



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3

“DR VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ”

**DESCRIPCION DE LESIONES DE VULVA Y SU ASOCIACION CON LESIONES
PREMALIGNAS O MALIGNAS DE CERVIX Y/O VAGINA**

R-2012-3504-20

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. LUZ CELENE CASILLAS CASILLAS

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR

DRA. VERONICA QUINTANA ROMERO

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. MARIA GUADALUPE VELOZ MARTINEZ



MEXICO, D. F. ABRIL 2013.



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.

FIRMAS DE AUTORIZACION

Dra. Verónica Quintana Romero
Asesor de tesis

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez
Jefe de la División de Investigación en Salud
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Director de la División de Enseñanza e Investigación en Salud
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

Dr. Gilberto Tena Alavez
Director general
UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS

TITULO DEL TRABAJO

DESCRIPCION DE LESIONES DE VULVA Y SU ASOCIACION CON LESIONES
PREMALIGNAS O MALIGNAS DE CERVIX Y/O VAGINA

TESISTA :

DRA. LUZ CELENE CASILLAS CASILLAS

MEDICO RESIDENTE DE CUARTO GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD C.M.N. LA RAZA

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3

“DR VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ”

celenosa@hotmail.com

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DRA. VERÓNICA QUINTANA ROMERO

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD C.M.N. LA RAZA

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3

“DR VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ”

veronicaqrome@yahoo.com.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO.

DRA. MARÍA GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD C.M.N. LA RAZA

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3

“DR VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ”

maria.veloz@imss.gob.mx

INDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	13
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	14
ANÁLISIS DE DATOS.....	15
RECURSOS.....	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	16
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	27
CRONOGRAMA.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXO 1 HOJA DE CAPTURA DE DATOS.....	31
ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	32

RESUMEN

DESCRIPCION DE LESIONES DE VULVA Y SU ASOCIACION CON LESIONES PREMALIGNAS O MALIGNAS DE CERVIX Y/O VAGINA

Antecedentes:

Las patologías de la vulva con demasiada frecuencia pasan inadvertidas. Las mujeres generalmente reciben poca o ninguna educación sobre sus genitales externos, aunado a que algunos médicos generales carecen de formación en este campo y tienen muy poca experiencia. De ahí la importancia que tiene el ginecólogo y colposcopista en reconocer las enfermedades de la vulva e iniciar su tratamiento. La vulva está compuesta por varias estructuras anatómicas diferentes y complejas, de ahí que las lesiones vulvares son tan diversas, desde dermatosis, infecciones hasta lesiones precursoras de cáncer y carcinoma. Se han descrito infecciones multicéntricas de VPH que afectan tanto cérvix, la vagina, vulva y/o el ano. 22% de las pacientes con VIN usual tienen simultáneamente neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y hasta el 71% de las pacientes con VIN usual, tienen historia previa, concomitante o subsecuente de neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN), NIC o carcinoma cervical.

Objetivo general:

Describir las lesiones de vulva de las pacientes atendidas en el servicio de colposcopia del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 e identificar cuáles y cuántas se relacionan con patología cervical y/o vaginal premaligna o maligna.

Material y métodos:

Diseño: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico.

Se revisó la base de datos de consulta externa del servicio de ginecología, identificando a todas las pacientes a las que se les realizó colposcopia en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2011, de ahí se seleccionaron a todas aquellas pacientes con alguna lesión vulvar y del expediente clínico impreso o electrónico se obtuvieron los siguientes datos: descripción morfológica de la lesión, número, ubicación, topografía tegumentaria (mucosa, unión escamocolumnar o piel), resultado histopatológico en caso de toma de biopsia y determinar su concomitancia con lesiones cervicales y/o vaginales, llenando un formato elaborado ex profeso. Se aplicó estadística descriptiva mediante el programa IBM SPSS v. 21.0 y tablas de contingencia.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se realizaron 217 colposcopias, identificando a 45 pacientes (20.7%) con alguna lesión vulvar, que son las que conformaron el grupo de estudio. La edad de estas pacientes se encontró entre 19 y 74 años, con una media de 47.2 años. La lesión vulvar más frecuente fue la displasia vulvar 40%, seguida de

condilomatosis 33.3%, liquen escleroso 6.6%, pólipo 2.2%, carcinoma verrucoso de vulva 2.2% y lesiones vulvares no especificadas en 15.5% de los casos. Se realizó biopsia en 33 de las 45 pacientes con lesiones vulvares (71.1%). Se reportó la presencia de Displasia Leve Vulvar en 27.3%, Displasia Vulvar Leve más Infección por VPH en 15.2%, Distrofia Vulvar Moderada en 18.2%, una de ellas coexistiendo con liquen escleroso atrófico; Condiloma acuminado en 9.1%, Condiloma plano en 6.1%, Molusco contagioso en 6.1%, Quiste de Inclusión Epidérmico en 6.1%, Carcinoma Vulvar Verrucoso en 3.0%, Pólipo fibroepitelial en 3.0% y Vulvitis inespecífica en 1 paciente 3.0%. 12 pacientes con displasia vulvar tuvieron asociación con NIC II, CaCU in situ y CaCU. Las lesiones vulvares detectadas se localizaron con mayor frecuencia en la piel (66.6%) y en el tercio inferior de la vulva (48.8%). 48.8% de las pacientes con lesiones en vulva, cursaban con alguna comorbilidad (Diabetes Mellitus tipo 2, el Lupus Eritematoso Sistémico, la artritis reumatoide y el antecedente de trasplante renal con ingesta de inmunosupresores). Del total de pacientes que se detectaron con alguna lesión vulvar, el 28.8%, tenían antecedente o presencia de Neoplasia Intraepitelial Vaginal, y el 66.6% tenían antecedentes o la presencia de lesiones premalignas o malignas en cérvix.

Conclusiones:

La lesión vulvar más frecuente detectada en nuestro estudio fue la displasia vulvar, de ésta en un mayor porcentaje fue la displasia vulvar leve (40%) y fue en mayor proporción confirmada por biopsia (27.3%), también en nuestros resultados, la displasia vulvar leve se relaciona en un 15.2% con Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH) y se asocia con NIC de alto riesgo en el 66.6%.

Se ha demostrado que van de la mano lesiones vulvares con patología premaligna y/o maligna sobretodo de cérvix, por lo que las pacientes que presenten antecedente de dichas enfermedades, deben tener una vigilancia más estrecha por medio de control citocolposcópico con respecto al resto de la población, para brindar una adecuada calidad de vida a las mujeres. Así también vale la pena dar énfasis a la revisión y seguimiento de pacientes con inmunosupresión y patología de cérvix para una detección oportuna de lesiones vulvares, pues es en quienes se asocian fuertemente.

