

## LA ULCERA HIPERTENSIVA DE MARTORELL EXPERIENCIA Y CONSIDERACIONES (\*)

E. CACCIATORE, G. BEVILACQUA, G. LUMIA, G. P. CAMMAROTA y  
G. B. LANGUASCO

**Ambulatorio Chirurgia Vascolare. Ospedale Civile di Carpi (Mo). (Italia)**

En relación al grandísimo número de hipertensos, la Ulcera de Martorell representa seguramente una complicación rara por no decir excepcional. No obstante, es fundamental conocerla por tres órdenes de motivos:

1. A menudo no es diagnosticada, siendo erróneamente confundida con una banal úlcera flebostática o tratada como tal sin resultado.
2. Es una lesión en extremo dolorosa, de tal intensidad que puede parangonarse a las lesiones tróficas arteriales del IV estadio, por lo que provoca notables problemas al paciente.
3. Una vez diagnosticada, la terapéutica es más bien difícil y la curación lenta.

Discutamos con brevedad estos puntos. Ante todo el **Diagnóstico**. Todos los 4 casos que hemos observado no habían sido reconocidos en precedentes consultas. Sin embargo, se trataba de casos en extremo típicos y que se correspondían con precisión a la descripción de **Martorell** en 1945: Localización en la cara ántero-externa de la pierna entre el tercio medio y el tercio inferior, sexo femenino, edad media en 65 años, presencia de hipertensión diastólica elevada, hipertensibilidad arterial periférica y ausencia de patología venosa concomitante. La lesión, en el momento de nuestra observación, databa al menos de tres meses, habiéndose demostrado siempre rebelde a todo tipo de curas locales y flebológicas. En los 4 casos el diagnóstico supuesto fue de «úlcera flebostática», a pesar de la ausencia de cualquier patología venosa objetivable. Nuestros exámenes fueron clínicos e instrumentales. El diagnóstico se hizo correcto ya basándonos en la típica sintomatología local y cuadro clínico general ya mediante exámenes oscilográficos o tensiométricos con ultrasonometría Doppler. Con la oscilografía hemos observado un claro aumento del Índice oscilométrico, pero los datos más interesantes los ha sugerido el empleo del Doppler. En efecto, midiendo la tensión arterial en los diferentes sectores del miembro inferior, co-

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

DOPPLER-P.A. mmHg

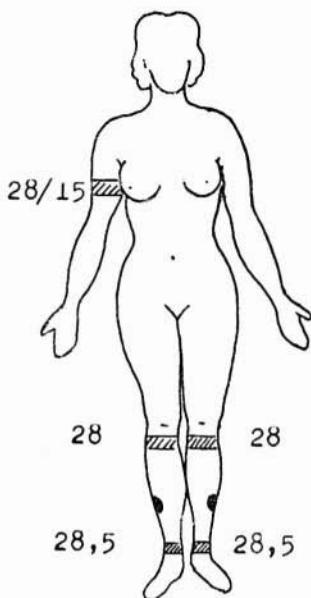


Fig. 1. — Caso 1. L. O., 65 años.  
Datos tensiométricos por Doppler.  
Ulcera bilateral. Aspecto típico de  
la lesión ulcerosa hipertensiva.

locando la sonda sobre la tibial posterior, hemos comprobado un neto aumento del índice presor con documentable hipertensión también regional.

Estos datos se exponen en las figuras 1, 2, 3 y 4.

Se han confirmado los datos de **Bartolo**, quien ha demostrado por primera vez una grave hipertensión regional en ortostatismo, incluso en sujetos con ausencia de patología vascular objetivable. Su hipótesis, para estos pacientes, es una rotura de los mecanismos baroceptivos en el ortostatismo. En cuanto se refiere a la simetría de la lesión, debemos resaltar que no necesariamente debe ser isócrona. En efecto, sólo en 2 de nuestros casos la lesión era bilateral, en tanto en los otros el miembro contralateral había sufrido en años anteriores lesión análoga de la que quedaba evidencia por una placa blanquecina exactamente simétrica.

