

REPORTE DE CASO

Segundo melanoma primario de uretra en un mismo paciente, 17 años después: reporte de caso

Fecha de recepción:
19 de febrero de 2024.

Fecha de aprobación:
11 de diciembre de 2024.

Second primary melanoma of the urethra in the same patient 17 years later: a case report / Segundo melanoma primário da uretra no mesmo paciente, 17 anos depois: relato de caso

Carlos Alberto Giraldo Arbeláez^{1,2}, Camilo Giraldo Villegas³

RESUMEN

El melanoma primario de uretra es una neoplasia excepcional dentro de los melanomas malignos mucosos. Tiene un pronóstico pobre debido a la demora en su diagnóstico. El único tratamiento curativo es un abordaje quirúrgico con márgenes de seguridad. El objetivo de este artículo es reportar el caso de hombre al que le sobrevino un segundo melanoma primario de uretra 17 años después de un primer melanoma primario de uretra, el cual había recibido manejo quirúrgico con bordes negativos, sin evidencia de recaída en 7 años de seguimiento; asimismo, alertar sobre la necesidad de realizar un seguimiento endoscópico de estos pacientes en busca de otra lesión.

Palabras clave: Melanoma; Neoplasias uretrales; Uretra; Neoplasias urológicas; Neoplasias.

ABSTRACT

Primary melanoma of the urethra is a rare entity among mucosal malignant melanomas. It has a poor prognosis due to the delay in its diagnosis. The only curative treatment is a surgical approach with safe margins. The objective is to report a case of a second primary melanoma of the urethra presented 17 years after a first primary melanoma of the urethra that received surgical management with negative margins, with no evidence of relapse at 7 years of follow-up, as well as to alert the need to perform endoscopic follow-up of these patients in search of another lesion.

Key words: Melanoma; Urethral Neoplasms; Urethra; Urologic Neoplasms; Neoplasms.

RESUMO

O melanoma uretral primário é uma neoplasia maligna rara entre as neoplasias de mucosa. Apresenta prognóstico reservado devido ao diagnóstico tardio. O único tratamento curativo é a abordagem cirúrgica com margens seguras. O objetivo deste artigo é relatar o caso de um homem que desenvolveu um segundo melanoma uretral primário 17 anos após um primeiro melanoma uretral primário. O melanoma havia sido tratado cirurgicamente com margens negativas e sem evidência de recorrência em 7 anos de acompanhamento. O artigo também alerta para a necessidade de acompanhamento endoscópico desses pacientes para a busca de outras lesões.

Palavras-chave: melanoma; neoplasias uretrais; uretra; neoplasias urológicas; neoplasias.

Forma de citar este artículo:
Giraldo Arbeláez CA,
Giraldo Villegas C. Segundo melanoma primario de uretra en un mismo paciente, 17 años después: reporte de caso. Med UPB. 2025;44(2):63-67
DOI:10.18566/medupb.v44n2.a07

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Servicio de Urología, Clínica San Marcel. Manizales, Colombia.

³ Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:
Camilo Giraldo Villegas.
Correo electrónico: giraldov.camilo@uces.edu.co

INTRODUCCIÓN

El melanoma, a diferencia de otras neoplasias, viene con una incidencia en aumento, y es aún una patología potencialmente fatal en el siglo XXI^{1,2}. En la actualidad es el quinto cáncer más común en hombres y el sexto en mujeres, en los Estados Unidos³, con una incidencia en la población blanca de 27,5 por 100.000 personas, mientras que en la población afrodescendiente es de 1,1 por 100.000 personas¹.

El melanoma de mucosa es una variante muy excepcional, pues representa alrededor del 4% de los melanomas⁴, y se incluye dentro de este grupo el melanoma de uretra. El melanoma primario del glande o de la uretra ocurren en <0,1% de todos los melanomas, con una incidencia de 4,3 por 1.000.000 en los Estados Unidos⁵.

