



Caso Clínico

Injerto de piel libre como tratamiento exitoso de una úlcera de Marjolin

Free skin graft as a successful treatment of a Marjolin ulcer

Andrea Valentina Medina Contreras¹, Anhyi Deisibeth Peña Pérez¹, Marlene Mercedes Rivero Montes², Carmen Elena Salas Vera², Cristian Jhonnatan Pino Valbuena²

¹Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. ²Departamento de Cirugía Vasculár Periférica, Angiología y Linfología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela

Resumen

Introducción: la úlcera de Marjolin hace referencia a la aparición de un carcinoma de células escamosas ulcerado sobre un área previamente lesionada, crónicamente inflamada o con cicatrices. Se estima que solo el 1,7 % de las heridas crónicas se malignizan.

Caso clínico: se trata de una mujer de 76 años que presentó una úlcera venosa crónica en la región maleolar de diez años de evolución que se había extendido. Se realizó una biopsia insisional y se obtuvo un carcinoma de células escamosas, por lo que se realizó la resección del tejido afectado, cubriendo el área con injerto autólogo de piel libre, fenestrado, de espesor parcial, y posteriormente se realizaron curas durante la hospitalización y el manejo ambulatorio, con lo que se obtuvieron resultados satisfactorios.

Discusión: la resección-desbridamiento quirúrgico de la úlcera de Marjolin y el cierre con injerto libre de piel permitió la evolución satisfactoria y la cicatrización de las lesiones.

Palabras clave:

Úlcera. Marjolin. Úlcera varicosa.

Abstract

Introduction: Marjolin's ulcer refers to the appearance of ulcerated squamous cell carcinoma on a previously injured, chronically inflamed or scarred area; it is estimated that only 1.7 % of chronic wounds become malignant.

Case report: this is a 76-year-old woman who presented a chronic venous ulcer in the malleolar region of ten years of evolution that had spread. An incisional biopsy was taken, resulting in squamous cell carcinoma, for which resection of the affected tissue was performed: the area was covered with a free, fenestrated, partial-thickness autologous skin graft. Later, cures were carried out during hospitalization and ambulatory management, obtaining satisfactory results.

Discussion: the surgical resection-debridement of the Marjolin ulcer and the closure with a free skin graft allowed the satisfactory evolution and healing of the lesions.

Keywords: Ulcer. Marjolin. Varicose ulcer.

Recibido: 04/08/2023 • Aceptado: 09/08/2023

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Financiación: está investigación fue financiada por los autores.

Medina Contreras AV, Peña Pérez AD, Rivero Montes MM, Salas Vera CE, Pino Valbuena CJ. Injerto de piel libre como tratamiento exitoso de una úlcera de Marjolin. *Angiología* 2024;76(2):103-105

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00559>

Correspondencia:

Andrea Valentina Medina Contreras. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Avda. Don Tulio Febres Cordero. Municipio Libertador. 5101 Mérida, Venezuela
e-mail: andrea.medina.contreras.2707@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Marjolin hace referencia a la aparición de un carcinoma de células escamosas ulcerado sobre un área previamente lesionada, crónicamente inflamada o con cicatrices. Generalmente se presenta en el contexto de heridas crónicas. Se conocen así por el cirujano francés Jean-Nicolas Marjolin, que fue el primero en describir la patología en 1828 (1,2). Se considera una afección rara. Solo el 1,7 % de todas las heridas crónicas se malignizan, pero es muy agresiva (1). Está presente en todas las razas y grupos de edad. La edad promedio de presentación es 50 años, con predominio en hombres 2:1 (1).

CASO CLÍNICO

Mujer de 76 años que acudió a nuestro servicio por presentar una úlcera venosa en la región antero-medial distal del miembro inferior izquierdo. Como antecedentes refería tener varices y una úlcera malleolar de diez años de evolución que se había extendido a la región pretibial y al dorso del pie. Hace dos años acudió a un médico que le prescribió tratamiento con flebotónicos, antimicóticos, esteroides, antibióticos de amplio espectro y medias compresivas graduadas, con lo que obtuvo una mejoría parcial. Sin embargo, la úlcera no se cerró.

En el examen físico se observó una lesión única de aspecto heterogéneo, de 20 x 15 cm, con bordes irregulares, sobreelevados, eritematosos y presencia de tejido de granulación, con 1 cm de profundidad, sin salida de secreción ni necrosis. No se evidenciaban ganglios palpables o dolorosos en dicho miembro inferior (Fig. 1).