MARCO TEORICO

Con demasiada frecuencia, las patologías de la vulva, pasan inadvertidas. Las mujeres generalmente reciben poca o ninguna educación sobre sus genitales externos, aunado a que algunos médicos generales carecen de formación en este campo y tienen muy poca experiencia. De ahí la importancia que tiene el ginecólogo y colposcopista en reconocer las enfermedades de la vulva e iniciar su tratamiento. (1)

El estudio de la patología vulvar es complejo y obliga en la actualidad, a realizar un enfoque multidisciplinario con la participación de dermatólogos, medicina genitourinaria, ginecólogos y patólogos. Debe comprender una cuidadosa anamnesis, inspección, palpación, identificación (es muy recomendable la documentación fotográfica de la lesión) y la realización de pruebas diagnósticas complementarias, de las cuales, la biopsia es la definitiva.

La vulva está compuesta por varias estructuras anatómicas diferentes y complejas, de ahí que las lesiones vulvares son tan diversas, desde dermatosis, infecciones hasta lesiones precursoras de cáncer y carcinoma.

Actualmente las lesiones de vulva se pueden dividir en trastornos epiteliales no neoplásicos y trastornos epiteliales neoplásicos. (1)

Dentro de los trastornos epiteliales no neoplásicos de la vulva se encuentra la dermatitis, siendo la dermatitis de contacto la dermatosis vulvar más frecuente, los síntomas son prurito, rubor y rascado, dando lugar a los cambios secundarios de liquenificación, exudación e infección secundaria, si se produce un rascado excesivo, pueden aparecer cicatrices, escoriaciones y sensación de quemazón e incluso dolor. La zona afectada incluye los labios mayores y, de forma variable los menores y menos frecuente la cara interna de los muslos y el surco interglúteo. (2 y 3)

El liquen simple crónico es el estadio final del ciclo prurito-rascado-prurito. Por lo que se puede presentar en algunas patologías como la dermatitis atópica, dermatitis de contacto, liquen escleroso, psoriasis y neoplasia intraepitelial vulvar. Clínicamente la vulva se observa engrosada de manera difusa, liquenificada. Los labios pueden estar agrandados y rugosos, con grado variable de edema, la coloración es variada (rosada, rojiza, violeta, marrón o negro grisáceo), puede haber hipo o hiperpigmentación y por el rascado hay pérdida del vello. (4)

El intertrigo es una dermatosis mecánica inflamatoria en los pliegues cutáneos ocasionados por fricción, calor, sudoración y oclusión. Es un problema muy frecuente en mujeres con pliegues cutáneos profundos. Los síntomas son el escozor, prurito y la irritación, la exploración física pondrá de manifiesto la existencia de maceración, eritema, fisuras y exudados en los pliegues cutáneos, puede haber costras alrededor de pústulas satélite con candidiasis secundaria. La piel circundante puede estar eritematosa o hipopigmentada de manera crónica. (5)

La psoriasis es una enfermedad cutánea común, crónica, hereditaria, papuloescamosa, que se caracteriza por unas pápulas y placas rojizas bien definidas con costras adherentes blancogrisáceas. Afecta a cerca del 2% de la población y con frecuencia afecta a la vulva. Puede haber lesiones papuloescamosas dispersas por las zonas con vello del monte de Venus y los labios. Pueden ser lesiones delgadas, difusas, rosáceas, de tamaño y forma variadas con poca costra. La mucosa vulvar no está afectada. (6)

El liquen escleroso (LE) es la enfermedad vulvar inflamatoria crónica más frecuentemente diagnosticada en la consulta de patología vulvar, lo que representa hasta un 23% de los nuevos casos de pacientes atendidas en clínica de vulva (7).

La sintomatología es variable, con prurito, irritación o ambos, y menos frecuentemente dolor, produce una disfunción y destrucción vulvar progresivas. Afecta entre 1:300 y 1:1000 mujeres adultas, personas de raza blanca, entre los 40 y 70 años de edad. A la exploración física se observan las clásicas pápulas y placas blanquecinas, atróficas, arrugadas en cualquier localización de la vulva, el periné o el área perianal. La piel tiene un aspecto brillante. (8)

En el Liqueen escleroso, la vulva está afectada en el 98% de los casos y la afectación conjunta de la vulva y el periné se ve en el 48% de los casos. En el 3-5% de los casos de liquen esclerosos se desarrolla un carcinoma epidermoide, pero el análisis histológico de carcinoma vulvar de células escamosas demuestra Liqueen escleroso en la piel adyacente en más de 75% de los casos. (8)

El Liqueen plano es una dermatosis mucocutánea relativamente común, de tipo inflamatorio, que afecta al 1-2% de la población. Es típica la aparición en las membranas mucosas de la boca y los genitales de lesiones blanquecinas, con un patrón de helecho, de encaje, pero con áreas difusas, blancas y/o rojizas, frecuentemente ulceradas, que habitualmente se encuentran en la vulva. En el 25% de los casos sólo hay afección mucosa, y el 57% de las mujeres con LP oral tienen afectación vulvovaginal. (9)

Dentro de las lesiones neoplásicas de vulva se encuentran la neoplasia intraepitelial vulvar y el carcinoma vulvar.

La Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) es la lesión precursora del cáncer escamoso de vulva por lo que su diagnóstico y tratamiento van a tener como objetivo la prevención secundaria de esta neoplasia. A diferencia de lo que ocurre en el cáncer de cérvix, sólo una proporción de carcinomas escamosos de vulva se asocian al Virus del Papiloma Humano (VPH), pudiendo hablar de un modelo de patogénesis dual en este tipo de cáncer. (1)

Se ha eliminado la clasificación de NIV 1, NIV 2 y NIV 3 puesto que este sistema de gradación recomendado se basaba únicamente en la extensión de las anomalías celulares dentro del epitelio escamoso, esta forma obligaba al patólogo a hacer diagnóstico de NIV 1 siempre que se encuentra tejido vulvar en el que encuentra células atípicas en el tercio inferior de epitelio escamoso normal o hiperplásico, dichas alteraciones pueden verse en diversas enfermedades dermatológicas, la mayoría de las

cuáles no tienen relación alguna con el cáncer de vulva. Y no se puede hacer la extrapolación del NIV a partir de su equivalente NIC pues la piel de la vulva es morfológicamente diferente de su equivalente cervical y la patogénesis del cáncer de la vulva es diferente a la del cáncer cervicouterino. (1)

Actualmente y según la clasificación de la *International Society for the Study of the Vulvovaginal Disease* de 2004 se diferencian dos tipos de VIN: el primero tipo Común, usual o indiferenciado, asociado al VPH de alto riesgo (en el 80% de los casos a VPH 16) y propio de mujeres jóvenes, se asocia con el tabaquismo en el 50-80% de los casos y se asocia con NIC de alto riesgo. (10)

