

Melanoma vulvar metastásico: una entidad poco frecuente

Edith Rangel-Molina¹, Sara Elena Chávez-Guzmán², Larissa Magaña-Herrera³, Vanessa Paredes-Solis⁴, Marisol Galván-Navarrete⁵

¹Medicina Interna, Clínica Privada, Morelia, Michoacán, México

²Medicina Interna, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México

³Medicina General, CECYPE, Morelia, Michoacán, México

⁴Dermatología, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México

⁵Patología, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México

Recibido: 07/05/2026

Aceptado: 06/08/2026

En línea: 31/08/2026

Citar como: Rangel-Molina E, Chávez-Guzmán SE, Magaña-Herrera L, Paredes-Solis V, Galván-Navarrete M. Melanoma vulvar metastásico: una entidad poco frecuente. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 72-74. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a9>.

Cite this as: Rangel-Molina E, Chávez-Guzmán SE, Magaña-Herrera L, Paredes-Solis V, Galván-Navarrete M. Metastatic vulvar melanoma: a rare condition. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 72-74. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a9>.

Autora para correspondencia: Edith Rangel Molina. edithrangelmolina@gmail.com

Palabras clave

- ▷ melanoma vulvar
- ▷ melanoma genital
- ▷ sobrevida
- ▷ metástasis

Resumen

El melanoma es una de las neoplasias cutáneas malignas más agresivas. El melanoma genital es poco frecuente y tiene una mayor incidencia de metástasis debido a su retraso en el diagnóstico por su ubicación poco visible para el escrutinio, además de un peor pronóstico. Presentamos el caso de una mujer de 56 años, con diabetes tipo 2, y un cuadro clínico de 3 años de evolución caracterizado por una dermatosis a nivel genital. La biopsia de piel identificó melanoma, inmunohistoquímica con PS-100 y HMB-45 positivos. El tratamiento en etapas tempranas es la escisión quirúrgica; en melanoma metastásico la terapia biológica.

Keywords

- ▷ vulvar melanoma
- ▷ genital melanoma
- ▷ survival
- ▷ metastasis

Abstract

Melanoma is one of the most aggressive malignant skin tumours. Genital melanoma is rare; it has a higher incidence of metastasis due to delayed diagnosis caused by its location, which is difficult to examine, and it also carries a poorer prognosis. We present the case of a 56-year-old woman with type 2 diabetes and a 3-year clinical history characterized by a genital dermatosis. Skin biopsy identified melanoma, with positive immunohistochemistry for PS-100 and HMB-45. Treatment in early stages involves surgical excision; in metastatic melanoma, biological therapy is indicated.

Puntos destacados

- ▷ El melanoma vulvar es una entidad poco frecuente, con alta incidencia de metástasis debido a su retraso diagnóstico; pueden presentarse en piel, sistema linfático y a distancia.
- ▷ Representa aproximadamente 75 % de muertes relacionadas a neoplasias de la piel.

Introducción

El melanoma es una neoplasia maligna originada en los melanocitos, células encargadas de la producción de pigmento y es considerado una de las neoplasias cutáneas malignas más agresivas^{1,2}.

Una de sus presentaciones poco frecuentes se localiza en la región genital, especialmente en la vulva. El melanoma vulvar ocupa el segundo lugar entre las neoplasias malignas vulvares, después de los carcinomas de células escamosas; sin embargo, representa menos del 3% de todos los melanomas. Se presenta principalmente en mujeres durante la séptima década de la vida³.

La supervivencia a cinco años oscila entre el 25 % y el 60 % por diagnóstico y tratamientos tardíos. Aproximadamente el 15 % de las pacientes con melanoma vulvar tiene antecedentes familiares de melanoma cutáneo².

