

PEDRO ANTONIO BRAVO BERNABÉ\*  
MARÍA DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS\*\*  
JOSÉ ZÁRRAGA CORRALES\*\*\*  
SERGIO GONZÁLEZ DÍAZ\*\*\*\*

# CLASIFICACION DE LESIONES ULCEROTROFICAS DE MIEMBROS INFERIORES

## INTRODUCCION

Las lesiones ulcerotróficas de los miembros inferiores, padecimiento probablemente tan antiguo como el inicio de la bipedestación en el humano, es considerado en la actualidad como un problema grave médico-social, puesto que repercute en el terreno médico asistencial ocasionando gastos (Cama de hospital, atención médica o de enfermería, etc.), así como en el terreno psicológico y económico del paciente, incapacitándole relativamente para ejercer su trabajo, estudios o actividades de la vida diaria.

Este tipo de padecimiento ocasiona al paciente

\* Profesor de la Clínica de Músculo Esquelético Facultad de Medicina U.N.A.M.

Médico adjunto del Servicio de Ortopedia del Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México.

\*\* Médico del Departamento de Genética del Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México.

\*\*\* Profesor de Clínica del Músculo Esquelético Facultad de Medicina U.N.A.M.

Médico del Servicio de Ortopedia del Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México.

\*\*\*\* Profesor de Introducción a la Clínica Facultad de Medicina U.N.A.M.

Médico del Servicio de Cirugía Pabellón 16 del Hospital General de la S.S.A. de la Ciudad de México.

su asistencia a médico tras médico sin lograr su pronta curación debida a una gran diversidad de factores (higiene, tiempo, costo, diagnóstico, tipo de tratamiento), llegando al final de su vía crucis a asistir a hospitales de asistencia en donde son estudiados y tratados por una gran variedad de servicios y especialidades (Dermatología, vascular periférico, oncología, Cirugía plástica, cirugía general, traumatología, etc.) en donde se les propone tratamientos médicos o quirúrgicos con mejor o peor resultado.

Es conocido que las lesiones ulcerotróficas son rebeldes a un verdadero arsenal terapéutico en virtud de su carácter crónico, recidivante, de largo y costoso tratamiento.

Es también conocido que este padecimiento es en un gran porcentaje de los casos tratados por el médico general como úlceras varicosas, vicio que ocasiona el desconocimiento de la gran variedad de causas y que trae por consecuencia su cronicidad.

Al revisar la literatura al respecto no encontramos una clasificación etiológica de este tipo de lesiones por lo que proponemos la que a continuación se transcribe, además de mencionarse las características de la mayoría de las úlceras y en algunos casos el tratamiento adecuado.

ULCERAS DE LAS PIERNAS.

CLASIFICACION ETIOLOGICA.—

ULCERA.—

ES UNA PERDIDA DE SUSTANCIA PROFUNDA, con tendencia a persistir y a crecer, que se produce por necrosis gradual y al repararse deja cicatriz. Sólo las lesiones con estas características están consignadas aquí.

I.— VASCULARES.

A).— *Venosas*

Varicosas  
Postrombóticas.

B).— *Arteriales*

Ateroescleróticas

Diabéticas

Por tromboangeitis obliterante

Hipertensivas

De Decúbito

Livedo reticular

Sabañones

Eritrocianosis crural o supramaleolar

Necrótica recurrente

Vasculitis Nodular profunda

Fegedénica.

C).— *Linfáticas*

Complejo de pierna.

II.— INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.

A).— *Locales*

1.— *Bacterianas:*

Ectima

Úlcera estreptocócica crónica

Macrólucera persistente

Úlcera Tropical

Úlcera tropicaloide o Micetoide del desierto.

Úlcera por difteria cutánea

Úlcera de Veldet o llaga del desierto

Úlcera por difteria cutánea

Úlcera por Muermo

Úlcera por bacterias raras

Tuberculosis cutánea: Nodular profunda

Eritema Indurado.

2.— *Parasitarias:*

Úlcera oriental o botón de Oriente.

Leishmaniasis Americana

Dracunculosis (Gusano de Guinea)

III.— NERVIOSAS O TROFICAS.

Secundarias a sección nerviosa

Secundarias a Neuropatía Diabética

Lepra Lepromatosa Nodular

Mal perforante plantar

Enfermedades nerviosas que producen anestesia (Siringomielia, mielitis, etc.).

Lesiones graves del ciático.

IV.— SECUNDARIAS A ENFERMEDADES GENERALES.

A).— *Infecciosas y parasitarias.*

Tularemia

Pian (Frambesia)

Sifilis tardía benigna

Esporotricosis: Forma fija

Forma Linfática

Coccidioidomicosis

Anquilostomiasis

B).— *Colagenosis.*

Lupus Eritematoso disseminado

Esclerodermia generalizada

C).— *Metabolopatías.*

Gota

D).— *Hematológicas.*

Anemia de células falciformes

Anemia de Cooley

Anemia perniciosa

Anemia hemolítica congénita

Policitemia

E).— *Neoplasias.*

Linfogranulomatosis maligna (Enf. de Hodgkin)

V.— POR AGENTES EXTERNOS.

A).— *Químicos*

Por Coral

Por Fenol

Por Cromatos

Por Acido acético, etc.

## CLASIFICACIÓN DE LESIONES ÚLCEROTRÓFICAS DE MIEMBROS INFERIORES

### B).— *Físicos.*

Radiaciones ionizantes  
Traumatismos

## VI.— NEOPLASICAS.

### A).— *Primarias*

Epitelioma: baso-celular (*Ulcus Rodens*)  
                  espino-celular  
Nevicancerosas (*Melanoma Maligno*)  
Sarcomatosas

### B).— *Secundarias*

Úlceras de Marjolin (*Ca. Epidermoide*)

## VII.— CONGENITAS (SECUNDARIAS A PADECIMIENTOS CONGENITOS)

Espina Bífida  
Costilla Cervical  
Lipomatosis Simétrica  
Ictericia Hemolítica  
Atrofia ósea neurotrófica familiar  
Fístula arterio-Venosa congénita  
Enfermedad de Osler.

## I.— VASCULARES

### A) VENOSAS

#### ÚLCERAS VARICOSAS

Se producen como un fenómeno tardío de las venas varicosas. Cronológicamente aparecen:

*Eczema:* Localizado, extenso, produce prurito intenso; no responde al tratamiento habitual.

*Tromboflebitis:* Se produce en una de las várices: hiperemia localizada, hipersensibilidad y dolor; la vena se palpa dura y gruesa.

*Úlcera:* Se presenta más frecuentemente en el tercio inferior de la pierna, justamente por encima del tobillo, y más comúnmente en el lado externo de la misma. La mayoría de ellas son superficiales e indoloras (a menos que se produzca la trombosis), con los bordes cortados a pico, no despegados

del fondo, que es irregular, con mamelones blandos y sanguinolentos, que segregan un líquido turbio y sanguinolento, tanto más cuanto más blandos y más equimóticos son (úlceras hemorrágicas). El espesor de los bordes está habitualmente tumefacto y edematoso, aparentando así mayor profundidad de la úlcera. El reborde epidérmico de cicatrización no muestra progreso centripeto alguno.