Se han descrito infecciones multicéntricas de VPH que afectan tanto cérvix, la vagina, vulva y/o el ano. 22% de las pacientes con VIN usual tienen simultáneamente neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y hasta el 71% de las pacientes con VIN usual, tienen historia previa, concomitante o subsecuente de neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN), NIC o carcinoma cervical. (11)

El segundo, VIN tipo Diferenciado asociado a dermatosis vulvares y propio de mujeres añosas. Hasta el 75% de los carcinomas de vulva tienen su origen en este. Además la VIN tipo diferenciado tiende a ser unifocal y unicéntrica y no se relaciona con la infección por VPH. (10)

El Carcinoma vulvar de células escamosas es el más común de los carcinomas vulvares, ocurre en aprox 3-5% de todos los cánceres ginecológicos con una incidencia de 1-2/100,000. (12)

Las lesiones precursoras son el liquen escleroso y la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), no existe relación con VPH de alto riesgo. (13)

La localización más frecuente del tumor suele ser la parte anterior de la vulva, afectándose los labios mayores con más frecuencia que los menores. El clítoris se afecta en un tercio de los casos, y la horquilla en menos del 10%. Una quinta parte de las pacientes tienen lesiones múltiples. (14)

En cambio el carcinoma vulvar no queratinizante es causado por la infección por el virus del papiloma humano, principalmente VPH 16 y 18, estas lesiones se ven adyacentes a VIN en un 30%. (15)

Justificación:

Hasta el momento, no existen en este hospital, estudios relacionados con lesiones de vulva, y tomando en cuenta que las patologías de la vulva pasan inadvertidas con demasiada frecuencia, situación en la que los ginecólogos y colposcopistas tienen un papel muy importante pues están en una circunstancia única para visualizar la vulva, explorar con detalle las áreas que sea preciso y biopsiar cualquier lesión dudosa, teniendo oportunidad de reconocer las enfermedades de la vulva e iniciar tratamiento. De ahí que consideramos muy útil realizar una revisión de las colposcopías realizadas a pacientes vistas en nuestro hospital. Con este estudio podremos determinar cuales son las lesiones más frecuentes, su número y ubicación, así como el grado de asociación con lesiones cervicales y vaginales. Además de conocer la correlación colposcópica e histológica de la unidad.

Planteamiento del problema:

La vulva es un órgano del aparato genital femenino pero también es parte del tegumento cutáneo, está compuesta por varias estructuras anatómicas diferentes y complejas, esto la hace una región susceptible de aparición de múltiples lesiones, desde dermatosis similares a las que pueden manifestarse en cualquier otra parte del cuerpo, así como lesiones específicas benignas, infecciones y entre estas la ocasionada por el virus de papiloma humano y que pueden progresar a lesiones premalignas, hasta el carcinoma de vulva. Dada esta amplia gama de lesiones vulvares, la falta de estudios en esta unidad sobre el tema, y la elevada cantidad de pacientes atendidas con lesiones premalignas y malignas de cérvix y vagina, surge la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las lesiones de vulva detectadas en pacientes a las que se les realiza colposcopia en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza y su asociación con lesiones premalignas o malignas de cérvix y/o vagina?

Objetivo general:

Describir las lesiones de vulva de las pacientes atendidas en el servicio de colposcopia del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 e identificar cuáles y cuántas se relacionan con patología premaligna o maligna de cérvix y/o vagina

Objetivo específico:

1. Describir las lesiones benignas y malignas más frecuentes de vulva.
2. Describir el número y ubicación de las lesiones.
3. Describir la ubicación topográfica tegumentaria (mucosa, unión escamo-columnar o piel).
4. Correlacionar el resultado de las biopsias realizadas con la descripción colposcópica.
5. Identificar si existe asociación con lesiones premalignas o malignas de cérvix y/o vagina

Hipótesis de trabajo:

Las lesiones de vulva son diversas y las lesiones premalignas y malignas de vulva, se asocian a lesiones premalignas o malignas de cérvix y/o vagina.

Material y métodos:

Lugar: en la Unidad Médica De Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza (LA UMAE HGO No.3 DE CMN LA RAZA) en el servicio de Ginecología, Clínica de Displasias, el cual pertenece al tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

Universo de trabajo: Pacientes atendidas en la UMAE HGO No.3 CMN LA RAZA “Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez”.

Población: Pacientes atendidas en el servicio de Clínica de displasias de la UMAE HGO 3

Muestra: todas las pacientes a las que se les realizó colposcopia en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2011 y que se les diagnosticó alguna lesión vulvar.

Muestreo No probabilístico de casos consecutivos.

Diseño: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Pacientes atendidas en la clínica de displasias del HGO 3 por cualquier tipo de lesión vulvar, en el periodo comprendido del 1 de junio de 2011 al 31 de diciembre de 2011.

Cualquier edad

Cualquier estado de salud

Criterios de exclusión:

Pacientes con expediente con información incompleta.

Criterios de eliminación:

No existen para este protocolo

VARIABLES DE ESTUDIO:

Nombre: Lesiones de vulva

Definición conceptual: Daño o alteración morbosa, orgánica o funcional, de los tejidos, en este caso de la vulva.

Definición operacional: Se determina la presencia de daño en los tejidos de la vulva por cuadro clínico y características identificadas a la exploración física y colposcopia, así como por diagnóstico histológico en caso de toma de biopsia.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidad de medición: Dermatitis, liquen simple crónico, intertrigo, psoriasis, liquen escleroso vulvar, liquen plano, VIN indiferenciado, VIN diferenciado, carcinoma.

Nombre: Lesiones de cérvix

Definición conceptual: Variedad de cambios progresivos que se inician como una lesión escamosa intraepitelial que termina en un carcinoma invasor. Estos cambios se caracterizan por proliferación celular, maduración anormal, crecimiento nuclear y atipia en el epitelio del cérvix.

Definición operacional: Diagnóstico confirmado por reporte histopatológico.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: NIC I, NIC II, NIC III, cáncer cervicouterino.

Nombre: Lesiones vaginales

Definición conceptual: Variedad de cambios progresivos que se inician como una lesión escamosa intraepitelial que termina en un carcinoma invasor. Estos cambios se caracterizan por proliferación celular, maduración anormal, crecimiento nuclear y atipia en vagina.

Definición operacional: Diagnóstico confirmado por reporte histopatológico.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medición: NIVA I, NIVA II, NIVA III, cáncer de vagina.

Métodos

Se revisó la base de datos de consulta externa del servicio de ginecología, identificando a todas las pacientes a las que se les realizó colposcopia en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2011, de ahí se identificó a las pacientes a las que se exploró vulva y se les encontró lesión siendo descrita en el expediente, y si se encuentra asociación con otras lesiones en tracto genital; y del expediente clínico impreso o electrónico se obtuvieron los siguientes datos: descripción morfológica de la lesión, número, ubicación, topografía tegumentaria (mucosa, unión escamo-columnar o piel), resultado histopatológico en caso de toma de biopsia y determinar su concomitancia con lesiones cervicales y/o vaginales, llenando un formato elaborado ex profeso. (Anexo 1).

