

Úlcera isquémico hipertensiva de Martorell

May 2024. Gil Mosteo, María Jose, Miravet Gomez, Arturo, Orozco Irlas, Raul, Luzquiños Villegas, Nadia, Fraile Muñoz, Alba, Garrido Garcia, Rebeca



Cómo citar este documento: Gil Mosteo MJ, Miravet Gómez A, Orozco Irlas R, Luzquiños Villegas N, Fraile Muñoz A, Garrido Garcia R. Monografía: Úlcera isquémico hipertensiva de Martorell [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2024 [citado "añadir día mes año"]. Disponible en: <https://heridasenred.com/monografia-ulcera-martorell>

Fueron descritas por primera vez por Fernando Martorell en 1945 de ahí su nombre (1). Posteriormente, Hines y Farber asocian estas lesiones con la presencia de arteriolas subcutáneas hipertróficas y estenóticas acuñando el término de úlcera hipertensiva-isquémica.(2)



La etiología y patogenia de estas lesiones no son del todo conocidas. Numerosos estudios asocian la aparición de éstas a hipertensión arterial (HTA) de larga evolución. Aun así, el buen o mal control de la HTA no se considera condición suficiente para su aparición, y es frecuente encontrarlas asociadas a otras patologías como diabetes (en un alto porcentaje), obesidad, insuficiencia venosa crónica y enfermedad arterial periférica. (3,4). Algunos pacientes describen un traumatismo menor como causa de la lesión, pero otros sólo refieren un inicio espontáneo con

una mácula lívida inicial. (5)

La úlcera isquémico hipertensiva de Martorell (UIHM) es más predominante en mujeres que en hombres y la mayoría aparece en mayores de 55 años. (3) Su localización más frecuente suele ser la cara antero-lateral del tercio distal de la pierna y supramaleolar aunque también pueden presentarse a nivel del tendón de Aquiles. La reducción de la perfusión de los tejidos, lleva a la isquemia local y formación de la úlcera, apareciendo una mancha roja que se vuelve cianótica, formándose una úlcera muy dolorosa con lecho de la herida isquémico.(3) Estas lesiones, son de morfología plana y/o poco excavada con bordes irregulares, hiperémicos y con infartos cutáneos. Otros autores describen los bordes de la úlcera con tres características clínicas: “el signo del lápiz labial rojo”, borde morado, y lívido racemosa (6). La piel perilesional es pálida, sin vello, brillante y delgada y en el lecho predomina el tejido fibrinoide y/o necrótico. (3)

Suelen ser bilaterales y simétricas, pero también pueden ser unilaterales. El carácter simétrico puede manifestarse con una úlcera en una pierna y pigmentación en la otra.(7,8,9)

En la Tabla 1 se resumen las principales características de la UIHM.

Características de la úlcera isquémico hipertensiva de Martorell	
Localización	Cara antero-lateral del tercio distal de la pierna y supra maleolar. Suelen ser bilaterales y simétricas (úlcera en una pierna y pigmentación en la otra). También pueden aparecer en zona tendón de Aquiles.
Tamaño y profundidad	El crecimiento evoluciona en extensión pero no en profundidad
Forma	Planas y/o poco excavadas
Lecho de la herida	Fibrinoide y/o necrótico
Exudado	Poco exudativas
Bordes	Irregulares, hiperémicos y puede haber presencia de tejido necrótico
Piel perilesional	Pálida, sin vello, brillante y delgada
Pulsos distales	Presentes. Si ITB < 0,8 descartar isquemia
Dolor	Punzante, intenso y continuo

Tabla 1: Características UIHM

A pesar de presentar una histología propia con obstrucción de las arteriolas subcutáneas en ausencia de signos de vasculitis, el diagnóstico de la UIHM es fundamentalmente clínico (4) .

La importancia de realizar un estudio histopatológico radica en descartar otras causas de úlceras de los miembros inferiores que presentan una clínica similar y cuyo diagnóstico se confirma con el estudio histopatológico, como las vasculitis, la arteriopatía calcificante o el pioderma gangrenoso (6,10) . Dicho estudio, se realizará mediante una biopsia cutánea y para ello se tomará del borde de la lesión, que ha de ser extensa y profunda para ver los vasos de la dermis profunda y tejido celular subcutáneo (siendo preferible biopsia en cuña que con punch). (11)

En este tipo de lesiones, por ser generalmente extremadamente dolorosas, la analgesia es un pilar esencial en su manejo.

