

EXIMIA

CIENCIA ANTIEDAD

para cada mujer



EXIMIA, tratamientos preventivos, restauradores, protectores y purificantes para el cuidado de la piel.

Los activos Eximia son biocompatibles que actúan induciendo y activando los propios bio-mecanismos celulares originales de la piel.
Están clínica, dermatológica y oftalmológicamente testeados.
Hipoalergénicos. 100% libres de fragancia. 100% libres de colorantes.

ENCUÉNTRANOS EN:

BOGOTÁ Dermapiel, Piel y Vida | MEDELLÍN Dermalife, Punto Clave
BARRANQUILLA Drogas Habib, Dra. Luisa Fernanda Obregón, Dra. Jeniffer Díaz
VALLEDUPAR Dermis, Farmacia Mundial | MANIZALES La Tienda de la Piel (condrogas)
PEREIRA Botica de la Piel





FIGURA 1. Pápula perlada del color de la mucosa, de 5mm de diámetro, en el labio mayor izquierdo

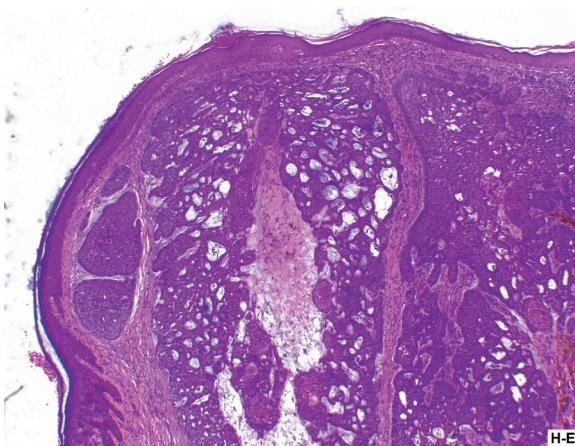


FIGURA 2. En el corion cutáneo se observa proliferación de células basaloïdes malignas que se distribuyen en macrónódulos con cambios seudoglandulares, que presentan empalizada periférica y escasa retracción del estroma, acompañadas de un estroma fibromixoide y de pigmento melánico. Hematoxilina y eosina, 4X.

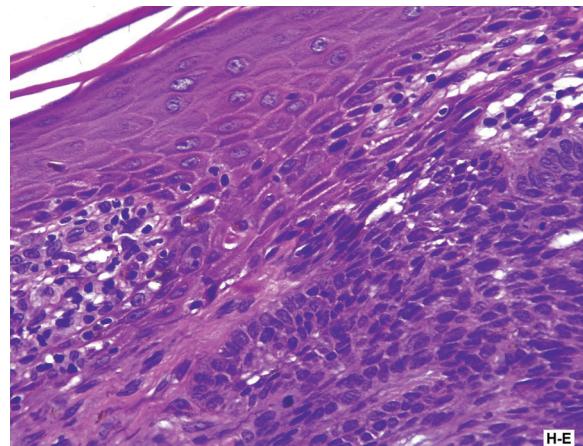


FIGURA 3. Se observa la unión de la neoplasia con la epidermis. Hematoxilina y eosina, 40X.

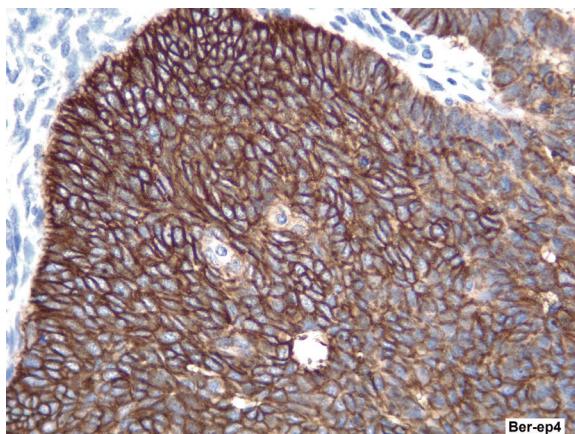


FIGURA 4. Reacción positiva fuerte y difusa de las células tumorales. Inmunohistoquímica, Ber-ep4, 40X.

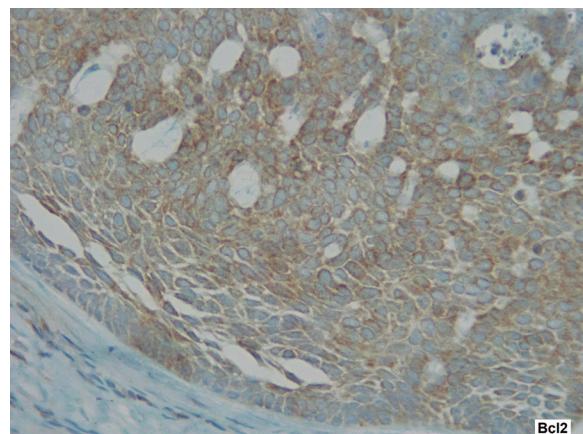


FIGURA 5. Reacción positiva moderada y difusa de las células tumorales. Inmunohistoquímica, Bcl2, 40X.

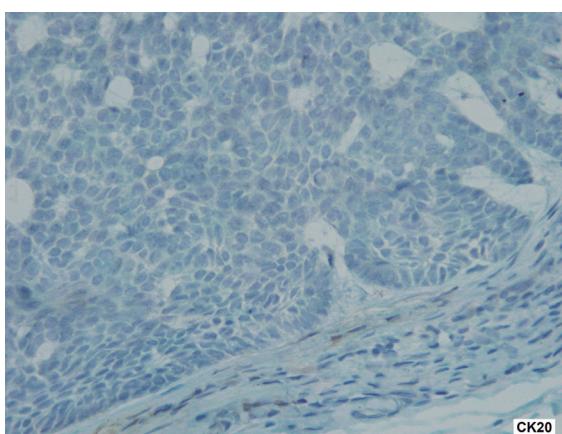


FIGURA 6. R Reacción negativa, no hay células de Merkel. Inmunohistoquímica, CK20, 40X.



FIGURA 1. Pápula perlada del color de la mucosa, de 5mm de diámetro, en el labio mayor izquierdo

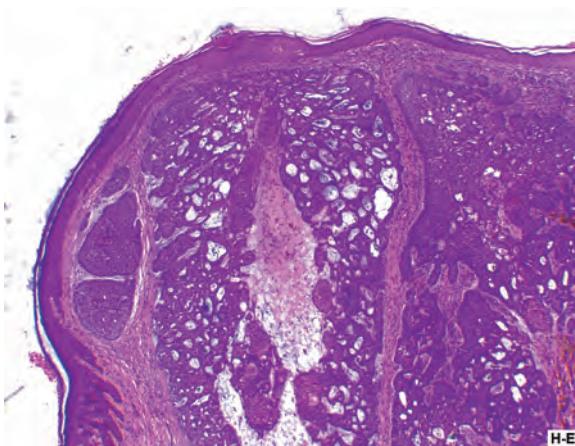


FIGURA 2. En el corion cutáneo se observa proliferación de células basaloïdes malignas que se distribuyen en macrónódulos con cambios seudoglandulares, que presentan empalizada periférica y escasa retracción del estroma, acompañadas de un estroma fibromixoide y de pigmento melánico. Hematoxilina y eosina, 4X.

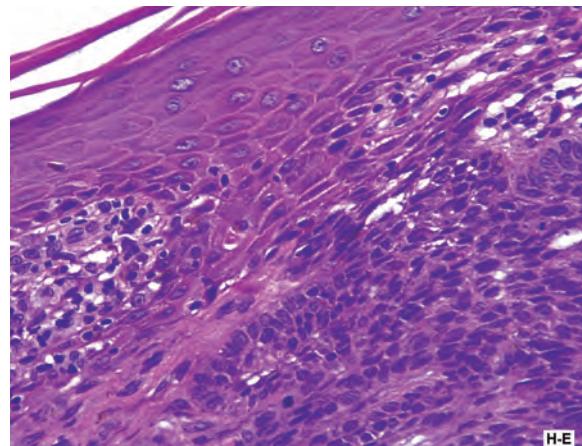


FIGURA 3. Se observa la unión de la neoplasia con la epidermis. Hematoxilina y eosina, 40X.