Análisis de datos:

Una vez recolectados los datos y codificados en la hoja de cálculo correspondiente se procedió a su análisis mediante el programa IBM SPSS v. 21.0. Se realizó una primera fase descriptiva en la que se resumieron las variables cualitativas mediante frecuencias, porcentajes y gráficos pastel, y las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, se utilizaron histogramas para su presentación gráfica y se determinó la presencia o ausencia de normalidad en la distribución mediante la prueba *Kolmogorov-Smirnov*. Se realizó además el análisis de la distribución de las variables cuantitativas en las diversas categorías de las variables cualitativas para establecer la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre ellas empleando la prueba de *análisis de varianza (ANOVA) de 1 factor*. En una segunda fase se construyeron tablas de contingencia y se procedió a establecer la presencia de asociación estadísticamente significativa entre la variable dependiente y las independientes mediante las pruebas *chi cuadrada* (variables nominales) y *Gamma de Goodman y Krukal* (variables ordinales). Se empleó en todos los casos un nivel de significancia estadística alfa menor o igual a 5% ($p \leq 0.05$).

Recursos

Recursos humanos: 1 investigador responsable, 1 investigador asociado y 1 médico residente responsable.

Recursos físicos: material de oficina y cómputo

Lápices

Hojas blancas

Recursos financieros: este estudio no requirió de financiamiento, los gastos que se presentaron fueron cubiertos por el mismo investigador.

Consideraciones éticas:

El estudio no tuvo implicaciones éticas de ningún tipo, los procedimientos fueron realizados a las pacientes, como parte de su protocolo de estudio, por parte nuestra no hubo ninguna intervención, ya que la información fue extraída del expediente clínico y tratada con absoluta confidencialidad, no siendo necesario el consentimiento informado.

El estudio se realizó de acuerdo con las normas éticas expuestas en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación y en la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1993.

No existió riesgo para las pacientes.

RESULTADOS

En el periodo comprendido de junio a diciembre de 2011, se realizaron colposcopías a 217 pacientes en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza, siendo la principal indicación el control citocolposcópico por patología de cérvix o vagina ya diagnosticado o por envío de un primer o segundo nivel de atención.

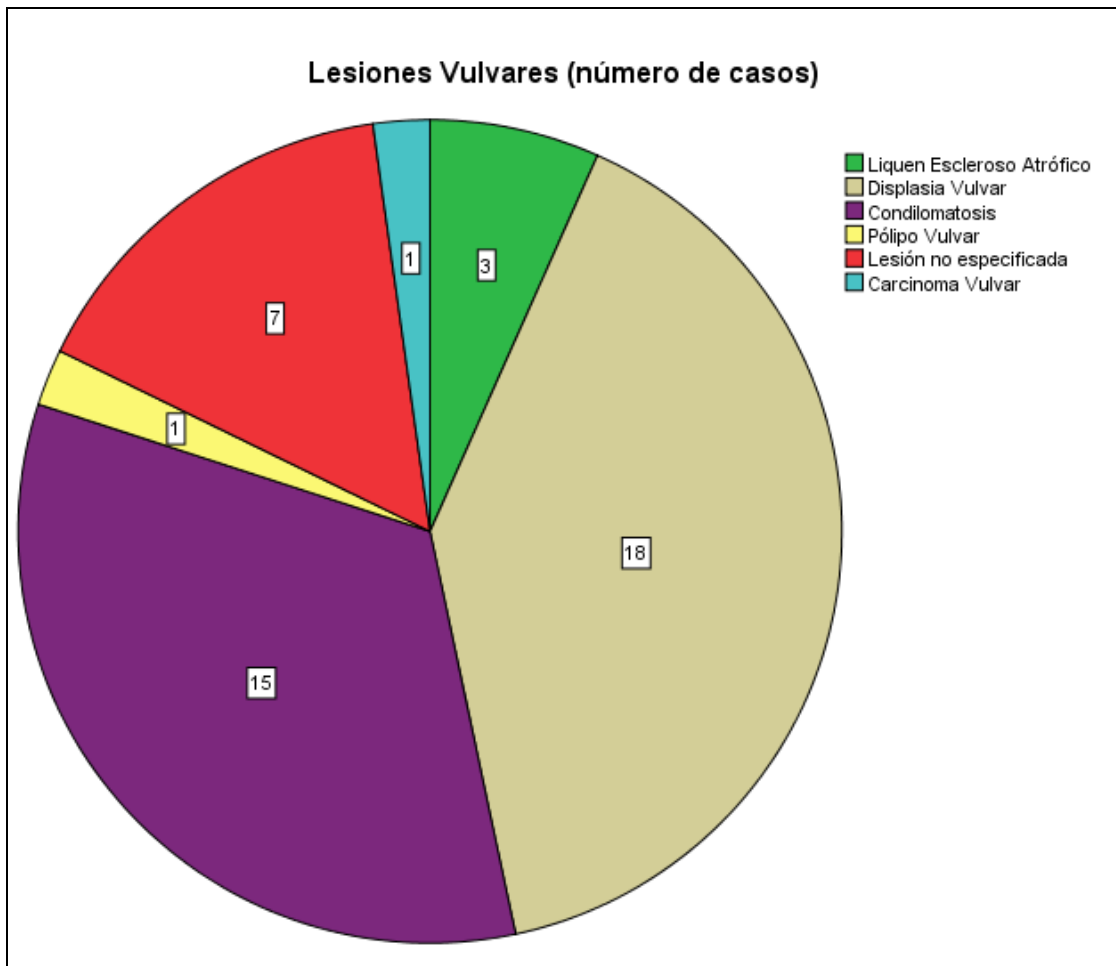
Del total de pacientes, sólo 45 se detectaron con alguna lesión en vulva (20.7%) conformando el grupo de estudio. De estas pacientes, la edad osciló entre 19 y 74 años, con un promedio de 47.2 años (M 47.2, Me 45.0, Mo 43, 45, 57 (multimodal), s = 14.5 años).

En el diagnóstico clínico (tabla 1) se reportaron 18 pacientes con Displasia Vulvar (40%), 15 pacientes con Condilomatosis (33.3%), 3 pacientes con Liquen Escleroso Atrófico (6.6%), 1 paciente (2.2%) con Pólipo y 1 (2.2%) con Carcinoma verrucoso de Vulva (no especifica si es Ca. in situ o invasor), se reportaron 7 pacientes con Lesión Vulvar no especificada (15.5%). (Ver gráfica 1).

