

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE MELANOMA MALIGNO DE VULVA

Por los Dres. : LUIS PACORA CASTRO (*) y JUAN JULIO GUTIERREZ MANAY (**)

INTRODUCCION

LOS melanomas malignos son neoplasias poco frecuentes y su localización vulvar aún más rara, la naturaleza del tumor es motivo de controversia en la actualidad entre dermatólogos y patólogos.

Según Allen los melanomas cutáneos son de origen epidérmicos, tomando nacimiento en una variedad particular de nevos, denominados dermo-epidérmicos; variedad que con frecuencia es punto de partida de los tumores melánicos malignos.

Su malignidad es extraordinaria debido a que prontamente toma las vías linfáticas y ganglios regionales correspondientes, haciéndose, en poco tiempo una melanocarcinosis generalizada.

FRECUENCIA

El melanoma maligno de la vulva es poco frecuente, encontrándose aproximadamente unos 79 casos en la literatura mundial. Así Allen A.C. y Opitz en un estudio clínico patológico de 362 casos de melanoma malignos de piel, encontraron 6 casos de localización genital femenino. Miner Roy Waldo y colb. en un estudio realizado en el hospital de Connecticut (1935 — 1946) encontraron un solo caso.

En nuestro medio Valdivia Ponce del I.N.E.N., halló un caso en noviembre de 1959 y nosotros otro caso en mayo de 1960; apreciándose así su rareza como lo expone Valdivia en un estudio de 6 años en patología vulvar maligna, quien encontró 33 casos de cáncer y un solo caso del tumor que nos ocupa.

Causas por el cual nosotros presentamos nuestro hallazgo sin ningún valor estadístico pero con la esperanza de ser útil en la norma terapéutica.

(*) Médico asistente de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Lima Profesor : Cesar Heraud. Del Hospital Arzobispo Loayza, Pab. N° 5 Sala I.

(**) Patólogo del Hospital Obrero de Lima e Instructor del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Lima del Profesor Pedro Weiss.

Con respecto a la edad estamos de acuerdo con los autores que es más frecuente en la etapa post-menopáusicas, así el caso expresado por Valdivia tenía 57 años, el nuestro 43 años. Sin embargo, suele presentarse en la adolescencia tal como el estudiado en el hospital de Connecticut, cuya edad era de 13 años.

Sintomatología.— Es en estos neoplasmas bastante escaso, ya que en la mayoría de los casos evolucionan en forma asintomática u oligosintomática.

Lo más saltante es la tumoración muy característica por su color y por el cual concurre la paciente al facultativo; el prurito localizado a nivel de la tumoración es otro síntoma y algunas veces rebelde a todo tratamiento, el dolor se presenta pero más tardíamente en la evolución del proceso, lo mismo que la infección, ulceración y el esfacelo.

Caso clínico.— Se trata de una paciente de 43 años, de raza mestiza, natural de Jajaja, de constitución pícnica y de conformación y desarrollo normal; cuya sintomatología expresaba la traída característica en estas neoformaciones malignas, tal como la presencia del tumor negro localizado en el labio mayor izquierdo con tamaño inicial de 3×2 milímetros y que posteriormente en el lapso de un año alcanzaba la dimensión de 5×5 centímetros.

El prurito intenso rebelde a todo tratamiento y el dolor intermitente que algunas veces calmaba espontáneamente.

Por el rascado llegó a ulcerarse parcialmente en la parte superior.

Examen clínico ginecológico.— Encontramos de positivo en la región inguinal izquierda ganglios regionales aumentados de tamaño, dos de ellos aproximadamente de 4×3 cms. de consistencia leñosa, no dolorosos, móviles que se desplazan sobre planos subyacentes.

A la inspección apreciamos una tumoración negra ulcerada en la parte superior del labio mayor izquierdo, cuyo diámetro vertical abarcaba desde la región clitoridiana hasta el tercio superior del labio mayor mencionado y el diámetro transversal desde el borde cutáneo del introito vaginal hasta la raíz externa del labio mayor, respetando en todo momento el meato urinario así como el introito.

El resto del examen clínico, como los auxiliares de laboratorios no tienen mayor importancia.

Evolución.— La evolución post-operatoria fue magnífica, sin complicaciones secundarias y se le dio de alta en buenas condiciones a los 50 días.