De los melanomas de mucosa, un 3% de los casos se localizarán en el tracto urinario (1% en hombres y 2% en mujeres), sobre todo, en el segmento distal, específicamente en la fosa navicular en los hombres⁶. La localización intrauretral hace que el paciente tarde en notar la lesión, asociado a la ausencia de síntomas, lo cual lleva a diagnósticos tardíos^{4,6,7}. El diagnóstico definitivo se da mediante el estudio anatomopatológico de la lesión. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica con márgenes de seguridad adecuados⁶.

A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente que presenta un segundo melanoma primario de uretra, 17 años después del primero. También, se revisa la literatura sobre dicha patología.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años, con antecedente de melanoma primario de uretra, diagnosticado en 2005 y ubicado en la fosa navicular, el cual fue manejado con penectomía parcial distal en agosto del mismo año, con seguimiento clínico e imagenológico a siete años, junto con oncología clínica, con únicos hallazgos de quiste renal simple izquierdo, y masa en glándula suprarrenal derecha, la cual fue intervenida y patología reportó como miolipoma adrenal, sin evidencia de metástasis o recaída.

El paciente consultó, otra vez, en 2022, debido a nueva aparición de masa en el techo de la neouretra, con rápido crecimiento e hiperpigmentada, con induración de muñón peneano de características macroscópicas similares a la patología presentada en 2005. Al examen físico, presenta una masa de aproximadamente 2x1 cm en el techo de la uretra, a 1 cm del borde del neomeato, hiperpigmentada, de bordes bien definidos, no ulcerada ni sangrante; además, de induración del muñón distal del pene, en zona de rafia de cuerpos cavernosos, sin

evidencia de compromiso de piel peneana circundante, sin ganglios regionales palpables. Lo cual es clínicamente compatible con un nuevo melanoma de uretra, por lo que se realizan tomografías de tórax y de abdomen, sin hallazgos de foco primario.

Al paciente se le realiza una segunda penectomía parcial distal, más una plastia de uretra (Figura 1, Figura 2 y Figura 3). Una nueva patología reporta melanoma maligno, cuyo espesor de Breslow es de 20mm, tiene compromiso de cuerpos cavernosos, ulceración no identificada, borde de resección libre, conteo mitótico 10 mitosis/mm, invasión linfovascular presente, invasión perineural presente, linfocitos intratumorales no identificados, regresión tumoral no identificada, microsateletosis no identificada; lo cual confirma un segundo melanoma primario de uretra.

Después del procedimiento quirúrgico, el paciente conserva adecuada función miccional, chorro de moderada potencia con adecuada continencia; sin embargo, presenta una complicación: necrosis de piel residual (neoprepucio) con requerimiento de corrección quirúrgica. Lastimosamente en el seguimiento el paciente falleció por causas externas al melanoma de uretra por lo que no pudo hacerse un seguimiento de la patología.

DISCUSIÓN

El primer caso de melanoma en pene fue reportado por Muchnison, en 1859, mientras que la primera descripción de melanoma en uretra masculina fue hecha por Tyrell, en 1871⁵; desde entonces se han reportado múltiples casos en la literatura; sin embargo, dentro de la literatura revisada, no se encontró un reporte de un segundo melanoma primario de uretra, posterior a la remisión del primer melanoma de uretra, en un mismo paciente. El objetivo de este artículo es llevar a la literatura un caso extremadamente raro, y realizar una breve revisión de la literatura de una patología potencialmente mortal.

El melanoma es una neoplasia que se origina de los melanocitos provenientes de la cresta neural⁸. Se clasifican en 3 grupos: melanomas que surgen en la piel por el daño solar acumulado, melanomas no asociados con el daño solar acumulado y melanomas que surgen por cualquier vía; dentro de los no asociados con el daño solar acumulado se incluyen los melanomas de mucosa⁹.

Los melanomas de mucosa surgen en epitelios diferentes a la piel, siendo el tracto urinario una de las ubicaciones menos frecuentes¹⁰. La fisiopatología permanece poco clara, y no está relacionada con la exposición a radiación UV; no obstante, sugiere una posible relación con el trauma¹¹. Usualmente, estos melanomas se presentan como tumores bultosos que invaden y destruyen el



Figura 1. Vista macroscópica de lesión uretral hiperpigmentada prequirúrgica.



Figura 2. Resultado final post penectomía parcial.

