

MELANOMA al día .

MELANOMA Primario de Cuello Uterino

MM primario del cuello uterino es una entidad rara. La incidencia de melanomas del tracto genital ha sido reportada como de 1,6 casos por 1 millón de mujeres.

La mayoría de los casos de melanoma del tracto genital se producen en la vulva (76,7%) y vagina (19,8%) y más raramente (3-9%) en el cuello uterino.

La incidencia máxima de los pacientes con MM primario del cuello uterino ocurre entre 60 y 70 años, y es probable que se presente con secreción vaginal, sangrado o dispareunia.

El diagnóstico se basa generalmente en el examen ginecológico, la colposcopia y la patología cervical. Los frotis de Papanicolau cervical usualmente muestran células atípicas redondas o de huso que contienen pigmentos de melanina.

El melanoma cervical se origina a partir de las células melanocíticas del cuello uterino. Alrededor de la mitad de los melanomas son amelanóticos y debido a la ausencia de pigmentación, el diagnóstico de melanoma

amelanótico puede ser difícil de distinguir de rabdomiosarcoma, leiomiosarcoma, tumor Müllerian mixto, adenocarcinoma y carcinoma de células escamosas mal diferenciado.

La inmunotinción es útil para el diagnóstico de MM. Proteína S100 se considera sensible y proteína HMB 45 es específico para confirmar MM, y es más útil cuando los dos marcadores se combinan.

Norris y Taylor propusieron cuatro criterios para el diagnóstico de MM cervical primario:

- 1) presencia de melanina en el epitelio cervical normal,
- 2) ausencia de melanoma en otras partes del cuerpo,
- 3) demostración de cambio de unión en el cuello uterino , Y
- 4) metástasis según el patrón de carcinoma cervical.

No hay consenso en cuanto al manejo estándar para MM cervical primario debido a su rareza.

El tratamiento más común basado en la literatura es la cirugía, incluida la histerectomía radical, junto con linfadenectomía pélvica para la fase I-II de la enfermedad o exenteración pélvica en casos avanzados.

En general, el MM en el tracto genital femenino se propaga fácilmente al recto, la vejiga y la Uretra .

Según la revisión de Pucceddu, de 76 casos de MM cervical primario, la vaginectomía se realizó en sólo dos casos.

EL MM se considera un tumor resistente a la radiación, y la radioterapia se ha utilizado como tratamiento adyuvante o paliativo.

La quimioterapia se realiza con el mismo protocolo para el Melanoma cutáneo.

La dacarbazina como agente único es el fármaco más comúnmente utilizado, con tasas de respuesta (RR) de aproximadamente 15-20%.

La combinación de quimioterapia con cisplatino, vinblastina y dacarbazina llevó a RR de 20-35%, pero esto no fue más eficaz que la dacarbazina sola para prolongar la supervivencia.

Hay falta de evidencia sobre la eficacia de la radiación postoperatoria o quimioterapia.

Nivolumab (anti-PD-1) se puso a disposición en Japón a partir de julio de 2014, y se espera que sea eficaz para MM en el tracto genital femenino.

El pronóstico asociado con MM cervical primaria es generalmente pobre porque su diagnóstico se hace generalmente en una etapa avanzada.

Según una revisión reciente, la supervivencia a los 5 años es del 18,8% en estadio I, del 11,1% en estadio II y del 0% en estadios III y IV.

Se necesitan más estudios para proponer tratamiento estándar para MM cervical primario.

Dra. Hilda Ramos Zerpa.

Dermatologo.

Dr. Wilmer Ramos Zerpa.

Oncologo .