

ULCERA DE MARJOLIN

Rafael Garzón*, Elisa B. Burgos*, Fernando L. Garzón*, Lorena Cippitelli*,
Elisa D. de Cabalier * y Luis R. Cabalier. **

Hospital Nacional de Clínicas "Dr. Pedro Vela"
Ira. Cátedra de Clínica Dermatológica - Facultad de Ciencias Médicas - U.N.C.

Resumen

Se presentan 4 pacientes que, sobre cicatrices de quemaduras previas, desarrollaron carcinomas espinocelulares después de un tiempo suficientemente prolongado de hasta 50 años. Se realizan consideraciones terapéuticas sobre la oportunidad del uso de injerto en las secuelas de quemaduras de 3º grado.

Palabras Claves: Úlcera de Marjolin - Carcinoma espinocelular.

Abstract

Marjolin's ulcers can produce neoplasms. They appear on previous scars produced by old three degree burns. Sometimes they appear after 50 years of the previous accident. Three patients showing squamous cell epitheliomas are presented, and the opportunity and technique of the surgical treatment is discussed.

Key Words: Marjolin's ulcer. Squamous cell epithelioma.

Historia

Corresponde a Jean Nicolas Marjolin, Segundo Cirujano del Hospital de Dieu de París (1828) la descripción de una úlcera maligna que asentaba sobre cicatrices de antiguas quemaduras.(2, 3) Para otros autores corresponde a Heurteux la comunicación del primer cáncer cutáneo en una cicatriz de quemadura. (8)

En 1934 se publica en la Prensa Médica Argentina el primer trabajo sobre el desa-

rrrollo de Carcinoma Espinocelular en quemaduras antiguas (2).

Tanto autores extranjeros como nacionales se han ocupado del tema a lo largo de este fin de siglo .

Objetivos

Realizar una actualización sobre la úlcera maligna de Marjolin, a través de 3 casos para transmitir nuestra experiencia con el fin de promover la formación de equipos multidisciplinarios :dermatólogos, médicos clínicos, cirujanos y anatomopatólogos para evitar diagnósticos erróneos y técnicas inapropiadas en detrimento de estos enfermos.

Introducción

Poco después de producida una herida extensa con gran pérdida de sustancia como ocurre en las quemaduras de tercer grado, comienza en algunas zonas curación por segunda intención quedando constituidas las cicatrices distróficas. Es en estas cicatrices donde se desarrolla habitualmente y en especial en miembros inferiores la "úlcera de Marjolin" y luego el "cáncer de Marjolin", constituyendo un Epitelioma Espinocelular de gran agresividad.

El Carcinoma Espinocelular de la piel es un verdadero tumor invasor cuyo pronóstico depende del riesgo de invasión, la topografía de la lesión, el poder metastásico y la existencia de variantes secundarias a procesos inflamatorios y degenerativos(6,7). Entre estos últimos factores mencionados están las ci-

* 1º Cátedra de Dermatología. Hospital Nacional de Clínicas .Facultad de Ciencias Médicas,U. N. C.

** Médico Patólogo

catrices por quemaduras que tienen un 18% de propensión a originan un carcinoma espinocelular mientras que la piel fotodañada tiene sólo un 0,5 % de realizarlo. (1). Casi siempre un 30-40% de pacientes con metástasis ganglionares y a distancia fallecen en breves lapsos. El tratamiento dermatológico quirúrgico muchas veces consiste en injertos que resultan una solución adecuada como lo muestran los realizados en dos de estos pacientes. (4, 5)

Materiales y Métodos

Caso Clínico N° 1.

Úlcera de Marjolin. Sobre una vieja quemadura de tercer grado cicatrizada por segunda intención, se desarrolla ulceración crónica (Fig. 1), de evolución tórpida con progresión al carcinoma espinocelular (Fig. 2). Paciente que pronto desarrolla lesiones metastásicas a distancia que determinan su defunción en corto tiempo.

Caso Clínico N° 2

Quemadura de tercer grado en tercio inferior de la pierna, que desarrolla después de 20 años epiteloma úlcero-vegetante de gran tamaño (Fig. 3) que rodea la pierna.

Presentación clínica: masa exofítica vegetante, dura, indolora, recubierta por escamas queratósicas. Arrancando las costras la expresión hace salir formaciones vermiculares amarillentas (Vermiotas).

Obsérvese la gran ulceración dejada por la extirpación tumoral (Fig. 4) y su reparación quirúrgica tanto de la cara interna como de la cara externa de la misma región, con buena evolución (Fig. 5 y 6) y reparación por injertos.

Caso clínico N°3

Paciente que sufrió quemadura grave localizada en el tercio inferior de la cara posterior del brazo derecho por trabajar con combustibles durante su juventud. Treinta años después aparece una úlcera crónica de bordes epiteliomatosos que fue necesario extirpar y se reparó con injerto split, obteniendo buen resultado quirúrgico dermatológico (Fig.