De las 18 pacientes con displasia vulvar se encontró leve en 6 casos (2.8%), moderada en 4 casos (1.8%) y no se especificó el grado en 7 casos (3.2%). De las 15 pacientes con condilomatosis, se reportó de localización vulvar en 6 casos (2.8%), vulvar y rectal en 1 (0.5%), vulvar y vaginal en 1 (0.5%) y no se precisó su localización en 7 casos (3.2%).

Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Displasia Vulvar	18	40
Condilomatosis	15	33.3
Lesión No especificada	7	15.5
Liquen Escleroso	3	6.6
Pólipo	1	2.2
Carcinoma Vulvar	1	2.2
Total	45	100.0

Tabla 1



Gráfica 1

Se realizó biopsia en 33 de las 45 pacientes con lesiones vulvares (71.1%). Los reportes histopatológicos se pueden apreciar en la siguiente tabla.

Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Displasia Vulvar Leve NIVU I	9	27.3
Displasia Vulvar Leve NIVU I y VPH	5	15.2
Distrofia Vulvar	6	18.2
Condiloma acuminado	3	9.1
Quiste de Inclusión Epidérmico	2	6.1
Molusco contagioso	2	6.1
Condiloma plano	2	6.1
Vulvitis inespecífica	1	3.0
Pólipo fibroepitelial	1	3.0
Liquen atrófico	1 (2)*	3.0
Carcinoma vulvar verrucoso	1	3.0
Total	33	100.0

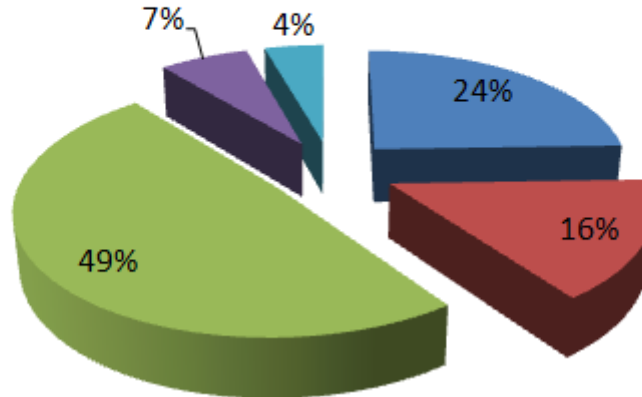
*1 paciente con liquen atrófico y distrofia vulvar.

Tabla 2

La ubicación de las lesiones de acuerdo al tercio afectado de la vulva, se muestra en la gráfica 2.

Localización de la lesión según los tercios de la vulva

■ Tercio superior ■ Tercio medio ■ Tercio inferior
 ■ 3 tercios ■ No especificado



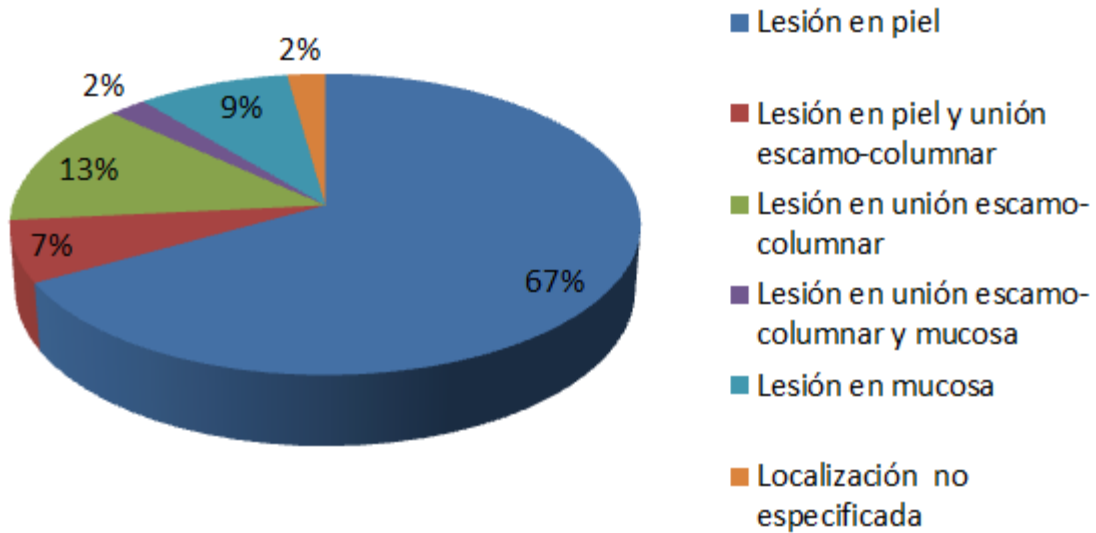
Gráfica 2

De acuerdo a la ubicación topográfica tegumentaria (mucosa, unión escamo-columnar o piel), se encontró que en 30 pacientes la lesión se localizó en la piel (66.6%), en 3 pacientes se localizó en piel y en la unión escamo-columnar (6.6%), en 6 pacientes se localizaba en la unión escamo-columnar (13.3%), en una paciente la lesión se localizó tanto en la unión escamo-columnar como en la mucosa (2.2%), en 4 pacientes la lesión se localizó en la mucosa vulvar (8.8%), y finalmente en una paciente (2.2%) no se especifica la localización tegumentaria.

Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Lesión en piel	30	66.6
Lesión en piel y unión escamo-columnar	3	6.6
Lesión en unión escamo-columnar	6	13.3
Lesión en unión escamo-columnar y mucosa	1	2.2
Lesión en mucosa	4	8.8
Localización no especificada	1	2.2
Total	45	100.0

