

11212

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y MICOLOGIA MEDICA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

27

PATOLOGIA CUTANEA DE LA VULVA
FRECUENCIA EN MUJERES DEL SERVICIO DE
DERMATOLOGIA Y MICOLOGIA DEL CMN.
SIGLO XXI

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. GRISELDA MEMBRILLO VENEGAS

DIRECTOR DE TESIS: DRA. ADRIANA ELIZABETH ANIDES FONSECA
ASESOR DE TESIS: DR. ROBERTO BLANCAS ESPINOSA



MEXICO, D. F.

MAYO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



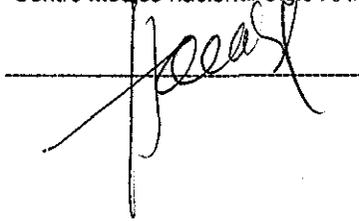
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

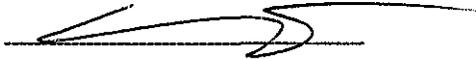
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Dr. José Halabe Cherem
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI



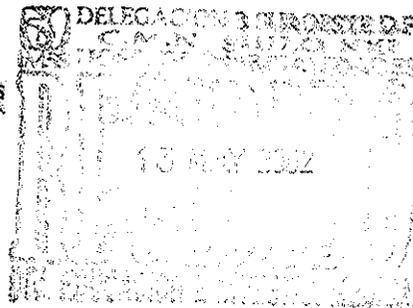
Dra. Adriana Elizabeth Anides Fonseca
Jefe del Servicio de Dermatología y Micología Médica
Director de Tesis
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI



Dr. Roberto Blancas Espinosa
Médico Adscrito del Servicio de Dermatología y Micología Médica
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
COMISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**



DELEGACION 3 DISTRITO DE
CDMX
13 MAY 2012

TABLA DE CONTENIDO

RUBRICAS	I
CONTENIDO	II
ÍNDICE GENERAL	III
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	IV
RESUMEN	V
ABREVIATURAS	VII
AGRADECIMIENTOS	VIII
DEDICATORIAS	IX

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO 1	
Generalidades	1
CAPITULO 2.	
Enfermedades de Transmisión Sexual	5
Manifestaciones Vulvares de otras Dermatosis	20
Vulvodinia	24
Manifestaciones vulvares de	
Enfermedades sistémicas	25
Vulvovaginitis Erosivas	27
Lesiones Pigmentadas de la vulva	29
Lesiones Precancerosas de la vulva	32
Tumores Vulvares	33
CAPITULO 3.	
3 1 Planteamiento	
3 2 Justificación	
3 3 Hipótesis	
3 4 Objetivos	
DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.5 Material, pacientes y Métodos	
3.6 Procedimientos y cronograma de actividades	
3.7 Análisis estadístico	
3.8 Consideraciones Éticas	
3.9 Recursos	
CAPITULO 4.	
Resultados	39
CAPITULO 5.	
Discusión	41
CAPITULO 6.	
Conclusiones	42
BIBLIOGRAFÍA	43

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ANEXOS

Anexo 1 48

Anexo 2 49

Tabla 1 50

Tabla 2 51

Tabla 3 y 4 52

Tabla 5 53

Tabla 6 54

Tabla 7 55

Tabla 8 y 9 56

Tabla 10 57

Tabla 11 y 12 58

FOTOS (Anexo 3)

Fotografía 1 y 2 59

Fotografía 3 y 4 60

RESUMEN

Patología Cutánea de la Vulva, Frecuencia en Mujeres del Servicio de Dermatología y Micología Médica del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

En general las enfermedades de la vulva son poco estudiadas por los médicos Dermatólogos y con frecuencia pasan inadvertidas, debido a que la región genital es una zona poco explorada durante la consulta cuando no se presenta sintomatología alguna a ese nivel

La piel que recubre la vulva, es muy susceptible al prurito y rascado repetidos así como también a la presencia de ardor, dolor o dispareunia entre otros síntomas. Por ello es de especial importancia para el área de la Dermatología, tener conocimiento de esta sintomatología y realizar una exploración física completa a fin de obtener un diagnóstico y tratamiento oportunos.

En el presente trabajo los objetivos fueron: conocer las principales enfermedades de la vulva así como determinar su frecuencia.

Para ello se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, en el que se incluyeron a mujeres mayores de 16 años, que presentaran sintomatología alguna dermatosis o enfermedades sistémicas con afección a nivel vulvar.

El universo de trabajo fueron 100 mujeres que participaron voluntariamente entre los meses de junio a diciembre del 2001 y que acudieron a la consulta externa de Dermatología, refiriendo presentar alguna dermatosis o enfermedad sistémica con afección en vulva. La evaluación en todos los casos fue médica, obteniéndose los datos a través de un interrogatorio que se registró en una hoja de captación de datos, complementado por una exploración dermatológica de la región (Hoja de Anexo 1) que permitió establecer el diagnóstico. En todos los casos se realizó como rutina examen micológico y bacteriológico y en 3 casos biopsia para confirmación histológica.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: De las 100 mujeres, 27 presentaron patología a ese nivel, lo que representa el 27% de la población estudiada. La edad promedio de las pacientes fue de 44 años. El 66.7% de ellas presentaba algún tipo de enfermedad.

Las dermatosis más comunes en orden de frecuencia fueron el Liquen simple crónico en el 11.1%, seguido de Condilomas acuminados, Candidosis vaginal y Toxidermia por medicamentos (con afección importante a esta topografía) con un 7.4% respectivamente. Por tiempo de evolución en 15/27 predominó la forma aguda (55%). La sintomatología más común fue el prurito en 14/27 (51.9%) seguido de ardor 10/27 (37%).

En relación a el sitio anatómico los labios mayores estaban afectados en el 74.1%. Las lesiones que predominaron fueron neoformaciones (29.6%), seguidas de pápulas (22.2%)

Todas las pacientes recibieron algún tipo de tratamiento cuando fue necesario

Se concluye que la patología cutánea de la vulva se presentó en el 27% de los casos, por lo cual es necesaria la revisión de esta región a fin de establecer diagnóstico y tratamientos oportunos

Las afecciones principales fueron procesos inflamatorios infecciosos y reaccionales

ABREVIATURAS

- VHS-1 : Virus del Herpes Simple tipo 1
- VHS-2: Virus del Herpes Simple tipo 2
- ETS : Enfermedad de Transmisión Sexual
- VPH : Virus del papiloma Humano
- EPI : Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- CBC : Carcinoma basocelular
- LEA : Liqueen escleroso y atrófico

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Adriana E. Anides Fonseca :
Por este proyecto de tesis y sus enseñanzas

Al Dr Roberto Blancas Espinosa :
Por su apoyo y enseñanzas durante mi adiestramiento

Al Dr. Niels Wachter Rodarte:
Por su valiosa colaboración en este trabajo

A los Doctores:
Serrano J, Arévalo L, Méndez T y Vázquez H.
Por haber contribuido a mi aprendizaje y por su amistad durante mi formación como
residente

Al Sr Carmona y a mis Compañeros Gracias

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por mantenerme con la ilusión de seguir adelante y con salud

A FERNANDO, MIS PAPAS Y HERMANOS:

Por su amor incondicional y apoyo moral todo el tiempo

A MIS Y COMPAÑEROS:

Por haber compartido conmigo momentos buenos y malos

CAPITULO 1

ANTECEDENTES :

GENERALIDADES

La vulva es un órgano femenino, caracterizado por un tipo muy especial de piel que le da la particularidad de ser erógena y por ello, más susceptible al prurito y rascados repetidos, lo que conlleva a la presencia de irritación local y liquenificación como a mayor pérdida transepidérmica de agua

Hasta la fecha, las enfermedades de la vulva todavía son poco conocidas, y en estas últimas tres décadas en que se ha incrementado la promiscuidad sexual, existe una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), por otra parte el aumento de neoplasias intraepiteliales, en muchas de las veces pueden pasar inadvertidas por desconocimiento de las mismas causando un alto índice de mortalidad

Así mismo por el hecho de ser una zona poco explorada se necesita realizar de forma intencionada un interrogatorio dirigido, haciendo hincapié en la presencia de prurito, sensación de quemazón, dispareunia o dolor aunado a una revisión ginecológica, a fin de integrar un diagnóstico presuntivo y tratamiento oportunos. Por esta razón es de especial interés tanto para Dermatólogos y Ginecólogos conocer estas enfermedades. (1) (2)

1.1 Embriología

Los órganos genitales se desarrollan en la cuarta semana de gestación a partir del tubérculo genital, y hasta la séptima semana es formado el seno urogenital que a su vez se subdivide en una zona superior o urinaria y una inferior o genital. La diferenciación sexual femenina ocurre al tercer mes, caracterizada por la persistencia de la hendidura urogenital que disminuye en profundidad, llevando a la superficie el meato urinario y el orificio vaginal. Finalmente a partir del cuarto mes termina de formarse la vulva. (3)

1.2 Anatomía:

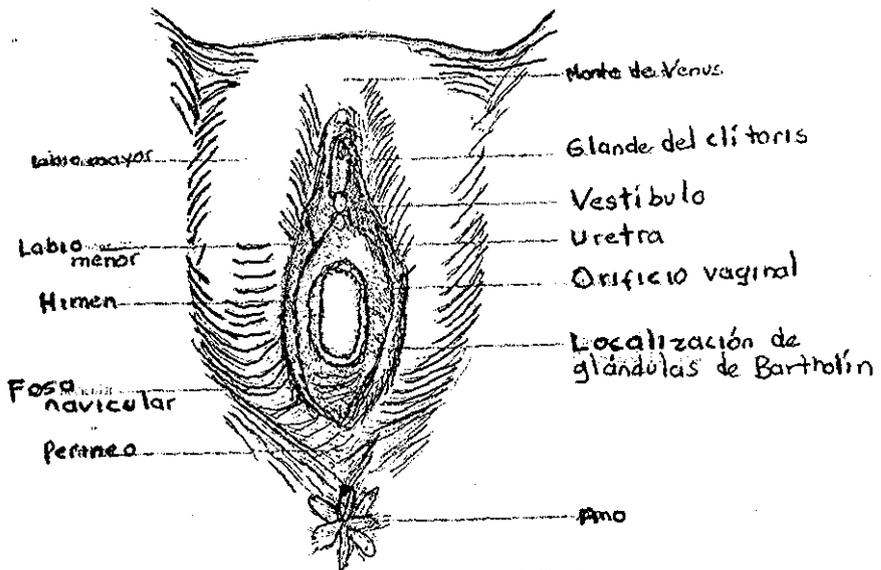
Anatómicamente está constituida por una depresión mediana llamada vestíbulo, que en la parte superior tiene una saliente llamada monte de Venus constituida en su mayor parte, de una acumulación de grasa que a su vez está delimitado por dos repliegues alargados llamados labios mayores, cuyas caras externas están cubiertas por una piel pigmentada con muchas glándulas sebáceas. Entre estos labios se encuentran dos pliegues cutáneos denominados labios menores que están desprovistos de grasa, siendo la piel que los recubre lisa y húmeda. Entre los labios menores está situado el vestíbulo vaginal que a su vez está formado por el orificio externo de la uretra, el orificio vaginal, los conductos de las glándulas vestibulares y la fosa navicular o vestibular.

El clítoris constituido principalmente por tejido eréctil, es capaz de aumentar de volumen como resultado de la ingurgitación sanguínea y suele ser muy sensible. El bulbo vestibular consiste en un par de masas alargadas de tejido eréctil, situados a los lados del orificio vaginal cubiertas por el músculo bulbocavernoso o bulboclorídeo.

Las glándulas vestibulares mayores son dos pequeñas formaciones redondeadas u ovoideas, que durante el coito son comprimidas y secretan mucosidades para lubricar la porción inferior de la vagina.

La irrigación sanguínea proviene de las ramas de las arterias pudendas internas. Los linfáticos desembocan en los ganglios inguinales superficiales y la inervación procede de los nervios ilioinguinal, pudendo y dorsal del clítoris, todos estos contienen fibras sensitivas y autónomas que inervan numerosos vasos sanguíneos y distintas glándulas (4)

Esquema de la región vulvar:



1.3 Fisiología:

En la vulva intervienen 3 funciones: la micción, el coito y el parto con sus respectivas características, además de contar con receptores hormonales que reaccionan a los estímulos de andrógenos, estrógenos y progestágenos. Y que después de la menopausia condicionan la atrofia por la desaparición de secreciones ováricas, produciendo la sequedad vulvar y eventualmente dispareunia. (5)

1.4. Síntomas más frecuentes :

En relación a la sintomatología vulvar la primordial manifestación clínica lo conforma el prurito que cuando suele ser crónico independientemente del factor desencadenante, conduce al rascado con desarrollo de liquen simple crónico secundario, que perpetúa el ciclo de prurito-rascado.

Otro síntoma frecuente es la sensación de quemazón de intensidad variable, permanente o intermitente desencadenada o agravada por la micción, los frotamientos o el coito. Cuando existe sensación urente sin base orgánica, debe considerarse un cuadro llamado vulvodinia (síndrome de quemazón vulvar). (6) (7)

El ardor o irritación puede constituir también parte de algunas dermatosis y el examen físico minucioso, revela vestibulitis vulvar definida por la paciente como dispaurenia de entrada u orificial, aislada o acompañada de otros signos vulvares y que en algunas ocasiones se relacionan con trastornos psicológicos y/o sexuales. Los dolores o sensación ardorosa vulvar, depende de la presencia de fisuras espontáneas o provocadas durante el coito, en el caso de las fisuras intralabiales o de la horquilla estas pueden encontrarse asociadas con el liquen escleroso, distrofias mixtas y psoriasis. O bien si llega a relacionarse con sintomatología urinaria puede sugerir cistitis intersticial y si se presenta acompañado de disestesias extendidas hacia fuera de los labios y diferidas a la cara interna de los muslos, puede indicar compresión de alguna raíz nerviosa.

En el caso de las leucorreas, éstas orientan a una patología infecciosa que continua siendo una de las patologías más comunes en la práctica médica como puede constatarse en un estudio realizado en Alemania de abril a mayo de 1998. Se revisaron a 579 mujeres por 3 especialistas de distintas ramas, reportándose que el 97% presentaba alguna enfermedad genital, encontrándose a las infecciones bacterianas y micóticas en un 24% por Dermatólogos, un 26% por Ginecólogos y el 35% por médicos generales. (8) (9)

1.5. Biota Vulvar:

La piel se halla colonizada por múltiples bacterias que viven como saprofitas en su superficie y dentro de los folículos denominadas "flora residente normal", cuya función es la de defensa cuando se presenta una infección. Entre estos organismos se encuentran especies constituidas por cocos y bacilos Gram positivos, agrupados en microcolonias y que varían en cantidad de acuerdo a las características propias del huésped, como son la raza, edad, sexo y zona anatómica.

Tal es el caso de la vulva, en la que en condiciones normales, se pueden aislar a los estafilococos coagulasa negativos, micrococos y corineiformes que junto con los coliformes y enterococos, pueden presentarse tanto como residentes y transitorios (patógenos) desde fuentes fecales y en menor número a estreptococos del grupo B.

El reino Fungi, también posee especies que son saprofitas de las mucosas genitales ya que en la vagina por su propia condición anatómica *C. albicans* y *C. stellatoidea* habitan en equilibrio con otros microorganismos como el bacilo de Doderlein (*Lactobacillus*) (10) (11) (12)

La siguiente Clasificación muestra de forma didáctica las principales enfermedades de la vulva: (13)

I. ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL

Agentes Bacterianos: *Neisseria gonorrhoeae*, *Clamidia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducrey*, *Micoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Shigella spp*, *Campylobacter spp*. Estreptococos del grupo B Microorganismos relacionados con vaginosis bacteriana

Agentes Virales: herpes simple tipo 1 y 2, herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus) hepatitis B. papiloma humano. molusco contagioso y de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Agentes Protozoos: *Entamoeba histolytica* *Giardia lamblia*, *Tricomonas vaginalis*

Agentes fungicos: *Candida albicans*

Ectoparásitos: *Phthirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*

II. MANIFESTACIONES VULVARES DE OTRAS DERMATOSIS

Psoriasis, Dermatitis de contacto irritativa o alérgica, Liquen simple crónico, Liquen plano Liquen escleroso, Enfermedad de Paget, Dermatitis Seborreica, Pitiriasis versicolor Intertrigo, Candidosis vaginal y vulvitis

III. VULVODINIA

IV. MANIFESTACIONES VULVARES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS

Enfermedad de Crohn, Pioderma gangrenoso, Enfermedad de Behcet, Acantosis nigricans, Eritema multiforme

V. VULVOVAGINITIS EROSIVA

Liquen plano erosivo, Enfermedades ampollas

VI. LESIONES PIGMENTARIAS

VII. LESIONES PRECANCEROSAS

Papulosis bowenoide

VII. TUMORES

Malignos y Benignos

CAPITULO 2

ENFERMEDADES POR TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades transmitidas por contacto sexual (ETS) persisten como un problema de salud pública a nivel mundial en países como el nuestro, tendiendo una prevalencia e incidencia muy altas. Siendo la segunda causa de mortalidad, después de la morbimortalidad maternas en mujeres de 15 a 44 años en países subdesarrollados. Por lo que es de vital importancia realizar con minuciosidad el tipo de prácticas sexuales y un examen médico.

La siguiente clasificación menciona a los agentes infecciosos que producen enfermedades de transmisión sexual.

A continuación describiremos las enfermedades más comunes de tipo infeccioso.

2.1. Sífilis:

La Sífilis es considerada el ejemplo más clásico del grupo de enfermedades venéreas o de ETS que junto con la gonorrea, siguen siendo las 2 causas más frecuentes en México. Con una incidencia menor se encuentran el chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.

AGENTE ETIOLÓGICO: La enfermedad es producida por treponema: *T. pallidum* que es una espiroqueta móvil, delgada con una morfología característica en sacacorchos.

EPIDEMIOLOGIA: En las últimas décadas se ha incrementado en, 1986-1990 la incidencia fue de 53.8 casos por 100,000 habitantes. Con una mortalidad del 20% en personas no tratadas, predominando en la raza negra e hispana, reportándose 22 casos por 100,000 habitantes comparado con los blancos. Más común en los hombres, con un promedio de 3:1 respecto a mujeres. La edad de presentación es de los 15 a 40 años, con una media de 20 a 29 años (14).

