

## Carcinoma de células de Merkel, variante agresiva del cáncer de piel: reporte de un caso

Jorge E. Méndez-Sánchez<sup>1\*</sup>, Karen T. Herrera-Contreras<sup>1</sup>, Juan P. Gutiérrez-González<sup>2</sup>,  
Luis A. Meza-Gómez<sup>2</sup> y Gloria B. Rodríguez-de-León<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía Oncológica; <sup>2</sup>Departamento de Patología. Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Especialidades No. 1, IMSS, León, Gto., México

### Resumen

El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia neuroendocrina cutánea poco frecuente. Es uno de los cánceres de piel más agresivos y su incidencia está aumentando de forma drástica (esto puede deberse al descubrimiento de biomarcadores que mejoran la detección de la enfermedad). Describimos el caso de una paciente con carcinoma de células de Merkel en región glútea izquierda con afectación clínica significativa de ganglios de región inguinal ipsilateral, la cual fue llevada a una intervención quirúrgica eficaz y oportuna con adecuados resultados.

**Palabras clave:** Carcinoma de células de Merkel. Cáncer de piel. Reporte de caso. Resección amplia. Tumor neuroendocrino.

### Merkel cell carcinoma, an aggressive variant of skin cancer: a case report

#### Abstract

Merkel cell carcinoma is a rare cutaneous neuroendocrine neoplasm. It is one of the most aggressive skin cancers, and its incidence is increasing dramatically (this may be due to the discovery of biomarkers that improve disease detection). We describe the case of a patient with Merkel cell carcinoma of the left gluteal region with clinically significant involvement of lymph nodes in the ipsilateral inguinal region. She underwent timely and effective surgery, with satisfactory results.

**Keywords:** Merkel cell carcinoma. Skin cancer. Case report. Wide resection. Neuroendocrine tumor.

#### \*Correspondencia:

Jorge E. Méndez-Sánchez

E-mail: jorgemedicina31@gmail.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 24-03-2025

Fecha de aceptación: 30-04-2025

DOI: 10.24875/j.gamo.25000038

Disponible en internet: 13-08-2025

Gac Mex Oncol. 2025;24(Supl):67-70

[www.gamo-smeo.com](http://www.gamo-smeo.com)

## Introducción

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un carcinoma neuroendocrino primario de la piel poco frecuente<sup>1,2</sup>. Afecta predominantemente a personas mayores, caucásicas, y presenta un comportamiento agresivo, con una alta tasa de recurrencia y propensión a la metástasis temprana<sup>3,4</sup>.

A pesar de los nuevos avances en las terapias para el CCM, el pronóstico sigue siendo desalentador<sup>5</sup>. Por ello es de suma importancia el diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz para mejorar la atención al paciente y mejorar la sobrevida<sup>6,7</sup>.

Ya que al no contar con el arsenal completo de marcadores puede pasar desapercibida la enfermedad y erróneamente catalogarla como principal diagnóstico diferencial con un sarcoma de tejidos blandos, y al tratarse de un cáncer raro y agresivo de piel, el tratamiento eficaz aumenta la sobrevida y el periodo libre de recurrencia, es por ello la importancia de presentar el caso<sup>8</sup>.

## Reporte de caso

Paciente de sexo femenino de 79 años, con antecedentes de depresión mayor en tratamiento. Antecedentes heredofamiliares: refiere hermano finado por cáncer no especificado y sin referir antecedentes oncológicos por el paciente. Antecedentes no patológicos: dedicada al hogar, toxicomanías negadas, esquema de vacunación acorde a edad y completo.

Comienza su padecimiento en marzo del 2023 con dermatosis de glúteo izquierdo que inicialmente se trató

como psoriasis, con mejoría parcial; sin embargo progresa con ulceración, dolor en miembro pélvico izquierdo y sangrado intermitente, por lo que acude a valoración por médico facultativo en su unidad de salud. Se realiza biopsia incisional el día 7 de enero del 2025 con reporte de carcinoma indiferenciado que infiltra dermis y tejido celular subcutáneo, ulcerado, por lo que es enviado a nuestro servicio para tratamiento especializado.

