

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SANDRA PAIVA PEREIRA

ÚLCERA DE MARJOLIM :Revisão Integrativa

**Belo Horizonte
2019**

SANDRA PAIVA PEREIRA

ÚLCERA DE MARJOLIM : Revisão Integrativa

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Miguir Terezinha V. Donoso

**Belo Horizonte
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Pereira, Sandra Paiva Pereira

Úlcera de Marjolin: Revisão Integrativa [manuscrito] / Sandra Paiva Pereira Pereira. - 2019.

28 f.

Orientadora: Miguir Terezinha Donoso.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Estomaterapia.

1.Marjolin . 3.revisão integrativa. I.Donoso, Miguir Terezinha .
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

SANDRA PAIVA PEREIRA

ÚLCERA DE MARJOLIM: REVISÃO INTEGRATIVA

BANCA EXAMINADORA :



Profa. Miguir Terezinha Viocelli Donoso



Profa. Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa



Profa. Flávia Falci Ercole

Aprovada em 15 de março de 2019.

Belo Horizonte

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me conservou de pé até o presente momento e me deu forças para chegar até aqui.

A todos aqueles que de alguma forma tornaram possível esta realização especial.

A todos aqueles docentes que me transmitiram os valores essenciais da Enfermagem.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio e carinho.

A todos os meus amigos que me acompanharam nesta etapa tão importante.

RESUMO

A expressão úlcera de Marjolin é usada quando neoplasias malignas, especialmente carcinoma de células escamosas, ocorrem sobre úlceras crônicas, fístulas e cicatrizes de várias etiologias. Trata-se de agravo raro, porém, de alta morbidade. Este trabalho teve como objetivo identificar características clínicas e epidemiológicas da úlcera de Marjolin. Utiliza-se como método a revisão integrativa de literatura. Elaborou-se a questão chave: Quais as características clínicas e epidemiológicas da Úlcera de Marjolin? Para a identificação dos estudos primários incluídos nesta revisão, iniciou-se a busca em novembro e dezembro de 2018, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde. Três artigos compuseram esta revisão integrativa, sendo um estudo de coorte, um estudo descritivo e um estudo de série de casos. Evidencia-se que qualquer lesão crônica pode malignizar. No entanto, os casos de queimaduras são os mais comuns. A biópsia constitui a intervenção mais segura para diagnóstico em tempo hábil. Observa-se que os estudos aqui descritos se referem à abordagem cirúrgica como tratamento eficaz. Conclui-se que qualquer lesão crônica deve ser acompanhada com seriedade, sendo que o enfermeiro estomaterapeuta deve ter como princípio considerar a possibilidade de malignização. Sugere-se que protocolos sejam elaborados para o manejo da úlcera de Marjolin.

Palavras-chave: Carcinoma. Carcinoma de células escamosas. Enfermagem. Neoplasias cutâneas.

ABSTRACT

The term Marjolin ulcer is used when malignant neoplasms, especially squamous cell carcinoma, occur on chronic ulcers, fistulas and scars of various etiologies. It is a rare disease, however, with high morbidity. This study aimed to identify clinical and epidemiological characteristics of Marjolin ulcer. Integrative literature review is used as a method. The key question was: What are the clinical and epidemiological characteristics of Marjolin's ulcer? In order to identify the primary studies included in this review, the research was started in November and December of 2018, through the Virtual Health Library. Three articles composed this integrative review, being a cohort study, a descriptive study and a study of series of cases. It is evidenced that any chronic lesion may malignize. However, burn cases are the most common. Biopsy is the safest diagnostic intervention in a timely manner. It is observed that the studies described herein refer to the surgical approach as an effective treatment. It is concluded that any chronic lesion should be followed seriously, and the nurse stomaterapeuta should have as principle to consider the possibility of malignization. It is suggested that protocols be developed for the management of Marjolin ulcer.

Keywords: Carcinoma. Squamous cell carcinoma. Nursing. Cutaneous neoplasms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS –	Biblioteca Virtual de Saúde
CEC –	Carcinoma de Células Escamosas
DeCS –	Descritores em Ciência da Saúde
LILACS –	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE –	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NE –	Nível de Evidência
PBE –	Prática Baseada em Evidência
SCQ –	Superfície Corpórea Queimada
UM –	Úlcera de Marjolin

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	12
4 MÉTODO	14
5 RESULTADOS	16
6 DISCUSSÃO	20
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	27

