

## Degeneración neoplásica de una úlcera venosa

J.M. Fuentes-Marco<sup>a</sup>, J. Maeso-Lebrún<sup>a</sup>, S. Bellmunt-Montoya<sup>a</sup>,  
M. Boqué-Torremorell<sup>a</sup>, N. Allegue-Allegue<sup>a</sup>, M.C. Ruiz<sup>b</sup>,  
M. Matas-Docampo<sup>a</sup>

### NEOPLASIC DEGENERATION OF VENOUS ULCER

**Summary.** Neoplastic degeneration of chronic venous leg ulcers is a rare complication. We report a case of squamous cell carcinoma diagnosed histologically arising in a chronic venous ulcer of the lower extremity treated with amputation of the limb because the local extension and frequent bleeding. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 84-8]

**Keywords.** Carcinoma. Ulcer. Venous.

### Introducción

La degeneración neoplásica de la úlcera flebostática fue descrita por primera vez por Majorlin en 1828 [1]. Desde entonces se han descrito pocos casos en la literatura [2-7]. La malignización de la úlcera venosa crónica es una entidad rara cuya frecuencia de aparición se cifra según la literatura en un 0,34% [7] del total de úlceras venosas. Baldurson et al [7] realizaron un estudio epidemiológico a gran escala, en el que coincidiendo con la mayoría de los autores, consideran que para que dicha degeneración se produzca, es necesaria una gran antigüedad de la lesión entre 10 y 40 años.

La transformación neoplásica de la úlcera suele presentarse como un creci-

miento exofítico del fondo de la úlcera con sangrados repetidos y signos inflamatorios. En otras ocasiones puede presentarse como irregularidad de la base de la misma. Para la confirmación diagnóstica es necesaria la práctica de biopsias de las zonas sospechosas.

En el presente estudio, presentamos un caso de malignización de una úlcera venosa de extremidades inferiores de larga evolución.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 82 años con antecedentes patológicos de varices bilaterales de 25 años de evolución, hipertensión arterial en tratamiento con inhibido-

<sup>a</sup> Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. <sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España.

Correspondencia:  
Dr. José María Fuentes.  
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Avda. Vall d'Hebron, 119-129. E-08035 Barcelona. E-mail: jm.fuentes@navegalia.com  
© 2001, ANGIOLOGÍA



**Figura 1.** Aspecto de la úlcera antes de la biopsia preoperatoria.

res de la enzima de conversión de la angiotensina, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con sulfonilureas, safenectomía interna del miembro inferior izquierdo hace 15 años e infarto agudo de miocardio hace siete años. La paciente no

presenta antecedentes de exposición a factores predisponentes de carcinoma cutáneo.

Acude a consultas externas de nuestro centro por presentar una úlcera venosa crónica de 14 años de evolución con una masa vegetante en tercio distal de miembro inferior izquierdo con episodios hemorrágicos de repetición que le producen una anemia crónica grave.

En la exploración física destaca la presencia de una úlcera de 10 x 7 cm a nivel supramaleolar interno en miembro inferior izquierdo que se extiende hacia la cara posterior de la pantorrilla, de fondo húmedo, maloliente y con una masa exofítica blanquecina de aspecto irregular que sangra al mínimo contacto (Fig. 1). En el tercio distal de ambos miembros inferiores se observa la presencia de dermatitis ocre, con zonas de induración cutánea con corona flebostática bilateral. Los pulsos distales están presentes de forma simétrica. No se palpan masas pulsátiles. La auscultación cardíaca es rítmica y sin soplos. No se auscultan soplos laterocervicales, ni se palpan adenopatías en ambas zonas inguinales.

Los análisis demuestran una anemia crónica por las frecuentes hemorragias. La radiografía de tórax solicitada al ingreso es normal. En el electrocardiograma se aprecian cambios compatibles con infarto antiguo de miocardio.

Se decide practicar una biopsia realizando una exéresis amplia de la úlcera con 2 cm de margen de resección (resección oncológica) y cauterización de la base de la misma. Se remite el material resecado a anatomía patológica, que informa de la presencia de un carcinoma epidermoi-

de queratinizante ulcerado que infiltra el borde de resección profundo y uno de los bordes laterales (Figs. 2 y 3). Por este motivo se procede a ampliar la resección apreciándose la afectación de los paquetes vasculonerviosos tibial anterior y posterior macroscópicamente y por nueva biopsia peroperatoria. A pesar de la baja tasa de metástasis de esta neoplasia y de la edad de la paciente, ante la imposibilidad de resecar totalmente la tumoración se decide realizar la amputación supracondilea de la extremidad por la gran frecuencia de importantes hemorragias.

