

Úlcera de Marjolin. Presentación de un caso Ulcer of Marjolin. Case report

Ninecta Pérez Breña¹ <https://orcid.org/0000-0001-7251-3989>
Maileidys Aguila López¹ <https://orcid.org/0000-0002-2506-1526>
Naivy Sánchez Vera^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-4129-460X>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

² Hospital Militar "Manuel Piti Fajardo". Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico:
naivysanchez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la úlcera de Marjolin es el resultado de la degeneración maligna de cicatrices postquemaduras. Su evolución es fatal si el diagnóstico es tardío.

Información del paciente: se presentó una paciente de 84 años con antecedentes de sufrir, desde los 13 años, lesiones de quemadura accidental en el 34% de su superficie corporal por fuego directo. Recientemente acudió a consulta por presentar una tumoración en rostro y hombro izquierdo sobre la cicatriz de la quemadura antigua. Se realizó biopsia excisional de las lesiones, con resultado histopatológico de carcinoma escamoso ulcerado. Se decidió realizar su excéresis. Su evolución fue favorable y sin complicaciones. **Conclusiones:** se presentó una paciente con el diagnóstico de úlcera de Marjolin, con evolución favorable después de la extirpación. Se considera de interés para la medicina por lo novedoso del caso.

Palabras clave: úlcera de Marjolin; cicatriz postquemadura; carcinoma escamoso

ABSTRACT

Introduction: Marjolin's ulcer is the result of malignant degeneration of post-burn scars. Its evolution is fatal if the diagnosis is late.

Case Report: An 84-year-old patient was presented with a history of suffering from accidental burn injuries on 34% of her body from direct fire since she was 13 years old. Recently she went to consultation for presenting a tumor on her face and her left shoulder on the old burned scar. An excisional biopsy was

performed, with histopathological result of ulcerated squamous cell carcinoma, It was decided to performed exceresis of them. Her evolution was favorable without complications.

Conclusions: A patient with a diagnosis of a Marjolin's ulcer with a favorable evolution after removal was presented, which is considered of interest to medicine due to the novelty of the case and with the objctive of contributing to the timely diagnosis of this sickness.

Keywords: Marjolin's ulcer; post-burn scar; squamous cell carcinoma

Recibido: 21/08/2023

Aprobado: 25/09/2024

INTRODUCCIÓN

La asociación entre cáncer y lesión cutánea por exposición térmica se conoce desde hace siglos; aunque el término úlcera de Marjolin se relacionaba con neoplasias de cicatrices de quemaduras, actualmente engloba cualquier proceso maligno que surja a partir de un tejido cicatricial.^(1,2)

La malignización de las cicatrices crónicas, principalmente de las cicatrices por quemaduras, es un fenómeno conocido. Aunque se pensaba que para su presentación existía un período de latencia de 25 a 40 años posquemadura, la malignización de la lesión puede aparecer en un período de hasta tres meses. Se estima que la incidencia es de 1,3 al 2,2% de todas las úlceras y del uno al 2% de todas las cicatrices posquemadura; es prevalente en los hombres en una relación 3:1 con las mujeres. El carcinoma escamocelular es el más frecuente, seguido del carcinoma de células de basales y otros tipos de células malignas.⁽³⁾

El desarrollo de carcinoma en cicatrices por quemaduras se asocia a quemaduras extensas y profundas que cicatrizan por segunda intención; por esta razón se insiste en el manejo de estas lesiones con injertos o colgajos para evitar este tipo de cicatrización. La degeneración maligna de estas cicatrices o período de latencia tumoral se relaciona inversamente con la edad en la que el sujeto sufrió la quemadura; así, cuando la lesión se produce en pacientes más jóvenes el período de latencia es mayor.⁽⁴⁾

Se considera un proceso multifactorial. La teoría más aceptada menciona irritación local crónica, en donde hay estimulación repetida y, por tanto, reepitelización constante, con aumento de mutaciones espontáneas.^(4,5)

