



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Educación e Investigación en Salud
UMAE Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional “La Raza”

**“EVALUACIÓN DE PAPANICOLAOU DE CERVIX EN
PACIENTES CON PENFIGO VULGAR Y PENFIGO
SEBORREICO”**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

DERMATOLOGÍA

PRESENTA

DRA. ANA IVVET QUINTOS RAMÍREZ



ASESOR DE TESIS
DRA. NANCY PULIDO DÍAZ

MEXICO D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Jesús Arenas Osuna.

Jefe de División de Educación en Salud

Dra. María Magdalena López Ibarra.

Titular del Curso de Dermatología

Dra. Ana Ivvet Quintos Ramírez

Residente del Tercer Año de Dermatología

No. Registro Definitivo: R-2013-3501-54

ÍNDICE.

ÍNDICE	.....	3
TÍTULO	.....	4
RESUMEN	.....	5
ABSTRACT	.....	6
ANTECEDENTES	.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS	.....	11
RESULTADOS	.....	13
DISCUSIÓN	.....	15
CONCLUSIONES	.....	17
BIBLIOGRAFÍA	.....	18
ANEXOS	.....	19

TÍTULO:

**"EVALUACIÓN DE PAPANICOLAOU DE CERVIX EN PACIENTES CON
PENFIGO VULGAR Y PENFIGO SEBORREICO"**

RESUMEN

Título. Evaluación de Papanicolaou de cérvix en pacientes con pénfigo vulgar y pénfigo seborreico.

Material y Métodos. Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Realizado en el periodo comprendido entre marzo y mayo del año 2013. Se incluyeron pacientes de sexo femenino de la clínica de enfermedades ampollasas con diagnóstico clínico e histopatológico de pénfigo vulgar o pénfigo seborreico. Las cuales fueron referidas al Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 para la realización de Papanicolaou cervical. Un patólogo interpreto el Papanicolaou cervical usando el sistema Bethesda (2001). Se recabaron variables demográficas, clínicas y el resultado del Papanicolaou cervical. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados. Para comparar las variables se utilizó la prueba t de Student para variables cuantitativas y X^2 para variables cualitativas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados. Se incluyeron 31 mujeres, 11 mujeres (35.48%) presentaron erosiones o úlceras en región genital, de estas 10 padecían pénfigo vulgar y 1 mujer pénfigo seborreico. La erosión fue el hallazgo genital más frecuente (80%). No se encontraron diferencias en las variables entre los sujetos con reporte de papanicolaou de cérvix normal y aquellos con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

Conclusiones. En mujeres con pénfigo vulgar y pénfigo seborreico es frecuente la afectación de la región genital. La proporción de mujeres con pénfigo vulgar y pénfigo seborreico con resultado de Papanicolaou de cérvix normal fue mayor que la reportada en estudios previos.

Palabras clave: Pénfigo vulgar, pénfigo seborreico, Papanicolaou, citología cervical, mucosa vaginal.

ABSTRACT

Title. Evaluation of cervical papanicolaou in patients with pemphigus vulgaris and seborrheic pemphigus.

Material and Methods. A descriptive, observational, prospective and cross sectional study. Made by the Department of Dermatology, Centro Médico Nacional “La Raza”. It included female patients from the bullous diseases clinic, with clinical and histopathological diagnosis of pemphigus vulgaris or pemphigus seborrheic, they were referred to the Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 in order to perform cervical Papanicolaou. The Papanicolaou was interpreted by a pathologist according to the Bethesda system (2001). Demographic, clinical and the result of cervical papanicolaou were collected. A descriptive analysis of the collected data was performed. T student test was used in order to compare quantitative variables and X^2 for qualitative variables. We considered a p-value <0.05 as statistically significant.

Results. 31 women were included, 11 (35.48%) of them had erosions or ulcers in the genital area. The most frequent genital finding was the erosion (80%). No differences were seen in the variables between subjects with cervical Papanicolaou report normally and those with low-grade squamous intraepithelial lesion.

Conclusions. In women with pemphigus vulgaris and seborrheic pemphigus involvement is common genital tract. The proportion of women with pemphigus vulgaris and seborrheic pemphigus with regular cervical smear report was higher than that reported in previous studies.

Keywords: Pemphigus vulgaris, seborrheic pemphigus, Papanicolaou, cervical cytology, vaginal mucosa.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.

