

Úlcera de Marjolin, escenario final en la evolución de una úlcera venosa crónica

Marjolin's ulcer, the final stage in the evolution of a chronic venous ulcer

Héctor Segura-Marín^{1*}, Héctor J. Segura-Feria², Óscar A. López-Ramos¹, Diego Frutos-Colín¹, Paola A. Rojas-Guevara¹ y Venancio Pérez-Damián¹

¹Departamento de Cirugía Vascular, Hospital Español, Ciudad de México; ²Departamento de Cirugía Vascular, Hospital Semedís, Coatzacoalcos, Ver., México

Resumen

La úlcera de Marjolin se define como una neoplasia desarrollada en el seno de una herida que ha sido crónicamente traumatizada. Presentamos el caso de una úlcera venosa crónica con degeneración maligna y realizamos una breve revisión de la literatura. Se trata de una paciente de género femenino, de 50 años de edad, con enfermedad venosa crónica diagnosticada desde los 20 años. Se le realizó ablación farmacológica de vena safena mayor bilateral; dos décadas más tarde desarrolló una úlcera varicosa en cara medial de pierna derecha presentando recidiva a pesar de tratamiento durante 10 años. Esta úlcera aumentó de tamaño y presentó sangrado, por lo que se decide realizar biopsias. El reporte histopatológico reveló degeneración neoplásica maligna con extensión a planos profundos y adenopatías inguinales. Se realizó amputación supracondílea del miembro pélvico derecho con linfadenectomía inguinal. En conclusión, la úlcera de Marjolin secundaria a una úlcera varicosa puede tener mayor morbilidad debido a su localización, ya que predomina en las extremidades y generalmente es identificada en estadios avanzados, pudiendo conducir a desenlaces sombríos.

Palabras clave: Várices. Úlcera. Marjolin. Piel. Degeneración. Reporte de caso.

Abstract

Marjolin's ulcer is defined as a neoplasm developed within a wound that has been chronically traumatized. We present a case of a chronic venous ulcer with malignant degeneration and a brief review of the literature. A 50-year-old female patient with chronic venous disease diagnosed at the age of 20 years old and treated with pharmacological ablation of the bilateral great saphenous veins. Twenty years later, she developed a varicose ulcer on the medial aspect of her right leg, presenting recurrence despite 10 years of treatment. This lesion increased in size and presented bleeding, therefore we decided to perform biopsies. The histopathological analysis revealed malignant neoplastic degeneration with extension to deep planes and inguinal adenopathies. Supracondylar amputation of the right pelvic limb with inguinal lymphadenectomy was performed. In conclusion, a Marjolin's ulcer secondary to a varicose ulcer may have higher morbidity due to its location, since it predominates in the extremities and it is generally identified in advanced stages, leading to gloomy outcomes.

Keywords: Varicose veins. Ulcer. Marjolin. Skin. Degeneration. Case report.

*Correspondencia:

Héctor Segura-Marín
E-mail: hector.segura.marin@gmail.com

Fecha de recepción: 20-07-2022
Fecha de aceptación: 16-10-2022
DOI: 10.24875/RMA.22000029

Disponible en internet: 15-12-2022
Rev Mex Angiol. 2022;50(4):150-154
www.RMAngiologia.com

0377-4740/© 2022 Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las primeras evidencias encontradas de la úlcera de Marjolin fueron descritas por Aurelius Cornelius Celsus, quien observó lesiones malignas que se desarrollaban sobre el epitelio de las cicatrices por quemaduras. Posteriormente, en 1828, Jean-Nicolas Marjolin describió por primera vez esta degeneración maligna en úlceras crónicas¹.

La úlcera de Marjolin (UM) se define como la formación de una neoplasia invasiva en una herida que ha sido crónicamente traumatizada, por lo que se encuentra en constante estado de inflamación. En pocas palabras, es un cáncer de piel que se desarrolla sobre tejido cicatrizal. Dentro de los tipos histológicos reportados en la literatura, el carcinoma de células escamosas se considera la forma histopatológica más frecuente, asociada aproximadamente al 80-90% de las UM; el segundo tipo celular más común es el carcinoma basocelular, con un 9.6%, y por último el melanoma, con un 2.4%. Se han descrito también degeneraciones sarcomatosas, por fortuna con una incidencia muy baja²⁻⁴.

