Med Gen Fam. 2025; **14(1)**: 39-41

medicina general y de familia
edición digital
www.mgyf.org

Clínica cotidiana

Úlcera de Marjolin

Natalia Camejo[a,*], *Mónika Rondán*[a], *Cecilia Castillo*[b], *Gabriel Krygier*[a]

[a]*Servicio de Oncología Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.* [b]*Servicio de Oncología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de febrero de 2024
Aceptado el 28 de febrero de 2025
On-line el 7 de abril de 2025

Palabras clave:
Úlcera cutánea
Neoplasia de células escamosas
Terapéutica
Neoplasia cutánea

R E S U M E N

La úlcera de Marjolin (UM) es un cáncer de piel raro asociado a quemaduras y cicatrices crónicas. Se manifiesta principalmente como carcinoma de células escamosas y tiende a metastatizar, lo que empeora su pronóstico. La etiología es multifacética y abarca desde anomalías inmunológicas hasta reparación celular defectuosa. Es más común en ancianos o inmunocomprometidos y en países con recursos médicos limitados.

Este artículo destaca un caso en un hombre cuadripléjico de 35 años de edad. Resalta la importancia de la detección temprana y el diagnóstico oportuno de la UM.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por Ergon Creación, S.A.

Marjolin ulcer

Keywords:
Skin ulcer
Squamous cell neoplasm
Terapeutics
Skin neoplasm

A B S T R A C T

Marjolin ulcer (MU) is a rare skin cancer related to burns and chronic scars, primarily presenting as squamous cell carcinoma and prone to metastasis, worsening its prognosis. Its multifaceted etiology ranges from immune response anomalies to defective cell repair. More common in the elderly or immunocompromised, and in countries with limited medical resources.

This article highlights a case in a 35-year-old quadriplegic man, emphasizing the importance of early detection and timely diagnosis of MU.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: ncam3@yahoo.com (N. Camejo).
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2025.010
2254-5506 / © 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 35 años de edad, con cuadriplejia desde los 18 años originada por una lesión en C5-C6; antecedentes de vejiga neurógena.

Ha desarrollado una úlcera por presión en la región sacra hace 4 años, a raíz de un reposo prolongado, la cual se ha mantenido en tratamiento con curaciones y controles regulares. A pesar de ello, la úlcera se ha agrandado al cabo de 2 años y se ha vuelto friable y con tendencia al sangrado.

Se ha efectuado un cultivo y antibiograma de la lesión. Se ha detectado *Pseudomonas*, por lo que se prescribe un tratamiento antibiótico.

Durante su evolución, el paciente presenta síndrome febril prolongado.

Una radiografía de cadera muestra osteítis en el hueso sacro, sin detectarse otras lesiones óseas.

Se inicia nuevo tratamiento médico. Ante la falta de mejoría, el paciente es remitido a consulta quirúrgica.

En la exploración física, se aprecia una úlcera de 15 × 10 cm en la región sacra, con tejido fibrinoso en la superficie y bordes irregulares, friables, sobreelevados y vegetantes. No se detectan adenopatías en las cadenas ganglionares inguinales.

Ante la posibilidad de malignización tumoral, se toman biopsias incisionales en cinco puntos del borde de la lesión (figuras 1 y 2).

El estudio anatomopatológico confirma la existencia de un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado e infiltrante.

El paciente es derivado al Servicio de Oncología Clínica para tratamiento. Allí se solicitan diferentes estudios para evaluar la extensión de la lesión.

La tomografía computarizada muestra adenopatías intercavoaórticas y adenomegalias iliacas primitivas y externas bilaterales de hasta 14 mm. A pesar del contacto de la ulceración con el plano óseo del sacro, no se detectan lesiones óseas.

La resonancia magnética de la columna lumbosacra evidencia una prominente lesión en los tejidos blandos de la región sacra, que se extiende hasta el glúteo derecho, con erosión ósea desde la tercera vértebra sacra hacia regiones más distales.

El paciente ingresa en la unidad y es evaluado por Oncología. Aunque el dolor se controla bien, tiene una rápida progresión y fallece antes poder realizar tratamiento.

Figura 1

Figura 2

Comentario

En la práctica clínica habitual, es común encontrar pacientes que presentan úlceras durante periodos de tiempo muy prolongados. El término "úlcera de Marjolin" (UM) se utiliza para describir una neoplasia invasiva que se desarrolla en una herida crónica, especialmente en el tejido cicatricial. Las heridas crónicas involucradas son principalmente las cicatrices de quemaduras (76,5 %), las heridas traumáticas crónicas (8,1 %) y las úlceras venosas (6,8 %)[1].

