

## CASOS CLÍNICOS

# Melanoma de vagina en una mujer de 94 años de edad

M.E. Prada, R. Fernández Martínez\*, M. Argüelles\*\*, R. Núñez, J. García Huelmo y J.L. Solís

Servicios de Ginecología y Obstetricia y Anatomía Patológica. Sección de Oncología Médica. Hospital de Cabuenes. Gijón. Asturias. España.

### SUMMARY

Primary melanoma of the vagina is an exceptionally rare tumor with a poor prognosis. It was first described by Paroma in 1897 and to date only about 2000 cases have been published in the medical literature. The most frequent localization is in the proximal third and the anterior wall of the vagina and the tumor most commonly presents as bleeding. Consensus on the optimal treatment is lacking due to the scarcity of published data and the poor results obtained independently of therapeutic management. We describe a case of primary melanoma of the vagina diagnosed in our hospital, review the literature, and evaluate the main prognostic factors and different treatment possibilities of this entity.

### INTRODUCCIÓN

El melanoma primario de la vagina es un tumor muy raro. Su incidencia es de 0,026/100.000 mujeres por año<sup>1</sup>, constituye menos del 3% de los cánceres de la vagina<sup>2</sup>, menos del 1% de los melanomas en la mujer<sup>2</sup> y es más frecuente después de la menopausia<sup>1-7</sup>.

El melanoma parece originarse a partir de los melanocitos que están presentes en la vagina y se localiza de forma más frecuente en la pared anterior y en el tercio proximal<sup>4-7</sup>. El sangrado vaginal es la forma más habitual de presentación clínica<sup>4-7</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 94 años de edad que acudió a urgencias por clínica de hemorragia vaginal escasa de varios días de evolución, no acompañada de ninguna otra sintomatología. Entre sus antecedentes destacaba que había sido apendicectomizada 20 años antes y sufría un vértigo no filiado que no precisaba tratamiento. La

paciente nunca había hecho revisiones ginecológicas. Presentaba una historia obstétrica con paridad 1.0.0.1 y la última regla había tenido lugar a los 50 años. Sometida a una exploración bajo anestesia se apreció una lesión de unos 3 cm en el tercio proximal de la pared anterior de la vagina, cerca del introito, oscura, de superficie regular y consistencia elástica, que sangraba al contacto. El resto de la exploración, incluyendo el examen detallado de la piel y el fondo de ojo, fue normal. Tampoco se hallaron adenopatías inguinales ni masas abdominales. Se realizó una biopsia-extirpación de la lesión siendo el informe anatómopatológico de melanoma maligno infiltrante con márgenes afectados y un índice de Breslow mayor de 4 mm. Los estudios de extensión incluyeron una analítica completa con pruebas de función hepática, radiografía de tórax, ecografía abdominal y ginecológica que fueron normales. En la TC de abdomen y pelvis se observaron quistes simples hepáticos, sin otras alteraciones que sugirieran metástasis y una lesión hipodensa en la vagina correspondiente a la tumoración con una pequeña colección de líquido en el fondo de saco de Douglas. Debido a la edad de la paciente y a la persistencia de la hemorragia vaginal se decidió practicar un tratamiento paliativo con radioterapia. En una unidad convencional de Co-60 se administró una dosis de 1,2 Gy en tres días consecutivos con técnica de campos opuestos, a una dosis diaria de 400 cGy. La paciente falleció 2 meses después en su domicilio a causa de un deterioro del estado general y una sobreinfección respiratoria. Al no acudir al hospital no fue posible la realización de estudios para conocer el estado de la enfermedad en ese momento y tampoco se pudo realizar la necropsia.

### DISCUSIÓN

El primer informe de melanoma primario de vagina fue realizado por Parona en 1897. Desde entonces, se han descrito poco más de 200 casos, la mayoría en forma de revisiones, y sólo hay tres publicaciones con series que incluyan más de 15 pacientes (2,3,5). La

\_\_\_\_\_  
Aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2002.

Prada ME, et al. Melanoma de vagina en una mujer de 94 años de edad

supervivencia a 5 años del melanoma de vagina es baja, oscilando entre el 5,1% en la serie de Morrow<sup>4</sup> y el 21% en la de Petru<sup>7</sup>. Además, se han descrito recurrencias a largo plazo, siendo las más frecuentes las recidivas locorregionales (60%) y las pulmonares (20%)<sup>5</sup>.

En el melanoma cutáneo los principales factores pronósticos son el espesor de la lesión medido por el índice de Breslow, el nivel de invasión y la localización anatómica de la lesión primaria. En el melanoma de vagina el único factor pronóstico conocido es el tamaño de la lesión, de manera que las lesiones menores de 3 cm se asocian a una supervivencia significativamente mejor (12 meses) que las mayores de 3 cm (41 meses)<sup>5-7</sup>. Sin embargo, la profundidad de la lesión no parece afectar de forma significativa a la supervivencia<sup>5,6</sup>, aunque esto podría deberse al pequeño número de casos publicados y a que la mayoría de las lesiones son muy profundas en el momento del diagnóstico.

No está claro por qué los melanomas de vagina se diagnostican en etapas tan avanzadas, pero es posible que al ser lesiones no visibles para las pacientes y cuyos síntomas son tardíos, el diagnóstico se retrase. Aun así, la extensión de la lesión no parece ser el único motivo de su mal pronóstico. Otra posible explicación es que la historia natural de los melanomas vaginales sea mucho más agresiva que en otras localizaciones debido a la diferente histología de las membranas mucosas que facilita un drenaje linfoscavascular temprano, con una alta incidencia de recurrencias locorregionales y a distancia.

