

CARTA CLÍNICA

Úlceras hipertensivas de Martorell. Una complicación infrecuente de la hipertensión arterial



Martorell hypertensive ischaemic leg ulcer. An uncommon complication of high blood pressure

Presentamos el caso de un paciente varón de 51 años, con antecedentes personales de HTA con mal control, DM tipo 2 en tratamiento con metformina y que se encontraba en rehabilitación tras sufrir un ictus isquémico tras embolismo de cerebral media derecha por embolismo arterio-arterial secundario a disección de carótida interna cervical.

Fue remitido desde el servicio de rehabilitación por presentar tras traumatismos una úlcera en la región maleolar externa de la EIL, muy dolorosa, de aspecto necrótico, con bordes eritematosos (fig. 1A).

En el momento del ingreso el paciente se encontraba afebril, con TA 150/100 mmHg. Destacando a la exploración una úlcera cutánea en región maleolar externa de la EIL, de bordes eritematosos y calientes, muy dolorosa al tacto, con fondo necrótico y un tamaño aproximado de 6 × 7 cm. Los pulsos pedios, poplíteos y femorales bilaterales están presentes, plenos y simétricos. Índice tobillo-brazo de 1,1. El resto de exploración física fue anodina.

El paciente presentaba mucho dolor en las lesiones, precisando medicación analgésica, con distintos analgésicos opioides, junto con gabapentina.

Durante su estancia en el servicio aparecieron nuevas úlceras satélite y empeoramiento de las mismas (a pesar de las curas y las medidas de prevención), en la región

del empeine izquierdo, región pretibial derecha, región maleolar externa de EID y regiones aquíleas bilaterales (fig. 1B).

Ante la mala evolución, se decidió realizar biopsia de las lesiones, objetivándose una paniculitis lobulillar con necrosis focal, presencia de hialinosis arteriolar y engrosamiento subendotelial de las arterias de pequeño calibre, estableciéndose el diagnóstico de úlcera hipertensiva de Martorell (UM).

El paciente recibió tratamiento con 12 sesiones de oxigenoterapia hiperbárica, se administraron prostaglandinas endovenosas y se inició anticoagulación, con curas diarias con mupirocina y Clostridiopeptidasa A que posteriormente se pudieron espaciar a cada 2-3 días, con buena evolución, con mejoría del dolor, lo que permitió reiniciar rehabilitación. Fue dado de alta hospitalaria y prosiguiendo con curas en su centro de salud, con muy buena evolución de las lesiones a los 2 meses (fig. 2).

Las UM fueron descritas en 1945 por Fernando Martorell, considerándose una complicación poco frecuente de la HTA crónica, en especial en casos de HTA de difícil control, si bien estudios recientes consideran que su incidencia es más alta de lo que se considera (pudiendo ser entre el 5-15% de las úlceras en extremidades inferiores en un centro de referencia)¹.

Estas úlceras hipertensivas se localizan generalmente en la parte lateral de la extremidad inferior distal o en el tendón de Aquiles (95%), bilaterales, con frecuencia de manera secuencial (50%) con fondo necrótico, de rápida evolución y dolor desproporcionado y de difícil control del mismo (80-100%). El 100% de los casos presentan antecedentes de HTA, y en un 60% diabetes¹. Generalmente, el índice tobillo-brazo es normal, así como los pulsos en miembros inferiores².



Figura 1 A) Úlcera de bordes eritematosos en zona maleolar externa. B) Úlcera con placa necrótica en región aquílea, zona típica de aparición de las úlceras de Martorell.

<https://doi.org/10.1016/j.semern.2019.04.004>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 2 Evolución de la úlcera maleolar a los 2 meses de tratamiento.

El método diagnóstico de las UM es la biopsia de la lesión, debiendo ser esta profunda, llegando hasta la fascia y elíptica, comenzando en tejido sano y extendiéndose por el área necrótica³.

La principal característica histológica es la presencia de arteriosclerosis arteriolar (100%) con una pared engrosada, así como una luz disminuida. Estos cambios se encuentran más frecuentemente en el tejido celular subcutáneo. En un 70% de los casos se encuentra calcio en la capa media de las arteriolas⁴.

Aunque las UM de pequeño tamaño (< 3 cm de diámetro) pueden mejorar con tratamiento conservador, el tratamiento más rápido y efectivo es la cirugía, en especial para un adecuado control del dolor, con un desbridamiento del tejido necrótico^{3,5}.

Tras la intervención, el injerto puede ser realizado inmediatamente o ser pospuesto tras un tiempo con otro tipo de medidas.

Entre las medidas de tratamiento conservador utilizadas se encuentran el uso de la cámara hiperbárica⁶ y la inyección endovenosa de prostaglandinas⁷. El uso de la anticoagulación es discutido, pudiendo existir beneficio en el uso de anticoagulación de manera crónica. El tratamiento con medidas conservadoras está especialmente indicado en lesiones de pequeño tamaño.

Por tanto, esta entidad, que se cree infradiagnosticada¹, presenta distintas alternativas terapéuticas, las cuales deben de ser tenidas en cuenta, ya que estas úlceras pueden resultar tremendamente invalidantes para el paciente, debido al intenso dolor que producen. La sospecha diagnóstica (basada en la clínica, la localización de las úlceras, y los antecedentes personales del paciente), en especial por los médicos de atención primaria, es fundamental, para poder

solicitar la realización precoz de la biopsia de la lesión, y, en caso de confirmar el diagnóstico, iniciar las medidas terapéuticas apropiadas.

Responsabilidades éticas

Los autores han seguido los protocolos establecidos en su lugar de trabajo para la publicación de datos relativos a los pacientes y se ha contado con el consentimiento del paciente.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Vuerstaker JD, Reeder SW, Henquet CJ, Neuman HAM. Arteriosclerotic ulcer of Martorell. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010;24:867-74.
2. Duncan HJ, Faris IB. Martorell's hypertensive ischemic leg ulcers are secondary to an increase in the local vascular resistance. *J Vasc Surg.* 1985;2:581-4.
3. Alavi A, Mayer D, Hafner J, Gary R. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: an underdiagnosed Entity. *Adv Skin Wound Care.* 2012;25:563-72.
4. Hafner J, Nobbe S, Partsch H, Läuchli S, Mayer D, Amann-Vesti B, et al. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: A model of ischemic subcutaneous arteriosclerosis. *Arch Dermatol.* 2010;146:961-8.
5. Dagregorio G, Guillet G. A retrospective review of 20 hypertensive leg ulcers treated with mesh skin grafts. *J Euro Acad Dermatol Venerol.* 2006;20:166-9.
6. Frada G, di Chiara A, Nicolosi G, Aletto M, Barbagallo Sangiorgi G. A case of Martorell's ulcer: considerations on the use of hyperbaric oxygenotherapy. *Angiologia.* 1989;41:93-5 [Article in Spanish].
7. Pacifico F, Acernese CA, di Giacomo A. PGE therapy for Martorell's ulcer. *Int Wound J.* 2011;8:140-4.

E. Chicote-Álvarez^{a,*}, N. Santos-Méndez^b,
N.G. Lizama-Gómez^c y F. Ortiz-Flores^d

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Suances, Suances, Cantabria, España

^c Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chicotelogro@hotmail.com
(E. Chicote-Álvarez).

5 de marzo de 2019 7 de abril de 2019