

## CASO CLÍNICO

# Úlcera de Marjolin como complicación de una úlcera venosa de larga evolución

Autora:

**Raquel García Moreno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Enfermera. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA). Sabadell

### Correspondencia

Raquel García Moreno

Correo electrónico: rgarciam@tauli.cat

Recibido: 18/05/2023

Aceptado: 23/05/2023

### RESUMEN

Mujer de 76 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba úlceras de larga evolución en miembros inferiores. En la extremidad inferior izquierda presentaba úlcera de gran tamaño, de 23 años de evolución, de causa multifactorial, con bordes irregulares, exudado abundante y lecho ocupado por un tejido fibrinoso que sangraba fácilmente y que, a nivel distal, había crecido hasta sobrepasar los bordes de la herida. Se confirmó, mediante biopsia, una malignización en forma de úlcera de Marjolin (carcinoma escamoso cutáneo infiltrante de alto grado), que requirió una amputación infracondílea de la extremidad. Ante heridas crónicas que no cicatrizan a pesar de recibir un tratamiento adecuado o que presenten signos clínicos y/o localizaciones atípicas se debe realizar una biopsia lo antes posible. Una vez confirmado el diagnóstico de malignidad, el abordaje debe ser multidisciplinar.

### PALABRAS CLAVE

úlcera varicosa; carcinoma de células escamosas

### SUMMARY

A 76-year-old woman, with no pathological history of interest, presented with long-standing ulcers on the lower limbs. On the left lower extremity she presented a large ulcer, 23 years old, of multifactorial cause, with irregular borders, abundant exudate and wound bed occupied by a fibrinous tissue that bled easily and that, distally, had grown to exceed the edges of the wound. A biopsy confirmed malignancy in the form of a Marjolin's ulcer (high-grade infiltrating cutaneous squamous cell carcinoma), which required an infracondylar amputation of the limb. Chronic wounds that do not heal despite adequate treatment or that present clinical signs and/or atypical locations should be biopsied as soon as possible. Once the diagnosis of malignancy is confirmed, the approach should be multidisciplinary.

### KEYWORDS

varicose ulcer; carcinoma, squamous cell

### Introducción

La úlcera de Marjolin es una complicación rara pero grave de las heridas crónicas, estas úlceras pueden transformarse en carcinomas que, a su vez, tienen un elevado riesgo de hacer metástasis (1). Históricamente, las úlceras de Marjolin llevan el nombre del cirujano francés Jean Nicolas Marjolin y se describieron por primera vez como ulceraciones con vellosidades densas que surgen dentro de la cicatriz de una quemadura. Otras etiologías inflamatorias crónicas que conducen a las úlceras de Marjolin incluyen heridas traumáticas, úlceras por estasis venosa, osteomielitis, úlceras por presión, dermatitis por radiación, picaduras, mordeduras e hidradenitis supurativa (2). Las úlceras de Marjolin ocurren en todos los grupos de edad, sexos y razas. El período de latencia promedio

desde el momento de la herida desencadenante inicial hasta el descubrimiento de la degeneración maligna es de 30 a 35 años (3). La fisiopatología no se ha dilucidado por completo, pero se han propuesto varios mecanismos, que incluyen irritación crónica, epitelización repetida, daño local a los mecanismos inmunitarios de la piel, predisposición genética y toxinas por daño celular local (2). Una lesión que no cicatriza, ulcerativa o indurada que aparece en una herida o cicatriz crónica debe hacer sospechar una degeneración maligna a una úlcera de Marjolin. Visualmente, las lesiones se han descrito como ulcerativas y malolientes con crecimiento rápido y márgenes elevados enrollados. Otros signos clínicos que sugieren la formación de una úlcera de Marjolin incluyen tejido de granulación exofítico, sangrado y linfadenopatía regio-

nal (3). Las úlceras tumorales están infradiagnosticadas y el retraso en su diagnóstico (lo habitual es que sea de años) puede ensombrecer el pronóstico. El tratamiento de estos tumores es normalmente multidisciplinar. Ha de realizarse una extirpación quirúrgica con márgenes amplios y la reconstrucción suele requerir injerto. Si el defecto a cubrir es muy extenso, o en localizaciones especiales, se pueden emplear sustitutos cutáneos. En casos con elevado riesgo metastásico, como el carcinoma epidermoide que se desarrolla sobre una úlcera crónica, ha de hacerse un estudio de extensión previo al tratamiento, pudiendo ser necesaria la amputación de la pierna y otros tratamientos adyuvantes (4). La malignización de una úlcera venosa se ha comunicado en muy pocas ocasiones, con menos de 200 casos en la bibliografía mundial. Aunque, afortunadamente, es una entidad poco frecuente, conviene conocerla, ya que la patología sobre la que asienta es de una elevada prevalencia en la población y una actuación temprana puede mejorar el pronóstico de estos enfermos (5).

