

## 424/2327 - DOCTORA, TENGO UNA ÚLCERA QUE NO SE CURA

V. Lilaram Lachmandas<sup>1</sup>, Y. Navarro Martín<sup>1</sup>, F. Cabrera Pérez<sup>2</sup> y C. García Álvarez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Guigou. Santa Cruz de Tenerife.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna San Benito. San Cristóbal de La Laguna.<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Guigou. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años, trabajadora sanitaria. Menarquia a los 13 años, G2P1A1. Antecedentes de legrado obstétrico en 2013. Refiere relaciones sexuales de riesgo y alergia a la penicilina. Acude por presentar una lesión ulcerada genital desde hace 3 meses que presenta dolor y ardor. En el año 1999, se detectó en citología: cambios celulares y coilocitos con VPH negativo y biopsia con signos inflamatorios crónicos inespecíficos, metaplasia escamosa y presencia de coilocitos. Ha estado en tratamiento con blastoestimulina, antibiótico y aciclovir tópico, y sulfato de cobre, sin resolución ni mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lesión ulcerosa de 1,5 cm central, bajo clítoris, entre labios menores. No adenopatías inguinales palpables. Se hace interconsulta a dermatología, que derivan a ginecología. Analítica: serología infecciosa y VPH negativo. Biopsia: carcinoma escamoso no queratinizante de tipo basaloide. TAC: No signos de afectación metastásica. RMN: lesión vulvar de 17 × 4,5 mm, sin signos de extensión orgánica ni ganglionar. Se decide intervenir quirúrgicamente, con diagnóstico postoperatorio: Cáncer vulvar escamoso G2 ILV+, con ganglio centinela bilateral negativo y márgenes libres a 3 mm (estadio IB). Se comenta en comité y se decide no dar radioterapia.

**Orientación diagnóstica:** Carcinoma escamoso de vulva.

**Diagnóstico diferencial:** Líquen escleroso. Condiloma acuminado. Líquen simple crónico. Virus herpes simple 2.

**Comentario final:** El carcinoma epidermoide es el más frecuente de los tumores malignos vulvares, representando el 90%. Su incidencia ha aumentado en los últimos 20 años, y aunque tiene predominio en mujeres posmenopáusicas, se ha evidenciado un aumento de su incidencia en mujeres jóvenes relacionado con el VPH. Se han descrito factores de riesgo como el tabaco, la inmunosupresión y las lesiones epiteliales crónicas. Es importante su diagnóstico precoz para llevar a cabo el tratamiento de elección y menos agresivo, la cirugía. Existen otras opciones como la radioterapia, y en menor medida la quimioterapia.

### Bibliografía

1. Joura EA. Epidemiology, diagnosis and treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002;14:39-43.
2. Howe HL, Wingo PA, Thun MJ. Annual report to the nation on the status of cancer (1973 through 1998), featuring cancers with recent increasing trends. J Natl Cancer Inst. 2001;93:824-42.

**Palabras clave:** VPH. Vulva. Úlcera.