

ÚLCERA DE LA PIERNA, POR PROCESOS CUTÁNEOS DE DIVERSA NATURALEZA

Dr. ANTONIO CARRERAS

HAY un grupo importante de procesos ulcerosos de extremidad inferior cuyo origen no es fundamentalmente vascular, a pesar de lo cual hay siempre trastornos de esta índole. Obedecen a muy distintas causas; unas veces de carácter local: traumatismos, agentes físicos o químicos, afecciones cutáneas localizadas; otras veces a causas generales: infecciones, intoxicaciones crónicas, enfermedades graves, de nutrición, endocrinas o depauperantes, alteraciones sanguíneas o trastornos de origen nervioso. Sea cual fuere la causa fundamental, intervienen en su aparición, desarrollo y evolución, trastornos que se traducen siempre por unas condiciones locales especiales que hay que valorizar. Son estas condiciones, alteraciones circulatorias, sean de congestión, de éxtasis o de anemia local, que modifican la nutrición de la pierna, o bien trastornos tróficos que determinan un déficit que favorece el desarrollo de la úlcera. La influencia de estas condiciones locales, lo demuestra que son muchas las lesiones similares a las que se presentan en la extremidad inferior, diseminadas en otras regiones del cuerpo, que no son ulcerosas en dichas regiones y, en cambio, se hacen ulcerosas cuando se desarrollan en extremidad inferior, debido, precisamente, a estas condiciones deficitarias.

Los procesos debidos a estas causas no presentan, habitualmente, localización de preferencia, como sucede en las úlceras de origen vascular. Son únicas o múltiples, y muchas veces coinciden con lesiones similares en el resto del organismo. Los caracteres clínicos morfológicos casi siempre bastan para hacer un diagnóstico seguro, aunque no es raro tener que recurrir a pruebas biológicas de control diagnóstico. Las cicatrices que dejan estas lesiones, muchas veces bastan para una orientación del proceso que las ha causado, y otras, los caracteres de dichas secuelas, por sí solos, son suficientes para hacer el diagnóstico seguro.

Desde el punto de vista terapéutico, muchas veces basta el solo tratamiento específico causal para resolver la lesión; otras veces debemos recurrir a un tratamiento general para corregir trastornos asimismo generales, pero siempre hay que enfocar dicha terapéutica en vista de las condiciones locales tantas veces mencionadas y que, desde luego, tienen, en definitiva, una influencia capital sobre el desarrollo y evolución del proceso.

Todo traumatismo, aunque reviste poca importancia, puede ser punto de partida de una úlcera de pierna. Pueden ser ocasionados por roces continuados, por compresión o por accidente ocasional. También las heridas incisivas superficiales pueden originar procesos ulcerosos. Se produce en todos los casos, y especialmente en las contusiones, un proceso inflamatorio con hematoma o sin él, que se ulcera fácilmente. En los casos de herida incisa, la úlcera se produce casi siempre por infección secundaria. Los caracteres de estas ulceraciones dependen de la forma de producirse el trauma y de la extensión y profundidad del mismo. En general, son úlceras superficiales con pérdida de substancia; escaras que se eliminan fácilmente y sin dificultad en la cicatrización.

Los agentes físicos provocan frecuentemente procesos ulcerosos. El calor y el frío producen una reacción inflamatoria epidérmica con edema, subsiguiente formación de ampollas, que se transforman en flictenas que se ulceran con facilidad. Estas ulceraciones son superficiales y regulares, y de evolución rápida, aunque ésta depende de la intensidad del insulto que la provoca y las complicaciones que puedan presentarse.

La luz provoca un proceso parecido, pero intervienen en estos casos factores, como la fotosensibilización y porfirinuria marcada, que dan una mayor importancia al proceso, desde el punto de vista de su evolución. Todas estas úlceras granulan con facilidad, sin dejar casi nunca rastro, a lo más, una pigmentación a veces muy persistente. Las radiaciones producidas por Roentgen o por radium, pueden producir radiodermitis, muchas veces ulcerosas. Unas veces las lesiones son inmediatas, apareciendo en seguida después de la aplicación, violentamente, produciéndose un eritema que se ampolla y ulcera, consecutivamente; es decir, una verdadera quemadura. Estas úlceras son superficiales, dolorosas y cicatrizan relativamente con facilidad. Muy distinto es el proceso que se produce en las radiodermitis ulcerosas tardías. Son debidas, casi siempre, a errores de técnica, dosis excesivas, filtrados insuficientes o ritmos equivocados. Aparecen mucho tiempo después del tratamiento, casi siempre sin período inflamatorio y de manera inesperada. Presentan una zona de necrosis central, con escara muy adherente, de difícil eliminación, que se agranda lentamente, pero de una manera continuada. Se hacen profundas, de fondo rojo uniforme, que forma masas amarillas, grises o negruzcas, muy adherentes, y que interesan el dermis y tejidos subyacentes. Sumamente dolorosas, con dolores irradiados y que calman difícilmente. El fondo de la úlcera es secretante, la secreción de olor penetrante y difícil de disimular. No es raro que estas úlceras se infecten secundariamente. La cicatrización es siempre lentísima. La reparación de tejidos dura meses y aun, a veces, no se produce, teniendo que recurrir entonces a injertos, después de extirpar

