

Carcinoma basaloide de la vulva (29)

Presentación de un caso

Por los Dres.: JORGE R. DELGADO CAMACHO³⁰),
GUILLERMO FERNÁNDEZ BAQUERO³¹), PEDRO
REGALADO ORTIZ GONZÁLEZ^{32*}),
RAFAEL GRILLO MARTÍNEZ^{*****)}, JULIÁN
MANZUR KATRIB^{*****)}, ANGEL A. ROJAS
RÍOS^{*****)}, JORGE PUERTAS GÓMEZ^{*****)},
MÓNICA I. ALVAREZ MESA^{*****)}, HUMBERTO
MARTÍNEZ GONZÁLEZ^{*****)})

Se presenta un caso de carcinoma basaloide de la vulva, de difícil diagnóstico clínico, el cual se basa esencialmente en la histopatología. Se hace una breve revisión de la literatura. El carcinoma basaloide es un tumor originado a partir del tejido epitelial, cuyas células recuerdan el estrato basal de la epidermis.

Según *Wittoesch y cols.*, de 28 casos revisados de epitelomas a células basales,

siete eran basaloides puros, diez a células basales verdaderas y nueve a células escamosas basaloides. De 110 cánceres revisados por *Frank Love y cols.*, 42 contenían focos sustancialmente basaloides.

Refiriéndonos al carcinoma basaloide, clínicamente son tumores que aparecen en el ano y genitales externos, en este último, con las siguientes características: Se observan tumoraciones de superficie ulcerada, que pueden ser únicos o a focos múltiples, de diversos tamaños aunque generalmente pequeños (entre 3 y 6 cms) en comparación con los demás tipos de cánceres, de forma redondeadas, con una base ligeramente infiltrada, bordes indurados algo elevados, con un centro algo deprimido, fondo mamelonante, de color rosado como músculo, con secreción serosa o sanguínea, de olor y dolorosas a la presión.

Hay autores que señalan como síntoma más frecuente el sangramiento, siguiéndole el dolor, aunque algunos pacientes refirieron haber observado la tumoración y la inflamación, y ninguno se quejó de prurito.

29 Trabajo presentado en la Sociedad Cubana de Dermatología.

30 Profesor de Dermatología. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de la Habana. Primer Teniente de las F.A.R. Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

31 Instructores de Dermatología. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de la Habana. Tte. de las F.A.R. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(***)*) Especialistas Auxiliares de Dermatología. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay" Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(*****) Residentes de Dermatología. Tenientes Médicos de las F.A.R. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(***)*) Internos Verticales de Dermatología. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay" Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

32 Interno Vertical de Dermatología. Hospital Militar Docente "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

Histológicamente: Es un tumor que está constituido por masas celulares tumorales cuyas características son: Células uniformes de escaso citoplasma y núcleo discretamente vesicular que recuerdan las del estrato basal epidérmico. También puede apreciarse la existencia de numerosas mitosis con componentes anaplásicos, además se puede observar aumento de la vascularización e infiltrado inflamatorio a células redondas y polimorfonucleares.

En estudios estadísticos de *Frank Love y cois.*, sobre el carcinoma basaloide obtuvieron los siguientes datos:

1. En relación a su frecuencia, la 5ta. parte aproximadamente de los tumores del ano y genitales son histológicamente basaloídes.
2. La edad de aparición más frecuente fue entre los 55 y 69 años de edad.
3. Tienen a ser más pequeños que otros tipos de cánceres.
4. Tienen poca tendencia a la metástasis y cuando ésta se presenta, reproduce íntegramente desde el punto de vista histopatológico el tumor de origen.
5. Se considera dentro de los tumores malignos como el de más baja malignidad, pues la supervivencia en ellos fue mayor, en comparación con otros tipos de cánceres no basaloídes en que la muerte ocurrió en los primeros dos años, mientras que en los basaloídes apareció después de los dos a cuatro años de iniciado el tratamiento.
6. De los 42 cánceres encontrados por ellos que contenían focos basaloídes, vieron que la mitad tenían células escamosas anaplásicas y la otra mitad no. Así pudieron, ver que los que tenían células anaplásicas tuvieron una supervivencia en cinco años de un 24% y los que no

tenían células anaplásicas, de un 57%. En resumen cuando hay una mezcla de basaloide y células más anaplásicas estas últimas son las que determinan el curso clínico del tumor.

7. En relación al tratamiento se ha empleado la cirugía radical y en algunos casos la radioterapia, con resultados similares.

HISTORIA CLINICA

Nombre: J.H.A. *Edad:* 65 años. *Estado:* Casada. *Sexo:* F. *Natural:* Santa Clara, L. V. *Ocupación:* Su casa. *Raza:* Negra.

