

## ÚLCERA MALEOLAR HIPERTENSIVA (\*)

RUBENS MAYALL, ANTONIO CARLOS GIGLIOTTI y RUBENS PINA DOMINGUES

*Brasil*

En 1945, F. MARTORELL (1) comunicó un nuevo síndrome, al que denominó "Úlceras supramaleolares por arteriolitis de los grandes hipertensos", caracterizado clínicamente por úlceras superficiales de fondo necrótico, muy dolorosas, localizadas en la región anteroexterna de la pierna a nivel del tercio medio e inferior, y resultantes casi siempre de pequeños traumas locales. Al examen del enfermo, hipertensión considerable, inclusive diastólica en las piernas y en los brazos, con pulsos bien claros y aumento de las medias oscilométricas en las piernas. Ausencia de obliteración troncular y de trastornos de la circulación venosa.

La observación de diversos casos en que obtuvimos una curación radical duradera únicamente con el uso de terapéutica vasodilatadora y anticoagulante, justifica el interés de su divulgación, toda vez que algunos pacientes sometidos a la simpatetomía lumbar, después de mejorar, presentaron recidiva de sus úlceras, conforme relatan ALLEN, BARKER y HINES (3).

### CASUÍSTICA:

*Caso I.* — L. S., mujer de 60 años. Traumatismo en la pierna seguido de equimosis, mucho dolor y extensa placa de necrosis, que desde hace quince meses permanece extremadamente dolorosa y con ligero exudado en los bordes y halo de hiperemia.

Hace 20 años que sufre de hipertensión arterial elevada, con una máxima de 190 y una mínima de 110; habiendo sido operada hace diez años de histerectomía por causa de un fibroma uterino.

La exploración muestra de interés una máxima de 190 y una mínima de 110. Fondo de ojo con arterias en hilo de alambre, edema y puntos hemorrágicos. Refuerzo del segundo tono aórtico. Ectasia moderada de la porción ascendente y del cayado aórtico. En el miembro inferior, ulceración redondeada de unos 6 cm. de diámetro, recubierta de una placa de tejido necrosado, muy dolorosa y con secreción discreta saniosa en los bordes. Localizada en la cara posterior y lateral

---

(\*) Traducido del original en portugués por la Redacción.

externa de la pierna derecha algo por encima de la región maleolar. Pulsos arteriales tibial posterior y pedio, presentes y normales. Medidas oscilométricas en el tercio superior de la pierna y en el pie, normales. Ausencia de edemas.

Tratada con derivados de rauwolfia y veratrum viride asociados a papaverina, carbógeno y derivados cumarínicos, junto a curas locales con pomada de aureomicina y terramicina y polvo de bacitracina. Cura radical en dos meses, que persiste hasta el presente, transcurridos un año y cuatro meses. La tensión arterial se mantiene elevada, 190/100.

*Caso II.* — E. B. M., varón de 60 años. En enero de 1951, le apareció en la región maleolar derecha externa una ulceración extremadamente dolorosa y seguida de una placa de necrosis. Efectuó diversos tratamientos locales durante nueve meses, sin resultado. Acudió a nuestro servicio y, después de cuarenta días de tratamiento con anticoagulantes, vasodilatadores y reposo, cerró la úlcera. Quince días después, en el maléolo externo del lado izquierdo le apareció una ulceración idéntica a la anterior, muy dolorosa, que, sometida al mismo tratamiento, terminó en sesenta días.

Portador de hipertensión arterial desde hace diez años. No fué nunca fumador. La exploración general demuestra de interés una hipertensión mínima acentuada, máxima 210 y mínima 140. Arterias accesibles palpables en los miembros. Índices oscilométricos: muslo derecho, 10; izquierdo, 10; tercio superior de la pierna derecha, 9; izquierda, 9; tercio inferior de la pierna derecha, 4; izquierda, 4.

La ulceración del lado izquierdo (fig. 1) ocupa justamente el maléolo externo, presentando un halo de hiperemia y fondo atónico, siendo muy dolorosa. En el lado derecho, en el lugar donde tuvo la ulceración, existe apenas una mancha ligeramente hipercrómica.

*Caso III.* — Z. G., mujer de 68 años. Hace seis meses le apareció en el tercio inferior de la pierna derecha, hacia la región posterior, una ulceración que medía alrededor de los 6 cm. de diámetro mayor, consecuencia de un pequeño trauma local. La ulceración, de bordes irregulares, poco profundos, con orla inflamatoria,



Fig. 1. — Caso n.º 2: E. B. M., varón de 60 años. T. A. 210/140. Úlcera maleolar hipertensiva en el maléolo externo izquierdo.

dejó aparecer en todo su fondo una placa necrótica, siendo muy dolorosa espontáneamente o en cualquier movimiento del miembro.

En la exploración general se observa de interés una tensión arterial de 180/120, signos discretos de esclerosis en las arterias humerales y oftálmicas y de insuficiencia cardíaca congestiva, pulso 92, temperatura 37° C.

