

MELANOMA VAGINAL

de Llera Duarte M.A., Romo de los Reyes J.M., Gasca Collado M.I., Salazar Olivares I. Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Virgen de Valme.

OBJETIVOS

El melanoma genital es un tumor raro que debe tenerse siempre en cuenta ante la aparición de una lesión pigmentada en la vulva en una paciente de edad avanzada o incluso sin lesión aparente, ante un prurito persistente y rebelde a los tratamientos habituales. El diagnóstico suele ser tardío (la biopsia orienta al mismo). El abordaje debe ser multidisciplinario (ginecología-oncología).

Es la segunda neoplasia maligna de vulva más frecuente representando el 9% de los tumores malignos vulvares. Su frecuencia es mayor en la raza blanca y en la 6.^a-7.^a década de la vida. Puede haber cierta predisposición familiar. Se localiza más frecuentemente que el carcinoma escamoso a nivel de labios menores y clítoris. Se manifiestan clínicamente por prurito, sangrado o bien aumento de tamaño de un nevus ya existente. En ocasiones, al ser una patología cuyo diagnóstico es tardío, en el momento del mismo puede existir afectación de vagina y uretra por extensión directa.

CONCLUSIONES

Se trata de un tumor de muy baja frecuencia pero a tener en cuenta en pacientes también de corta edad. Su diagnóstico suele ser tardío. La extensión puede ser bien vía linfática (ganglios linfáticos locales) o sanguínea (pulmón, cerebro, tracto gastrointestinal).

La extensión local y la afectación de los ganglios linfáticos son los factores pronósticos más importantes en lo que a la supervivencia de la paciente se refiere. El abordaje de esta patología debe ser multidisciplinario (diagnóstico-tratamiento oncológico y reconstrucción cuando esté indicada).

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años que consulta por nódulo en genitales.

Exploración: tumoración pediculada violácea de 2 cm en tercio externo de vagina que se reseca.

Anatomía Patológica: Melanoma Nodular Infiltrante ulcerado y pigmentado de vagina con bordes quirúrgicos afectos.

Ampliación de márgenes y BSGC inguinal derecho. Medicina Nuclear infiltra subdérmica y peritumoral, mediante radioisótopo (99mTc), pasadas 2 horas de la inyección del radiotrazador, se observa la aparición de un ganglio centinela en la región inguinal derecha que se marca adecuadamente y drena posteriormente a ambas iliacas externas. Localizado mediante gamma sonda, se envía intraoperatoria, siendo éste negativo para metástasis. Estadío IIC FIGO. No precisa tratamiento posterior al quirúrgico.

