

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-pentretotido. 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

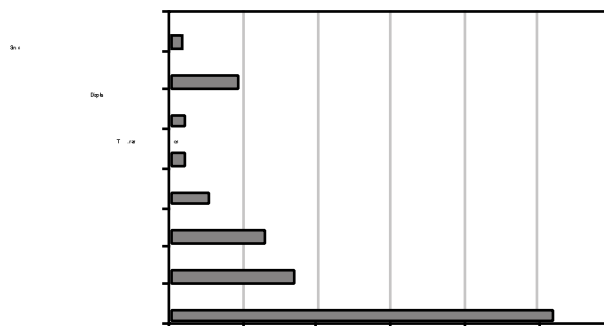


Fig. 1. Resultados en porcentajes de los registros histológicos.

TABLA I

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS TB. ÁREA SANITARIA HOSPITAL INFANTA CRISTINA. BADAJOZ

C. Epidermoide	140	65,1%	26,4%*	389	57,9%	74,6%	529	51,61%
C. Microcítico	45	20,9%	26,1%	127	18,9%	74,9%	172	16,78%
Adenocarcinoma	20	9,3%	15,1%	112	16,6%	85,9%	132	12,87%
C. Cel. Grandes	10	4,6%	18,8%	43	6,4%	81,2%	53	5,17%
Tipo Histológico	1978-1988			1989-1996			886	86,43%**

\* n° casos periodo/ % en el periodo/ % comparado entre periodos.\*\* Porcentaje restante corresponde a: tumores raros, y otros tipos histológicos menos frecuentes no representados en esta tabla.

casos de los cuales 140 fueron C. Epidermoides (65,1%), 45 Microcíticos (20,9%), 20 Adenocarcinomas (9,3%) y 10 C.C. Grandes (4,6%).

En el periodo comprendido entre 1989-1996 se registraron 389 C. Epidermoides (57,9%), 127 Microcíticos (18,9%), 112 Adenocarcinomas (16,6%) y 43 C.C. Grandes (6,4%).

En el segundo periodo se codificaron la mayoría de los casos. Así pues, el 74,6% de los C. Epidermoides, el 74,9% de los Microcíticos, el 85,9% de los Adenocarcinomas y el 81,2% de los C.C. Grandes se diagnosticaron en dicho periodo (Tabla 1).

El número de casos en hombres fue de 973 un 94,92%, por 52 casos en mujeres un 5,08%.

En este sexo los más frecuentes son el Epidermoide y Adenocarcinoma con 14 casos cada uno, encontrándose además en ellas una mayor frecuencia relativa de tumores raros con 6 un 11,5% por 8 casos en hombres un 0,82% y un aumento en el número de casos desde 1988 con 36 casos, un 69,2%.

Comentar a modo de conclusiones como la confirmación histológica de carcinoma bronquial en nuestro medio fue del 98,82% superior a la publicada en Menorca entre los años 1990-1993 que fue de un 78% (1). En cambio sin clasificar (información positiva para malignidad pero no especificado el tipo histológico dentro de los de la clasificación de la OMS) se hallaron un 9,38% porcentaje ligeramente superior al encontrado en Gipuzkoa en un estudio entre 1983-1992 que fue del 8,2% (2) y muy superior a los recogidos en registros suizos y estadounidenses que están en torno a un 2% (2).

Sin confirmación histológica (informado como negativo para malignidad) un 1,18%. Estos dos datos (no clasificados y no confirmados histológicamente) podrían ser considerados en un futuro como parámetros de control de calidad (2).

El C. Epidermoide fue el más frecuente en nuestro registro, seguido del Microcítico, del Adenocarcinoma y del C.C. Grandes. Este orden de frecuencia se mantenía en los dos periodos de tiempo estudiados, pero puede observarse como existe un ligero descenso en el porcentaje de C. Epidermoides y Microcíticos en el segundo periodo en favor del Adenocarcinoma y del C.C. Grandes. En este segundo periodo se recogieron algo más de dos terce-

ras partes del total de casos (671 casos, por 215 del primero).

El carcinoma bronquial es muy superior a los T. Benignos y a los metastásicos (sólo un 1,65%). La proporción hombre/mujer es 18/1 muy superior a la encontrada en Gipuzkoa 9,6/1 (2), Murcia 8/1 (3). Podemos suponer un cambio en el hábito de fumar en la mujer extremeña, pues a partir de 1988 se recogen 36 casos un 69,2% del total recogidos y compartimos la opinión de que seguirá en aumento como se expone en un estudio sobre la incidencia de carcinoma bronquial en Cáceres (4). Este incremento fue cronológicamente tardío comparado con otras áreas como Menorca que se registró entre 1980-1984 (1).

El número de TB raros registrados fueron 14 casos un 1,36%, siendo el Carcinoma y el Carcinosarcoma los más frecuentes, similares a estudios realizados en otras áreas españolas (1-6).

**J.M. Romero Requena, J.M<sup>a</sup>. Calvo Romero, J.L. Ramos Salado, J.C. Arévalo Lorido, P. Bureo Dacal, M. Pérez Miranda**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.*

1. Seguí Diaz M, Alegre Vals J, Torrent Quetglas M. Cáncer de pulmón en la isla de Menorca (1990-1993). *Gac Sanit* 1996; 10: 169-173.
2. Rezola Solaun R, Sanzo Ollakarizketa JM. Incidencia, tendencia y supervivencia del cáncer de pulmón, por tipo histológico, en Gipuzkoa (1983-1992). *Rev Clin Esp* 1999; 199: 208-214.
3. Navarro C, Perez Flores D, Coleman MP. Cancer incidence in Murcia, Spain, in 1982: first results from a population based cancer registry. *Int J Cancer* 1986; 38 (1): 1-7.
4. Sanchez de Cos J, Palomo L, Masa JF, Disdier C, Sojo MA, Hernandez Valle M. Incidencia de carcinoma broncopulmonar en la provincia de Cáceres. *Gac Sanit* 1997; 11 (1): 43-44.
5. Scavuzzo Archilla H, del Cazo Cativiella J, Akataituri Bengoechea G, Anton Quintano C, Indurain Sadaba J. El carcinoma bronquial en el Área de Salud de Estella. *An Med Interna (Madrid)* 1993; 10: 433-437.
6. Feliu J, Gonzalez Baron M, Berrocal A, Baron Saura JM, Artal A, Garrido P, et al. Cáncer de pulmón en enfermos menores de 40 años: