



SBED
Sociedade Brasileira de
Cirurgia Dermatológica



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Carcinoma basocelular na vulva: um relato de caso de neoplasia cutânea em área especial

Basal cell carcinoma of the vulva: a case report of cutaneous neoplasia in a special area

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2021130033>

RESUMO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum.¹ Entre os fatores de risco para seu desenvolvimento estão a exposição a radiações ionizantes e não ionizantes, alguns produtos químicos e cicatrizes prévias.² Porém, o fator mais importante é a exposição à radiação ultravioleta, o que explica a maior incidência dessa neoplasia em áreas fotoexpostas. O CBC em áreas não expostas é incomum. O objetivo deste relato é descrever um caso de CBC recorrente na vulva, demonstrar a importância do exame dermatológico em áreas incomuns e relatar a aplicação da cirurgia micrográfica de Mohs.

Palavras-chave: Carcinoma basocelular; Doenças da vulva; Neoplasias vulvares

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin cancer¹. Among the risk factors for its development are exposure to ionizing and non-ionizing radiation, some chemicals, and previous scars.² However, the most important factor is exposure to ultraviolet radiation, which explains the higher incidence of this neoplasm in photo-exposed areas.¹ BCC in unexposed areas is uncommon. The purpose of this report is to describe a case of recurrent BCC in the vulva, to demonstrate the importance of dermatological examination in unusual areas, and to report the application of Mohs micrographic surgery.

Keywords: Basal cell carcinoma; Vulvar diseases; Vulvar neoplasms

Relato de caso

Autores:

Bruna Cristina Mendes dos Santos¹
Marina Riedi Guilherme¹
Mayara Teixeira Cruz¹
Marcelo de Souza Machado²
Lúcia Emiko Imazu³

- ¹ Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Departamento de Dermatologia, Apucarana (PR), Brasil.
- ² Hospital do Câncer de Londrina, Departamento de Dermatologia, Londrina (PR), Brasil.
- ³ Associação Filantrópica Humanitas, Dermatologia, São Jerônimo da Serra (PR), Brasil.

Correspondência:

Bruna Cristina Mendes dos Santos
Email: bcmsantos2008@hotmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 15/04/2021

Decisão final: 15/07/2021

Como citar este artigo:

Santos BCM, Guilherme MR, Cruz MT, Machado MS, Imazu LE. Carcinoma basocelular na vulva: um relato de caso de neoplasia cutânea em área especial. Surg Cosmet Dermatol. 2021;13:e20210033.



INTRODUCTION

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia cutânea mais comum, representando cerca de 70% dos casos.¹ Entre os fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de tumor estão a exposição a radiações ionizantes e não ionizantes, algumas substâncias químicas, como os derivados do alcatrão e o arsênio, e cicatrizes prévias.² Porém, o fator de maior importância na patogênese do CBC é a exposição à radiação ultravioleta. Isso explica a maior incidência dessa neoplasia em áreas fotoexpostas, comprometendo principalmente pessoas de pele clara e olhos claros.¹

O CBC em áreas não fotoexpostas, como axilas, virilhas, nádegas, região perianal, genital e pubiana, é incomum. Os CBCs que surgem na área perianal ou na vulva, especificamente na superfície não mucosa dos grandes lábios, representam menos de 2% desse tipo de tumor epitelial.³

O objetivo deste relato é descrever um caso de CBC recidivante na vulva, demonstrar a importância da vigilância do exame dermatológico em áreas incomuns e relatar a aplicação da cirurgia micrográfica de Mohs para poupar e preservar locais anatômicos especiais.

RELATO DO CASO

A paciente de 70 anos, branca, notou saliência pouco dolorosa e levemente pruriginosa na parte interna da vulva, à esquerda (Figura 1). Durante consulta ginecológica em 2015, a médica da paciente observou a lesão e a encaminhou ao dermatologista.

A dermatologista da sua cidade de origem avaliou a paciente e levantou a hipótese de carcinoma basocelular. Tal hipótese foi confirmada por meio de uma biópsia da lesão, que evidenciou um carcinoma basocelular superficial (Figura 2). Porém, por se tratar de um lugar raro de acometimento desse tipo de câncer de pele, encaminhou a paciente a outro serviço

de Dermatologia no estado de São Paulo para ter uma segunda opinião de um dermatologista especialista em Oncologia Cutânea sobre o tratamento adequado para essa lesão. Nesse serviço, iniciou-se tratamento com imiquimode cinco vezes por semana durante seis semanas e, após esse ciclo, a lesão desapareceu.