#### ÚLCERA POST-TROMBOTICA

Penetra en la fascia profunda y es muy dolorosa.

*Pigmentación:* Se produce en la parte inferior de la pierna, acompañada de edema que rodea a la úlcera; el color es parduzco oscuro, y la piel es dura y furfurácea; con el tiempo puede invadir la totalidad de la superficie inferior de la pierna.

Estas alteraciones se presentan en los casos en que las várices son extensas y crónicas, y en los que se ha producido una obstrucción linfática secundaria por la infección crónica de la úlcera.

*Osificación:* Se puede producir secundariamente a las insuficiencias venosas crónicas y ser la causa subyacente de una úlcera persistente.

*Tratamiento de la úlcera:* Si es pequeña puede ser tratada con compresión mediante esponjas de hule espuma, en pacientes ambulatorios. Si es más grande o está infectada, el paciente debe ser encamado, en las piernas elevadas. La úlcera se mantendrá limpia y debe ser tratada con fomentaciones calientes de solución de Acido Bórico; transcurridas 2 semanas, se le aplicarán injertos de piel, por pellizcamiento. Así quedarán completamente curadas en 3-4 semanas, si las venas varicosas han sido extirpadas previamente. Los antibióticos, la A. C. T. H. y la cortisona, internamente, son beneficiosos. Si se presenta trombosis, el paciente debe ser anticoagulado. Localmente, pomadas y/o lociones antibióticas y anti-inflamatorias, son eficaces. En algunas úlceras de larga duración, en las que se ha producido fibrosis extensa, o en casos rebeldes o recidivantes, la úlcera debe ser completamente escindida incluyendo la fascia profunda, y se aplicarán a continuación injertos de Thresh directamente sobre la superficie del músculo subyacente.

## B) ARTERIALES

### ULCERAS ARTERIOESCLEROTICAS

Esta úlcera tiene que distinguirse de la varicosa, que es la más común. En la úlcera arterioesclerótica faltan las venas varicosas, o éstas son benignas; existe un grado avanzado de arterioesclerosis en las extremidades inferiores, con arterias como cordones, de paredes duras a la palpación; el pulso pedio es pequeño y difícil de identificar. Puede haber antecedentes de claudicación intermitente. La úlcera se encuentra habitualmente en el tercio inferior de la pierna, en la cara interna. La piel que la rodea es brillante, atrófica y esclerótica.

*Tratamiento:* Es a base de reposo en cama, elevación de las extremidades y medidas dirigidas a mejorar la circulación periférica. Debe interrumpirse el uso de tabaco.

### ULCERAS DIABETICAS

Son debidas a la aterosclerosis concomitante, pero estas ulceraciones difieren de las de los pacientes con aterosclerosis sin diabetes.

Las úlceras diabéticas cursan usualmente con más dolor y más fácilmente representan infección agregada, además de que son húmedas. Habitualmente hay una respuesta inflamatoria más generalizada, con linfangitis, fiebre y ocasionalmente septicemia. Las lesiones por gangrena en diabéticos, tienden a diseminarse más rápidamente y la cicatrización de las úlceras es generalmente más lenta que en pacientes no diabéticos. En sujetos con diabetes, la ulceración puede resultar de traumas u otras causas, aún con insuficiencia arterial mínima.

### ULCERAS "TRAUMATICAS" EN TROMBOANGIITIS OBLITERANTE

Las ulceraciones o gangrena que se presentan con facilidad a causa de traumatismos en pacientes con aterosclerosis o tromboangiitis arterial obliterante, pueden afectar los ortijos, el pie o toda la pierna hasta la altura de la rodilla. Se presentan en casos severos de esta enfermedad. Existirá palidez a la elevación del miembro afectado y rubor en la

posición declive y otros signos de enfermedad avanzada, como son los cambios tróficos de la piel, que se manifiestan por adelgazamiento de la misma, alteraciones ungueales y caída del vello, así como atrofia de los músculos y tejidos blandos. Las ulceraciones por tromboangiitis obliterante se caracterizan por su aparición en personas jóvenes y por la persistencia de las úlceras por bastante tiempo antes de aparecer la gangrena, mientras que las úlceras por obstrucción arterial evolucionan rápidamente hacia la gangrena y se acompañan de los síntomas y signos de la oclusión arterial, que frecuentemente se presenta en personas de edad avanzada.

### ULCERA HIPERTENSIVA

Además de la Hipertonía (generalmente esencial con cifras diastólicas altas), intervienen traumatismos locales adicionales, en el origen de la ulceración dolorosa, que se desarrolla a partir de petequias y equimosis. La úlcera acostumbra extenderse sobre necrosis marginales. Es generalmente simétrica y su localización preferida es dupramaleolar, en la unión del tercio medio con el inferior de la pierna, en las superficies anterior y externa de la misma. No existen síntomas de descompensación circulatoria venosa: no hay edema ni várices. La ulceración es enormemente dolorosa y los dolores persisten a pesar del reposo en cama y de los analgésicos. La lesión comienza por un foco circular u oval de necrosis, de 2 a 4 cm. de diámetro, que rápidamente se convierte en úlcera de fondo sangrante y en el cual, al principio se pueden ver restos de tejido necrótico de color negruzco. El índice oscilométrico de la o las extremidades afectadas es alto; se presenta casi exclusivamente en mujeres de 40 a 60 años, con gran resistencia a la terapéutica.

*Tratamiento:* Reposo en cama, medidas locales contra la infección secundaria y tratamiento médico para la hipertensión. En los casos más favorables, tarda varios meses en conseguirse la cicatrización de la úlcera.

### ULCERA DE DECUBITO

Son causadas por flujo sanguíneo inadecuado, que resulta de la presión prolongada de los tejidos

## CLASIFICACIÓN DE LESIONES ULCEROTRÓFICAS DE MIEMBROS INFERIORES

contra las eminencias óseas. (En sujetos en decúbito ventral se ven en la rodilla y parte anterior de la pierna, así como sobre los maleolos). Aparecen más fácilmente en pacientes viejos, paralizados y debilitados, en los que falta panículo adiposo adecuado; se han invocado factores internos predisponentes, como la disminución del metabolismo del nitrógeno. La úlcera inminente es anunciada por un eritema.

*Tratamiento:* Los sujetos encamados deben ser cambiados de posición frecuentemente; ayudan las lantanas infladas, cojines de hule espuma, etc. Es necesaria la limpieza escrupulosa de la úlcera y la aplicación de compresas de agua alcoholizada al 50%, aire caliente moderado, polvos con antibióticos y vendajes adhesivos y absorbentes (Gelfoam); pueden ser necesarios los cuidados quirúrgicos.

