su incidencia sigue siendo baja en nuestro medio, en los últimos años se ha detectado un aumento del número de casos diagnosticados tanto de donovanosis como de otras ETS propias de zonas tropicales, como el chancroide y el linfogranuloma venéreo (4). Este aumento discreto de su incidencia en España está relacionado, probablemente, con la inmigración creciente de sujetos africanos de raza negra y con la disponibilidad de mejores métodos de diagnóstico. Aportamos un nuevo caso de donovanosis diagnosticado recientemente en nuestro servicio.

Varón de 30 años de edad de origen africano que reside en nuestro país desde hace varios meses por motivos laborales. El paciente acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por la aparición hace 2 semanas de una lesión en el pene, que se había transformado rápidamente en una pequeña úlcera sangrante pero indolora. No refería secreción uretral ni otros síntomas locales o sistémicos. En el interrogatorio el paciente reconoció mantener relaciones sexuales irregulares con uso esporádico de preservativo. Carecía de antecedentes médicos de interés.

En la exploración clínica se observaba una pequeña úlcera indolora de color rojo carnosos en el prepucio, con bordes bien definidos y agudos. La úlcera tenía una base limpia, friable y no indurada (Fig. 1). En el examen físico no se detectaron otras lesiones mucocutáneas, linfadenopatías regionales ni organomegalías. El paciente estaba afebril y tenía buen estado general.

Se realizó frotis de la base ulcerosa para tinciones de Gram, Giemsa y Wright. También se solicitaron cultivos virales y bacterianos, microscopía de campo oscuro y serología para VIH, lúes y hepatitis. Los resultados de estas pruebas de laboratorio confirmaron el diagnóstico de donovanosis con la visualización directa de los cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos por tinción bipolar (cuerpos de Donovan) en las muestras tomadas del borde ulceroso. El resto de los resultados fueron normales o negativos, descartando su coexistencia con otras enfermedades venéreas. Se pautó tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol vía oral 160-800 mg cada 12 horas durante 3 semanas, con el que se obtuvo una remisión completa de la lesión genital al cabo de 2 semanas.

Hemos considerado interesante la presentación de este nuevo caso de donovanosis ya que su descripción ilustra los principales hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos que caracterizan a esta entidad y que permiten diferenciarla de otras ETS 5-7. Por otra parte, creemos que esta nueva circunstancia epidemiológica obliga a los médicos de nuestro medio a una mayor familiaridad y conocimiento de esta enfermedad

Fig. 1. El aspecto clínico de la lesión genital corresponde a una úlcera con un fondo limpio, granulomatoso, friable y color rojo vivo. Los bordes están perfectamente definidos.

venérea crónica y progresivamente destructiva, a fin de evitar graves problemas terapéuticos por falta de un diagnóstico correcto y precoz.

A. I. Bernal Ruiz, A. González Ruiz, C. Gutiérrez Rodríguez, M. García Muñoz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Valladolid

1. Dekoven J, Shier M. Granuloma inguinale: three cases diagnosed in Toronto, Canada. *Int J Dermatol* 1992; 31: 696-699.
2. Rosen T, Tschen JA, Ramsdell W, Moore J, Markham B. Granuloma inguinale. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11: 433-437.
3. García Pérez A, Fernández Pascual JS, Muñoz I, Fernández Contioso JA. Granuloma inguinale. Un caso autóctono en Andalucía occidental. *Actas Dermo-Sif* 1981; 72: 577-580.
4. Peña Blanco M, Moreno JA, Mazuecos J, Camacho F. Donovanosis: a propósito de un caso no autóctono en Sevilla. *Actas Dermo-Sif* 1994; 85: 417-419.
5. Richens J. The diagnosis and treatment of donovanosis (Granuloma inguinale). *Genitourin Med* 1991; 67: 441-452.
6. Kharsany ABM, Hoosen AA, Kiepiela P, Naicker T, Sturm AW. Growth and cultural characteristics of *Calymatobacterium granulomatis*: the etiological agent of Granuloma inguinale (Donovanosis). *J Med Microbiol* 1997; 46: 579-585.
7. Hart G. Donovanosis. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 24-32.