El término pénfigo proviene del griego pemphix que significa ampolla o burbuja, engloba un conjunto de enfermedades ampollosas crónicas de origen autoinmunitario¹ que se caracteriza por la presencia de ampollas flácidas en la piel y/o mucosas.

Puede presentarse a cualquier edad (pico 50-60 años). Existen 5 tipos de pénfigo: pénfigo vulgar, pénfigo vegetante, pénfigo foliáceo, pénfigo IgA y pénfigo paraneoplásico. Las dos formas más frecuentes son el pénfigo vulgar y el pénfigo foliáceo.²

La incidencia del pénfigo es de 0.75-5 casos por millón de habitantes por año. En Europa y Estados Unidos el pénfigo vulgar es la forma más común, mientras que en África el pénfigo foliáceo es la forma más frecuente.³ Existen dos formas de pénfigo foliáceo la forma esporádica o pénfigo eritematoso o pénfigo seborreico y la endémica también llamada fogo selvagem esta última es frecuentemente diagnosticada en Brasil.

Etiopatogenia. La genética juega un papel esencial, el HLA DR4, DR14, DQ1 y DQ3 son los genes más frecuentemente asociados a la mayoría de las formas de pénfigo, mientras que el gen HLA-DR1 es más encontrado en la forma endémica del pénfigo foliáceo. Los factores genéticos tal vez determinen la susceptibilidad a la enfermedad, sin embargo la expresión de la misma ocurre cuando los individuos predispuestos son expuestos a agentes inductores como drogas (penicilina, pirazolonas y sus derivados, interferón), agentes físicos (quemaduras, radiación ionizante), virus (familia de herpes virus), hormonas (embarazo, enfermedad de Graves), alimentos (ajo, poro) o estrés emocional. En la mayoría de los pacientes, no se detectan agentes desencadenantes, así que la causa por la cual se produce anticuerpos IgG aún es desconocida⁴, los antígenos específicos para el pénfigo vulgar son los anticuerpos contra la desmogleína 3 y menos a menudo contra desmogleína 1, mientras que en el pénfigo foliáceo la mayoría de los anticuerpos

van dirigidos contra la desmogleina 1³, condicionado acantolisis de los queratinocitos.

Manifestaciones clínicas. El pénfigo vulgar afecta principalmente la mucosa oral, aunque también puede afectar la conjuntiva, nariz y los genitales. Clínicamente se caracteriza por la aparición de vesículas flácidas que al romperse dejan erosiones dolorosas de forma y tamaño irregular con bordes poco definidos, cubiertas por costras hemorrágicas. Las lesiones cutáneas del pénfigo vulgar por lo general aparecen en el tronco, piel cabelluda y pliegues, aunque pueden llegar a aparecer en cualquier parte del cuerpo, se manifiesta como ampollas flácidas de contenido claro, hemorrágico o seropurulento sobre una base eritematosa y al romperse dejan erosiones dolorosas que tienden a curar sin dejar cicatriz, pero dejan hiperpigmentación postinflamatoria.¹

En el pénfigo seborreico las lesiones se presentan en las capas más superficiales de la piel manifestándose por erosiones y costras más que ampollas. Las lesiones iniciales son múltiples placas eritemato escamosas y erosiones pruriginosas localizadas en cara, piel cabelluda y dorso. La escama puede ser removida fácilmente dejando erosiones. En casos severos las placas confluyen semejando una eritrodermia exfoliativa afectado por completo la superficie cutánea.

Las lesiones orales que son comunes en el pénfigo vulgar, no se presentan en el pénfigo foliáceo, la boca expresa altas concentraciones del antígeno asociado al pénfigo vulgar (desmogleina 3) y bajas concentraciones del antígeno que se asocia al pénfigo foliáceo (desmogleina 1), la expresión de ambos antígenos es alta en la cara, piel cabelluda y porción superior del tronco, esto explica la topografía característica de ambos padecimientos.³