ampliamente todo el tejido necrosado. La cicatriz, en caso de producirse, es acrómica, atrófica y con telangiectasias. No es raro ver recidivar in situ la úlcera sobre la cicatriz de la lesión anterior, después de meses, y aun de años.

Los agentes químicos, preferentemente los cáusticos, pueden ocasionar úlceras en la extremidad inferior. Son, generalmente, accidentes profesionales de las más diversas industrias o, simplemente, ocasionales. Otras veces, las menos, son producidas por agentes terapéuticos o provocadas con fines de simulación. Sus caracteres varían según el agente que los origina. Son úlceras agudas con proceso inflamatorio, muy dolorosas, que se reparan tanto más lentamente cuanto más destrucción de tejidos y según el agente causal. La reparación es lenta; las cicatrices casi siempre son viciosas y, muchas veces, queloidianas.

Las lesiones cutáneas piógenas, cuando asientan en la extremidad inferior, aunque sean, en un principio, superficiales, pueden hacerse profundas y ulcerosas, dando lugar al ectima. Muy distintas causas pueden favorecer la aparición de este proceso: trastorno circulatorio, intoxicaciones (alcohol, diabetes), infecciones graves (tuberculosis, lúes), surmenaje, depauperación o enfermedades graves (ectima de los caquéticos). La lesión comienza por una vesícula que se recubre de una costra que se hace profunda, con contenido seropurulento. La úlcera es redondeada, ovalada, de bordes a pico, con collarite epidérmico despegado, que, a su vez, se rodea de un halo congestivo inflamatorio e infiltrado. El contenido puede ser, también, hemorrágico, presentando el fondo mamelones carnosos. La cicatrización es lenta y la cicatriz plana. Los elementos casi siempre son múltiples y sin sitios de preferencia. No es raro ver aparecer, secundariamente, gangrenas de tipo microbiano sobre estos ectimas ulcerosos.

Entre las formas poco frecuentes de úlceras piógenas, que no se presentan en nuestro país, debemos describir la úlcera trópica. Tiene, por punto de partida, una erosión, herida o picadura que se infecta. Se hacen en seguida úlceras de grandes dimensiones, recubiertas, casi siempre, de una membrana grisácea y difteroiide. Hay una forma fagedénica que alcanza tamaños enormes, muy profundas, que se necrosan y esfacelan, dejando cicatrices muy desiguales. En su evolución y desarrollo influyen siempre las condiciones depauperantes tan corrientes en las latitudes donde se producen.

La lúes da un gran contingente de procesos ulcerosos de extremidad inferior. Es una rareza encontrar en esta región un accidente primario cuya inoculación en esta región es excepcional, no así en el muslo, producida por prácticas sexuales (FOURNIER). Es, en este caso, una erosión en pastilla que se ulcera en el centro y cuya adenitis sifiloide es constante. La

