

Medicentro Electrón. 2012 jul.-sep.;16(3)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
«DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ÚLCERA DE MARJOLIN. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

Por:

MSc. Dr. José Ramón Rodríguez Morales¹, Dr. Cecilio González Benavides² y Dra. Milagros García Rivero³

1. Especialista de I Grado en Oncología. Máster en Educación Médica. Hospital Universitario «Celestino Hernández Robau». Asistente. UCM-VC. e-mail: [joserrm@hchr.vcl.sld.cu](mailto:josermm@hchr.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Angiología. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico «José R. León Acosta». Instructora. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

ÚLCERA
NEOPLASIAS
NEOPLASIAS CUTÁNEAS

Subject headings:

ULCER
NEOPLASMS
SKIN NEOPLASMS

La úlcera de Marjolin es un tumor maligno cutáneo, raro y agresivo, que se desarrolla en la piel previamente traumatizada o con inflamación crónica¹. Se informa con mayor frecuencia asociada con cicatrices de quemaduras, aunque existen referencias que la vinculan a las úlceras por estasis venosa crónica. Más raras son las relacionadas con cicatrices crónicas, como fístulas, hidrosadenitis, picaduras de insectos, fístulas pilonidales, osteomielitis, cicatrices de vacunas, lupus discoide, congelamiento, sitios de toma de injerto, picaduras de víbora, lepra y úlceras por presión. El tumor tiende a desarrollarse lentamente, con un tiempo promedio de transformación maligna de 35 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas. El tratamiento de elección es la extirpación radical. La serie que presentamos la integran cuatro pacientes que desarrollaron carcinomas epidermoides insertados en procesos inflamatorios crónicos de la piel, como: proceso fistuloso pilonidal, lupus discoide crónico, úlcera varicosa y lepra.

Presentación de los pacientes

Paciente 1

Se trata de un paciente de 56 años, masculino, blanco, con antecedentes de dermatosis por hidrocarburo, que hace 25 años padece de una fístula pilonidal en la región glútea izquierda, y acude a consulta multidisciplinaria de Tumores Periféricos hace seis meses, con una lesión vegetante, en placa superpuesta.

Al realizar el examen físico, se observa un tumor vegetante de 15 x 8 cm que se inserta sobre una región glútea con múltiples orificios de salida de fístulas activas e infectadas. En la región inguinal, se palpan adenopatías bilaterales de consistencia dura que forman paquetes (Fig. 1).

204



Fig. 1 Úlcera de Marjolin insertada en un proceso pilonidal.

Se realiza biopsia escisional de las adenopatías que fueron negativas, y se decide la conducta terapéutica.

En el examen anatomopatológico se informa: Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante en etapa II (T4N0M0).

Se realiza escisión amplia con márgenes de seguridad laterales de 2 cm y profundos hasta el músculo glúteo mayor, que se reseca completamente; se reconstruye con injerto libre de piel total del muslo y se indica radioterapia postoperatoria. El paciente se encuentra libre de enfermedad.

Paciente 2

Se presenta a una paciente de 58 años, femenina, blanca, con antecedentes de lupus discoide desde hace 20 años, que acude a consulta multidisciplinaria de Tumores Periféricos por presentar una lesión vegetante, de crecimiento rápido, en el antebrazo derecho. Al realizar el examen físico, se constata un tumor vegetante de 12 x 10 cm, que se inserta sobre una piel con lesiones de lupus discoide. En la región axilar, no se palpan adenopatías (Fig. 2).



Fig. 2 Úlcera de Marjolin sobre una lesión de lupus discoide de antebrazo derecho.

En la biopsia practicada, se informa: Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante. La paciente fue estadiada como una etapa II (T4N0M0). Se realizó escisión amplia con márgenes de seguridad laterales de 2 cm y profundos hasta la fascia del músculo subyacente; se reconstruye con injerto libre de piel total del muslo. La paciente no ha presentado recidiva en el sitio de la operación, pero ha tenido que ser intervenida en tres ocasiones por lesiones similares en otras localizaciones anatómicas.

Paciente 3

Paciente de 81 años, femenina, blanca, con antecedentes de insuficiencia venosa crónica y úlcera varicosa de más de 30 años de evolución, que acude a la consulta multidisciplinaria de Tumores Periféricos, remitida del servicio de Angiología del Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro» con el diagnóstico de un carcinoma epidermoide insertado en los bordes de una úlcera varicosa (biopsia incisional). Al realizar el examen físico, se comprueba la presencia de un tumor vegetante de 18 x 15 cm que se inserta sobre una úlcera varicosa crónica del pie izquierdo. En la pierna, se observan lesiones parecidas pero de menor tamaño. En la región inguinal, se palpa paquete de adenopatías de aspecto metastásico (Fig. 3).



