

CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Carcinoma de células de Merkel de la mama

B. Monteagudo^a, M. Cabanillas^a, T. Caínzos^b y M.M. Used-Aznar^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. A Coruña. España.

Sr. Director:

El carcinoma de células de Merkel (MCC) es un tumor cutáneo maligno raro de origen neuroendocrino, de mal pronóstico y evolución rápida, descrito por Tokier en 1972. Suele presentarse como una lesión nodular eritematosa de rápido crecimiento en personas mayores de 65 años¹. También se han descrito formas de presentación atípicas como mínima ulceración en la punta nasal, nódulos subcutáneos en la región inguinal, tejido de granulación en un dedo de un pie o una placa extensa de coloración vinosa en la región frontal².

Sólo hemos encontrado cuatro casos de MCC primario en la mama descritos en la literatura³⁻⁶. Aportamos un nuevo caso de MCC de la mama en una mujer observado recientemente en nuestro servicio.

Se trata de una mujer de 77 años con antecedentes personales de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, remitida al servicio de Dermatología por lesiones asintomáticas en la región mamaria izquierda, de 15 días de evolución y rápido crecimiento. A la exploración presentaba una induración difusa de la mama derecha sobre la que se visualizaban múltiples nódulos cupuliformes violáceos (fig. 1). Con la sospecha diagnóstica de carcinoma de mama en coraza se realizó una toma de biopsia de una de las lesiones que mostró infiltración tumoral de la dermis y el tejido celular subcutáneo por células redondeadas de pequeño tamaño, monomorfas, con escaso citoplasma, núcleo redondo y nucléolos pequeños, que se disponían formando grandes nidos, masas y cordones. El índice mitótico era elevado. No se observó formación de luces glandulares. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para la citoqueratina 20, la enolasa neuronal específica (NSE) y la cromogranina A. No se observó inmunorreactividad para la proteína S-100, el antígeno leucocitario común (LCA), el factor-1 de transcripción tiroidea (TTF-1) ni para los receptores de estrógenos y progesterona. La radiografía simple de tórax no reveló hallazgos patológicos. La paciente acudió dos semanas después a la revisión, apreciándose un rápido crecimiento del tumor mamario con áreas necróticas y ulceradas en su superficie, adenopatías en la axila derecha y linfedema de la extremidad superior derecha asociado a nódulos cutáneos diseminados (fig. 2). Basándonos en los estudios histopatológico e inmunohistoquímico se estableció el diagnóstico de MCC, y se remitió a la paciente al servicio de Oncología.



Figura 1. Induración difusa de la mama derecha con múltiples nódulos cupuliformes violáceos en superficie.



Figura 2. Dos semanas después, tumor con áreas necróticas y ulceradas en la mama derecha con linfedema y nódulos violáceos diseminados en la extremidad superior derecha.

El MCC es un tumor infrecuente, con una incidencia anual cercana a los 0,4 casos por 100.000 habitantes. Es más frecuente en áreas fotoexpuestas como la cabeza (fundamentalmente los párpados y las mejillas) y el cuello, seguidas de las extremidades, los glúteos y el tronco. También se han descrito casos en las mucosas, incluido el labio inferior, la mucosa oral, genital y la región anal⁷. Las lesiones localizadas en la mama son incluso más raras; hemos en-

contrado varios casos de metástasis de MCC en dicha localización⁸, y sólo cuatro casos primarios³⁻⁶, uno de ellos en un varón³.

En este caso el diagnóstico diferencial histopatológico se debe realizar con:

1. Metástasis cutáneas de tumores neuroendocrinos de origen interno como el carcinoma pulmonar microcítico. En nuestro caso la positividad para la citoqueratina 20 y la negatividad con TTF-1 descarta esta entidad, refrendado además por una radiografía simple de tórax normal⁷.
2. Adenocarcinoma de mama neuroendocrino primario. Se reserva este término para los tumores de mama infrecuentes donde más de la mitad de sus células expresan marcadores neuroendocrinos (NSE, cromogranina A o sinaptofisina), que se presentan sobre todo en mujeres ancianas. Quizá sea ésta la entidad fundamental a descartar en este caso por la localización en la mama del tumor de nuestra paciente, más cuando hay publicaciones en las que biopsias superficiales llevaron a diagnósticos iniciales erróneos^{9,10}.

