

CONTENIDO	SEMINARIOS
▪ Caso anterior	
▪ Caso siguiente	
▪ Título preliminar	
▪ Presentación	
▪ Imágenes	
▪ Resumen	
▪ Introducción	
▪ Resultados	
▪ Discusión	
▪ Diagnóstico	
▪ Referencias	
▪ PDF	

## MUJER DE 74 AÑOS CON METRORRAGIAS Y PRESENCIA DE DOS NÓDULOS EN CARA VAGINAL ANTERIOR Y POSTERIOR DE LOS QUE SE TOMAN BIOPSIA.

*Marta Mayorga Fernandez, Emilia Hernández Nieto, Irene González-Rodilla, Fernando Val Bernal, Fidel Fernandez Fernandez.*

*Dto. Anatomia Patologica, Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander, España.*

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 027

Fecha recepción: 06/02/2001

Fecha publicación: 30/06/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

### PRESENTACIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 74 años con historia previa de alergia a betalactámicos, hiperglucemia, hipertiroidismo y colecistitis con colangitis.

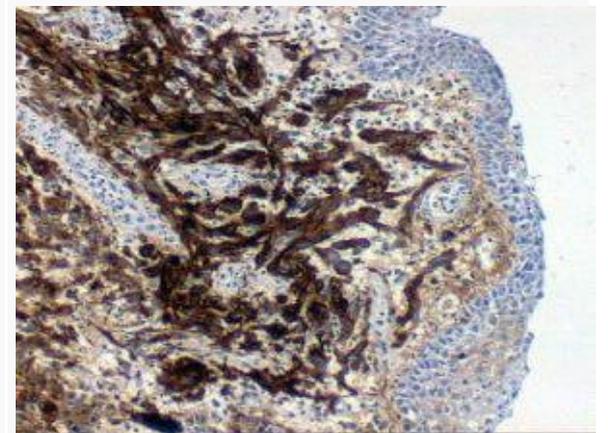
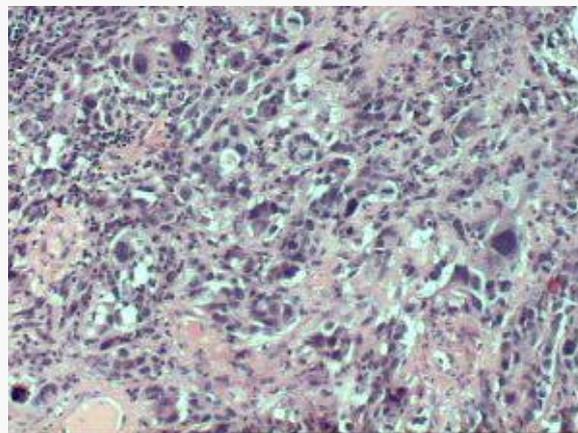
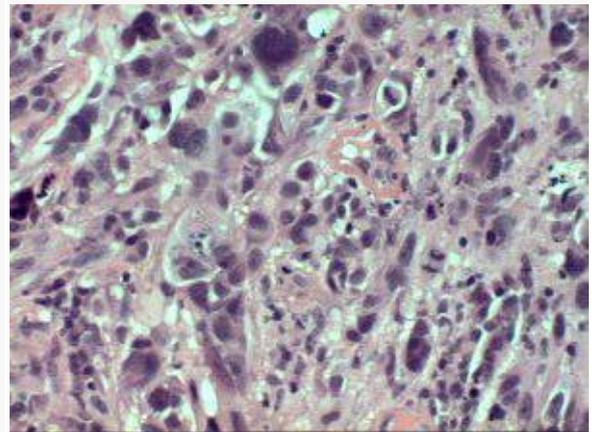
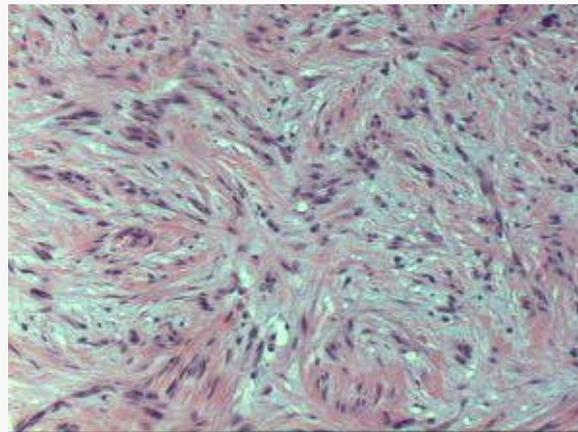
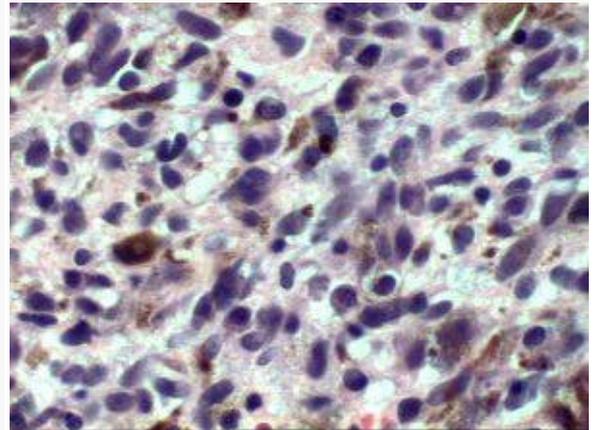
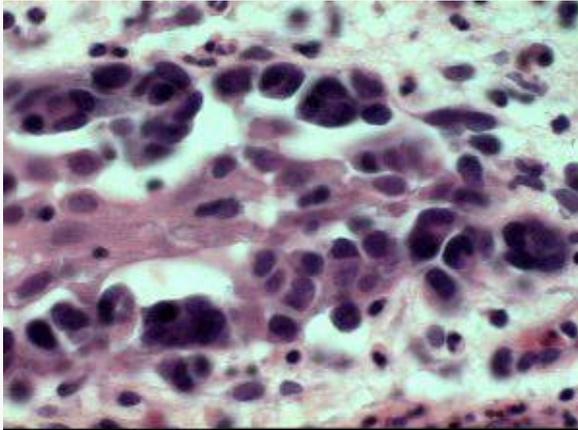
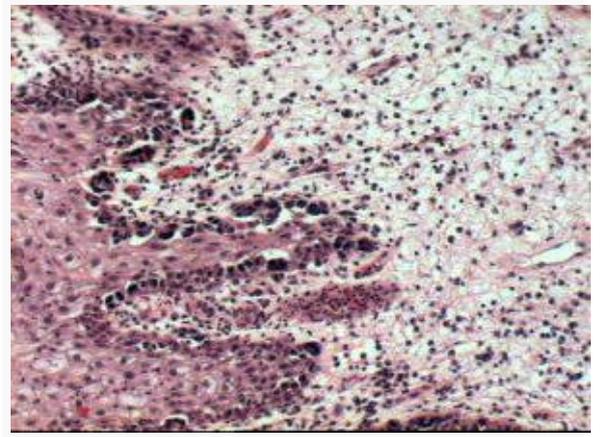
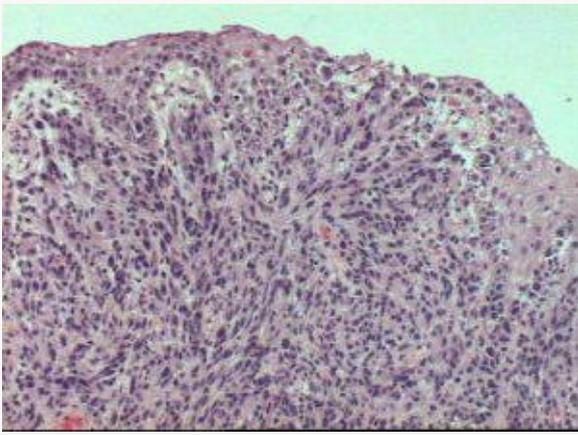
Debuta con metrorragias intermitentes sin otra sintomatología acompañante. En la exploración ginecológica se observan dos nódulos en la cara vaginal anterior y posterior, de los que se toman biopsias.

