

11212

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

PREVALENCIA DE LESIONES PIGMENTADAS EN VULVA EN PACIENTES DE UNA CLINICA DE TERCER NIVEL DE ATENCION

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

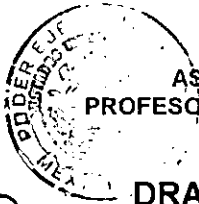
ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
COMISIÓN de

PRESENTA

DRA. NANETTE ALCANTARA SOLIS

288371



ASESOR DE TESIS: JEFE DE SERVICIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO

DRA. GLADYS LEON DORANTES

DIRECCION DE ENSEÑANZA

Organismo Descentralizado.

Stamp: C. LEON DORANTES, Sec. de Servs. Escolares, MEXICO, D.F., ENE. 29 2001, Unidad de Servicios Escolares, PPL. de Posgrado

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

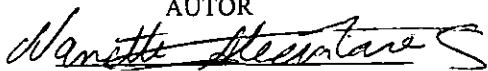
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

PREVALENCIA DE LESIONES PIGMENTADAS EN VULVA EN UNA CLINICA
DE TERCER NIVEL

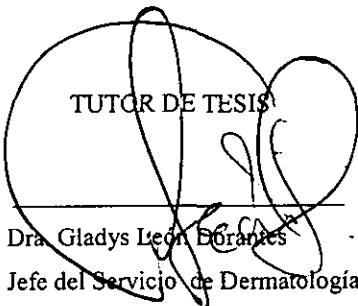
AUTOR



Dra. Nanette Alcántara Solís

Residente de Dermatología


TUTOR DE TESIS



Dra. Gladys León Dorantes

Jefe del Servicio de Dermatología

PROFESOR TITULAR



Dra. Gladys León Dorantes

Jefe del Servicio de Dermatología

Revisada y aprobada para su impresión por la Dra. Gladys León Dorantes, Jefe de la Unidad de Dermatología de este hospital.

Con clave de registro DIC/00/109/03/010 de la dirección de Investigación del Hospital General de México.

DEDICATORIAS

A Dios.

A mis padres por su infinito amor y paciencia en todas las etapas de mi vida.

A mis queridos abuelos, que siempre han velado por nosotros.

A mi adorado hermano , mi brazo fuerte.

A Enrique.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis maestros por sus valiosas enseñanzas.

Al maestro Dr. Amado Saúl por sus clases tan bellas , por la excelencia de su persona y por la bondad de compartir su experiencia con todos nosotros.

A la Dra. Gladys León por su paciencia.

A los servicios de Dermatoncología, Dermatopatología y Micología por su apoyo y amistad en todo momento.

A la Dermatología por permitirme acceder a ella

INDICE

I.- Resumen	1
II.- Introducción	3
III.- Marco Teórico	4
Anatomía.....	4
Fisiología.....	5
Patología.....	8
Lesiones pigmentadas : Por pigmento melánico	12
Neoplasias.....	18
Vasculares.....	23
IV.- Trabajo de Investigación.....	27
Justificación.....	27
Objetivos	27
Diseño del estudio.....	27
Material y métodos	28
Variables	28
Procedimiento.....	29
Análisis estadístico	29
V.- Resultados.....	30
VI.- Discusión.....	41
VII.- Conclusiones	45
VIII.- Bibliografía	46
IX.- Anexos	49

I.- RESUMEN

La vulva resulta una zona de difícil estudio en donde se mezclan la dermatología y la ginecología. A pesar de la alta frecuencia de dermatosis vulvares reportadas en otros medios, hoy en día son escasos los datos en nuestro medio. En especial preocupa la presencia de lesiones pigmentadas en esta zona anatómica en virtud de que éstas pueden representar lesiones precursoras de neoplasias así como el carcinoma epidermoide y el melanoma maligno.

OBJETIVO PRIMARIO:

Conocer la prevalencia de lesiones pigmentadas en vulva en pacientes referidas a la Clínica de Vulva del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital General de México.

OBJETIVO SECUNDARIO:

Determinar tipo de lesiones pigmentarias más frecuentes.

DISEÑO

Estudio de tipo transversal, observacional, descriptivo, de tipo encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Corresponde a 219 pacientes por medio del programa Primer of Biostatistics.

MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron a todas las pacientes de primera vez que acudieron a la consulta de Clínica de Vulva. A todas las pacientes se les realizó exploración clínica de la vulva y en aquellas con lesiones pigmentarias se documentaron en la historia clínica dermatológica la topografía, morfología y evolución de la dermatosis tomándose iconografía de las lesiones.

RESULTADOS:

Se estudiaron 263 pacientes de primera vez referidas a la Clínica de Vulva del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México. La edad promedio fue de 38.93 años. De estas se encontró una prevalencia de 14.83% con 39 pacientes que presentaron lesiones pigmentadas. Correspondieron finalmente de esos 39 casos a melanosos por fricción 11 casos (28.2%), lentiginos 10 casos (25.64%), queratosis seborreicas 6 casos (15.38%), nevos melanocíticos 3 casos (7.7%), melanosos inespecíficas 3 casos (7.7%), enfermedad de Bowen 2

casos (5.12 %), hemangioma capilar 2 casos (5.12 %), trombosis vascular 1 caso (2.56%) y carcinoma de Bowen 1 caso (2.56%).

II.- INTRODUCCION

Las lesiones pigmentadas cutáneas en general, no son raras; sobre todo en poblaciones mestizas, como es la nuestra, en virtud del tipo de piel. Estas lesiones pueden ser benignas (por ejemplo léntigos y nevos melanocíticos), premalignas (nevos congénitos, papulosis bowenoide) o bien malignas (carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y melanoma).

En el terreno de la dermatología la vulva es una zona de difícil estudio que se imbrinca con la ginecología puesto que se trata de una región de piel y mucosas; es compleja ya que muchas de las dermatosis se manifiestan con modificaciones de la morfología habitual de otras topografías cutáneas. Se ha pasado por alto esta zona tan delicada y compleja en ocasiones. En los textos tanto de dermatología como de ginecología el capítulo dedicado a las dermatosis vulvares es escaso y mucho más aún en lo referente a las lesiones pigmentarias.

Por otro lado por ser asintomáticas las lesiones pigmentarias pueden ser sólo un hallazgo de la exploración y no dárseles la debida importancia.

Cuando estas lesiones se ubican en la región vulvar por lo general pasan desapercibidas tanto por la mujer como por los médicos. Cuando la paciente se da cuenta de su existencia se inquieta y acude con su médico tratante. Así, siguen siendo motivo de consulta tanto para el dermatólogo como para el ginecólogo las lesiones pigmentarias en vulva pues la morfología clásica no siempre se respeta en ésta topografía por lo cual resulta importante conocer sus presentaciones clínicas. Por otro lado, en esta zona, las lesiones pigmentadas pueden tomar un aspecto singular y diferente al tipo de lesiones que se presentan clásicamente en otras topografías. Por todo esto es difícil conocer la prevalencia de este tipo de lesiones, contándose hoy en día con muy poca información acerca de ella en nuestra población. .

La vulva es una zona anatómica que concierne tanto al dermatólogo como al ginecólogo por lo que el estudio y manejo de pacientes con enfermedades vulvares debe hacerse en clínicas multidisciplinarias como la recientemente establecida por los Servicios de Dermatología y Ginecobstetricia del Hospital General de México, sitio donde se realizó el presente trabajo dirigido a conocer la prevalencia de lesiones pigmentadas de la vulva.

III.- MARCO TEORICO

Para poder hablar de dermatosis vulvares es importante hacer un breve recordatorio de la región anatómica a estudiar.

A. ANATOMIA

Se encuentra constituida por los genitales externos femeninos (monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, vestíbulo de la vagina, bulbos del vestíbulo vaginal y glándulas vulvovaginales).

El monte de Venus es una prominencia redondeada situada por delante de la sínfisis púbica, constituido por acúmulo de tejido adiposo. Los labios mayores corresponden a dos pliegues cutáneos prominentes y longitudinales que se extienden desde el monte de Venus hasta el periné constituyendo los límites laterales de la hendidura vulvar dentro de la cual se abren vagina y uretra. La cara externa de los labios se encuentra pigmentada y cubierta de vello cesposo, la cara interna es de superficie lisa pero con grandes folículos sebáceos. Entre estas dos caras existe tejido areolar y adiposo entremezclado con fibras musculares lisas, vasos, nervios y glándulas. Los labios mayores en su porción anterior forman la comisura anterior al unirse mientras que en la porción posterior no se unen y se van perdiendo en la piel vecina formando la comisura posterior. El espacio entre esta y el ano forma lo que se denomina periné “ ginecológico”.

Los labios menores se encuentran constituidos por dos pequeños pliegues cutáneos sin tejido adiposo extendiéndose desde el clítoris hacia abajo, afuera y atrás a cada lado del orificio vaginal. En su porción anterior cada labio se divide en dos, la parte superior pasa por encima del clítoris para unirse del otro lado formando un pliegue que cubre el glande y el clítoris denominado prepucio del clítoris; la parte inferior pasa por debajo del clítoris uniéndose en su cara inferior con la del lado contrario formando el frenillo del clítoris. En las superficies opuestas de los labios menores existen abundantes glándulas sebáceas.

El vestíbulo vaginal es la hendidura entre los labios menores. En ésta se encuentran situados los orificios vaginal y uretral con glándulas vestibulares menores.

El clítoris es una estructura eréctil homóloga al pene. El introito vaginal es una hendidura situada en la línea media por debajo y detrás de la desembocadura de la uretra y su tamaño varía en proporción inversa al himen. Este se encuentra constituido por un delgado repliegue de mucosa situado en el orificio de la vagina cuyas superficies internas están en contacto la una con la otra y el orificio vaginal aparece como una hendidura entre ellas.

Los bulbos del vestíbulo vaginal son los homólogos del bulbo de la uretra y del cuerpo esponjoso en el hombre. Son dos masas de tejido eréctil a cada lado del orificio vaginal y unidas entre sí por delante por una banda delgada media denominada comisura de los bulbos del vestíbulo. Sus extremos posteriores están ensanchados y en contacto con las glándulas vaginales; sus extremos anteriores se adelgazan y se unen uno a otro mediante la comisura y el glande del clítoris por dos delgadas bandas de tejido eréctil.

Las glándulas vulvovaginales o de Bartholin son las homólogas de las bulbouretrales del hombre. Se encuentran situadas a cada lado del orificio vaginal en contacto o a veces cubiertas por el extremo posterior de la masa lateral del bulbo del vestíbulo.

La vascularización de la vulva procede de dos arterias pudendas externas y una arteria pudenda interna. Los nervios son el abdominogenital menor y el ramo genital del nervio genitofemoral, ambos ramos posteriores del nervio perineal (1).

B. Fisiología

La región de la vulva que incluye al monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, vestíbulo y glándulas vestibulares participan en la fisiología de la respuesta sexual fundamentalmente.

El monte de Venus (proveniente del latín *mons veneris* por referencia a Venus la Diosa del amor) posee numerosas terminales nerviosas para el tacto y la presión lo que le convierte en una zona erógena que estimula para una sensación placentera (2).

