

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma basocelular de la vulva. Descripción de dos casos y revisión de la literatura

Resumen.—Aunque el carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de la piel, representa menos del 5% de los tumores de la vulva.

Presentamos dos casos en mujeres de 43 y 66 años que presentaban en región vulvar ulceración, picor y sangrado. Ambas pacientes fueron tratadas mediante biopsia escisional; una de ellas precisó una amplia escisión posterior por recidiva local.

El carcinoma basocelular de la vulva, a pesar de su rareza, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas vulvares. Su precisión diagnóstica depende de un alto índice de sospecha, biopsia de la lesión y estudio histopatológico de la misma. La escisión local completa es curativa, aunque el índice de recurrencias es elevado y se han descrito casos de metástasis.

Palabras clave: Carcinoma basocelular de la vulva. Vulva.

MIGUEL ÁNGEL SÁEZ GARCÍA*
LUIS BARCALA VÁZQUEZ**
MONTSERRAT CHAO CRECENTE***
MARÍA LUISA SOGUERO GARCÍA**
SANTIAGO VIDAL ASENSI*
TOMÁS SÁNCHEZ CAÑIZARES*
* Servicio de Anatomía Patológica.
** Servicio de Dermatología.
Hospital Militar Universitario Gómez Ulla.
Madrid.
*** Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Clínico Universitario San Carlos.
Madrid.

Correspondencia:

MIGUEL ANGEL SÁEZ GARCÍA. Suecia, 65, bloque 2, 6.º B. 28022 Madrid.

Aceptado el 15 de enero de 2001.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular de vulva (CBCV) representa entre el 2 y el 5% de las neoplasias en esa localización (1-4); en la serie de Piura y cols. (5) esta cifra alcanza el 7%. Con frecuencia es asintomático, pero conviene realizar un diagnóstico precoz para evitar que el tratamiento quirúrgico sea mutilante.

Presentamos dos casos de CBCV y revisamos la literatura acerca de esta entidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 43 años, con antecedentes de esquizofrenia en tratamiento con biperideno. Consultó en mayo de 1991 por una lesión ulcerada y dolorosa en vulva que había comenzado aproximadamente hacía 1 año como una pápula que le producía prurito. Refería ausencia de relaciones sexuales. A la exploración se observaba en cara interna de labio mayor izquierdo y alejada del meato una lesión ulcerada de 2 cm que no se adhería a planos profundos (Fig. 1). El himen se encontraba íntegro. Se palpó una adenopatía en

región inguinal izquierda de 0,5 cm que no fue biopsiada, observándose disminución y desaparición de la misma en posteriores controles. Se realizó biopsia de la úlcera y posterior ampliación de márgenes en ojal incluyendo la cicatriz. El estudio histopatológico mostró un CBC. Los bordes quirúrgicos estaban libres de tumor. En posteriores controles rutinarios no se ha apreciado recidiva del tumor.



FIG.1.—Caso 1. Lesión ulcerada en labio mayor izquierdo.

Caso 2

Mujer de 66 años con antecedentes de amigdalectomía, hemorroides internas grado II, dos abortos y alergia a la penicilina. Consultó en octubre de 1994 por sangrado vulvar próximo a la zona anal desde hacía un año y que la paciente relacionaba con la limpieza mecánica de la zona. A la exploración se observaba una horquilla de aspecto distrófico, con lesión mamelonada, eritematosa, de bordes mal delimitados de 1,5 × 1 cm, cistocele y rectocele. El examen histopatológico de la lesión mostró un CBC. Los bordes quirúrgicos estaban ampliamente afectados por el tumor, por lo que se realizó resección quirúrgica de la horquilla vulvar y plastia perineovulvar. En agosto de 1999 acudió a consulta del Servicio de Ginecología por engrosamiento papuloso de la zona correspondiente a la cicatriz. Se practicó biopsia de la lesión, cuyo estudio histopatológico reveló CBC, interpretándose como recidiva del mismo. Tras la resección se comprobaron márgenes libres. En la última revisión no se apreció recidiva del tumor.

