

SINDROME DE MARTORELL (Ulcera hipertensiva)

M. GARCÍA MUÑOZ
Dermatólogo

G. SANJOSÉ GONZÁLEZ
M. T. de la S. E. de Angiología

La «úlcera hipertensiva» es un síndrome descrito por MARTORELL en el año 1945. Se caracteriza por hipertensión arterial diastólica, mayor frecuencia en mujeres, localización en el tercio inferior de la pierna a nivel del maléolo externo, oscilación arterial normal, dolor intenso en el lugar de la úlcera y falta de trastornos venosos.

La anatomía patológica es típica de esta enfermedad, caracterizándose por lesiones estenosantes de las pequeñas arteriolas de la piel (proliferación endotelial), hialinización de los elementos elásticos, así como engrosamiento de la pared con la existencia de varias capas de fibras musculares en forma de manguito dispuestas como las hojas de una cebolla (fig. 1).



Fig. 1. — Anatomía patológica típica de la úlcera hipertensiva: lesiones estenosantes de las pequeñas arteriolas de la piel (proliferación endotelial), hialinización de los elementos elásticos, engrosamiento de la pared con existencia de varias capas de fibras musculares en manguito como las hojas de una cebolla.

Presentamos a continuación el *caso clínico* de la enferma A. G. M., de 70 años, soltera, natural de Valladolid.

Entre sus antecedentes familiares recogemos el hecho de que su padre murió repentinamente, desconociendo la causa. La madre falleció de afeción gripal. No ha tenido hermanos.

Figuran como antecedentes personales: Enfermedades de la infancia (sarampión y varicela). Cuenta la enferma que hace un año sufrió una afección cerebral aguda de la que se recuperó totalmente sin tratamiento (posible ictus hemorrágico leve). Ha tenido amigdalitis de repetición, y en la actualidad padece dos hernias inguinales, derecha e izquierda.

Relata la enferma que hace mes y medio sufrió un pequeño traumatismo, consistente en una erosión en la cara externa del tercio inferior de la pierna derecha por encima del maléolo. Dado que la lesión fue insignificante, no le concedió importancia alguna; notando que a los pocos días le apareció en el lugar del traumatismo una pequeña lesión ulcerada no mayor de un centímetro de diámetro, estando la piel de alrededor ligeramente eritematosa. Desde entonces su lesión ha ido en aumento hasta alcanzar el tamaño actual, que es de unos 4 centímetros de diámetro.

Se queja la enferma de dolor intenso a nivel de la lesión, que no es continuo, obligándola a veces a tomar calmantes. La han tratado con penicilina tópica sin notar ninguna mejoría.

A la exploración la enferma presenta: en pierna derecha, en su tercio inferior por encima del maléolo externo (fig. 2), una lesión ulcerada de



Fig. 2. — Ulcera hipertensiva del caso presentado en el texto, situada en la pierna derecha, tercio inferior, por encima del maléolo externo.



Fig. 3. — Lesión ulcerada de unos 4 cm. de diámetro, de bordes netos y ligeramente elevados, que en la periferia presenta una coloración violácea.

unos 4 centímetros de diámetro, de bordes netos y ligeramente elevados (fig. 3), que en la periferia presenta una coloración violácea de unos 3 ó 4 milímetros. El fondo de la úlcera es rojo intenso en unos puntos y en otros ligeramente amarillento; a la presión sobre los bordes se produce intenso dolor, sangrando fácilmente el fondo de la ulceración. Existe una fina descamación de color blanquecino en dorso de pie. No existen dilataciones venosas de tipo varicoso ni cambios de la temperatura local, ni dolor en masas generales ni hueco poplíteo. A la palpación de la pedia el latido es normal.

Exploraciones complementarias: Radioscopía de tórax, discretos refuerzos hiliares, hipertrofia ventricular izquierda y discreto aumento del tamaño global de la aorta.

