

CASO CLÍNICO

1. Hospital Víctor Lazarte Echegaray - Essalud, Trujillo, Perú.
 2. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta - EsSalud, Trujillo, Perú.
 3. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Sede Centro, Junín, Perú.
 4. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Sede Norte, Trujillo, Perú.
 5. Facultad de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
 6. Escuela de Medicina, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
- a. <https://orcid.org/0000-0003-3622-9408>
b. <https://orcid.org/0000-0002-9128-4760>
c. <https://orcid.org/0000-0002-3171-9064>
d. <https://orcid.org/0009-0003-6966-3363>
e. <https://orcid.org/0000-0001-7998-8864>
f. <https://orcid.org/0000-0001-7019-6609>

Recibido: 4 de septiembre 2025

Aprobado: 18 de noviembre 2025

Publicación en línea: 6 de febrero 2026

Correspondencia:

José Richard Tenazoa Villalobos

✉ Shinato_Fenix@hotmail.com

Citar como: Tenazoa-Villalobos J, Yan-Quiroz E, Burgos-García M, Llerena-Cobián G, Villarreal-González M, Díaz-Plasencia J. Carcinoma basocelular vulvar. *Rev peru ginecol obstet.* 2025;71(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2821>

Carcinoma basocelular vulvar Vulvar basal cell carcinoma

José Richard Tenazoa-Villalobos^{1,5,a}, Edgar Fermin Yan-Quiroz^{2,5,6,b}, Mercedes Viviana Burgos-García^{1,c}, Gladys Llerena-Cobián^{1,5,d}, Mery Nancy Villarreal-González^{3,e}, Juan Alberto Díaz-Plasencia^{4,5,f}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2821>

RESUMEN

El carcinoma basocelular, la neoplasia cutánea de piel más frecuentemente diagnosticada, suele originarse en las células madre pilosas del fundíbulo piloso de la dermis, incluida la zona genital. Sin embargo, su aparición en la zona vulvar es poco frecuente. Al no estar fotoexpuesta, esta zona es poco frecuente para el desarrollo de estas neoplasias; la etiología se relaciona con mutaciones genéticas más que con la infección por el virus del papiloma humano. El caso que presentamos, de una mujer de 87 años con un tumor en el labio mayor derecho, confirmado mediante biopsia incisional como carcinoma basocelular, con un tiempo de enfermedad de 5 años, es de gran importancia para comprender y tratar con éxito esta afección mediante cirugía.

Palabras clave: Neoplasias cutáneas, carcinoma basocelular, neoplasias de los genitales femeninos

ABSTRACT

Basal cell carcinoma, the most diagnosed malignant skin neoplasm, typically arises from hair stem cells in the hair fundibulum in the dermis, including the genital area. However, its appearance in the vulvar area is a rare occurrence. This area, being non-photexposed, is uncommon for the development of these neoplasms; the aetiology is related to genetic mutations rather than human papillomavirus infection. The case we present, of an 87-year-old woman with a tumour in the right labia majora, confirmed by incisional biopsy as basal cell carcinoma with a disease duration of 5 years, is significant in understanding and treating this condition with successful surgical management.

Keywords: Skin neoplasms, carcinoma basal cell, genital neoplasms female

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales o basocelular (CCB) es el tipo de cáncer de piel más común, pero es menos frecuente que otras neoplasias malignas ginecológicas. La cirugía es el tratamiento de elección y alcanza tasas de curación completas con un pronóstico favorable; las metástasis nodales o a distancia son muy raras. La fotoexposición y la edad están íntimamente relacionadas con la incidencia de esta neoplasia y la gran mayoría surge en zonas de daño por rayos ultravioleta A/B como la cabeza y el cuello; sin embargo, también puede aparecer en zonas que aparentemente están protegidas de la luz del sol, como el área perineal, glúteos, axilas y región inguinal.⁽¹⁻⁴⁾

El CCB vulvar es el tipo más común y representa el 75% de los casos, mientras que los carcinomas basocelulares de vulva son infrecuentes y representan solo el 2%^(2,5,6). La población afectada son mujeres de raza caucásica postmenopáusicas en la séptima década de la vida. Estos tumores pueden ser localmente invasivos y, en general, no metastatizan⁽⁷⁾. No obstante, algunos estudios refieren que el CCB vulvar presenta una conducta biológica más agresiva, con mayor riesgo de recurrencia y de metástasis regionales o distanciadas.⁽⁸⁾

