



FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

CORRELACIÓN CLINICO-PATOLÓGICA DE LESIONES VULVARES

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA: DR. ALEJANDRO GASPAR VERA

ASESOR: DR. VICTOR ALBERTO OLGUÍN CRUCES

MÉXICO D.F. 2015





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.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios...

Por haberme dado la vida y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi formación profesional. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padre y hermano...

Por ser los pilares más importante en mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre; por el cariño y amor de hermano brindado, por ser mi amigo y consejero incondicional.

A Jessica...

A tu paciencia y comprensión, a tu tiempo sacrificado para permitirme cumplir con un sueño. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí y sobre todo por tu amor; ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado.

Al Dr. Víctor Olguín...

Por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí el concluir una parte mas de esta hermosa carrera...

Dr. Oscar Martínez Rodríguez

Director General

UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"

Dr. Víctor Alberto Olguín Cruces

Medico Adscrito al Servicio de Patología de Mama

UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"

ÍNDICE

RESUMEN	5
ANTECEDENTES.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES	18
ANEXO.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

RESUMEN

TÍTULO: Correlación clínico-patológica de lesiones vulvares.

INTRODUCCIÓN: Los síntomas urogenitales se encuentran entre los problemas comunes encontrados por los ginecólogos y dermatólogos. En respuesta a la complejidad de éstos, la Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades Vulvovaginales ha desarrollado una clasificación histológica de los trastornos inflamatorios de la vulva para la generación de un diagnóstico diferencial basado en los hallazgos microscópicos. Dentro de esta clasificación podemos encontrar diversos patrones que engloban una serie de patologías que comparten características específicas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Establecer la relación entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico de lesiones vulvares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo, descriptivo y transversal para determinar si existía correlación entre el diagnóstico clínico-histopatológico de lesiones vulvares. Se recabaron datos del expediente electrónico del año 2009 al 2013. Se utilizó la estadística descriptiva y los resultados fueron expresados al presentar correlación entre ambos estudios. Se aplicó herramienta software estadístico (SPSS-20).

RESULTADOS: Se analizaron 1 081 casos, 754 contaban con expediente electrónico completo, así como reporte histopatológico definitivo. La edad media de todas las pacientes analizadas fue de 39, 04 años (rango 15-96 años). Se observó significancia estadística como resultado una $p < 0.05$ para la relación clínica y patológica de las lesiones vulvares.

CONCLUSIONES: Existe correlación con el diagnóstico clínico reportado por el servicio de Colposcopia, con los diagnósticos histopatológicos del servicio de Anatomía Patológica. A pesar de la significancia estadística de la relación clínico-patológica, en caso de duda diagnóstica, es necesario de acuerdo a la literatura internacional, el envío al servicio de patología de una muestra biopsiada para un diagnóstico más preciso. Se observó que la edad es un factor de riesgo importante para que se presente lesiones vulvares. No se especifica por grupo de edad, cuál es el riesgo de presentar alguno de las lesiones. En el estudio no se observó que exista relación significativa entre las pacientes expuestas al tabaquismo con las lesiones vulvares. El objetivo del estudio no era la búsqueda de dicha relación y la tabla de contingencia resultante se generó entre los distintos tipos de lesiones y no específicamente con aquellas que guardan relación más estrecha con el hábito tabáquico.

ANTECEDENTES

En la actualidad, los síntomas urogenitales se encuentran entre los problemas más comúnmente encontrados por los ginecólogos y dermatólogos. En su evaluación, existen tres elementos a considerar cuando una paciente, que sufre de algún trastorno vulvar, se presenta ante el sistema de atención de salud; en primer lugar, el nivel sociocultural de la paciente, que afecta la forma en que ella percibe la enfermedad, a menudo conduce a un retraso en la búsqueda de atención o al autotratamiento; segundo, la clínica de presentación de la enfermedad y tercero, la metodología de evaluación (1)

En respuesta a la complejidad de los trastornos vulvares, se creó la Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD), para facilitar el intercambio entre clínicos y patólogos involucrados en el cuidado de estas pacientes. A menudo, el "diagnóstico" en el resultado de la biopsia no es el nombre de una enfermedad, sino más bien una descripción de los hallazgos microscópicos; para el clínico, ésta es a veces inútil. La Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades Vulvovaginales ha desarrollado recientemente una clasificación histológica de los trastornos inflamatorios de la vulva que permite la generación de un diagnóstico diferencial basado en los hallazgos microscópicos. Esto puede ser extremadamente útil cuando se correlaciona con el diagnóstico clínico. La ISSVD también ha propuesto una clasificación histológica, clínicamente relevante para la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) (2).

