



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,
Volumen 8, Número 1.

DOI de la Revista: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL EN PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS. REPORTE DE CASO

**MERKEL CELL CARCINOMA IN A 60-YEAR-OLD
MALE PATIENT. CASE REPORT**

Md. Andrea Maribel Quezada Carrión
Hopsital del Día IESS, Ecuador

Md. Jonathan Fernando Ramírez Honores
Investigador Independiente, Ecuador

Md. Camila Nicoll Pavon Gambarrotti
Investigador Independiente, Ecuador

Md. Adriana Lucía Castillo Santin
Centro Salud Cariamanga, Ecuador

Md. Josselyne Adriana Saavedra Sarango
Instituto Superior Tecnológico Mariano Samaniego, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10231

Carcinoma de Células de Merkel en Paciente Masculino de 60 Años. Reporte de Caso

Md. Andrea Maribel Quezada Carrión¹

andre.qc7@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9716-9392>

Hospital del Día IESS, Zamora
Ecuador

Md. Jonathan Fernando Ramírez Honores

jonfer_1919@icloud.com

<https://orcid.org/0009-0000-7249-7448>

Investigador Independiente
Ecuador

Md. Camila Nicoll Pavon Gambarotti

camilapavon10@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0872-6669>

Investigador Independiente
Ecuador

Md. Adriana Lucía Castillo Santin

adrycastillo_0201@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0002-7373-9546>

Centro Salud Cariamanga, Loja
Ecuador

Md. Josselyne Adriana Saavedra Sarango

josselynesaavedras@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4767-2384>

Instituto Superior Tecnológico
Mariano Samaniego, Cariamanga
Ecuador

RESUMEN

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo muy agresivo que a menudo provoca recurrencia local y metástasis. Debido a la baja morbilidad y la mayor edad de los pacientes, no han sido posibles estudios comparativos sobre diferentes opciones de tratamiento en diferentes etapas de la enfermedad, y no existe consenso sobre las acciones terapéuticas a tomar. Se desconoce la patogénesis del CCM, pero la luz ultravioleta, la inmunosupresión y la presencia de poliomavirus en el genoma del tumor parecen jugar un papel importante en el desarrollo de este tumor. El diagnóstico patológico es difícil porque puede confundirse fácilmente con metástasis cutáneas de otros tumores: sarcoma de Ewing, tumores pulmonares de células pequeñas o neuroblastoma. Se reporta paciente masculino de 60 años presenta una tumoración de 12 meses de evolución y crecimiento progresivo en codo derecho. Se evidencia nódulo eritematoso, de aproximadamente 3x3 cm y de consistencia firme.

Palabras claves: metástasis, neoplasia, carcinoma de células de Merkel, agresivo

¹ Auto principal

Correspondencia: andre.qc7@hotmail.com

Merkel Cell Carcinoma in a 60-Year-Old Male Patient. Case Report

ABSTRACT

Merkel cell carcinoma (MCC) is a very aggressive skin tumor that often causes local recurrence and metastasis. Due to the low morbidity and the older age of the patients, comparative studies on different treatment options at different stages of the disease have not been possible, and there is no consensus on the therapeutic actions to be taken. The pathogenesis of MCC is unknown, but ultraviolet light, immunosuppression, and the presence of polyomavirus in the tumor genome appear to play an important role in the development of this tumor. Pathological diagnosis is difficult because it can be easily confused with cutaneous metastases from other tumors: Ewing sarcoma, small cell lung tumors or neuroblastoma. A 60-year-old male patient is reported to have a 12-month-old tumor and progressive growth in the right elbow. An erythematous nodule is evident, approximately 3x3 cm and firm in consistency.

