

Úlcera hipertensiva de Martorell (*)

H. R. VAN DER MOLEN, L. TOTH y K. E. RITTER

Policlinique «de Kaa»

Terwolde (Holanda)

Hace veinticinco años, en diciembre de 1945, **F. Martorell** publicó un notable trabajo: «Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas».

En él se describían 4 casos semejantes, todos en mujeres.

El diagnóstico de Úlcera hipertensiva, como se la ha denominado después, se basaba en cinco elementos:

a) Existencia de una úlcera superficial en la cara antero-externa de la pierna, en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores.

b) 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.

c) Hipertensión arterial considerable en brazos y piernas, con hiperpulsatilidad e hiperoscilometría en piernas.

d) Ausencia de obliteración troncular arterial. Pulso palpable en todas las arterias de los miembros inferiores.

e) Ausencia de trastornos de la circulación venosa.

Dos de estas enfermas sufrían una hipertensión maligna, tanto es así que, según una publicación posterior, fallecieron a continuación de una intervención de simpatectomía y esplancnicectomía, operación preconizada en aquellas épocas. El pronóstico de esta enfermedad es por consiguiente serio.

Más tarde, **Hines y Farber**, de la Clínica Mayo, y otros autores (**Oller-Crosiet, Valls-Serra, Wright y Ucar**) han descrito el mismo síndrome.

Nosotros hemos querido comprobar cuántos de nuestros enfermos padecían Úlcera hipertensiva de Martorell y, por otra parte, cuántos con úlceras venosas sufrían a la vez de hipertensión arterial. De entre 38.373 enfermos, 718 (aproximadamente el 2 %) sufrían de hipertensión arterial. Dado que exigíamos una tensión sistólica superior a 200 mmHg. y una diastólica que sobrepasara los 100 mmHg., quedan 614 enfermos con hipertensión arterial considerable.

Entre éstos, 475 presentaban úlcera en la pierna. Excluidos 30 diabéticos y 15 con arteriopatía obliterante troncular, nos quedan 432 úlceras de la pierna en grandes hipertensos. La mayoría de las úlceras eran de origen venoso, en total 345.

Encontramos 87 que respondían a los tres últimos criterios de **Martorell**, a saber un 20 % de todos los hipertensos con úlceras de las piernas no diabéticos,

(*) Traducido del original en francés por la Redacción.

sin arteritis obliterante, en los cuales cualquier patología venosa (insuficiencia venosa crónica, varices, secuela postrombótica) está ausente.

Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial puede pasar por fases variables y fases constantes, es conveniente excluir los casos donde la tensión se tomó en el curso de una sola observación.

Evidentemente se trata entonces de casos benignos en los que la curación no tardó en efectuarse. De tal modo, hemos dejado de lado 57 casos. Nos quedan para

