

ÚLCERA HIPERTENSIVA

CONSIDERACIONES SOBRE SU ETIOPATOGENIA Y TRATAMIENTO

J. MUNAR

Asistente voluntario del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona (España).

Desde que F. MARTORELL, en 1945, describió por primera vez la *Úlcera Hipertensiva*, han ido apareciendo numerosas publicaciones del mismo autor y de otros nacionales y extranjeros (VALLS-SERRA; HINES y FARBER; OLLER-CROSIET; ALONSO; ALLEN; BARKER y HINES; PALOU; UCAR; BENCHIMOL; ORBACH; SCHMITZ, etc.). Todos ellos coinciden con MARTORELL en que la hipertensión y la úlcera tienen una relación de causa a efecto y que sus características clínicas y anatomopatológicas son típicas. En las recientes «Jornadas de Flebología y Dermatología» de Aix-en-Provence se acordó confirmar esta entidad clínica con el nombre de *Síndrome de Martorell*.

Sin embargo, habían aparecido algunos trabajos en los cuales, a pesar de admitir la existencia de tales úlceras, parece ser que los autores dudasen de la acción etiopatogénica de la hipertensión en la aparición de la úlcera. GERSON dijo que no era más que una úlcera isquémica que aparecía también en otros enfermos no hipertensos; y ANNING, a su vez, la consideró como una pura coincidencia, y que además podían existir trastornos del retorno venoso que influyeran en la aparición de la úlcera, si bien más tarde, en su libro «Leg Ulcers», reconoce la existencia de la úlcera hipertensiva, dice haber visto nueve casos y marca sus diferencias con la úlcera arteriosclerótica.

Desde luego no negamos la existencia de las primeras, pues ya se han descrito las llamadas úlceras isquémicas en arteriosclerosos, diabéticos, tromboangeíticos, etc., producidas por trombosis arteriolares y capilares, y que no podemos identificar con la úlcera hipertensiva, la cual presenta precisamente unas lesiones anatomopatológicas típicas de la hipertensión y semejantes a otras que se presentan en otros territorios del enfermo hipertenso, por ejemplo, en la retinopatía hipertensiva. Las úlceras isquémicas no hipertensivas suelen presentar, además, otras localizaciones típicas. No negamos tampoco que la úlcera hipertensiva sea isquémica, si bien creemos que esta isquemia es debida a la capilaritis hipertensiva.

Por otra parte, si existen trastornos del retorno venoso no podemos calificar la úlcera de hipertensiva, ya que MARTORELL, entre los signos diagnósticos, cita la falta de estos trastornos, dado que si existieran la úlcera podría ser calificada de flebostática.

A continuación vamos a comentar una historia clínica cuyo estudio demuestra la influencia de la presión arterial en la etiopatogenia y evolución de la úlcera.

Observación. — El 8-IX-54 acude al Departamento de Angiología una enferma de 52 años, quejándose de intenso dolor en la pierna izquierda a nivel de una úlcera.

Hace once años tuvo dolor en la fosa lumbar izquierda. Le practicaron una pielografía y le dijeron que tenía un solo riñón.

Hace dos años tuvo una úlcera semejante a la actual en la cara anteroexterna de la pierna derecha, en la unión del tercio medio con el tercio inferior. Tardó siete meses en curar.

Sabe que es hipertensa. Con frecuencia tiene cefaleas y palpitaciones.

La exploración (fig. 1) muestra la típica localización de la úlcera hipertensiva y su característica simetría. En la pierna izquierda presenta una úlcera abierta; en la derecha, la cicatriz de la antigua úlcera.



Fig. 1. — Fotografía en la que puede observarse la úlcera abierta en la pierna izquierda y la cicatriz de la antigua úlcera en la pierna derecha.

La presión arterial en el brazo es de 270/170. En las piernas tiene hipertensión e hiporoscilometría, con pulso presente en todas las arterias.

Tiene taquicardia, refuerzo del segundo tono aórtico, latido aórtico suprasternal muy perceptible. A rayos X aorta desenrollada y dilatada, con gran hipertrofia del ventrículo izquierdo. Fondo de ojo: retinopatía grado III.º.

La pielografía intravenosa muestra ausencia absoluta de repleción en el lado derecho.

Con objeto de aclarar si se trata de una aplasia del riñón derecho o de una nefropatía unilateral que ocasionara la hipertensión, se aconseja una lumbotomía exploradora.

El 25-IX-54 se practica lumbotomía del lado derecho. Se confirma la ausencia del riñón derecho. Las suprarrenales normales. Esplancnicectomía y extirpación de los dos primeros ganglios simpáticos lumbares.

