11217
74

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

"TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE VESTIBULITIS VULVAR. COMPARACIÓN DE LA VAPORIZACIÓN LÁSER CON ELECTROCIRUGIA"

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. GABRIELA DE LOURDES LOPEZ CISNEROS.

ASESOR: DR. MANUEL MATUTE GONZALEZ.

MÉXICO, D.F. FEBRERO DEL 2001.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

"TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE VESTIBULITIS VULVAR. COMPARACIÓN DE LA VAPORIZACIÓN LÁSER CON ELECTROCIRUGIA"

ASESOR. DR. MANUEL MATUTE GONZALEZ.

COLABORADORES: DR. MARTINEZ RODRÍGUEZ OSCAR.
DRA. PEREZ OCHOA ELIZABETH.

A DIOS.

POR REGALARME LA VIDA Y LA HERMOSA DICHA DE SER MEDICO

A MI MADRE

POR SER UNA GRAN MUJER Y ESTAR CONMIGO EN TODO MOMENTO. PORQUE SIN ELLA, NADA DE ESTO HUBIERA SIDO POSIBLE.

A MI PADRE.

EN DONDE ESTE Y PORQUE EL ME ENSEÑO QUE EL CAMINO DEL ÉXITO ES EL TRABAJO Y LA RESPONSABILIDAD. TE EXTRAÑO

A MIS HERMANOS.

POR BRINDARME SIEMPRE SU APOYO INCONDICIONAL, SU CARIÑO Y SOBRE TODO POR AGUANTAR.

A MI HIJO RODRIGO.

QUE CON SU LLEGADA TRAJO LUZ A MI VIDA Y ME DIO UNA RAZON PARA LUCHAR Y SEGUIR ADELANTE TE AMO

A MIS AMIGOS:

PACO, ALFONSO Y GUADALUPE CON QUIENES COMPARTI EL DESVELO, LA EMOCION Y DESENCANTO DE CADA UNA DE LAS GUARDIAS HOSPITALARIAS, GRACIAS POR COINCIDIR

A MIS ASESORES DE TESIS

EL DR OSCAR MARTINEZ RODRÍGUEZ Y LA DRA ELIZABET PEREZ OCHOA POR SU AYUDA AL DR ROBERTO NAVA BACCA POR SUS ENSEÑANZAS Y DE MANERA MUY ESPECIAL AL DR MANUEL MATUTE GONZALEZ, COORDINADOR DE TESIS POR SU CONFIANZA Y APOYO EN TODO MOMENTO, POR CREER EN MI, PERO SOBRE TODO POR BRINDARME SU AMISTAD. MUCHAS GRACIAS

A TODOS LOS MEDICOS, PERSONAL DE ENFERMERIA, ADMINISTRATIVO Y ESPECIALMENTE AL PERSONAL DE BIBLIOTECA POR CONTAR SIEMPRE CON ELLOS. GRACIAS

INDICE.

I.	RESUMEN	1.
II.	ANTECEDENTES	2.
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5.
IV.	HIPOTESIS	6.
V.	OBJETIVOS	7.
VI.	METODOLOGIA	8.
VII.	MATERIAL Y METODOS	10.
VIII.	ESTADISTICA	11.
IX.	RESULTADOS	12.
X.	CONCLUSIONES	13.
XI.	BIBLIOGRAFIA	14.
XII.	ANEXOS	15.

RESUMEN.

Titulo. Tratamiento del síndrome de vestibulitis vulvar. Comparación de la vaporización láser con electro cirugía.

Objetivo. Determinar la eficacia del tratamiento del síndrome de vestibulitis vulvar con dos métodos diferentes de vaporización.

Diseño del estudio. Longitudinal, prospectivo, experimental y comparativo.