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, tendo como principais propriedades a proteção contra infecções, lesões, traumas e raios solares, e também função estética e controle da temperatura corpórea. Ela é subdividida em epiderme e derme. A epiderme é um importante órgão sensorial, histologicamente constituída das camadas basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. Na derme são encontrados os vasos sanguíneos, linfáticos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas, pêlos e terminações nervosas, além de células como fibroblastos, mastócitos, monócitos, macrófagos, entre outros (BORGES *et al.*, 2010)

O fenômeno de transformação maligna em cicatrizes de queimadura foi descrito por Jean-Nicholas Marjolin em 1828. Atualmente, a expressão úlcera de Marjolin (UM) é usada quando neoplasias malignas, especialmente carcinoma de células escamosas (CEC), ocorrem sobre úlceras crônicas, fístulas e cicatrizes de várias etiologias, sendo as cicatrizes de queimaduras as causas mais comuns (BAUK *et al.*, 2006).

Assim, úlcera de Marjolin é uma transformação maligna em tecido cutâneo cronicamente inflamado ou traumatizado, que ocorre principalmente após queimaduras. O CEC é o tipo histológico mais encontrado nesse tipo de agravo, seguido de carcinoma basocelular e melanoma maligno. Sarcomas em úlcera de Marjolin são raros, correspondendo a aproximadamente 5% dessas degenerações malignas (RITZ FILHO; MARTINS, 2013).

Diversas teorias são propostas na tentativa de explicar o mecanismo de desenvolvimento de malignização de uma cicatriz. A cicatriz geralmente apresenta baixa resistência a traumas futuros, e consiste em uma área de irritação crônica capaz de induzir a proliferação celular, gerando um tecido instável (SANTOS *et al.*, 2015). Além disso, células do tecido cicatricial são capazes de liberar toxinas pró-mitóticas (autor, ano).

A transformação maligna em cicatrizes de queimadura foi descrita por Jean-Nicholas Marjolin em 1828. Atualmente, a expressão úlcera de Marjolin é referenciada à degeneração maligna de feridas crônicas não cicatrizadas ou cicatrizadas por segunda intenção e a maioria dos casos descritos refere-se a carcinoma espinocelular (SANTOS, GOULART, BARRETO *et al.*, 2015)

O CEC geralmente localiza-se nas extremidades, particularmente nos membros inferiores. A latência até a transformação maligna é, em média, de três décadas (SANTOS *et al.*, 2015).

A úlcera de Marjolin pode se desenvolver em vários tipos de lesões, como lesões por

pressão, úlceras venosas, tecidos irradiados, úlceras diabéticas, osteomielite, e outras feridas menos comuns, como hidradenite, cisto pilonidais, fístulas urinárias, cicatrizes vacinais, cicatrizes de herpes zoster e até mesmo sobre cicatrizes de enxerto. Na maioria das vezes, surge como uma transformação neoplásica de cicatriz de queimadura (BOZKURT *et al.*, 2010).

Descrita pela primeira vez na literatura médica no século XIX, essa úlcera crônica constitui-se como uma das muitas comorbidades que afetam grande número de indivíduos nas unidades de prestação de cuidados primários de saúde (BOZKURT *et al.*, 2010).

Os achados clínicos que sugerem a transformação maligna compreendem úlceras que não cicatrizam, aumento da consistência da lesão, vegetação, odor desagradável, bordas elevadas e formação de nódulos sobre a cicatriz (BOZKURT *et al.*, 2010).

Grande parte dos pacientes ao receber o diagnóstico de úlcera de Marjolin apresenta a doença em estágio avançado (BAUK *et al.*, 2006). Na maioria das vezes, o afetado procura assistência tardiamente, quando alterações significativas já ocorreram (TAVARES *et al.*, 2011). Apesar disso, lembra-se que as úlceras crônicas, particularmente dos membros inferiores, constituem uma das muitas comorbidades que assolam grande número de doentes nas unidades de prestação de cuidados primários de saúde (TAVARES *et al.*, 2011). Nesse sentido, o enfermeiro estomaterapeuta pode contribuir na detecção precoce desse agravo. A prática tem mostrado que esse profissional se familiariza com o manejo da ferida crônica sem, no entanto, levar em conta a possibilidade de malignização da lesão, o que foi considerado o problema desta pesquisa.

Os enfermeiros têm papel relevante, podendo atuar na percepção prévia, tratamento e prevenção da úlcera de Marjolin, bem como na reabilitação de seus portadores. Desse modo, a prática desses especialistas deve sustentar-se em evidências científicas que possam instrumentalizar a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contextualizada no processo de enfermagem.

Assim, com base nesse contexto, este trabalho teve como objetivo identificar características clínicas e epidemiológicas da úlcera de Marjolin.

