

ÚLCERAS DE LAS PIERNAS DE ORIGEN ARTERIAL ^(*)

TOMÁS ALONSO

*Departamento de Angiología del Instituto
Policlínico de Barcelona (España).*

Se acepta hoy día que las úlceras de las extremidades tienen un origen neurovascular en el 90% de los casos. En su mayor parte se localizan en la región supramaleolar y las más numerosas obedecen a trastornos en la circulación venosa influídos desfavorablemente por el ortostatismo, son *úlceras flebostáticas*. En menor proporción existen úlceras de topografía más irregular ligadas a una circulación arterial insuficiente, son *úlceras isquémicas*. Por último, existen aquellas otras dependientes de alteraciones en la inervación de los territorios cutáneos ulcerados, las *úlceras neurotróficas*.

Las úlceras de las piernas de origen arterial se presentan como complicación de diferentes enfermedades arteriales, tales como la arteriosclerosis, la diabetes, la tromboangiitis, la endarteriolitis distal, la hipertensión arterial, o bien como secuela de la congelación o la poliomielitis.

Vamos a describir a continuación las características de cada una de estas modalidades clínicas.

Úlcera arteriosclerótica.— Se presenta como complicación de la arteriosclerosis de los miembros inferiores. Se han ocupado de ellas COLLENS y WILENSKI, WRIGHT, KRAMER, VALLS-SERRA, NOGUER-MORÉ, HAXTHAUSEN, ORBACH, SHAPIRO, etc. Las úlceras arterioscleróticas se localizan preferentemente en el pie (dedos o talón) y en la región maleolar, siendo más raro su asiento en la pierna. Esta úlcera se presenta en pacientes cuya edad, por lo general, es superior a los 50 años; con una aorta densa y dilatada, cuya tensión arterial revela una diferencial aumentada; claudicación intermitente y anomalías de pulsabilidad (pulso periférico negativo en pedias o tibiales posteriores y a veces incluso en femorales) e índice oscilométrico disminuido o abolido por completo.

El tratamiento de estas úlceras debe dirigirse al tratamiento de la propia enfermedad causal. Los extractos esplénicos concentrados son seguramente la mejor medicación. Localmente puede emplearse verde brillante, en solución acuosa al 2%. Ante úlceras rebeldes es aconsejable la simpatectomía lumbar.

Úlcera isquémica de los diabéticos.— Los enfermos diabéticos que

(*) Comunicación presentada a la «I.^a Jornada Angiológica Española».

padecen además una arteriosclerosis obliterante, son más lábiles a las infecciones y ulceraciones a nivel de los pies, apareciendo éstas como consecuencia de pequeños golpes o rozaduras. Estas úlceras tienen mayor tendencia a la gangrena y son muy dolorosas; se localizan generalmente en los dedos de los pies y se acompañan de signos de arteriosclerosis (alteración del pulso periférico e índice oscilométrico), signos de su trastorno metabólico (glucosuria, hiperglicemia), y a veces alteraciones óseas (osteítis).

El tratamiento debe orientarse, en primer lugar, hacia la regulación de su trastorno metabólico y, en segundo lugar, a la profilaxis de la infección con antibióticos. A veces están indicados los desbridamientos o amputaciones menores, procurando dejar siempre la herida abierta. Para estos enfermos es siempre útil la administración de extractos esplénicos.

Úlcera tromboangiética. — Los dedos son, por lo general, el punto de localización de este tipo de úlcera, la cual es muy dolorosa y se presenta casi exclusivamente en el sexo masculino en una edad inferior a los 40 años. Los signos de isquemia observables en estos pacientes son: claudicación intermitente, cambios de coloración del pie, aumento del dolor al elevar la extremidad, ausencia o disminución de las oscilaciones, falta de pulso periférico y por último brotes de flebitis migratoria.

Las úlceras localizadas en la planta del pie responden favorablemente a la neurectomía de tibial posterior; en las demás localizaciones la mejor terapéutica es la simpatectomía lumbar.

Úlcera endarterítica. — Esta úlcera se observa casi siempre en hombres de mediana edad, localizándose en las partes distales de los dedos de manos o pies. Se acompaña de una reacción inflamatoria intensa periulcerosa y es extraordinariamente dolorosa. La circulación troncular es permeable, estando afectadas solamente las pequeñas arterias que se oyen por proliferación endarterial.

El tratamiento de esta úlcera es de resultados muy inciertos. Pueden ensayarse vasodilatadores u operaciones sobre el simpático. Si el paciente tiene un Wassermann positivo, lo que ocurre con relativa frecuencia, es conveniente instaurar un tratamiento específico.

Úlcera postembólica. — Es muy rara y se presenta como secuela de una embolia arterial. Es frecuente, sin embargo, la aparición de una úlcera al desprenderse una zona de necrosis de la pierna. El diagnóstico se basa en la existencia de enfermedad embolígena, la desaparición del pulso y de las oscilaciones y en la aparición de úlceras como consecuencia de necrosis cutáneas.