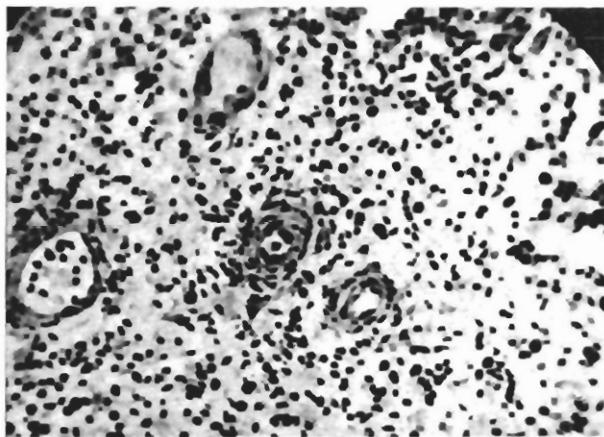


Fig. 4. — Corte histológico, coloración hematoxilina-eosina. Ha desaparecido totalmente el epitelio. Gran cantidad de arteriolas de paredes engrosadas. Varias capas de fibras musculares en manguito. Hialinización. Proliferación endotelial. Infiltrado.

Por auscultación, refuerzo del segundo tono aórtico. Presión arterial 280/140.

Laboratorio: Velocidad de sedimentación, primera hora 5 mm., segunda hora 9 mm. Recuento de hematíes 4.100.000, leucocitos 7.000, por milímetro cúbico. Hemoglobina 82 %. Fórmula leucocitaria 1 eosinófilo, 63 polinucleares, 33 linfocitos y 2 monocitos. Glucemia basal 1.10 g. por mil. Urea 0.40 g. por mil. Reacción de Wassermann y complementarias, negativas. Mantoux al 1/10.000 y 1/100.000, negativo.

Orina: Glucosa y albúmina, negativas; sedimento, nada patológico.

Examen microscópico del exudado: abundantes polinucleares, piocitos.

Fondo de ojo: Presenta a la observación oftalmoscópica un fondo miópico, con grandes zonas degenerativas. Grave retinopatía hipertensiva.

Oscilometría: El estudio oscilométrico efectuado en la pierna derecha e izquierda a nivel de los tercios superiores, medio e inferior son prácticamente iguales, siendo las oscilaciones amplias, existiendo una ligera variación en la pierna enferma donde el índice oscilométrico es ligeramente mayor que en la pierna izquierda.

Biopsia: Se hace toma del fondo de la úlcera.

Estudio anatomo-patológico (Dr. GUTIÉRREZ SANZ). por inclusión en parafina, coloración hematoxilina-eosina: ha desaparecido totalmente el epitelio. Se ve una gran cantidad de arteriolas con las paredes engrosadas, con varias capas de fibras musculares dispuestas en forma de manguito (fig. 4). Un gran número de estas arteriolas están hialinizadas y el endo-

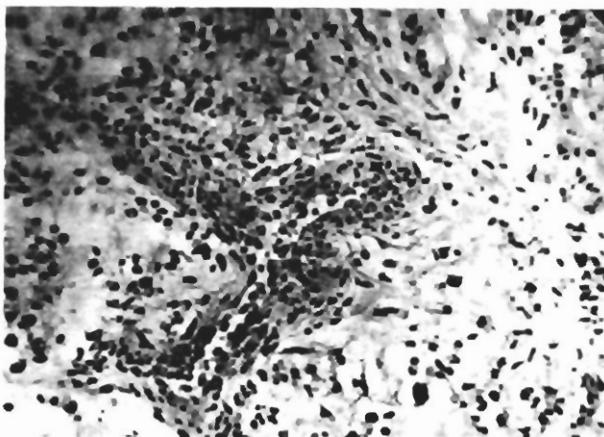


Fig. 5. — Corte histológico, coloración hematoxilina-eosina. Obsérvese como las venas muestran la misma infiltración (polinucleares neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas), aunque menos intensa que la de las arteriolas.

telio se encuentra proliferado. Toda la pieza está muy infiltrada por polinucleares neutrófilos, que también se encuentran en la pared de las arteriolas (infección secundaria). Hay también linfocitos y células plasmáticas, aunque en menor cantidad.