La evaluación de la paciente comienza con una minuciosa historia clínica y examen físico. Durante este proceso, un diagnóstico diferencial es creado y la confirmación o eliminación de éstos se basa en pruebas que pueden realizarse en el consultorio médico. Uno de estos procedimientos es la biopsia de tejido. En todos los casos, una o más biopsias de vulva se deben realizar si la lesión es clínicamente sospechosa de malignidad (asimetría, borde irregular, variación del color, cambio rápido, sangrado, no curación); también debe realizarse si el diagnóstico no se puede hacer con seguridad por inspección visual y otros métodos no invasivos, si la lesión no se resuelve después del tratamiento estándar o, para hacer frente a las preocupaciones del paciente (1,3).

El diagnóstico no siempre es fácil y el desafío del clínico es diferenciar entre las variantes normales, hallazgos benignos y lesiones potencialmente graves. La clasificación de los patrones histológicos de la vulva fue destinada a ser utilizada como una ayuda para el diagnóstico diferencial de estos trastornos (1,4)

En la vulva pueden encontrarse un gran espectro de lesiones benignas, premalignas o malignas; la manera más útil de generar un diagnóstico diferencial de éstas es a través de los hallazgos morfológicos más que por la sintomatología generada. Toda la zona vulvar debe ser examinada bajo una buena luz, se debe tener cuidado al inspeccionar los labios y el área pilosa, también se debe realizar el examen con espéculo para ver la vagina y el cuello uterino. Dentro de las

características a evaluar, se encuentran la morfología de la lesión, el tamaño, la forma, número, color, consistencia, presencia de cambios secundarios y los síntomas relacionados, de estos últimos, el prurito y dolor son dos de los síntomas principales en los trastornos de la vulva. Éstos pueden ocurrir con la presencia de enfermedad dermatológica obvia o en condiciones con mínimos cambios visibles en la piel. (5)

Dentro de las lesiones con patrón espongiótico, se encuentra la dermatitis eccematosa, que se caracteriza por prurito, resequedad, o escozor. Puede haber dolor o dispareunia, y los síntomas pueden exacerbarse por el calor, el sudor, el estrés o la menstruación. El diagnóstico es clínico, basado en una historia de irritación vulvar crónico y / o prurito causando frotamiento y el rascado persistentes (6) La dermatitis atópica, es una dermatitis crónica que afecta a individuos con una personalidad atópica (7).

Las lesiones con patrón acantótico, que incluyen al liquen simple crónico, son resultado de un proceso de frotamiento y/o rascado crónico de la piel que a menudo se presentan con engrosamiento y placas escamosas eritematosas asociadas a exoriación y a hiperpigmentación. La lesión es generalmente solitaria y a menudo afecta a los labios mayores (8). La psoriasis es una dermatosis crónica recidivante cuya presentación clínica clásica consta de placas bien delimitadas rojo asalmonadas con escala de platas, que se presentan en las superficies de extensión de las extremidades, región sacra y cuero cabelludo. Tiene predilección por áreas con vello como el monte de Venus y los labios mayores. Cuando los pliegues de flexión y región anogenital son afectadas, se conoce como psoriasis inversa (9). El síndrome de Reiter o "queratodermia blenoragicum" se caracteriza por la aparición de pequeñas maculas eritematosas que se unen para formar placas con una costra suprayacente, es rara y se produce principalmente en pacientes con VIH (10).