Material y métodos. Se incluyeron 11 pacientes, las cuales fueron seleccionadas de entre las enviadas a la clínica de displasia del servicio de Ginecología del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico "La Raza"con diagnóstico de displasia cervical y/o cervicovaginitis de repetición de noviembre de 1999 a noviembre de 2000. Todas la pacientes referían dolor vulvar, dispareunia y prurito de más de 6 meses (criterios de Friedrich's). A las pacientes incluidas se les realizo colposcopía vulvar, vaginal y cervical con toma de biopsia. Las que presentaron reporte de displasia o neoplasia se eliminaron del estudio, al resto se le propuso el tratamiento quirúrgico y firmaron carta de consentimiento informado. Se aplico tratamiento de manera aleatoria y después del procedimiento se indico reposo, analgésico y realización de psediluvios. Se evaluaron a las pacientes a las cuatro semanas, tres, seis y nueve meses.

Resultados. Se incluyeron un total de 11 pacientes de las cuales 6 recibieron tratamiento a base de electro cirugía (Grupo A) y cinco recibieron tratamiento con láser (Grupo B). Las edades en promedio fueron de 36.5 años, el tiempo de evolución con la sintomatología fue de 12 meses, las biopsias de cérvix mostraron la presencia de VPH en 9 pacientes del grupo A y en 4 del grupo B. El prurito desapareció inicialmente en los dos grupos de estudio , el dolor mejoro en el 100% de las tratadas con electro cirugía y en 60% de las que recibieron vaporización con láser. El ardor desapareció durante los primeros tres meses y reapareció a los 6 meses en más del 50% en ambos casos.

Conclusiones. El síndrome de Vestibulitis Vulvar, representa una entidad de difícil diagnóstico, manejo y control, los procedimientos quirúrgicos propuestos para el manejo de esta patología, no consiguen una curación absoluta y en algunos casos la exacerban por el proceso de cicatrización: sin embargo representan una opción terapéutica que puede ser intentada como parte del tratamiento de esta enfermedad.

ANTECEDENTES.

La actividad sexual es una parte importante del desarrollo humano, la salud y el buen funcionamiento son ingredientes básicos para una imagen corporal positiva. Es por eso que las personas que ven a sus cuerpos negativamente por razones diversas como dolor, discapacidad o depresión en realidad pueden estar sufriendo de alguna alteración en la función sexual. Las experiencias de dolor y más específicamente dolor asociado al acto sexual (dispareunia) puede tener no solo un profundo efecto en la imagen corporal y en la función sexual, sino que también este tipo de dolor altera el nivel de deseo sexual y rompe con el circulo de respuesta sexual de la pareja. (1)

Anteriormente la dispareunia era considerada como resultado de una disfunción psicosexual caracterizada por contracciones involuntarias de los músculos del introito (vaginismo), sin embargo, la dispareunia en muchas ocasiones es condicionada por un estado de hiperestesia vestibular que se denomina vestibulitis vulvar. (2)

En la actualidad, la hiperestesia vulvar es conocida con el nombre de Síndrome de Vestibulitis Vulvar (SVV) . Descrito por primera vez en 1889 por Skene como una " excesiva sensibilidad en la vulva". La condición fue ignorada cerca de 100 años, excepto por una referencia de Kelly en 1928 quien lo describe como "zonas eritematosas, muy sensibles y localizadas en el anillo himeneal, que produce un dolor intenso durante el coito e incluso pueden hacerlo imposible". No se menciono nada con relación a esta patología sino hasta 1976 cuando Pellisse y Hewilt describen un síndrome de dispareunia superficial como una "vulvitis eritematosa en placa". (3) En 1983 la Sociedad Internacional para el Estudio de las enfermedades vulvares introduce el término de síndrome de ardor vulvar y vulvodinia, definiéndolo como una condición de inflamación vulvar crónica. Woodroff en 1983, describe una condición similar y lo atribuye a una infección de las glándulas vestibulares proponiendo por primera vez un manejo quirúrgico para este problema. (4)

Para 1987, Friedrich define finalmente esta condición y la denomina "Síndrome de Vestibulitis Vulvar" (V V S) describiendo así los hallazgos presentados en un número cada vez mayor de mujeres estudiadas.