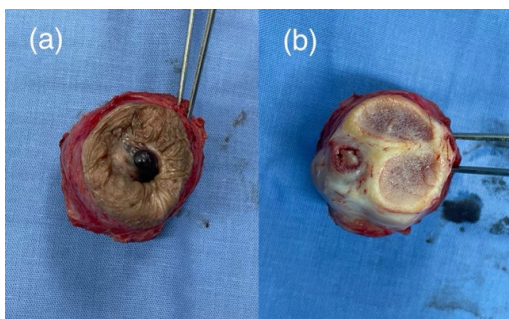


Figura 3. (a) Pieza quirúrgica, vista anterior que muestra la lesión macroscópica. (b) Pieza quirúrgica, vista posterior que muestra el borde libre macroscópico.

tejido circundante, en ocasiones con sangrado y dolor o molestias^{9,10}.

El melanoma de uretra se caracteriza por su falta de visibilidad, las características clínicas del melanoma de uretra incluyen hematuria o uretrorragia por ulceración (hasta en 64% de los pacientes), seguido de obstrucción, dolor y síntomas de tracto urinario bajo^{5,12}. La aparición de esta neoplasia en áreas no visibles puede estar relacionada con un mal pronóstico, si se compara con los melanomas de glande¹², con una media de supervivencia global de 5 años <30%¹³. La ubicación más común es en la fosa navicular (73%), seguido de la uretra prostática (11%), uretra bulbar (11%) y uretra peneana (8%)⁵; y en mujeres, el 80% están ubicados en meato y uretra distal^{5,14}.

Para el estadios de los melanomas de uretra se utiliza el sistema propuesto por Levine, quien los clasifica como^{5,12,15}:

- Tumor confinado a la submucosa.
- Tumor que infiltra el cuerpo esponjoso en el hombre y el musculo periuretral en la mujer.
- Tumor que se extiende más allá del cuerpo esponjoso en el hombre o con invasión periuretral, incluyendo vagina, vejiga, labios o clítoris en mujer.
- Tumor metastásico a ganglios linfáticos.

Otros autores utilizan la VIII edición del *American Joint Committee on Cancer Staging System*, basado en el sistema TNM^{5,16}.

El diagnóstico definitivo de melanoma de uretra lo proporciona un estudio anatomopatológico, como el patrón de referencia^{9,10}. La fase de crecimiento radial de los melanomas de mucosa típicamente se presenta con un patrón de crecimiento lentiginoso de células individuales que tienden a confluir a lo largo de la región de interfaz de las membranas mucosas escamosas¹⁷. Una vez se ha diagnosticado el melanoma se deben tomar imágenes de extensión para evaluar el estadios y extensión de la enfermedad con tomografía axial de cráneo, pecho, abdomen y pelvis y/o tomografía por emisión de positrones¹⁸.

El único tratamiento curativo es el manejo quirúrgico con resección completa de la lesión y márgenes de seguridad establecidos, acompañado de linfadenectomía inguinal bilateral en casos seleccionados, como la palpación de adenopatías inguinales o en alto riesgo de metástasis ganglionar para estadiaje. Sánchez Ortiz *et al.* diseñaron un algoritmo basado en la ubicación de la lesión, fosa navicular: penectomía parcial; uretra peneana: penectomía, uretrectomía y uretrotomía perineal; y uretra bulbar y membranosa: penectomía total, uretrectomía y exenteración anterior⁶.

La biopsia de ganglio centinela está indicada en alto riesgo de diseminación linfática, como lo son melanomas con índice de Breslow mayor a 1mm, menores de 1mm, con ulceración o tasa de mitosis mayor a 1/mm. El tratamiento con inmunoterapia adyuvante se reserva para los pacientes con enfermedad residual, tras un manejo quirúrgico o con afectación linfática; mientras que la quimioterapia se utiliza en casos metastásicos con fines paliativos^{6,16}.

En la literatura revisada no se encontraron protocolos claros o revisiones sobre el seguimiento clínico de deben tener estos pacientes, así como tampoco se encontró información acerca de con qué medio de ayudas diagnósticas se debería realizar.

