

Úlcera de Marjolin, reporte de caso

Victor Manubens¹, Morgana Utreras¹, Andrea Bretón¹, Cristián Pinto², Rodrigo Molina³

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, sin antecedentes relevantes, con úlcera en tobillo izquierdo de dos años de evolución relacionada a herida previa por quemadura con agua caliente de aproximadamente 60 años de antigüedad, con crecimiento progresivo y mala respuesta a tratamiento inicial con curaciones y luego con antibióticos. Se realiza estudio con biopsia cutánea incisional que confirma cáncer espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrante en dermis reticular, lo cual corresponde a una úlcera de Marjolin. Se deriva a cirugía oncológica en donde se realiza el estudio de etapificación con resultado de lesión ósea por contigüidad y una tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis sin diseminación a distancia, por lo que se decide amputación infracondilea de la extremidad afectada. Debido a este caso de interés, se realiza una revisión sobre úlcera de Marjolin, con el fin de lograr un diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz.

Palabras claves: úlcera de marjolin; carcinoma espinocelular; quemadura; cicatriz.

SUMMARY

We present the case of a 77-year-old woman, with no relevant history, with a left ankle ulcer of two years of evolution related to previous burn injury with hot water of approximately 60 years old, with progressive growth and poor response to initial treatment with cures and then with antibiotics. A study was performed with cutaneous incisional biopsy confirming moderately differentiated and infiltrating squamous cell cancer in the reticular dermis, which corresponds to a Marjolin ulcer. It is derived to oncologic surgery where the etapification study is carried out with result of contiguous bone injury and a computed tomography (CT) thorax, abdomen and pelvis without distant dissemination, so infracondyle amputation of the affected extremity is decided. Due to this interest case report, a review of Marjolin's ulcer is performed, in order to achieve an adequate diagnosis and early treatment.

Key words: marjolin ulcer; squamous cell carcinoma; burn; scar.

Se conoce genéricamente como úlcera de Marjolin a las neoplasias que se originan en procesos cicatriciales o inflamatorios crónicos de la piel, especialmente sobre quemaduras, aunque existen varios reportes sobre úlceras venosas o por decúbito, hidradenitis supurativa, fistulas de osteomielitis, sitios de gastrostomía, entre otras. La neoplasia más frecuentemente originada corresponde al carcinoma espinocelular. Es una entidad reconocida, pero rara. Su tratamiento consiste habitualmente en la cirugía con extirpación completa con márgenes de seguridad asociado a un injerto cutáneo correctivo o amputación en caso de compromiso óseo y/o cutáneo extenso.

Presentamos el siguiente caso de interés, donde se logra el diagnóstico definitivo de úlcera de Marjolin tras meses de tratamiento frustrado de una úlcera crónica. Se insta a aumentar el grado de sospecha de malignidad en el diagnóstico diferencial de úlceras crónicas, especialmente aquellas relacionadas al antecedente de una quemadura o herida previa y a considerar la biopsia como una herramienta de apoyo diagnóstico relevante en estos casos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años, sin antecedentes de relevancia. Presenta una lesión ulcerativa crónica en el tobillo dere-

¹Médico en etapa de destinación y formación. Hospital de Achao Servicio de Salud Chiloé, Chile, ²Dermatólogo Hospital Augusto Riffart de Castro. Docente Adjunto Universidad Mayor, Chile. ³Servicio de Anatomía patológica y citopatología, Hospital Dr. Eduardo Schutz Puerto Montt, Chile.

Correspondencia: Víctor Manubens Vargas Correo electrónico: victor.manubens.v@gmail.com Celular: +56 9 94550307. Dirección: Riquelme S/N. Achao. Hospital de Achao. Comuna Quinchao. X Región, Chile. Código Postal: 3900700.

cho, de aproximadamente 2 años, la cual se mantuvo en tratamiento con curaciones en su posta sin controles regulares. Refiere antecedente de quemadura con agua caliente en la zona con resultado de cicatriz local hace aproximadamente 60 años. Es derivada al Hospital de Achao, provincia de Chiloé, Chile, dado que en los últimos 6 meses presenta aumento del tamaño de la úlcera y dolor local ocasional.

