

tumor que num tratamento tardio pode acarretar grandes mutilações e levar até ao óbito do paciente.

RELATO DO CASO

A.B., sexo masculino, 60 anos, atendido no Hospital de Ensino da Fundação do ABC (SP), apresentando seqüela de queimadura ocorrida aos 8 anos de idade por contato direto com chama em parede lateral do hemitórax esquerdo, axila esquerda e membro superior esquerdo, tratada com curativos e medidas conservadoras. Evoluiu com sinéquia tóraco-braquial esquerda, limitando a abdução do membro superior esquerdo a um ângulo de aproximadamente 60 graus.

Há 6 anos, iniciou-se ferida ulcerada na área cicatricial da queimadura, decorrente de contato com substância química (arsênico) durante o exercício de sua atividade profissional. A ferida ao longo dos anos apresentou vários períodos de cicatrização, reulceração e sangramentos com remissões espontâneas que determinaram ferida de aspecto vegetante de crescimento lento e progressivo. Há 1 ano, a porção vegetante da ferida apresentou secreção purulenta tratada com curativos. Ao exame físico, constatava-se sinéquia tóraco-braquial esquerda, tumor vegetante bocelado na parede lateral do hemitórax esquerdo, medindo 30 cm de diâmetro no seu maior eixo, ulcerado centralmente com fundo friável, bordos elevados, limites pouco precisos e secreção purulenta de odor fétido (Figura 1).

A cadeia axilar homolateral não era possível de ser palpada devido à limitação funcional do membro. As demais cadeias linfáticas regionais não se apresentavam suspeitas, bem como o membro não demonstrava edema.

A tomografia computadorizada de tórax exibiu o tumor de partes moles, sem alterações ósseas, intracavitárias, pulmonares e de mediastino.

A biópsia incisional dos quadrantes desde a pele vicinal considerada normal até o centro da lesão resultou em laudo de carcinoma espinocelular, com grau I de diferenciação (Figura 2).

O tratamento cirúrgico realizado consistiu de ressecção ampla do tumor, que incluiu na totalidade os músculos grande dorsal, redondo maior, peitorais e linfadenectomia total axilar esquerda (Figura 3). O defeito resultante foi reparado com enxertos intermediários de pele.

Na primeira semana de pós-operatório, apresentou ausência de integração parcial das áreas enxertadas e infecção local. No 30º dia de pós-operatório, após o controle clínico da infecção com curativos e antibioticoterapia sob culturas e antibiogramas, realizou-se reanastomose de pele com espessura total no cavo axilar e de pele intermediária nas áreas cruentas remanescentes, que evoluíram com integração na sua totalidade.

O paciente progressivamente retornou às suas atividades habituais, com maior amplitude dos movimentos do membro superior esquerdo e uma abdução de cerca de 100 graus (Figura 4).



Figura 1 - Úlcera de Marjolin extensa no tórax. Observa-se a contigüidade para a região axilar esquerda, sinéquia tóraco-braquial esquerda, limitando funcionalmente o membro e dificultando o exame da cadeia linfática axilar esquerda

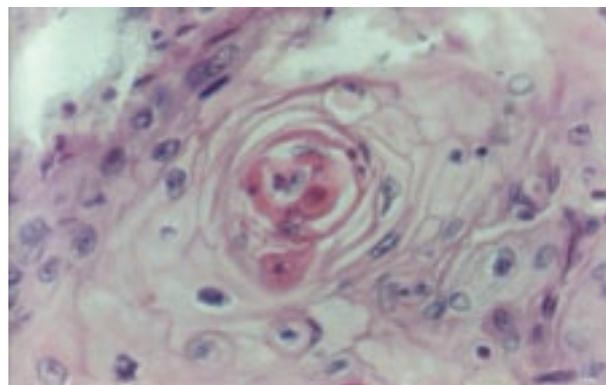


Figura 2 - Estudo histopatológico: imagem aproximada evidenciando lesão neoplásica constituída por células epiteliais escamosas, com moderada anaplasia, núcleos irregulares, nucléolos evidentes, com presença de lamelas de queratina. Características de neoplasia moderadamente diferenciada

No 8º mês de pós-operatório, o paciente apresentou astenia, taquidispnéia, perda de peso e anorexia. A tomografia computadorizada de tórax revelou derrame pleural metastático esquerdo, colapso pulmonar esquerdo, múltiplos nódulos metastáticos pulmonares à direita, linfadenopatia hilar direita e mediastinal. No 9º mês de pós-operatório, o paciente foi a óbito com insuficiência respiratória não responsiva a drenagem torácica e medidas clínicas associadas.

DISCUSSÃO

A incidência da úlcera de Marjolin em cicatrizes por queimaduras tem variação de 2% a 3,4%, conforme as diferentes populações estudadas e etiologias⁴. Quanto à etiologia,

nas úlceras de pressão somente 0,5% associam-se a úlcera de Marjolin⁵.

Esses tumores são mais frequentes em adultos, com idade média em torno dos 50 anos³, com predominância do sexo masculino, que pode variar de 3:1⁶ até de 9:1³. Cerca de 70% desses tumores estão localizados nas extremidades e apenas 10% no tronco³.

Os fatores hipotéticos que formam a úlcera de Marjolin são: supurações e traumas repetidos; imunodeficiência no tecido vicinal do complexo úlcera/cicatriz; substâncias endógenas promotoras do crescimento presentes no exsudato; vascularização relativa do tecido cicatricial e predisposição genética⁷.

