

Melanoma maligno primitivo de la vagina

Por los Dres.:

EMIL POPO Y ELISAVETA POPJRISTOVA¹²

Popov, E., Popjrislova, E. *Melanoma maligno primitivo de la vagina*. Rev. Cub. Med. 12: 1, 1973.

Se hace una revisión de la literatura sobre el melanoma primitivo de la vagina que es una nosología muy rara. Se presenta un caso con localización en la pared vaginal anterior, el cual ha sido diagnosticado por biopsia y tratado con cirugía y citostáticos, en el IORH. Se hace comentario sobre la histogénesis, histomorfología, diagnóstico diferencial y posibilidades terapéuticas del melanoma primitivo de la vagina.

El melanoma primitivo de las mucosas yuxtacutáneas es de ocurrencia muy rara. Se han reportado ocasionalmente melanoma de la cavidad nasal,¹⁴ boca^{10,16,32,33} conjuntiva, tejidos episclerales, recto y ano, uretra, vagina y cérvix.³⁷ Entre estos tumores melánicos, la localización vaginal resulta muy poco frecuente. En una revisión de 851 casos de melanoma maligno, *Pack* (1947) encuentra 2 con localización vaginal, y *Perzik* describe 2 melanomas primitivos vaginales entre 862 melanomas tratados en el Memorial Hospital de Nueva York (0.232%).

El primer caso de melanoma vaginal fue informado por *Parona* en Italia (1887). En el año 1948, *Mino* y col. añadieron 1 caso a los 17 encontrados por ellos en la literatura. A partir del año 1948 se publicaron 22 casos más,^{7,20,25,18,33,3,35,21,16,13,22,13,*24,11,*17,8} llegando así a 40 el número de los casos publicados hasta el año 1967. En muy pocos de los casos reportados en la literatura se ha efectuado necropsia. En su revisión amplia y crítica, *Mullaney* (1961) acepta de éstos solamente 15 casos indiscutibles.

Según *Ewing* (1940) el melanoma maligno en general se puede originar a partir de: cromatoforos fesooblásticos, células epiteliales, células névicas en piel, células endoteliales de los nervios o de los vasos linfáticos y sanguíneos, células nerviosas de las terminaciones cutáneas sensoriales (corpúsculos táctiles de *Meissner*). Normalmente la vagina también carece de pigmento en su parte inferior (*Smith*, 1948). Tampoco hay en la vagina órganos sensoriales (*Cowdry*, según *Mino* y col., 1948). Considerando lo anteriormente señalado, así como que en la vagina no se encuentran neuronevi, *Mino* y col. 1948, creen que el origen más probable del melanoma vaginal de acuerdo con los conceptos de *Ewing*, son los cromatoforos ectópicos o las células endoteliales de los nervios superficiales y los vasos sanguíneos.

Es importante además mencionar otros datos que *Mino* y col. posiblemente no conocían. En la vida embrionaria, la vagina humana se desarrolla a partir del seno urogenital que contiene pigmento

¹² Resp. Laboratorio Histoquímica, Dpto. de Anatomía Patológica, Inst. de Oncología y Radio, biología, 29 y F, Vedado, Habana 4, Cuba.

¹³ Profesor Auxiliar Docente, Dpto. de Anatomía Patológica, Inst. de Oncología y Radiobiología, 29 y F, Vedado, Habana 4, Cuba.

normalmente (*Moyvr* según *Frrud* y col. 1959). Se conocen además descripciones de elementos anexiales en la vagina ;ac.5.2a,i# 37 pero solamente en el caso de *Nicholson* (1936) se encontraron células pigmentadas. Por fin *Mullaney* (1961) en un caso de melanoma vaginal encuentra por primera vez, cambios conocidos como "junction nevus" en el epitelio vaginal vecino a la tumoración, sirviéndose de la técnica DOPA y la impresión argentofila según *Masstín-Fontana*.

El melanoma vaginal en general constituye una lesión circunscrita, siendo en cambio muy rara la extensión en forma difusa a la pared de la vagina. Considerando el modo de crecimiento, la gran mayoría de los casos son melanoblastomas exofíticos, y en contadas ocasiones, endofíticos.