Son tres los criterios que Friedrich propone para establecer el diagnóstico de síndrome de vestibulitis vulvar y estos son:

a) Dolor agudo al tacto del vestíbulo o a la entrada del mismo.

b) b)Sensibilidad localizada en el vestíbulo.

c) Hallazgos confinados a la vulva caracterizados por eritema de varios grados.

Esta condición resulta en una hiperestesia vulvo-vestibular particularmente localizada en la base del remanente himeneal y que se extiende anteriormente en dirección a las glándulas parauretrales y al espacio subclitoriano. (3,5,6)

El vestíbulo es el área de la vulva, limitada anteriormente por el clítoris, posteriormente por la horquilla y lateralmente por la línea de Hurt. Las glándulas vestibulares menores están limitadas a una pequeña área del vestíbulo en la base del himen y su localización anatómica corresponde al área principal de hiperalgesia del síndrome de vestibulitis vulvar aunque su papel en la etiología de ésta enfermedad es aun desconocido.(3)

Inicialmente las pacientes presentan dolor a la aplicación de tampones o dolor a la penetración inicial, algunas de ellas refieren dolor vulvar únicamente al sentarse o con el uso de ropa ajustada., otras pacientes manifiestan síntomas urinarios como incontinencia , cistitis intersticial y síndrome uretral, algunas otras presentan síntomas relacionados con el tracto digestivo caracterizados síndrome de colon irritable .

La etiología de esta condición no es clara aun, y en un buen número de pacientes la resolución es espontánea. Sin embargo algunas teorías que se discuten incluyen factores que causan una inflamación no especifica causadas por infiltración subepitelial de linfocitos en el área de la mucosa vestibular. (6) Los hallazgos histopatológicos han mostrado edema, angiectasia y hemorragia en grados variables dependiendo de la severidad de los síntomas. (7)

De cualquier manera la etiología de la enfermedad es aun incierta, un número importante de pacientes, tienen antecedentes de episodios de candidiasis vulvovaginal de repetición, que han sido mal tratadas o tratadas de manera insuficiente; el papel del virus del papiloma humano , (VPH) también ha sido considerado como agente etiológico de esta patología aunque no se ha demostrado de manera definitiva ; se ha mencionado también irritantes tópicos, reacciones inmunológicas, alteraciones hormonales e incluso alteraciones psicosomáticas (8,9,10) .

Con relación a la colonización del aparato reproductor por el virus del papiloma, este produce cambios micropapilares con disfunción sexual secundaria observándose en este caso, cuatro componentes principales:

1) Una reacción acetoblanca irritativa del epitelio vulvar secundaria a infección por VPH.

2) Una ectasia vascular que afecta toda la dermis vestibular.

3) Focos de eritema doloroso que rodean las glándulas vestibulares menores.

4) Dolor importante en las glándulas de Bartholin.

El manejo inicial, comienza con suspender la utilización de jabones, cremas, duchas y otro irritante potencial ; el uso de agua pura unicamente, puede mejorar la sintomatología en algunas ocaciones. Los esteroides no son efectivos y los anestésicos tópicos pueden causar irritación, los emolientes no irritantes como los aceites vegetales pueden ayudar a las pacientes en algunos casos aislados sin embargo no hay curación de la enfermedad con estos. (11,12)

Aunque la infección superficial por VPH responde al tratamiento en la mayoría de las veces, la inflamación que circunda a las glándulas es refractaria al tratamiento médico con esteroides. La terapéutica propuesta ha sido la exceresis de los tres cuartos posteriores del *anillo himeneal, lo cual es un procedimiento* insatisfactorio por varios motivos entre los que se encuentran los resultados estéticos y la exacerbación de la sintomatología por el proceso de cicatrización en si (9,10). El procedimiento quirúrgico se divide en tres categorías: vestibulectomia, vestibuloplastia y excisión local.