2 OBJETIVO

Identificar características clínicas e epidemiológicas da úlcera de Marjolin.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma abordagem de solução de problema, voltada ao cuidado clínico, em que a tomada de decisão tem como referência a melhor evidência (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Envolve a definição do problema clínico, identificação de informações, busca e avaliação das evidências, verificação da aplicabilidade dos dados extraídos dos estudos e utilização na prática clínica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Assim, a PBE permite a assistência em saúde baseada em conhecimento científico, de forma que o paciente possa se beneficiar de um atendimento de qualidade e com custo benefício melhor (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa por permitir a combinação de métodos de pesquisa, desempenha um importante papel na PBE, por fornecer resultados que contribuem com o cuidado de enfermagem (SOARES *et al.*, 2014).

Um dos pilares da PBE é a utilização dos resultados dos estudos, mas vale salientar que o uso deles requer que o profissional de saúde seja capaz de associá-los à prática clínica. Dessa maneira, o enfermeiro deve ser capaz de obter, interpretar e incorporar as informações levantadas com os dados clínicos de forma a implementar os cuidados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é uma pesquisa que condensa achados sobre um determinado fenômeno examinado e permite realizar análises que extrapolam a síntese dos resultados dos estudos primários investigados, além de apresentar potencialidades para o desenvolvimento de novas teorias e problemas. Desse modo, esse método de pesquisa associado à PBE permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre determinado tema, visando reunir e concentrar resultados sobre uma delimitada questão, de forma a contribuir para o aprofundamento do tema analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOARES *et al.*, 2014).

Na última década, é notável a influência da revisão integrativa na área de enfermagem, com o intuito de compreender o cuidado em saúde e fornecer resultados que beneficiem o cuidado de enfermagem (SOARES *et al.*, 2014).

O método é considerado valioso para esse campo do saber, pois os profissionais poderão utilizar seus resultados para a tomada de decisão e empregar melhoria na prática clínica, sem a necessidade de rever um alto volume de estudos. Ressalta-se o potencial da revisão integrativa de construir conhecimento em enfermagem, proporcionando qualidade nos cuidados empregados ao paciente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da revisão integrativa se faz necessário que o revisor determine o objetivo, formule hipóteses e questionamentos e realize a busca para identificar e coletar as pesquisas primárias, que serão avaliadas criticamente para determinar se são válidas metodologicamente. Em seguida, os dados devem ser interpretados e sintetizados, a fim de se elaborar as conclusões originadas dos vários estudos primários que fizeram parte da revisão. Assim, o conhecimento alcançado poderá reduzir incertezas sobre determinada prática e facilitará a tomada de decisão com relação às intervenções que poderiam resultar em um cuidado melhor para o paciente (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é um tipo de revisão complexa, e seus métodos são normatizados e sistemáticos a fim de garantir rigor científico e autenticidade das evidências estabelecidas, além de permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, visando o entendimento completo do fenômeno analisado (SOARES *et al.*, 2014; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Enfim, a contribuição da revisão integrativa na melhoria dos cuidados prestados é inegável, pois, facilita a incorporação de evidências, permite a transferência de conhecimento novo na prática clínica através de um acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas, proporcionando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre úlcera de Marjolin. As etapas percorridas na elaboração do estudo foram de acordo com as citadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para realização desta revisão integrativa de literatura, elaborou-se a questão chave: “Quais as características clínicas e epidemiológicas da Úlcera de Marjolin?”.

Para a identificação dos estudos primários que foram incluídos nesta revisão, iniciou-se a busca em novembro e dezembro de 2018, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que engloba as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS).

Nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da BVS, foram selecionados os seguintes descritores controlados: Úlcera cutânea, Carcinoma, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma espinocelular e Epidemiologia, nos idiomas inglês e português. Os termos foram combinados, e para garantir a busca cautelosa, foram utilizados os operadores booleanos representados pelos conectores *AND* e *OR*, o primeiro é uma combinação restritiva, enquanto o segundo termo é uma combinação aditiva.

O critério de inclusão estabelecido para os estudos primários foram artigos que abordavam as características epidemiológicas e/ou as características clínicas da úlcera de Marjolin, publicados de 2007 a 2017, em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra. Artigos de revisão, estudos secundários, estudos de caso único, carta-resposta e editoriais foram excluídos da amostra da revisão integrativa.