Al examen físico lesión ulcerada de aproximadamente 15x10 centímetros en pierna derecha con tejido fibrinoso en superficie, bordes irregulares y friables, algo solevantados y vegetantes. (Figura 1). Se decide hospitalizar para estudio, destacando exámenes generales normales y cultivo de tejido positivo para *Proteus* spp. sensible a ciprofloxacino. Se completa 7 días de tratamiento antibiótico asociado a curaciones avanzadas, sin mejoría clínica. Se complementa estudio con radiografía de pierna con sospecha de lesión ósea de fibula adyacente a la úlcera (Figura 2), por lo que se decide biopsia incisional en 3 bordes de la lesión con hipótesis diagnóstica de úlcera crónica por tumor cutáneo. Se obtiene resultado histopatológico de: signos de reepitelización tipo pseudoepitelioma y compromiso focal por carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrante en dermis reticular (Figuras 3).

Tras ello, la paciente es derivada a cirugía oncológica en Hospital Base de Puerto Montt, con estudio de etapificación con TC de tórax, abdomen y pelvis con resultado de sólo hallazgo de un nódulo pulmonar. Se realiza amputación infracondilea de la extremidad debido al extenso compromiso local y óseo.

DISCUSIÓN

Ya en el en el siglo I Celso describía como ciertas úlceras se formaban a partir de la cicatriz de una quemadura. En 1828 Jean Nicholas Marjolin describe ciertas ulcers secundarias a quemaduras como “úlceras chancroides” sin establecer el carácter maligno de ellas. Luego, en 1903, Da Costa describe este proceso de malignización y mantiene el epónimo de úlcera de Marjolin en su reconocimiento.¹ Hoy se reconoce como úlcera de Marjolin a las neoplasias que se originan en procesos cicatriciales o inflamatorios crónicos de la piel, independiente su gatillante inicial. Es una entidad rara, aunque reconocida y su importancia radica en las patologías clínicas a las cuales se asocia, puesto que es en las cuales se hace



Figura 1

Imagen clínica de tobillo derecho. Úlcera de 15x10 centímetros en pierna derecha con tejido fibrinoso en superficie, bordes irregulares y friables, algo solevantados y vegetantes.



Figura 2

Radiografía de tobillo derecho (Proyección anteroposterior): Se observan radioopacidades en fibula derecha distal, adyacente a la úlcera que podrían corresponder a reacción periosteal.

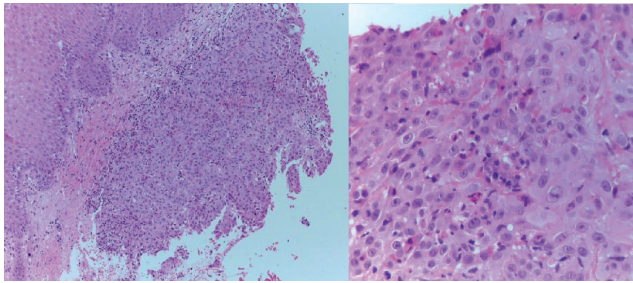


Figura 3

Histopatología: A izquierda; en el espesor dérmico, bajo la epidermis, se identifica zona de proliferación escamoide atípica, con patrón nodular. A la derecha; con mayor aumento nidos cohesivos constituidos por células epiteloideas con diferenciación escamosa, con pleomorfismo, núcleos aumentados de tamaño, con uno o varios nucléolos prominentes y abundante citoplasma. Se identifican mitosis atípicas.

posible intervenir. Las causas más frecuentes son quemaduras, seguidas por fistulas de osteomielitis crónica, úlceras venosas y/o por presión y menos frecuentemente secuelas de amputaciones, radiaciones, colgajos, heridas y cicatrices en general.²

La etiopatogenia no es clara, pero posiblemente sea multifactorial. Se han planteado varias teorías que consideran una disminución de la respuesta inmunológica en el sitio de la injuria. Por otro lado se ha postulado que el trauma crónico en la ulcera produciría un estado de reparación celular alterada que generaría fallas en la replicación celular, así como que la hipoperfusión sería un fenómeno relevante en generar crecimiento tumoral local obliterando el sistema linfático, con la consiguiente disminución de la capacidad correctiva de replicación celular.³

La neoplasia más frecuente corresponde al carcinoma espinocelular (CEC) (80%), otros menos frecuentes pueden corresponder a carcinoma basocelular, melanoma, sarcoma, entre otros.

Las cicatrices por quemaduras se estima presentan un proceso de malignización en un 2% de los casos, el cual se manifiesta en promedio tras 30 años de injuria inicial, con un intervalo desde 1 hasta 60 años, aun cuando existen casos con menos transcurso de 1 año desde la injuria, denominándose casos agudos.^{3,4}

La ubicación más frecuente de presentación de la úlcera de Marjolin son las extremidades inferiores y clínicamente se sospecha con la triada de formación nodular, induración y ulceración, habitualmente presentándose

como úlceras con bordes solevantados e induración adyacente, aunque no es poco común encontrar variantes verrucosiformes exofíticas que podrían ser confundidas con verrugas.