A la exploración física presenta tumor en glúteo izquierdo de 7 × 5 cm, ulcerado, móvil, doloroso a la palpación, con presencia de adenopatías inguinales móviles de 1.5 cm (Fig. 1).

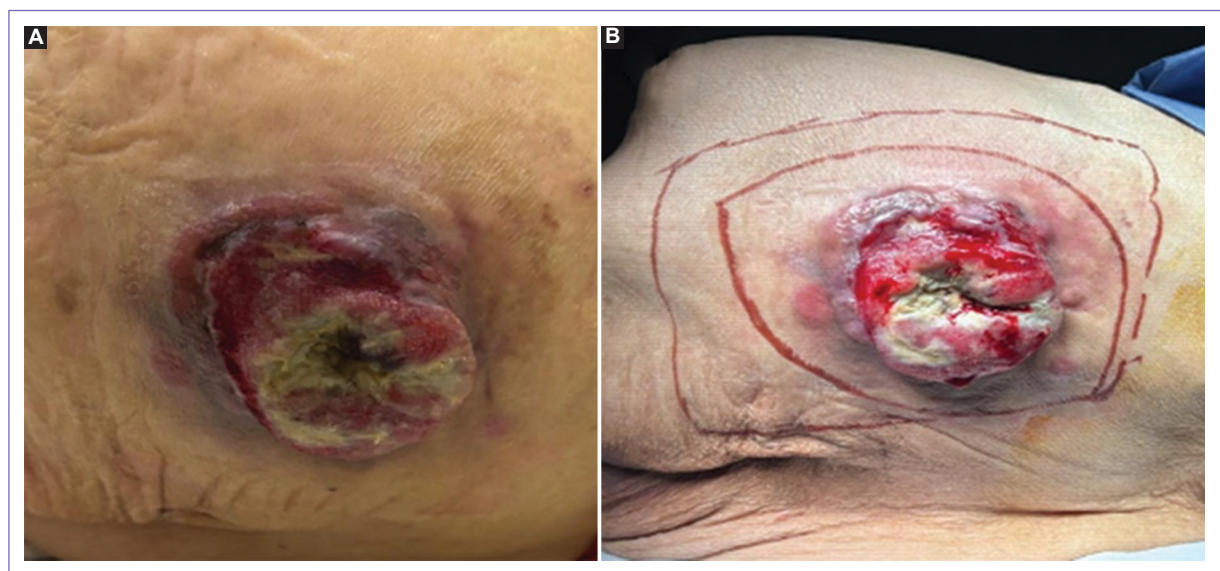
Se realizaron estudios de gabinete, como tomografía de abdomen (Fig. 2), donde se reporta lesión ocupante en región glútea izquierda con afectación de piel y tejido celular subcutáneo sin afectar hasta plano fascial.

Se realiza revisión de laminillas, ya que la biopsia tomada por medio privado no era concluyente, reportando lesión dérmica en glúteo izquierda con marcadores de inmunohistoquímica positivos para CCM (CK20 +, CKC +, cromogranina + y sinaptofisina +, S-100 –).

