

María Pineda Mateo, Ana Redondo Villatoro, Jara Gallardo Martínez, Fatima Palomo Rodríguez, Manuel Pantoja Garrido, Inmaculada Rodriguez Jimenez

Introducción

El carcinoma vulvar es la cuarta neoplasia maligna ginecológica más frecuente, siendo el carcinoma de células escamosas el subtipo más frecuente seguido del carcinoma basocelular (CBC) y el melanoma vulvar.

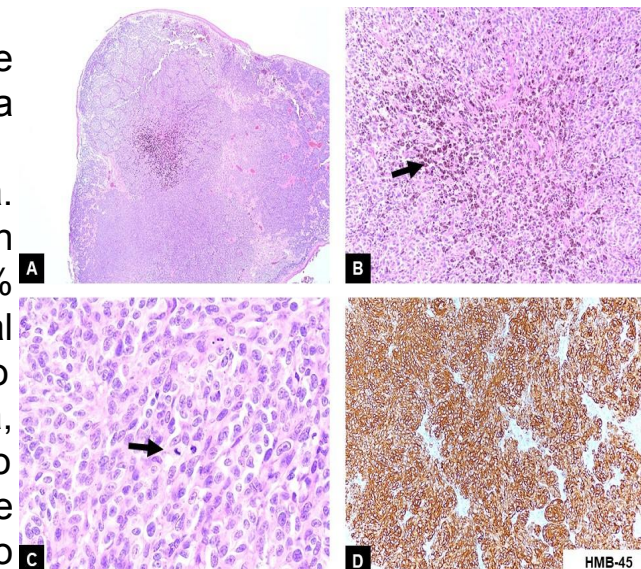
El melanoma vulvar tiene una baja incidencia y suele afectar a mujeres en las últimas décadas de la vida. Se han descrito tres subtipos histológicos, que por orden decreciente de frecuencia son: de extensión superficial, nodular y lentiginoso. El diagnóstico del tumor suele ser tardío y aproximadamente el 32% presenta metástasis en el momento del diagnóstico. La resección quirúrgica es el tratamiento fundamental consiguiendo márgenes quirúrgicos de entre 0.5 a 2 cm en función del índice de Breslow. Además, cuando se evidencia una invasión superior de 1 mm de profundidad y ante la ausencia de afectación metastásica, está indicado realizar biopsia selectiva de ganglio linfático centinela inguinal. Actualmente el tratamiento médico se encuentra en permanente avance, consiguiendo resultados más prometedores en casos de progresión de enfermedad. La baja frecuencia del tumor y el diagnóstico tardío en la mayoría de los casos lo convierte en una lesión con mal pronóstico y tendencia a la recidiva.

Caso clínico

Mujer de 47 años que consulta por presentar una lesión pigmentada a nivel de horquilla vulvar de años de evolución. Se decidió su exéresis quirúrgica, cuyo resultados anatomopatológico informó de un melanoma nodular y polipoideo con Breslow de 4 mm y focos múltiples de melanoma intraepidérmico con patrón lentiginoso/ de extensión superficial, la biopsia de ganglio centinela (BSGC) derecho fue negativa y los bordes de resección libres. Al año se diagnóstico de metástasis inguinales izquierdas y pulmonares. Actualmente la paciente está en tratamiento por oncología médica y forma parte de un ensayo clínico para pacientes con melanoma estadio IV con inmunoterapia, sin signos de recidiva local y con respuesta parcial de la progresión de la enfermedad

Conclusiones

A pesar de su baja frecuencia es una entidad a tener en cuenta en pacientes de edad avanzada, para lograr un manejo precoz por parte de un equipo multidisciplinar.



A) A poco aumento podemos observar la característica configuración polipoide de la lesión y su ulceración en superficie (HE,2x). B) A mayor aumento apreciamos abundante pigmento melánico (flecha) acompañando a la población tumoral (HE,10x). C) En esta otra imagen podemos observar con gran detalle que el tumor está compuesto por melanocitos de hábito epiteliode con atipia y nucleólo evidente. Además, en este campo de gran aumento, se advierten dos figuras de mitosis (flecha) (HE,40x). D) Por último, la lesión presenta inmunorreacción positiva intensa para HMB-45 (HMB-45,10x).