

Vulvectomía radical con reconstrucción inmediata mediante colgajo musculocutáneo en melanoma de vulva

Francisco Miguel Said Lemus,* Samuel Parada Villavicencio,*
 Héctor Martínez Said,** Juan Carlos DelCid Cuyun**

RESUMEN

Actualmente, el melanoma de vulva representa un reto y debe de ser atendido desde un enfoque multidisciplinario. Se presenta con poca frecuencia. Los escasos e inespecíficos signos y síntomas dificultan el diagnóstico clínico, el cual debe apoyarse en estudios de histopatología y de extensión para poder hacer la evaluación final. Posteriormente, se definirá el tipo de resección y la posibilidad de reconstrucción, la cual puede ser desde el avance local de colgajos hasta grandes movilizaciones de tejidos locales o a distancia. Para ello se debe considerar la irrigación sanguínea de los tejidos donador y receptor, restablecer las funciones locales, disminuir el impacto para la marcha o el sentarse, crear una apariencia natural y la posibilidad de que sea neurológicamente sensible y el que pueda ser realizado en un solo tiempo quirúrgico.

Palabras clave: Vulvectomía, melanoma de vulva, colgajo musculocutáneo.

ABSTRACT

At present vulvar melanoma is a challenge that must be treated with a multidisciplinary focus. Due to the fact that it is not very frequent and there are few and unspecific signs and symptoms, diagnosis is difficult and upon reasonable doubt supported by histopathology and extension studies, are necessary to make a final evaluation that commits the different specialities. Later, the type of resection and the possibility of reconstruction, from either local advance flaps or local distant tissues, would be defined. Considering blood irrigation from donor and receptor tissues, the re-establishment of local function, diminishing the impact of walking and sitting, creating a natural appearance and the possibility of neurological sensitivity can be achieved in a single surgical period.

Key words: Vulvectomy, vulvar melanoma, muculocutaneous flap.

INTRODUCCIÓN

Debido a la baja frecuencia del melanoma vulvar, el diagnóstico, el tratamiento oncológico y la reconstrucción, cuando está indicada, representan un reto multidisciplinario.

Las modalidades actuales para la reconstrucción de defectos vulvares toman en consideración el tamaño del defecto y los tratamientos neoadyuvantes o

coadyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia) realizados por el grupo oncológico, para valorar la aproximación de colgajos locales o la realización de grandes colgajos locorregionales o a distancia. Para ello se debe considerar la irrigación sanguínea de los tejidos donador y receptor, restablecer las funciones locales, disminuir el impacto para la marcha o el sentarse, crear una apariencia natural y la posibilidad de que sea neurológicamente sensible y el que pueda ser realizado en un solo tiempo quirúrgico.

www.medigraphic.com

* Departamento de Cirugía Reconstructiva. Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México.

** Clínica de Melanomas. INCan.

Recibido para publicación: 03/10/07. Aceptado: 19/10/07.

Correspondencia: Dr. Francisco Miguel Said Lemus

Sur 132 núm. 108, consultorio 205. Col. Las Américas, 01120 México, D.F.
 E-mail: fmsaid@hotmail.com

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 71 años, presentó tumoración exofítica multilobulada de 4 cm, con área hiperpigmentada

de bordes mal definidos sobre borde interno del labio menor y clítoris, de aproximadamente tres meses de evolución. Además de esta lesión, la exploración física evidenció adenopatía en la región inguinal izquierda (*Figura 1*).

Fue valorada inicialmente por los Servicios de Ginecooncología, Clínica de Melanomas y Cirugía Reconstructiva del Instituto Nacional de Cancerología.