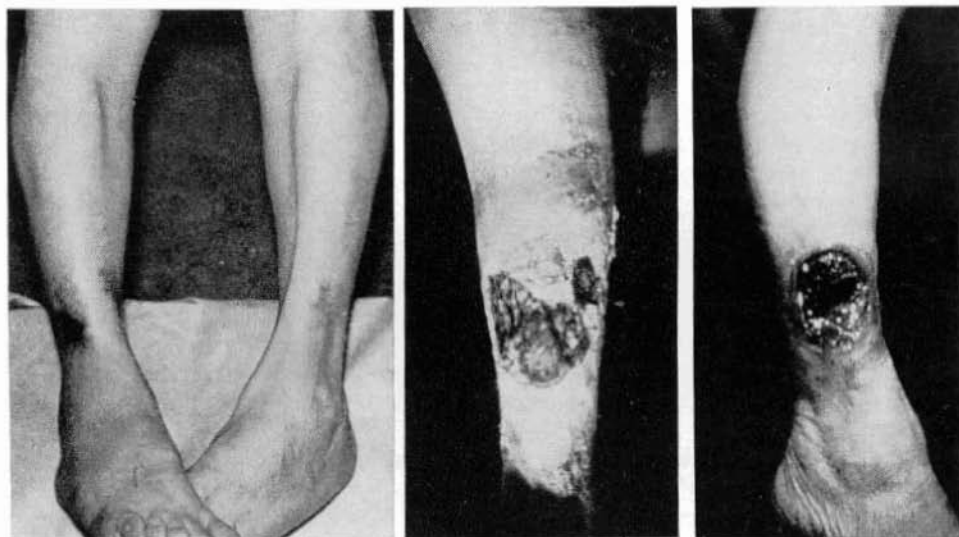


Fig. 1: Úlcera hipertensiva en el lado derecho, con cicatriz simétrica en la izquierda. Mujer de 73 años de edad, tensión arterial 230/120 mmHg. Falleció de apoplejía cinco años más tarde. — Fig. 2: Úlcera hipertensiva en el lado derecho, cara externa de la pierna; otra en la cara interna. Recidiva. Tensión arterial 195/115 mmHg. Mujer muy adiposa: 125 kg. — Fig. 3: Úlcera hipertensiva de la pierna derecha. Mujer de 65 años de edad, tensión arterial 190/110 mmHg. Recidiva de la úlcera a los cuatro años; anemia moderada (75 %); intoxicada por la nicotina (20-40 cigarrillos diarios). Pedia claramente pulsátil.

el estudio 30, en los cuales existía una hipertensión arterial permanente cierta con una o varias úlceras de naturaleza arteriolítica.

Es cierto que la tensión pudo descender algo bajo la influencia del tratamiento, pero sin alcanzar límites por debajo de los 200/100 mmHg.

Antes de pasar a considerar los otros dos criterios de **Martorell**, consideremos otros detalles clínicos.

Sexo. La mayor parte de nuestros pacientes hipertensos eran mujeres (7/8). Sólo había 48 hombres hipertensos. Una antigua estadística del mismo género de enfermos (1957) nos demostró que el 77 % (3/4) con úlceras venosas eran del sexo femenino. De los 30 enfermos con úlcera arterítica de **Martorell**, 25 eran mujeres (5/6). La proporción parecería un poco mayor.

Por otra parte, conviene considerar que la hipertensión arterial es más frecuente en la mujer. **M. N. van der Heyde** señala, en un estudio sobre 3.000 personas aparentemente sanas, entre los 40 y los 65 años de edad, que el 3 % de los hombres y el 12.7 % de las mujeres presentaban una tensión arterial diastólica superior a los 100 mmHg. Proporción de mujeres entre los hipertensos: más del 80 %.

Aunque nuestros enfermos sean de más edad (promedio 64.6 años) y por tanto hay que esperar que existan más mujeres que hombres, entre los hipertensos contabilizamos un 85 % de mujeres.

Cabe decir, por tanto, que la proporción de sexos en enfermos con úlceras hipertensivas es la misma que en todos los hipertensos: de cada 6 enfermos 5 son mujeres.

Valores de las tensiones arteriales. Los valores sistólicos en nuestros enfermos variaron entre 200 y 300 mmHg. (promedio 222) y los diastólicos entre 100 y 150 mmHg. (promedio 123), la primera vez.

La segunda vez fue de 205/110 mmHg.; la tercera (19 enfermos), de 203/113 mmHg.; y la cuarta (12 enfermos) 198/108 mmHg.

La tensión arterial sistólica ha descendido 21 vez entre 30; ha permanecido igual o ha aumentado en 9 enfermos. La tensión diastólica ha descendido en la mitad de los casos (15).

En los 30 enfermos la diferencia entre las tensiones sistólica y diastólica era, como promedio, de 101 mmHg. Esta diferencia sobrepasó los 100 mmHg. en 17 enfermos. Cabe, pues, pensar que la mayor parte de nuestros enfermos presentaban una aorta esclerosa.

Por otra parte, el **edema** se observó con frecuencia: 23 veces, de las cuales 12 era bilateral, 6 derecho y 5 izquierdo.

