

Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso

D. Martínez-Ramos, V. Villalba-Munera, J. Molina-Martínez, J.L. Salvador-Sanchís

ÚLCERA DE MARJOLIN SOBRE UNA ÚLCERA VENOSA CRÓNICA: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y COMUNICACIÓN DE UN CASO

Resumen. Introducción. La úlcera de Marjolin es la degeneración maligna de una lesión crónica de la piel, bien inflamatoria o traumática. En la mayoría de las ocasiones ocurre sobre cicatrices de quemaduras, pero también se ha descrito en otro tipo de lesiones. La degeneración maligna de una úlcera venosa crónica es excepcional. Caso clínico. Mujer de 80 años, que acudió a nuestra consulta por presentar una úlcera venosa de 30 años de evolución, de superficie amarillenta, con áreas gris oscuras y lobuladas, de bordes irregulares, fondo atrófico y proliferaciones en su interior, que abarcaba el 50% de la circunferencia de la pierna. El estudio anatomopatológico demostró que sobre ella asentaba un carcinoma escamoso. El tratamiento fue la amputación infrarrotuliana de la extremidad. El postoperatorio fue satisfactorio, y recibió el alta hospitalaria a los 12 días de intervención quirúrgica. Conclusiones. Ante toda úlcera venosa crónica con mal aspecto, que tenga proliferaciones o tumoraciones o que no evolucione favorablemente con el tratamiento habitual, debe sospecharse una posible degeneración maligna y debe obtenerse biopsia para su estudio microscópico. El tratamiento en estos casos ha de ser la exéresis quirúrgica, con unos márgenes de seguridad suficientes. [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 63-6] **Palabras clave.** Carcinoma escamoso. Úlcera de Marjolin. Úlcera venosa.

Introducción

Han pasado más de 150 años desde que Marjolin describiera la degeneración neoplásica de una úlcera crónica. Desde entonces, las comunicaciones sobre esta patología han sido muy escasas, con menos de 100 referencias. La mayoría de las veces se trata de carcinomas escamosos –también llamados carcinomas epidermoides o epitelomas espinocelulares– sobre úlceras crónicas en antiguas quemaduras, y es

menos frecuente su aparición en úlceras de otro origen. La malignización de una úlcera venosa se ha comunicado en muy pocas ocasiones previamente, con menos de 200 casos en la bibliografía mundial. Aunque, afortunadamente, es una entidad poco frecuente –1,5‰ de todas las úlceras venosas crónicas, con un riesgo relativo de malignización de 5,8 [1]–, conviene conocerla, ya que la patología sobre la que asienta es de una elevada prevalencia en la población y una actuación temprana puede mejorar el pronóstico de estos enfermos.

Sección de Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana, España.

Correspondencia: Dr. David Martínez Ramos. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Secretaría 5.ª planta. Hospital General de Castellón. Avda. Benicàssim, s/n. E-12004 Castellón. E-mail: davidmartinez@comcas.es

© 2006, ANGIOLOGÍA

Caso clínico

Mujer de 80 años, que acudió a nuestra consulta por presentar una úlcera en la cara anterolateral del

D. MARTÍNEZ-RAMOS, ET AL

miembro inferior izquierdo. Como único antecedente de interés refería insuficiencia venosa crónica y varices de ambas extremidades inferiores, de 30 años de evolución, sin tratamiento. Durante la primera exploración se demostró dermatitis ocre y signos de atrofia cutánea en ambas extremidades, congestión venosa bilateral y gran ulceración en cara lateral externa de 15 cm de diámetro máximo, que abarcaba el 50% de la circunferencia de la pierna, de superficie externa amarillenta, con áreas gris oscuras y lobuladas, de mal aspecto, bordes irregulares, fondo atrófico y proliferaciones tumorales exuberantes en su interior (Figura). La exploración arterial fue normal. No se palparon adenopatías en las cadenas ganglionares inguinales. Ante la sospecha de posible malignización tumoral, se obtuvo biopsia de la lesión. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó que se trataba de un carcinoma de células escamosas.

Ante estos resultados y el gran tamaño tumoral/ulceroso se decidió tratamiento quirúrgico, que consistió en la amputación infrarrotuliana de la extremidad bajo anestesia general. El postoperatorio fue satisfactorio, y recibió el alta hospitalaria a los 12 días de la intervención. Actualmente, la paciente realiza una vida normal para su edad y condiciones físicas, y ha entrado en un programa de rehabilitación para posterior protetización.

