

Presentación de caso

Úlcera de Marjolin, reporte de un caso
Marjolin' s ulcer, a case report

Autores: Ariadna Torriente Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0003-1772-4921>

Lidice Moreno Alonso² <https://orcid.org/0000-0002-0370-018X>

¹ Estudiante de 5º Año de medicina. Alumna Ayudante de Anestesiología. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Facultad de Medicina. Camagüey. Cuba. Teléfono: 58609911. Correo electrónico: arytm@nauta.cu

² Estudiante de 5º Año de medicina. Alumna Ayudante de Cirugía Pediátrica. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Facultad de Medicina. Camagüey. Cuba. Teléfono: 54342743. Correo electrónico: lisimma66@gmail.com

Autor para correspondencia: lisimma66@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En la actualidad se reconoce como úlcera de Marjolin a todas las neoplasias que crecen sobre tejidos cicatriciales, úlceras crónicas y áreas afectadas por inflamación recurrente. **Objetivo:** presentar el caso clínico de un paciente con una úlcera de Marjolin. **Presentación del caso:** Paciente de 65 años, negro, masculino, con antecedentes de salud aparente, que sufrió quemaduras accidentales dérmicas profundas e hipodérmicas por fuego directo hace aproximadamente 11 años, que afectaron ambos miembros inferiores con zonas que cicatrizaron por segunda intención. Hace cuatro meses comenzó con lesión de piel en dorso de pierna izquierda, que no muestra tendencia a la cicatrización con aumento de tamaño y desde hace un mes está presentando dolor de moderada intensidad y prurito en el área que no cicatriza. Al examen físico se aprecia amplia zona hipocrómica en dorso de pierna izquierda secuela de quemadura, en su centro zona ulcerada de ± 3 cm de diámetro, con tejido de granulación hipertrófico, bordes elevados negruzcos, irregulares, secreción escasa, no sangramiento activo, dolor de ligera a moderada intensidad y consistencia de la zona firme, indurada. De acuerdo con los elementos clínicos, histológicos y radiológicos se diagnostica carcinoma espinocelular infiltrante ulcerado primario de la cicatriz sin metástasis demostrables. **Conclusiones:** Las úlceras de Marjolin pueden ser tumores agresivos, con elevadas tasas de mortalidad y de metástasis si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado, por lo que es esencial la educación del personal médico sobre la enfermedad.

Palabras clave: úlcera de Marjolin; cicatriz; diagnóstico; tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Marjolin fue descrita por primera vez por el cirujano francés Jean Nicolás Marjolin en 1828, como una úlcera que no curaba y nacía de tejido cicatrizal, sin embargo no se refirió a este tipo de lesión como maligna. Se debe a DaCosta hacia 1903, el uso del término "úlcera de Marjolin" para describir la malignización de una úlcera crónica sobre una cicatriz de quemadura. ^{1,2}

Si bien es cierto que el término úlcera de Marjolin prevalece en el tiempo, en la literatura recientemente se ha modificado el concepto inicial y es utilizado para darle nombre a todas las neoplasias que crecen sobre tejidos cicatriciales, úlceras crónicas y áreas afectadas por inflamación recurrente. ³

En 1990, el Dr. Hahn reportó 19 casos de úlcera de Marjolin en un periodo de 19 años, siendo lo más común una quemadura como antecedente, con un periodo de latencia de 31.5 años entre la lesión y el cáncer. En 2012, Chalya reportó 59 casos de úlceras de Marjolin, donde la población más común fueron hombres en comparación con las mujeres. La lesión más común previo a malignizar fueron las quemaduras en el 89.3% de los casos y la media de aparición entre la quemadura y el cáncer fue de 6.14 ± 11.34 años. ¹

Es un tumor raro y agresivo, que tiende a desarrollarse lentamente, con un tiempo promedio de transformación maligna muy variable de acuerdo con la literatura revisada. De acuerdo con Kochubei-Hurtado ⁴ se han descrito casos de aparición del cáncer entre 30 a 40 años después de la lesión inicial, aunque considera que la media desde el inicio de la úlcera hasta el diagnóstico de la neoplasia escamosa es de 9 años. Para González-Vargas et al ¹, el rango de edad de presentación se encuentra de 5 a 67 años después de la lesión, principalmente en quemaduras, lesiones traumáticas, úlceras venosas, úlceras por presión y otras lesiones, por lo que considera importante tener en mente este tipo de complicaciones en el seguimiento por consulta de pacientes con heridas que no mejoran. ^{5, 6}