El tratamiento de la úlcera de Marjolin debe tener un enfoque multidisciplinario. La extirpación local debe ser con un margen de seguridad amplio, seguida de la colocación de un injerto, el cierre primario retardado o la movilización de un colgajo según sea más conveniente. La amputación queda reservada para los casos con invasión ósea o extensión local extensa. La pertinencia de la disección

ganglionar es motivo de controversia y se realiza, en general, para casos con compromiso ganglionar clínico o imagenológico, acompañada o no de radioterapia.⁽⁵⁾

En la mayoría de los casos el diagnóstico y el tratamiento tempranos permiten una recuperación satisfactoria; pero el desconocimiento del tema por el personal médico asistencial y el escaso seguimiento en el tiempo de la cronicidad de lesiones con trastorno o retraso en la cicatrización convierten a la úlcera de Marjolin en una enfermedad peligrosa al ser una en la que no se piensa precozmente.^(4,6)

El presente trabajo describe un caso de malignización de dos lesiones en cicatrices de quemadura antigua, también conocida como úlcera de Majorlin, en una mujer de 84 años de edad. El objetivo principal es contribuir a su diagnóstico oportuno al exponer los detalles de esta paciente.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Se presenta el caso de una paciente femenina de 84 años de edad, de piel blanca, ama de casa, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y antecedentes de haber sufrido a los 13 años de edad lesiones por quemaduras de manera accidental, con un 34% de superficie corporal quemada, con fuego directo, con lesiones en el rostro, el tronco anterior y parte del posterior, así como los miembros superiores, con presencia de cicatrices postquemadura en las regiones anteriormente mencionadas, que acudió a la Consulta de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, por presentar una lesión tumoral en el rostro, en la región preauricular izquierda y otra en la región del hombro izquierdo, ambas en cicatrices de quemaduras antiguas. Al interrogatorio no se recogen datos previos sobre si recibió o no tratamiento mediante injerto libre de piel en las quemaduras.

Al examen físico se constataron una lesión localizada en el rostro, en la región preauricular derecha de 0,5 cm de diámetro, de aproximadamente un año de evolución, de crecimiento rápido, de color rosado, con áreas eritematosas, de consistencia indurada, bordes irregulares, elevados, con centro ulcerado y de fácil sangrado, y otra localizada en el miembro superior izquierdo, específicamente en el hombro, de 2 cm de diámetro, de aproximadamente un año de evolución, de crecimiento rápido. Se observó una lesión eritematosa con áreas hipopigmentadas, de consistencia indurada, bordes irregulares, elevados, ulcerada en su centro y de fácil sangrado (ambas lesiones aparecen reflejadas en las Figuras 1a y 1b).

Por las características y la localización de las lesiones se decidió realizar su excéresis. En la lesión de la región preauricular derecha se realizó el cierre quirúrgico directo, con un margen de seguridad amplio, lo que se aprecia en la Figura 2. En la úlcera del hombro fue necesario realizar un injerto libre de piel

laminar de espesor total por la imposibilidad de un cierre directo, algo que se muestra en la Figura 3.

Se realizó biopsia excisional de ambas lesiones, con un resultado histopatológico de carcinoma escamoso ulcerado, con moderada respuesta inflamatoria crónica asociada y bordes de sección libres de tumor.

La evolución postoperatoria de ambas lesiones a los 10 días del acto quirúrgico se muestra en la Figura 4. El resultado fue favorable. La paciente no presentó complicaciones inmediatas ni mediatas.