A seguir, apresenta-se a estratégia de busca (Fig. 1) realizada para elaboração desta Revisão Integrativa de Literatura:

Figura 1 – Estratégia de busca

```
tw:((tw: "Úlcera de Marjolin" OR "Marjolin's ulcer")) AND (instance:"regional") AND (db:("MEDLINE" OR "LILACS") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND year_cluster:("2015" OR "2008" OR "2013" OR "2009" OR "2010" OR "2017" OR "2011" OR "2014" OR "2016" OR "2012"))
```

Fonte: Elaborado pela autora

A partir da busca na BVS foram encontradas 1245 publicações. Utilizando-se dos critérios de inclusão como filtro dos artigos, foi possível selecionar as publicações analisadas neste estudo.

Inicialmente, foram utilizadas como filtro publicações na íntegra, emergindo 126 artigos dos 1245 iniciais. O próximo filtro delimitou produções em português, espanhol e inglês, permanecendo 126 artigos. Ao se utilizar os filtros LILACS, MEDLINE a seleção continuou contando com 126 estudos. Ao serem demarcados os anos 2007 a 2017 surgiram 74 publicações.

Após essa pesquisa, a primeira análise contemplou a leitura dos títulos das 74 produções, sendo selecionados 65 artigos, utilizando os critérios de exclusão já mencionados. Em seguida, foi realizada a leitura criteriosa do resumo dos 65 artigos, dos quais foram eleitos 18 estudos.

Foram excluídos na fase de leitura das publicações 15 artigos, pelos seguintes motivos: um tratava-se de publicação anterior ao ano de 2007, nove exibiam estudos de caso envolvendo apenas um paciente na casuística e cinco eram trabalhos de revisão.

Com o objetivo de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa foi elaborado um instrumento para extração dos dados, contendo: a descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura, segundo autor, ano, profissão, país, título, objetivo, método, nível de evidência, amostra e resultados (Apêndice A).

Visando determinar a confiança no uso dos resultados, foi estabelecido o nível de evidência (NE) dos estudos nesta revisão integrativa, de acordo com uma hierarquia de evidências. Essa ordenação é classificada em seis categorias, sendo o nível 1 (mais forte): evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos controlados; nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental randomizado; nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e o nível 6 (mais fraco): oriundas de opiniões de especialistas (STETLER *et al.*, 1998).

5 RESULTADOS

A amostra desta revisão integrativa foi composta de três estudos primários.

Os três artigos que compõem esta pesquisa foram publicados em 2013. Em todas as produções os autores são médicos e desenvolveram os estudos em três países: Itália, China e Iraque. Não houve artigos produzidos no Brasil, sendo que os três foram publicados em inglês.

Quanto ao método adotado nas investigações, dois artigos são estudos descritivos e o terceiro trata-se de estudo de série de casos.

Relembra-se que, como mencionado na seção Método, foram excluídos na fase de leitura das publicações 15 artigos, pelos seguintes motivos: um tratava-se de publicação anterior ao ano de 2007, nove eram estudos de caso envolvendo apenas um paciente na casuística e cinco eram artigos de revisão.

As investigações incluídas nesta revisão foram conduzidas, predominantemente, com queimaduras (Artigo 3) e outras lesões (Artigo 1 e 2), sendo essas queimaduras: úlceras arteriovenosas, úlceras diabéticas, feridas traumáticas, lesão por pressão, úlceras venosas e infecções de pele.

Para melhor visualização, os artigos estão distribuídos respectivamente em três quadros sinópticos (Quadro 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Artigo 1

Título do artigo, periódico e NE	Autores, ano de publicação e local da pesquisa	Método	Características epidemiológicas dos pacientes	Características clínicas dos pacientes	Conclusão
Artigo 1 <i>Ten years of experience in chronic ulcers and malignant transformation</i> <i>International Wound Journal</i> NE: 04	Maria G. Onesti Pasquale Fino Paolo Fioramonti Vittoria Amorosi Nicolò Scuderi 2013 Itália	Estudo descritivo. Durante 10 anos, um estudo foi realizado com cerca de 1.000 pacientes que receberam tratamentos para feridas crônicas de diversas etiologias. Desses, 13 pacientes tiveram diagnóstico de UM.	N: 13 pacientes Sexo: 9 mulheres e 4 homens Idade: de 50 a 90 anos. Média: 75 anos (± 2)	Tipo de carcinomas: 07 casos de carcinoma espinocelular, 05 casos de carcinoma basocelular, 01 caso de melanoma. Lesões iniciais: 04 úlceras arteriovenosas, 04 úlceras diabéticas, 03 feridas de ordem traumática e 02 lesões por pressão.	As úlceras de Marjolin comumente ocorrem em cicatrizes de queimaduras que não são enxertadas na pele, e são deixadas para cicatrizar secundariamente, mas podem se desenvolver em vários tipos de feridas crônicas complicadas. O cuidado e a vigilância são necessários no manejo de úlceras crônicas não cicatrizantes e todas as lesões suspeitas devem ser biopsiadas. O reconhecimento precoce e o tratamento agressivo das úlceras de Marjolin e um acompanhamento cuidadoso são necessários para melhorar os resultados.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 – Artigo 2

