

García Teruel, MP.; Garre Alcazar, MC.; Guirao Molina, FH; Hernández Ros, MI; Jiménez Díaz, S; Madrid Gómez de Mercado, MD; Martínez-Espejo Cerezo, A.; Martínez Gómez, A.; Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier

INTRODUCCION.

El melanoma es un tumor maligno procedente de los melanocitos, cuya localización más frecuente es la piel (95%); sin embargo, también puede encontrarse en superficies mucosas (oral, digestiva, genital...), retina o meninges.

El melanoma cutáneo es el décimo cáncer más frecuente en España (2,4%). En contraste, los melanomas de mucosa son raros y representan solo el 1,4% de todos los melanomas. Los melanomas mucosos, en especial los del tracto genital, son más frecuentes en mujeres, mientras que los extragenitales se distribuyen por igual entre ambos sexos.

El melanoma vulvovaginal es un tumor poco frecuente, pues representa el 3-5% de los cánceres vulvo-vaginales. De estos, la localización predominante es la vulva, siendo rara la afectación vaginal (menos del 1% de todos los melanomas y alrededor del 5% de los tumores malignos de vagina). La mayoría aparecen de novo, pero puede que surjan a partir de un nevus de la unión dermo-epidérmica preexistente.

Ocurre con mayor frecuencia en mujeres blancas postmenopáusicas de edad avanzada, localizándose en el tercio medio o inferior de la pared anterior de la vagina. Los síntomas más frecuentes son el sangrado vaginal anormal, la presencia de masa palpable, el dolor y la secreción vaginal.

CASO CLINICO.

Paciente de 84 años que acudió a urgencias por metrorragia persistente de 2-3 meses de evolución, no acompañada de otra sintomatología.

Exploración ginecológica: Cistocele de II grado. Vagina atrófica con lesión excrecente, exofítica, friable y sangrante al contacto en cara lateral izquierda de vagina, de unos 2cm. Se toma biopsia de la lesión y endometrial.

Ecografía: Útero en anteversión, endometrio lineal. Mioma subseroso en fondo de 54x38mm. No se visualizan ovarios. No líquido libre.

Anatomía patológica:

Biopsia de vagina "cara lateral izquierda" con proliferación melanocítica maligna consistente con MELANOMA.

Estudio inmunohistoquímico: CK7 y CK20: Negativas. BRAF: Negativo **p16, S-100, Sox10, Melan A, Melanosoma/HMB45: Positivos**

Biopsia endometrial con abundante material mucosoide y aislada tira superficial y sin estroma de ENDOMETRIO de patrón ATRÓFICO

Dermatología:

En la exploración encuentra menos de diez nevus melanocíticos sin signos clínicos ni dermatoscópicos de malignidad o atipias. Se hallan dos lesiones pequeñas que impresionan de carcinoma basocelular, en cuello y espalda, que se confirma con estudio anatomopatológico.

PET-TC. Estudio PET-TAC sugestivo de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG en lesión con AP de melanoma en pared lateral izquierda de vagina. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica con afinidad por la 18F-FDG en el resto del estudio

Comité de tumores: En comité de tumores ginecológicos y de melanomas, se decide resección de lesión con margen amplio (1 cm) + BSGC.

Intervención: Exéresis de la lesión +BSGC inguinal izquierda. Exéresis de lesiones dermatológicas, en cuello y espalda.

Anatomía patológica:

Ganglio centinela (BSGC) procedente de ingle izquierda **NEGATIVO para metástasis ganglionar.**

Exéresis procedente de vagina que muestra un **MELANOMA NODULAR VARIANTE EPITELIOIDE**, estadio patológico **pT4bN0Mx**, que queda a 5 mm del margen lateral y a 20 mm del margen profundo

Conducta. Seguimiento semestrales por oncología médica y ginecología, por estadio, cirugía R0, edad, comorbilidad y N0.

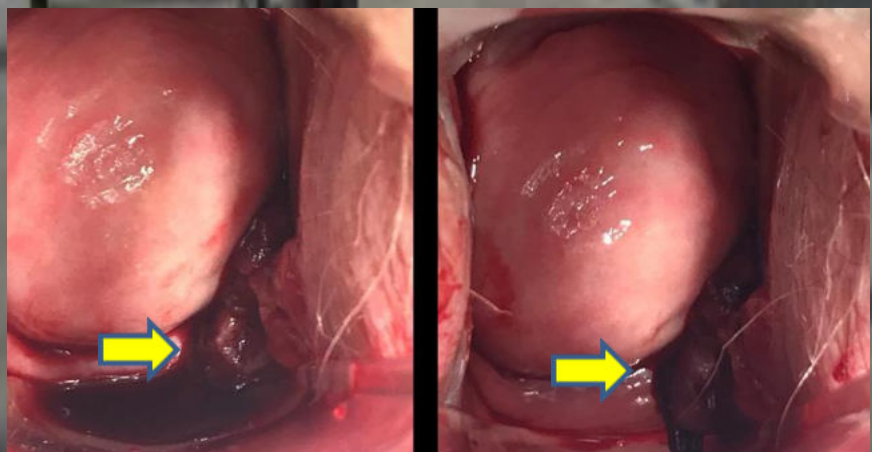


Figura 1. Lesión exofítica y friable en cara lateral izquierda de vagina.

