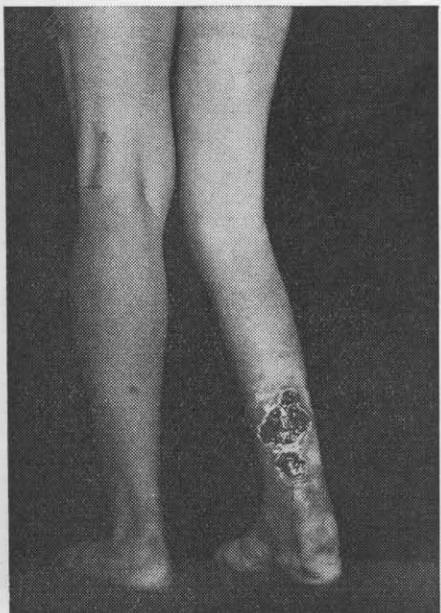


Fig. 3. — Úlcera post-poliomielíticas extensas. Fotografías correspondientes al caso n.º 7.

liomielitis anterior aguda. Padece tuberculosis pulmonar, tratada en la actualidad con neumotorax. Desde hace cuatro años tiene síndrome de Raynaud en manos y pies.

La exploración muestra ligera atrofia global del miembro inferior derecho. Disminución de longitud y pie equino atrófico. Cianosis supramaleolar en los dos lados, con úlceras en la cara ánteroexterna en el lado paralizado (fig. 2).

Aconsejamos inyecciones intravenosas de Tionato Cálcico. Sin más datos de esta enferma.

CASO N.^o 5.—P. S., enferma de 37 años, soltera. Acude a la consulta el 10-IV-46. Sufrió poliomielitis anterior aguda a los dos años, quedando paralizada del pie izquierdo, en el cual le han practicado varias operaciones ortopédicas. Después de la última, hace tres años, tuvo una erisipela. Desde entonces presenta úlceras en la cara externa de la región supramaleolar.

La exploración muestra la atrofia global del miembro inferior izquierdo, con edema, cianosis y úlceras en la pierna y frialdad e hiperhidrosis del pie. El índice oscilométrico está considerablemente disminuido.

Se aconseja gangiectomía lumbar. Sin más datos de esta enferma.

CASO N.^o 6.—C. P., enferma de 40 años, casada. Acude a la consulta el 27-V-46. Des-

de hace cinco años presenta cada invierno úlceras en la región supramaleolar de la pierna derecha afecta de parálisis infantil.

La exploración muestra una atrofia considerable de toda la extremidad con disminución de la temperatura local y del índice oscilométrico. En la cara posterior de la pantorrilla existe una placa rojiza indurada ulcerada en su centro.

Aconsejamos inyecciones intravenosas de Tionato Cálcico, y en caso de no obtener



Fig. 4. — Pie talo paralítico derecho. Atrofia y parálisis músculos de la región posterior de la pierna. Ausencia del relieve normal del tendón de Aquiles. Úlceras múltiples en la cara posterior de los dos tercios inferiores de la pierna.

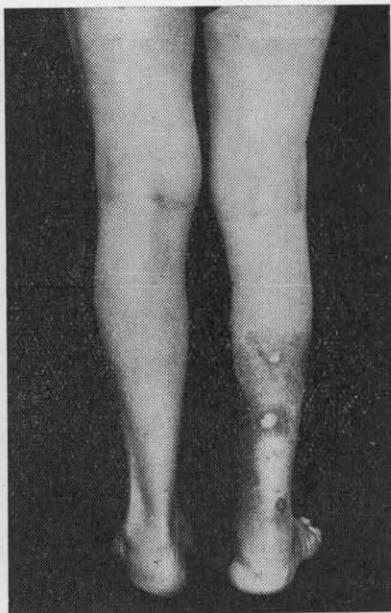


Fig. 5. — La misma enferma de la figura anterior un año después de la gangliectomía lumbar. Las úlceras siguen completamente cerradas. La pierna tiene una forma más normal y la enferma manifiesta que anda con más facilidad.

la curación, practicar gangliectomía lumbar. Vista meses más tarde había tomado las inyecciones, curándose las úlceras y mejorando notablemente su estado general.

CASO N.º 7. — C. V., enferma de 17 años, soltera. Acude a la consulta el 23-VII-47. A los dos años poliomielitis anterior aguda. Queda con parálisis de los músculos posteriores de la pierna. A los seis años intervención ortopédica en el pie.

Cada invierno presenta intensa cianosis en el tercio inferior y cara posterior de la pantorrilla con nódulos indurados que confluyen y se ulceran en las épocas de mayor frío. Las úlceras curan espontáneamente los veranos. Últimamente las úlceras han sido de mayor tamaño y no se cierran los veranos.

La exploración muestra (fig. 3) : Pie talus con parálisis del grupo posterior de la pantorrilla, atrofia global de la pierna con disminución acentuada de su longitud. Temperatura local disminuida. Índice oscilométrico disminuido. La pierna y el pie muestran intensa cianosis. Existen extensas úlceras a nivel del tercio inferior y cara posterior de la pierna.

Se le propone gangliectomía lumbar. Sin más datos de esta enferma.

CASO N.º 8. — A. G., enferma de 46 años, casada. Acude a la consulta el 23-VII-47.

Dice que siempre ha presentado la extremidad inferior derecha atrófica, hecho que sus familiares atribuyen a una enfermedad sufrida los primeros meses de su vida. Desde hace veinte años, o sea desde los 26, todos los inviernos, la cara posterior de la pantorrilla se ponía rubefacta y dura, ocasionándole alguna molestia. Durante los veranos la induración desaparecía y la pierna se hinchaba. Desde hace siete las induraciones se han ulcerado en varios puntos, ocasionándole serias molestias.

La exploración muestra en la extremidad inferior derecha las siguientes altera-

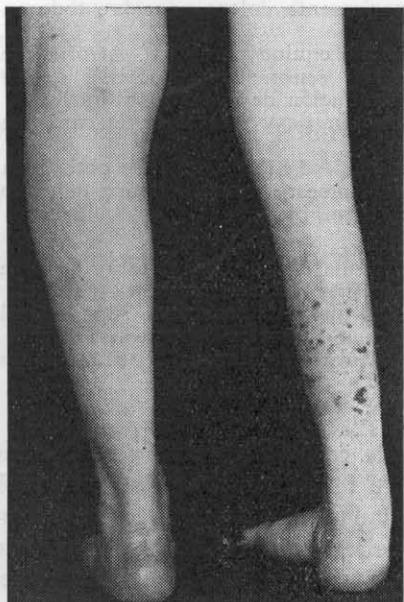


Fig. 6. — Ulceras post-poliomielíticas de la cara posterior de la pierna. Pie talo, atrofia de los músculos de la cara posterior. Fotografía correspondiente al caso n.º 9.

ciones (fig. 4) : Pie talo paralítico. Atrofia y parálisis de los músculos posteriores de la pantorrilla. Ausencia del relieve normal del tendón de Aquiles. Úlceras múltiples en la cara posterior del tercio medio e inferior de la pierna. Disminución de la temperatura local y del índice oscilométrico.

No mejora con tratamiento médico, y el 16-IX-47 se le practica gangliectomía lumbar derecha. Curación rápida de las úlceras. Vista dos años más tarde, está perfectamente bien (fig. 5), las úlceras siguen curadas y la capacidad funcional del miembro es mayor.

CASO N.º 9. — N. R., enferma de 19 años, soltera. Acude a la consulta el 14-I-48. A los catorce meses poliomielitis anterior aguda, quedando con parálisis de la pierna derecha. Hace tres años durante los inviernos aparecen manchas amarillentas en la cara posterior de la región supramaleolar derecha que se ulceran en las épocas de mayor frío.

La exploración muestra una considerable atrofia y disminución de longitud del miembro paralizado. Pie talo paralítico. Disminución notable de la temperatura local. Índice oscilométrico muy disminuido del lado paralizado. Cianosis y úlceras múltiples en la cara posterior del tercio medio de la pantorrilla (fig. 6).

ULCERAS POST-POLIOMIELÍTICAS

Se aconseja gangliectomía lumbar. Sin más datos de esta enferma.

