

ULCERAS CUTANEAS

DR. M. LARROTXA TORRES
MÉDICO EX-INTERNO
DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (1)

Las úlceras cutáneas constituyen un antiguo problema que tiene planteado la Medicina, aunque siempre nuevo y siempre viejo por la continua revisión a que está sometido. Esa actualidad permanente, y el hecho de que es raro el médico que en el ejercicio de su profesión no se ha enfrentado alguna vez con estos enfermos, son los que le comunican un interés general vivo, palpitante y real.

RECUERDO HISTORICO.—La idea de heridas y úlceras, en su sentido más amplio, es de las primeras que aparece en la historia médica de todos los pueblos.

Mucho antes de las noticias históricas que poseemos tuvo que conocerse la lesión, tratar de relacionarla con un mecanismo de producción y poner remedios para curarla. En ese momento nació el concepto médico de úlcera, con una sintomatología, una idea etiológica y un tratamiento.

La úlcera ha ocupado a lo largo de los siglos un papel importante en todas las escuelas y documentos médicos. Hallamos los primeros antecedentes en la Medicina mágica y sacerdotal de los pueblos de Mesopotamia, de los egipcios, la teúrgica de los pueblos de Israel (tan rica en alusiones en sus libros sagrados), y en la de Persia.

Testimonios con un criterio rigurosamente médico nos dejó HIPOCRATES, en cuyos Aforismos (secciones VI y VII), encontramos varios

(1) Los datos y bibliografía fueron recogidos, en su mayor parte, en el Servicio del Dr. Navarro Martín, al que expresamos nuestro agradecimiento.

que tratan de las características, complicaciones y curas de las úlceras. También, entre los libros que hoy se juzgan como hipocráticos, figura uno titulado «De las heridas y las úlceras».

CELSE y GALENO, en la época romana, relacionaron la presencia de varices y úlceras. Pasando sin nuevas aportaciones fundamentales durante los últimos tiempos del Imperio Romano, escuelas árabes, cristianas (Montecasino y Salerno), y finales de la Edad Media, llegamos al Renacimiento, que alumbra descubrimientos relacionados con el estudio de las úlceras.

CANANO y FABRICIO DE ACQUAPENDENTE describen, en la primera mitad del siglo XVI, las válvulas de las venas y CESALPINO y HARVEY completan el conocimiento de su función. Más tarde, MALPHIGI y MASCHETTI llegan al conocimiento de los capilares y TOMAS BARTOLINI describe totalmente el sistema linfático.

MARIANO SANTOS y CESAR MAGATI, en su obra. "De rara medicatione vulnerum", a mediados del XVI, aconsejan el tratamiento de heridas y úlceras con vendajes que abandonan durante seis días, confirmando SETTALA sus buenos resultados.

A principios del siglo XVII las varicosidades del miembro inferior son consideradas como "estasis de la sangre melancólica actuando por un peso excesivo sobre las paredes de las venas". THOMAS BAYNTON, en 1779, resucita el proceder de MARIANO SANTOS y MAGATI, combiniándolo con la acción compresiva. Hace más de un siglo, BRODIE insiste sobre la importancia de las válvulas venosas, BRIQUET señala la existencia de venas perforantes y VERNULL y otros lo confirman. PRAVAS, en 1851, inicia la esclerosis de las varices.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX la cita de autores, trabajos y teorías es imposible. Nos tenemos que limitar a citar los que marcan un hito o jalones fundamentales y que son ya clásicos. TRENDELENBURG y PERTHES, que dieron nombre a sus pruebas para determinar la corriente retrógrada a nivel de las venas varicosas; HOMANS, creando el término y entidad de úlcera postflebítica; LERICHE, defendiendo la teoría neurovegetativa; DICKSON VRIHGT, popularizando su cura; HIRSCH, BERBERICH, BARNEY BROOK, BAUER y muchos más, contribuyendo decisivamente con la flebografía; BLAIR y BROWN, con sus técnicas reparadoras. Entre los autores españoles, MARTORELL, describiendo por primera vez varios tipos de úlceras y técnicas flebográficas; PIULACHS, HERNANDEZ LÓPEZ y NOGUER-MORE, con valiosos estudios monográficos.