Keywords: metastasis, neoplasia, Merkel cell carcinoma, aggressive

Artículo recibido 20 enero 2024

Aceptado para publicación: 22 febrero 2024



INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo neuroendocrino primitivo poco común con mal pronóstico y baja tasa de supervivencia. Se caracteriza por susceptibilidad a la invasión vascular y de los ganglios linfáticos, los cuales se asocian con un alto porcentaje de recurrencia locorregional dentro del primer año de la resección del tumor. Aunque se han informado casos de síndrome de displasia ectodérmica congénita en pacientes más jóvenes, la enfermedad es más común en personas mayores de 60 años.(1) El CCM es un tumor muy raro, pero se caracteriza por ser un tumor muy agresivo con el doble de mortalidad que el melanoma. Representa menos del 1% de los tumores cutáneos malignos, pero es la tercera causa de muerte por cáncer de piel después del melanoma y el carcinoma de células escamosas.(2)

El CCM afecta casi exclusivamente a personas blancas, excepto a las de raza negra. En algunos trabajos, los hombres son más comunes que las mujeres, pero en otros el género no es dominante. Los pacientes con CCM también tienen otros tumores cutáneos inducidos por la luz, como el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el melanoma. Estos tumores pueden ocurrir antes o después del CCM.(3) Las personas con melanoma tienen tres veces más probabilidades de desarrollar CCM que la población general.

En la mayoría de los casos, el CCM se presenta como un tumor único, sólido, nodular, eritematoso, de color púrpura o violeta, bien circunscrito y móvil en planos profundos. La superficie de las lesiones cutáneas es suave, lisa y brillante, rara vez ulcerada y a menudo se manifiesta como telangiectasia.(3,4)

Las lesiones a veces aparecen como placas dérmicas o subcutáneas discretas o placas multinodulares, y con menos frecuencia aparecen como lesiones multifocales o diseminadas.(5)

Las lesiones son asintomáticas y los pacientes tienen tumores que crecen rápidamente durante semanas o meses. El tamaño medio del tumor en el momento del diagnóstico es de 2 a 4 cm. En lesiones grandes a veces se observa un halo inflamatorio eritematoso peritumoral. La histología de estas áreas no mostró infiltrado inflamatorio, pero sí invasión vascular. Por tanto, la presencia de este halo es un signo clínico de mal pronóstico.(6,7) Macroscópicamente es un tumor sólido, homogéneo, no encapsulado y bien circunscrito. Bajo el microscopio, es una lesión cutánea que consta de grupos de células monomórficas,

basófilas y redondas con núcleos vesiculares grandes y cromatina finamente granular conocida como sal y pimienta. Son comunes áreas de necrosis, picnosis nuclear y abundantes figuras mitóticas.

Se han descrito diversos patrones histológicos (trabecular, nodular y difuso) para este tumor, pero sin significado pronóstico. Los patrones trabeculares son raros y generalmente se limitan al riesgo. Se caracteriza por células dispuestas en trabéculas separadas por una matriz fibrosa, y estas células se apilan para formar una apariencia compacta, formando estructuras que se asemejan a glándulas y rosetas.(8,9) El patrón más común es el nodular, caracterizado por células dispuestas para formar nódulos sólidos. La apariencia general de este patrón es muy similar al linfoma. El patrón difuso se caracteriza por pequeñas láminas de infiltrado celular separadas por abundante estroma.

Caso Clínico

Paciente masculino de 60 años acude por presentar nódulo indoloro localizado en codo derecho con evolución de 12 meses, crecimiento progresivo, presenta eritema de consistencia firme. Motivo por el cual acude a consulta de dermatología.

Enfermedades médicas: HTA en tratamiento con losartán de 50 mg

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Hábitos

- Alimentación: 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 1-2 veces al día
- Sueño: 6 horas diarias, reparador
- Medicación: losartán 50 mg QD

Paciente ingresa al servicio de dermatología en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 86 latidos por minuto, saturación 95% con fio2 21%, tensión arterial 120/81 mmhg, frecuencia respiratoria de 18, temperatura de 36.1°C axilar.



Paciente lucido, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral húmedas.

Labios: simétricos, hidratados y sin alteraciones. Encías: presencia de placa dentaria superior e inferior.

Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular, no se palpan adenopatías.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo.

Palpación: puño percusión negativo.

Extremidades Superiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos: bicipital, tricipital y estiloradial, no se evidencia edema.

Extremidad superior derecha: en región de codo se evidencia tumoración nodular de 3x3 cm, se evidencia eritema, firmeza (figura 1).