La vaporización superficial del epitelio acetoblanco con láser de dióxido de carbono (Co2), puede dar buen resultado. La principal acción del láser es foto coagular los vasos sanguíneos dérmicos con hiperemia crónica, el objetivo es extirpar la epidermis afectada y la porción de apéndice cutáneo que también puede estar estar afectada. La destrucción focal del tejido vulvar dañado, utilizando electro cirugía constituye otro sistema aceptable que proporciona beneficios similares a la realizada con láser . (8,9)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de vestibulitis vulvar es una entidad poco diagnosticada por los médicos familiares y los Gineco-Obstetras, provoca una mala calidad de vida en la paciente y condiciona alteraciones en la relación de pareja que culminan en actitudes de género exageradas, al no poder sostener relaciones sexuales de forma adecuada; por lo que determinar el tratamiento más efectivo nos ayudara a mejorar su calidad de vida

PREGUNTA #1

¿Cuál es el tratamiento más efectivo del síndrome de vestibultis vulvar?

PREGUNTA #2

¿Qué tratamiento tiene mejor evolución clínica?

PREGUNTA #3

¿Qué tratamiento tiene mayor curación?

HIPOTESIS

El tratamiento del síndrome de vestibulitis vulvar con vaporización electro quirúrgica es más eficaz en comparación con el láser, tiene mejor evolución clínica y la curación del síndrome de vestibulitis vulvar, es mayor en pacientes con vaporización electro quirúrgica en comparación con el láser.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la eficacia del tratamiento del síndrome de Vestibulitis Vulvar con dos métodos diferentes de vaporización.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comparar la evolución clínica de las pacientes sometidas a vaporización láser vs. electro cirugía.

Comparar la curación del síndrome de vestibulitis vulvar en pacientes sometidas a vaporización láser vs. electro cirugía.

METODOLOGIA

Se seleccionaron de manera aleatoria, a las pacientes enviadas a la clínica de displasia del servicio de Ginecología, del Hospital de GinecoObstetricia #3 Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período comprendido de Noviembre de1999 a Noviembre del 2000, con diagnostico de displasia cervical que eran referidas de su unidad de adscripción con diagnostico citológico de displasia cervical ó cervico-vaginitis rebelde al tratamiento y se les aplicaron los criterios de elegibilidad. Las pacientes seleccionadas referían dolor vulvar, dispareunia y prurito de más de 6 meses de evolución; que corresponden a los criterios de Friedrich's así también las pacientes referían tratamientos multiples para síntomas como el prurito y el ardor (criterios de inclusión). Se les realizó historia clínica completa haciendo hincapié en la presencia de enfermedades de la colágena, diabetes mellitus y tratamiento médico con glucocorticoides e inmunosupresores (criterios de exclusión).

Aquellas pacientes que reunieron los criterios de inclusión se les realizó colposcopía cervical, vaginal y vulvar, tomando biopsia de las lesiones existentes.

Dos semanas posteriores a la biopsia fueron citadas al consultorio de colposcopía láser con su resultado de patología. Aquellas pacientes con reporte de NIV III, fueron eliminadas del protocolo, al resto de las pacientes se les propuso el tratamiento y firmaron una carta de consentimiento informado.

Las que no aceptaron recibir tratamiento para la patología cervical siguieron su control en la clínica de displasia según las normas del servicio.

Las que aceptaron participar en el protocolo, se les asignó tratamiento de forma aleatoria el cual consistió en vaporización electro quirúrgica, aplicándoseles anestesia local con xilocaina al 2% sin epinefrina previa valoración colposcópica de la vulva y con determinación precisa del sitio de vaporización para proceder a la fulguración y coagulación de los tejidos por una corriente de alta frecuencia. A las pacientes manejadas con vaporización láser se les infiltró con jeringa de insulina, xilocaina al 2% sin epinefrina para posteriormente y mediante un barrido de modo continuo a 3-4cm de la lesión y con una profundidad de 7mm, destruir la totalidad del tejido dañado.

