



Revista argentina de radiología

ISSN: 0048-7619

ISSN: 1852-9992

Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)

Perez, Soledad de los A.; González, Diego; Sánchez, Ana V.
Carcinoma de células de Merkel o tumor neuroendocrino cutáneo. Reporte de un caso
Revista argentina de radiología, vol. 87, núm. 3, 2023, Junio-Septiembre, pp. 132-136
Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)

DOI: <https://doi.org/10.24875/RAR.22000032>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382576059005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Carcinoma de células de Merkel o tumor neuroendocrino cutáneo. Reporte de un caso

Merkel cell carcinoma or cutaneous neuroendocrine carcinoma. A case report

Soledad de los A. Perez^{1*}, Diego González¹, Ana V. Sánchez²

¹Servicio de Diagnóstico por Imágenes; ²Servicio de Patología. Hospital Raúl Ángel Ferreyra, Córdoba, Argentina

Estimados editores:

El carcinoma de células de Merkel (CCM), o tumor neuroendocrino, es un tumor dérmico de crecimiento rápido. Es infrecuente, pero con un aumento de la incidencia anual. Afecta principalmente a hombres, mayores a 65 años e inmunosuprimidos. Su etiopatogenia está relacionada con la exposición a la radiación ultravioleta y con la infección por un nuevo poliovirus (MCPyV). Tiene una tasa de mortalidad del 33%, mayor que la del melanoma (2%)¹⁻³.

Se origina en la célula mecanorreceptora (célula de Merkel) ubicada en la capa basal de la epidermis. Característicamente, se presenta como un engrosamiento dérmico o nódulo eritematoso de consistencia firme (50-60%), puede presentarse como una masa intramuscular o perifascial. Su sospecha clínica es baja y se confunde con lesiones benignas o malignas, retrasando su diagnóstico^{1,3-5}.

Los ganglios regionales están afectados en el 60% de los casos. Un tercio desarrollará metástasis a distancia en ganglios no regionales, huesos, hígado, pulmón y cerebro^{1,6}.

Nuestro objetivo es dar pautas radiológicas en el diagnóstico y estadificación del CCM, útiles en la planificación terapéutica.

Presentamos un caso de un hombre de 85 años, con antecedentes de carcinoma basocelular y espinocelular

que consulta por tumoración en la región dorsal del antebrazo izquierdo, de crecimiento rápido en los últimos dos meses.

A la inspección es un tumor exofítico, indurado, eritematoso, con área sangrante, de 1,5 cm de altura por 4 cm de diámetro (Fig. 1 A y B). No se palpan adenopatías locorregionales.

El estudio ecográfico (US) evidencia tumor sólido, en el plano dérmico e hipodérmico, heterogéneo, con áreas hipoecogénicas e intensa vascularización al Power Doppler (Fig. 1 C y D). Se solicita resonancia magnética (RM) con contraste endovenoso (ev.) donde se observa un tumor sólido de bordes netos, en el plano dérmico e hipodérmico, de 28 x 18 x 35 mm, isoíntenso en secuencias ponderadas en T1, levemente hiperíntenso en secuencias ponderadas en T2, hiperíntenso en secuencias de densidad protónica con supresión grasa (DP FS), con realce heterogéneo con gadolinio, y área superficial hipocaptante pudiendo corresponder necrosis/sangrado. Se asocia a engrosamiento dérmico (Fig. 2). El estudio tomográfico (TC) de cráneo y toraco-abdominal con contraste ev. no objetiva lesiones secundarias.

Se realiza exéresis tumoral con bordes ampliados. El estudio histopatológico muestra una neoplasia conformada por células de núcleos basófilos, con escaso citoplasma, frecuentes figuras de mitosis atípicas y

*Correspondencia:

Soledad de los A. Perez

E-mail: soleaperez@hotmail.com

Fecha de recepción: 04-05-2022

Fecha de aceptación: 27-02-2023

DOI: 10.24875/RAR.22000032

Disponible en internet: 22-09-2023

Rev Argent Radiol. 2023;87(3):132-136

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2023 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1. (A y B) Tumor exofítico, indurado, eritematoso, con área sangrante. (C y D) Ecografía de antebrazo. (C) Tumor sólido, en el plano dérmico-hipodérmico, heterogéneo, con áreas hipoeecogénicas que muestra intensa vascularización al examen Power Doppler (D).

áreas de necrosis (Fig. 3). La inmunomarcación fue positiva para marcadores neuroendocrinos y para citoqueratina 20 en patrón *dot* ("puntillado" paranuclear), consistente con un CCM (tamaño tumoral: 40 x 35 x 21 mm), de márgenes laterales y profundos libres, con invasión linfovascular.

