

ÚLCERA DE MARTORELL CON OCLUSIÓN ARTERIAL

J. MONSERRAT y S. NOGUER-DEBRAY

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico. Barcelona (España)

Es un hecho conocido que uno de los signos característicos de la Úlcera de Martorell es la ausencia de obliteración troncular. Este signo junto con la existencia de una hipertensión diastólica y su típica localización permiten su diagnóstico. Sin embargo vamos a relatar dos casos de Úlcera de Martorell que sin dejar de serlo presentaban en el momento del examen oclusión arterial.

En nuestras dos enfermas motivo de esta publicación se da la particularidad de que, si bien inicialmente estaban afectas de una típica úlcera hipertensiva, en el transcurso de los años se ha sobreañadido una arteriosclerosis obliterante de las extremidades inferiores, dando características especiales al síndrome.

CASO CLÍNICO I

Enferma de 75 años, viuda, con hipertensión arterial conocida desde hace treinta años, con cifras elevadas (300/140 mm Hg) pero bien tolerada.

Hace dieciocho años, después de un pequeño traumatismo en pierna izquierda, aparece una úlcera muy dolorosa que tardó varios meses en cicatrizar, recidivando de nuevo en diversas ocasiones.

Desde hace un año acusa claudicación intermitente en ambas piernas, cada cien metros.

Hace un mes aparece una escara de gangrena cutánea en pierna derecha, de localización simétrica a la de la izquierda, muy dolorosa, especialmente durante la noche.

Exploración. Tensión arterial brazo derecho 300/140 mm Hg. Extremidades inferiores: Pulso positivo en ambas femorales. Hipertensión e hiperoscilometría en muslos. Marcada disminución del índice oscilométrico en piernas. Negatividad del pulso en pedías y tibiales posteriores (fig. 1).

Cicatriz de antigua úlcera en cara anteroexterna de la pierna izquierda, en la unión del tercio medio con el tercio inferior.

Escara necrótica de dos centímetros de diámetro en cara anteroexterna de la pierna derecha, en la unión del tercio medio con el tercio inferior (fig. 2).

Exploración del sistema venoso: Normal.

Corazón: Reforzamiento del segundo tono aórtico.

Arteriografía. Se practica una arteriografía por punción percutánea de la femoral común izquierda, con inyección de 20 cc. de Urografin 76 %. Se observa una obliteración segmentaria de la femoral superficial, con reinyección de la poplítea gracias a una circulación colateral convergente (fig. 3).

Tratamiento. Geriavitín (procaína, aminoácidos y complejo vitamínico) una ampolla intramuscular, dos veces al día.

Tensangín, 3 comprimidos al día.

Como tratamiento tópico, solución acuosa de verde brillante.

Evolución. Con este tratamiento médico cesaron enseguida los dolores y la úlcera y escara cutánea fueron reduciéndose de tamaño progresivamente hasta su cicatrización.

La tensión arterial, que al principio era de 300/140 mm de Hg, ha ido descendiendo (280/140; 270/120; etc.) hasta 230/140, última comprobación hecha.

CASO CLÍNICO II

Enferma de 75 años, casada. Hace seis años se da cuenta de que tiene hipertensión arterial (280/mm sistólica).

Hace seis años aparece una úlcera en pierna izquierda, dolorosa, que tardó dos años en cicatrizar.

Desde hace seis meses tiene claudicación intermitente en pierna izquierda, cada veinte metros.

Como antecedentes patológicos refiere amigdalitis frecuentes desde joven.

Exploración. Tensión arterial brazo derecho 280/125 mm Hg. Extremidades inferiores: Disminución de la pulsatilidad de la arteria femoral común izquierda. Negatividad del pulso arterial de la tibial posterior izquierda (fig. 4).

Hiperpulsatilidad de la femoral común, tibial posterior y pedia derechas.

Disminución del índice oscilométrico en muslo y pierna izquierdos.

Mancha pigmentaria parda en cara anteroexterna de la pierna izquierda, en la unión del tercio medio con el tercio inferior. Cicatriz de una antigua úlcera (fig. 5).

En pierna derecha existe una pequeña escara de localización simétrica a la citada de la úlcera.

Exploración del sistema venoso: Normal.

Corazón: Reforzamiento del segundo tono aórtico.

COMENTARIO

Recordaremos en primer lugar las características del «Síndrome de Martorell». Este, según la descripción de su autor, consta de los siguientes síntomas y signos:

Hipertensión arterial considerable en los miembros superiores, especialmente de la diastólica.

Hipertensión arterial, hiperpulsatilidad e hiperoscilometría en los miembros inferiores.

Ausencia de obliteración troncular arterial.

Ausencia de trastornos de la circulación venosa.

Existencia de una úlcera superficial en la cara anteroexterna de la pierna, en la unión del tercio inferior con el tercio medio.

