

11212

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**HOSPITAL GENERAL**  
**'DR. MANUEL GEA GONZALEZ' S.S.**

5  
20j

**DERMATOSIS VULVARES EN LA MUJER ADULTA**  
TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
DERMATOLOGIA PRESENTA EL DOCTOR

**JOSE ROBERTO CORTES FRANCO**

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIM

**ASESOR DE LA TESIS: DRA. JUDITH DOMINGUEZ CHERIT**

**MEXICO D.F.**

**1992**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INDICE**

<b>Antecedentes</b>	<b>4</b>
<b>Material y Método</b>	<b>8</b>
<b>Resultados</b>	<b>11</b>
<b>Discusión</b>	<b>16</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>24</b>
<b>Referencias</b>	<b>25</b>
<b>Gráficas</b>	<b>27</b>

**ANTECEDENTES:**

La región vulvar es asiento de una variedad enorme de patología dermatológica que abarca desde dermatosis benignas (liquen simple crónico, psoriasis, liquen plano, dermatitis seborreica), las distrofias vulvares (hiperplasia epitelial vulvar, liquen escleroso y atrófico), procesos tumorales benignos (quiste de Bartholin, quiste epidermoide, hidradenoma papilar, papiloma escamoso, hemangioma, leiomioma, schwanoma, fibroma, etc.) y malignos (enfermedad de Paget, carcinoma epidermoide, carcinoma basocelular, melanoma maligno, leiomiosarcoma, etc.) amén de una vasta patología infecciosa bacteriana, viral, micótica y parasitaria<sup>1</sup>.

Un número importante de enfermas consulta al dermatólogo o al ginecólogo por algunos de estos padecimientos, especialmente los infecciosos, y habitualmente en su fase aguda cuando el prurito, vulvodinia, dispareunia o leucorrea son insoportables. Sin embargo, otro gran número de pacientes en quienes los padecimientos son asintomáticos o se han tornado crónicos frecuentemente no consultan por la dermatosis vulvar y esta es pasada por alto a menos que sea interrogada y explorada intencionalmente. A veces durante la exploración ginecológica de las pacientes se observa alguna de estas dermatosis pero bien sea porque se consideren

benignas o porque no constituyan el motivo de la consulta de la enferma se pasan por alto.

La cultura y costumbres moralistas de nuestro pueblo hace que padecimientos localizados al área genital no se le consulten rutinariamente al médico y llegan a él en fases muy avanzadas o bien modificadas por automedicación o aplicación de remedios caseros.

Existen también un grupo de padecimientos no infecciosos que se manifiestan por prurito o vulvodinia crónicos y que para llegar a su diagnóstico la exploración física cuidadosa y estudios de laboratorio bien orientados son insuficientes. En estos casos la biopsia para estudio histopatológico llegan a descubrir el origen del cuadro, descartando en ocasiones incluso una etiología orgánica.

La complejidad del estudio de las dermatosis vulvares no es exclusiva de nuestro medio y prueba de ello son la multitud de clasificaciones que, para tratar de abordar el estudio de las dermatosis vulvares, existen en la literatura, unas veces propuestas por ginecólogos<sup>2,3,4</sup>, otras por dermatopatólogos<sup>5,6,7</sup>.

Nuestra experiencia muestra que la mayoría de enfermas que acuden por algún tipo de dermatosis vulvar han sido valoradas con anterioridad por el médico general/familiar, el ginecólogo y/o el dermatólogo, recibiendo la enferma muchas opiniones acerca de su padecimiento y ningún tratamiento específico, tratamientos inadecuados, a veces nocivos, o bien pasándose por alto su dermatosis.

La vulva, al igual que otras regiones corporales (p.ej. la cavidad oral), podría considerarse "tierra de nadie"; podría competir al dominio del ginecólogo o del dermatólogo pero lo cierto es que pocos conocen a fondo su muy variada patología y por lo tanto la enferma va de especialista en especialista sin que alguno se comprometa por estudiar a fondo y remediar su padecimiento.

#### **MARCO TEORICO:**

Existen trabajos extranjeros que muestran la frecuencia de estas dermatosis en poblaciones en mucho diferentes a la nuestra<sup>7,8</sup>. No hay hasta el momento un trabajo que estudie la frecuencia y tipo de dermatosis vulvares en población mexicana adulta.

Por ello es necesario un estudio para detectar la frecuencia y clasificar los tipos de dermatosis vulvares en mujeres adultas mexicanas, así como protocolizar su estudio para un diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

- 1) ¿Son la frecuencia y tipos de dermatosis vulvares de la mujer adulta mexicana semejantes a las reportadas en la literatura internacional?
- 2) ¿El realizar una búsqueda intencionada y protocolizar el estudio de las dermatosis vulvares tendrá una repercusión favorable sobre la morbilidad y mortalidad de la mujer mexicana?

**JUSTIFICACION:**

No existen estudios sobre la frecuencia y tipo de dermatosis vulvares en la mujer adulta mexicana. El conocerlas sentará las bases para protocolizar su estudio y realizar diagnósticos y tratamientos tempranos y oportunos.

**OBJETIVO:**

Conocer la frecuencia y tipo de dermatosis vulvares en mujeres mexicanas que acuden a consulta dermatológica o ginecológica.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

**MATERIAL Y METODO:**

+Universo del Estudio: mujeres con dermatosis vulvares que acudan a las consultas de Dermatología o Ginecología del Hospital General 'Dr. Manuel Gea González' en el periodo comprendido entre el 1° de junio y el 30 de noviembre de 1991

+Tamaño de la muestra: por lo menos 50 mujeres

+Criterios de Inclusión:

- mujeres mexicanas mayores de 15 años portadoras de alguna dermatosis vulvar.