No entanto, um ano depois, a lesão reapareceu no mesmo local e uma nova biópsia foi realizada. O anatomopatológico confirmou tratar-se de uma recidiva do carcinoma basocelular prévio. Os dermatologistas que acompanhavam a paciente, ao discutirem o caso, sugeriram à paciente a exérese da lesão com a técnica micrográfica de Mohs devido à maior precisão e à segurança de ter margens livres. Em 2016, a paciente foi submetida ao procedimento resultando margens cirúrgicas livres. (Figura 3). A paciente de 70 anos, branca, notou saliência pouco dolorosa e não houve recidiva da lesão até o presente momento.

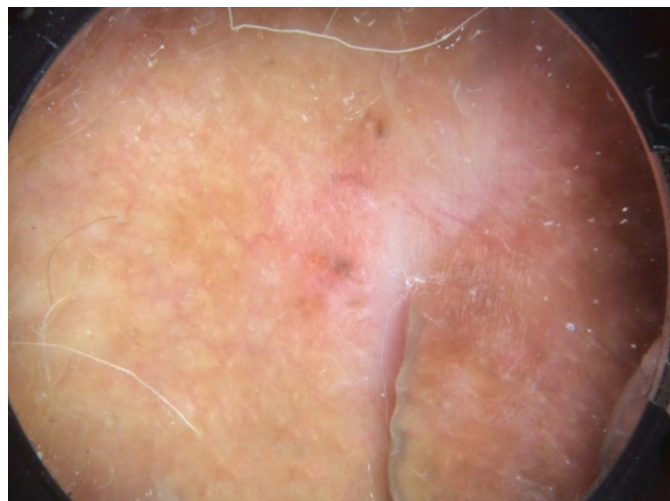


FIGURA 2: Dermatoscopia da lesão cutânea primária



FIGURA 1: Lesão cutânea primária



FIGURA 3: Ferida cirúrgica após debulking tumoral e ressecção de margens

DISCUSSÃO

O CBC surge a partir das células-tronco foliculares, portanto o seu desenvolvimento em áreas sem pelos é incomum.⁴ O local de maior acometimento é a região cefálica (90%), principalmente na localização orbitopalpebral e nasal, seguida de tronco e membros.² O fator mais importante na patogênese do CBC é a exposição à luz ultravioleta, no entanto até um terço deles ocorre em áreas cobertas, como axilas, virilhas, nádegas, região perianal, genital e pubiana.^{3,5,6}

Até o momento, menos de 300 casos de CBC vulvar foram descritos na literatura. Tumores nessa localização representam aproximadamente 2% de todos os CBCs e menos de 3% dos carcinomas vulvares.⁴ A causa exata do desenvolvimento do CBC em áreas não expostas ao sol ainda é incerta, mas a relação com o aumento da idade foi relatada em duas grandes séries de caso, nas quais a idade média do desenvolvimento de CBC vulvar foi entre 70 e 73 anos.^{7,8}

O CBC de vulva compartilha os mesmos fatores de risco que os CBCs de áreas fotoexpostas. O que os diferencia é que a exposição à radiação ultravioleta (UV) não desempenha um fator importante na patogênese do CBC vulvar, mas alguns autores sugerem que a exposição à radiação UV causa imunossupressão sistêmica e isso poderia estar relacionado ao surgimento de CBC em áreas não expostas ao sol.⁹ A radiação prévia também é um dos fatores que predispõe o CBC vulvar. Geralmente, o surgimento das lesões ocorre anos após a exposição à irradiação.^{10,11} Outro fator de risco a se considerar são os defeitos genéticos que também podem predispor o desenvolvimento de CBC como, por exemplo, a mutação do PTCH que leva à síndrome do nevo basocelular e aumenta substancialmente a suscetibilidade a essa neoplasia.¹²

As manifestações clínicas dos CBCs vulvares são inespecíficas e não apresentam características clássicas do CBC. As lesões podem surgir como pápulas, nódulos, lesões exofíticas, pediculadas, infiltrativas, pigmentadas, ulceradas em casos mais avançados e até mesmo na forma de uma combinação desses itens.¹³ Os sinais e sintomas não são característicos. Os mais relatados foram irritação, dor e prurido local. A inespecificidade dos sintomas faz com que, muitas vezes, as lesões sejam tratadas como dermatoses inflamatórias e infecciosas, levando ao diagnóstico

tardio e, conseqüentemente, ao aumento do tamanho da neoplasia e da invasão local.⁸

Os CBCs de vulva são mais agressivos quando comparados aos CBCs de áreas fotoexpostas, estando mais associados a infiltração local profunda e extensão perineural ocasional. Esse tipo de neoplasia apresenta maior recorrência, metástases locais e à distância, e isso varia conforme o padrão histológico, sendo que os tumores morfeia-like, metatípicos, adenocísticos e os infiltrativos tendem a recorrer mais e serem mais agressivos.^{14,15,16}