DISCUSIÓN

Desde que Temesvary (6) describiera en 1926 el primer CBCV en una paciente se han publicado unos 250 casos, la mayoría como casos aislados (1, 7, 8) y otros en pequeñas series, siendo las series más extensas las de Feakins y cols. (2) (45 pacientes), Benedet y cols. (3) (28 pacientes), Simonsen y cols. (9) (21 pacientes), Breen y cols. (10) (17 pacientes), Cruz Jiménez y cols. (11) (11 pacientes). Destacan las revisiones de Palladino y cols. (12), Zerner y cols. (13) y Mizushima y cols. (14).

La revisión de la literatura muestra que el CBCV no suele diagnosticarse en fases tempranas debido al aspecto clínico inespecífico de la lesión y a su vaga sintomatología que en ocasiones supone un hallazgo casual en una exploración ginecológica rutinaria. Las pacientes consultan por uno o varios pequeños nódulos o placas hiperpigmentados, despigmentados o ulceradas, sensación de bulto, prurito, sangrado o disuria. La forma más habitual de presentación es la sensación de masa o nódulo pruriginoso que finalmente se ulcera, pudiendo pasar meses o años desde el inicio del cuadro hasta que la paciente acude al especialista.

La edad de la paciente es también variable, encontrando casos extremos en pacientes jóvenes (34 años) (15, 10) y en pacientes muy ancianas (95 años) (3), si bien la media de edad se encuentra entre la séptima y octava década (2, 3, 12). Se localiza mayoritariamente en labios mayores, aunque también se han descrito en labios menores, clítoris y área periuretral.

En el aspecto etiológico del CBC se han propuesto, además de la exposición intensa y prolongada a la luz solar,

que en el caso de la localización vulvar parece improbable, agentes radioterápicos, la ingestión de arsénico o infecciones crónicas. Respecto a estas últimas, se ha postulado una implicación del VPH, objeto de estudio en algunas series, con resultados poco concluyentes (16, 17). No se ha demostrado una clara relación con el liquen escleroso y atrófico. También se ha descrito que un estado inmunitario alterado sería un factor predisponente; esto guarda relación con la posible aparición de una segunda neoplasia, lo que sucede en aproximadamente un 20% de los casos (12), y de CBC en otras localizaciones, alrededor del 35% en la serie de Benedet y cols. (3).

Las metástasis del CBC son muy raras, ocurriendo aproximadamente en el 0,05% de los casos (15, 18); se han publicado casos aislados cuya localización primaria era la vulva (3, 14, 19-26). Por el contrario, recidivas y recurrencias locales del CBCV se producen con frecuencia aproximadamente en el 20% de los casos (12, 27), por lo que la resección debe ser lo suficientemente amplia, aunque evitando resecciones radicales que aumentan la morbilidad y mortalidad de las pacientes y realizando posteriores controles periódicos. Dentro de las diferentes formas terapéuticas propuestas se considera de elección la extirpación local amplia mediante bisturí, electrocirugía o láser (12, 19) o la cirugía micrográfica de Mohs (28-30).

El acierto diagnóstico del CBCV depende de la sospecha clínica. Las lesiones vulvares con sospecha de neoplasia deberían ser biopsiadas precozmente dado el carácter curativo y escasamente agresivo de la cirugía cuando aquéllas son pequeñas y no han iniciado su invariable curso infiltrativo y destructivo.

Abstract.—Although basal cell carcinoma is the most common malignant tumor of the skin, vulvar basal cell carcinoma accounts for less than 5% of all vulvar neoplasms.

We are reporting the cases of basal cell carcinoma of two women aged 43 and 66, that showed vulvar ulcer, itching and bleeding. Both patients had excisional biopsy; one developed local recurrence and was treated by wide local reexcision.

Basal cell carcinoma is a rare but important consideration in the differential diagnosis of cutaneous vulvar lesions. Accurate diagnosis depends upon a high index of suspicion, biopsy and histopathologic examination. Complete local excision is curative, although the recurrence rate is high, and metastases have been reported.

Sáez García MA, Barcala Vázquez L, Chao Crecente M, Soguero García ML, Vidal Asensi S, Sánchez Cañizares T. Basal cell carcinoma of the vulva. A report of two cases and literature review. Actas Dermosifiliogr 2001;92:164-166.