Se ha evidenciado la presencia de UM en todo tipo de tejidos que sufren traumatismos crónicos, incluyendo quemaduras, lesiones por lupus, úlceras venosas crónicas, muñones de extremidades amputadas, fístulas crónicas, piel expuesta a mordeduras de insectos, lesiones por congelamiento, etc.^{2,5}. La base de la fisiopatología de la formación de esta úlcera se debe principalmente a la existencia de un ambiente inflamatorio crónico, la presencia de células con alta capacidad mitótica, pobre drenaje linfático, tejidos isquémicos y abundantes productos citotóxicos derivados de la actividad inmunitaria constante^{1,6,7}.

La localización de la UM es variable y depende primordialmente de su etiología. En estudios multicéntricos se ha evidenciado su presencia en las extremidades en un 60% de los casos, en la cabeza el 30% y en el tronco el 10%⁸. La mortalidad general es del 21% y la sobrevivida a cinco años es del 52%⁹.

Se han identificado casos de UM en todos los grupos etarios, siendo el grupo entre 40 y 60 años el de mayor prevalencia. En la **tabla 1** se presentan las características demográficas de los pacientes con mayor riesgo de desarrollar UM. La degeneración maligna se relaciona más con la cronicidad de la herida que con la edad de los pacientes, y el rango de tiempo reportado en la literatura va de 5 a 35 años, con una media de 9 años⁵.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 50 años con antecedente de insuficiencia venosa crónica de ambos miembros pélvicos desde los 20 años. Fue intervenida quirúrgicamente y se le realizó ablación farmacológica con esclerosante de vena safena mayor bilateral a los 28 años de edad. Cursó con buena evolución durante 8 años, y posterior a esto la paciente presentó una úlcera venosa, de 10 × 5 cm aproximadamente, sobre la porción lateral del tercio medio distal de la pierna derecha. Esta lesión tuvo una evolución lenta, pero logró cicatrizar totalmente con manejo médico. Seis meses después presentó recidiva de la misma lesión y se le dio el mismo manejo, presentando esta vez una evolución insidiosa y cicatrización parcial, lo que llevó a la cronificación de la lesión por más de 10 años (**Fig. 1**), durante los cuales la paciente presenta un mal apego al tratamiento y se ausenta a citas de control. Posteriormente acude a consulta por presentar sangrado abundante de la úlcera; esta se evidencia con hipertrofia y fragilidad tisular. Se decide tomar biopsias de la úlcera, que reportaron carcinoma de células escamosas (**Fig. 2**). En conjunto con el servicio de cirugía oncológica se procede a iniciar protocolo de estudio y se realizan estudios de extensión que evidencian la presencia de adenopatía inguinal derecha y extensión a tejidos profundos, por lo que se programó para amputación supracondílea del miembro pélvico derecho con linfadenectomía inguinal completa derecha. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones y se egresó a la paciente cinco días después. El resultado final de patología corroboró el diagnóstico previamente obtenido de cáncer de células escamosas en úlcera varicosa crónica. La cadena ganglionar estudiada fue descrita sin datos de invasión maligna.

Discusión

La presencia de UM en las úlceras crónicas es del 1.3-2.6% y va aumentando de acuerdo con la cronicidad de las úlceras^{5,10}. Las quemaduras son la etiología en que se ha evidenciado una mayor incidencia de degeneración maligna; aproximadamente el 60-80% de las UM tienen relación con una úlcera crónica asociada a una quemadura. Otras etiologías de degeneración maligna se presentan en la **tabla 2**. La sospecha de degeneración maligna de una úlcera crónica parte de identificar la presencia de síntomas y signos clínicos, como dolor, sangrado, etc., así como cambios en las características de la úlcera (**Tabla 3**). El diagnóstico definitivo se realiza con un estudio histopatológico^{3,8}.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con úlceras de Marjolin

– Relación hombre: mujer de 3:1
– Rango de edad: 53-59 años
– Intervalo de tiempo de inicio-degeneración: 5-40 años
– Países subdesarrollados
– Nivel socioeconómico bajo



Figura 1. Úlcera crónica en el miembro pélvico derecho.

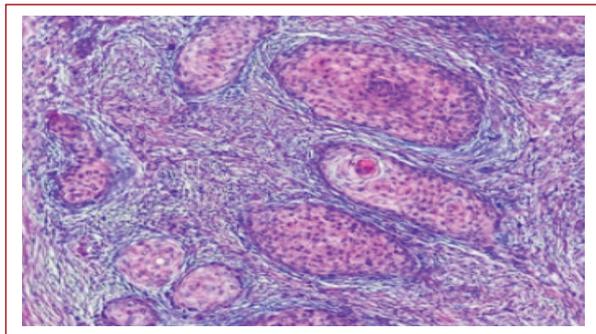


Figura 2. Biopsia que reportó degeneración maligna de úlcera varicosa a carcinoma de células escamosas.