El liquen escleroso es una dermatosis crónica cuyas lesiones clínicas son típicamente placas escamosas blanquecinas, con arrugas o mostrando un aspecto de adelgazado. A menudo son simétricas y afecta los labios menores, clítoris, prepucio, frenillo, cuerpo perineal, y el vestíbulo vulvar. Dentro de los síntomas se incluyen disuria, dolor a la defecación y rectorragia (11). El liquen plano es una enfermedad crónica inmune que se presenta con una amplia gama de presentaciones clínicas: hipertrófica, atrófica, actínica, lineal, zosteriforme, erosiva, y bulloso, lo que crea frecuentes retrasos en el diagnóstico. Las lesiones genitales pueden ser cutánea, mucosa, o combinada. La forma cutánea puede tener 2 formas de presentación: en el que hay un compromiso genital, presentándose como pápulas y placas eritematosas o violáceas, que cubren labios menores y menores así como al monte de Venus; y el liquen plano hipertrófico, que se presenta como placas blancas hiperqueratocíticas. El liquen plano mucoso puede ser reticular o erosivo. (12,13)

Dentro del patrón vesiculobuloso se encuentran el pénfigo bulloso, el penfigoide cicatricial, el gestacional, pénfigo vulgar y el vegetante. Las lesiones se caracterizan por ampollas tensas sobre una base eritematosa en la piel seca, queratinizada, que pueden presentarse con o sin signo de Nikolsky. (14, 15).

Las lesiones acantolíticas incluyen la enfermedad de Hailey-Hailey, Darier y la dermatosis acantolítica del área vulvocrural; a menudo se presenta como pápulas que son menor a 1 cm, coloreadas, solitarias o agrupadas, histológicamente se presenta como acantolisis intraepidérmica y células disqueratóticas dispersas(16).

La enfermedad de Crohn se incluye dentro de las enfermedades granulomatosas que pueden tener participación perianal con formación de fístulas (manifestación más frecuente en un 58%-76%) o úlceras vulvares en el 25% de los casos. Clínicamente, la enfermedad de Crohn de la vulva puede aparecer como una ulceración suave en la piel con inflamación y fístulas dando lugar bridas en la piel con formación de cicatrización severa (17).

Las enfermedades con patrón vasculopático, incluyen a la úlceras aftosas, que suelen manifestarse como úlceras ovaladas bien delimitadas de 1 a 3 cm con una base y bordes rojizos, La zona más afectada es la mucosas de la vulva, aunque puede afectar a cualquier zona de los genitales. Estos pacientes no muestran afectación sistémica. Cuando haya pruebas de afectación de otros órganos, se debe considerar la enfermedad de Behcet (18). La enfermedad de Behcet en una enfermedad sistémica recurrente caracterizada por la triada clínica de úlceras orales, úlceras genitales e inflamación ocular; La estomatitis aftosa es la manifestación inicial en la mayoría de los casos y puede preceder a otras manifestaciones por varios años. Las úlceras genitoanales son más dolorosas, más grandes y más profundas que las lesiones orales. Las ulceraciones en la vulva pueden ser tan profundas que puede conducir a la fenestración y gangrena (18,19).

La vulvitis de Zoon, es una condición inflamatoria caracterizada por placas eritematosas encontradas en mujeres posmenopáusicas que se presenta como parches únicos o múltiples y brillantes, eritematosas con un tono naranja y múltiples puntos purpúricos. Estas lesiones están bien delimitada y, a menudo son bilaterales y simétricas, y tienden a coalescer. Las áreas más frecuentemente afectadas son la cara interna de los labios menores y la mucosa periuretral, aunque también se han publicado lesiones en los labios mayores, clítoris, y la horquilla . Las pacientes a menudo se quejan de prurito, quemazón, dolor y dispareunia. (20,21,22).