Discusión

Se ha definido la úlcera de Marjolin como un epitelio-ma espinocelular desarrollado por degeneración de una úlcera de antigua quemadura [2]; sin embargo, aunque en la mayoría de ocasiones se producen en estas circunstancias, se han comunicado degeneraciones malignas de úlceras crónicas por otros motivos, como la hidradenitis supurativa, las úlceras por presión, sobre una cicatriz de una gangrena de Fournier, tras radioterapia, en una cistostomía, en úlceras neuropáticas en la lepra y en dermatitis *artefacta*, entre



Figura. Gran úlcera venosa en la cara anterolateral de la pierna izquierda.

otras [3]. Por tanto, podemos considerar cualquier ulceración crónica de la piel como el lecho sobre el cual puede desarrollarse un carcinoma. De este modo, diferentes autores han descrito degeneraciones malignas de úlceras venosas de larga evolución [1,4-7].

Las úlceras venosas se producen como consecuencia de la estasis venosa crónica y de la hipertensión venosa crónica. Cuando en un período razonable –algunos meses– la úlcera no ha cicatrizado con los tratamientos habituales, deben investigarse sistemáticamente otros problemas, como el empeoramiento progresivo de la insuficiencia venosa, la esclerosis bajo la úlcera, con formación de placas calcificadas, la estasis linfática, la coexistencia de insuficiencia arterial y, excepcionalmente, la degeneración maligna [4].

Baldurson et al [1] publicaron en 1995 un gran estudio en el que incluyeron 10.913 pacientes con úlceras venosas. Del total de pacientes, únicamente encontraron carcinomas de células escamosas en 17 casos (1,5‰). Estos números nos alertan de que, si bien es cierto que hay poco riesgo de malignización de una úlcera venosa, se trata de una patología tan prevalente en nuestro entorno que se deben conocer todas las posibles complicaciones, con inclusión de la degeneración neoplásica.

El tipo histológico más frecuentemente encontrado en las úlceras de Marjolin es el carcinoma escamoso (87%), seguido del carcinoma de células basales; otros tipos histológicos, como el melanoma o el sarcoma, son menos frecuentes [3,7]. Nuestro caso coincidió con el tipo histológico más frecuente, el carcinoma escamoso.

El tiempo transcurrido desde la aparición de la úlcera hasta su malignización suele ser mayor de 15 años; así, Baldurson et al [1] comunicaron que el tiempo medio fue de 25 años. Sin embargo, Celikoz et al [8] han publicado su aparición transcurridos tres años desde la quemadura. En nuestro caso, la paciente refería presentar la úlcera 30 años antes de acudir a nuestra consulta, por lo que, aunque existe discrepancia entre los resultados de diferentes autores, es evidente, a la vista de los casos comunicados y de nuestra propia experiencia, que el proceso maligno aparece tras años de evolución de la lesión ulcerosa.

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el que una úlcera venosa puede llegar a malignizar, aunque se han postulado diferentes teorías. Ester et al [9] proponen que el daño crónico llevaría, por diferentes mecanismos, a un déficit local de nutrientes, lo que produciría un epitelio incapaz de resistir la carcinogénesis producida por las radiaciones. La inmunosupresión sería un mecanismo favorecedor, así como la falta de aporte sanguíneo. Por lo tanto, la úlcera de Marjolin compartiría algunos de los puntos fundamentales de la fisiopatología con la úlcera venosa: aporte nutricional deficiente, hipoxia tisular, disminución de la inmunidad tisular y microtraumatismos repetidos [3].

El aspecto de una úlcera varicosa crónica de gran tamaño, con proliferaciones hipertróficas, irregularidad de los bordes, sangrado frecuente, anemia o, incluso, su evolución tórpida, deben hacernos sospechar una posible malignización y debemos obtener una muestra, normalmente mediante biopsia, para su estudio histológico.

La diseminación de este tipo de tumores, esencialmente, es por vía linfática, con una frecuencia de metástasis a cinco años, cuando asientan sobre lesiones crónicas de la piel –como las úlceras venosas crónicas–, próxima al 40% [10]. Por este motivo, algunos autores han propuesto el empleo de la biopsia del ganglio centinela para el estadiaje de metástasis ganglionares [11]. Sin embargo, aunque muy interesante, esta opción no está disponible, hoy por hoy, en todos los centros hospitalarios.