La frecuencia de afectación vulvo-cervico-vaginal en mujeres con pénfigo apenas ha sido reportada^{5,6,7} y hasta el momento no existe evidencia de afectación vulvo-cervico-genital en el pénfigo seborreico.⁸ Fairbanks et al realizaron un estudio de mayo del 2009 a febrero 2012 en Sao Paulo Brasil, en el que evaluaron a 41 pacientes con pénfigo vulgar y 15 pacientes con pénfigo foliáceo, concluyendo que

el pénfigo vulgar afecta el tracto genital femenino a pesar de los escasos reportes que existen en la literatura, en su estudio 9 de 41 pacientes (22%) con pénfigo vulgar presentaron afectación genital (17% presentaron lesiones en vulva y 5% lesiones en cérvix). En pacientes con pénfigo foliáceo tradicionalmente las lesiones se han restringido a la piel, en este estudio se encontró que 4 de 15 pacientes con pénfigo foliáceo (27%) presentaban afectación vulvar. En cuanto a los hallazgos del Papanicolaou 8 de 41 pacientes fue normal, 27 con cambios inflamatorios, 5 con células escamosas atípicas sin determinar el significado y 1 con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. En el Papanicolaou en pacientes con pénfigo foliáceo se encontró normal en 3 pacientes, cambios inflamatorios en 11 y células escamosas atípicas sin determinar su significado en 1. Los Papanicolaous reportados como lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y células escamosas atípicas sin determinar el significado fueron evaluados por un dermatopatologo concluyéndose que se trata de células acantolíticas.⁸

Las lesiones de pénfigo vulgar que afectan la región vulvo-cervico-vaginal son clínicamente relevantes y tal vez son infradiagnosticadas debido frecuentemente a que las células acantolíticas son confundidas con malignidad.⁸ La citología de los frotis cervicales es similar a la de los raspados de las vesículas orales, típicamente se muestra hiper celularidad, con muchas células individuales “hojas sueltas”, el fondo puede ser sanguíneo, los datos tumorales están ausentes, las células parabasales tienen un ratio N/C alto, el núcleo tiene una superficie lisa y una membrana nuclear delgada, la cromatina es muy fina o uniformemente granular o incluso vesicular y transparente, en contraste con la cromatina hiper cromática y gruesa de las células malignas.⁹

En la literatura existen algunos casos reportados de citología cervical en pacientes con pénfigo reportándose los siguientes hallazgos: Se encontró cáncer genital en 3 pacientes con pénfigo vulgar con lesiones en cérvix, 2 casos de carcinoma de células escamosas micro invasivo, 1 caso de carcinoma endometrial.⁹

Por lo antes mencionado debe hacerse Papanicolaou en los pacientes con pénfigo, así como un estudio cuidadoso de la citología para no pasar por alto

células malignas en los frotis hipercelulares o para no confundir la exfoliación unicelular atípica del pénfigo cervical con malignidad.

El diagnóstico del pénfigo vulgar y del pénfigo foliáceo debe realizarse por: Hallazgos clínicos, biopsia de la lesión y piel perilesional, inmunofluorescencia directa, inmunofluorescencia indirecta.^{10,11}

El tratamiento del pénfigo consta de una terapia convencional con esteroides sistémico (recomendación A nivel de evidencia II) dosis altas de hasta 70-90 mg/día, si el paciente no responde a dosis de 120 mg/día o más de prednisona, se deben utilizar otras opciones de tratamiento como plasmaferesis o inmunoglobulina. Los pulsos de metilprednisolona 1 gr por día por 5 días son otra opción terapéutica. Y una terapia adyuvante con drogas inmunosupresoras (ciclofosfamida, ciclosporina, azatioprina, metotrexato o ácido micofenólico), drogas antiinflamatorias (oro, dapsona y antimaláricos), antibióticos (tetraciclinas y miociclina).³

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, en el departamento de Dermatología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Se incluyeron pacientes pertenecientes a la clínica de enfermedades ampollas, con diagnóstico clínico e histopatológico de pénfigo vulgar o pénfigo seborreico, mayores de 18 años de edad, del sexo femenino, que aceptaron participar en este protocolo de investigación, que hayan firmado consentimiento informado y que sean derechohabientes del IMSS. Se excluyeron los pacientes que se negaron a participar en el estudio y pacientes núbiles. Las pacientes incluidas fueron enviadas al hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 Centro Médico Nacional La Raza para la realización de Papanicolaou.

Los frotis de Papanicolaou fueron evaluados por un patólogo del Hospital de Ginecología y Obstetricia N°3 fueron reportados de acuerdo al sistema Bethesda (2001). Aquellos estudios con reporte de:

- Células escamosas atípicas (ASC) comprendiendo:
 - Significado indeterminado (ASC-US)
 - No puede excluirse H-SIL (ASC-H)
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) comprendiendo:
 - Displasia moderada, severa y CIS/NIC 2 y 3.
 - Con características sugestivas de invasión.