PATOGENIA: La vía fundamental es el contacto sexual. Al unirse el *T. pallidum* con las células del huésped, se disemina por vía linfática y hematógena, degradando la sustancia intracelular por la mucopolisacaridasa, pasando el espacio intravascular donde destruye los vasos, al interrumpir el riesgo sanguíneo de la piel o mucosas, generando así una ulceración (chancro), el cual desaparece espontáneamente al cabo de 1 mes. En un 30% de los casos, tras un período de 7 a 20 años o más, el paciente puede evolucionar a la fase terciaria, caracterizada por manifestaciones cutáneas o viscerales principalmente cardiovasculares y nerviosas.)

Actualmente la sífilis se clasifica desde una perspectiva epidemiológica en cuanto a su contagiosidad, en sífilis precoz y tardía y cuyo límite se fija en un lapso de 2 años.

Estadios de la Sífilis:

***Temprano** (Muy infeccioso)

Primario

Secundario

***Latente** (la infectividad disminuye rápidamente con el tiempo)

Temprano : cura espontáneamente en un 30%

Tardío (Terciario): manifestación de la enfermedad en SNC, a nivel cardiovascular y la presencia de Goma benigno tardío

CUADRO CLINICO:

Período primario:

Caracterizado por pródomos (fiebre, cefalea y astenia) y la presencia de un chancro, que inicia como una erosión o ulceración indolora, circunscrita y de contornos regulares y ovoides, de superficie lisa, que suele exudar sin tendencia a la formación de costra, siendo la base indurada del chancro, uno de los caracteres primordiales para su diagnóstico (chancro duro) La localización es genital y en la mujer el lugar más común en orden decreciente de frecuencia son los labios, la horquilla de la vulva, la uretra y el perineo, representando en un 44% de los casos chancros a nivel del cuello uterino En dos terceras partes de los casos, hay afección extragenital con presencia de chancro en los labios, la lengua y en ocasiones las amígdalas

El chancro se acompaña de adenopatías duras no adheridas a la piel y poco dolorosas, cuando afecta los labios vulvares, se presenta una adenopatía inflamatoria solitaria e inguinal característica. A la 3 - 5 semanas, el chancro involuciona y al curar deja una cicatriz discretamente indurada con hipo o hiperpigmentación residual (14)

Período secundario (Secundarismo) :

Este período aparece entre las 6 semanas a 6 meses y se le denomina secundarismo, cuando aparecen las manifestaciones sistémicas entre éstas, las de tipo cutáneo que se les conoce con el nombre de sífilides, en ellas se pueden presentar casi todas las lesiones dermatológicas. Las sífilides son ricas en treponemas y por ello son muy transmisibles y desaparecen sin dejar cicatriz en 2 a 10 semanas, acompañadas o precedidas de síntomas generales.

De acuerdo a su morfología pueden distinguirse en maculosa, papulosa y combinaciones de ambas así como nodulares y anulares como veremos a continuación:

Sífilide macular denominada antiguamente " roseola sífilítica", está constituida por manchas ovaladas, discretas, rosadas, no descamativas que comprometen principalmente el tronco y la cara interna de las extremidades superiores por lo que se pueden confundir con el exantema de la fiebre escarlatina

Estas lesiones suelen comenzar entre la 9 a 10 semanas después de la infección y de 3 a 6 semanas posteriores al chancro, generalmente son asintomáticas y desaparecen espontáneamente ,dejando en ocasiones una hipopigmentación residual clásica en el cuello denominada " collar de Venus".

Condilomas (condilomata) planos son pápulas y nódulos blandos, planos, húmedos, de color rosa pardo a rojo pálido, que pueden confluir, localizadas generalmente en la región anal, perineo, área perianal y en la boca, aunque pueden encontrarse en cualquier sitio corporal donde se acumule humedad, suelen ser ricas en treponemas y combinadas con otras lesiones, originan las otras formas de sífilides que mencionaremos a continuación:

Sífilide maculopapular aparece en el 22- 70% de los casos y suele comprometer los genitales y la cara, especialmente las áreas sebóricas y la línea del cabello lo cual le confiere un aspecto de corona denominado " corona *veneris*"

Sífilide papular aparece posteriormente y de acuerdo a su versatilidad morfológica, se les denomina como sífilides papuloescamosas foliculares, lenticulares, corimbosas (en cápsula) nodulares y anulares (60)

1. **S. Papuloescamosas:** son pápulas o placas induradas discoides, de color cobre o eritematosas, ovaladas o circulares y de tamaño variable, con una superficie plana, brillante y descamativa, presentando algunas un collarete de despegamiento epidérmico llamado : " collarete de Bielt" que es muy característico de la enfermedad, siendo generalmente lesiones indoloras .
2. **S. Foliculares:** denominadas " liquen sífilítico" o "sífilides papular miliar" son pápulas acuminadas o redondeadas puntiformes, eritematosas, localizadas en tronco y extremidades, muy raras.
3. **S. Lenticulares :** pápulas puntiformes, de color pardo a rojizo, de superficie lisa y descamación fina. Siendo los sitios de elección la frente comisuras labiales, surcos nasolabiales y genitales.
4. **S. Corimbosas:** típicamente se presenta como una pápula central rodeada de lesiones satélites más pequeñas y elevadas.
5. **S. Nodulares:** cuya erupción suele confundirse con linfoma o procesos granulomatosos.
6. **S. Anulares:** pápulas ovaladas en forma de moneda, con predilección por la cara zona anogenital, pliegues flexurales y plantas de los pies.

Las lesiones sífilíticas de la mucosa oral, se presentan como máculas eritematosas u opalinas delimitadas presentes en un 20% de los casos, que en la lengua tienen aspecto despapilado y en la mucosa labial semejan el rastro dejado por la baba de un caracol, las comisuras labiales afectadas se les denomina: rágadas sífilíticas

Otra manifestación relativamente frecuente es la alopecia apolillada (claros en forma de múltiples focos mal delimitados, con predominio en región temporooccipital y retroauricular. Los elementos papulares van infiltrando en profundidad y más tardíamente serán tuberosos.

Además se presentan cambios ungueales como : fragilidad quebraduras, onixis craquelé, elconixis lunular y distrofia

Microadenopatías generalizadas no dolorosas en un 85% de los casos en cuello, región occipital, axilar y epitrocleares (patognomónicas) . Puede haber anemia y aumento de la VSG, esplenomegalia y glomerulonefritis membranosa aguda, hepatitis lumbalgia, artralgias y mialgias generalizadas en un 4%.

Período terciario:

Agrupar todos los cuadros clínicos después de los 2 primeros años y a su vez, se ha subdividido de acuerdo a su pronóstico en:

Sífilis tardía cutáneomucosa, presente después de 3 a 7 años de la infección y que anatomoclínicamente se puede agrupar en cuatro grupos:

1 - **Lesiones tuberosas** confluentes de contornos policíclicos que al evolucionar dejan una cicatriz retráctil

2 -**Los gomos** que son procesos granulomatosos que afectan secundariamente la epidermis iniciando como nódulos subcutáneos predominando en cara, piel cabelluda y tronco. Mostrando una clara tendencia a la necrosis con formación de una masa de consistencia gomoso y cuya superficie se ulcera dejando una cicatriz. (15)

3 -**Lesiones tuberoesclerosas**

4 -**Lesiones esclerogomosas**

Otras manifestaciones clínicas relacionadas son : la glomerulonefritis membranosa, hepatitis reactiva no específica y colestasis ocasional, gastritis sifilítica a nivel del antro, la iritis (complicación ocular más común), hipoacusia sensorial en (sífilis temprana), lesión del VIII par craneal, complicaciones musculoesqueléticas, en sistema óseo (osteítis gomosa u osteomielitis que pueden adherirse secundariamente a la piel y ulcerarse), aortitis con insuficiencia aórtica o aneurisma aórtico roto. La neurosífilis, la sífilis cerebrovascular, la parálisis general progresiva, neurosífilis tabética y sífilis congénita precoz y tardía (con sus manifestaciones fundamentales y estigmas).

DIAGNOSTICO:

Pruebas serológicas inespecíficas como el VDRL con una sensibilidad del 70 a 80% para seguimiento de la eficacia del tratamiento Las treponémicas específicas utilizando inmunofluorescencia directa (FTA- Abs) con una sensibilidad para los casos primarios del 85%, casos secundarios del 99 al 100% y 95% para los latentes, pruebas de hemoaglutinación (MHA- Tp y la FTA- abs) y la prueba de absorción de anticuerpos fluorescentes.

Para establecer el diagnóstico de sífilis congénita hay que diferenciar los anticuerpos maternos (IgG) transferidos pasivamente transplacentarios de los fetales (IgM). (61)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Con otras úlceras genitales que cursen con adenopatías. En relación al chancro habrá que descartar síndrome de Behçet, traumatismo, reacciones alérgicas medicamentosas e inclusive carcinoma espinocelular de mucosa genital . La sífilis secundaria (roséala sifilítica) con reacción a medicamentos, exantemas víricos e incluso de la pitiriasis rosada de Gilbert . La sífilides papulosas generalizada de la psoriasis y el liquen plano Las sífilides palmoplantares de eccema de contacto dermatofitosis y psoriasis palmoplantar.

TRATAMIENTO: Existen diversas revisiones terapéuticas, por lo que a continuación mencionaremos las más utilizadas (16) :

*Sífilis Primaria y secundaria :

Primera elección

- Penicilina benzatinica de 2.4 millones UI vía IM (intramuscular) dosis única (para sífilis primaria y secundaria)

Otras alternativas

- Doxiciclina 100 mg/ día cada 12 horas VO por 14 días
- Tetraciclinas 500 mg 4 veces al día VO por 14 días

*Neurosífilis

- Penicilina cristalina G 50, 000 U/ kg/ día vía IV 3 dosis con un intervalo de una semana entre cada aplicación. y de 1000.000 a 150. 000 U, fraccionada en 50 000 U/kg cada 8 horas (sífilis congénita)
- Penicilina procainica 2. 4 millones UI vía IM por 17 a 21 días (sífilis latente) + Probenecid 500 mg al día por el mismo tiempo (neurosífilis)

*Mujeres embarazadas y alérgicas a la penicilina:

- Eritromicina 500 mg 4 veces al día VO por 14 días

* Para pacientes infectados por HIV:

- Penicilina benzatínica 3 dosis de 2.4 millones con intervalos semanales.
-Amoxicilina 500 mg VO cada 6 horas por 10 días y Ceftriaxona para aquellos casos de sífilis precoz

2.2 Gonorrea

Conocida también como blenorrea o blenorragia, es una enfermedad infectocontagiosa exclusiva de la especie humana que al igual que otras infecciones da afección sistémica.

EPIDEMIOLOGIA: En las últimas décadas la incidencia se ha incrementado, con un promedio de 800 casos nuevos por año desde 1980. La enfermedad se disemina casi exclusivamente por vía sexual y en menor grado durante el parto. Siendo más susceptible a la edad de 15 a 35 años y en sitios con una alta densidad de población.

FISIOPATOGENIA: Es producido por un diplococo gramnegativo, reconociéndose cuatro tipos de colonias de *N. Gonorhoeae* siendo patógenos para el ser humano sólo los tipos 1 y 2. En su superficie poseen estructuras virulentas con pelos denominados **pili** los cuales pueden fomentar la adherencia de los gonococos a la superficie de las mucosas o para resistir la fagocitosis.

MANIFESTACIONES CLINICAS: En las mujeres puede asociarse a otras infecciones cervicales, lo cual contribuye a que se crea que la incidencia de gonococias asintomáticas en las mismas es altísima.

Una vez ocurrida la infección, pueden producirse síntomas propios de una salpingitis aguda (en un 20 a 40%), así como disuria, hemorragia anormal (20 a 30%) en pocos días a semanas.

Las lesiones cutáneas inicialmente son escasas y se concentran en las extremidades, alrededor de las articulaciones, pudiendo ser petequiales o papulares y que evolucionan a vesículas o pústulas de base eritematosa y de contenido hemorrágico. En las niñas prepúberes suele ser una causa de vulvovaginitis aguda.

Sin tratamiento, la infección puede diseminarse por contigüidad y provocar cuadros clínicos en estructuras anatómicas próximas, o diseminarse por vía hematogena provocando una artritis, endocarditis e incluso meningitis.

Existe también la perihepatitis gonocócica como complicación de una peritonitis con fibrosis y adherencias capsulares hepáticas (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) y la oftalmía neonatal gonocócica (17).

DIAGNOSTICO: Mediante la tinción de Gram, la cual es positiva y el cultivo de secreción cervicovaginal, faringeo, uretral y anal.

Las lesiones cutáneas y el líquido articular habitualmente son negativos. Los hemocultivos son positivos únicamente en las etapas tempranas de la enfermedad.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: En la mujer habrá que diferenciar a la gonorrea de infección por *Trichomonas vaginalis*, infección por *Candida albicans* o *Gardnerella vaginalis*.

TRATAMIENTO Y CONTROL: Se recomienda el empleo de antibióticos en monodosis para producir los menores efectos colaterales.

*Gonococia no complicada :

- Ceftriaxona 250 mg dosis única vía IM
- Cefotaxima 400 mg IM
- Ciprofloxacina 500 mg dosis única IM
- Espectinomocina 2 gr vía IM

*Infección en embarazadas: y recién nacido :

-Ceftriaxona 250 mg dosis única, con control de cultivos (mujeres) ó 25 a 50 mg/ kg vía IV por 12 días

* Infección diseminada:

- Ceftriaxona 1 gr IV o IM cada 24 horas y de 2 gr cada 12 horas para endocarditis gonocócica
- Cefotaxima 1 gr IV cada 8 horas

Ambos con un mínimo de 7 días

*Infecciones asociadas:

-Doxiciclina 100 mg cada 12 horas VO por 7 días (*C.tracomatis*) asociada hasta en un 40 a 60%.

Tras el tratamiento se procede a un control clínico y microbiológico individual y de las parejas sexuales. (18)

2.3. Granuloma Inguinal:

Conocido también como Donovanosis es una enfermedad transmitida por contacto sexual, crónica, lentamente progresiva, endémica en áreas tropicales y subtropicales como la India, Guinea y parte de Sudamérica, en México no se ha reportado ningún caso. Esta infección se debe a un bacilo gramnegativo corto, encapsulado llamado *Calymmatobacterium granulomatis*. El período de incubación es de 8 días a 12 semanas y la lesión se disemina por extensión o autoinoculación. La topografía afectada son los labios menores, monte de Venus y el frenillo, pudiendo infiltrar el cervix y los anexos en un 10% de los casos.

Inicia con una lesión primaria que puede ser una pápula o nódulo subcutáneo, que se ulcera en algunos días y cuando llegan a ser muy grandes dan la apariencia de un pseudobubón... Se describen 4 variedades clínicas:

1.- **Nodular:** caracterizada por nódulos rojos blandos y que finalmente se ulceran y presentan una superficie parecida al tejido de granulación

2.- **Ulcerovegetativa:** la más común . caracterizada por úlceras exuberantes, blandas, notoriamente indoloras y friables que generalmente muestran un borde arrollado y una base de color carne roja.

3.- **Hipertrófica:** relativamente rara con formación de grandes masas vegetantes similares a condilomas acuminados

4.- **Cicatrizal:** formación de tejido cicatrizal en expansión. (19)

Se informan lesiones extragenitales en un 6% de los casos, con lesiones ulcerativas en la mucosa oral, reportándose una mayor incidencia del carcinoma de células escamosas de la piel genital en este tipo de padecimiento.

El diagnóstico se realiza por historia clínica y tinción de Wright o de Giemsa con material obtenido por biopsia. Los cuerpos de Donovan se ven como bastones en forma de alfileres de gancho. Actualmente se dispone de técnicas de tinción rápida: RapiDiff, y las pruebas de fijación de complemento tienen poca utilidad práctica.

Las formas atípicas habrá que diferenciarlas de la tuberculosis o amebiasis cutáneas.

El tratamiento consiste en Doxiciclina 100 mg / día dos veces al día y la curación es aproximadamente en 3 semanas. Otras alternativas son la eritromicina de 500 mg cuatro veces al día y norfloxacina a razón de 400 mg cada 12 horas VO. (63)

2.4. Linfogranuloma venéreo

Enfermedad de transmisión sexual rara, representando un 2 a 10% de las úlceras genitales en la India y África, siendo más común en los hombres.

El agente causal es *Chlamydia trachomatis* serotipos L1, L2 y L3, El período de incubación es de 3 a 40 días.

Las manifestaciones agudas y crónicas se caracterizan por síndromes a nivel genital, inguinal y rectal. La distribución de los sitios de inoculación son la pared vaginal posterior, horquilla, cara posterior del cervix y vulva (sin un área específica),

La lesión primaria es una erosión indolora, eritematosa y blanda de 5-8 mm que cura espontáneamente en pocos días sin dejar secuelas. Después de dos a seis semanas, aparecen adenopatías inguinales bilaterales dolorosas y móviles, que coalescen en una masa inmóvil, alargada y firme del tamaño de un puño, pudiendo aparecer por encima o debajo del ligamento de Poupert, lo cual da origen al signo característico "del surco".

Inicialmente la piel está ligeramente enrojecida y edematosa, posteriormente se hace más gruesa y desarrolla una tonalidad purpúrea característica.

Las mujeres y los homosexuales que realizan coito anal pueden presentar proctocolitis, seguidas de abscesos perirectales, ulceraciones y estrecheces rectales. A las fistulas y a la elefantiasis del perineo se le denomina estiómeno. Estadísticamente se ha reportado un alto índice (mayor del 50%) de salpingitis y cervicitis.

También se ha informado en un 35% de las pacientes fotosensibilidad, eritema multiforme, exantema escarlatiniforme y urticaria.

El diagnóstico se realiza con aislamiento en cultivo y tipificación de clamidia a partir de adenopatías. Se informan tasas de aislamiento de sólo el 50% con el uso de células de McCoy tratadas con ciclohexamida, ó células HeLa tratadas con dietilaminoetilo. La prueba de fijación de complemento LGV- CF con resultados positivos a titulaciones de > 1:64 son importantes para el diagnóstico.

