

Manejo Multidisciplinario de Carcinoma de Merkel Palpebral: Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 31 (1) - 2025

Cristhel Marie Oroxom Contreras¹, Karen Girón Orellana² (MACG), Marcela Illescas³, Fernando López San Juan⁴, Yolanda Castañeda⁵

¹Residente segundo año cirugía oncológica, Instituto de Cancerología Guatemala. ²Cirujana Oncóloga clínica Bonanova. ³Cirujana Oncóloga, Clínica de tumores, Hospital Roosevelt. ⁴Cirujano oftalmólogo, alta especialidad en Oculoplástica. ⁵Anestesióloga. Autor Corresponsal: Cristhel Marie Oroxom Contreras. Correo: cristhel58@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma de Células de Merkel (CCM) es un tumor de la piel raro y altamente agresivo de origen neuroendocrino. Con una incidencia de 0.5 por 1000 habitantes. Tiene alto potencial metastásico y de recurrencia, con alta tasa de mortalidad. Método: Caso de paciente masculino, de 68 años con historia de lesión en párpado superior izquierdo, tamaño de 2x2.5cm, de crecimiento acelerado. Sin presentar metástasis regionales ni a distancia. Recibe tratamiento quirúrgico realizando resección amplia de lesión más estudio transoperatorio más reconstrucción de párpado más ganglio centinela con verde indocianina a nivel cervical. Posteriormente completó tratamiento adyuvante con radioterapia 50Gys. **Conclusiones:** Realizar un diagnóstico temprano, y efectuar un análisis multidisciplinario con esta localización poco frecuente y de abordaje complicado, es indispensable para brindar el tratamiento quirúrgico adecuado de la lesión primaria, así como su estadificación ganglionar. Siendo el ganglio centinela, la elección en casos sin adenopatías, con valoración de tratamiento adyuvante con radioterapia para disminuir recurrencia.

Palabras Clave: Carcinoma de Merkel, párpado superior, Ganglio Centinela.

ABSTRACT

Multidisciplinary Management of Merkel's Carcinoma of the Eyelid: Case Report

Introduction: Merkel cell carcinoma (MCC) is a rare and highly aggressive skin tumor of neuroendocrine origin. It has an incidence of 0.5 per 1,000 inhabitants.² It has a high potential for metastasis, with a high risk of recurrence and a high mortality rate.

Method: Case of a 68-year-old male patient with a history of a lesion on the upper left eyelid, measuring 2x2.5 cm and growing rapidly. There were no regional or distant metastases. He received surgical treatment with wide resection of the lesion, followed by intraoperative study, eyelid reconstruction, and sentinel lymph node biopsy with indocyanine green at the cervical level. He subsequently completed adjuvant treatment with 50 Gy radiotherapy. **Conclusions:** Early diagnosis and multidisciplinary analysis of this rare and difficult-to-access location are essential for providing adequate surgical treatment of the primary lesion and for lymph node staging. Sentinel lymph node examination is the preferred option in cases without lymphadenopathy, with assessment of adjuvant radiotherapy to reduce recurrence.

Keywords: Merkel carcinoma, upper eyelid, sentinel lymph node.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de Células de Merkel (CCM) es un tumor de la piel raro y altamente agresivo de origen neuroendocrino. Descrito por primera vez en 1972 por Toker.⁶ Con una incidencia de 0.5 por 1000 habitantes.² Tiene alto potencial de metástasis a linfonodos regionales y a distancia, con alto riesgo de recurrencia, a pesar de recibir diagnóstico y tratamiento temprano, con tasa de mortalidad hasta el 40%.^{1,4}