El pronóstico en estos casos como bien lo expresaban los especialistas es sombrío, dado la gran malignidad y la rapidez de la extensión que alcan-

zan las metástasis. Nuestro caso a pesar de haber hecho una magnífica evolución, no podrá escapar al pronóstico ya conocido, dado que los ganglios ilíacos primitivos estaban tomados.

TECNICA OPERATORIA

Cómprende dos tiempos operatorios :

Primer tiempo :

- 1.—Incisión operatoria inguinal. Se comienza a 5 cms. por dentro de la espina ilíaca antero-superior, de ahí hacia abajo hasta llegar al ángulo inferior del triángulo de Scarpa.
- 2.—Dissección y movilización amplia de ambos bordes de la herida operatoria para poder disecar el pedículo linfático interior y el paquete célula-ganglionar de la ingle.
- 3.—Sección del pedículo vascular de la subcutánea abdominal.
- 4.—Separación del paquete célula-ganglionar del oblicuo mayor, hasta el arco crural.
- 5.—Investigación del O.E. del canal inguinal y del extremo inferior del ligamento redondo hasta la base del labio mayor.
- 6.—Sección del pedículo vascular de la circunfleja iliaca.
- 7.—Investigación de la fosa oval.
- 8.—Sección de la safena y sección de la fascia cribiforme a la altura de la fosa oval.
- 9.—Dissección de los ganglios crurales.
- 10.—Dissección del pedículo linfático superior y ganglios pelvianos mediante la apertura del conducto inguinal.
- 11.—Ligadura y sección de los vasos epigástricos.
- 12.—Exposición de la hipogástrica y la iliaca externa.
- 13.—Dissección de los cordones célula-ganglionares de dentro y fuera, hasta el orificio crural.
- 14.—Exploración y dissección de la región obturatriz.

Segundo tiempo :

Vulvectomía total : En posición ginecológica se procede a realizar la extirpación vulvar; procediéndose de fuera a dentro desde la raíz de los muslos se remueve en block, hasta la zona del periostio del pubis y los músculos superficiales del periné.

En la parte central se hace la incisión elíptica por encima del meato urinario rodeando el introito vaginal y a 1 cm. del O.E. del ano.

RESUMEN Y COMENTARIO

La neoplasia vulvar es rara y más aun el tipo histopatológico de melanoma maligno, que como ya es aceptado por todos, posee un alto grado de malignidad, debido a la metástasis que se realizan rápidamente por vía linfática.

Por ello hemos creído conveniente presentar este caso con el fin de hacer conocer los detalles clínicos, quirúrgico y anátomo-patológicos señalado y mencionado por numerosos autores extranjeros, y hacer un balance equitativo medurado con el nuestro.

Es nuestro único interés hacer una comunicación de esta neoplasia melánica en nuestro medio dada su rareza y poca frecuencia. Para ello ilustramos con macro y micro fotografías del espécimen quirúrgico.

Hemos hecho un resumen clínico, estadístico, tratamiento, evolución y pronóstico de estos tumores; y creemos que cuanto más temprano es el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de un tratamiento eficaz.

MELANOMA DE LA VULVA

Anatomía Patológica.

Los neoplasmas como entes o individuos celulares siempre acarrear enormes perjuicios a la economía humana ya que actúan como verdaderos parásitos independientes, arítmicamente y en completo desorden tisular gastando energía y por lo tanto aumentando el metabolismo celular, a la vez liberando proteínas extrañas o heterólogas para el individuo que los alberga. Ello en particular constituye la presencia de tumores malignos en especial el melanoma neoplasma, de alto grado de malignidad por su propagación y metástasis precoces a órganos vitales de nuestra economía. La localización topográfica de este tipo de neoplasma en la vulva no es frecuente verificarla, pero su alto grado de malignidad se conserva y de allí la propagación linfática como se encontró en nuestra paciente, que obligó a hacer un tratamiento quirúrgico de haciamiento ganglionar. Desde antes se ha señalado la importancia del estudio histopatológico de todo tumor névico, en especial cuando tienen asiento en porciones del cuerpo humano donde por su frecuencia son de alto grado de malignidad. Estos neoplasmas casi siempre son pequeños, excepcionalmente pueden adquirir buen diámetro longitudinal. Pueden ser máculas, pequeños nódulos y áreas de ulcero-vegetantes, pero siempre el color es negro, se suelen hallar formas verrucosas, ulceradas y muy pocas veces en forma de placas con pelos o sin ellos. El aspecto dermo-epidérmico de esta neoplasia específica es de alto grado de malignidad como

lo certifican las numerosas publicaciones aparecidas. (Miescher, Cohen, Allen). Nuestro caso mostró melanoma maligno dermo-epidérmico ulcerado y sus metástasis abundantes en ganglios regionales o axilares que mostraban un reemplazo de la estructura normal total o normal linfática.