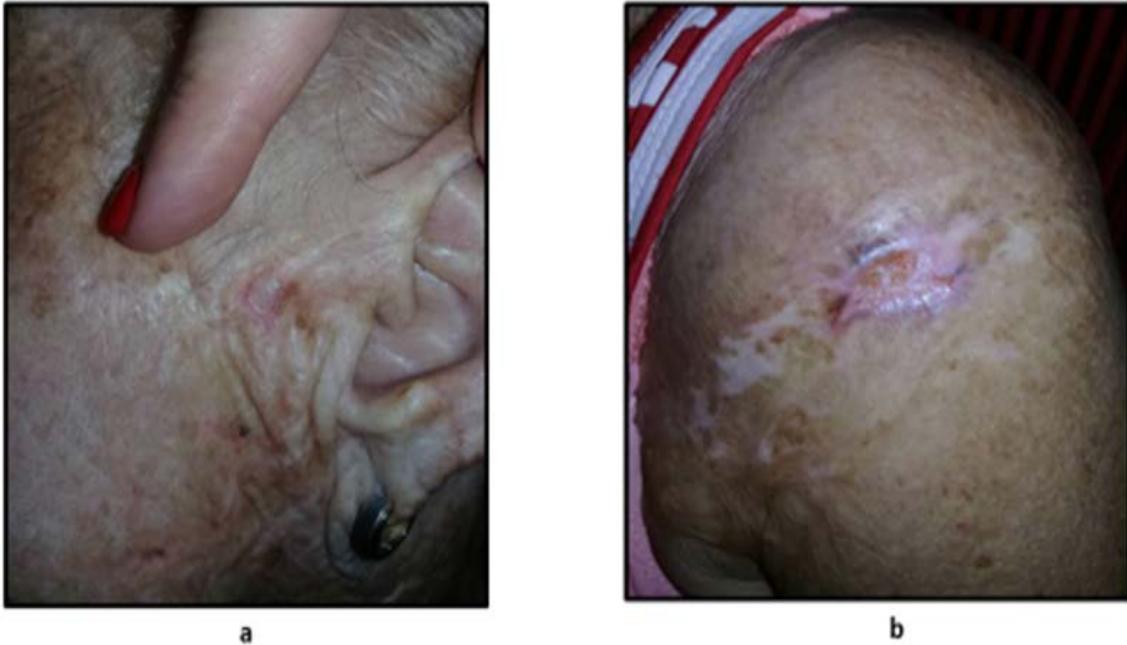


Fig. 1. Localización de la lesión: a. región preauricular derecha y b. miembro superior izquierdo