### LIVEDO RETICULAR CON ULCERAS ESTIVALES

Algunos pacientes, en su mayoría niños y mujeres, tienen tendencia a desarrollar manchas rojas reticuladas o azules abigarradas en la piel; son más patentes en las extremidades inferiores, especialmente en piernas y tobillos. Con frecuencia la expresión al frío hace resaltar este estado. En un grupo de estos pacientes, el abigarramiento cutáneo es más acentuado en verano y se asocia con ulceraciones infartadas alrededor de los tobillos y parte baja de las piernas. Hay un vasoespasmio de las arteriolas y una dilatación de las vénulas; la obstrucción sólo afecta a las arteriolas cutáneas y a veces hay oclusión completa de la luz.

*Tratamiento:* La simpatectomía. La medicación antihipertensiva puede tener éxito parcialmente.

### SABAÑONES

Además de las lesiones por el frío (a temperaturas que habitualmente se hallan sólo algunos grados por debajo de la temperatura ambiental) desempeñan un papel etiopatogénico los factores endógenos de naturaleza constitucional y las infecciones crónicas. Al cuadro clínico de los sabañones pertenecen las tumefacciones edematosas, rojoazuladas, nodulares o difusas y la formación de vesícu-

las y ulceraciones debidas a trastornos en la vaso motilidad. Sus lugares de predilección son los dedos de las manos y de los pies, y las piernas.

### ERITROCIANOSIS CRURAL O SUPRA-MALEOLAR

Las principales características son: Una ligera hinchazón y un tinte rozo-azulado de la piel de las piernas de las mujeres y muchachas jóvenes, generalmente unilateral. En las variedades atípicas, que son comunes, se pueden presentar manchas rojas, flictenas, induraciones y pápulas liquenoides. Pueden existir antecedentes de calambres nocturnos. A la palpación se encuentran pequeños nódulos sensibles, debidos a la necrosis de la grasa en la profundidad de la dermis; estos nódulos se abren y forman pequeñas úlceras, múltiples. Es común que los miembros afectados estén fríos. Se acompaña de alteraciones menstruales, hiperhidrosis de manos y pies y queratosis pilar. Estas alteraciones se ven frecuentemente en los países nórdicos y con clima frío y se consideran dependientes de factores endócrinos, y las alteraciones de la piel se relacionan con la exposición al frío.

### ULCERA NECROTICA RECURRENTE

La "intimitis" proliferativa de las arterias y venas pequeñas, asociada con neuritis periférica, livedo reticular y úlcera necróticas recurrentes de la piel, forman el síndrome o enfermedad de Racker y Baker. Estas úlceras tórpidas recurrentes de las piernas producen gran dolor, intolerable y oclusión arterial aguda de los dedos de los pies.

### VASCULITIS NODULAR PROFUNDA

Se caracteriza por lesiones nudosas ligeramente dolorosas, principalmente en las pantorrillas de las mujeres de 30 a 40 años. Tienden a desaparecer con el reposo en cama y a reproducirse al levantarse, pero algunas veces se ulceran. Frecuentemente hay antecedentes de flebitis de larga duración.

## ÚLCERA FAGEDENICA

El fagedenismo es la gangrena extensiva que complica a algunas úlceras, principalmente la diabética, la aterosclerótica y la hipertensiva. La necrosis se produce cuando las condiciones de riego sanguíneo se vuelven más desfavorables aún.

*Tratamiento:* Es profiláctico, para aumentar las condiciones circulatorias de las regiones afectadas, para lograr la mejoría y aún la cicatrización de la úlcera, ya que, una vez instalada la gangrena, no hay nada que hacer, excepto la amputación.

## C) LINFATICAS

### COMPLEJO DE PIERNA

Es el estado patológico de una o ambas piernas, plurilesional de los tejidos blandos, vasculares, y en condiciones extremas, óseos. Es más acentuado en los dos tercios inferiores, principalmente en la cara anterointerna y regiones maleolares, más a menudo, en la pierna izquierda; suele verse eritema, vesiculación, edema, pigmentación, linfanguización y ulceración. Es habitual el aumento de volumen y la deformación de la región afectada por la linfostasis, estados elefantíacos, con papilomatosis, fibrosis y úlceras crónicas, de forma irregular, con zonas vecinas fibrosas y discrónicas. La formación de la úlcera obedece a un defecto circulatorio, principalmente linfático, necesario para conducir a la estasis y sobre todo al edema, que juntamente con la fibrosis y la consiguiente disminución de la elasticidad, explican la pérdida de sustancia. Es de tendencia a la cronicidad extrema y a las recurrencias. Puede acompañarse o no, de dilataciones venosas aparentes.

*Tratamiento:* Reposo temporal y curaciones tópicas: baños con agua sulfatada (sulfatos de cinc y de cobre), pastas inertes o con algún antiséptico no sensibilizante; si se acompaña de infección profunda, se darán antibióticos generales. Si el proceso está muy avanzado o es muy rebelde, se puede ensayar el tratamiento quirúrgico.

## II. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

### A) LOCALES

#### 1.—BACTERIANAS

##### ECTIMA

Es una Estreptodermia de tipo ulceroso que se observa principalmente en las extremidades inferiores (piernas y muslos) de sujetos mal nutridos, descuidados en la limpieza corporal, diabéticos y alcohólicos, producida por el Estreptococo beta hemolítico. Empieza por pequeñas vesículas o vesiculopústulas que se agranda y confluyen y producen las úlceras características, circulares, de diferentes tamaños, con bordes elevados y base eritemato-edematosa, cuya superficie está cubierta por un exudado sanguíneo-purulento, y costras gruesas, ostráceas, por estratificación. Las lesiones son contagiosas y autoinoculables; tienden a curar después de varias semanas; al repararse la pérdida de sustancia, deja una cicatriz atrófica. Rara vez se complica con gangrena, excepto que las resistencias estén muy bajas. Esta lesión puede complicar a otros padecimientos, como pediculosis y escabiasis crónicas, y potencialmente cualquier lesión cutánea puede ser infectada en forma secundaria, enmascarando así cualquier cuadro al producirse las úlceras características de este padecimiento, el que puede a su vez complicarse con procesos piógenos más profundos: celulitis, linfangitis, erisipela.

*Tratamiento:* Limpieza local cuidadosa; se darán baños con agua caliente con permanganato de potasio o sulfato de hierro o de cobre disueltos, se descostrará y se limpiará localmente con agua oxigenada seguida de la aplicación tópica de antibióticos, los que también pueden ser administrados por vía general.

##### ÚLCERA ESTREPTOCOCICA CRONICA

Se caracteriza por su cronicidad acentuada y por la resistencia extrema al tratamiento local. Suelen producirse en las extremidades inferiores. Clínicamente presentan una base groseramente granular, visiblemente inflamada, socavada, que se necrosa lentamente, con bordes serpiginosos, en su mayor

parte irregular y lustrosa, que exuda constantemente un líquido claro, amarillento, del que se puede cultivar el *Estreptococo* beta hemolítico.