Presentamos el caso de una mujer de 84 años con diagnóstico de carcinoma basocelular de vulva, tratado con éxito mediante cirugía. Se cuenta con el consentimiento informado de la paciente para la publicación del reporte



REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 87 años, procedente de Trujillo, con antecedente ginecológico G4P4004 y antecedentes médicos de hipertensión arterial. Manifiesta que desde hace 5 años presenta sensación de prurito intenso en el labio mayor derecho, de predominio nocturno, con liquenificación del área vulvar, asociada a nódulo hiperpigmentado no ulcerado de 1x2cm en el labio mayor derecho; niega flujo vaginal y sangrado. Motivo por el cual acude al centro de salud, donde es manejada con sintomáticos y antifúngicos tópicos, sin presentar mejoría.

Paciente es hospitalizada en diciembre de 2023 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga, en el servicio de cardiología, debido a un cuadro de infarto agudo de miocardio. Durante su hospitalización, se percatan de un nódulo ulcerado en el labio mayor derecho, con bordes sobreelevados, que mide 4x1cm (Figura 1A). Es evaluado por dermatología y ginecología, que indican biopsia.

Se realiza biopsia incisional del extremo superior de la lesión ulcerada en el labio mayor derecho, con resultados: carcinoma basocelular pigmentado, de patrón expansivo e infiltrativo, ulcerado; se extiende en la dermis reticular profunda hasta 5mm; infiltración neoplásica focal de vaso linfático; invasión perineural negativa. Tras la estabilización del cuadro cardiológico, la paciente es dada de alta en febrero de 2024 y acude al consultorio de ginecología oncológica, donde se encuentra una lesión en el labio mayor derecho de 6x5cm, móvil, dolorosa al tacto, sin secreción. No se palpan adenopatías inguinales. Se decide ampliar estudios de imágenes: Ecografía de partes blandas (01.04.2024): Región inguinal derecha: Ganglio de 10x5mm con hilio graso. En la región inguinal izquierda, se observa saco herniario de 35x17mm, sin adenopatías. Tomografía de pelvis sin contraste (20.04.2024): Lesión hiperdensa de 58x49mm, de origen en el labio mayor derecho, de aspecto infiltrativo, que infiltra el tejido celular subcutáneo adyacente; no sobrepasa la línea media ni contacta el plano muscular. No adenopatías. (Figura 1B)

Ingresa a sala de operaciones donde se realiza resección local amplia más reconstrucción con cierre primario de herida operatoria, en los hallazgos operatorios se evidencia lesión ulcerada



FIGURA 1. A. APARIENCIA MACROSCÓPICA DE UNA LESIÓN EN EL LABIO MAYOR DERECHO, ULCERADA Y CON BORDES SOBREELEVADOS, QUE MIDE 4 x 1 CM. B. TOMOGRAFÍA DE PELVIS SIN CONTRASTE. SE OBSERVA UNA LESIÓN HIPERDENSE INFILTRATIVA QUE COMPROMETE EL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, CON ÁREAS HIPODENSAS QUE NO SOBREPASAN LA LÍNEA MEDIA (CABEZAS DE FLECHA); NO SE EVIDENCIAN ADENOPATÍAS NI METÁSTASIS.

crateriforme de 5x6cm en labio mayor derecho, de bordes sobreelevados heterocromática, comprometiendo su tercio proximal y monte de venus. En el postoperatorio evoluciona favorablemente y se da de alta en su tercer día, con la herida quirúrgica en buen estado, sin signos de flogosis ni secreción. (Figura 2)

Es evaluada posteriormente con resultado de anatomía patológica, en el que se descubre (Figura 3): carcinoma basocelular de patrón nodular e infiltrativo, ulcerado. De 13mm de espesor que se extiende hasta la hipodermis. Invasión linfovascular negativa, invasión perineural positiva. Márgenes quirúrgicos: libres de neoplasia. Inmunohistoquímica Ber-EP4: positivo.

Posteriormente, la paciente es vista en consultorio externo, donde se realiza control, encontrándose la cicatriz operatoria en buen estado; niega alteración de la micción y parestesias, control de esfínteres conservado, y no se observan signos de recurrencia.



