

# MELANOMA DE VAGINA

## RESUMEN

Se reporta un caso de melanoma de vagina, de rara presentación, diagnosticado y tratado en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Se describe la edad de aparición, antecedente ginecológico, clínica, localización, histología, estudios de extensión, tratamiento y evolución.

**PALABRAS CLAVE:** Melanoma de vagina, Cáncer ginecológico

## ABSTRACT

A case of melanoma of the vagina, of rare presentation, diagnosed and treated at Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, EsSalud is presented. Age at occurrence, gynecological history, symptoms, localization, histology, extension studies, treatment and evolution are described.

**KEY WORDS:** Melanoma of vagina, gynecological cancer

## INTRODUCCIÓN

Los melanomas de vagina representan 1 a 2% de los cánceres del área ginecológica, 1,6% de los melanomas genitales en mujeres<sup>(1,2,5)</sup>, 3% de los cánceres vaginales y 0,3 a 1% de todos los melanomas malignos. Hay menos de 250 casos encontrados en la literatura. La información es limitada, no solo por las pocas series y casos reportados, sino por insufi-

ciente información sobre la patología. Mientras el melanoma vulvar ocurre frecuentemente en el labio menor, seguido de la uretra, clítoris e introito<sup>(1,4)</sup>, el melanoma maligno primario de vagina ocurre en el tercio distal (58%) y en la pared anterior (45%) de la vagina<sup>(4,5)</sup>, entre la sexta y séptima décadas de la vida, siendo los síntomas más comunes el sangrado vaginal, tumoración palpable y flujo vaginal.

Aunque, generalmente, el melanoma está limitado a la vagina, al diagnóstico es frecuente ver recurrencia local en nódulos inguinales e iliacos, en pulmón, cerebro, hígado y huesos.

El tratamiento consiste en extirpación local o cirugía radical, irradiación y quimioterapia<sup>(3,4,7)</sup>.

Claudia Urbina-Álvarez,  
Carlos León-Nakamura,  
Alejandro Yábar-Berrocal

*Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52(4):65-67

Recibido 17 de julio de 2006.

Aceptado para publicación 25 de noviembre de 2006.

Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.

El pronóstico es muy pobre, con una sobrevida a 5 años de 8,4%, con tratamiento primario quirúrgico y radioterapia adyuvante y quimioterapia<sup>(4,6)</sup>.

Describimos un caso de melanoma de vagina diagnosticado y tratado por nosotros, por su rara presentación, y se revisa la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años, natural de Quillabamba, procedente de Jesús María. Tenía como antecedente de importancia diabetes mellitus, diagnosticada a los 60 años, hipertensión por 15 años, histerectomía vaginal hacía 30 años por prolapso uterino, G6P6, última menstruación hacía 32 años. Acudió por presentar sangrado vaginal de 2 meses de evolu-



ción y sensación de bulto en la vagina. Al examen clínico se encontró presión arterial 130/70 mmHg, pulso 80 por minuto, temperatura 36,6°C.

En piel se observó tres nevi en dorso derecho, lesiones hiperqueratóticas de 0,5 a 1 cm, ovoides, en el lado derecho del área suprapúbica. En genitales, en el tercio externo parauretral izquierdo una lesión cicatrizada de 2 cm por biopsia y una lesión de 1 cm nevus móvil en tercio medio lateral izquierdo; la cúpula era normal, no había tumores pélvicos ni ganglios inguinales palpables.

Se le realizó biopsia de tejido perineal, diagnosticado el 29 de agosto de 2002 como melanoma maligno melanocítico primario del área vulvovaginal (Figura 1).

Proctoscopia el 17/2/02 normal, hasta los 10 cm, CEA 4,04 mg/mL, AFP 1,54 ng/mL, Ca 125 12,98 ng/mL. Se practicó linfadenectomía inguinocrural y vaginectomía extraperitoneal, hallándose múltiples ganglios en la cadena inguinal izquierda, ganglios de color negruzco. Fue dada de alta a los 12 días.

El resultado de anatomía patológica fue melanoma ulcerado residual, borde quirúrgico libre, ganglios linfáticos izquierdos 2/10 positivos y ganglios linfáticos derechos 1/55 positivos para neoplasia maligna (19/9/02) (Figuras 1 y 2).