El siguiente estudio describe un caso de Carcinoma de Células de Merkel a nivel palpebral,

con su presentación clínica, hallazgos histopatológicos, manejo multidisciplinario y seguimiento. Presentándose en el párpado en 3%-10% de los casos reportados en la literatura.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 68 años, con antecedentes médicos de asma y síndrome post COVID-19, con neumonitis crónica y neumonía a repetición, quien continúa tratamiento prolongado con corticoesteroides. Con historia de presentar lesión pequeña como “espinilla” en el párpado superior izquierdo de 2 meses de evolución con

crecimiento progresivo, llega a medir 1.5 cms, por lo que acude a oftalmólogo particular que realiza escisión de lesión por sospecha de chalazión, con márgenes positivos. Consulta 2 meses posterior a resección con nuevo crecimiento y lesión de mayor volumen con crecimiento acelerado. Al examen físico párpado superior izquierdo con tumor en reborde de 2x2.5cm que se extiende hacia tercio externo del párpado. Cuello negativo para adenopatías. Figura 1.

Resultado de patología de primera excisión: neoplasia maligna poco diferenciada, con márgenes quirúrgicos positivos. Resultado de inmunohistoquímica compatible con: Carcinoma de Merkel Grado 2. Con marcadores CK20, cromogranina, sinapfisina y CD56 positivos, que confirman la diferenciación neuroendocrina del tumor evaluado, y marcadores CK7 y proteína S100 negativos. Se realizan estudios de imagen: tomografía cerebral, cuello, tórax y abdo-

men negativo para enfermedad metastásica. En estudio tomográfico solo se describe lesión dependiente de párpado superior de 2 cms de diámetro, sin involucrar globo ocular ni órbita. Con agudeza visual normal en ojo izquierdo.

Por hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos, se discute de manera multidisciplinaria, determinando tratamiento quirúrgico inicial con resección amplia más ganglio centinela con sedación y valoración de adyuvancia posterior. Se realiza resección amplia de lesión en párpado superior izquierdo de espesor total con estudio transoperatorio para evaluar márgenes adecuados, más reconstrucción de párpado superior izquierdo con tarso libre contralateral fijado a tira de periostio temporal más toma y colocación de injerto de piel de párpado contralateral e injerto bipediculado de orbicular ipsilateral más ganglio centinela con verde indocianina con sedación y anestesia local. Figura 2.



Figura 1. Lesión nodular en párpado superior izquierdo.



Figura 2.

RESULTADOS

Resultado final patológico confirma Carcinoma de células de Merkel Primario Cutáneo de grado intermedio (Grado 2), tamaño de 2.7cm de diámetro que invade hasta tejido celular subcutáneo, con profundidad de invasión de 0.8cm, patrón de crecimiento nodular, invasión linfovascular positiva y focos de invasión peri neural. Márgenes quirúrgicos libres de neoplasia todos mayor a 0.5cm de distancia. 2 ganglios linfáticos centinela de nivel II, cervical lateral izquierdo libres de metástasis de neoplasia.

Por hallazgos clínicos y patológicos considerados factores de alto riesgo (tamaño tumoral >1cm, localización en cabeza y cuello, permeación linfovascular y peri neural positivo, edad avanzada y antecedente de inmunosupresión), se envía a tratamiento adyuvante con radioterapia; recibe 50Gys en 20 fracciones.

Paciente con seguimiento por 6 meses posterior a cirugía y radioterapia, con adecuada evolución, sin presentar actividad tumoral clínica ni radiológicamente. Figura 3.

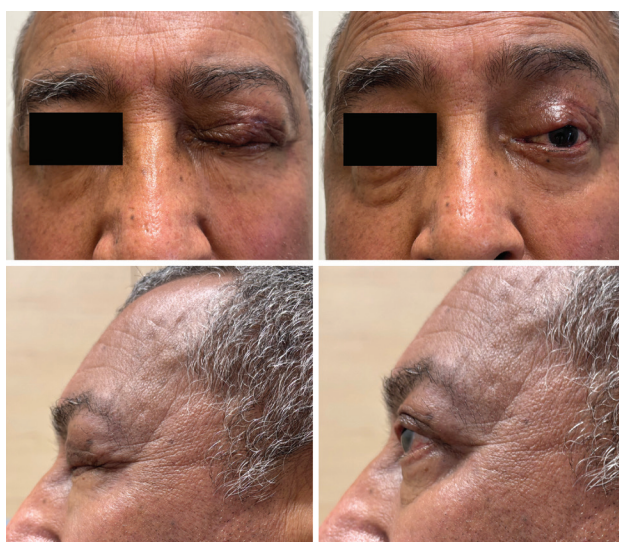


Figura 3.