lesión más típicamente ulcerosa de la lúes es la úlcera gomosa del período terciario y resultante del reblandecimiento de un goma. Esta lesión es relativamente frecuente en la pierna. Formado el goma, se reblandece por su parte central, se ulcera excéntricamente, partiendo de este punto, y destilando un líquido filante, purulento, mal trabado y sanioso. En el fondo hay un tejido amarillento y restos de tejido mortificado. La úlcera, que no alcanza nunca grandes proporciones, es redondeada, con bordes a pico, no despegados, lo que la diferencia del goma tuberculoso. Los tejidos circundantes son inflamatorios, rojos, infiltrados y tumefactos. La cicatriz que deja es lisa, plana y deprimida, no adherente y pigmentada en sus bordes. Las sífilides tuberogomosas del período secundo terciario tardío, en su fase ulcerosa, dan un crecido porcentaje de localización en la extremidad inferior. Forma placas cuyo centro cicatrizal se rodea de una corona de tubérculos, de contorno policíclico. Estos nódulos de pequeñas proporciones se reblandecen y ulceran; no son dolorosos, crateriformes, con bordes a pico, rojo oscuro, infiltrados y duros. A veces se recubren de una costra adherente. Las cicatrices son de iguales caracteres que las del goma. Casi siempre, los focos son múltiples y pueden coincidir con lesiones similares del resto del cuerpo. Las úlceras producidas por vascularitis en la lúes, las consideramos como de origen vascular. Las úlceras que se producen en la tabes se describirán entre las de origen nervioso.

La tuberculosis cutánea presenta unas formas que son ulcerosas primitivamente y otras que, sin ser ulcerosas, se ulceran secundariamente. Unas y otras pueden asentar en la extremidad inferior, y no es raro ver con frecuencia estas formas, que no son primitivamente ulcerosas, producir úlceras al localizarse en la pierna. El chancro tuberculoso y la úlcera tuberculosa típica no tienen asiento en la extremidad inferior. Sólo se citan los casos de accidente primario en un dedo del pie. La lesión más típicamente ulcerosa de la tuberculosis cutánea, y que asienta con frecuencia en la pierna, es el goma tuberculoso. Este se reblandece y se ulcera. Es de bordes irregulares, despegados, de color rojizo violáceo, fondo anfractuoso, de un tejido blanduzco y friable, si bien puede hacerse duro y resistente en algunas ocasiones. No se presentan fenómenos inflamatorios, evolucionando corrientemente en frío. Los elementos son casi siempre múltiples, siguiendo, en general, el trayecto de los linfáticos. La evolución es muy lenta; la cicatriz que deja es irregular, de bordes desiguales, y cuando alcanza grandes proporciones, por fusión de varios elementos, presenta bordes con bridas queloidianas adherentes por los extremos y con trayectos múltiples. Los contornos, en general, no son circinados o policíclicos, como acontece en la lúes. El tegumento circundante es lívido durante mu-

cho tiempo. La forma serpiginosa ulcerosa del lupus se encuentra raramente en la pierna. La tuberculosis verrugosa asienta rarísimamente en la extremidad inferior, y si existe, no se ulcera mas que secundariamente.

PAUTRIER ha descrito una forma de tuberculide que lleva su nombre, que alcanza preferentemente la extremidad inferior, lo que se llamó, en tiempos, ectima terebrante de los escrofulosos. La lesión comienza por un elemento de pequeñas dimensiones, parecido al de la tuberculide pápulo-necrótica, que crece rápidamente, dando lugar a úlceras de gran tamaño y que muchas veces resulta de la fusión de varios elementos, presentando, entonces, configuración policíclica. Los bordes son ligeramente elevados y bien marcados. El fondo es plano y con mamelones carnosos. El perímetro de la lesión es ligeramente eritematoso e infiltrado. Casi siempre, los elementos son múltiples y muy cercanos unos a otros. La cicatriz es blanda o esclerosa, violácea, rosada o blanquecina y, a veces, ligeramente pigmentada.

El eritema indurado de Bazín, excepcionalmente puede ulcerarse por reblandecimiento del centro del nódulo, formando úlceras profundas, de bordes cortados a pico y a veces de gran tamaño, que asientan, casi siempre, en el tercio inferior y posterior de la pierna, constituyendo la forma de Hutchinson.

Las lesiones producidas por la lepra, se puede decir que tienen preferencia por la extremidad inferior, dando lugar, frecuentemente, a procesos ulcerosos. En todos los períodos de la lepra podemos encontrar procesos de esta naturaleza. El accidente primario, chancro leproso, cuya curación es excepcional; puede asentar en la pierna. Es un nódulo sin caracteres especiales. Lo más difícil del diagnóstico de esta lesión es pensar en su posibilidad. En los períodos más avanzados de la enfermedad, cuando presentan ya trastornos de la sensibilidad y anestias, los traumatismos y quemaduras que se producen con frecuencia, se ulceran con facilidad, y gracias a las alteraciones del trofismo, se infectan y se hacen tórpidas. Asimismo, podemos encontrar un síntoma cutáneo precoz: el pénfigo leproso, que se localiza, en general, en la cara de extensión de la pierna, que empieza por una ampolla de grandes dimensiones, que se ulcera, constituyendo una úlcera con cicatriz atrófica. En las formas lepro-matosas se presentan localizaciones en extremidad inferior con relativa frecuencia, coincidiendo con otros elementos similares en el resto del cuerpo. Se identifica fácilmente el bacilo de Hansen, en los nódulos ulcerados, y las reacciones biológicas son siempre positivas. Otros procesos ulcerosos debidos a la lepra nerviosa, pueden presentarse, y serán descritos más adelante.