M. l.: Lesiones tumorales ulceradas múltiples en genitales.

H. E.A.: Refiere la paciente que con historia de salud anterior en el mes de diciembre pasado comienza a notar lesiones tumorales múltiples en genitales externos, en forma de unas ulceraciones redondeadas y pequeñas que se acompañaban de adenopatías inguinales dolorosas y fiebre que no precisó termométricamente, notando que en su inicio era una sola tumoración localizada en el labio mayor izquierdo de la vulva, y que con la evolución de los días le fueron apareciendo todas las que presenta en la actualidad. Por esta sintomatología es admitida al Cuerpo de Guardia de nuestro Hospital en dos ocasiones donde le indican antibióticos, unas pastillas que no recuerda y le recomiendan bolsa de hielo sobre las adenopatías inguinales, refiriendo que con este tratamiento la sintomatología de fiebre y dolor en regiones inguinales mejora, pero las tumoraciones ulceradas en genitales no regresaban por el contrario cada día aparecían otras, notándose además en el curso de esta sintomatología la aparición de una "pelotica" que se le salía por el ano, que no le molestaba ni nunca ha sangrado.

Ahora hace tres días nota aumento de volumen de los labios mayores, con secreción serosa fétida y dolor en sus lesiones tumorales, por lo que acude al Policlínico de su barrio, de donde la remiten a nuestro Hospital, y con este cuadro ingresa en nuestra sala.

A.P. P. Nada de importancia.

A.P.F. Esposo bajo tratamiento psiquiátrico. Hace siete años le constataron una serología positiva, no sabe si recibió tratamiento.

Interrogatorio por aparatos.

A. D. Constipada habitual. Lesión anal señalado en H. E. A.

Ginecología: Menopausia a los 45 años.

Cinco abortos espontáneos, con fetos muertos hasta de ocho y nueve meses de embarazo.

Tuitoraciones en genitales referidas en H.E.A.

Hemolinjopoyético: Adenopatías referidas en H.E.A.

Resto del interrogatorio: nada de interés.

Examen físico dermatológico:

Se observan múltiples lesiones tumorales ulceradas, de diversos tamaños aunque generalmente pequeñas que varían entre 1 y 4 cms, de forma redondeadas con un centro algo deprimido, fondo algo mamelonante, de base ligeramente infiltrada, de superficie de color rosado como músculo con secreción serosa de olor nauseabundo, bordes indurados y dolorosos a la presión, además se observa aumento de volumen de ambos labios mayores de la vulva, y en región anal se observa masa tumoral, de unos siete centímetros de diámetro aproximadamente, de consistencia leñosa, del color de la mucosa, localizada en el cuadrante superior derecho. (Ver Figuras Nos. 1, 2, 3 y 4)



Fig. 1: Múltiples tumoraciones ulceradas de diversos tamaños localizadas en labios mayores de la vulva, así como edema de los mismos, así como se aprecia tumoración en región anal.



Fig. 2: Región del labio mayor izquierdo de la vulva donde se observan tumoraciones ulceradas con un centro algo deprimido, bordes endurecidos, redondeadas y de pequeño tamaño.



Fig. 3: Pista de la minoración mayor situada en el surco interlabial derecho, donde se puede apreciar su superficie ulcerada, el fondo melonante, la secreción serosa de olor nauseabundo, los bordes endurecidos y centro algo deprimido.



Fig. 4: Tumoración anal localizada en el cuadrante superior derecho, de consistencia leñosa con el aspecto de la mucosa normal.

En ambas regiones inguinales se palpan varias adenopatías de diversos tamaños que varían entre 2 y 3 eras de consistencia dura no dolorosas y no desplazables en los planos profundos.

Frente a este cuadro se hicieron los siguientes planteamientos clínicos:

1. *Granuloma venéreo* (la forma úlcerovegetante y la forma papilomatosa o vegetante).
2. *La enfermedad de Boiven.*
3. *La sífijis segundo-terciaria.*
4. *Procesos neoplásicos con metástasis cutáneas.*

Se le indican entonces los siguientes exámenes:

1. Biopsia de una lesión tumoral.
2. Rx. de tórax y colon por enema.
3. Examen por el urólogo, ginecólogo y proctólogo.
4. Fondo de ojo.
5. Exámenes de laboratorio.

Resultado de los exámenes realizados:

1. *Biopsia:* Formación tumoral que a partir de los procesos interpapilares, invaden en forma de columnas o masas celulares el dermis superficial y profundo, cuyas características son las de células uniformes de escaso citoplasma y núcleos discretamente vesicular, que recuerdan los del estrato basal epidérmico con presencia de numerosas mitosis, aunque con escasa anaplasia. Aumento de la vascularización e infiltrado inflamatorio a células redondas y polimorfonucleares. (Ver Figuras Nos. 5, 6, 7 y 8).
2. *Rx. de tórax y colon por cusma:* ambos estudios normales.
3. Examen por:

Urólogo: Normal.

Ginecólogo: Lesiones descritas en genitales externos, resto examen normal.

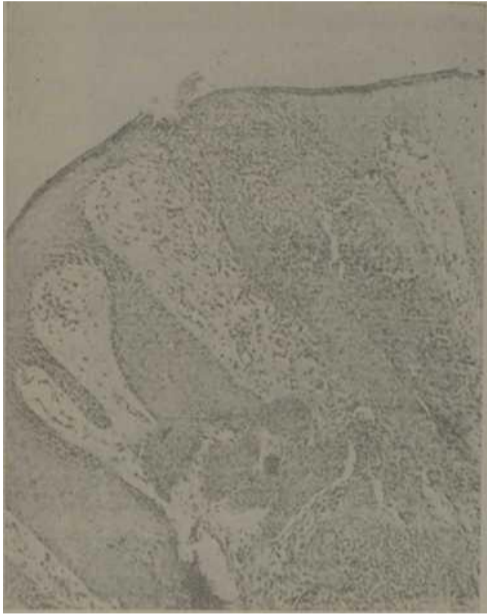


Fig. 5.* Corte de piel en el que se aprecia la transformación inmorla de las células del estrato espinoso y basal, de un proceso interpapilar con células tumorales infiltrando el corion en profundidad. Se aprecia además abundantes capilares sanguíneos e infiltrado inflamatorio en dermis papilar.

Proctólogo: Se observa en cuadrante derecho del ano un prolapso hemorroidal de consistencia leñosa.

4. Fondo de ojo: Normal.

5. Exámenes de laboratorio:

Exudado vaginal: Trichomonas 40 X campo, resto normal.

Hemograma: Discreta anemia.

Serología: Negativa.

Resto de exámenes normales.

CONCLUSIONES

1. Se señala que estos carcinomas basaloídes son vistos con poca frecuencia entre los dermatólogos.
2. Se resaltan las características clínicas de estos tumores que aparecen en múltiples focos tumorales.
3. Se considera en el tratamiento la radioterapia y la cirugía radical como similares en sus resultados.

R. C. M.
ABRIL. 30, 1968



Fig. 6: Vista de un corte de piel y proceso tumoral en el que se aprecia la relación de los mismos, así como el aspecto basaloide de las células tumorales que se constituyen en nódulo tumoral con necrosis central e invasión del tejido conjuntivo vecino.

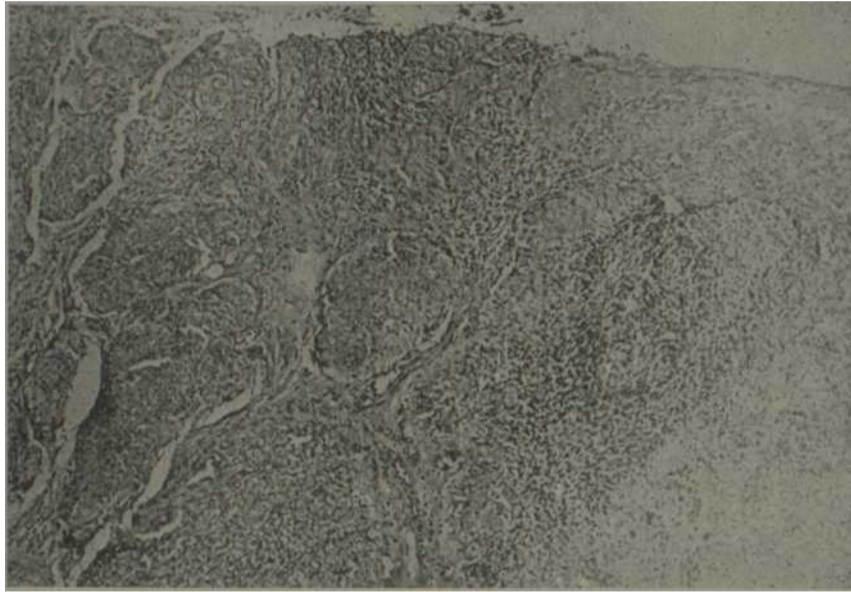


Fig. 7: Obsérvese las masas tumorales que ocupan el dermis separadas por tejido conectivo. Nótese la similitud con un epiteloma basal sólido.