RESUMEN

Sres. congresistas, trataré de exponer en esta justa científica, nuestra modesta experiencia de un caso particular de Melanoma Maligno de la Vulva. Se trata de un trabajo sin ningún valor estadístico que comunicamos por su rareza topográfica y orientarnos mejor en su terapéutica indicada.

Pocos son los casos enumerados en la literatura mundial como los estudiados por Allen, Miner Roy Waldo, Ulfender, etc. En nuestro medio Valdivia halló un caso en noviembre de 1959 y nosotros en mayo de 1960.

La edad frecuente es la menopausia, aunque suele presentarse en la adolescencia como el estudiado en el hospital de Connecticut en 1948.

Nuestro caso era una paciente mestiza de 43 años, de constitución pícnica, de conformación y desarrollo normal, que presentaba la triada característica de tumor negro, localizado en genitales externos de un tamaño aproximado de 5×5 cms.; prurito intenso y dolor intermitente.

En el examen clínico preferencial encontramos ganglios inguinales izquierdos aumentados de volumen, dos de ellos tenían 4×3 cms., aproximadamente; duros, móviles, no dolorosos que se deslizaban sobre los planos subyacentes .

En la región genital apreciamos una tumoración negra ulcerada en la parte superior del labio mayor izquierdo, que abarcaba desde la región clitoridiana, hasta el tercio superior del labio mencionado y transversalmente del borde cutáneo del introito vaginal hasta la raíz externa del labio, respetando el meato urinario.

Se le practica la vulvectomía radical con vaciamiento ganglionar inguino- crurales y pelvianos bilateral, según técnica de Rupprecht - Basset, en dos tiempos.

Primer tiempo siguiendo a Tausig practicamos la incisión longitudinal en el sentido de los vasos femorales para extirpar las masas célula-ganglionares de la región inguinal y crural hasta el ganglio de Cloquet.

Luego según Basset, hacemos apertura del canal inguinal y previa excéresis del contenido linfático ganglionar del ligamento redondo ingresamos al espacio de Bogros y por este camino despegamos el fondo de saco peritoneal, hasta la encrucijada de la bifurcación de la iliaca primitiva de donde disecamos todo el pelotón grasoso ganglionar hasta el anillo crural.

A dedo extirpamos los ganglios de la región obturatriz y con esto concluimos el primer tiempo operatorio.

En el segundo tiempo practicamos la vulvectomía total, removiéndose en block desde la raíz de los muslos hasta el introito vaginal, respetando el meato urinario y a un centímetro por encima del orificio externo del ano.

El post-operatorio, fue magnífico y luego de 50 días de hospitaliza-

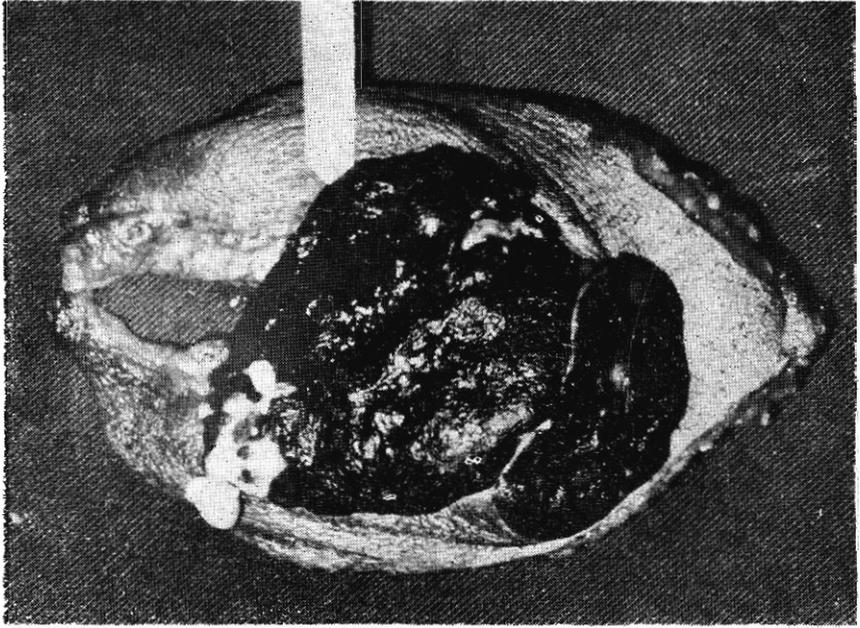
ción es dada de alta regresando al interior de la República.