ASPECTO MEDICO.—El esfuerzo principal se ha dirigido en busca de la etiología y, a través de ella, hacia el tratamiento. La exploración y diagnóstico perfeccionados, la anatomía patológica y la microbiología, la radiografía, con sus técnicas de contraste, han permitido separar del grupo vago e impreciso de "úlceras" entidades etiológicas que hoy se nos ofrecen perfectamente definidas.

Se resucitan antiguos procedimientos terapéuticos locales y generales y se proponen en número infinito los nuevos. La cirugía tiene

una contribución brillantísima con múltiples técnicas. La posesión de tratamientos verdaderamente específicos permite la curación de aquellos tipos de lesiones que lo son. El empleo de poderosos medios quimioterápicos y antibióticos, permite luchar eficazmente contra la infección, evitar sus complicaciones y factores de asociación y colocar en condiciones óptimas aquellas úlceras que van a ser intervenidas.

Pero todos estos progresos, y los que de ellos cabe esperar, ¿han resuelto el problema médico de las úlceras? Ciertamente se ha recorrido gran camino, que de aquella entidad obscura "úlceras de pierna", que seguimos usando hoy con su verdadero significado topográfico, se han desglosado clasificaciones con recto criterio etiopatogénico. Pero existe un grupo difícil de catalogar o no catalogado, que, por su cronicidad, rebeldía y recidivas continuas, sigue siendo un grave problema de la medicina actual.

El juego de palabras de los médicos germanos "ulcus cruris, crux medicorum", sigue en todo su vigor. Cualquier médico con experiencia profesional conoce y teme a estos enfermos porque sabe que su curación es difícil.

Terminamos estas consideraciones con las palabras de ZIMMERMAN: "la historia de la cirugía, desde sus comienzos, se ha caracterizado por una sucesión sin fin de nuevos métodos para la curación de las úlceras. Una revisión ligera de la literatura revela no menos de cincuenta diferentes métodos aconsejados en los últimos años para el tratamiento de las úlceras de pierna. En ningún problema, mejor que aquí se puede decir que la multiplicidad de remedios nos está indicando su fracaso".

PERTURBACION SOCIAL Y ECONOMICA.—Toda causa que afecte a un grupo de personas, alterando sus condiciones habituales de vida y de trabajo, constituye un problema social y económico. La enfermedad es uno de los principales. Más que las enfermedades agudas, con desenlace rápido, son las crónicas las que representan una mayor tara. La úlcera de pierna es una de ellas. Sus portadores no son inútiles, pero tampoco pueden desarrollar actividades normales.

Es significativa la preocupación social y económica que inspiran trozos de artículos médicos sobre úlceras de pierna; algunos parecen datos de una revista administrativa. El volumen de estos enfermos es grande. Ya DICKSON WRIGHT, opinaba que en el Reino Unido había por lo menos 250.000 casos de úlcera. DOUGLAS BEVERLY, sostiene que ha aumentado su número en los Estados Unidos, tanto en cifras absolutas como relativas.

Bajo el aspecto puramente social, la vida de relación de estos enfermos es difícil. Sus piernas vendadas, a veces deformes y malolientes, manchando continuamente, les hace sentirse en condiciones de inferioridad y llevar una vida apartada.

Desde el punto de vista de trabajo, su actividad está limitada. Existen profesiones que, por sus posiciones estáticas, les empeoran y

no pueden desempeñarlas. El problema se ve agravado por ser más frecuente en las clases necesitadas y en el medio rural.

Económicamente, las curas continuas que requiere su cronicidad, las hospitalizaciones, servicios médicos, de personal subalterno y seguros, suman una cuantiosa cantidad.

CONCEPTO Y DEFINICION.—El concepto de úlcera es de los más ampliamente usados y de los que mayor vaguedad encierran en su significación. La úlcera no es una enfermedad, sino un síntoma que puede presentarse en afecciones muy variadas. El desconocimiento que durante años existió sobre esas afecciones, hizo que se tomara uno de los síntomas como enfermedad. Por lo tanto, reunir en un mismo capítulo síntomas de tan diversas enfermedades, parece no tener utilidad, pero teniendo en cuenta que es el principal, y a veces el único, hemos de reconocer que se ganará en unidad de criterio de un síntoma, tan importante, que hasta hace unos años se consideró él solo como una entidad patológica.