FIGURA 2. RESECCIÓN LOCAL AMPLIA, CON CIERRE PRIMARIO DE BORDES; SE OBSERVA EXTENSIÓN DE LA RESECCIÓN QUE INVOLUCRA EL LABIO MAYOR DERECHO Y SE EXTIENDE HACIA LA REGIÓN PERINEAL Y EL MONTE DE VENUS. NO SE APRECIAN SIGNOS DE FLOGOSIS NI LESIONES MACROSCÓPICAS. SE RESPETA LA URETRA Y EL CANAL VAGINAL.

DISCUSION

El CCB vulvar es una entidad infrecuente; la constelación de síntomas puede persistir durante muchos años. Algunos factores de riesgo, como la infección por VPH, la mutación de

genes supresores de tumores, como el p53 y el gen homólogo de la proteína patched (PTCH), están vinculados al desarrollo de este tumor. El origen puede estar mediado por la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo los genotipos más comunes el 16 (78%) y el 33 (7%). También existe un CCB vulvar independiente de VPH, ligado a procesos crónicos inflamatorios y autoinmunes, al liquen escleroso y a la neoplasia intraepitelial vulvar; donde la mutación del gen p53 se expresa con mayor frecuencia.⁽⁹⁻¹³⁾

Clínicamente, se presenta como una “ulcera en roedor” con bordes elevados y mamelonados; las tonalidades varían desde perladas hasta hiperpigmentadas y grises. Las pacientes, por lo general, manifiestan prurito, que es el síntoma predominante, seguido de hemorragia, dolor e incomodidad. El estudio histopatológico es el método que confirma el diagnóstico; la sospecha clínica por sí sola no es suficiente para realizar un procedimiento. Las opciones quirúrgicas que se pueden realizar en CCB vulvar son vulvectomía radical, resección local amplia o simple y cirugía de Mohs.⁽¹⁴⁾

Cabe resaltar que el CCB se asocia con la ingesta de arsénico, la inmunodepresión, el xeroderma pigmentoso y el síndrome de carcinoma basocelular nevoide (antes conocido como síndrome de Gorlin-Goltz). Existen diferentes tipos de carcinoma basocelular. En nuestro caso, se evidencia el patrón de crecimiento nodular. Esto se debe a que exhibe masas lobuladas y nodulares de células basaloides, que se encuentran en nidos y son monomorfas, con pobre citoplasma y núcleos redondos con cromatina densa⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

El CCB vulvar afecta a mujeres mayores de 70 años, con especial afinidad por quienes tienen bajos recursos y acceso limitado a los servicios de salud. El diagnóstico, por lo general, se retrasa debido al avance lento de la enfermedad y a su localización atípica. Es de menester mencionar que muchas pacientes no optan por buscar a un profesional de la salud en el momento oportuno, y esto es el principal motivo del retraso en el diagnóstico^(4,18).

Los CCB vulvares son lesiones de crecimiento lento, invasivas y destructivas, con riesgo de compromiso nodal, pulmonar, óseo y cutáneo. Se debe a que la piel de la vulva es más delgada y está asociada a subtipos agresivos (infiltrantes,