Pero muy a pesar nuestro la paciente no volvió a los controles que se le sugirió ignorando la suerte corrida en los meses posteriores.

Sin embargo, debemos recalcar que el pronóstico a pesar de todo es sombrío dado que los ganglios de la iliaca primitiva estaban tomados.

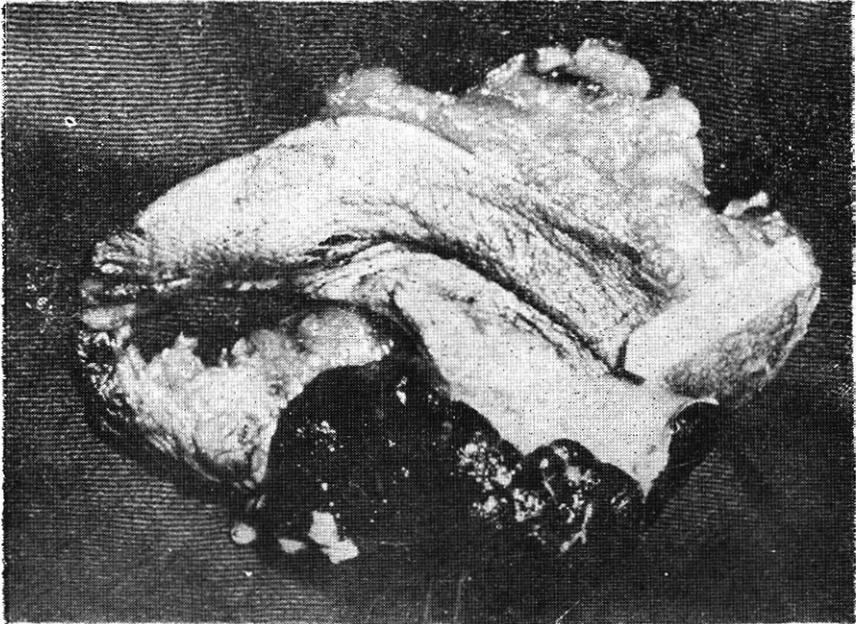
Anatomía patológica.— Los neoplasmas malignos melánicos, son tumores de alto grado de malignidad, en especial en su forma anatómo-patológica dermo-epidérmica como es nuestro caso; las metástasis linfáticas y su propagación a órganos vitales como cerebro e hígado, son precoces haciendo por lo tanto el pronóstico de vida bastante sombrío, he ahí que su tratamiento quirúrgico amplio y temprano sea lo más aceptado en la actualidad.

A continuación permítanme Uds. mostrarles los dispositivos del espécimen quirúrgico.