Se realizó biopsia excisional cuyo resultado fue diagnóstico histopatológico de melanoma maligno en fase de crecimiento, ulcerada. Debido a esto, se programó para vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal. Fue intervenida quirúrgicamente, el producto fue una pieza de 10 por 6.5 por 4 cm (*Figura 2*). Durante el procedimiento de resección se dejó ferulizada la uretra mediante sonda de Foley y puntos cardinales en introito vaginal (*Figura 3*), para llevar a cabo el procedimiento de reconstrucción, que consistió en la realización de colgajo musculocutáneo tipo TRAM pediculado de base inferior, rotándolo 180° y tunelizado a través del pubis

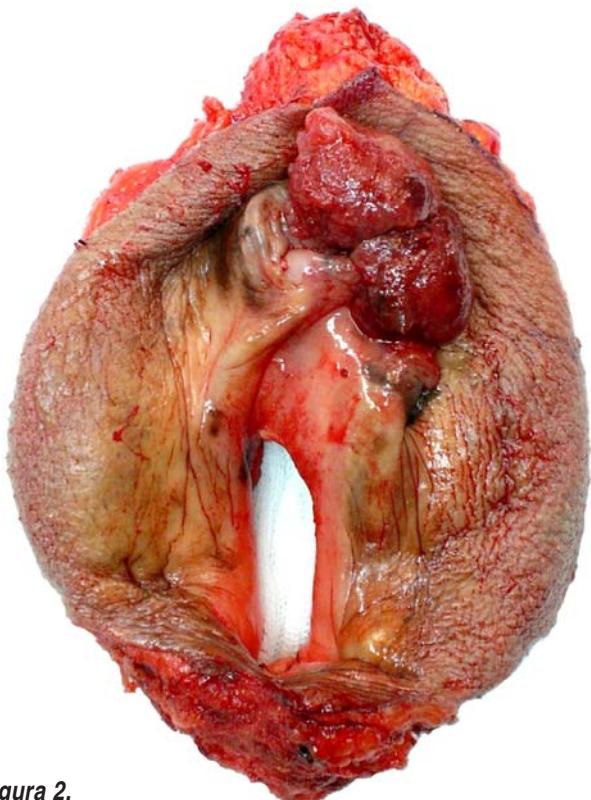


Figura 2.



Figura 1.



Figura 3.

(Figura 4). Al colgajo se le hizo un corte en huso para marsupializar la uretra y el introito vaginal (Figura 5). Se reconstruyó la hoja anterior del recto anterior del abdomen. La paciente pasó a recuperación y al cuarto día fue dada de alta sin complicaciones y con evolución favorable.

El estudio final de patología concluyó con el diagnóstico de melanoma polipoide de crecimiento vertical con Breslow de 3.0 mm, ulcerado.

Caso 2

Mujer de 56 años, sin comórbidos asociados. Su padecimiento se inició cuatro años atrás, con sensación de ardor y prurito en la región vulvar. Recibió tratamiento médico no especificado, sin mejoría alguna. Notó la presencia de tumor en labio menor izquierdo, el cual sangraba de manera ocasional, por lo que consultó a un médico. Éste le efectuó estudio citológico y biopsia de lesión, la cual resultó positiva para malignidad, por lo que fue enviada al Instituto Nacional de Cancerología.



Figura 4.

Exploración física y colposcopia (satisfactoria): Cervix de 2 x 2 cm, zona de transformación amplia anormal, lesiones acetopositivas en el radio de las 11 y de 6 a 7, de bordes definidos, superficie lisa, con puntilleo fino, hipervascularidad. En vulva se evidencia lesión de 3 x 3 cm que involucra labios mayores y menores, con áreas hiperpigmentadas, así como zona de ulceración y necrosis en labio mayor izquierdo de 1.5 x 1.5 cm.

Biopsias incisionales de lesiones en labios mayores y menores: Melanoma en fase de crecimiento vertical, ulcerado, Clark y Breslow no valorables. **Biopsia de vulva:** Melanoma maligno en fase de crecimiento vertical, ulcerado con Breslow de 0.4 mm. **Biopsia de cérvix:** Cervicitis crónica inespecífica. **PAP:** Cambios celulares reactivos asociados a inflamación y atrofia.

Tomografía negativa para metástasis. Linfocentellografía con tres ganglios en ingle izquierda, pelvis negativa.

Se realizó escisión amplia de lesión en labio mayor izquierdo y biopsia incisional de lesión en labio mayor derecho más ganglio centinela.