El carcinoma de células escamosas (CCE) es el carcinoma mas frecuentes que surgen en la vulva con un incidencia de 1 a 2/100, 000. Comprende un 3% a 5% de todos los tumores malignos ginecológicos y 1% de todos los carcinomas en mujeres. Se han reconocido dos tipos de CCE con sus propias lesiones premalignas. El tipo más frecuente afecta a pacientes de edad avanzada, con el antecedente de liquen escleroso y NIV bien diferenciado (NIVd), lo que lleva a la formación CCE queratinizante bien diferenciado. El segundo tipo se produce en pacientes jóvenes infectadas por el VPH de alto riesgo, especialmente los tipos 16 y 18. El CCE que se observa en estas pacientes es no queratinizante y está precedido por NIV usual (NIVu). El NIVd tiene una presentación clínica que va desde una decoloración gris-blanco con una superficie rugosa o una lesión eritematosa con o sin ulceración, a una placa blanca poco definida. A veces, la lesión y su sintomatología puede ser

enmascarado por el antecedente de liquen escleroso o el liquen plano. El NIVu se divide en tipo verrugoso, previamente descrito como la enfermedad bowenoide y el tipo basaloide que afecta a la población de mayor edad. Ambos patrones asociados con la infección por VPH de alto riesgo, especialmente el VPH tipo 16. La progresión maligna de NIVu se estima en menos de 10% . La clásica presentación clínica consiste en placas blanquecinas a eritematosas, con relieve, bien demarcadas; la ubicación común, en orden de frecuencia son los labios mayores y los labios menores. La participación multifocal se observa en aproximadamente el 40% de los casos y disminuye con la edad de la paciente El síntoma más común es prurito, seguido de dolor, ulceración, y disuria. (23, 24, 25, 26).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo, descriptivo y transversal para determinar si existía correlación entre el diagnóstico clínico con el reporte histopatológico de lesiones vulvares en el servicio de Anatomía Patológica y Colposcopia del hospital de Gineco-obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala". Se autorizó el proyecto en el comité de investigaciones y ética del Hospital de Gineco-obstetricia, con número de registro R-2014-3606-20.

Se recabaron datos del expediente electrónico de dicho hospital los cuales contaron con todos los elementos requeridos para este trabajo y que a continuación se señalan: nombre, edad, inicio de vida sexual activa, parejas sexuales, tabaquismo, gestas, partos, abortos, cesareas, ectopicos, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico definitivo.

Se identificaron pacientes a las que se les realizó biopsia, con reporte histopatológico en el servicio de Patología del Hospital de Ginecología No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social del año 2009 al 2013. Se realizó el vaciado de datos en la hoja de recolección y programa excell. Se agruparon los casos de acuerdo a lesiones histopatológicas y clínicas. Se sacaron porcentajes de los casos registrados y se realizaron tablas de los casos obtenidos.

Análisis estadístico: Se utilizó la estadística descriptiva y los resultados fueron expresados al presentar correlación entre ambos estudios. También se realizó estadística comparativa de la categoría diagnóstico clínico con el estudio histopatológico de la lesión, con tablas de 2x2. Además se calcularon promedios (para las variables como la edad) y porcentajes. Se aplicó herramienta software estadístico (SPSS-20).

Tipo de estudio: Observacional, retrospectivo, comparativo, descriptivo y transversal

RESULTADOS

Se analizaron 1 081 casos de lesiones vulvares durante el período comprendido del año 2009 al 2013, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, los datos se obtuvieron del expediente electrónico del área de Colposcopia, así como del archivo del servicio de Anatomía Patológica. Se incluyeron en el estudio 754 casos los cuales contaban con expediente electrónico completo, así como reporte histopatológico definitivo. El resto de los casos, no contaban con expediente electrónico completo o éste se encontraba inexistente.

La edad media de todas las pacientes analizadas fue de 39, 04 años (rango 15-96 años) (Ver tabla 1); la edad más frecuente dentro de la población de estudio fue de 26-30 años con un porcentaje de 15.7%.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	764	15,00	96,00	39,0445	14,52979
N válido (según lista)	764				

Tabla 1: Edad de la población de estudio.

Dentro de los factores de riesgos reunidos en la captura de datos, asociados con la presencia de lesiones vulvares, se obtuvo que la edad de inicio de vida sexual activa mas frecuente fue en el rango de 16-20 años, con una frecuencia del 479 pacientes y un porcentaje de 62.7%; el número de parejas sexuales tuvo un rango de 0-30, siendo 1 pareja sexual el mas frecuente, con un porcentaje de 34,3% en el grupo analizado y el tabaquismo, de los 764 pacientes, únicamente el 67,4% refirió ser positivo al consumo del mismo (Ver tabla 2).