*Tratamiento:* Antibioticoterapia por vía general.

### MACROULCERA PERSISTENTE

Se caracteriza por sus enormes dimensiones, por su curso tórpido, perdurando por muchos años y por la presencia de bacterias del tipo *Pseudomonas* y otras productoras de pigmentos como *Flavobacterium* y *Serratia Marcescens* (*Bacterium Prodigiosum*). Generalmente no se aísla ni se pueden cultivar cocos piógenos como el estrepto y el estafilococo.

*Tratamiento:* Antibióticos por vía general.

### ÚLCERA TROPICAL

Procesos ulcerosos agudos y crónicos que generalmente afectan al pie o tercio inferior de la pierna, son comunes en zonas tropicales rurales, algunos de etiología definida, pero hay un tipo de úlcera fagedénica aguda, cuya aparición clínica y evolución la señalan como una entidad clínica independiente: Úlcera Tropical, que ocurre más frecuentemente en niños y adultos menores de 30 años, principalmente hombres. La etiología es desconocida; se invocan microtraumatismos de repetición. En úlceras recientes se descubren microorganismos espirales del género *Borrelia* y Bacilos Fusiformes, pero no se sabe si son la causa o producto de invasión secundaria. Factores predisponentes son las deficiencias dietéticas de proteínas y del complejo vitamínico "A". Clínicamente se caracterizan por la rápida destrucción del tejido, como si existiera algún agente autolítico. Por lo regular está afectada una sola extremidad y suele haber una lesión única, aunque no es raro encontrar ulceraciones múltiples en ambas piernas. Las lesiones satélites se producen a menudo como consecuencia de la autoinoculación. Los bordes no están indurados ni muy hinchados, pues existe una reacción inflamatoria en la periferia de la úlcera; la base tiende a sangrar fácilmente si se le toca; el dolor es mínimo o menor de lo que sería habitual para el grado de destrucción tisular; puede haber ligero prurito. Con frecuencia tiene olor fétido. La etapa de rápida progresión acaba en un plazo de 2 a 5

días, por la úlcera puede persistir por meses o años y extenderse más lentamente, tanto en extensión como en profundidad, para afectar el hueso subyacente a las zonas vecinas.

*Tratamiento:* En las primeras fases, antes de la amplia destrucción tisular, tiene efecto la penicilina: Benzetacil L.A. 120: 1,200,000 u.I.M. para adultos y 600,000 u. para niños menores de 10 años; suele bastar una inyección. Tetraciclina y Oxite-traciclina: 1 a 1.5 gr./día por 4-7 días, más limpieza local y aumento de proteínas en la dieta. Injertos cutáneos, en caso de úlceras extensas.

### ÚLCERA TROPICALOIDE O ÚLCERA MICETOIDE DEL DESIERTO

Se trata de una úlcera contagiosa, generalmente superficial causada por el *Micrococcus* (*Coccobacillus*) *Mycetoides*, propia de las zonas tropicales y subtropicales. Se inicia como una vesícula grande rodeada de un halo inflamatorio; 3 a 4 días después se rompe instalándose un proceso destructivo cuyo resultado es una úlcera con tendencia a extenderse tanto en superficie como en profundidad. Usualmente se instalan en los dos tercios inferiores de la pierna; la lesión es circular u oval, de bordes no elevados ni infiltrados; es superficial pues no está excavada, su fondo es rojo, con granulaciones, cubierto por una capa de pus o por pseudomembranas fibrinosas; está rodeada por una zona inflamatoria. Puede permanecer abierta o cubrirse por una costra gruesa que se extiende más allá de los límites de la pérdida de sustancia. La úlcera raramente es dolorosa, especialmente si se guarda reposo, pero puede ser sensible a la presión; el prurito sólo se presenta durante la curación del proceso. No hay adenopatía ni linfagitis. Su duración es prolongada, por meses o años, pues tiene poca tendencia a la curación espontánea. Al curar deja una cicatriz hiperpigmentada.

*Tratamiento:* Antibióticos por vía general. Tópicamente: Fomentos con loción de ácido bórico al 2% ungüento de Dermatol con vendaje ligero precedido de aseo con agua oxigenada y reposo.

### ÚLCERAS POR DIFTERIA CUTÁNEA

La infección puede ser primaria o secundaria a una herida previa; la forma habitual es la produc-

ción de una falsa membrana y ulceraciones grises cerca de los bordes de una herida, a menudo con terminación fatal. Puede ser aguda o crónica. La forma aguda siempre se asocia a lesiones positivas de la faringe, raro en el tipo crónico, en el que está superpuesto a otra lesión de la piel, particularmente en la "Úlcera del Desierto". El tipo crónico está constituido por lesiones múltiples en las extremidades, tanto superiores como inferiores (rodillas, piernas y tobillos), de forma oval o lineal. La úlcera parece hecha con sacabocados y tiene bordes redondeados, duros y elevados, con un tinte azul pálido; está cubierta por una membrana coriácea, que tiene que ser desprendida para que el tratamiento sea eficaz. No es raro que se produzcan parálisis post-diftéricas. Las llagas crónicas necesitan un mes para curar; la cuarentena es necesaria.

*Tratamiento:* Inyecciones subcutáneas de antitoxina difétrica cerca de la lesión, y aplicaciones locales con ella. La penicilina y la Aureomicina son benéficas combinadas con la antitoxina.

#### ULCERA DE VELDET O LLAGA DEL DESIERTO:

Es una enfermedad ulcerosa endémica en Asia y Africa, caracterizada por la existencia de un grupo de vesículas pruríticas, principalmente en las extremidades que se rompen y forman úlceras superficiales e indolorosas; las primeras lesiones son de tipo impetiginoso, con frecuencia por picadura de insectos. En los cultivos se ven estrepto y estafilococos y *Corynebacterium Diphtheriae*.

#### TRATAMIENTO:

A base de antibióticos tópicos. La antitoxina debe ser inyectada cuando se identifique al bacilo de Klebs-Loeffer, en dosis de 4,000 u. en la vecindad de las úlceras.

#### ULCERAS POR MUERMO:

Se producen en una herida o excoriación de la piel que se ha puesto en contacto con secreciones infectadas de caballos, asnos o mulos, que sirve de puerta de entrada al bacilo del muermo. Tiene dos formas: Aguda y crónica; en ésta es más difícil de identificar el antecedente causal. Forma Aguda:

después de una incubación de una semana aparece en el sitio de la infección una infiltración, con pústulas y ulceración, rodeada de linfangitis y adenitis regional; hay ataque al estado general; el 5o. a 8o. día aparece una nueva erupción roseólica, pustulosa y ulcerada que dura de 3 a 4 semanas terminando habitualmente, con la muerte. En las formas crónicas, las úlceras aparecen después de 3 a 4 semanas como absceso, preferentemente en torno a las articulaciones, que se ulcieren, terminando el proceso con la muerte o la curación espontánea. El diagnóstico se basa en la identificación del bacilo en las secreciones cutáneas, y es más fácil de hacerlo si existen concomitantemente los típicos signos nazales: Coriza.

