
Úlcera de Marjolin

Marjolin's ulcer

William A. Hurtado Ríos *
Alicia Taranto Ortiz **

Resumen

En ocasiones, generalmente cuando la herida granula y cura por segunda intención así como en las secuelas por quemaduras, la cicatriz experimenta una intensa fibroplasia que empobrece la participación capilar provocando cierto grado de isquemia. El epitelio de cobertura sufre idénticas consecuencias, tornándose frágil o incompleto. Por ello, la cicatriz quedará en parte sin cubierta epitelial, o ésta desaparece de manera intermitente ante la menor agresión, desarrollándose una úlcera crónica o recidivante. Incluso, pero a más largo plazo, en ella puede terminar implantándose un carcinoma epidermoide derivado de esta situación irritativa y tórpida, hecho más común en las cicatrices postquemadura y que en ella recibe el nombre de úlcera de Marjolin, al haber sido descrita por este autor en 1828. Ante estas úlceras cicatriciales persistentes deberá procederse mediante cirugía, a extirpar por completo la zona ulcerada que debe ser sustituida mediante transplante o injerto de piel.

Palabras claves: carcinoma epidermoide, úlcera de Marjolin, úlcera crónica, cicatriz postquemadura.

Introducción

Observadas originalmente por Celso y descritas con precisión por Jean-Nicolas Marjolin en 1828, estas úlceras son carcinomas que se originan en las cicatrices, particularmente en las áreas quemadas (14).

El nombre de Marjolin fue primero relacionado al fenómeno que describió en el año de 1850 Robert William Smith, un profesor de cirugía del Colegio Trinidad en Dublín en su ensayo “Observaciones de las úlceras verrucosas de Marjolin” (15).

El epónimo fue posteriormente establecido con los escritos de DaCosta, Fordice y otros autores a principios del presente siglo y por los reportes de la primera serie significativa en 1930 por Treves y

Summary

Sometimes when a wound granulates and it heals for second intention as well as in the sequels of burns, the scar experiments an intense fibroplasia that debilitates the capillary participation, producing some level of ischemia. The cover epithelium suffers identical consequences becoming fragile or incomplete. For this reason the scar will remain in part without this epithelium, or it disappears in a intermittent way, with the most little aggression, developing a recidivant or chronic ulcer, it can develop in an epidermoid carcinoma derived of this irritate situation more common in post burn scars and it is known as Marjolin ulcer, in honor of its author in 1828. For these persistent cicatrical ulcers, surgical procedures should be recommended, which would completely extirpate the ulcerated ground that has to be replaced by transplant or graft of skin.

Pack (1). En 1970 Margolis fue capaz de recolectar 123 reportes de úlcera de Marjolin de la literatura mundial (1).

Se estima que 2% de todos los carcinomas epidermoides se presentan en antiguas cicatrices de quemaduras; la frecuencia con que las cicatrices de quemaduras se tornan malignas se desconoce. La causa supuesta es la persistencia de la estimulación de la epitelización marginal para el crecimiento y la reparación repetidos en áreas irritadas. El tejido cicatrizal está especialmente expuesto a los traumatismos, ya que sobresale, está tenso y es relativamente avascular y es incapaz de deslizarse en el tejido subyacente.

La edad de la cicatriz es más importante que la edad del paciente, con un intervalo promedio de 35 años, aunque se han observado carcinomas agudos en un lapso de 2 a 12 meses después de la quemadura.

Las úlceras de Marjolin se presentan con mayor frecuencia en las extremidades inferiores y en el cuero cabelludo, y tienen una elevada frecuencia de metástasis regional (35%) cuando se ven por primera vez. Aunque la verdadera frecuencia se desconoce, los principales hospitales de la especialidad que tratan quemaduras, declara una frecuencia de aproximadamente un caso nuevo cada año (12).

Es muy evidente en los casos publicados que las cicatrices de quemaduras que son descuidadas, son las más propensas a desarrollar carcinomas. La evidencia de que hay caída de la piel o irritación constante hace obligatorio el recubrimiento adecuado de la piel.

