

Úlcera de Marjolin con compromiso óseo

Reporte de un caso

IGNACIO R. ARZAC ULLA, GUSTAVO FIORENTINI, SEBASTIÁN ORTIZ Y GRACIELA CARABAJAL

Hospital Churruca Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Recibido el 27-5-2014. Aceptado luego de la evaluación el 19-2-2015 • Dr. IGNACIO R. ARZAC ULLA • ignacioarzac@hotmail.com

Caso clínico

Mujer de 71 años de edad, con antecedentes de várices en miembros inferiores, hipertensión arterial, fue internada en el Servicio de Ortopedia y Traumatología por fractura expuesta Gustillo III-A de tibia y peroné de pierna izquierda, secundaria a caída de propia altura (Fig. 1).

Al ingresar, presentaba una úlcera de fondo granulante y bordes anfractuados, indolora, localizada en la pierna izquierda, de 30 años de evolución. La lesión abarcaba toda la circunferencia del miembro con disposición “en manguito” (Fig. 2). La paciente refería que estaba en seguimiento por flebología, en forma particular.

Se realizó interconsulta con los médicos del Servicio de Dermatología de nuestro Hospital, quienes tomaron una biopsia de la lesión cutánea. En nuestro Servicio, se efectuó una limpieza mecánico-quirúrgica, se tomaron muestras óseas para descartar compromiso neoplásico y se estabilizó la fractura con un tutor tubular tipo AO (Figs. 3 y 4).

Con el diagnóstico presuntivo de úlcera de Marjolin con fractura patológica de tibia y peroné, se solicitaron exámenes complementarios. La radiografía de la pierna izquierda, de frente y de perfil, mostró solución de continuidad ósea con imágenes radiolúcidas y radiopacas en su interior, borramiento de la cortical anterior, resección y calcificación perióstica (Fig. 1). En la tomografía computarizada de tórax y abdomen, se observaron imágenes compatibles con metástasis a nivel pulmonar y hepático. En el centellograma con tecnecio-99 unido a MDP,

se evidenció captación patológica de radionúclido en la pierna izquierda.

Se recibieron los resultados de la anatomía patológica cutánea y ósea que confirmaron el diagnóstico de úlcera de Marjolin y carcinoma espinocelular de grado moderado en tibia y peroné, respectivamente (Figs. 5 y 6). Se evaluaron todas las opciones terapéuticas descritas en la literatura y, en este caso, se decidió que la mejor alternativa era la amputación supracondílea.

Discusión

En 1828, Jean-Nicholas Marjolin realizó la clásica descripción de úlceras crónicas que surgían en el tejido cicatricial, aunque nunca describió los cambios como malignos. Sin embargo, fue Da Costa quien, en 1903, propuso el término “úlcera de Marjolin” para describir la degeneración maligna de cicatrices cutáneas, principalmente por quemaduras.^{1,2} La neoplasia que se observa, con mayor frecuencia, es el carcinoma espinocelular.³ Este fenómeno ocurre también sobre fístulas crónicas, hidradenitis supurativa, picaduras de insectos, úlceras crónicas de estasis venosa, osteomielitis, sinus pilonidales, vacunaciones y lesiones de lupus discoide.^{1,3-10}

La úlcera de Marjolin es más frecuente en el sexo masculino, en la quinta década de vida. La localización típica es en los miembros inferiores. Se describen dos formas clínicas: lesiones ulcerativas, infiltrantes, de bordes sobrelevados e induración circundante; y lesiones exofíticas con tejido de granulación.



► **Figura 1.** Radiografía de la pierna izquierda: solución de continuidad ósea con imágenes radiolúcidas y radiopacas en su interior, borramiento de la cortical anterior, resección y calcificación perióstica.



► **Figura 2.** Úlcera de fondo granulante y bordes anfractuosos, indolora, que abarcaba toda la circunferencia de la pierna izquierda con disposición "en manguito".

Los síntomas referidos por los pacientes son inespecíficos; la mayoría refiere dolor localizado. Ocasionalmente, estas úlceras pueden sangrar o infectarse.¹¹

El tumor, en general, se inicia en un borde de la úlcera y crece lentamente. Esta naturaleza focal de la malignización aumenta el riesgo de falsos negativos con una biopsia, por lo que se recomienda tomar varias biopsias incisionales o escisionales.^{1,3,8,10}

La úlcera de Marjolin, en su presentación aguda, tiene un buen pronóstico; mientras que los casos con largos períodos de latencia tienen mayor riesgo de metástasis y una mortalidad del 30%.¹ Los tumores de cabeza, cuello y extremidades superiores evolucionan mejor que los localizados en el tronco y las extremidades inferiores. Las piernas constituyen la localización con mayor riesgo de metástasis (50-54%).¹ El tratamiento consiste en la ex-

tirpación completa de la úlcera con amplios márgenes de seguridad, al menos de 2 cm, y cobertura del defecto con injertos o colgajos.¹ Sin embargo, cuando existe compromiso óseo o de tejidos profundos, la amputación es el tratamiento de elección. Esta opción terapéutica también estaría indicada para evitar metástasis tempranas, cuando los resultados son pobres luego de la escisión local y en los pacientes que tuvieron dificultades con la cobertura de partes blandas.^{8,9,12,13}