Key words: Basal cell carcinoma of the vulva. Vulva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collins PS, Farber GA, Hegre AM. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;7:711-3.
2. Feakins RM, Lowe DG. Basal cell carcinoma of the vulva: a clinicopathologic study of 45 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1997;16:319-24.
3. Benedet JL, Miller DM, Ehlen TG, y cols. Basal cell carcinoma of the vulva: clinical features and treatment results in 28 patients. *Obstet Gynecol* 1997;90:765-8.
4. Nel RW. Basal cell carcinoma of the vulva. *South African Med J* 1957;31:381-3.
5. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Surg Oncol* 1999;70:172-6.
6. Temesvary N. Über ein multiples Krompechersches Karzinom der vulva, mit ausgedehnter Elephantiasis. *Zentralbl Gynaekol* 1926;50:1575.
7. Egido M, Martínez CJ. Carcinoma basocelular de vulva. *Actas Dermosifiliogr* 1995;86:531-3.
8. Pozo L, Illanes M, Moreno JC. Carcinoma basocelular de vulva. *Actas Dermosifiliogr* 1995;86:535-7.
9. Simonsen E, Johnsson JE, Trope C, y cols. Basal cell carcinoma of the vulva. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:231-4.
10. Breen JL, Neubecker RD, Greenwald E, y cols. Basal cell carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1975;46:122-9.
11. Cruz-Jiménez PR, Abell MR. Cutaneous basal cell carcinoma of vulva. *Cancer* 1975;36:1860-8.
12. Palladino VS, Duffy JL, Bures GJ. Basal cell carcinoma of the vulva. *Cancer* 1969; 24:460-70.
13. Zerner J, Fenn ME. Basal cell carcinoma of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet* 1979;17:203-5.
14. Mizushima J, Ohara K. Basal cell carcinoma of the vulva with lymph node and skin metastasis: report of a case and review of 20 japanese cases. *J Dermatol* 1995;22:36-42.
15. Domarus H, Stevens PL. Metastatic basal cell carcinoma. Report of 5 cases and review of 170 cases in the literature. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:1043-60.
16. Nehal KS, Levine VJ, Ashinoff R. Basal cell carcinoma of the genitalia. *Dermatol Surg* 1998;24:1361-3.
17. Eliezri YD, Silverstein SJ, Nuovo GJ. Occurrence of human papillomavirus type 16 DNA in cutaneous squamous and basal cell neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23:836-42.
18. Weedon D, Walk D. Metastatic basal cell carcinoma. *Med J Aust* 1975;2:177-9.
19. Jiménez HT, Fenoglio CM, Richart RM. Vulvar basal cell carcinoma with metastasis: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:285-6.
20. Perrone T, Twiggs LB, Adcock LL, y cols. Vulvar basal cell carcinoma: an infrequently metastasizing neoplasm. *Int J Gynecol Pathol* 1987;6:152-65.
21. Hoffman MS, Roberts WAS, Ruffolo EH. Basal cell carcinoma of the vulva with inguinal lymph node metastasis. *Gynecol Oncol* 1988;29:113-9.
22. Sworn MJ, Hammond GT, Buchanan R. Metastatic basal cell carcinoma of the vulva case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86:332-4.
23. Winkelmann SE, Llorens AS. Case report: metastatic basal cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1990;38:138-40.
24. Gleeson NC, Ruffolo EH, Hoffman MS, y cols. Case report: basal cell carcinoma of the vulva with groin node metastasis. *Gynecol Oncol* 1994;53:366-8.
25. Yamagami T, Araki S, Aiko K, y cols. Examination of metastatic basal cell carcinoma. *Kurume Med J* 1974;21:8386.
26. Yokosuka K, Chin Z, Inami K, y cols. Metastatic basal cell carcinoma of the vulva. *J Jpn Soc Gynec Pathol Colpos* 1991; 9:21-4.
27. Kurman RJ, Norris HJ, Wilkinson E. Tumors of the vulva. En: Kurman RJ, Norris HJ, Wilkinson E, eds. *Atlas of tumor pathology. Tumors of the cervix, vagina and vulva*, 3.ª ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology Ed; 1992. p. 179-255.
28. Camacho F, Sánchez-Conejo-Mir J. Márgenes de escisión en los carcinomas basocelulares. La cirugía micrográfica como el método más seguro de escisión. *Monogr Dermatol* 1990;3:245-52.
29. Stiller M, Klein W, Dorman R, y cols. Bilateral vulvar basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:836-8.
30. Kharfi M, Mokhtar I, Faza B, y cols. Vulvar basal cell carcinoma. *Eur J Dermatol* 1992;2:81-4.