Relato de caso

Femenina, 65 años de edad, raza mestiza, viuda, ama de casa. Paciente relató que a la edad de 15 años presentó trauma térmico con agente físico (flama), de tercer grado, en cuero cabelludo, cara, cuello tórax, anterior y ambos brazos. Fue tratada en unidad hospitalaria y luego con sustancias "caseras" (utilización de petróleo), la cicatrización completa llevó dos años.

En 1997 acude al Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, por presentar lesión en cuero cabelludo, según refiere la paciente, de aproximadamente un año de evolución. En el examen físico se observó cicatrices hipertróficas y retráctiles en las áreas antes mencionadas; en la región de la cabeza correspondiente al área interparietal se observó presencia de lesión vegetante con áreas ulceradas, la piel alrededor de esta lesión era de color negro en aproximadamente 10 centímetros de diámetro y ausencia de cabello por injuria térmica antigua.

La lesión vegetante se localizaba en la región bregmática, sobre cicatriz de quemadura, media 3,5 centímetros de diámetro, habían áreas de

bordes necróticos y presencia de secreción sero-hemática, no fétida (foto 1 y 2).

Foto 1

Foto 1: Presencia de cicatrices retráctiles en cara producidas por injuria térmica antigua.

Foto 2

Foto 2: aspecto macroscópico de lesión úlcero-vegetante en cráneo, asentada en antigua cicatriz por trauma térmico.

Se solicitaron exámenes de laboratorio y radiológicos no encontrándose alteraciones significativas. La paciente fue programada para intervención quirúrgica para la exéresis correspondiente de dicha lesión y de la tabla externa en ambos huesos parietales sobre los cuales se encontraba la lesión.

El reporte de patología indicó la presencia de carcinoma epidermoide bien diferenciado con límites quirúrgicos libres de neoplasia.

Se realizó injerto de piel para cubrir el área cruenta. La paciente evolucionó satisfactoriamente permaneciendo bajo control ambulatorio de su patología durante tres años.

Discusión

Para que un cáncer sea originario de una cicatriz de quemadura debe presentar las siguientes características:

1. Situarse dentro de la cicatriz originada por una quemadura.
2. No presentar indicios de degeneración previa.
3. Que el tipo histológico sea compatible con las estructuras vecinas.
4. Que haya intervalo de tiempo entre la agresión térmica y el aparecimiento del tumor.

El caso relatado presenta las cuatro características arriba descritas.

Aunque la mayoría de los casos de úlcera de Marjolin están asociados con cicatrices de antiguas quemaduras, múltiples orígenes han sido reportados que incluyen úlceras por remanso venoso, lesiones por congelamiento, úlceras por presión, osteomielitis, seno pilonidal, área de vacunación, fistula urinaria, hidradenitis supurativa, área donadora de injerto de piel y rash de lupus (2, 3, 4, 6, 10, 11, 13).

En 1930 Treves y Pack reportaron que la incidencia de cáncer del tejido cicatrizal era 1,1% de todos los cánceres de piel en una serie de 2465 pacientes. El cáncer basocelular escamoso es encontrado en el 2%; el cáncer basocelular en el 0,3% de todas las cicatrices por quemaduras; el melanoma, adenocarcinoma, fibrosarcoma, liposarcoma y sarcoma osteogénico también han sido descritos en casos de úlcera de Marjolin (8).

En la población que poseen este tipo de úlcera la proporción entre hombres y mujeres es de 3 a 1, y la ulceración ocurre en un rango de edad de 53 a 59 años. El intervalo de tiempo de la injuria a la aparición de la neoplasia es típicamente de 25 a 40 años, aunque intervalos tan grandes como 70 años han sido reportados.