La hipertensión diastólica ha sido constante en nuestros casos, habiendo sido cuidadosamente estudiada para excluir una génesis secundaria (neurovascular, renal, feocromocitoma, S. de Cohn, etc.). En efecto, tras minuciosa investigación, no hemos hallado causa de hipertensión, por lo que los pacientes han sido catalogados de «esenciales».

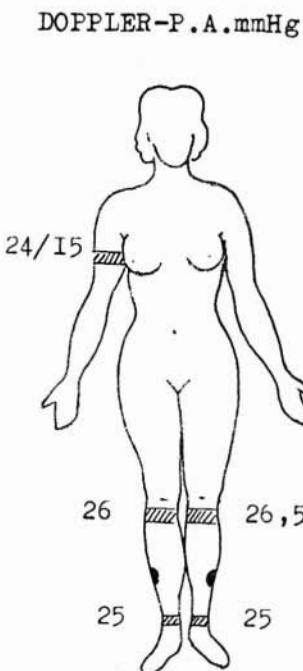


Fig. 2. — Caso 2. C. A., 85 años. Datos tensiométricos por Doppler. Ulcera bilateral. Aspecto inicial de la lesión.

Los caracteres de la lesión ulcerosa, su aparición y su evolución son perfectamente superponibles en los cuatro casos. Inicio lento y gradual bajo la forma de pequeñas lesiones distróficas blanquecinas en la piel, placas de necrosis con aspecto hemorrágico, ulceraciones con márgenes francamente necróticos, dolor intenso de tipo pungitivo, sin alivio con fármacos tópicos. El cultivo sólo ha demostrado presencia de flora bacteriana mixta, secundaria.

En cuanto se refiere a la **patogenia** de estas lesiones tan particulares, nos atenemos naturalmente a la hipótesis de **Martorell** quien las atribuye a un mecanismo isquémico por obliteración regional de las arteriolas, que histológicamente presentan una hialinosis subendotelial y una plurinucleosis de la túnica media. Este aspecto es absolutamente típico de la estructura vascular de los pacientes hipertensos y en consecuencia no se puede confundir con la simple arteritis secundaria reactiva que se encuentra en cualquier lesión ulcerosa. Por otra parte, esta hipótesis puede considerarse demostrada por el hecho de que la simpatectomía lumbar la mayoría de las veces logra resolver el problema y llevar a la curación.

Naturalmente es necesaria también la terapéutica de base, o sea de la hipertensión arterial. A nivel local, según nosotros, es suficiente una terapéutica detergente asociada eventualmente a antibióticos locales, según el antibiograma.

En nuestra experiencia, podemos estar satisfechos del esquema terapéutico

que hemos estandarizado en la actualidad. Los 4 pacientes han sido hospitalizados y sometidos a terapéutica hipotensora. Hemos observado, a tal propósito, un claro paralelismo entre mejoría subjetiva de las lesiones y descenso de los valores tensionales. En dos casos ha sido suficiente la terapéutica médica hipotensora y local, curando alrededor de los tres meses. En los otros, tras este período, se ha hecho necesaria una simpatectomía lumbar, bilateral en una y unilateral en la otra mujer.

La úlcera ha curado en todos los casos dejando una pequeña mancha blanquecina, hipotrófica pero indolora. Se ha seguido un estrecho control posterior de los valores tensionales.

En el «follow-up» de períodos variables entre 3 años y 6 meses no hemos tenido recidivas y la situación local está perfectamente compensada.