Carcinoma de células de Merkel en ganglio linfático sin evidencia de tumor cutáneo

Sr Director:

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino poco frecuente. Se ha sugerido por estudios de microscopía electrónica que deriva de las células de Merkel (1) (que forman parte de los mecanorreceptores de la piel), pero su origen no ha sido definitivamente probado. Habitualmente se localiza en la dermis de áreas fotoexpuestas de cabeza y cuello (2,3). El 10% de los casos se presenta con afectación ganglionar sincrónica o metacrónica (3). Es un tumor muy agresivo con una tasa de mortalidad del 22-47%.

El hallazgo de CCM en un ganglio linfático en ausencia de lesión primaria es muy raro y es difícil de explicar (4). Se presenta el caso de un paciente con afectación ganglionar inguinal sin evidencia de tumor cutáneo.

Varón de 63 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hepatopatía crónica secundaria a virus B, posible espondiloartropatía seronegativa, y posible enfermedad de Paget diagnosticadas hace 2 años. Consulta por adenopatía inguinal derecha de 1 año de evolución, indolora.

Se realizó exéresis de la adenopatía. El examen anatómico-patológico macroscópico reveló una adenopatía de 2,5 cm de diámetro máximo de color rojo vinoso. En el examen microscópico describen una tumoración maligna con áreas de necrosis y hemorragias que presenta un patrón difuso con vasos, alrededor de los cuales se organiza en masas sólidas de células pequeñas y medianas. La cromatina es fina e hipercromática. Sin nucleolos y con elevado índice mitótico. Los bordes estaban afectados. Se informó como Carcinoma indiferenciado de célula pequeña, y posible tumor de Merkel. La Inmuno-histoquímica mostró enolasa positiva y cromogranina

debilmente positiva, CAM 5.2 positivo, LC negativo, con lo que se estableció el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel.

Se realizó un exhaustivo estudio de extensión que incluyó TAC toraco-abdominal y gammagrafía ósea que fue negativo para primario pulmonar o metástasis. La exploración física cuidadosa del periné fue también negativa. Con el diagnóstico de CCM en ganglio linfático sin tumor primario cutáneo se procedió a linfadenectomía que no mostró tumor residual. No se administró ningún tratamiento adyuvante. El paciente sigue libre de enfermedad a los 18 meses del diagnóstico.

La afectación nodal por carcinoma de células de Merkel sin evidencia de tumor primario cutáneo se ha comunicado en al menos 20 pacientes anteriormente en la literatura médica (5-7). En 14 ocasiones la afectación fue inguinal, en 4 axilar y en 2 submandibular. Para realizar este diagnóstico se exige que se descarte la existencia de un cáncer microcítico de pulmón o melanoma. La gammagrafía con octreotida es una buena técnica para buscar metástasis o tumor primario de más de 0,5 cm (debido a que el CCM puede tener receptores para somatostatina) (9).

Las hipótesis que han esgrimido los autores de series más largas para explicar la posible afectación ganglionar sin evidencia de tumor primario incluyen:

1. Que el tumor primario haya involucionado. De hecho están descritos casos de regresión espontánea en el CCM (8).

2. Que sea una infiltración linfocítica con folículos secundarios dentro y alrededor del CCM haciendo que parezca una metástasis ganglionar sin serlo.

3. Que el tumor primario asiente en el ganglio linfático. Nunca se han identificado células de Merkel en los ganglios linfáticos, pero el CCM podría derivar de una célula más primitiva (5).

4. Que el tumor primario haya pasado inadvertido. Dado que en la mayor parte de los casos aparece en la región inguinal y esta es un área de drenaje de zonas difíciles de observar (glúteos, área perineal, etc.).

Las recomendaciones terapéuticas para la afectación ganglionar sin primario cutáneo incluyen una linfadenectomía regional y en el caso de que se encuentre carcinoma en otra localización que el primer ganglio biopsiado, se recomienda administrar radioterapia.