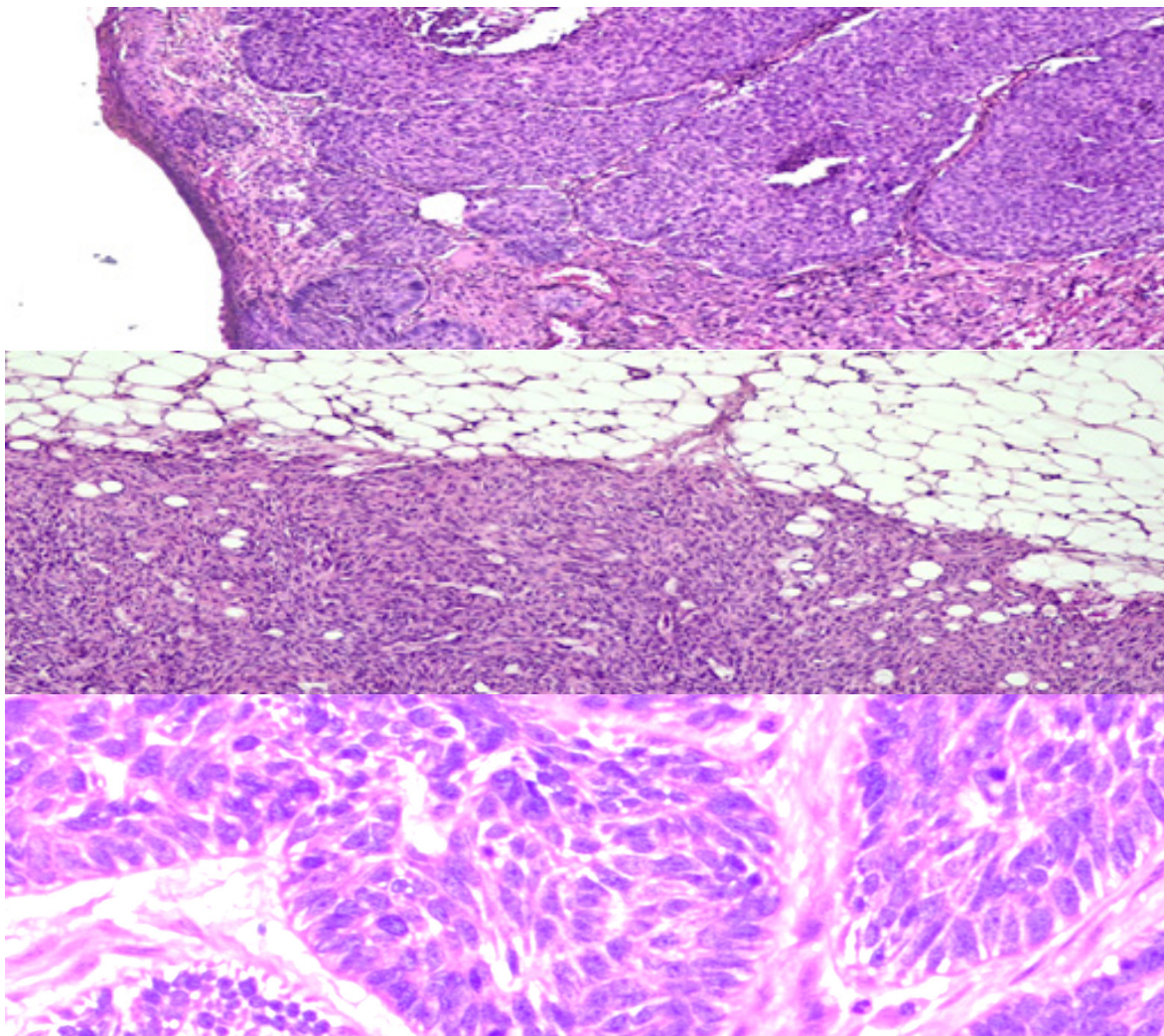


FIGURA 3. HISTOPATOLOGÍA, TINCIÓN CON HEMATOXILINA & EOSINA. A. 40X. EN LA IMAGEN MICROSCÓPICA SE OBSERVA UN TIPO PROLIFERACIÓN NODULAR CON CÉLULAS BASALOIDES QUE ESTÁN DESPROVISTAS DE CITOPLASMA, NÚCLEO REDONDEADO DE CROMATINA Densa Y ALGUNOS CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA QUE FORMAN LÓBULOS O NÓDULOS (FLECHAS) CON DISTINTOS PUNTOS DE CONTACTO CON LA EPIDERMIS QUE SE ENCUENTRA ADELGAZADA, EN SU MAYORÍA DE CAMPOS MUESTRA EMPALIZADA NUCLEAR PERIFÉRICA, ADEMÁS DE HENDIDURAS TUMOR-ESTROMALES (ASTERISCO). SE EVIDENCIARON MITOSIS VARIABLES EN DISTINTOS CAMPOS Y ÁREAS DE NECROSIS, CON PLEOMORFISMO LEVE A MODERADO. B. 40X. SE OBSERVA QUE LA NEOPLASIA SE EXTIENDE HASTA LA HIPODERMIS (CORCHETES), CON PÉRDIDA DE EMPALIZADA NUCLEAR Y MENOR LOBULACIÓN A MEDIDA QUE AUMENTA LA INFILTRACIÓN. C. 100X. LA PROLIFERACIÓN BASALOIDE, SE PRESENTA COMO NIDOS QUE CONTIENEN UN ASPECTO DE PALIZADA PERIFÉRICA (FLECHA).

esclerosantes y basoescamosos), que suelen medir más de 2 cm⁽¹⁵⁾. Esta neoplasia maligna es una entidad asociada con la irritación crónica y aunque se ha demostrado la presencia de ADN del VPH en CCB que aparecen en otras áreas extragenitales, no todos los casos del CCB genital muestran que el ADN del VPH esté presente⁽⁸⁾.