Tabla 3

Ubicación topográfica tegumentaria de la lesión vulvar



Gráfica 3

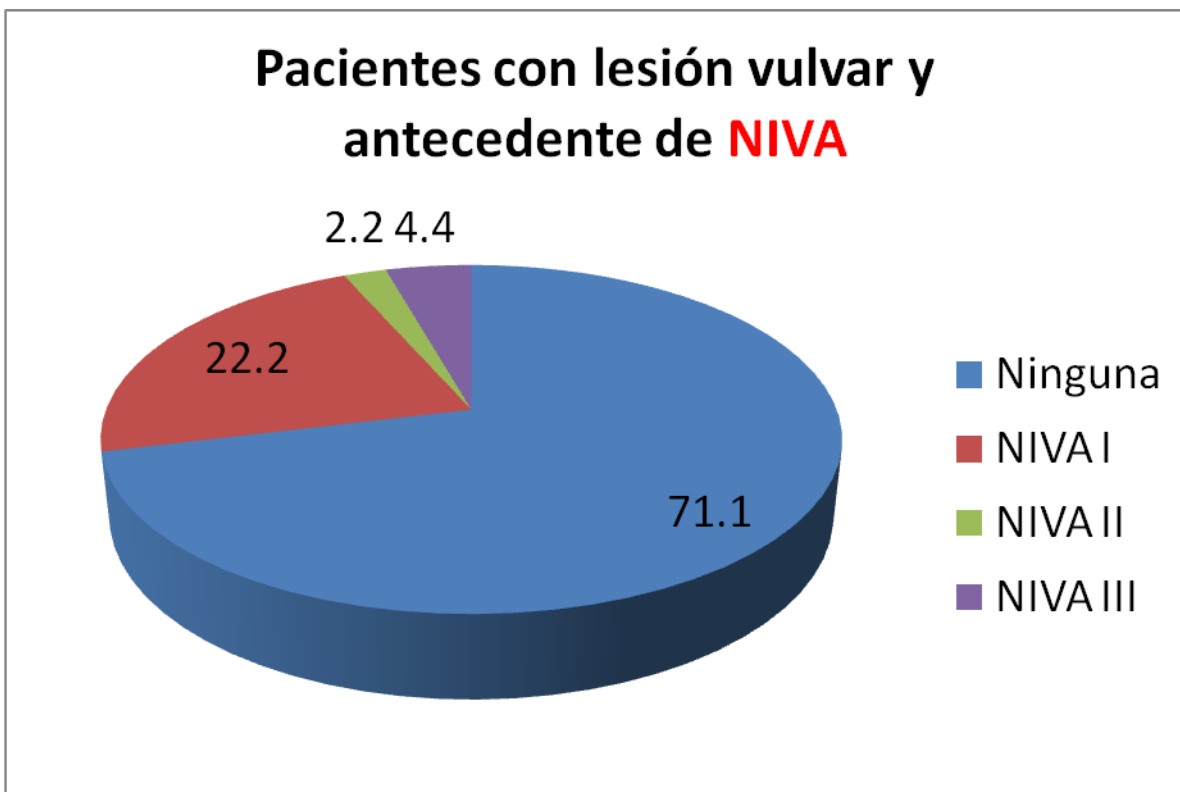
Respecto a las comorbilidades en las 45 pacientes que tuvieron lesión vulvar, se observó presencia de ellas en 22 pacientes (48.8%), las 23 restantes (51.1%) se reportaron sin enfermedades concomitantes (ver tabla 4). La Diabetes Mellitus tipo 2 se presentó en 10 pacientes (22.2%), la Hipertensión Arterial Sistémica en 1 (2.2%), Lupus en 2 de ellas (4.4%), Artritis reumatoide 1 (2.2%), Antecedente de trasplante renal en tratamiento con inmunosupresores 5 (11.1%), Obesidad en 1 (2.2%), adenoma hipofisiario en 1 (2.2%) y antecedente de cáncer de mama en 1 paciente (2.2%).

Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	23	51.1
DM2	10	22.2
HAS	1	2.2
LES	2	4.4
Artritis reumatoide	1	2.2
IRC/trasplante renal	5	11.1

Obesidad	1	2.2
Adenoma Hipofisiario	1	2.2
Ca Mama	1	2.2
Total	45	100.0

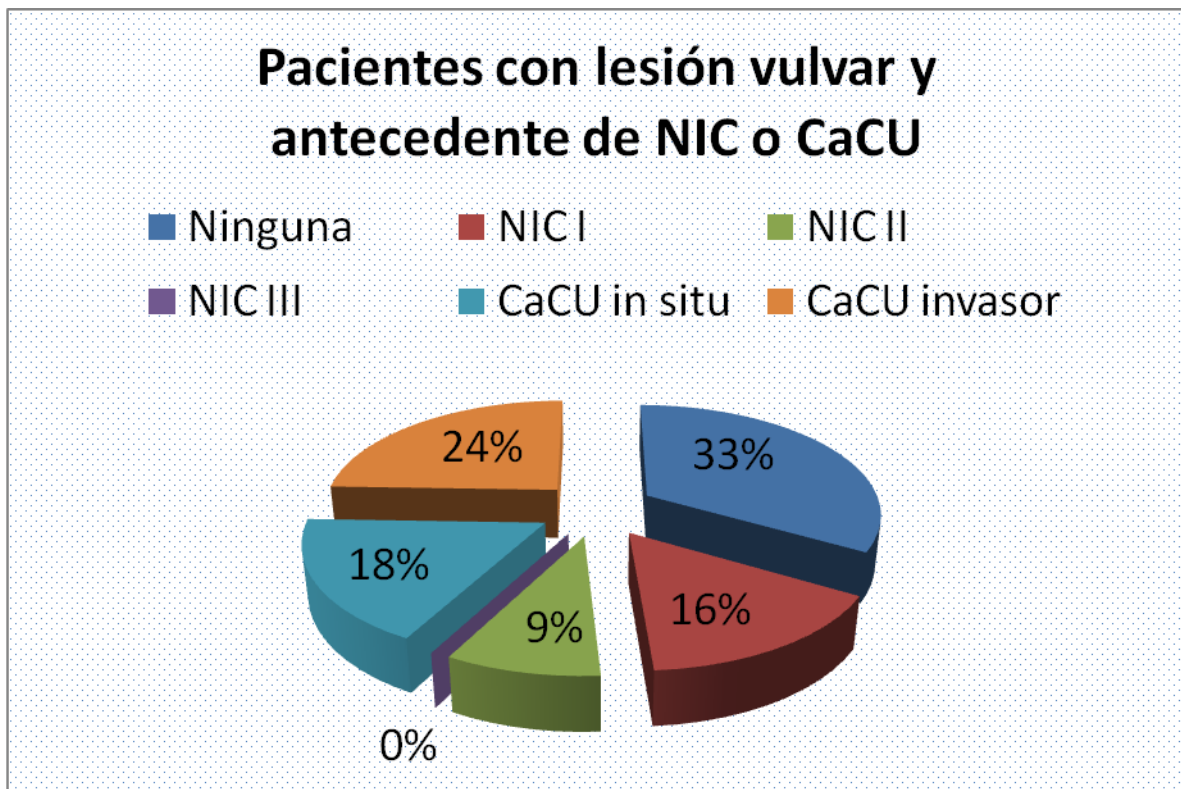
Tabla 4

De las 45 pacientes que se detectaron con alguna lesión vulvar, 13 de ellas (28.8%), tenían antecedente o presencia de Neoplasia Intraepitelial Vaginal, de las cuales 10 fueron NIVA I (22.2%), 1 paciente NIVA II (2.2) y 2 pacientes NIVA III (4.4%), ninguna presentó concomitante a lesión de vulva, carcinoma de vagina.



Gráfica 4

De las 45 pacientes que se reportaron con alguna lesión vulvar, 30 de ellas (66.6%) tenían antecedentes o la presencia de lesiones premalignas o malignas en cérvix, observando la presencia de NIC I en 7 (15.5%), NIC II en 4 (8.88%), NIC III en ninguna paciente, CaCU in situ en 8 (17.7%), Cáncer cérvicouterino invasor en 11 (24.4%).



