



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICA

Tratamiento de la úlcera isquémica hipertensiva de Martorell con microinjertos autólogos en sello

Punch Grafting for the Treatment of Martorell Hypertensive Ischemic Leg Ulcer

Sr. Director:

La úlcera isquémica hipertensiva de Martorell (UIHM), es una lesión isquémica causada por la obstrucción de pequeñas arteriolas, en ausencia de signos de vasculitis, comúnmente recalcitrante y extremadamente dolorosa. Su presentación clínica se caracteriza por un crecimiento rápido, y dificultad en el control analgésico^{1,2}. A pesar de no existir tratamiento de referencia para esta lesión, es esencial el control de la inflamación y el dolor. Su manejo local más habitual con curas en ambiente húmedo obtiene resultados insatisfactorios. Sin embargo, la terapia con microinjertos autólogos en sello (MAS)³ se asocia a una mayor capacidad antiinflamatoria, analgésica y a un acortamiento del tiempo de cicatrización^{2,4,5}.

Presentamos 3 casos clínicos de UIHM tratados con MAS, con control efectivo del dolor y cicatrización completa entre 3 y 8 semanas. Se trata de pacientes en edades comprendidas entre los 72 y los 83 años, todos con antecedentes comunes de hipertensión arterial (HTA) y dislipemia. Uno de ellos presentaba diabetes mellitus. Presentaban úlceras de características clínicas similares con halo perilesional eritemato-violáceo doloroso a la palpación, bordes irregulares e hiperémicos, lecho esfacelado con infartos lacunares, en ausencia de datos clínicos de infección y contexto de flebolinfedema (fig. 1A). Las lesiones se localizaban en el tercio distal y medial de la cara anterior, lateral y posterior de extremidades inferiores, con un tiempo de evolución comprendido de los 2 meses y los 3 años, y todas se asociaban a desencadenante traumático. En la primera valoración clínica, la puntuación del dolor medida con una escala visual analógica (EVA) fue de 10/10, de patrón predominantemente nocturno y sin mejoría con el tratamiento analgésico, incluso opiáceos o con la elevación de la extremidad afecta. Los pulsos distales estaban preservados y el índice tobillo-brazo (ITB) era próximo a 1 (rango normal) en todos los pacientes. Los análisis de sangre y orina no mostraron hallazgos significativos. Las cifras de tensión arte-



rial y glucemia permanecieron en el rango de la normalidad durante el proceso de cicatrización de todos los pacientes.

El tratamiento inicial se realizó con crema betametasona al 0,5% en bordes cada 72 h durante 15 días, desbridamiento autolítico con curas en ambiente húmedo bisemanal, y vendaje de compresión de baja elasticidad (presión mínima estimada 20 mmHg). Este manejo permitió una adecuada preparación del lecho en un período de 2-3 semanas, con disminución del EVA dolor entre 2 y 3 puntos. Tras la obtención de un adecuado tejido de granulación en el lecho, se realizaron MAS finos con *punch* (fig. 1B). En el período postinjerto se prescribió reposo funcional durante los 5 primeros días postinjerto, y las curas se limitaron al cambio semanal de apósito (apósito bioactivo inhibidor de la actividad de las proteasas en malla de poliéster, y alginato como apósito secundario), combinado con vendaje compresivo, con un porcentaje de prendimiento entre el 90 y el 100%. La epitelización completa, se alcanzó entre la 3 y 8 semana postinjertos (fig. 1C). No se registraron complicaciones, tanto del sitio donante (cara ántero-lateral del muslo) como de la zona receptora.

El diagnóstico de la UIHM es fundamentalmente clínico, a pesar de presentar una histología propia con obstrucción de las arteriolas subcutáneas. Actualmente, la etiología y patogenia de la lesión no son bien conocidas, a pesar de que algunos estudios asocian la aparición de la lesión a un historial de HTA de larga evolución, bien o mal controlada, la HTA no es considerada condición suficiente, por lo que se debe asociar a otras alteraciones. Es frecuente la asociación con patologías subyacentes como diabetes, obesidad, insuficiencia venosa crónica y enfermedad arterial periférica. La opción de manejo local más habitual es la cura en ambiente húmedo con apósitos bioactivos, a pesar de no controlar el proceso inflamatorio en la UIHM^{1,2}. Diferentes autores han descrito el efecto analgésico de los MAS finos en la UIHM^{2,4}. Estos injertos de espesor parcial «en sello, en pastilla o en estampilla» extraídos con *punch*, cureta o bisturí, son fragmentos dermo-epidérmicos hasta la dermis papilar superficial⁵. En heridas con alta presencia de tejido esfacelado, a pesar de no conseguirse un adecuado prendimiento, permanece la liberación de citoquinas vasodilatadoras, factores de crecimiento y angiogénicos, lo que permite la modulación en el vasoespasmo arteriolar⁶. El efecto antiálgico de los MAS, sin administración previa de analgésicos, se ha descrito a partir de las 5 h postinjerto, con regresión del halo eritemato-violáceo entre los 3 y 17 días postinjerto^{4,5}.