Correspondencia:
Benigno Monteagudo Sánchez.
C/ Alegre 83-85, 3º A.
15401 Ferrol. A Coruña. España.
benims@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Swann MH, Yoon J. Merkel cell carcinoma. *Semin Oncol.* 2007;34:51-6.
2. Alonso A, Daudén E, Álvarez Ruiz S, Ríos L, Fraga J, García Díez A. Placa eritematosa frontal de crecimiento rápido. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:264-6.
3. Alzaraa A, Thomas GDH, Vodovnik A, Modgill VK. Merkel cell carcinoma in a male breast: a case report. *Breast J.* 2007;13:517-9.
4. Cusick L, Refsum SE. Merkel cell carcinoma of the breast: report of a case and review of the literature. *Ulster Med J.* 2004;73:137-8.
5. Asioli S, Dorji T, Lorenzini P, Eusebi V. Primary neuroendocrine (Merkel cell) carcinoma of the nipple. *Virchows Arch.* 2002;440:443-4.
6. Marullo M, Cancellieri A, Lemma G, Ballarino F, Lemma F. Merkel cell tumour: a case report and literature review. *G Chir.* 2004;25:395-7.
7. Paradela de la Morena S, Peña C, Fonseca Capdevila E. Carcinoma de Merkel. *Piel.* 2005;20:266-76.
8. Schnabel T, Glag M. Breast metastases of Merkel cell carcinoma. *Eur J Cancer.* 1996;32A:1617-8.
9. Mecca P, Busam K. Primary male neuroendocrine adenocarcinoma involving the nipple simulating Merkel cell carcinoma – a diagnostic pitfall. *J Cutan Pathol.* 2008;35:207-11.
10. Fukunaga M. Neuroendocrine carcinoma of the breast with Merkel cell carcinoma-like features. *Pathol Int.* 1998;48:557-61.

Molusco contagioso sobre tatuaje

S. Pérez-Barrio, M.R. González-Hermosa, J.A. Ratón y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

Sr. Director:

En nuestra práctica diaria son cada vez más frecuentes las consultas sobre los tatuajes y las complicaciones dermatológicas que en ocasiones conllevan asociadas. Esta ancestral práctica se encuentra actualmente en aumento en la población general, y cada vez son más numerosas las descripciones que podemos encontrar en la literatura de procesos dermatológicos asociados a su realización como eccemas de contacto, infecciones locales y sistémicas, la transmisión del virus de la hepatitis B y C (VHB, VHC), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis, las verrugas, la tuberculosis cutánea, etc.^{1,2}.

Queremos exponer nuestra experiencia a este respecto con el caso de un varón de 36 años que acude a nuestra consulta por presentar varias pápulas umbilicadas de 1-3 mm de diámetro sobre un tatuaje de tinta negra en el brazo derecho

(figs. 1 y 2). El tatuaje había sido realizado años antes, tiempo en el que no había tenido ningún problema asociado, pero debido a la pérdida progresiva de pigmento decidió recolorearlo pocas semanas antes de comenzar a notar la aparición de las lesiones. Éstas eran totalmente asintomáticas y se fueron extendiendo en número progresivamente, quedando limitadas a la superficie cutánea tatuada. El paciente no tenía alergias medicamentosas ni refería antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Se tomó una biopsia de una de las lesiones, observándose grandes cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos «cuerpos de molusco» en el interior de las células epidérmicas y depósito de pigmento negruzco en la dermis. La analítica realizada, incluyendo serologías para el VIH, el VHC y el VHB fue normal. Confirmado el diagnóstico de molusco contagioso se realizó el tratamiento mediante el curetaje de las lesiones, sin recidiva posterior de éstas.