https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA VULVAR: EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UNA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL OCULTA TRAS UNA SUPUESTA CANDIDIASIS REFRACTARIA

VULVAR EXTRAMAMMARY PAGET'S DISEASE: THE DIAGNOSTIC CHALLENGE OF AN INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA HIDDEN BEHIND PRESUMED REFRACTORY CANDIDIASIS

Náyaret Salazar S (1), Vanessa Inostroza I (1), Rocío Mardones Z (1), Jorge Muñoz M (2)

(1) Interno de medicina de la Universidad de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
(2) Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido el 08de junio de 2026.
Aceptado el 14 de septiembre de 2026.
Publicado el 31 de octubre de 2026.
Correspondencia: Náyaret Salazar S
Correo: nsalazar@medicina.ucsc.cl

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Resumen

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria vulvar (EPEMV) es una neoplasia intraepitelial infrecuente, se presenta como placa eritematosa y pruriginosa, indistinguible de dermatosis vulvares benignas prevalentes, lo que explica un retraso diagnóstico de uno a dos años.

OBJETIVO: Difundir los elementos clínicos que permiten sospechar una EPEMV enmascarada como candidiasis refractaria y, años más tarde, como radiodermitis, e identificar los puntos en que ese enmascaramiento pudo interrumpirse.

CASO CLÍNICO: Mujer de 53 años con comorbilidades metabólicas, evaluada en 2018 por lesión eccematosa vulvar interpretada como candidiasis crónica. Tras trece meses de antifúngicos empíricos sin confirmación micológica, un cultivo negativo motivó la biopsia: infiltración pagetoide sin invasión dérmica, con AE1/AE3 y CK7 positivos, S100 y Melan-A negativos; la coexpresión CK7/CK20 planteó un origen secundario colorrectal o urotelial. Se realizó vulvectomía simple tegumentaria, márgenes libres, con estudio urológico negativo. En 2022 recidivó con extensión perianal y compromiso de bordes, sin neoplasia sincrónica; sin acceso a terapia fotodinámica recibió radioterapia externa (50 Gy/25 fracciones) e ingresó a cuidados paliativos, evolucionando con rectorragia, radiodermitis y dolor crónico atribuidos a toxicidad actínica. La biopsia de 2024 fue negativa, en 2025 los hallazgos se atribuyeron nuevamente a toxicidad actínica; la de junio de 2026 confirmó recidiva, indicándose cirugía.

DISCUSIÓN: El retraso no derivó de inacción, sino de prolongar un esquema antifúngico nunca confirmado micológicamente: la falta de respuesta se leyó como recurrencia, no como error diagnóstico. El mismo mecanismo operó en el seguimiento: la radiodermitis explicó hallazgos que ningún examen puso a prueba, y el reconocimiento de la recidiva tardó once meses.

CONCLUSIÓN: Toda lesión vulvar que no responde al tratamiento empírico obliga a poner a prueba el diagnóstico vigente y biopsiar apenas deje de sostenerse, en la consulta inicial y en el seguimiento tras radioterapia.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Paget Extramamaria; Neoplasias de la Vulva; Diagnóstico Diferencial; Diagnóstico Tardío; Candidiasis Vulvovaginal.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Abstract

INTRODUCTION: Vulvar extramammary Paget disease (vEMPD) is an uncommon intraepithelial neoplasm presenting as an erythematous, pruritic plaque indistinguishable from prevalent benign vulvar dermatoses, which accounts for a diagnostic delay of one to two years.

OBJECTIVE: To highlight the clinical features that should prompt suspicion of vEMPD masked as refractory candidiasis and, years later, as radiation dermatitis, and to identify the points where that masking could have been interrupted.

CLINICAL CASE PRESENTATION: A 53-year-old woman with metabolic comorbidities was assessed in 2018 for an eczematous vulvar lesion interpreted as chronic candidiasis. After thirteen months of empirical antifungals without mycological confirmation, a negative culture prompted biopsy: pagetoid infiltration without dermal invasion, AE1/AE3 and CK7 positive, S100 and Melan-A negative; CK7/CK20 co-expression suggested a secondary colorectal or urothelial origin. Simple skinning vulvectomy with V-Y reconstruction achieved negative margins; urological work-up was negative. In 2022 the disease recurred with perianal extension and positive margins, without synchronous neoplasm on staging; lacking access to photodynamic therapy, she received external beam radiotherapy (50 Gy/25 fractions) and entered palliative care, developing rectal bleeding, radiation dermatitis and chronic pain attributed to radiation toxicity. A 2024 biopsy was negative and in 2025 the findings were again attributed to radiation toxicity; biopsy in June 2026 confirmed recurrence, and surgery was indicated.