También la vulva es un “órgano blanco” que reacciona a estímulos androgénicos, estrogénicos y progestagenos. Sus funciones principales involucran a la micción, coito y parto. A continuación sólo nos referiremos a las dos últimas.

Acto sexual

Presenta modificaciones en las cuatro fases descritas por Master y Johnson.

1. Fase de excitación:

El clítoris se vuelve tumescente lentamente, en forma progresiva y variable. Así mismo los labios menores anteriormente flácidos incrementan su volumen, se ensanchan y se elevan prolongando el conducto vaginal para incrementar la longitud del receptáculo peneano en un centímetro. En las nulíparas los labios mayores poco se modifican.

Secundario a la contracción del músculo dartos labial estos se aplanan contra el periné al mismo tiempo que se elevan lateralmente ensanchando al vestíbulo.

En cambio en las múltiparas los labios mayores se comportan como cuerpos eréctiles al duplicar su volumen.

Al finalizar esta fase las glándulas de Bartholín secretan gotas de moco.

2. Fase de meseta:

Se presenta retracción del clítoris debajo de su cubierta y la estimulación (directa previamente) ahora es dada por el movimiento de vaivén de la cubierta del clítoris (sincrónico con el del pene). Los labios menores modifican su color de rosa a rojo. Se le conoce como "*sex skin reaction*" y esta tiene lugar al final de esta fase, preludio de un orgasmo inminente.

3. Fase orgásmica:

La vulva no tiene mayores modificaciones pero hay respuesta vaginal (plataforma orgásmica) con contracciones regulares.

4. Fase de resolución:

Clítoris, labios mayores y menores recuperan su tamaño original, con una breve fase refractaria.

Gravidez y puerperio

Durante el embarazo la influencia hormonal con la que se cursa modifica directamente los epitelios e indirectamente el volumen de sangre circulante así como las paredes vasculares. Los labios mayores y menores se engruesan y el periné se suaviza. El color aumenta de intensidad debido a congestión venosa e incremento de la melanogenia. Las glándulas sebáceas y sudoríparas son más activas.

En el trabajo de parto durante la expulsión el periné y vulva se modifican en forma espectacular. El feto distiende el periné posterior alargando el rafo anococcígeo y abriendo el ano. Posterior a la contracción la presentación fetal se retrae y se distiende el periné. En cada contracción uterina se intensifica el fenómeno y luego la tensión se propaga al periné anterior duplicándose la distancia ano-vulva. Hay adelgazamiento del núcleo fibroso central. El orificio vulvar se abre más a medida que la presentación fetal se encaja progresivamente quedando la región suboccipital fetal por debajo de la sínfisis del pubis. El periné en este momento se encuentra distendido a su máximo.

Al momento que la cabeza fetal se extiende la región anovulvar se adelgaza aún más con riesgo de desgarros vulvoperineales.

La dilatación del anillo vulvar prosigue hasta alcanzar las dimensiones de la circunferencia máxima de la presentación.

Luego paso a paso, milímetro a milímetro y luego mucho más rápidamente el semianillo vulvar posterior se retrae junto con el periné que tira de él liberando la cabeza fetal.

Después del parto nuevamente la vulva vuelve a entreabrirse para el alumbramiento y recupera rápidamente un aspecto satisfactorio, disminuyendo la congestión y desapareciendo las várices.

Queda sólo una hipotonía relativa del periné muscular profundo (3).

C. Patología

En la vulva la diversidad de elementos que la componen pueden dar lugar a un gran número de patologías. Se mencionan a continuación diferentes tipos de clasificación basadas en los diferentes autores.

Clasificación de Howard W. Jones III (4).

Vaginitis: por agentes infeccioso (tricomonas, cándida, gardnerella), por enfermedades sistémicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares).

Quistes vaginales benignos : quiste del conducto de Gardner, quistes de inclusión.

Alteraciones inflamatorias : sífilis, chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado, herpes simple, molusco contagioso.

Lesiones blancas de la vulva: hipopigmentaciones, queratinización excesiva, distrofias vulvares (hiperplásicas y atróficas).

Dermatosis: intertrigo, seborrea y dermatitis seborreica, neurodermatitis, psoriasis.

Tumores quísticos de la vulva: quistes de la glándula de Bartholin, bartolinitis crónica, quistes sebáceos, quistes mucinosos, del conducto de Wolff, del conducto de Nuck, endometriosis.

Tumores sólidos: fibroma, lipoma, angioma, hidradenoma, mioblastoma de células granulares, nevos.

Enfermedades circulatorias: várices.

Hidradenitis.

Lesiones ulcerativas: facticias, por enfermedad de Behcet y Crohn, úlcera aguda de Lipschütz

Otra clasificación semiológica se basa en el color y en algunas lesiones elementales (5).

Lesiones rojas:

Son las más frecuentes y se deben a fenómenos congestivos. La más sencilla corresponde al eritema frecuente en las vulvovaginitis.

Lesiones rojas endovulvares en placa:

Generalmente dolorosas pueden traducirse en diferentes patologías como vestibulitis inflamatoria, liquen plano erosivo, eritroplasia inflamatoria.

Lesiones blancas

Con 3 mecanismos de producción: despigmentación por alteración funcional o destrucción de melanocitos, por hiperqueratosis, por disminución de la irrigación sanguínea secundario a hialinización o esclerosis del colágeno dérmico superficial.

- Hipopigmentación (hipomelanosis)

Presente en el liquen escleroso vitiligoide y en el vitiligo.

-Lesiones blancas atróficas:

Como en el caso de la vulva senil.

- Lesiones blancas atróficas secas, hiperqueratósicas:

Con placas brillantes y blancas, secas pruriginosas (como en el liquen escleroso y morfea)

- Lesiones blancas reticuladas:

Con un patrón reticulado o un punteado blanco sobre algunas mucosas (propio del liquen plano).

-Lesiones blancas hiperplásicas:

Son secundarias a la hiperplasia del epitelio y a la hiperqueratosis (como en el liquen simple, leucoplasia , enfermedad de Bowen).

Se denomina distrofia hiperplásica a la liquenificación y leucoplasia y el nombre de distrofia mixta a la sobreposición de una distrofia hiperplásica y liquen escleroso.

-Lesiones complejas, blancas y rojas, no hiperplásicas:

Se incluyen a la enfermedad de Paget y a radiodermatitis crónica.

Lesiones morenas y azuladas

Pigmentación difusa:

-lisa: de origen endocrino, por enfermedades sistémicas.

-verrugosa: por acantosis nigricans (maligna) o pseudoacantosis nigricans.

Lesiones morenas circunscritas:

- sobre la mucosa del vestíbulo: manchas raciales o familiares, melanosis adquirida idiopática (Laugier) o léntigos, nevo de unión, intradérmico o melanoma maligno.
- En la piel de vulva: léntigos, nevos de unión, nevos compuestos, melanoma.

Manchas azules: incluyen al nevo azul, a carcinoma in situ o pediculosis.

Además de lo anterior en ésta clasificación se consideran a algunas lesiones elementales primarias y secundarias.

Pápulas: condilomas acuminados, molusco contagioso, nevos, queratosis seborreicas o melanomas, sífilis secundaria tardía, liquen plano.

Vesícula incluyen a entidades como eccema, herpes simple, zona , vacuna (más raramente).

Ampollas:

-agudas: múltiples y hemorrágicas (como en el eritema polimorfo, radiodermatitis aguda).

- crónicas: pénfigo vulgar, pénfigo vegetante, penfigoide ampoloso.
- hereditarias: como en la epidermolisis ampollosa congénita, pénfigo benigno familiar.

Pústulas:

-Foliculares cutáneas: como en el impétigo por estafilococos, la foliculitis estafilocócica crónica, el furúnculo, el antrax.

-No foliculares: como en la periferia de vulvovaginitis por cándida, micropústulas estériles (como en psoriasis pustulosa, pustulosis subcórnea de Sneddon-Wilkinson), otras vesiculopústulas causadas por virus (herpes, varicela, enfermedades por poxvirus); vesiculopústulas eruptivas diseminadas con atopia de fondo (erupción variceliforme de Kaposi); pústulas dolorosas que se ulceran (aftas); pápulopústulas (impétigo herpetiforme).

Erosiones y ulceraciones superficiales

-Aquellas causadas por rascado secundario a procesos inflamatorios locales, psicógenos, enfermedades sistémicas (diabetes mellitus); por vesículas que se rompen rápidamente (herpes).

-Aquellas que cursan sin dolor o prurito como en la sífilis (chancro primario)

-Úlceras dolorosas: aftas (enfermedad de Behcet por ejemplo); úlcera aguda de la vulva (de Lipschütz); secundaria a tuberculosis; por goma sífilítica. Siendo estas 3 una lesión única. Otras son las úlceras perivulvares múltiples como en las piodermitis o hidrosadenitis supurada.

-Úlceras profundas: en la enfermedad de Crohn, en el granuloma inguinal, en la histiocitosis X de Langerhans.

Intertrigo

Puede ser secundario a causas mecánicas (fricción), maceración, enfermedades sistémicas subyacentes (diabetes mellitus)

Edema vulvar

Secundario a enfermedades sistémicas (insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal) o debido a proceso inflamatorio localizado.

- agudo: por bartolinitis o por presencia de chancro sifilítico.
- Crónico: secundario a metástasis, malformación linfática, enfermedad de Crohn, linfogranuloma venéreo, granuloma venéreo (donovaniosis).

La tercera clasificación más sencilla que las anteriores realizada por la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvares, que data de 1975, reagrupa a las distrofias en 3 grupos (6):

- 1- Distrofias atróficas caracterizadas clínicamente por prurito y atrofia de la mucosa.
- 2- Distrofias hiperplásicas caracterizadas clínicamente por prurito y liquenificación.
- 3- Distrofias mixtas que reagrupan a las dos anteriores.

Estas clasificaciones son ejemplo de la diversidad de patologías que se pueden presentar en la vulva.

D.LESIONES PIGMENTARIAS

a) Frecuencia

En las primeras series descritas acerca de la prevalencia de lesiones vulvares se evaluaron 1043 pacientes por Friedrich et al. en un periodo de 8 años encontrándose que sólo el 10.5% de ellos tenían “ lesiones pigmentadas”. Las más frecuentes fueron léntigos en primer lugar, seguidos de carcinoma *in situ* y nevos con una frecuencia similar (7). El segundo estudio en 301 pacientes referidas para examen ginecológico de rutina realizado por Rock et al en el periodo de un año mostró que en el 12.3% de las mujeres estudiadas se presentaron lesiones pigmentadas (8). En ambos estudios la población fue anglosajona predominantemente. También aquí las lentigines ocuparon el primer lugar con 7% de los casos y 2.3% de los casos presentaron nevos melanocíticos principalmente intradérmicos.

El siguiente estudio de Pack et al. en 1 000 pacientes de raza anglosajona para determinar la distribución topográfica más frecuente de los nevos mostró que tan sólo el 0.1% de estas se localizaron en genitales tanto en hombres como en mujeres (9). En una comunicación personal de la Dra. Vega Memije se reporta que en hasta 89% de las pacientes que acudían a un estudio de citología exfoliativa vaginal de rutina se encontraron lesiones pigmentadas (10).