+Criterios de Exclusión:

- mujeres extranjeras

+Variables:

- dependientes: ocupación, antecedentes herdo-familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, tratamientos previos, otras dermatosis, uso de medicamentos, tiempo de evolución, valoración médica previa.
- independientes: edad, estado civil, lugar de origen y residencia

+Procedimiento de captación de la información: Las enfermas serán valoradas por el investigador principal o el asociado para determinar su inclusión al estudio.

Se biopsiarán todas las lesiones de apariencia maligna y las de apariencia benigna en las que los aspectos morfológicos no sean suficientes para establecer un diagnóstico preciso. También se biopsiará a aquellas enfermas con prurito vulvar de mas de 3 meses de evolución y en quienes el estudio etiológico del prurito no ha demostrado causa alguna o no han respondido al manejo de éste con medidas generales o tratamiento de infecciones o infestaciones sobreagregadas. Las lesiones a biopsiar serán fotografiadas previamente. Toda la información resultante será registrada en las Hojas de Captura de Datos (adjuntas).

+Parámetros de medición: escala nominal

#### **CRONOGRAMA:**

Abril-Mayo'90: revisión bibliográfica

Mayo'90-Marzo'92: captación de la información

Abril'92-Junio'92: procesamiento y análisis de los  
datos y elaboración del informe técnico final

Junio'92: divulgación de los resultados

+Recursos humanos:

-Roberto Cortés Franco 10hrs/semana

+Recursos materiales:

-Material para biopsia: 1 dermalón 4/0 por cada

## biopsia

## gasas

+Recursos financieros: como las biopsias serán diagnósticas o terapéuticas, cada paciente pagará en la caja del hospital el importe de la suya.

+Validación de datos: se utilizará estadística descriptiva, de número de casos y porcentajes.

+Presentación de resultados: mediante tablas y gráficas de barras y pastel.

+Consideraciones éticas: todos los procedimientos estarán de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

**RESULTADOS:**

Se estudiaron 81 mujeres que en conjunto presentaron 89 dermatosis vulvares. Setenta y cinco de ellas fueron portadoras de una sola dermatosis vulvar, 4 tuvieron dos dermatosis distintas (no necesariamente simultáneas) y dos mas presentaron 3 dermatosis vulvares cada una. Las edades de las enfermas iban de los 16 a los 80 años, siendo la edad promedio de 39 años. La distribución por grupos etarios se presenta en la gráfica 1.

El sitio de afección mas común fueron los labios mayores en 57 dermatosis, seguidos por labios menores en 26 casos, ingles 26, periné 21, introito 13, monte de venus 8 y clítoris 4 casos (gráfica 2). Las lesiones frecuentemente eran únicas y bien delimitadas pero a veces eran extensas y afectaban áreas extensas de la vulva; así, en 47 casos solo una estructura vulvar era la afectada, en 25 casos lo eran dos, en 11 casos 3, y en los 6 restantes la dermatosis afectaba 4 o mas estructuras de la vulva.

Arbitrariamente y para facilitar su clasificación las dermatosis vulvares se dividieron en: infecciones (micóticas, virales, bacterianas y parasitarias), malformaciones congénitas, traumatismos vulvares, distrofias vulvares, dermatosis diseminadas con afección vulvar, manifestaciones vulvares de padecimientos sistémicos, dermatosis vulvares de origen psicógeno, tumores (benignos y malignos), y dermatitis por contacto. Las dermatosis

vulvares mas frecuentes fueron los tumores benignos con 29 casos, seguidas por las infecciones de origen viral con 24 casos; no encontramos ningún caso de infección por parásitos, manifestaciones vulvares de padecimientos sistémicos ni de dermatitis por contacto (gráfica 3). De acuerdo a esta clasificación las causas de dermatosis vulvares encontradas fueron:

- Infecciones micóticas: 7 casos
  - candidiasis 5 casos
  - tiña inguinal 2 casos
- Infecciones virales: 24 casos
  - condiloma acuminado 16 casos
  - molusco contagioso 3 casos
  - verruca vulgar 2 casos
  - herpes zoster 2 casos
  - herpes simple 1 caso
- Infecciones bacterianas: 5 casos
  - Bartholinitis aguda 2 casos
  - furunculosis 2 casos
  - tricomicosis 1 caso
- Malformaciones congénitas: 1 caso
  - agenesia de labios 1 caso
- Traumatismos vulvares: 1 caso
  - tabique vaginal desgarrado 1 caso
- Distrofias vulvares: 4 casos
  - liquen escleroso y atrófico 4 casos

- Dermatosis diseminadas con afectación vulvar: 11 casos

melanosis de mucosas	2 casos
liquen plano	2 casos
liquen plano pigmentado	1 caso
psoriasis	1 caso
miliaria rubra	1 caso
pénfigo vulgar	1 caso
pénfigo benigno familiar	1 caso
acantosis nigricans	1 caso
vitiligo	1 caso

- Dermatosis vulvares de origen psicógeno: 5 casos

liquen simple crónico	5 casos
-----------------------	---------

- Tumores benignos: 29 casos

fibroma péndulo	9 casos
quiste mucoso	3 casos
queratosis seborréica	3 casos
quiste de Bartholin	2 casos
quiste epidermoide	2 casos
hidradenoma papilar	2 casos
condición de Fordyce	2 casos
quiste pilar	1 caso
esteatocistoma múltiple	1 caso
fibrolipoma	1 caso
lago venoso	1 caso
nevo intradérmico	1 caso
nevo intramucoso	1 caso

- Tumores malignos: 2 casos

Paget extramamario	1 caso
carcinoma epidermoide	
verrugoso	1 caso

Las infecciones virales, malformaciones congénitas y traumatismos vulvares predominaron en mujeres jóvenes (menores de 30 años). Las distrofias vulvares y los tumores malignos predominaron en mujeres mayores de 55 años. El resto de la patología no tuvo predominio en algún grupo etario (gráfica 4).