Lesiones en las extremidades inferiores corresponden aproximadamente al 40% de las úlceras de Marjolin, en las extremidades superiores 20%, en la cabeza y cara 30% y en el tronco 10%. Algunos investigadores han observado que mientras más joven es el paciente, al momento de la injuria, es más largo el intervalo hacia el cambio maligno (2, 5). Virchow creyó que

la irritación crónica era el factor de inicio del carcinoma, la literatura abundante evidencia esta situación; algunos autores toman en consideración la predisposición genética o humoral, alteraciones de las células epiteliales en relación con el ambiente y el trauma térmico, y una diferencia vascular del tejido cicatrizal.

La malignización se puede presentar de manera aguda o crónica. Se considera aguda cuando está dentro de un año posterior a la agresión térmica; esto ocurre en aproximadamente 15 a 20% de los casos. Es crónica o tardía cuando ocurre después de un año de la agresión y, como regla, compromete todo el espesor de la piel (2, 7, 9).

Existen tres tipos histológicos de neoplasias malignas siendo el primero el más común y el último el más raro:

1. espinocelular o carcinoma epidermoide
2. basocelular
3. sarcoma

En relación con el aspecto clínico, la mayoría de estas lesiones se presentan como lesiones planas, ulceradas, con un fondo granuloso, bordes engrosados o elevados de base indurada. Es más frecuente la infección secundaria de estos tumores debido a la presencia de necrosis. El tamaño varía de centímetros a decímetros. Varias úlceras pueden estar presentes, cuando la cicatriz es muy extensa.

La biopsia es la herramienta diagnóstica definitiva y debería incluir especímenes tisulares tanto del centro como de los márgenes de las lesiones sugestivas. La simple biopsia por punción usualmente proporciona tejido adecuado para el diagnóstico. Una biopsia por punción negativa, debe ser interpretada con cuidado debido a que puede ocurrir un error al sacar la muestra o deberse a una infección secundaria (16).

Aunque algunos aspectos del tratamiento de la úlcera de Marjolin permanecen en controversia, la mayoría de los autores están de acuerdo con algunos principios básicos. El cuidado preventivo es de suma importancia. En todas las lesiones, las infecciones deberían ser tratadas tempranamente. El drenaje adecuado debe ser proporcionado

cuando sea necesario y el resultado del cultivo debe ser usado para escoger los antibióticos apropiados.

En general las úlceras recurrentes deberán ser extirpadas aunque no sean malignas y los injertos de piel o colgajos deberían ser usados para cubrir y facilitar la curación completa, tan pronto como sea posible.

La escisión local amplia, con un margen de por lo menos 1 centímetro de tejido sano debería ser hecha en casos de úlcera de Marjolin. La amputación está indicada cuando la escisión local amplia está impedida por invasión profunda, por compromiso del espacio articular u óseo, infección, hemorragia o cuando la escisión empeoraría la función y afectara la estabilidad del paciente.

Desde el punto de vista oncológico la amputación no es probablemente superior a la escisión local amplia (5). La disección de los nódulos linfáticos regionales está indicada donde quiera que los nódulos sean palpables. Sin embargo, la disección de los nódulos linfáticos en ausencia de nódulos palpables es controversial. Bostwick y colaboradores recomiendan la disección de los nódulos linfáticos de todos los pacientes con úlcera de Marjolin, debido a que encontraron que estos tumores recurren localmente en una forma agresiva.

Lifeso y Bull demostraron que la clasificación histológica puede ser útil en decidir cuál paciente se beneficiará con la disección nodal, ellos evaluaron pacientes de acuerdo con la clasificación de la OMS y encontraron que las lesiones moderadas y pobremente diferenciadas (grados II y III), tenían alta incidencia de metástasis nodular linfática, una marcada tendencia hacia el crecimiento tumoral agresivo y un rango significativamente más alto de mortalidad, que las lesiones bien diferenciadas (grado I) (2).