Fueron enviados con un dermatopatólogo para evaluación de los mismos.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados. Las variables numéricas se expresaron como promedio y error estándar de la media, mientras que las variables categóricas fueron expresadas con frecuencias absolutas (número) y relativas (porcentaje).

Se calculó la proporción de mujeres con citología cervical anormal con Intervalos de Confianza al 95%.

Para comparar las variables en las mujeres con citología anormal con aquellas con resultado normal, se utilizó la prueba t de Student para variables numéricas y X^2 para variables categóricas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se invitaron a participar a 33 mujeres con pénfigo vulgar y seborreico atendidas en el servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, de las cuales 2 (6.06%) fueron excluidas por ser núbiles.

Las 31 mujeres incluidas en el estudio tuvieron una edad promedio de 54.2 ± 1.3 años, iniciaron su vida sexual a los 21.1 ± 1.0 años y presentaron 1.5 ± 0.2 parejas en promedio. La proporción de mujeres con consumo de alcohol y tabaco fue de 9.68% y 6.45% respectivamente.

El 87.1% de las participantes refirieron haberse realizado una citología alguna vez en su vida, con un tiempo desde la última de 4.7 ± 1.4 años. Ninguna reportó hallazgos sospechosos de malignidad en dicho estudio. El 48.39% presentaron actividad del pénfigo (Tabla 1).

El tipo de pénfigo más frecuente fue el vulgar (93.55%), mientras que el seborreico se encontró en 6.45% de las participantes (Tabla 2).

El 45.16% de las mujeres refirieron presentar comorbilidades asociadas: las más frecuentes fueron la diabetes e hipertensión (22.58%). (Tabla 3, Tabla 4)

Todas recibían tratamiento con prednisona y en el 16.13% de los casos también recibieron azatioprina (Tabla 3).

11 (35.48%) mujeres presentaron afectación genital, de estas 10 padecían pénfigo vulgar y 1 mujer pénfigo seborreico. La erosión fue el hallazgo genital más frecuente (80%) (Tabla 5).

El 90.32% de las participantes presentaron una citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad. La proporción de mujeres con resultado de citología con lesión escamosa de bajo grado (L-SIL) fue de 9.68% (IC95%, 3.35% a 24.9%), que correspondió de la misma forma a la presencia del VPH. Ninguna presentó

resultado de cáncer (Tabla 6, tabla 7), por lo que no amerito la realización de colposcopia y biopsia de cérvix.

No se encontraron diferencias entre las diferentes variables y la presencia de la citología cervical anormal. (Tabla 8).

DISCUSIÓN

El pénfigo vulgar se caracteriza por lesiones ampollosas que afectan la piel y las mucosas, en la mayoría de los pacientes con pénfigo vulgar la cavidad oral es la principal mucosa afectada, sin embargo, otras mucosas también son afectadas durante el transcurso de la enfermedad ^{1,8}. En nuestro estudio 10 de 29 pacientes (34.43%) con pénfigo vulgar presentaron afectación de la mucosa genital, manifestado por erosiones en la vulva en 8 de 10 pacientes (80%) y erosiones en el cervix en 2 de 10 pacientes (20%).

Fairbanks et al. en su estudio realizado en Sao Paulo Brasil encontró que 9 de 41 pacientes (22%) con pénfigo vulgar presentaron afectación de la mucosa genital, al igual que en nuestro estudio la mucosa de la vulva fue el sitio más afectado en el 17% de los casos, seguido por el cervix en el 5% de los casos⁸. Akhyani et al estudio a 77 pacientes con pénfigo vulgar, de estas 39 pacientes (51%) presentaron afectación genital, sin embargo a diferencia de nuestro estudio Akhyani et al encontraron afectación de la vulva en el 51% de las pacientes, seguido de lesiones en vagina 18% y cervix 8% de los casos⁵.

Malik y Ahmed en su estudio realizado en Boston reportaron que de 34 pacientes 12 (35.29%) presentaron afectación de mucosa genital, al igual que en los estudios mencionados anteriormente, la mucosa vulvar fue la más afectada en 21 pacientes (62%), vulva y vagina en 10 pacientes (29%) y vagina en 3 pacientes (9%)⁷.