Son muy raras las ulceraciones micóticas de la extremidad inferior. Las esporotrichosis es la menos rara. La aparición en el hombre, se hace por inoculación directa, por picadura o por los esporos que penetran por el tubo digestivo y llegan a la piel por vía hematógena. Las lesiones, casi siempre múltiples, comienzan por nódulos duros subcutáneos, indoloros, adherentes a la piel y que siguen netamente el trayecto linfático. El goma esporotricósico, así como la forma de sus cicatrices, no presenta caracteres especiales. A veces forman grandes abscesos. Las pruebas biológicas de examen directo, cultivo serodiagnóstico o intradermo —reacciones—, nos facilitarán el diagnóstico causal. Las blastomicosis son rarísimas en nuestros climas y menos en la pierna. Forman gomas ulcerados, a veces de forma tumoral, con fenómenos generales graves, simulando las piodermitis vegetantes, sarcomatosis o tuberculosis gomosas. Las actinomicosis no se presentan nunca en la extremidad inferior. Los pies de Madura y otras afecciones tropicales, desconocen, en Europa, localizaciones de extremidad inferior.

El botón de Oriente, producido por la leishmania trópica y transmitido por la picadura del *Flebothomus pappata*, se presenta en la extremidad inferior en obreros agrícolas de las regiones fluviales o con aguas estancadas. Los nódulos se pueden ulcerar, presentando forma crateriforme y pultácea, con espigones córneos en el fondo, parecidos al de los eritematodes. Cicatrizan espontáneamente, después de meses de evolución.

En las lesiones que se desarrollan en el curso de las leishmaniosis producidas por la leishmania americana, siempre con fenómenos generales graves y que duran largo tiempo, pueden dar lugar a grandes úlceras superficiales de la pierna y que sólo citamos, ya que no se dan en nuestras latitudes.

Entre las retículoendoteliosis, la que más puede dar procesos ulcerosos de extremidad inferior es la micosis fungoide. A pesar de todo, ni es frecuente ni la pierna es su sitio de elección. Los tumores linfadenicos no se ulceran, en general; sin embargo, en la micosis fungoide puede llegarse a ello. Estos tumores pueden surgir súbitamente, sin otros síntomas; o más corrientemente sobre erupciones premicósicas típicas; eritemas, eczematosas, liquenoides o de parapsoriasis. Los tumores son hemiféricos, violáceos, blandos y de gran tamaño. Su evolución, una vez ulcerados, es muy lenta y casi siempre existen tumores similares en otras regiones.

En la ictericia hemolítica familiar y constitucional, y en otras anemias de tipo hemolítico, como en el síndrome de Rietti, Creppi y Micheli, talasemia minor, enfermedad de Coolly o anemias de células falciformes,

pueden presentarse úlceras de la pierna como complicación rara. Casi siempre asientan en el maleolo interno, en personas de edad media, sobre una zona pigmentada o esclerosa. De evolución rápida, empieza por un punto central que se agranda rápidamente, alcanzando gran tamaño, de fondo rojo vivo y, a veces, sanioso; de contorno redondeado, bordes salientes y rodeada de una zona pigmentada, eczematoide o purpúrica. Son muy dolorosas. En su patogenia, todavía muy oscura, parece que influyen el éxtasis venoso, la destrucción globular, con el consiguiente depósito de hemosiderina y la irritabilidad del sistema retículo endotelial. En su tratamiento hay que llegar, a veces, a la esplenectomía.

Entre las lipoidosis producidas por trastornos metabólicos de los lípidos, la necrobiosis lipoidea de los diabéticos, que fué descrita por URBACH y OPPENHEIM, puede dar lugar a úlceras de la extremidad inferior. En ella influye, tal vez, la acción lípida reguladora del páncreas. Estas úlceras asientan sobre una placa esclerosiforme de gran tamaño, de color amarillento o grisáceo, con manchas rojas y bordes salientes, y cuyo centro invade, creciendo rápidamente. Son indoloras y resistentes a los medios terapéuticos locales corrientes.