El curso postoperatorio de la paciente transcurre sin complicaciones y tras cinco meses de seguimiento ambulatorio la paciente se mantiene asintomática, sin signo alguno de recidiva o diseminación del carcinoma. La paciente, tras seguir un programa de rehabilitación, deambula con la ayuda de una prótesis.

## Discusión

La degeneración neoplásica de las úlceras venosas crónicas de las extremidades inferiores es una complicación infrecuente de la que se han publicado unos 180 casos [6], de los cuales el 87% corresponden a carcinoma epidermoide, el 7% a epiteloma basocelular, el 5% a sarcomas y el 1% restante se corresponde con otros tipos de carcinoma. El caso que presentamos corresponde a un carcinoma epidermoide queratinizante coincidiendo con la variedad histológica más frecuentemente descrita en las diferentes publicaciones.

Para que se produzca la malignización de una úlcera venosa se considera necesaria

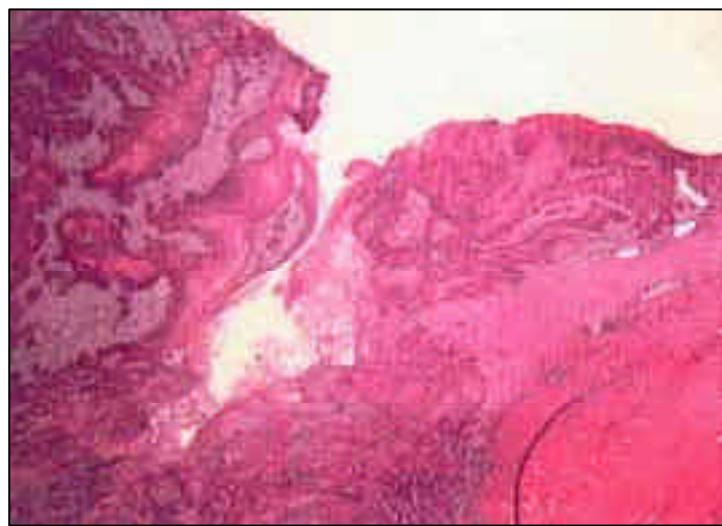


Figura 2. Úlcera cutánea con degeneración maligna en el fondo y fenómenos de hiperplasia epitelial regenerativa. H-E 25x.

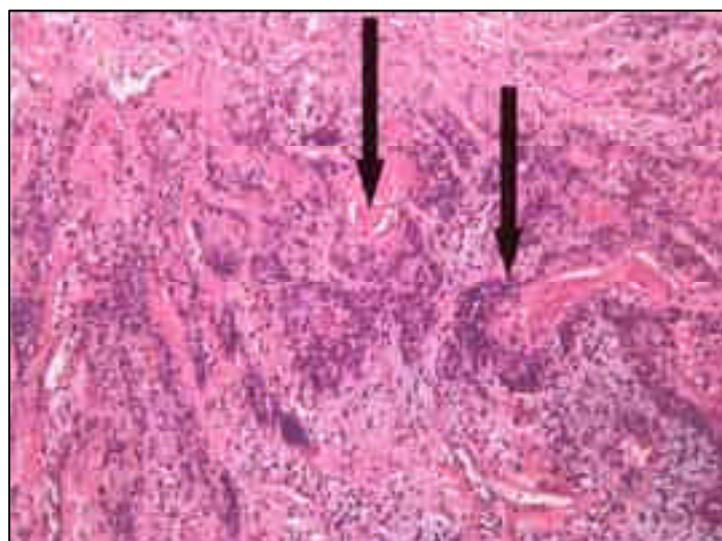


Figura 3. Nidos infiltrativos de carcinoma escamoso con áreas de queratinización central (flechas). H-E 100x.

un tiempo mínimo de evolución de la úlcera flebostática, que según la mayoría de los autores revisados [2,3,5], se sitúa entre 2 y 3 años. A pesar de ello, algunos autores como Baldurson o Palou consideran necesaria una evolución de 20-30 años para que dicha degeneración se produzca, siendo ésta excepcional en lesiones recien-

tes [4,7]. En el caso presentado el tiempo de evolución de la úlcera fue de 14 años.

La forma de presentación del carcinoma sobre la úlcera flebotástica suele ser como una masa de aspecto hipertrófico, infectada o con signos inflamatorios, que sangra con frecuencia. En otras ocasiones se presenta como irregularidad de la base y los bordes de la úlcera. En nuestro caso observamos una úlcera de fondo sucio, maloliente y con evidentes signos de sobreinfección, así como la presencia de una lesión sobreelevada blanquecina hiperqueratósica en el centro de la úlcera, que sangraba al mínimo contacto.