Por otra parte, tradicionalmente se ha hecho mención en la literatura que el pénfigo seborreico no afecta mucosas, sin embargo recientemente fue publicado por Fairbanks et al. que pacientes con pénfigo seborreico presentan erosiones en región vulvar y que en el frotis cervical es posible encontrar cambios inflamatorios o células escamosas atípicas con significado no determinado, sin embargo en nuestro medio raramente se practica Papanicolaou de cervix a este grupo de pacientes. De acuerdo a los hallazgos de Fairbanks et al. 4 de 15 pacientes con pénfigo seborreico (27%) presentaron erosiones en región vulvar. Nuestro estudio

incluía a 2 pacientes con pénfigo seborreico, 1 paciente (50%) presento erosiones en región vulvar.

En algunas ocasiones las células acantolíticas en el frotis cervical de pacientes con pénfigo puede malinterpretarse como displasia, hay algunos reportes en la literatura en la que papanicolaous cervicales anormales han llevado a la realización de hysterectomías innecesarias⁸. Los patólogos generalmente engloban a la acantolisis dentro del grupo de células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US) de la clasificación de Bethesda y por lo tanto las pacientes son vigiladas estrechamente por el ginecólogo, considerando que pudiera progresar a displasia o inclusive a carcinoma cervico uterino.

En nuestro estudio, ninguno de los papanicolaous cervicales de pacientes con pénfigo vulgar o seborreico fueron reportados como células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) esto difiere de lo referido por Fairbanks et al. en el que 6 de 56 pacientes con pénfigo (10.71%) (5 con pénfigo vulgar y 1 con pénfigo seborreico) fueron clasificados como ASC-US, estas citologías fueron enviadas a un segundo patólogo concluyéndose que los hallazgos citológicos eran compatibles a acantolisis⁸.

Fairbanks et al también reporta en su estudio que en 8 de 41 pacientes con pénfigo vulgar el papanicolaou cervical fue negativo para lesión intraepitelial o malignidad, 1 de 41 pacientes presento lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L. SIL) y 27 de 41 pacientes presentaron cambios inflamatorios. Esto difiere considerablemente de los hallazgos de nuestro estudio, en el que se encontró que en 3 de 31 pacientes con pénfigo (9.68%) el papanicolaou de cervix fue clasificado como lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L.SIL) con infección por VPH, sin embargo no se encontró alguna característica de la muestra, que fuera estadísticamente significativa para explicar este hallazgo, y en 28 de 31 pacientes de pénfigo el papanicolaou cervical fue negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

CONCLUSIÓN

Con los resultados obtenidos en este estudio podemos concluir lo siguiente:

1. La frecuencia de erosiones o úlceras en región genital en mujeres con pénfigo vulgar fue del 34.43%, la cual fue similar a lo reportado previamente en la literatura.
2. Con respecto al pénfigo seborreico la frecuencia de erosiones o úlceras fue del 50%, la cual es mayor a lo reportado en la literatura.
3. Los sitios más afectados son: en primer lugar la vulva y en segundo lugar el cérvix.
4. La proporción de mujeres con pénfigo vulgar y pénfigo seborreico con resultado de Papanicolaou de cérvix normal fue del 90.32%, lo cual es mayor a lo reportado en estudios previos.
5. No se encontraron diferencias significativas en las variables entre los sujetos con reporte de papanicolaou de cérvix normal y aquellos con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Castellanos A, Gutiérrez E. Pénfigo Vulgar. *Dermatol Rev Mex* 2011;55:73-83.
2. Jessop S, Khumalo N. Pemphigus A Treatment Update. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9: 147-154.
3. Bystryn J, Rudolph J. Pemphigus. *Lancet* 2005; 366: 61–73
4. Baroni A, Lanza A, Cirillo N, Brunetti G, Rouco E, Ruocco V. Vesicular and Bullous Disorders: Pemphigus. *Dermatol Clin* 2007; 25: 597–603.
5. Akhyani M, Chams-Davatchi C, Naraghi Z, Daneshpazhooh M, Toosi S, Asgari M, et al. Cervicovaginal involvement in pemphigus vulgaris: a clinical study of 77 cases. *Br J Dermatol* 2008; 158:478-82.
6. Batta K, Munday PE, Tatnall FM. Pemphigus vulgaris localized to the vagina presenting as chronic vaginal discharge. *Br J Dermatol* 1999; 140:945-7.
7. Malik M, Ahmed AR. Involvement of the female genital tract in pemphigus vulgaris. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1005-12.
8. Fairbanks N, Aguiar L, Maruta C, Aoki V, Sotto M, Labinas G, et al. Vulvo-cervico-vaginal manifestations and evaluation of Papanicolaou smears in pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67:409-16.
9. Wright C, Pipingas A, Grayson W, Leiman G. Pemphigus Vulgaris of the Uterine Cervix Revisited: Case Report and Review of the Literature. *Diagn. Cytopathol.* 2000; 22:304 –307.
10. Tirado Sanchez A., Leon Dorantes G. Tratamiento de pemphigus vulgaris. An overview in Mexico. *Allergol et Inmunopathol* 2006; 34: 10-6
11. Ceballos E, Carazo A, Caballero L, Peralto J. Dermatopatología: Correlación clínico-patológica. Ed Área Científica Menarini, España 2007. 435-440 pp.