Simetría de la lesión: úlcera en los dos lados o por lo menos existencia de úlcera en un lado y mancha pigmentada en el opuesto.

Es más frecuente en el sexo femenino, especialmente entre los cuarenta y los sesenta años.

Analizando los síntomas y signos de la precedente descripción original del Síndrome de Martorell, vemos que nuestros dos casos son en parte superponibles y en parte presentan marcadas diferencias.

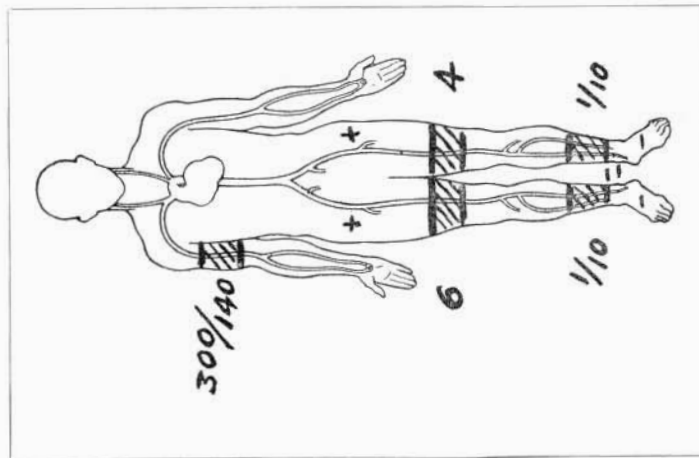
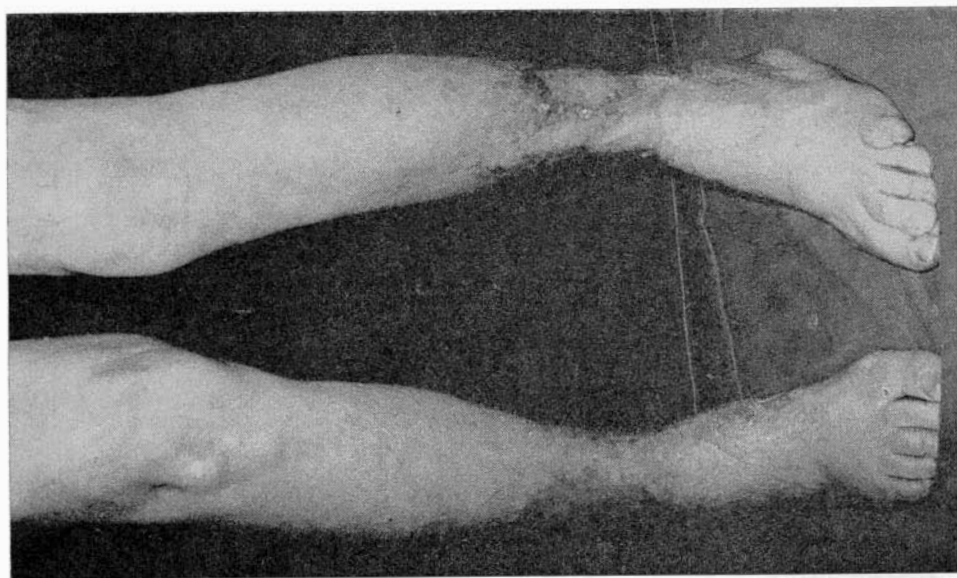
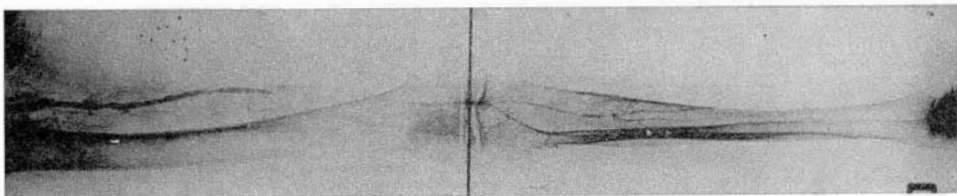


FIG. 1. Esquema mostrando la tensión arterial la oscilometría y la pulsatilidad del Caso clínico nº 1.

FIG. 2. Fotografía mostrando las lesiones del Caso clínico nº 1. Ulcera abierta en el lado derecho y cerrada en el izquierdo, simétricas.

FIG. 3. Arteriografía de la enferma del Caso clínico nº 1. Oclusión de la femoral superficial en su tercio inferior.



