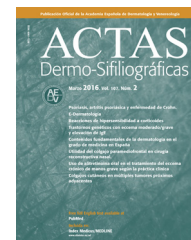




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## REVISIÓN

# Actualización en el carcinoma de células de Merkel: claves de las técnicas de imagen, factores pronóstico, tratamiento y seguimiento

B. Llombart<sup>a,\*</sup>, S. Kindem<sup>a</sup> y M. Chust<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Radioterapia, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

Recibido el 9 de abril de 2016; aceptado el 29 de julio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Carcinoma de células de Merkel;  
Factores pronóstico;  
Tratamiento quirúrgico;  
Ganglio centinela;  
Radioterapia;  
Quimioterapia;  
Seguimiento

### KEYWORDS

Merkel cell carcinoma;  
Prognosis;  
Surgery;  
Sentinel lymph node;  
Radiotherapy;  
Chemotherapy;  
Follow-up

**Resumen** El carcinoma de células de Merkel es un tumor muy poco frecuente, pero es uno de los más agresivos a los que se puede enfrentar un dermatólogo. Más de un tercio de los pacientes fallece por esta enfermedad. Numerosos investigadores han intentado identificar los posibles factores clínico-patológicos relacionados con el pronóstico de este carcinoma. Sin embargo, los resultados obtenidos en estos estudios son discordantes. Debido a la baja frecuencia y la edad avanzada de los pacientes, no se dispone de estudios prospectivos, y en consecuencia, no existe un claro algoritmo en el tratamiento. Este artículo pretende realizar una exhaustiva y comprensiva revisión del carcinoma de células de Merkel que suponga al dermatólogo una puesta al día en este tumor. Detallamos los factores pronósticos, se revisan las técnicas de imagen que resultan más adecuadas para el estudio de extensión y las controversias actuales relacionadas con el tratamiento.

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Merkel Cell Carcinoma: An Update of Key Imaging Techniques, Prognostic Factors, Treatment, and Follow-up

**Abstract** Merkel cell carcinoma, though rare, is one of the most aggressive tumors a dermatologist faces. More than a third of patients with this diagnosis die from the disease. Numerous researchers have attempted to identify clinical and pathologic predictors to guide prognosis, but their studies have produced inconsistent results. Because the incidence of Merkel cell carcinoma is low and it appears in patients of advanced age, prospective studies have not been done and no clear treatment algorithm has been developed. This review aims to provide

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [beatriz.llombart@uv.es](mailto:beatriz.llombart@uv.es) (B. Llombart).

an exhaustive, up-to-date account of Merkel cell carcinoma for the dermatologist. We describe prognostic factors and the imaging techniques that are most appropriate for evaluating disease spread. We also discuss current debates on treating Merkel cell carcinoma.

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor cutáneo muy agresivo, que con frecuencia origina recidivas locorregionales y metástasis. La baja incidencia y la edad avanzada de los pacientes explica por qué hasta ahora no se ha podido realizar ningún estudio prospectivo de comparación entre los distintos protocolos terapéuticos empleados en los diferentes estadios de la enfermedad y no existe un consenso sobre la conducta terapéutica que debe adoptarse cuando se diagnostica un CCM.

Este artículo pretende realizar una exhaustiva y comprensiva revisión del CCM que suponga al dermatólogo una puesta al día en este tumor. Detallamos sus factores pronósticos, se revisan las técnicas de imagen que resultan más adecuadas para el estudio de extensión y las controversias actuales relacionadas con el tratamiento.

## Técnicas de imagen o estudio de extensión

Hasta la fecha, todavía no existe un algoritmo de consenso con respecto a qué exploraciones complementarias resultan más adecuadas para el estudio de extensión y seguimiento de los pacientes con CCM<sup>1</sup>.

Se debe realizar una exploración física de toda la superficie cutánea y la palpación de los ganglios linfáticos regionales para detectar la presencia de adenopatías<sup>1</sup>.