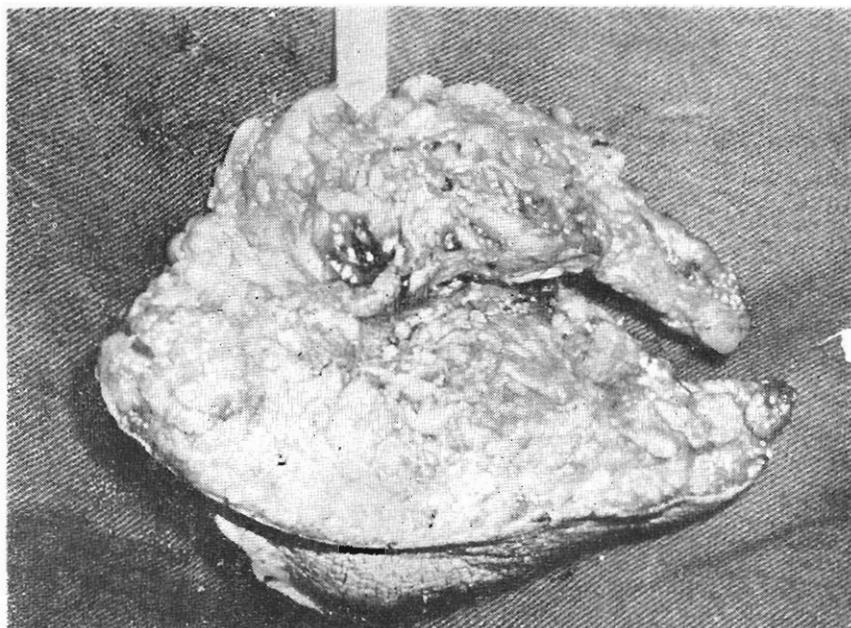
MICROFOTOGRAFÍA N° 1

Espécimen quirúrgico de Vulvectomía Total. Remárguese la presencia de la enorme tumoración de color negro con área leucoplásica.

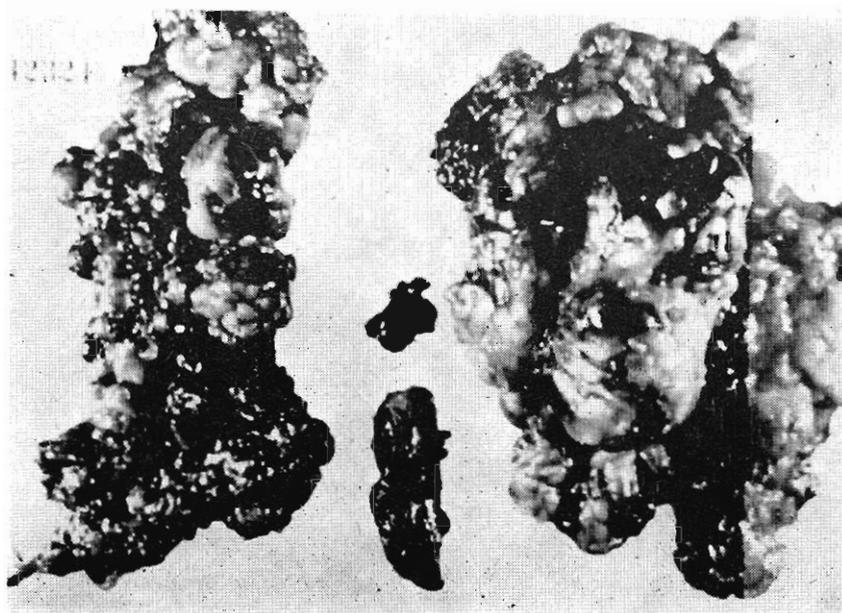


MICROFOTOGRAFÍA N° 2

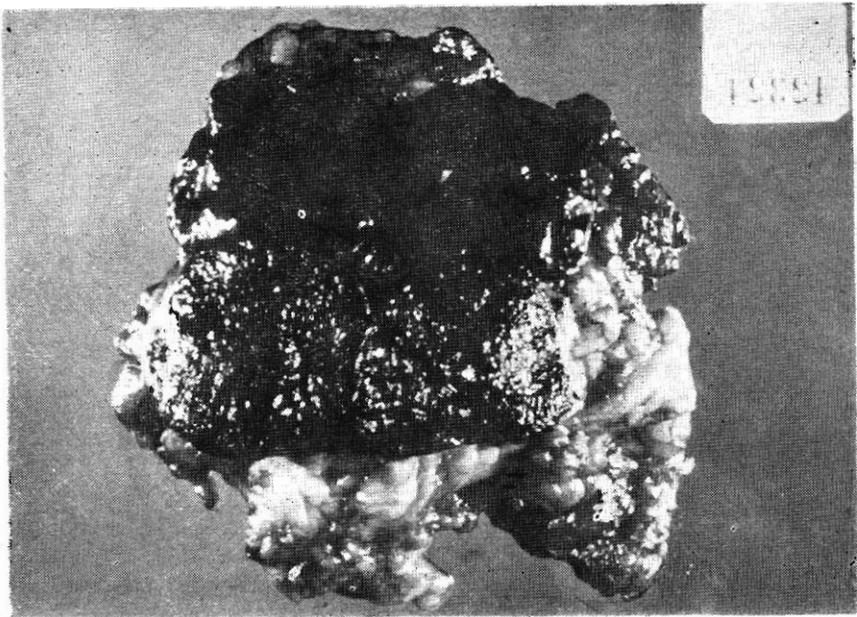
Vista de Perfil: Tumoración de color negro que se antepone a uno de los labios mayores.