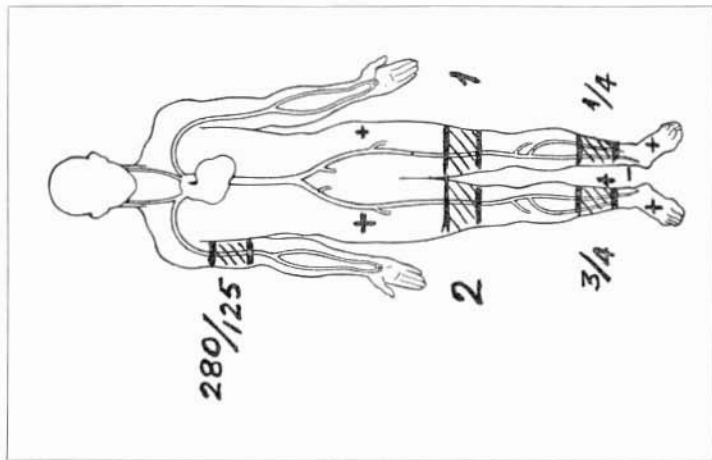


FIG. 4. Esquema mostrando la tensión arterial, la oscilometría y la pulsatilidad del Caso clínico nº 2.

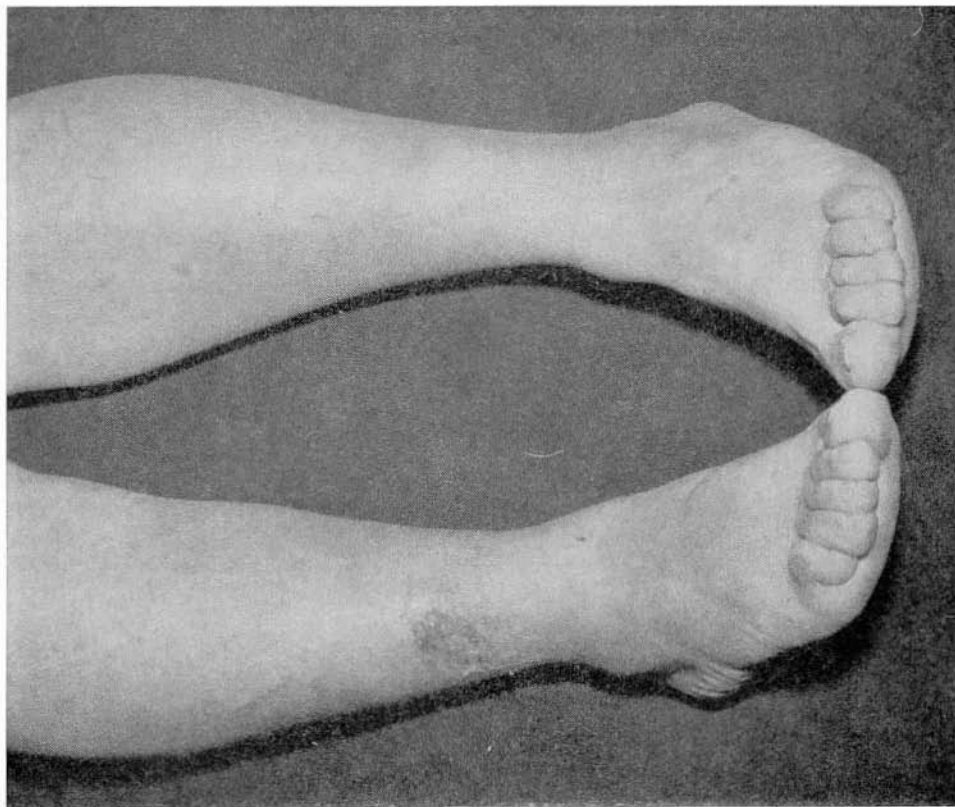


FIG. 5. Fotografía mostrando las lesiones del Caso clínico nº 2.

1.º Con el Síndrome de Martorell tienen en común:

a) Gran hipertensión arterial diastólica en extremidades superiores, en ambos casos.

b) Ausencia de trastornos de la circulación venosa.

c) Localización típica y simetría de las lesiones cutáneas en piernas.

d) Ambos casos pertenecen al sexo femenino y son de edad avanzada.

2.º En el transcurso de los años, en ambas enfermas ha venido a sumarse al síndrome puro inicial la aparición de una arteriosclerosis obliterante de las extremidades inferiores. Por este motivo, en la actualidad, hallamos síntomas y datos de exploración que discrepan del Síndrome de Martorell, y que son:

a) Negatividad de algunos pulsos arteriales en extremidades inferiores.

b) Disminución de la oscilometría en muslo y pierna.

c) Existencia de una obliteración arterial troncular en miembros inferiores, confirmada por arteriografía.

En *conclusión*, en algunos casos de úlcera hipertensiva se puede hallar una obliteración troncular arterial arteriosclerosa que ha hecho su aparición en el transcurso de los años al envejecer la enferma, sumando a la hipertensión lesiones posteriores de arteriosclerosis obliterante. Un interrogatorio cuidadoso permite aclarar que al aparecer la úlcera no existía claudicación intermitente y por lo tanto tampoco existía obliteración troncular.

SUMARIO

Se describen dos casos, en apariencia atípicos, de úlcera hipertensiva (úlcera de Martorell).

SUMMARY

Two apparently atypical cases of hypertensive ischemic ulcers of the leg (Martorell's ulcer) are presented.