7). Tiempo después aparecen nuevas lesiones para las que rehusa tratamiento (Fig.8 y 9).

Consideraciones Terapéuticas

Los carcinomas originados en cicatrices, úlceras y fístulas se tratan mejor quirúrgicamente porque la radioterapia es muy mal tolerada por estos tejidos.

El cierre primario de la herida quirúrgica se realiza habitualmente con injertos o colgajos.

Según el espesor los injertos pueden ser de piel total (de Wolfe-Krause) o no. Estos últimos o dermoepidérmicos son obtenidos con instrumental variado (navaja, dermatomo de Padgett, dermatomo eléctrico) y se denomina al material obtenido "injerto split" (hendido, partido) el cual puede ser delgado (de Ollier Thiersch), mediano (de Blair-Brown) o grueso.

Los injertos de piel total no se retraen mayormente, por lo que no crean defectos secundarios alejados, como podría ser por ejemplo un ectropión en párpado inferior. Como contrapartida, "prenden" con mayor dificultad que los injertos dermoepidérmicos. Por lo dicho anteriormente en lesiones del párpado inferior, de no hacerse colgajos, los injertos de elección son los de piel total. En el párpado superior, en cambio, de no obtenerse de piel total del otro párpado, son recomendables los dermoepidérmicos, ya que el movimiento palpebral exige una fácil posibilidad de plegamiento, que no se obtiene de igual forma con el injerto de Wolfe-Krause. La zona facial se injerta siempre precozmente en las quemaduras de tercer grado. (5)

Si la zona a tratar es más extensa y/o en miembros, pueden precisarse injertos dermoepidérmicos. Antes se obtenían preferentemente con el dermatomo de Padgett, pero en este momento generalmente se prefiere el dermatomo eléctrico. De acuerdo a lo que ya hemos dicho, según su grosor pueden ser:

- a) Finos y delgados, llamados de Ollier-Thiersch, abarcan la dermis papilar y la zona superficial de la dermis reticular. Son muy poco usados por su gran retracción y pos-

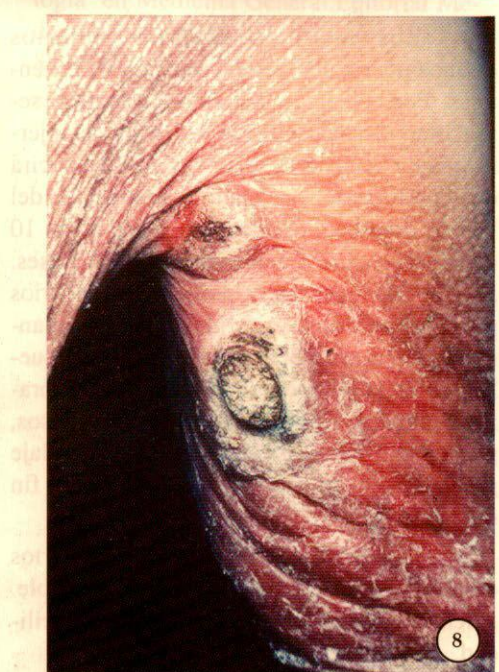


Fig. 1: Úlcera de Marjolin. Sobre una vieja quemadura de tercer grado cicatrizada por segunda intención se desarrolla ulceración crónica.

Fig. 2: Histopatología de Carcinoma Epidermoide maduro (HE 40x)

Fig. 3: Quemadura de tercer grado en tercio inferior de pierna que desarrolla después de 20 años epiteloma úlcero – vegetante, de gran tamaño.

Fig. 4: Obsérvese la gran ulceración dejada por la extirpación tumoral.

Fig. 5 y 6: Reparación quirúrgica tanto de la cara interna como de la cara externa de la misma región, con buena evolución, reparación por injertos.

Fig. 7: Paciente que sufrió quemadura grave, 30 años después aparece una úlcera crónica. Se repara con injerto split, de localización en tercio inferior de la cara posterior de brazo derecho y buen resultado quirúrgico dermatológico.

Fig. 8 y 9: Tiempo después aparecen nuevas lesiones para las que rehusa tratamiento.

terior cambio de color, a pesar de “prender” con gran facilidad. Se usan preferentemente en quemados extensos.

- b) Los medianos o intermedios, llamados también de Blair-Brown, para los que algunos reservan el nombre de “split”, abarcan hasta los dos tercios del espesor de la piel. Llegan aproximadamente a la mitad de la dermis reticular. Son los preferentemente usados en la reparación de los casos mencionados.
- c) Los gruesos abarcan los tres cuartos del espesor de la piel. Comprenden casi completamente la dermis reticular.