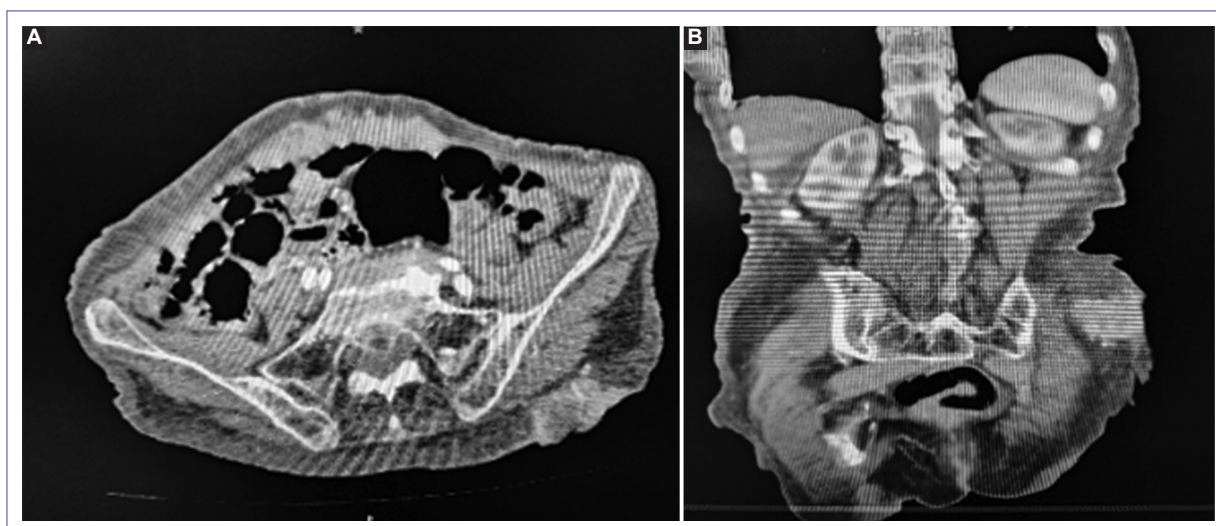
Al contar adecuadamente con marcadores de inmunohistoquímica, se puede establecer de forma adecuada el diagnóstico. Se realizó resección amplia con colgajo glúteo más linfadenectomía pélvica izquierda sin complicaciones.

Se envía al servicio de patología un tumor de 12 × 11 × 4 cm fungiforme, ulcerado, así como múltiples ganglios en región inguinal de 1.5 cm y el mayor de 5 cm.

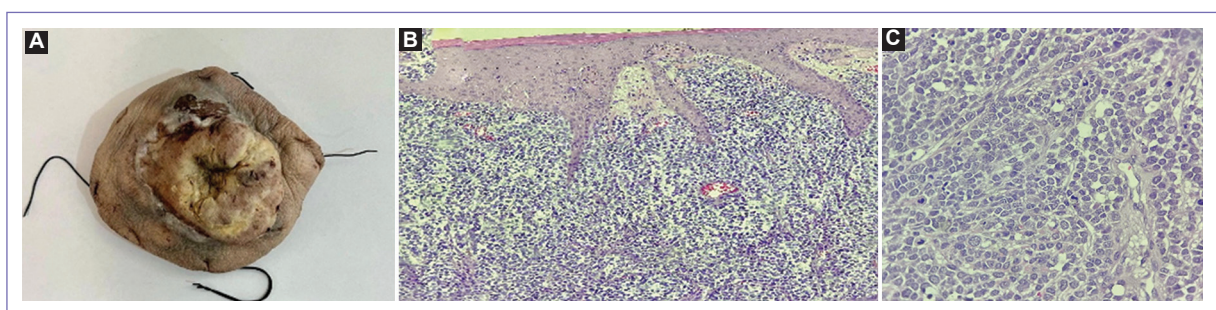
En el informe de patología se reporta CCM, de 12.5 × 10 × 3 cm con piel rugosa, ulcerada y ahulada



**Figura 1. A:** tumor en glúteo izquierdo de 7 × 5 cm, ulcerado, móvil. **B:** tumor en glúteo izquierdo con marcaje preoperatorio.



**Figura 2.** **A:** tomografía axial de abdomen en fase contrastada con presencia de tumor en glúteo izquierdo. **B:** imágenes coronales por tomografía abdominal contrastada donde se evidencia tumor en glúteo izquierdo hasta fascia muscular.



**Figura 3.** **A:** huso de piel de  $12.5 \times 10 \times 3$  cm con piel rugosa, ulcerada y ahulada que contiene lesión central nodular indurada y umbilicada que mide  $8 \times 7 \times 2.5$  cm. **B y C:** corte histológico donde se aprecia lesión difusa de bordes mal delimitados en dermis papilar y reticular. A mayor aumento conformado por células pequeñas, redondas y azules de aspecto epitelióide con nucleolos incóspicuos con mitosis dispersas.

que contiene lesión central nodular indurada y umbilicada que mide  $8 \times 7 \times 2.5$  cm, con tasa mitótica de 61 mitosis por  $\text{mm}^2$ , con márgenes negativos a neoplasia. En pieza enviada como linfadenectomía pélvica se disecaron 23 ganglios, los cuales fueron positivos para malignidad (Fig. 3).