En los estudios realizados, el Papanicolaou fue positivo a células tumorales, anticuerpos a *Treponema pallidum* positivos.

Recibió complementariamente telecobalto 60 paliativo, 35GY / 14, FR/250 ciclo.

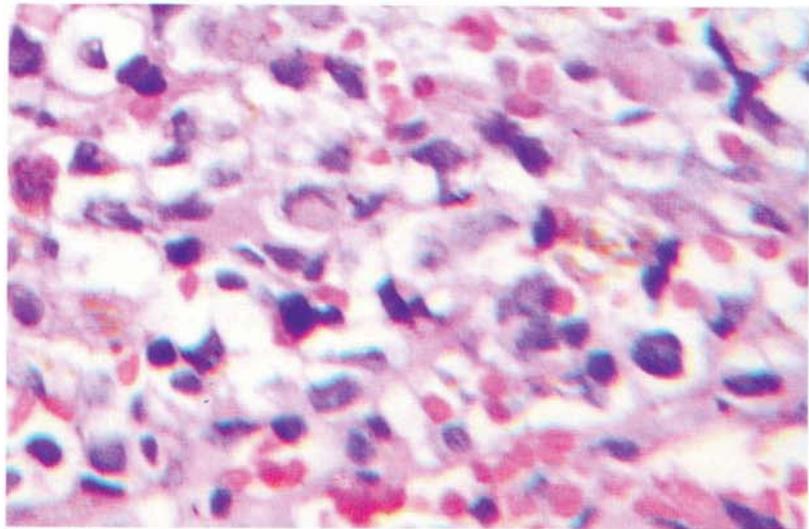


Figura 1. Biopsia de tejido perineal, que muestra melanoma maligno melanocítico primario del área vulvovaginal.

El 1/7/03 se practicó uretrectomía parcial por melanoma maligno en uretra, de 4 mm de profundidad, márgenes libres, respuesta linfoide leve. En julio 2003, melanoma *in situ* en labios mayor y menor derechos, márgenes libres. El 16/9/03 se observa en pared lateral izquierda lesión azulada oscura de implantación sesil, 1 x 0,8 cm a 3 cm del introito vaginal, no se pal-

pa ganglios. El 27/9/03, en tomografía axial computarizada se ve imágenes redondeadas en forma de conglomerado y adenopatías de la cadena iliaca izquierda. Recibió 6 cursos de quimioterapia consistente en cisplatino 20 mg, vimblastina 1,8 mg. El 31/3/04 recibió gabapentina e interferón 9 millones UI 3 v/semana. El 24 de abril de 2004 presentó lesiones líticas en hús-

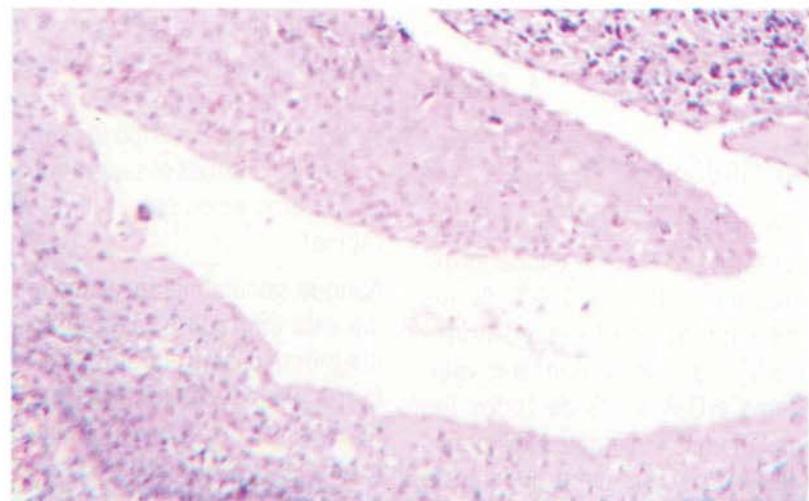


Figura 2. La fotografía muestra células neoplásicas que infiltran la superficie de la vagina, desde la submucosa y la ulceran (10X).



mero derecho y el 31/5/04, metástasis a la columna. El 2/6/04 hizo crisis hipertensiva, accidente cerebrovascular y metástasis cerebral, encefalopatía múltiple, sepsis IRC; la TAC no mostraba metástasis. La mujer falleció el 3/6/04, a los 22 meses de realizado el diagnóstico.