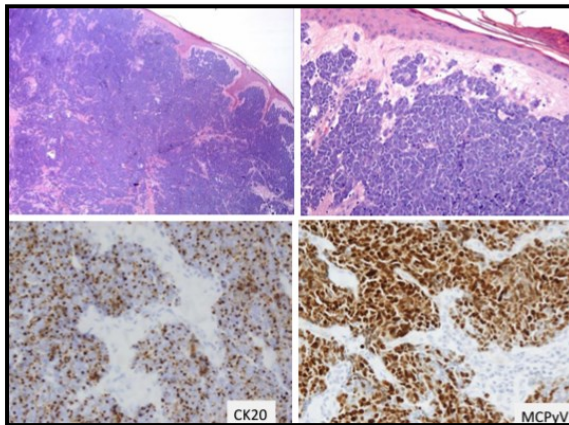
Extremidades Inferiores: tono y fuerza muscular conservado, Daniels 5/5. No edemas.

Figura 1. Tumoración nodular en codo derecho.



Se realiza estudio histopatológico de tumoración nodular (figura 2).

Figura 2. Tumor neuroendocrino de células pequeñas positivo para CK20 y MCPyV (poliomavirus).



Reporte: se confirma diagnóstica de Carcinoma de células de Merkel.

DISCUSIÓN

El CCM es un tumor cutáneo poco común en la literatura se describen aprox. 2000 casos. La edad promedio de presentación es de 60 años, menos del 5% de los casos son menores de 50 años. Publicaciones más recientes informan de una incidencia ligeramente mayor en los hombres.(10) Los CCM se originan en la dermis y consisten en células pequeñas con núcleos profundamente teñidos y poco citoplasma. Con frecuencia se producen mitosis, necrosis celular y apoptosis. La invasión linfática y vascular es casi constante. Se distinguen tres subtipos histológicos: células pequeñas o difusas, intersticiales o sólidas y, raramente, trabeculares. En nuestro caso será de tipo macizo o nodular.(11)

Los pacientes caucásicos tienden a afectar áreas expuestas al sol y coexisten con otros tumores de piel como el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células basales, por lo que la exposición al sol se considera un factor de riesgo importante. Sin embargo, otros factores involucrados en la patogénesis incluyen condiciones inmunosupresoras con mayor incidencia asociadas con pacientes con trasplante de órganos, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y leucemia linfocítica crónica.(12,13)

Los pacientes con CCM tienen una mayor incidencia de tumores secundarios (carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma), y esto se correlaciona con un peor pronóstico. Nuestro paciente no tenía evidencia de un tumor primario.(14)

El CCM es un tumor poco común, sin características clínicas únicas y con baja sospecha clínica, por lo que el diagnóstico suele retrasarse. Este es un aspecto crítico porque el diagnóstico temprano puede cambiar significativamente el pronóstico de un paciente. Para levantar la sospecha clínica, Heath et al. publicaron un estudio en el que describieron detalladamente las características clínicas de 195 pacientes con CCM.(15) Los tumores se presentan como masas parenquimatosas eritematosas (56%) o de color púrpura azulado (26%), asintomáticas (88%), duras, de rápido crecimiento y localizadas con mayor frecuencia en zonas expuestas (cabeza y cuello 29%, extremidades inferiores 24%, miembros superiores 21 %), aunque el 19% se encontraron en zonas protegidas de la luz solar.

Los estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos, realizados por un dermatólogo con experiencia en el campo correspondiente, son fundamentales para establecer el diagnóstico. Los estudios histológicos con hematoxilina y eosina han demostrado que los tumores están formados por pequeños basófilos monomórficos ubicados en la dermis, que pueden extenderse al tejido subcutáneo y están dispuestos de diversas formas: cordonales, trabeculares, organoides, difusamente sexuales o mixtos. En general, no afecta la epidermis ni los apéndices, pero rara vez se observa epidermotropismo incluso con componentes epidérmicos extensos. Citológicamente, estas células son pequeñas células ovaladas con escaso citoplasma, núcleos hipercromáticos, cromatina granular fina, apariencia sal y pimienta y nucléolos pequeños o nulos. Los fenómenos mitóticos y apoptóticos son comunes y puede observarse necrosis en tumores grandes.(15)

