

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

## Lesión tumoral eritematosa de pequeño tamaño en el rostro

### Erythematous small tumor in face

Silvia Alejandra Mársico<sup>1</sup>, Mariana Arias<sup>2</sup>, Carla Trila<sup>3</sup> y Alejandra Abeldaño<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Concurrente de Dermatología

<sup>2</sup> Médica de Planta

<sup>3</sup> Médica Anatomopatóloga

<sup>4</sup> Jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, CABA, Argentina

Dermatol. Argent. 2017, 23 (3): 152-153

Contacto del autor: Silvia Alejandra Mársico

E-mail: samarsico9@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 13/12/2016

Fecha de trabajo aceptado: 15/8/2017

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Una mujer de 85 años (fototipo II), con antecedentes de múltiples carcinomas espinocelulares (CEC) y basocelulares (CBC) y marcado daño actínico, consultó por presentar una lesión tumoral cupuliforme, eritematosa, de consistencia dura, de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, localizada en la región infralabial izquierda (Foto 1). Desconocía el tiempo de evolución. Se le realizó una biopsia que informó: piel con proliferación dérmica constituida por células uniformes de pequeño tamaño, núcleos irregulares, cromatina fina y dispersa, con escaso citoplasma (Foto 2). Estas se disponían en láminas y nidos, con abundantes mitosis (índice mitótico 20/mm<sup>2</sup>) (Foto 3). La inmunohistoquímica evidenció citoqueratina (CK) 20, CK8, NSE y cromogranina positivas para células neoplásicas. S-100, HMB 45, TTF1 y CD45 negativos (Foto 4).



FOTO 1: Lesión tumoral cupuliforme de 0,5 cm de diámetro.

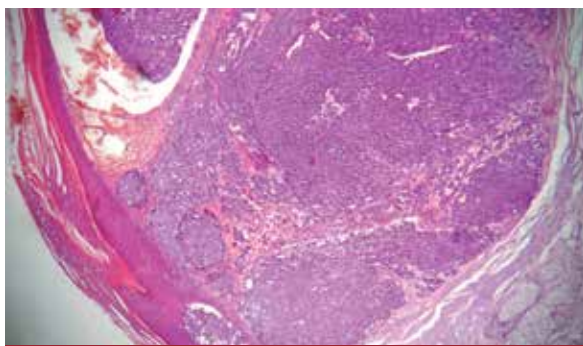


FOTO 2: Proliferación dérmica de células pequeñas, con núcleos irregulares, cromatina fina y dispersa dispuestas en láminas y nidos (HyE, 10X).

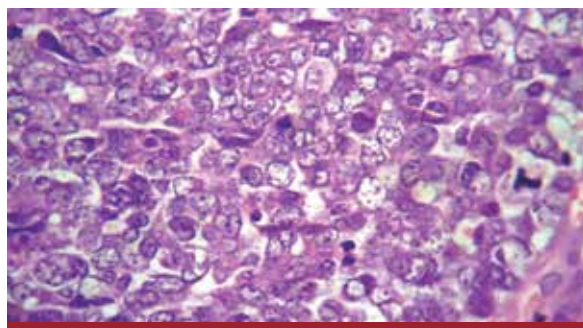


FOTO 3: Abundantes mitosis (HyE, 40X).

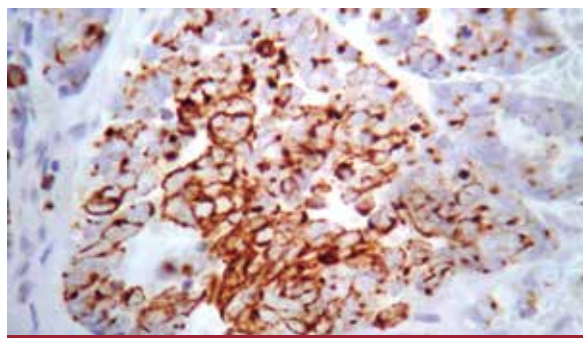


FOTO 4: CK20 positiva.

## DIAGNÓSTICO

Carcinoma de células de Merkel (CCM).

## EVOLUCIÓN

Se indicó la resección completa mediante cirugía de Mohs y se solicitó una tomografía computarizada de cuello, tórax y abdomen, que descartó el compromiso sistémico. La paciente no presenta recidivas tras 15 meses de seguimiento.

## COMENTARIOS

El carcinoma de células de Merkel fue descrito por primera vez en 1972 por Tokier como carcinoma trabecular. Se trata de una neoplasia neuroendocrina cutánea maligna poco frecuente. Es de rápida progresión y tiene la capacidad de dar metástasis locorregionales y a distancia, con alta tasa de recidiva local<sup>1,2</sup>.

Los adultos mayores con fototipos claros son los afectados con mayor frecuencia, sin predilección por sexo. Los pacientes con antecedentes de una importante exposición solar, CBC y CEC presentan mayor incidencia de CCM, como es el caso de la paciente analizada. La inmunosupresión y el poliovirus de células de Merkel deben considerarse en la etiopatogenia<sup>3-6</sup>.