También pueden producirse úlceras superficiales de gran tamaño, que aparecen sobre dermatitis pigmentarias, en los enfermos con trastornos tiroideos. Unas veces por trastornos directos sobre la piel; otras por la acción hiperglucemiante del metabolismo de los hidrocarburos o, simplemente, por acción simpática que produciría trastornos tróficos de la piel, causas que pueden producir estas lesiones y que no es raro ver mejorar rápidamente las lesiones, corrigiendo el trastorno tiroideo.

Las múltiples formas ulcerosas que presentan los distintos tipos de neoplasias malignas, pueden tener asiento en la extremidad inferior. Los epitelomas son los que más contingente dan y de los cuales, los espino-celulares constituyen la casi totalidad. Cuando se desarrollan, asientan, casi exclusivamente, sobre úlceras crónicas, cicatrices de traumatismos de quemaduras o queloidianas, dermatitis crónicas o procesos luéticos tuberculosos o de otra naturaleza. Pueden presentarse, también, sobre las radio-dermitis ulcerosas tardías, siempre que un proceso ulceroso o cicatriz no obedezcan a tratamientos adecuados; hay que sospechar una degeneración maligna del proceso y controlarlo por biopsia. Estos epitelomas ulcerados asientan sobre una base indurada, con bordes vegetantes de consistencia leñosa, de fondo desigual, con mamelones rojos y friables, y que sangran con facilidad. Son muy dolorosos, no existen fenómenos inflamatorios y su crecimiento es excéntrico y rápido. Cuando la lesión es primitiva, empieza por un nódulo duro, que se ulcera para tomar los caracteres que

hemos descrito anteriormente. Son, en general, infiltrantes que se generalizan y metastatizan rápidamente.

Los sarcomas pueden presentarse, o bien como tumor solitario que aparece en forma de nódulo blando, redondeado y de color oscuro, de crecimiento rápido, que se ulcera precozmente, produciendo, a veces, abundantes hemorragias. Más frecuente es encontrar en esta región elementos de una sarcomatosis generalizada. El tipo Neumann da tumoraciones de gran tamaño que se ulceran precozmente y son fácilmente confundibles con los tumores de la micosis fungoide.

Los nevocarcinomas pueden asentar sobre los dedos del pie y ulcerarse rápidamente. La úlcera es negruzca o melánica, redondeada, con base dura e infiltrada, que contrasta con la consistencia blanda de los nevus, con los cuales puede confundirse en su comienzo. También se confunde con ciertas formas de sarcoma.

Múltiples son los procesos de extremidad inferior que reconocen, como factor predominante, un trastorno nervioso; y decimos predominante porque no siempre el factor nervioso es el único, y aun cuando así sucede, es imposible determinar las relaciones entre el factor vascular y el nervioso. Hay casos en que la alteración nerviosa actúa sobre la circulación del miembro, que da lugar a la úlcera, y otras en que es el factor nervioso el que obra sobre la inervación misma. En el primer caso, la úlcera se produce por pérdida de sustancias y, en el segundo, por dificultad en el poder de cicatrización (HERNÁNDEZ LÓPEZ). El trofismo siempre está alterado y el mecanismo regulador de éste, está condicionado siempre por el factor nervioso. Los términos trofismo y nutrición, son sinónimos, pero no idénticos. Su alteración da manifestaciones, particularmente en la piel, modificando las condiciones locales de los tejidos y, preferentemente, las de la extremidad inferior. La manera de producirse una úlcera de la pierna, por trastorno nervioso, puede ser debida a muy distintos mecanismos y causas. Unas veces son debidas a trastornos puramente psíquicos; otras por vía simpática o por acción sobre el sistema neurovegetativo; a veces por lesión medular y a su vez, todos estos trastornos pueden reconocer muy distintos orígenes: traumatismos, infecciones, intoxicaciones, enfermedades degenerativas o tumores.

Entre los procesos ulcerosos debidos a trastorno psíquico, se encuentra el grupo de gangrenas histéricas que aparecen en individuos con taras neuropáticas. Cuando aparecen en la extremidad inferior, cosa poco frecuente, pueden ser espontáneas y, más corrientemente, por autolesión (patomimias). Son extensas, superficiales y de rápida curación. El síndrome de Matzenauer Polland, que aparece en enfermas histéricas o dismenorréi-

cas, lo consideramos en el grupo de estas gangrenas histéricas, interviniendo en su producción las distintas sustancias que se producen en el proceso menstrual (trimetilamina). La patogenia de este proceso está todavía en tela de juicio. Las ulceraciones, casi siempre simétricas, son húmedas, secretantes, a veces con puntos hemorrágicos, extensas y superficiales. Curan rápidamente sin terapéutica especial, para recidivar a cada periodo menstrual, durante largo tiempo.