A. Ruiz Casado, J. Piñeiro Parada*, M. Used Aznar**

*Unidad de Oncología Médica.*Servicio de Cirugía General.*

***Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide- Profesor Novoa-Santos. Ferrol.*

1. Trabecular carcinoma of the skin: An ultrastructural study. Tang C and Toker C. Arch Dermatol 1972; 105: 707-710.
2. Neuroendocrine (Merkel Cell) carcinoma of the skin. Its natural history, diagnosis and treatment. Hitchcock CL, Bland KI, Laney RG, Franzini D, Harris B and Copeland EM. Ann Surg 1988; 2: 201-207.
3. Merkel cell tumour: clinical behaviour and treatment. Shaw JHF and Rumball E. Br J Surg 1991; 78 (2): 138-142.
4. A review of Merkel cell carcinoma with emphasis on lymph node disease in the absence of a primary site. Straka JA and Straka MB. Am J Otolaryngol 1997; 18(1): 55-65.
5. Pilotti S, Rilke F, Bartoli C, Grisotti A. Clinicopathologic correlations of cutaneous neuroendocrine Merkel cell carcinoma. J Clin Oncol 1988; 6: 1863-1873.
6. Ferrara G, Ianniello GP, Di Vizio D, Nappi O. Lymph node Merkel cell carcinoma with no evidence of cutaneous tumor. Report of two cases. Tumori 1997; 83(5): 868-872.
7. Neuroendocrine carcinoma within lymph nodes in the absence of a primary tumor with special reference to Merkel cell carcinoma. Am J Surg Pathol 1992; 16: 658-666.
8. Yanguas I, Godat JJ, González-Guemes M, Oleaga JM, Lozano M, Soloeta R. Spontaneous regression of Merkel cell carcinoma of the skin.

Br J Dermatol 1997; 137(2): 296-298.

9. García Vicente A, Soriano Castrejón A, Alonso Farto J, Soler E, García del Castillo E. Carcinoma de células de Merkel. Utilidad de la gammagrafía con 111-DTPA-pentotido. Rev Esp Med Nucl 1999; 18(4): 287-291.

Epidemiología de los tumores broncopulmonares en un área sanitaria de Extremadura (suroeste de Extremadura)

Sr. Director:

El Carcinoma Bronquial es la neoplasia más frecuente en hombres, la 2ª en mujeres y la 3ª causa global de mortalidad. Es la primera causa de mortalidad de origen tumoral en los países industrializados y el tumor maligno que ha experimentado un mayor crecimiento a lo largo del siglo XX (1). La realidad de esta entidad en nuestro país se empezó a conocer a partir de los Registros de Cáncer en la década de los setenta (2). La evidente relación de este tumor con el extendido hábito de fumar hace necesarias campañas de educación sanitaria para el control de este factor de riesgo.

Presentamos un estudio epidemiológico retrospectivo de los Tumores Broncopulmonares (TB) diagnosticados en el área sanitaria del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, Extremadura. Se eligieron de forma aleatoria 1025 confirmaciones histológicas de TB entre los años 1978-1996. Se utilizó la clasificación de la OMS de los TB de 1981. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline que nos aportó datos sobre la epidemiología de esta entidad en nuestro medio, en otras áreas sanitarias de España y a nivel internacional.

Se recogieron los siguientes datos: tipo histológico, Nº de casos, sexo, asociación a otras lesiones tisulares. Analizamos el número de casos y el tipo histológico dividiendo en dos subgrupos el espacio de tiempo estudiado, un primer periodo entre 1978-1988 y un segundo entre 1989-1996.

Nuestros resultados son comparados con los de otros estudios realizados en nuestro país.

Así pues el C. Epidermoide fué el más frecuente en nuestro medio con 529 casos, un 51,61% y el más asociado a tejido pulmonar previamente patológico como antracosis o cicatrices. Le siguen en frecuencia el Microcítico con 172 casos un 16,78%, el Adenocarcinoma con 132 casos un 12,87%, y el C. C. Grandes con 53 casos un 5,17% (Fig 1).

En el periodo de tiempo entre 1978-1988 se registraron 215

Fig. 1. Resultados en porcentajes de los registros histológicos.