El seguimiento a largo plazo es recomendado en todos los casos de úlcera de Marjolin. Lifeso y Bull citados por Brad han reportado que el 98% de todas las recurrencias fueron vistas a los tres años de la escisión. La mayoría de las recurrencias son regionales, pero han sido reportadas metástasis

al cerebro, hígado, pulmón, riñones y nódulos linfáticos distantes.

Conclusión

La escisión local amplia es requerida en casos de úlcera de Marjolin y la amputación puede ser necesaria para obtener un adecuado margen. La disección de los nódulos linfáticos regionales debería ser hecha si son palpables. La disección electiva de los nódulos linfáticos es controvertida pero debería ser considerada si el tumor está pobremente diferenciado. La metástasis nodular linfática y el grado de gran tumor indican un pobre pronóstico. Los clínicos deberían estar diligentes en la vigencia a largo plazo de todas las cicatrices significativas o áreas de inflamación crónica.

Bibliografía

1. Barr LH, Menard JW: Marjolin's Ulcer, the LSU experience. *Cancer*, USA 52: 173-175, 1983
2. Bostwick J, Pendergrast WJ Jr, Vasconez JO: Marjolin's Ulcer. An Inmunologically Privileged Tumor?. *Plas Reconstr Surg USA* 57: 66-69, 1976
3. Digeldein P: Complicaciones del Traumatismo Térmico. En Salisbury R, et al: Manual de tratamiento en las quemaduras. 2^a reimp, Salvat Editores, Barcelona – España 103-105, 1989
4. Goodwin C, et al: Quemaduras. En Schwartz: Principios de Cirugía. 6^a ed, Ed Interamericana SA, México II: 541-544, 1995
5. Hill B, Sloand, et al: Marjolin's Ulcer of the foot caused by nonburn trauma. *South Med J*, USA 89 (7): 707-710, 1996
6. Hoffmann C, Nielsen E, et al: Ulcera de Marjolin. Relato de un caso. *Anais Brasileiros Dermatol* 64 (3): 185-188, 1989
7. Landazuri H: Cirugía de la piel: cicatrización normal y patológica. En Coiffman: Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética. 1^a ed, Masson – Salvat, España 53-54, 1986
8. Lifeso RM, Bull CA: Squamous Cell Carcinoma of the Extremities. *Cancer*, USA 55: 2862-2867, 1985
9. Méndez J: Contusiones y heridas. Proceso de cicatrización (transplantes cutáneos. Patología de la cicatriz). En Tamanes Escobar. *Cirugía:*

- Fisiopatología General. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico. 1^a ed, Ed Médica Panamericana SA, Madrid – España 109-123, 1997
10. Pilipshen SJ, Gray G, Goldsmith E, et al: Carcinoma arising in Pilonidal Sinuses. Ann Surg, Philadelphia, USA 193 (5): 506-512, 1981
 11. RIU R: Quemaduras y congelaciones. En Pi-Figueras. 2^a ed, Salvat Editores, Barcelona – España, Tomo I (cap. 1): 45-49, 1984
 12. Ryan RF, Litwin MS, Kmentz ET: A new concept in the management of Marjolin's ulcer. Ann Surg Philadelphia – USA 193 (5): 598-605, 1981
 13. Swanson N: Cáncer de piel. En Harrison: Principios de Medicina Interna. 12^a ed, Ed Interamericana McGraw-Hill, México 2: 1897-1899, 1991
 14. Thomas J, et al: Atención del paciente quemado. En Ballinger, Rutherford y Zuidema: Traumatología. 2^a ed, Ed Interamericana SA, México 656-657, 1977
 15. Wanke NC, Ave BR, Maceira I: Carcinoma epidermoide em Ulcera Angiodérmica. Relato de Nove Casos. Anais Brasileiros Dermatología 65 (2): 59-62, 1990
 16. Young D, Mathes S: Piel y tejido subcutáneo. En Schwartz: Principios de Cirugía. 6^a ed, Ed Interamericana SA, México 541-546, 1995

Dr. William Hurtado Ríos
Teléfono: 390677 - 397216