La transformación maligna suele ser lenta, con un tiempo de latencia promedio de aproximadamente 30 años. La edad media en el momento del diagnóstico es de 50 años. Es tres veces más común en hombres que en mujeres. Los cambios en la piel afectan con mayor frecuencia a los miembros inferiores (53,3 %), superiores (18,7 %), tronco (12,4 %), la cara y la nuca (5,8 %)[2].

En un análisis de 412 casos de quemaduras cutáneas reportados en 146 artículos entre 1923 y 2004, el 71 % eran carcinomas de células escamosas, 12 % carcinomas basocelulares, 6 % melanomas, 5 % sarcomas y 4 % otros tipos de neoplasias[3].

La incidencia de UM es rara. La transformación maligna ocurre en 0,1-2,5 % de las heridas y cicatrices causadas por lesión inflamatoria crónica o traumática. La incidencia es mayor en los países con limitaciones en el acceso a recursos médicos[3].

La etiología y el proceso de transformación de la UM todavía no están completamente esclarecidos, lo que lleva a una comprensión parcial de su tendencia a metastatizar y ser más agresiva. No obstante, se reconocen determinados factores de riesgo y se ha sugerido que los individuos ancianos o con sistemas inmunológicos comprometidos tienen un mayor peligro de evolución maligna[4,5].

El tratamiento debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Las terapias locales incluyen la escisión de la lesión con márgenes amplios. En algunos casos, puede ser necesario pautar injertos de piel o incluso la amputación. Si bien la mayor parte de estos tumores se tratan con cirugía convencional, alrededor de 5 % tendrán metástasis locales y a distancia, lo que se relaciona con factores de alto riesgo cuyo tratamiento es más complejo: tratamiento sistémico y radioterapia[4,5].

La carcinogénesis en heridas crónicas involucra procesos complejos y multifactoriales. Las teorías incluyen disminución de la respuesta inmunológica en la lesión y alteraciones en la reparación celular por daño crónico, lo que puede causar errores en la replicación celular. La hipoperfusión y obliteración linfática también contribuyen al crecimiento tumoral. Los factores de riesgo incluyen úlceras venosas, traumatismos, quemaduras y fístulas crónicas, que a menudo se presentan como úlceras sangrantes al tacto[6].

Para diagnosticar una UM, se establecieron cinco criterios esenciales[3]:

- Debe haber una herida o cicatriz previamente documentada.
- El tumor debe surgir dentro del área de cicatrización.
- Antes del tumor, no debe haber signos de lesiones precancerosas o de cáncer confirmado en esa área.
- La naturaleza histológica del tumor debe coincidir con los tejidos encontrados en la herida o cicatriz.
- Debe transcurrir un periodo significativo entre la formación de la cicatriz y la aparición del tumor.

Nuestro paciente tenía 35 años: era más joven de lo habitual para esta patología. Desarrolló una úlcera por presión debido a una cuadriplejia. Esta lesión degeneró en un carcinoma escamoso, el tipo histológico más común en la UM, más agresivo que el cutáneo convencional, con tasas de metástasis ganglionares significativamente más altas, como fue nuestro caso[7,8]. Si bien la ubicación es atípica, ya había sido reportada en la literatura[5].

Aunque la primera opción de tratamiento es quirúrgica (exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad suficientes), en este caso no fue viable debido a la invasión de estructuras cercanas y al tamaño del tumor. Aunque se puede emplear la radioterapia y otras terapias sistémicas, el deterioro del paciente fue tan rápido que falleció antes de recibir un tratamiento específico contra el tumor[7,8].

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerr-Valentic MA, Samimi K, Rohlen BH, Agarwal JP, Rockwell WB. Marjolin's ulcer: modern analysis of an ancient problem. Plast Reconstr Surg. 2009; 123(1): 184-91.
2. Chang JB, Kung TA, Cederna PS. Acute Marjolin's ulcers: a nebulous diagnosis. Ann Plast Surg. 2014; 72(5): 515-20.
3. Kowal-Vern A, Criswell BK. Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. Burns. 2005; 31(4): 403-13.
4. Tobin C, Sanger JR. Marjolin's ulcers: A case series and literature review. Wounds. 2014; 26(8): 248-54.
5. Kanth AM, Heiman AJ, Nair L, Giammarino A, Carpenter C, Ricci JA, et al. Current trends in management of Marjolin's ulcer: A systematic review. J Burn Care Res. 2021; 42(2): 144-51.
6. Xiang F, Song HP, Huang YS. Clinical features and treatment of 140 cases of Marjolin's ulcer at a major burn center in southwest China. Exp Ther Med. 2019; 17(5): 3403-10.
7. Simman R, Abbas F, Singh SP. Malignant transformation in chronic stage IV sacral pressure ulcer: A case of Marjolin ulcer. Wounds. 2021; 33(7): E53-7.
8. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin ulcer: A comprehensive review. Adv Skin Wound Care. 2020; 33(12): 629-34.