Las dermatosis en ocasiones fueron múltiples y así 75 mujeres solo presentaban una dermatosis, 4 mujeres tenían 2 dermatosis, y 2 mujeres presentaron 3 dermatosis simultáneas cada una.

El síntoma cardinal de las dermatosis vulvares fue el prurito, sin embargo, 4 de cada 10 mujeres no refirieron a éste síntoma como parte de su cuadro clínico. Por grupos, las patologías que fueron siempre pruriginosas (100% de los casos) fueron las de infecciones micóticas, distrofias vulvares y dermatosis psicógenas. Por el contrario, solo el 30% de los casos de tumores benignos ocasionaron prurito como síntoma principal (gráfica 5).

La evolución promedio de las lesiones antes de acudir las mujeres a consulta fue de 45.6 meses. Los padecimientos infecciosos bacterianos, micóticos y virales eran consultados mucho antes (0.6 meses, 6.5 meses, y 13 meses,

respectivamente) que las dermatosis de origen psicógeno, distrofias vulvares, tumores malignos, afección vulvar por otras dermatosis y tumores benignos (26.4 meses, 30 meses, 36 meses, 46.7 meses y 56.1 meses, respectivamente).

Veinticinco de las dermatosis fueron valoradas inicialmente por ginecólogos o médicos no dermatólogos y las 64 restantes fueron estudiadas y/o tratadas por nosotros en forma primaria. Sesenta y ocho de las dermatosis no habían sido diagnosticadas o recibido tratamiento alguno antes de ingresar al estudio. Once casos si tuvieron diagnóstico y, en algunos casos, tratamiento correctos desde antes de ser valoradas por nosotros. Los 10 casos restantes habían sido diagnosticados (y por lo tanto tratados) equívocamente por el médico que los valoró inicialmente.

**DISCUSION:**

La vulva es un territorio que, al igual que a la mucosa oral, hemos llamado 'la tierra de nadie'. El ginecólogo y el dermatólogo deberían estudiarla en conjunto, sin embargo, a pesar de lo común y variado de su patología, frecuentemente se le desconoce o ignora y las enfermas van de médico en médico sin que se les resuelva su problema.

Reunir 89 casos de patología vulvar representó, en la mayoría de las ocasiones, el interrogar intencionadamente sobre afección genital a enfermas que acudían por otra patología dermatológica. Muy pocas enfermas acudieron a nuestro Departamento referidas por el de Ginecología; algunas mujeres, sin embargo, referían haber sido valoradas con anterioridad por algún ginecólogo por la misma patología vulvar sin haberseles dado, en muchas ocasiones, la importancia debida.

Fueron frecuentes los casos de mujeres con patología vulvar que había sido tratada equivocadamente por meses o años en forma infructuosa basándose en diagnósticos erróneos llevando al empeoramiento y cronicidad de las lesiones. La causa probable de ello en algunos casos, es que la biopsia es la única posibilidad de diferenciar patología que clínicamente puede ser idéntica. Por ejemplo, se observaron casos de liquen simple crónico, liquen plano y liquen escleroso y atrófico que clínicamente eran idénticos pero histológicamente presentaban diferencias marcadas. Así

también los casos de enfermedad de Paget vulvar (el del protocolo y un caso visto antes del inicio de nuestro estudio) habían recibido infinidad de tratamientos antimicóticos con la sospecha clínica de candidiasis vulvar, no obstante las fallas terapéuticas repetidas. La biopsia en ambos casos demostró la presencia de la neoplasia habiéndose perdido tiempo valioso para el tratamiento oportuno de la enfermedad. Sobra decir pues que la biopsia es uno de los procedimientos mas útiles en el estudio de las dermatosis vulvares (sobre todo en procesos inflamatorios y tumorales) y que términos clínicos ambiguos como leucoplasia o kraurosis deben ser eliminados ya que, como asientan Kiryu y Ackerman <sup>6</sup>, todos los padecimientos vulvares pueden individualizarse con bases clínico-patológicas.

Otras pruebas como la aplicación de ácido acético al 5% en toda el área vulvar, perineal y perianal para evidenciar áreas con infección subclínica por virus del papiloma humano (VPH) son indispensables especialmente en casos de condilomas acuminados recidivantes o en el estudio de la pareja asintomática de un enfermo con infección por VPH <sup>9,10</sup>.

Como en otras series <sup>11,12,13</sup>, las infecciones virales predominaron en mujeres jóvenes; por ser padecimientos de transmisión sexual, el grupo de edad con mayor actividad sexual (y también mayor promiscuidad) fue el mas afectado. Aunque los casos de malformaciones congénitas y traumatismos vulvares se observaron solo en mujeres jóvenes, los primeros

persistirán toda la vida y por tanto pueden verse a cualquier edad y, respecto a los segundos, el número estudiado tan reducido no permite tomar conclusiones al respecto. De igual forma, el predominio de distrofias vulvares y neoplasias malignas en mujeres mayores de 55 años está de acuerdo a lo reportado en la literatura <sup>14</sup>, y, de hecho, la primera patología puede transformarse en la segunda en este grupo de edad.