El tratamiento recomendado es dicloxacilina 100 mg dos veces al día hasta la curación clínica, o bien eritromicina 500 mg cuatro veces al día y tetraciclinas a la misma dosis por espacio de 2 semanas hasta la desaparición de la lesión. La aspiración de ganglios fluctuantes o la incisión y drenaje de abscesos o ambos, proporciona un gran alivio del dolor (20).

2.5. Otras Enfermedades venéreas

Infección Genitourinaria por Clamidias:

Actualmente se estima que existen 4 millones anuales de pacientes infectados en los Estados Unidos, con una prevalencia mayor al 10% en adolescentes femeninos. Entre los factores de riesgo podemos mencionar a la raza negra o mestiza, promiscuidad sexual sin métodos de protección de barrera, edad menor a 19 años y nivel socioeconómico bajo.

La *Chlamydia trachomatis* es el agente causal, el cual posee una pared celular con ADN y ARN en su citoplasma. Su reproducción es por fisión binaria y en cultivos celulares se desarrolla en 48 a 72 horas.

En las mujeres provoca cervicitis mucopurulenta, síndrome uretral agudo, EPI y endometritis postparto.

La identificación de las clamidias se obtiene por citologías y no de exudado. El aislamiento celular por cultivo de secreción de células de McCoy y HeLa son confiables. Los anticuerpos monoclonales con técnica de inmunofluorescencia tienen una sensibilidad del 100%, otra prueba es la detección de anticuerpos monoclonales marcados con fluorescencia (DFA). La prueba de ELISA permite hacer la identificación directa del patógeno.

El tratamiento es con macrólidos como la azitromicina 1 gramo diario VO por 7 días, la doxiciclina 100 mg dos veces al día, eritromicina 500 mg cada 6 horas por 14 días, Otras alternativas son las tetraciclinas y oxitetraciclinas a las mismas dosis con buena respuesta, o bien quinolonas como la ofloxacina 600 mg diarios VO por 7 días, y en embarazadas la ampicilina 500 mg VO cada 6 horas por una semana es de gran utilidad (21)

Infección por Tricomonas:

En Estados Unidos afecta en promedio a 2- 3 millones de mujeres anualmente el organismo es detectado en un 30 a 40% en los hombres expuestos. Ocupando el 8-31% de todos los casos de ETS. Por otra parte se le ha asociado con la presencia de otras enfermedades como gonorrea, clamidia y HIV y únicamente en un 10- 50% de los casos las pacientes son asintomáticas.

Los síntomas más comunes son secreción vaginal amarillenta y fétida, prurito, enrojecimiento y tumefacción de la vulva y petequias puntiformes en el cervix (en frambuesa).

Los estudios de laboratorio son para identificar al microorganismo, entre ellos podemos mencionar a la aplicación de hidróxido de potasio al 10%, el uso de solución salina con una sensibilidad diagnóstica del 60%, el crecimiento del protozoario en medio anaeróbico con una sensibilidad del 95%. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) con una sensibilidad y especificidad del 97 y 98% respectivamente.

El tratamiento de elección son los nitroimidazoles como el metronidazol por VO, ya sea dosis única de 2 gramos o 250 mg tres veces al día por 7 días (22)

2.6 Herpes Genital

El herpes genital es la causa más frecuente de ulceración de origen infeccioso siendo en un 80% producido por el herpes simple tipo 2 (HSV-2) y en un 20% el herpes simple tipo 1 (HSV-1).

Epidemiologicamente en estas últimas 2 décadas, se ha incrementado su incidencia tanto en los Estados Unidos alrededor del 30% como en el oeste de Europa del 4 al 18% . En un estudio realizado en Estos Unidos se reportó que 1 de cada 5 individuos presenta VHS-2. También existen predictores independientes de seropositividad del VHS-2 entre los que podemos incluir al sexo femenino (45% más comparado con los hombres), edad avanzada (reflejado en un período largo de actividad sexual), número de parejas sexuales que han tenido durante el transcurso de la vida, nivel socioeconómico y cultural bajo, uso de cocaína, la razas negra (45 9% comprado con el 17 6 % en blancos) e hispana.

Como se ha comentado, se subestima la prevalencia de herpes genital, reportándose que entre un 2 a 15% de los pacientes son seropositivos con afección genital por VHS-1. En 2 estudios: las personas que eran seronegativas para VHS-1, tenían 1.6 veces más el riesgo de adquirir VHS-2 cuando se compara con sujetos seropositivos

Desafortunadamente alrededor del 10% de quienes son seropositivos , conoce el hecho de que han estado expuestos y pueden ser contagiosos. Ello debido a que casi todos los casos son subclínicos o no se reconoce el herpes genital. El siguiente estudio realizado en Zurich, Suecia de 1995 a 1999 hace alusión a esta desventaja: en 170 pacientes con Herpes Genital o infección herpética tipo- 2 corroborada por cultivo, y una edad promedio de 44 años , los resultados fueron los siguientes: 111 (65%) hombres y 59 (35%) mujeres, de los cuales únicamente el 49% tenía lesiones típicas a nivel genital y 86 pacientes (51%) lesiones extragenitales: en las nalgas 33/ 170 (19%), muslos 10/179 (6%), región anal 9/ 170 (5%), dedos 8/170 (5%), o que mostraron formas aisladas en genitales morfológicamente atípicas: úlcera única 9%, erosión 4%, costra 2% y fisura, edema o eritema en el 1%. Curiosamente las mujeres presentaron mas estas formas extragenitales 36/ 59 (61%) en relación a los hombres 18/ 111 (16%).

Concluyéndose que el diagnóstico del herpes genital se subestima por la presencia de lesiones extragenitales atípicas (más comúnmente encontradas en inmunocomprometidos) y que pese a que se desconoce la causa, pudiera explicarse por la forma de inoculación debido a las diferentes prácticas sexuales en éstas , o por la exposición de los sitios anatómicos a infectarse con las secreciones cervicales. (23)

ESTRUCTURA: El herpes genital, pertenece a la familia Herpesviridae, constituido por un genoma que tiene aproximadamente el 50% de los nucleótidos en común y el otro 50% variable (estas glucoproteínas son importantes para la inducción de anticuerpos neutralizantes contra el virus) , entre las más importantes: la glucoproteína gD del HSV-1 y HSV-2 Estructuralmente se conforma por 4 componentes básicos: el core (20 proteínas específicas del virus), la cápside el tegumento y la envoltura o revestimiento proteico viral, que consiste de proteínas dispuestas en 162 capsómeros que rodean al ácido nucleico viral.

CICLO DE VIDA: La replicación se lleva a cabo en las primeras 24 horas seguida de una secuencia de eventos bioquímicos. La multiplicación del virus y su viaje a través del axón y la infección de las células epiteliales del área inervada, ocurre cuando las condiciones dentro del núcleo de la neurona, inhiben la replicación viral mediante la expresión génica. La latencia ocurre cuando el virus asciende a los nervios sensoriales periféricos evadiendo el ataque del sistema inmunológico y finalmente la recurrencia, que ocurre de manera espontánea o desencadenada por una serie de factores: como pueden ser otras enfermedades infecciosas, fiebre, menstruación, estrés emocional, traumatismos y cambios de temperatura. Por lo tanto, puesto que la respuesta humoral inmunitaria específica no limita las recurrencias, se ha postulado que el control de éstas depende de la inmunidad celular. (24)

INFECCIÓN PRIMARIA: Se le llama así a la primera infección por virus herpes simple en un paciente seronegativo. Es importante comentar que tanto HSV-1 y HSV-2 producen lesiones de herpes genital y que en un 80% se aísla HSV-2.

HERPES PRIMARIO VERDADERO: Aparición sintomática inicial en individuos ya seropositivos para dichos virus.

INFECCIÓN RECURRENTE: El virus tiene la particularidad de establecer una infección latente (3 a 4 cuadros anualmente). Dichos episodios suelen ser más frecuentes en los hombres, pero más dolorosos en las mujeres (25)

CUADRO CLINICO:

El período de incubación del herpes genital varía de 2 a 21 días (en promedio de 7 a 10 días). La infección primaria es rara antes de la pubertad y el virus, es transmitido generalmente por contacto sexual incluyendo el homosexual y el orogenital (siendo la frecuencia más alta en la mujer).

A continuación mencionaremos las formas de presentación clínica:

a) Herpes Genital Primario

El episodio agudo se desarrolla al cabo de 3 a 14 días. La topografía involucrada son los labios mayores y menores, perineo y cara interna de muslos, iniciando con una placa eritematosa seguida de un brote de múltiples vesículas agrupadas, dolorosas y pequeñas en sacabocado que en el transcurso de días forman ulceraciones, las cuales se cubren de costras húmedas, curando al cabo de 3 a 4 semanas a menudo con hipo o hiperpigmentación postinflamatoria y ocasionalmente con cicatrices. Frecuentemente existe edema de genitales externos y adenopatía inguinal hipersensible no fluctuante, acompañado de síntomas generales en un 50 a 80%. (fiebre, cefalea, malestar, mialgia, disuria, dolor, prurito, secreción vaginal y/o uretral). Por otra parte la cervicitis herpética aguda, suele ser la manifestación única del primer episodio de infección genital. Algunas pacientes pueden desarrollar un cuadro de meningitis aséptica con fiebre, rigidez de nuca, cefalea, fotofobia y pleocitosis presentes hasta en un 35% en el líquido cefalorraquídeo.

b) Herpes Genital Recurrente

El 50% de las mujeres puede presentar en los próximos 8 meses recurrencias, con un promedio de 3 a 4 cuadros anuales y únicamente en un 20% de los casos más de 10 cuadros, las lesiones curan en 1 o 2 semanas manifestándose como erosiones superficiales dispersas con eritema circundante en la parte posterior de labios mayores, menores y muslos. Los síntomas acompañantes son generalmente de menor intensidad (26)

c) Herpes Genital y Virus de la Inmunodeficiencia Humana

El Herpes genital es un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad en personas con HIV, ya que estudios recientes han encontrado que en las pacientes con esta enfermedad más infección por HSV, tienen una progresión más acelerada de evolucionar a SIDA.

En un estudio realizado en Baltimore en pacientes homosexuales y bisexuales, se encontró que el 81% de éstos, mostraban una tasa de prevalencia mayor para HSV-2. Siendo 4 veces mayor en mujeres con HIV comparado con las seronegativas.

Así también la presencia de úlceras genitales recurrentes, aumenta el riesgo de 3 a 5 veces más para desarrollar HIV, lo cual puede explicarse por que las úlceras genitales o lesiones herpéticas, favorecen la interrupción de barreras epiteliales o protectoras, o bien por la presencia de linfocitos T activados en la superficie de las úlceras sirviendo como reservorio viral, por lo que el plasma es un importante predictor de progresión de la enfermedad.

Últimamente el abuso de la terapia retroviral contribuye a la resistencia y por ello también a la progresión de la enfermedad por SIDA, ya que la resistencia al aciclovir, se puede deber a la mutación resultante de la disminución o ausencia de genes de ADN polimerasa, o por falta de producción de la timidina quinasa.

Clínicamente la distribución más común en orden de frecuencia son los labios mayores y región perianal, caracterizada por múltiples vesículas que al romperse dejan exulceraciones y úlceras profundas de tamaño mayor al habitual, que se extienden lentamente con necrosis central y costras hemorrágicas. En el caso que sean recurrentes pueden diseminarse a vísceras, incluyendo esófago, pulmones e hígado.

El diagnóstico preciso y más confiable es el cultivo de las lesiones, que permite distinguir entre VHS-1 y VHS-2, siendo dicha técnica menos confiable en la medida en que las lesiones maduran o forman costras y úlceras. Las biopsias y citologías pueden tener utilidad, pero son incapaces de diferenciar el tipo viral. La identificación microscópica de las células gigantes multinucleadas con una citología o la tinción de Tzanck, apoyan pero no son sensibles ni específicos para el diagnóstico. (27) (28)

DIAGNOSTICO: Las pruebas serológicas más confiables son de Western blott y la segunda generación de ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas. La reacción en cadena de polimerasa es por lo menos dos o tres veces más sensible que el cultivo viral, desafortunadamente ambas permanecen en el dominio de los laboratorios de investigación. (26)

TRATAMIENTO:

Primer episodio clínico de herpes genital, se recomiendan los siguientes regímenes terapéuticos:

-Aciclovir (Zovirax) oral : 400 mg 3 veces al día ó 200 mg 5 veces/día

-Famciclovir (Famvir) oral: 250 mg 3 veces al día

-Valaciclovir (Valtrex) oral : 1 gramo dos veces al día

*Todos por 7 a 10 días y si la curación de la úlcera es incompleta tras este tiempo, puede repetirse. Algunos estudios han demostrado que los tres reducen la duración del desprendimiento viral, el tiempo de curación y el desarrollo de nuevas lesiones.

Herpes recurrente:

-Aciclovir 400 mg dos veces al día

-Famciclovir 250 mg dos 2 veces al día

-Valaciclovir 1 gramo al día/ 250 mg dos veces al día / 500 mg diarios y 250 mg al día

Terapia episódica.

-Aciclovir 200 mg 5 veces al día

-Famciclovir 125 mg dos veces al día

-Valaciclovir 500 mg dos veces al día

*Todos los antivirales mencionados por 5 días

En los casos de pacientes inmunocomprometidos la experiencia clínica es controversial sin embargo se utiliza el aciclovir 400 mg 3 veces al día hasta la resolución clínica.

El Famciclovir 500 mg dos veces al día y de Valaciclovir dosis de 8 gramos por día, por lo que se le ha asociado con un síndrome urémico hemolítico o púrpura trombocitopénica trombótica, por lo se requiere de mucha experiencia clínica. Para aquellos casos aun más severos el uso de aciclovir a 5 mg/kg IV cada 8 horas es otra opción.

Y en pacientes en que se tiene resistencia a los retrovirales ya ampliamente comentados, el Foscarnet a razón de 40 mg/kg IV cada 8 horas hasta la resolución de las lesiones, puede ser también una terapia efectiva. Otro menos utilizado pero igualmente eficaz es la terapia tópica con Cidofovir gel al 1%, aplicado sobre las lesiones una vez al día por 5 días consecutivos (29) (30) (31) (32) (33)

2.7 Condilomas Virales (Papilomavirus)

El Virus del Papiloma Humano (HPV)* se relaciona con varias enfermedades epiteliales confinadas a la piel y mucosas. A nivel mundial representa un considerable problema de salud pública por la prevalencia de carcinoma cervicouterino asociado. De este modo este cáncer se encuentra entre las primeras 3 causas de muerte en mujeres y aunque algunos de los genotipos del VPH (16 y 18) tienen clara relación con la aparición de neoplasias escamosas, comparten gran similitud estructural y funcional con los genotipos no oncógenos

FISIOPATOGENIA: Estos virus son pequeños (55 nm), altamente específicos y poseen doble cadena de ADN. Existiendo más de 200 genotipos de los que se conoce que 70, pueden infectar al ser humano. Compuestos de una cápside viral, dispuesta con 72 capsómeros pentaméricos compuestos principalmente por una proteína tardía mayor L1 y una proteína tardía menor L2. El virus infecta al queratinocito basal de la epidermis en donde permanece latente, se replica y coordina la expresión de productos de genes virales dentro de la capa epitelial diferenciándose.

La forma de infección es la siguiente: una partícula de virus llega a las células epiteliales basales, a través de una solución de continuidad en la cubierta epitelial, el virus se une a la integrina alfa6 beta4 en el polo basal de la célula basal, permitiendo internalización de la partícula infecciosa, donde pierden su cubierta por medios desconocidos y el genoma viral entra al núcleo donde los genes tempranos E1 y E2 se transcriben y favorecen la replicación del genoma viral. Posteriormente se combinan con E5, E6 y E7 para expandir el compartimiento de proliferación del epitelio que a la postre, se compromete para diferenciar y expresar las proteínas E4, L1 y L2 para la liberación subsiguiente del virus infeccioso de verrugas en la capa cornificada.

Estos fenómenos por sí solos tienen pocas probabilidades de conducir a neoplasia, pero lo más probable es que un fenómeno crítico en el proceso de transformación, sea la adquisición de inestabilidad genómica (causada por expresión de E6), lo que deja indefensas a las células, pudiendo acumular varias lesiones génicas que en un futuro conduzcan a carcinoma metastásico. (34)

* Se presenta una tabla de los tipos de VPH asociada con lesiones anogenitales. (35) :

LESIONES	VPH : GENOTIPO
Verrugas Genitales	6, 11
Condilomas planos	6, 11, 16, 18, 31
Neoplasia Intraepitelial Cervical	16, 18, 31, 33, 35, 39, 42, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 56
Enfermedad de Bowen	6, 11
Tumor de Buschke- Lowenstein	6, 11
Neoplasia Intraepitelial Vulvar	16 (ocasionalmente 6, 11)
Cáncer Cervical	Asociación: 16, 18 (intensa), 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 (moderada) 6, 11, 42, 43, 44 (leve)
Neoplasia Intraepitelial Anal	16, raramente (6, 11, 18, 33)
Neoplasia Intraepitelial de pene	16, 18

FRECUENCIA: No existe predilección por sexo o raza, afectando al 20 a 50% de las personas entre los 15 a 25 años de edad, con una tasa de adquisición de toda la vida del 60 a 80%. Reportándose que el 1% da verrugas, 4% genera condilomas aplanados y lesiones que solo son visibles con ácido acético.

MORBIMORTALIDAD: Ocasionalmente pueden causar obstrucción uretral. Infecciones y en pacientes inmunocomprometidos es mayor el tamaño de las lesiones. Respecto a la mortalidad, es la segunda causa más común de cáncer cervical así como otras neoplasias malignas como tumor de Bowen.

CUADRO CLINICO: El período de incubación varía desde meses a años, generalmente asintomáticos, con síntomas demostrativos en un 30% de los casos. Los sitios de predilección son labios mayores y menores, clítoris, área periuretral, perineo, vagina, cervix (lesiones aplanadas) y en menor grado la orofaringe región perianal, ano y vejiga.