Los síntomas que presentan los pacientes con melanoblastomas de la vagina son los comunes a todos los tumores de esta localización, el más frecuente es el flujo, habitualmente fétido al comienzo de la afección, luego sanguinolento, para convertirse posteriormente en una pérdida puramente sanguínea espontánea o provocada al contacto sexual.

El diagnóstico se basa en el carácter pigmentado de la lesión. La superficie del nódulo es lisa o irregular con ulceraciones poco profundas, que se producen fácilmente por traumatismo y sobre todo por trastornos degenerativos; sangra con facilidad como consecuencia de su abundante vascularización y predomina a veces el color rojo, azulado o castaño. En casos de sospecha, se aconseja efectuar la extirpación completa del tumor, en vez de la biopsia del mismo. El diagnóstico diferencial se hace con las metástasis vaginales del carcinoma y con los implantes de eudometriosis (*Ahumada* y col. 1952). Habla en favor de la naturaleza secundaria, el hecho de que nunca la localización vaginal constituye

la única metástasis. Sabiendo cuán frecuente es la existencia de melanoblastomas consecutivos a tumores cutáneos o coroides, se debe destacar siempre esta posibilidad. Debido a lo poco común del melanoma vaginal, *Novak* y *Nóvale*, 1958, consideran todos los casos secundarios.

El melanoma vaginal primitivo es un tumor de extrema malignidad. De los 37 casos encontrados por *Collantes* y col. (1967) en la literatura, 22 han muerto. De estos 22, 14 murieron en menos de

1 año y solamente 2 han sobrevivido más de 5 años. El tumor es radiorresistente. De los 9 pacientes tratados con radiaciones, 4 murieron con abundantes metástasis en 1 año, y 2 en menos de 2 años. La escisión local siempre está seguida de recidivas locales, metástasis diseminadas o ambas en corto tiempo. De los 10 pacientes con escisión local, 8 murieron y 2 sobrevivieron al momento de la publicación. En los últimos años las extirpaciones radicales se consideran como las más indicadas. Pero también en tales procedimientos amplios como la evisceración pélvica completa, el resultado es expectante por el comportamiento impredecible de los tumores melánicos. En una revisión de 12 pacientes con operaciones radicales de uno o de otro tipo (*Collantes* y col. 1967), 9 sobrevivieron al período posoperatorio y mostraron recidiva local o metástasis a distancia de

3 meses a 5 años después. Para los ganglios tumorales situados en el tercio inferior de la vagina, se sugiere la vaginectomía con disección bilateral de los ganglios inguinales, porque los linfáticos de esta zona (al igual que los de la vulva) desembocan en los ganglios inguinales superficiales. Este procedimiento en el caso de infiltración de la pared vesical o uretral sin metástasis a dis

tancia se debe completar por una disección superficial y profunda de la región inguinal. En caso de infiltración del septo rectovaginal, se sugiere la disección de los ganglios pélvicos. Para los tumores de la parte superior vaginal, donde los linfáticos desembocan en los ganglios pericervicales, iliacos externos, obturatorios y la cadena iliaca profunda se sugiere la histerectomía radical y la vaginectomía completa con disección del drenaje linfático ya mencionado. La exéresis pélvica total se puede aplicar cuando existe infiltración de los septos vesical y rectovaginal y en los casos de recidiva, sin metástasis a distancia.

De lo expuesto, creemos de interés presentar un caso de melanoma vaginal primitivo observado en nuestra institución.

Paciente F.V.D., mujer blanca de 47 años (H. Cl. 145472). Con historia de salud anterior, hace

3 ó 4 meses presentó leucorrea amarillenta, no fétida, no muy abundante por lo que acude a un facultativo, que le indica exudado vaginal dando como resultado moniliasis. Es después de una cura que comienza a presentar gangramiento vaginal. Haciéndose ésta más abundante y con fetidez decide ir al policlínico, de donde la remiten a "Maternidad Obrera", allí se le realiza diagnóstico, remitiéndola a este Centro.

Antecedentes de operación: quiste ovárico derecho, salpingectomía en el año 1947; colecistectomía hace 12 años.