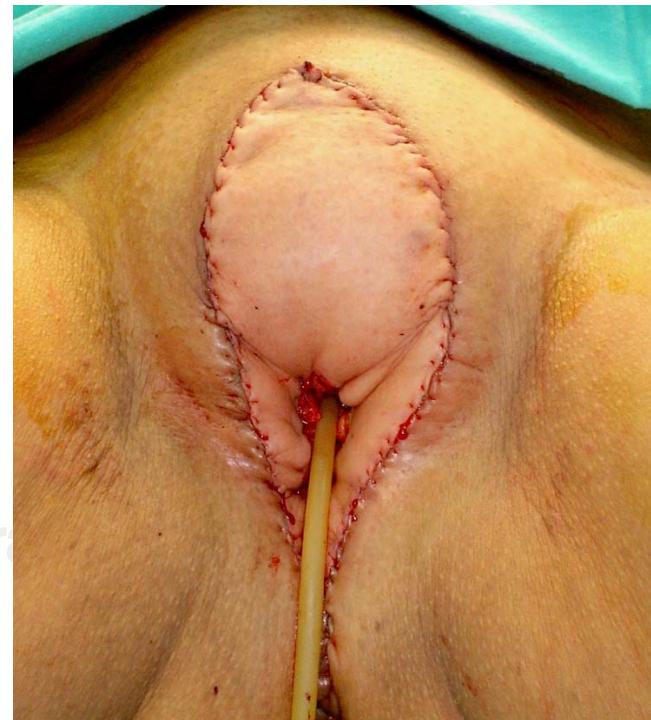


Figura 5.

Reporte de histopatología. Labio izquierdo: Melanoma nodular ulcerado, Breslow de 6 mm, tamaño del tumor 4.5 x 1.3 cm con extenso componente *in situ*; límites quirúrgicos: anterior con melanoma *in situ*, posterior a 1.5 cm, medial a 0.9 cm, lateral a 0.5 cm y lecho quirúrgico negativo. Labio derecho: Líquen plano, 1 de 1 ganglio centinela negativo.

Posteriormente se realizó nueva escisión de bordes y levantamiento de colgajos locales, así como cierre por planos en el Servicio de Cirugía Plástica.

DISCUSIÓN

En la actualidad, el melanoma de región vulvar es un tema de controversia en el campo de la oncología, porque se sitúa como el segundo tumor maligno de la vulva; representa entre 5 y 10% de lesiones neoplásicas de la vulva y 2% de todos los melanomas entre las mujeres.¹⁻³

Habitualmente, los melanomas son el resultado de alteraciones en la piel que se encuentran directamente en contacto con los rayos solares. En el caso

del melanoma vulvar se le ha denominado como melanoma extracutáneo por estar situado entre la piel y la membrana mucosa.⁴ Dentro de los factores asociados a este tumor se encuentran: factores genéticos (fenotipo, nevo displásico, historia de otros melanomas y/o antecedentes heredo-familiares) y ambientales (exposición a luz ultravioleta, siendo poco aplicable porque generalmente no ocurre).⁶

La incidencia real de los melanomas extracutáneos es difícil de determinar debido a las diferencias de razas y áreas geográficas. Con base en series internacionales se ha intentado calcular la incidencia de los melanomas extracutáneos, siendo el promedio estandarizado de 0.10 por 100,000 mujeres por país por año. El promedio de edad en el momento del diagnóstico es de 70-79 años (49%). En México, la experiencia de la Clínica de Melanomas del Instituto Nacional de Cancerología alcanza 2% del total de melanomas diagnosticados en mujeres.⁷

La primera descripción de esta entidad fue descrita por Cullen y Carswell en 1821 en un caso de autopsia. Pero no es sino hasta 1861, que Prescott



Figura 6.



Figura 7.

Hewett lo publica en la revista *Lancet* con el título de *Melanosis of the labium and glands of the groin and pubes* (melanosis del labio y glándulas de la ingle y pubis).