Se indica radioterapia adyuvante del territorio de drenaje por ser un estadio Ila (T: 2-5 cm, N: 0)^{6,7}, la cual no realiza.

A los dos meses de la cirugía, el paciente consulta por deterioro del estado general con nódulos indurados en la región dorsal, brazo y axila izquierda, que ecográficamente se presumían secundarias (Fig. 4 A y B). Se complementa con ecografía abdominal, observándose numerosas lesiones de aspecto secundarias hepáticas (Fig. 4C). El centellograma óseo corporal con MDP-Tc99m informa foco de hipercaptación en 11ª costilla derecha.

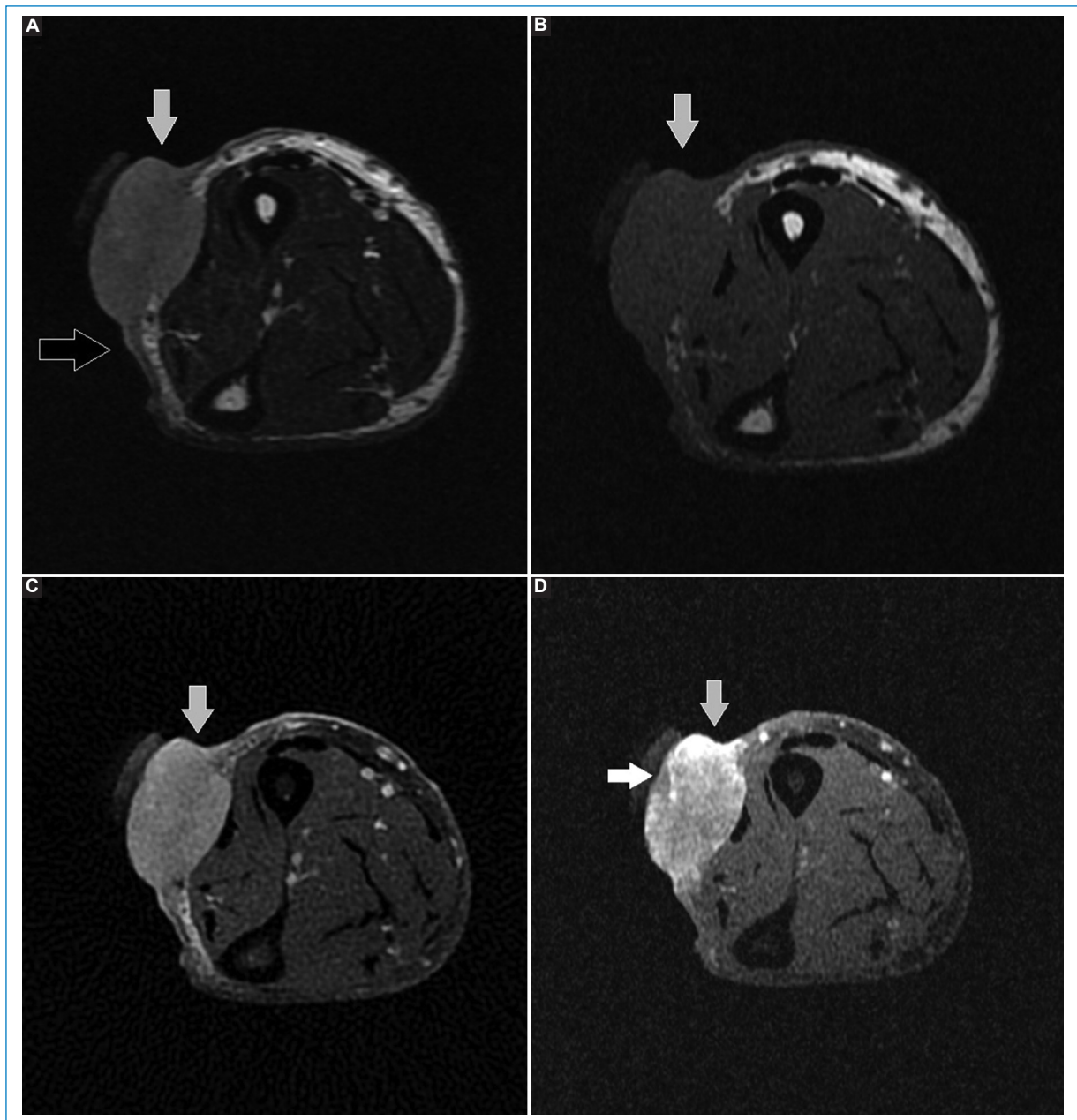


Figura 2. RM. (A) Corte axial en secuencia T2. (B) Corte axial en secuencia T1. (C) Corte axial en secuencia DP FS. (D) Corte axial en T1 FS con gadolinio ev. Tumor exofítico, en el plano dermis-hipodermis, sin invasión de planos musculares, con realce heterogéneo con gadolinio (flecha gris), y área superficial hipocaptante (flecha blanca). Se asocia a engrosamiento de la dermis (flecha negra).