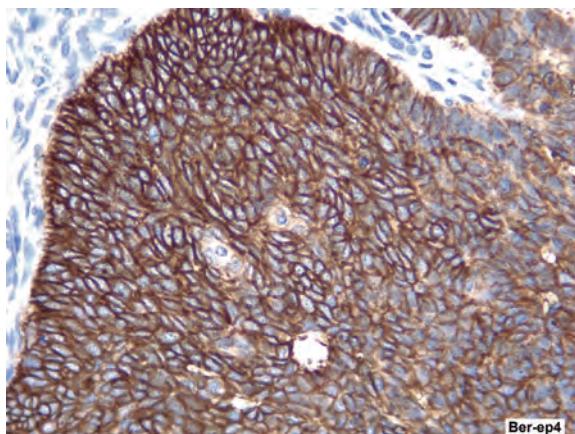


FIGURA 4. Reacción positiva fuerte y difusa de las células tumorales. Inmunohistoquímica, Ber-ep4, 40X.

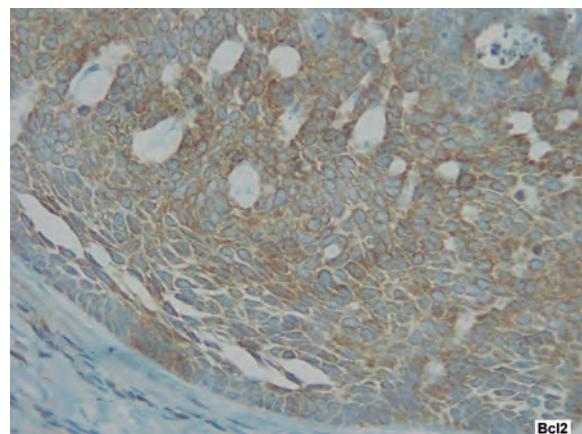


FIGURA 5. Reacción positiva moderada y difusa de las células tumorales. Inmunohistoquímica, Bcl2, 40X.

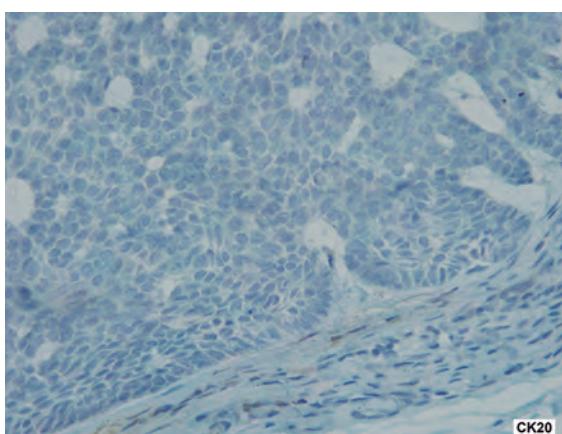


FIGURA 6. R Reacción negativa, no hay células de Merkel. Inmunohistoquímica, CK20, 40X.

Carcinoma basocelular macronodular adenoideo y pigmentado en vulva

Catalina Jaramillo¹, Juan Pablo Ospina²

1. Médica, residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

2. Médico patólogo, docente de Dermatopatología, Sección de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos, el cáncer no melanoma de piel representa anualmente más de un millón de nuevos casos de cáncer, el 75% de los cuales son carcinomas basocelulares, por lo que es la neoplasia maligna humana más común. Aunque el carcinoma basocelular se observa con frecuencia en los sitios expuestos al sol de pacientes blancos, este tipo de cáncer puede surgir en sitios que no están expuestos al sol, incluso en las regiones perianal y genital.