Las venas muestran la misma infiltración pero con menos intensidad que las arteriolas (fig. 5).

Tratamiento: Durante los primeros días ha sido necesario administrarle pequeñas cantidades de analgésicos y sedantes. Tratamiento hipotensor: Clorotiazida, Reserpina, Clofuro potásico (Reserpres, comprimidos, tres diarios). Hemoyodo, una ampolla a días alternos. Cura local con Eritromicina.

COMENTARIO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Abundamos en el criterio de ALLEN, HINES y BARKER en que la úlcera hipertensiva puede ser de fácil diagnóstico aun cuando la sintoma-

tología típica puede complicarse por lesiones vasculares sobreañadidas, varices, arterioesclerosis, arteriopatías periféricas, etc., como en el caso que nos ocupa; por lo que a nuestro juicio estos enfermos deben de ser sometidos a un estudio minucioso y nunca sentar el diagnóstico de úlcera hipertensiva sin un cuidadoso y experto análisis anatomopatológico.

Es preciso distinguir prolijamente la úlcera hipertensiva de otra serie de procesos ulcerosos como son: *úlcera blastomicótica*, ésta crece con lentitud y aparecen en el borde de la úlcera pequeñas lesiones pustulosas; el Blastomyces brasiliensis se observa al microscopio por el examen directo del exudado.

Bromide: úlcera granulomatosa que recuerda la anterior; siempre con el antecedente de una intoxicación por tratamiento bromurado y demostración de bromo en sangre.

Quemaduras: antecedente de ella.

Ectima: comienza por una lesión ampollosa y se da en enfermos caquetizados.

Ulceras facticias: lesión producida por el propio enfermo casi siempre por sustancias cáusticas. Examen neurosiquiátrico.

Mal perforante: pruebas serológicas para lúes, positivas. Su comienzo suele ser semejante a un callo que recuerda a la verruga planar.

Epitelomas: localización acra en extremidades, estudio anatomico-pathológico formado fundamentalmente por acumulos de células espinosas o basales.

Ulceras por anemia drepanocítica: redonda como en sacabocados, con bordes duros, con profusa secreción purulenta. Alteraciones hemáticas.

Ulceras sifiliticas ectimatosas: son pústulas planas, grandes, redondas, con aréola plano rojiza y sobre la úlcera se forma una costra gruesa; pruebas serológicas para sífilis, positivas.

Sífilis gomosa: comienza por un nódulo que experimenta todas las fases por las que pasa un goma (pegamiento a la piel, reblandecimiento, ulceración y cicatrización). Serología de lúes, positiva.

Eritema indurado de bazin ulcerado: comienza por un nódulo que secundariamente se ulcera. Pruebas de tuberculina, positivas a diluciones de 1/10.000 ó 1/100.000.

Ulceras diabéticas: la localización no es tan típica como la de la úlcera hipertensiva. Suelen ser enfermos mal tratados o en los que se ha observado poco control. Se trata de una úlcera profunda, con signos de inflamación en los territorios linfáticos satélites. Hiperglucemia y glucosuria.

Ulceras por estasis: se da cerca de las rodillas, tercio medio de pierna, úlcera irregular, secreción seropurulenta abundante y suelen estar rodeadas por una zona de eczema.

Las hipertensiones lábiles que presentan los enfermos de *púrpura anular telangiectodes* (enfermedad de Majocchi), no presentan dificultad diagnóstica ya que se trata de lesiones maculosas purpúricas, no ulceradas. El cuadro anatomico-pathológico tampoco ofrece duda alguna, ya que

existe dilatación de pigmento férrico en el corion, lesiones que nunca se apreciarán en el Síndrome de Martorell.