Las manifestaciones clínicas iniciales suelen incluir sangrado, prurito o la presencia de nódulos, principalmente en los labios menores y el clitoris; no obstante, algunas pacientes pueden permanecer asintomáticas. La mayor profundidad de invasión y la presencia de metástasis al momento del diagnóstico se han relacionado con la localización poco visible de estas lesiones, lo que dificulta su detección mediante escrutinio, así como la abundante vascularización de la región genital. La diseminación metastásica puede ocurrir por vía linfática hacia los ganglios regionales o por vía hematógena. Esta última se asocia con un peor pronóstico, y con una supervivencia inferior al 10 % a los diez años^{2,3}.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

A su ingreso la paciente se encontraba neurológicamente íntegra, hemodinámicamente estable y sin requerimiento de oxígeno suplementario. Presentaba

palidez de mucosas y tegumentos. Abdomen globoso, a expensas de panículo adiposo. En pubis se observaron manchas hipocrómicas de bordes irregulares y múltiples lesiones nodulares fijas violáceas, no dolorosas de 2-4 mm de diámetro. Así mismo, se identificó aumento de volumen del labio mayor izquierdo con nódulos profundos, así como adenopatías inguinales bilaterales no móviles (**figura 1**). La extremidad pélvica izquierda presentaba aumento de volumen, edema +++, con úlcera sin secreción grado II (de acuerdo a EPUAP), con bordes hipocrómicos irregulares (**figura 2**).



Figura 1. Zona genital.



Figura 2. Extremidad pélvica izquierda.

Pruebas complementarias

Se inició el protocolo de estudio. Los resultados de laboratorio más relevantes fueron: creatinina 1,33 mg/dL, nitrógeno ureico en sangre (BUN) 29,5 mg/dL, tasa de filtración glomerular (TFG) 40,25 mL/min, ácido úrico de 9,2 mg/dL, triglicéridos de 171,2 mg/dL, deshidrogenasa láctica (DHL) de 2153 U/L, aspartato aminotransferasa (AST) de 95 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) 11 U/L, fosfa-

tasa alcalina de 176 U/L, y una relación albumina / globulinas invertida de (0,75). Las concentraciones de bilirrubinas y electrolitos séricos se encontraron dentro de parámetros normales. La biometría hemática mostró leucocitos de 7600/mL, hemoglobina de 11 g/dL, volumen corpuscular medio (VCM) de 92 fL, hemoglobina corpuscular media (HCM) de 27,6 pg y plaquetas de 250.000/mL.

En la tomografía abdominopélvica simple y contrastada se observó un conglomerado ganglionar con compromiso de órganos pélvicos, compresión extrínseca del útero y la vejiga, así como afectación de cadenas ganglionares inguinales.

Biopsia de piel: proliferación de células redondas a poligonales con núcleos redondos, cromatina fina y nucléolos prominentes eosinófilos, acompañadas de pigmento marrón, dispuestas en nidos en la dermis superficial, con permeación vascular e invasión perineural (**figura 3**).

Se evidenció un índice de Breslow de 0,7 mm, índice mitótico de 4 mitosis por 10 campos de alto poder y ausencia de ulceración. Inmunohistoquímica: proteína S100 positiva (+++), con patrón nuclear y citoplasmático difuso, y HMB45 positivo (+++), con tinción citoplasmática de patrón granular (**Figura 4**). No se realizaron estudios de perfil molecular.

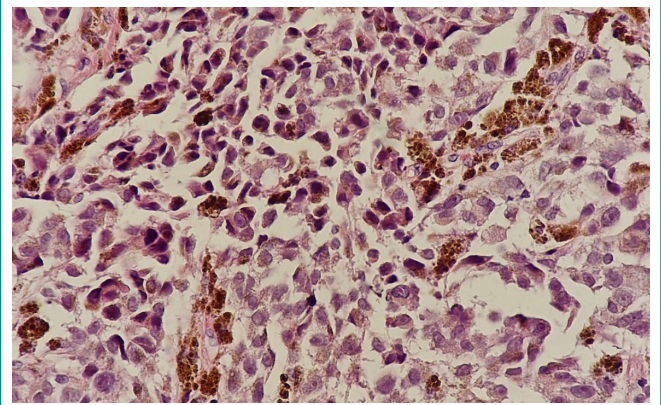


Figura 3. Hematoxilina y eosina 40x.