MICROFOTOGRAFIA N° 3
El espécimen en su cara quirúrgica; no se ve áreas de color negro
de la neoplasia.



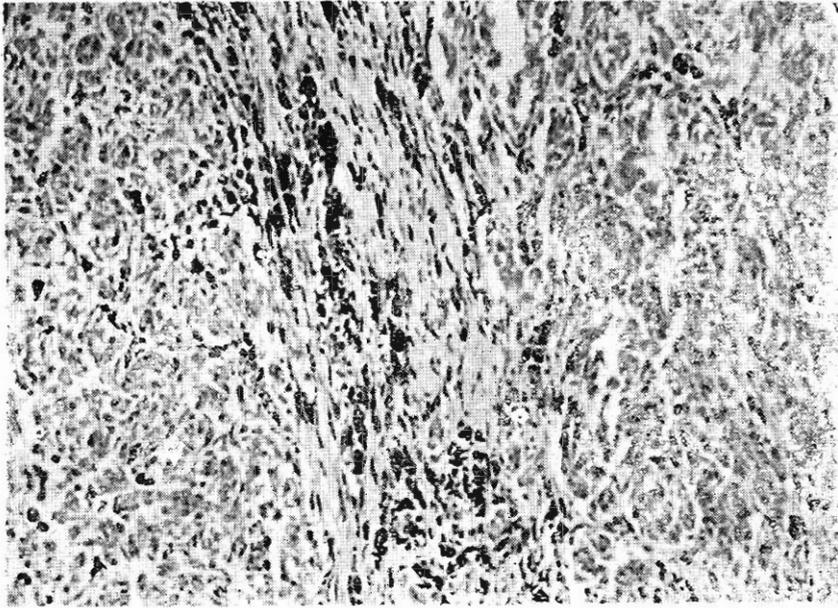
MICROFOTOGRAFÍA N° 4
Grupos celloganglionares con áreas de color negro metastásicas.



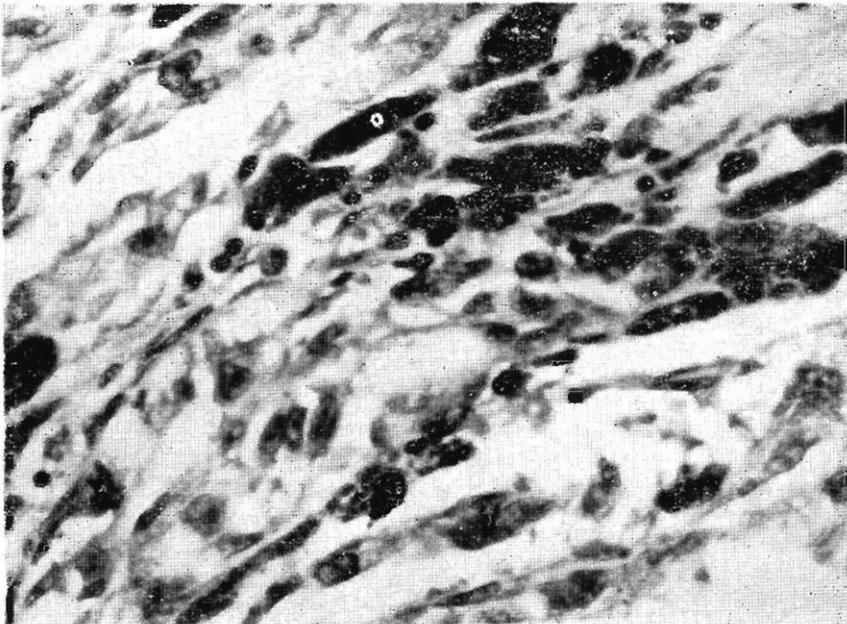
MICROFOTOGRAFÍA N° 5
Sección sagital de un ganglio metastásico.