Los datos anteriores sugieren que la frecuencia de lesiones pigmentadas en vulva es alrededor del 10 al 12% para población anglosajona.

b) Clasificación

Por lesiones pigmentarias se entiende aquellas caracterizadas por presencia de pigmento melánico, de tipo vascular y por pigmento exógeno (11).

1- Lesiones por pigmento melánico benignas :

En este grupo podemos tener lesiones difusas o circunscritas. Las circunscritas comprenden los siguientes tipos: a) lentigines, b) nevos, c) queratosis seborreicas.

a) Lentigines (Enfermedad de Laugier)

En 1970 Laugier y Hunziker describieron una entidad a la que denominaron *pigmentación melánica lenticular esencial de la mucosa bucal y de los labios*. A partir de esa fecha se reportaron más entidades cuya descripción de las lesiones pigmentadas era compatible con la enfermedad de Laugier (o síndrome de Laugier –Hunziker)(12).

Es necesario mencionar algunos de los sinónimos dados a la entidad a saber: melanosis benigna de vagina y cérvix, melanosis de la vulva, lentiginosis genital, enfermedad de Laugier vulvar.

Se trata de una dermatosis adquirida cuyo origen se desconoce y la topografía frecuentemente es en mucosa genital, perineal, perianal, oral, en palmas y plantas o en combinaciones de las mismas.

Su frecuencia en el estudio de Rock et al se sitúa alrededor del 3.5 hasta el 7% de las pacientes y se presentan en mujeres de 44 años de edad promedio (11)(12).

Clínicamente se encuentra constituida por manchas milimétricas bien delimitadas de color café claro a café oscuro, hasta negro, aisladas o confluentes. Su dimensión es menor a los 5 milímetros y asemejan nevos de la unión (12).

Se puede presentar también asociado a síndromes genéticos como LAMB (lentiginos, mixomas auriculares, nevo azul (blue) , LEOPARD (lentiginos, trastornos electrocardiográficos de conducción, hipertelorismo ocular, estenosis pulmonar, anomalías genitales, retraso en el crecimiento y sordera (deafness)(12).

Histológicamente se caracteriza por acantosis moderada sin alargamiento de las crestas interpapilares, hiperpigmentación de la capa basal sin incremento en el número de melanocitos e incontinencia del pigmento. Los melanocitos son de características normales y no hay presencia de nidos de melanocitos. En la dermis se observan escasos melanófagos.

Por sí solos estos datos no son diagnósticos por lo cual se requiere de la correlación clínico patológica(12) (13)(14).

b) Nevos:

Se definen en un sentido amplio como hamartomas y más específicamente como proliferación benigna de células derivadas de los melanocitos siendo denominados nevos melanocíticos (15). Dada la localización de estas células los nevos se clasifican en intradérmicos, de la unión y compuestos.

Histológicamente Lever (16) los agrupa en intradérmicos, de la unión y compuesto.

El nevo intradérmico se caracteriza por la presencia de nidos de células nevícas circunscritos en la dermis superior o con cordones del mismo tipo de células. La actividad de unión se encuentra ausente. Estas células contienen melanina en poca cantidad en la dermis superior y en menor cantidad en la dermis media e inferior.

El nevo de la unión como su nombre lo indica presenta en la unión de la epidermis con la dermis células névicas bien circunscritas en la epidermis inferior o nidos que protruyen en la dermis sin perder su contacto en la epidermis. Las células que se encuentran en "descenso" son de aspecto cuboideo, regulares. En la capa basal de la epidermis se llega a observar algunas células dispersas y la epidermis superior suele ser normal.

El nevo compuesto presenta rasgos de los dos tipos anteriores de nevos. Hay nidos de células névicas en la epidermis que descienden hacia la dermis. Las células de la dermis superior tienen aspecto cuboideo (tipo A), mientras que las células situadas en la dermis media son de tipo B (más pequeñas y con menos citoplasma) dispuestas en agregados circunscritos. Si se trata de nevos de largo tiempo de evolución presentan además de las células ya mencionadas unas de tipo C (presentes en dermis inferior fusiformes rodeadas de fibras colágeno laxas).

Referente a los nevos congénitos estos se presentan con diferentes formas, caprichosas y de diferentes tamaños. Reciben el nombre de " la prenda de vestir que simulan " como en traje de baño, " en bragas". Pueden ser planos o verrugosos y tener hipertricosis asociada en el sitio de la lesión en 95% de los casos a partir de la adolescencia.

Se clasifican en base al tamaño en pequeños (<3 cm), medianos (>3 cm y < 10 cm) y gigantes (>10 cm). Los nevos gigantes tiene mayor potencial de malignización que los otros y esta cifra varía entre el 2 y 40% con riesgo de desarrollar melanoma en 1 de 16 casos. Los nevos pequeños pueden desarrollar melanoma en 14.9% y en personas de más de 60 años el riesgo es de 1 en 20 casos(17) .

El nevo azul en sus tres formas, nevo azul común, nevo azul celular y combinado(nevo azul con otro nevo melanocítico suprayacente) es raro en vulva. El nevo azul común se presenta como una pequeña neoformación adquirida, rara vez congénita de algunos milímetros hasta 1-2 centímetros de diámetro, bien delimitada, de color azul oscuro brillante. El nevo azul celular es de mayor tamaño y más cupuliforme con algunos elementos satélite a su alrededor.

Histológicamente el nevo azul común se caracteriza por hay presencia de melanocitos dendríticos agrupados en haces irregulares en la dermis con su eje mayor paralelo a la epidermis. El nevo azul celular además de los melanocitos dendríticos hay islotes de

células fusiformes en cuya periferia se observan algunos melanóforos. Para el nevo azul combinado el nevo azul puede ser común o celular y el nevo melanocítico es de la unión, compuesto o intradérmico(17).

Cuadro clínico

Los nevos en la vulva se presentan como neoformaciones elevadas del color de la piel, café claro o café oscuro así como manchas de color café. Dependiendo de la histología pueden ser elevados (cupuliformes), planos, sésiles o pediculados.

Algunas estadísticas obtenidas acerca de la frecuencia de nevos en la población mexicana mencionan una frecuencia entre 10 y 14% en igual proporción en pacientes de piel morena clara como en morena oscura (18). En la mujer se encontró que la gran mayoría de nevos se presentaron en la tercera década de la vida. De los 500 pacientes estudiados en la tesis de la Dra. Aristimuño, 7 pacientes (1.6%) tuvieron uno o más nevos de unión o léntigos en genitales. De estos 6 fueron hombres (84%) y una mujer(1.4%). La frecuencia reportada de nevos melanocíticos(principalmente intradérmicos) en la literatura anglosajona es alrededor de 2.3% sin embargo podrían presentarse mayores porcentajes en la población mestiza. . Pero a pesar de ser lesiones benignas el 20% de los melanomas aparecen sobre un nevo preexistente por lo que se deben de mantener en observación estas lesiones (17).

c) Queratosis seborreicas:

Los tumores benignos observados en la vulva pueden derivar de cualquiera de los componentes estructurales de esa región. Las queratosis seborreicas (sinónimos: verruga senil, verruga seborreica, queratosis senil, papiloma de células basales) según S. Constantini y A. Kaminsky son las más frecuentes en especial después de los 50 años de edad y suelen ser lesiones pigmentadas y asintomáticas(19). En el estudio de Friedrich et al en 1043 pacientes sólo 110 tuvieron lesiones pigmentadas (10.5%). De estas sólo 5 pacientes (0.47%) presentaron queratosis seborreicas (7).

Clínicamente se trata de neoformaciones elevadas, bien delimitadas, de superficie verrugosa, de color café oscuro o claro, únicas o múltiples. Sus dimensiones varían desde

algunos milímetros hasta 1-3 centímetros de diámetro. Son de evolución crónica y en la mayoría de los casos no cursan con síntomas.

Existen varias formas clínicas y 6 formas histopatológicas a saber:

Queratosis seborreica verrugosa, plana, nodular, pediculada acantósica, y a nivel microscópico hiperqueratósica, reticulada, clonal, irritada y melanoacantoma que histológicamente se caracterizan por hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis con dos tipos celulares basal y escamoso.

En las difusas encontramos: a) melanosis

a) Melanosis

Se trata de una afección benigna localizada a la región vulvar caracterizada por manchas hiperpigmentadas afectando labios mayores, menores, introito, vagina y cérvix a veces. Puede simular melanoma maligno, no afecta otras zonas mucocutáneas y no tiene compromiso sistémico.

La primera descripción de esta entidad fue en 1976 por Tsukada (20) en donde se hace referencia a la presencia de pigmentación benigna en vagina y cérvix.

Clínicamente se observan una o varias manchas irregulares, de color café oscuro o casi negro localizadas en labios mayores, menores, introito vaginal, perineo y a veces en cérvix. Sus dimensiones varían desde 5 hasta 45 mm. Se presentan entre la tercera y quinta décadas de la vida y son asintomáticas.

La coloración oscura inquietan tanto a la paciente como al médico. El prurito es excepcional(20).

Histológicamente se observa una epidermis hiperplásica y en forma predominante hiperpigmentación de la capa basal con escaso incremento de melanocitos en forma aislada a nivel de la unión dermoepidérmica. No se observan atipia de melanocitos y nidos de melanocitos. La dermis es normal y se observan algunos melanófagos.

El diagnóstico diferencial importante debe ser con el de melanoma maligno, nevos de unión y enfermedad de Bowen pigmentada. Histológicamente la diferencia entre esta

entidad completamente benigna y el melanoma maligno es importante y no deja lugar a duda(21).

Resulta importante conocer la existencia de esta entidad ya que su similitud clínica con el melanoma maligno tiene graves consecuencias de no realizarse el diagnóstico diferencial a tiempo.

No existe publicación acerca de la malignización de la melanosos vulvar y una vez hecho el diagnóstico de esta entidad benigna no se requiere de cirugía extensa o mutilante para su extirpación. La observación y vigilancia son lo más indicado(22).

2-Neoplasias malignas pigmentadas.

Los tumores malignos de vulva constituyen alrededor del 4 al 8 % de las lesiones malignas del aparato genital femenino. La importancia de detectar a tiempo estas entidades radica en que el diagnóstico temprano permitiría el rápido inicio de los tratamientos y que la morbilidad psicofísica disminuiría.

La edad promedio de presentación es de 63.5 años y algunas series han reportado casos entre los 25 y 45 años de edad (23).

Carcinoma epidermoide

La topografía más frecuente es a nivel de labios mayores aunque el sitio primario puede corresponder a cualquiera de las estructuras de la vulva.

Se presenta como una neoformación única, sólida, indurada, de bordes mal delimitados, de color café claro o grisáceo exofítica, de aspecto verrugoso, que en ocasiones llega a ulcerarse, sangrar y presentar infección sobreagregada. La mucosa perilesional se aprecia atrófica, blanquecina y adelgazada(24).

La evolución es crónica y el síntoma principal es el prurito, presente en 70% de los casos. Lo que más llama la atención es el hecho de que a pesar de la sintomatología las pacientes acuden en etapas más avanzadas de la enfermedad. La vía de propagación más frecuente es la linfática, determinada por la riqueza del plexo linfático subpapilar de la dermis.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histopatológico. Presenta patrones de crecimiento infiltrativo difuso, expansivo y mixto. Se observan masas irregulares de células epidérmicas que proliferan hacia la dermis constituidas por células escamosas atípicas, anaplásicas, con hiperchromatismo nuclear células disqueratóticas y perlas córneas.