Antecedentes personales: menarquía a los 12 años; primera relación sexual a los 19 años; partos no tiene.

Examen físico (28/V/1969). TA 120/80. Pulso 80/min. Abdomen: cicatriz de laparotomía, no eventración, no tumor. Genitales externos: normales. Tacto vaginal: cuello pequeño, liso, móvil; cuerpo no aparece aumentado; en la pared vaginal anterior en su mitad inferior se encuentra una tumoración vegetante en forma de placa de unos 8 cm de diámetro, blanda y móvil; mucosa vaginal vecina: no infiltrada. Especulum: cuello bien; se expone el tumor: color pardo oscuro (recuerda hígado) y se toma fragmento para biopsia.

Informe anatomopatológico (biopsia 69-3072): Melanoma maligno (figs. 1 y 2).

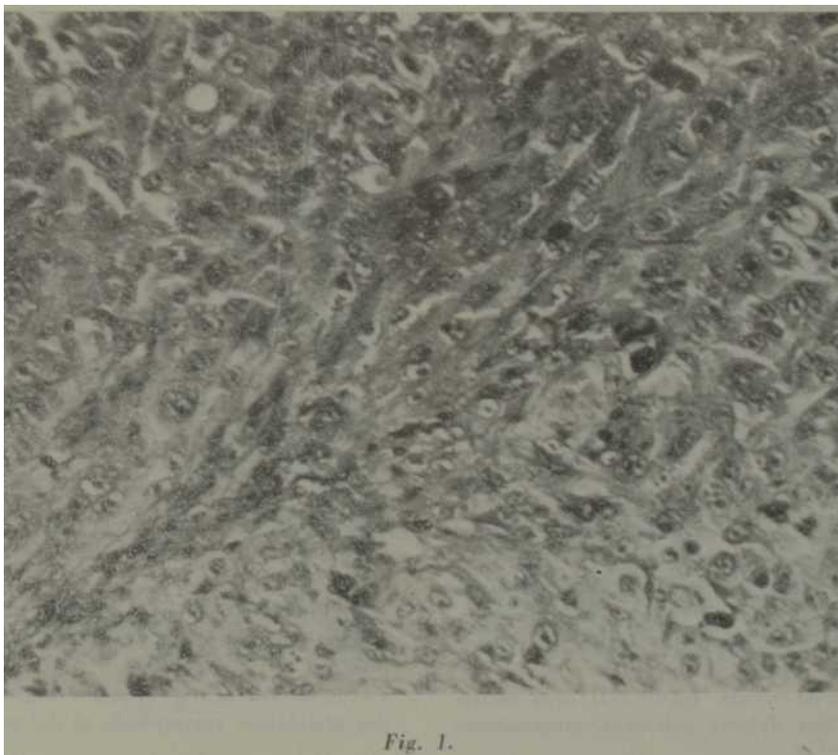
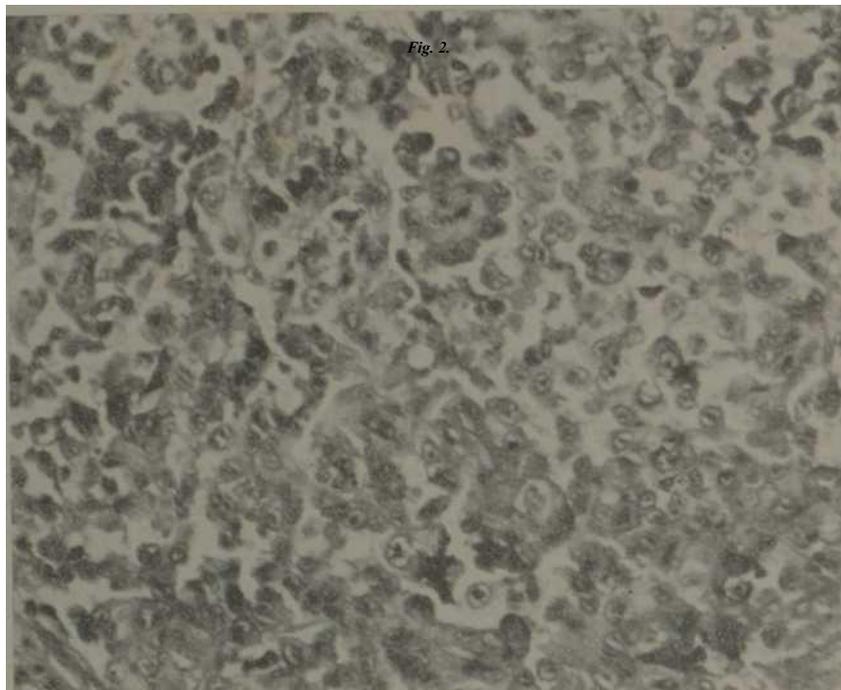