Las lesiones sospechosas de melanoma deben ser tomadas en consideración si cuentan con los siguientes datos, el ABCD: Asimetría de la lesión, Bordes irregulares, Color negro (pudiendo ser rojo, blanco, azul) y, por último, diámetro mayor de 6 mm.

Cuando la lesión ha crecido, resulta difícil su diagnóstico. Las experiencias de las 14 series más grandes señalan los siguientes signos y síntomas: Abultamiento, pólipos o lunar encontrados en 44% de los casos, sangrado en 31%, prurito en 18% y descarga e irritación vaginal en 16%.

Los sitios del área vulvar en donde se ha descrito este tipo de melanoma son: Clítoris, 24%; labio menor, 29%; labio mayor, 34%; estructuras de la línea media, 13%; vello púbico, 13%; y vello de la línea mucocutánea, 38%.⁵

El comportamiento de presentación de este tipo de melanomas también es diferente en compara-

ción con el tipo cutáneo. El más frecuente es el lítigo de mucosa (27-57%), seguido por el nodular (22-28%), el inclasificado (12-16%) y el de diseminación superficial (4-56%).⁶

Lo que sí tiene en común con su similar cutáneo son los valores pronóstico; entre ellos, el grosor de la tumoración reportado en milímetros (clasificación de Breslow). La clasificación de Clark es poco reproducible, por lo que no es utilizada con regularidad. Se ha informado que el índice mitótico tiene estrecha relación con el pronóstico⁸ y la presencia de metástasis ganglionar. Todos estos factores fueron reunidos durante la última reunión de la AJCC (*American Joint Committee on Cancer*), en el 2002 dando a conocer la ya conocida clasificación de TMN. Otra que se utiliza de manera satisfactoria es la clasificación de Chang.⁹

En relación al tipo de procedimiento quirúrgico a realizar, en la literatura internacional se registra una tendencia a llevar a cabo cirugías cada vez más limitadas, como son las escisiones que pueden ser con o sin linfadenectomía; sin embargo, cada caso se debe de individualizar, por lo que los pro-



Figura 8.



Figura 9.

cedimientos pueden llegar a ser tan radicales como vulvectomía con o sin linfadenectomía inguinofemoral y/o combinaciones de quimioterapia-radioterapia si no existe la posibilidad de realizar alguna intervención quirúrgica.

La reconstrucción vulvar es considerada un reto desde el punto de vista reconstructivo. Por esta razón, estos procedimientos requieren ser valorados de manera cercana con el equipo oncológico involucrado. Los lineamientos que debe seguir el grupo reconstructor son la planeación del tipo de colgajo en relación al tamaño del defecto. Son considerados como defectos pequeños aquéllos en que la resección sea menor de 10 cm², como defectos medianos cuando alcanzan entre 10-20 cm², como grandes los mayores de 20 cm² y se catalogan como extensos los que rebasan los 50 cm².¹⁰ Se debe de brindar una adecuada irrigación sanguínea al sitio donador y, de ser necesario, a la isla de piel, en el caso de colgajos fasciocutáneos o musculocutáneos, los cuales pueden ser axiales o de circulación aleatoria. También debe considerarse que la cantidad de tejido se pueda moldear en caso de defectos pequeños o grandes, así como restablecer las funciones necesarias, disminuir al mínimo el impacto sobre la marcha o el sentarse, crear un aspecto natural, dar la posibilidad de ser neurológicamente sensitivo y que pueda ser realizado en un solo tiempo quirúrgico. Desgraciadamente, en múltiples ocasiones un solo colgajo no tiene todos los beneficios deseados, tomando en cuenta los estados patológicos previos que pudieran afectar e incrementar de manera directa la morbilidad del procedimiento reconstructivo.