Sólo el concepto anatomopatológico y clínico de úlcera merece que nos detengamos unos momentos para examinarlo. Para LUBARSCH, que escribe el capítulo de inflamación del Aschoff, sería una "solución de continuidad superficial combinada con inflamación o supuración; la pérdida de sustancia de los tejidos no ha de ser debida necesariamente a la supuración, sino que muchas veces la necrosis superficial precede a la supuración". Frente a este criterio, puramente anatomopatológico, podemos citar el de JONES, que redacta en el mismo libro el capítulo de piel: "Solución de continuidad de la piel que produce una secreción y no tiende a curarse". Aquí ya se señala la torpidez, una de las características clínicas más fundamentales. La más fundamental; tanto que sin ella no podemos admitir la existencia de una verdadera úlcera.

El concepto clínico general es el de "toda pérdida de sustancia de la superficie cutánea o mucosa con escasa o nula tendencia a la curación". Muchas veces se habla de úlcera aguda, pero es un contrasentido etiquetar de aguda a una lesión cuya característica clínica fundamental es la cronicidad y torpidez de evolución. El criterio popular, que tan hondo cala en todos los problemas, siempre entendió por úlcera algo engorroso, largo y difícil de curar por su tendencia estacionaria.

Aunando los criterios anatómicos y clínicos, podemos definir la úlcera cutánea como una pérdida de sustancia en la porción conjunta de la piel, a consecuencia de la destrucción y eliminación de un tejido patológico, con escasa o nula tendencia a la curación. La reparación siempre se realizará con formación de una cicatriz.

DIFERENCIACION.—A medida que realizábamos la revisión bibliográfica, tratando de cribar las noticias que nos interesaban en el inmenso acúmulo de literatura de la úlcera de pierna, surgieron ciertas dudas sobre las úlceras admitidas en las clasificaciones. Evi-

dentemente, en todas ellas se estudiaban algunos procesos que no eran tales úlceras, y, por el contrario, se excluían otros que, sin ninguna duda, encontraban en ellas su adecuado lugar. Con toda probabilidad, tal error se debe a la confusión y oscuridad del concepto, definición y diferenciación de úlcera. El que algunas lesiones o afecciones adquieran características de las úlceras, no justifica que se las considere como tales. Gozan de algunas de sus propiedades, pero no son úlceras. Les corresponde, por tanto, el nombre de úlcera adjetivado; es decir, ulceradas. Es el caso de heridas o procesos que se abren y que, por determinadas circunstancias, muestran una evolución tórpida. Aquéllo seguirá siendo una herida, un tumor, etc., pero que se ha ulcerado; en ningún caso podrá ser una verdadera úlcera. Así nos lo demuestra a diario la clínica, con sus formas de comienzo, síntomas y evolución.

El mismo LUBARSCH ya dice que "se emplea muchas veces la denominación de úlcera en los casos que realmente no existe ese proceso". Es necesario establecer una clara separación entre úlceras y ulceraciones. Las ulceraciones son lesiones que, sin ser en su origen propiamente úlceras, adquieren posteriormente, por causas muy variadas, características y propiedades de las mismas. Las ex-ulceraciones, erosiones o escoriaciones, son soluciones de continuidad de la piel muy superficiales, que interesan solo la epidermis y dejan al descubierto la dermis papilar, que rápidamente se cubre de una leve costra hemorrágica. Tanto unas como otras pueden aparentar ser úlceras, pero jamás lo son en el verdadero concepto de la palabra.

Tampoco es clara la distinción entre úlcera y necrosis o gangrena, pues son grados de diferente intensidad; pero podemos decir que la úlcera siempre le sigue cuando, terminada la fase de eliminación, existe poca o nula tendencia reparadora de la solución de continuidad.

El hecho de ser las extremidades inferiores, y dentro de ellas las piernas, la localización más frecuente y rebelde de las úlceras cutáneas hace que la úlcera tipo, por esencia, sea la úlcera de pierna. Los singularísimos factores anatómicos y físicos desfavorables que se dan a su nivel para el retorno circulatorio, condicionan un terreno peculiarmente predispuesto para que se desarrollen fácilmente úlceras de cualquier etiología. Esta es la causa de que cuando se habla de úlceras se sobreentienda generalmente, las de las extremidades inferiores, olvidando que úlceras verdaderas pueden encontrarse, aunque en mucho menor número, en toda la superficie corporal.