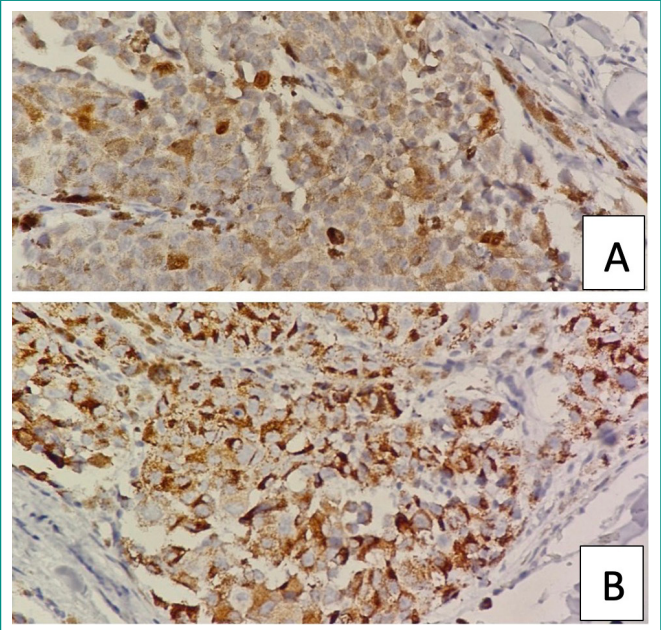


Figura 4. A) Inmunohistoquímica para proteína S100 positiva (+++), de patrón nuclear y citoplasmático difuso. B) Inmunohistoquímica para HMB45 positivo (+++), de patrón citoplasmático granular.

Evolución

Con base en estos resultados, la paciente fue referida a un hospital oncológico para continuar con el abordaje y tratamiento. Sin embargo, decidió no continuar con el proceso diagnóstico-terapéutico y solicitó su egreso voluntario.

Diagnóstico

De acuerdo a los estudios realizados la paciente se encontraba en un estadio clínico IV (T1aN3bM1), en base al sistema de estadificación TNM del AJCC.

Discusión y conclusiones

El melanoma es una neoplasia maligna originada en los melanocitos, células encargadas de la producción de melanina, responsables de la pigmentación. El melanoma vulvar es una neoplasia poco frecuente y agresiva que representa aproximadamente 1 % de los melanomas diagnosticados en mujeres y entre 2 y 10 % de las neoplasias malignas de la vulva².

El melanoma es uno de los cánceres cutáneos malignos más agresivos y representa aproximadamente 75 % de las muertes asociadas a neoplasias de la piel⁴. Sin embargo, el melanoma vulvar presenta características epidemiológicas, biológicas y moleculares diferentes a las del melanoma cutáneo convencional^{2,6}.

Se ha identificado una mayor incidencia del melanoma cutáneo en edades tempranas tanto en hombres como en mujeres; a diferencia de su presentación en la región genital, la cual tiene mayor prevalencia en mujeres durante la séptima década de la vida². Aunque se han implementado nuevas alternativas terapéuticas, como la inmunoterapia, el pronóstico del melanoma vulvar continúa siendo desfavorable, con una supervivencia global a cinco años cercana a 47 %².

El melanoma vulvar tiene una incidencia aproximada de 0,1 casos por cada 100,000 mujeres al año². Su diagnóstico puede retrasarse debido a la localización poco visible de la lesión y la presentación asintomática que presentan algunas pacientes. Las manifestaciones clínicas pueden incluir una lesión pigmentada o nodular, prurito, sangrado, dolor, ulceración o sensación de masa².

Ante una lesión vulvar pigmentada, asimétrica, de bordes irregulares, coloración heterogénea o cambios recientes, se recomienda realizar una biopsia para estudio histopatológico. La confirmación diagnóstica puede complementarse con marcadores inmunohistoquímicos como S100, SOX10, HMB-45 y Melan-A. El reporte histopatológico debe incluir el espesor de Breslow, la presencia de ulceración, el índice mitótico, la invasión linfovascular, el estado de los márgenes quirúrgicos y el compromiso ganglionar, debido a su relevancia pronóstica².

El melanoma tiene distintas formas de diseminación y el riesgo de metástasis está directamente relacionado con la extensión y profundidad del tumor primario. Puede ser local, regional, principalmente hacia los ganglios linfáticos, o a distancia por vía hematogena¹. Los principales sitios de metástasis son la piel, el tejido celular subcutáneo, el pulmón, el hígado, el hueso y el sistema nervioso central^{2,5}. En el melanoma vulvar, el estadio al diagnóstico, el espesor tumoral, la ulceración, el estado de los márgenes quirúrgicos y el compromiso ganglionar forman parte de factores pronósticos relevantes^{2,3}.