TABAQUISMO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos AUSENTE	515	67,4	67,4	67,4
PRESENTE	249	32,6	32,6	100,0
Total	764	100,0	100,0	

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje de tabaquismo en pacientes con patología vulvar

Dentro de los diagnósticos asignados en la consulta externa de primera vez en el servicio de Colposcopia, se encuentran patologías tanto benignas como malignas, así como pacientes con ningún diagnóstico, catalogadas como “sanas”, siendo un total de 36 diagnósticos distintos los asignados a las pacientes. De los cuales, el diagnóstico mas frecuente fue el Condiloma vulvar, con un porcentaje de 31.2% (238 pacientes), seguido por la IVPH con un 26% (199 pacientes). Dentro de la patología maligna, se encontró solo 1 caso de cáncer vulvar (0.1%), 3 de displasia

vulvar leve (0.4%), 1 caso de metástasis de colón, 7 de tumores malignos(0.9 %). Se englobaron 147 casos de lesiones precancerosas de NIVU, en los que se incluían del tipo 1 al 3, que correspondían a un 19.2%. Únicamente se reportan 16 pacientes sanas con un 2.1% de la población (Ver tabla 3).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Condiloma vulvar	238	31.2	31.2
IVPH	199	26	26
NIVU	147	19.2	19.2
Verruga vulvar	24	3.1	3.1
Molusco contagioso	22	2.9	2.9
Atrofia vulvar	21	2.7	2.7
Liquen escleroso	19	2.5	2.5
Sana	16	2.1	2.1
Tumor vulvar	14	1.8	1.8
Tumor maligno de vulva	7	0.9	0.9
Papilomatosis vulvar	7	0.9	0.9
Quiste vulvar	6	0.8	0.8
Nevo	4	0.5	0.5
Vulvovaginitis	3	0.4	0.4
Lipoma vulvar	3	0.4	0.4
Fibroepitelioma	3	0.4	0.4
Distrofia vulvar	3	0.4	0.4
Displasia vulvar leve	3	0.4	0.4
Vulvitis	2	0.3	0.3
Pólipo vulvar	2	0.3	0.3
Lentigo vulvar	2	0.3	0.3
Hiperqueratosis vulvar	2	0.3	0.3
Herpes genital	2	0.3	0.3
Granuloma vulvar	2	0.3	0.3
Dermatitis de contacto	2	0.3	0.3
Tumor de Buschke Lowenstein	1	0.1	0.1
Psoriasis	1	0.1	0.1
Prurito vulvar crónico	1	0.1	0.1
Micosis	1	0.1	0.1
Metástasis	1	0.1	0.1
Melanosis	1	0.1	0.1
Hiperplasia micropapilar	1	0.1	0.1
Hidrosadenitis	1	0.1	0.1
Furunculosis	1	0.1	0.1
Ca Vulvar	1	0.1	0.1
Acantosis	1	0.1	0.1
Total	764	100	100

Tabla 3: Diagnóstico clínico.

