

## Carcinoma de células de Merkel

### Carcinoma de células de Merkel\*

Verónica Molina Vélez  
Guillermo Jiménez Calfat  
Rodrigo Restrepo Molina

#### RESUMEN

**E**l carcinoma de células de Merkel es un tumor agresivo que debe diagnosticarse e iniciar tratamiento rápidamente.

Paciente de sexo femenino, 83 años de edad, quien consultó por nódulos eritematosos en pierna izquierda de 1 año de evolución, y adenopatías inguinales izquierdas. Antecedente personal: carcinoma de Merkel en el mismo sitio hace 4 años manejado quirúrgicamente. La histopatología e inmunohistoquímica reveló carcinoma de células de Merkel. La paciente no permitió ninguna terapia.

**Palabras clave:** carcinoma de células de Merkel, neoplasia agresiva.

#### HISTORIA CLINICA

Paciente de 83 años de edad, sexo femenino, con historia de 4 meses de evolución de nódulo eritematoso en pie izquierdo, asintomático.

Antecedentes personales: lesión similar a la anterior hace 4 años con diagnóstico de carcinoma de células de Merkel manejado quirúrgicamente.

Al examen físico presentaba una lesión nodular de 1 cm de diámetro, eritematosa, brillante, de superficie lisa, en dorso de pie izquierdo (Figura 1). Además, edema marcado de dicha extremidad y adenopatía inguinal izquierda palpable.



Figura 1. Lesión nodular, eritematosa, brillante, lisa, en dorso de pie izquierdo.

**Verónica Molina V.,** R II Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

**Guillermo Jiménez C.,** Docente Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

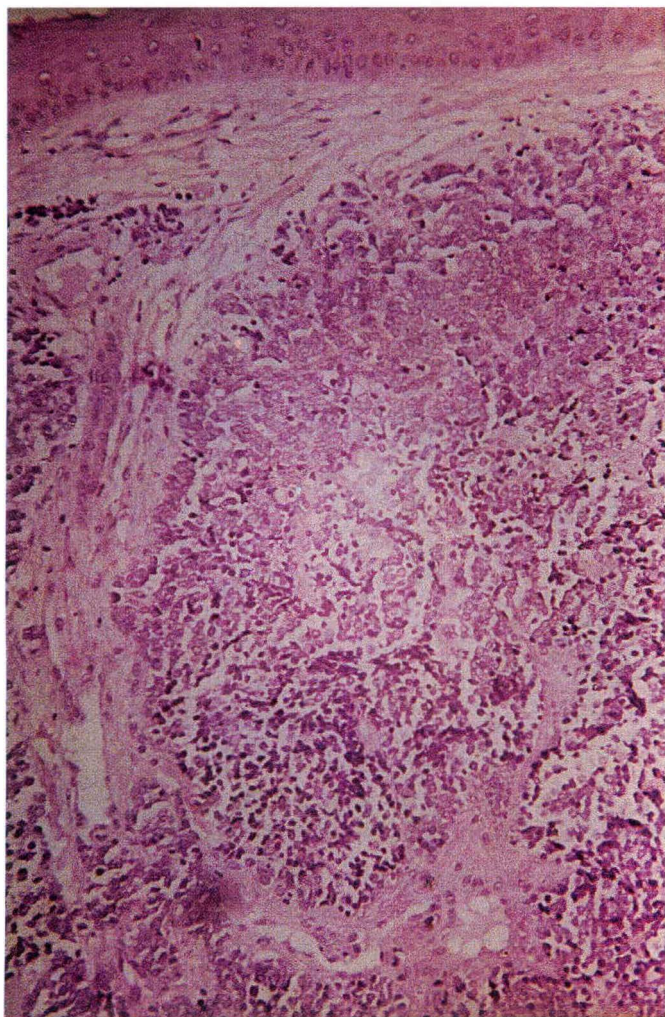
**Rodrigo Restrepo Molina,** Docente Dermatopatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

\* Presentado en la "Reunión de los Jueves" de la Sociedad Antioqueña de Dermatología (SADE).

Correspondencia: Verónica Molina V., teléfono: 3112227 Medellín, Colombia.

E-mail: veroandy@egresados.upb.edu.co.

## Carcinoma de células de Merkel



**Figura 2. Histopatología: HE 10x: proliferación neoplásica de células epiteliales pequeñas, con patrón trabeculado ocupando y reemplazando dermis papilar.**

En la histopatología se observó un tumor de células pequeñas que reemplaza la dermis en su parte media y profunda (Figura 2). Las células presentan muy poco citoplasma, con núcleos ligeramente vesiculosos, y numerosas imágenes mitóticas que llegan hasta 7 por campo de alto poder (400X).

Los estudios de inmunohistoquímica mostraron positividad intensa para enolasa específica neuronal, y moderada para sinaptofisina. El antígeno común leucocitario y el S-100 fueron negativos en las células tumorales. Las citoquinas de bajo peso molecular fueron igualmente negativas, probablemente debido a aplastamiento y manipulación de la biopsia. Rayos X de tórax, hemoleucograma y pruebas hepáticas: normales.