Morfológicamente son neoformaciones de aspecto papular de diferentes diámetros; del tamaño de la cabeza de un alfiler hasta masas parecidas a una coliflor: la característica "cresta de gallo", del color de la piel, rosa, rojo o grisáceo generalmente blandos al tacto. Los condilomas vulvares aplanados y confluentes, pueden adoptar aspectos equívocos, por lo que es conveniente efectuar biopsia para eliminar una displasia intraepitelial, que además acompaña a veces a los condilomas verdaderos.

A la inversa, un condiloma grande y voluminoso, puede adoptar el aspecto de un molusco péndulo. En la niña y en la mujer de edad avanzada, las lesiones pueden observarse secas al tacto (queratósicas) similares a las verrugas vulvares. En la mujer grávida, la diabética y en inmunosuprimidas, los condilomas tienden a proliferar y a hacerse confluentes formando grandes verrugosidades en forma de " coliflor", mal olientes y que pueden confundirse con un carcinoma verrugoso o un condiloma gigante de Buschke-Loewenstein. (65)

ASOCIACIÓN DE CONDILOMAS CON OTRAS ALTERACIONES Y EMBARAZO:

a) Condilomas y displasias graves vulvoperineales:

Datos virológicos han mostrado que las lesiones displásicas dependen de diferentes tipos de VPH (ya mencionados en una tabla anterior) con potencial oncógeno y que clínicamente son lesiones atípicas, de grado variable y evolución insidiosa según los casos

b) Condilomas y anomalías cervicales :

En un 6 a 8% hay lesiones concomitantes cervicales, que no siempre son exofíticas y que pueden adoptar un aspecto en placas leucoplásicas, estriadas de surcos finos en mosaico o simplemente de micropápulas blanquecinas. En una serie de 50 casos, se descubrieron en un 16% displasias cervicales leves y moderadas, un 30% lesiones condilomatosas puras, en un 20% lesiones mixtas, displásicas y virales. Por lo que existe la necesidad de vigilancia semestral a las pacientes mediante colposcopia y examen médico.

a) Condilomas virales y embarazo:

Las vegetaciones vulvares son muy sensibles a influencias hormonales, pues en mujeres grávidas tienden a multiplicarse y crecer, aunado a si existe una sobreinfección pueden dificultar el parto. Una vez que este se lleva a cabo, generalmente desaparecen espontáneamente. Los tipos más frecuentemente encontrados son exofíticos y aplanados. En el recién nacido la inhalación de estos virus cuando atraviesa el canal del parto, pueden desarrollarle papilomatosis laringuea con insuficiencia respiratoria y genital en 1 de cada 30 bebés (34)

b) Condiloma gigante de Buschke- Löwenstein :

En 1925 Buschke y Löwenstein descubrieron lesiones con apariencia clínica de carcinoma, pero con características histológicas de condiloma acuminado. En 1939 Löwenstein lo denominó condiloma acuminado similar a carcinoma. Actualmente es considerado como carcinoma verrugoso.

Este tumor predomina en hombres. En mujeres la edad promedio es de 61 años y para su desarrollo es necesaria la presencia del VPH tipo 18, 6 u 11. La topografía es la vagina, regiones cervical, perianal y perirectal, pudiendo haber infiltración pélvica. Clínicamente se caracteriza por una neoformación verrugosa fungiforme, mal oliente y grotesca como de coliflor, de crecimiento rápido y desordenado, acompañado de adenopatías, hemorragias y dificultad a la deambulación.

Histológicamente se observa en epidermis: hiperqueratosis paraqueratósica, hipergranulosis y acantosis. Es raro encontrar células mitóticas, disqueratosis o queratinocitos multinucleados.

Para realizar el diagnóstico es importante la realización de biopsia, la colposcopia y una citología exfoliativa, así como preguntar a la paciente si ha aplicado previamente podofilina, ya que modifica la estructura histológica y puede llevar a un diagnóstico erróneo. Para aquellos casos en que exista extensión a la pelvis, la tomografía o resonancia son de utilidad.

Entre los diagnósticos diferenciales del tumor de Buschke-Loewenstein se encuentra: el condiloma acuminado y el carcinoma de células escamosas, ocasionalmente las lesiones pueden simular un carcinoma basocelular, melanoma y Linfoma de Hodgkin. (36)

TRATAMIENTO:

El tratamiento de condilomas es esencialmente local a manera tópica, ya que el único objetivo es destruir las células que contienen el virus. A continuación mencionamos los más utilizados en nuestro medio

Queratolíticos:

Podofilina :

- al 0.5% tres veces a la semana por 1 mes aplicado en toques durante 8 horas posteriormente lavar la zona para evitar irritación

Podofilotoxina:

-en crema aplicada dos veces al día (lunes, martes y miércoles), descansando los siguientes cuatro días, lo cual constituye un ciclo otorgando un máximo de 4 ciclos.

Crioterapia

Imiquimod (Inmunomodulador de la respuesta inmune, induce la producción de citocinas proinflamatorias)

- Aplicar en crema tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes), una vez por la noche, con muy buenos resultados ya que su índice de recurrencias tiende a ser menor al 20%. Desventajas: irritación local y alto costo.

Otras alternativas con menos efectos

Ácido tricloroacético al 50% aplicado por el médico, directamente sobre las lesiones con una solución neutralizante bicarbonatada

-5-Fluoracilo en solución al 2% o crema al 5% al inicio 1 vez al día, por la noche y lavar a la mañana siguiente por 6 semanas o antes si se presenta reacción

Electrofulguración (riesgo de dejar cicatrices permanentes)

Láser de dióxido de carbono(efectividad estimada del 75%)

Interferón alfa (alfaferon -N): 0.05 ml (250,000 UI) directo sobre las lesiones, 2 veces a la semana con un máximo de 8 semanas o intralesional 2.5 millones UI. (35)

Tumor de Buschke-Löewenstein,

Extirpación quirúrgica (de elección, sin presentarse recurrencias y preservando la estructura y función)

Otras alternativas:

-Bleomicina intralesional para reducir las recurrencias

-Láser con CO₂ tiene la ventaja de proporcionar una cirugía hemostática y estéril.

-La radioterapia no es empleada debido a transformación anaplásica y por crecimiento rápido de las lesiones. La terapia fotodinámica con porfirinas y luz visible es prometedora

-El etetrinato e interferón intralesional son útiles como adyuvante (65)

MANIFESTACIONES VULVARES DE OTRAS DERMATOSIS

En general todas las dermatosis pueden llegar a extenderse a la vulva, lugar en donde en muchas ocasiones adoptan aspectos variados de presentación por el tipo de piel. Mencionaremos las entidades ya comentadas en la clasificación de enfermedades de la vulva:

2.8 Psoriasis

Es una dermatosis crónica y recurrente, que cuando afecta pliegues corporales como los inguinales e interglúteo así como la vulva, recibe el nombre de psoriasis de patrón inverso. Clínicamente se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas con maceración y fisuras, que se extienden a la piel intertriginosa de los muslos; la oclusión natural limita la presencia de escamas. Por la similitud con otras dermatosis, habrá que realizar diagnóstico diferencial con candidiasis, tiña corporal, dermatitis seborreica e intertriginosa. Para el tratamiento se recomiendan esteroides de baja potencia, ya que estos sitios son vulnerables de desarrollar atrofia. La tintura de Castellani puede tener utilidad y recientemente las preparaciones con vitamina D3 en ungüento (calcipotriol) en concentraciones de 50 ug/g es eficaz en esta zona y no hay riesgo de atrofia o taquifilaxis. (66)

2.9. Dermatitis por contacto

Afortunadamente las dermatosis por esta causa a nivel de vulva y vagina son poco frecuentes. Como principales sustancias que pueden producir vulvitis o vaginitis irritativa se encuentran a los irritantes ácidos como el alumbre, ácido cítrico y láctico y de los álcalis el bicarbonato de sodio o borato sódico. Los artículos que pueden desencadenar estos procesos son el uso de pantiprotectores, toallas sanitarias, tampones, pantimedias, cremas depilatorias, espermaticidas (que contienen agentes emulsificantes y espuma) causantes de irritaciones. En el caso de las duchas vaginales (adultas) y el baño de burbujas (principalmente en niñas) pueden también condicionar vulvitis irritativa.

Clínicamente inicia con prurito, sensación de escozor y/o quemadura. acompañado de eritema el cual no es muy aparente por la piel hiperpigmentada propia de esta área anatómica, así también pueden verse afectadas la región suprapúbica, las caras internas de muslos y región perianal

La dermatitis alérgica es más común que ocurra en mujeres con dermatosis preexistentes como la miliaria, dermatitis seborreica y candidosis, esto debido a que la piel de la vulva, se encuentra inflamada y susceptible de presentar procesos alérgicos, posteriores a la aplicación de sustancias sensibilizantes como los perfumes desodorantes, cosméticos, condones, anticonceptivos locales, pesarios de goma, medicamentos, y productos en spray para la higiene femenina. Clínicamente no existe un sitio particular de afección y las lesiones cutáneas son la característica piel eczematosas con eritema difuso y vesículas posteriormente hiperpigmentación postinflamatoria

El siguiente cuadro menciona las sustancias sensibilizantes que condicionan vulvitis o vaginitis de contacto:

<p>Sensibilizantes en Duchas: compuestos aromáticos (perfumes), clorhidro de benzetonio, methil salicilato, aceite de eucalipto, oxiquinoleina, timol, bálsamos.</p>	<p>Sensibilizantes en Espermaticidas: hexilresorcinol. nonoxyl, sulfato de oxiquinoleina, acetato de fenilmercurio y borato. hidrocioruro de quinina</p>
--	--

El diagnóstico se sospecha por clínica, las pruebas de parche son positivas y de gran utilidad. El tratamiento consiste en esteroides de baja potencia, cediluvios y emolientes: (37) (67)

2.10 . Liquen Simple Crónico

Es una forma localizada especial de liquenificación que casi siempre se presenta en placas circunscritas, siendo más frecuente en las mujeres y en algunos casos favorecido por la tensión emocional. La duración de las lesiones son de semanas o meses e incluso años (de ahí lo crónico). El prurito a menudo es en paroxismos, la piel liquenificada es similar a una zona erógena y el frotamiento se vuelve automático, irreflexivo e inconsciente

La topografía primordial son los labios mayores y el monte de Venus , caracterizada por ser una lesión única o varias placas distribuidas al azar, de forma oval, redonda o lineal (siguiendo el patrón de rascado), ,liquenificadas, de color rojo pardo, marrón o negra de acuerdo al fototipo de piel.

El tratamiento es difícil, la aplicación de esteroides tópicos en cura oclusiva es de utilidad, así como el ungüento de doxepina al 5% puede ser efectivo en algunas pacientes y los antihistamínicos por vía oral. (38)

2.11. Liquen Escleroso y Atrófico

Esta entidad es un trastorno mucocutáneo atrófico y crónico relativamente raro, que puede afectar todas las áreas de la piel pero con predilección por los genitales femeninos. La Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD) y la Sociedad Internacional de Ginecólogos y patólogos (ISGYP) recomendaron cambiar la terminología, anteriormente se le conocía como “ Distrofia vulvar hiperplásica” o LEA. La etiología es desconocida, pero se le ha visto asociación con otras enfermedades autoinmunes como el vitiligo, liquen plano, morfea, penfigoide ampolloso. Puede afectar a ambos sexos, pero se sabe que tiene predilección por las mujeres con una relación de 10: 1. La edad promedio de presentación es a los 50 años vida, aunque también se ha visto en niñas prepúberes de raza blanca y menos común en asiáticas. Generalmente es asintomático, pero en ocasiones puede haber dolor vulvar durante la deambulación(particularmente si hay erosiones), prurito, disuria y dispareunia. La distribución es en forma de cerradura o de ocho en el área anogenital: caras internas de los labios mayores y menores, clítoris, perineo y línea inguinal. Típicamente son pápulas planas, de color marfil o blanco- porcelana semitransparente. bien delimitadas que pueden confluir formando placas. (39)

Las placas hiperqueratósicas pueden macerarse y contraer la vulva, retrayendo los labios menores, el clítoris y reduciendo el introito vaginal. A medida que la dermatosis progresa la piel es más atrófica y los orificios pilosebáceos están llenos de tapones de queratina y las telangiectasias son un elemento característico.

El liquen escleroso y atrófico incrementa el riesgo de desarrollar cáncer vulvar, por lo que es importante el control clínico estricto con biopsia, el cual nos dará la confirmación diagnóstica.

El tratamiento consiste en corticoesteroides tópicos potentes (propionato de clobetasol al 0.05% o mometasona en crema) solos o combinados con andrógenos con su consecutiva reducción una vez mejorado el cuadro, el etetrinato tópico a fin de reducir la atrofia. Otras alternativas con respuestas variables son la criocirugía y vaporizaciones con rayo láser de CO₂ y la vulvectomía. (40)

2.12. Dermatitis Seborreica

Es una entidad clínica, asociada con frecuentemente a *M. furfur* (*Pityrosporum ovale*) se caracteriza por enrojecimiento en regiones donde las glándulas sebáceas son más activas, posteriormente las lesiones se toman pruriginosas y descamativas, habitualmente la topografía es piel cabelluda, cara y tronco, a nivel de la vulva aparece clínicamente como un intertrigo y puede variar desde un eritema mínimo con descamación y coloración amarillenta hasta lesiones psoriasiformes. El diagnóstico se hace por clínica y habrá que diferenciarla del intertrigo candidótico o pitiriasis versicolor. El tratamiento es a base de tintura de Castellani y combinaciones de corticoesteroides (acetato de hidrocortisona al 1 o 2.5%) con miconazol. (41) (68)

2.13. Pitiriasis Versicolor

Es una infección micótica del estrato córneo de la piel, caracterizada por manchas hiper o hipocrómicas (más común), de forma irregular y con descamación fina. El agente etiológico es *Malassezia furfur*, hongo dimórfico que forma parte de la biota comensal humana. Las infecciones por este organismo no son contagiosas, no hay predilección por sexo y predomina en adultos jóvenes, en condiciones favorables como la humedad, el calor, aplicación de cremas y bronceadores grasos, niveles altos de cortisol, administración prolongada de esteroides se produce un crecimiento excesivo. Clínicamente la topografía habitual es tronco, cuello y antebrazos, cuando afecta la vulva, las lesiones se distribuyen en parches sin una topografía especial, a manera de máculas color marrón y blancas, bien delimitadas, redondas u ovaladas de tamaño variable con descamación fina en su superficie. Ocasionalmente pruriginosas.

El diagnóstico se realiza por clínica y examen microscópico directo de escamas, preparadas con hidróxido de potasio al 20% y la luz de Wood.

El tratamiento puede ser tópico o sistémico, el primero se administra por un mínimo de 15 días, entre las soluciones recomendadas están: hipoclorito de sodio al 20% propilenglicol al 50% o bien uso de champús que contengan disulfuro de selenio al 2.5% y piritionato de zinc. Otras opciones son el miconazol, clotrimazol, ketoconazol de 200 mg/día por siete días o dosis única de 400 mg y repetir misma dosis a los 30 días, itraconazol 200 mg durante 5 a 10 días, fluconazol 400 mg dosis única. Actualmente otra opción es la aplicación tópica de terbinafina al 1% con buenos resultados. (68) (69)

2.14 Vulvovaginitis por Candida e Intertrigo

La edad habitual de presentación es en la etapa reproductiva, pero puede encontrarse en diferentes edades, tal es el caso de las niñas recién nacidas. Ello debido a los altos niveles hormonales hereditarios maternos así como a la colonización de las mucosas durante el parto, en el caso de las púberes igualmente juega el papel hormonal. A diferencia de las mujeres ancianas que es atribuible a enfermedades crónicas o procesos concomitantes.

Como factores predisponentes tenemos a la inmunosupresión en pacientes con HIV o que reciben terapia inmunosupresora, en enfermedades crónicas y sistémicas como la Diabetes mellitus, presentes hasta en un 20 a 60% debido a la presencia de niveles elevados de glucógeno, que al degradarse produce cambios en el pH. Contrariamente en las mujeres embarazadas que por su misma condición, presentan variaciones en el pH aumentando el glúcido y disminuyendo la inmunidad favoreciendo el crecimiento de candida en un 30 a 75%.

La *candidosis vaginal* se presenta con abundante exudado blanquecino, espeso, grumoso y no fétido, encontrándose en las paredes vaginales leucoplasias que al desaparecer dejan únicamente ardor y en casos más severos, pueden extenderse a los labios mayores y menores y raramente al tracto urinario. (42)

A nivel vulvar produce vulvitis que se manifiesta con erosiones, pústulas, eritema, edema y un material grumoso, acompañado de dolor, sensación de quemadura, disuria y prurito. En pliegues inguinales e interglúteos y región perineal produce *Intertrigo*, constituido por pústulas sobre una base eritematosa que se erosionan y confluyen, para posteriormente formar placas de bordes policíclicos y eritematosos con lesiones periféricas satélites.

El diagnóstico requiere de la presencia de las características clínicas y la demostración del organismo responsable ya sea en exudados, escamas mediante el examen directo con KOH al 10% o bien tinciones como Gram, Wright, Giemsa, PAS, Papanicolaou, a fin de encontrar blastosporas de aproximadamente 2 a 4 micras de diámetro y pseudohifas cortas o largas, para determinar el estado patógeno y virulento.

Habrá que realizar diagnóstico diferencial con vaginosis bacterianas y por protozoos, así como con dermatitis por contacto. En el caso de intertrigo con psoriasis inversa y eritrasma.

El tratamiento adecuado es el uso de imidazoles tópicos con miconazol o nistatina, o bien la aplicación de tintura de Castellani dos veces al día. Para los casos recurrentes, está indicado el manejo sistémico con azólicos como el ketokonazol a dosis de 200 a 400 mg día para adultos y en niños de 3mg/kg/día. El itraconazol tiene menos efectos colaterales y la dosis es de 100 a 200 mg/día, e incluso en casos muy severos hasta de 400 mg/ día por 3 a 5 días. Otro medicamento muy activo es el fluconazol a 100- 150 mg/ día dosis única, y en los casos de inmunosupresión a 150 mg/ día con una buena respuesta de hasta el 85% (43)

VULVODINIA

Dentro de la patología vulvar la vulvodinia es un síndrome que implica un gran desafío en su diagnóstico y tratamiento tanto para los dermatólogos, ginecólogos y psiquiatras. Este término trata de explicar al síndrome que incluye dolor vulvar de difícil aclaración por parte del paciente, disfunción sexual y alteraciones o distress psicológico. El cuadro de "hiperestesia" o "excesiva sensibilidad" fue descrito por primera vez en 1889 por A. J. C. Skene. Cabe aclarar que el prurito no es un síntoma de esta entidad y que si está presente, se excluye este diagnóstico.