ANEXOS

Tabla 1. Características clínicas de los sujetos de estudio.

Características	n=31
Sexo femenino	31 (100.0)
Edad, años	54.2 ± 1.3
Edad de inicio de vida sexual	21.1 ± 1.0
Número de parejas sexuales	1.5 ± 0.2
Número de partos	3.1 ± 0.5
Número de cesáreas	0.6 ± 0.2
Número de abortos	0.8 ± 0.2
Consumo de tabaco	
Si	3 (9.68)
No	28 (90.32)
Consumo de alcohol	
Si	2 (6.45)
No	29 (93.55)
Realización de citología alguna vez en la vida	
Si	26 (83.87)
No	5 (16.13)
Resultados de la última citología	
Normal ó negativo a malignidad	17 (65.38)
Infección	1 (3.80)
Desconocido	4 (15.38)
Sin resultado	4 (15.38)
Tiempo de la última citología, años	4.7 ± 1.4
Actividad del pénfigo	
Pénfigo activo	15(48.39)
Pénfigo inactivo	16(51.61)

Los datos se presentan como número (%) ó promedio ± error estándar.

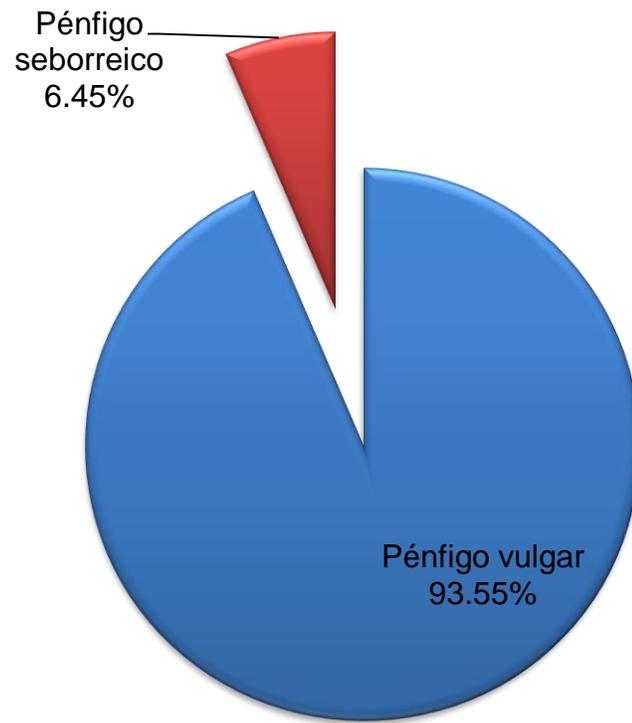


Tabla 2. Tipo de pénfigo en las participantes del estudio.

Tabla 3. Características clínicas de los sujetos de estudio (continuación).

Características	n=31
Tipo de pénfigo	
Seborreico	2 (6.45)
Vulgar	29 (93.55)
Presencia de comorbilidades	
Si	14 (45.16)
No	17 (54.84)
Tipo de comorbilidades*	
Diabetes	7 (22.58)
Hipertensión	7 (22.58)
Bocio multinodular	1 (3.22)
Cáncer de mama	1 (3.22)
Dislipidemia	1 (3.22)
Hepatitis C	1 (3.22)
Lupus eritematoso	1 (3.22)
Osteoporosis	1 (3.22)
Síndrome de sobreposición	1 (3.22)
Tratamiento para el pénfigo*	
Prednisona	31 (100.0)
Azatriopina	5 (16.13)
Dapsona	2 (6.45)
Micofenolato	2 (6.45)
Metotrexato	1 (3.22)

Los datos se presentan como número (%).

