

CASOS CLÍNICOS

Úlcera de Marjolin en cicatriz de drenaje de absceso mamario: reporte de un caso

Marjolin's ulcer in a scar from a drainage of a breast's abscess: case report

Zoila Valdivia¹, Verónica Galarza², Javier Tolentino², Maritza Hipólito³, Víctor Delgado⁴

RESUMEN

La úlcera de Marjolin forma parte de un grupo de neoplasias originadas en lesiones crónicas de la piel, bien sean inflamatorias o traumáticas. El carcinoma epidermoide es el más frecuentemente informado en la literatura, se presenta con mayor frecuencia en cicatrices de quemaduras, aunque se ha descrito también en otro tipo de lesiones. Reportamos un caso de úlcera de Marjolin en una mujer de 67 años con antecedente de cicatriz por drenaje de absceso mamario.

Palabras claves: Úlcera de Marjolin, Carcinoma epidermoide.

SUMMARY

Marjolin's ulcer is part of a group of neoplasms that originate in skin chronic lesions, which can be inflammatory or traumatic. The Squamous cell carcinoma is the most frequently cancer type reported in the literature, more often seen in burn scars, although they have also been described in others kinds of lesions. We report the case of a 67 years old woman that had the antecedent of a scar from the drainage of a breast's abscess.

Keywords: Marjolin's ulcer, Squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

En 1828 Jean Nicholas Marjolin, describió la formación de úlceras crónicas por quemaduras, las denominó úlceras chancroides sin establecer lo que esto significaba¹. Se debe a Da Costa, hacia el año 1903, el uso del término úlcera de Marjolin para describir la malignización de una úlcera crónica que se origina en la cicatriz de una quemadura; sin embargo se ha descrito también asociación de esta entidad con otros factores etiológicos como úlceras por decúbito, osteomielitis y cicatrices de vacunación¹.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 67 años de edad, natural de Huaraz y procedente del Callao, quién refiere que desde hace un año

nota un "bultito" en mama derecha de 2 a 3mm, no doloroso, el cuál crece progresivamente; seis meses antes de la consulta presenta retracción de la piel adyacente y dolor; dos meses previos la lesión crece rápidamente y se ulcera, agregándose abundante sangrado en los 14 días previos al ingreso.

Al examen físico preferencial se observó, en cuadrante superior externo de mama derecha, una lesión ulcerada de tres centímetros de diámetro, de superficie eritematosa e irregular, cubierta en zonas por material blanquecino, de bordes eritematosos indurados con retracción de piel adyacente (**Fotografías 1 y 2**), no se palparon adenopatías. La paciente refirió antecedente de cicatriz por drenaje de absceso mamario hace 40 años en zona de la lesión.

¹ Médico residente de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal, EsSalud. Lima-Perú.

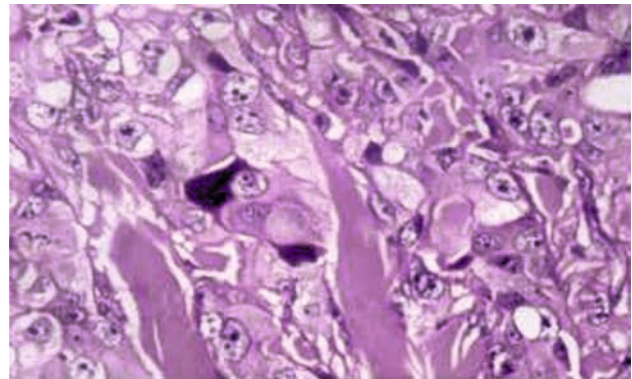
² Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal, EsSalud. Lima-Perú.

³ Médico asistente del Servicio de Anatomía patológica. Hospital Alberto Sabogal, EsSalud. Lima-Perú.

⁴ Médico asistente del Servicio de Anatomía patológica. Hospital Guillermo Almenara, EsSalud. Lima-Perú.



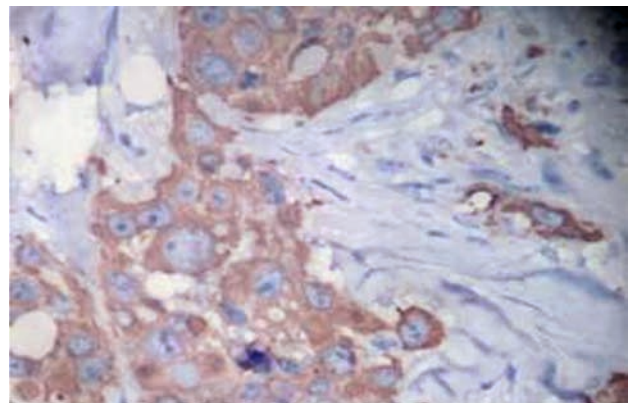
Fotografía 1. Lesión retráctil en cuadrante superior externo de mama derecha.



Fotografía 3. Dermis superficial con proliferación neoplásica de células grandes con núcleo atípico y zonas de pleomorfismo nuclear y citoplasmático, disqueratosis focal y mitosis. HE 40X.



Fotografía 2. Lesión ulcerada de bordes indurados, que retrae zona adyacente en mama derecha.