El estudio de imágenes aporta un valor significativo en el diagnóstico; en el caso de la resonancia magnética, las imágenes en T2 demuestran que los CCB presentan hiperintensidad mayor que el músculo y moderada en comparación con la piel sana, a diferencia del carcinoma escamoso, que

es isointenso y heterogéneo^(19,20). En la tomografía de coherencia óptica, estas lesiones son hipodensas y redondeadas, rodeadas por un halo hiperreflectivo y alteración del estrato epidérmico, lo que constituye características diagnósticas⁽²¹⁾. Un estudio reciente de no inferioridad demostró que el diagnóstico seguro mediante este método puede omitir la biopsia en el 66% de los pacientes, minimizando la demora en el manejo y evitando un procedimiento invasivo⁽²²⁾.

La inmunohistoquímica juega un rol importante en la diferenciación con otras estriper (Carcinoma escamoso y espinocelular) y para ello

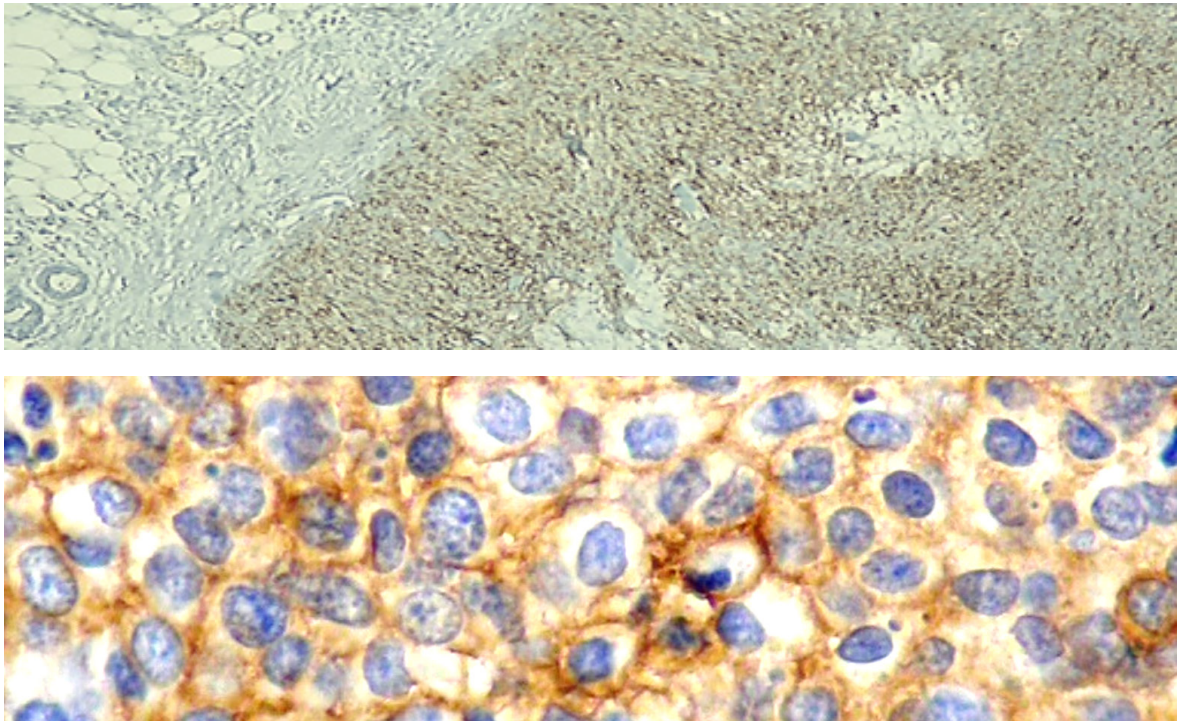


FIGURA 3. INMUNOHISTOQUÍMICA. EL MARCADOR BER-EP4 MUESTRA POSITIVIDAD (ESTRELLA). D. 40X. E. 100X.

se expresan las moléculas de adhesión celular (CAM) siendo una de ellas la EpCAM, que es una glicoproteína de superficie con gran expresión en cánceres epiteliales de tipo no escamoso. El BerEP4 es un anticuerpo anti-EpCAM y demostró ser un marcador de alta sensibilidad para el CCB. En el caso de los CCB que se originan en la piel perineal, tienden a presentar tinciones más intensas, por lo que el diagnóstico se establece mediante este método^(23,24).