#### ULCERAS POR BACTERIAS RARAS:

Entre ellas tenemos a las producidas por microbacterias ácido-alcohol resistentes atípicas o no clasificadas, como son *M. Ulcerans* y *M. Balnei* (granuloma de las albercas de natación). Producen infecciones localizadas en piel, con formación de granulomas y úlceras.

#### ULCERAS EN TUBERCULOSIS CUTANEA:

##### A) TUBERCULOSIS NODULAR PROFUNDA:

Se localiza preferentemente en la cara posterior y mitad inferior de las piernas; casi siempre es bilateral. Las lesiones iniciales son nódulos de color rojo violáceo, con zonas de infiltración más extensas congestivas, ulceradas, cubiertas o no de costras serohemáticas. Las úlceras son de tamaño variable; la forma es irregular, el fondo lívido, los bordes despegados del fondo y rodeados de un halo violáceo. En los bordes existen granulaciones, que se ulcieran y se suman a la úlcera central, contribuyendo a la irregularidad de los bordes; puede percibirse en el fondo material caseoso, a veces con tendencia a la fistulación, pero en su inmensa mayoría son poco exudativas, si no existe infección bacteriana secundaria. Generalmente son dolorosas. En combinación con las úlceras hay zonas cicatrizadas, discrómicas: El volumen de ambas piernas está generalmente aumentado, en especial hacia los tobillos. Su instala-



ción es brusca, pero sigue un curso lento, sin motivos excesivo dolor, excepto si hay infangitis y/o celulitis agregada.

**B) ERITEMA INDURADO**  
(E. DE BAZIN, TB. INDURATIVA):

Esta forma de tuberculosis cutánea hiperérgica aparece principalmente en mujeres jóvenes. Es una vasculitis benigna crónica, que causa un ablandamiento recurrente de los nódulos, alrededor de los vasos subcutáneos de la porción inferior de la pierna, los cuales pueden progresar para formar induraciones profundas, ulceraciones y cicatrices. Son habitualmente simétricas e indoloras. Las úlceras tienen formas irregulares y están excavadas profundamente, con bordes minados o despegados. El lugar de elección es la parte inferior de las pantorrillas; es muy raro que al enfermedad se produzca en la cara anterior de la pierna o en cualquier otro lugar. Es de evolución crónica y tiene tendencia a las recidivas.

**TRATAMIENTO:**

Para ambas formas: Similar al de la Tb. pulmonar: Estreptomina, Isoniacida y P.A.S.

**2.— PARASITARIAS.—**  
**ÚLCERA ORIENTAL O**  
**(BOTON DE ORIENTE).—**

Las tumefacciones cutáneas consecutivas a la picadura de flebotomos infectados con *Leishmania Trópica*, aparecen después de semanas y aún meses de su inoculación. Las tumefacciones pueden ulcerarse y excretar pus (se produce por la penetración del parásito a la membrana basal y desintegración de la epidermis), o permanecer secas, según el tipo de *Leishmania*. Las lesiones tienden a cicatrizar espontáneamente, pero la infección secundaria puede alcanzar una extensión notable e impedirlo.

**TRATAMIENTO:**

Las lesiones solitarias pueden ser raspadas, limpiadas y cubiertas con un apósito de gasa y vaselinada, para que cicatricen; pueden necesitarse antibióticos contra la infección secundaria. La Etilesti-

bamina (*Neostibisam*) es efectivo en los casos de *Leishmaniasis visceral* (10. - 12 inyecciones).

**LEISHMANIASIS AMERICANA:**

Es un granuloma específico que afecta la piel y mucosas, producidas por la *Leishmania Brasiliensis*. Es una enfermedad rural de los países tropicales y regionales húmedas, transmitida por el Flebotomo *Panamensis*. En el sitio de la picadura se produce una pápula: chancro de inoculación; frecuentemente se acompaña de adenopatía regional. Posteriormente adopta varias formas clínicas: Ulcerosa, las lesiones son de tipo crónico, con tendencia a la curación espontánea por epitelización centripeta; otras veces adquiere un aspecto vegetante sin tendencia a la cicatrización. Las úlceras se observan habitualmente en el tercio inferior de la pierna, en su cara externa; son de crecimiento lento y progresivo y generalmente están cubiertas por una costra serohemática, cuyos bordes están infiltrados, deslindados, de color rojizo o violáceo; por debajo de la costra parduzca que recubre a la úlcera hay un exudado serohemático, sanguíneo o purulento. Cuando se arranca la costra aparece una base granulosa que tiene tendencia a sangrar; la úlcera se caracteriza por una cavitación sustancial que puede tener diámetro de 10 cm. o más. Con frecuencia hay lesiones papulosas cerca de la periferia de la úlcera; con el tiempo éstas se ulceran y pueden llegar a confluir. El diagnóstico se basa en la identificación del parásito. Se puede usar la reacción de Montenegro.

**TRATAMIENTO:**

Preparados arsenicales y de antimonio, también cloroquina y antibióticos (tetraciclina y oleandromicina), anfotericina B, I.V.

**DRACUNCULOSIS**  
(GUSANO DE GUINEA):

Es causada por el *Dracunculus Mediniensis*, que habita en el tejido celular subcutáneo del hombre y produce característicamente úlceras de piernas y pies. El gusano al penetrar forma primero una ampolla que se ulcera y secundariamente produce celulitis y abscesos subcutáneos.

*TRATAMIENTO:*

Extracción quirúrgica del gusano, previa inyección de una emulsión de Fenotiacina a lo largo del trayecto seguido por el gusano. Dosis elevadas de Dietilcarbamicina (Hetrazan) tiene valor terapéutico y profiláctico.

*III.— NERVIOSAS O TROFICAS.—  
SECUNDARIA A SECCION  
NERVIOSA.—*

Después de una sección nerviosa se producen trastornos tróficos de la piel: Pasado algún tiempo, sobre todo si existe neuritis, se observa un estado reluciente de la piel, que está lisa, adelgazada y atrofiada, con aspecto que recuerda al sabañón crónico y al que se le da el nombre de Glossy Skin. La epidermis se resquebraja en algunos puntos y lentamente va desprendiéndose en pequeñas escamas secas. Se forman sobre la piel enferma erupciones de vesículas y ampollas agrupadas en zona sobre el trayecto del nervio, las que posteriormente se rompen dejando al descubierto la dermis ulcerada. De ello resulta, en último término, una úlcera fungosa, sanguinolenta, muy dolorosa, y de duración indefinida. En las manos y los pies se observan panadizos, males perforantes plantares, escaras y placas de gangrena. Los pelos, uñas y glándulas sudoríparas están igualmente alteradas.

