



CARCINOMA BASOCELULAR DE VULVA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

S.Fraga Campo; M. Laguna Herrera; Y. Díaz Bidart; S. Sutil Bayo; J Sevilla Ros; JM Rodriguez Candia
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid

OBJETIVOS: Se realiza revisión bibliográfica sobre el carcinoma basocelular de vulva. Es el tumor dermatológico más frecuente (60 %), sin embargo, en la vulva representa sólo el 2-3 % de las tumoraciones.

RESULTADOS: Presentamos 2 casos clínicos:

- Mujer de 87 años, diabética, mastectomizada por cáncer de mama. Remitida por tumoración vulvar. Presenta una lesión de aspecto neoplásico en labio menor derecho de 3 cm, que se biopsia siendo informada como epiteloma basocelular de predominio sólido. Resto de la exploración ginecológica normal. Se realiza exéresis siendo el resultado anatomopatológico de carcinoma basocelular sólido con áreas de patrón adenoide de 3 x 3,1 cm. Bordes libres.

- Mujer de 66 años, diabética, con tiroidectomía previa por carcinoma papilar de tiroides. Acude por nódulo en vulva desde hace 1 año. A la exploración presenta lesión sobreelevada, blanda, con pequeña ulceración central de menos de 1 cm en labio mayor izquierdo. Se realiza biopsia: carcinoma basocelular de predominio sólido. Resto de exploración normal. Se realiza exéresis, el resultado anatomopatológico es carcinoma basocelular sólido que infiltra la dermis, bordes negativos. Los controles posteriores en el primer año han sido negativos.



Imagen del caso clínico 2

CONCLUSIONES:

El carcinoma basocelular se origina en las células no queratinizadas de la capa basal epidérmica. Su crecimiento es muy lento pero ocasionalmente puede ser localmente agresivo, Presenta un 10-20% de recurrencias al primer año y hasta un 40 % en los siguientes 5 años (relacionado con escisión incompleta y tamaño mayor a 2 cm)

La etiología es desconocida, aunque está asociado a la exposición solar, así como a la presencia de otros factores: tóxicos, edad mayor de 65 años, irritación crónica, radioterapia previa, inmunosupresión, traumatismo, xeroderma pigmentoso, factores hormonales...

Las pacientes presentan mayor riesgo de desarrollar otras neoplasias primarias de la vulva (como melanoma y carcinoma epidermoide)

La localización en la vulva por orden de frecuencia es a nivel de labios mayores, labios menores, clítoris, monte de venus y área periuretral. Los síntomas al inicio son prurito, ardor, dolor, sangrado.

El diagnóstico es histológico (se observan células basaloideas de núcleos grandes y muy basófilas, agrupadas en nidos, rodeadas de un estroma reactivo)

Se debe realizar diagnóstico diferencial con: carcinoma epidermoide, carcinoma verrucoso, melanoma, enfermedad de Paget, liquen...

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica con márgenes de seguridad. No precisa linfadenectomía ya que las metástasis son excepcionales.

Otros tratamientos serían: la cirugía micrográfica de Mohs (si tumores grandes, histología agresiva o recurrencia) electrocoagulación, crioterapia, radioterapia, laser Co2, terapia fotodinámica, 5- fluoracilo o imiquimod.

El pronóstico es bueno, pero dada su alta tasa de recurrencias debe realizarse revisiones periódicas tras el tratamiento (con exploración visual y palpación) (el primer año cada 6 meses y posteriormente anual)