En cuanto al tratamiento del carcinoma escamoso, sea cual fuere su origen, se recomienda la escisión quirúrgica con márgenes de seguridad de 4-6 mm, y se obtienen curaciones de hasta el 90%. Otra opción consiste en realizar una ablación micrográfica de Mohos, mediante cortes horizontales intraoperatorios que, al asegurar unos márgenes libres de enfermedad, consigue porcentajes de curación del 99% en cinco años [12]. Estas cifras, sin embargo, descienden al 70% en caso de tumores mayores de 2 cm [10]. La radioterapia se considera una alternativa a la cirugía, si ésta no se puede realizar, no la acepta el paciente o como tratamiento adyuvante en casos de carcinomas grandes, mal diferenciados, profundos o recurrentes [10,12]. En nuestra paciente, la radicalidad de la cirugía –condicionada por el gran tamaño tumoral–, con márgenes libres de tumor y la ausencia de afectación ganglionar o metástasis demostrables, hizo que decidiéramos no administrar tratamiento adyuvante posterior.

En conclusión, la degeneración maligna de una úlcera venosa crónica (úlcera de Marjolin) es una patología infrecuente, pero que se debe sospechar ante toda úlcera que presenta mal aspecto, que tenga proliferaciones o tumoraciones en su interior o que no evolucione favorablemente con el tratamiento habitual. Debe obtenerse biopsia ante la mínima sospecha de malignidad y el tratamiento ha de ser quirúrgico. El pronóstico, aunque peor que en otros carcinomas escamosos sobre piel sana, es relativamente bueno.

.....
D. MARTÍNEZ-RAMOS, ET AL

Bibliografía

1. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma: a large-scale epidemiological study. *Br J Dermatol* 1995; 133: 571-4.
2. Mascaró-Porcar JM. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Barcelona: Salvat; 1979.
3. Snyder RJ, Stillman RM, Weiss SD. Epidermoid cancers that masquerade as venous ulcer disease. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49: 63-6.
4. Rettori R, Blin E. Procedure to follow with a resistant venous ulcer of the ankle. *J Mal Vasc* 1989; 14: 143-8.
5. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelof B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma. An epidemiological study and a review of the literature. *Acta Derm Venereol* 1993; 73: 171-4.
6. Baldursson B, Hedblad MA, Beitner H, Lindelof B. Squamous cell carcinoma complicating chronic venous leg ulceration: a study of the histopathology, course and survival in 25 patients. *Br J Dermatol* 1999; 140: 1148-52.
7. Fuentes-Marco JM, Maeso-Lebrún J, Bellmunt-Montoya S, Boqué-Torremorell M, Allegue-Allegue N, Ruiz MC, et al. Degeneración neoplásica de una úlcera venosa. *Angiología* 2001; 53: 84-8.
8. Celikoz B, Demiriz M, Selmanpakoglu N. A shorter lag period of mesenchymal malignancy on Marjolin's ulcer. *Burns* 1997; 23: 72-4.
9. Ester RJ, Lamps L, Schwrtz HS. Marjolin's ulcer: secondary carcinomas in chronic wounds. *J South Orthopaedic Assoc* 1999; 8: 181-7.
10. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001; 344: 975-83.
11. Eastman AL, Erdman WA, Lindberg GM, Hunt JL, Purdue GF, Fleming JB. Sentinel lymph node biopsy identifies occult nodal metastases in patients with Marjolin's ulcer. *J Burn Care Rehabil* 2004; 25: 241-5.
12. Townsend CM, Beauchamp RD, Mattox KL, Evers BM. *Sabiston: tratado de patología quirúrgica*. 16 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2003.

MARJOLIN'S ULCER ON CHRONIC VENOUS ULCER: REVIEW OF THE LITERATURE AND A CASE REPORT

Summary. Introduction. *Marjolin's ulcer is the malignant degeneration of a chronic skin lesion, which may be either inflammatory or traumatic. In most cases they occur on scars left from burns, but have also been reported in other types of injuries. The malignant degeneration of a chronic venous ulcer is exceptional.* Case report. *We report the case of an 80-year-old female who visited our surgery because of a venous ulcer she had had for 30 years and which had a yellowish-coloured surface with dark grey lobulated areas, irregular edges, an atrophic bottom and proliferations inside it, and covered 50% of the circumference of her leg. A pathology study showed that there was a squamous carcinoma on top of it. Treatment consisted in below-the-knee amputation of the limb. The post-operative period coursed in a satisfactory manner and the patient was discharged from hospital 12 days after the surgical intervention.* Conclusions. *When faced with a chronic venous ulcer with a bad appearance, with proliferations or tumoural growths or which does not progress favourably with the usual treatment, a possible malignant degeneration must be suspected and a biopsy sample must be obtained for study under the microscope. In these cases treatment necessarily consists in surgical exeresis, ensuring that prudent safety margins are left.* [ANGIOLOGÍA 2006; 58: 63-6]

Key words. *Marjolin's ulcer. Squamous carcinoma. Venous ulcer.*