Fué tratada durante seis meses a base de tónicos cardíacos, sedantes, analgésicos y vasodilatadores (papaverina, carbógeno, anticoagulantes cumarínicos), tratamiento tópico a base de soluciones débiles de permanganato potásico (1/20.000) y luego de queratoplásticos (nitrato de plata).



Fig. 2 — Caso n.º 4: P. M., varón de 78 años. T. A. 180/100. Úlcera maleolar hipertensiva en el maléolo externo derecho

La mejoría fué acentuada al principio; no obstante, a partir de los tres meses se tornó atónica, habiendo sido necesario el empleo de aplicaciones subacuáticas de ondas ultrasónicas. La curación persiste hasta el presente, cuatro años después. La tensión arterial 180/90; arterias accesibles en los miembros inferiores, palpables, un poco endurecidas; índices oscilométricos en el tercio superior de la pierna 3, en el inferior 1, y en el pie 1/4. La cicatriz de la ulceración se hizo ligeramente hipercrómica, con descamación furfurácea durante varios meses.

*Caso IV.* — P. M., varón de 78 años. Después de un leve traumatismo sobre el maléolo externo derecho, le apareció una flictena que al romperse dió salida a un líquido serohemático. Pocos días después se instauró una ulceración (fig. 2) que medía cerca de 6 cm. de diámetro mayor, bordes más o menos lisos, blandos

y con el centro recubierto por una placa de necrosis, dejando manar secreción purulenta en algunos puntos. La úlcera es extremadamente dolorosa, y el paciente prefiere colocar las piernas en declive para aliviar los dolores.

Presenta insuficiencia cardíaca congestiva con hipertensión arterial desde hace más de cuatro años, manteniendo su tensión alrededor de 180/100, y edemas maleolares bilaterales.

A la exploración local observamos pulsos arteriales presentes hasta las pedias y tibial posterior. Índices oscilométricos: 6 en muslo, 4 en pierna y 1/2 en pie. Ausencia de signos de afección venosa.

Inició el tratamiento con derivados cumarínicos, vasodilatadores (Ronicol), carbógeno y localmente pomada de aureomicina y polvo de bacitracina, obteniendo la curación radical de la herida en un mes a pesar de la persistencia del edema. La curación persiste hasta el presente, pasados ya seis meses.

#### CONSIDERACIONES GENERALES:

Indiscutiblemente cabe a FERNANDO MARTORELL el gran mérito de individualizar este síndrome, de úlceras atípicas, de las manifestaciones vasculares isquémicas o por estasis venoso.

Casos idénticos han sido ya descritos en diversos países, como Francia, Inglaterra, en España (4) por varios otros autores y hasta en los Estados Unidos, donde mereció capítulos aparte en los tratados de afecciones vasculares periféricas (ALLEN, BARKER y HINES, de la Mayo Clinic, e IRVING WRIGHT (2)). Debido a sus características semiológicas, el diagnóstico diferencial no ofrece dificultades en la mayoría de las veces.

Los resultados duraderos conseguidos solamente por medios de terapéutica clínica en nuestros casos, mejorando las condiciones circulatorias a nivel de la ulceración, colaboran en la patogenia de este proceso, en el que ha sido descrita una degeneración hialina subendotelial con disminución de la luz arteriolar o engrosamiento de la túnica media con aumento del volumen y del número de sus núcleos, no siendo raras las manifestaciones de periarteritis y engrosamiento por proliferación de la íntima, lesiones éstas comúnmente descritas en los pacientes portadores de hipertensión esencial.

#### RESUMEN

Los autores describen las características principales de la úlcera hipertensiva y presentan cuatro casos resueltos únicamente con tratamiento médico.

#### SUMMARY

Severe hypertension may produce symmetrical ulceration in the supramalleolar region at the anterolateral surface. Martorell who first described this syndrome, in 1945, termed it "hypertensive ulcer". The histological finding is subendothelial hyalinosis of the arterioli which leads to stenosis of the lumen. Four cases of hypertensive ulcer are reported. The treatment should be conservative. Sympathectomy usually will promote more rapid healing of the ulcer. However, it has not prevented subsequent occurrence of new ulcers.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. MARTORELL, F. — *Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas*. "Actas del Instituto Policlínico de Barcelona", diciembre 1945.
2. WRIGHT, I. S. — "Vascular Diseases in Clinical Practice". The Year Book Publishers Inc. Chicago, 1948, pág. 444.
3. ALLEN, E. V.; BARKER, N. W. y HINES, E. A. — "Peripheral Vascular Diseases", 2.ª Edición. W. B. Saunders Co., 1955.
4. MARTORELL, F. — "Úlcera hipertensiva. Un nuevo síndrome". Colección Española de Monografías Médicas. Ediciones BYP, Barcelona, 1953.