Se la puede clasificar en dos de acuerdo al tiempo de aparición de la lesión cancerosa: aguda cuando aparece antes de los 5 años de haberse producido la quemadura y crónica cuando aparece 5 años después. ⁷ Siendo las cicatrices de quemaduras los lugares más comunes para asentar el carcinoma, también se ha descrito su aparición en úlceras venosas crónicas, úlceras por presión, heridas traumáticas, zonas periféricas a ostomías, lupus vulgaris, lupus eritematoso discoide, úlceras por linfedema crónico, muñones de amputación, sinus pilonidal crónico, hidrosadenitis supurativa, necrobiosis lipídica, fístula crónica por osteomielitis, heridas por congelación, zonas de piel donantes de injertos de piel parciales o totales, úlceras neuropáticas y por mordeduras de animales. ^{4, 6, 8}

Se caracteriza por tener un crecimiento lento ya que la lesión es relativamente avascular, por ser indolora puesto que el tejido cicatrizal no contiene fibras nerviosas cutáneas, y por la diseminación linfática tardía porque el tejido cicatrizal produce obliteración linfática. Una vez que el tumor alcanza los tejidos normales más allá del área enferma, hay crecimiento rápido, dolor y afección linfática. ⁵

Se estima que la incidencia es de 1,3 al 2.2 % de todas las úlceras y del 1 al 2 % de todas las cicatrices posquemadura; es prevalente en los hombres en un relación 3:1 con las mujeres. ^{3, 4}

Se desarrolló este trabajo con el objetivo de presentar el caso clínico de un paciente con una úlcera de Marjolin y sus principales motivaciones radican en la baja frecuencia con que aparecen y la importancia de un diagnóstico temprano para brindar un tratamiento oportuno que evite las complicaciones y mejore la calidad de vida del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 65 años, negro, masculino, con antecedentes de salud aparente, que sufrió quemaduras accidentales dérmicas profundas e hipodérmicas por fuego directo hace aproximadamente 11 años, que afectaron ambos miembros inferiores con zonas que cicatrizaron por segunda intención. Hace cuatro meses comenzó con lesión de piel en dorso de pierna izquierda, que no muestra tendencia a la cicatrización con aumento de tamaño. Se recibe en el cuerpo de guardia de Caumatología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey refiriendo que desde hace un mes está

presentando dolor de moderada intensidad y prurito en el área que no cicatriza. No refiere antecedentes patológicos personales, no obstante su madre padece de Hipertensión Arterial.

Al examen físico, en la inspección de la piel, en dorso de pierna izquierda, unión de tercio superior con tercio medio, se aprecia amplia zona hipocrómica secuela de quemadura, en su centro zona ulcerada de ± 3 cm de diámetro, con tejido de granulación hipertrófico, bordes elevados negruzcos, irregulares, halo amarillo rodeando la lesión, secreción escasa, no sangramiento activo, olor fétido, con dolor a la palpación de ligera a moderada intensidad, consistencia de la zona firme, indurada. Resto del examen físico negativo.

Se le realizan exámenes complementarios, ultrasonografía abdominal sin nada a señalar, radiografía de tórax posteroanterior en donde no se muestran alteraciones y biopsia de piel excisional la cual mostró que se trataba de un carcinoma espinocelular infiltrante ulcerado, moderadamente diferenciado.

Los exámenes de laboratorio arrojaron hemoglobina 13, 5 g/L, glicemia 5,1 mmol/L, creatinina 78 mmol/L, conteo de plaquetas 200×10^9 L y hematócrito 0, 35.

Basado en los elementos clínicos, histológicos y radiológicos se diagnostica carcinoma espinocelular infiltrante ulcerado primario de la cicatriz (úlceras de Marjolin) sin metástasis demostrables.

DISCUSIÓN

Los hallazgos clínicos indicativos de degeneración en una herida crónica según Oviedo-López ⁹ incluyen: formación de nódulos o verrugas, induración circundante, márgenes evertidos e irregulares, tejido de granulación excesivo, sangrado de contacto debido a la angiogénesis tumoral, ausencia de tendencia a curar en 3 meses o más a pesar del tratamiento adecuado, aumento del tamaño de la herida, dolor espontáneo, exudación maloliente y necrosis, varios de estos elementos clínicos fueron identificados durante el examen físico del paciente.

Los tipos histológicos más frecuentes que se presentan en la úlcera de Marjolin son, en primer lugar, el carcinoma espinocelular como en el presente caso, el carcinoma basocelular; y, en menor incidencia, otras neoplasias como el melanoma, el sarcoma osteogénico, el liposarcoma, el adenocarcinoma, el fibrosarcoma, el carcinosarcoma y el carcinoma in situ. ^{7, 6} González-Vargas et al ¹, refieren que el carcinoma espinocelular se presenta en el 75-96 % de los casos y el basocelular en un 1-25 %.