La acrodinia de la infancia, probablemente de origen infeccioso, que invade el neuroeje y en la que se reúnen síntomas motores y psíquicos, puede llegar a producir mutilaciones y tienen una gran importancia dichos fenómenos psíquicos.

Las úlceras por decúbito, se presentan con frecuencia en el curso de enfermos con enfermedades graves, depauperantes, como complicaciones postoperatorias y, sobre todo, en enfermos con lesiones nerviosas graves, por traumatismo, lesiones medulares o tumores. Siempre obra de una parte un factor mecánico, roce, presión, peso del cuerpo, y de otra, una disminución de la resistencia de los tejidos, producida, ya sea por la permanencia prolongada en cama, por maceración de secreciones o humedad, ya por trastorno nervioso que disminuye la sensibilidad de la piel, produciendo el estado de estupor trófico de Ley, que deja los tejidos completamente indefensos. La localización en la pierna es casi siempre maleolar, por presión del cuerpo o, también, por compresión de un yeso. Sobre una zona roja se forma una escara que se necrosa y se elimina, dejando una úlcera profunda que se agranda y de muy difícil, y a veces imposible, reparación. Su duración es siempre larguísima. También la vemos en la pierna, producida por sección de nervios; sobre todo, del ciático.

El mal perforante plantar, es un proceso ulcerativo que se presenta casi exclusivamente en la planta del pie, muy profundo, y, a veces, con destrucción de tejidos. Empieza, muchas veces, por el talón, sobre una hiperqueratosis o zona inflamatoria. La úlcera es pequeña, muy honda y de bordes tallados a pico. La secreción es seropurulenta y hay siempre un rodete hiperqueratósico que es típico. Muchas veces hay lesiones óseas o articulares que invaden las zonas limítrofes y producen amputaciones o mutilaciones. Puede obedecer este proceso a muy distintas causas: tabes, lepra, siringomielia o intoxicaciones crónicas, o diabetes. Sea cual fuere su causa, hay siempre un origen esencialmente nervioso.

La predilección de la lepra por la extremidad inferior, se hace todavía más ostensible en la lepra nerviosa. Los trastornos de sensibilidad que modifican hondamente el trofismo, así como las lesiones sobre los nervios mismos, neuritis, facilitan la aparición de lesiones ulcerosas. Estos trastornos de sensibilidad, con sus consiguientes anestias, facilitan que se:

produzcan extensas ulceraciones, por traumatismos, y quemaduras, por alteración del trofismo. Así se produce, también, el ya citado pénfigo leproso. Estas lesiones producen siempre una cicatriz atrófica. El mal perforante plantar, de origen leproso, se presenta durante esta enfermedad con los caracteres descritos anteriormente, profundizando lentamente e invadiendo tendones, músculos y produciendo lesiones óseas de importancia, dando lugar a mutilaciones y amputaciones, a veces extensas. Afortunadamente, las nuevas terapéuticas que modifican tan profundamente el curso y evolución de la lepra, disminuyen enormemente la frecuencia y curso de estas lesiones que puede decirse que están llamadas a desaparecer, siempre que los tratamientos sean precoces y correctos.

La tabes, sea por su lesión primordial de astas posteriores de médula, como por otras alteraciones tróficas en estados avanzados de la lesión, y coincidiendo, muchas veces, con los fenómenos de ataxia, dan un contingente de úlceras tróficas de extremidad inferior de muy sombrío pronóstico. Asimismo acontece en las mielitis anteriores de los luéticos.

Otras muchas afecciones nerviosas, desde las lesiones congénitas de raquis con lesiones medulares, los traumatismos, que producen, asimismo, lesiones medulares graves; las poliomielitis, descritas anteriormente; la siringomielia, la esclerosis en placas, con sus lesiones tan difusas; la espondilitis rizomélica, el ainhum, con lesiones tan profundas que llegan a la mutilación espontánea, son tantas otras causas de procesos ulcerosos que reconocen siempre en definitiva un grave trastorno nervioso.