

Degeneración neoplásica de una úlcera venosa: presentación de un caso

Neoplastic degeneration of a venous ulcer: a case report

**Dr. Jorge Luis Valdés Nápoles; Dr. Pedro Pablo Vejerano García; Dr. Rafael Pila Pérez;
Dr. Ariel Hernández Varela; Dra. Odalys Escalante Padrón**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente de setenta y tres años con antecedente de hipertensión arterial y una úlcera venosa de 18 años de evolución que sufrió degeneración neoplásica. Se destaca la poca frecuencia de esta asociación, enfatizando que debe tenerse presente ante úlceras de evolución tórpida, de aspecto hipertrófico y que sangran con frecuencia y facilidad. Al mismo tiempo se señala la frecuencia, características y conducta que se debe tener presente, siendo el estudio histopatológico el fundamental.

DeCS: Úlcera venosa, degeneración neoplásica.

ABSTRACT

A case of a 73 year-old patient is presented with antecedent of high blood pressure and a venous ulcer of 18 years of evolution that suffered neoplastic degeneration. It stands out the little frequency of this association, emphasizing that it should be present in the face of ulcers of torpid evolution, of hypertrophic aspect and that frequently and easily bleed. At the same time the frequency, characteristic and behavior that we should have presented is pointed out, being the histopathological study the fundamental one.

DeCS: venous ulcer, neoplastic degeneration.

INTRODUCCIÓN

La degeneración neoplásica de las úlceras de las extremidades inferiores, con independencia de su etiología, es muy poco frecuente, como lo demuestra el hecho de los pocos casos descrito en la literatura, ^{1, 2} desde la primera cita por Majorlin en 1828. ³

Su incidencia en la literatura varía entre 1-3 por 1000 casos, tanto en las úlceras primarias como en las recidivantes; la malignización de la úlcera venosa crónica es una entidad infrecuente aceptándose que su aparición es de alrededor del 0, 34 % del total de las úlceras venosas. ^{1, 2, 4, 5}

En las úlceras con localización en las extremidades inferiores y de etiología venosa, la forma más frecuente de complicación neoplásica es el carcinoma epidermoide de células escamosas (75-85 %), mientras que el carcinoma baso celular es más raro (15-20 %). ⁶

Por todo esto se presenta el caso de un paciente con úlcera venosa de 18 años de evolución que degeneró a una neoplasia de células escamosas, siendo el primer caso reportado en nuestro hospital en 40 años.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 73 años de edad con antecedente de Hipertensión Arterial moderada para lo cual lleva tratamiento regular con Nifedipina (10mg) una tableta cada 12 horas, Clortalidona (25mg) una tableta al día, y con antecedentes de una Insuficiencia Venosa Crónica con várices bilaterales y una úlcera flebostática en el miembro inferior derecho de 18 años de evolución con períodos de recidivas durante los últimos años. Ahora ingresa en el hospital por una evolución tórpida de la misma predominado los síntomas de dolor, sangramiento y la imposibilidad de cicatrización. Al realizar el examen físico se encontró várices bilaterales dependiente del reflujo de la vena safena interna, cambios tróficos en la piel más acentuado en el miembro inferior derecho en su tercio inferior que se describe como una celulitis indurada con una úlcera circular extensa con tejido de granulación exuberante, maloliente, húmeda, que sangra con facilidad con exposición ósea de la articulación del tobillo y deformidad del pie. Figura

Figura 1. LESIÓN MACRO: Lesión ulcerada circular del tercio inferior del miembro inferior derecho extendida al dorso del pie con granulación exuberante y masa vegetante.



Se constató la presencia de pulsos arteriales en ambos miembros inferiores, se realizó un cuidadoso examen de la región inguinal y no se contactaron adenopatías con características que hicieran pensar en metástasis ganglionar a esta zona. Los estudios hemoquímicos mostraron una anemia crónica por los sangramientos a repetición presentados. El estudio hemodinámico informó insuficiencia de la válvula ostial en ambas safenas y permeabilidad del sistema venoso profundo. La radiografía del pie mostró lesiones óseas a nivel del maléolo interno y resto de los huesos que conforman la articulación del tobillo, dadas por periostitis, rarefacción ósea y pequeñas imágenes de osteolisis. Después de mejorar su estado general, tras una dieta adecuada y previas transfusiones de glóbulos, se decidió practicar una biopsia para estudio histopatológico, realizando una exéresis amplia de la úlcera con 2cm de margen de resección (resección oncológica) y cauterización de la base de la misma, el estudio histológico informó un carcinoma epidermoide de células escamosas. Figuras 2, 3

Figura 2. Nido de células tumorales escamosa con queratinización e infiltración alrededor de los vasos venosos dilatados (H/E-40X).

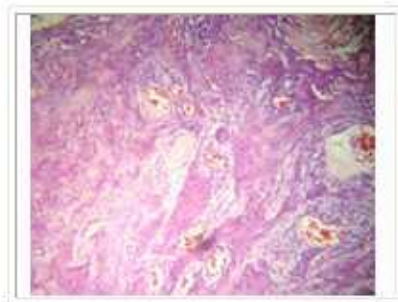
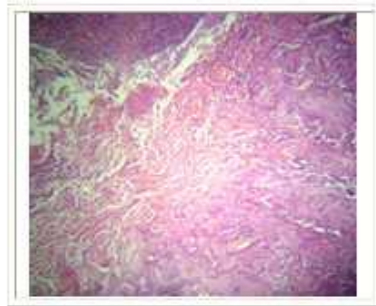


Figura 3. Obsérvese los nichos de células escamosas cómo infiltran la dermis y el tejido celular subcutáneo (H/E-20X).