En relación a su etiología a la fecha es de causa desconocida, sin embargo se le ha asociado a infecciones recurrentes por *Candida*, irritantes locales o reacciones adversas a medicamentos. Otros autores refieren que puede iniciarse posterior a recibir tratamiento por otras enfermedades vulvares previas (uso de podofilina tópica, crioterapia, electrofulguración, láser con CO₂, etc). También se le ha asociado con historia de abuso sexual, abortos provocados, parto inmediato y ansiedad o depresión. A continuación se describen 3 subgrupos de Vulvodinia: (44)

1) Vulvodinia vestibular

La sintomatología está delimitada a este sitio, lo cual se desencadena por el contacto físico o presión (durante la relación sexual provocando dispareunia, el uso de tampones o al tocar el vestíbulo con el papel higiénico y el dolor suele durar por espacio de cinco a siete horas. Generalmente se observa en mujeres blancas premenopáusicas. Histológicamente los cambios encontrados son de inflamación crónica e inespecífica. El tratamiento propuesto es con interferón alfa inyectado intralesionalmente, así como el uso de láser de CO₂, excisión quirúrgica como vestibulectomía, vestibuloplastia y perineoplastia (este tratamiento sólo es justificado cuando no ha habido respuesta con otros tratamientos conservadores). Por otra parte se recomienda dieta baja en oxalatos de calcio y la ingestión de citrato de calcio en tabletas para disminuir la formación de cristales en la orina. Otras pacientes han tenido disminución del dolor con el uso de antidepresivos tricíclicos, de diversos neuropéptidos como la sustancia P, endorfinas, serotonina y algunos antihistamínicos.

2) Vulvodinia disestésica (esencial)

El ardor no solo incluye el vestíbulo sino también los labios mayores, siendo más común en mujeres con disminución estrogénica. " La molestia perianal" es constante y similar a la neuralgia postherpética o a una glosodinia. Ocasionalmente hay disconfort uretral y rectal. A la exploración física se observa eritema vulvar. El tratamiento consiste en uso de amitriptilina, disipramina (antidepresivos tricíclicos)

3) Vulvodinia cíclica

En esta variante los síntomas comprometen más allá del vestíbulo vaginal, produciendo exacerbaciones y remisiones que corresponden al ciclo menstrual empeorando en la fase lútea. El examen clínico es inespecífico, y se puede experimentar dolor al realizar la prueba de presión puntiforme. Actualmente se sigue tratando con antimicóticos tanto por vía tópica como sistémica por más de seis meses con buena respuesta, por que en el pasado se propuso que este cuadro, podría corresponder a una respuesta de hipersensibilidad a antígenos de *Candida* (45)

MANIFESTACIONES VULVARES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS

Ocasionalmente la vulva puede verse afectada por enfermedades sistémicas difusas, enfermedades internas más específicas viscerales metabólicas, endocrinas y a veces paraneoplásicas

La enfermedad de Crohn es una afección de origen desconocido y crónico, que evoluciona por brotes y puede alcanzar todos los sectores del tubo gastrointestinal. La localización vulvar es rara y no grave, con aparición de lesiones a nivel de labios mayores y menores, caracterizada inicialmente por edema y pequeñas pápulas traslúcidas correspondientes a linfangiectasias microscópicas, así como ulceraciones intralabiales principalmente perivulvares con aspecto de "cuchillada". puede haber abscesos en las glándulas de Bartholin y las erosiones suelen ser infrecuentes, otras lesiones son fisuras, fistulas y abscesos, siendo precedidas de lesiones perianales y anales en un 65% de los casos.

Cuando la afección vulvar es reveladora, obliga a realizar una rectoscopia. El tratamiento es con corticoesteroides, otras alternativas son salazopirina, metronidazol, 6-mercaptopurina todos con efectos variables

Pioderma gangrenoso es una úlcera crónica idiopática que suele relacionarse con otras enfermedades sistémicas, como la colitis ulcerativa, hepatitis crónica activa, artritis reumatoide seropositiva, lupus eritematoso sistémico entre otras. La topografía vulvar incluye a los labios y la región perineal que en ocasiones puede extenderse hasta la cara interna de los muslos y glúteos, caracterizada por vesículas o pústulas que se agrupan en una placa eritematosa, que al romperse forma una úlcera de varios centímetros de diámetro, bien delimitada con bordes cortados a pico, violáceos netos y de fondo sucio. La evolución es crónica, tórpida y dolorosa, dejando una cicatriz cuando cura. El manejo consiste básicamente en controlar la enfermedad de base, entre los tratamientos sistémicos se incluyen a la prednisona a 60 a 80 mg/ día, sulfasalazina de 1 a 4 gr/ día, sulfona de 100 a 200 mg/ día, ciclofosfamida a razón de 150 mg/ día, azatioprina de 150 a 300 mg/ día, ciclosporina A de 5 a 10 mg/kg/ día entre los más utilizados (46)

Enfermedad de Behcet es una enfermedad autoinmune, caracterizada por una inflamación multisistémica, cuyos criterios diagnósticos son; presencia de úlceras aftosas recurrentes bucales y genitales muy dolorosas, lesiones cutáneas (eritema nodoso o vasculitis cutánea pustulosa), lesiones oculares (uveítis posterior), sinovitis, trastornos neurológicos y tromboflebitis.

Las lesiones vulvares, tienen predilección por los labios menores y son úlceras en sacabocado de 3.0 a 10.0 mm, persistentes, profundas, con bordes colgantes o elevados de base necrótica o de color rojo, generalmente múltiples. El diagnóstico se hace por los criterios clínicos, prueba de patergia en el que se observará después de 24 a 48 horas, la presencia de una pústula inflamatoria. La histología de las úlceras vulvares revela arteriolas trombosadas, vasculitis leucocitoclástica bien desarrollada e inflamación crónica inespecífica.

El tratamiento consiste en esteroides de alta potencia como el clobetasol, triamcinolona intralesional de 3 a 10 mg/ml talidomida 100 mg VO c/ 12 horas, dapsona o colchicina (46)

Acantosis nigricans es un engrosamiento difuso aterciopelado con hiperpigmentación de la piel, que en ocasiones presenta acentuación de las líneas, tornando la superficie rugosa con aspecto amamejonado y que a menudo presenta colgajos cutáneos en los pliegues corporales como son: axilas, ingles y cuello. La topografía es en dichos sitios más nudillos, ombligo, áreas submamarias, mucosas labial-anal y vulva (sin patrón de distribución característico). Habrá que considerar si es debido a un patrón hereditario, por procesos endocrinológicos como la diabetes u obesidad, inducida por medicamentos o por procesos malignos como adenocarcinoma de sistema digestivo, vías urinarias y menos frecuente de linfoma (47)

Eritema Multiforme Es una dermatosis aguda mucocutánea autolimitada e inmunopatológica, que inicia con fiebre y síntomas generales, las lesiones cutáneas son centrípetas, simétricas y polimorfas constituidas por eritema, pápulas, vesículas, ampollas, placas urticarianas y ocasionalmente púrpura, las cuales se agrupan en placas de diferentes tamaños y forma. La lesión clásica es el "herpes iris de Bateman o lesión en diana", que inicia como una mancha eritematosa circular, que evoluciona rápidamente a pápula y luego se transforma en una ampolla central, que finalmente se deprime en el centro por una zona de necrosis. A nivel vulvar los sitios de predilección son los labios mayores y menores, monte de venus y perineo. Dichas lesiones generan ardor y/o prurito y suelen involucionar en 2 a 4 semanas con hiperpigmentación residual. Según la gravedad se consideran las formas de eritema menor y mayor (Síndrome de Stevens Johnson). El tratamiento consiste en medidas sintomáticas locales y antihistamínicos sistémicos. En pacientes graves pueden utilizarse corticoesteroides y si el cuadro fue desencadenado por algún medicamento, debe suspenderse y dar el tratamiento específico. (48) (70)

VULVOVAGINITIS EROSIVAS

La pérdida de epidermis a nivel vulvar, puede ocurrir por una variedad de procesos inflamatorios ampollosos, infecciosos y neoplásicos. Es por ello que se necesita realizar un examen mucocutáneo minucioso. A continuación mencionaremos las dermatosis vulvares que condicionan "vaginitis erosiva".

Liquen plano erosivo conocido también como síndrome gingivo-vulvo- vaginal, descrito como una sola entidad en 1982. Es una dermatosis inflamatoria aguda y crónica que afecta a las mujeres a edades de 30 a 60 años. Cuyos síntomas vulvares son la presencia de dolor, sensación de quemadura y dispaurenia. Los sitios afectados son los labios mayores, menores, clítoris y vagina. Provocándose en ocasiones atrofia y fusión de los labios con el clítoris, adherencias y estenosis vaginales así como cervicitis descamativa y hemorrágica (muy dolorosas, lo cual puede apreciarse durante la exploración ginecológica al introducir el espejo vaginal). Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas planas y/ o placas hipertróficas violáceas, agrupadas en línea, anulares o dispersas.

El diagnóstico es con biopsia, la cual reporta inflamación con hiperqueratosis, aumento de la granulosa, acantosis irregular e infiltrado mononuclear en forma de banda. La inmunofluorescencia directa muestra depósitos de fibrina en la unión, IgM y en menor frecuencia IgG, IgA y C3.

El tratamiento consiste en triamcinolona intralesional, corticoesteroides tópicos en oclusión (propionato de clobetasol al 0.05%), ciclosporina a razón de 5 mg/kg al día y retinoides sistémicos (etetrinato o acitretina), la griseofulvina para esta topografía no funciona. En los casos de sinequias o adherencias, la cirugía seguida de dilataciones vaginales y esteroides tópicos para minimizar la inflamación, son de utilidad. (49) (50)

Enfermedades Ampollosas: estas dermatosis autoinmunes tienen un grado importante de afección a mucosas incluyendo la región vulvovaginal. La siguiente tabla incluye a las diferentes entidades:

ENFERMEDAD	DISTRIBUCION	AFECCIÓN VULVOVAGINAL	TIPO DE LESION
Pénfigo vulgar	generalizada	80%, toda la vulva y cervix	ampollas flácidas, erosiones
Penfigoide ampolloso	tronco, extremidades y pliegues	9%, labios mayores y menores, vagina	placas urticaroides, ampollas tensas
Penfigoide cicatrizal	mucosas conjuntival, laríngea, genitales	53%, uretra, introito vaginal y vagina	erosiones, milia ampollas, gingivitis, cicatrices retráctiles
Enfermedad lineal IgA	Perineo, tronco, extremidades	60%, genitales	ampollas tensas, lesiones anulares y urticarianas
Epidermólisis ampollar distrófica	generalizada	60%, labios mayores, menores, clítoris e introito vaginal	ampollas tensas, milia, lesiones anulares y urticarianas

La presencia de erosiones superficiales recurrentes, sugiere la posibilidad de pénfigo vulgar, las erosiones en pliegues pueden indicar la presencia de pénfigo vegetante, cuyo diagnóstico dependerá tanto por la clínica como por los hallazgos histopatológicos. El penfigoide cicatrizal y/o penfigoide benigno de Halley-Hailey, suelen comprometer pliegues y áreas de flexión como el cuello y las axilas. Inicialmente se observan ampollas superficiales o placas húmedas, así como sobreinfección bacteriana, viral o micótica. Cabe aclarar que todas estas dermatosis, cursan en mayor o menor grado con ardor, dolor, disuria, prurito y síntomas uretrales.

El tratamiento para todas estas entidades es con esteroides, dapsona e inmunosupresores. La evolución es crónica con períodos de remisión y reactivación (en el caso del pénfigo vulgar), en la epidermólisis ampollar y la enfermedad por IgA, las lesiones son persistentes.

Por lo tanto las condiciones erosivas de la vulva son un misterio para la mayoría de las pacientes y algunos de los médicos, por lo que frecuentemente puede haber dificultades en el diagnóstico, dificultando así la aplicación del tratamiento adecuado y también del pronóstico. (51)

LESIONES PIGMENTARIAS DE LA VULVA

Aproximadamente el 10 al 12% de las mujeres, presenta algún tipo de lesión pigmentada a nivel vulvar y de esta porcentage, la mayoría de las veces son lesiones benignas, como las queratosis seborreicas y en menor grado los tumores malignos como el melanoma. El siguiente cuadro muestra algunas de estas lesiones pigmentadas de la vulva (52) :

NEVOS. Melanocítico atípico, Displásico, Compuesto, Congénito
MELANOMA
LENTIGINES
MELANOSIS
HIPERPIGMENTACION ASOCIADA CON LESIONES NO NEVICAS

Nevos En relación a los nevos estos ocupan el 2% las lesiones pigmentadas. Al igual que el melanoma maligno (MM), la topografía más habitual en la vulva son los labios mayores y generalmente son asintomáticos. El nevo atípico melanocítico , se encuentra en las mujeres premenopáusicas y es una lesión de aspecto papular hiperpigmentada, con dimensiones que varían desde 3 mm hasta 1 cm, de bordes irregulares. El nevo melanocítico displásico, surge de novo o como parte de un nevo melanocítico compuesto, y se les considera precursores potenciales del melanoma superficial diseminado, así como indicadores en personas con riesgo de desarrollar un melanoma maligno primario de la piel y pueden presentarse como máculas ovaladas, grandes y jaspeadas con un área ligeramente elevada (la cual se determina en base a las manecillas del reloj, ejemplo a las 10:00 horas), de bordes difusos.

El nevo de unión que se encuentra en piel y mucosas(incluyendo la vulvovaginal), clínicamente se manifiesta como una lesión pigmentada de bordes regulares, generalmente no mayor 6 mm de diámetro, color café claro, oscuro o negro de pigmento uniforme y superficie lisa

El nevo compuesto, se localiza en cualquier parte como la cabeza y cuello (47%), palmas y dorso de manos, plantas y en menos del 1% en vulva (labios mayores) , presentándose como una neoformación sésil , poco elevada, color rojizo, café o negro, que al evolucionar toma un aspecto nodular, de una superficie verrugosa o queratósica sin pelos

Histológicamente se caracteriza por proliferación de células névicas tipo A . que son células cuboides, de citoplasma abundante y concentraciones variables de gránulos de melanina , localizadas en la dermis superior a nivel de las zonas de unión e intradérmica y que para diferenciarlo del melanoma maligno incipiente, y sobre todo del nevo displásico, es preciso analizar en detalle todos los datos clínico histológicos (71)

Los nevos congénitos son lesiones pigmentadas de la piel casi siempre presentes durante el nacimiento o desarrollados durante la lactancia, siendo neoplasias benignas compuestas de nevomelanocitos. los cuales provienen de los melanoblastos. no obstante todos pueden ser precursores de melanoma maligno. Clínicamente son lesiones aisladas (menos del 5% son múltiples) ovals o redondas, de superficie granulosa, mamilada, rugosa, cerebriforme, bulbosa, tuberosa o lobular, de color claro u oscuro, con salpicaduras finas más oscuras y un tinte pardo más claro circundante, de tamaño variable (habitualmente menores de 1.5 cms)

Por el riesgo de desarrollar MM vulvar. Los nevos deben vigilarse estrechamente con revisiones semestrales (72)

Lentiginos Son lesiones pigmentadas que pueden localizarse a nivel vulvar en un 3 a 7% de las pacientes , se presentan como máculas hiperpigmentadas menores de 5 mm, la topografía principal es a nivel de los labios mayores y menores, no son malignos y no requieren tratamiento.

Melanosis Es una afección benigna localizada en los labios mayores, menores, introito vaginal, perine y ocasionalmente el cervix, caracterizada por manchas hiperpigmentadas irregulares, de color café oscuro o casi negro, con dimensiones que varían desde los 5 a 45 mm de diámetro. Suelen estar presentes en mujeres entre la tercera y quinta décadas de la vida, generalmente son asintomáticas y el prurito suele ser excepcional. Es importante realizar diagnóstico diferencial con el melanoma maligno y nevos de unión (52))

Melanoma Este tumor maligno ocupa el 8 al 11% de todas las neoplasias de la vulva, siendo el segundo en frecuencia después del carcinoma epidermoide. La posibilidad de desarrollar melanoma, se encuentra presente principalmente cuando existen nevos de unión en un 5%.

En general existen cuatro tipos de melanoma maligno, tres de ellos (1.- lentigo melanoma maligno, 2.- melanoma maligno de extensión superficial y 3 - melanoma acral lentiginoso), con una fase de crecimiento radial u horizontal, dentro de los confines de la epidermis llamado también de expansión in situ, y que posteriormente presentarán un crecimiento vertical o de invasión dérmica y la cuarta variante, que es el melanoma nodular que surge como tal.

La edad de presentación se sitúa entre la sexta y octava década de la vida, originándose con mayor frecuencia en los labios menores y clítoris, con diseminación superficial a la vagina y uretra. Morfológicamente tiene tres presentaciones clínicas: nodular, de extensión superficial y acral lentiginoso, dichas lesiones suelen ser máculas planas, o de superficie aplanada y áreas focales de pápulas, o nódulos, con enormes variaciones de tonos que van del pardo y negro a el grisáceo y azul, los bordes suelen ser irregulares y jaspeados. Las dimensiones varían de 0.5 a 10.0 cms de diámetro. Y los síntomas más comunes en orden de frecuencia son: hemorragia , prurito y ulceración.