Ciertos datos sugieren que el carcinoma vulvar posee diversas etiologías y que en las mujeres jóvenes está relacionado con el virus del papiloma humano a diferencia de las pacientes mayores en donde el nexo es incierto (24).

Fuera de la vulva el carcinoma epidermoide pigmentado es excepcional, sobre todo la hiperplasia intraepitelial focal.

Enfermedad de Bowen

Dicha entidad fue descrita a principios de este siglo (1912) y actualmente se le considera como un carcinoma epidermoide in situ. Afecta a personas mayores de 50 años y en 80% de los casos a mayores de 60 años. La afección a nivel vulvar se presenta en mujeres desde los 20 años de edad hasta 90 años con un promedio de 53 años de edad.

Se asocia a arcanicismo, daño actínico y radiaciones ionizantes.

Su topografía preferida es en tronco y en extremidades.

Clínicamente se caracteriza por placas circulares u ovals con eritema y costras en su superficie. En la región anogenital suelen ser de aspecto verrugoso. Ocasionalmente se presenta erosión y los bordes son netos y ligeramente infiltrados. Pueden ser en 2/3 de los casos únicas y el resto con lesiones múltiples.

El tamaño varía de 1 cm hasta 10 centímetros.

La evolución puede ser crónica y asintomática, cursar con persistencia de la lesión o en 10 a 20% evolucionar después de muchos años hacia carcinoma epidermoide.

Hay que realizar diagnóstico diferencial con: carcinoma basocelular superficial, carcinoma epidermoide, queratosis actínicas, queratosis seborreicas, psoriasis, enfermedad de Paget, verruga vulgar o queratosis seborreica inflamada en la región anogenital. Para distinguirlo de la enfermedad de Paget se busca la presencia de

anticuerpos contra queratinas en enfermedad de Bowen, tinción negativa para antígeno carcinoembrionario y proteína S-100 negativa (para diferenciarle del melanoma maligno) Histológicamente se observa cambios propios de un carcinoma “ in situ” y el comportamiento biológico es el de una dermatosis precancerosa con hiperqueratosis con focos de paraqueratosis, epidermis acantósica con pérdida de la orientación celular, atipia, hiper cromatismo nuclear excepto en la capa basal, algunas células grandes disqueratósicas y el infiltrado de células atípicas se extiende a los infundíbulos foliculares hasta la desembocadura del conducto sebáceo.

En la etiología participa el arcenicismo como factor importante pero puede ser totalmente independiente de este. El daño actínico es otro factor de importancia y la participación viral se presenta en la epidermodisplasia verruciforme.

El tratamiento ideal es el quirúrgico. Con la criocirugía se presenta recaída en 34%, en 14% con 5- fluorouracilo y sólo en 5% con el manejo quirúrgico.

Alrededor del 5% de los casos desarrollan carcinoma invasivo y un tercio de los casos tiene metástasis sin tratamiento adecuado.

Si se considera a la enfermedad de Bowen como un marcador de neoplasia visceral hay que tomar en cuenta la posible existencia de neoplasias a nivel del tracto genitourinario. La relación existe con enfermedad de Bowen en áreas no expuestas al sol como resultado de arcenicismo crónico (25).

Melanoma en vulva

Cerca del 8 a 11 % de los cánceres de vulva corresponden a melanoma maligno y sólo el 0,1% de todos los nevos en mujer se localizan en vulva. Representa entre el 2 a 5 % de todos los melanomas del organismo y es responsable en EUA del 1% de las muertes por cáncer. Es el segundo en frecuencia después del carcinoma epidermoide (13).

La posibilidad de desarrollar melanoma se encuentra presente sobre todo cuando se presentan nevos de unión(26).

La edad de presentación varía según los diferentes trabajos En la serie de 16 casos de Belardi las edades fluctuaron entre 42 y 72 años de edad y Rock B. refiere que las edades se sitúan desde la sexta hasta la octava décadas de la vida (13).

El melanoma se origina con más frecuencia en región de labios menores, clítoris y su diseminación superficial es hacia vagina y uretra.

Morfológicamente tiene 3 presentaciones clínicas: nodular, de extensión superficial y acral lentiginoso. El primero representa el 45% de los casos para la casuística de Belardi y de Ronan (26).

Clinicamente un melanoma no pigmentado puede asemejarse a un carcinoma epidermoide y a veces el grado de pigmentación suele variar y se pueden presentar lesiones amelánicas (2% de todos los melanomas en vulva)(27). Las dimensiones varían desde 0.5 centímetros hasta 10 centímetros de diámetro (26).

Los síntomas más frecuentes al momento de la exploración ginecológica son: presencia de neoformación (122 casos), hemorragia (78 casos), prurito (71 casos), ulceración (10 casos)(13).

Lo que determina el tipo de tratamiento y pronóstico son los niveles de Breslow midiendo el espesor del tumor a partir de la porción más superficial del epitelio porque hay que recordar que en la mucosa vulvar no hay granulosa. Si la lesión es ulcerada el espesor se determina a partir de la base de la ulceración hasta el punto de máximo crecimiento vertical (23) (26).

Pero se aconseja al inicio la realización de toma de biopsia de la lesión pigmentada para descartar o confirmar la presencia de melanoma maligno y así evitar las cirugías mutilantes injustificadas ya que muchas lesiones pigmentadas pueden confundirse con nevos, carcinoma de células basales, queratosis seborreicas y léntigo (28).

Carcinoma basocelular

No solamente se presenta el melanoma maligno en estas regiones sino que también podemos hallar al carcinoma basocelular que representa alrededor del 2.6% de las neoplasias en vulva.

Afecta a mujeres de la octava a novena décadas de la vida principalmente en labios mayores aunque también se presentan en labios menores, clítoris, monte de Venus y uretra.

Sus formas clínicas exofíticas (nodular, pseudoquistica, vegetante), planas (superficial, planocitrizal, morfeica), ulceradas (ulcerosa, nódulo ulcerosa) o pigmentadas se pueden

presentar en la región de la vulva (29). La más frecuente es una neoformación usualmente ulcerada, cubierta de una costra sanguínea, a veces con aspecto nodular de color eritematovioláceo con telangiectasias en la superficie, de 1 a 2 centímetros de diámetro hasta 10 centímetros (30). No se han descrito metástasis cuando el carcinoma basocelular se presenta en esta topografía.

Histológicamente tiene las mismas características de los basocelulares de piel con células de aspecto basaloide dispuestas en empalizada y con retracción del estroma.

Tiene un excelente pronóstico ya que no se conocen carcinomas basocelulares que hayan metastatizado a ganglios

Papulosis bowenoide

Se conoce también con el nombre de enfermedad de Bowen pigmentada multicéntrica, atipia vulvar reversible, atipia bowenoide de la vulva y enfermedad de Bowen multicéntrica de los genitales. Fue descrita en 1977 por Kopf y Bart como papulosis bowenoide de los genitales.

Se presenta en pacientes sexualmente activos con un promedio de edad de 31 años siendo ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres.

Es causada por el virus del papiloma humano tipo 16,18 y 33 (considerados los más oncogénicos). El primer tipo de HPV es más frecuente en mujeres.

Se caracteriza por la presencia de pápulas milimétricas de 2 hasta 33 milímetros, múltiples, del color de la piel o café rojizas que se presentan principalmente en la región genital en las mujeres. Cursan asintomáticas.

Histológicamente hay similitudes con la enfermedad de Bowen. Se observa pérdida de la orientación celular con núcleos hipercromáticos y pleomórficos, disqueratosis y mitosis atípicas dispersas. Las alteraciones celulares afectan al acrosiringio y no se afecta el acotriquio a diferencia de la enfermedad de Bowen dónde sí se afecta este último.

En la gran mayoría de casos la papulosis bowenoide se diagnostica clínicamente como condilomas acuminados. Los diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta son: nevos

melanocíticos, queratosis seborreicas, liquen plano, psoriasis, liquen simple crónico melanoma.

La correlación clínico patológica es fundamental para el diagnóstico diferencial.

El manejo es con terapia local, conservadora como electrodesecación, criocirugía, ácido retinoico tópico y aplicación de 5-fluorouracilo. Pero las recurrencias son frecuentes.

La prevención se basa en el empleo de preservativos.

La evolución de la enfermedad es variable, algunas veces hay involución espontánea sobre todo en mujeres postparto. En algunas otras la enfermedad persiste por años con un incremento en la tendencia a desarrollar posteriormente enfermedad de Bowen. En estos casos se requiere de un seguimiento cada 3 a 6 meses ya que hay mayor riesgo de desarrollar neoplasias cervicales y vulvares (26).

2- Lesiones de tipo vascular

En base a la clasificación de Enzinger los que se observan con más frecuencia a nivel vulvar son los hemangiomas capilares, hemangiomas cavernosos (variedad “blue rubber bleb nevus”) y los angioqueratomas de Fordyce.

Hemangiomas

Siendo dicha región altamente vascularizada se pueden presentar lesiones pigmentadas vasculares como varicosidades, hematomas, hemangioma senil (lago venoso), hemangiomas, granuloma piógeno, tumor glómico. Se dá especial atención al granuloma piógeno ya que además de sangrar fácilmente cuando se traumatiza se debe descartar la presencia de melanoma maligno.

Los hemangiomas de vulva son frecuentes. Aparecen desde las primeras semanas de vida, representando tan sólo el 1.35% de todos los de piel y 0.85% del total de los hemangiomas. Son más frecuentes en la infancia encontrándose en el 1.1% a 2.6% de los recién nacidos. Aparecen entre la segunda y cuarta semana de vida como una mancha azul pálido, pápula eritematosa o placa telangiectásica. Luego aumentan rápidamente de tamaño por 6 a 9 meses y posteriormente se estabiliza durante 18 a 24 meses para

posteriormente involucionar (17). A los cinco años de edad promedio el 50% de los hemangiomas han involucionado

En este texto nos referiremos sólo a los hemangiomas definidos como lesiones que proceden de una proliferación de células endoteliales de capilares. A nivel vulvar nunca se han observado hemangiomas planos o manchas congénitas ectásicas.

El hemangioma en fresa es una forma de capilares inmaduros. Se presenta en 1 de 200 niños y aparecen en las primeras semanas después del nacimiento. Al principio semejan hemangiomas planos pero a los 6 meses comienzan a incrementar de tamaño adquiriendo una superficie de aspecto nodular y papular. Continúan siendo blandos, compresibles y se llegan a ulcerar y sobreinfectar. Frecuentemente se localizan en el introito o labios menores pero a veces se observan en labios mayores, periné o muslos.

Histológicamente presentan abundantes luces vasculares en la dermis con células endoteliales prominentes y escasas luces. Cuando involucionan se aprecia fibrosis intersticial difusa y progresiva.

El hemangioma verrugoso, variante del anterior o de un cavernoso cursa con hiperqueratosis reactiva del epitelio suprayacente por lo cual suele confundirse con verrugas o queratomas. Inicia en la infancia con una neoformación verrugosa en extremidades inferiores.