El diagnóstico de CCM se realiza mediante la clínica, el estudio histopatológico e inmunohistoquímica (IHQ) de la lesión; y el estudio histopatológico del ganglio centinela ante la confirmación diagnóstica, ya que identifica las micrometástasis (30% de los casos) y es un factor determinante en el pronóstico⁴.

Los métodos de diagnóstico por imágenes ayudan a valorar la extensión local y a distancia. La estadificación se realiza

siguiendo el TNM y los estadios según la octava edición de la *American Joint Commission on Cancer* (AJCC)^{3,6}.

El manejo se realiza según la guía de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), que indica un estudio corporal con tomografía por emisión de positrones (PET/TC) o TC con contraste en presencia de adenopatías regionales palpables con histopatología positiva, ganglio centinela positivo o ante la sospecha de metástasis^{3,8}.

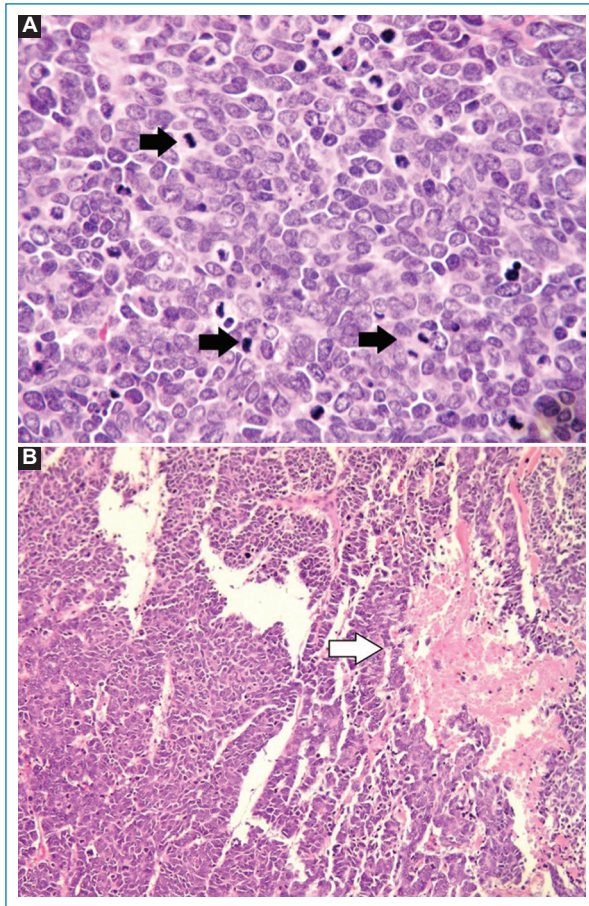


Figura 3. Histología de la pieza quirúrgica (tinción H-E) a 400x (A) y 100x (B). Neoplasia conformada por células de núcleos basófilos, frecuentes figuras de mitosis atípicas (flechas negras) y áreas de necrosis (flecha blanca).

En regiones anatómicas más complejas como cabeza y cuello, se recomienda PET/CT con F18-fluorodesoxiglucosa para detectar el ganglio centinela (sensibilidad 90%, especificidad 98%). Presenta SUV_{máx.} de 4-6,5 para tumor primario y de 7,2-11,5 para metástasis a distancia^{1,9}.

El US y la RM evalúan las lesiones locales, su profundidad y extensión. Ecográficamente, se presenta como un nódulo hipoeecogénico, de transmisión acústica variable, con intensa vascularización al Power Doppler. En RM es hipointensa a isointensa en secuencias ponderadas en T1 e isointensa a hiperintensa en secuencias ponderadas en T2/T2-Fat Sat, pudiendo tener un centro hiperintenso en secuencias T2, indicador de necrosis o hemorragia. En secuencias con gadolinio, realza de manera difusa o heterogénea. Muestran un valor de ADC bajo por su alta celularidad^{1,4,9,10}.