Se encontraron 36 diagnósticos histopatológicos distintos en el banco de datos recabado. El diagnóstico histopatológico mas frecuente fue la Inflamación crónica inespecífica con un total de 262 (34.3%), seguido del condiloma acuminada con 126 casos (16.5%). El IVPH se incluyo como un diagnóstico distinto, tanto clínica como histopatológicamente, observándose que no guardaba relación con el diagnóstico clínico en cuanto al número de casos presentados, refiriéndose en el reporte histopatológico únicamente en 98 (12.8%) pacientes como IVPH. El tipo de NIVU mas frecuente fue el tipo 1 con 46 casos (6%), el tipo 2 y tipo 3 se encontró en 1.6%. Se reportaron 5 casos como carcinoma epidermoide (0.7%), 2 de carcinoma escamoso invasor (0.3%), 2 de melanoma (0.3%) y 1 de adenocarcinoma de células claras invasor (0.1%), observándose que tampoco hubo correlación con el número de casos clínicos, ya que solo se sospecho en un caso de Ca vulvar. De las 16 pacientes que se reportaban como sanas en el diagnóstico clínico, únicamente 9 (1.2%) no presentaron alteraciones histológicas. (Ver tabla 4).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Inflamación crónica inespecífica	262	34.3	34.3	34.3
Condiloma acuminado	126	16.5	16.5	50.8
IVPH	98	12.8	12.8	63.6
NIVU 1	46	6	6	69.6
Papiloma escamosos	40	5.2	5.2	74.9
Liquen simple crónico	24	3.1	3.1	78
Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa	16	2.1	2.1	80.1
Molusco contagioso	16	2.1	2.1	82.2
NIVU 2	12	1.6	1.6	83.8
NIVU 3	12	1.6	1.6	85.3
Pólipo fibroepitelial	12	1.6	1.6	86.9
Quiste epidérmico de inclusión	12	1.6	1.6	88.5
Acantosis	10	1.3	1.3	89.8
Condiloma plano	10	1.3	1.3	91.1
Sin alteraciones histológicas	9	1.2	1.2	92.3
Liquen escleroso	7	0.9	0.9	93.2
Nevo intradérmico	6	0.8	0.8	94
Papilas vestibulares	6	0.8	0.8	94.8
Queratosis seborreica	6	0.8	0.8	95.5
Carcinoma epidermoide	5	0.7	0.7	96.2
Fibroma	5	0.7	0.7	96.9
Insuficiente para diagnóstico	5	0.7	0.7	97.5
Hidradenoma apócrino	3	0.4	0.4	97.9
Carcinoma escamoso invasor	2	0.3	0.3	98.2

Hiperplasia sebácea	2	0.3	0.3	98.4
Melanoma	2	0.3	0.3	98.7
Adenocarcinoma de células claras invasor	1	0.1	0.1	98.8
Angioqueratoma de Fordyce	1	0.1	0.1	99
Dermatitis Psoriasiforme	1	0.1	0.1	99.1
Herpes	1	0.1	0.1	99.2
Lentigo simple	1	0.1	0.1	99.3
Melanosis	1	0.1	0.1	99.5
Pénfigo vulvar	1	0.1	0.1	99.6
Psoriasis	1	0.1	0.1	99.7
Siringoma	1	0.1	0.1	99.9
Trombo sanguíneo	1	0.1	0.1	100
Total	764	100	100	

Tabla 4: Diagnóstico histopatológico

Se realizaron tablas de contingencia para ver la significancia estadística, observándose como resultado una $p < 0.05$ para la relación clínica y patológica de las lesiones vulvares (Ver tabla 5).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica ...
Chi-cuadrado de Pearson	5235,984 ^a	1260	,000
Razón de verosimilitudes	907,983	1260	1,000
N de casos válidos	764		

Tabla 5: tabla de contingencia entre la relación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico.

De igual manera, realizándose tablas de contingencia para conocer la significancia estadística entre el diagnóstico clínico con la edad, el inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales y el tabaquismo, se observó que únicamente se obtuvo una p significativa con la edad, siendo < 0.05 (Ver tabla 6) (0.13 para la edad de inicio de vida sexual activa, de 1 para el número de parejas sexuales y de 0.48 para el tabaquismo).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica ...
Chi-cuadrado de Pearson	709,781^a	396	,000
Razón de verosimilitudes	476,969	396	,003
N de casos válidos	764		

Tabla 6: Tabla de contingencia entre la relación del diagnóstico clínico con la edad de la paciente.

Las tablas de contingencia para conocer la significancia estadística entre el diagnóstico histopatológico con la edad, el inicio de vida sexual activa, el número de parejas sexuales y el tabaquismo, mostraron las mismas características que las tablas de contingencia del diagnóstico clínico, con *p* significativa en relación a la edad y el resto no guardo significancia en el estudio. (Ver tabla 7).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica ...
Chi-cuadrado de Pearson	567,240^a	385	,000
Razón de verosimilitudes	405,701	385	,225
N de casos válidos	764		

Tabla 7: Tabla de contingencia entre la relación del diagnóstico histopatológico con la edad de la paciente.