Los distintos tipos de injertos dermoepidérmicos tienen ventajas y desventajas. Por consiguiente, sus indicaciones serán diferentes. Cuanto más delgado es el injerto, mayor retracción secundaria se producirá en el postoperatorio alejado. La retracción del injerto dermoepidérmico comienza a los 10 días y se produce durante un lapso de 6 meses. Para evitar importantes defectos secundarios puede ser necesario un ferulaje (“splint”) mantenido durante un período de 6 meses en cuello y axila, o 2-3 meses en articulación de brazos y piernas. Es conveniente en estos casos, por lo menos una vez al día, retirar el ferulaje para permitir el movimiento articular, a fin de evitar inmovilidad posterior.

El cambio de color será en los injertos dermo-epidérmicos delgados más ostensible. Además estos injertos se erosionan con facilidad.

Como contrapartida de estas desventajas, cuanto más delgado es el injerto, ya lo hemos dicho, más fácilmente prende.

Comentarios y Discusión

El tiempo de latencia entre la primera lesión y la aparición del tumor determinó que algunos autores dividieran esta variante de úlcera en dos tipos:

- **Precoz o aguda** es la que aparece antes del año de la injuria
- **Tardía** es la que se desarrolla a los 20, 30 o 70 años del daño inicial, siendo ésta la más frecuente.

La lenta progresión estaría vinculada a la obliteración de los linfáticos por el tejido cicatrizal en las cercanías de la úlcera.

Los pacientes presentaron una demora importante en la consulta y todos desarrollaron el carcinoma espinocelular después de años de la quemadura.

Dentro de las causas imputables a los mismos se encuentra en primer lugar el restarle importancia a una úlcera que no cura y a las lesiones iniciales.

Sumamos a esto la automedicación y factores socioeconómicos de nuestra realidad diaria.

Al existir una úlcera crónica puede producirse una agresión bacteriana, que agregada a otros factores puede llevar a la neoplasia maligna.

Conocimientos actuales

Los efectos carcinogénicos de la energía radiante que determinan carcinoma por quemaduras térmicas como la úlcera de Marjolin, están relacionados con la longitud de onda de esa energía que se encuentra casi en el espectro visible necesitando 20 o más años hasta la aparición de un carcinoma invasor. En cambio las heridas producidas por rayos gamma o X pueden desarrollar un carcinoma en meses.(1).

Consideraciones anatomopatológicas

El Carcinoma Espinocelular metastatiza por vía linfática y a través de la diseminación perineural, y sólo excepcionalmente lo hace por vía hemática. Se debe evaluar la invasión perineural en relación con las metástasis, debiéndose estudiar por cortes múltiples y microestadificación para clasificar la lesión de acuerdo a la porción menos diferenciada (6).La realización de estudios histoquímicos con inmunoperoxidasa, vimentina y anti LEU ayudan a los diagnósticos diferenciales.(7)

Conclusiones

Se presentan 3 pacientes que sobre cicatrices de quemaduras previas desarrollan Carcinomas Espinocelulares después de un tiempo suficientemente prolongado de sufrido el daño. En algún caso a pesar de la amputación del miembro aparecen metástasis óseas que determinan un pronóstico sombrío. A veces los pacientes no vuelven a la consulta por problemas socioeconómicos, por residir en zonas rurales y /o por el temor al padecimiento maligno.

Bibliografía

- 1- Arons M.S., Lynch S.E., Lewis S., Blocker T.: Scar tissue carcinoma: Part I: a clinical study with special reference to burn scar carcinoma. *Ann. Surg.* 161:170-188,1995.
- 2- Debonis D., Cabo H.,Elsner B. y Wocoff A.: Úlcera Maligna de Marjolin. *Arch. Argent. Dermatol.* 44:175-1180,1994.
- 3- Fridman R.J., Rigel D.S., Kopf A.,Harris M., Baker D.: *Cancer de Piel*. Ed. Panamericana, Bs. As. ,Arg.,1993.
- 4- Garzón , R.: *Manual Básico de Dermatología*. T III. Cuarta Edición, Cba, Arg,1981,pág 463.
- 5- Garzón, R.: *Dermatología: Especialidad Medico-quirúrgica*. 7 , 1:3-22.Cuadernos Dermatológicos.1990
- 6- Gomila J.A., Luna S.E., Stooichevicch, R.H., Catelleto, R.H. y Raffi, P.: Valor de la microestadificación del Epitelioma Espinocelular Cutáneo. *T XLI (3) :165-168.Arch. Argent. Dermatol.* 1991.
- 7- Lever W. F., Shaumburg Lever G.: *Histopatología de la piel*.26:493- 541.Ed. Intermédica .Bs. As, Arg.1991.
- 8- Stoll H.L.,Scharzt R.A.: *Carcinoma Espinocelular*. En Fitzpatrick T. B., Eisen A.Z., Wolff K, Freedberg I. M.: *Dermatología en Medicina General*.Editorial Médica Panamericana, 3º Edición 1987, p 880-893.