La disección ganglionar se realiza cuando existen adenopatías palpables o en forma profiláctica, debido al alto índice de metástasis ganglionar que tiene este tumor (55%).^{1,14-16}

La radioterapia es una alternativa terapéutica que controla localmente al tumor; sin embargo, no se utiliza debido a que posee baja tolerancia en el miembro inferior.^{3,6,10}



Figura 3. Al ingreso, se realizó la limpieza mecánico-quirúrgica, se tomaron muestras óseas para anatomía patológica y se estabilizó la fractura con un tutor tubular AO.



Figura 4. Radiografía de pierna de frente, en la que se observa la fractura estabilizada con tutor tubular tipo AO.

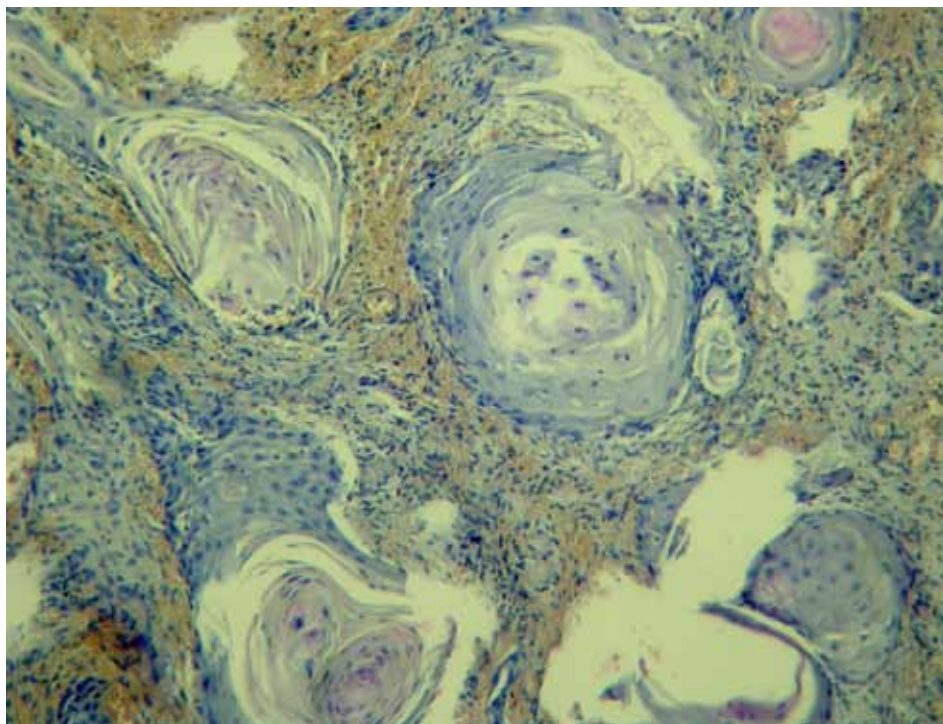


Figura 5. Histología ósea: se observan trabéculas óseas disgregadas y fragmentadas, infiltración de la médula ósea por un carcinoma de células escamosas bien diferenciado.