Título do artigo, periódico e NE	Autores, ano de publicação e local da pesquisa	Método	Características epidemiológicas dos pacientes	Características clínicas dos pacientes	Conclusão
Artigo 2 <i>Marjolin's ulcer: a preventable malignancy arising from scars</i> <i>World Journal of Surgical Oncology</i> NE: 04	Nanze Yu, Xiao Long, Jorge R., Lujan-Hernandez, Kaz Z. Hassan, Ming Bai, Yang Wang, Xiaojun Wang, Ru Zhao 2013 China	Estudo descritivo. Num período de seis anos, 2.984 pacientes com cicatrizes de causas diferentes e sem história prévia de câncer foram acompanhados na divisão de cirurgia plástica em hospital na China. Todas as cicatrizes, independentemente da aparência, foram submetidas à biópsia / exame anatomopatológico levando ao diagnóstico de 17 casos de UM.	N: 17 Sexo: 07 mulheres e 10 homens Idade: De 34 a 87 anos, Média: 62 anos (\pm 15)	Tipo de carcinoma Não faz menção ao tipo de carcinoma. Porém, cita os sítios das lesões, sendo couro cabeludo (24%); MMII (24%); MMSS (18%) e região glútea (18%). Nas conclusões, os autores se referem genericamente a CEC. Lesões iniciais: 08 queimaduras; 01 úlcera venosa; 05 traumas de outras etiologias; 03 infecções de pele.	Úlcera de Marjolin é um SCC ulcerado raro, mas altamente agressivo. A formação de uma úlcera no período de latência desempenha um papel importante no curso da UM. Com base na duração diferente dos períodos pré e pós-ulceração, durante o período de latência, a quebra da pele em cicatrizes crônicas e úlceras crônicas não curadas são duas fontes principais de UM. Essa complicação pode ser evitável e tratável por intervenção cirúrgica das lesões iniciais e pelo diagnóstico precoce e tratamento de úlceras não curadas. Os pacientes devem ser acompanhados por toda a vida, pois a UM é mais agressiva do que os carcinomas de pele iniciais.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 – Artigo 3

Título do artigo, periódico e NE	Autores, ano de publicação e local da pesquisa	Método	Características epidemiológicas dos pacientes	Características clínicas dos pacientes	Conclusão
<p>Artigo 3</p> <p><i>Malignancy in chronic burn scar: A 20 year experience in Mosul – Iraq.</i></p> <p><i>Burns</i></p> <p>NE: 05</p>	<p><u>Saadallah M.Al-Zacko.</u></p> <p>2013</p> <p>Iraque</p>	<p>Estudo de série de casos.</p> <p>Este estudo de série de casos foi realizado ao longo de 20 anos em centro de atendimento de queimaduras, na cidade de Mosul. Foram incluídos todos os pacientes admitidos no hospital, com úlceras malignas que se desenvolveram em cicatrizes de queimaduras, durante esse período. Os dados relacionados aos sujeitos foram obtidos de seus registros. O diagnóstico foi feito com base na história e exame clínico e confirmado por biópsia. Pacientes com úlceras cicatriciais de queimadura crônica, que apresentaram alteração maligna na biópsia foram inseridos no estudo.</p>	<p>N: 27</p> <p>Sexo: 09 mulheres e 18 homens</p> <p>Idade: De 18 a 80 anos, Média: 42 anos (± 7)</p>	<p>Tipo de carcinoma</p> <p>Todos foram diagnosticados como CEC bem diferenciado.</p> <p>Lesões iniciais: Todas as lesões foram originadas de queimaduras.</p> <p>Os locais de lesão foram:</p> <p>81% em MMII;</p> <p>1% em MMSS;</p> <p>11% em couro cabeludo e</p> <p>7% em orelhas.</p>	<p>Todas as massas ou úlceras suspeitas dentro de cicatrizes crônicas de queimaduras devem ser prontamente submetidas a biópsia.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

6 DISCUSSÃO

O corpo de evidências disponíveis sobre úlceras de Marjolin aponta para a sua multifatorialidade, dificuldade de diagnóstico, cicatrização demorada e escassez de estudos clínicos controlados e randomizados sobre o tema.

Observa-se que as evidências presentes nos estudos de casos identificados destacam as potencialidades do tratamento realizado por meio de remoção cirúrgica, tratamento com quimiorradioterapia e, quando possível, a enxertia de pele.