Gráfica 5

Análisis inferencial

Se analizó la asociación entre las variables cualitativas mediante la construcción de tablas de contingencia y aplicando las pruebas estadísticas correspondientes de acuerdo a su escala de medición (dicotómicas, nominales, ordinales) y usando un nivel de alfa menor o igual a 0.05 para establecer significancia estadística mediante la prueba de *chi cuadrada*.

Se observó que las lesiones vulvares se asocian en forma estadísticamente significativa con el tratamiento inmunosupresor y con las lesiones cervicales agrupadas según la clasificación de NIC, la clasificación de Bethesda y en forma dicotómica (presencia o ausencia de lesión cervical). En cambio, no hubo significancia estadísticamente significativa en la asociación de las lesiones vulvares con comorbilidades y lesiones vaginales (NIVA).

Variables analizadas		χ^2	Valor de p
Lesiones Vulvares	Comorbilidades	116.545	0.051
	Infección por VPH	5.000	0.416
	Tratamiento inmunosupresor	19.459	0.002*
	NIVA	10.354	0.797
	Lesión Cervical	28.561	0.045*
	Lesión Cervical Bethesda	27.303	0.026*
	Lesión Cervical (Sí/No)	11.376	0.044*

Tabla 5

A continuación se describen las tablas de contingencia correspondientes a las asociaciones estadísticamente significativas.

		Tratamiento Inmunosupresor			
		No		Sí	
		N	%	N	%
Lesiones vulvares	Liquen Escleroso Atrófico	3	6.7%	0	0.0%
	Displasia Vulvar	18	40.0%	0	0.0%
	Condilomatosis	7	15.6%	8	17.8%
	Pólipo Vulvar	1	2.2%	0	0.0%
	Lesión no especificada	7	15.6%	0	0.0%
	Carcinoma Vulvar	1	2.2%	0	0.0%

Tabla 6

		Lesión Cervical			
		Ninguna	LIEBG	LIEAG	CaCU invasor
		% del N de la tabla	% del N de la tabla	% del N de la tabla	% del N de la tabla
Lesiones vulvares	Liquen Escleroso Atrófico	2.2%	0.0%	0.0%	4.4%
	Displasia Vulvar	4.4%	8.9%	13.3%	13.3%
	Condilomatosis	11.1%	4.4%	17.8%	0.0%
	Pólipo Vulvar	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%
	Lesión no especificada	11.1%	0.0%	2.2%	2.2%
	Carcinoma Vulvar	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%

Tabla 7

		Lesión Cervical			
		Ninguna	LIEBG	LIEAG	CaCU invasor
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Lesiones vulvares	Liquen Escleroso Atrófico	1	0	0	2
	Displasia Vulvar	2	4	6	6
	Condilomatosis	5	2	8	0
	Pólipo Vulvar	0	1	0	0
	Lesión no especificada	5	0	1	1
	Carcinoma Vulvar	1	0	0	0

Tabla 8

	Lesión cervical					
	Ninguna	NIC I	NIC II	NIC III	CaCU in situ	CaCU invasor
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Liquen Escleroso Atrófico	1	0	0	0	0	2
Displasia Vulvar	2	4	2	0	4	6
Condilomatosis	5	2	2	0	6	0
Pólipo Vulvar	0	1	0	0	0	0
Lesión no especificada	5	0	1	0	0	1
Carcinoma Vulvar	1	0	0	0	0	0

Tabla 9

	Lesión cervical					
	Ninguna	NIC I	NIC II	NIC III	CaCU in situ	CaCU invasor
	%	%	%	%	%	%
Lesiones vulvares	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.4%
Displasia Vulvar	4.4%	8.9%	4.4%	0.0%	8.9%	13.3%
Condilomatosis	11.1%	4.4%	4.4%	0.0%	13.3%	0.0%
Pólipo Vulvar	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Lesión no especificada	11.1%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	2.2%
Carcinoma Vulvar	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Tabla 10

DISCUSION

En nuestro estudio encontramos que la edad de las pacientes que se atienden en la clínica de displasias del HGO 3 La Raza, oscila entre los 17 y 80 años; a dichas pacientes principalmente se les realiza la colposcopia por envío de un primer o segundo nivel de atención o para seguimiento de alguna lesión del tracto genital inferior.

Un 20.7 % de las pacientes incluidas en el estudio, presentaron alguna lesión vulvar, la edad de estas pacientes oscilo entre los 19 y 74 años de edad, teniendo una media de 47.2 años, rango que coincide con la literatura revisada (10) y siendo de vital importancia el hecho de detectar oportunamente alguna lesión premaligna o maligna de vulva, para ofrecer el mejor tratamiento que permita una adecuada calidad de vida de las pacientes.

La lesión vulvar más frecuente detectada en nuestro estudio fue la displasia vulvar, de ésta en un mayor porcentaje fue la displasia vulvar leve (40%) y fue en mayor proporción confirmada por biopsia (27.3%), también en nuestros resultados, la displasia vulvar leve se relaciona en un 15.2% con Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH) y se asocia con NIC de alto riesgo, como se observa en la tabla 11, donde 12 pacientes con displasia vulvar tuvieron asociación con NIC II hasta CaCU; coincidiendo dichos datos con los artículos revisados en este trabajo (1,10,11). Cabe señalar que la clasificación de la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) descrita en las notas médicas y reportes de patología de los expedientes revisados, aún es la clasificación antigua (10). En segundo lugar de frecuencia, se detectó la condilomatosis.

Según la literatura internacional, el liquen escleroso es la enfermedad vulvar más frecuentemente diagnosticada en la consulta de patología vulvar, representando un 23% (7), situación que no se vio reflejada en nuestros resultados, dado que sólo 3 pacientes se detectaron con dicho diagnóstico correspondiendo al 1.4% de nuestra muestra. En contraste, sólo se diagnosticó un caso de carcinoma vulvar, como lo indica Lewis y Harrington, situación que ocurre en aprox 3-5% de todos los cánceres ginecológicos (12).

De acuerdo a la ubicación topográfica tegumentaria, las lesiones vulvares detectadas se localizaron con mayor frecuencia en la piel (66.6%) y la ubicación más frecuente según los tercios de la vulva fue en el tercio inferior (48.8%). Por otra parte, casi la mitad de las pacientes con lesiones en vulva (48.8%) cursaban con alguna comorbilidad y en su mayoría, enfermedades que comprometen al sistema inmunológico como lo son la Diabetes Mellitus tipo 2, el Lupus Eritematoso Sistémico, la artritis reumatoide y el antecedente de trasplante renal con ingesta de inmunosupresores, situaciones que favorecen la infección por el virus del papiloma humano y la aparición de lesiones en vulva como la neoplasia intraepitelial y la condilomatosis, lesiones más encontradas en nuestro estudio.