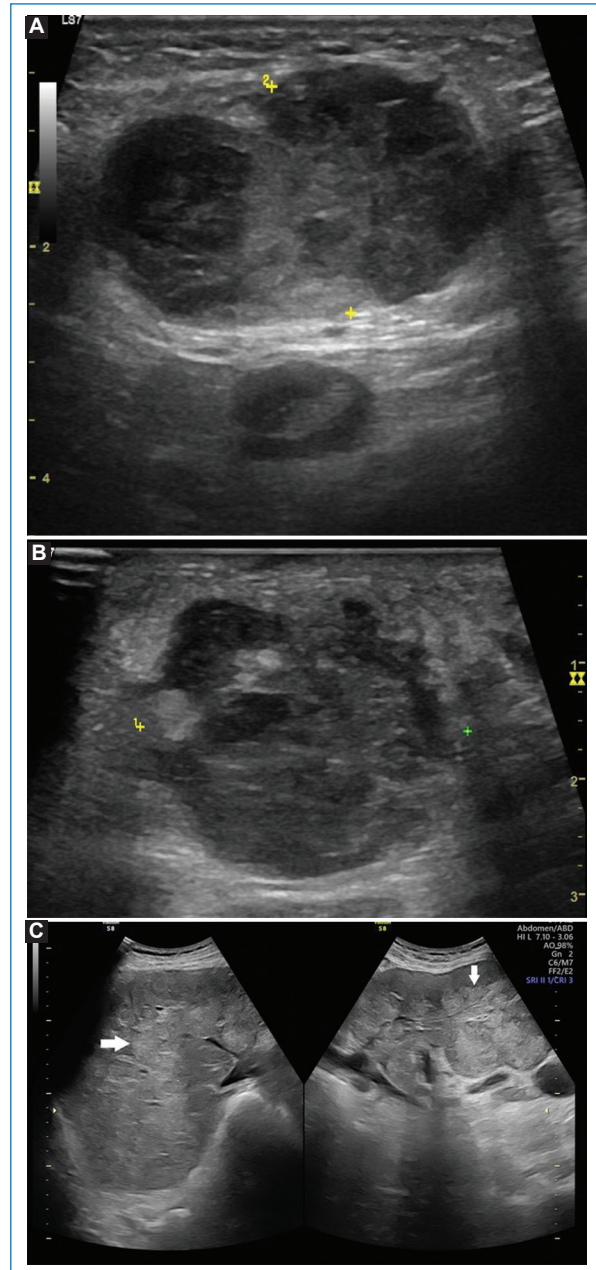


Figura 4. Ecografía a los dos meses de exéresis tumoral. Adenopatías de tipo secundarias en codo (A) y axila izquierda (B), heterogéneas, hipoeecogénicas con bordes lobulados. Lesiones hepáticas secundarias (C) hipereecogénicas, mal definidas, de distribución difusa (flechas blancas).

Una metástasis en órgano sólido abdominal es hipervascular con realce en anillo en TC o RM con contraste. Las metástasis óseas pueden ser osteolíticas u osteoblásticas¹.

El diagnóstico diferencial es con queratoacantoma, enfermedad de Bowen, carcinoma espinocelular y basocelular, pioderma gangrenoso, *nevus*,

melanoma amelanótico, sarcoma de Kaposi, linfoma y angiosarcoma⁴.

La conducta terapéutica es la resección quirúrgica con márgenes amplios en enfermedad localizada, con o sin radioterapia dependiendo de los factores de riesgo y estado ganglionar. Se indica quimioterapia o inmunoterapia en los casos avanzados⁴.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ninguna fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de

los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Akaike G, Akaike T, Fadl SA, Lachance K, Nghiem P, Behnia F. Imaging of Merkel cell carcinoma: What imaging experts should know. *RadioGraphics*. 2019;39:2069-84.
2. SEER. Cancer Stat Facts. Melanoma of the skin [Internet]. SEER [acceso: noviembre de 2021]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>
3. Rama AS, Vicenta Neglia V, Abeldaño A. Carcinoma de células de Merkel. *Dermatol Argent*. 2020;26(4):140-52.
4. Barquero Oria DE, Landaverde Recinos DU, Segura Guevara JM. Carcinoma de células de Merkel: patógenesis, manejo y tratamientos emergentes. *Revista Médica Sinergia*. 2019;4(5):15-23.
5. Caldarelli C, Autorino U, Iaquina C, De Marchi A. Merkel cell carcinoma of the forehead area: a literature review and case report. *Oral Maxillofac Surg*. 2019;23(3):365-73.
6. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al. (editores). *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer International Publishing; 2017.
7. Cañueto J, Román-Curto C. Los nuevos sistemas de estadificación del AJCC incorporan novedades en el cáncer cutáneo. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(9):818-26.
8. Merkel Cell Carcinoma. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Version 1.2021 [Internet]. National Comprehensive Cancer Network; 18 de febrero de 2021. Disponible en: <https://merkelcell.org/wp-content/uploads/2021/02/NCCN-2021.pdf>
9. Kawaguchi M, Kato H, Noda Y, Kobayashi K, Miyazaki T, Hyodo F, et al. Imaging findings of malignant skin tumors: radiological-pathological correlation. *Insights Imaging*. 2022;13(1):52.
10. Wortsman X, Jemec G. *Dermatologic ultrasound with clinical and histological correlations*. 1st edition. Santiago, Chile: Springer; 2013.