Los angiomas seniles (puntos rubí, perlas sanguíneas o manchas de de Morgan) son pequeñas neoformaciones elevadas milimétricas, a veces pediculadas de color rojo intenso o rojo violáceo. En las mucosas se denominan lagos venosos y son asintomáticos a menos que se traumaticen. Son propios de la edad adulta.

Los hemangiomas cavernosos se observan con menos frecuencia que los anteriores y suelen afectar estructuras profundas, sin tendencia a la regresión. Los que se encuentran localizados en dermis tienen un color azulado, irregular y los situados en hipodermis no suelen colorear la piel suprayacente. Es frecuente que presenten algunas calcificaciones en su interior ya sean inespecíficas o flebolitos característicos de esta neoformación.

Dermatopatológicamente se encuentran constituidos por grandes vasos dilatados con endotelio aplanado dispuesto en patrón lobular o difuso y el estroma presenta un infiltrado inflamatorio perivascular.

El *blue rubber bleb nevus* (nevo azul en tetina de goma) es una forma especial del hemangioma cavernoso de piel y tracto gastrointestinal observado con relativa frecuencia en vulva con abundantes neoformaciones azuladas blandas junto a otros hemangiomas cavernosos y sangran con facilidad.

Es importante considerar que tanto maceración como microtraumatismos favorecen la aparición de ulceraciones (10%), hemorragias e infecciones secundarias (por *Staphylococcus aureus* principalmente) en los hemangiomas de capilares inmaduros. Lo anterior acelera tanto la regresión como el proceso de cicatrización y sólo requiere de observación.

Un porcentaje muy bajo de los hemangiomas en lactantes (5%) aumenta su volumen en los 3 primeros meses de vida y llegar a asociarse con síndromes como el de Kassabach-Merrit que cursa con un 30% de mortalidad (19).

La presencia de un hemangioma capilar venoso caracterizado por aparición sin espacio libre, con aumento de volumen en la posición declive y flebolitos obliga a descartar el síndrome de Klippel- Trenaunay

El tumor glómico en vulva, extremadamente raro en esta localización se observa como una lesión puntiforme de color rojo o como una neoformación azulada.

Angioqueratomas

Son lesiones poco frecuentes. Existen 4 tipos de angioqueratomas, a saber: angioqueratomas de escroto, pene y vulva (angioqueratomas de Fordyce), angioqueratoma circunscrito, angioqueratoma de Mibelli, angioqueratoma corporis diffusum de Fabry.

Imperial y Helwig en 1970 describieron 25 casos de angioqueratomas en vulva de los cuales 10 pacientes presentaron las lesiones antes o en el postparto, 12 presentaron lesiones múltiples y 13 lesiones únicas. Hasta 1980 sólo se habían reportado 3 referencias bibliográficas amplias acerca de los angioqueratomas en vulva y por ende su incidencia real se desconoce(31).

Se cree que se trata de una lesión telangiectásica secundaria a lesión local de capilares secundaria a traumatismos o a hipertensión venosa crónica con proliferación epitelial secundaria que causa acantosis e hiperqueratosis.

Clínicamente los angioqueratomas de Fordyce se caracterizan por neoformaciones de aspecto papular, verrugoso o lobulados. Son de color rojo oscuro, únicos o múltiples desde 0.2 hasta 2 cm de diámetro y su topografía más frecuente es a nivel de labios mayores y menores aunque se ha reportado en sitios menos frecuentes como en clítoris (32)(33).

Se observan más entre los 20 y 40 años de edad (en 68% de los casos referidos por Imperial y Helwig) y pueden cursar con sintomatología como sangrado (65%), exacerbado por el ejercicio o coito, prurito (11%), y dolor (9%)(23). También se ha observado asociado a síndrome de Noonan (34).

Debe realizarse diagnóstico diferencial con condilomas, melanoma, granuloma telangiectásico, granuloma inguinal, micosis profundas molusco contagioso, linfangiomas vulvares, carcinoma epidermoide y basocelular.

Es necesario el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico en dónde se observa hiperqueratosis y acantosis, capilares ampliamente dilatados en la dermis papilar, linfectasia, dilatación de vénulas y una reacción inflamatoria mínima con disminución de las fibras elásticas alrededor de las dilataciones vasculares. El manejo es con escisión local en caso de lesión única o con electrodesecación.

IV.- TRABAJO DE INVESTIGACION

JUSTIFICACION

El área de la vulva es una zona de difícil estudio tanto para el ginecólogo como para el dermatólogo puesto que involucra a una región frontera entre piel y mucosas. En el capítulo de dermatosis vulvares, en especial, son pocas las estadísticas acerca de frecuencia y tipo de lesiones pigmentarias.

Los estudios con los que contamos hasta el momento se enfocan predominantemente a población anglosajona por lo cual resulta importante conocer estos datos en nuestra población dado que las condiciones pigmentarias varían en grupos racialmente diferentes. Por otro lado, además de la prevalencia es importante conocer el tipo de lesiones predominantes sobre todo aquellas con potencial maligno.

En virtud de la alta frecuencia de dermatosis en vulva se creó por el servicio de Dermatología una clínica de tercer nivel de atención para la vulva, en conjunto con el servicio de Ginecología con el interés de obtener datos que determinaran a futuro protocolos de manejo razón por la cual la población motivo de este estudio se obtuvo de esta clínica.

OBJETIVO PRIMARIO

Conocer la prevalencia de lesiones pigmentadas en vulva en pacientes referidas a la Clínica de Vulva del Hospital General de México.

OBJETIVO SECUNDARIO

Determinar tipo de lesiones pigmentarias más frecuentes .

DISEÑO

Estudio transversal, observacional, descriptivo, de tipo encuesta.

MATERIAL Y METODOS

POBLACION

Se estudiaron todas las pacientes referidas por primera vez a la Clínica de Vulva de marzo a diciembre de 1999 que cumplieron con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes de primera vez.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con lesiones pigmentarias secundarias a la aplicación de pigmentos exógenos (nitrato de plata, violeta de genciana, mertiolate).
- Pacientes con trastornos de la coagulación o ictericia.

VARIABLES POR ANALIZAR: :

Variable principal:

Presencia / ausencia de lesion(es) pigmentaria(s).

Variables secundarias:

1. Topografía :

- labios mayores
- labios menores
- monte de Venus
- vestíbulo
- clítoris

2. Morfología :

- Tamaño de la lesión en centímetros
- Tono (color): café, negro, color piel café claro, grisáceo, eritematoso.
- Intensidad: claro u oscuro
- Regularidad: presencia o ausencia de ésta.
- Límites: bien o mal definidos
- Uniformidad: presencia o ausencia de ésta.

3. Evolución:

- Años

4. Síntomas:

- Prurito : presente o ausente
- Dolor: presente o ausente

5- Variables demográficas

Edad en años

6- Motivo de consulta

Lesiones pigmentarias u otras

PROCEDIMIENTO:

Posterior a la exploración clínica dermatológica de la vulva se registraron las variables demográficas, principales y secundarias planteadas en el estudio. Además previo consentimiento de la paciente se tomó iconografía y biopsia de algunas lesiones seleccionadas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS: Se utilizó estadística descriptiva con medidas de dispersión y tendencia central

V.- RESULTADOS

1. Prevalencia

Se revisaron a 263 pacientes vistas por primera vez en la consulta de Clínica de Vulva del Hospital General de México. De éstas, se encontraron clínicamente 39 lesiones pigmentadas en 39 pacientes lo que representa una **prevalencia de 14.83%** de la población estudiada. En la **Tabla I** se presentan los diagnósticos más frecuentes efectuados en la población estudiada dentro de la cual las lesiones pigmentadas ocupan el segundo lugar después de los condilomas acuminados.

Tabla I
Las dermatosis vulvares más frecuentes en la Clínica de Vulva del Hospital General de México.

Dermatosis	Número de pacientes	Porcentaje
Condilomas acuminados	130	49.42
Lesiones pigmentadas	39	14.83
Sin lesiones	23	8.8
Fibromas blandos	15	6
Vaginitis	8	3.1
Candidiasis	5	2
Quiste epidermoide	5	2
Molusco contagioso	4	1.50
Eritema vulvar	4	1.50
Prurito	3	1.15
Úlcera	2	0.8
Foliculitis	2	0.8
Leucorrea	2	0.8
Liquen escleroso y atrófico	2	0.8
Dermatitis crónica	2	0.8
Porro gigante	1	0.38

Psoriasis	1	0.38
Eritema pigmentado fijo	1	0.38
Furúnculo	1	0.38
Sebocistomatosis	1	0.38
Enfermedad de Paget	1	0.38
Síndrome de Sjögren/artritis reumatoide	1	0.38
Condición de Fordyce	1	0.38
Infección de vías urinarias	1	0.38
Vitiligo	1	0.38
Hernia umbilical	1	0.38
Quiste de millium	1	0.38
Dermatofibroma	1	0.38
Herpes zoster	1	0.38
Intertrigo	1	0.38

2. Tipos de lesiones pigmentadas:

Las 39 lesiones pigmentadas se clasificaron como se muestra en laTabla II; las más frecuentes fueron la melanososis por fricción, las lentiginos y los nevos melanocíticos basados exclusivamente en la impresión clínica.

Tabla II
Frecuencia y tipo de lesiones pigmentadas en 39 pacientes de Clínica de Vulva según la impresión clínica.

Tipo de lesión	Número de pacientes	Porcentaje
Melanosis por fricción	11	28.2
Lentiginos	10	25.64
Nevos melanocíticos	8	20.52
Queratosis seborreicas	4	10.26
Enfermedad de Bowen	3	7.7
Hemangioma capilar	1	2.56
Hemangioma adquirido	1	2.56
Angioqueratoma	1	2.56

3. Edad

El promedio de edad de todas las pacientes que acudieron por primera vez fue de 34.84 años (Tabla III) con una desviación estandar de 27.20 años y el rango de edades entre 3 meses a 89 años.

El promedio de edad para las pacientes que presentaron lesiones pigmentadas fue de 43.92 años (Tabla IV) con desviación estándar de 3.60 y rango de edades entre 3 meses a 86 años.