Entre los factores pronósticos podemos mencionar . (53) :

a) espesor del tumor en base a los cinco niveles propuestos por Clark:

Nivel 1: células tumorales confinadas a epidermis y sus anexos

Nivel II: extensión a la dermis papilar con muy pocas células de melanoma, en la interfase entre dermis papilar y reticular (mortalidad a 5 años del 8%)

Nivel III: extensión de toda la dermis papilar y dirección a la reticular. pero sin invadir esta última (mortalidad de 35%)

Nivel IV: Invasión a la dermis reticular (mortalidad del 46%)

Nivel V: invasión del tejido celular subcutáneo (52%)

Sin embargo se comprobó que al cabo de 10 años la cifra de mortalidad es la misma para los niveles III y IV.

a) Determinación del espesor del tumor (Breslow) con un micrómetro, midiendo el espesor a partir de la porción más superficial del epitelio y si la lesión es ulcerada, el espesor se determinará a partir de la base de la ulceración hasta el punto máximo de crecimiento vertical.

b) La combinación de ambos métodos (Clark y Breslow), utilizando el espesor del melanoma como parámetro rector y el nivel como modificador:

Bajo riesgo: de menos de 0.76 mm y nivel II y III.

Riesgo moderado: melanomas de menos de 0.76 mm y nivel IV, melanomas entre 0.76 y 1.5 mm y melanomas de 1.5 mm y nivel III

Alto riesgo: melanomas de más de 1.5 mm de espesor y nivel IV o V.

Con tasas de mortalidad del 0, 23 y 37% respectivamente

c) Factores clínicos: como localización en áreas pilosas (mejor pronóstico).

d) Factores histológicos: índice mitótico elevado, presencia de invasión linfática o vascular y ausencia o escasez de melanina en las células tumorales, hablan de peor pronóstico. Contrariamente el infiltrado linfocítico alrededor de la lesión principalmente en la base es un signo positivo.

e) Índice pronóstico que es el indicador más exacto del curso del melanoma, para calcularlo se multiplica el espesor en milímetros, por el número de mitosis por milímetro cuadrado en los cortes histológicos estándar, el valor límite es 19

En cuanto al tratamiento, este dependerá del estadio clínico. (73)

LESIONES PRECANCEROSAS DE LA VULVA

Papulosis bowenoide Denominada también como enfermedad de Bowen es una neoplasia intraepitelial, que se adquiere por transmisión sexual del VPH tipo 16, 18, 31 y 33. Afecta a las mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. El período de incubación es de meses a años. La topografía en orden de frecuencia son los labios mayores y menores, clítoris, pliegues inguinales, región perianal y la mucosa bucofaríngea. Morfológicamente se caracteriza por máculas o pápulas liquenoides (planas), de color pardo, marrón, rosa, rojo, violáceo, blanco o pigmentadas, de varios milímetros de diámetro y que pueden confluir formando placas.

El diagnóstico se hace con la sospecha clínica y la biopsia, la cual reporta pérdida de la orientación celular con núcleos hiper cromáticos y pleomórficos, disqueratosis y mitosis atípicas dispersas.

Entre los diagnósticos diferenciales a considerar se encuentran los condilomas acuminados, liquen plano, angioqueratoma y psoriasis vulgar.

La evolución es variable, ya que las lesiones pueden resolverse de manera espontánea, o bien persistir durante muchos años con aparición de múltiples lesiones nuevas o bien progresar a carcinoma invasor de células escamosas.

El manejo es habitualmente tópico con 5-fluoracilo, imiquimod, electrofulguración, ácido tricloroacético, criocirugía con respuestas muy variables. En muchas pacientes la enfermedad es muy crónica y con tendencia a desarrollar posteriormente enfermedad de Bowen. (54) (55)

TUMORES VULVARES

El hecho que la piel de la vulva sea un epitelio escamoso estratificado y tenga múltiples anexos y estructuras glandulares muy especializadas como la inervación asociada con el sistema glandular apocrino, favorecen el crecimiento de una variedad de tumores que mencionaremos a continuación (58):

TUMORES BENIGNOS

*Tumores y Quistes congénitos

*Tumores Quísticos:

Quiste mucoso vestibular, Quiste pilonidal o *sinus*, Quiste o Absceso de la glándula de Bartholín, Quiste de inclusión epitelial y Linfangioma

*Tumores vasculares e inflamatorios:

Hemangioma, Angioma en cereza, Angioqueratoma, Granuloma piógeno, Endometriosis, Hematoma y Edema

*Otros tumores:

Fibromas laxos, Siringomas, Pólipo fibroepitelial Neurofibroma, Enfermedad de Fox-Fordyce e Hidradenoma.

TUMORES PREMALIGNOS

*Papulosis bowenoide

TUMORES MALIGNOS

*Carcinoma de células escamosas, Carcinoma de células basales, Melanoma, Adenocarcinoma, Enfermedad extramamaria de Paget, Carcinoma quístico adenoideo, Sarcoma, Fibrosarcoma y Tumores metastásicos

Carcinoma Epidermoide Conocido también como Carcinoma de células escamosas, es la variante más común en el 90% de los casos. La edad promedio es a los 63. 5 años, aunque series de otros autores reportan edades inferiores. La topografía más común es a nivel de los labios mayores en un 50% de los casos y en labios menores 15- 20%

Clinicamente se manifiesta por ser una neoformación, única sólida, indurada, de bordes mal delimitados, de color café claro o grisáceo exofítica, de aspecto verrugoso y que generalmente se ulcera y es difícil de cicatrizar. La mucosa perilesional suele encontrarse atrófica, blanquecina y adelgazada. Generalmente se diseminan por vía linfática a vagina ,uretra y ano. La evolución es crónica y el síntoma principal es el prurito presente en un 70% de los casos.

El diagnóstico definitivo se realiza con una biopsia, el cual reporta patrones de crecimiento infiltrativo difuso, expansivo y mixto, en dermis se encuentran células escamosas atípicas, con hiper cromatismo nuclear, células disqueratóticas y perlas córneas. El tratamiento dependerá del estadio del tumor. Respecto al pronóstico, la supervivencia a 5 años es del 40 a 60% y generalmente el 30% de las pacientes operables, presentan algún tipo de diseminación ganglionar regional. (56) (57)

Carcinoma basocelular Si bien este tipo de neoplasias es común en la piel, rara vez se encuentra en mucosas, constituyendo únicamente el 2 al 5% de los carcinomas vulvares. Entre los factores predisponentes que pueden promover el crecimiento del tumor, se encuentran la radiación UV en zonas no fotoexpuestas y la irritación crónica vulvar con o sin prurito en áreas anatómicas previamente traumatizadas o quemadas.

Cuando aparece, suele localizarse en los labios mayores y la lesión típica es un nódulo que puede estar ulcerado o pigmentado. Aunque también puede dar lesiones exofíticas (pseudoquistica o vegetante), planas (superficial, planocicatrizal, morfeica), de color eritematovioláceo, de varios centímetros de diámetro y con telangiectasias en su superficie),

Histológicamente presentan las mismas características de los basocelulares de la piel. Suelen ser de buen pronóstico y no metastatizan. (58)

Carcinoma Metastásico estas neoplasias ocupan el 10% de todos los tumores vulvares. Y suelen ser secundarios a neoplasias derivadas del cuello uterino, vagina, ovario, endometrio y en menor grado de mama y riñón. Clínicamente deben sospecharse, cuando existe la presencia de nódulos solitarios o múltiples con características adenocarcinomas en la biopsia. El pronóstico en estos casos suele ser pobre y la sobrevida es muy corta a 1 año, pese a utilizar terapias combinadas de radioterapia con cirugía o quimioterapia. (59)

CAPITULO 3

FRECUENCIA DE PATOLOGÍA CUTÁNEA DE LA VULVA EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son las causas más comunes de patología cutánea a nivel vulvar, en las mujeres que acuden a la consulta externa del servicio de Dermatología y Micología ?

3.2. JUSTIFICACIÓN

La patología de la vulva es frecuente y poco explorada, debido a que es una zona de difícil estudio tanto para los dermatólogos como ginecólogos, ya que involucra una zona fronteriza entre la piel y mucosas, así como por el hecho de ser un órgano exclusivamente femenino.

La identificación de las patologías más comunes a nivel vulvar, favorece la creación de medidas preventivas fundamentales especialmente de aquellas lesiones con un potencial maligno, a fin de realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados

3.3 HIPOTESIS

En la población femenina las manifestaciones cutáneas en la vulva tienen una frecuencia elevada.

3.4 OBJETIVOS

- a) Conocer cuáles son las principales enfermedades de la vulva
- b) Determinar la frecuencia de patología vulvar y sus características clínicas

DISEÑO METODOLÓGICO

3.5 MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

*Prospectivo transversal, descriptivo y observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO

*Mujeres que acudan al servicio de Dermatología y Micología Médica del hospital de Especialidades del CMN. Siglo XXI. A partir del mes de junio a diciembre del 2001 y que cumplieran con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

*Mujeres mayores de 16 años y que presenten sintomatología, lesiones o enfermedades sistémicas que den manifestación cutánea a nivel vulvar, y que consientan en participar voluntariamente en este estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

*Mujeres que no deseen participar o que interrumpan el estudio.

VARIABLES POR ANALIZAR

a) Variable Principal :

Cualquier dermatosis o enfermedad sistémica que curse con patología en la vulva.

b) Variables Secundarias:

*Motivo de consulta

*Evolución (aguda y crónica, tomando como rango de tiempo el lapso de 1 año)

*Síntomas (prurito, ardor, disestesias, vulvodinia, dispaurenia, leucorrea y otros)

*Topografía (labios mayores y menores, monte de Venus, vestíbulo y clitoris)

*Morfología (tipo de lesión, tamaño, color y características)

*Tratamiento otorgado

PROCEDIMIENTOS Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se incluyeron para el estudio a mujeres , que acudieron al servicio de Dermatología y Micología a partir de los meses de junio a diciembre del 2001, y que presentarán cualquier enfermedad sistémica, dermatosis o sintomatología vulvar y que accedieron a participar voluntariamente.

La evaluación fue realizada por un dermatólogo y un médico residente de la especialidad encargados del estudio. Los datos fueron obtenidos mediante un interrogatorio y una exploración clínico-ginecológica, anotados en una hoja de registro individual (Anexo-1). En dicha hoja se registraron los siguientes datos: nombre, edad, cédula, servicio de envío o interconsultante, antecedentes ginecológicos (inicio de vida sexual activa, método de planificación familiar, papanicolau, número de gestaciones), personales patológicos de importancia o enfermedades asociadas , evolución de la dermatosis vulvar y sintomatología acompañante.

La evaluación clínica inicial organizada en esta forma de registro, nos permitió orientar el abordaje diagnóstico respectivo y en aquellas en que se encontró sintomatología o patología clínica vulvar se les solicitaron examen micológico, cultivo bacteriológico y en casos muy particulares, la toma de biopsia de un sitio cercano a la vulva o en ésta para corroborar el diagnóstico clínico patológico.

De las 27 pacientes, se tomaron iconográficas en 15 casos, en las 12 restantes : 5 de ellas no aceptaron la toma de fotografía y las otras 7, consideramos que no ameritaban control iconográfico, debido a que no presentaban lesiones cutáneas significativas o cuando la dermatosis se encontraba en involución al momento de la exploración física.

Debido a que la investigación se encaminó a conocer la frecuencia y tipo de patología vulvar, más no el tipo de terapéutica, en la mayoría de los casos se estableció un esquema básico de tratamiento, y fue pertinente como parte del manejo solicitar el apoyo a los servicios de Ginecología y Psiquiatría.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

*Se empleará estadística descriptiva cuyos valores se observan en la sección de resultados.

CONSIDERACIONES ETICAS

*A todas las pacientes se les solicitó su consentimiento para la exploración física, la toma de iconográfica y la realización de exámenes bacteriológico y micológico así como en 3 casos la toma de biopsia Ver Hoja de Anexo-2, referente a Carta de Consentimiento Informado

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

*Humanos: 2 médicos de Dermatología 1 médico residente de Dermatología y 1 enfermera.

*Materiales: mesa de exploración, instrumental de material para biopsia caso de requerirlo, cámara fotográfica hojas de registro y papelería (lápices y papel)

*Financieros: no necesarios.

CAPITULO 4

RESULTADOS

* Se revisaron un total de 100 mujeres durante un periodo de 7 meses, a partir de junio a diciembre del 2001 en que acudieron a la consulta externa de Dermatología y Micología Médica, del Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda" y que reunían los criterios de inclusión. De éstas se encontró alguna alteración vulvar en 27 casos, lo que representa el 27% de la población estudiada.

*Los servicios que participaron enviando pacientes fueron 9, incluyendo al propio servicio de Dermatología que junto con Reumatología, derivaron al mayor número de pacientes (6/ 27 respectivamente, lo que correspondió al 22.2%) Esto nos habla de la importancia que existe de conocer las enfermedades vulvares lo cual se ve favorecido por la participación médica interdisciplinaria, para realizar un diagnóstico temprano y otorgar el manejo adecuado. **Ver tabla 1.**

*El promedio de edad fue de 44 años con un rango de edades entre los 17 a 77 años **Ver tabla 2.**

*El 66.7% de las pacientes contaba con algún tipo de enfermedad **Ver tabla 3.**

*En los antecedentes ginecoobstétricos, únicamente el 59.2% utilizaban alguno de los métodos anticonceptivos **Ver tabla 4.**

Por otra parte 16/27 pacientes contaban con estudio de citología vaginal (papanicolau), lo cual corresponde al 55.6% de los casos y 11 de ellas no se habían realizado el estudio, lo que equivale al 44.4% Cabe aclarar que en ninguno de los resultados , se reportó algún tipo de displasia.

El número de gestaciones captado en la hoja de datos (Anexo-1), no fue considerado factor de riesgo , basándonos en los diagnósticos obtenidos en nuestra serie de casos, por lo que no se hizo una tabla para esta variable.

*En 5/ 27 pacientes que corresponde al 18.5%, no se contó con diagnóstico de envío por los servicios interconsultantes. La **tabla 5** desglosa los diferentes motivos de interconsulta, siendo las causas más frecuentes de envío el prurito y dolor vulvares Una vez valorado por nuestro servicio, el resultado de confirmación diagnóstica, fue en el 100% de los casos Por lo que retomamos la importancia de la participación interdisciplinaria.

*Las enfermedades vulvares , se dividieron por tiempo de evolución en aguda, crónica e inespecífica predominando la aguda en 15/27 (55%) **Ver tabla 6.**

*Los síntomas acompañantes reportados en orden de frecuencia fueron el prurito 14/ 27 (51.9%), ardor 10/ 27 (37%), leucorrea 7/ 27 (25.9%) disestesias y vulvodinia en 2/27 (7.4%), y únicamente en el 3.7% dispareunia, goteo terminal y disuria 1/ 27 (3.7%) respectivamente

*En cuanto a la topografía más afectada los resultados fueron similares a lo reportado en la literatura siendo el sitio anatómico más común en labios mayores (74.1 %) y en menor frecuencia el clitoris (3.7%). **Ver tabla 7.**

*Por frecuencia de lesiones elementales predominaron las neoformaciones (29.6%) seguidas de las pápulas (22.2%). En el caso de las manchas; dos correspondieron a eritema difuso, una a hiperpigmentación y otra a acromía. Para una mayor descripción: **Ver la tabla 8.**

*Por color de las lesiones predominaron el eritema y el color blanco, este último por lesiones muy queratósicas o escamosas. Para mayor detalle. **Ver tabla 9.**

*El diagnóstico más común en este estudio a nivel vulvar fue el de Liquen simple crónico, con una frecuencia de 3 / 27 correspondiente a el 11.1 % de todos los casos. Y en segundo lugar 3 patologías distintas con una prevalencia del 7.4 % y que correspondieron a condilomas acuminados, candidosis vaginal y toxidermia por medicamentos (con afección importante a esta topografía). **Ver tabla 10.**

*Para la confirmación diagnóstica, 3 pacientes ameritaron biopsia (29.6%) el (70.4%) restante no justificó el estudio **Ver tabla 11**

*Como parte de la rutina a todas las pacientes les fue realizado exámen micológico y cultivo bacteriológico. En este último se reportaron en 2 casos agentes bacterianos, en el primero *Proteus sp* y en el segundo *Gardnerella* y *Staphylococcus aureus*. Los resultados de micológicos, en 3 pacientes fueron positivos para *Cándida sp* (11.1 %) y negativos en los restantes casos (88.9 %).

*Pese a que la finalidad de este trabajo fue la descripción de las causas más comunes de patología cutánea vulvar todas las pacientes que lo requirieron, recibieron un esquema básico de manejo **Ver tabla 12.**

Dos de ellas, se refirieron al servicio de Psiquiatría (para terapia conjunta de vulvodinia) y otra a Ginecología para valoración quirúrgica por cistocele grado II

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

Como podemos observar es muy importante hacer un abordaje integral, para la detección oportuna de enfermedades vulvares principalmente en las de tipo maligno. No antes sin olvidar que la valoración clínica es un trabajo interdisciplinario, que no es exclusivo de las áreas de Dermatología y Ginecología; ejemplo de ello son las enfermedades sistémicas que pueden manifestarse en esta topografía, o bien por dermatosis preexistentes que se extienden a este sitio; como son la dermatitis atópica, psoriasis, pénfigo vulgar, etc

En nuestro estudio la edad promedio de presentación fue a los 44 años, lo cual coincide con algunas series europeas reportadas. Y que puede explicarse por el tipo de pacientes que acuden a un hospital de tercer nivel de atención

Por otro parte la edad de las pacientes, tiene predisposición para ciertas patologías, tal es el caso de las enfermedades de transmisión sexual, que no fueron comunes en nuestra serie de casos, debido a que tienen la mayor prevalencia en adolescentes y adultas jóvenes; así como por el hecho de ser un hospital de tercer nivel en el cual se tratan a mujeres con enfermedades crónicas.

Lo anterior se sustenta con los antecedentes ginecoobstétricos como son; el inicio de vida sexual activa , número de parejas sexuales y de gestaciones, que pese a que fueron captados en la hoja de registro, no comentamos en los resultados por no considerarlos como factores de riesgo en las enfermedades encontradas en nuestro estudio, más no por ello dejan de ser importantes

Respecto al tipo de patología más común en nuestras pacientes, el liquen simple crónico ocupó el primer lugar. En el caso de los condilomas acuminados junto con la candidosis vaginal se reportaron como segundas causas, curiosamente éstas últimas patologías fueron encontradas como hallazgos secundarios durante la exploración física y no como diagnósticos de envío o motivos de consulta.

