

PRESENTACIÓN DE CASO:

ÚLCERA DE MARJOLIN, REPORTE DE UN CASO

Marjolin's ulcer, a case report

Ariadna Torriente Martínez¹ , Lidice Moreno Alonso¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Facultad de Medicina. Camagüey. Cuba



Citar Como: Torriente Martínez A, Moreno Alonso L. Úlcera de Marjolin, reporte de un caso. SPIMED [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];6:e237. Disponible en: <http://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/237>



Correspondencia a:

Lidice Moreno Alonso

Correo Electrónico:

lisimma66@gmail.com

Conflictos de Intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Recibido: 18-02-2023

Aceptado: 04-03-2023

Publicado: 04-03-2023

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 \pm 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.

ABSTRACT

Introduction: ulcer of Marjolin is currently recognized as all neoplasms that grow on scar tissues, chronic ulcers and areas affected by recurrent inflammation.

Objective: to present the clinical case of a patient with a ulcer of Marjolin.

Case presentation: 65-year-old black male patient with apparent health history, who suffered deep dermal and hypodermic accidental burns by direct fire approximately 11 years ago, affecting both lower extremities with areas that healed by second intention. Four months ago he started with a skin lesion on the dorsum of his left leg, which does not show a tendency to heal with an increase in size and for the last month has been presenting moderate pain and pruritus in the area that does not heal. On physical examination shows a large hypochromic area on the dorsum of the left leg, sequelae of burns, in its center ulcerated area of \pm 3 cm in diameter, with hypertrophic granulation tissue, blackish raised edges, irregular, scanty discharge, no active bleeding, mild to moderate pain and firm, indurated consistency of the area. According to clinical, histological and radiological findings primary ulcerative infiltrative squamous cell carcinoma of the scar without demonstrable metastases was diagnosed.

Conclusions: Ulcers of Marjolin can be aggressive tumors, with high mortality and metastasis rates without early diagnosis and timely and adequate treatment, Therefore, education of medical personnel about the disease is essential.

Palabras Clave: Úlcera de Marjolin; Úlcera Cutánea; Cicatriz; Diagnóstico; Tratamiento

Keywords: Ulcer of Marjolin Skin Ulcer; Scar; Diagnosis; Treatment

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Marjolin se describe 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 refiere 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 obtiene 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 reporta 59 casos de úlceras de Marjolin, donde la población más común son hombres en comparación con las mujeres. La lesión más frecuente previo a malignizar son las quemaduras en el 89.3 % de los casos y la media de aparición entre la quemadura y el cáncer es 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 nueve años. Para González-Vargas et al⁽¹⁾ el rango de edad de presentación se encuentra de cinco 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 formas de acuerdo al tiempo de aparición de la lesión cancerosa: aguda cuando aparece antes de los cinco años de haberse producido la quemadura y crónica cuando aparece cinco 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 u ostomías, lupus vulgaris, lupus eritematoso discoide, úlceras por linfedema crónico, muñones de amputación, sinus pilonidal crónico, hidrosadenitis supurativa, necrobiosis lipídica, fistula 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 afectación 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 una relación 3:1 con las mujeres.^(3, 4)

Se desarrolla 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 trata-

miento 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 x 10⁹ L y hematocrito 0.35.

Basado en los elementos clínicos, histológicos y radiológicos se diagnostica carcinoma espinocelular infiltrante ulcerado primario de la cicatriz (úlcera 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 tres 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 fre-

cuente 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-úlcera 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. ^(3,12) En el caso clínico en cuestión se cumple con 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. ⁽¹³⁾ 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 se 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.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

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

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

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- González-Vargas I, Tamez-Pedroza L, Facio-Treviño JA, Pacheco-Molina C, Treviño-García LA, et al. Úlcera de Marjolin y carcinoma espinocelular en paciente con antecedente de quemaduras. *Cir Plast [Internet]* 2021 [citado 10 Feb 2023];31(2):72-76. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/cplast-cp-2021/cp212e.pdf>
- 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 2023 Feb 10];208-213. Available from: https://www.researchgate.net/publication/346667833_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_litera
- Miquet-Romero L, Orozco-Jaramillo M, Posada-Ruiz D, Chávez-Mondragón M. Úlcera de Marjolin. *Acta Médica [Internet]* 2019 [citado 10 Feb 2023];20(3). Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/17>
- Kochubei-Hurtado A. Úlcera de Marjolin. *Rev Peru Investig Salud [Internet]* 2018 [citado 10 Feb 2023];2(2):52-53. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/226/213>
- Morales-Piñeiro S, Morales-Piñeiro R, Morales-Morera T. Úlcera de Marjolin. Presentación de un caso. *Medisur. [Internet]* 2016 [citado 10 Feb 2023];14(1):53-57. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/226/213>
- 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 2023];6(3):182-185. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/download/220/184>
- Villalba W, Ortellado JB, Duarte R, Campuzano M. Úlcera de marjolin, reporte de un caso clínico. *Rev Cir Parag [Internet]*. 2016 [citado 10 Feb 2023];40(2):38-40. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v40n2/2307-0420-sopaci-40-02-00038.pdf>
- Alvarado-Arcas E, Granados-Granados W, Induni-López E. Úlcera de Marjolin: carcinoma epidermoide bien diferenciado en esternotomía medial por cirugía cardíaca previa. *Rev Méda Univ Costa Rica [Internet]*. 2020 [citado 10 Feb 2023];14(1). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/42003/42310>
- Oviedo-López A. Úlcera de Marjolin: Revisión Exploratoria. [Trabajo de fin de grado. Grado en Enfermería Internet]. Alicante: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante; 2021 Abr [citado 10 Feb 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115466/1/Ulcera_de_Marjolin_revision_exploratoria_Oviedo_Lopez_Andrea.pdf
- Melike O. Clinicopathological evaluation of marjolic ulcers over two decades. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences. [Internet]*. 2017 [citado 2023 Feb 10];33(7):327-333. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317291111_Clinicopathological_evaluation_of_Marjolin_ulcers_over_two_decades
- Kassir H, Moussa MK, El Hajj F, Kheireddine W, Boushnak MO. Marjolin's ulcer of the forearm from 30-year-neglect of external fixator. *Int J Surg Case Rep [Internet]*. 2021 [citado 2023 Feb 10];80(2021). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7893446/pdf/main.pdf>
- Borre FJ. Úlcera de Marjolin. Bases y Principios para el Manejo en Cicatrices Post Quemaduras. *Rev Arg de Quemad [Internet]*. 2023 [citado 22 Dic 2023];33(2):3-4. Disponible en: <https://raq-fundacionbenaim.org.ar/ulcera-de-marjolin-bases-y-principios-para-el-manejo-en-cicatrices-post-quemaduras/>
- Dávila-Osorio VL, Méndez-Gaviria L, Amador-Patarrroyo 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 2023 Dec 22];111(1):81-82. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/1bc-191496>