Las *úlceras por congelación* y las *úlceras tropicales* no ofrecen dificultad diagnóstica puesto que no existen ni antecedentes de exposición al frío ni la enferma ha salido de la provincia de Valladolid.

CONCLUSIÓN. — Realizado el estudio clínico, analítico, anatopatológico y efectuado un minucioso diagnóstico diferencial llegamos a la conclusión de que el caso que presentamos es una *úlcera hipertensiva* (Síndrome de Martorell); de acuerdo con el criterio de GARZÓN, GARZÓN y PELLANDA, es indudable la disfunción neurovegetativa en la producción de este síndrome; aun cuando el factor traumático que los enfermos refieren suele ser tan banal, le consideramos como «punto de puesta en marcha», sobre un terreno previamente isquémico, como demostraron experimentalmente en perros FONTAINE y SHATTNER.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de Ulcera hipertensiva, los autores estudian el diagnóstico diferencial. En la producción de este Síndrome conceden valor a una disfunción neurovegetativa.

SUMMARY

A new case of hypertensive ulcer is presented. The differential diagnosis is carefully revised.

BIBLIOGRAFÍA

- ANNING, S. — *Hypertension and venous leg ulcers*. "Lancet", II-1954. *The cause and treatment of the ulcers*. "Lancet", II-1952.
- ALLEN, E.; BARKER, N. — "Peripheral Vascular diseases". S. Company. Philadelphia, London. 1956.
- BENCHIMOL, A. S. — *Ulcera maleolar hipertensiva*. "P. M. Argentina", 39:444:1952.
- BORST, M. — Histología Patológica. Edit. Lab. S. A. 1945.
- CASANUEVA DEL C., M. — *Ulcera hipertensiva isquémica de las piernas*. "Rev. Méd. Chile", 84:615:1956.
- FARBER, HINES, MCK CRAIG, W. — *The arterioles of the Skin in esential hypertension*. "J. I. Dermat.", 9:285:1947.
- GARZÓN, R.; GARZÓN, F. L.; PELLANDA, R. — *Ulcera Hipertensiva (Síndrome de Martorell)*. "Angiología", 12:85:1960.
- HINES (Jr.). — *Ulcer of the leg due to arteriolosclerosis and ischemia, occurring in the presence of Hypertensive disease*. "Proc. Staff Meet, Mayo Clinic", 21:337:1946.
- JONQUIERES, D. L. y GOLDEMBERG, B. — *Ulcera hipertensiva isquémica*, "Rev. Argentina Dermato-sifiliográfica", 36:60:1952.
- MARAÑÓN, G. — "Diag. Etiol.", 1959.
- MARTORELL, F. — *Ulceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas*. "Actas del Instituto Policlínico de Barcelona", 1:6:1945.
- MARTORELL, F. — *Ulcéres de la jambe chez les hypertendues*. "Presse Méd.", 58:444:1950.
- MARTORELL, F. — "Accidentes vasculares de los miembros". Ed. Salvat, 1953.
- MARTORELL, F. — *Ulcéres de la jambe chez les hypertendues*. "Presse Méd.", 58:444:1950.

- MONSERRAT, J. — *Diastolic arterial hypertension and ulcer of the leg. Martorell's Syndrome.* "Angiology", 9:226:1958.
- NOGUER-MORÉ, S. — *Deux cas d'ulcère hypertensif des jambes. "Les troubles trophiques des membres inférieurs d'origine veineuse".* Masson et Cie., París, 1956.
- OLLER-CROSIET, L. y PALOU-MONZÓ, J. — *Ulcera de pierna por hipertensión arterial.* "Actas Dermosif.", 44:659:1953.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, A. — *Concepto general de úlcera de pierna de origen arterial.* "Anales Inst. Corachán". 4:7:1952.
- ROBINSON-ROBINSON — "Dermat. Clinic", 1960.
- PI SUÑER, A. — "Sistema Neuro-Vegetativo", Méx. 1954.