El carcinoma basocelular de la vulva representa menos del 1% de todos los carcinomas basocelulares y menos del 5% de todos los cánceres de la vulva. Es un tumor raro con solo 250 casos, aproximadamente, reportados en la literatura científica. Se ha informado que las edades de presentación están entre los 34 y los 96 años. En su fisiopatología, la mayoría de los autores coincide en que la inmunosupresión causada por la edad, los antecedentes de vulvovaginitis crónica, la radioterapia y los cambios hormonales son los factores que influyen de forma decisiva en la degeneración de las células basales que llevan la formación del carcinoma. Clínicamente, puede presentarse como una placa con descamación mal definida con telangiectasias, una pápula o un nódulo circunscrito, una placa ulcerada, un área indurada, una lesión pigmentada o cualquier combinación de las anteriores. Las lesiones más avanzadas pueden estar profundamente ulceradas.

La apariencia histológica del carcinoma basocelular de la vulva es similar a la encontrada en áreas expuestas a la luz, y se pueden usar tinciones de inmunohistoquímica, como la Bcl-2, la Ber-ep4 y la CK20, entre otras, para diferenciarlo de otros tumores de células basaloïdes, como el tricoepitelioma, o de formas de carcinoma escamocelular asociadas con tipos del virus del papiloma humano de alto riesgo.

" El carcinoma basocelular de la vulva representa menos del 1% de todos los carcinomas basocelulares y menos del 5% de todos los cánceres de la vulva."

Correspondencia:

Juan Pablo Ospina

Email:

juanpaos@yahoo.com

Recibido: 6 de marzo de 2017

Aceptado: 13 de junio de 2017

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

"En la vulva, al igual que en otras localizaciones, el carcinoma basocelular presenta un gran poder de infiltración y destrucción local, con un alto índice de recidivas (20 %), según su estirpe histológica, tamaño y tratamiento."

En la vulva, al igual que en otras localizaciones, el carcinoma basocelular presenta un gran poder de infiltración y destrucción local, con un alto índice de recidivas (20 %), según su estirpe histológica, tamaño y tratamiento. El índice de metástasis es raro, aproximadamente, 0,0028 % de los casos y la gran mayoría se presenta en los ganglios regionales.

El tratamiento ideal consiste en la resección quirúrgica con márgenes o la terapia destructiva local cuando la cirugía no se puede realizar.

El pronóstico del carcinoma basocelular de vulva es muy bueno; sin embargo, dada su alta tasa de recurrencia, es necesario hacer un seguimiento estricto de forma periódica.

REFERENCIAS

1. Barcia JB, Minaudo C, González V, Allevato M, Marini M. Carcinoma basocelular y tricoepitelioma. Arch Argent Dermatol. 2014;64:101-6.
2. Bordel-Gómez MT, Sánchez-Estella J, Cardeñoso-Álvarez E, Santos-Durán JC, Román-Curto C. Carcinoma basocelular vulvar: una rara localización del cáncer de piel más frecuente. Actas Dermosifiliogr. 2006;97:415-6.
3. De Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: Retrospective study and review of literature. Gynecol Oncol. 2005;97:192-4.
4. Escribano-Montesdeoca G, García-Grandal T, Mora-Hervas I, Ratia-García E, Mateu-Pruñonosa JC, Brescó I, et al. Carcinoma basocelular de vulva. Progr Obstet Ginecol. 2014;57:169-71.
5. Fleury AC, Junkins-Hopkins JM, Díaz-Montes T. Vulvar basal cell carcinoma in a 20-year-old: Case report and review of the literature. Gynecol Oncol Case Rep. 2012;2:26-7.
6. Mulvany NJ, Rayoo M, Allen DG. Basal cell carcinoma of the vulva: A case series. Pathology. 2012;44:528-33.
7. Sánchez-Venegas JC, Castelán-Maldonado EE, Peña-Ruelas CI, Vázquez-Martínez CA. Marcadores de inmunohistoquímica para el diagnóstico diferencial entre el carcinoma basocelular y el tricoepitelioma. Piel. 2014;29:266-71.