El estudio histológico confirmará la transformación maligna de la lesión y generalmente se caracterizará por hallazgos de queratinización perlada, infiltración linfática crónica, hiperplasia pseudoepitelioma e invasión perineural asociados a la malignidad.⁵

El estudio de diseminación se realiza con imágenes para descartar compromiso óseo local (y diferenciar de osteomielitis) con radiografías, Tomografía computada y/o Resonancia magnética y luego a distancia con Tomografía computada.

Tradicionalmente se describe que para CEC la profundidad tumoral presenta el mayor riesgo relativo de recurrencia y metástasis, en tanto que el tamaño mayor a 20 mm representa el mayor riesgo relativo de mortalidad 6.

El CEC dado por úlcera de Marjolin se ha descrito más agresivo que un CEC cutáneo convencional, dado por su mayor compromiso metastásico. Estudios muestran que la tasa de metástasis ganglionar alcanza a 30-34% en CEC secundarios a quemaduras en contraste al 0.5%-3% reportado en CEC no relacionado a úlcera de Marjolin.⁷

Se ha demostrado mayor prevalencia de metástasis en úlceras de Marjolin ubicadas en extremidades inferiores en contraste a otras ubicaciones.⁸

La sobrevida a 3 años varía desde 35-50 % con compromiso ganglionar. Hasta un 65-75% sin compromiso.⁹ Por tanto, el pronóstico dependerá del componente metastásico dado principalmente por el tiempo de evolución de la lesión tumoral, grado de diferenciación y la invasión en profundidad.

El tratamiento de la úlcera de Marjolin debe tener un enfoque multidisciplinario. La extirpación local debe ser con un margen de seguridad amplio, de al menos 2 centímetros, seguida de la colocación de un injerto, cierre primario retardado o movilización de un colgajo según sea más conveniente. La amputación queda reservada para los casos con invasión ósea o extensión local extensa. La pertinencia de la disección ganglionar es motivo de controversia, realizándose, en general, para casos con compromiso ganglionar clínico o imagenológico, acompañada o no de radioterapia.^{9,10}

Sin duda es relevante el rol preventivo en la úlcera de Referencias Marjolin, realizando aseos cuidadosos de las heridas, tratamientos rápidos de posibles infecciones y extirpación precoz de lesiones degenerativas. En quemaduras extensas y profundas es importante evitar la curación por segunda intención y realizar injertos o colgajos de los defectos cutáneos.

CONCLUSIÓN

Este caso permite concluir que se debe sospechar neoplasia en heridas crónicas con ulceración y mala respuesta de tratamiento, especialmente aquellas relacionadas al antecedente de una quemadura o herida previa y considerar la biopsia como una herramienta de apoyo diagnóstico relevante para lograr un diagnóstico oportuno, que pudiera ser determinante en el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

1. Da Costa JC. III. Carcinomatous changes in an area of chronic ulceration, or Marjolin's ulcer. *Ann Surg.* 1903;37:495-502
2. García Morales I, Pérez Gil A, Camacho FM. Úlcera de Marjolin: carcinoma sobre cicatriz por quemadura. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97(8):529-32
3. Pekarek B, Buck S, Osher L. A Comprehensive Review on Marjolin's Ulcers: Diagnosis and Treatment. *The Journal of the American College of Certified Wound Specialists.* 2011;3(3):60-64
4. Kowal-Vern A and Criswell BK. Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. *Burns* 2005;31:403-413
5. Challa VR, Deshmane V, Ashwatha Reddy MB. A Retrospective Study of Marjolin's Ulcer Over an Eleven Year Period. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery.* 2014;7(3):155-159
6. Thompson AK, Kelley BF, Prokop LJ, Murad MH, Baum CL. Risk Factors for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Recurrence, Metastasis, and Disease-Specific Death. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2016;152(4):419-428
7. Chang JB, Kung TA, Cederna PS. Acute Marjolin's ulcers: a nebulous diagnosis. *Ann Plast Surg.* 2014;72(5):515-20
8. Bauer T., David T., Rimareix F. Marjolin's ulcer in chronic osteomyelitis: seven cases and a review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2007;93:63-71
9. Matsushita S, Kawai K, Tada K, MeraKkubo H, Kubo H, Ibusuki A, et al. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma treated successfully with surgery, radiotherapy and S-1/cisplatin chemotherapy. *J Dermatol.* 2010;37 (7):666-70
10. Goel V. Marjolin's Ulcer. *Clin Dermatol J* 2017, 2(4):000125