Después del procedimiento se les indico reposo por espacio de 2 semanas (incapacidad a la que lo ameritaron), realización de psediluvios, y analgésico del tipo del Ketorolaco a dosis de l0mgs VO cada 12hrs. por una semana, y aplicación de sulfadiazina de plata micronizada en crema .

Las pacientes fueron evaluadas a las cuatro semanas posteriores al tratamiento donde se lleno el anexo número 1.

MATERIAL Y METODOS.

LUGAR DE L ESTUDIO.

clínica de displasia del servicio de Ginecología, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico Nacional "La Raza". Delegación 2 noreste del D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social.

POBLACION.

Toda paciente referida de su unidad de adscripción con diagnóstico de displasia cervical y cervico-vaginitis de repetición y/o rebelde al tratamiento, que una vez valorada cumpla con los criterios de elegibilidad.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Muestra por conveniencia. Se asignara el tratamiento con láser o electro cirugía de forma aleatoria.

TIPO DE ESTUDIO.

Longitudinal, prospectivo, experimental y comparativo

Pregunta número # 1.

Hipótesis alterna.

La vaporización con electro cirugía del síndrome de vestibulitis vulvar tiene mejor evolución clínica en comparación con el uso del láser

Hipótesis nula:

La vaporización con electro cirugía del síndrome de vestibulitis vulvar no tiene mejor evolución clínica en comparación con el uso de láser.

Las variables son cualitativas nominales, usaremos Chi cuadrada.

Pregunta # 2

Hipótesis alterna.

La curación del síndrome de vestibulitis vulvar es mayor en pacientes con vaporización electro quirúrgica en comparación con el láser.

Hipótesis nula.

La curación del síndrome de vestibulitis vulvar no es mayor en pacientes con vaporización electro quirúrgica en comparación con el láser.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 11 pacientes en un periodo de tiempo comprendido de 11 de Noviembre de 1999 a 28 de Noviembre del 2000, la cuales fueron admitidas en la clínica de displasia del servicio de Ginecología del Hospital de GinecoObstetricia Centro Médico "La Raza" y en quienes se estableció el diagnóstico de Síndrome de Vestibulitis Vulvar. De esta pacientes, 6 fueron manejadas con electro cirugía (Grupo A) y cinco pacientes recibieron tratamiento con láser (Grupo B) .

La edad promedio de las pacientes fue de 36.55 ± 6 56, el tiempo de evolución con la sintomatología :prurito, dolor, ardor vulvar, y dispareunia fue de 12.00 ± 3.16 y el inicio de la vida sexual fue a los 19.55 ± 2.62 años. En las pacientes la moda en las gestaciones fue de 3 (0 a 7) en los partos de 1(0 a 5) en la cesárea fue de 1 (0 a 2) y en los abortos de 0 (0 a 2). No se demostraron diferencias entre los grupos. (Tabla 1).

La biopsia cervical reporto displasia leve asociada a virus del papiloma humano en 9 pacientes, 5 del grupo A y 4 del grupo B, a todas ellas se les realizo vaporización del cérvix. La colposcopía del tercio superior de vagina y de fondos de saco no demostró lesión sugerente de infección por Virus del Papiloma Humano.

La Vulvoscopia demostró en todos los casos lesiones acetoblancas, de las cuales se tomaron biopsias con resultado de virus del papiloma humano en el 100%.

La vaporización se realizo en el consultorio de Láser con anestesia local, con las técnicas descritas anteriormente. En las dos primeras semanas en los dos grupos se presento ardor y dolor que imposibilito las actividades cotidianas de la paciente. Se dio tratamiento en todos los casos con ketorolaco 10 Mg cada 6 horas, sulfadiazina de plata local y psediluvios. En la exploración de la vulva se encontraron zonas hiperémicas y ausencia de epitelio en más del 50% del área vaporizada.