A excisão cirúrgica é a melhor forma de tratamento para o CBC vulvar. As margens cirúrgicas devem ser amplas, pois até 25% das margens de biópsias excisionais estavam comprometidas em um estudo retrospectivo. Isso se deve, principalmente, à difícil demarcação, pois esse sítio é naturalmente eritematoso, e as bordas da lesão são facilmente confundidas com a pele saudável.⁸ O comprometimento das margens resulta em maior taxa de recorrência, podendo atingir de 10 a 20% dos casos.¹⁴

Em CBCs grandes, histologicamente agressivos e naqueles com recorrência e com bordas mal delimitadas, como o tumor do caso relatado, a cirurgia micrográfica de Mohs seria o tratamento de escolha, pois proporciona controle histológico de 100% das margens, preservando pele normal, além de diminuir alterações nas estruturas anatômicas, tornando a reconstrução mais segura e com melhores resultados estéticos e funcionais. Nos casos em que a abordagem cirúrgica está contraindicada ou há comprometimento de bordas, a radioterapia é uma opção terapêutica, porém pode levar a complicações no sítio irradiado.^{3,17,18}

O diagnóstico precoce é crucial para garantir uma cirurgia menos invasiva. No entanto, o CBC na vulva, muitas vezes, tem diagnóstico retardado por ocorrer em um local menos monitorizado durante o exame físico.⁸ Conclui-se que deve haver a conscientização de que os CBCs podem surgir em áreas não fotoexpostas e, muitas vezes, podem mimetizar outras dermatoses. Assim, tanto os dermatologistas quanto os clínicos gerais e ginecologistas devem realizar o exame cutâneo completo, principalmente naqueles pacientes com histórico de câncer de pele, sendo a biópsia aconselhável em qualquer lesão cutânea suspeita nessas regiões. ●

REFERÊNCIAS:

1. Belda Junior B, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de Dermatologia. 3th ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
2. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. 6th ed. Rio de Janeiro: Gen; 2013.
3. Pisani C, Poggiali S, De Padova L, Andreassi A, Bilenchi R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20(4):446-8.
4. Sakai T, Goto M, Kai Y, Kato A, Shimizu F, Okamoto O, et al. Vulvar basal cell carcinoma with bone metastasis. *J Dermatol.* 2011;38(1):97-100.
5. Gloster HM Jr, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg.* 1996;22(3):217-26.
6. Bhagchandani L, Sanadi RE, Sattar S, Abbott RR. Basal cell carcinoma presenting as finger mass. A case report. *Am J Clin Oncol.* 1995;18(2):176-9.
7. 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.
8. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol.* 2005;97(1):192-4.
9. Strickland PT, Creasia D, Kripke ML. Enhancement of two-stage skin carcinogenesis by exposure of distant skin to UV radiation. *J Natl Cancer Inst.* 1985;74(5):1129-34.
10. 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):765-8.
11. Mateus C, Fortier-Beaulieu M, Lhomme C, Rochard F, Castaigne D, Du-villard P, et al. Carcinome basocellulaire de la vulve: 21 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2001;128(1):11-5.
12. Susong CR, Ratz JL. Basal-cell carcinoma occurring in an axilla: a case presentation and a review of factors related to tumor development. *J Dermatol Surg Oncol.* 1985;11(5):526-30.
13. Mulvany NJ, Rayoo M, Allen DG. Basal cell carcinoma of the vulva: a case series. *Pathology.* 2012;44(6):528-33.
14. Mulayim N, Foster Silver D, Tolgay Ocal I, Babalola E. Vulvar basal cell carcinoma: two unusual presentations and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2002;85(3):532-7.
15. Watson GA, Kelly D, Prior L, Stanley E, MacEneaney O, Walsh T, et al. An unusual case of basal cell carcinoma of the vulva with lung metastases. *Gynecol Oncol Rep.* 2016;18:32-5.
16. Jacobs GH, Rippey JJ, Altini M. Prediction of aggressive behavior in basal cell carcinoma. *Cancer.* 1982;49(3):533-7.
17. Suzuki HS, Sato MS. A experiência da implantação da cirurgia micrográfica de Mohs em um serviço universitário. *Surg Cosmet Dermatol.* 2012;4(2):206-7.
18. Miller SJ, Alam M, Andersen J, Berg D, Bichakjian CK, Bowen G, et al. Basal cell and squamous cell skin cancers. *JNCCN.* 2010(8):836-64.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bruna Cristina Mendes dos Santos  ORCID 0000-0002-3213-3962

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Marina Riedi Guilherme  ORCID 0000-0003-4765-2180

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mayara Teixeira Cruz  ORCID 0000-0002-5069-0519

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Marcelo de Souza Machado  ORCID 0000-0001-8817-0183

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Lúcia Emiko Imazu  ORCID 0000-0002-6634-5509

Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.