Fig. 1.



Sangre (17/VI/69): H: 3,600,000; Leuc: 7000; Hb: 12.0, 70%; plaquetas: 320,000; Poli: 66, Linfo: 31, Mono: 02, Stab: 01, Eo: 00.

Rayos X (28/V/69): No hay alteraciones pleuropulmonares.

Cistoscopia: No hay tumor endovesical.

Informe operatorio;

El día 13/VI/69 se realiza exéresis del tumor, informe operatorio: tumor vegetante, friable, negrozco con sus zonas vecinas recubiertas d? una intensa melanosis; da la impresión de no infiltrar la pared vaginal. Informe anatomopatológico (biopsia 69-3429): Melanoma maligno (fig. 3).

Se comienza tratamiento cotí metotrexate. El día 23/Y II/69 refiere "pérdida discreta como borra" y al examen: abundante sangre en vagi. na; el área operada parece "controlada". Hasta el mes de septiembre sigue con metrorra- gias minimales y al examen: zona operada de aspecto cicatricial con un nódulo fijo de 2 cm de diámetro en la pared vaginal anterior que aumenta de tamaño. En el mes de diciembre, en la placa de tórax se aprecian múltiples imágenes nodulares en ambos campos y so decide tratamiento eon sarcolisine, ya que no hay posibilidades de cirugía. El día 2/II/70 la pacien. te acude por dolores pelvianos, sangrainiento e ingresa en mal estado general. El día 22/11/70 presenta disnea intensa, vómitos y el día 26/11/70 fallece.

El estudio anatomopatológico (Necropsia 70-050) muestra en la pared vaginal anterior un tumor exofítico, ligeramente prominente con superficie ulcerada, con numerosos focos necróticos, de color gris-violeta y pardo oscuro, san. grando abundantemente al corte. El tumor infiltra la pared vaginal, el fondo del saco de Douglas, toda la cúpula vaginal y la porción vaginal del cuello. Los ganglios linfáticos (inguinales, lumboaórticos y pélvicos) están muy aumentados, 4.5 X 6 cm, 3X4 cm, algunos en paquete, con superficie, del corte color gris- pardusco o violeta oscuro, consistencia blanda, sangrando fácil y abundantemente. Los ganglios linfáticos periesofágicos están menos aumentados. Numerosos gaiglios metastásicos con aspecto macroscópico parecido al del tumor primitivo vaginal se pueden observar bajo la pleura de ambos pulmones y bajo la serosa del diafragma.

El estudio histológico muestra melanoma nía. ligno de la vagina (fig. 4) infiltrando por continuidad la porción vaginal del cuello (fig. 5) y el fondo del saeo de Douglas (fig. 6). El cuadro histológico corresponde al del melanoblas-



Fig. 3

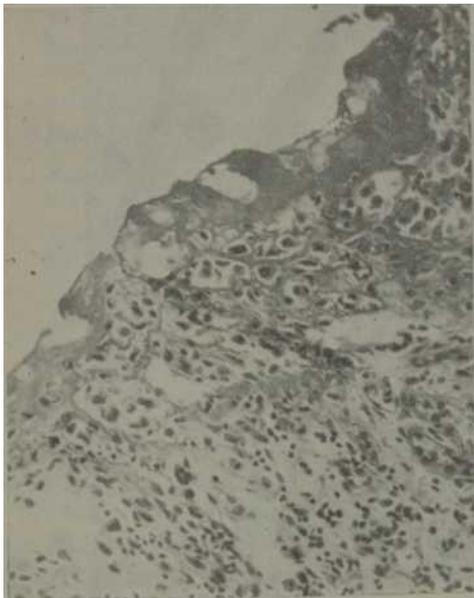


Fig. 4.