Para su tratamiento puede recurrirse a la arteriectomía del sector afecto de arteritis embólica o a la simpatectomía lumbar. Localmente puede resultar útil la aplicación de injertos de Thiersch.

Úlcera hipertensiva o Síndrome de MARTORELL. — La úlcera hi-

pertensiva como complicación, no muy frecuente, de la propia enfermedad hipertensiva, fué descrita por vez primera por MARTORELL en 1945. Posteriormente han ido apareciendo otros artículos (HINES y FARBER; VALLS-SERRA; OLLER-CROSIET; ÚCAR; etc., entre otros) los cuales, al aportar nuevos casos de úlcera hipertensiva de las piernas, han ratificado la existencia de la misma. Más tarde, ALLEN, BARKER y HINES, en su libro «Peripheral Vascular Diseases» (2.^a edición), dedican un capítulo a la descripción de este tipo de úlcera y manifiestan haber visto, desde 1952, cuarenta y dos enfermos con este síndrome.

Se presenta en enfermos de más de 40 años, generalmente mujeres, afectos de hipertensión arterial y cuya diastólica oscila entre 10 y 16 cm. de mercurio. Son enfermos de piernas delgadas que no padecen edema en las mismas ni alteraciones arteriales o venosas. El pulso periférico está presente, existiendo siempre hipertensión e hiperoscilometría en los miembros inferiores. Todo ello puede acompañarse de una hipertrofia del ventrículo izquierdo y lesiones de fondo de ojo típicas de la enfermedad hipertensiva.

Inicialmente la lesión no es más que una mancha pigmentada, por regla general bilateral y simétrica, la cual, a causa de un pequeño traumatismo, e incluso a veces sin él, se convierte en una úlcera superficial, no indurada y de fondo isquémico que lentamente va tornándose dolorosa, dolor que no cede con el reposo en cama. Su aparición es la consecuencia de la isquemia originada por las lesiones obliterantes en las pequeñas arteriolas. Los factores fundamentales para el diagnóstico son: Hipertensión arterial considerable en brazos y piernas. Hiperpulsatilidad e hiperoscilometría en piernas. Ausencia de obliteración troncular. Ausencia de trastornos venosos. Úlcera superficial en la cara ánteroexterna de la pierna en la unión de su tercio inferior con los dos tercios superiores. Simetría de la lesión: úlcera en los dos lados o úlcera en un lado y mancha pigmentada en el otro.

El tratamiento que mejores resultados nos ha proporcionado es la simpatectomía lumbar, seguida o no de injertos de Thiersch.

Úlcera postpoliomielítica.—Este tipo de úlcera se presenta como secuela de relativa frecuencia en aquellos enfermos que en sus primeros años de vida sufrieron una poliomielitis anterior aguda. Con anterioridad a la formación de dicha úlcera aparecen unos trastornos cutáneos que ponen de manifiesto su déficit circulatorio. Durante los inviernos la pierna enferma se vuelve cianótica y fría, recuperando durante los veranos su color normal. Más tarde, a la frialdad y cianosis se une la aparición de nódulos rojizos indurados, adheridos a la piel y ligeramente dolorosos; nódulos que, al agravarse el proceso, confluyen para convertirse en una placa indurada, que es finalmente la que se ulcera. Estas úlceras, con marcada preferencia para el sexo femenino, se localizan generalmente en

el territorio cutáneo que cubre los músculos paralizados y tienen su origen en trastrones isquémicos, flebostáticos y neurotróficos.

Por regla general, la termometría local muestra un marcado descenso en el lado enfermo, así como el índice oscilométrico, que está considerablemente disminuido, correspondiendo a la hipoplasia de la arteria principal del miembro. MARTORELL dice que en sus casos operados ha visto con frecuencia una ilíaca primitiva y una ilíaca externa del calibre de una radial.

TELFORD y MARTORELL consideran como la mejor medida terapéutica para este tipo de úlcera, la simpatectomía lumbar.

Úlcera postcongelación. — Esta úlcera se localiza casi siempre en el antepié; y en la aparición de la misma interviene, además del antecedente que nos cuenta el enfermo, un factor constitucional de sensibilidad al frío, capaz de originar zonas de gangrena que al ser eliminadas espontánea u operatoriamente dejan un terreno apropiado para la aparición de la úlcera.

La regulación del muñón es seguramente el mejor tratamiento para estas úlceras; sólo cuando existe dolor será útil la simpatectomía lumbar.

S U M M A R Y

Neurovascular leg ulcers are caused by venous, arterial or neurotrophic disorders. Arterial insufficiency as a cause of leg ulcers has to be suspected in patients whose oscillometric readings and skin temperature of the toes are below normal. Different types of ischemic leg ulcers are described: arteriosclerotic, diabetic and hypertensive ulcers as well as ulcers in thromboangiitis obliterans, embolic occlusion, endarteriolitis and frost-bite.