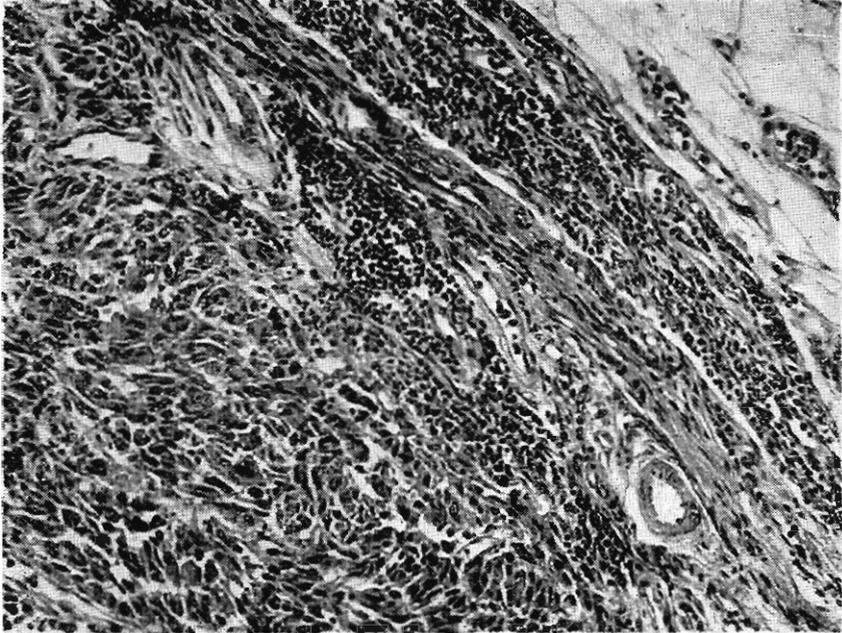
MICROFOTOGRAFÍA N° 6
Epidermis discontinua, ulcerada, en el lado de la fotografía. En cuyo fondo se aprecia células melánicas.



MICROFOTOGRAFÍA N° 7
Zona dérmica a mediano aumento para demostrar la infiltración melánica atípica en el fondo



MICROFOTOGRAFÍA N° 8
A mayor aumento se objetiviza melanóforos y melanoblastos en plena dermis, con caracteres atípicos.



MICROFOTOGRAFÍA Nº 9

Sección de ganglio metastásico, en el cual casi toda la estructura linfática ha sido reemplazada por células melánicas atípicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Ahumada : Cáncer Ginecológico.
- 2.—Bibby, A.V. : Carcinoma of vulva, Review of 71 cases J. Obst. and Gynecology Brit Emp. 64 263 - 266 - 1957.
- 3.—Collins, C.G., Collins J.H. Nelson, E.W., Lewis G.N. and Cassidy, R.E. : Malignant vulvar tumors Obst. and Gynecology 8. 18 - 21 - 1956.
- 4.—Collins, C.G. Collins J.H. Nelson E.W., Smith, R.C. and Mac Callum E.A. : Malignant tumors involving vulva, A.J. Obst. and Gynecology 62 : 1198 - 1208 - 1951.
- 5.—Cosbie, W.G. : Treatment of Cáncer of Vulva Am. 5. Obst. and Gynecology 63 : 21 - 259 - 1952.
- 6.—Diehl, W.K., Buyget, J.W. and Shell J.H. : Vulval cáncer eritecat review. Am. J. Obst. and Gynecology 62 : 1209 - 1918 - 1951.
- 7.—Dixon, F.J. and Moore, R.A.; Tumors of the male sex organs, Atlas of tumor Pathology, see 8 fase 31 b and 32. Washington D.C. Armed Fornd, Institute of Pathology 1952.
- 8.—Fernández Blanco : Dermatología.
- 9.—Folsome, C.E Bening and Malignant tumors of J.A.M.A. 114 : 1499 - 1503 - 1950.
- 10.—Graves, S.C. and Mezer J. : Malignancy of Vulva, Am. 5 Obst. and Gynecology 43 : 1016 - 1021 - 1942.
- 11.—Lunin, A. - B. : Carcinoma of vulva, a Review of 50 cases. Am. J. blst. and Gynecology 57 : 742 - 747 - 1949.
- 12.—Mc Kelvey, J.L. : Treatment of carcinoma of vulva Am. Obst. and Gynecology 54 - 626 - 635 - 1947.
- 13.—Miner Roy Waldo y Colaboradores : Ed. N.Y. Academy of Sciences 1948.
- 14.—Peham : Operaciones Ginecológicas.
- 15.—Telinde Richard : Ginecologia Operatoria.
- 16.—Ulfelder H. Radical vulvectomy with bilateral inguinal, femoral, and elial node resention. Am. J. Obst. and Gynecology 78 - 1074 - 1082 - 1959.
- 17.—Valdivia M. Lingan : Trabajos de Investigación Clínica y Experimental. Vol. 1.E.