DISCUSIÓN

Los trastornos cutáneos vulvares representan un amplio espectro de enfermedades comúnmente encontradas por el dermatólogo , ginecólogo, médico de familia , y otros médicos . El tratamiento de las mujeres con afecciones vulvares benignas crónicas ha sido uno de los aspectos más difíciles y desafiantes de cuidado de la salud de las mujeres durante mucho tiempo

En la vulva pueden encontrarse un gran espectro de lesiones benignas, premalignas o malignas; la manera mas útil de generar un diagnostico diferencial de éstas es a través de los hallazgos morfológicos mas que por la sintomatología generada. Dentro de las características a evaluar, se encuentran la morfología de la lesión, el tamaño, la forma, número, color, consistencia, presencia de cambios secundarios y los síntomas relacionados (5). Sin embargo, el diagnóstico clínico de las lesiones vulvares puede complicarse por falta de consensos para llegar al mismo, dada la gran variabilidad que existe entre las terminologías.

En respuesta a la complejidad de los trastornos vulvares, se creo la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD) para facilitar el intercambio diagnóstico entre los clínicos y los patólogos que participan en el cuidado de estos pacientes (1). A menudo, el "diagnóstico" en el resultado de la biopsia no es el nombre de una enfermedad, sino más bien una descripción de los hallazgos microscópicos que para el clínico, ésta es a veces inútil. La clasificación ISVDD 2006 se basa en gran medida de la morfología histológica. Entre las diversas especialidades y diversos idiomas , la nomenclatura de la morfología histológica es apreciablemente más estandarizada que la de la morfología clínica. Se decidieron por este enfoque en la medida en que hay una uniformidad en todo el mundo sorprendente de la terminología utilizada en la patología.

Con estas consideraciones, el comité deriva una clasificación basada en patrones histológicos, pero que incluía una lista de los diagnósticos más probables a tener en cuenta para cada patrón. Debido a que el número de patrones histológicos y sus enfermedades asociadas es bastante grande, el comité, en aras de la practicidad, ha elegido patrones y diagnósticos de los trastornos vulvares más comunes e importantes.

Esta clasificación histológica de los trastornos inflamatorios y premalignas, permite la generación de un diagnóstico diferencial basado en los hallazgos microscópicos. Esto puede ser extremadamente útil cuando se correlaciona con el diagnóstico clínico. La ISSVD también ha propuesto una clasificación histológica, clínicamente relevante para la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) (2).

Muchas veces es difícil llegar al diagnóstico únicamente con la clínica, basándose en la morfología de las lesiones; la verdadera necesidad de una clasificación surge sólo cuando ni el patólogo ni el clínico puede estar seguro del diagnóstico correcto, lo que hace conveniente la toma de una biopsia, que puede brindar la información necesaria en base a los hallazgos histológicos y de esta manera poder catalogar la enfermedad.

En esta configuración, el patólogo describe los hallazgos microscópicos y el patrón histológico e indica una necesidad para el clínico para utilizar la correlación clínico-patológica, para llegar al diagnóstico más probable (2).

El tratamiento de las mujeres con las dermatosis vulvares crónicas ha sido uno de los aspectos más difíciles y desafiantes de cuidado de la salud de las mujeres durante mucho tiempo. Este estudio preliminar muestra que la clasificación de las enfermedades vulvares ISSVD no neoplásicas y no infecciosas 2006 es más útil que la clasificación de 1987 en términos de abordar el diagnóstico específico de las dermatosis.

CONCLUSIONES

- Existe correlación con el diagnóstico clínico reportado por el servicio de Colposcopia, con los diagnósticos histopatológicos del servicio de Anatomía Patológica.
- A pesar de la significancia estadística de la relación clínico-patológica, en caso de duda diagnóstica, es necesario de acuerdo a la literatura internacional, el envío al servicio de patología de una muestra biopsiada para un diagnóstico mas preciso.
- Se observo que la edad es un factor de riesgo importante para que se presente lesiones vulvares. No se especifica por grupo de edad, cuál es el riesgo de presentar alguno de las lesiones.
- En el estudio no se observo que exista relación significativa entre las pacientes expuestas al tabaquismo con las lesiones vulvares. El objetivo del estudio no era la búsqueda de dicha relación y la tabla de contingencia resultante se genero entre los distintos tipos de lesiones y no específicamente con aquellas que guardan relación mas estrecha con el habito tabáquico.