*SECUNDARIAS A NEUROPATIA  
DIABETICA:*

Cuando existe neuropatía periférica en diabéticos, puede presentarse una ulceración trófica; ésta debe de diferenciarse de la ulceración secundaria a enfermedad vascular. En pacientes con ulceración neurogénica, los pulsos periféricos son normales, no hay cambios posturales de la coloración, el dolor es usualmente muy moderado y se encuentran otros datos de enfermedad neurológica, y generalmente cicatrizan con relativa facilidad.

*TRATAMIENTO:* El de la diabetes<sup>1,2</sup>.

*LEPRA: LEPTOMATOSA NODULAR.*

Tiene un aspecto, con nódulos en cara y extremidades, variables en número y tamaño, los que crecen continúa pero lentamente, llegando a ulcerarse, principalmente las de las extremidades inferiores. Si las úlceras son extensas, representan una complicación al infectarse secundariamente, como es lo habitual. Al reabsorberse dejan huella: cicatrices discrómicas, atróficas, con o sin disestesia de la región.

*TRATAMIENTO:* El de la lepra:  
Sulfonas (Avlosulfón).

*MAL PERFORANTE PLANTAR:*  
(Úlcera de Nélaton).

Es una enfermedad ulcerosa crónica distrófica que se observa en las extremidades inferiores, durante las enfermedades debilitantes, principalmente lepra, tabes, arterioesclerosis y diabetes. La causa primaria del trastorno suele estar localizada en un centro nervioso o en nervios troncales, en los que se encuentran alteraciones degenerativas. Empieza como una hiperqueratosis circunscrita en el punto de apoyo, con frecuencia en la primera articulación metatarso-falángica, dando la impresión de un callo inflamado, pero el dolor es escaso o nulo. Esta lesión se reblandece y se convierte en húmeda, dolorosa y maloliente, que posteriormente exuda secreción purulenta clara; lentamente se desarrolla una escara que deja una úlcera necrótica, usualmente indolora, que dura indefinidamente. La úlcera presenta caracteres típicos: Es oval rara vez sanguinolenta, con poco exudado y rodeada de un contorno epidérmico saliente, en el centro de una placa córnea gruesa. Luego las partes profundas se inflan, alcanza los huesos. Esta lesión es rebelde a la cicatrización y mejora con el reposo, pero recae por la fatiga, lo que marca su carácter distrófico. Hay además disminución o abolición de las diversas clases de sensibilidad cutánea en las zonas cercanas a la úlcera y coexisten trastornos tróficos de pelos, uñas y glándulas sudoríparas.

*TRATAMIENTO:*

Lavado cuidadoso y uso de antisépticos tópicamente. Es útil la abrasión de los gruesos bordes epi-

dérmicos y el raspado del fondo, para alcanzar la cicatrización, pero se logra sólo transitoriamente, pues las recidivas son muy frecuentes, sobre todo con la deambulación y la fatiga. La simpatectomía periarterial actúa sobre la cicatrización pero no sobre la patogenia, por lo que los resultados son transitorios. Las inyecciones intadérmicas de histamina tienen doble efecto: antiálgica y vasodilatadora arterial y capilar. Las inyecciones se hacen siguiendo el trayecto doloroso, con una solución de biclorohidrato de histamina a concentración de .5 mg. por cc., por sesión, durante el tiempo que se juzgue conveniente.

*ENFERMEDADES NERVIOSAS QUE PRODUCEN ANESTESIA: SIRINGOMIELIA, MIELITIS, ETC.*

Las enfermedades del sistema nervioso que producen anestesia, como la Sirigimelia, Mielitis, etc., se acompañan con frecuencia de ulceraciones de las extremidades inferiores, por lo común, de aparición posterior a la gran sintomatología nerviosa.

*LESIONES GRAVES DEL CIÁTICO:*

Las lesiones graves, generalmente neuritis o traumatismos del ciático popliteo, interno, pueden acompañarse de úlceras atónicas de la extremidad afectada, distales a la lesión.

*IV.— SECUNDARIAS A ENFERMEDADES GENERALES: A) INFECCIOSAS Y PARASITARIAS: EN LA TULAREMIA:*

Enfermedad producida por la *Pasteurella Tularensis*. Se adquiere por contacto con roedores o garrapatas infectadas. El bacilo penetra por una abrasión de la piel, en donde se produce un úlcera de tendencia necrótica, e inflamación de la región. La sintomatología es de gran ataque al estado general y muchas vísceras presentan focos necróticos con acúmulos enormes de bacilos. La úlcera primaria que aparece en los sitios descubiertos, habitualmente en los miembros inferiores, es dolorosa y su duración muy lenta.

*TRATAMIENTO:*

Suero antitularensis: 30 cc. IM. (la mitad para los niños) y cuidados generales como para cualquier septicemia.

*EN EL PIAN; ÚLCERAS DE LA FRAMBESIA.*

Esta enfermedad es producida por el *Treponema Pertenuis*. Se observa ulceración de los nódulos principalmente en la cara y extremidades. Las lesiones iniciales son maculares, luego nodulares, las que posteriormente se ulceran; el curso es muy lento.

*EN LA SIFILIS: TARDIA BENIGNA.*

Se presenta en las extremidades inferiores y en otras localizaciones (cara, paladar, etc.), con úlceras crónicas primitivas, o más frecuentemente secundarias a induraciones de la piel (goma). Las lesiones son poco numerosas y aun únicas. El goma es una infiltración profunda, de color rojo oscuro y consistencia firme; la úlcera es central, con los bordes cortados a pico, cercenados o sepiginosos y fondo irregular, duro, infiltrado, casi siempre del típico color ajaminado. Estas ulceraciones son de carácter atónico, de evolución lenta, tórpida, indoloras y no pruriginosas. En ocasiones, cuando las lesiones son múltiples, por confluencia y por la esclerosis, toman un aspecto vegetante y fungoide.

*TRATAMIENTO:*

Afecta a alguna de las extremidades, siendo más frecuente en las superiores, pero pudiéndose ver también en las inferiores. Sigue el trayecto de los linfáticos. La lesión inicial es el "Chancro Esporotricócico", amorfo, de color-violáceo. Al principio es móvil e indoloro, luego se adhiere y se ulcera, siguiendo en evolución escalonada, el trayecto linfático.

*B) FORMA FIJA:*

Se caracteriza por zonas infiltradas con porciones ulceradas y costrosas, a veces con formaciones vegetantes y verrugosas; según esto, se pueden ver

las siguientes variedades: Ulcerosa, Fistulosa o Verrugosa.

#### TRATAMIENTO:

Yoduro de Potasio de 6 a 8 gr. diarios, por vía oral.

#### EN LA COCCIDIOIDOMICOSIS:

En casos muy raros de esta enfermedad, la introducción del hongo se hace a través de la piel, constituyendo así la forma cutánea primaria, localizada a manos y piernas, por ser sitios descubiertos y expuestos a traumatismos. Es asimétrica; se inicia como un nódulo rosado o rojo obscuro que posteriormente se ulcera, exudando pus mucoso, gris-amarillento. Son prácticamente indoloras. El proceso invade el trayecto de los linfáticos y alcanza los ganglios regionales.