Tabla III

Número de pacientes por grupos de edad que acudieron a la Clínica de Vulva

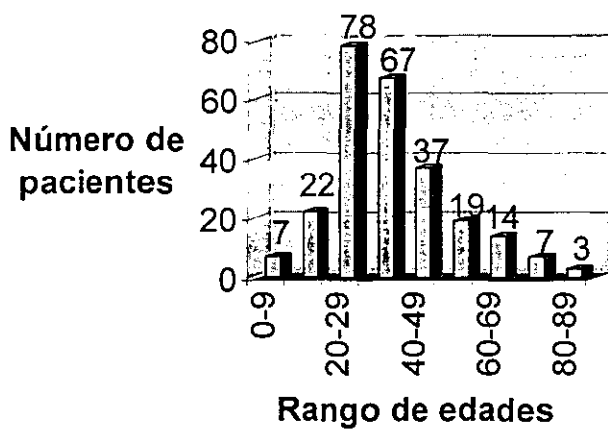
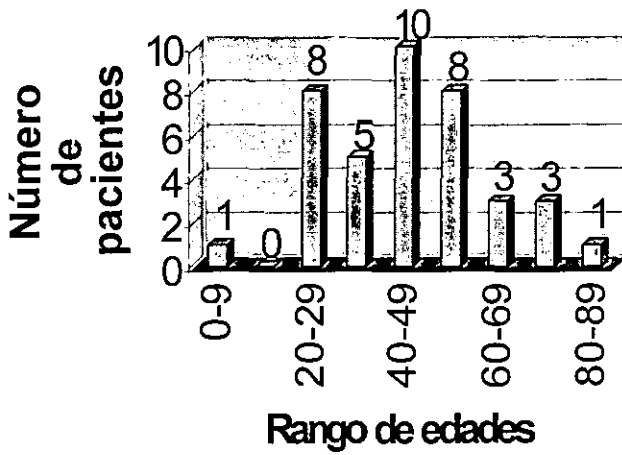


Tabla IV

Número de pacientes por grupos de edad con lesiones pigmentadas



4. Motivo de consulta

Es de señalar que de las 39 pacientes el motivo principal de envío en 19 pacientes (48.72%) fue la presencia de otra dermatosis (Tabla V) y en 20 casos (51.28%) la presencia de la lesión pigmentada. (Tabla VI).

Tabla V
Lesiones pigmentadas secundarias asociadas a dermatosis motivo de consulta.

Dermatosis motivo de consulta	Número de casos	Dermatosis asociadas	Número de casos
Condilomas acuminados	9	Lentigines	3
		Melansosis por fricción	3
		Nevo intradérmico	1
		Hemangioma adquirido	1
		Queratosis seborreica	1
Dermatitis por contacto	1	Lentigines	1
Fibromas blandos	1	Lentigines	1
Vaginitis	3	Melansosis por fricción	2
		Nevo intradérmico	1
Hidrocistoma	1	Nevo de unión	1
Prurito	1	Melansosis por fricción	1
Líquen escleroso y atrófico	1	Nevo intradérmico	1
Úlcera postraumática	1	Queratosis seborreica	1
Sebocistomatosis	1	Lentigines	1

TablaVI
Lesiones pigmentadas como motivo principal de consulta y como hallazgo secundario

Motivo de consulta	Casos	Número de casos como hallazgo secundario	Total de casos
Melanosis por fricción	5	6	11
Lentigines	4	6	10
Nevos	4	4	8
Queratosis seborreicas	2	2	4
Enfermedad de Bowen	3	0	3
Angioqueratoma	1	0	1
Hemangioma capilar	1	0	1
Hemangioma adquirido	0	1	1

5. Características clínicas de las lesiones pigmentadas

De las 39 lesiones pigmentarias se resumen la topografía más frecuente, la morfología, tiempo de evolución y la sintomatología :

Melanosis por fricción N=11	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
	Labios mayores: 11 casos	Manchas mal delimitadas: 11 casos	Café	Oscuro	2-3 cm : 11 casos	Desconoce: 8 casos 2 años: 1 caso 5 años: 1 caso 14 años : 1 caso	Prurito en todos los casos

Lentigines N=10	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
	Labios Mayores: 7 casos Labios menores: 3 casos.	Manchas 10 casos	Café	Claro	0.1-0.2 cm: 8 casos. 0.1-0.3 cm: 2 casos.	Desconoce: 9 casos. 10 años: 1 caso	Asintomático: 10 casos

Nevos	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
melanocíticos	Labios	Mancha 4	Café	Oscuro:	0.3 cm: 1 caso	Desconoce: 7	Asintomático:
Intradérmicos: N=7 De unión:N= 1	mayores: 7 casos Labios menores: 1 caso	casos Neoformación cupuliforme:4 casos		7 casos Claro: 1 caso	0.4 cm: 2 casos 0.5 cm : 1 caso 0.6 cm: 1 caso 1 cm: 1 caso 1.5 cm : 1 caso 3-4 cm: 1 caso	casos 10-15 años:1 caso	8 casos

Queratosis seborreicas	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
N=4	Labios mayores : 3 casos Labios menores : 1 caso	Neoformación verruginosa: 4 casos Bien delimitada	Café	Claro:2 casos Oscuro: 2 casos	0.4 cm: 3 casos 0.8 cm : 1 caso	Desconoce:3 casos 4 años: 1 caso	Asintomáticas: 4 casos

Enfermedad de Bowen	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
N=3	Labio mayor 2 casos Labio menor 1 caso	Ulcera: 2 casos Neoformación infiltrada: 1 caso	Café	Alternando con claro- oscuro	De 2 cm: 2 casos De 1 cm . 1 caso	Desconoce : 3 casos	Asintomáticas: 3 casos

Angioqueratoma	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
N=1	Labios mayores: 1 caso	Neoformación	Rojo cereza	Claro	0.1x 0.3 cm	10 años	Asintomática

Hemangioma capilar	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
N=1	Labio mayor derecho	Placa ulcerada	Rojo frambuesa	Oscuro	3 cm	2.5 meses	Dolor

Hemangioma adquirido	Topografía	Morfología	Color	Tono	Tamaño	Evolución	Síntomas
N=1	Labio mayor	Mancha	Rojo	Oscuro	0.1x 0.3 cm	3 años	Asintomática

6. Hallazgos histopatológicos

Después de considerar los diagnósticos clínicos se realizaron biopsias en aquellas cuyo cuadro clínico no se ajustaba a la descripción clásica.

A continuación se mencionan las descripciones dermatopatológicas efectuadas por Servicio de Dermatopatología del Hospital.

Diagnóstico clínico	Descripción histológica	Diagnóstico Dermatopatológico
Angioqueratoma	Epidermis con moderada acantosis. Dermis con luces vasculares rodeadas por células endoteliales.	Hemangioma capilar
Enfermedad de Bowen	Acantosis moderada ,pérdida de orientación celular y nuclear, hiper cromatismo nuclear, nucleolos prominentes, algunas células monstruosas y en la porción media del corte ausencia de epidermis.	Enfermedad de Bowen con inicio de invasión (CARCINOMA DE BOWEN)
Hemangioma adquirido	Acantosis irregular. Dermis con un vaso de paredes delgadas rodeado por una hilera de células endoteliales trombosado.	Trombosis vascular superficial
Nevo intradérmico	Acantosis moderada , <i>hiperpigmentación de la basal,</i> hiperqueratosis ortoqueratósica con focos de paraqueratosis	Melanosis
Nevo intradérmico	Epidermis con acantosis moderada, <i>hiperpigmentación de la capa basal y</i> capas superiores de epidermis. En dermis con algunos melanófagos aislados.	Descriptiva
Lentiginos	Epidermis con acantosis discreta, aumento de melanocitos en capa basal y melanina en capas superiores de la epidermis además de algunos melanófagos.	Lentigo simple

Nevo de unión	Hiperqueratosis ortoqueratósica. Acantosis marcada con varias capas de células de aspecto basal conteniendo pigmento melánico y con pseudoquistes córneos además de papilomatosis	Queratosis seborreica
Nevo de unión	Hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis moderada a expensas de células pequeñas de tipo basal que rodean a células escamosas. Hiperpigmentación de la basal y numerosos melanófagos en dermis superficial.	Queratosis seborreica
Nevo intradérmico	Hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis moderada, hiperpigmentación de la basal y varia células escamosas. En dermis algunos melanófagos.	Descriptiva.
Enfermedad de Bowen	Acantosis moderada, pérdida de orientación celular, pleomorfismos nuclear, hiperromatismo nuclear, disqueratosis, abundantes melanocitos dendríticos en todo el espesor de la dermis. Dermis con infiltrado inflamatorio de tipo linfocitario y melanófagos aislados.	Enfermedad de Bowen
Queratosis seborreica	Hiperqueratosis, acantosis moderada, formada por células de aspecto basal que rodean a células escamosas, hiperpigmentación de la capa basal	Queratosis seborreica
Lentigines	Epidermis con tendencia al aplanamiento, hiperpigmentación de la capa basal	Léntigo

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Queratosis seborreica	Hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis marcada irregular, constituida por células escamosas rodeadas de células de aspecto basal. Hiperpigmentación homogénea de la capa basal	Queratosis seborreica.
-----------------------	--	------------------------

7. Tipos de lesiones pigmentadas según correlación clínico patológica

Al ajustar los diagnósticos clínicos con los resultados histopatológicos, la frecuencia de los tipos de lesiones pigmentadas se modifica puesto que algunas lesiones catalogadas como nevos resultaron ser queratosis seborreicas y melanosis inespecíficas. A continuación se describe la frecuencia final de tipos de lesiones pigmentadas.

Tipo de lesión	Número de pacientes	Porcentaje
Melanosis por fricción	11	28.20
Lentigines	10	25.64
Queratosis seborreica	6	15.38
Nevos melanocíticos	3	7.7
Melanosis inespecífica	3	7.7
Enfermedad de Bowen	2	5.13
Hemangioma capilar	2	5.13
Trombosis vascular superficial	1	2.56
Carcinoma de Bowen	1	2.56

DISCUSION

La prevalencia de 14.83% de lesiones pigmentadas encontradas en nuestro estudio fue mayor que la señalada por las estadísticas anglosajonas. Los porcentajes en dichos reportes fluctúan entre 10.5 y 12 % para este tipo de estudios. En una comunicación personal de la Dra. Vega Memije, la frecuencia de lesiones pigmentadas encontrada en un grupo de 100 pacientes fue de 89%, prevalencia que dista mucho de la observada por nosotros. Esta diferencia se puede deber a que la población estudiada por la Dra. Vega fue de mujeres que acudían a citología vaginal y la nuestra una población más seleccionada.

Se realiza un cuadro comparativo de las prevalencias obtenidas en el trabajo de la Dra. Vega y el presente con el fin de ilustrar los diferentes hallazgos de ambos:

Tipo de lesión pigmentaria:	Alcantara (HGM)	Vega Memije (Gea González)
Melanosis por fricción	28.2%	No se reportó
Lentigines	25.64%	26.96%
Queratosis seborreicas	15.38%	2.24%
Melanosis de mucosas	No se reportó	21.34%
Melanosis inespecífica	7.7%	No se reportó
Nevos melanocíticos	7.7%	7.86%
Hemangiomas capilares	5.13%	2.24%
Pigmentación fisiológica	No se reportó	39.32%
Enfermedad de Bowen	5.13%	No se reportó
Carcinoma de Bowen	2.56%	No se reportó
Trombosis vascular superficial	2.56%	No se reportó

La melanosis por fricción que ocupa el primer lugar en nuestros hallazgos no se reportó en el trabajo de la Dra. Vega. La prevalencia para las lentigines es similar en ambos trabajos así como para los nevos melanocíticos. La prevalencia de queratosis seborreicas encontradas en este trabajo es 7 veces mayor que en el de la Dra. Vega, posiblemente sea debido a la ayuda de la confirmación histológica. No reportamos melanosis de las mucosas a diferencia de lo encontrado por la Dra. Vega., quien a su vez no refirió melanosis de tipo inespecífico. Encontramos un poco más del doble de hemangiomas capilares pero no se incluyó en este trabajo a la pigmentación fisiológica. En lo que amplía este trabajo al de la Dra. Vega es en que se reportan tanto enfermedad de Bowen como carcinoma de Bowen y una trombosis vascular superficial.