O intervalo de tempo entre a presença do complexo úlcera/cicatriz e o diagnóstico da úlcera de Marjolin é, em média, de 30 a 35 anos, mas pode chegar a variar entre 1 a 50 anos^{3,7}.

O carcinoma espinocelular é o mais frequentemente associado à úlcera de Marjolin, mas o carcinoma basocelular, o melanoma e os sarcomas também podem se associar⁸.

O aspecto macroscópico suspeito da úlcera de Marjolin envolve áreas de vegetações e ulcerações concomitantes, limites não precisos, bordos elevados, e granulação friável que propicia sangramentos. Nestas circunstâncias, é obrigatória a realização de biópsias incisionais como método definitivo para o diagnóstico^{3,9}.

A incidência de metástases para linfonodos ocorre em 20 a 49% dos casos e é influenciada pelo tempo do complexo úlcera/cicatriz e pelo grau de diferenciação do carcinoma associado².

Para o carcinoma grau I de diferenciação sem metástases linfáticas suspeitas, a ressecção ampla com margens que incluam todo o tecido cicatricial e um plano anatômico profundo livre de neoplasia é o tratamento definitivo da úlcera de Marjolin². No presente relato, devido à contigüidade da lesão para axila esquerda, adotamos a linfadenectomia axilar em todos os níveis, além da ressecção ampla da úlcera de Marjolin, que incluíram os planos musculares na margem profunda.

Alguns aspectos contribuíram para carcinogênese, metastatização e óbito do caso relatado. A cicatrização por segunda intenção da queimadura profunda promove limitações, predispondo à formação do complexo úlcera/cicatriz. Ao contrário, a reparação com enxerto tão logo indicada devolve a integridade da cobertura cutânea, evitando a formação de feridas por tensão nas bridas/sinéquias¹⁰. A queimadura como fator único raramente determina alterações celulares displásicas, mas sim, outros fatores carcinogênicos devem estar presentes, como no caso, contato da ferida com arsênico e supurações repetidas².

A análise do principal fator determinante do índice da sobrevida em 3 anos é o grau de diferenciação da neoplasia associada à úlcera de Marjolin, descrito na literatura como 90% para os carcinomas grau I de diferenciação, 38% para o



Figura 3 - Defeito cirúrgico resultante da ressecção da úlcera de Marjolin em bloco com a linfadenectomia total axilar esquerda



Figura 4 - Terceiro mês de pós-operatório com a integração dos enxertos

grau II e 4% para o grau III². A sobrevida do caso em discussão foi menor que 1 ano, apesar do laudo anatomopatológico concluir como grau I de diferenciação. Esta evolução correlaciona-se com os agravantes mencionados.

O presente relato trata-se de úlcera de Marjolin crônica agravada por diversos fatores que, apesar do tratamento cirúrgico com ressecção ampla e linfadenectomia axilar total, apresentou metástases numerosas em curto espaço de tempo e óbito por insuficiência respiratória; o que até o momento não se encontra descrito na literatura, bem como uma úlcera de Marjolin em tórax com as dimensões deste caso apresentado.

Tendo em vista o exposto, cabe ao cirurgião plástico, que em sua prática assiste aos casos vitimados de queimaduras, seqüelas de traumas e feridas crônicas de diversas etiologias, reparar adequadamente as seqüelas apresentadas, suspeitar de úlcera de Marjolin nas feridas com complexo úlcera/cicatriz e instituir a conduta cirúrgica oncológica adequada.

REFERÊNCIAS

1. Escudero Nafs FJ, Guarch Troyas R, Pérez Montejano-Sierra M, Colás San Juan C. Basal cell carcinoma in a vaccination scar. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(1):199-200.
2. Lifeso RM, Rooney RJ, El-Shaker M. Post-traumatic squamous-cell carcinoma. *J Bone Joint Surg Am.* 1990;72(1):12-8.
3. Mosborg DA, Crane RT, Tami TA, Parker GS. Burn scar carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988;114(9):1038-40.
4. Ames FC, Hickey RC. Squamous cell carcinomas of the skin of the extremities. *Int Adv Surg Oncol.* 1980;3:179-99.
5. Mustoe T, Upton J, Marcellino V, Tun CJ, Rossier AB, Hachend HJ. Carcinoma in chronic pressure sores: a fulminant disease process. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(1):116-21.
6. Azoubel RH, Anjos EJV, Zarife AS, Gusmão IO. Úlcera de Marjolin. Relato de um caso com período de latência de 70 anos. *Acta Oncol Bras.* 1986;6(3):131-3.
7. Copcu E, Aktas A, Sisman N, Oztan Y. Thirty-one cases of Marjolin's ulcer. *Clin Exp Dermatol.* 2003;28(2):138-41.
8. Azoubel RH, Maciel AC, Silva ES. Úlcera de Marjolin da região mamária. *Rev Bras Mastol.* 1998;8(4):216-8.
9. Berkwits L, Yarkony GM, Lewis V. Marjolin's ulcer complicating a pressure ulcer: case report and literature review. *Arch Phys Med Rehabil.* 1986;67(11):831-3.
10. Kopp J, Bach AD, Kneser U, Horch RE. Application of V.A.C.: therapy during plastic surgical treatment of a bifocal Marjolin ulcer. *Zentralbl Chir.* 2006;131(suppl 1):S29-32.

Correspondência para:

Sílvia Arroyo Rstom
 Rua Rafael Correia Sampaio, número 301 apto 82 - São Caetano do Sul - SP - CEP: 09541-250
 Tel/Fax: (0xx11) 4229-1925 - E-mail: silviaarstom@gmail.com