#### TRATAMIENTO:

Reposo, medidas generales de sostén y Anfotericina B.

#### ULCERAS EN ANQUILOSTOMIASIS:

Es una enfermedad endémica de los países tropicales y subtropicales producida por las larvas del Nector Americano y del Anquilostoma Duodenal. La lesión inicial de la piel consiste en máculas eritematosas, pápulas y vesículas, en el sitio de entrada, generalmente en los pies o en los tobillos, que producen prurito intenso y preceden en 2 - 3 meses a la enfermedad generalizada con gran ataque al estado general, anemia, trastornos nerviosos y vasculares, a veces urticaria. Una vez que la enfermedad ha alcanzado su desarrollo total, parecen frecuentemente úlceras en las piernas. Estas ulceraciones son irregularmente ovales, con escoriaciones indoloras en las crestas de las tibias, de varios cms. de diámetro; las bases son sucias, recubiertas por un exudado purulento que contiene restos de tejido necrótico, los bordes son redondos, a menudo ligeramente elevados o despegados.

#### TRATAMIENTO.—

Expulsión del parásito y profilaxis: Tetraclo-roetileno.— 5 cc. para el adulto y 0.12 cc./kg. con leche desnatada, para niños. No es necesario dar purgantes.

#### B.— COLAGENOSIS.—

#### EN LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO.

Las úlceras crónicas de las piernas pueden aparecer en pacientes que presentan manifestaciones articulares y prueba positiva de células L.E.

Se asocian cambios de pigmentación, de fotosensibilidad, alopecia, tromboflebitis o fenómeno de Raynaud. Las ulceraciones no tienen características propias especiales que por sí solas permita establecer el diagnóstico. La lesión cutánea puede curar completamente, seguir un curso intermitente o hacerse crónica y progresiva.

#### TRATAMIENTO.—

Corticosteroides.

#### EN ESCLERODERMIA GENERALIZADA.—

En la forma crónica y progresiva de esta enfermedad, puede presentarse un Síndrome de Raynaud: vaso-espasmo con intolerancia al frío, etc., con asfixia local, lo que acarrea la formación de erosiones, ampollas dolorosas y pequeñas escaras; los planos subyacentes se hacen rígidos con ulceraciones tórpidas y reabsorción ósea. (Acroosteolisis).

#### C.— METABOLOPATIAS.— GOTA.

#### D.— HEMATOLOGICAS.— EN ANEMIA DE CELULAS FALCIFORMES Y OTRAS.—

En la mayoría de esta variedad de anemia, en los adultos, han existido úlceras en la parte infe-

rior de la pierna, lo que se ha observado incluso en los niños. Aparentemente las úlceras pueden anticipar en varios años a los síntomas cardinales de la enfermedad, ocurrir en los casos latentes o aparecer subsiguientes al desarrollo de los síntomas clínicos francos. Aunque la úlcera puede aparecer en cualquier parte de la pierna, es más común en el tobillo.

Las úlceras pueden ser únicas o múltiples, uni o bilaterales. Son úlceras discretas, netamente marginadas, redondeadas u ovals, como hechas con sacabocados, con bases supuradas, dejando cicatrices despigmentadas, atróficas, rodeadas por una areola de hiperpigmentación.

Estas ulceraciones en las piernas pueden presentarse también en la Anemia Hemolítica Congénita, en la Anemia de Cooley, en la Anemia Perniciosa, y en varias formas de Policitemia.

#### TRATAMIENTO.—

Las úlceras responden a la ACTH y a la Cortisona.

#### ANEMIA DE COOLEY.—

#### ANEMIA PERNICIOSA.—

#### ANEMIA HEMOLITICA CONGENITA.—

#### POLICITEMIA.—

#### E. NEOPLASIAS:

#### LINFOGRANULOMATOSIS MALIGNA

(ENFERMEDAD DE HODGKIN):

Además de las manifestaciones sistemáticas, puede acompañarse de diversas manifestaciones cutáneas: prurito, que es el síntoma más precoz, hiperpigmentaciones, elementos urticáricos o papulosos y los nódulos del prurigo (prurigo linfadenico). Son específicos los infiltrados en placas y los nódulos rojo-parduzcos, con tendencia a la desintegración: Úlcera linfogranulomatosa, los infiltrados que a partir de ganglios linfáticos invaden la piel por continuidad, la ictiosis de los caquéticos y las lesiones (nódulos rojo-azulados mayores, ulceraciones tórpidas) que se presentan en la linfogranulomatosis primaria de la piel.

#### V.— POR AGENTES EXTERNOS.—

##### A.— QUIMICOS.—

##### ULCERA POR CORAL.—

Son ulceraciones que sobrevienen por contacto con arrecifes de coral, principalmente en pescadores y buceadores del oriente. Hay laceraciones de pies y piernas, en las que se instala un dolor intenso, con áreas de celulitis alrededor, su evolución es lenta, cursando únicamente con dolor. Posteriormente se desarrolla una úlcera profunda acompañada de linfangitis e infarto ganglionar regional, que le impiden caminar durante semanas o meses, presentando recaídas bruscas con avivamiento de las lesiones en forma intempestiva. Están producidas por la penetración de dardos de sílice provenientes de los arrecifes de coral; un líquido tóxico liberado por ellos y la presencia de los mismos, dan lugar a una reacción de cuerpo extraño; a continuación se ulceran y posteriormente se agrega la infección secundaria.

#### TRATAMIENTO.—

Profiláctico: proteger los pies y las piernas con calzado especial; localmente; el raspado de la úlcera y la aplicación de una pasta de Sulfato de Magnesina, seguida de vendaje. La infección secundaria se combate con antibióticos locales y generales.

##### FENOL.—

##### CROMATOS.—

##### ACIDO ACETICO.—

##### B.— FISICOS.—

##### POR RADIACIONES IONIZANTES.—

Las lesiones pueden ser agudas o crónicas. Las agudas, con dosis pequeñas, siempre se produce un Eritema temprano, a las pocas horas, y también rápidamente desaparece (2 a 3 días). Cuando se ha sobrepasado la dosis, después de un período de latencia de los días, aparece una reacción de color rosado que evoluciona hacia el rojo vivo y luego al rojo oscuro, terminando en una fase de pigmentación excesiva. Si la "dosis eritema" es aumentada aún más, se produce la formación de vesículas, acompañadas de prurito, lo que se conoce como Eritema

Buloso, extraordinariamente doloroso que cura lentamente; sobre él pueden desarrollarse telangiectasias, y la resistencia de la piel está muy disminuida para cualquier agente. Si ya la dosis eritema es sobrepasada con mucho, al cabo de 6 a 8 semanas se forman ulceraciones muy dolorosas, en todo el territorio irradiado, que curan muy lentamente y son fáciles de infectarse secundariamente; suelen durar por años y terminan en cicatrices con déficit de pigmentación y telangiectasias. Las lesiones crónicas son el resultado de irradiación constante; una vez producidas, se sostienen sin curar. Se producen en las partes no protegidas y se caracterizan por pérdida del cabello, uñas quebradizas, pérdida de la elasticidad y gran flacidez de la piel, epidermis engrosada, sensible a cualquier estímulo; a veces hay hiperqueratosis o ulceraciones tórpidas muy dolorosas, sobre las que más tarde pueden aparecer un cáncer de pronóstico desfavorable.