DISCUSSION: The delay stemmed not from inaction but from prolonging an antifungal regimen never confirmed mycologically: non-response was read as recurrence rather than diagnostic error. The same mechanism operated during follow-up, where radiation dermatitis explained findings that no test challenged, and recognition of recurrence took eleven months.

CONCLUSION: Any vulvar lesion failing to respond to empirical treatment requires testing the working diagnosis and biopsying as soon as it no longer holds, both at first consultation and during follow-up after radiotherapy.

KEYWORDS: Paget Disease Extramammary; Vulvar Neoplasms; Diagnosis, Differential; Delayed Diagnosis; Candidiasis, Vulvovaginal.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Introducción

La enfermedad de Paget se describió en el pezón, como un adenocarcinoma intraepitelial asociado a un carcinoma mamario; cuando el mismo patrón aparece en piel rica en glándulas apocrinas fuera de la mama se denomina enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) [1,2]. La vulva es su localización más frecuente [8], aunque representa solo el 1% a 2% de las neoplasias vulvares y afecta sobre todo a mujeres posmenopáusicas, con edad media al diagnóstico de 65 a 72 años [2-4]. En Chile no hay registro nacional de incidencia, de modo que su caracterización depende de series internacionales [2-5].

El problema que plantea esta neoplasia no es tanto su tratamiento como el tiempo que tarda en ser reconocida. La EPEM vulvar (EPEMV) se manifiesta como una placa eritematosa, eccematosa y pruriginosa, con descamación, leucoplaquia y excoriaciones por rascado [4]. Esos signos aparecen también en dermatosis vulvares benignas de alta prevalencia, sobre todo la candidiasis vulvovaginal crónica y la dermatitis eccematosa [10]. Ante una mujer con prurito vulvar lo habitual es indicar antimicóticos o corticoides tópicos empíricos, y cuando la lesión no cede se interpreta como micosis refractaria y se repite el ciclo. Así la neoplasia queda enmascarada y el diagnóstico se posterga entre uno y dos años [10], intervalo en que la lesión puede extenderse al periné y la región perianal [5,6]. La dificultad reaparece en pacientes ya irradiadas, donde la radiodermitis ofrece una explicación alternativa a cualquier hallazgo vulvar.

La confirmación exige biopsia. La histopatología muestra células de Paget dispersas en la epidermis [11] y la inmunohistoquímica las distingue por su positividad para CK7 [6,12]; la coexpresión de CK20 obliga a buscar un tumor urotelial o anorrectal [6,13]. El tratamiento estándar es la escisión amplia o la vulvectomía, aunque la extensión subclínica condiciona recidivas del 34% al 56% [7,14]; la radioterapia, la terapia fotodinámica y la cirugía de Mohs quedan para la enfermedad recurrente [1,9].

Este reporte tiene como objetivo difundir los elementos clínicos que permiten sospechar una EPEMV enmascarada como una candidiasis refractaria y, años más tarde, bajo el de una radiodermitis, con el fin de identificar los puntos en que ese enmascaramiento pudo interrumpirse.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Presentación del caso

Mujer de 53 años al diagnóstico, hoy de 60, con obesidad, hipertensión arterial, hipotiroidismo y dislipidemia; tabaquismo suspendido. Multípara de dos, menopausia a los 51 años sin terapia hormonal, citología cervical sin alteraciones y sin dermatosis vulvar previa. Según su relato, la lesión comenzó dos meses antes de su primera consulta en agosto de 2017, con eritema del labio menor izquierdo, prurito y dolor. Se interpretó como candidiasis vulvovaginal y se indicó clotrimazol 500 mg en óvulo, en dosis única. Al mes reconsultó sin mejoría, recibió fluconazol 150 mg cada 72 horas por tres dosis, esquema que se mantuvo con una dosis semanal durante seis meses, sin respuesta. Ante la sospecha de una Candida no albicans se tomó cultivo de la lesión, que resultó negativo, y se derivó a biopsia.