O Artigo 1 (ONESTI *et al.*, 2015) se refere a estudo de Coorte em centro único, onde 1.000 pacientes foram acompanhados em 10 anos, com feridas crônicas, especialmente de origem vascular, diabética, traumática e lesões por pressão. Foram detectados 13 cânceres de pele: sete células escamosas, cinco carcinomas basocelulares e um melanoma, isto é, os pacientes desenvolveram um total de 13 carcinomas de pele: 7 (54%) CECs, 5 (38%) carcinomas basocelulares (CBCs) e 1 (8%) melanoma. Quatro pacientes (31%) tinham úlceras de origem arteriovenosa ou arterial, quatro (31%) possuíam úlceras diabéticas, três (23%) apresentavam feridas crônicas de origem traumática e dois (15%) manifestavam úlceras de pressão. A duração média da úlcera cutânea antes do diagnóstico de carcinoma foi de 9 ± 3 anos. Nove tumores se desenvolveram a partir de feridas crônicas nas pernas e quatro nos pés. Três pacientes tinham história progressiva de câncer visceral (mama, cólon e melanoma), um de hepatite C, um de hepatite B e quatro de hipertensão e cardiopata. Os autores destacam como é importante estar atento aos sinais sugestivos de alteração maligna e à importância da biópsia em intervalos regulares durante o ciclo de vida de qualquer ferida crônica.

O Artigo 2 (YU *et al.*, 2013) dispõe de uma amostra de 17 pacientes selecionados durante seis anos, período em que 2.984 pacientes com cicatrizes de causas diferentes e sem história prévia de câncer foram acompanhados e submetidos à biópsia. O período médio de latência foi de 29 anos ($DP \pm 19$) e o período médio de pós-ulceração foi de 7 anos ($DP \pm 9$). Segundo os autores, a incidência de UMs em lesões crônicas é de 0,77% a 2%. Na maioria dos casos, a UM é um carcinoma de células escamosas (CEC). As UMs contribuem para um total de 2% de todos os SCCs e 0,03% de todos os carcinomas basocelulares da pele. Os pesquisadores postulam que a ressecção cirúrgica do tumor primário com margem de liberação horizontal de 2 a 4 cm, liberação nodal e radioterapia, constituem os pilares do manejo oncológico efetivo. Apesar dos melhores esforços, a mortalidade geral é de 21%.

No Artigo 3 (AL-ZACKO, 2013), todas as lesões foram secundárias a queimaduras de várias fontes. A biópsia detectou malignidade em 27 pacientes, ao longo de 20 anos. Dos

afetados, 18 eram do sexo masculino e nove do sexo feminino, e a média de idade foi de 42,7 anos (variação: 18-80 anos). Ao exame histológico, todos foram diagnosticados como carcinoma de células escamosas bem diferenciado. O período latente variou de 10 anos a 70 anos, com média de 27,6 anos. O autor enfatiza as queimaduras, postulando que todas as massas ou úlceras suspeitas dentro de cicatrizes crônicas de queimaduras devem ser prontamente submetidas à biópsia.

Observa-se que qualquer lesão crônica pode malignizar, porém, esta revisão destaca as queimaduras, uma vez que o Artigo 2 apresenta oito casos de UMs decorrentes de queimaduras e o Artigo 3 versa essencialmente a respeito de UMs derivadas de queimaduras. Santos *et al.* (2015) realizaram levantamento de publicações sobre UM. Das 29 produções científicas, três se referem especificamente a queimaduras, sendo que em um dos estudos de caso, a paciente apresentava uma queimadura por fogo no tronco desde os 6 anos de idade e, aos 48 anos, procurou o hospital por apresentar uma lesão lombar esquerda, no local da queimadura, com surgimento de aproximadamente seis anos, diagnosticada como lesão úlcero-vegetante com exsudato purulento e área de necrose.

A idade dos pacientes estudados nos três artigos variou, sendo de 75 anos, 62 e 42 anos (Artigo 1, 2 e 3, respectivamente), sugerindo que a lesão acometa mais pessoas acima dos 40 anos. Schnell e Danks (2009) realizaram estudo de caso de paciente com UM decorrente de queimadura, que teve esse diagnóstico aos 57 anos de idade. No entanto, a vítima sofreu a lesão inicial 46 anos após a colocação de enxerto de pele devido a uma queimadura na extremidade inferior esquerda, o que indica um processo lento de malignização.