El significado de "úlcera de pierna", es puramente de localización o topográfico y no nos dice absolutamente nada sobre la naturaleza u origen de la lesión. Por ello hemos escrito este trabajo con la denominación general de "ULCERAS CUTÁNEAS", que no prejuzga nada sobre el punto donde asienta la lesión ni sobre su origen. Para un enunciado perfecto hay que hacer seguir a estas palabras de las que precisan su etiología y localización.

CLASIFICACION.—De lo anteriormente expuesto, surgió la necesidad de la revisión breve y elemental de las clasificaciones de las

úlceras cutáneas. Las clasificaciones actuales necesariamente tienen que estar basadas en un criterio etiopatogénico. Aquéllas otras que reconocen como base caracteres clínicos y sintomatológicos no tienen hoy ningún valor. Revisando la literatura se encuentran un número enorme de clasificaciones.

Las de KIBOURNE, HOWAR, HELLER y MAHONER, por no citar más, están basadas en este recto criterio etiopatogénico. Probablemente una de las más extensas y completas es la presentada por NOGER-MORÉ en su ponencia oficial al II Congreso Luso-Español de Dermatología. Todas son extensas, ordenadas y didácticas; pero pretendiendo englobar todos los procesos, sin que quede ninguno sin clasificar, incluyen grupos y apartados que no deben figurar entre las úlceras de pierna.

Al estudiar y meditar las clasificaciones, nos encontramos varios grupos que no deben estar allí. Por su carácter de ulceradas, se vienen estudiando entre las verdaderas úlceras, pero, desde luego, no podemos considerarlas como tales.

Existen grupos clásicos, que, aún en el más riguroso comentario y análisis, no pueden sufrir modificación. Pero de algunos otros sí que podemos presentar ciertos reparos. Nos referimos en concreto a las *úlceras por infección local*, grupo que es admitido por todos los autores. No se puede pretender que la infección local mantenga por sí sola la cronicidad y rebeldía de una verdadera úlcera de pierna. Es, evidentemente, un factor más, que se imbrica y entrelaza, estrechamente con otros más fundamentales, y que, en determinadas circunstancias, puede ser responsable de complicaciones. De ahí que cuando se combate adecuadamente el factor infeccioso local, mejore la lesión, se alejen otros peligros y permita realizar terapéuticas, que con un microbismo exaltado nos estaban prohibidas. El combatir y eliminar el microbismo exaltado (sin otros cuidados que tanto contribuyen a aliviar factores fundamentales, como reposo, elevación de miembros etc.), sólo en ocasiones excepcionales conducirá a la curación de verdaderas úlceras de pierna. En ningún caso podemos afirmar que una úlcera es infecciosa por el hecho de que la infección se injertase sobre un terreno ya predispuesto.

Por todo lo anteriormente dicho, nos parece que este grupo de úlceras por infección local, debe de ser suprimido. La infección solo tiene el papel de un factor de asociación. Por tanto, ni el estigma, ni las ulceraciones erisipelatosas, etc., pueden dar lugar a verdaderas úlceras. Lo que sí puede ocurrir, y de hecho sucede muchas veces, es que mantenidas y abandonadas durante tiempo, o sus recidivas frecuentes, produzcan, como lo hace todo proceso con caracteres inflamatorios repetidos, el edema persistente y las reacciones tísulares que conducirán al círculo cerrado total de estasis venoso, linfático, varices, alteraciones tróficas y úlceras.

He aquí como la infección ha sido capaz, en determinadas circunstancias, de crear las condiciones necesarias para que se instaure una verdadera úlcera. Pero de eso a dominar la úlcera infecciosa, hay

un abismo. Lo esencial allí ya no es la infección, sino los hechos alterativos ya mencionados: Estasis venoso y linfático, varices y distrofia tisular. Aunque extirpemos radicalmente la infección, persistirán unas condiciones anatomopatológicas que son la base de la cronicidad del proceso.