La recomendación para la toma de biopsia no está del todo clara, pues hay autores que recomiendan que a toda úlcera que tarde más de 3 semanas en curar se le debe realizar biopsia y otros autores que consideran que lo ideal es hacerlo en úlceras de más de 3 meses de evolución¹². Además de todo esto, el número de biopsias puede influir en la detección, por lo que algunos centros recomiendan tomar al menos cuatro biopsias⁸.

La presentación clínica puede ser de dos formas: ulcerativa o exofítica. La variante ulcerativa es la que

Tabla 2. Etiología de los tipos de úlceras con mayor incidencia de degeneración maligna^{11,12}

Etiología	Porcentaje
Quemaduras	60-80
Lesión traumática	5
Radiación	3.2
Osteomielitis	2.7
Úlceras venosas	1.2
Cicatrices (otras)	0.9
No reportado	19.3

Tabla 3. Características de las úlceras relacionadas a degeneración maligna¹³

– Úlcera crónica de más de 3 meses de duración
– Tejido de granulación exofítico
– Márgenes evertidos y eritematosos
– Evolución prolongada y crecimiento de la úlcera a pesar del tratamiento
– Sangrado espontáneo
– Secreción maloliente
– Dolor intenso de inicio agudo
– Linfadenopatía regional
– Márgenes irregulares
– Cambio en el drenaje de la herida

más comúnmente se evidencia en estadios avanzados. Al momento del diagnóstico, un 15-35% de las UM presentan metástasis⁹.

El manejo de esta patología es quirúrgico, realizando una resección local amplia con márgenes mayores de 2 cm. Se puede ofrecer radioterapia adyuvante en caso de recurrencias locales. En algunos pacientes, este procedimiento no será posible debido a la invasión a estructuras periféricas, el tamaño del tumor o la presencia de hemorragia de difícil control, por lo que una UM en una extremidad podrá requerir la realización de una amputación. La indicación para realizar linfadenectomía no está del todo clara; se recomienda en caso de presentar adenomegalias palpables o de que se identifique un tumor diferenciado de alto grado. No se debe realizar linfadenectomía profiláctica¹².

La recurrencia de estos tumores es del 23%, con una latencia entre la exéresis y la reaparición del tumor de 4 meses. Las metástasis a distancia aparecen más comúnmente en conglomerados ganglionares, el hígado y los pulmones. En la cabeza y el cuello tienen mejor pronóstico debido a que se detectan antes y se inicia el manejo en estadios más tempranos, a diferencia de lo que ocurre en las que se presentan en las extremidades. Los factores de buen pronóstico para una UM son el desarrollo agudo, la localización en la cabeza y el cuello, el crecimiento exofítico y una estirpe histopatológica bien diferenciada¹².

La fisiopatología de la degeneración maligna de una lesión varicosa crónica a cáncer no está bien definida, pero lo más aceptado es que sea multifactorial, por factores inmunitarios, genéticos e inflamatorios que generan un ambiente hostil en el epitelio de la úlcera. Existen cambios macroscópicos sutiles en la úlcera que se relacionan con transformación neoplásica. Los descritos en la literatura son lesiones de gran tamaño, con proliferaciones hipertróficas, irregularidad de los bordes y sangrado frecuente.

El riesgo latente de degeneración maligna de una úlcera venosa crónica debe permanecer en la mente de todo profesional que trate úlceras de difícil control. En la **tabla 4** se presentan las recomendaciones de manejo ante la sospecha de una UM^{11,13}. En un estudio publicado en 2016 por Santillán et al, del Hospital General de México, el porcentaje de degeneración maligna de úlceras venosas crónicas en población mexicana fue del 2.6%^{10,14}. Este porcentaje de incidencia de UM refuerza la política de que todos los centros que manejen úlceras venosas de difícil control deben tener estrategias enfocadas en la identificación temprana de la degeneración maligna para evitar desenlaces catastróficos^{1,12,15}.