A diferencia del melanoma cutáneo convencional, las mutaciones inducidas por radiación ultravioleta no desempeñan un papel etiológico predominante en el melanoma vulvar de localización mucosa. Estos tumores suelen presentar una menor frecuencia de mutaciones en BRAF y una mayor proporción de alteraciones en KIT y NRAS^{2,6}. En el caso presentado no se informaron resultados de estudios moleculares para BRAF, KIT, NRAS, TERT o CDKN2A; por lo tanto, no es posible establecer una correlación entre estas alteraciones y el comportamiento clínico observado.

En cuanto al tratamiento, la escisión quirúrgica con márgenes histológicamente negativos constituye el tratamiento principal de la enfermedad localizada. La cirugía radical no ha demostrado una ventaja clara en la supervivencia en comparación con una escisión local adecuada². La biopsia del ganglio centinela puede considerarse en pacientes seleccionadas con ganglios clínicamente negativos, de acuerdo con el espesor y las características del tumor³.

En la enfermedad irreseccable, recurrente o metastásica, los inhibidores de puntos de control inmunitario, particularmente los anticuerpos contra PD-1, como nivolumab o pembrolizumab, solos o combinados con inhibidores de CTLA-4, constituyen opciones terapéuticas actuales. No obstante, la evidencia específica para el melanoma vulvar es limitada y la respuesta del melanoma mucoso a la inmunoterapia suele ser menor que la observada en el melanoma cutáneo^{2,6-8}.

El estudio molecular puede considerarse en pacientes con enfermedad avanzada cuando sus resultados puedan orientar el tratamiento. En presencia de alteraciones accionables, pueden valorarse terapias dirigidas, como inhibidores de BRAF y MEK en tumores con mutación BRAF V600 o inhibidores de tirosina cinasa en casos seleccionados con mutaciones activadoras de KIT^{2,6-8}. El manejo debe individualizarse mediante un equipo multidisciplinario, considerando las características clínicas, histopatológicas y moleculares de cada paciente.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Sundararajan S, Thida AM, Yadlapati S, Mukkamalla SKR, Koya S. Metastatic melanoma. 2024. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470358/> (último acceso jul. 2026)
2. Wohlmuth C, Wohlmuth-Wieser I. Vulvar melanoma: molecular characteristics, diagnosis, surgical management, and medical treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2021; 22(5): 639–51. doi: <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00614-7> (último acceso ago. 2026).
3. Collarino A, Fuoco V, Garganese G, Pasciuto T, de Koster EJ, Florit A, *et al*. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in vulvar melanoma: the first multicenter study and systematic review. *Gynecol Oncol*. 2023; 170: 153–59. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.01.011> (último acceso ago. 2026).
4. American Cancer Society. Key statistics for melanoma skin cancer. Atlanta: American Cancer Society; 2026. Accesible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/melanoma-skin-cancer/about/key-statistics.html> (último acceso jul. 2026).
5. Arellano-Navarrete D, Corona-Rosas MF. Melanoma nodular con metástasis cerebrales. *Dermatol Rev Mex*. 2023; 67 (6): 911–16. doi: <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i6.9328> (último acceso ago. 2026).
6. Santeufemia DA, Palmieri G, Miolo G, Colombino M, Doro MG, Frogheri L, *et al*. Current trends in mucosal melanomas: an overview. *Cancers (Basel)*. 2023; 15(5): 1356. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers15051356> (último acceso ago. 2026).
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: melanoma: cutaneous. Version 2.2026. Plymouth Meeting, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2026. Accesible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1492> (último acceso jul. 2026).
8. Amaral T, Ottaviano M, Arance A, Blank C, Chiarion-Sileni V, Donia M, *et al*. ESMO Guidelines Committee. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2024; 36(1): 10–30. doi: <https://doi.org/10.1016/jannonc.2024.11.006> (último acceso ago. 2026).