Para confirmar el diagnóstico es necesaria la práctica de biopsia de las zonas sospechosas o bien la excisión amplia de la lesión con posterior estudio anatomo-patológico. En este caso, practicamos una resección amplia de la úlcera así como de la lesión sobreelevada en ella contenida, remitiéndose el material para estudio anatomo-patológico, que confirmó nuestra sospecha diagnóstica, detectando la presencia de un carcinoma epidermoide queratinizante ulcerado. También nos informó de la presencia de áreas de carcinoma en varios bordes de resección.

Respecto al tratamiento, en la literatura existente se describen varias alternativas que van desde la abstención terapéutica en un caso (paciente de 104 años de edad), hasta la excisión amplia de la lesión con posterior recubrimiento por injertos cutáneos laminares, constituyendo ésta la técnica de elección para la mayoría de los autores. Otros tratamientos descritos son la radioterapia y la amputación de la extremidad [7]. En el caso que presen-

tamos, se practicó una excisión amplia, con 2 cm de margen de resección (resección oncológica), con la intención de cubrir posteriormente la extensa zona resecada mediante injertos cutáneos. Al observar la existencia de infiltración del paquete vasculo-nervioso, se decide practicar una amputación supracondilea de la extremidad, a pesar de la poca incidencia de metástasis, por las hemorragias tan importantes que presentaba la paciente.

En lo que se refiere a la evolución del carcinoma epidermoide queratinizante o muy diferenciado, se describe un 90% de remisión total tras la resección. También se describe que el índice total de metástasis de dicho carcinoma cutáneo varía entre el 3 y 4% [8]. La metástasis que con mayor frecuencia se asocia al carcinoma epidermoide de miembros inferiores se produce en los ganglios linfáticos regionales. La paciente que presentamos no mostraba signo alguno de diseminación neoplásica, no presentaba adenopatías inguinales ni en otras áreas ganglionares y tras cinco meses de seguimiento la paciente sigue sin signo alguno de diseminación.

Como comentarios finales queremos resaltar que:

- La degeneración neoplásica de la úlcera venosa es una entidad rara.
- Aparece en úlceras varicosas o posflebiticas tras largos años de evolución.
- Es una entidad que debe tenerse presente ante úlceras de evolución tórpida, de aspecto hipertrófico con lesiones vegetantes que sangran con frecuencia, practicando una biopsia para confirmar el diagnóstico.

## Bibliografía

1. Marjolin JN. Ulcère. Dictionnaire de médecine 1828; 21: 31-50.
2. Tenopyr J. Silverman I. The relation of chronic varicose ulcer to epithelioma. Ann Surg 1932; 95: 754-8.
3. Liddell K. Malignant change in chronic varicose ulceration. Practitioner 1975; 215: 335-9.
4. Palou J. Úlceras degeneradas. Angiología 1980; 32: 77-80.
5. Blank AA. Schyder UW. Squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma within the clinical picture of a chronic venous insufficiency in the third stage. Dermatologica 1990; 181: 248-50.
6. Baldurson B, Sigurgeirsson B, Lindelöf B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma. An epidemiological study and a review of the literature. Acta Derm Venereol 1993; 73: 171-4.
7. Baldurson B, Sigurgeirsson B, Lindelöf B. Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma. A large-scale epidemiological study. Br J Dermatol 1995; 133: 571.
8. Fitzpatrick TB. Atlas de dermatología clínica 3 ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 225-6.

### DEGENERACIÓN NEOPLÁSICA DE UNA ÚLCERA VENOSA

**Resumen.** La degeneración neoplásica de las úlceras flebotómicas crónicas de extremidades inferiores es una complicación infrecuente. Se presenta un caso de carcinoma epidermoide diagnosticado histológicamente en una paciente con úlceras venosas de 14 años de evolución tratada mediante amputación por la afectación local y las hemorragias frecuentes. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 84-8]

**Palabras clave.** Carcinoma. Úlcera. Venosa.

### DEGENERAÇÃO NEOPLÁSICA DE UMA ÚLCERA VENOSA

**Resumo.** A degeneração neoplásica das úlceras flebotómicas crónicas das extremidades inferiores é uma complicação infrequente. Apresenta-se um caso de carcinoma epidermóide diagnosticado histologicamente numa doente com úlceras venosas com uma evolução de 14 anos, tratada por amputação, devido ao envolvimento local e às hemorragias frequentes. [ANGIOLOGÍA 2001; 53: 84-8]

**Palavras chave.** Carcinoma. Úlcera. Venosa.