En el tratamiento local, será fundamental un correcto abordaje del lecho de la herida según las estrategias terapéuticas locales como la preparación del lecho de la herida (PLH) siguiendo la estrategia TIME. (3) Se incluye el desbridamiento de la herida (debiendo ser muy selectivo y evitando desbridamientos extensos), el control de la carga bacteriana, la gestión del exudado y el cuidado de los bordes y piel perilesional siguiendo los principios de la cura en ambiente húmedo. Salvo contraindicación por criterios clínicos como la ausencia de pulsos o índice tobillo-brazo ITB < 0.5, el vendaje compresivo adaptado a la tolerancia del paciente disminuye la inflamación y facilita la cicatrización de las lesiones. (3)

Es habitual que las UIHM sean refractarias al tratamiento convencional y se indiquen otro tipo de terapias como el desbridamiento quirúrgico, la terapia con oxígeno hiperbárico, la simpatectomía lumbar, con frecuencia acompañados de injerto cutáneo. (3) Estudios demuestran que la terapia con microinjertos autólogos en sello se asocia a una mayor capacidad antiinflamatoria, analgésica y a un acortamiento del tiempo de cicatrización (4).

Tanto en la prevención como en el tratamiento de estas lesiones, el control de los factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus (3) y de otras enfermedades concomitantes, es un aspecto fundamental.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martorell F. Las úlceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas. Actas Reuniones Científicas Cuerpo Facultativo Instituto Policlínico Barcelona 1945;1:6.
2. Hines E, Farber E. Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia occurring in the presence of hypertensive disease (hypertensive-ischemic ulcers): A preliminary report. Mayo Clin 1946; 21:337-46.
3. Marinello Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I). Documento de consenso 2018. 2º ed. Madrid: Ergon;2018.
4. Guisado Muñoz S, Conde Montero E, de la Cueva Dobao P. Punch Grafting for the Treatment of Martorell Hypertensive Ischemic Leg Ulcer. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Oct;110(8):689-690. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.06.016. Epub 2019 Feb 25. PMID: 30819404.
5. Hafner J, Nobbe S, Partsch H, et al. Úlcera isquémica hipertensiva de Martorell en la pierna: un modelo de arteriosclerosis subcutánea isquémica. Arco Dermatol. 2010;146(9):961–968.
6. Karppinen JJ, Kallio M, Lappalainen K, Lagus H, Matikainen N, Isoherranen K. Clinical characteristics of Martorell hypertensive ischaemic leg ulcer. J Wound Care. 2023 Dec 2;32(12):797-804. doi: 10.12968/jowc.2023.32.12.797. PMID: 38060417.
7. Jonquieres EDL, Goldemberg B. Úlcera hipertensiva isquémica. Rev Argent Dermatol 1952;36:60-66
8. Bonfiglio B, Dipaola G, Navarra G. Two cases of hypertensive Martorell's leg ulcers. BMC Geriatrics 2010;10:1-2.
9. Monserrat J. Sobre un caso de síndrome de Martorell. Angiología 1958;10:63-66.
10. Afsaneh A, Dieter M, Hafner J, Gary Sibbald R. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: an underdiagnosed entity. Adv Wound Care 2012; 25:563-572.
11. Conde, E. Elena Conde Montero: Dermatóloga dedicada a la cicatrización de las heridas [internet]. Madrid: Elena Conde. 2019. Necrosis y bordes violáceos en úlceras de pierna: claves para orientar su diagnóstico; 3 nov 2019 [Citado 7 de abril 2024] Disponible en: <https://www.elenaconde.com/necrosis-bordes-violaceos-ulceras-pierna/>

AUTORES

Pincha sobre el autor para ver su descripción

- [Gil Mosteo M^a Jose](#)
- [Miravet Gomez, Arturo](#)
- [Orozco Irlés, Raul](#)
- [Luzquiños Villegas, Nadia](#)
- [Fraile Muñoz, Alba](#)
- [Garrido Garcia, Rebeca](#)

PUBLICACIONES RELACIONADAS

Todos los meses hay SERIE MENSUAL que contiene:

- Monografía
- Dos vídeos
- Infografía

Visualiza esta serie con el código QR



En colaboración con:

Smith+Nephew



Ninguno de los autores declara conflicto de intereses. Esta información va dirigida a profesionales sanitarios. Si no pertenece a este colectivo, ante cualquier duda, consulte a su enfermera/médico de referencia. Este artículo cumple las normas de la [política editorial](#) y está bajo licencia de [Creative Commons](#)