Respecto a nuestra paciente, se clasificó como estadio clínico IIIB (T3N1bM0), tuvo una buena evolución y no hubo ninguna barrera social para establecer el diagnóstico. Nuestro caso se envió a radiooncología para tratamiento especializado para aplicación de radioterapia 60 Gy (30 fracciones) por N+, al momento sin presentar efectos adversos al tratamiento. En la consulta de seguimiento la paciente se encuentra asintomática, con adecuada evolución y con satisfacción del adecuado manejo establecido.

## Discusión

El CCM es una causa importante de morbilidad y mortalidad, puede crecer rápidamente y hacer metástasis de forma temprana; el 63% de las lesiones primarias ha crecido rápidamente en los 3 meses previos al diagnóstico<sup>9,10</sup>.

Grandes metaanálisis, como mencionan Clarke y Robbins, han demostrado que al menos la mitad de los pacientes con CCM desarrollan metástasis en los ganglios linfáticos y casi un tercio desarrollan metástasis a distancia<sup>11,12</sup>.

Estudios como el análisis de Gauci documentan el desarrollo de recurrencia locorregional en hasta la mitad de todos los casos de CCM<sup>13,14</sup>.

Se observa afectación ganglionar regional en el 45 al 91%<sup>15</sup>, como observamos en nuestro caso, en el que

clínicamente se identificaron ganglios en región inguinal ipsilateral al tumor.

El tratamiento en este tipo de escenarios es realizar resección amplia, con márgenes adecuados de 1 a 2 cm, así como radioterapia<sup>16,17</sup>.

Las posibles causas asociadas a esta patología es la agresividad de la misma histología y la rareza, así como un inadecuado diagnóstico<sup>18</sup>, ya que de forma errónea se puede confundir con otros tumores, por lo que es fundamental contar con los marcadores de inmunohistoquímica, para ofrecer una intervención temprana y oportuna, para tener un control de la enfermedad, así como un periodo libre de recurrencia mayor<sup>19,20</sup>.

Al reportar nuestro caso, reforzamos la importancia de entender que el comportamiento del CCM es desalentador, ya que al momento del diagnóstico en la mayoría de los pacientes encontramos etapas localmente avanzadas, puesto que al tratarse de un CCM tras la escisión quirúrgica primaria se presenta recurrencia local en el 27-60% de los pacientes y metástasis a distancia en el 18-52%. Las tasas de supervivencia a 5 años oscilan entre el 41 y el 77%, por lo que es una entidad de pronóstico pernicioso.

## Agradecimientos

Un especial agradecimiento a la Universidad de Guanajuato y al Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad T1.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Los procedimientos fueron autorizados por el Comité de Ética de la institución.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** Los autores han seguido los

protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Bibliografía

1. Becker J, Stang A, DeCaprio A, Cerroni L, Lebbé C, Veness M, et al. Merkel cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17077.
2. Girschik J, Thorn K, Beer T, Heenan PJ, Fritsch L. Merkel cell carcinoma in Western Australia: a population-based study of incidence and survival. *Br J Dermatol*. 2011;165:1051-7.
3. Asgari MM, Sokil MM, Warton EM, Iyer J, Paulson KG, Nghiem P, et al. Effect of host, tumor, diagnostic, and treatment variables on outcomes in a large cohort with Merkel cell carcinoma. *JAMA Dermatol*. 2014;150(7):716-23.
4. Santamaria-Barria JA, Boland GM, Yeap BY, Nardi V, Dias Santagata D, Cusack JC, et al. Merkel cell carcinoma: 30-year experience from a single institution. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(4):1365-73.
5. Allen PJ, Bowne WB, Jaques DP, Brennan MF, Busam K, Coit DG, et al. Merkel cell carcinoma: prognosis and treatment of patients from a single institution. *J Clin Oncol*. 2005;23(10):2300-9.
6. Perez MC, de Pinho FR, Holstein A, Oliver D, Syeda MH, Young K, et al. Resection margins in Merkel cell carcinoma: is a 1-cm margin wide enough? *Ann Surg Oncol*. 2018;25(11):3334-40.
7. Olsen CM, Pandeya N, Whiteman DC. International increases in Merkel cell carcinoma incidence rates between 1997 and 2016. *J Invest Dermatol*. 2021;141:2596-601. e2591.
8. Tarantola TI, Vallow LA, Halyard MY, Weening R, Warschaw K, Grotz T, et al. Prognostic factors in Merkel cell carcinoma: analysis of 240 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68:425-32.
9. Suarez AL, Louis P, Kitts J, Busam K, Wong R, Spencer P, et al. Clinical and dermoscopic features of combined cutaneous squamous cell carcinoma (SCC)/neuroendocrine [Merkel cell] carcinoma (MCC). *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:968-75.
10. Lemos BD, Storer BE, Iyer JG, Phillips J, Fang L, Johnson T, et al. Pathologic nodal evaluation improves prognostic accuracy in Merkel cell carcinoma: analysis of 5823 cases as the basis of the first consensus staging system. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:751-61.
11. Harms KL, Healy MA, Nghiem P, Sober A, Fang L, Wong S, et al. Analysis of prognostic factors from 9387 Merkel cell carcinoma cases forms the basis for the new 8<sup>th</sup> Edition AJCC Staging System. *Ann Surg Oncol*. 2016;23:3564-71.
12. Sridharan V, Muralidhar V, Margalit DN, Tishler R, Decaprio J, Thakuria M, et al. Merkel cell carcinoma: a population analysis on survival. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14:1247-57.
13. Harrington C, Kwan W. Radiotherapy and conservative surgery in the locoregional management of Merkel cell carcinoma: The British Columbia Cancer Agency experience. *Ann Surg Oncol*. 2016;23:573-8.
14. Stang A, Becker JC, Nghiem P, Ferlay J. The association between geographic location and incidence of Merkel cell carcinoma in comparison to melanoma: an international assessment. *Eur J Cancer*. 2018;94:47-60.
15. Ezeldein HH, Ventura A, DeRuyter NP, Yin E, Giunta A, et al. Understanding the influence of patient demographics on disease severity, treatment strategy, and survival outcomes in merkel cell carcinoma: a surveillance, epidemiology, and end-results study. *Oncoscience*. 2017;4:106-14.
16. Lai JH, Fleming KE, Ly TY, Pasternak S, Godlewsky M, Doucette S, et al. Pure versus combined Merkel cell carcinomas: immunohistochemical evaluation of cellular proteins (p53, Bcl-2, and c-kit) reveals significant overexpression of p53 in combined tumors. *Hum Pathol*. 2015;46:1290-6.
17. Jacobs D, Huang H, Olino K, Weiss S, Kluger H, Judson B, et al. Assessment of age, period, and birth cohort effects and trends in Merkel cell carcinoma incidence in the United States. *JAMA Dermatol*. 2021;157:59-65.
18. Bryant MK, Ward C, Gaber CE, Strassle P, Oliila D, Laks S, et al. Decreased survival and increased recurrence in Merkel cell carcinoma significantly linked with immunosuppression. *J Surg Oncol*. 2020;122(4):653-9.
19. Yusuf MB, Gaskins J, Rattani A, McKenzie S, Mandish S, Wall W, et al. Immune status in Merkel cell carcinoma: relationships with clinical factors and independent prognostic value. *Ann Surg Oncol*. 2021;28:6154-65.
20. Smith FO, Yue B, Marzban SS, Walls B, Carr M, Jackson R, et al. Both tumor depth and diameter are predictive of sentinel lymph node status and survival in Merkel cell carcinoma. *Cancer*. 2015;121:3252-60.