

Tumoración vegetante de tres meses de evolución en extremidad inferior

I. Fernández-Ángel^a, A. Rodríguez-Archilla^b, I. Sánchez Rodríguez^a, G. Sánchez Sánchez^a y R. Naranjo Sintés^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Granada.

^bMedicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 81 años de edad con antecedentes de hemiplejía derecha desde hace 10 años por accidente cerebrovascular isquémico. Acude a consulta por presentar desde hace tres meses una lesión de crecimiento rápido, dolorosa y de fácil sangrado, localizada en el tercio inferior de la pierna derecha. Además refiere una gran inflamación que afecta a todo el miembro inferior derecho junto a varios «bultos» dolorosos localizados en la ingle derecha. En la exploración se observa una tumoración de 4 x 3 cm de diámetro, y otra pequeña adyacente sobreelevada de 1,5 cm, localizadas en la cara anterior del tercio inferior de la pierna derecha (figs. 1 y 2). Ambas tumoraciones son vegetantes, exudativas, de coloración rojiza y dolorosas a la palpación. La superficie de las lesiones está exulcerada, y en parte cubierta por un tejido fibrinoso amarillento y sanguinolento. Estas tumoraciones asientan sobre una base linfedematosa que afecta a todo el miembro inferior derecho. Además en la región inguinal derecha se palpan 4 adenopatías de menos de 3 cm de diámetro, dolorosas a la presión. El resto de la exploración por órganos y aparatos junto con las pruebas de laboratorio solicitadas (hemograma con velocidad de sedimentación globular [VSG] y bioquímica) se encontraban dentro de la normalidad, excepto la lacticodehidrogenasa (LDH), que se hallaba elevada (818 UI/l). La lesión fue biopsiada con punch de 6 mm, y ante su resultado anatomopatológico se realizó un estudio de extensión que incluyó tomografía axial computarizada (TAC) craneal y toracoabdominal, hallándose en esta última «adenopatías inguinales derechas con infiltración nodal pélvica obturadora e ilíaca».



Fig. 1. Tumoración vegetante en cara anterior de pierna derecha.



Fig. 2. Tumoración a mayor detalle.

Diagnóstico

La lesión fue diagnosticada de carcinoma de células de Merkel (CCM). Dada la extensión tumoral, la edad de la paciente y su estado general se optó por cuidados paliativos, falleciendo al mes por fallo multiorgánico.

Comentario

El CCM, también denominado carcinoma neuroendocrino cutáneo, es un tumor de piel maligno, infrecuente, muy agresivo y con una gran tendencia para la recurrencia local y las metástasis tanto regionales como a distancia^{1,3}. Tiene un mal pronóstico, con una tasa de supervivencia a los 5 años que oscila entre el 30% y el 65%². Las lesiones se localizan sobre todo en áreas expuestas al sol. Más del 50% se presentan en la cara y el cuello, siguiéndole en frecuencia las extremidades, los glúteos y el tronco. Afecta a personas de piel clara, entre la sexta y séptima décadas de la vida, sin predilección por ningún sexo^{1,4}.

Clínicamente se manifiesta como un nódulo cutáneo o subcutáneo, firme e indoloro, de crecimiento rápido, cuyo tamaño oscila normalmente entre 0,5 y 5 cm de diámetro. Suele presentar una coloración rosada o eritematoviolácea, con la piel que lo cubre intacta, aunque en lesiones evolucionadas puede estar ulcerada. Con frecuencia existe afectación ganglionar, metástasis regionales y a distancia².

Dada su apariencia inespecífica el diagnóstico es difícil y requiere confirmación mediante el estudio his-

topatológico e inmunohistoquímico, con la positividad del marcador enolasa neuronal específica en las células neoplásicas cargadas de gránulos neurosecretorios⁵.

Debe considerarse el diagnóstico diferencial del CCM con el melanoma amelanocítico, el linfoma cutáneo, el carcinoma espinocelular y las metástasis cutáneas. El tratamiento del CCM se basa en la resección quirúrgica completa de la tumoración con amplios márgenes de 2 a 3 cm, junto a la biopsia selectiva del ganglio centinela⁶. Si el ganglio presenta células tumorales se realizará disección ganglionar regional asociada a radioterapia postoperatoria³. También se puede aplicar quimioterapia coadyuvante.

Todas estas medidas junto a un estrecho seguimiento del paciente contribuirán a disminuir la recurrencia local y aumentar la supervivencia⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woodworth B, Lacey JP, Amedee RG. Merkel cell carcinoma: an overview and case report. *J La State Med Soc* 2001;153:522-6.
2. Eich HT, Eich D, Staar S, Manch C, Stutzer H, Groth W, et al. Role of postoperative radiotherapy in the management of Merkel cell carcinoma. *Am J Clin Oncol* 2002;25:50-6.
3. Gillenwater AM, Hessel AC, Morrison WH, Burgess M, Silva EG, Roberts D, et al. Merkel cell carcinoma of the head and neck: effect of surgical excision and radiation on recurrence and survival. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127(2):149-54.
4. Linjawi A, Jamison WB, Meterissian S. Merkel cell carcinoma: important aspects of diagnosis and management. *Am Surg* 2001;67:943-7.
5. Verola O, Champeau F. Merkel cell carcinoma. *Ann Chir Plast Esthet* 1998;43:439-44.
6. Coit DG. Merkel cell carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2001;8:99-102.