

CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL

*Zapata Vidal, Mónica María; Jiménez C., Guillermo
Mesa B., Felipe; León H., Walter*

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con una lesión tumoral localizada en la mano izquierda.

La histología informó un carcinoma de células de Merkel que fue confirmada por inmunohistoquímica. Se le practica amputación con colgajo de arteria radial y radioterapia.

Palabras Clave: Carcinoma de células de Merkel, inmunohistoquímica, cirugía.

INTRODUCCION

El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna agresiva, descrita por Toker en 1972, cuyo origen se desconoce. Afecta pacientes caucásicos, mayores de 65 años. Está localizado en cabeza, extremidades y tronco, en su orden respectivamente. La sobrevida a 5 años oscila entre 30-64%.^{1,2}

HISTORIA CLINICA

Hombre de 74 años, residente en Envigado, mecánico, quien consulta por cuadro de 6 meses de evolución, consistente en una masa de crecimiento progresivo, localizada en el primer espacio interdigital de la mano izquierda, asintomática.

Al examen físico se observa una masa de 5 x 4 cm bien definida, de color piel, de consistencia dura, que infiltra planos profundos, sin ulceraciones.

No presenta adenopatías palpables.

HALLAZGOS DE PATOLOGIA

En las tinciones con hematoxilina-eosina se observa una lesión tumoral que ocupa dermis y tejidos blandos subyacentes, caracterizada por células de núcleo ovoide vesiculoso, con alta tasa mitótica, dispuestas en un patrón adenoide trabecular y

Mónica María Zapata Vidal, Residente Dermatología 2o. Año, CES
Guillermo Jiménez C., Docente Dermatología. CES
Felipe Mesa B., Cirujano Plástico
Walter León H., Patólogo
Instituto de Ciencias de la Salud, Medellín.

Correspondencia: Dra. Mónica María Zapata V., Cra. 69C No. 32C-58 Apto. 301, Tel.: 235 52 14, Medellín.

Trabajo Ganador del Concurso de Minicases de Residentes. V Simposio Internacional de Dermatología CES, Marzo de 1995, Medellín.



Fig. No. 1. Lesión inicial.

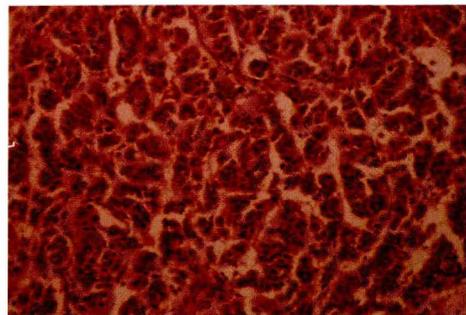


Fig. No. 2. Aspecto microscópico de la lesión con la tinción convencional (H.E.).

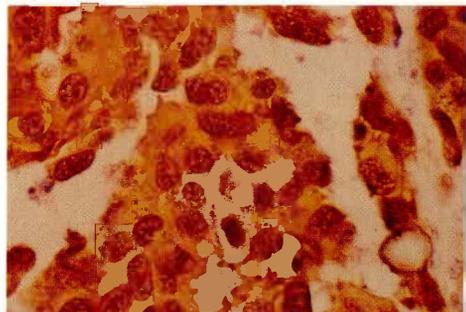


Fig. No. 3. Marcador enolosa neuroespecífico bajo la técnica P.A.P. (peroxidasa anti peroxidasa).



Fig. No. 4. Aspecto del paciente después de la cirugía.

organoide en un estroma hialino y fibroso. Las coloraciones de citoqueratina, enolasa neuroespecífica y sinaptofisina fueron positivas. Se concluye, entonces, que se trata de un Carcinoma de Células de Merkel.

MANEJO

Se practica amputación del dedo índice izquierdo, con reconstrucción mediante colgajo de arteria radial y posteriormente radioterapia con una dosis total de 5.000 C GY.

Actualmente, 18 meses después del tratamiento, no ha presentado recurrencia local, ni metástasis.