Las indicaciones quirúrgicas son amplias y pueden variar desde una vulvectomía radical o simple hasta una resección local o cirugía de Mohs manteniendo el principio de mantener márgenes libres de enfermedad de hasta 1cm. La radiación puede aplicarse en caso de compromiso de bordes; no obstante, no parece influir en la supervivencia. Además, su utilidad es más importante en CCB localmente avanzado o irreseccable, ya que demuestra un excelente control locorregional, y el tamaño tumoral es el único factor de riesgo de recurrencia⁽²⁵⁾. La quimioterapia no se indica en una enfermedad localizada. El tratamiento quirúrgico es el manejo de elección ampliamente aceptado para el CCB vulvar primario localizado; según los últimos reportes de casos (Tabla 1), el pronóstico es excelente cuando se realiza de forma eficiente.⁽¹⁶⁾

CONCLUSION

El cáncer de piel de tipo basocelular localizado en la vulva es un tumor raro que conlleva un pronóstico excelente cuando se maneja adecuadamente. Destacamos la importancia del diagnóstico y del manejo tempranos de la enfermedad, lo que se traduce en excelentes resultados tanto en el pronóstico como en la estética.

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Declaración de uso de inteligencia artificial (IA): Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA para la elaboración del artículo.

Aspectos éticos: La paciente aceptó y firmó el consentimiento informado por escrito con fines de publicación del presente caso, así como de las imágenes insertadas. El Comité de Ética del Hospital Víctor Lazarte Echegaray aprobó el reporte.

Contribuciones de los autores: JRTV, EFYQ Y MNAI se encargaron del manejo clínico del pa-



TABLA 1. DETALLES CLÍNICOS Y DEL MANEJO DE LOS CASOS DE CARCINOMA BASOCELULAR VULVAR REPORTADOS EN PUBMED.

Autor	Año	Hallazgos clínicos	Tratamiento
Aminimoghadam S, Marzban Z, Ghaemi M, Azizi S. (14)	2023	Mujer de 68 años con tiempo de enfermedad de 5 años. Carcinoma basocelular de vulva no metastásico de 14–15 mm de diámetro, no ulcerado. ADN de VPH negativo	Cirugía: Sí Procedimiento: Resección local amplia con 1 cm de margen y linfadenectomía inguinofemoral bilateral. Evolución: Favorable
Asilian A, Moeine R, Hafezi H, Shahriarirad R.(26)	2022	Mujer de 77 años, multipara, que presenta prurito y malestar vulvar, con enfermedad de 2 años, con una placa erosiva bien circunscrita, rosada, de 10 x 4 cm en el labio mayor derecho. No adenopatías. Biopsia incisional: CCB de vulva	Cirugía: Sí Procedimiento: Cirugía micrográfica lenta de Mohs con márgenes libres
Rudd JC, Li C, Hajiannasab R, Khandalavala J, Sharma P..(27)	2021	Mujer de 51 años con irritación vaginal, prurito y dolor tipo desgargante durante 1 año. Lesión vulvar bilateral de 1,5 cm, firme, con ulceraciones rojas superficiales, situada inferior al monte de Venus. Biopsia el sábado: CCB vulvar de tipo superficial y nodular.	Cirugía: Sí Procedimiento: Resección local amplia con cierre primario.
McEnery-Stonelake ME, Clark MA, Vidimos AT. (15)	2020	Mujer caucásica de 80 años, tiempo de enfermedad de 6 meses, placa rosa perlada en la vulva izquierda de 1,8 x 1,5 cm. Antecedente de tratamientos con Perilamp:10 minutos, dos veces al día, luego del nacimiento de cada uno de sus 5 hijos. Biopsia incisional: CCB de vulva	Cirugía: Sí Procedimiento: Cirugía de Mohs con márgenes libres
Renati S, Henderson C, Aluko A, Burgin S. (4)	2019	Mujer de 83 años con antecedente de enfermedad de 40 años con liquen escleroso. Hace 2 meses, presente pápula de 5 mm, erosionada, en el labio mayor derecho, el labio menor y el clitoris, de aspecto esclerótico. Biopsia incisional: CCB de vulva	Cirugía: Sí Procedimiento: Cirugía de Mohs con márgenes libres
Comstock JR, Woodruff CM, Yu SS, Kornik RI. (28)	2018	Mujer de 44 años con antecedentes de liquen escleroso desde hace más de 10 años. 6 semanas de dolor en el labio mayor izquierdo, irritación y eritema. Se evidencia una mácula rosada de 0,5 x 0,7 cm en el labio mayor izquierdo. Biopsia incisional: CCB de vulva	Cirugía: Sí Procedimiento: Cirugía de Mohs con márgenes libres