Se reporta el caso de una mujer que fue derivada a la Consulta de Enfermería de Cirugía Vascular del Hospital Universitari Parc Taulí y que presentaba úlceras de larga evolución en miembros inferiores. En la extremidad inferior izquierda presentaba una úlcera de gran tamaño, de 23 años de evolución, de etiología multifactorial. El reporte de este caso puede ayudar a que los profesionales sanitarios implicados en la atención de pacientes con úlceras venosas de larga evolución presten atención a la aparición de signos que puedan sugerir una malignización de las lesiones. En todo momento se respetó la confidencialidad de los datos de la paciente de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos. Se solicitó consentimiento de la paciente para la toma de fotografías y para su publicación. La autora declara no tener conflictos de interés.

## CASO CLÍNICO

### Anamnesis

Mujer de 76 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de alergia a apósitos de plata. Autónoma para las actividades de la vida diaria y con funciones superiores conservadas. Vivía con el marido y tenían una hija que les daba soporte. Obesidad moderada. Dispepsia biliar ocasional. Insuficiencia mitral leve-moderada con esclerosis valvular. En septiembre de 2020 se le realizó colecistectomía por colecistitis aguda con absceso peri vesicular. En enero de 2021 tuvo una neumonía por SARS-COV-2 que requirió ingreso, sin secuelas. Síndrome posttrombótico secundario a episodio de trombosis venosa profunda del MII (Miembro Inferior Izquierdo) en 1971, con varices tronculares de larga evolución que requirieron intervención quirúrgica (CHIVA) y aparición de una

úlcera venosa en el año 2000 que tuvo una evolución tórpida y requirió dos cirugías de desbridamiento con injerto cutáneo, un ingreso domiciliario y múltiples tandas de antibióticos orales y endovenosos. En 2014 le apareció otra úlcera en zona maleolar interna de MID (Miembro inferior Derecho) que también precisó un ciclo de antibiótico endovenoso.

Durante todos estos años la paciente había acudido, con frecuencia variable, al Centro de Atención Primaria, al servicio de Cirugía Vascular y al Hospital de día de enfermedades infecciosas, pero habitualmente las curas se las realizaba su marido en el domicilio y tan solo solicitaban ayuda profesional cuando surgían complicaciones. La HCE recoge numerosos comentarios relativos a la falta de adherencia por parte de la paciente y de su cuidador a los tratamientos recomendados.

El 30 de septiembre de 2022 hay un primer registro de un granuloma con tejido hipergranulado en la úlcera del MII, con crecimiento rápido. El resto de la lesión era definida como una úlcera de gran tamaño, infragenicular, en rodete, con bordes socavados. La hipergranulación se trató con fomentos de metilprednisolona, se aplicaron apósitos gestores del exudado sobre toda la úlcera y se realizó vendaje compresivo.

Se siguieron haciendo curas periódicas en el servicio de infecciosas y en febrero de 2023, ante la ausencia de respuesta al tratamiento, la paciente fue derivada al Servicio de Cirugía Vascular.

### Exploración física

La paciente presentaba una lesión muy dolorosa y de gran tamaño en la zona de la polaina del MII que abarcaba toda la circunferencia del miembro y se extendía por debajo de los maleolos. Bordes irregulares, exudado abundante y lecho ocupado por un tejido fibrinoso con abundante biofilm que sangraba fácilmente y que, a nivel distal, había crecido hasta sobrepasar los bordes de la herida (Figura 1). Exploración arterial normal: pulsos presentes, piel caliente y ausencia de síntomas de claudicación intermitente. En la extremidad inferior derecha presentaba otra úlcera de nueve años de evolución que había ido mejorando con el tratamiento recibido, aunque persistía una lesión de 2-3 cm, superficial, prácticamente epitelizada.

### Pruebas complementarias

- RM extremidad inferior izquierda (08/03): Proceso neoformativo complicando úlcera crónica. Gran extensión dérmica-subdérmica y en contacto con múltiples estructuras profundas, con signos de afectación secundaria por continuidad ósea tibial en región maleolar interna (periostitis crónica), en región inferomedial del calcáneo y extensa en paratendón de aquiles.
- Angio TAC EEII y aorta abdominal (9/03): Troncos distales de la pierna izquierda permeables.