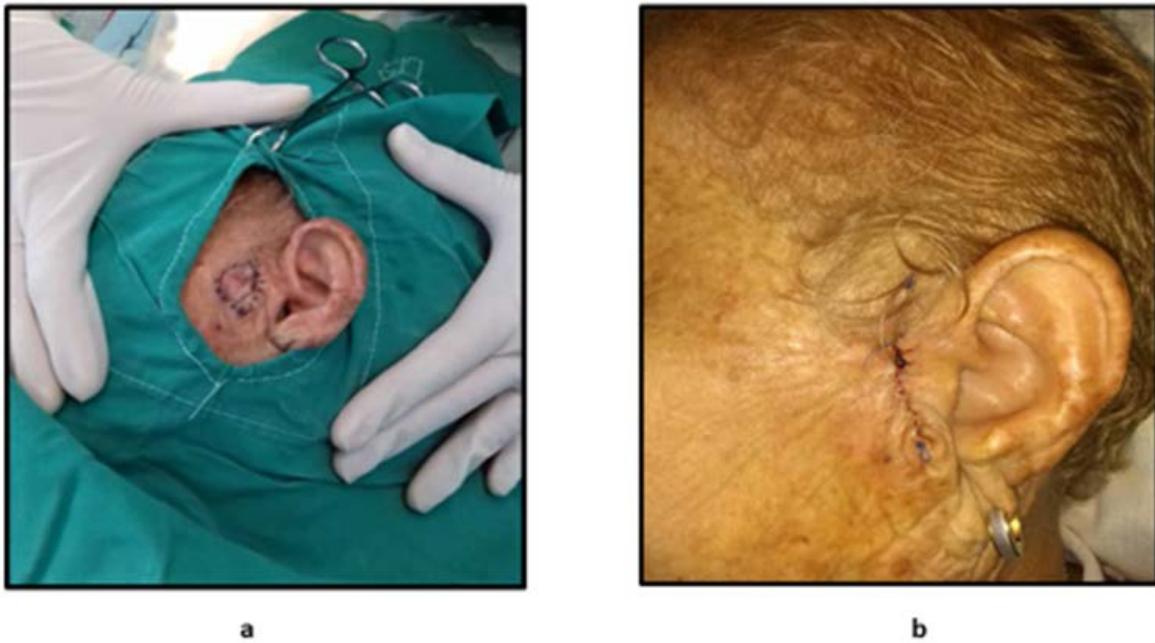


Fig. 2. Lesión preauricular derecha: a. planificación quirúrgica y b. postoperatorio inmediato

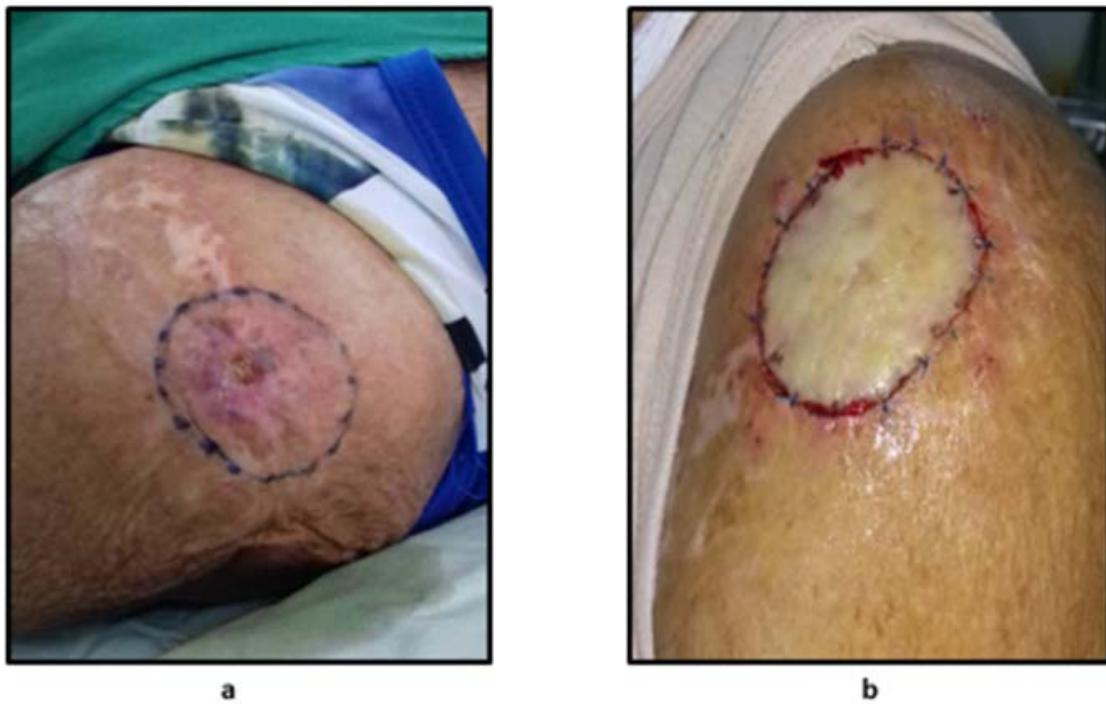


Fig. 3. Lesión miembro superior izquierdo: a. planificación quirúrgica y b. postoperatorio inmediato



Fig. 4. Evolución postoperatoria a los 10 días del acto quirúrgico: a. región preauricular derecha y b. miembro superior izquierdo