Consideración aparte y meditación meticulosa plantean las denominadas *úlceras específicas*, de concepto tan arraigado. Por lo que se refiere a la tuberculosis, como afirma NAVARRO MARTIN, los límites son imprecisos, porque se incluyen lesiones en que la ulceración no es más que un proceso secundario. Ni el goma tuberculoso, ni el lupus, ni el eritema indurado, ni el complejo primario tuberculoso cutáneo, aunque estén todos ulcerados, pueden considerarse como úlceras tuberculosas. Correctamente solo quedarán la úlcera tuberculosa primitiva, úlceras tuberculosas en sacabocados de Favre y las úlceras tuberculosas atípicas. En la sífilis, estas mismas dificultades de discriminación se ven todavía más aumentadas. ¿Hasta qué punto podemos considerar como verdaderas úlceras las sífilides tuberoulcerosas o el goma ulcerado? Ciertamente que sus características de aparición clínica y evolución les distinguen generalmente de las verdaderas úlceras; pero también lo es que, como afirma FOURNIER, los gomos muestran preferencia por los miembros inferiores y que, una vez abiertos, a veces presentan una evolución retardada y persistente meses enteros, llegando a constituirse la úlcera sífilítica terciaria de la pierna, cuyo diagnóstico diferencial con otras úlceras es difícil. Por lo que respecta a la lepra, en la lepra lepromatosa, en su tipo nodular, en ocasiones los procesos necróticos tisulares los abren y, como la mayor parte de las veces radican en las piernas, en su tercio interior, persistiendo y extendiéndose en superficie y profundidad, puede considerarse una úlcera leprosa. En la esporotricosis, actinomicosis, y un grupo muy amplio de blastomicosis poco frecuentes, existen lesiones que se abren evolucionando torpidamente. ¿Deben considerarse estas lesiones específicas como verdaderas úlceras? Pueden oponerse diferentes razones de peso, pero nos parece que en el momento presente, aunque sea de un modo transitorio, deben conservarse como verdaderas úlceras, pues llenan una exigencia clínica.

Otro grupo que merece también considerarse es el de las llamadas *úlceras traumáticas*.—Tampoco podemos admitir que simples contusiones heridas o causas químicas, den lugar a verdaderas úlceras. Si esa acción física o química no recae sobre un terreno preparado (varices, etc.), solo dará lugar a una herida, que debe de curar rápidamente de forma espontánea o bajo cuidados de pura limpieza o antisepsia. Lo que normalmente ocurre es que los traumatismos que sufre nuestro cuerpo son continuos y sin consecuencias; pero cuando actúan sobre una persona predispuesta desencadenan la lesión, tomando a veces el enfermo como causa fundamental lo que es secundaria y olvidando el verdadero fondo del problema. Muy distinto es el caso de contusiones, compresiones o acciones traumáticas permanentes o

muy repetidas, que sí pueden ocasionar úlceras como después describiremos.

Tampoco podemos admitir el llamado grupo de *úlceras neoplásicas*, que muchos autores incluyen en sus clasificaciones. Sus comienzos, características y evolución, nos hacen rechazarlas. Lo que sí puede ocurrir es que una lesión cancerosa se ulcere y que una degeneración maligna complique una verdadera úlcera.

Llegamos finalmente a un extenso capítulo, generalmente admitido, y que, aún dudoso en muchos aspectos debe persistir, porque en él encuentran sitio un gran número de úlceras cuya clasificación nos sería difícil. Es el denominado úlceras raras y poco frecuentes.

Se nos objetará que dejamos reducida la clasificación a los grupos fundamentales flebo, arterio y neuropáticos. Y es que, en última instancia, hay que reconocer que el fondo de las verdaderas úlceras es siempre vascular, nervioso o del íntimo trofismo celular.