La melanosis inespecífica fue obtenida como resultado final de dermatopatología ya que clínicamente semejaban lesiones de tipo nevo melanocítico y en la histología la característica común fue la hiperpigmentación de la capa basal (¿postinflamatoria?). Finalmente se registraron 2 enfermedades de Bowen (5.13%) y un carcinoma de Bowen(2.56%). Las lesiones vasculares como el hemangioma capilar y la trombosis vascular superficial se situaron en el 7mo (5.13%) y 8vo (2.56%) lugares respectivamente. Lo anterior amplía la información del trabajo ya referido.

El promedio de edad de todas las pacientes que acudieron a la Clínica fue de 34.84 años y de las pacientes con lesiones pigmentadas el promedio fue mayor con 43.92 años y un rango de edades desde los 3 meses hasta los 86 años.

En más de la mitad de los casos el motivo de referencia fue la presencia de una lesión pigmentada (51.28%) y en el resto de casos correspondió a un hallazgo secundario cuyo motivo principal fue la presencia de condilomas en 9 casos, dermatitis por contacto en 1 caso, fibromas blandos en 1 caso, vaginitis en 3 casos y un caso para cada una de las siguientes dermatosis: hidrocistoma, prurito, liquen escleroso y atrófico, úlcera postraumática y sebocistomatosis.

En nuestros hallazgos predominó la melanosis por fricción asociada a prurito de varios años de evolución. Fue la primera dermatosis pigmentada en el grupo estudiado afectando ambos labios mayores con manchas café oscuro mal delimitadas y acompañadas de prurito de 2 hasta 14 años de evolución.

Las lentigines con la topografía característica de labios mayores y menores, de 1-3 mm de diámetro, color café claro, bien delimitadas, múltiples, sin poder especificar tiempo de evolución y totalmente asintomáticas fueron la segunda dermatosis frecuente y resultaron ser en más de la mitad de los casos un hallazgo de la exploración.

La tercera dermatosis pigmentada observada fue las queratosis seborreica en número de 4 por impresión clínica. La ayuda de la corroboración histológica de 2 biopsias consideradas en un inicio como nevos de unión dieron un total de 6 queratosis seborreicas. Las lesiones se encontraron en labios mayores, con un tamaño que oscilaba entre 0.4 cm y 0.8 cm.

Los nevos melanocíticos (7 intradérmicos y 1 de unión) ocuparon el cuarto lugar, afectando principalmente a labios mayores con neoformaciones cupuliformes de 0.3 cm hasta 1.5 cm y otra de 3-4 cm desconociendo tiempo de evolución y siendo todas asintomáticas. Clínicamente 5 nevos melanocíticos correspondieron después del estudio histopatológico a 3 melanosis inespecíficas y a 2 queratosis seborreicas. Con lo anterior se subraya la importancia de un estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico clínico o descartarlo.

Las lesiones premalignas encontradas fueron pocas (2 en total) en todas las pacientes que acudieron a Clínica de Vulva y afectaron labio mayor, principalmente el derecho con dimensiones de 1 a 2 cm, ulceradas en 2 casos y con una placa en 1 caso, de evolución crónica sin poder especificar el tiempo y asintomáticas. Este tipo de lesiones son desapercibidas por la paciente hasta que alcanzan dimensiones importantes y es en ese entonces que se vuelven motivo de consulta. De otra manera son ignoradas.

Sólo se reportó un carcinoma de Bowen en una paciente que afectaba labio menor derecho, con una úlcera totalmente asintomática.

Las lesiones vasculares se presentaron con 2 casos de hemangioma capilar (uno de ellos de capilares inmaduros ulcerado en una niña de 3 meses de edad y el otro que clínicamente se había interpretado como un angioqueratoma) y una tercera con una trombosis vascular superficial que clínicamente se diagnosticó como un hemangioma adquirido. Todas afectaron labios mayores, siendo de color rojo oscuro para los primeros y rojo cereza para el último, totalmente asintomáticos a excepción del hemangioma capilar ulcerado cuyo aumento de volumen y ulceración fueron motivo principal de la consulta.

La topografía más frecuentemente afectada fue labios mayores en 32 lesiones seguida de labios menores y en último el monte de Venus para todas las dermatosis descritas.

El tamaño de las lesiones fue de 0.1-0.3 cm como mínimo y de 3 cm como máximo.

Un gran porcentaje de las lesiones pigmentadas fueron asintomáticas a excepción de la melanosis por fricción cuyo síntoma predominante fue el prurito.

El color más observado fue el café claro seguida de café oscuro y finalmente de rojo oscuro.

Las lesiones se encontraron bien delimitadas a excepción de la melanositis por fricción. Predominaron las manchas y se encontraron pocas neoformaciones (nevus, queratosis seborreicas, hemangiomas, así como para enfermedad de Bowen).

El motivo principal de consulta fue la presencia de lesiones pigmentadas en 51.28% de los casos y en menos de la mitad de los casos consignados fue un hallazgo de la exploración dermatológica.

Existe cierta dificultad para el diagnóstico clínico preciso en virtud de que de 13 biopsias tomadas sólo hubo concordancia en 5 de ellas (38.46%).

La impresión diagnóstica clínica no siempre corresponde al diagnóstico histológico por lo cual en algunas ocasiones, principalmente para descartar malignidad se debe de realizar biopsia de la lesión sospechosa. La dificultad de la autoexploración de esta zona para detectar a tiempo lesiones pigmentadas premalignas nos sugiere la importancia de la exploración física de los genitales externos por lo menos una vez al año (a la par de la revisión ginecológica).

La clínica tiene menos de un año de formación y es de interés conocer la prevalencia de lesiones pigmentarias en ella para así establecer pautas de conducta en su manejo, ya sea con conducta observacional o con la valoración de toma de biopsia en caso de sospechar que se trate de lesiones premalignas o neoplasias que pongan en peligro la vida de la paciente. La toma de biopsia es de utilidad en algunos casos para corroborar el diagnóstico clínico sobre todo cuando se busca descartar melanoma maligno.

Las lesiones pigmentadas secundarias a pigmento exógeno como tatuajes en esa zona estuvieron ausentes. Tampoco se encontraron lesiones del tipo de carcinoma basocelular o melanoma maligno.

Se requiere de un mayor número de pacientes para poder establecer más adecuadamente los porcentajes de las diferentes dermatosis que se pueden presentar en vulva.

VI.- CONCLUSIONES

- 1.- La prevalencia de lesiones pigmentarias en la Clínica de Vulva del Hospital General de México es de 14.83% y ocupan el segundo lugar en frecuencia después de los condilomas acuminados.
- 2.- El grupo de edad más afectada fue de la 3a década de la vida con un promedio de 43.92 años con edades desde los 3 meses hasta los 86 años.
- 3.- Predominaron las dermatosis pigmentadas benignas: melanosis por fricción, lentiginos, queratosis seborreicas, nevos melanocíticos y melanosis inespecífica.
- 4.- La presencia de la lesión pigmentada fue motivo principal de referencia en sólo 51.28% de los casos.
- 5.- La topografía más frecuente para todos los tipos de lesión pigmentada fue en labios mayores.
- 6.- El prurito fue el síntoma principal sólo en melanosis por fricción, las demás lesiones fueron asintomáticas
- 7.- La correlación clínico-dermatopatológica fue del 38.46 % (5 de 13 biopsias).
- 8.- Las lesiones como la enfermedad de Bowen representan el 5.13% de las lesiones pigmentadas totales.
- 9.- Sólo hubo un caso de carcinoma de Bowen (2.56%).

VII- BIBLIOGRAFIA

- 1- Gray. Anatomía humana. Esplacnología. Versión española de la trigésimosexta edición, Barcelona, España, Salvat Editores S.A, 1985:1573-74.
- 2- Master y Johnson's. Anatomía sexual de la mujer. En La Sexualidad Humana. Décima edición, Barcelona, España, Grijalbo, S.A.1987:63-66
- 3- J. Hewitt. Vulva normal cap.1. En Enfermedades de la vulva, 1era Edición, Madrid, España, Mcgraw-Hill, Interamericana, 1989.
- 4- Howard W. Jones III. Enfermedades benignas de la vulva y vagina. En Novak. Tratado de Ginecología, 11va edición, McGraw-Hill, Interamericana, 1991:507-530.
- 5- J. Hewitt. Semiología vulvar cap.2. En Enfermedades de la vulva, 1era edición, Madrid,España, McGraw-Hill, Interamericana ,1989.
- 6- Pelisse M. Affections de la muqueuse génitale féminine. En J. H Saurat, E.Grosshans, P.Laugier, J.M Lachapelle, Précis de dermatologie et vénéorologie, 3eme edition, Paris, France ,Masson, 1989:527-31
- 7- Friederich EG, Burch K, Bahr JP: The Vulvar Clinic: an eight year appraisal. Am J Obstet Gynecol, 1979;135: 1036-1040.
- 8- Rock B, Hood AF,Rock JA. Prospective study of vulvar nevi. J Am Acad Dermatol, 1990; 22:104-106.
- 9- Pack GT,Lenson N, Gerber DM: Regional distribution of moles and melanomas. Arch Surg 1952;65862.
- 10- Vega Memije ME, Cortés Franco R, Dominguez Soto L, Maritinez de Larios N. Melanosis vulvar. Estudio clínico patológico de 100 pacientes. En prensa. Aceptado para publicación en Medicina Cutánea Iberolatinoamericana.
- 11- Saúl A. Estudio de un enfermo de la piel. En Lecciones de Dermatología, 13ava Edición, México D.F, Méndez Oteo, 1995: 34-35
- 12- Francisco Urbina Gonzalez, Emilio Sudy Moya, Carlos Misad, Renato Sandoval Salas. Enfermedad de Laugier. Piel, 1998; 13: 333-338
- 13- Rock B. Pigmented lesions of the vulva. Dermatol Clin, 1992; 2: 361-70

