

Carcinoma escamoso sobre cicatriz de laparostomía

Squamous cell carcinoma on a laparostomy scar

Ángel L. Pierini, Oscar Brosutti, Francisco Aguilar(H), Nicolás Bonsembiante, Mariano G. Etcheverry, Florencia I. Hyon

Servicio de Cirugía
General Mixta - Hospital
J. B. Iturraspe. Santa Fe,
Argentina

Correspondencia:
Mariano Etcheverry :
marianogabrieletcheverry
@gmail.com

La cicatrización anormal de las heridas puede conducir a la transformación maligna del tejido, fenómeno que se produce aproximadamente en el 2% de los casos¹. La úlcera de Marjolin representa un grupo de neoplasias originadas a partir de una herida quirúrgica, generalmente quemaduras, mal cicatrizadas^{2,3}. La estirpe histológica más frecuentemente encontrada es el carcinoma escamoso en el 75-96% de los casos^{1,2,5} y, a diferencia de cáncer de piel *de novo*, tiene un patrón altamente agresivo, con 27,5% de los pacientes que desarrollan metástasis regionales y a distancia^{3,4}.

Tanto el inadecuado cuidado temprano de las heridas como la falta de injerto de piel en etapas tempranas cuando es necesario favorecen la degeneración maligna. El período de latencia de la transformación maligna en las heridas crónicas es amplio y es mayor cuando la lesión se produce en pacientes jóvenes^{1,2}. Se presenta aquí un caso inusual de un carcinoma escamoso infiltrante en una cicatriz de laparostomía.

Se trata de un paciente masculino de 60 años con antecedente de necrosectomía pancreática + abdomen abierto y contenido por pancreatitis aguda necrohemorrágica 19 años antes de la consulta. Al ingreso presenta cuadro de 12 meses de evolución caracterizado por una tumoración fétida, de 5 cm de diámetro, la cual asienta sobre una exulceración crónica a nivel de una cicatriz abdominal previa,

la cual se encuentra sobre una eventración con anillo eventrógeno de 10 cm de diámetro (Fig. 1). Se realiza toma de biopsia cuya histología informa "fragmentos de carcinoma escamoso verrugoso".

El estudio preoperatorio se complementa con laboratorio, tomografía computarizada (TC) de cráneo, tórax y abdomen, videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y videoendoscopia digestiva baja (VEDB), las cuales no evidenciaron alteraciones de relevancia. Se decide realizar neumoperitoneo preoperatorio, según técnica de Goñi Moreno, debido a las dimensiones de la eventración.

Se efectúa resección del epiteloma hasta la cavidad peritoneal con márgenes oncológicos de 2 cm (negativos confirmados anatomopatológicamente por congelación y diferido), asociada a eventroplastia con incisiones de descarga a la manera Albanese y combinando procedimiento de Welti-Eudel y Chaimoff-Dintzman; luego se colocó malla de polipropileno supraaponeurótica, según técnica de Chevrel (Cirujano: Dr. Oscar Brosutti).

En el siglo I a. C., Aurelius Cornelius Celsus realizó la primera descripción sobre la malignización de una úlcera en una cicatriz de quemadura antigua^{1,4}. El siguiente registro histórico corresponde a Jean-Nicolas Marjolin, quien en 1828 describió únicamente el desarrollo de úlceras verrugosas sobre cicatrices de antiguas quemaduras, pero jamás escribió sobre cambios

FIGURA 1



Carcinoma escamoso verrugoso sobre cicatriz de laparostomía

Recibido el
14 abril de 2015
Aceptado el
26 de agosto de 2015

malignos en esas úlceras. La asociación de esas úlceras con el desarrollo de carcinoma corresponde a John Chalmers Da Costa quien, en 1903, propuso el uso del epónimo "úlceras de Marjolin" para describir 2 casos de cambios carcinomatosos en áreas de ulceración crónica, ya que en su artículo describe que el primero en estudiar minuciosamente esta condición fue el profesor Marjolin^{1,2}.