Curso postoperatorio normal. Al descender la presión arterial desaparece el dolor de la úlcera y al poco tiempo cierra.

Vemos de nuevo a esta enferma el 19-I-55. La úlcera se ha abierto de nuevo y la presión arterial ha vuelto a subir, alcanzando 280/165.

El 8-II-55 se le practica lumbotomía izquierda. El riñón es grande y la pelvis renal está muy dilatada. Esplancnicectomía y extirpación de los primeros ganglios simpáticos lumbares.

Curso postoperatorio normal. Tuvo algunas molestias precordiales a consecuencia de un neumotórax total del lado izquierdo.

El 22-III-55 está muy bien. Las úlceras cerradas y la presión arterial en el brazo es de 220/140.

El 17-IX-55 su médico de cabecera nos comunica que la enferma continúa bien subjetivamente, y la úlcera continúa cerrada. Su presión arterial ha ascendido de nuevo alcanzando 260/160-170.

COMENTARIO.

Un hecho interesante en esta enferma es la aplasia renal; pero, por creer que no tiene influencia alguna en el proceso clínico que vamos a comentar, la dejaremos aparte.

Lo que llama la atención en esta historia es el hecho de que la úlcera que tenía abierta en la pierna izquierda cierra después de la primera intervención, coincidiendo con el descenso de su presión arterial; no pudiendo en este caso atribuir la curación a la simpatectomía lumbar, ya que ésta se practicó en el lado contrario, es decir, en el derecho. Apoya, además, esta hipótesis el hecho de que la úlcera recidivara al volver a aumentar la presión arterial.

Después de la segunda intervención, esta vez practicada en el mismo lado de la úlcera, ésta curó de nuevo, coincidiendo también con un descenso de la presión arterial, pero permaneciendo cerrada una vez ha vuelto a subir la tensión arterial. En este momento sí podemos creer que la úlcera se mantenga cerrada por la acción de la simpatectomía lumbar, dando lugar a una vasodilatación más intensa o bien impidiendo la acción de la hipertensión sobre la zona cutánea afectada por la intervención.

CONCLUSIONES.

1.^a Manifiesta influencia de la hipertensión arterial en la etiopatogenia de la úlcera hipertensiva.

2.^a Existencia de un factor de isquemia en la formación de la úlcera, como demuestra la eficaz acción de la simpatectomía.

3.^a El tratamiento de la úlcera hipertensiva irá dirigido en primer lugar a descender la presión arterial. A veces, esto solo es suficiente.

En los casos de dificultad en el cierre o bien de recidiva, debido a lesiones arteriolas quizás muy avanzadas, será necesario la simpatectomía lumbar e incluso, en ocasiones, el injerto cutáneo.

B I B L I O G R A F Í A

- MARTORELL, F. — *Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas*. Actas del I. Policlínico, diciembre 1945.
- HINES, E. A. y FARBER, E. 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 Clinic, septiembre 1946, 21, 337.
- VALLS-SERRA, J. — *Sobre el tratamiento de la úlcera supramaleolar de los grandes hipertensos*. Actas del I. Policlínico, septiembre-octubre 1946, 3, 86.