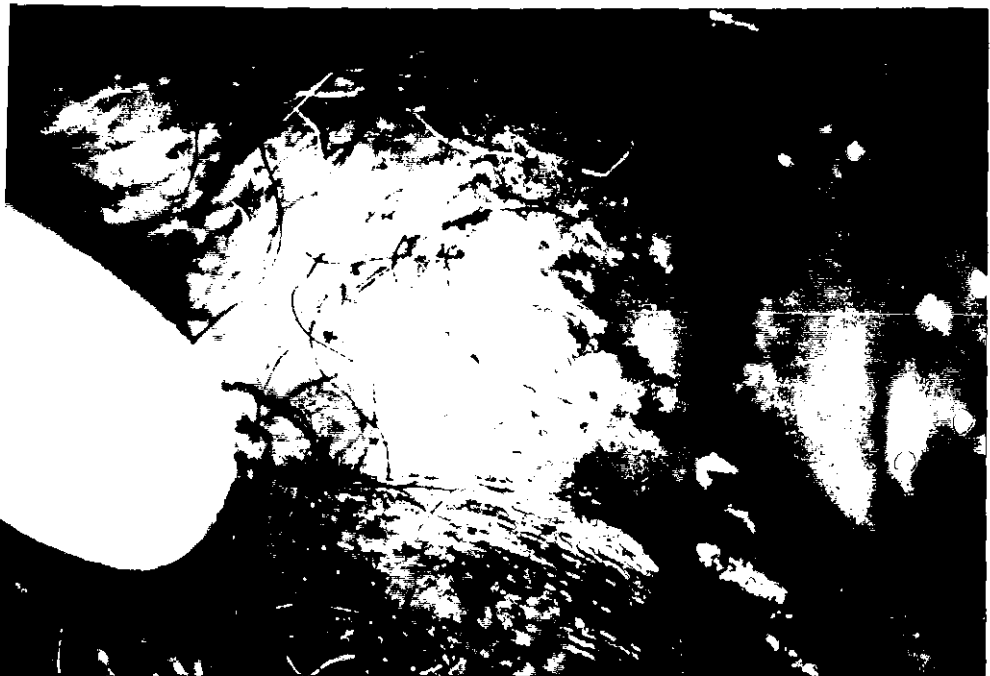
- 14- Barnhill RL, Albert LS, Shama SK, Goldenhersh MA, Rhodes AR, Sober AJ. Genital lentiginosis: A clinical and histopathologic study. *J Am Acad Dermatol*, 1990; 22: 453-60
- 15- Alvarado I. "Nevos melanocíticos: aspectos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos". Tesis UNAM 1998.
- 16- Lever W. Tumores melanocíticos benignos y melanoma maligno, 7ma edición. En *Histopatología de la piel*, Buenos Aires Argentina Stephen, Editorial Inter- Médica, S.A.I.C.I Junín 917-piso 1ºA, 1991:707-752
- 17- Camacho F. Tumores benignos de la vulva. *Monografías de Dermatología*, 1993; VI (4): 232-253.
- 18- Aristimuño M; Peniche J.: Frecuencia de nevos melanocíticos en la población mexicana. *Dermatol. Rev. Mex.*, 1990; 14(5): 347-54
- 19- Constantini S., Kaminsky A. Quistes y tumores benignos de la vulva. *Monografías de Dermatología*, 1993; VI(4): 223-231.
- 20- Tsukada Y. Benign melanosis of vagina and cervix. *Am J Obstet Gynecol*, 1976; 124: 211-2.
- 21- Szafirstein L. y Kaminsky. Melanosis vulvar. En *Monografías de Dermatología*; VI (4), 1993: 254-256.
- 22- Rudolph R. Vulvar melanosis. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23:982-4
- 23- Belardi M, G.R. Di Paolas, S. Vighi, N. Gómez Rueda-Leverone. Neoplasias de la vulva y sus enfermedades precursoras. *Monografías de Dermatología*, 1993, VI(4): 258-294.
- 24- Toki T. Probable non-papillomavirus etiology of squamous cell carcinoma of the vulva in older women: A clinicopathologic study using in situ hybridization and polymerase chain reaction. *Int J. Gynecol Pathol*, 1991; 10:107.
- 25- Schwartz R. Epithelial precancerous lesions. En *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* . Capítulo 79. Fifth Edition , 1999. The McGraw-Hill Companies, Inc.
- 26- Ronan S Ana Eng, Henry Briele, Michael Walker Tapas K Das Gupta. Malignant melanoma of the female genitalia. *J Am Acad Dermatol*, 1990; 22:428-35.

- 27- Barclay David. Trastornos premalignos y malignos de la vulva y la vagina. En Pernoll y Benson. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 5ta edición. , México D.F. El Manual Moderno, 1989:854-871
- 28- J.Grant-Kels,Bason E, Caron M Grin. The misdiagnosis of malignant melanoma. J Am Acad Dermatol ,1999;40: 539-48.
- 29- Peniche J. "Tumores de la piel". En Saül A. Lecciones de Dermatología. 13va ed. . México D.F., Méndez Editores, 1995:445-454.
- 30- Jorquera E, J.C. Moreno, F. Camacho. Otros tumores malignos de la vulva. Monografías de Dermatología, 1993;VI(5): 311-26.
- 31- Uhlin S.R. Angioqueratoma of the vulva. Arch Dermatol, 1980; 116: 112-113
- 32- Novick N. Angiokeratoma vulvae. J Am Acad Dermatol, 1985;12: 561-563.
- 33- Bruce T. Angiokeratoma of the clitoris. Arch Pathol Lab Med,1992;116:880-881
- 34- Meyer W, Dotters D. Laser treatment of recurrent vulvar angiokeratoma associated with Noonan syndrome. Obstetrics and Gynecology, 1996; 87: 863-65.

I.- ANEXOS ICONOGRAFÍA.



1.- MELANOSIS POR FRICCION



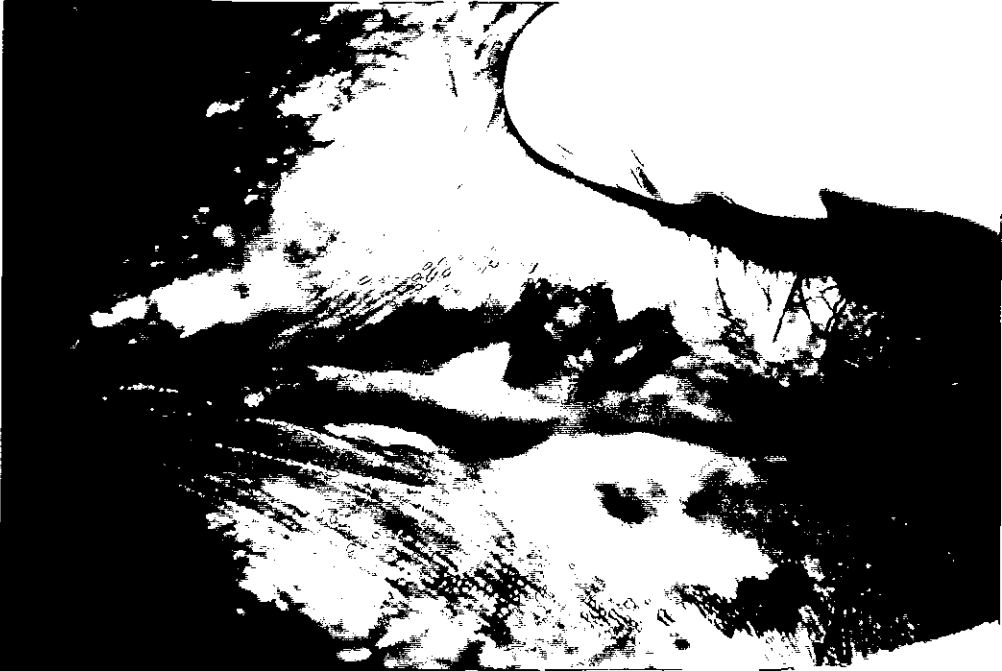
2.- LENTIGINES



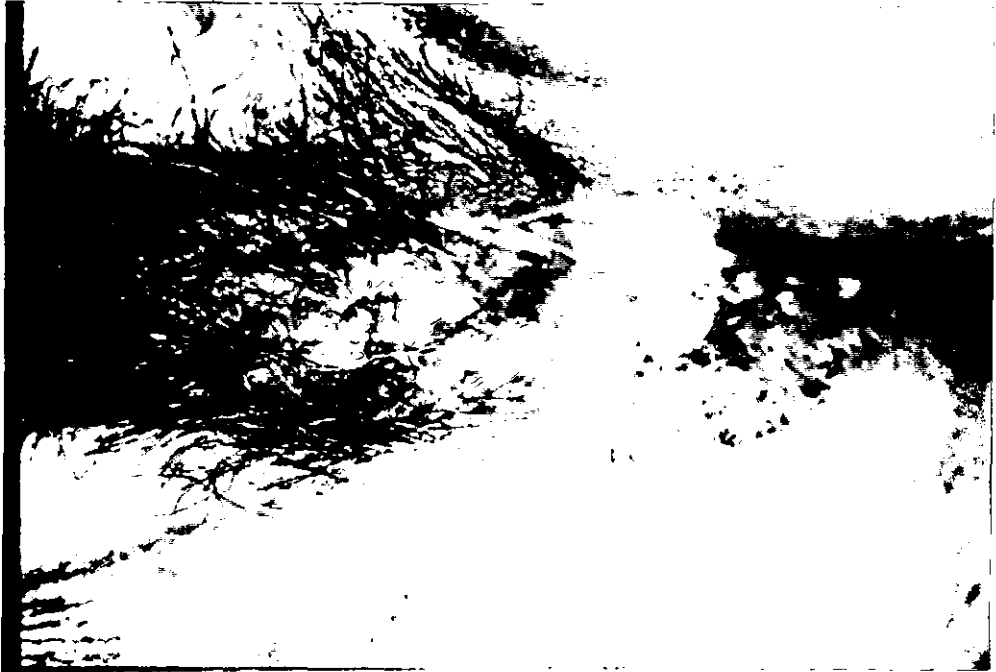
3.- QUERATOSIS SEBORREICA



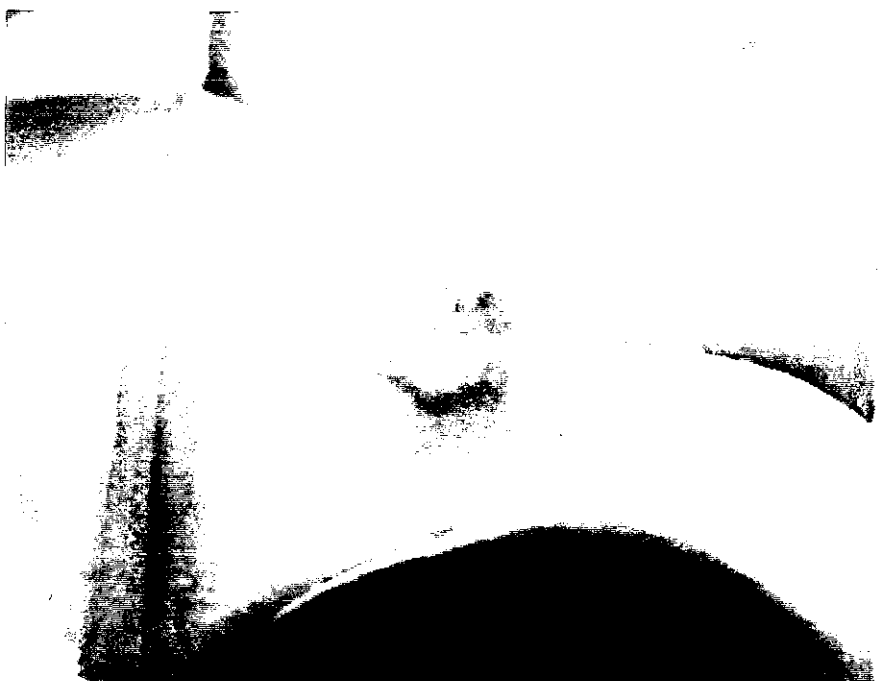
4.- NEVO MELANOCITICO



5.- MELANOSIS INESPECIFICA



6.- ENFERMEDAD DE BOWEN



7.- HEMANGIOMA CAPILAR



8.- TROMBOSIS VASCULAR SUPERFICIAL