Clínicamente se presenta como un tumor único, eritematoso, pardo o de color de piel normal, cupuliforme, de superficie lisa, consistencia firme y asintomático. Suele ubicarse en la cabeza y el cuello; le siguen en frecuencia las extremidades, el tronco y las mucosas<sup>1,3,4,6,7</sup>. En la paciente se observaban las características clínicas y la localización habituales.

Las características del CCM se resumen en las siglas AEIOU: asintomático, rápido crecimiento (*expanding rapidly*), inmunosupresión, añosos (*older*), exposición a RUV (*ultraviolet-exposed site*)<sup>1,5,7</sup>.

Los diagnósticos diferenciales clínicos incluyen angiosarcomas, granuloma piógeno, linfomas, CBC, melanoma y hemangioma, entre otros<sup>4,5</sup>.

La inmunohistoquímica es crucial para diferenciar

el CCM de otras neoplasias. El CCM es positivo para CK20 con un patrón de "puntos perinucleares", enolasa neuroespecífica, cromogranina A y sinaptofisina; es negativo para TTF-1, característico de los tumores microcíticos del pulmón, ACL típico de los linfomas y S-100 del melanoma<sup>2,4,5,8,9</sup>.

En la histología se describen tres patrones de crecimiento: trabecular, difuso y sólido. El patrón menos frecuente, pero más característico, es el trabecular. Las células son pequeñas, ovoides, con escaso citoplasma, cromatina fina y ausencia de nucléolos. Existe alta actividad mitótica y se pueden observar células necróticas<sup>4,6</sup>. La paciente del caso presentado mostraba un patrón difuso.

Los estudios por imágenes (ecografía, tomografía computarizada y PET-CT) son necesarios para descartar la presencia de metástasis a distancia<sup>2,6,7,10</sup>.

El *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) describió cuatro estadios clínicos: 1, lesión menor o igual a 2 cm (caso presentado); 2, mayor de 2 cm; 3, invasión ganglionar; 4, metástasis a distancia (hígado, hueso, SNC, pulmón, páncreas, etc.)<sup>4,6,10</sup>.

Los factores de mal pronóstico incluyen sexo masculino, antecedentes de neoplasias previas, localización en el tronco, inmunosupresión y ki 67 elevado (más de 10 mitosis/campo)<sup>4,5,10</sup>.

La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección. Puede emplearse la técnica convencional con margen de entre 2 y 3 cm o la cirugía micrográfica de Mohs asociada a la técnica del ganglio centinela. La radioterapia adyuvante en el sitio quirúrgico demostró disminuir la recidiva. La quimioterapia es de elección en el caso de la enfermedad metastásica<sup>3,8-10</sup>.

En conclusión, el CCM es una neoplasia maligna de rápido crecimiento con alta capacidad de dar metástasis. Si bien su frecuencia es baja, en los últimos años se ha observado un aumento de su incidencia. Es necesario tener en cuenta que un diagnóstico precoz, una correcta estadificación y un tratamiento oncológico adecuado aumentan la sobrevida y disminuyen las recurrencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ramahi E, Choi J, Fuller C, Eng T. Merkel cell carcinoma. *Am J Clin Oncol* 2013;36:299-308.
- Erovic I, Erovic B. Merkel cell carcinoma: the past, the present, and the future. *J Skin Cancer* 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/929364>. [Consulta 1/4/2016].
- Bertó J, Cuenca A, Díaz Martínez B, Peña M, et al. Carcinoma de células de Merkel: estudio de cinco casos. <http://actasdermo.org/es/carcinoma-celulas-merkel-estudio-cinco/articulo/13072217/>ISSN 0001-7310>. [Consulta 1/4/2016].
- Rastellini S. Carcinoma de células de Merkel. Presentación de un caso con localización y tamaño atípicos. *Rev Argent Dermatol* 2015. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-300X2015000300002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2015000300002) > ISSN1851-300X [Consulta 1/4/2016].
- Cappetta ME, Casas G, Stengel F. Tumor de células de Merkel. Revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol* 2009;59:227-238.
- Saini A, Miles B. Merkel cell carcinoma of head and neck: pathogenesis, current and emerging treatment options. *Oncol Targets and Therapy* 2015;8:2157-2167.
- Prieto I, Pérez de la Fuente T, Medina S, Catelo B, et al. Merkel cell carcinoma: An algorithm for multidisciplinary management and decision-making. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016;98:170-179.
- Cañadas N, Luna C, Nocito M, Lustia MM, et al. Carcinoma de células de Merkel. Estudio de 5 casos. *Dermatol Argent* 2009;15:428-433.
- Brummer G, Bowen A, Bowen G. Merkel cell carcinoma: Current tissues regarding diagnosis, management, and emerging treatment strategies. *Am J Clin Dermatol* 2016;17:49-62.
- Paradela S, Peña C, Fernández-Jorge B, Vieira V. Carcinoma de células de Merkel. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:553-559.