

Diagnóstico diferencial de una úlcera venosa y un carcinoma basocelular: a propósito de una serie de casos

Autor:

Marcos González Ruiz¹

¹ Supervisor de Unidad de Proceso Ambulatorio del Paciente Adulto. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Correspondencia

Marcos González Ruiz

Correo electrónico: marcos.gonzalez@salud.madrid.org

Recibido: 20/06/2025

Aceptado: 27/06/2025

RESUMEN

Las úlceras crónicas en extremidades inferiores suponen un gran desafío clínico, siendo las de etiología venosa las más prevalentes. No obstante, su diagnóstico diferencial con otras etiologías —arterial, neuropática, mixta, vasculítica o neoplásica— resulta esencial. Entre estas últimas, las úlceras malignas son infrecuentes pero clínicamente relevantes, especialmente en lesiones de evolución tórpida.

Se presentan tres casos de mujeres de 80 años aproximadamente, con úlceras crónicas en miembros inferiores, inicialmente diagnosticadas como venosas. Todas compartían características clínicas sugestivas de insuficiencia venosa y habían recibido tratamiento compresivo sin éxito. Ante la falta de respuesta terapéutica, se realizaron biopsias que revelaron un diagnóstico de carcinoma basocelular en los tres casos.

La aparición de carcinoma basocelular sobre úlceras venosas es rara, siendo el carcinoma espinocelular el más frecuentemente descrito en estos casos. La evolución clínica de las lesiones, la histología y la evidencia consultada sugieren dos posibles mecanismos: malignización secundaria por inflamación crónica o tumor primario con presentación ulcerada. Se debe sospechar malignidad en lesiones crónicas con bordes irregulares, coloración violácea o tejido friable. La biopsia temprana es crucial para evitar retrasos diagnósticos y optimizar el tratamiento. Las úlceras venosas de evolución tórpida que no responden al tratamiento convencional deben ser reevaluadas mediante biopsia, especialmente si presentan signos atípicos.

Aunque el carcinoma basocelular es raro, su detección temprana permite un tratamiento eficaz, reduciendo complicaciones. La vigilancia clínica continua y un enfoque diagnóstico riguroso son fundamentales para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

úlceras cutáneas; insuficiencia venosa; carcinoma basocelular; enfermería

ABSTRACT

Chronic ulcers in the lower extremities pose a great clinical challenge, with those of venous aetiology being the most prevalent. However, their differential diagnosis with other aetiologies - arterial, neuropathic, mixed, vasculitic or neoplastic - is essential. Among the latter, malignant ulcers are infrequent but clinically relevant, especially in lesions with a torpid course.

We present three cases of women aged about 80 years with chronic ulcers on the lower limbs, initially diagnosed as venous. All shared clinical features suggestive of venous insufficiency and had received unsuccessful compression treatment. In the absence of therapeutic response, biopsies were performed and revealed a diagnosis of basal cell carcinoma in all three cases.

The occurrence of basal cell carcinoma on venous ulcers is rare, with squamous cell carcinoma being the most frequently described in these cases. The clinical course of the lesions, the histology and the evidence consulted suggest two possible mechanisms: secondary malignancy due to chronic inflammation or primary tumour with ulcerated presentation. Malignancy should be suspected in chronic lesions with irregular borders, purplish discolouration or friable tissue. Early biopsy is crucial to avoid diagnostic delays and to optimise treatment. The clinical course of venous ulcers with a torpid course that do not respond to conventional treatment should be re-evaluated by biopsy, especially if they show atypical signs.

Although basal cell carcinoma is rare, early detection allows effective treatment, reducing complications. Continuous clinical surveillance and a rigorous diagnostic approach are essential to improve the prognosis in these patients.

Scientific evidence supporting this precaution is limited. However, recent studies suggest that controlled compression, applied with appropriate clinical criteria, could be safe and effective in selected patients with heart failure in NYHA functional stages I, II, or III, without causing significant hemodynamic deterioration.