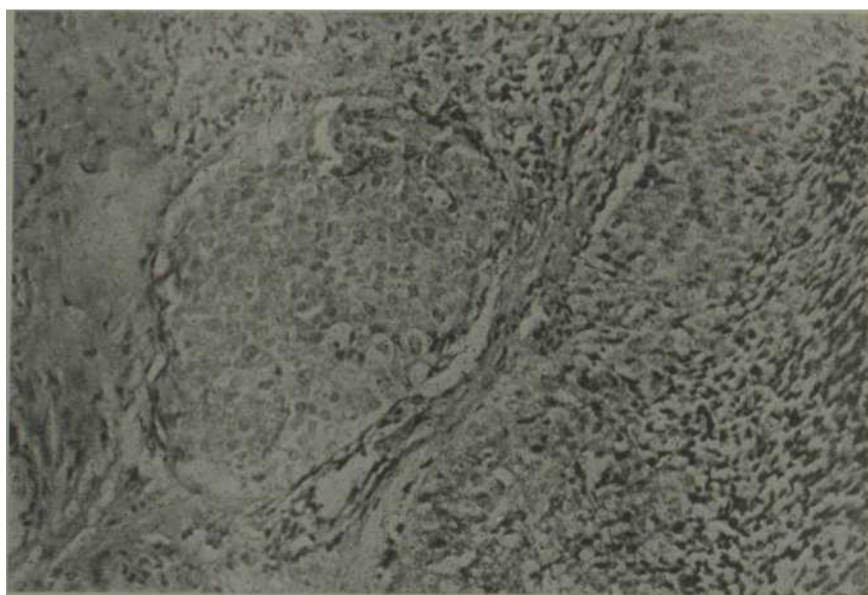


Fig. 8: Vista a mayor aumento de la figura 7 donde se observa en el centro de las masas tumorales algunas células que recuerdan a un carcinoma epidermoide.

CONCLUSIONS

1. It has been pointed out that these basaloid cell carcinomas are not frequently seen by dermatologist.
2. Clinical features of these tumors which appear at multiple foci have been stressed.
3. Radiotherapy and radical surgery are considered as giving similar results.

SUMMARY

A case has been presented of basaloid cell carcinoma, a kind tumor difficult to diagnose clinically, diagnosis being primarily based on histopathology. A brief review of the literature has also been given.

CONCLUSIONS

1ère- On y signale que ces carcinomes à cellules basales sont vus peu souvent par les dermatologistes.

2ème- On relève les caractéristiques cliniques de ces tumeurs qui apparaissent dans de multiples foyers tumoraux.

3ème- On considère que la radiothérapie et la chirurgie radicale donnent des résultats similaires en tant que traitement de ces tumeurs.

RESUME

On y présente un cas de carcinome à cellules basaloïdes, le diagnostic de ce type de tumeurs étant difficile à faire pour l'étude clinique et se faisant fondamentalement sur la base des données histopathologiques. On y fait aussi une révision de la littérature.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Jochin, H. Wittoesch, M. D. Lewis, B. Woolner, M. D. and Raynaud, J. Jackson, A.*: Rochester Minnesota. Surg. Gynec. Obs. Vol. 104: 75-80. 1957.
2. —*Frank Love, A. D. John W. Berg, M. D. and Macus, W. Stearnes, Jr., M. D.*: Cáncer Vol. 13 No. 5. Sept.-Oct. 907-913, 1960.
3. —*Dante Calandra y Rodolfo Sanmurtino*: Enfermedades de la Vulva. Ediciones M. Segura. Buenos Aires, 1959.
4. —*Herry E. Bron*: Anus Rectum Sigmoid Colon. B. M. V. 1949.
5. —*Leading Article*. Lancet. 2: 24, 1963.
6. —*Stewart, L. Macus, M. D.*: Am. J. Obst. Gynec. Vol. 79 No. 3, March, 1960.
7. —*Edmund, F. Schueller, M. D.*: Am. J. Obst. Gynec. Vol. 93 No. 2. Sept., 1965.

A V I S O

Ya está en proceso de impresión

***El tomo Nueve de TEMAS DE LAS RESIDENCIAS el
que se compone de las siguientes tesis:***

**1. EL VECTORCARDIOGRAMA EN LA
TETRALOGIA DE FALLOT**

por el Dr. Jorge Alfonso Montesinos

**2. SISTEMA NERVIOSO Y LUPUS
ERITEMATOSO SISTEMICO**

por el Dr. Jaime Wajner Zelicka

3. EL DIVERTICULO DUODENAL

por el Dr. Guillermo Mederos Pazos

editado por el

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

Precio del ejemplar \$2.00

Como siempre, este libro, estará a la venta en las librerías de L y 27, Vedado; Lalo Carrasco, Hotel Habana Libre; en las principales librerías del interior de la República, y también se podrá solicitar por correo a "La Moderna Poesía", Apdo. 605, La Habana, enviando el importe señalado y \$0.25 adicionales para el franqueo certificado.