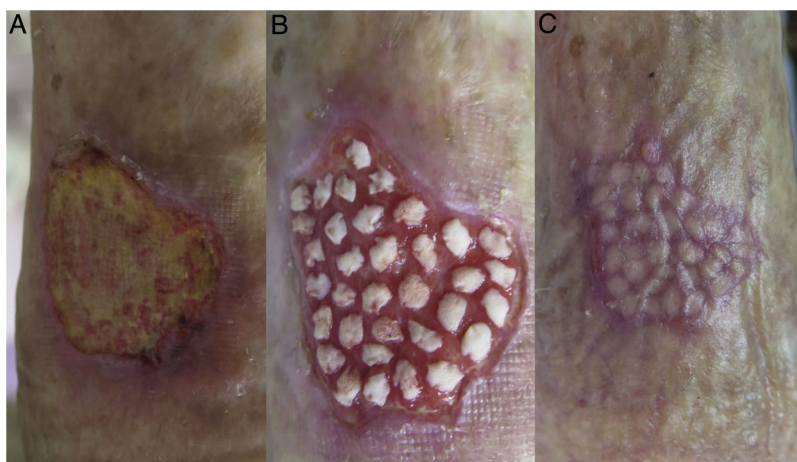


Figura 1 A) Úlcera de 3 × 2 cm en cara lateral del tercio distal de la pierna derecha, de 2 meses de evolución. B) Cobertura con injertos en sello 2 semanas después. C) Epitelización completa a las 3 semanas de la intervención.

La terapia de presión negativa adyuvante es una opción terapéutica interesante para promover el prendimiento de los injertos en sello, principalmente en lechos que no son óptimos y en localizaciones anatómicas complicadas como el tendón de Aquiles⁷.

En los 3 casos de UIHM que presentamos, los MAS permitieron períodos de cicatrización inferior a los 2 meses, con control del dolor asociado. Se trata de una opción terapéutica segura, eficiente, de sencilla aplicación ambulatoria y con baja morbilidad añadida para el paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Vuerstaek JD, Reeder SW, Henquet CJ, Neumann HA. Arteriosclerotic ulcer of Martorell. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:867-74.
2. 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.
3. Revol M, Servant JM. Greffes cutanées. En: *Encycl Med Chir (EMC). Techniques chirurgicales. Chirurgie plastique reconstructive et esthétique.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2010. p. 45-70.

4. Fourgeaud C, Mouloise G, Michon-Pasturel U, Bonhomme S, Lazareth I, Meaume S, et al. Interest of punch skin grafting for the treatment of painful ulcers. *J Mal Vasc.* 2016;41:323-8.
5. Nordström A, Hansson C. Punch-grafting to enhance healing and to reduce pain in complicated leg and foot ulcers. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:389-91.
6. Meaume S, Debure C, Lazareth I, Teot L. L'ulcère de jambe chez la personne âgée. Paris: Edition John Libbey Eurotext; 2002. p. 110p.
7. Vuerstaek JD, Vainas T, Wuite J, Nelemans P, Neumann MH, Veraart JC. State-of-the-art treatment of chronic leg ulcers: A randomized controlled trial comparing vacuum-assisted closure (VAC) with modern wound dressings. *J Vasc Surg.* 2006;44:1029-37.

S. Guisado Muñoz^{a,*}, E. Conde Montero^{a,b}
y P. de la Cueva Dobao^b

^a Centro de especialidades Vicente Soldevilla, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sole_dad72@hotmail.com
(S. Guisado Muñoz).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.016>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La excepción que confirma la regla: herpes zoster duplex y multiplex

Herpes Zoster Duplex and Multiplex: The Exception That Confirms the Rule

Sr. Director:



El herpes zoster es una enfermedad relativamente frecuente en el mundo, con una incidencia detectada de hasta el 10-20% a lo largo de la vida. La clínica clásica se caracteriza por múltiples papulovesículas agrupadas sobre una base eritematosa distribuidas unilateralmente a lo largo de un único dermatoma, lo que hace que sea una enfermedad cutánea fácilmente reconocible incluso para médicos no dermatólogos de diferentes especialidades. El hallazgo de dos o más dermatomas contiguos afectados en un mismo