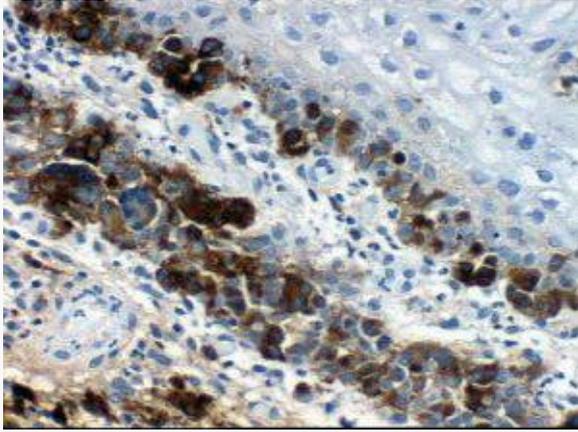
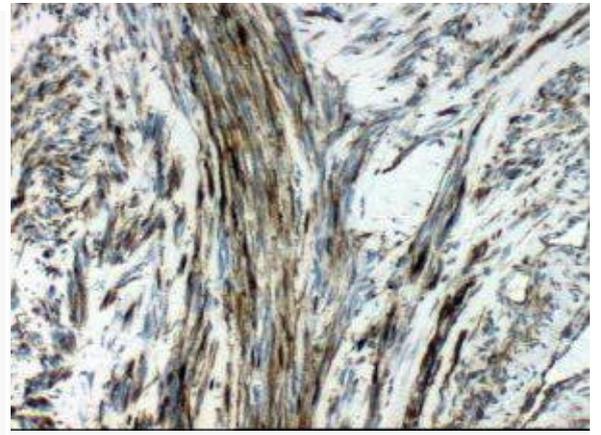
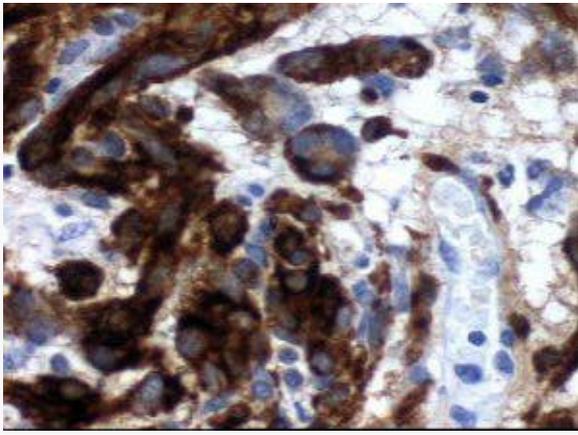
En la exploración radiológica se observó una tumoración que afectaba a la cara anterior de la vagina, que contactaba con el esfínter uretral, además de un implante endouretral. Con una citología se le consideró sugestiva de un carcinoma adenoescamoso. No se observaron adenopatías inguinales ni en otras localizaciones con la resonancia nuclear magnética.

Se realizó posteriormente la resección quirúrgica completa de la lesión. No se realizó ningún otro tratamiento coadyuvante.

### IMÁGENES







CONTENIDO	SEMINARIOS
▣ Caso anterior	
▣ Caso siguiente	
▣ Título	
▣ Presentación	<b>MELANOMA DE VAGINA: A PROPOSITO DE UN CASO. REVISION DE LA LITERATURA.</b>
▣ Imágenes	
▣ Resumen	<i>Marta Mayorga Fernandez, Emilia Hernández Nieto, Irene González-Rodilla, Fernando Val Bernal, Fidel Fernández Fernández.</i>
▣ Introducción	<i>Dto. Anatomia Patologica, Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander, España.</i>
▣ Resultados	
▣ Discusión	
▣ Diagnóstico Final	IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 027
▣ Referencias	Fecha recepción: 06/02/2001 Fecha publicación: 30/06/2001
▣ PDF	Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