CCB: Carcinoma de células basales

ciente y adquirieron los datos clínicos., JTV, EYQ, BGM, LCG redactaron el manuscrito. BGM y LC describen la patología. JRT y EFYQ revisan y aprueban el envío del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024 Jan-Feb;74(1):12-49. doi: 10.3322/caac.21820. Epub 2024 Jan 17. Erratum in: *CA Cancer J Clin.* 2024 Mar-Apr;74(2):203. doi: 10.3322/caac.21830.
2. Schuurman MS, van den Einden LC, Massuger LF, Kiemeny LA, van der Aa MA, de Hullu JA. Trends in incidence and survival of Dutch women with vulvar squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer.* 2013 Dec;49(18):3872-80. doi: 10.1016/j.ejca.2013.08.003.
3. Dalton AK, Wan KM, Gomes D, Wyatt JM, Oehler MK. Inguinal Metastasis from Basal Cell Carcinoma of the Vulva. *Case Rep Oncol.* 2019 Jul 23;12(2):573-580. doi: 10.1159/000501769.
4. Renati S, Henderson C, Aluko A, Burgin S. Basal cell carcinoma of the vulva: a case report and systematic review of the literature. *Int J Dermatol.* 2019 Aug;58(8):892-902. doi: 10.1111/ijd.14307.
5. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol.* 2005 Apr;97(1):192-4. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.12.008.
6. Betti R, Radaelli G, Bombonato C, Crosti C, Cerri A, Menni S. Anatomic location of Basal cell carcinomas may favor certain histologic subtypes. *J Cutan Med Surg.* 2010 Nov-Dec;14(6):298-302. doi: 10.2310/7750.2010.09081.
7. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Surg Oncol.* 1999 Mar;70(3):172-6. doi: 10.1002/(sici)1096-9098(199903)70:3<172::aid-jso5>3.0.co;2-i.
8. García-de-la-Fuente MR, Santacana M, Vilardell F, Pujol RM, Gari E, Casanova JM. Vulvar Basal Cell Carcinoma: Four Case Reports With Immunohistochemical Study. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery.* 2017;21(5):457-459. doi:10.1177/1203475417712498.
9. Li Z, Liu P, Wang Z, Zhang Z, Chen Z, Chu R, Li G, Han Q, Zhao Y, Li L, Miao J, Kong B, Song K. Prevalence of human papillomavirus DNA and p16INK4a positivity in vulvar cancer and vulvar intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2023 Apr;24(4):403-414. doi: 10.1016/S1470-2045(23)00066-9.
10. Halec G, Alemany L, Quiros B, Clavero O, Höfler D, Alejo M, Quint W, Pawlita M, Bosch FX, de Sanjose S. Biological relevance of human papillomaviruses in vulvar cancer. *Mod Pathol.* 2017 Apr;30(4):549-562. doi: 10.1038/modpathol.2016.197.
11. Bigby SM, Eva LJ, Fong KL, Jones RW. The Natural History of Vulvar Intraepithelial Neoplasia, Differentiated Type: Evidence for Progression and Diagnostic Challenges. *Int J Gynecol Pathol.* 2016 Nov;35(6):574-584. doi: 10.1097/PGP.0000000000000280.