CASO N.º 10. — M. E., enferma de 30 años, soltera. Acude a la consulta el 4-II-48. A los dos años poliomielitis anterior aguda, quedando paralizada de la extremidad inferior izquierda. A partir de los 13 años, coincidiendo con la menarquía, aparece cianosis y edema en la pierna durante los inviernos, que desaparecen espontáneamente los veranos. El estado de la pierna empeora cada invierno, ulcerándose las manchas amoratadas a nivel de la región supramaleolar y en su cara pósteroexterna. Las úlceras son extraordinariamente dolorosas, sobre todo en el momento en que se levanta de la cama.

La exploración muestra pie equino paralítico. Atrofia considerable de la extremidad, acortamiento de unos seis centímetros. Parálisis de los flexores, extensores y peroneos laterales. Gran disminución de la temperatura local. Notable disminución del índice oscilométrico. Edema cianosis y úlceras en la cara pósteroexterna de la región supramaleolar.

Gangliectomía lumbar izquierda (17-VI-48). Se obtiene la curación rápida de las úlceras. La termometría local muestra una diferencia de cinco grados a favor del lado operado. En marzo de 1949 sigue bien.

CASO N.º 11. — R. R., enferma de 35 años, soltera. Acude a la consulta el 10-IX-48. A consecuencia de una parálisis infantil presenta parálisis y atrofia de la pierna izquierda, con deformidad del pie y eritrocianosis supramaleolar ulcerada. Se le aconseja tratamiento a base de una inyección intravenosa diaria de Cebión Merck y dos inyectables a la vez por vía intramuscular de Histifán Galup. Sin más datos de esta enferma.

Hemos observado once casos de úlcera postpoliomielítica. Todos los enfermos pertenecen al sexo femenino. La más joven tenía 16 años al acudir a la consulta, la de más edad 50. La mayoría presentaban serias deformaciones del pie y acortamiento del miembro. La disminución del índice oscilométrico y de la temperatura local era, en casi todos los pacientes, muy ostensible. En un principio creímos que estos trastornos obedecían a un espasmo arterial permanente; los hallazgos operatorios y la escasa modificación del índice oscilométrico después de las gangliectomías lumbares permiten atribuir dichos trastornos a una hipoplasia arterial. Las úlceras se localizan de preferencia en el territorio que cubre los músculos paralizados: cara posterior, en el pie talo por parálisis de los gastrocnemios; cara anterior o lateral, en el pie equino por parálisis del grupo anterior o externo. Esta coincidencia hace suponer una estrecha relación entre la actividad muscular y la irrigación de la piel superpuesta.

En cuanto al tratamiento fué: médico, en cuatro enfermos; en cinco, quirúrgico; y a dos se les propuso este último y no volvieron a la consulta. El tratamiento médico ha consistido en inyecciones de Col-acetil, Tionato Cálcico o cura de Wirschafter (Histifán-Cebión).

Quirúrgicamente se ha practicado gangliectomía lumbar a 5 enfermas; a una de ellas se le había practicado con anterioridad, con resultado nulo, una simpatectomía periiliaca. Del análisis de nuestras historias clínicas se deduce que la gangliectomía lumbar es el procedimiento terapéutico más eficaz de la úlcera postpoliomielítica.

RESUMEN

1.^o Entre las secuelas de la poliomielitis anterior aguda pueden presentarse en los miembros paralizados, úlceras que denominaremos úlceras postpoliomielíticas.

2.^o Todos nuestros casos pertenecen al sexo femenino y recuerdan la enfermedad constitucional conocida con el nombre de eritrocianosis supramaleolar.

3.^o Estas úlceras son de origen vascular, dependientes de un trastorno de irrigación de la piel. El frío y las modificaciones hormonales contribuyen a su producción.

4.^o Se localizan de preferencia en el territorio cutáneo que cubre los músculos paralizados: cara posterior, en el pie talo por parálisis de los gastrocnemios; cara anterior o lateral, en el pie equino por parálisis del grupo anterior o externo.

5.^o Esta coincidencia hace suponer una estrecha relación entre la actividad muscular y la irrigación de la piel superpuesta.

6.^o La mejor terapéutica de esta afección es la gangliectomía lumbar. Cura las úlceras y mejora la capacidad funcional del miembro paralizado.