This narrative review analyzes the current state of knowledge regarding the indications, precautions, physiological effects, and clinical effectiveness of compression therapy in people with heart failure, as well as the different types of compression used. It also highlights the main knowledge gaps and underscores the need for more robust research to guide practice in managing lower limb edema in these patients.

KEY WORDS

skin ulcer; venous insufficiency; carcinoma, basal cell; nursing

Introducción

Las úlceras en los miembros inferiores representan en la actualidad un reto en la sanidad mundial, especialmente en el ámbito de la enfermería y la cirugía vascular. Dentro del amplio grupo de etiologías causantes de este tipo de lesiones, las úlceras venosas constituyen la forma más prevalente de úlceras crónicas en extremidades inferiores, representando entre el 60-80 % de todos los casos de úlceras de miembros inferiores (1). Estas lesiones se desarrollan como consecuencia de una hipertensión venosa mantenida, secundaria a una insuficiencia venosa crónica (IVC), que ocasiona un deterioro progresivo del lecho capilar, alteración de la microcirculación cutánea y, en casos más avanzados, la aparición de una úlcera (2).

El diagnóstico clínico de las úlceras venosas suele basarse en una combinación de historia clínica, examen físico y estudios complementarios no invasivos. Frecuentemente, estas úlceras se localizan en la región supramaleolar, especialmente en la cara medial del tercio distal de la pierna, y se asocian a signos de IVC como edema, dermatitis ocre, lipodermatoesclerosis y/o varices visibles (3). A pesar de su frecuencia y características relativamente bien definidas, el diagnóstico diferencial con otros tipos de úlceras —como las de origen arterial, mixto (arterial y venoso), neuropático, vasculítico o neoplásico— es crucial para evitar tratamientos inapropiados que puedan empeorar el pronóstico del paciente (4).

La úlcera arterial, por ejemplo, se caracteriza por presentar una localización distal (dedos o bordes del pie), dolor intenso que empeora con la elevación de la extremidad y pulsos pedios disminuidos o ausentes. Su fisiopatología se relaciona con la isquemia crónica secundaria a arteriosclerosis ocluyente, lo que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico completamente diferente al de las úlceras venosas (5).

Por otra parte, las úlceras neuropáticas, habitualmente observadas en pacientes con diabetes mellitus, se localizan en puntos de presión, suelen ser indoloras y se asocian a pérdida de la sensibilidad y deformidades óseas, como el pie de Charcot (6).

Otro grupo relevante y extremadamente importante son las úlceras de etiología mixta, donde coexisten componentes venosos y arteriales, lo cual complica aún más el abordaje terapéutico. En estos casos, el

uso de terapias compresivas debe ser cuidadosamente valorado e indicado y ajustado a hallazgos hemodinámicos, como el índice tobillo-brazo (ITB) (7). Además, las úlceras vasculíticas, menos frecuentes pero clínicamente significativas, pueden presentarse en forma de lesiones dolorosas de bordes irregulares, y suelen asociarse a enfermedades sistémicas como vasculitis, lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido (8). Las úlceras neoplásicas o malignas, aunque de escasa prevalencia en comparación con otras etiologías, deben sospecharse en úlceras crónicas que no responden a tratamiento o con aspecto atípico, requiriendo confirmación histopatológica (9).

Ante este contexto clínico, el diagnóstico diferencial exhaustivo y sistemático es esencial para establecer un plan terapéutico individualizado, mejorar la tasa de cicatrización y reducir complicaciones y morbilidades asociadas. Las herramientas complementarias como la ecografía Doppler venosa y arterial, el ITB, las biopsias cutáneas, y en algunos casos, la capilaroscopia o pruebas inmunológicas, permiten afinar el diagnóstico y descartar patologías coexistentes (10).