A las cuatro semanas del procedimiento el dolor no imposibilito las actividades cotidianas en 66.6% de las pacientes del grupo A y en 80% del grupo B. En la exploración se encontraron zonas hiperémicas, que abarcaban mas del 10% del área vaporizada en 33.4% de las pacientes del grupo A y en el 20% del grupo B. Estas últimas pacientes correspondían a las pacientes que presentaron sintomatología. A las seis semanas del procedimiento todas las pacientes se encontraban asintomáticas y la vulva estaba cicatrizada.

El prurito desapareció de manera inicial, apareciendo posteriormente a los nueves meses en los dos grupos de estudio. El dolor mejoro en el 100% de las pacientes tratadas con electro cirugía y solamente en el 60% de las que recibieron vaporización con láser. El ardor desapareció en un 100% de las pacientes tanto del grupo A y B durante los primeros tres meses: posteriores a la vaporización sin embargo reapareció a los seis meses en los dos grupos de estudio incrementándose hasta más del 60% hacia los nueve meses post-tratamiento en ambos grupos (tabla 2)

CONCLUSIONES.

El resultado de la presente investigación, indica que el Sindrome de Vestibulitis Vulvar es un padecimiento poco diagnosticado y que muchas veces pasa desapercibido para los médicos generales que son el primer contacto con las pacientes e incluso algunas ocasiones el único; de igual manera algunas veces este padecimiento tampoco es detectado por lo médicos especialistas en Ginecología, tal vez por el poco conocimiento en relación a esta patología. Una vez que se establece el diagnostico de Síndrome de Vestibulítis Vulvar en base a los hallazgos clínicos y la conformación de la triada de Friedrick's, el manejo de estas pacientes se complica por el componente emocional del padecimiento ya que repercute de manera importante en la actividad sexual de la pareja.

Las propuestas de tratamiento médico referidas en la bibliografía no siempre mejoran la sintomatología ni logran desaparecer por completo las lesiones cutáneas, por otro lado en algunas ocasiones el uso crónico de esteroides tópicos y/o el uso de antihistamínicos, repercuten de manera importante en la salud de la paciente (1,10).

Es por esto que la propuesta de un tratamiento quirúrgico a base de vaporización con láser o electro –cirugía representan una opción de tratamiento para estas pacientes; sin embargo como pudimos comprobar con la realización de este estudio, la respuesta final de las pacientes no muestra un beneficio significativo en pro del mejoramiento de los síntomas genitales e incluso en algunas ocasiones los exacerba como cuando se trata de ardor vulvar y dispreunia. Son varios los factores que pueden contribuir a una respuesta inadecuada y a lesiones persistentes sin desaparición de los síntomas como son: la presencia del virus del papiloma humano en vagina o la enfermedad oculta en el esposo, lo cual contribuye a una reinfección de la paciente. De cualquier manera la útilización de la vaporización con láser o con electro-cirugía no representan el manejo idóneo para estas pacientes, ya que los efectos del procedimiento per se, pueden condicional a cierto grado de irritación, inflamación e incluso a fibrosis de la región tratada, con el incremento secundario de los síntomas o simple mente la no curación de los mismos.

Por lo anterior consideramos que el diagnostico, estudio y control de las pacientes con Síndrome de Vestibulitis Vulvar, amerita un manejo interdisciplinario por parte del Ginecólogo, Dermatólogo y Psicoterapeuta así como una cooperación amplia por parte de la paciente y su pareja con el fin de disminuir al máximo el estado de ansiedad de la paciente y mejorar la calidad de vida así como las relaciones de pareja.

BIBLIOGRAFIA.

1. White G, et al. Sexual Behavior Changes with Vulvar Vestibulitis Syndrome. I. Reprod Med 1998; 43:783-789.

2. Bornstein J. Zarfati D., et al. Vulvar Vestibulitis: Physical or Psychosexual Problem?. Obstet Gynecol 1999;93:876-80

3. Pagano R, Vulvar Vestibulitis Syndrome: An Often Unrecognized Cause of Dyspareunia.Aust NZ J.Obstet Gynaecol 1999: 1:79-83.