La paciente no permitió la biopsia de la adenopatía inguinal izquierda, ni ningún tipo de manejo quirúrgico posterior al diagnóstico. Diez meses después la paciente presenta aumento del tamaño de su lesión inicial, y aparición de múltiples lesiones eritematosas infiltradas, metastásicas,



**Figura 3. Múltiples lesiones eritematosas infiltradas, metastásicas, en piel de rodilla y dorso de pie izquierdo con linfedema.**

## Carcinoma de células de Merkel

en piel de rodilla y dorso del pie izquierdo con un gran linfedema que compromete toda la extremidad (Figura 3).

### COMENTARIOS

El carcinoma de Merkel fue llamado inicialmente carcinoma trabecular de la piel por Toker en 1972, creyendo que su origen eran células mal diferenciadas de glándulas sudoríparas primitivas. Actualmente es considerado un tumor maligno, derivado de células neuroendocrinas que demuestran diferenciación epitelial por inmunohistoquímica y por microscopía electrónica.<sup>1,2</sup>

Estudios citogenéticos recientes han demostrado rearrreglos estructurales y deleciones parciales del cromosoma.<sup>1,3</sup>

Se presenta en personas mayores de 65 años, aunque se han descrito casos en jóvenes con el síndrome de displasia ectodérmica congénita.

La presentación típica es la de una placa o nódulo eritemato-violáceo de superficie lisa, brillante, único, con telangiectasias en su superficie. De acuerdo con su localización, el 50% se presenta en cabeza y cuello, el 40% en extremidades y menos del 10% en tronco.<sup>3,4</sup>

El diagnóstico se realiza con base en la clínica, estudio histopatológico, inmunohistoquímica y/o microscopía electrónica.

Existen tres patrones histológicos para el carcinoma de células de Merkel:

Una variante clásica o trabecular, bien diferenciada, que ocurre en el 25% de los pacientes, y se caracteriza por estructuras trabeculares interconectadas, separadas por bandas de tejido conectivo. Una variante de células intermedias que es el tipo más común, caracterizado por grupos grandes de células de tamaño intermedio; y una última variante de células pequeñas, con un comportamien-

to más agresivo pero más rara, consistente con láminas de células pequeñas que infiltran difusamente.<sup>1</sup>

El carcinoma de Merkel muestra positividad para enolasa neuronal específica, siendo el hallazgo más constante. Algunos tumores marcan igualmente para sinaptofisina y cromogranina; y, para citoquinas de bajo peso molecular<sup>8,18,19</sup>, aunque esto no es un hallazgo universal.<sup>2</sup>

Todo paciente debe ser estudiado con Rx de tórax, hemoleucograma completo, pruebas hepáticas, además de Tomografía axial computarizada si se sospecha enfermedad metastásica. La biopsia de ganglio está indicada en la presencia de adenopatías palpables.<sup>2</sup> Las metástasis se presentan en el 33% de los casos, siendo su orden de frecuencia los ganglios retroperitoneales, hígado, hueso, cerebro, pulmón y piel. Las recurrencias locales se presentan desde el 26 hasta el 44% de los pacientes, usualmente ocurren en los primeros 4 meses después de la resección primaria.<sup>3</sup>

La mortalidad es del 45% para el carcinoma de cabeza y cuello, y del 29% para el de extremidades.

El tratamiento se enfoca dependiendo del estadio en que se encuentre el paciente:

Estadio I (tumor confinado a piel): resección quirúrgica local con un margen de 2.5 a 3 cm. La radiación concomitante aún sin beneficio demostrado.

Estadio II (enfermedad regional a ganglios linfáticos): resección quirúrgica de la lesión, disección terapéutica de ganglios y radiación.

Estadio III (enfermedad metastásica): quimioterapia, respondiendo el 60% parcial o totalmente.

Otras terapias descritas son el INF  $\alpha$ 2B intralesional en enfermedad recurrente, y la hipertermia con bajas dosis de radiación en enfermedad local.<sup>1,5</sup>

## *Carcinoma de células de Merkel*

Durante los primeros 6 meses el seguimiento es mensual, luego cada 3 meses por 2 años y después cada 6 ó 12 meses.<sup>3</sup>

### **SUMMARY**

The case of a 83-year-old woman, suffering of red nodular lesions on her left foot of one year evolution

and left regional lymph nodes is presented. Personal antecedent of a Merkel's cell carcinoma on the same place, four years ago, with surgery resection. The histopathology and immunohistochemical were reported as a Merkel's cell carcinoma. The patient did not allow any medical therapy.

**Key words:** Merkel's cell carcinoma, aggressive neoplasm.

## *BIBLIOGRAFIA*

- 1- Demetrius. R, Randle HW. High-Risk Nonmelanoma Skin Cancers. *Dermatol Surg* 1998; 24: 1272-1292.
- 2- O'Connor W, Brodland D. Merkel Cell Carcinoma. *Dermatol Surg* 1996; 22: 262-267.
- 3- Cook TF, Fosko SW. Unusual Cutaneous Malignancies. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 1998;17:114-132.
- 4- Raff JH, Urmacher C, Knapper WK. Trabecular (Merkel Cell) Carcinoma of the Skin. *Cancer* 1986; 57: 178-182.
- 5- Ratner D, Nelson BR, Brown M. Merkel Cell Carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 143-156.