Fotografía 4. Inmunomarcación con panqueratina positiva. 40X.

Se realizó una ecografía mamaria la cuál reveló nódulo heterogéneo en mama derecha, sugestivo de proceso inflamatorio crónico. Así mismo se realizaron otros exámenes para descartar metástasis. La radiografía de tórax no presentó alteraciones, ni se evidenció metástasis.

En el estudio histopatológico se observó, en dermis superficial, una proliferación neoplásica de células grandes con núcleo atípico, pleomorfismo nuclear y citoplasmático, con mitosis y disqueratosis focal (**Fotografía 3**). Se realizaron estudios de inmunohistoquímica con el resultado de panqueratina positiva (**Fotografía 4**). Los marcadores hormonales para descartar cáncer de mama RE, RP y CERbB2 fueron negativos, siendo el diagnóstico final el de carcinoma epidermoide ulcerado infiltrante.

DISCUSIÓN

Las úlceras de Marjolin se desarrollan en tejido cicatrizal, como quemaduras en un 2%, úlceras de decúbito en un 0.5% y úlceras venosas e hidradenitis supurativa¹⁻³. La relación

hombre mujer es de tres a uno, con un promedio de edad sobre los 50 años; la localización más frecuente es en extremidades (60%), cabeza y cara (30%) y tronco (10%)^{9,10}.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso (87%), seguido del carcinoma basocelular; otros tipos como el melanoma y el sarcoma son menos frecuentes³.

El mecanismo por el que ocurre la transformación maligna de las cicatrices no es conocido, se han postulado varias teorías, una de ellas sugiere que las toxinas liberadas en el tejido dañado actúan como carcinógenos⁶, también se ha postulado que los ciclos repetidos de irritación, ulceración y reparación llevarían a la malignización. Así mismo se ha planteado que el daño crónico llevaría a un déficit local de nutrientes lo que produciría un epitelio incapaz de resistir la carcinogénesis producida por las radiaciones^{3,7,9}.

Existen dos formas de presentación clínica: la malignización precoz, luego de cuatro meses a un año de la aparición de una herida, y la evolución lenta con un rango de uno a 75 años^{3,7,8}. El carcinoma epidermoide de las úlceras de Marjolin es más agresivo y con mayor tendencia a desarrollar metástasis a través de vías linfáticas^{8,10}.

En relación al tratamiento la escisión quirúrgica es el método de elección, recomendándose márgenes de seguridad de 4-6mm, en caso de lesiones no invasivas, y márgenes de hasta 10mm en casos de lesiones invasivas. Otra opción es la cirugía de Mohs, que al asegurar márgenes libres de enfermedad logra un 99% de curación en cinco años, cifra que desciende al 70% en tumores mayores de 2cm. La radioterapia es una alternativa a la cirugía, si ésta no se puede realizar, no la acepta el paciente o como tratamiento adyuvante³.

En el caso de nuestra paciente se sospechó una úlcera de Marjolin por su antecedente de cicatriz por drenaje de absceso mamario, confirmándose el diagnóstico de carcinoma epidermoide en el estudio histopatológico, con una inmunohistoquímica panqueratina positiva, y siendo los marcadores para cáncer de mama negativos.

La paciente ante la posibilidad de una neoplasia maligna se negó a recibir tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOTO B, CORTÉS A, BANDERA A, LUNA K, PADILLA A. Neoplasia maligna en cicatriz de quemadura: úlcera de Marjolin. Informe de dos casos y revisión de la literatura. *Cir Ciruj*. 2008;76(4):329-31.
2. MENENDEZ M, WARRINER R. Marjolin's ulcer: Report of two cases. *Wounds*. 2006;18(3):65-70.
3. MARTÍNEZ D, VILLALBA V, MOLINA J, SALVADOR J. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología*. 2006;58(1):63-6.
4. GONZÁLES G, ROCHA M. Úlcera de Marjolin en región lumbosacra. *Dermatol Perú*. 2008;18(2):127-9.
5. BELLO Y, ROHRER T, PHILLIPS T. Diagnostic Dilemmas. *Wounds*. 2000;12(5):139-40.
6. ETUFUGH C, PHILLIPS T, GOLDBERG L, JENSEN S. Squamous Cell Carcinoma. *Wounds*. 2005;17(11):321-6.
7. ZAGNE V, MESQUITA A, FERREIRA R, FERNANDES N, CUZZI T, PIÑEIRO J. Marjolin's ulcer: a twelve-case report. *An Bras Dermatol* 2006;81(4):355-8.
8. PÉREZ L, ELGUETA-NOY A. Úlcera de Marjolin. *Rev Chilena Dermatol*. 2007;23(1):66.
9. GUENTHER N, CHARALAMBOS M, BRAUMANN C, BUETEMEYER R. Squamous cell carcinoma arising on a skin graft 64 years after primary injury. *Dermatol Online J*. 2007;13(2):27.
10. SABIN SR, GOLDSTEIN G, ROSENTHAL HG, HAYNES KK. Aggressive squamous cell carcinoma originating as a Marjolin's ulcer. *Dermatol Surg*. 2004;30(2 Pt 1):229-30.