Otros factores pronósticos, como la edad, la localización y el estadio, no influyen en la supervivencia global ni en el intervalo libre de enfermedad<sup>5</sup>.

El tratamiento óptimo del melanoma de vagina está sujeto a un intenso debate por la escasez de datos publicados, porque la mayoría de las revisiones son retrospectivas y porque, independientemente del tratamiento terapéutico, los resultados son escasos. Las posibilidades terapéuticas incluyen la cirugía local, la cirugía radical y la radioterapia. En las revisiones de Reid<sup>5</sup> y Buchanan<sup>6</sup> se indica una tendencia a una mayor supervivencia a largo plazo con cirugía radical, pero sin significación estadística, con la misma supervivencia a 2 y 5 años, independientemente del tratamiento.

Los autores que defienden la cirugía radical alegan un mejor control local de la enfermedad con disminución de las recurrencias locorregionales<sup>2,4,8,9</sup>, pero estos procedimientos son cuestionables por su alta morbilidad y porque no disminuyen las metástasis a distancia ni mejoran la supervivencia a largo plazo.

Aunque clásicamente se ha considerado el melanoma como un tumor radorresistente, en los años setenta se hicieron estudios sobre la aplicación de radioterapia en melanomas cutáneos, y se encontraron mejores porcentajes de respuesta parcial y completa cuando la radioterapia se administraba a dosis altas por fracción (400 cGy o más) en comparación con las dosis convencionales (200 cGy). La radioterapia administrada en altas dosis por fracción se ha usado también en el melanoma de vagina. Harwood y Cumming en el Princess Margaret Hospital trataron a 4 pacientes con melanoma vaginal con dosis altas de radioterapia, y obtuvieron una respuesta completa en los 4 casos<sup>10</sup>. En la serie de Irving se obtuvo un control local significativamente mejor con cirugía local asociada a radioterapia a altas dosis que el observado con cirugía local o radioterapia aisladas<sup>11</sup>.

## CONCLUSIONES

De la revisión de la bibliografía se desprende que el tamaño de la lesión es el principal factor pronóstico en el melanoma de vagina. La importancia pronóstica real del espesor de la lesión es difícil de conocer porque en el momento del diagnóstico suelen ser lesiones muy profundas. Otros factores no parecen tener influencia en la supervivencia ni en el intervalo libre de enfermedad. Ningún tratamiento ha demostrado ser mejor que otro. El tratamiento conservador con excisión local amplia consigue unos resultados superponibles a la cirugía más radical, con menos secuelas, por lo que la utilización de cirugía radical no nos parece recomendable. La radioterapia puede ser una alternativa como tratamiento radical o bien como complemento de la cirugía conservadora.

## RESUMEN

El melanoma primario de vagina es un tumor muy raro asociado a un mal pronóstico. La primera descripción la realizó Parona en 1897 y hasta la fecha hay poco más de 200 casos publicados en la bibliografía médica. La localización más frecuente es el tercio proximal y la pared anterior de la vagina, y la presentación clínica más habitual es en forma de sangrado. El tratamiento óptimo es controvertido, ya que a la escasez de datos publicados se añaden los malos resultados obtenidos independientemente del tratamiento terapéutico. A partir de un caso diagnosticado en nuestro hospital se realiza una revisión bibliográfica y se repasan los principales factores pronósticos y las distintas posibilidades de tratamiento.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Weinstock MA. Malignant melanoma of the vulva and vagina in the United States: Patterns of incidence and population-based estimates of survival. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171:1225-30.
2. Chung AF, Casey MJ, Flannery JT, Woodruff JM, Lewis JL Jr. Malignant melanoma of the vagina-Report of 19 cases. *Obstet Gynecol* 1980;55:720-7.
3. Ragnarsson-Olding B, Johansson H, Rutqvist LE, Ringborg U. Malignant melanoma of the vulva and vagina. *Cancer* 1993; 71:1893-7.
4. Morrow CP, DiSaia PJ. Malignant melanoma of the female genitalia: a clinical analysis. *Obstet Gynecol Surv* 1976;31:233-71.
5. Reid GC, Schmidt RW, Roberts JA, Hopkins MP, Barret RJ, Morley GW. Primary melanoma of the vagina: a clinicopathologic analysis. *Obstet Gynecol* 1989;74:190-9.
6. Buchanan DJ, Schlaerth J, Kurosaki T. Primary vaginal melanoma: thirteen-year disease-free survival after wide local excision and review of recent literature. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:1177-84.
7. Petru E, Nagele F, Czerwenka K, Graf AH, Laz S, Bauer M, et al. Primary malignant melanoma of the vagina: long-term remission following radiation therapy. *Gynecol Oncol* 1998;70:23-6.
8. Van Norstrand KM, Lucci JA, Schell M, Berman ML, Manetta A, DiSaia PJ. Primary vaginal melanoma: improved survival with radical pelvic surgery. *Gynecol Oncol* 1994;55:234-7.
9. Geisler JP, Look KY, Moore DA, Sutton GP. Pelvic exenteration for malignant melanomas of the vagina or urethra with over 3 mm of invasion. *Gynecol Oncol* 1995;59:338-41.
10. Harwood AR, Cummings BJ. Radiotherapy for mucosal melanoma. *Int J Radiat Oncol* 1984;19:238-45.
11. Irving WP, Bliss SA, Rice LE, Taylor PT, Andersen WA. Case report. Malignant melanoma of the vagina and locoregional control: radical surgery revisited. *Gynecol Oncol* 1998;71:476-80.