Fig. 1: Primera visita a la consulta de Cirugía Vascul ar (8/02/2023).

- Cultivo exudado úlcera extremidad inferior izquierda (10/03): Pseudomona Aeruginosa.
- PET-TAC (13/03): Extensa tumoración cutánea - subcutánea hipermetabólica localizada en la región medial y posterior del tobillo izquierdo que infiltra del tendón-paratendón de aquiles y está en contacto con la tibia y el calcáneo. Adenopatías hipermetabólicas de aspecto tumoral en cadena ilíaca interna y externa izquierdas, inguinal izquierda, en región posterior de muslo y poplítea izquierda.
- Biopsia lesión tobillo izquierdo (10/03): Carcinoma escamoso infiltrante pobremente diferenciado (G3) con marcada ulceración superficial.
- Biopsia adenopatía inguinal izquierda (23/03): no evidencia de metástasis.
- PAAF adenopatía poplítea izquierda (31/03): no evidencia de metástasis.

### **Diagnóstico**

Úlcera extensa en extremidad inferior izquierda complicada con carcinoma escamoso cutáneo infiltrante de alto grado sin evidencia de metástasis, T4N2M0, estadio IV. Úlcera de Marjolin.

### **Tratamiento y evolución**

Para la planificación de intervenciones dirigidas al abordaje de la lesión se utilizó el acrónimo DOMINATE (6); los factores a abordar fueron: presencia de tejido no viable, exceso de exudado, sospecha de malignización de la herida, riesgo de ansiedad y/o depresión, signos de infección, edema de origen venoso y falta de conocimientos.



Fig. 2: Aspecto de la lesión el 22/03/2023.

En la primera consulta, ante el aspecto tan atípico de la úlcera, la toma de decisiones se realizó junto con un cirujano vascular. Se realizó parte de interconsulta a dermatología para realización de biopsia y se tomaron muestras para cultivo.

A nivel local se realizó limpieza con salino, fomentos con polihexanida-betaína, retirada cuidadosa de esfacelos de las zonas que no presentaban sobrecrecimiento, protección de la piel perilesional con espray barrera, apósitos gestores del exudado y vendaje de contención con vendas de corta tracción adaptado a la tolerancia

de la paciente. Se intentó dar continuidad al tratamiento en la consulta, pero la paciente y su familia mostraban desconfianza hacia el nuevo equipo de enfermería vascular e insistían en seguir realizando los autocuidados en su domicilio alegando que tenían una habitación equipada con camilla y material de curas. Poco a poco se pudo reconducir la situación y, finalmente, las curas fueron asumidas totalmente por el equipo de enfermería. La Figura 2 y la Figura 3 muestran la evolución de la lesión durante ese tiempo.



Fig. 3: Aspecto de la lesión el 3/04/2023.

En una de las visitas la paciente tuvo que ser derivada a urgencias por empeoramiento de la úlcera y, sobre todo, para adelantar/priorizar las pruebas diagnósticas. Se decidió ingreso hospitalario para administración de antibióticos intravenosos, manejo del dolor y realización de pruebas diagnósticas adicionales. Se aplicó un ciclo de 14 días de Piperacilina/Tazobactam en perfusión extendida y se controló el dolor con parches de 50 mcg de fentanilo, paracetamol, pregabalina y fentanilo de rescate.

Durante el ingreso se confirmó el diagnóstico de úlcera de Marjolin y la paciente comenzó a ser tratada de forma multidisciplinar por un equipo formado por enfermeras, oncólogos, infectólogos, cirujanos vasculares, traumatólogos, psicooncólogos y dermatólogos. Una vez obtenidos los resultados de todas las pruebas complementarias se decidió, de acuerdo con la paciente y la familia, realizar amputación infracondílea de extremidad inferior izquierda con valoración de ganglio centinela intraquirúrgico el 20/4/2023 (Figura 4).

En el postoperatorio no apareció ninguna complicación, la herida quirúrgica tuvo buena evolución y el dolor de miembro fantasma se controló fácilmente con medicación.