El 11 de septiembre de 2018 se biopsiaron el labio menor izquierdo y ambas raíces de los muslos. El informe describió acantosis y nidos intraepidérmicos de células atípicas con patrón pagetoide, extensión folicular y ausencia de infiltración tumoral subepitelial. La inmunohistoquímica fue positiva para citoqueratinas totales (AE1/AE3) y CK7, y negativa para S100 y Melan-A. En la reevaluación en interconsulta las células resultaron además positivas para CK20, y el patólogo consignó que esa coexpresión sugería un origen secundario colorrectal o urotelial.

El 23 de noviembre de 2018 se realizó una vulvectomía simple tegumentaria con margen macroscópico de 1 a 2 cm y colgajo de avance en V-Y; egresó al tercer día y la pieza operatoria ratificó el diagnóstico con márgenes libres. En marzo de 2019 la cistoscopia mostró trigonitis sin lesiones vesicales y el uroTAC no evidenció compromiso urotelial.

En marzo de 2022 consultó por una lesión en el labio mayor izquierdo previamente operado, con extensión perianal, planteada clínicamente como neoplasia intraepitelial vulvar grado II. La biopsia por punch confirmó enfermedad de Paget extramamaria, con CK7 positivo intenso y difuso, CK20, CDX2 y SOX10 negativos, y compromiso de ambos bordes. La colonoscopia y la tomografía de tórax, abdomen y pelvis no mostraron neoplasia sincrónica ni metástasis. El comité oncológico indicó radioterapia, luego la rechazó y derivó a dermatología por terapia fotodinámica, no disponible en la red; siete meses después de la biopsia recibió 25 sesiones con 50 Gy en total e ingresó al programa de alivio del dolor y cuidados paliativos.

Desde 2023 presentó rectorragia intermitente sin estudio endoscópico, prurito, radiodermitis y síntomas urinarios atribuidos a cistitis actínica. La radiodermitis se trató con clobetasol, emolientes y tacrolimus, que no toleró, con escasa respuesta; la analgesia progresó desde tramadol y carbamazepina hasta pregabalina y duloxetina. La biopsia de

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147
Reporte de Caso | Case Report
Volumen 20 Número 2

control de 2024 fue negativa y los controles describieron atrofia vulvovaginal y grataje. En julio de 2025 se consignó radiodermitis con eritema vulvovaginal y ausencia de recidiva.

En junio de 2026, ante la persistencia de los síntomas, el examen mostró eritema del labio mayor izquierdo y se biopsió por sospecha de recidiva. El informe confirmó enfermedad de Paget y la interconsulta señaló que la marcación dual para CK7 y CK20 puede corresponder a enfermedad secundaria urotelial, y la de CK7 y p16, a un origen cervical. En julio se describió una lesión eritematosa con placas blanquecinas y en agosto el comité resolvió una nueva cirugía de rescate, con ECOG 0. La **Tabla 1** resume la cronología.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (protocolo CEC-HCHM 202615-2026) y la paciente firmó consentimiento informado para la publicación de su caso. Los datos fueron anonimizados.

Discusión

Entre la primera consulta, en agosto de 2017, y la biopsia, en septiembre de 2018, transcurrieron trece meses; unos quince desde el inicio de los síntomas. El intervalo cae en el rango de uno a dos años descrito para la EPEMV [10], pero no se explica por inacción: la paciente recibió un esquema completo para candidiasis vulvovaginal recurrente, con clotrimazol, dos inducciones de fluconazol y seis meses de mantención semanal. Ese esquema se indicó sin confirmación micológica, de modo que la falta de respuesta se leyó como recurrencia y no como error diagnóstico, y la mantención añadió medio año de espera a una hipótesis nunca verificada. Cuando por fin se tomó el cultivo, su negatividad llevó de inmediato a la biopsia. A ello contribuyó su edad, 53 años, por debajo de la media descrita [2-4].