12. van de Nieuwenhof HP, Bulten J, Hollema H, Dommerholt RG, Massuger LF, van der Zee AG, de Hullu JA, van Kempen LC. Differentiated vulvar intraepithelial neoplasia is often found in lesions, previously diagnosed as lichen sclerosus, which have progressed to vulvar squamous cell carcinoma. *Mod Pathol*. 2011 Feb;24(2):297-305. doi: 10.1038/modpathol.2010.192.
13. Höhn AK, Brambs CE, Hiller GGR, May D, Schmoedel E, Horn LC. 2020 WHO Classification of Female Genital Tumors. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2021 Oct;81(10):1145-1153. doi: 10.1055/a-1545-4279.
14. Aminimoghadam S, Marzban Z, Ghaemi M, Azizi S. Vulvar basal cell carcinoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2023 Jul;108:108382. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.108382.
15. McEnery-Stonelake ME, Clark MA, Vidimos AT. Vulvar basal cell carcinoma arising in the setting of repeated perianal exposure. *JAAD Case Rep*. 2020 Jan 23;6(2):103-105. doi: 10.1016/j.jdc.2019.11.001.
16. Namuduri RP, Lim TY, Yam PK, Gatsinga R, Lim-Tan SK, Chew SH, Koh MJ, Mansor S. Vulvar basal cell carcinoma: clinical features and treatment outcomes from a tertiary care centre. *Singapore Med J*. 2019 Sep;60(9):479-482. doi: 10.11622/smedj.2019014.
17. Young LC, Listgarten J, Trotter MJ, Andrew SE, Tron VA. Evidence that dysregulated DNA mismatch repair characterizes human nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*. 2008 Jan;158(1):59-69. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.08249.x.
18. Tan A, Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK. Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Dec;81(6):1387-1396. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.055.
19. Gufler H, Franke FE, Rau WS. High-resolution MRI of basal cell carcinomas of the face using a microscopy coil. *AJR Am J Roentgenol*. 2007 May;188(5):W480-4. doi: 10.2214/AJR.05.0799.
20. Kawaguchi M, Kato H, Tomita H, Hara A, Suzui N, Miyazaki T, Matsuyama K, Seishima M, Matsuo M. Magnetic Resonance Imaging Findings Differentiating Cutaneous Basal Cell Carcinoma from Squamous Cell Carcinoma in the Head and Neck Region. *Korean J Radiol*. 2020 Mar;21(3):325-331. doi: 10.3348/kjr.2019.0508.
21. Hussain AA, Themstrup L, Jemec GB. Optical coherence tomography in the diagnosis of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol Res*. 2015 Jan;307(1):1-10. doi: 10.1007/s00403-014-1498-y.
22. Adan F, Nelemans PJ, Essers BAB, Brinkhuizen T, Dodemont SRP, Kessels JPHM, Quaedyck PJF, Dermont GJ, Winnepeninckx VJL, Abdul Hamid M, Kelleners-Smeets NWJ, Mosterd K. Optical coherence tomography versus punch biopsy for diagnosis of basal cell carcinoma: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. *Lancet Oncol*. 2022 Aug;23(8):1087-1096. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00347-3.
23. Sunjaya AP, Sunjaya AF, Tan ST. The Use of BEREPA Immunohistochemistry Staining for Detection of Basal Cell Carcinoma. *J Skin Cancer*. 2017;2017:2692604. doi: 10.1155/2017/2692604.
24. Kreuter A, Bechara FG, Stücker M, Brockmeyer NH, Altmeyer P, Wieland U. Perianal basal cell carcinoma - unusual localization of a frequent tumor. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012 Jan;10(1):59-61. doi: 10.1111/j.1610-0387.2011.07801.x.
25. Su W, Anstadt EJ, Gupta N, Groover M, Forrester V, Wang X, Krausz A, Schoenfeld J, Koyfman S, Vidimos A, Stevenson M, Carucci J, Ruiz ES, Lukens JN. Definitive Radiation Therapy is a Viable Treatment for Locally Advanced Basal Cell Carcinoma Otherwise Requiring Radical or Disfiguring Resection. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2025 Mar 1;121(3):677-683. doi: 10.1016/j.ijrobp.2024.09.034.
26. Asilian A, Moeine R, Hafezi H, Shahriarirad R. Treatment of vulvar basal cell carcinoma with Slow-Mohs micrographic surgery A case report. *Clin Case Rep*. 2022 Oct 13;10(10):e6442. doi: 10.1002/ccr3.6442.
27. Rudd JC, Li C, Hajiannasab R, Khandalavala J, Sharma P. Diagnosing Basal Cell Carcinoma of the Vulva: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2021 Dec 29;13(12):e20791. doi: 10.7759/cureus.20791.
28. Comstock JR, Woodruff CM, Yu SS, Kornik RI. Vulvar basal cell carcinoma in a patient with long-standing lichen sclerosus. *JAAD Case Rep*. 2018 Dec 9;5(1):69-71. doi: 10.1016/j.jdc.2018.07.012.