DISCUSIÓN

La primera descripción sobre la malignización de una úlcera en una cicatriz de quemadura antigua se debe a Aurelius Cornelius Celsus, que en el siglo primero a.C. escribió sobre el tema. El siguiente registro histórico corresponde a Jean-Nicolás Majorlin, Profesor de la Universidad de París, que en 1828 describió únicamente el desarrollo de úlceras verrugosas sobre cicatrices antiguas de quemaduras, pero jamás escribió sobre cambios malignos en estas úlceras.⁽⁷⁾

La asociación de estas úlceras con el desarrollo de carcinoma corresponde a John Chalmers Da Costa. En 1903 Da Costa propuso el uso del epónimo "úlceras de Majorlin" para describir dos casos de cambios carcinomatosos en áreas de ulceración crónica; en su artículo escribe que el primero en estudiar minuciosamente esta condición fue el Profesor Majorlin, por lo que él consideraba justo que se les diera su nombre.⁽⁸⁾

La degeneración maligna de cicatrices cutáneas se produce no solo en cicatrices de quemaduras, sino también en toda cicatriz crónica como en fístulas, hidradenitis, picaduras de insecto, úlceras venosas y arteriales, sinus pilonidales, osteomielitis, cicatrices de vacunas y lesiones tóxicas. Para poder considerar a un carcinoma como primario en una cicatriz de quemadura se aceptan los criterios de Ewing y Giblin, entre los que se encuentran: evidencia incontrovertible de quemadura (cicatriz de la quemadura), la quemadura debe ser suficientemente

severa para destruir el tejido profundo, el cáncer se debe originar dentro los límites de la cicatriz, la piel tendría que haber sido normal antes de la quemadura, la variedad histológica del cáncer debe ser compatible con el tipo de tejido del área quemada (carcinoma espinocelular o de células basales) y debe existir un período de latencia entre la quemadura y el desarrollo del carcinoma.⁽⁹⁾

Habitualmente el carcinoma se desarrolla en la quinta década de la vida y no tiene predilección de género. Se describen dos períodos de aparición de la úlcera de Majorlin: uno agudo, cuando se presenta dentro de los cinco primeros años desde la lesión y otro crónico, cuando se presenta después de los cinco años de la lesión y que es la forma de presentación más frecuente; sin embargo, el período de latencia es variable (entre cuatro meses y 60 años).⁽¹⁰⁾

La paciente que se presentó tiene un período de latencia de 70 años y en la literatura no se describe ningún caso con un período de latencia tan prolongado. Aunque antes se presentó un paciente con antecedentes de quemadura de 60 años de antigüedad.⁽¹¹⁾

Otros autores^(2,4) describieron pacientes con úlcera de Marjolin que tuvieron el antecedente de quemadura de cinco y 22 años, respectivamente.

La lesión se clasifica en una forma aguda cuando el período de latencia es de cuatro meses a un año y crónica cuando es de uno a 75 años.⁽⁶⁾ La forma crónica es la más frecuente y suele manifestarse como un carcinoma espinocelular, ocupa todo el grosor de la quemadura y suele localizarse en las extremidades, principalmente sobre las articulaciones, como fue el caso de esta paciente.

En una paciente se presentó como una forma crónica de úlcera de Majorlin y en el informe de la biopsia se informó como un carcinoma de células escamosas.⁽⁷⁾

Es importante que el médico reconozca elementos clínicos cuando sospeche la degeneración maligna de una úlcera crónica e identifique la presencia de síntomas y signos y de cambios en las características de la úlcera como el sangrado espontáneo, la secreción maloliente, el dolor intenso de inicio agudo, los márgenes irregulares, el cambio en el drenaje de la herida y la presencia de linfadenopatía regional.^(12,13) Esta paciente cursó con dolor local de baja intensidad y fácil sangrado en ocasiones, que fueron los motivos de consulta. La lesión ulcerativa infiltrante de bordes levantados e induración circundante fue lo que hizo sospechar, en este caso, este diagnóstico.