#### POR TRAUMATISMOS.—

Se producen frecuentemente en miembros inferiores por ser regiones expuestas a sufrir traumatismos de cualquier índole; las ulceraciones que así se producen, no tienen características especiales, pero se observa con mayor frecuencia en sujetos debilitados o con problemas de tipo vascular o nerviosos periféricos o habitualmente en diabéticos a consecuencia de microtraumatismos de repetición.

#### VI.— NEOPLASICAS.—

##### POR CANCER.—

Cualquier tipo de tumor puede causar una úlcera, si está localizado en piernas, y siempre se tendrá en cuenta para cualquier diagnóstico diferencial con una úlcera crónica de esta localización.

##### A.— PRIMARIAS.—

##### ULCERAS CANCEROSAS.—

##### EPITELIOMATOSAS.—

Son las más frecuentes; generalmente se desarrollan a expensas de ulceraciones crónicas previas. Hay que distinguir 2 tipos —

1.— *Epitelioma Baso-Celular* (ULCUM RODENS).— A expensas de la capa basal de la epidermis, generalmente sobre manchas de queratosis senil; su aspecto es ulceroso, su curso más o menos lento, sin adenopatías ni metástasis.

2.— *Epitelioma Espino-Celular*.— A expensas del cuerpo mucoso de Malpighio. Son masas duras, rojizas, con frecuencia bordeadas por una línea queratósica; su ulceración es irregular, mamelonada y sangrante, con adenopatía y a veces con metástasis.

##### NEVICANCEROSOS.—

A expensas de nevos cutáneos anteriores. Son frecuentes los melanomas malignos, de localización común en la planta de los pies y que comúnmente se ulceran, pero tienen un color y un aspecto característico que permite diagnosticarlos con facilidad.

##### SARCOMAS.—

A expensas de los tejidos subdérmicos, pero pueden emigrar a la superficie y ulcerarse, produciendo úlceras muy profundas y muy dolorosas. Su pronóstico es sombrío pues son siempre malignos.

##### B.— SECUNDARIAS.—

##### ULCERAS CRONICAS.—

##### (ULCERAS DE MARJOLIN).—

El *cáncer epidermico* complica ocasionalmente a lesiones en piernas como son las úlceras crónicas, de cualquier etiología, expuestas a agentes cancerígenos. En los bordes de las úlceras crónicas de las piernas, habitualmente varicosas de largo tiempo de duración (úlceras de Marjolin), se desarrollan frecuentemente tumores malignos del tejido epitelial, según la teoría de la "irritación crónica" ya que el epitelio que rodea a la úlcera está sometido durante años a la acción continua e ininterrumpida del proceso inflamatorio, al que frecuentemente se suman la aplicación pseudoterapéutica de sustancias diversas. Esta teoría es válida para cualquier "Dermatitis Crónica", que posteriormente se ulceran y sobre esta úlcera aparece la tumoración.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES ÚLCEROTRÓFICAS DE MIEMBROS INFERIORES

VII.— *ULCERAS TROFICAS MAS ANOMALIAS CONGENITAS.*—

A veces aparecen úlceras tróficas, principalmente en las piernas, sin que se encuentre ninguna causa aparente, mas que la existencia con anomalías congénitas, principalmente.

*ESPINA BIFIDA.*—  
*COSTILLA CERVICAL.*—  
*LIPOMATOSIS SIMETRICA.*—

*ICTERICIA HEMOLITICA.*—  
*ATROFIA OSEA NEUROTROFICA FAMILIAR.*—

Causa una ulceración de las plantas de los pies, asociada con anestesia y destrucción del hueso.

*FISTULA ARTERIO-  
VENOSA CONGENITA.*—  
*ENFERMEDAD DE OSLER.*—

REFERENCIAS

1. AGUADE, J.A.; CABALLERO, J.; FARIAS, A.X.; FOLCH, P.A.; GONZALEZ, B.J.; D'HARCOURT, U.J.; ORTIZ TIRADO, A.; ROIG, P.J.: **Enciclopedia Manual de Ciencias Médicas**, Vol. 1o. Editorial Acle, S.A. México, D.F., 1945.
2. ANDREWS, GEORGE CLINTON: **Tratado de Dermatología**. Salvat, Edit., 1965.
3. CARRAL Y DE TERESA, RAFAEL: **Semiología Cardiovascular**. 2a. Edición. Inst. Nal. Card. México, D.F., 1951. 546,53-54.
4. CFCIL, RUSSELL LAFAYETTE: **Tratado de Med. Interna**. Editorial Interamericana 1928, 12a. Edición.
5. DR. ERNESTO ESCALONA PEREZ: **Dermatología** 3a. Edición, Impresiones Modernas, S.A. México 1944.
6. FITZPATRICK, T.B.: **Dermatologic Differential diagnosis**. Year Book Medical Public. 1962.
7. GAY PRIETO JOSE: **Dermatología**. Editorial Científico Médico. 1961.
8. HAROLD W. BROWN; BELDING D.L.: **Parasitología Clínica**. Editorial Interamericana, S.A. 2a. Edición Clínica. Editorial Interamericana, S.A. 2a. Edición 1965.
9. HARRISON, LINSLEY RANDOLPH: **Medicina Interna**. La Prensa Médica Mexicana, 1965.
10. HOHMANN GEORG: **Pie y Pierna. Sus afecciones y tratamiento**. 3a. Edición. Editorial Labor, S.A. 1949.
11. KEMINIG JOSEPH: **Atlas de dermatología y venereología**. Salvat 1967.
12. LEWIS GEORGE MORRIS: **Practical Dermatology**, 3a. Edición. Philadelphia Saundes 1967.
13. LOYAL DAVIS, CHRISTOPHER: **Tratado de Biología Quirúrgica**. 7a. Edición. Editorial Interamericana, S.A. 1961.
14. MARAÑON G.: **Manual de Diagnóstico Etiológico**. 11a. Edición. Editorial Espasa Calpe, S.A. Madrid 1971.
15. MARTINEZ BAEZ M.: **Manual de parasitología Médica**. La prensa médica. 1953.
16. SIMONS, R.: **Dermatología tropical y micología médica**. La prensa médica mexicana. 1957-59.
17. STEWART W.D.: **Sinopsis of Dermatology**. 2a. edición. St. Louis D.V. Mosby 1970.