O período de latência mostrou-se variado, respectivamente de nove, 29 e 27 anos. Essa evidência reitera a importância da realização de biópsia nas lesões crônicas, independentemente da etiologia. Saaiq e Ashraf (2014) apontam em trabalho de revisão que o período médio de latência para transformação maligna é de 35 anos. Bauk *et al.* (2006) realizaram pesquisa com 12 casos de UM, de 1990 a 2003, em que o tempo de evolução foi de 10 a 50 anos, da cicatriz até surgimento do carcinoma espinocelular. Os últimos autores propõem que o tempo médio de latência, da época da injúria até a documentação da neoplasia, é de 30 anos, embora exista a possibilidade de evolução aguda em prazo máximo de um ano.

Quanto ao tipo de câncer, o Artigo 1 menciona sete casos de carcinoma espinocelular, cinco casos de carcinoma basocelular e um caso de melanoma. O Artigo 2 não faz menção ao tipo de câncer e o Artigo 3 indica que todos os pacientes da amostra foram diagnosticados

com carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Saaiq e Ashraf (2014) defendem que, na maioria dos casos, a UM é um carcinoma de células escamosas (CEC).

Em relação ao tratamento, no Artigo 1, 11 pacientes receberam uma ampla excisão local da UM, sendo o espaço coberto com um enxerto de pele de espessura parcial. Dos lesionados, três tiveram indicação de amputação da perna, dos quais um recusou esse tipo de tratamento e não deu mais informações sobre suas condições clínicas. O Artigo 2 não explana sobre o tratamento dispensado aos 17 pacientes. No entanto, os autores sugerem que a UM pode ser evitável e tratável por intervenção cirúrgica das lesões iniciais e pelo diagnóstico precoce e tratamento de úlceras não curadas. Os acometidos devem ser acompanhados por toda a vida. O Artigo 3 cita todas as modalidades de tratamento que foram realizadas, sendo elas: excisão e enxerto em 81,5%, radioterapia em 11,1% e amputação em 7,4%. A intervenção cirúrgica também foi relatada por Schnell e Danks (2009) no caso, acima reportado, de UM desenvolvida em um homem 46 anos posterior a colocação inicial de enxerto de pele. Após o diagnóstico de carcinoma de células escamosas da lesão do tipo vertebral, foi realizada excisão cirúrgica ampla e aplicado novo enxerto de pele de espessura parcial. O curso pós-operatório transcorreu sem intercorrências e não ocorreram recidivas. Schnell e Danks (2009) reconhecem que esse é o maior caso de UM, no que se refere ao período de latência, registrado na literatura até o momento.

A ressecção cirúrgica do tumor primário também é relatada por Saaiq e Ashraf (2014). Os autores descrevem a intervenção com margem de liberação horizontal de 2 a 4 cm, liberação nodal e radioterapia. Saaiq e Ashraf (2014) consideram a intervenção cirúrgica e a radioterapia “os pilares do manejo oncológico efetivo”. No entanto, apesar dos melhores esforços, a mortalidade geral é de 21%.

Observou-se que as lesões iniciais descritas nos três artigos desta Revisão Integrativa foram: queimaduras, úlceras de origem venosa ou arterial, úlceras diabéticas, feridas crônicas de origem traumática, lesão por pressão e infecções de pele, ou seja, grande variedade de etiologias. Cita-se, como exemplo, caso clínico descrito por Tavares *et al.* (2011) em que homem de 78 anos de idade possuía úlcera venosa crônica da perna esquerda, que há um ano se apresentava com alargamento contínuo das bordas, supuração fétida abundante, aumento da intensidade e frequência dos episódios de dor. Após tentativas de tratamento, a expansão da lesão, esclerose e destruição óssea na radiografia da perna esquerda foram compatíveis com processo de osteomielite crônica da tíbia. O exame histológico do fragmento colhido no polo superior da úlcera permitiu estabelecer o diagnóstico definitivo de CEC bem diferenciado.

Os três Artigos são convergentes no que se refere ao manejo de úlceras crônicas não cicatrizantes: todas as lesões suspeitas devem ser biopsiadas. Leonardi, Oliveira e Franzoi (2013) são enfáticos: o diagnóstico da neoplasia é histopatológico e o material deve ser obtido por meio de biópsia excisional.

Nem um dos três artigos apresentou proposta de protocolo para diagnóstico e intervenções especificamente para UM. Destaca-se que existe essa lacuna na literatura, e ainda que o enfermeiro estomaterapeuta deve propor e participar da elaboração de um protocolo, dado sua relevância e necessidade urgente de realização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, foi possível compreender a importância do diagnóstico em tempo hábil de UM. Trata-se de um evento raro, porém, de alta mortalidade, relatada em nosso aporte teórico como sendo de 21%.