Los diferenciales de primera línea (**Tabla 2)** ofrecían elementos discriminadores: ninguno contempla una placa que persista pese a tratamientos sucesivos. En la EPEMV es característica la placa eritematosa con islotes blanquecinos, descrita como aspecto en «fresas con crema» [4], que es lo consignado en julio de 2026. De ahí la recomendación: confirmar micológicamente antes de escalar o prolongar el antifúngico, y biopsiar la lesión que persista tras cuatro a seis semanas de terapia empírica [4,10].

La inmunohistoquímica no cerró el problema. La negatividad para S100 y Melan-A excluyó un melanoma [6,11,12], pero la coexpresión de CK7 y CK20 llevó al patólogo a sugerir, ya en 2018, un origen secundario [6,13]. El estudio urológico de 2019, la etapificación de 2022 y la negatividad de CK20, CDX2 y SOX10 en la recidiva apoyaron un origen primario; la interconsulta de 2026, en cambio, volvió a

plantear enfermedad secundaria. Ocho años después, esa distinción sigue abierta.

El seguimiento repitió el mecanismo con otro rótulo. Tras la radioterapia, la radiodermitis y el grataje ocuparon el lugar de la candidiasis y ofrecieron una explicación esperable que ningún examen puso a prueba: en julio de 2025 los signos vulvares se atribuyeron a toxicidad actínica y se consignó ausencia de recidiva; once meses más tarde la biopsia demostró enfermedad activa. La dificultad no estuvo en el diagnóstico histológico, sino en decidir cuándo rebiopsiar una vulva cuyo aspecto ya tenía una explicación. Que ambas recidivas surgieran pese a márgenes libres refleja la extensión subclínica «en salto» de la EPEM [7,14]; sin terapia fotodinámica ni cirugía de Mohs disponibles, el rescate quedó reducido a la radioterapia [1,9].

Este reporte tiene limitaciones. Es un caso único y retrospectivo. La etapa inicial se atendió en el extrasistema, sin registros accesibles, por lo que el tiempo de evolución y los esquemas antifúngicos provienen del relato de la paciente. La rectorragia atribuida a toxicidad actínica tampoco se estudió endoscópicamente.

Conclusión

La EPEMV se diagnostica tarde porque se parece a lo frecuente. En esta paciente el rótulo de candidiasis sostuvo trece meses de tratamiento empírico, seis de ellos de mantención sin confirmación micológica, y lo que lo derribó no fue la sospecha de neoplasia sino un cultivo negativo. Ocho años después el mismo mecanismo operó bajo el rótulo de radiodermitis y el reconocimiento de la recidiva tardó once meses. Ante una lesión vulvar que no responde al tratamiento empírico corresponde poner a prueba el diagnóstico vigente antes de prolongarlo, y biopsiar en cuanto deje de sostenerse.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026147

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

Tabla 1: Cronología clínica, desde inicio de los síntomas hasta agosto 2026.

Fecha	Hito clínico
06-2017 (aprox.)	Inicio de los síntomas: eritema del labio menor izquierdo, prurito y dolor (dato de anamnesis).
08-2017	Primera consulta, en el extrasistema. Hipótesis de candidiasis vulvovaginal: clotrimazol 500 mg en óvulo, dosis única.
09-2017 a 08-2018	Reconsulta sin mejoría: fluconazol 150 mg cada 72 h por tres dosis, esquema repetido y continuado con una dosis semanal durante seis meses, sin respuesta. Cultivo de la lesión negativo; se deriva a biopsia.
11-09-2018	Biopsias de labio menor izquierdo y ambas raíces de los muslos (04-10-2018): patrón pagetoide con extensión folicular, sin infiltración tumoral subepitelial. AE1/AE3 (+), CK7 (+), S100 (−), Melan-A (−). En la reevaluación en interconsulta, CK20 (+) y HMB-45 (−), sugiere origen secundario colorrectal o urotelial.
23-11-2018	Vulvectomía simple tegumentaria; margen macroscópico de 1 a 2 cm; colgajo de avance en V-Y. Egreso al tercer día. Pieza operatoria con márgenes libres.
03-2019	Cistoscopia: trigonitis, sin lesiones vesicales. UroTAC sin compromiso urotelial. Sin estudio digestivo.
15-03-2022	Recidiva: lesión en labio mayor izquierdo con extensión perianal. Hipótesis clínica de neoplasia intraepitelial vulvar grado II.
13 y 29-04-2022	Dos biopsias por punch de 6 mm. Informe: enfermedad de Paget extramamaria; CK7 (+) intenso y difuso; CK20, CDX2 y SOX10 (−); compromiso de ambos bordes laterales.
2022	Etapificación: colonoscopia y tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste sin neoplasia sincrónica ni lesiones a distancia.
03 a 06-2022	Comité oncológico: indicación de radioterapia, posterior rechazo, derivación a dermatología y evaluación de terapia fotodinámica, no disponible en la red.
07-2022	Ingreso al programa de alivio del dolor y cuidados paliativos (tramadol, paracetamol y carbamazepina).
19-10 a 29-11-2022	Radioterapia externa: 25 sesiones, dosis total 50 Gy.
2023	Rectorragia intermitente sin estudio endoscópico; prurito y radiodermitis; clobetasol. Examen: atrofia vulvovaginal y signos de grataje.
2024	Biopsia de control sin aspecto neoplásico. Lesión en labio mayor izquierdo con grataje cercano al periné. Tacrolimus tópico no tolerado; sospecha de cistitis actínica.