- OLLER-CROSIET, L. — *Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de los grandes hipertensos*. Med. Clin., 8, núm. 3, 175.
- VALLS-SERRA, J. — *Diagnóstico diferencial de las úlceras crónicas supramaleolares de origen vascular*. Anales de Medicina y Cirugía, agosto 1947, vol. 22, núm. 26.
- MARTORELL, F. — *Úlcera supramaleolar hipertensiva*. Med. Clin., octubre 1947, vol. 9, núm. 4.
- EDITORIAL. — *Úlcera supramaleolar hipertensiva*. Rev. Esp. Cardiol., marzo-abril 1948, vol. 2, núm. 2.
- WRIGHT, I.S. — *Vascular diseases in clinical practice*. The year book publishers. I.N.S., Chicago, 1948.
- MARTORELL, F. — *Dos nuevos casos de úlcera supramaleolar hipertensiva*. Angiología, enero-febrero 1949, vol. 1, núm. 1.
- PIULACHS, P. — *Úlceras de las extremidades inferiores de origen vascular*. Ponencia del I Congreso de la Asociación Española de Cirujanos, Salvat, Editores, Barcelona, noviembre 1949.
- UCAR, S. — *Un caso típico de úlcera hipertensiva de la pierna*. Angiología, noviembre-diciembre 1949, vol. 1, núm. 6.
- MARTORELL, F. — *Ulcères de la jambe chez les hypertendus*. La Presse Médicale, 11 marzo 1950, año 58, núm. 15, 246.
- MARTORELL, F. — *Hypertensive ulcer of the leg*. Angiology, abril 1950, vol. I, núm. 2, 133.
- NOGUER-MORÉ, S. — *Etiopatogenia de la úlcera de la pierna*. Ponencia presentada al II Congreso Luso-Español de Dermatología, Lisboa 1950.
- PENNOCK, L. L. y MINNO, A. M. — *Vitamin E in treatment of leg ulcers*. Angiology, agosto 1950, vol. 1, núm. 4.
- MARTORELL, A. — *Un nuevo caso de úlcera supramaleolar hipertensiva en el hombre*. Clínica y Laboratorio, septiembre 1950, núm. 294.
- BAUER, G. — *The role of arterial disease in leg ulcers*. Acta Chirurgica Scandinavica, vol. C, fasc. V.
- GALLET, J. — *Contribution à l'étude des gangrènes cutanées en plaques superficielles et habituellement curable des membres inférieurs*. Lyon, 1954.
- ALONSO, T. — *Un nuevo caso de úlcera hipertensiva de la pierna*. Rev. Esp. de Card., mayo-junio 1951, vol. 5, núm. 3.
- BENCHIMOL, A.S. — *Úlcera supramaleolar hipertensiva*. La Prensa Médica Argentina, vol XXXIX, núm. 10, 7 marzo 1952.
- ANNING, S.T. — *The cause and treatment of leg ulcers*. The Lancet, octubre 25, 1952, 789.
- ALONSO, T. — *Diastolic arterial hypertension and ulcer of the leg*. Martorell's Syndrome. The Lancet, 266: 1059; 1954.
- MARTORELL, F. — *Úlcera hipertensiva (Un nuevo síndrome)*. «Col. Española de Monografías Médicas, Barcelona, 1953.
- OLLER-CROSIET, L. y PALOU MONZO, J. — *Úlcera de la pierna por hipertensión arterial*. Actas Dermo-Sifilográficas, 44:659; 1953.
- UCAR, S. — *Úlceras hipertensivas de las piernas*. Actas Dermo-Sifilográficas, 42:238; 1950.
- FERRERO, R. y MAIRANO, C. — *Osservazioni critiche sull'ulcera «ipertensiva» della gamba*. Minerva Cardioangiologica, año 3, n.º 1, 1955.
- ORBACH, E. J. — *Hypertensive ischemic leg ulcer*. Angiology, vol. 6, n.º 2, abril 1955.
- SCHMITZ, R. — *Zür Klinik der Hypertoniegeschwüre*. Dermatologische Wochenschrift, 131, n.º 11, 1955.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, A. — *Concepto general de «úlcera de la pierna» de origen arterial*. An. Int. Corachan, v. 4, n.º 1, 1952.
- MARTORELL, F. — *Úlcera hipertensiva*. Actas del I. Policlínico, vol. 7, núm. 7 y 8, 1953.

- FARBER, E. M. y SCHMIDT, O. E. L. — *Hypertensive-ischemic leg ulcers*. California Medicine, vol. 72, n.º 1, 1950.
- ALLEN, E. V., BARKER, N. W. y HINES, E. A. — *Hypertensive ischemic ulcers of the leg*. Peripheral Vascular Diseases, 2.ª edición, cap. XVI.
- SCHNEIDER, W. — *Ulcus hypertonicum*. Moderne Therapie der Varicen Hämorrhoiden und Varicocele, pag. 45, Stuttgart 1955.
- PALOU, J. — *Lumbar sympathectomy in the treatment of hypertensive ischemic ulcers of the leg (Martorell's Syndrome)*. Circulation, vol. 12, n.º 2, 1955.
- GERSON, L. — *A propos de l'article de M. Martorell. Dn nouveau cas d'ulcère hypertensif*. Correspondance. Presse Méd., vol. 69, pag. 1450, 1951.
- ANNING, S. T. — *Leg Ulcers. Their causes and treatment*. J. & A. Churchill Ltd, London 1954.

R E S U M E N

El autor discute y razona la etiopatogenia hipertensiva de la «úlcera hipertensiva» y presenta un caso demostrativo que confirma en su evolución tal origen. Resalta la importancia que en el tratamiento de dicha afección tiene la terapéutica hipotensora, y en última instancia la simpatectomía lumbar.

S U M M A R Y

A report is given of an interesting clinical case which clearly demonstrates the role of hypertension in the etiopathogenesis of the hypertensive ulcer. Diastolic hypertension with ischaemic cutaneous changes is the cause of this peculiar type of ulcer, not a coincidental finding. The treatment of the established hypertensive ulcers should be primarily conservative; hypotensive drugs are usefull. Sympathectomy will usually produce a more rapid healing of the ulcer.