Un buen número de las dermatosis afectaban a la vulva en forma difusa por lo que la afectación de mas de una región de ésta fue común. Incluso las dermatosis bien delimitadas (por ejemplo tumores benignos) frecuentemente eran múltiples afectando mas de una región. Además de esto 6 mujeres presentaban 2 y hasta 3 dermatosis simultáneamente, y es que el padecer una no impide que se desarrolle otra.

Observamos lo inespecífico del síntoma prurito en la patología vulvar pues 65% de las lesiones lo ocasionaron independientemente del tipo de patología. De hecho, aun las patologías que menos lo presentaron (por ejemplo tumores malignos) lo hicieron hasta en el 30% de los casos. Otro tipo de síntomas frecuentemente reportados fueron sensación de cuerpo extraño, ardor, dolor y dispareunia.

En general, las enfermas tardaban mucho en acudir a consulta por su dermatosis. Con excepción de las infecciones bacterianas en que el dolor las motivaba a consultar pronto, mujeres con dermatosis incluso muy pruriginosas como las infecciones micóticas o las distrofias vulvares y dermatosis

de origen psicógeno (líquen simple) tardaban meses o años en consultar al médico y mas aun al dermatólogo. El desconocimiento de a que tipo de especialista consultar, la mala fortuna de haber acudido con médicos que, en forma nada honesta, prolongaban las visitas de las enfermas sin resolverles su problema, o hasta el solo pudor de algunas enfermas prolongaba habitualmente la duración de la dermatosis antes de ser valoradas por nosotros.

Un 30% de las enfermas habían recibido ya algún tratamiento para su dermatosis. En la mitad de ellas el tratamiento era correcto o al menos orientado; sin embargo, la otra mitad había recibido tratamientos que no solo no las mejoraba sino que empeoraban la mayoría de las veces.

Dentro de nuestra casuística encontramos patología que merece discutirse por separado:

En el grupo de infecciones virales llama la atención el hecho de haber encontrado solo una mujer con herpes simple cuando esta patología se considera en importante aumento durante la última década <sup>11</sup>. De hecho, ésta es una patología que observamos con mucha frecuencia en nuestro Departamento de Dermatología en enfermos del sexo masculino. Es probable que ésta sea una patología reconocida por el médico en el primer nivel de atención o bien que el ginecólogo lo haga y por ello solo los casos que no han acudido previamente al médico lleguen con nosotros. Otra posibilidad es que la mujer solicite menos atención médica que el hombre (al menos en cuanto a dermatosis genitales se refiere) y, dado que los

episodios, aunque repetitivos, son autolimitados, las pacientes permanecen enfermas y sin atención.

El único caso de malformaciones congénitas observado correspondió a agenesia del labio mayor derecho. Llama la atención que, a pesar de ser una enferma de 20 años de edad, nunca había sido valorada médicamente y, de hecho, esta vez buscó atención por ser portadora además de condilomas acuminados. Este es un claro ejemplo del retraso en la atención profesional que el pudor y la poca educación médica de nuestra sociedad suelen ocasionar en cuanto a la patología genital se refiere.

En los casos de las enfermas portadoras de liquen escleroso y atrófico, ninguna de ellas mostró signos de displasia a pesar de que es una patología en que la malignización es la complicación mas temida <sup>14,15</sup>. Todos los casos eran intensamente pruriginosos y mostraban signos de trauma por rascado. El tiempo de evolución de las lesiones fue de 30 meses en promedio al momento de nuestra valoración. El principal problema de esta patología es el terapéutico: para suprimir el prurito y limitar la atrofia <sup>16</sup>.

En el apartado de afección vulvar por otras dermatosis mencionaremos el caso de la afección por pénfigo vulvar por lo severo y refractario al tratamiento. Aunque la enferma tenía afección casi generalizada de la piel y también la mucosa oral estaba afectada, las lesiones mas incapacitantes eran las de la vulva pues prácticamente le impedían movilizarse. Además, el tratamiento con prednisona y

azatioprina favorecieron la infestación por *C.albicans* con lo que empeoró aun mas su sintomatología; después del tratamiento antimicótico, la adición de esteroides tópicos de potencia alta mejoraron la sintomatología y aceleraron la curación.

Otra patología que vale la pena mencionar aparte es la correspondiente a las melanosis de las mucosas. Ambas pacientes fueron referidas por otros médicos con la sospecha clínica de melanoma maligno. Aunque ambos casos parecían benignos, la biopsia en ellos fue obligada; los hallazgos habituales son aumento de la pigmentación del estrato basal, hiperplasia leve de melanocitos, hiperplasia epitelial y melanófagos en dermis <sup>17,18</sup>. El melanoma maligno de genitales femeninos es poco frecuente (aproximadamente 1% - 2% de los melanomas a todos los niveles) pero no por ello deja de preocupar; toda lesión pigmentada de genitales es indicativa de biopsia <sup>19</sup>.

Otro caso de alteraciones pigmentarias, aunque en el sentido opuesto, es el del vitiligo. Visto como una patología sin importancia -puramente cosmética- por muchos médicos, puede ser una situación catastrófica para el enfermo. Nuestra paciente presentaba vitiligo localizado exclusivamente a genitales y muslo izquierdo. Padecía la enfermedad desde hacía 20 años y, aunque había sido valorada con anterioridad por otros médicos, nunca había visitado a algún dermatólogo. La afección psiquiátrica ocasionada por su dermatosis la había llevado a disfunción sexual, divorcio e intento de

suicidio. Por su larga evolución el pronóstico en cuanto a repigmentación es malo pero tan solo la utilización de tintes cosméticos para la piel (Covermark) y el apoyo psiquiátrico la han mejorado mucho.