DISCUSIÓN

El carcinoma de Células de Merkel (CCM) es un tumor que surge en la dermis y se extiende al tejido celular subcutáneo, respetando la capa epidérmica suprayacente.⁵ A pesar de considerarse tumor neuroendocrino, no presenta síndromes hormonales asociados.⁴ Tiene predominio en personas mayores de 65 años (media 67 años) y de raza blanca. Así como con aquellas con antecedentes de inmunosupresión. La localización en párpado y periocular constituye el 3% de todos los casos de CCM, siendo más frecuente su aparición en el párpado superior que el inferior (71% vs 21%).⁵ Los diagnósticos diferenciales son: chalazión, carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas.

Aunque su etiología puede no estar completamente clara, se ha encontrado que las células de Merkel pueden estar infectadas por el Poliomavirus en un 85% de los casos.⁵ También se asocia a inmunosupresión (infección VIH, trasplantados, linfomas, etc) y a la exposición a luz ultravioleta, siendo el párpado del ojo un área susceptible al daño por la luz UV. Sin embargo, su origen continúa siendo controversial.⁵

La presentación clínica incluye una masa inducida de crecimiento progresivo y acelerado (1 a 3 meses), indolora y única, localizada cerca del margen palpebral, con leve color violáceo y telangiectasias. Un signo común es la ptosis palpebral. Hasta un 20-50% de los casos pueden tener afección ganglionar en cuello al momento del diagnóstico.⁴

Las técnicas de imagen como la tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y tomografía por emisión de positrones (PET/CT) son esenciales para evaluar la extensión del tumor, guiar el plan quirúrgico y la radioterapia, y para la estadificación del tumor.

El Gold Standard para el diagnóstico es el estudio histopatológico, mediante la toma de biopsia y análisis de inmunohistoquímica. Los resultados suelen ser positivo para el marcador citoqueratina 20 (CK20) en el 85% de los casos, y otros marcadores neuroendocrinos como la cromogranina, el CD56, y sinaptofisina. Y negativos para marcador como proteína S100.⁵

Los factores de riesgo que determina un pronóstico pobre incluyen: edad >65 años, sexo masculino, diámetro tumor >1cm, localización en cabeza y cuello, invasión linfovascular, estado inmunocomprometido, afección ganglionar, recurrencia loco regional o metástasis a distancia.³

El tratamiento indicado es la resección amplia, se recomiendan márgenes libres de 5 mm para control del tumor, se ha demostrado que es igual de efectivo que un margen de 2.5-3cm. Es importante la utilización de estudios intraoperatorio para determinar adecuadamente los márgenes libres de enfermedad, para permitir una adecuada reconstrucción. La reconstrucción del párpado puede realizarse con diferentes tipos de colgajos o cierre primario y su elección dependerá del cirujano. Siendo muy importante para mejorar la supervivencia de los pacientes y su calidad de vida.^{6,7}

El uso del ganglio centinela es útil en el CCM, considerando el alto riesgo de diseminación de la enfermedad, esta técnica se considera una herramienta clave para el manejo de CCM cuando no existen adenopatías ni clínicas o radiológicas (N0), mejorando la estadificación y la toma de decisiones como linfadenectomía, y terapéuticas adyuvantes como radioterapia regional y tratamiento sistémico con inmunoterapia, que mejoran la supervivencia y reducen la recurrencia.¹