CONCLUSIÓN

El melanoma de uretra es una patología de rara presentación, con un diagnóstico difícil y tardío debido

a su localización y sintomatología inicial inespecífica, con un pronóstico pobre debido a las características ya mencionadas y para el cual su único manejo es un abordaje quirúrgico. Dado la rareza de la enfermedad no existen protocolos de seguimiento, este caso alerta la importancia de realizar seguimiento, no solo imagenológico, sino endoscópico de estos pacientes en busca de una segunda lesión.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: Epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis and classification. In Vivo. 2014;28(6):1005-11.
2. MacKie RM, Hauschild A, Eggermont AMM. Epidemiology of invasive cutaneous melanoma. Annals of Oncology. 2009;20:vi1-7.
3. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, McWilliams RR, Kottschade LA, Creagan ET, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: Epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. Mayo Clinic Proceedings. 2007;82(3):364-80.
4. van Geel AN, den Bakker MA, Kirkels W, Horenblas S, Kroon BBR, de Wilt JHW, et al. Prognosis of primary mucosal penile melanoma: A series of 19 Dutch patients and 47 patients from the literature. Urology. 2007;70(1):143-7.
5. Papeš D, Altarac S, Arslani N, Rajković Z, Antabak A, Čačić M. Melanoma of the glans penis and urethra. Urology. 2014;83(1):6-11.
6. Polo López CÁ, Moreno Valle JA, Santos Gómez I, González Peramato P, Pérez González S, Pons Viver J, et al. Melanoma primario de uretra masculino. Revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev Arg Urol. 2012;77(4):262-5.
7. DeMatos P, Tyler DS, Seigler HF. Malignant melanoma of the mucous membranes: A review of 119 cases. Ann Surg Oncol. 1998;5(8):733-42.
8. Tacastacas JD, Bray J, Cohen YK, Arbesman J, Kim J, Koon HB, et al. Update on primary mucosal melanoma. J Am Acad Dermatol. 2014;71(2):366-75.
9. Elder DE, Bastian BC, Cree IA, Massi D, Scolyer RA. The 2018 world health organization classification of cutaneous, mucosal, and uveal melanoma: Detailed analysis of 9 distinct subtypes defined by their evolutionary pathway. Arch Pathol Lab Med. 2020;144(4):500-22.
10. Bobos M. Histopathologic classification and prognostic factors of melanoma: A 2021 update. Italian Journal of Dermatology and Venereology. 2021;156(3).
11. Cazzato G, Colagrande A, Cimmino A, Caporusso C, Candance PM, Trabucco SM, et al. Urological melanoma: A comprehensive review of a rare subclass of mucosal melanoma with emphasis on differential diagnosis and therapeutic approaches. Cancers. 2021;13(17):4424.
12. Franceschelli A, Palmisano F, Gentile G, Vagnoni V, Zannetti G, Cipriani R, et al. Melanoma of glans penis and urethra: A case report and systematic review of the literature of a rare and complex neoplasm. Urologia Journal. 2021;90(4):766-74.
13. Cabrera R, Recule F. Unusual clinical presentations of malignant melanoma: A review of clinical and histologic features with special emphasis on dermatoscopic findings. Am J Clin Dermatol. 2018;19(S1):15-23.
14. Papeš D, Altarac S. Melanoma of the female urethra. Medical Oncology. 2012;30(1):329.
15. Levine RL. Urethral cancer. Cancer. 1980;45(7 Suppl):1965-72.

16. Sánchez-Ortiz R, Huang SF, Tamboli P, Prieto VG, Hester G, Pettaway CA. Melanoma of the penis, scrotum and male urethra: A 40-year single institution experience. *Journal of Urology*. 2005;173(6):1958–65.
17. Saida T, Kawachi S, Takata M, Kurita H, Kurashina K, Kageshita T, et al. Histopathological characteristics of malignant melanoma affecting mucous membranes: A unifying concept of histogenesis. *Pathology*. 2004;36(5):404–13.
18. Seetharamu N, Ott PA, Pavlick AC. Mucosal melanomas: A case-based review of the literature. *The Oncologist*. 2010;15(7):772–81.