Conclusiones

En la literatura son pocos los casos reportados de degeneración maligna de una úlcera venosa crónica; sin embargo, debe ser sospechada e identificada por todo el personal de salud que interactúe con úlceras venosas crónicas de difícil control. La UM secundaria a una úlcera varicosa tiene menos mortalidad que otros carcinomas de células escamosas, pero las UM pueden presentar mayor morbilidad debido a su ubicación y a que generalmente son identificadas en estadios avanzados que requieren resoluciones radicales y agresivas. El conocimiento de esta patología en todos los niveles de atención de salud es de suma importancia para su prevención y manejo oportuno.

Tabla 4. Recomendaciones de diagnóstico en úlceras crónicas con potencial de degeneración maligna y tratamiento de las úlceras de Marjolin

- En las úlceras venosas que no cicatrizan durante el tratamiento médico por más de 3 meses debe realizarse toma de biopsias.
- Informar al paciente acerca de la posibilidad de degeneración maligna de la úlcera y realizar una exploración física detallada para evidenciar si existe algún dato de extensión.
- Prevenir y tratar las infecciones de heridas crónicas.
- Tomar biopsias del centro y de los bordes de la herida.
- Verificar la condición de los ganglios linfáticos regionales.
- Al realizar la resección de la úlcera se debe mantener un margen quirúrgico de 2 cm y tomar como margen profundo la fascia muscular.
- La amputación de la extremidad debe realizarse cuando la extensión abarca huesos, troncos nerviosos y estructuras vasculares principales.
- Las recomendaciones de quimioterapia y radioterapia se definen de manera individualizada.
- El manejo de una úlcera de Marjolin debe realizarlo un equipo multidisciplinario.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Bazaliński D, Przybek-Mita J, Barańska B, Więch P. Marjolin's ulcer in chronic wounds — review of available literature. *Współczesna Onkologia*. 2017;3:197-202.
2. Oruç M, Kankaya Y, Sungur N, Özer K, Işık V, Ulusoy M, et al. Clinico-pathological evaluation of Marjolin ulcers over two decades. *Kaohsiung J Med Sci*. 2017;33:327-33.

3. Nicoara M, Bain K, Patel R, Jaikaran O, Hingorani A, Asher E. Malignant transformation of nonhealing ulcer—basal cell carcinoma. *Ann Vasc Surg.* 2021;70:565.e7-10.
4. Ben Naftali Y, Duek O, Kalus R, Berns M, Zohar Y, Ullmann Y. Would Marjolin see it coming? Two unusual cases of squamous cell carcinoma. *Int J Surg Case Rep.* 2018;50:122-5.
5. Kochubei-Hurtado A. Úlcera de Marjolin. *Rev Peru Invest Salud.* 2018;2:52-3.
6. Day D, Chakari W, Matzen S. Malignant transformation of a non-healing traumatic wound on the lower extremity: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;53:468-70.
7. Martínez-Ramos D, Villalba-Munera V, Molina-Martínez J, Salvador-Sánchez J. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología.* 2006;58:63-6.
8. Khan K, Giannone A, Mehrabi E, Khan A, Giannone R. Marjolin's ulcer complicating a pressure sore: the clock is ticking. *Am J Case Rep.* 2016;17:111-4.
9. Guo B, Pan T, Chen H, Zhu L, Tian M, Wang J, et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis analysis of Marjolin's ulcer in 40 cases. *Curr Med Sci.* 2018;38:1038-44.
10. Santillán-Aguayo E, Carbajal-Robles V, Córdova-Quintal P, Lecuona-Huet N, De la Rosa-Bandini A, Fabián-Mijangos W, et al. Incidencia de degeneración maligna en úlceras venosas crónicas en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculardel Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". *Rev Mex Angiol.* 2016;44:14-20.
11. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin ulcer: a comprehensive review. *Adv Skin Wound Care.* 2020;33:629-34.
12. García-Marín J, De Alcalá Martínez-Gómez D, Campillo-Soto A, Aguayo-Albasini J. Úlcera de Marjolin: experiencia de 10 años en una unidad de pie diabético. *Cirugía y Cirujanos.* 2016;84(4):340-343.
13. Sadegh Fazeli M, Lebaschi AH, Hajirostam M, Keramati MR. Marjolin's ulcer: clinical and pathologic features of 83 cases and review of literature. *Med J Islam Repub Iran.* 2013;27(4):215-24.
14. Saaq M. Marjolin's ulcers in the post-burned lesions and scars. *World J Clin Cases.* 2014;2:507.
15. Doria I, Lozano S, Blanco J. Úlcera de Marjolin. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2014;21:47-8.