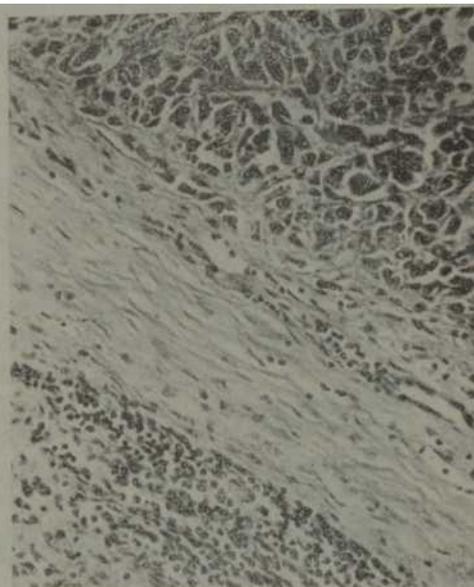
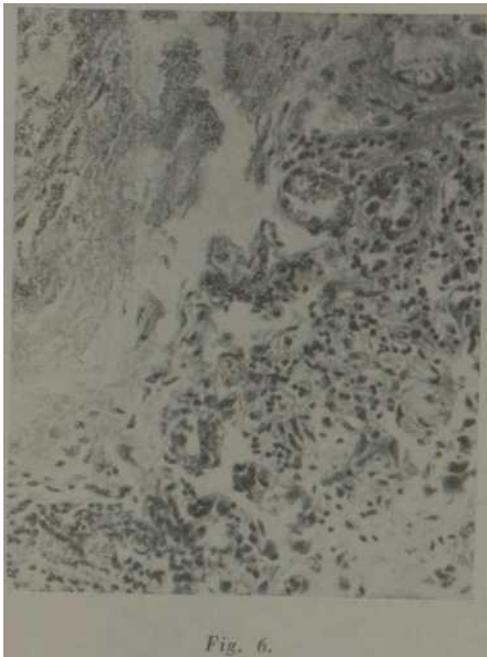
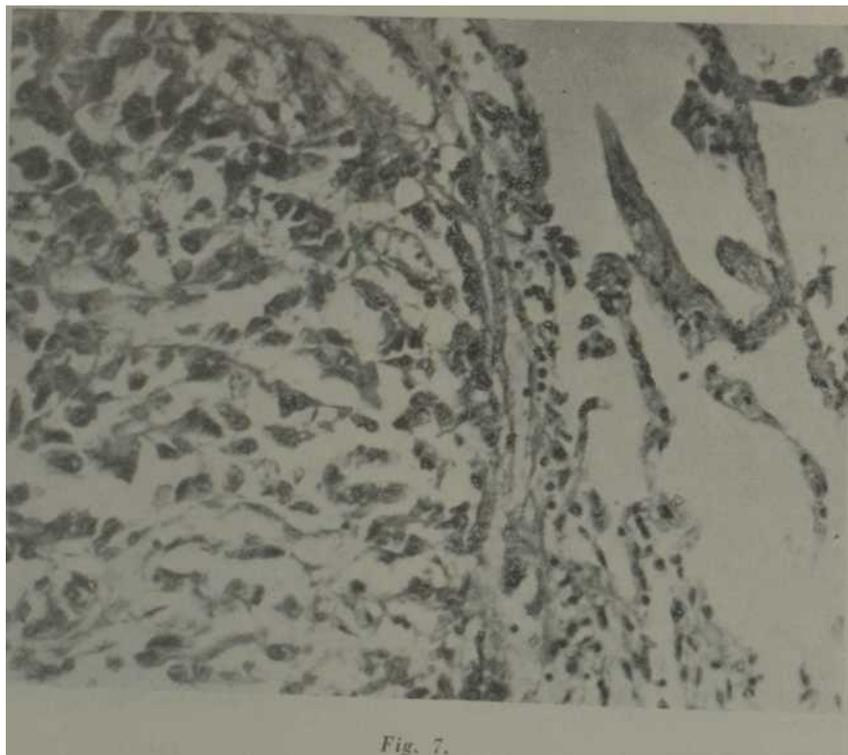