Dentro de las opciones que se han llegado a utilizar para la reconstrucción vulvar se encuentran colgajos locales y a distancia. Entre los primeros podemos mencionar la sola movilización de colgajos fasciocutáneos locales que darán buena cobertura con una moderada alteración de la anatomía local. Otros de los colgajos locales que se están utilizando son todos los colgajos pudendos de rotación de tipo fasciocutáneos que tienen como punto de rotación la vascularidad de la región isquiática; éstos a su vez son neurológicamente sensitivos, lo que está dado por las terminaciones nerviosas de S2-S4, ramas labiales y de la región pe-

rianal. La irrigación de esta zona es brindada por la arteria labial posterior, la cual tiene una longitud de 10-12 cm con diámetro de 1.0-1.5 mm. Junto a ésta se encuentran las arterias pudenda externa profunda, pudenda interna y perianal transversa que en conjunto tienen la capacidad de dar una buena irrigación a estos colgajos.

El colgajo que se utilizó en las reconstrucciones de los casos presentados es el colgajo musculocutáneo del recto anterior del abdomen. Éste es un colgajo de grandes dimensiones que tiene la cualidad de contar con dos vasos dominantes: las arterias epigástricas superior e inferior, las cuales tienen longitud de 2 y 5 cm, diámetro de 1.8 y 2.5, respectivamente, con lo que se asegura una perfusión adecuada en caso de ser tallado con una gran isla de piel. Es el colgajo de elección para defectos grandes o mayores a 50 cm² (*Figuras 6 a 9*).¹¹

CONCLUSIONES

Para lograr éxito en el diagnóstico y tratamiento oncológico y reconstructivo de las pacientes afectadas por melanoma de vulva, debe haber participación de un grupo multidisciplinario de especialistas y subespecialistas.

En el tratamiento reconstructivo se deberá elegir la mejor posibilidad entre las diferentes modalidades de reconstrucción, que van desde el avance de colgajos locales a la rotación de colgajos locoregionales o los colgajos de grandes dimensiones a distancia.

Los resultados logrados en los casos descritos fueron: ausencia de secuelas en la marcha y al sentarse, realización en un solo tiempo quirúrgico, además de pronta recuperación y adecuada integración a sus actividades físicas y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verschraegen CF, Benapibal M, Supakarapongkul W, Levy LB, Ross M, Atkinson EN et al. Vulvar melanoma at the MD Anderson Cancer Center: 25 years later. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11: 359-364.
2. Ragnarsson-Olding B, Johansson H, Rutqvist LE, Rinborg U. Malignant melanoma of the vulva and vagina. Trends in incidence, age distribution, and long-term survival among 245 consecutive cases in Sweden 1960-1984. *Cancer* 1993; 71: 1983-1987.

3. 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: 1225-1230.
4. Boel K. Ragnarsson-Olding. Primary Malignant Melanoma of the Vulva An Aggressive Tumor for Modeling the Genesis of Non-UV Light-associated Melanomas. *Acta Oncologica* 2004; 43 (5): 421-435.
5. Verschraegen C, Benjapibal M, Suprakarapongkul W, Levy L, Ross M, Atkinson E, Bodurka-Bevers D, Kavanagh J, Kudelka A, Legha S. Vulvar melanoma at the M.D. Anderson Cancer Center: 25 years later. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11: 359-64.
6. Wechter ME, Gruber SB, Haefner HK et al. Vulvar melanoma: A report of 20 cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 554-562.
7. Martinez-Said, Cuellar-Hubbe, Padilla RA et al. Epidemiology of cutaneous melanoma en Mexico 1980-2002. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30 (2): 163.
8. Azzola MF, Shaw HM, Thompson JF, Soong SJ, Scolyer RA, Watson GF et al. Tumor mitotic rate is a more powerful prognostic indicator than ulceration in patients with primary cutaneous melanoma: An analysis of 3,661 patients from a single center. *Cancer* 2003; 97: 1488-1498.
9. Chang AF, Woodruff JM, Lewis JL. Malignant melanoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 638-646.
10. Salgarello et al. Flap algorithm in vulvar reconstruction after radical, extensive vulvectomy. *Ann Plast Surg* 2005; 54: 184-190.
11. Mathes SJ. *Reconstructive Surgery*. Vol 2. New York, NY: Churchill Livingstone; 1997. p. 1043-1083.