Siendo más frecuente el edema postrombótico venoso en el lado izquierdo, no se trataría probablemente de un edema postflebitico. Dos tercios de los edemas postrombóticos son izquierdos.

La **pulsatilidad** de la pedia estaba presente en todos los casos en los que se exploró (21 X). No se trataba pues de arteritis obliterantes, donde la pedia no se palpa.

Además, nuestros enfermos con arteritis obliterantes son en sus tres cuartas partes hombres y muy fumadores. Ya hemos señalado desde hace tiempo que estos enfermos son rara vez hipertensos: sólo 8 entre 82 casos recientes.

Pronóstico. Entre nuestros 30 enfermos, 2 fallecieron: uno a las cinco semanas, otro a los siete años de la curación de la úlcera y a los 80 años de edad. En ambos casos la causa de la muerte fue la apoplejía.

Vamos ahora a decir algunas palabras sobre los dos primeros criterios de **Martorell**.

La **localización** en la cara externa de la pierna y la simetría de las úlceras nos lleva a comparar la localización de las úlceras hipertensivas con la de las úlceras venosas (Cuadro I). Existe ciertamente una diferencia: entre 19 úlceras hipertensivas unilaterales, 8 eran externas; entre 358 úlceras venosas, sólo 14 (4 %) se hallaban en la cara externa de la pierna, y además en 3/4 partes de los casos eran perimaleolares, en tanto que las úlceras hipertensivas se hallan situadas más

altas. Y, todavía, hemos observado que en 6 ocasiones entre 19 las úlceras hipertensivas se hallaban en la cara anterior (4) o posterior (2), localización que es excepcional en las úlceras venosas (14 entre 435).

Hemos observado **bilateralidad** en 1/8 de las úlceras venosas y en 2/9 de las hipertensivas, si bien ello no es un criterio absoluto.

Tiempo de curación. En un trabajo anterior (H. R. van der Molen y K. van Loo, 1963) resaltamos que la curación de las úlceras venosas era más lenta en los hipertensos. Hemos comparado 305 mujeres con úlceras varicosas unilaterales y 24 con igual género de úlceras, pero siendo hipertensas. El tiempo de curación fue de 7.9 semanas para las últimas, en tanto que sólo fue de 6.4 semanas para las normotensas («Test» de Wilcoxon, $X = 0.00015$).

La curación de 26 de 30 casos de úlceras hipertensivas fue de 4 a 31 semanas, con tratamiento ambulatorio y comprensivo habitual. En los casos sin edema el grado de comprensión fue, evidentemente, menor. Una enferma falleció de apoplejía cerebral a las cinco semanas y tres no pudieron continuar el tratamiento ambulatorio por dolor demasiado intenso. Promedio de las otras, cicatrización a las 10.5 semanas.

CUADRO I
LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS
(fuera de la cara interna)

Úlceras unilaterales:	
297 varicosas	53 = 1/6
138 postrombóticas	24 = 1/5
19 hipertensivas	11 = 1/2
Cara anterior o posterior:	
297 varicosas	11 = 1/27
138 postrombóticas	3 = 1/46
19 hipertensivas	6 = 1/3
Úlceras bilaterales:	
554 varicosas	70 = 1/8
321 postrombóticas	48 = 1/7
30 hipertensivas	7 = 1/4

Aparece, pues, bien claro que la curación de la úlcera hipertensiva de Martorell es más lenta que la de las úlceras venosas banales (7.9 semanas) en enfermas hipertensas.

Queda aún el grupo de Úlceras de Martorell que han sido catalogadas de probables a causa de una intensa hipertensión registrada una sola vez. En ellas la cicatrización ha sido en general más rápida, aunque necesitaron un promedio de 9 semanas (45 enfermas).

Influencia del tratamiento de la hipertensión sobre el tiempo de curación. Dado que el tratamiento de la hipertonía en nuestros enfermos ha sufrido variaciones y que con 26 casos tendríamos un lote demasiado pequeño para comparar el efecto de estos diversos tratamientos, hemos ampliado el grupo añadiéndole algunos casos en los que la tensión se tomó sólo una vez. Disponemos así de 45 casos.