	RESUMEN
	<p><b>ANTECEDENTES:</b> Mujer de 74 años que debuta con metrorragias intermitentes sin otra sintomatología. A la exploración se observan dos nodulos en cara vaginal anterior y posterior, de los que se toman biopsias. A la exploración se observó una tumoración que afecta la cara anterior de la vagina y que contacta con el esfínter uretral además de un implante endouretral. No se observaron adenopatías inguinales ni en otras localizaciones con RNM.</p> <p><b>CASO:</b> Se recibieron tres muestras correspondientes a uretra y pared anterior y posterior de vagina. En las tres se observaron tumoraciones entre 2 y 0,8 cm de diametro mayor. Microscópicamente mostraban varios patrones histológicos: pleomorfo y fusocelular con presencia de pigmento. Se observó actividad en la</p>

union en la biopsia uretral. Con tecnicas inmunohistoquimicas se confirma el diagnostico de melanoma.

**CONCLUSIONES:** El melona es un tumor poco frecuente. Representa menos del 0.3 % de todos los melanomas y el 3% de los tumores malignos de la vagina. La edad media de presentacion es de 60 años. Debutan con sangrado vaginal. El tamaño del tumor es variable entre 0.5 y 5 cm. El origen mas comun es en el tercio inferior de la vagina. Microscopicamente puede estar compuesto predominantemente por celulas pequeñas o fusadas. Puede haber pleomorfismo celular muy marcado. La actividad de la union es la que da la clave diagnostica. El origen se cree que esta en los melanocitos encontrados en la vagina en un 3 % de mujeres normales.

**Palabras clave:** melanoma | vagina | uretra

## INTRODUCCIÓN

El melanoma de vagina es un tumor muy poco frecuente. Presentamos un caso en una mujer de 74 años, que muestra tres tipos de patrones celulares descritos en este tumor, revisando la literatura sobre el tema.

## ESTUDIO PATOLÓGICO

Se recibieron tres muestras correspondientes a uretra y pared anterior y posterior de la vagina. En las tres se encontraron tumoraciones entre 2 y 0,8 cm de diámetro mayor. En la segunda resección se observaba una tumoración de coloración blanquecina y con ulceración central. Al corte mostraba un nódulo blanquecino, de consistencia media elástica de 1,3 cm de espesor (Figura 1) (Figura 2).

Microscópicamente la tumoración estaba compuesta por varios patrones microscópicos. La mucosa superficialmente estaba erosionada y se observó una intensa actividad de la unión (Figura 3) (Figura 4) (Figura 5). Por debajo la tumoración muestra un patrón de células pequeñas, con núcleos grandes hipercromáticos y escaso citoplasma con presencia de pigmento granular de coloración parduzca (Figura 6). En la mayoría del tumor predominaba un patrón de células fusiformes semejantes a fibroblastos, con núcleo alargado, que se disponían en fascículos entrelazados con presencia de bandas de colágeno (Figura 7). Entre ambos patrones existían áreas donde el tumor se hacia mas pleomórfico con presencia de células grandes, de distintas formas, con nucleolos muy

prominentes y eosinófilos y numerosas mitosis (Figura 8) (Figura 9). Entre las células de los distintos patrones se observaba gran cantidad de pigmento, positivo para el Masson- Fontana.

Inmunohistoquímicamente se utilizaron varios anticuerpos. Descartamos en primer lugar el carcinoma, con una panqueratina, que resultó negativa. La vimentina resultó positiva. Orientando el tumor hacia el diagnóstico de melanoma se realizó proteína S-100 que resultó muy positiva (Figura 10) así como un HMB-45 que también fue muy positivo en el tumor (Figura 11) (Figura 12) y demostró la actividad de la unión (Figura 13). En el epitelio vaginal de vecindad se observó la presencia de melanocitos.

Se le diagnosticó de melanoma maligno con varios patrones histológicos: pleomórfico, fusocelular y de células pequeñas, con presencia de pigmento y actividad de la unión.

## **DIAGNÓSTICO FINAL**

El melanoma de la vagina es un tumor muy poco frecuente pero que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en tumores poco diferenciados con diversos patrones.