Para reafirmar lo anterior se anexaron a los resultados 2 patologías cutáneas, correspondientes a hallazgos secundarios, definidos como aquellos casos en que las lesiones no habían sido contempladas durante su envío al servicio; la primera en una paciente con fibromas blandos en que se encontró secundariamente liquen simple crónico y la segunda correspondiente a una queratosis seborreica en una mujer con candidosis vaginal.

Por lo tanto, es importante realizar un abordaje diagnóstico clínico e integral, incluyendo interrogatorio y exploración física de la región a pesar de que la mayoría de las mujeres, no estén familiarizadas con este procedimiento. Principalmente en las pacientes que son valoradas por la consulta externa de otros servicios, y que desconocen la presencia de lesiones en vulva. las cuáles en algunos de los casos puedan ser de naturaleza maligna

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

- La prevalencia de lesiones cutáneas o sintomatología a nivel vulvar en mujeres de la consulta externa de Dermatología y Micología Médica del Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda" es del 27%
- El grupo de edad más afectado es en la tercera década de la vida (44 años)
- La sintomatología predominante en nuestra serie de pacientes fue el prurito, seguido de ardor y leucorrea
- En relación a las dermatosis encontradas y en base al tiempo de evolución de éstas, la de tipo aguda prevaleció hasta en un 55% de los casos
- Por distribución el sitio anatómico más afectado en las enfermedades vulvares son los labios mayores
- La lesión elemental en orden de frecuencia fueron neoformaciones , seguidas de pápulas.
- En nuestro estudio la dermatosis más común fue el liquen simple crónico y en segundo lugar condilomas acuminados y candidosis
- Por último; para el diagnóstico y manejo de las enfermedades de la vulva, es necesaria la participación multidisciplinaria que permita brindar una atención integral a estas pacientes

BIBLIOGRAFIA

1. J. Hewitt, Vulva normal cap 1 En Enfermedades de la vulva 1era ed, Madrid . España Ed. McGraw Hill Interamericana. 1989
2. Howard W Jones III. Enfermedades benignas de la vulva y vagina. En Novak. Tratado de Ginecología, 11 va ed. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana 1991: 507-530.
3. B. Pensky: Review of medical embryology Macmillan, 2 ed. Ed Interamericana 1982: 67-73.
4. Gardner: Anatomía: Estudio por regiones del cuerpo humano. 3era ed. Ed Salvat 1981:578-80.
5. Barclay David: Generalidades del aparato reproductor femenino. En Permoll y Benson. Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos, 5ta ed. México D F Ed El Manual Moderno. 1989: 143-66.
6. Libby Edwards: Diseases and disorders of the anogenitalia of females En Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5a ed. Ed International Edition. Mc Graw- Hill. Cap 116. 1999: 1377- 1396
7. Derek Freedman. Enfermedades transmitidas por contacto sexual : problemas presentes y prospectos futuros. En Clinicas Dermatológicas Ed. Mc Graw- Hill Interamericana. 1998 Vol 4: 675- 682.
8. Nylander Lundqvist E: Is vulvar vestibulitis and inflammatory condition ? A comparison of histopathological findings in affected and healthy Acta Der Venereol 1997; 77: 319-24
9. A. Bayer: Vulvar disease need and interdisciplinary approach Dermatology 1999; 199: 223- 226.
10. Arenas R, Mariat, et al: Estudio comparativo de la flora fúngica de la piel sana y de la piel enferma 1981; 25: 150-57
11. Pelisse M: Affections de la muqueuse génitale féminine. En J. H Saurat E. Grosshans, P. Laugier, JM Lachapelle Précis de dermatologie et véreorogie. 3em ed Paris, Francia. Masson 1989: 527-31
12. William T.Ko. et al: Infectious diseases En Clinicas de Norte América 1998. Sep Vol 82 (5): 1001-21
13. Dolores J. Lucas. Dense M Buntin: Approach to the patient with Sexually Transmitted Disease. En Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine Ed. International Edition Mc Graw- Hill. 1999. 5 ed Vol II. Cap 228 pp: 2547-51

14. J.J. Vilata Corell: Sífilis. En Farreras Rozman: Medicina Interna 1995. Ed Mosby/ Doyma Libros Vol 11. 13 ed. Madrid. España 2376-82
15. Wawer M, Sewankambo R, Graytl, et al. Community based trial of mass STD: treatment for HIV control. Rakaid, Uganda. Preliminary data on STD declining (abstract) Presented at the 11 th International Conference on AIDS, Vancouver, July. 1996
16. Peter Liu, Daniel R. Lucey: Syphilis (Review) e Medicine Journal 2001, Jan 3; 3 (1): 1-11
17. Johnson SR, Morse SA: Antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae: Genetics and mechanisms of resistance. Sex Transm Dis. 1998; 15: 217-24.
18. Carneca: Epidemiological treatment and tests of cure in gonococcal infection, Evidence for value. Genitourin Med. 1997; 73: 12-15.
19. Centers for disease control and prevention. 1998. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases MMWR 47 (RR-1) 1998: 19-39
20. Van Dyck E, Piot P: Laboratory techniques in the investigation of chancroid lymphogranuloma venereum and donovanosis. Genitourin Med. 1992; 68: 130-33
21. Larry I Lutwick: Chlamydial genitourinary infections. e Medicine Journal. 2001, Oct 22; 2(10): 1-10
22. Ari M Perkins, Amal Mattu: Trichomoniasis. E Medicine Journal. 2001, Jun 29; 2 (6): 1-8.
23. Jessical, Severson, Stephen K. Tying: relation between herpes simplex viruses and human immunodeficiency virus infections. Review Arch Dermatology 1999; 135: 1393-97
24. Eberhart- Phillips JE, Dickson NP, Paul C, Herbisan GP, et al: Rising incidence and prevalence of herpes simplex type 2 infection cohort of 26 years old New Zealanders. Sex Transmission Infections; 2001; 77 (5): 353-7.
25. Stephan Lautenschlager, Alfred Eichmann: The heterogeneous clinical spectrum of genital herpes. Dermatology. 2001; 201: 211- 19.
26. Miguel A. Muñoz P, Antonio Rodríguez P. Miguel A Colmenero C: Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH. PIEL 1995; 10: 401- 16
27. Royce RA et al: Sexual transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 336: 1072-75
28. Jonathan R, Zim, Stacy D. Tomkins; Chester Hure et al: Rapid detection and distinction of cutaneous herpes virus infections by direct immunofluorescence. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 724- 28
29. Fromm the MMWR: Genital herpes simplex virus infection. Arch Dermatol 1998. May 134: 650-54

30. Fredererick A Pereira : Herpes simplex; evolving concepts J Am Acad Dermatol. 1996; Oct 35 (4): 503-20.
31. David H Emmer: Treatment of common cutaneous herpes simplex infections. Am Fam Physician. 2000; 61: 1697- 704 y 1705-6.
32. Wald A, Zeh J, Selke S, Warren T, et al: Reactivation of genital herpes simplex virus 2 infection in asymptomatic seropositive persons is frequent. New Eng J Medicine. 2000; 342: 844-50
33. Te-Wen Chang. International Society of Tropical. Review: herpes simplex virus infection Dermatology. 1999: 1-7.
34. Nicolas F. Schlecht, Sophie Kulaga, Juliette Robitaille et al: Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia JAMA. 2001. Dec 26; 286 (4): 106-14.
35. John D. Shanley: Papillomavirus. E. Medicine Journal. 2002. Jan 9; 3(1): 1-10.
36. Ma Eugenia Hernández, Gutiérrez Vidrio, Navarrete Franco: tumor de Buschke-Löwenstein. Presentación de un caso. Rev Centro Dermatológico Pascua. 1998; 7 (2): 77-80.
37. Sigfrid Fregert: Reacciones alérgicas de mucosas en Manual of Contact Dermatitis. 2 ed. Ed. Salvat Editores. 1981. PP: 18-19.
38. Libby Edwards: Diseases and disorders of the anogenitalia of females. En Fitzpatrick s. Dermatology in General Medicine. 5a ed. Ed International Edition Mc Graw-Hill. Cap 116. 1999: 1377- 1396.
39. 41. Kartmaa M, Reitamo S: Treatment of lichen sclerosus with carbon dioxide laser vaporization. Br J Dermatol. 1997; 135: 356-61
40. Carlí P. Cattaneo, A Pimpenelli N et al : Inmunohistochemical evidence of localized immunologic damage in lichen sclerosus et atrophicus. Dermatológica. 1999; 182: 18-22
41. Macotela- Ruíz, et al: Papel patógeno de *Pytyrosporium ovale* en dermatitis seborreica y pitiriasis versicolor. Rev. Méd. IMSS, México. 1987; 25: 367-72.
42. A. Bonifaz: Candidosis. En Micología médica básica. Cap19. 2 ed. Ed. Méndez Editores. México. D.F. 2000: 301- 29.
43. Sobel JD, Chaim W: Vaginal microbiology of women with acute recurrent vulvovaginal candidosis. J Clin Microbiol. 1996; 34: 2497- 2502
44. Mirtha Cifuentes: Vulvodinia. Editorial Científico. Revista Chilena dermatológica. 1999; 15 (3): 147-9
45. Metts JF: Vulvodynia and vulvar vestibulitis challenge in diagnosis and management. Am Fam Physician. 1999, Marc 15; 59 (6): 1547- 56 y 1561-2

46. Metts JF: Vulvodynia and vulvar vestibulitis challenge in diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1999; Marc 15; 59 (6): 1547- 56 y 1561-2
47. Hanaver S, Meyers: Management of Crohn s disease in adults *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 559-61.
48. Friederich EG, Burch K, Bahr JP: The vulvar clinic: an eight year appraisal. *J Am Obstet Gynecol.* 1979; 135: 1036-40
49. Mc Kay, M : Vulvar dermatosis. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34: 614- 29
50. Jubert C et al: Lichen planus and hepatitis C virus related chronic active hepatitis *Arch Dermatol* 1994; 130: 73-75.
51. Pauline Marren, Fenella Wojnarowska: Erosive Vulvovaginitis. En *Obstetric and Gynecologic Dermatology* Cap 17 1998 3 ed PP: 125-35
52. Howard W. Jones III: Enfermedades Benignas de la vulva y vagina. En *Novak Tratado de Ginecología.* 11va ed. Mc Graw-Hill. Interamericana. 1991: 507- 30
53. Ronan S Ana Eng, Henry Briele, Michael Walker Tapas K: Malignant melanoma of the female genitalia. *J Am Acad Dermatol.* 1990; 42: 428- 35.
54. Bernstein SG, Kovacs BR, Townsed Morrow P: Vulvar carcinoma in situ *Obstet Gynecol.* 1983; 61 : 304-7.
55. Libby Edwards: Diseases and disorders of the anogenitalia of females. En *Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine* 5a ed. Ed. International Edition. Mc Graw- Hill Cap 116 1999: 1377- 1396
56. Toki T Probable non papillomavirus etiology of squamous cell carcinoma of the vulva in older women: A clinicopathologic study using in situ hybridization and polimerase chain reaction *Int J Gynecol Pathol* 1991; 10: 107-9.
57. John M. Managhan, Ira R. Horowitz, Marilynne Mc Kay: Vulvar tumors. En *Obstetric and Gynecologic Dermatology* 3 ed. Ed. Mosby. Cap 18 1998 3 ed. PP: 147- 59.
58. Gillian E. Gibson, Iftikhar Ahmed. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases *J Am Acad Dermatol.* 2001; 45: 68-71
59. Chao H. Sun J Metastatic tumors of the vulva: a report of 78 cases. *Abstracts: Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1999; 34 (5): 297- 300
60. Hook EW Marra CM: Acquired syphilis in adults *N Engl J Med* 1999; 326: 1060-3
61. Saul A : Sífilis. En *Lecciones de Dermatología* 13va ed. Ed Méndez Editores México D.F. 1995: 229-55

62. Hugh Young, DSc, FRCPath: Sífilis estudios serológicos. En Enfermedades de Transmisión Sexual de las Clínicas Dermatológicas Ed McGraw-Hill Interamericana 1998 4: 723-31.
63. Ramanan C, Sarma PSA, Ghorpade A, et al: Treatment of donovanosis with norfloxacin. Int J Dermatol 1990; 29: 298.
64. Carr J, Gyort T: Human papillomavirus. Epidemiology, transmission and pathogenesis Clin Lab Med. 2000 Jun; 20(2): 235-55
65. Sedlacek TV: Advances in the diagnosis and treatment of human papillomavirus infections. Clin Obstet Gynecol 1999; Jun; 42(2): 206-20
66. McKay, M: Vulvar dermatosis; common problems in dermatological and gynaecological practice. Br J Clin. Prac. 1990; 44: 5-10
67. Fisher's: Regional Contact Dermatitis. En Contact Dermatitis. 4 ed. Ed. Williams Wilkins. 1995 Cap 6: 78-90
68. López MR, Méndez TLJ: Micología Médica: Micosis superficiales. En Procedimientos para el diagnóstico de laboratorio. 1ª ed. Ed Trillas 1995: 47-48.
69. Faergemann J: Treatment of *Pityrosporum* infections. Dermatol Therapy. 1997; 3: 22-25.
70. Libby Edwards: Diseases and disorders of the anogenitalia of females. En Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine. 5a ed Ed. International Edition. Mc Graw-Hill. Cap 116. 1999: 1377- 1396.
71. Novakovic B, Clark Jr WH, Fears TR, et al: Melanocytic nevi, dysplastic nevi, and melanoma. J Am Acad Dermatol 1995; 32: 957- 63.
72. Lever W: Tumores Melanocíticos Benignos y Melanoma Maligno. En Histopatología de la piel. 7 ed, Ed Intermédica. 1991 : 709-10
73. Lever W: Tumores Melanocíticos Benignos y Melanoma Maligno. En Histopatología de la piel. 7 ed. Ed Intermédica 1991 : 729- 42.

ANEXOS:

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
(Registro de pacientes)

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA Y MICOLOGÍA MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI. IMSS

**PATOLOGÍA CUTÁNEA DE LA VULVA EN PACIENTES FEMENINOS DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA.**

Hoja de re registro: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____
Cédula: _____ Edad: _____
Antecedentes Personales patológicos de importancia: _____

Antecedentes Gineco-obstétricos: Inicio de vida sexual activa _____ Número de
parejas sexuales: _____ Método de planificación familiar: _____
Gesta: — Partos: — Abortos: — Papanicolau: Si () No () Resultado: _____

Patología vulvar : Si () No ()
Tiempo de evolución: Aguda () Crónica () Inespecífica () Descripción de la
dermatosis: _____
Síntomas acompañantes: prurito : Si () No () Ardor; Si () No ()
Disestesias; Si () No (), Dispaurenia: Si () No ()
Vulvodinia: Si () No () Leucorrea () Otros síntomas relacionados y/o anotaciones
referentes a alguno de los síntomas: _____

Exploración física: Topografía Clítoris () Labios mayores () Labios menores ()
Vestíbulo () Región perianal ()

Morfología: _____
Lesión : única () Múltiples ()
Color de lesión: _____

Iconográfica: Si () No ()
Diagnóstico presuntivo: _____
Resultados: Micológico: _____ Bacteriológico: _____
Biopsia : Si () No () Resultado: _____
Diagnóstico definitivo: _____
Tratamiento: (Si () No () Especifique cual: _____
Comentario y/o anotaciones: _____

ANEXO 2.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las enfermedades de los genitales femeninos son comunes y debido a que se sitúan en una área difícil de autoexplorar, la mayoría de las veces pueden pasar desapercibidas, por lo que es necesario detectarlas oportunamente para realizar un diagnóstico temprano y en caso de ameritarlo, iniciar tratamiento o bien envío al servicio de Ginecología correspondiente.

Debido a lo anterior, en el servicio de Dermatología y Micología Médica del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, hemos realizado una campaña de detección de enfermedades a éste nivel, por lo que requerimos de su apoyo y consentimiento, para llevarla a buen fin, esto no quiere decir, que si no acepta la revisión ginecológica, no se le brindará la consulta dermatológica a la cual usted fue enviada.

México D.F. a ____ de _____ del 2001

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto titulado: INCIDENCIA DE PATOLOGÍA CUTÁNEA DE LA VULVA.

Registrado ante el comité de investigación con número _____

Yo _____ he leído y comprendido la hoja de información para el estudio, y acepto participar en el mismo.