En el grupo de dermatosis psicógenas incluimos al liquen simple crónico. Esta patología es el equivalente al prurito escrotal en el hombre y a algunos casos de prurito anal en ambos sexos <sup>20</sup>. Obviamente se habla de prurito (generalmente severo) sin una causa orgánica que lo ocasione. Según Koblenzer <sup>21</sup>, la personalidad obsesiva, neurosis obsesiva, rasgos histéricos y depresión son las alteraciones mas comunmente implicadas.

El grupo mas amplio de patología vulvar fue el de tumores benignos. Por ser patología que en general es asintomática, fueron las lesiones con el tiempo de evolución mas prolongado en promedio. Dentro de este grupo, los tumores mas frecuentes fueron los fibromas péndulos. Estas lesiones, tan frecuentes en cuello y axilas y que rara vez rebasan los 3 mm de diámetro mayor, en genitales llegan a crecer mucho mas, encontrando en nuestros casos uno de 6 cm de longitud. Los quistes mucosos originados quizá a partir de restos endodérmicos del seno urogenital <sup>22</sup> o bien de glándulas vestibulares menores por obturación inflamatoria de su cuello <sup>23</sup> son patología poco frecuente pero, a pesar de ello, en nuestra serie encontramos 3 casos. Es probable que por ser casi asintomáticos (sensación de cuerpo extraño en casos de crecimiento mas o menos importante) las enfermas

consulten poco por ellos pero que en realidad su frecuencia no sea tan baja.

Otra patología poco frecuente es el esteatocistoma múltiple. La topografía habitual es axilar y en segundo lugar genital. En los 13 años de existencia de nuestro Departamento hemos observado solo 2 casos y solo el de nuestro protocolo con afección genital.

La condición de Fordyce corresponde a glándulas sebáceas ectópicas, en mucosas <sup>24</sup>. Es una entidad frecuente, asintomática y no amerita tratamiento; sin embargo, cuando las enfermas notan su presencia, es motivo de preocupación.

El caso del nevo intramucoso vulvar es excepcional pues no solo esta topografía es muy poco frecuente sino que además la enferma presentaba nevos intramucosos en lengua, paladar blando y duro, laringe, cardias y mas de 700 nevos intradérmicos (incluyendo un nevo congénito gigante) en piel además de un hemangioma plano en la cara. Este es un caso sin antecedentes en la literatura dermatológica mundial.

Finalmente, solo se observaron dos casos de tumores malignos y ambos con varios años de evolución debido a diagnósticos erróneos. El caso de enfermedad de Paget vulvar había sido tratado por 5 años por múltiples médicos (ginecólogos incluso) como candidiasis vulvar refractaria al tratamiento. El segundo caso, el de un carcinoma epidermoide verrugoso había sido igualmente confundido con condiloma acuminado y, por lo tanto, como tal tratado con podofilina.

**CONCLUSIONES:**

La patología vulvar es muy amplia y variada <sup>25</sup>. Nuestro estudio es una muestra representativa de la patología observada en México por el dermatólogo y es semejante a la de otros países <sup>25</sup>. Desgraciadamente las enfermas suelen llegar con el dermatólogo después de un largo peregrinar con otros especialistas añejando su dermatosis y frecuentemente recibiendo tratamientos erróneos. No queremos decir que estas enfermas sean exclusivamente de la incumbencia del dermatólogo sino todo lo contrario. Creemos que debiera constituirse una clínica de dermatosis genitales (femeninas y masculinas) con la participación conjunta de dermatólogos, ginecólogos y urólogos pues solo así se lograrán captar y por lo tanto diagnosticar y tratar a tiempo y adecuadamente a los enfermos.

