

**Editorial:** Hospital Metropolitano  
**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303  
**Edición:** Vol. 29 N° 4 (2021) Octubre - Diciembre  
**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/6-7>  
**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/308>  
**Pág:** 6-7

## Carcinoma de Merkel

Según el Registro Nacional de Tumores (RNT)<sup>1</sup>, el cáncer de piel representa el 1,7% de todos los cánceres diagnosticados en Quito, entre 2011 y 2015. Un 64 % corresponden a carcinomas basocelulares y 20% a carcinoma escamocelulares cuyo pronóstico es generalmente muy bueno. Un 115 corresponden a melanomas y 2% a linfomas y sarcomas de Kaposi. Menos de 2% corresponden a otras neoplasias entre las que deben incluirse los carcinomas de Merkel.

El carcinoma de Merkel de piel es una entidad descrita hace mucho tiempo pero que en los últimos años ha merecido considerable atención a tal punto que en las Guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)<sup>2</sup> existe, entre los cánceres de la piel, un capítulo aparte para este tipo histológico. Esto se debe posiblemente a que esta neoplasia neuroendócrina es uno de los cánceres más agresivos de la piel y que su incidencia está creciendo dramáticamente en los Estados Unidos. En nuestro país creemos que se diagnostica este tumor cada vez con mayor frecuencia. Esta situación es de esperarse puesto que la exposición solar a rayos ultravioletas es considerada un factor de riesgo en regiones geográficas con alta exposición como Ecuador como se menciona en reporte de caso publicado en esta revista<sup>3</sup>.

Siendo un tumor muy raro, el diagnóstico clínico puede ser difícil, y según la literatura, el porcentaje de casos con un diagnóstico clínico inicial correcto es sumamente bajo. Sin embargo, creo que la presencia de un tumor cutáneo no pigmentado (carcinoma basocelular o melanoma), y de rápido crecimiento debe levantar la sospecha de un carcinoma de Merkel.

Un detallado estudio histopatológico, incluyendo inmunohistoquímica y la descripción de varios aspectos como tamaño, extensión extracutánea, márgenes, grosor, patrón de crecimiento, invasión linfovascular e infiltración linfocítica, parece ser de vital importancia no sólo para el diagnóstico correcto sino también para el pronóstico.

Los estudios de imagen complementarios deben usarse para determinar la extensión locoregional. Un FDG PET/CT de cuerpo total puede estar indicado en caso de metástasis.

En pacientes con ganglios linfáticos regionales clínicamente negativos, se recomienda realizar una biopsia de ganglio centinela pues se ha reportado ganglios histológicamente positivos en hasta 30%<sup>4</sup>. En el presente reporte de caso podría haberse realizado este estudio para evitar una disección ganglionar histológicamente negativa.

Una resección amplia incluyendo márgenes negativos y una parotidectomía superficial como en el caso reportado, es el tratamiento de elección. En el caso de tumores localizados en la mejilla planificar y realizar una reconstrucción adecuada es fundamental como la utilización de un colgajo fasciocutáneo de circulación aleatoria utilizado en el caso descrito. Existen varias alternativas de reconstrucción como el colgajo tipo Mustardé o el V-Y de avance<sup>5</sup>.

Una radioterapia postoperatoria estaría indicada en tumores de más de 1cm y con factores de riesgo como invasión linfovascular.

Un seguimiento estricto es de suma importancia pues se ha descrito hasta un 50% de recidivas regionales y 33% de metástasis a distancia según meta-análisis realizados. El seguimiento debe ser clínico, con exá-

menes de imagen y determinación de oncoproteína anticuerpos a polyomavirus PCPyV<sup>2</sup>.

Creo que merece destacarse la publicación de casos como el comentado por su rareza, agresividad remarcable y un adecuado y satisfactorio manejo terapéutico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cueva P, Yépez J, Tarupi W. Cancer Epidemiology in Quito. National Cancer Registry. Quito: Sociedad de Lucha Contra el Cancer SOLCA. Quito, 2019, p86-90. [http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com\\_comprofiler&task=userProfile&user=878&](http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_comprofiler&task=userProfile&user=878&)
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Guidelines Merkel Cell Carcinoma Version 1.2021 February 18,2021. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail>
3. Lizaraburu C, Carvajal A, Peñafiel I, Berrazueta A, Casares J. Carcinoma de Merkel de región malar izquierda: Reconstrucción y manejo quirúrgico. Reporte de caso. Metro Ciencia [Internet]. 29 de noviembre de 2021; 29(4):82-87. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/82-87>
4. Gunaratne DA, Howle JR, Veness NJ. Sentinel lymph node biopsy in Merkel Cell Carcinoma: A 15/year institutional experience and statistical analysis of 721 reported cases. Brit J Dermatol 2016;174:273-281. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26484178>.
5. Kristoffer BS, Paul SC, David LB. The V-Y Advancement Flap Is Equivalent to the Mustardé Flap for Ectropion Prevention in the Reconstruction of Moderate-Size Lid-Cheek Junction Defects. Plast Reconstruct Surg 2013;131:28-36. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182729e2

**Dr. Luis Pacheco Ojeda**  
<https://orcid.org/0000-0002-8192-5763>  
**Cirujano Oncólogo, Servicio de Cirugía**  
**Hospital Metropolitano**  
Quito - Ecuador