A literatura é escassa, na medida em que estudos primários raramente são elaborados pela dificuldade de se obter uma amostra significativa, em função da raridade dos casos e do longo período de latência. Na busca de literatura em periódicos científicos obteve-se na maioria dos casos artigos de revisão e estudos de um único caso, o que interfere na realização de revisão integrativa em que se utilizam apenas pesquisas primárias. Esse foi considerado um fator de limitação desta revisão integrativa.

Qualquer lesão crônica pode malignizar. No entanto, esta revisão ressalta os casos de queimaduras, cujas feridas cronificam e podem levar à UM.

A biópsia constitui a intervenção mais segura para diagnóstico em tempo hábil. Observa-se que as investigações aqui descritas se referem à abordagem cirúrgica como tratamento eficaz.

Em suma, toda lesão crônica deve ser acompanhada com seriedade, sendo que o enfermeiro estomaterapeuta deve ter como princípio considerar a possibilidade – mesmo que remota – de malignização, permitindo a intervenção da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- AL-ZACKO, S. M. Malignancy in chronic burn scar: A 20 year experience in Mosul – Iraq. **Burns**, London, v. 39, n. 7, p. 1488-1499, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23768719>. Acesso em: 6 mar. 2019.
- BAUK, V. O. Z.; ASSUNÇÃO, A. M.; DOMINGUES, R. F.; FERNANDES, N. C.; MAYA, T. C.; MACEIRA, J. P. Úlcera de Marjolin: relato de 12 casos. **An. Bras. Dermatol.**, Online, v. 81, n. 4, p. 355-358, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 mar. 2019.
- BORGES, E. L.; GOMES, F. S. L. Coberturas. *In*: BORGES, E. L. *et al.* **Feridas: Como tratar**. Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2010, cap.9, p. 133-178.
- BOZKURT, M.; KAPI, E.; KUVAT, S. V.; OZEKINCI, S. Current concepts in the management of Majolin’s ulcers: outcomes from a standardized treatment protocol in 16 cases. **J. Burn Care Res.**, Online, v. 31, p. 776-780, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661151>. Acesso em: 6 mar. 2019.
- LEONARDI, D. F.; OLIVEIRA, D. S.; FRANZOI, M. A. Úlcera de marjolin em cicatriz de queimadura: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 49-52, 2013. Disponível em: www.rbqueimaduras.com.br/export-pdf/144/v12n1a10.pdf. Acesso em: 6 mar. 2019.
- MENDES, K.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 mar. 2019.
- ONESTI, M. G.; FINO, P.; FIORAMONTI, P.; AMOROSI, V.; SCUDERI, N. Ten years of experience in chronic ulcers and malignant transformation. **International Wound Journal**, Online, v. 12, n. 4, p. 447-450, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23865503>. Acesso em: 6 mar. 2019.
- RITZ FILHO, G.M.; MARTINS, M. R. C. Sarcoma pleomórfico em úlcera de Marjolin. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 172-174, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100029. Acesso em: 6 mar. 2019.
- SAAIQ, M.; ASHRAF, B. Marjolin’s ulcers in the post-burned lesions and scars. **World Journal of Clinical Cases**, Online, v. 2, n. 10, p. 507-514, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25325060>. Acesso em: 6 mar. 2019.
- SANTOS, E. I.; GOULART, E. F.; BARRETO, L. M.; VENANCIO, M. S.; MOTA, D. F.; ANDRADE, U. J. F. S.; SILVA, A. C. S. S. Úlceras de Marjolin: evidências científicas e perspectivas atuais para a enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 472-86, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2576>. Acesso em: 6 mar. 2019.

Schnell LG, DANKS RR. Massive marjolin's ulcer in a burn graft site 46 years later. **Journal of Burn Care & Research**, Online, v. 30, n. 3, p. 533–535, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19349873>. Acesso em: 6 mar. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einsten**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102. Acesso em: 6 mar. 2019.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Amsterdam, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9852663>. Acesso em: 6 mar. 2019.

TAVARES, E.; MARTINHO, G.; DORES, J. A.; VERA-CRUZ, F.; FERREIRA, L. Úlcera de Marjolin associada a ulceração e osteomielite crônicas. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p.366-369, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a26.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

YU, N.; LONG, X.; LUJAN-HERNANDEZ, J. R.; HASSAN, K. Z.; BAI, M.; WANG, Y.; WANG, X.; ZHAO, R. Marjolin's ulcer: a preventable malignancy arising from scars. **World Journal of Surgical Oncology**, Online, v. 11, n. 313, p. 1-7, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3896958/pdf/1477-7819-11-313.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