La progresión del proceso patológico de malignización en la úlcera de Majorlin se inicia en la periferia y crece lentamente hacia el centro. La característica patológica más importante es que el cáncer de la úlcera de Majorlin se produce en quemaduras profundas que no han sido injertadas y a las que se permitió su curación por contractura y epitelización.⁽¹⁴⁾

La etiología de la úlcera de Majorlin es desconocida. Se han planteado múltiples hipótesis, ninguna de ellas absolutamente conclusivas. Factores potencialmente cancerígenos son: el traumatismo repetido en un área de difícil cicatrización y epitelización, la deficiente irrigación del área quemada, la liberación de toxinas por autólisis y heterólisis de la cicatriz, la depresión de la respuesta inmune local que aumenta la susceptibilidad para las mutaciones celulares y la consecuente malignización y las mutaciones en el gen Fas implicado en la apoptosis celular

que aparentemente protege a las células tumorales de la respuesta inmunológica del organismo, lo que permite la progresión tumoral.^(6,13)

El tratamiento de la úlcera de Majorlin es quirúrgico. Se han utilizado preparaciones de 5-Fluorouracilo con resultados poco satisfactorios. La cirugía debe ser bastante agresiva, con un margen entre uno y 2 cm alrededor de la úlcera; el defecto se cubre con colgajos o injertos según el área del cuerpo afectada. La disección de los ganglios linfáticos se puede considerar con ganglios linfáticos positivos detectados en el examen físico o por ultrasonido.^(4,6)

Los tumores que se desarrollan con un período de latencia breve tienen un mejor pronóstico que los que se producen después de un prolongado período de latencia; en estos casos se han descrito recurrencias, metástasis y una mortalidad que alcanza el 30% de los casos. Los tumores localizados en el tronco, la cabeza y el cuello tienen un mejor pronóstico que los tumores de las extremidades inferiores, los que tienen una incidencia de metástasis que varía entre el 50% y el 54% de los casos; sin embargo, el factor pronóstico más importante es la presencia de metástasis linfáticas en el momento de la cirugía.⁽¹⁴⁾ Por lo tanto, las úlceras de Majorlin de esta paciente constituyen un tumor maligno de bajo riesgo debido a que se encontraba en la región de la cabeza y del miembro superior y a que presentaba un prolongado período de latencia, sin metástasis linfáticas clínicamente evidenciadas; histológicamente es un tumor exofítico bien diferenciado.

CONCLUSIONES

La úlcera de Majorlin constituye un tumor maligno que se desarrolla en cicatrices crónicas, principalmente secundarias a quemaduras. Puede ser muy agresiva y su tratamiento con resección amplia debe ir asociado a un seguimiento prolongado debido al riesgo de recurrencias. La prevención del desarrollo de este agresivo carcinoma consiste, simplemente, en el injerto de toda quemadura profunda para evitar la cicatrización por contracción y epitelización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Marín JA, Martínez Gómez DA, Campillo Soto A, Aguayo Albasini JL. Úlcera de Marjolin: experiencia de 10 años en una unidad de pie diabético. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2016 [citado 20/06/2023]; 84(4): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-pdf-S0009741115001590> <https://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.029>
2. González Vargas I, Tamez Pedroza L, Facio Treviño JÁ, Pacheco-Molina C, Treviño García LA, Treviño Lozano MA et al. Úlcera de Marjolin y carcinoma espinocelular en paciente con antecedente de quemaduras. *Cir Plast* [Internet]. 2021 [citado 20/06/2023]; 31(2): [aprox. 4p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2021/cp212e.pdf>

<https://dx.doi.org/10.35366/102749>

3. Miquet RLM, Orozco JMA, Posada RDA, Chávez Mondragón MA. Úlcera de Marjolin. Rev Acta Médica [Internet]. 2019 [citado 20/06/2023]; 20(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2019/acm193f.pdf>