Fig. 5.



toma de cualquier lugar del cuerpo y se caracteriza por su gran polimorfismo celular (células redondas, poligonales, fusiformes), dispuestas su mayoría en grupos reproduciendo una estructura alveolar, solir todo en las zonas de jiro, liferación más activa, que 110 contienen pigmento. Kste en cantidades muy variables se distribuye irregularmente, en forma de granos finos intraprotoplasmáticos o en grumos grandes, opacos, dentro de los elementos neoplásicos o en el intersticio. Los ganglios linfáticos (inguinales, pélvicos y lumboaóuticos) muestran me. tástasis manifiestas o discretas, con estructura histológica par.'cida al del tumor primitivo. Se encuentra la misma imagen en las metástasis pulmonares (fig. 7), diafragmáticos y en los ganglios linfáticos periesofágicos.

Muestras del tumor vaginal y de las metástasis pleiropulmonares fueron positivas con el procedimiento de Becker y col (1933) para 1)01 'A-oxidasa. Se utilizó como substrato dioxi- fenialamino (BI)H] en lampón fosfato 0.1M pH 7.4.



SUMMARY

Popov E., Popjristova E. *Vaginal primary malignant melanoma*. Rev. Cub. Med. 12: 1, 1973.

A literature review of vaginal primary malignant melanoma, a very rare nosology, is made. A case with localization on anterior vaginal wall which was diagnosed by biopsy and treated with cytostatics and surgery at IORH (Oncology and Radiobiology Institute of Havana), is presented. Histogenesis, histomorphology, differential diagnosis and therapeutic possibilities of vaginal primary melanoma, are commented.

RESUME

Popov E. Popjristova E. *Mélanome malin primitif vaginal*. Rev. Cub. Méd. 12: 1, 1973.

On pass en revue la littérature sur le mélanome primitif vaginal, lequel présente une nosologie très rare. On présente un cas localisé dans la paroi vaginale antérieure, diagnostiqué par biopsie et traité chirurgicalement et avec cytostatiques, dans l'IOURH. On fait des commentaires sur l'histogenèse, histomorphologie, diagnostic différentiel et possibilités thérapeutiques du mélanome primitif vaginal.

FE3KME.

ñoñoB 3., nonxpictOBA 3. npHMHTHBHaH 3JiOKaHecTBeHHaH MejiaHOMa Bjiararoima. HoB., Cub. Med. 12: 1, 1973..

riBoBjaiTCH nepecMOTp jniTepaTypj Ha Teivy iiphmhthbhx MejiaHOM Bjiarajama, **ñBjLHKimixcH o^eHt pejntHM 3aOojieBaHHeM.üpeftCTaBJIHeTCH cjiyMaI",jIOKajai30Ba- HHHñ b nepe^Heñ BjiarajimuHOH CTeHKe,,nnarH03 KOToporo óhji nocTaBJieH nocpejicTBOM OHoncra h Jie^uicH b McTHTyTe OHKOJiopioi h Paipaoioiojioimi PaBa- hn xHpyipipaeCKHM nyTeM h nHTocTaTirceCKHMü cpejicTBaMH.IlpHBOjiiHTCH Kome- HTaproio rHCTOreHe3e,rHCTOMop\$0Ji0rini,jihfcf'epeHmiajiBHOM ;mareóse h Tera- neBTffqecKHX bo3moxhocTh no OTHOueHiK k uphmhthbhoñ MejiaHOMe Bjiarajmma,**