La Ulcera hipertensiva es pues una lesión bastante dominable, si bien con alguna dificultad y a precio de una larga terapéutica. Lo importante es recono-

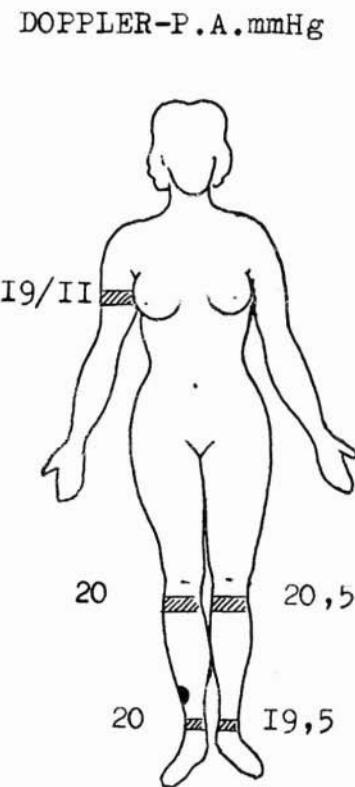


Fig. 3. — Caso 3. L. M., 60 años. Datos tensiométricos por Doppler. Ulcera pierna derecha: Aspecto de la lesión.

cerla, hacer un correcto diagnóstico y no confundirla con otras situaciones patológicas análogas pero no similares.

Por otra parte, presenta características tan peculiares que la convierten en absolutamente típica. Es suficiente saber de su existencia y seguir las directivas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que señaló Martorell en 1945.

#### RESUMEN

Se exponen 4 casos de Ulcera hipertensiva de Martorell. Se resalta en particular el problema diagnóstico, que naturalmente es la base de una correcta terapéutica. Dos casos han curado con tratamiento médico general y local y otros dos añadiendo una simpatectomía lumbar. El «follow-up» entre 3 años y 6 meses ha sido satisfactorio por completo.

DOPPLER-P.A. mmHg

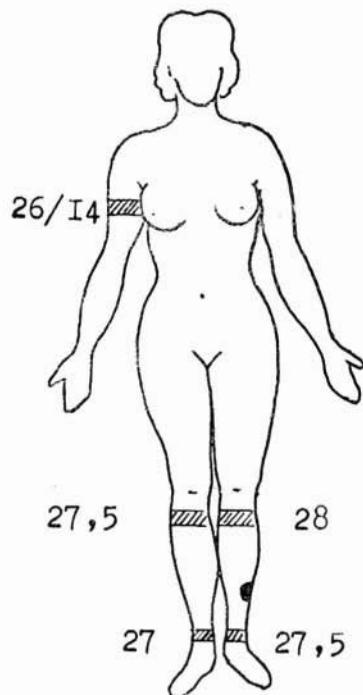


Fig. 4. — Caso 4. A. G., 78 años. Datos tensiométricos por Doppler. Úlcera hipertensiva pierna izquierda. Aspecto de la lesión.

## SUMMARY

Considerations about Martorell's Ulcers are exposed, especially on diagnosis and treatment.

## BIBLIOGRAFIA

- Bartolo, M.** y cols.: Peculiari riscontri dopplertensiometrici in varie condizioni fisiopatologiche vascolari periferiche. *Actas II Congr. Nac. SISUM*, Roma, junio, 1976.
- Falcao, D. y Oliveira, C.**: Ulcera de Martorell. Presentación de dos casos. *«Angiología»* 28:236, 1976.
- Gallicchio, G. D.**: Ulcera de Martorell. *«Angiología»*, 27:303, 1975.
- Martorell, F.**: Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. *«Actas R. Cient. Cuerpo Facult. Inst. Policl.»* 1:6, 1945.
- Martorell, F.**: Ulcera supramaleolar hipertensiva. *«Med. Clínica»*, 9:218, 1947.
- Martorell, F.**: «Ulceras de las piernas de origen neurovascular». Relieves Basa y Pagés, S. A., Barcelona, 1950.
- Martorell, F.**: *«Angiología»*. Salvat, Ed. S. A. Barcelona, 1972.
- Rusanov, M. N.**: Ischemic crural ulcers in hypertensive disease (The Martorell Syndrome). Estratto da *«Excerpta Medica»*, 20:108, 1974.