El objetivo de este trabajo consiste en presentar una serie de casos clínicos en los que se aborda el diagnóstico diferencial de determinadas úlceras en extremidades inferiores, con especial énfasis en el diagnóstico inicial de las lesiones, sus criterios clínicos, hemodinámicos y anatomopatológicos, los cuales contribuyen a establecer la etiología concreta de cada lesión. De esta forma, se pretende aportar evidencia descriptiva sobre la heterogeneidad de estas lesiones y promover la importancia de un enfoque diagnóstico más riguroso en la práctica clínica diaria.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 78 años, con antecedentes personales de HTA y asma, en seguimiento por una lesión post-traumática pretibial de evolución tórpida de más de 3 años de evolución. Durante el diagnóstico inicial, se asoció la clínica de insuficiencia venosa a dicha evolución tórpida y falta de cicatrización.

Presentaba una lesión en zona pretibial de MID, de 4x3 cm aproximadamente, superficial, con escasa profundidad, bordes muy irregulares y excavados, con coloración violácea y tejido muy friable (ver figura 1). No presentaba signos de infección ni dolor asociados.

En cuanto a pruebas diagnósticas complementarias, presentaba una analítica con parámetros normales y una exploración ecográfica arterial sin signos patológicos.



Fig. 1: Aspecto de la lesión. Caso clínico 1

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 89 años, con antecedentes personales de HTA, dislipemias, DA, cardiopatía isquémica severa con IAM inferior asociado, bloqueo completo de rama derecha y depresión.

Presentaba una lesión en zona tibial posterior de MID (ver Figura 2) de dos años de evolución, de unos 5x3 cm aproximadamente, con tejido muy hipergranulado, en forma de mamelones, bordes irregulares y excavados, con coloración violácea, muy friable. No presentaba signos de infección. Leve dolor asociado.

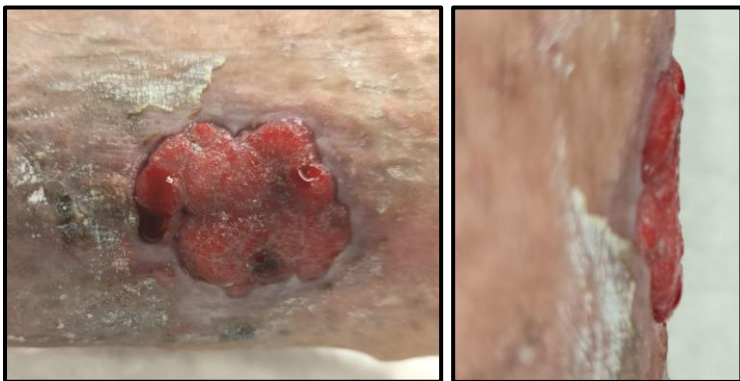


Fig. 2: Caso clínico 2. Vista frontal y lateral de la lesión

En cuanto a pruebas diagnósticas complementarias, presentaba una analítica con parámetros normales y una exploración ecográfica arterial sin signos patológicos.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 86 años, con antecedentes personales de HTA, hipercolesterolemia, fibrilación auricular, acci-

dente cerebrovascular transitorio, osteoporosis y osteoartritis.

Presentaba una lesión en zona supramaleolar interna (ver Figura 3) de MID de tres años de evolución, diagnosticada de forma inicial como úlcera venosa, de 2x3 cm aproximadamente, superficial, con escasa profundidad, bordes muy irregulares y excavados, queratósicos, con una disposición geográfica muy irregular. No presentaba signos de infección ni dolor asociados.

En cuanto a pruebas diagnósticas complementarias, presentaba una analítica con parámetros normales y una exploración ecográfica arterial sin signos patológicos.



Fig. 3: Aspecto de la lesión. Caso clínico 3

Discusión

En esta serie de casos, todos los pacientes presentaban úlceras crónicas en miembros inferiores, de apariencia típica de estasis venosa, con bordes irregulares, exudado persistente y signos asociados de insuficiencia venosa (dermatitis ocre, lipodermatoesclerosis...). En todos los casos, el abordaje inicial fue convencional: compresión, tratamiento local y cuidados generales. Sin embargo, ante la falta de cicatrización tras varias semanas, se decidió realizar biopsias del lecho, confirmándose en todos los casos el diagnóstico de CBC. Este hallazgo plantea dos hipótesis: la primera, que el diagnóstico inicial fue correcto y se produjo una malignización secundaria de la lesión; o que desde el origen se trataba de un CBC ulcerado que se confundió con una úlcera venosa crónica.