4. Origoni M, Rossi M, Ferrari D, et al. Human papillomavirus with co existing vulvar vestibulitis síndrome and vestibular papillomatosis. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1999; 64: 259-263.

5. Westrom L., et al Vestibular Nerve Fiber Proliferation in Vulvar Vestibulitis Syndrome. Obstet Gynecol 1998; 91:572-6.

6. Bohm S.N., Hilliges M., et al. Increased Intraepitelial innervation in Women with Vulvar Vestibulitis Syndrome. Gynecol Obstet Inv. 1998;46:256-260.

7. Stewart GE, Bergewr MB. Parallel Pathologies? Vulvar Vestibulitis and Interstitial Cystitis. J. Reprod Med 1997; 42:131-134.

8. Westrom LV, et al. Vestibular Nerve Fiber Proliferation in Vulvar Vestibulitis Syndrome. Obstet Gynecol 1998; 91:572-6.

9. Growdon WA, Fu YS, et al. Pruritic Vulvar Squamous Papillomatosis: Evidence for Human Papillomavirus Etiology. Obstet Gynecol 1985;66:564-568.

10. Bornstein J. et al .Severe Vulvar Vestibulitis. Relation to HPV infection J Reprod Med 1997;42:514-518

11. Gordon D. et al. Clinical Managament of Vulvodynia. Clin Obstet Gynecol, 1999: 42: 221-223.

12. Glazer HI, et al. Treatment of vuklvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculatuire. J.Reprod. Med. 1995: 40: 283-290.

13. Goetsch MF. Vulvar Vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practic population. Am J Obstet Gynecol. 1991;164:1609-1614.

ANATOMIA DE LA VULVA

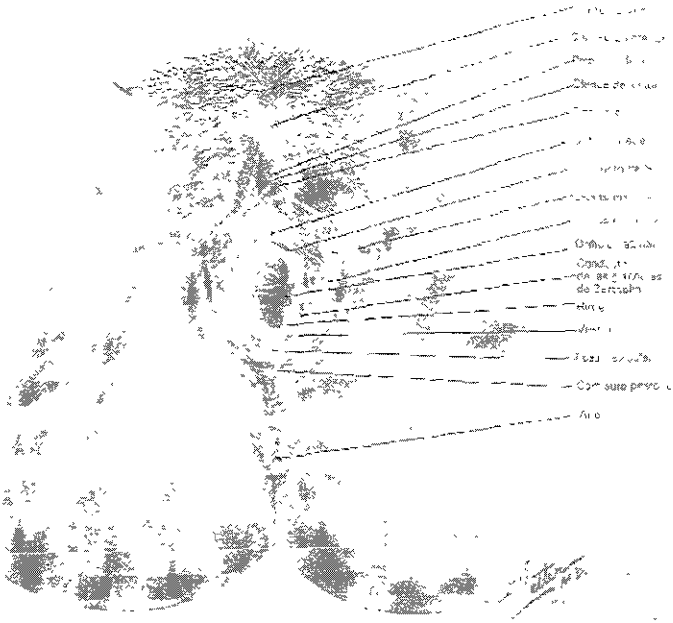

Tabla #1. Comparación De Las Variables Demográficas de Pacientes con Síndrome de Vestibulitis Vulvar tratadas con Electro cirugía y Láser.

Vaporización.	electro cirugía	Láser
Edad (años)	39.33 ± 5.89	33.20 ± 6.22
Tiempo de evolución de la sintomatología (meses)	12.00 ± 3.74	12.00 ± 2.74
Inicio de Vida Sexual (años)	20 ± 2	19.00 ± 3.39
Gestaciones.	3.5 (1 a 7)	2 (0 a 4)
Partos	3.5 (0 a 5)	0 (0 a 1)
Cesáreas	0 (0 a 2)	1 (0 a 2)
Abortos.	2 (0 a 2)	1 (0 a 2)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2. Comparación de la Sintomatología de Pacientes con

Síndrome de Vestibulitis Vulvar tratadas con Vaporización Láser y Electro quirúrgica.

