

Carcinoma basocelular en región vulvar. Un caso de excepción

Basal cell carcinoma in the vulvar region. A case of exception

Antonio David Pérez-Elizondo*



RESUMEN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno de la piel más común contabilizando alrededor de 75% de los casos. Se observa con mayor prevalencia en aquellas personas de fototipos claros, en particular con antecedente de daño solar crónico en áreas como cabeza y cuello. Su localización en el aparato genital femenino supone un 2.6%; en la literatura médica se han publicado alrededor de 200 casos a partir de su descripción inicial por Temesvary en 1926. Suele aparecer en la vulva de mujeres entre los 50 y 80 años de edad; mencionando una historia de vulvovaginitis de repetición, arsenicismo, traumatismos diversos, factores hormonales y/o algún estado de inmunodepresión como potenciales agentes inductores.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, vulva, maligno.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más común de la piel, deriva de las células no queratinizadas de la capa germinativa del epitelio, por fortuna su crecimiento es lento y su extensión metastásica es muy limitada, menor a 1% en cinco años de seguimiento clínico periódico. En la actualidad, se atribuye a la exposición lumínico-solar aguda y persistente durante

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant skin tumor, accounting for around 75% of cases. It is observed with greater prevalence in those people with light phototypes in particular with a history of chronic sun damage in areas such as the head and neck. Its location in the female genital tract accounts for 2.6%; About 200 cases have been published in the medical literature since its initial description by Temesvary in 1926. It usually appears on the vulva of women between 50 and 80 years of age; mentioning a history of recurrent vulvovaginitis, arsenicism, various trauma, hormonal factors and / or some state of immunosuppression as potential inducing agents.

Keywords: Basocellular carcinoma, vulva, malignancy.

las primeras décadas de la vida como el factor primordial en su desarrollo, de tal manera que su localización habitual se sitúa en cabeza y cuello. Además de la radiación ultravioleta como inductor primario de este tipo de malignidad, parece implicarse cierta predisposición genética, distintos traumatismos crónicos, procesos cicatrizales anormales, úlceras crónicas o estados de inmunodepresión sistémica, entre muchas otras circunstancias participantes.

www.medigraphic.org.mx

* Médico Internista-Dermatooncólogo Hospital para el Niño. Instituto Materno-Infantil del Estado de México, Toluca de Lerdo. México.

Recibido: 22/09/2020. Aceptado: 03/11/2020.

Citar como: Pérez-Elizondo AD. Carcinoma basocelular en región vulvar. Un caso de excepción. Arch Inv Mat Inf. 2020;11(3):119-121.
<https://dx.doi.org/10.35366/104807>



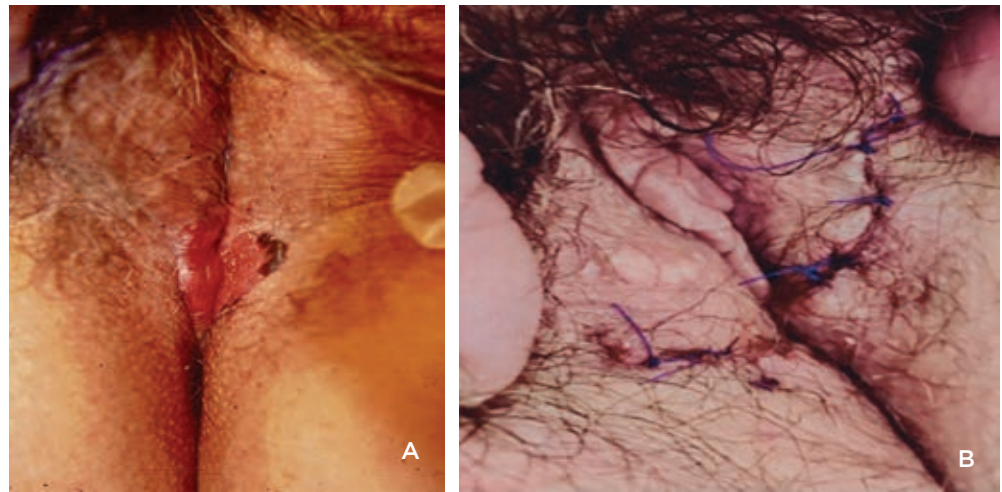


Figura 1:

A) Formación cancerosa maligna en vulva. B) Resultado postquirúrgico.