07-2025	Radiodermitis con eritema vulvovaginal; se consigna ausencia de recidiva.
06-2026	Eritema del labio mayor izquierdo; se biopsia por sospecha de recidiva. Informe: enfermedad de Paget extramamaria; la interconsulta plantea posible enfermedad secundaria urotelial o cervical.
07 y 08-2026	Lesión eritematosa con placas blanquecinas en vulva. Comité oncológico: indicación de nueva cirugía de rescate; ECOG 0.

Tabla 2: Diagnósticos diferenciales de una placa vulvar eccematosa crónica y elementos que orientan a EPEMV

Diagnóstico diferencial	Elementos que lo apoyan	Elementos que orientan a EPEMV
Candidiasis vulvovaginal	Prurito de inicio agudo, flujo blanquecino grumoso, eritema con lesiones satélite; respuesta al antimicótico en días.	Placa persistente pese a ciclos antifúngicos sucesivos; ausencia de flujo; cultivo micológico negativo.
Dermatitis eccematosa o de contacto	Antecedente de exposición a irritante o alérgeno; mejoría al retirarlo y con corticoides tópicos.	Ausencia de respuesta a corticoides; bordes netos y bien delimitados.
Liquen escleroso	Placas blanco-nacaradas, atrofia, esclerosis y reabsorción de labios menores; respuesta a corticoide de alta potencia.	Componente eritematoso persistente sin atrofia predominante (puede además coexistir con EPEMV).
Psoriasis invertida	Placas eritematosas brillantes y bien delimitadas en pliegues; lesiones en otras localizaciones; antecedentes personales o familiares.	Lesión limitada a la vulva, con descamación blanquecina en islotes sobre fondo eritematoso.
Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN)	Lesiones multifocales, pigmentadas o blanquecinas; asociación a VPH; pacientes más jóvenes.	Requiere igualmente biopsia; se distingue por histología e inmunohistoquímica (CK7).
Melanoma vulvar / melanoma in situ	Pigmentación irregular, asimetría, crecimiento progresivo.	Inmunohistoquímica: S100, Melan-A y SOX10 negativos con CK7 positivo descartan melanoma.

Radiodermitis y atrofia posradioterapia (en pacientes ya tratadas)	Antecedente de irradiación vulvar; eritema difuso, atrofia, prurito y signos de grataje; alivio parcial con emolientes y corticoides tópicos.	Placa asimétrica y bien delimitada con islotes blanquecinos sobre el fondo actínico; síntomas que persisten pese a tratamiento tópico prolongado. Obliga a rebiopsiar.