El rol de la radioterapia en el manejo del CCM se mantiene controversial. En pacientes con factores de alto riesgo de recurrencia local como: tamaño del tumor, localización, inmunosupresión, y permeación linfovascular se ha encontrado el beneficio de este tratamiento. Así como cuando existen metástasis ganglionares, la radioterapia adyuvante esta asociada con un mejor control locorregional, disminuyendo recurrencia y aumentando la sobrevida libre de enfermedad.⁸ La quimioterapia tradicional puede ser útil en ciertas circunstancias, pero no es el tratamiento estándar. Actualmente la inmunoterapia con anticuerpos monoclonales (anti PDL-1) es el tratamiento con mayor beneficio en casos irresecables de manera inicial como neoadyuvancia con nivolumab, o para enfermedad avanzada, recurrente o metastásica, con pembrolizumab, avelumab o retifanlimab.^{2,3}

CONCLUSIONES

Tener un diagnóstico temprano mediante la toma de una biopsia continúa siendo imprescindible en el abordaje de tumores palpebrales, ya que el CCM puede presentarse clínicamente como una lesión benigna, debemos analizar su comportamiento y velocidad de crecimiento, así como los factores de riesgo de cada paciente. El pilar del tratamiento continúa siendo la cirugía por lo que se deben armar equipos multidisciplinarios para lograr los márgenes amplios, y planificar reconstrucciones complejas para mejorar la supervivencia de los pacientes. Se recomienda el uso de ganglio centinela (N0) para una estadificación precisa y para guiar intervenciones tempranas, y linfadenectomías cuando hay enfermedad ganglionar (N+). La radioterapia adyuvante mantiene un papel importante en la prevención de recurrencia de enfermedad y mejorando la supervivencia.

REFERENCIAS

1. Kanakopoulos D, Lacey H, Payne A, Houlihan M, Riyat H, Wheelan R, et al. The Role of Sentinel Lymph Node Biopsy in the Management of Merkel Cell Carcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plastic and reconstructive surgery Global open* [Internet]. 2024;12(4):e5760. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38645636/>
2. Zhu G, Xie L, Hu X. Imaging of Merkel cell carcinoma of the eyelid: A case report. *Oncology Letters*. 2024 Jan 23;27(3).
3. Herbert HM, Sun MT, Selva D, Fernando B, Saleh GM, Beaconsfield M, et al. Merkel Cell Carcinoma of the Eyelid. *JAMA Ophthalmology*. 2014 Feb 1;132(2):197.
4. Coulibaly K, Anajar S, Othman E, Hajjij Amal, Slimani F. Merkel Cell Carcinoma of the Upper Eyelid: A Case Report and Review of the Literature. *Clinical Medical Reviews and Case Reports* [Internet]. 2022 Sep 30 [cited 2025 May 31];9(9). Available from: <https://clinicalmedjournals.org/articles/cmrcr/clinical-medical-reviews-and-case-reports-cmrcr-9-404.php?jid=cmrcr>
5. Riesco B, N. Cárdenas, V. Sáez, Torres G, Gallegos I, J. Dassori, et al. Carcinoma palpebral de células de Merkel.: Serie de 5 casos y revisión de la literatura. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología* [Internet]. 2016 [cited 2025 May 31];91(2):56–64. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5345342>
6. North VS, Habib LA, Yoon MK. Merkel cell carcinoma of the eyelid: A review. *Survey of Ophthalmology* [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 18];64(5):659–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30871952/>
7. Grasseti L, Bottoni M, Matteo Torresetti, Benedetto GD. Merkel Cell Carcinoma of the Upper Eyelid: When Reconstruction Becomes a Challenge. *Archives of Plastic Surgery* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2025 May 31];42(02):257–9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4366717/>
8. Clark JR, Veness MJ, Gilbert R, O'Brien CJ, Gullane P. Merkel cell carcinoma of the head and neck: Is adjuvant radiotherapy necessary? *Head & neck*. 2007 Jan 1;29(3):249–57.