La ubicación más frecuente de la úlcera de Marjolin es en las extremidades (60%), después en cara y cuello (30%) y la menos frecuente es en el tronco (10%) ^{8, 10} concordando su ubicación más típica con la del caso clínico.

Algunos autores señalan una tríada diagnóstica para la úlcera de Marjolin: formación nodular, cicatriz-úlceras e induración ^{8, 11}. Por su parte, los postulados de Second, Ewing y Warren, plantean cinco condiciones que deben cumplirse para establecer el diagnóstico de úlcera de Marjolin: que exista evidencia demostrada de herida o

cicatriz, el tumor debe originarse dentro del área de la zona de cicatriz, que no exista alguna lesión precursora de neoplasia o cáncer confirmado en ese sitio, el tipo histológico debe ser compatible con los tejidos presentes en la herida o cicatriz y que exista un intervalo de tiempo adecuado entre la cicatriz y la aparición del tumor. ³ En el caso clínico en cuestión se cumplen todas las condiciones.

Oviedo-López ⁹, insiste en la importancia de establecer procedimientos de biopsias estandarizados para confirmar o excluir el diagnóstico de forma precoz en úlceras cutáneas crónicas o recurrentes que no cicatrizan tras meses de tratamiento conservador. De esta manera, la prueba diagnóstico estándar es el análisis histológico mediante biopsia, se debe obtener de varias zonas de la lesión, de dentro y de los márgenes, ya que una sola muestra puede no revelar la presencia de carcinoma de células escamosas y podría dar lugar a falsos negativos. En caso de tener una biopsia positiva se debe evaluar la extensión regional y distante de la lesión mediante estudios de imagen como ultrasonido para descartar metástasis a ganglios linfáticos, tomografía computarizada (TC) para valorar extensión a tejido óseo o ganglionar, imagen por resonancia magnética (IRM) para valorar tejidos blandos, tomografía por emisión de positrones PET/TC o PET/IRM para valorar metástasis a distancia, según sea el caso del paciente. ^{1, 9}

El tratamiento de la úlcera de Marjolin debe tener un enfoque multidisciplinario. La escisión radical es la opción de tratamiento principal, debe ser con un margen de seguridad bien amplio, de al menos 2 cm, seguida de la colocación de un injerto, cierre primario retardado o movilización de un colgajo según sea la situación observada después de la exéresis quirúrgica de la lesión. La amputación queda reservada para los casos con afectación local de los espacios articulares, invasión ósea o invasión local profunda extensa. La pertinencia de la disección ganglionar es motivo de controversia ⁵ ya que no mejora la sobrevida en un gran porcentaje; en cuanto a la radioterapia y quimioterapia (metotrexato, bleomicina y cisplatino) se indica para pacientes que no puedan ser sometidos a cirugía, que requieran tratamiento de consolidación después de la cirugía o con metástasis a distancia ¹². La radioterapia es el método de elección en pacientes ancianos cuando existe alguna contraindicación quirúrgica y es útil cuando la cirugía convencional puede conllevar secuelas funcionales o cosméticas importantes.

El pronóstico depende de múltiples factores como edad del paciente, tipo de lesión maligna que presenta, tamaño, presencia de metástasis, recurrencia, detección temprana, la correcta técnica quirúrgica empleada, la exéresis completa de la lesión, tanto primaria como metastásica, y el adecuado seguimiento y acompañamiento del paciente. ^{1, 7}

La tasa de supervivencia a cinco años es del 90% en carcinoma espinocelular sin metástasis ganglionar. La diseminación es esencialmente por vía linfática, con una frecuencia de metástasis a cinco años próxima al 40 %, cuando hay invasión ganglionar la evolución puede ser grave requiriendo el uso de terapias neoadyuvantes, lo que impacta en la sobrevida de los pacientes en el corto plazo, 2 a 3 años. ^{1, 3}

El diagnóstico y el tratamiento temprano permiten una recuperación satisfactoria en la mayoría de los casos; sin embargo el desconocimiento del tema por el personal médico asistencial y el escaso seguimiento en el tiempo de las lesiones crónicas con alteraciones en la cicatrización, convierten a la úlcera de Marjolin en una enfermedad potencialmente fatal que puede provocar metástasis sistémica, al ser una entidad en la que no piensa precozmente y que puede aparecer en cualquier especialidad clínico-quirúrgica. Por lo tanto Miquet-Romero y colaboradores ³ y Morales-Piñeiro y colaboradores ⁵, plantean la necesidad de realizar biopsias en las úlceras crónicas que no cicatrizan adecuadamente.