**REFERENCIAS:**

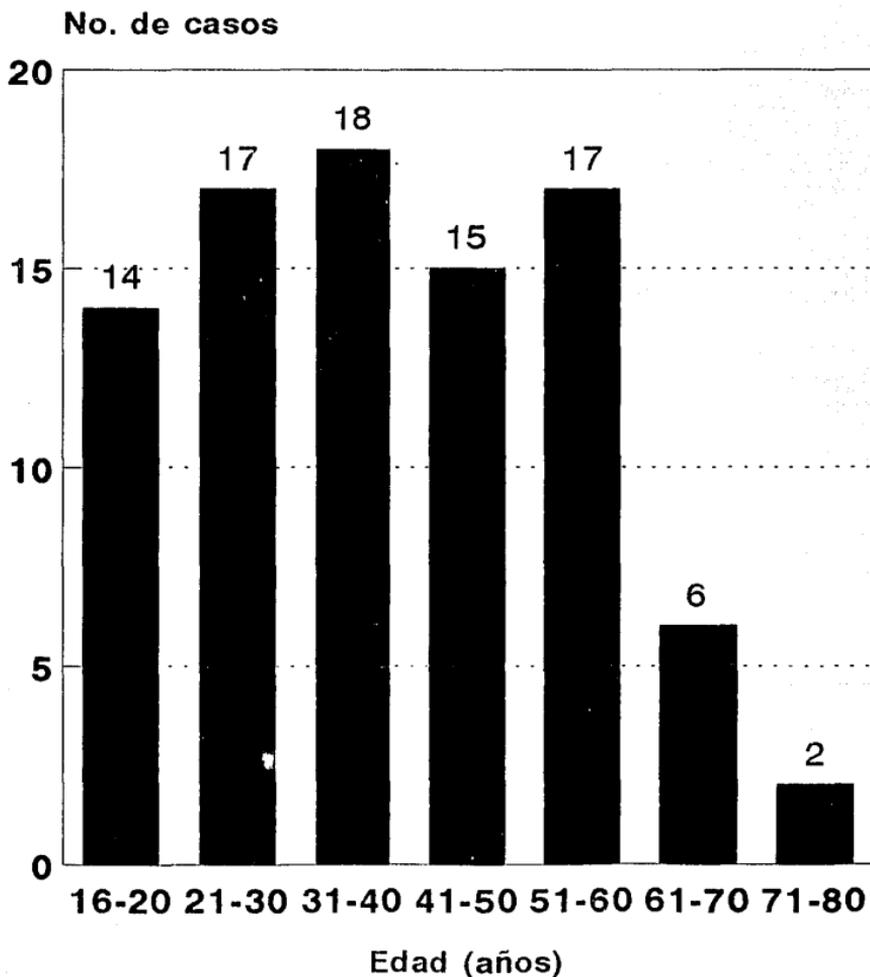
1. Pincus SH. Cutaneous Diseases of the Female Genitalia. In Fitzpatrick TB. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill Book Co., 1987:1244.
2. Gardner HL, Kaufman RH. Benign diseases of the vulva and vagina. St.Louis: Mosby, 1969.
3. Friedrich EG. New nomenclature for vulvar disease: report of the committee on terminology. *Obstet Gynecol* 1976;47: 122.
4. Lavery HA. Vulvar dystrophies: new approaches. *Clin Gynecol Obstet* 1984;11:155.
5. Pincus SH, Stadecker MJ. Vulvar dystrophies and non-infectious inflammatory conditions. Pathology of the vulva and vagina. Churchill Livingstone, 1987.
6. Kiryu H, Ackerman AB. A critique of current classifications of vulvar diseases. *Am J Dermatopathol* 1990;12:377.
7. Sánchez NP, Mihm MC. Reactive and neoplastic epithelial alterations of the vulva. *J Am Acad Dermatol*, 1982;6:378.
8. Noumoff JS. Tumors of the vulva. *Int J Dermatol*, 1986; 25:552.
9. Barrasso R, DeBrux J, Croissant O. High prevalence of papillomavirus-associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*, 1987;317:916
10. Sawchuk WS. Ancillary diagnostic tests for detection of human papillomavirus infection. *Dermatologic Clinics*, 1991;9:277
11. Mertz GJ. Genital herpes simplex virus infections. *Med Clin N Am*, 1990;74:1433
12. Brown DR, Fife KH. Human papillomavirus of the genital tract. *Med Clin N Am*, 1990;74:1455
13. Billstein SA, Mattaliano VJ. The 'nuisance' sexually transmitted diseases: molluscum contagiosum, scabies and crab lice. *Med Clin N Am*, 1990;74:1487
14. Tremaine RD, Miller RAW. Lichen sclerosus et atrophicus. *Int J Dermatol*, 1989;28:10
15. Hewitt J. Histologic criteria for lichen sclerosus of the vulva. *J Reprod Med*, 1986;31:781
16. Zelle K. Treatment of vulvar dystrophies with topical testosterone propionate. *Am J Obstet Gynecol*, 1971;109:570
17. Barnhill RL et al. Genital lentiginosis: a clinical and histopathologic study. *J Am Acad Dermatol*, 1990;22:453
18. Sison-Torre E, Ackerman AB. Melanosis of the vulva. *Am J Dermatopath*, 1985;7:51
19. Ronan SG et al. Malignant melanoma of the female genitalia. *J Am Acad Dermatol*, 1990;22:428
20. Medansky RS, Handler RM. Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches.

---

J Am Acad Dermatol, 1981;5:125

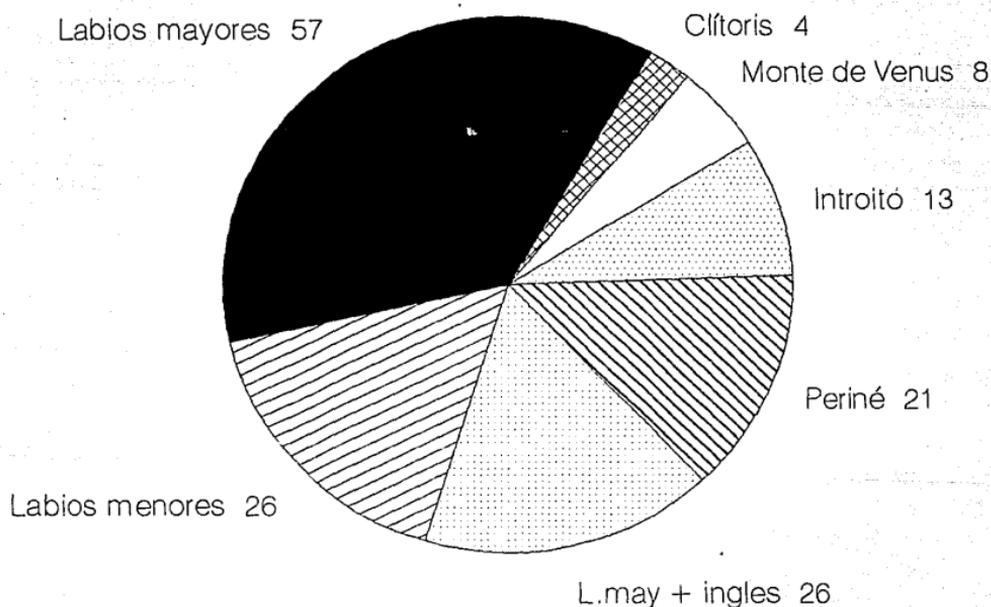
21. Koblenzer CS. Psychocutaneous disease. Pruritus: generalized and localized. Orlando, Fla: Grune and Stratton Inc., 1987:223
22. Friedrich EG, Wilkinson EJ. Mucous cysts of the vulvar vestibule. Obstet Gynecol, 1973;42:407
23. Robboy SJ et al. Urogenital sinus origin of mucinous and ciliated cysts of the vulva. Obstet Gynecol, 1978;51:347
24. Rocamara A et al. Sebaceous gland hyperplasia of the vulva: a case report. Obstet Gynecol, 1986;68:63s
25. Hewitt J, Pelisse M, Paniel B. Enfermedades de la Vulva. Madrid: Interamericana/McGraw Hill, 1989

