

¿Cuál es su diagnóstico? / Úlcera de Marjolin

What is your diagnosis? / Marjolin's ulcer

María Fernanda Figueroa Hernández,¹ Karen Uriarte Ruiz,² Fátima Ríos Vásquez,³ Mario Shuchleib Cukiert,⁴ Marcela Hernández Vera,⁵ Cristina Berumen Glinz⁶ y María Elisa Vega Memije⁷

¹ Médica pasante del Servicio Social, Servicio de Dermatología

² Médica residente de Dermatología, Servicio de Dermatología

³ Médica residente de Dermatopatología, Servicio de Dermatopatología

⁴ Residente de Dermatología, Servicio de Dermatología

⁵ Dermatóloga

⁶ Dermatooncóloga adscrita al Servicio de Dermatología

⁷ Dermatopatóloga, Jefa del Servicio de Dermatología

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud

Revisión

Las neoplasias malignas que se encuentran en el tejido cicatricial ulceroso crónico de quemaduras fueron descritas por Da Costa en 1903, quien fue el primero en acuñar el término úlceras de Marjolin.¹ Se informa que entre 0.77 y 2% de las heridas y cicatrices después de quemaduras sufren degeneración maligna, es más frecuente en hombres y sin predominio de edad.² La mayoría de las neoplasias malignas que surgen en cicatrices por quemadura son el carcinoma de células escamosas (75%), seguido del carcinoma basocelular (15%), melanoma (6%), sarcoma (5%) y carcinoma de células escamoso-basal (1%).^{1,3} El periodo de latencia desde la quemadura hasta la aparición de malignidad es de alrededor de 35 años, y se relaciona inversamente con la edad del paciente en el momento de sufrir la lesión inicial, es decir, cuanto más joven sea el paciente, más tiempo tardará en producirse la transformación maligna.⁴

La etiología no se ha entendido completamente, el mecanismo clave que desencadena la transformación maligna es la cicatriz, que comprende un foco mutagénico con actividad mitótica continua de regeneración y reparación en progreso. Los posibles elementos que contribuyen hacia el proceso de transformación maligna incluyen: irritación crónica, trauma repetido, reactividad inmunológica alterada del tejido cicatricial ante las células tumorales, liberación de toxinas desde la cicatriz no saludable, avascularidad relativa del tejido cicatricial y obstrucción linfática dentro del tejido cicatricial que lo convierte en un sitio inaccesible para la respuesta natural del cuerpo.⁵

Clínicamente se caracteriza por una lesión plana, crónica, indurada con bordes elevados, la cual no cicatriza y no está acompañada de dolor. El hallazgo histológico más frecuente en este tipo de úlcera es el carcinoma escamoso bien diferenciado en aproximadamente 75 a 96%.⁶ Los

factores pronósticos desfavorables incluyen el grado histológico alto, ubicación del tumor (especialmente en las extremidades inferiores), diámetro tumoral grande (más de 10 cm) y la presencia de linfadenopatía regional.

Existen cinco condiciones para establecer el diagnóstico de úlcera de Marjolin que corresponden a los postulados de Ewing: 1) presencia de una cicatriz de quemadura, 2) aparición de un tumor dentro de los límites de la cicatriz, 3) sin antecedente de tumor previo en esa localización, 4) histología del tumor compatible con las células encontradas en la piel y en la cicatriz, y 5) intervalo adecuado entre la cicatriz de la quemadura y la aparición del tumor.⁶

La cirugía es la piedra angular del manejo, cuando no hay afectación ganglionar se deben realizar incisiones amplias, incluida la cirugía micrográfica de Mohs con control de márgenes. De lo contrario, al tener afectación ganglionar, la escisión será amplia con disección de los ganglios linfáticos, radioterapia y quimioterapia.⁷

El pronóstico para la recurrencia local del cáncer originado en quemaduras es de entre 10.8 y 37%.⁸ La detección temprana radica en sospechar este padecimiento específicamente en las úlceras que no cicatrizan y que se encuentran asociadas a un área que sufrió una quemadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kowal-Vern A y Criswell BK, Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis, *Burns* 2005; 31:403-13.
2. Fleming MD, Hunt JL, Purdue GF y Sandstad J, Marjolin's ulcer: a review and reevaluation of a difficult problem, *J Burn Care Rehabil* 1990; 11:460-9.
3. Holterhues C, De Vries E, Louwman MW, Koljenović S *et al.*, Incidencia y tendencias de neoplasias malignas cutáneas en los Países Bajos, 1989-2005, *J Invest Dermatol* 2010; 130:1807-12.
4. Guenther N, Menenakos C, Braumann C y Buettemeyer R, Squamous cell carcinoma arising on a skin graft 64 years after primary injury, *Dermatol Online J* 2007; 13:27.

5. Yu N, Long X, Luján-Hernández JR, Hassan KZ, Bai M, Wang Y, Wang X y Zhao R, Marjolin's ulcer: a preventable malignancy arising from scars, *World J Surg Oncol* 2013; 11:313.
6. Saaiq M y Ashraf B, Marjolin's ulcers in the post-burned lesions and scars, *World J Clin Cases* 2014; 2(10):507-14.
7. Ozek C, Cankayali R, Bilkay U, Guner U, Gundogan H y Songur E, Marjolin's ulcers arising in burn scars, *J Burn Care Rehabil* 2001; 22:384-9.
8. Rowe DE, Carroll RJ y Day CL Jr, Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection, *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:976-90.