4. Cardona Hernández MÁ, González González M, Camacho Frausto LY, Campos GM, Gallegos Franco C. Úlcera de Marjolin y sepsis. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet]. 2022 [citado 20/06/2023]; 31(3): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2022/cd223e.pdf>
<https://dx.doi.org/10.35366/110009>

5. Chen B, Yue X, Zha W, Xu M, Gao Q, Wang F, et al. Analysis of Factors Affecting Chronic Ulcers of Scalp Transforming into Marjolin's Ulcer: A Single Center Experience. J Burn Care Res [Internet]. 2020 [citado 21/06/2023]; 41(6): [aprox. 10p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32514559/>
<https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa094>

6. García Morales I, Pérez Gil A, Camacho FM. Úlcera de Marjolin: carcinoma sobre cicatriz por quemadura. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2006 [citado 20/06/2023]; 97(8): [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-13093754>

7. Segura Marín H, Segura Fera HJ, López Ramos ÓA, Frutos Colín D, Rojas Guevara PA, Pérez Damián V. Úlcera de Marjolin, escenario final en la evolución de una úlcera venosa crónica. Rev mex angiología [Internet]. 2022 [citado 25/07/2023]; 50(4): [aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2022000400150&lng=es <https://doi.org/10.24875/rma.22000029>

8. Pierini Ángel L, Brosut O, Aguilar F, Bonsembiante N, Etcheverry MG, Hyon FI. Carcinoma escamoso sobre cicatriz de laparostomía. Rev argent cir [Internet]. 2015 [citado 25/07/2023]; 107(4): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/download/279/522?inline=1>

9. Rodrigo Barrera C, Cristian Pozo U, Osvaldo Iribarren B, Marcelo Beltrán S, Carlos Barría M, Rene Mora O. Úlcera de Marjolin en cicatriz de quemadura: Manejo quirúrgico. Rev Chilena de Cirugía [Internet]. 2009 [citado 08/07/2023]; 61(2): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v61n2/art12.pdf>
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262009000200012>

10. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin Ulcer: A Comprehensive Review. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2020 [citado 08/07/2023]; 33(12): [aprox. 5p.]. Disponible en: https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2020/12000/Marjolin_Ulcer_A_Comprehensive_Review.3.aspx
<https://doi.org/10.1097/01.asw.0000720252.15291.18>

11. Manubens V, Utreras M, Bretón A, Pinto C, Molina R. Úlcera de Marjolin, reporte de caso. Rev Chil Dermatol [Internet]. 2017 [citado 08/07/2023]; 33(1): [aprox. 2p.]. Disponible en:
<https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/7>
<http://dx.doi.org/10.31879/rcderm.v33i1.76>
12. Chaturvedi G, Gupta AK, Das S, Gohil AJ, Lamba S. Marjolin Ulcer. Ann Plast Surg [Internet]. 2019 [citado 08/07/2023]; 83(5): [aprox. 4p.]. Available from:
<https://journals.lww.com/10.1097/SAP.0000000000001995>
13. Oviedo López A. Úlcera de Marjolin: Revisión Exploratoria [tesis]. San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante; 2021 [citado 08/07/2023]. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/115466/1/Ulcera_de_Marjolin_revision_exploratoria_Oviedo_Lopez_Andrea.pdf
14. Nicoara M, Bain K, Patel R, Jaikaran O, Hingorani A, Asher E. Malignant transformation of Nonhealing Ulcer-Basal Cell Carcinoma. Ann Vasc Surg [Internet]. 2021 [citado 08/07/2023]; 70:565.e7-10. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035267/>
<https://doi.org/10.1016/j.avsg.2020.01.100>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores:

NPB: Concibió la idea, análisis formal, metodología, supervisión

MAL, NSV: Análisis formal, metodología, redacción del borrador y versión final del manuscrito