Se definen tres etapas para la clasificación. Estadio I: tumor primario que no se ha diseminado. Etapa 2: diseminación a los ganglios linfáticos regionales. Estadio III: hay metástasis y/o afectación más allá de los ganglios linfáticos regionales. Si se produce una recaída después del tratamiento, puede ocurrir en la misma zona que fue afectada originalmente o en una ubicación diferente.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico precoz es fundamental porque la afectación ganglionar regional es el factor pronóstico determinante. Por lo tanto, las últimas directrices recomiendan la biopsia del ganglio linfático centinela siempre que sea posible. Una de las principales limitaciones en el estudio de esta enfermedad es su rareza y la falta de estudios prospectivos. En los últimos años se han realizado estudios prospectivos para evaluar la eficacia de las terapias inmunomoduladoras en el tratamiento de pacientes en estadio IV.

Aunque los resultados hasta la fecha son prometedores para este grupo de pacientes, el pronóstico sigue siendo malo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quijano Moreno SL. Carcinoma de células de Merkel. Actualización. Vol. 49, Revista Española de Patología. Ediciones Doyma, S.L.; 2016. p. 158–68.
2. López-Arcas JM, Cebrián Carretero JL, Palacios E, Macarrón J, Pingarrón L, Demaría G, et al. Carcinoma cutáneo de células de Merkel. Presentación de un caso y revisión de la literatura Cutaneous Merkel cell carcinoma. Case report and literature review. Vol. 30, Rev Esp Cir Oral y Maxilofac. 2008.
3. Llombart B, Requena C, Cruz J. Actualización en el carcinoma de células de Merkel: Epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y estadificación. Actas Dermosifiliogr. 2017 Mar;108(2):108–19.
4. Mexicana De Cirugía A, México AC. Carcinoma de células de Merkel: presentación de un caso y revisión de la literatura. 2012;80(1):63–6. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66223253011>
5. Encarnación M, Sánchez G, Luisa Martínez Martínez M, Faura Berruga C, Teresa M, Villaescusa L, et al. Carcinoma de células de Merkel. A propósito de un caso. 2013.
6. Llombart B, Kindem S, Chust M. Actualización en el carcinoma de células de Merkel: claves de las técnicas de imagen, factores pronóstico, tratamiento y seguimiento. Actas Dermosifiliogr. 2017 Mar;108(2):98–107.
7. Díaz Mathe A, Vargas A, González VM, Casas J, Larralde M. Carcinoma de células de Merkel. 2008.
8. Cires M, González CI, Jiménez FJ, Rubio T, Amat I, Cires Bezanilla M. Carcinoma de células de Merkel. A propósito de un caso. Vol. 31, An. Sist. Sanit. Navar. 2008.
9. Santos Gorjón P, Morales Martín AC, Blanco Pérez P, Gómez González JL, del Pozo de Dios JC, Romo Melgar A. Carcinoma de células de Merkel: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011 Jul;62(4):306–10.



10. F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño, E. Sánchez Díaz, A. Viana Alonso, A. I. Franco Moreno, F. Juárez Ucelay. Un nuevo caso de carcinoma de células de Merkel. *Notas Clínicas*. 2004;
11. Marcoval J, Ferreres JR. Características clínicas del carcinoma de células de Merkel. *Actas Dermosifiliogr*. 2017 Nov;108(9):887.
12. Almeida A, Almeida AA, Wilson M, Almeida R, Catiucia ;, Lopes C, et al. Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior Merkel cell carcinoma in lower end Merkel cell carcinoma in lower end Merkel cell carcinoma in lower end Merkel cell carcinoma in lower end [Internet]. Vol. 39, Rev. Col. Bras. Cir. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/rcbc>
13. Rama AS, Neglia V, Abeldaño A, Del C. Carcinoma de células de Merkel. Vol. 26. 2020.
14. Cires M, González CI, Jiménez FJ, Rubio T, Amat I, Cires Bezanilla M. Carcinoma de células de Merkel. Vol. 31, An. Sist. Sanit. Navar. 2008.
15. Pardo Rojas P, Agustín F, Miranda C. Carcinoma de células de Merkel. A propósito de dos casos. *Radiología*. 2007 Sep 1;49(5):366–8.