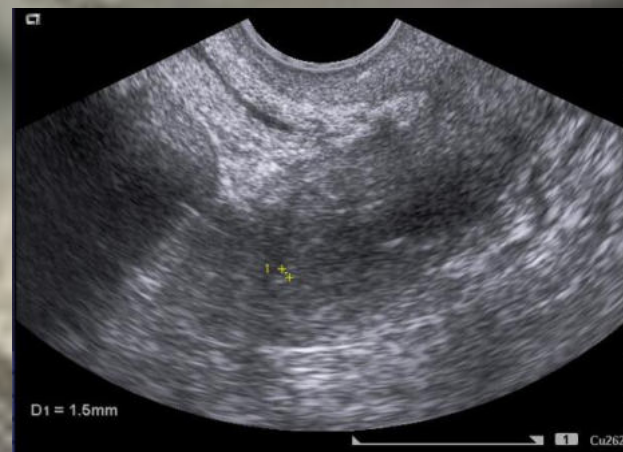
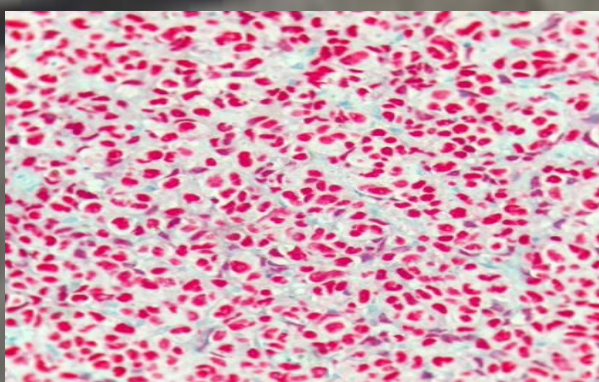
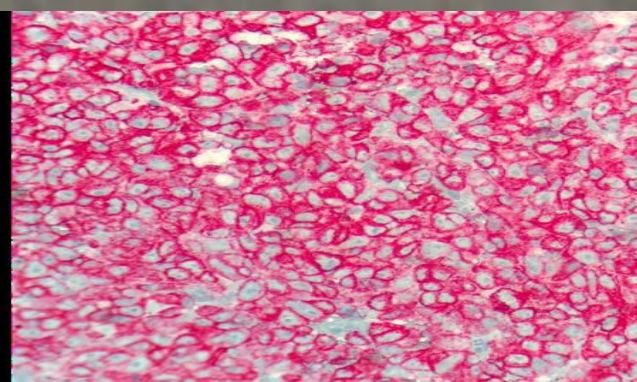


Figura 2. Útero

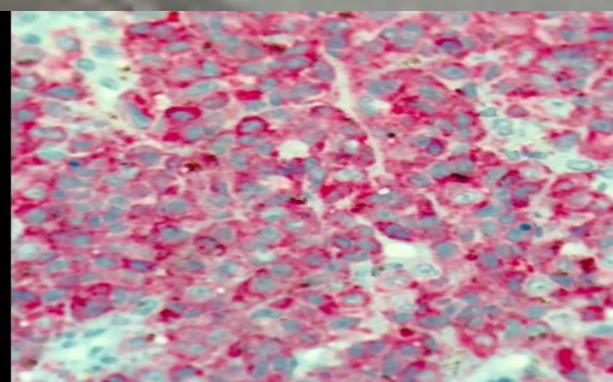
Figura 3 :Inmunohistoquímica positiva para los marcadores melánicos:



SOX10 +



Melanosoma/HMB45 +



Melan A +

CONCLUSIONES:

- El melanoma de vagina es un tumor poco frecuente: <1% de todos los melanomas y alrededor del 5% de los tumores malignos de vagina.
- Ocurre con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas de edad avanzada y su síntoma más frecuente es el sangrado vaginal.
- Su diagnóstico es difícil por su ubicación anatómica oculta, por lo que suele ser tardío y en fases avanzadas. El diagnóstico definitivo lo da la biopsia.
- El tratamiento dependerá de su origen: primario, en el que se realizaría escisión local amplia y estudio de los ganglios linfáticos; o metastásico, cuyo tratamiento es paliativo.
- El pronóstico es malo, con una supervivencia a los 5 años menor al 20%.