La literatura científica muestra que la malignización de las úlceras venosas crónicas es posible, aunque la mayoría de ellas, en torno al 75–98 %, corresponden a un carcinoma espinocelular, mientras que el CBC es excepcional (11).

Schnirring-Judge et al. describieron un caso de malignización de úlcera venosa crónica a CBC en un paciente diabético, destacando la inmunosupresión y la inflamación crónica como posibles desencadenantes (12). Sin embargo, en ausencia de biopsia temprana,

no puede descartarse que ya existiese un CBC antes del diagnóstico de úlcera venosa.

Reich-Schupke y cols. (13) presentaron dos casos de CEC en úlceras venosas de larga evolución, reforzando la idea de que la malignización más común es hacia CEC y no CBC, introduciendo además el concepto de neoplasia secundaria e incluyendo mecanismos como la degeneración de hierro y la estimulación perpetua de la reparación celular. Además, describen casos en que los tumores aparecen tras años de evolución (> 5–10 años) y pueden confundirse con tejido de granulación durante largos períodos de tiempo. Esto coincide con esta serie de casos, donde el tiempo de evolución (alguno hasta 4 años) es similar al descrito.

Junto a ellos, Khan et al. y García Moreno también han documentado casos de úlcera de Marjolin y CEC, con diferencias en agresividad, tiempo de evolución y manejo, pero no casos de CBC (14,15), lo cual contrasta con los hallazgos de este artículo.

No obstante, existen series más recientes que asocian casos de CBC, desarrollándose en úlceras venosas crónicas. Dahle et al. describieron cuatro casos de CBC en úlceras diagnosticadas previamente como úlceras venosas, y recomendaron la realización de biopsias en úlceras con evolución tórpida tras tres meses de tratamiento (16). Asimismo, Nicoara et al. mostraron el caso de una paciente de 72 años cuyo CBC se originó en una úlcera no cicatrizante, y estiman la incidencia entre el 1,5% y el 15% (17).

Estos datos sugieren que, aunque raro, un CBC puede aparecer en úlceras venosas crónicas. Revisando la evidencia disponible, existen dos posibles teorías. La primera, una verdadera malignización secundaria, favorecida por la inflamación prolongada, el estímulo proliferativo constante (TGF- α , EGFR) y una posible inmunosupresión (12), o que el CBC estaba presente desde el inicio pero adquirió apariencia de úlcera venosa.

Desde una perspectiva patogénica, Schnirring-Judge et al (12) describen una vía inflamatoria crónica que promueve mutaciones en células basales, alimentada por hipoxia, estrés oxidativo, daño celular y replicación celular continua. Por lo tanto, resulta coherente pensar que la evidencia sugiere un continuum en la proliferación neoplásica: ulceración crónica, inflamación, mutagénesis y tumor, sin que se pueda precisar cuándo ocurre dicho proceso de malignización del tejido.

La literatura apoya ambas teorías; sin embargo, el hecho de que en esta serie de casos los cambios histológicos de CBC fueran detectables en biopsias tras meses o años de evolución y la historia de aparición de la lesión, sugieren que, más probablemente, se trata de una transformación a tejido tumoral.

Desde un punto de vista clínico, se cumple lo descrito por Combemale et al. y Dahle et al. (16,18): excrecencia anormal del tejido, bordes violáceos, aumento del dolor y del sangrado... lo cual hace sospechar sobre malignidad y conducir a una biopsia.

El CBC derivado de úlceras crónicas tiende a ser de crecimiento lento, con baja tasa de metástasis (<1 %). No obstante, el diagnóstico tardío puede conllevar mayor tamaño tumoral, invasión local y complicaciones funcionales (12). En comparación con otros tipos de tejidos tumorales, el CEC asociado a úlceras, como la úlcera de Marjolin presenta peor pronóstico, mayor agresividad y necesidad de márgenes más amplios, en contraste con el CBC (14).

Conclusiones

Aunque las úlceras venosas crónicas son una entidad común, la aparición de CBC en su lecho es poco frecuente, aunque clínicamente relevante.

Existe una falta de evidencia acerca de las malignizaciones de las úlceras crónicas, tratándose de un problema en muchas ocasiones infradiagnosticado. Aunque el diagnóstico inicial de úlcera venosa pueda ser indicado, la falta de cicatrización y los cambios evolutivos sugieren reevaluación y modificación en el abordaje terapéutico.

Debido a su baja prevalencia, no se encuentra justificado biopsiar todas las úlceras de forma sistemática, pero sí aquellas que no responden al tratamiento estándar en los primeros 3-6 meses o presentan algunos signos atípicos o evolución tórpida. Los casos presentados destacan la necesidad de vigilancia continua de las lesiones y biopsia temprana en dichos casos, lo que permite el diagnóstico precoz y tratamiento eficaz, con altas tasas de curación y menor número de complicaciones.

Bibliografía

1. O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2014;60(2 Suppl):3S-59S.
2. Weller C, Evans S. Venous leg ulcer management in general practice – practice nurses and evidence-based guidelines. *Aust Fam Physician.* 2012;41(5):331-7.
3. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(3):401–21.
4. Kirsner RS, Vivas AC. Lower-extremity ulcers: diagnosis and management. *Br J Dermatol.* 2015;173(2):379–90.
5. Grey JE, Harding KG, Enoch S. Venous and arterial leg ulcers. *BMJ.* 2006;332(7537):347–50.
6. Hinchliffe RJ, Valk GD, Apelqvist J, et al. A systematic review of the effectiveness of interventions to enhance the healing of chronic ulcers of the foot in diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2008;24(Suppl 1):S119–44.

7. Berenguer Pérez M, Tizón Bouza E, Soldevila Paredes MC. Diagnóstico diferencial de úlceras en extremidades inferiores. *Semergen*. 2021;47(8):526–35.
8. Francés C. Skin ulcers and vasculitis. *Clin Exp Rheumatol*. 2000;18(4 Suppl 20):S19–23.
9. Falanga V, Medsger TA Jr, Reichlin M, Rodnan GP, Conte ET. Dermatologic manifestations of systemic sclerosis (scleroderma). *Arch Dermatol*. 1986;122(5):514–20.
10. Serra R, Gallelli L, Buffone G, Molinari V, Montemurro R, de Franciscis S. Alteration of biomarkers in patients with chronic leg ulcers. *Int Wound J*. 2013;10(1):100–4.
11. Tchanque-Fossuo CN, Millsop JW, Johnson MA, Dahle SE, Isseroff RR. Ulcerated Basal Cell Carcinomas Masquerading as Venous Leg Ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2018 Mar;31(3):130–134. doi: 10.1097/01.ASW.0000530068.44631.dc.
12. Schnirring-Judge M, Belpedio D. Malignant transformation of a chronic venous stasis ulcer to basal cell carcinoma in a diabetic patient: case study and review of the pathophysiology. *J Foot Ankle Surg*. 2010;49(1):75–79.
13. Reich-Schupke S, et al. Development of spino-cellular carcinoma in a long-lasting and therapy resistant venous ulcer – two case studies. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6(7):569–572.
14. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin Ulcer: A Comprehensive Review. *Adv Skin Wound Care*. 2020;33(12):629–634.
15. García Moreno R. Úlcera de Marjolin como complicación de una úlcera venosa de larga evolución. *Rev Enferm Vasc*. 2023;5(8):28–32.
16. Dahle DM, Isseroff RR. Ulcerated basal cell carcinomas masquerading as venous leg ulcers: case series. *Adv Skin Wound Care*. 2018;31(3): 124–128.
17. Nicoara M, Bain K, et al. Malignant transformation of nonhealing ulcer—basal cell carcinoma. *Ann Vasc Surg*. 2020;67: 472–478.
18. Combemale P, et al. Malignant transformation of chronic leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(7):935–941.