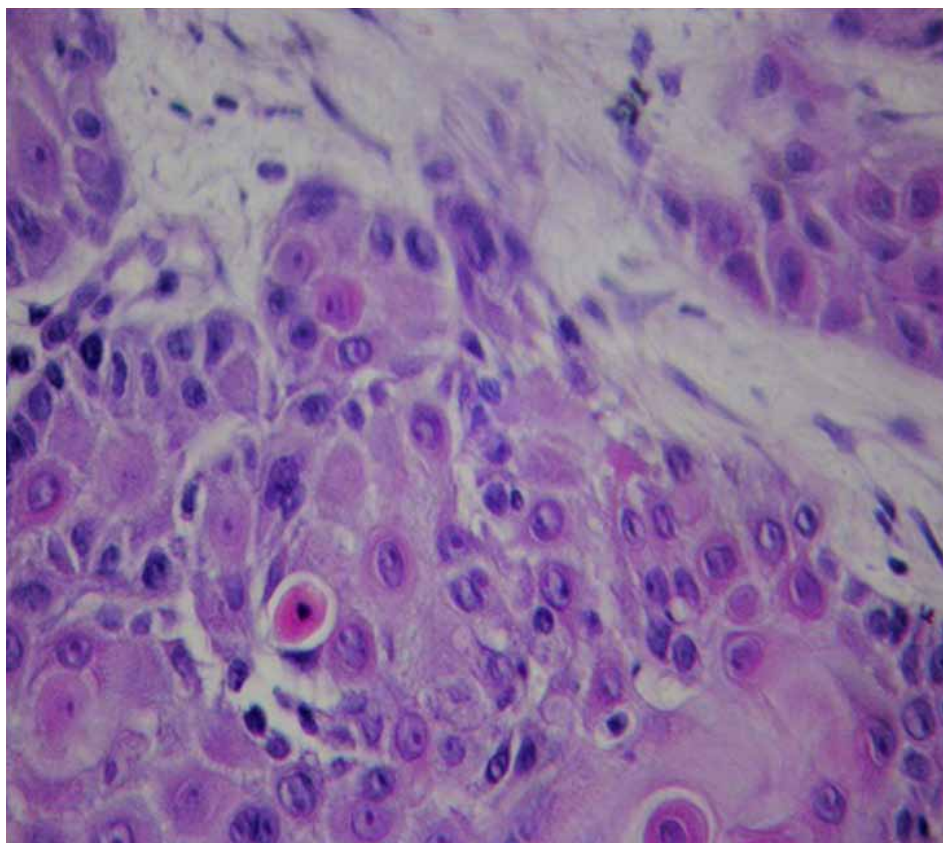


Figura 6. En los cortes histológicos de piel, se observan cordones y nidos de diferentes tamaños y formas que infiltran la dermis con fibrosis. Moderado pleomorfismo nuclear, con nucleomegalia y citoplasmas eosinofílicos abundantes de contornos netos. Frecuentes mitosis típicas y atípicas, concluyente con carcinoma espinocelular bien diferenciado invasor.

Bibliografía

1. **Phillips TJ, Salman SM, Bhawan JAG.** Burn scar carcinoma. Diagnosis and management. *Dermatol Surg* 1998;22:561-5.
2. **Dupree MT, Maryland B, Boyer JD.** Marjolin's ulcer arising in a burn scar. *Cutis* 1998;62:49-51.
3. **Ziets R, Evanski P, Lusskin R, Lee M.** Squamous cell carcinoma complicating chronic osteomyelitis in a toe: a case report and review of the literature. *Foot Ankle Int* 1991;12:178-81.
4. **Alconchel MD, Olivares C, Álvarez R.** Squamous cell carcinoma, malignant melanoma and malignant fibrous histiocytoma arising in burn scars. *Br J Dermatol* 1997;137:793-8.
5. **Kikuchi H, Nishida T, Kurokawa M.** Three cases of malignant melanoma arising on burns scars. *J Dermatol* 2003;30:617-24.
6. **Potter BK, Pitcher JD Jr Adams SC, Temple HT.** Squamous cell carcinoma of the foot. *Foot Ankle Int* 2009;30:517-23.
7. **Mirigliano E, LaTour R, Abramczuk J.** Squamous cell carcinoma of the foot mimicking osteomyelitis: a case report. *J Foot Ankle Surg* 2011;50:480-5.
8. **Altay M, Arikan M, Yildiz Y, Saglik Y.** Squamous cell carcinoma arising in chronic osteomyelitis in foot and ankle. *Foot Ankle Int* 2004;25:805-9.
9. **Centofanti F, Salfi C.** Squamous cell carcinoma (SCC) arising from chronic osteomyelitis: a review of 14 cases. International Meeting on Multidisciplinary Approach to Treatment of Bone and Soft Tissue Sarcomas. Abstract Book, Naples, Italy, 1999:58-60.
10. **Elias D, Sedlin M, Fleming J.** Epidermoid carcinoma arising in chronic osteomyelitic foci. *J Bone Joint Surg Am* 1963;45(4):827-38.
11. **Kowal-Vern A, Criswell BK.** Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. *Burns* 2005;31:403-13.
12. **Dorfman HD, Czerniak B.** Osteomyelitis. En: *Bone Tumors*, St. Louis: Mosby; 1998:1206-9.
13. **McGrory JE, Pritchard DJ, Unni KK.** Malignant lesions arising in chronic osteomyelitis. *Clin. Orthop* 1999;362:181-9.
14. **Fitzgerald R, Brewer N, Dahlin D.** Squamous-cell carcinoma complicating chronic osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am* 1976;58(8):1146-8.
15. **Yucel A, Yazar S, Demirkesen C, Duran H, Dervisoglu S, Altintas M.** An unusual long-term complication of burn injury: malignant fibrous histiocytoma developed in chronic burn scar. *Burns* 2000;26:305-10.
16. **Novick M, Gard DA, Hardy SB, Spira M.** Burn scar carcinoma: a review and analysis of 46 cases. *J Trauma* 1977;17:809-17.