COMENTARIOS

El Carcinoma de Células de Merkel es una neoplasia maligna con altos índices de recurrencia local y metástasis regional y sistémica. Se presume que la célula de Merkel se deriva de una célula madre epidérmica primitiva capaz de diferenciarse hacia células neuroendocrinas y queratinocitos, que posee propiedades inmunohistoquímicas de células neuroendocrinas (enolasa neuroespecífica, cromogranina, sinaptofisina) y de célula epitelial (citoqueratina 8, 18, 19).² Clínicamente se presenta como un nódulo solitario o placa indurada rojo-violácea o púrpura intenso, brillante, con telangiectasias, con o sin ulceración, y alcanza un tamaño hasta de 15 cm, localizado en cabeza y cuello en el 50% de los casos, en extremidades en el 40% y en tronco y mucosas en el 10%.^{1,2}

El diagnóstico es sugestivo a la microscopía de luz pero es mandatorio realizar estudio inmunohistoquímico y/o microscopía electrónica.

Se describen tres patrones histológicos.^{1,2,3}

- Trabecular clásico en el 25% de los casos, el mejor diferenciado. Trabéculas interconectadas separadas por bandas de tejido conectivo.
- Tipo intermedio: Son la mayoría. Grupos grandes de células de tamaño intermedio.
- Tipo de pequeñas células: Láminas de pequeñas células que infiltran difusamente. Es la variante más rara.

Se considera que casi en el 100% hay positividad para la enolasa neuroespecífica lo cual lo diferencia de otros tumores primarios de piel, así como para las citoqueratinas de bajo peso molecular, que reaccionan en una localización perinuclear. La cromogranina A se expresa entre un 33-80%.^{1,3,4}

El tratamiento para la enfermedad localizada es quirúrgico más radioterapia. La radioterapia como tratamiento primario se usa en tumores irreseccables o en paciente mal candidato para

cirugía. La quimioterapia para pacientes con enfermedad sistémica.²

PRONOSTICO

Después de la escisión de la lesión primaria, ocurren recurrencias entre 26-44%.¹

Entre el 50-75% de los pacientes desarrollan metástasis ganglionares en el curso de su enfermedad, con un tiempo promedio de aparición de 7-8 meses.

Casi el 50% de los pacientes hacen metástasis sistémicas cuando se siguen por más de 24 meses, con una mortalidad del 74% a 6 meses de la aparición de la metástasis. La supervivencia a 5 años oscila entre 30-64%. Se han descrito 3 casos de regresión espontánea.^{5,6}

SUMMARY

The case of one patient with a tumoral lesion on his left hand is reported here.

The histopathology was reported as a Merkel's cell carcinoma, that was confirmed by immunohistochemical studies.

Amputation with radial artery flap was performed and followed by radiotherapy.

Key words: Merkel's cell carcinoma, immunohistochemical, surgery.

AGRADECIMIENTO

Al doctor Julián Cadavid por su colaboración con las fotografías clínicas pre-quirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Haag Michael L, et al. Merkel Cell Carcinoma. Diagnosis and treatment. *Dermatologic Surgery*. 1995; 21(8): 669-683.
2. Desirée Ratner, et al. Merkel Cell Carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 29(2P 1): 143-56.
3. Kathleen J Smith, et al. Recent Advances and Controversies Concerning Adnexal Neoplasms. *Dermatologic Clinics*. 1992; 10(1): 117-160.
4. Eckart Haneke, et al. Immunohistochemical and Immunoelectron Microscopic Demonstration of Chromogranin A in formalin - fixed tissue of Merkel Cell Carcinoma. *J Am Academy Dermatol*. 1993; 28(2P+1): 222-6.
5. W Christopher Duncan and Jaime A Tschen. Spontaneous Regression of Merkel Cell (Neuroendocrine) Carcinoma of the Skin. *J Academy Dermatol*. 1993; 29(4): 653-4.
6. Ken-ichi Kayashima, et al. Spontaneous Regression of Merkel Cell Carcinoma. *Arch Dermatol*. 1991; 127(4): 550-4.