Considerando la evolución tórpida con el tratamiento anterior se decidió tomar una biopsia de 2 cm de piel marginal, que dio como resultado carcinoma de células escamosas, por lo que se realizó la resección del tejido afectado más 2 cm de margen de tejido sano y se tomó una muestra para nuevo estudio anatomopatológico. Se ligaron los vasos venosos implicados en el área y se tomó un injerto de piel libre, fenestrado, de espesor parcial, del flanco izquierdo del abdomen de la paciente para cubrir



Figura 1.
Lesión inicial en el momento del examen físico inicial.

el área de resección. Posteriormente, estuvo hospitalizada durante 10 días, tiempo en el que se le administraron antibióticos endovenosos institucionales disponibles (ceftriaxona de 1 g BID más clindamicina de 300 mg TID) y se realizaron cambios diarios de apósitos externos. El resultado de la biopsia fue de carcinoma de células escamosas con márgenes de resección libre. Se decidió manejo ambulatorio, con curas cada 48 horas y reposo absoluto. Durante las curas se realizó debridamiento con bisturí frío de áreas isquémicas y se trató el resto del tejido con gasas de vaselina (*Triticum vulgare*), con vendaje semanal en capas. Asimismo se utilizaron medias de compresión graduadas en 15-20 mmHg a la sexta semana de tratamiento. El cierre definitivo de la lesión se observó en la duodécima semana (Fig. 2).



Figura 2. Área de lesión posterior al esquema de tratamiento.

DISCUSIÓN

La inflamación crónica, células con alta tasa mitótica, pobre drenaje linfático, isquemia y alta concentración de productos citotóxicos derivados de la actividad inmunitaria son los mecanismos fisiopatológicos propuestos para la úlcera de Marjolin (UM), por tanto, quemaduras, tejido congelado, picaduras de insectos, muñones de extremidades, úlceras venosas crónicas y demás tejidos sometidos a traumatismos crónicos son susceptibles de malignizarse (2,3).

La paciente presentó una úlcera venosa crónica que no mejoraba ante los tratamientos, situación que la literatura señala como sospechosa de malignización, y sugiere realizar un diagnóstico definitivo por biopsia. Esta sospecha aumenta si se presentan concomitantemente cambios visibles, dolor, sangrado u otros signos y síntomas (3).

El carcinoma de células escamosas descrito en la lesión de la paciente representa la variante histológica más común de la UM (70-90 %). También se describe la degeneración sarcomatosa en este tipo de lesiones, pero con baja incidencia (1,3).

Las UM pueden clasificarse como agudas o crónicas según el periodo de latencia. La transformación aguda se da en 12 meses o menos y la presentación crónica varía entre 11 y 35 años. Este caso es llamativo por presentarse en un periodo de tiempo inferior (1,2).

Una vez confirmado el diagnóstico de malignidad, se procede a estadificar el tumor, lo que incluye la exploración de ganglios regionales para comprobar cambios clínicos o radiológicos. En este caso, la paciente no presentaba alteraciones ganglionares. Asimismo, la indicación es realizar estudios de extensión como eco abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética para determinar la afección del tejido adyacente y descartar metástasis. Sin embargo, dichos estudios no se encuentran disponibles en nuestra institución y deben ser costeados por los pacientes; en este caso, la paciente no contaba con recursos económicos para efectuarlos (1).

La prevención, la sospecha precoz ante heridas crónicas y el adecuado manejo son el mejor tratamiento para las UM. El manejo es fundamentalmente quirúrgico, con una resección local amplia, con márgenes de 2 a 4 cm. En aquellos casos en los que no pueda realizarse un cierre primario, se recomienda realizar un injerto de piel por transferencia de tejido libre, como se describió en el caso. No se recomienda la linfadenectomía profiláctica (1,3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin Ulcer: A Comprehensive Review. *Adv Skin Wound Care* 2020;33:629-34. DOI: 10.1097/01.ASW.0000720252.15291.18
2. Burusapat C, Wanichjaroen N, Wongprakob N, et al. Characteristics of Marjolin's Ulcers in 21st Century: A Retrospective Study, Systematic Review, and Surgical Guideline Recommendation. *J Burn Care Res* 2021;42:152-66. DOI: 10.1093/jbcr/iraa196
3. Segura-Marín H, Segura-Feria HJ, López-Ramos OA, et al. Úlcera de Marjolin, escenario final en la evolución de una úlcera venosa crónica. *Rev Mex Angiol* 2022;50:150-4. DOI: 10.24875/RMA.22000029