CONCLUSIONES

Las úlceras de Marjolin son neoplasias que crecen sobre tejidos cicatriciales, úlceras crónicas y áreas afectadas por inflamación recurrente. Pueden ser tumores agresivos, con elevadas tasas de mortalidad y de metástasis si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado, por lo que es esencial la educación del personal médico sobre la enfermedad.

Declaración de autoría:

Ariadna Torriente Martínez: Conceptualización, Análisis formal, Investigación; Administración de proyecto, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición

Lídice Moreno Alonso: Análisis formal, Curación de datos, Metodología, Investigación, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición

Conflictos de intereses:

No existen conflictos de intereses

Fuente de Financiación:

No se requirió financiación para la redacción de este artículo

Declaración de originalidad:

Este manuscrito no ha sido publicado total o parcialmente, ni está siendo evaluado por otra revista

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Vargas I, et al. Úlcera de Marjolin y carcinoma espinocelular en paciente con antecedente de quemaduras. *Cir Plast.* [Internet] 2021[citado 10 Feb 2022]; 31(2):72-76. Disponible en: doi:10.35366/102749
2. Agarwal A, Pandey N, Mishra A, Mahendru V. Composite reconstruction of arm, axilla and lateral chest Wall defect following resection of extensive marjolin

- neoplasm with an antero-lateral thigh chimeric free flap: Case report and review of literature. *International Journal of Surgery Open* 27 [Internet] 2020 [citado 10 Feb 2022]; 208-213. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.10.016>
3. Miquet-Romero L, Orozco-Jaramillo M, Posada-Ruiz D, Chávez-Mondragón M. Úlcera de Marjolin. *Acta Médica*. [revista en Internet] 2019 [citado 10 Feb 2022]; 20 (3). Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/17>
 4. Kochubei-Hurtado A. Úlcera de Marjolin. *Rev Peru Investig Salud*. [Internet] 2018 [citado 10 Feb 2022]; 2(2):52-53. Disponible en: <http://doi.org/10.35839/repis.2.2.226>
 5. Morales-Piñeiro S, Morales-Piñeiro R, Morales-Morera T. Úlcera de Marjolin. Presentación de un caso. *Medisur*. [Internet] 2016 Feb [citado 10 Feb 2022]; 14(1): 53-57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100010&lng=es
 6. Sánchez-Velasco A, Cardoza-Jiménez KJ, Rodríguez-Hurtado D. Úlcera de Marjolin, neoplasia maligna en cicatriz dérmica por quemadura. *Rev Arg Med*. [Internet] 2018 [citado 10 Feb 2022]; 6(3):182-185. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/download/220/184>
 7. Villalba W, Ortellado JB, Duarte R, Campuzano M. ULCERA DE MARJOLIN, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. *Rev. Cir. Parag*. [Internet]. 2016 Nov [citado 10 Feb 2022]; 40(2): 38-40. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/sopaci.noviembre.38-40>.
 8. Alvarado-Arce E, Granados-Granados W, Induni-López E. Úlcera de Marjolin: carcinoma epidermoide bien diferenciado en esternotomía medial por cirugía cardíaca previa. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*. [Internet]. 2020 Abr [citado 10 Feb 2022]; 14(1). Disponible en: doi:10.15517/rmucr.v14i1.42003
 9. Oviedo-López A. Úlcera de Marjolin: Revisión Exploratoria. Trabajo de fin de grado. Grado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. [Internet]. 2021 Abr [citado 10 Feb 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/115466>
 10. Melike O, et al. Clinicopathological evaluation of marjolic ulcers over two decades. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. [Internet]. 2017 [citado 10 Feb 2022]; 33: 327-333. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2017.04.0108>
 11. Haidar K, Mohamad KM, Firass EH, Walid K, Mohammad OB. Marjolin's ulcer of the forearm from 30-year-neglection of external fixator. *International Journal of Surgery Case Report* 80. [Internet]. 2021 [citado 10 Feb 2022]; 105613. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.01.107>
 12. Dávila-Osorio VL, Méndez-Gaviria L, Amador-Patarroyo JR, González-Coral MI. Úlcera de Marjolin: 2 casos de carcinoma escamoso sobre cicatriz por trauma en tejidos blandos / Marjolin Ulcer: A Report of 2 Cases of Squamous Cell Carcinoma Arising From Posttraumatic Soft-Tissue Scarring. *Actas dermo-*

sifiliogr. [Internet]. 2020 [citado 10 Feb 2022]; 111(1): 81-82. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-191496>