

OBJETIVO

La patología vulvar es un motivo frecuente de consulta. Dentro de ella, el cáncer de vulva constituye el 5% de los tumores ginecológicos y su incidencia aumenta con la edad. El subtipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide (90% de los tumores de vulva). No obstante, existen otro tipo de lesiones que pueden simular un carcinoma y cuyo diagnóstico final es por exclusión tras un examen exhaustivo, como sería el caso de la lesión aquí reportada.

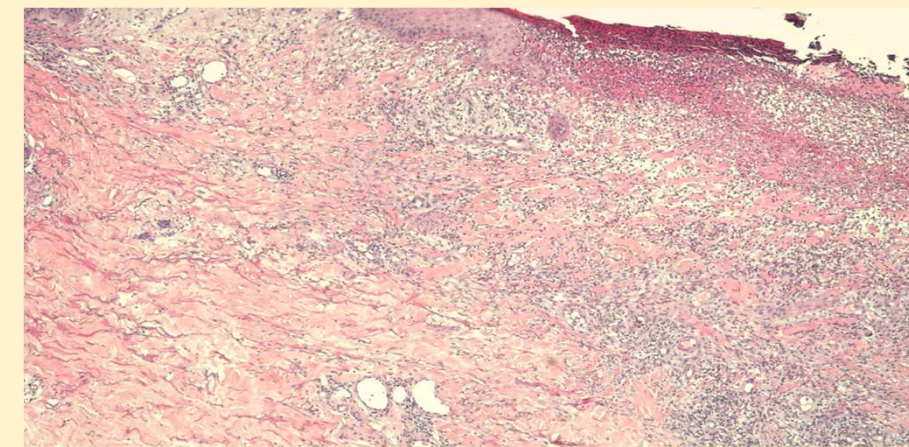
Se orientó como **neoplasia vulvar** pero las biopsias, cultivos y TAC iniciales fueron negativos mostrando sólo cambios inflamatorios en las biopsias, lo que sugeriría la posible existencia de un **pioderma gangrenoso vulvar** y se inició corticoterapia.

Tras la estabilización se trasladó a un centro sociosanitario para **curas tópicas** diarias con ácido hialurónico.

Las biopsias se han repetido en diferentes períodos, objetivando además de la dermatosis neutrofílica, pequeños focos de **carcinoma basocelular** sin invasión vascular ni perineural que no justificarían la magnitud de la lesión inicial. Tras la valoración conjunta multidisciplinar se desestima la cirugía del basocelular debido a la extensión de la lesión, el riesgo de empeoramiento del pioderma y las comorbilidades de la paciente.

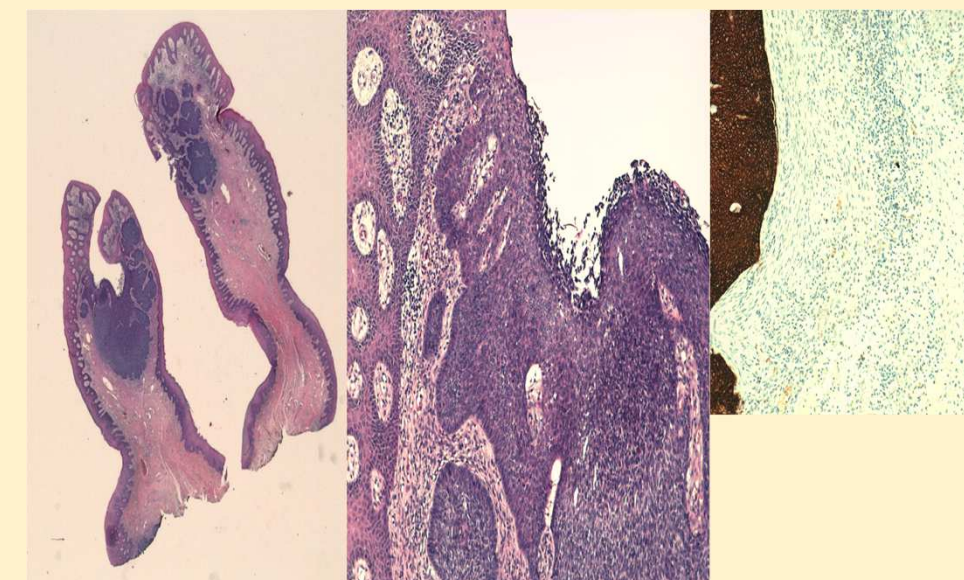
Se mantienen las curas tópicas consiguiendo clara mejoría clínica y buen control del dolor

RESULTADOS



EF inicial (izq): a nivel de labio vulvar mayor derecho y con extensión a zona perineal-glútea lesión ulcerada que penetra en profundidad afectando a la capa muscular de 10 cm, friable con áreas necróticas y blanquecinas que se extiende adyacente al esfínter anal. Lesiones ulceradas satélite y adenopatías inguinales.

Biopsias negativas para malignidad: ulceración epitelial, extenso infiltrado inflamatorio mixto (arriba)



Evolución clínica a los 3 meses de curas tópicas (izq)
Biopsia: carcinoma basocelular (arriba)

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 86 años consulta por **dolor vulvar intenso**. Como antecedente relevante, refiere presencia de una hemorroide, de meses de evolución tratada con la aplicación diaria, frecuente y masiva de una crema antihemorroidal, en toda la zona genitoperineal. No fiebre. No disminución de peso, no síndrome tóxico.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de alta complejidad diagnóstica. La anatomía patológica confirmó la coexistencia de ambas lesiones: pioderma gangrenoso y carcinoma basocelular vulvar. Esta localización de ambas es excepcional

El **pioderma gangrenoso** es una dermatosis neutrofílica ulcerativa, infrecuente y más su presentación a nivel vulvar. No presenta características histológicas específicas por lo que su diagnóstico es de exclusión

Por otra parte el **carcinoma basocelular** es el tipo de cáncer más frecuente de la piel pero no su aparición a nivel vulvar (<1%). Es posible que en nuestra paciente se haya desarrollado por la irritación crónica e inmunosupresión local por el tratamiento del pioderma y la edad avanzada.

La buena evolución de la lesión con el tratamiento propio del pioderma gangrenoso hace pensar que la magnitud y gravedad sea atribuible al PG, quedando relegado el hallazgo de carcinoma basocelular a un segundo plano. Actualmente tenemos la problemática de que el carcinoma basocelular va ganando protagonismo, en una paciente frágil, añosa, no candidata a cirugía