## **DISCUSIÓN**

El melanoma primario de vagina es un tumor muy poco frecuente representando menos del 0,3% de todos los melanomas y menos del 3% de los tumores malignos de la vagina (1). En nuestro conocimiento existen 140 casos descritos en la literatura hasta el año 2000 (2-4).

Se cree que estos tumores se originan de los melanocitos presentes normalmente en el epitelio vaginal en el 3% de las mujeres (2). En nuestro caso existían en las zonas adyacentes al tumor.

La edad en la que aparecen estos tumores varía entre los 37 y 72 años con una edad media de presentación de 60 años (5). Nuestro caso sobrepasa ligeramente la edad de presentación descrita.

La forma de presentación es como en nuestro caso, con sangrado vaginal (2,5).

Macroscópicamente el tamaño es variable, describiéndose entre 0,5 y mas de 5 cm. Nuestro caso era de 2 cm. El epitelio de superficie se muestra con frecuencia ulcerado o erosionado, hecho que puede confundir con un

carcinoma epidermoide. En nuestro caso se le realizó una citología previa cuyo resultado sugería la presencia de un carcinoma adenoescamoso. Posteriormente en la biopsia se comprobó la existencia de áreas del epitelio de superficie con células atípicas que observadas individualmente en citología podrían confundirse con este tumor.

La localización suele ser el tercio inferior de la vagina (2,5). Nuestro caso mostraba dos nódulos en cara anterior y posterior.

Microscópicamente pueden ser de diversos patrones, describiéndose los tres que se observan en nuestra paciente: células pequeñas, pleomórfico y fusocelular. Pueden ser melanóticos o amelanóticos.

La actividad de unión adyacente al tumor es la que nos da la clave del origen primario del tumor en la vagina (2,5). En nuestro caso era muy extensa y llamativa.

En cuanto al pronóstico es peor que los localizados en la piel. La supervivencia varía entre el 21% a los 5 años en la revisión de Chung y cols en 1981 (5) y los 19 meses en la revisión de 15 casos de Cobellis y cols en el año 2000 (4). La profundidad de la invasión de los tumores expresado en milímetros es un factor pronóstico, ya que en la vagina, a diferencia de la piel, no existe dermis papilar ni reticular (6). En nuestro caso no podemos hablar de supervivencia a medio plazo ya que solo han transcurrido cuatro meses desde la intervención quirúrgica.

El tratamiento de elección es la cirugía con resección completa. En algunos casos se realiza radioterapia complementaria. Hay autores que describen tratamiento adyuvante con inmunoterapia (7).

## NOTAS AL PIE DE PÁGINA

**Correspondencia:** Marta Mayorga Fernández. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander, España. mailto:apamfm@humv.es

## REFERENCIAS

1. Ariel IM. Malignant melanoma of the female genital system: a report of 48 patients and review of the literature. *J Surg Oncol.* 1981; 16: 371-83
2. Kurman RJ, Norris HJ, Wilkinson E. Atlas of tumor pathology. Tumors of the cervix, vagina and vulva. Washington. Ed. J. Rosai. 1992, Pg. 166- 168
3. Ferrer J, Zapatero HA, Coto LP, Díaz L, Pérez CR. Vaginal melanoma. Report of two cases and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1995; 16:190-194
4. Cobellis I, Calabrese E, Stefanson B, Raspagliesi F. Malignant melanoma of the vagina. A report of 15 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2000, 21(3): 295-97
5. Chung AF, Casey MJ, Flannery JT, Wooddruff JM, Lewis JL Jr. Malignant melanoma of the vagina: report of 19 cases. *Obstet Gynecol,* 1980 Jun; 55(6): 720-727
6. Levitan Z, Gordon AN, Kaplan AL, Kaufman RH. Primary malignant melanoma of the vagina: report of four cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1989; 33: 85-90
7. Arai K, Joko M, Kagebayashi Y, Tsumatani K, Kimura S, Sasaki K, Samma S, Okajima E, Nakaoka S. Primary malignant melanoma of the female urethra: a case report. *Jpn J Clin Oncol.* 1993; 23: 74-77