	Tres meses		Seis meses		Nueve Meses	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
Prurito	0%	20%	50%	60%	83.3%	100%
Sin prurito	100%	80%	50%	40%	16.7%	0%
Dolor			0%	20%	0%	40%
Sin Dolor	100%	100%	100%	80%	100%	60%
Ardor			66.7%	40%	83..3%	60%
Sin Ardor	100%	100%	33. 3%	60%	16.7%	40%
Dispareunia	100%	60%	66.7%	80%	66.7%	80%
Sin Dispareunia	0%	40%	33..3%	20%	33..3%	20%

Grupo A vaporización con electro cirugía, Grupo B vaporización con Láser. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las variable

Tabla # 3. Comparación de los Hallazgos en la Exploración Vulvar y e n la Vulvoscopia de Pacientes con Síndrome de Vestibulitis Vulvar tratadas con Vaporización Láser y Electro quirúrgica.

	Tres meses		Seis meses		Nueve Meses	
	Grupo A	**Grupo B**	**Grupo A**	**Grupo B**	**Grupo A**	**Grupo B**
Hiperestesia					33..3%	20%
Sin Hiperestesia	100%	100%	100%	100%	66.7%	80%
Eritema						40%
Sin Eritema	100%	100%	100%	100%	100%	60%
Lesión Colposcópica	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Sin Lesión Colposcopica	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Grupo A vaporización con Electrocirugía, Grupo B vaporización con Láser. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguna de variables

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA.

México D.F. a ----- de ---------- de--------.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE VESTIBULITIS VULVAR COMPARACIÓN DE LA VAPORIZACIÓN LASER CON ELECTROCIRUGIA", registrado ante el comité local de investigación con el número 02512000. El objetivo del estudio es determinar la eficacia del tratamiento del síndrome de vestibulitis vulvar con dos métodos diferentes de vaporización.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la valoración por médicos especialistas con la aplicación de vaporización con láser o electro cirugía según lo determinado por el médico investigador y los médicos asociados.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios y cualquier otro asunto relacionado con la investigación ó con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, así como tambien se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio

Nombre y firma del paciente

Nombre, matricula y firma del investigador.

CUESTIONARIO.

NOMBRE:
CEDULA:
EDAD:
ESTADO CIVIL:

1)SOLTERA 2)CASADA 3)VIUDA 4)DIVORCIADA

I.ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA RITMO. DIAS DE SANGRADO.

INICIO DE VIDA SEXUAL. G P C: A

CITOLOGIA

II. COLPOSCOPIA
.I) SATISFACTORIA I) NO SATISFACTORIA II)CON PATOLOGÍA.

III.BIOPSIA CERVICAL.
I)NEGATIVO A NEOPLASIA II) INF. POR VPH. III)DISPLASIA LEVE.
IV)DISPLASIA MODERADA. V)DISPLASIA SEVERA.
V I)CaCu IN SITU. VII)Ca INVASOR

IV CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

DOLOR VULVAR.	1) SI	2) NO
HIPERALGESIA.	1) SI	2) NO
ERITEMA VESTIBULAR.	1) SI	2) NO
DISPAREUNIA	1) SI	2) NO
PRURITO MAS DE 6 MESES.	1) SI	2) NO
PRURITO Y ARDOR MULTITRATADO.	1) SI	2) NO

V CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

VULVOVAGINITIS POR CANDIDA.	1)SI	2)NO
ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA.	1)SI	2)NO
DIABETES MELLITUS.	1)SI	2)NO
TX. CON GLUCOCORTICOIDES O INMUNOSUPRESORES.	1)SI	2)NO