BIBLIOGRAFIA

1. *Ahumada, J. C.* y col.: El Cáncer Ginecológico. Tomo II. El Ateneo, Buenos Aires 1952, pp 858-863.
- 2.—*Ariel. I. M.*: Obst. & Gynee. 17: 222, 1961.
3. —*Balduzzi, G.*: Pathologica 44: 163, 1952.
—*Batsakis, J. G.*; *Dito, W. li.*: Obst. «X: Gynee. 20: 109, 1962.
5. —*Brunings*: según *Mullaney, j. J.* Path. Bact. 81: 473, 1961.
- UU. *Brz'zinsky, A. Blomberg, V. M., Laufer, A.* : Amer' j. Clin. Path. 20: 774, 1950.
7. —*Brzezinsky, A.*: según *Ahumada, J. C.* y col.
- Z' 8.—*Collantes, M., I'ratt, J. H, Dockerty, M. B.*: Obst. ;4 Gynee. Vol. 29, No 4 pp. 508-514, 1967.
9. —*Cowdry*: según *Mino, R. A.* y col Amer J. Obst. Gynee. 56: 325, 1948.
10. —*Chandry* y col.: Cáncer, II: 923, 1958.
11. *Das Gupta, T., I>, Urso* Surg. Gynee. & Obst. 119: 1074, 1964.
- 12.—*Ewing, j.*: Neoplastic Diseases, ed. 4 W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1940.
13. *Frcund, ü. /<, Kegel, K. E., Dugger, J. H.* : Arner. J. Obst. Gynee. Vol 78, No. 22, 290- 294, 1959.
14. —*Friedmann*: Cáncer, Vol. 3, Ch. 3ro, Ed. R. W. Raven London, 1958.
15. —*Gotschalk, H. C.* y col.: Arel. Path. 30: 762, 1940.
16. —*Graev, M* : Areh "da Vecchi" anat. path. 24: í, 1956.
17. —*Gupta, j. C., Arora, M. M., Jungawala, B. N , Salgia, K. Ivi.*: Ohst. Gynee. Brit. Comm. 71: 801, 1964.
- ^18.—*Hajikuno, fl.* : Gañil, 43: 395, 1952.
19. *Hinselmann*, según *Mullan?y J. J.*: J. Path Bact. 81: 473, 1961.
Hollstein, K.: Zbl. Gyniik. 73: 113, 1951.
21. —*Limburg, H.*: Geburtsch. u Frauenh. 16: 1, 1956.
22. —*McKenzie*: según *Mullan?y, J* en J. Baci. Path. «/: 473, 1961.
- 23 —*Meyer, R.*: según *Freud, D. K.* y col. Amer. J Obst. Gynee. Col. 78, 290-294, 1959.
—*Mino, K. A., Livingstone, B. G., Hynes, i. F.*: Aun. West Med. Surg. 6: 648. 1952.

R. C. M.

- Mino, R. A., Livingstone, R. G., Mino, / V. H.: Amer. J. Obst. Gynee. 56: 325, 1948.*
- ' 25.—*Muñaney, J.:* J. Path. Bact. 81: 473, 1961.
26. —*Nicholson, G. W.:* Ardi. Gynee. 43: 209, 1936
27. —*Neurenberger, L.:* según *Brzezinsky, A.* y col.: Amer J. Clin. Path. 20: 774, 1950.
- ' 28.—*Novak, E., Novak, E. R.:* Ginecologic and ObsUtric Pathology, 4th ed., Philadeipha and Londoji. 60. 1958.
- 29.—*Pack, G. T.:* Southern Med. J. 40 : 832, 1947.
- ' 30.—*Parona, F.:* Ann Univ. med. chir. Milán, 279, 1887.
31. —*Perzik:* según Atlas of Tumor Pathology, Sece. IX, Fase. 33. Tumors of the female sex organs, part 2, Washington. D. C. 1960 70-71.
32. —*Principato, J. J.* y rol.: Cáncer, 18: 1641, 1965.
- >33.—*Sirsat, M. V.:* Indian J. M. Se. 6: 882, 1952.
34. —*Srnith:* según *Mino, R. A.* y col.: Amer. J. Obst. Gynee. 56: 325, 1948.
35. —*Szendr, tí.:* Wien. Klin. Wschr. 67: 44. 1955.
36. —*Veit:* según *Mullaney, J.:* J. Path. Bact. 81: 473, 1961.
- 17.—*Willis, R. A.:* Pathology of Tumours, 4ti ed., London. Butterworth, 927.