ANEXO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **13/03/2014**

DR. VICTOR ALBERTO OLGUIN CRUCES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CORRELACIÓN CLINICO-PATOLÓGICA DE LESIONES VULVARES

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3606-20

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR ARTURO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Maria Angelica Selim, Mai P. Hoang. A Histologic Review of Vulvar Inflammatory Dermatoses and Intraepithelial Neoplasm. *Dermatol Clin* 28 (2010) 649–667.
2. Lynch PJ. 2006 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease classification of vulvar dermatoses: a synopsis. *J Low Genit Tract Dis* 2007; 11(1): 12.
3. Turner ML, Marinoff SC. General principles in the diagnosis and treatment of vulvar diseases. *Dermatol Clin* 1992; 10:275.
4. Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. *J Reprod Med* 2002; 47:854–60.
5. Bornstein J, Pascal B, Abramovici H. The common problema of vulvar pruritus. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48.
6. Marren P, Wojnarowska F. Dermatitis of the vulva. *Semin Dermatol* 1996;15 (1):36-41.
7. Pincus SH. Vulvar dermatoses and pruritus vulvae. *Dermatol Clin* 1992; 10(2):297-308.
8. Virgili A, Bacilieri S, Corazza M. Managing vulvar lichen simplex chronicus. *J Reprod Med* 2001; 46(4):343-6.
9. Farber EM, Nall L. Genital psoriasis. *Cutis* 1992; 50(4):263-6.
10. Edwards L, Hansen RC. Reiter's syndrome of the vulva: the psoriasis spectrum. *Arch Dermatol* 1992; 128(6):811-4.
11. Smith YR, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosus: pathophysiology and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2004; 5 (2):105-25.
12. Lewis FM. Vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1998; 138(4):569-75.
13. Kirtschig G, Wakelin SH, Wojnarowska F. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19 (3):30.
14. Marren P, Wojnarowska F, Venning VA, et al. Vulvar involvement in the autoimmune bullous diseases. *J Reprod Med* 1993;38 (2):101-7.
15. Urano S. Localized bullous pemphigoid of the vulva. *J Dermatol* 1996;23 (8):580-2.
16. Wong T-Y, Mihm MC Jr. Acantholytic dermatosis localized to genitalia and crural areas of male patients: a report of three cases. *J Cutan Pathol* 1994;21(1):27.
17. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, et al. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 125(5):1508-30.
18. Haidopoulos D, Rodolakis A, Stefanidis K, et al. Behc, et's disease: part of the differential diagnosis of the ulcerative vulva. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29 (3):219-21.
19. Jorizzo JL, Abernethy JL, White WL, et al. Mucocutaneous criteria for the diagnosis of Behc, et's disease: an analysis of clinicopathologic data from multiple international centers. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32(6):968-76.
20. McCreedy CA, Melski JW. Vulvar erythema. Vulvitis chronica plasmacellularis (Zoon's vulvitis). *Arch Dermatol* 1990; 126 (10): 1352-3.

21. Yoganathan S, Bohl TG, Mason G. Plasma cell balanitis and vulvitis (of Zoon). A study of 10 cases. *J Reprod Med* 1994; 39 (12):939-44.
22. Li Q, Leopold K, Carlson JA. Chronic vulvar purpura: persistent pigmented purpuric dermatitis (lichen aureus) of the vulva or plasma cell (Zoon's) vulvitis? *J Cutan Pathol* 2003; 30 (9):572-6.
23. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med* 2005; 50 (11): 807-10.
24. Yang B, Hart WR. Vulvar intraepithelial neoplasia of the simplex (differentiated) type: a clinicopathologic study including analysis of HPV and p53 expression. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(3): 429-41.
25. Scurry J, Wilkinson EJ. Review of terminology of precursors of vulvar squamous cell carcinoma. *J Low Genit Tract Dis* 2006; 10(3):161-9.
26. McNally OM, Mulvany NJ, Pagano R, et al. VIN 3: a clinicopathologic review. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12(5): 490-5.