Es aconsejable solicitar una analítica sanguínea completa que incluya: hemograma, bioquímica con fosfatasas alcalinas y coagulación<sup>2</sup>. Si es posible, se realizará una serología basal del poliomavirus MCPyV. Títulos altos de anticuerpos son específicos de enfermedad reciente y los cambios en sangre se relacionan con la respuesta al tratamiento, por lo que su aumento en sangre se considera un marcador de recurrencia<sup>3</sup>.

Resulta esencial solicitar una prueba de imagen para la estadificación inicial con el objetivo de descartar la presencia de metástasis a distancia. Las técnicas de imagen clásicamente recomendadas son la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética<sup>4</sup>. La nueva generación de escáneres que combinan PET y TC permiten la adquisición de una imagen simultánea de la actividad metabólica junto con la localización anatómica de las lesiones<sup>5-7</sup> (fig. 1). Esto adquiere una vital importancia, ya que puede hacer que cambie la estadificación del paciente, tal y como demuestran Concannon et al.<sup>6</sup>, quienes registraron una variación en la estadificación del 33% de los pacientes, tras el estudio con FDG-PET-TC, y un cambio en el manejo en el 43% de los casos.

En el caso de enfermedad localizada, sin evidencia clínica de metástasis, el aspecto más importante es si los ganglios linfáticos regionales están afectados o no (fig. 1), ya que la presencia de afectación linfática se asocia a un peor pronóstico<sup>4</sup>.

Existen múltiples evidencias disponibles acerca de la utilidad de la ecografía para evaluar la afectación metastásica ganglionar en el melanoma. Sin embargo, su aplicación en los pacientes con CCM es todavía limitada. Zager et al.<sup>8</sup> proponen el uso de los ultrasonidos para estudiar los territorios de drenaje linfático en aquellos pacientes con CCM de alto riesgo quirúrgico que no puedan ser sometidos a la técnica del ganglio centinela, así como para el seguimiento de aquellas adenopatías dudosas. Siguiendo esta línea, Righi et al.<sup>9</sup> han publicado recientemente un protocolo en el que combinan ecografía seguida de una punción aspiración con aguja fina proponiéndolo como una técnica previa a la biopsia del ganglio centinela en pacientes seleccionados. De esta manera, en aquellos pacientes con adenopatías palpables (estadio III), la ecografía-punción aspiración con aguja fina es confirmatoria de enfermedad metastásica regional. En cambio, en los pacientes sin adenopatías palpables (estadios I y II) se realiza la ecografía y una punción aspiración con aguja fina de aquellos ganglios sospechosos y se complementa el estudio citológico posterior con un análisis inmunohistoquímico con CK20 (fig. 1)<sup>1</sup>. Aquellos enfermos con citologías positivas son derivados para la hacerles linfadenectomía, evitando así la realización de la biopsia del ganglio centinela, mientras que los pacientes con citologías negativas y aquellos con adenopatías no sospechosas en el estudio ecográfico son derivados para la realización de una biopsia del ganglio centinela. Estos autores<sup>9</sup> señalan una sensibilidad de esta técnica del 85,7%, con una especificidad del 90%.

## Factores pronóstico

Numerosos investigadores han intentado identificar los posibles factores que determinan el pronóstico de este tumor. Sin embargo, los resultados obtenidos en estos estudios son en ocasiones discordantes. Los principales factores clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos asociados al pronóstico en el CCM se encuentran descritos en la tabla 1<sup>10</sup>.

La mayoría de los trabajos están de acuerdo en que la supervivencia global de los pacientes con CCM depende fundamentalmente del estadio clínico al diagnóstico<sup>11-14</sup>. Allen et al.<sup>15</sup> realizan un estudio de 251 pacientes y encuentran un porcentaje de supervivencia del 81% en el estadio I, del 67% en el estadio II, del 52% en el estadio III y del 11% en el estadio IV.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644215>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644215>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)