## DISCUSIÓN

El melanoma maligno vaginal es un cáncer muy raro, menos de 250 casos han sido reportados en la literatura<sup>(1,2)</sup>. La neoplasia es más agresiva, en comparación con los melanomas cutáneos y muestra alta recurrencia y metástasis. Se ha informado sobre la asociación de melanomas y melanosis en diversas localizaciones mucosas, que incluyen boca, esófago, conjuntiva, mucosa nasal, uretra, vejiga, vulva, cérvix, vagina<sup>(1-3)</sup>. Tienen mejor sobrevida los pacientes con índice mitótico bajo (< 6 por 10 campos) que los de alto conteo mitótico (21 vs. 7 meses) y los de cánceres de menos de 3 cm que los de más de 3 cm; la sobrevida a los 5 años con cirugía es de 5 a 10%. La cirugía muestra un mejor control lo-

cal del tumor y mejor respuesta a la radioterapia<sup>(4,5)</sup>.

La radioterapia es indicada a pacientes con alergia a la anestesia quirúrgica y en tumores menores de 3 cm. Luego de la cirugía, se indica 400 cGY por fracción, con un total de 40 a 60 GY, lo que ha mostrado una alta respuesta<sup>(1)</sup>. La administración de interferón alfa (IFN $\alpha$ ) ofrece beneficios a pacientes con riesgo alto. La IL-2 y la vacunoterapia son otras opciones terapéuticas<sup>(2,4)</sup>.

En caso de recurrencia y metástasis cutánea, se emplea drogas antineoplásicas –dacarbazina, nitrosureas, alcaloides vinca, bleomicina, platino y taxanos–, con rango de respuesta mínimo, de 15 a 20%<sup>(5)</sup>.

Chung y Ariel, en una serie de 19 de 48 casos que requirieron extirpación radical de vagina y disección de ganglios linfáticos, defendieron el tratamiento quirúrgico.

La sobrevida a 5 años de los melanomas cutáneos es 88%, para malignidades epiteliales vaginales, 42%, lo que se compara con solo 10% para el melanoma vaginal<sup>(5)</sup>.

El estadio de presentación es el principal factor pronóstico. La sobrevida en pacientes con metástasis a distancia es corta, menor de 14 meses en la mayoría de casos<sup>(6)</sup>. La quimioterapia es beneficiosa en el melanoma vulvovaginal avanzado. Con enfermedad ganglionar negativa, el pronóstico es negativo, pero ensombrece al estadio clínico la presencia de ulceración de la lesión primaria<sup>(8)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Signorelli M, Lissoni A, Garbi A. Primary malignant vaginal melanoma treatment with adriamycin and ifosfamide: A case report and literature review. *Gynecol Oncol.* 2005;97:700-3.
2. Moodley M, Daya M, Moodley J. Vaginal malignant melanoma: a case report and literature review. *Int Gynecol Cancer.* 2004; 14:687-9.
3. Kim H, Jung CE, Lee EH, Kang SW. Magnetic resonance imaging of vaginal malignant melanoma. *J Comp Assist Tomogr.* 2003;27(3):357-60.
4. Gokaslan H, Sismanoglu A, Pekin T. Primary malignant melanoma of the vagina: a case report and review of the treatment options. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;121:243-8.
5. Gupta D, Malpica A. Vaginal melanoma. *Am J Surg Pathology.* 2002;26(11):1430-57.
6. Mandy S, Harting B, Kim K. Biochemo therapy in patients with advanced vulvovaginal mucosal melanoma. *Melanoma Res.* 2004;14:517-20.
7. Oguri H, Izumiya C, Maeda N. A primary amelanotic melanoma of de vagina, diagnosed by immunohistochemical staining with HMB-45, which recurred as a pigmented melanoma. *J Clin Pathol.* 2004;57: 986-8.
8. López M, Ocampo J. Melanoma de vulva; informe de 10 casos y revisión de la literatura. *Rev Instit Cancerología.* 1998; 44(4):184-8.