Del total de pacientes que se detectaron con alguna lesión vulvar, el 28.8%, tenían antecedente o presencia de Neoplasia Intraepitelial Vaginal, y el 66.6% tenían antecedentes o la presencia de lesiones premalignas o malignas en cérvix. Se observó que las lesiones vulvares se asocian en forma estadísticamente significativa con el

tratamiento inmunosupresor y con las lesiones cervicales agrupadas según la clasificación de NIC, la clasificación de Bethesda y en forma dicotómica (presencia o ausencia de lesión cervical). En cambio, no hubo significancia estadísticamente significativa en la asociación de las lesiones vulvares con comorbilidades y lesiones vaginales (NIVA). Como se observa en las tablas de la 5 a la 10.

CONCLUSIONES

Debido a que las lesiones de vulva son tan diversas, por las estructuras anatómicas que la conforman, es de vital importancia una exploración minuciosa por el ginecólogo y colposcopista ya que se pueden detectar de forma temprana, para otorgar un tratamiento oportuno.

Las colposcopías realizadas en el HGO 3 La Raza UMAE, son de pacientes referidas por probable patología de cérvix o vagina o para seguimiento citocolposcópico de lesiones ya diagnosticadas, y sólo un 20% presentaron alguna lesión vulvar, por lo que se puede inferir que en una población heterógena, la detección de lesiones en vulva será menor.

La lesión vulvar más frecuente en nuestro medio hospitalario fue la displasia vulvar leve, asociada en algunos casos a infección por el virus del papiloma humano así como fuertemente asociada a Neoplasia intraepitelial cervical y Ca CU; se documentó un caso de carcinoma vulvar en el que no se especifica su grado de invasión.

De acuerdo a la ubicación de las lesiones vulvares, se demostró en este trabajo que es más frecuente en piel y en el tercio inferior de la vulva, esto nos puede ayudar a que durante la exploración de nuestras pacientes, pongamos énfasis en dichas áreas y nos oriente a un diagnóstico clínico más preciso; pero sin duda, el resultado histopatológico mediante la toma de biopsia, dará el diagnóstico definitivo para evitar tratamientos erróneos o innecesarios.

En el presente trabajo y aunado a lo reportado en la literatura, se ha demostrado que van de la mano lesiones vulvares con patología premaligna y/o maligna sobretodo de cérvix, por lo que las pacientes que presenten antecedente de dichas enfermedades, deben tener una vigilancia más estrecha por medio de control citocolposcópico con respecto al resto de la población, para brindar una adecuada calidad de vida a las mujeres. Así también vale la pena dar énfasis a la revisión y seguimiento de pacientes con inmunosupresión y patología de cérvix para una detección oportuna de lesiones vulvares, pues es en quienes se asocian fuertemente.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2012-2013

	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
DELIMITACIÓN DEL TEMA										
<i>RECUPERACIÓN, REVISIÓN Y SELECCIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA</i>										
<i>ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO</i>										
AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO										
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN										
ANÁLISIS DE RESULTADOS										
ESCRITURA DE TESIS E INFORMES										

BIBLIOGRAFIA

1. Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopia principios y práctica. 2ª. edición España: Elsevier Masson, 2009. pp.341-365.
2. Tofte SJ, Hanifin JM. Current management and therapy of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(1) 13-16.
3. Ball SB, Wojnarowska F. Vulvar dermatoses: lichen sclerosus, lichen planus, and vulval dermatitis/lichen simplex chronicus. *Semin Cutan Med Surg* 1998;17:182-188.
4. Pincus SH. Vulvar dermatoses and pruritus vulvae. *Dermatol Clin* 1992;10:297-308.
5. Margesson LJ. Inflammatory diseases of the vulva. In: Fisher BK, Margesson LJ (eds) *Genital Skin Disorders- Diagnosis and Treatment*. St Louis: Mosby, 1998, pp 155-157.
6. Drew GS. Psoriasis. *Prim Care* 2000;27:385-406.
7. MacLean AB, Roberts DT, Reid WMN. Review of 1000 women seen at two specially designated vulval clinics. *Curr Obstet Gynaecol* 1998;8:159–62.
8. Carlson JA, Ambros R, Malfetano J, Ross J, Grabowski R, Lamb P, et al. Vulvar lichen sclerosus and squamous cell carcinoma: a cohort, case control and investigational study with historical perspective; implications for chronic inflammation and sclerosis in the development of neoplasia. *Hum Pathol* 1998;29:932–48.
9. Bella Fiore P, DiFede O, Cabibi D, et al. Prevalence of Vulval Lichen Planus and A Cohort of Women with Oral Lichen Planus: An Interdisciplinary Study. *Br J Dermatol* 2006;155:994-998.
10. Van Seters M, van Beurden M, Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III base don enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncol* 2005;97:645-651.
11. Goffin F, Mayrand MH, Gauthier P, et al. High-risk human papillomavirus infection of the genital tract of women with a previous history or current high-grade vulvar intraepithelial neoplasia. *J Med Virol* 2006;78(6):814–9.
12. Lewis FM, Harrington CI. Squamous cell carcinoma arising in vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1994;131:703-705.
13. MacLean AB. Precursors of vulval cancers. *Curr Obstet Gynaecol* 1993;3:149–56.
14. Van de Nieuwenhof HP et al. Vulvar squamous cell carcinoma development after diagnosis of VIN increases with age. *Eur J Cancer* 2009 ;45:851-6.

15. Van de Nieuwenhof HP, Van der Avoort IA, Hullu JA. Review of squamous premalignant vulvar lesions. *Critical Rev Oncol Hematol* 2008 ;68:131-56.

ANEXO 1. HOJA DE CAPTURA DE DATOS

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES DE VULVA DETECTADAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA CLINICA DE DISPLASIAS DEL HGO 3 LA RAZA.

Nombre: _____

NSS _____

Edad: _____

Indicación de colposcopia: _____

Fecha de realización de colposcopia: _____

Comorbilidad asociada: _____

Historia de NIC o cáncer cervical concomitante _____

Historia de VAIN o cáncer de vagina concomitante _____

Presencia de lesiones en vulva: SI _____ NO _____

Descripción de la lesión vulvar:

Número de lesiones: _____

Localización de lesiones: _____

Mucosa _____ Unión escamo-columnar _____ Piel

Tercio superior _____ Tercio medio _____ Tercio inferior _____

Forma: _____

Tamaño: _____

Otras observaciones: _____

Diagnóstico clínico y colposcópico: _____

Toma de biopsia: SI _____ NO _____

Resultado histopatológico: _____

¿Requirió envío a Dermatología? Si _____ No _____

Diagnóstico dermatológico _____

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio no requiere carta de consentimiento informado ya que se trata de un estudio retrospectivo y toda la información será obtenida del expediente clínico.