REVISTA ANACEM

Referencias

1. Ishizuki S, Nakamura Y. Extramammary Paget's disease: diagnosis, pathogenesis, and treatment with focus on recent developments. Curr Oncol [Internet]. 2021 [citado 9 jul 2026];28(4):2969-86. doi:10.3390/curroncol28040260

2. Ortuz Lessa C, Fernández Varela Gómez F, Garzón Ortega VH, Sandoval García A, López Soto K, Brito Brito NR. Insights into mammary and extramammary Paget's disease: diagnosis, management, and recent advances. Cureus [Internet]. 2025 [citado 9 jul 2026];17(3):e80531. doi:10.7759/cureus.80531

3. Sta Ines FMG, Salinaro JR, Marchese M, Mathews CA, Quddus MR. Invasive acantholytic anaplastic extramammary Paget disease: a previously unreported neoplasm in the vulva and review of the literature. Gynecol Oncol Rep [Internet]. 2024 [citado 9 jul 2026];56:101514. doi:10.1016/j.gore.2024.101514

4. Shah RR, Shah K, Wilson BN, Tchack M, Busam KJ, Moy A, et al. Extramammary Paget disease. Part I. Epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2024 [citado 9 jul 2026];91(3):409-18. doi:10.1016/j.jaad.2023.07.1051

5. Kosmidis C, Sevva C, Roulia P, Koulouris C, Varsamis N, Koimtzis G, et al. Extramammary Paget's disease of the vulva: report of two cases. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021 [citado 9 jul 2026];57(10):1029. doi:10.3390/medicina57101029

6. Nabavizadeh R, Vashi KB, Nabavizadeh B, Narayan VM, Master VA. Extramammary Paget's disease: updates in the workup and management. Asian J Urol [Internet]. 2022 [citado 9 jul 2026];9(4):451-9. doi:10.1016/j.ajur.2022.08.001

7. Clemente N, Bernardi M, Giudici F, Del Fabro A, Occhiali T, Lucia E, et al. Recurrence patterns and prognostic factors in vulvar extramammary Paget's disease: a 10-year single institution experience. Int J Gynecol Cancer [Internet]. 2025 [citado 9 jul 2026];35(12):102724. doi:10.1016/j.ijgc.2025.102724

8. Kibbi N, Owen JL, Worley B, Wang JX, Harikumar V, Aasi SZ, et al. Anatomic subtype differences in extramammary Paget disease: a meta-analysis. JAMA Dermatol [Internet]. 2024 [citado 9 jul 2026];160(4):417-24.

doi:10.1001/jamadermatol.2024.0001

9. Pérez JC, Salgado AC, Pérez-Mies B, Rullán JAD, Ajuria-Illarramendi O, Alia EMG, et al. Extramammary Paget disease: a therapeutic challenge, for a rare entity. Curr Oncol Rep [Internet]. 2023 [citado 9 jul 2026];25(10):1081-94. doi:10.1007/s11912-023-01434-0

10. Liyanage A, Bandara M, Madurawe M, Wijesinghe R. Paget's disease of the vulva: a case of delayed diagnosis due to clinical mimicry and review of the literature. Sri Lanka J Dermatol [Internet]. 2025 [citado 9 jul 2026];24(1):29-34. doi:10.4038/sljd.v24i1.52

11. Gonzalez MF, Duhoki DM. Cytomorphological features of extramammary Paget's disease of the vulva in a patient with diagnoses of squamous cell carcinoma of the cervix status post-chemoradiation, and high-grade vulvar intraepithelial neoplasia: the importance of basic principles. Cytopathology [Internet]. 2022 [citado 9 jul 2026];33(3):384-8. doi:10.1111/cyt.13065

12. Mazzilli S, Dattola A, Criscuolo AA, Cosio T, Bianchi L, Campione E, et al. Usefulness of topical imiquimod 3.75% in cytokeratin 7 positive extramammary Paget disease of the vulva: towards personalized therapy. Dermatol Pract Concept [Internet]. 2021 [citado 9 jul 2026];11(2):e2021011. doi:10.5826/dpc.1102a11

13. Gupta S, Kalwaniya DS, Zaheer S, Mourya P. A tale of two rare entities: extramammary Paget's disease and hepatocellular carcinoma-a singular case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol [Internet]. 2024 [citado 9 jul 2026];13(8):2187-9. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20242097

14. Liu Y, Li ZY, Zhong A, Adrian WW, Peng J, Chen JJ. Selection of surgical strategies for vulvar Paget's disease. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2021 [citado 9 jul 2026];134(20):2483-5. doi:10.1097/CM9.0000000000001803