* Número de mujeres con la condición. Cada mujer pudo tener una o más condiciones.

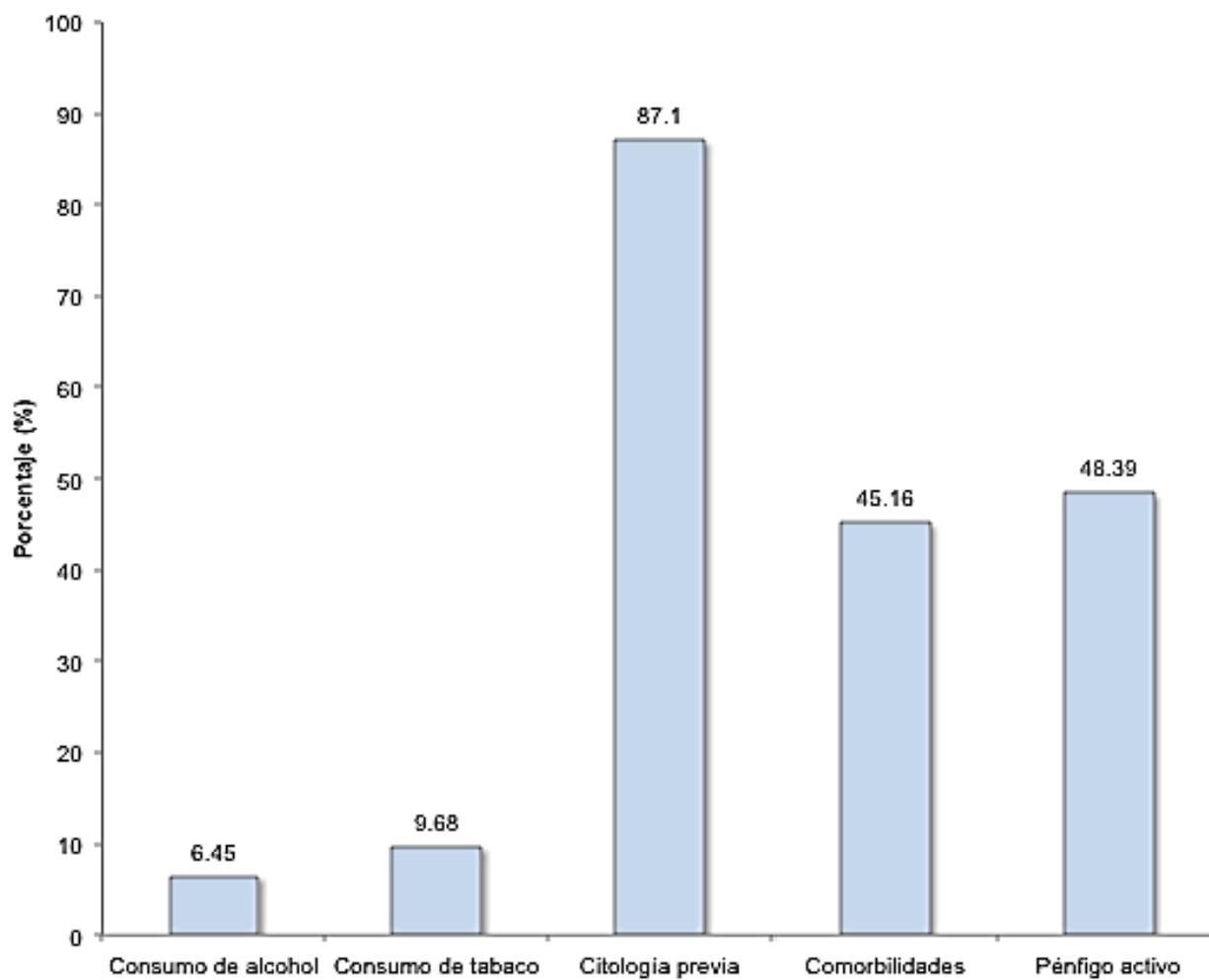


Tabla 4. Características clínicas de los sujetos de estudio

Tabla 5. Evaluación clínica de los 11 pacientes con afectación genital.