Habitualmente se desarrolla en la quinta década de la vida, sin predilección por género ni raza^{1,2,5}. Se han descrito dos formas de úlcera de Marjolin en función del intervalo entre la exposición al daño inicial y el desarrollo del tumor: una forma aguda, si es de menos de 5 años, y una forma crónica, si transcurren más de 5 años. Otros autores la clasifican en aguda, cuando el período de latencia es menor de 1 año, y crónica, cuando es mayor de 1 año, siendo la forma crónica la más frecuente. Este período de latencia presenta un rango muy amplio y se describe como inversamente proporcional a la edad del paciente en el momento de la lesión¹⁻⁴. En nuestro caso, el período de latencia de 19 años se presentó como una exulceración superficial crónica, con –además– un tiempo de latencia acorde con la literatura consultada.

A pesar de que, como en nuestro caso, el carcinoma escamoso es por lejos la estirpe histológica más frecuente (75-96%), existen otras estirpes menos frecuentes como el carcinoma basocelular (1-25%) y el melanoma, entre otros¹.

La característica patológica más importante de este tipo de úlceras es que se producen en heridas y quemaduras profundas que no han sido injertadas oportunamente y que han cicatrizado por segunda in-

tención. Si bien la etiología es desconocida, se han planteado factores potencialmente carcinogénicos como el traumatismo repetido, la deficiente irrigación de la cicatriz, la liberación de toxinas cancerígenas, la depresión de la respuesta inmunitaria y la inflamación crónica¹⁻³.

Estos tumores tienen la posibilidad de provocar metástasis tempranas hacia ganglios regionales (34,8 al 53,8%) y a distancia (hueso, pulmón, hígado, riñón y cerebro), por lo que se asocian a un pronóstico adverso en relación con los formados *de novo*¹⁻⁴.

Con respecto al tratamiento, se recomienda la resección amplia con márgenes de 2 a 3 cm, y, en casos de ganglios clínicamente positivos, realizar el vaciamiento correspondiente¹⁻⁴. El uso de la técnica del ganglio centinela es discutido y algunos proponen la disección ganglionar electiva debido a la alta incidencia de ganglios positivos en las úlceras alojadas en los miembros¹⁻⁴.

En los casos de abdomen abierto y contenido previo, hay que emplear diversas tácticas de reconstrucción parietal como se ha realizado en nuestro caso. Los ejemplos de carcinoma de células escamosas que surgen a partir de una cicatriz de una laparostomía (no por quemadura) son extremadamente raros. Se llevó a cabo una revisión de la literatura y se encontraron solo dos informes de caso previos; este es el tercero (de acuerdo con la literatura consultada en la base de datos de Pubmed y Lilacs)^{3,6}. Si bien no es posible sacar conclusiones debido a la escasa casuística, cabe destacar que el primer caso informado por Yuste García y cols.⁶ en el año 2006 se refería a un paciente con el mismo antecedente quirúrgico que el caso presentado en esta oportunidad.

Referencias bibliográficas

1. Barrera C, R; Cristian Pozo U., C; Iribarren B.,O; Beltrán S.,M; Barría M.,C; Mora O, R. Úlcera de Marjolin en cicatriz de quemadura: Manejo quirúrgico. Rev Chilena de Cirugía. 2009 Abril; 61(2): 176-80.
2. García-Morales I, Pérez-Gil A, Camacho FM. Úlcera de Marjolin: carcinoma sobre cicatriz por quemadura. Actas Dermosifiliogr. 2006; 97(8):529-32.
3. Neubarth Trindade E, Bohrer Pitrez FA, Souto M. Squamous cell carcinoma in a laparostomy scar. ABCD Arq Bras Cir Dig 2012; 25(4):298-9.
4. Soto-Dávalos BA, Cortés-Flores AO, Bandera-Delgado A, Luna-Ortiz K, Padilla-Rosciano AE. Neoplasia maligna en cicatriz de quemadura: úlcera de Marjolin. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Cir Ciruj. 2008; 76:329-31.
5. Bozkurt M, Kapi E, Kuvat SV, Ozekinci S. Current concepts in the management of Marjolin's ulcers: outcomes from a standardized treatment protocol in 16 cases. J Burn Care Res. 2010 Sep-Oct; 31(5):776-80 [Abstract].
6. García PY, Campos PV, Rubio JMM, García AG, Viejo EP, Pisonero DG, Pueyo JIM, Vigo FC. Marjolin's Ulcer Arising from a Laparostomy Scar. Int Surg. 2006; 91:207-10. [Abstract].