### Discusión y Conclusiones

El hecho de que la malignización de úlceras venosas sea un fenómeno poco frecuente y, por lo tanto, poco

conocido, fue uno de los factores que contribuyeron al retraso en la detección de la degeneración neoplásica de esta úlcera de larga evolución. Baldursson B, *et al.* (1) estimó una tasa del 0,21% de transformación maligna de las úlceras venosas crónicas de la pierna, con una duración media de la úlcera antes del diagnóstico de carcinoma espinocelular de 24,5 años. En la misma línea, un estudio de Toussaint, *et al.* (7) confirmó un gran retraso diagnóstico en los casos de tumores que se presentan como úlceras crónicas en las piernas. Este autor sostiene que hay que diferenciar entre úlceras malignas primarias y malignidad secundaria y recuerda que, para que se pueda asegurar que se trata de malignidad secundaria deben haber transcurrido al menos tres años entre la aparición de la úlcera y el diagnóstico de malignidad. En este caso, está claro que se trataba de malignidad secundaria puesto que la úlcera había aparecido 23 años antes del diagnóstico.

Este caso también pone de manifiesto algunas de las dificultades que pueden surgir durante el abordaje de las úlceras venosas y, por lo tanto, contribuir a su cronicidad. Por una parte, al revisar la historia clínica de esta paciente se ha visto que, en las temporadas en que acudía con regularidad a consulta para la realización de las curas, la lesión mejoraba significativamente, pero cuando era su cuidador quien realizaba las curas en el domicilio la evolución volvía a ser tórpida por falta de adherencia a los tratamientos recomendados. Esto



Fig. 4: Amputación infracondílea del MII.

terminaba generando frustración y claudicación de todos los profesionales implicados, aparte de un aumento del gasto sanitario y del malestar de la paciente. Además, hay que tener en cuenta que la atención sanitaria estuvo fragmentada debido a que acudían a las consultas de diferentes especialidades de forma indistinta cada vez que necesitaban ayuda y que, por lo tanto, seguramente también hubo cierta variabilidad terapéutica.

Otra dificultad a tener en cuenta fue el prolongado tiempo de espera para la realización de las pruebas diagnósticas solicitadas una vez que surgió la sospecha de que se hubiese producido una degeneración neoplásica.

La principal conclusión que se puede extraer de este caso es que el acrónimo DOMINATE (6) es un instrumento de gran ayuda en la planificación de las intervenciones dirigidas al abordaje de heridas crónicas porque tiene en cuenta todos los factores que pueden estar implicados en el origen o en la evolución de las lesiones, incluyendo la posibilidad de malignidad. Ante heridas crónicas que no cicatricen a pesar de recibir un tratamiento adecuado o que presenten signos clínicos y/o localizaciones atípicas se debe realizar una biopsia lo antes posible. Una vez confirmado el diagnóstico de malignidad, el abordaje debe ser multidisciplinar.

## Bibliografía

1. Baldursson B, Sigurgeirsson B, Lindelöf B. "Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma: a large-scale epidemiological study". *Br J Dermatol*. 1995 Oct;133(4):571-4. doi: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb02707.x.
2. Bazaliński D, Przybek-Mita J, Barańska B, Więch P. Úlcera de Marjolin en heridas crónicas: revisión de la literatura disponible. *Contemp Oncol*. 2017; 21 (3):197-202.
3. Shah M, Crane JS. Marjolin Ulcer. [Actualizado 2023 Mar 20]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532861/>
4. Elena Conde Montero. Ante una úlcera cutánea, ¿cuándo debemos sospechar una causa tumoral? [Internet]. 2015. Cuando una herida en la piel no se cierra. [Citado el 12/05/2023]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/ante-una-ulcera-cutanea-cuando-debemos-sospechar-una-causa-tumoral/>.
5. Martínez-Ramos D, Villalba-Munera V, Molina-Martínez J, Salvador-Sanchís JL. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología*. 2006; 58 (1): 63-6. Disponible en: <https://jorge-molina.es/wp-content/uploads/2019/11/Ulcera-Angiologia-2006.pdf>
6. Gale SS, Lurie F, Treadwell T, Vazquez J, Carman T, Partsch H, Alvarez O, Langemo D, Posthauer ME, Cheney M, Wilkin MM, Bursztynski M. DOMINATE Wounds. *Wounds*. 2014; 26 (1):1-12.
7. Toussaint F, Erdmann M, Berking C, Erfurt-Berge C. Malignant Tumours Presenting as Chronic Leg or Foot Ulcers. *J Clin Med*. 2021; 10(11):2251. doi: 10.3390/jcm10112251. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/11/2251>