Nº Paciente	Tipo de Pénfigo	Tipo de lesión genital	Síntoma genital
2	PV	Erosión en vulva	Prurito
4	PV	Erosión en vulva	Prurito
11	PV	Erosión en vulva	Prurito
13	PV	Erosión en vulva	Prurito
14	PV	Erosión en vulva	Prurito
17	PV	Erosión en cérvix	Dispareunia
21	PV	Erosión en vulva	Prurito
22	PS	Erosión en cérvix	Dispareunia
24	PV	Erosión en vulva	Prurito
26	PV	Erosión en vulva	Prurito
27	PV	Erosión en vulva	Prurito

PV, pénfigo vulgar; PS, pénfigo seborreico

Tabla 6. Resultados de la citología cervical realizada en las participantes del estudio.

Características	n=31
Resultados de la citología	
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	3 (9.68)
Negativo para lesión intraepitelial o malignidad	28 (90.32)
Presencia de VPH	
Si	3 (9.68)
No	28 (90.32)
Presencia de cáncer cervico-uterino	
Si	0 (0.0)
No	31 (100.0)

Los datos se presentan como número (%).

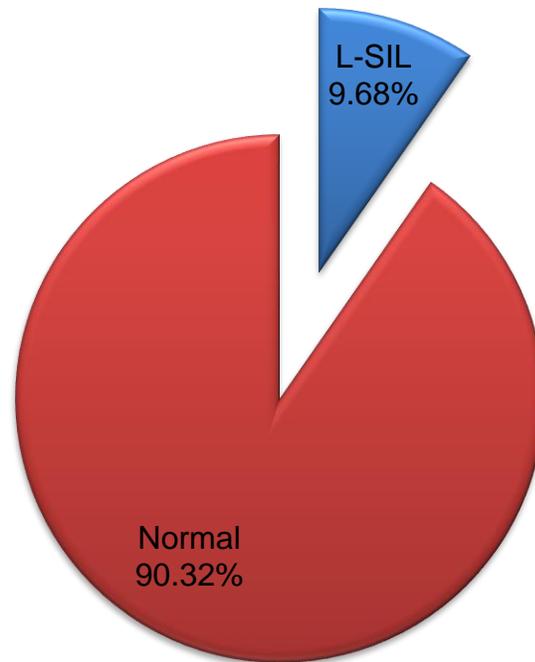


Figura 7. Resultado de la citología cervical en las participantes del estudio

Tabla 8. Características clínicas de los sujetos de estudio de acuerdo al resultado de la citología cervical

Característica	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado n=3	Negativo para lesión intraepitelial o malignidad n=28	P
Edad, años	50.6 ± 3.6	54.6 ± 1.4	0.319
Edad de inicio de vida sexual	17.7 ± 0.3	21.4 ± 1.1	0.296
Número de parejas sexuales	2.3 ± 1.3	1.4 ± 0.1	0.081
Número de partos	3.10 ± 0.53	2.67 ± 0.33	0.793
Número de cesáreas	0.66 ± 0.33	0.57 ± 0.16	0.857
Número de abortos	2.00 ± 1.15	0.67 ± 0.18	0.054
Consumo de tabaco			
Si	0 (0.0)	3 (10.71)	
No	3(100)	25 (89.29)	1.00
Consumo de alcohol			
Si	1 (33.33)	1 (3.57)	
No	2 (66.66)	27 (96.43)	0.187
Realización de citología alguna vez en la vida			
Si	2 (66.66)	25 (89.29)	
No	1 (33.33)	3 (10.71)	0.349
Presencia de lesiones vulvares			
Si	2 (66.66)	10 (35.71)	
No	1 (33.33)	18 (64.29)	0.719
Tipo de pénfigo			
Seborreico	0 (0.0)	2 (7.14)	
Vulgar	3(100)	26 (92.86)	0.813
Actividad del pénfigo			
Activo	1 (33.33)	14 (50.0)	
No activo	2 (66.66)	14 (50.0)	0.525
Presencia de comorbilidades			
Si	1 (33.33)	16 (57.14)	
No	2 (66.66)	12 (42.86)	0.576

Los datos se presentan como número (%) ó promedio ± error estándar. Valor de p mediante prueba t de Student o prueba exacta de Fisher