Este tipo de cáncer tegumentario es raro observarlo en piel fotoprotegida, en caso de localización vulvar en mujeres entre los 50 y 80 años de vida tan sólo supone menos de 2.3% de todas las malignidades en esta zona, predominando los epitelomas, melanoma maligno, adenocarcinoma o sarcoma. Fue inicialmente descrito por Temesvary en 1926 con muy pocos casos reportados en la literatura internacional, al parecer predominando en los labios mayores de mujeres postmenopáusicas.^{1,2}

REPORTE DE CASO

Se atiende mujer de 65 años, multigesta, con infecciones cervicovaginales de repetición, sin otro antecedente personal patológico de interés para su padecimiento actual. De la historia familiar se comenta diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica por parte paterna, sin referencia de patología maligna. A la exploración física se observa una pla-

ca erosivoulcerada simétrico-bilateral bien definida y de límites precisos con bordes discretamente elevados y en parte hiperpigmentados localizada en la porción inferior de los labios mayores, de evolución desconocida, sin provocar molestia alguna. Las características clínico-morfológicas muy particulares y su curso nos permiten considerar un posible carcinoma basocelular de topografía atípica y de tipo ulceroso.

Prevía autorización firmada para la intervención, se procede a la resección quirúrgica completa bajo discreta sedación con midazolam y anestesia local con preparado de lidocaína-epinefrina en método tumescente, diluida en solución fisiológica.

Tras la extirpación lesional con límites periféricos de resección de 2 cm de la periferia tumoral, se sutura con puntos simples de nylon 3-0, sin complicación transoperatoria alguna, se envía la pieza para análisis anatomopatológico. Se prescriben fomentos con sulfato de cobre aplicados dos a tres veces al día con posterior aplicación de ácido fusídico-beta metasona en crema durante dos semanas. En caso de dolor postquirúrgico, analgésico por razón necesaria (Figura 1).

El reporte histopatológico confirma la presencia de agrupaciones de células basaloides dispuestas periféricamente en «empalizada» provenientes de la capa epitelial germinativa con infiltración a la dermis papilar y media; sin lesión en lecho ni bordes operatorios (Figura 2), confirmando el diagnóstico clínico. A las tres semanas se retiran las suturas, sin dehiscencia o datos de infección, entregando el resultado a la paciente.

COMENTARIO

El carcinoma basocelular de localización vulvar, al igual que otra topografía corporal fotoprotegida presenta un poder local de destrucción e infiltración tisulares considerable con índice de recurrencia

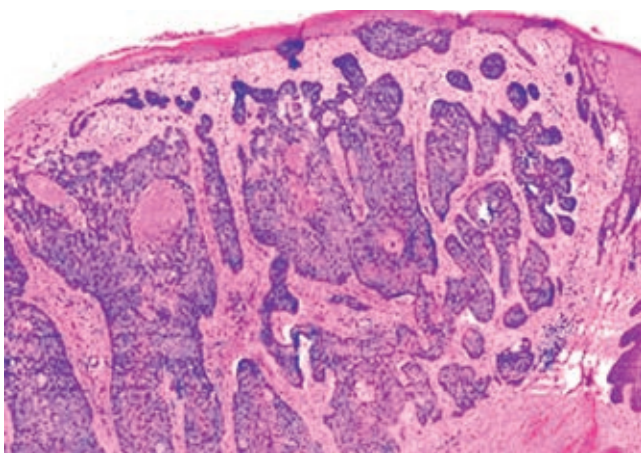


Figura 2: Imagen anatomopatológica del proceso maligno.

calculado en 20% a cinco años, aunque la capacidad metastásica es muy baja especialmente involucrando los ganglios linfáticos regionales. La mayoría de los autores coinciden en la influencia activa de inmunosupresión, antecedentes de infecciones cervicovaginales recurrentes, cambios hormonales propios de la edad entre los principales promotores de la génesis de células germinativas malignas en el epitelio.^{3,4} Gibson y Ahmed⁵ tras revisar una serie de CBC perianales y genitales concluyeron que los traumatismos locales, edad avanzada y las infecciones son los factores de riesgo principales para su aparición en esta región, sin encontrar relación causal con el papilomavirus humano.⁵

El manejo aconsejado es la exéresis total de la tumoración, siendo la cirugía micro gráfica de Mohs la técnica metodológica de elección. En caso de contraindicación quirúrgica, se pueden emplear otras modalidades terapéuticas como curetaje y electrocoagulación, crioterapia con nitrógeno líquido, radioterapia, láser de CO2 o la aplicación tópica de imiquimod como medicamento inmunomodulador.^{6,7}

REFERENCIAS

1. Giorgi V, Salvini C, Massi D, Rasponilli MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol*. 2005; 97 (1): 192-194.
2. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Surg Oncol*. 1999; 70 (3): 172-176.
3. Benedet JL, Miller DM, Ehlen TG, Bertrand MA. Basal cell carcinoma of the vulva: clinical features and treatment results in 28 patients. *Obstet Gynecol*. 1997; 90 (5): 765-768.
4. Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick dermatología en medicina general*. 7.ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2009.
5. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 45 (1): 68-71.
6. Elcas JC, Berek JS. *Vulvar cancer: Clinical manifestations, diagnosis, and pathology*. 2012.
7. Bologna JL, Jorizzo LJ, Rapini RP. *Dermatology*. 2nd ed. London: Mosby Elsevier; 2008.

Correspondencia:

Antonio David Pérez-Elizondo

E-mail: antoniodavid64@gmail.com