# (GRAFICA 1) NUMERO DE CASOS POR GRUPOS DE EDAD

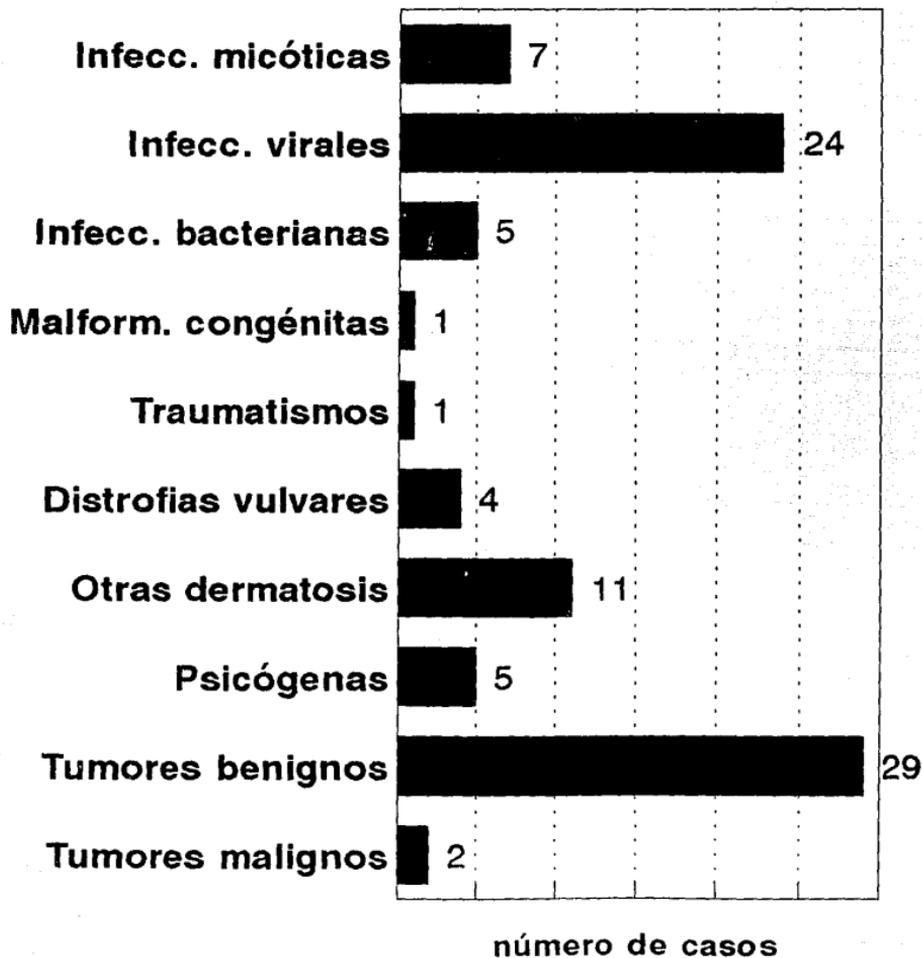


# (GRAFICA 2)

## TOPOGRAFIA DE LAS LESIONES

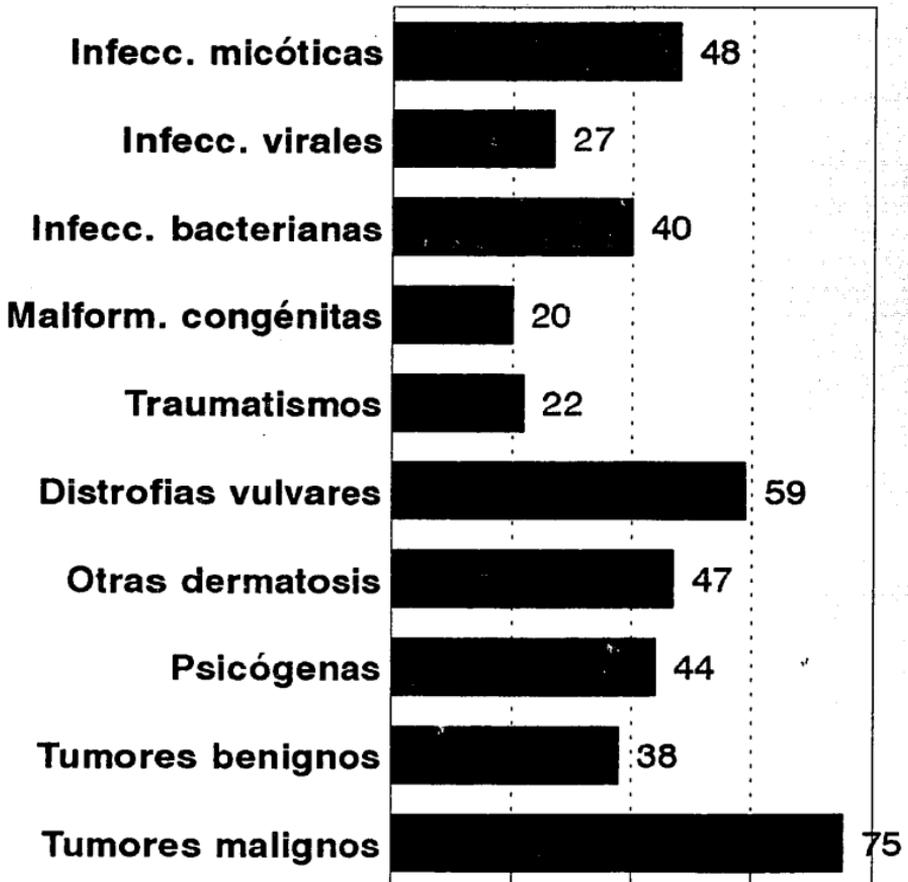


# (GRAFICA 3) FRECUENCIA DE LAS DERMATOSIS POR TIPO DE PATOLOGIA



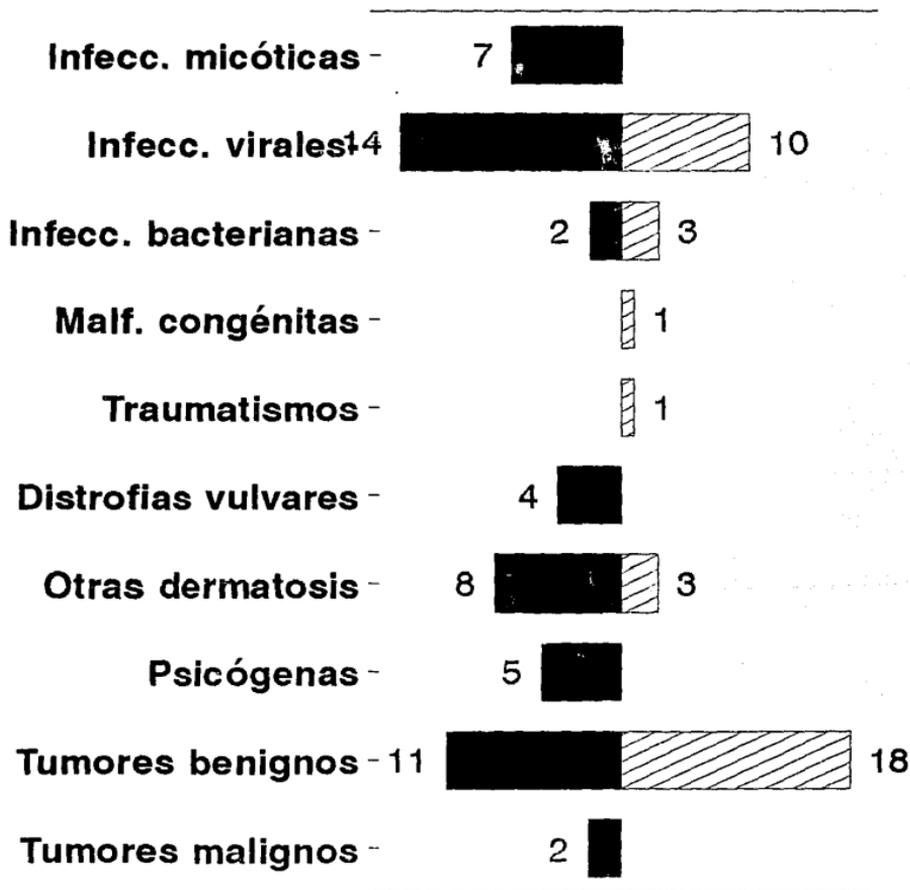
# (GRAFICA 4) EDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION AL TIPO DE PATOLOGIA

■ edad promedio (años)



# (GRAFICA 5) FRECUENCIA Y TIPO DE LESIONES PRURIGINOSAS

■ PRURITO (n=53)    ▨ NO PRURITO (n=36)



**HOJA DE CAPTURA DE DATOS:**

Fecha: \_\_\_\_\_ #. Caso: \_\_\_\_\_ Foto?: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

**I/ Ficha de Identificación:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ E. Civil: \_\_\_\_\_  
Origen: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_ Ocupac. \_\_\_\_\_

**II/ A.H.F.:** \_\_\_\_\_

**III/ A.F.P.:** \_\_\_\_\_

**IV/ Antecedentes Ginecobstétricos:**

Menarca: \_\_\_\_\_ Ritmo: \_\_\_\_\_ IVSA: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_  
Gests: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ FUF/FUC: \_\_\_\_\_  
Anticonceptivos (no) (si) tipo: \_\_\_\_\_  
Otros medicamentos (no) (si): \_\_\_\_\_

**V/ Historia Clínica Dermatológica:**

Topografía: \_\_\_\_\_

Morfología: \_\_\_\_\_

Resto de Piel y Anexos: \_\_\_\_\_

Cuadro clínico: \_\_\_\_\_

Dermatosis previas: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

**VI/ Cultivo de Exudado Vaginal:** \_\_\_\_\_

**VII/ Citología Vaginal:** \_\_\_\_\_

**VIII/ Diagnóstico clínico:** \_\_\_\_\_

**IX/ Biopsia:** (no) (si): \_\_\_\_\_

**X/ Diagnóstico final:** \_\_\_\_\_

**BIBLIOGRAFIA:**