Todos se hallaban bajo un régimen pobre en sal, de los cuales 9 no hicieron otra cosa, 8 recibieron alcaloides de la rauwolfia, 5 tomaron además diuréticos, 11 fueron tratados por combinación de varios hipotensores sin guanetidina y 12 fueron tratados por guanetidina sola o en combinación. En determinado momento creímos que la guanetidina (Ismelin) era el medicamento más indicado.

De tal modo, investigamos por el «sequential analysis» si la cicatrización estuvo o no favorecida por aquella droga. Dicha comparación secuencial de pares no nos aportó argumentos en favor de uno u otro de los distintos tratamientos. El número de semanas necesarias para la cicatrización de las úlceras hipertensivas en función de los tratamientos de la hipertensión ha sido: para el régimen sin sal, 2, 3, 2, 7, 2, 4, 5, y 5; y para la guanetidina sola o en combinación, 6, 6, 31, 7, 7, 12, 4, 29, 21, 5, 6 y 3. Es necesario resaltar aquí que, en ciertos casos rebeldes, hemos añadido por costumbre Ismelin. Esta serie agrupa, pues, demasiados casos desfavorables. En cuanto a los diuréticos, en especial Furosemida, las cifras son 10, 8, 7, 10 y 18. Para las combinaciones sin rauwolfia, 7, 6, 5, 5, 10, 8, 12, 17, 5, 9 y 8. Para los alcaloides de la rauwolfia, 20, 6, 4, 9, 14, 4, 26 y 10, semanas.

RESUMEN

Tras presentar las características de la Úlcera hipertensiva de Martorell, los autores pasan a analizar una serie de enfermos, unos con úlcera hipertensiva solo y otros con úlceras venosas e hipertensión arterial asociada. Prosiguiendo con esta comparación, se revisan el sexo, los valores tensionales, la existencia de edema, la pulsatilidad de la pedia, etc. Se trata luego del pronóstico, localización, bilateralidad, tiempo de curación e influencia del tratamiento hipotensor.

SUMMARY

A number of patients with ulcers of the lower limbs were classified as follows: 1. Ulcers due to hypertension, 2. Ulcers of venous origin with associated hypertension. The two groups were compared. Significant differences were found when considering diastolic blood pressure, peripheral pulse, localization, edema and other signs. Conclusions about prognosis and treatment are presented.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, Barker y Hines: «Peripheral Vascular Diseases», W. B. Saunders Co., 1955.
Heyde, R. M. van der: Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonden mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud. Sept. 1959. Diss. Amsterdam.
Hines, E. A y Farber, E. M.: Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia, occurring in the presence of hypertensive diseases (hypertensive-ischemic ulcers): a preliminary report. «Proc. staff meet. Mayo Clinic», 337, 1946.
Martorell, F.: Las úlceras supramolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. «Actas R. C. del C. F. Instituto Policlínico de Barcelona», pág. 6, diciembre 1945.
Martorell, F.: «Ulcers des Jambes d'origine Neuro-Vasculaire», Masson et Cie., Ed., 1953.
Martorell, F.: «Ulcers des jambes chez les hypertendus», «Presse Médicale», 246, 1950.
Molen, H. R. van der y Loo, K. van: Données statistiques sur le traitement ambulatoire d'un millier d'ulcères de jambe. «Phlébologie», 229, 1963.
Pickering, G.: «High Blood Pressure», J. & A. Churchill Ltd., 1968.
Piulachs, P.: «Ulcers of the Legs», Charles C. Thomas, Publ., 1956.
Sanderink, I. F. H. y Gerversman, A. P. S.: Het hypertensieulcus. «Ned. Tijdschrift v. Geneesk.», 1, 574, 1961.
Wright, I. S.: «Vascular Diseases in Clinical Practice», The Year Book Publ., I.N.C., 1952.