BIBLIOGRAFIA

- BARTOLINI, T.—Citado por Castiglioni.
BARNEY BROOK.—Citado por Benchimol, *Angiología* V, 1, 27, 1953.
BAUER.—Citado por Benchimol, *Angiología* V, 1, 27, 1953.
BAYNTON.—Handbuch, Berlín, 1935, página 346.
BERBERICH.—Citado por Benchimol, *Angiología* V, 1, 27, 1953.
BLAIR.—Surg. Gyn. Obst. 63, 331, 1936.
BRODIE.—Citado por Robb Douglas.
BROWN.—Sur. Gyn. Obst. 63, 331, 1936.
CANANO.—Citado por Castiglioni
CASTIGLIONI, A.—Historia de la Medicina, Edit. Salvat. Barcelona 1941.
CELSE.—Citado por Castiglioni.
CESALPINO.—Citado por Castiglioni.
DOUGLAS BEVERLY.—Surg. Gyn. Obst. 68, 458, 1935.
DOUGLAS B.—Arch. Surg. 32, 756, 1936.
FABRICO DE ACQUAPENDENTE.—Citado por Castiglioni.
FORGUE.—Espasa-Calpe, S. A., Madrid, 1946
FOURNIER.—Citado por Gay Prieto.
GALENO.—Citado por Castiglioni.
GAY PRIETO.—Dermatología y Venereología. Edit. Cient. Medic., Barcelona.
HARVEY.—Citado por Castiglioni.
HELLER, R.—Surg. Gyn. Obst. 76, 77, 1943.
HERNÁNDEZ LÓPEZ.—Ponencia al I Congreso Esp. de Cirugía, 1949.

- HIPOCRATES.—Aforismos, García Suelto, Edit. Pubul, Barcelona, 1923.
- HIRSCH.—Citado por Benchimol Albertos, *Angiología* V, 1, 27, 1953.
- HOMANS J. y ZELLENGER, R.—*Arch. Of. Surg.* 18, 922, 1920.
- HOMANS.—J.—*Surg. Gyn. Obst.* 79, 77, 1944.
- HOWARD, M.—*Western J. Surg. Obst. Gyn.* 53, 217, 1945.
- JORES, L.—*Tratado de Ant. Patol.*, de L. Aschoff Edit. Labor, Barcelona 1934.
- KILBOURBE, N. J.—*J. A. M. A.*, 98, 1955, 1932.
» N. J.—*Anal. Juor. Surg.* 25, 148, 1934.
- LERICHE, R. y FONTAINE, R.—*Anal. Surg.* 84, 625, 1926.
- LUBARSCH, O.—*Tratado de Ant. Patol.* de L. Aschoff, Edit. Labor. Barcelona. 1934.
- MAGATI DE SCANDIANO, C.—Citado por Castiglioni.
- MAHORNER, HOWARD y OCHSNER.—*Rev. Anal. Surg.* 107, 927, 1938.
» —*Surg. Gyn. Obst.* 88, 115, 1949.
- MALPIGHI.—Citado por Castiglioni.
- MARTORELL, F.—*El tratamiento de las varices.*—*Col. Mon. Medi. Barcelona* 1941.
- MARTORELL.—*Med. Clin* 9, 218, 1947.
» *Angiología*, 6, 348, 1949.
» *Angiología*, 5, 285, 1949.
» *Angiología*, 1, 7, 1949.
» *Úlceras de las piernas de origen vascular.* Talleres graf. relieves Basa y Pagés, S. A.—Barcelona 1050.
- MASCHETTI.—Citado por Castiglioni.
- NAVARRO MARTIN.—*Tuberculosis y Piel.*—Edit. Mod. Bilbao, 1947.
- NOUGUER MORE, S.—*Etiopatogenia de la úlcera de pierna.* II Congr. Luso-Esp. de Dermatol. Lisboa 1950.
- PIULACHS y DIAZ GOMEZ.—*Rev. Esp. Cirurb. Taum. Ort.* 265, 1945.
» P. y FERRER DIEGO.—*Acta Med. Hisp.* 5, 609, 1947.
» —*Úlceras de las extrem. inf. de orig. vasc.* Salvat Edit. Barcelona. 1949.
- PIULACHS y VIDAL BARRAQUER, F.—*Med. Clin.* 141, 1950.
- ROBB DOUGLAS.—*Australia and. New Zealand. J. Of. Surg* 7, 291, 1938.
- SANTOS M.—Citado por Castiglioni.
- SETTALA, L.—Citado por Castiglioni.
- TRENDELEMBURG.—Citado por Forgue.
- VERNUL.—Citado por Castiglioni.
- WRIGHT DICKSON—*Lancet.* 457, 1931.
- ZIMMERMAN, L.—*Surg. Gyn. ad. Obst.* 61, 443, 1934.
» —*Arch. Dermatol. and. Syph.* 34, 97, 1936.
» v FALLER, A. —*Sur. Gyn. and. Obst.* 793, 1940.