Teniendo en cuenta todos estos resultados se decidió en el colectivo de angiólogos, oncólogos y con el consentimiento del paciente y la familia realizar una amputación infracondilia del miembro inferior derecho, por la extensión importante de esta lesión, la toma ósea así como el sangramiento a repetición y la poca funcionabilidad de pie de esta paciente.

El curso postoperatorio del paciente transcurre sin complicaciones y después de dos meses de seguimiento por consulta el paciente se mantiene asintomático con controles de laboratorio e imagenológicos normales. Se continúa seguimiento por la especialidad de oncología.

DISCUSIÓN

No existe referencia bibliográfica de la degeneración neoplásica de las úlceras venosas con anterioridad a la descrita en los años cincuenta, mientras Palou,² Burn y Calnan⁷ la reportan entre 1 y 3 casos por 1000 de úlceras activas o recidivadas.

Lutz et al,⁶ Schwartz et al⁸ y Baldurson et al⁵ señalan sólo 157 casos en las que el carcinoma de células escamosas se ha relacionado con una úlcera de etiología venosa. Baldurson et al⁵ en una serie de 1170 enfermos con úlceras venosas y con un seguimiento medio de 8,3 años, establece el riesgo de malignización en forma de células escamosas en el 5, 89 % con un intervalo de confianza al 95 % de 1,60-15,08, la paciente presentaba una úlcera venosa de 18 años de evolución.

La transformación neoplásica de una úlcera suele presentarse como un crecimiento exofístico del fondo de la úlcera, con sangrados a repetición y signos inflamatorios, en otras ocasiones puede presentarse como irregularidades de la base de la misma,⁹ este caso presentaba una úlcera circular extensa con tejido de granulación exuberante, maloliente, húmeda, que sangraba con facilidad con exposición ósea de los huesos de la articulación del tobillo y deformidad del pie, con cambios tróficos en la piel dados por celulitis y dermatitis. La paciente no tenía antecedentes de

exposición a factores predisponentes de carcinoma cutáneo. Al discutir el caso en el colectivo de angiólogos y oncólogos del hospital se decidió no realizar vaciamiento ganglionar en región inguinal derecha, puesto que al examen clínico no se encontró toma de ganglios inguinales, se tuvo en cuenta la edad de la paciente, así como el criterio familiar de la misma. Luego de practicar la amputación infracondilia del miembro inferior derecho no se instaura tratamiento con citostático, ni radiaciones locales porque el carcinoma de células escamosa, tiene una bajo por ciento de realizar metástasis a otros órganos, sólo se circunscribe a la zona lesionada como lo demuestran la literatura y otros trabajos referidos a neoplasias de este tipo.^{10, 11} Finalmente se puede resumir que la degeneración neoplásica de las úlceras venosas es una entidad rara, aparece en úlceras varicosas y posflebíticas de largos años de evolución y debe tenerse en presente ante una evolución tórpida de la misma, siempre es necesario auxiliarse del estudio histológico para confirmar su diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blank AA, Schyder UW. Squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma with in the clinical picture of a chronic venous insufficiency in the third stage. Rev Dermatología 1990; 181: 248-50.
2. Palou J. Úlceras degeneradas. Angiología 1980; 32: 7780.
3. Marjolin JN. Ulcère. Dictionnaire de médecine 1828; 21: 3150.
4. Phillips DJ, Dover DS. Leg ulcers. J Am Acad Dermatol 1991; 25: 965-87.
5. Baldurson B, Sigurgeirsson B, Lindelöf B. Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma. A Largescale epidemiological study. Br J Dermatol 1995; 133: 571.
6. Lutz ME, Davis MD, Otlely CC. Infiltrating basal cell carcinoma in the setting of venous ulcer. Int J Dermatol 2000; 39: 519-20.
7. Burns DA, Calnan CD. Basal cell epithelioma in a chronic leg ulcer. Clin Exp Dermatol 1978; 3: 443-5.
8. Schwartz HP, Loche F, Gorguet MC, Kuchta J, Bazex J. Basal cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. Int Dermatol 2000; 39:78-9.
9. Fuentes JM, Maeso J, Bellmunt Montoya S, Allegue N, Ruiz MC. Degeneración neoplásica de una úlcera venosa. Angiología 2001; 53: 84.
10. Fuentes JM, Maeso J, Bellmunt-Montoya S. Angiología. Angiología 2001; 53: 84-87.
11. Fitzpatrick TB. Atlas de Dermatología Clínica 3ra ed. México, DF. McGraw-Hill Interamericana, 1998.p.225-6.

Recibido: 26 de mayo de 2009

Aprobado: 10 de septiembre de 2009

Dr. Jorge Luis Valdés Nápoles. Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. jorgevaldes@mad.cmw.sld.cu