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

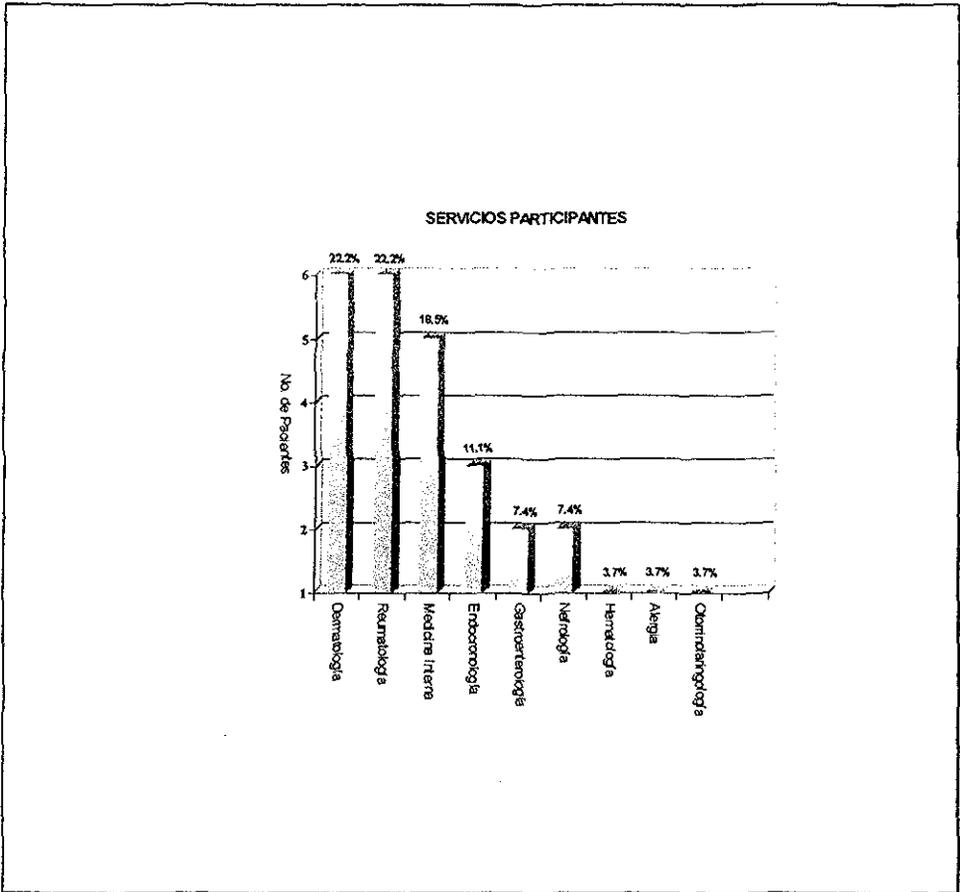
El investigador principal me ha asegurado en que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del Investigador

Testigo (s) _____

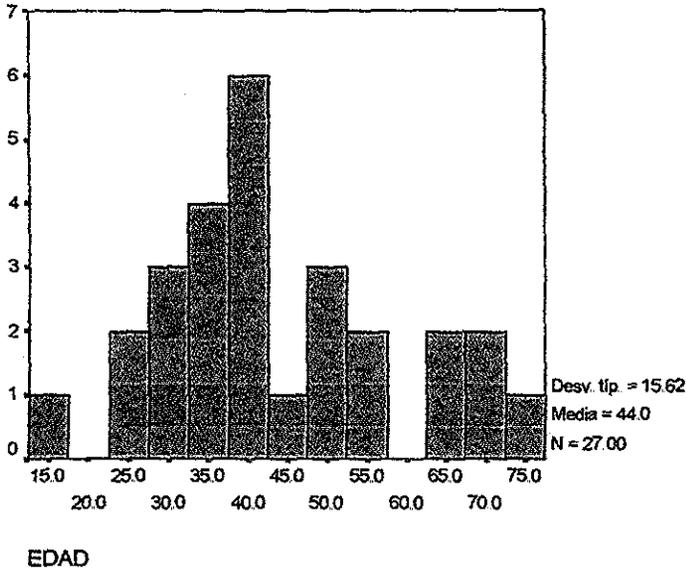
Tabla 1. SERVICIOS PARTICIPANTES EN EL ENVIO DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES CLINICAS EN VULVA



*En la presente gráfica se muestran los servicios que enviaron pacientes a la consulta externa de Dermatología, refinando sintomatología o lesiones en la región vulvar. Nótese también que de los servicios interconsultantes; Reumatología y Medicina Interna fueron los que mayor incidencia de patología vulvar presentaron.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. NUMERO DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD CON ALGUNA PATOLOGÍA VULVAR



* Esta gráfica corresponde al rango de edades de las pacientes que participaron en el estudio. En vertical se puede apreciar el registro del número de pacientes (27) y en horizontal las edades por grupos, predominando el intervalo entre los 35 a 45 años.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	9	33.3	33.3
Artritis Reumatoide	3	11.1	44.4
Hipertensión Arterial	2	7.4	51.8
Enf. Chron	1	3.7	55.5
Esclerosis Sistémica	1	3.7	59.2
Espondilitis anquilosante	1	3.7	62.9
Alergia por medicamentos	1	3.7	66.6
Herpes labial	1	3.7	70.3
Incontinencia urinaria	1	3.7	74
Insuficiencia hepática	1	3.7	77.7
insuficiencia renal	1	3.7	81.4
IRC	1	3.7	85.1
LES	1	3.7	88.8
Diabetes mellitus	1	3.7	92.5
Pénfigo vulgar	1	3.7	96.2
Sx.mielodisplásico	1	3.7	100.0
Total	27	100.0	

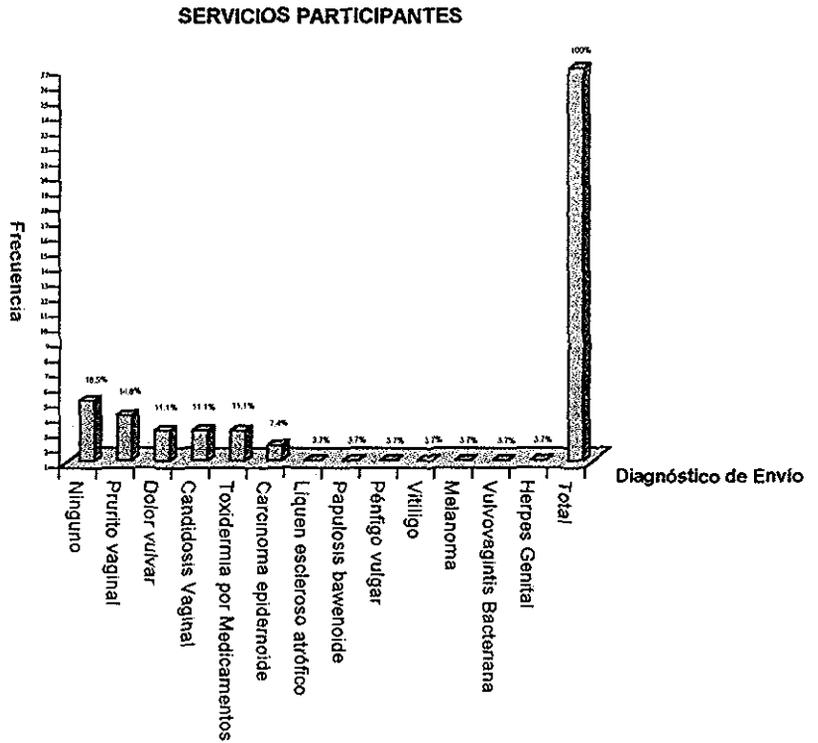
*Se muestran los diagnósticos que se encontraron como antecedentes personales patológicos de las enfermas. Nótese que sólo 9 de ellas no tenían ninguno.

Tabla 4. TIPO DE METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	8	29.6 %
DIU	7	25.9 %
OTB	5	18.5 %
Núbil	3	11.1 %
Preservativo	2	7.4 %
Hormonales orales	2	7.4 %
Total	27	100 %

*Abreviaturas DIU: Dispositivo Intrauterino. OTB: obliteración de tubas uterinas

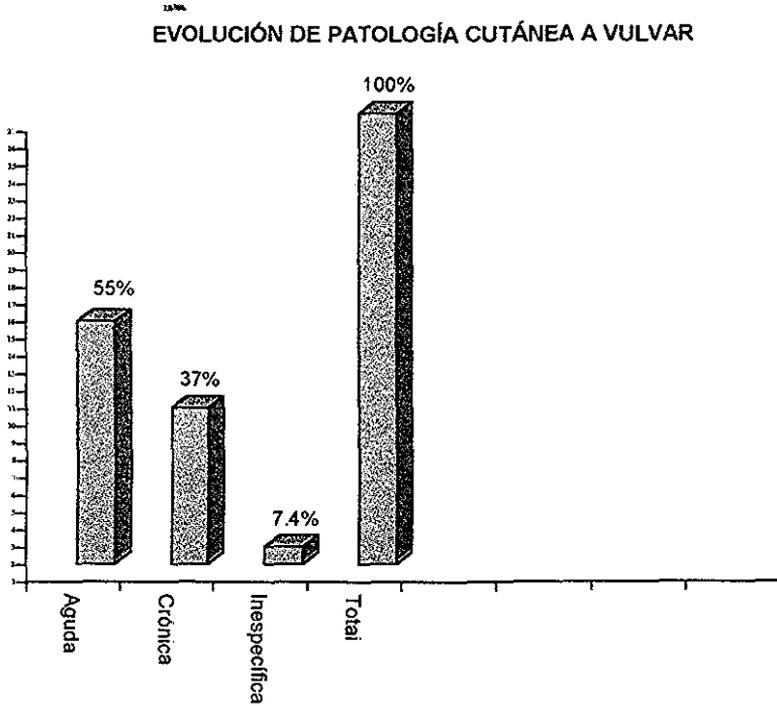
Tabla 5. SERVICIOS INTERCONSULTANTES POR MANIFESTACIONES CLINICAS EN VULVA



*En la gráfica se describen los servicios que enviaron pacientes por alguna manifestación clínica en vulva. En el eje vertical se encuentran el total de pacientes y en el horizontal a los servicios interconsultantes. Nótese que de éstos; Reumatología y Medicina Interna fueron los que más frecuencia de patología vulvar presentan.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 6.



* La gráfica representa el tiempo de evolución de las diferentes manifestaciones vulvares. En el eje vertical se encuentra el total de pacientes y en el horizontal la evolución, la cual se determinó como aguda para aquellos casos presentes en un lapso menor de 6 meses y crónica para aquellos mayores a este tiempo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7 SITIO ANATOMICO VULVAR MAS AFECTADO EN ORDEN DE FRECUENCIA

TOPOGRAFÍA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Labios mayores	20	74.1 %
Vestíbulo	16	59.3 %
Región perianal	16	59.3 %
Labios menores	9	33.3 %
Monte de Venus	8	29.6 %
Clítoris	1	3.7 %
Total	27	100 %

*La tabla describe en orden de frecuencia, la distribución de las lesiones en los diferentes sitios anatómicos de la vulva. Cabe aclarar que algunas pacientes, presentaron lesiones en más de dos sitios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. MORFOLOGÍA DE LAS LESIONES EN ORDEN DE FRECUENCIA

TIPO DE LESION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Neoformación	8	29.6 %
Pápulas	6	22.2 %
Verrugas	5	18.5 %
Manchas	4	14.8 %
Vesículas, Ampollas, Fisuras y Atrofia	2	7.4 %
Úlceras, Costras, Vegetaciones, Liquenificación, Edema, Tumefacción, Pústulas y Fístulas	1	3.7 %

*En algunas de las dermatosis, las pacientes presentaron una distribución monomorfa y en casos particulares otro tipo de lesiones acompañantes en la misma topografía. En las dos últimas columnas correspondientes a vesículas, ampollas, fisuras, atrofia, úlceras, costras, vegetaciones, liquenificación, edema, tumefacción, pústulas y fístulas éstas se presentaron en un mismo número de casos, por lo que el porcentaje correspondiente para cada una de ellas es el mismo.

Tabla 9. COLOR DE LAS LESIONES EN LOS DIFERENTES TIPOS DE DERMATOSIS VULVAR

COLOR	NUMERO DE LESIONES	PORCENTAJE
Eritema	14	51.8 %
Blanco	3	11.2 %
Café claro	2	7.4 %
Café oscuro	2	7.4 %
Purpúrico	2	7.4 %
Rosado	2	7.4 %
Marrón	2	7.4 %
TOTAL	27	100 %

* El cuadro muestra el color en cada una de las lesiones, predominando en la mayoría de los casos el eritema. Seguido del blanco, el cual predominó en lesiones escamosas o queratósicas y únicamente en un caso correspondiente a vitiligo.

Tabla 10. DIAGNOSTICOS CLINICOS FINALES REFERENTES A PATOLOGÍA CUTÁNEA VULVAR

ENFERMEDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Liquen simple crónico	3	11.1 %
Condilomas acuminados	3	11.1 %
Toxidemia por medicamentos	2	7.4 %
Candidosis vaginal	2	7.4 %
Fibromas blandos	2	7.4 %
Vulvovaginitis bacteriana	2	7.4 %
Vulvodinia	2	7.4 %
Dermatitis del pañal	1	3.7 %
Herpes Genital recurrente	1	3.7 %
Hidradenitis supurativa	1	3.7 %
Intertrigo Candidósico	1	3.7 %
Liquen escleroso atrófico	1	3.7 %
Nevos de unión	1	3.7 %
Pénfigo vulgar	1	3.7 %
Pioderma gangrenoso	1	3.7 %
Queratosis seborreica	1	3.7 %
Tumor de Buscke-Löwenstein	1	3.7 %
Liquen plano	1	3.7 %
TOTAL	27	100 %

* La tabla menciona en orden decreciente, los diagnósticos clínicos finales después de la valoración por el servicio de Dermatología

Tabla 11 ENFERMEDADES VULVARES QUE AMERITARON LA TOMA DE BIOPSIA

DIAGNOSTICO INICIAL	DIAGNOSTICO FINAL	ESTUDIO HISTOLOGICO
Papulosis bowenoide	Papulosis bowenoide	acantosis con cambios compatibles de displasia leve
Condiloma acuminado gigante Vs Carcinoma epidermoide	Condiloma acuminado gigante de Buscke-Löwenstein	paraqueratosis y mínima vacuolización de queratinocitos
Pb Carcinoma epidermoide	Vulvitis infecciosa	dermoepidermitis crónica granulomatosa Tinciones negativas

*La tabla muestra los tres casos que ameritaron correlación clínico patológica. El probable carcinoma epidermoide fue el diagnóstico de envío como interconsulta

Tabla 12 TRATAMIENTOS OTORGADOS POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA

TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES
Antihistamínicos	7
Esteroides	6
Antimicrobianos	3
Antmicóticos	1
Antivirales	4
Crioterapia	5
Citotóxicos	2
Otros	6

*Nótese que por el tipo de patología en algunas pacientes hubo necesidad de administrar más de una terapia simultáneamente Respecto al uso de esteroides se incluyen tanto por vía tópica como sistémica En el apartado de otros : se incluyen a los emolientes, pasta lassar, soluciones y secantes.

FOTOGRAFÍAS (ANEXO 3)

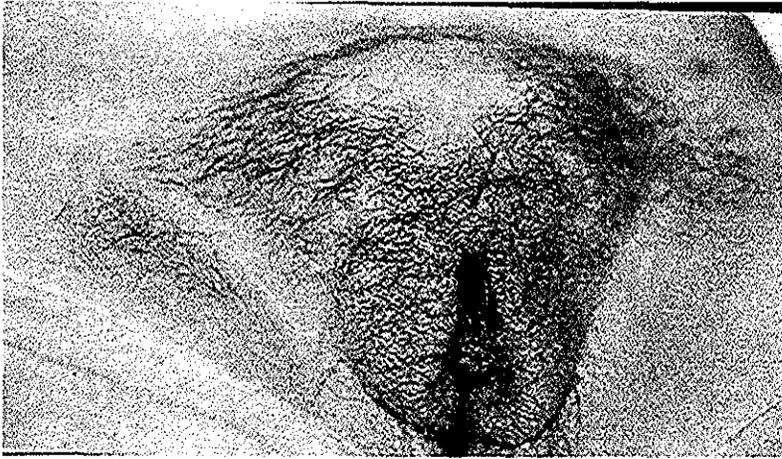


Foto 1: Liquen Simple Crónico e Hidrosadenitis.

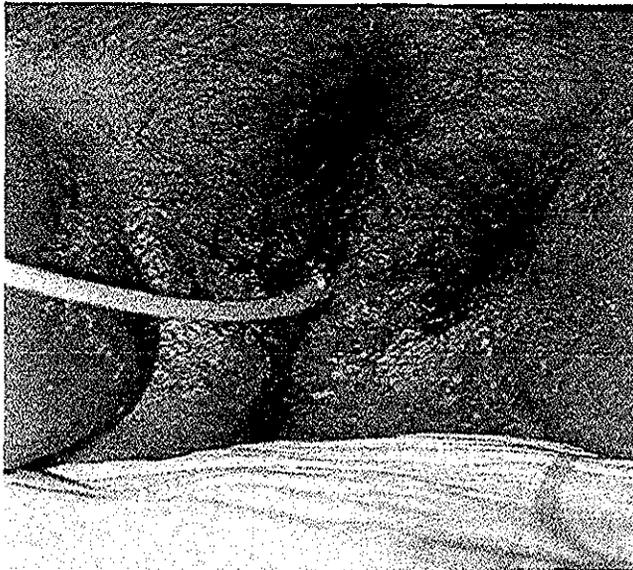


Foto 2: Candidosis vaginal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

FOTOGRAFÍAS (ANEXO 3)

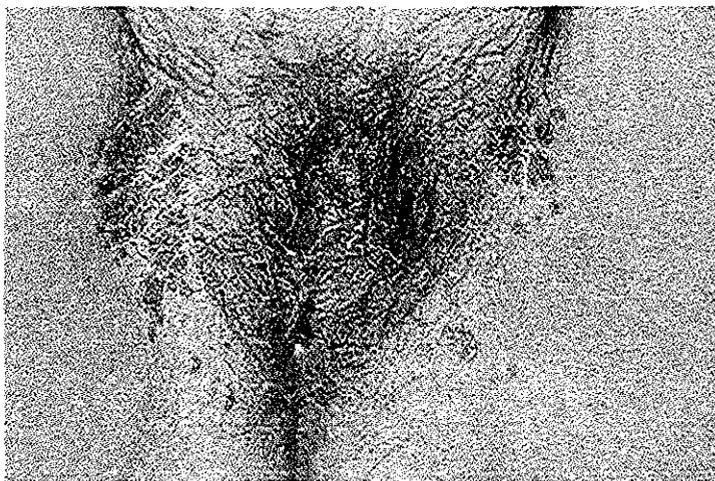
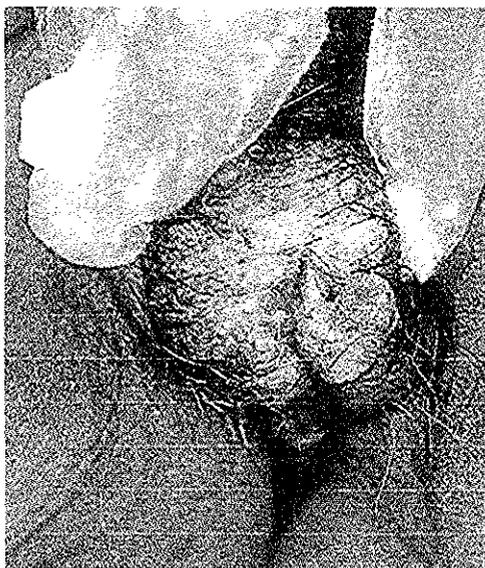


Foto 3: Liquen Plano.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Foto 4: Tumor de Buscke-
Löwenstein