Fig. 3 Úlcera de Marjolin que se origina en una úlcera varicosa crónica.

Se le indica biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) de las adenopatías inguinales, donde se informa: Metástasis de un carcinoma epidermoide.

Se le realiza biopsia y se informa: Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante.

La paciente fue estadiada como una etapa III (T4N1M0).

Se practica amputación supracondilia y vaciamiento inguinopélvico. Al momento de la publicación, la paciente se mantenía libre de la enfermedad.

Paciente 4

Paciente de 78 años, femenina, blanca, con antecedentes de lepra dimorfa, que acude a la consulta multidisciplinaria de Tumores Periféricos, remitida del servicio de Dermatología del Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro», con el diagnóstico de un carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Al realizar el examen físico, se comprueba la presencia de un tumor vegetante de 13 x 7 cm que se inserta sobre lesiones antiguas de lepra (Fig. 4).



Fig. 4 Úlcera de Marjolin en una lesión de lepra.

Se le realiza biopsia, en cuyo resultado se informa: Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante, y se estadía como una etapa II de la enfermedad (T4N0M0).

La paciente no llegó a ser tratada, pues falleció en su hogar a consecuencia de una enfermedad cardiovascular aguda.

Comentario

Aunque Aurelius Cornelius Celsus, en el siglo I a.C, hace la primera descripción sobre la malignización de una úlcera en una cicatriz por quemadura, esta entidad debe su nombre al médico francés Jean Nicholas Marjolin, profesor de la Universidad de París, quien en 1828 hizo una clasificación descriptiva de diferentes modalidades de úlceras. Marjolin describió únicamente el desarrollo de úlceras verrugosas sobre cicatrices antiguas de quemaduras¹.

Se han planteado múltiples hipótesis para justificar fisiopatológicamente la transformación maligna en un tejido con irritación crónica; entre los más importantes se señalan:

- las toxinas liberadas por autólisis y heterólisis de la cicatriz de la úlcera.
- la deficiente irrigación del área afectada.
- el traumatismo repetido en un área de difícil cicatrización.
- la epitelización y las alteraciones inmunológicas locales².

En el caso de las úlceras venosas, la estasis venosa por insuficiencia valvular de ejes venosos superficiales o profundos, provoca hipertensión venosa en la microcirculación, y en forma progresiva comienzan a suceder cambios permanentes que conducen a la lipodermatoesclerosis con lipofagia, liberación de toxinas, trastornos microvasculares y transformación esclerosa dermoepidérmica³.

Los tejidos quemados podrían ser más susceptibles a otros carcinogénicos, como la luz ultravioleta. El desarrollo de carcinoma en este tipo de cicatrices se observó asociado con quemaduras extensas y profundas que cierran por segunda intención; por esta razón, se insiste en la reconstrucción de estas lesiones con injertos o colgajos cutáneos⁴.

Se debe tener en cuenta que el daño linfático asociado con estas lesiones podría disminuir la vigilancia inmunológica sobre las mutaciones celulares que los linfocitos habitualmente realizan en los tejidos normales⁵.

Las mutaciones en el gen Fas, responsabilizado con la protección celular en el proceso de la apoptosis, pudiera favorecer la transformación maligna en estos tejidos dañados.

Los agentes químicos utilizados en las curaciones de estas úlceras también podrían encontrarse relacionados⁶.

Referencias bibliográficas

1. Rossi G, Cortes L, Wainstein V. La importancia de la biopsia en las úlceras crónicas. Úlcera de Marjolin. Flebología y Linfología - Lecturas vasculares / Año 5 No. 13 / enero-abril 2010.
2. Calikapan GT, Akan M, Karaca M, Aköz T. Marjolin ulcer of the scalp: intruder of a burn scar. J Craniofac Surg. 2008;19:1020-5.
3. Soto Dávalos SD. Neoplasia maligna en cicatriz de quemadura: Úlcera de Marjolin. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Cirugía. 2008 jul.-ago.;76(4).
4. Mendosa Santos H. Úlcera de Marjolin - A propósito de un caso. Rev Méd Nuestros Hosp. 2011;17(4).
5. Zagne Bauk VO. Úlceras de Marjolin, relato de 12 casos. An Bras Dermatol. 2006;81(4):355-8.
6. González-Paredes R, Rocha Terceros ME. Úlcera de Marjolin en región lumbosacra. Dermatol Perú. 2008 abr.-jun.;18(2).

Recibido: 6 de febrero de 2012

Aprobado: 30 de junio de 2012