

Melanoma vulvar: a propósito de un caso

María Delgado Gálvez, Marta de la Peña Rodríguez Medina, Rubén Herrera Recio
Hospital Comarcal Axarquía

- Presentamos un caso de melanoma vulvar en una paciente de 78 años que a pesar de presentar picor genital intenso demoró la atención médica por pudor con el consiguiente diagnóstico tardío de dicho tumor ya avanzado en el momento de la valoración inicial. Sin antecedentes personales ginecológicos de interés tras tres meses de intenso picor genital decide consultar. Cuando valoramos a la enferma ésta presenta una lesión fundamentalmente excrecente y no hiperpigmentada de unos 4cm aproximadamente en zona izquierda de clítoris con bordes necróticos y zonas erosivas (véase foto).
- Se procedió a biopsiar lesión y el resultado fue "melanoma maligno Nivel 3 de Clark". En el estudio de extensión con TC toracoabdominal sólo se evidenció adenopatía inguinal izquierda patológica. Se realizó vulvectomy radical y linfadenectomía inguinal bilateral sin complicaciones quirúrgicas posteriores. El estadio final resultó ser IIIC (pT4b pN2b). Se inició inmunoterapia que poco después tuvo que ser abandonada por no tolerancia. En el PET TAC realizado a los 2 meses postintervención la paciente presentaba recidiva en forma de adenopatías sospechosas y a los 3 meses nueva zona de ulceración genital sobre zona conglomerada de unos 7cm sangrante al roce. Finalmente se optó por radioterapia paliativa.
- En ocasiones las mujeres de edad avanzada demoran la atención médica por vergüenza cuando presentan una lesión genital o síntoma en este área lo cual influye de manera negativa para la curación de procesos neoplásicos como el nuestro donde el pronóstico depende del tamaño y del grado de invasión tumoral siendo peor cuando ya presentan ulceración, metástasis ganglionares, extensión a uretra/vagina...
- El melanoma vulvar es el 2º tumor maligno más frecuente (8%) en dicha zona. Como en nuestro caso las áreas más frecuentes de afectación son clítoris y labios menores. Resulta imperativo realizar una biopsia de cualquier lesión sospechosa. Se suele manifestar como lesión pruriginosa, sangrado o aumento del tamaño de un nevus previo. Se clasifican según extensión/tamaño tumoral siguiendo los niveles de Clark o el índice Breslow. La mayoría de las recidivas son locorregionales y en un 75% de las veces se da durante los dos primeros años. El abordaje debe ser multidisciplinario ya que en el tratamiento precisaremos de cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o inmunoterapia valorando cada caso de manera individualizada.

