UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

"ANTONIO FRAGA MOURET"

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

FRECUENCIA Y DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICO DE LESIONES VULVARES BENIGNAS, PREMALIGNAS Y MALIGNAS, REVISIÓN DE 5 AÑOS EN LA U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4. DR. LUIS CASTELAZO AYALA". I.M.S.S.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

PRESENTA:

DR. BERNARDO JESUS FERRER ALPUIN

ASESOR: DR. VÍCTOR ALBERTO OLGUÍN CRUCES

MÉXICO D.F. 2015

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

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Jesús Arenas Osuna

División de Educación en Salud

Dr. Víctor Manuel Monroy Hernández

Profesor Titular del Curso Universitario

Dr. Bernardo Jesus Ferrer Alpuin

Residente de la especialidad de Anatomía Patológica

No. Registro Protocolo 2013-3606-54

INDICE

RESUMEN	**4**
ABSTRAC	**5**
INTRODUCCIÓN	**6**
MATERIAL Y MÉTODOS	**10**
RESULTADOS	**12**
DISCUSIÓN	**20**
CONCLUSIONES	**23**
BIBLIOGRAFÍA	**24**
ANEXOS	**26**

FRECUENCIA Y DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICO DE LESIONES VULVARES BENIGNAS, PREMALIGNAS Y MALIGNAS, REVISION DE 5 AÑOS EN LA U.M.A.E. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NO. 4. DR. LUIS CASTELAZO AYALA". I.M.S.S.

RESUMEN

La mucosa y los epitelios de transición pueden ser asientos de una gran variedad de patologías, la vulva puede afectarse de forma semejante, por ello se afirma que pocos lugares anatómicos tiene una patología tan variada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal para determinar la frecuencia de las lesiones benignas, premalignas y malignas de la vulva, diagnosticadas en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S., durante un periodo de 2009 a 2013. Se realizó análisis estadístico con tablas de 2x2 y chi cuadrada de Pearson.

RESULTADOS: Se analizaron 1083 biopsias, en el 88% encontramos lesiones benignas y en el 12% lesiones premalignas y malignas. Las lesiones por virus de papiloma humano (VPH) inciden en un 30%, con mayor frecuencia en 20-29 años. Las NIVU representan un 9.2%. Grado 1 con incidencia mayor de 20-29 años y grado 3 en 60 o más años. Los carcinomas representan menos de 1% y son frecuentes en 60 años o más.

CONCLUSIONES: La proporción en frecuencia y edad de presentación para cada diagnóstico, son similares a los datos de la literatura. Existe alta incidencia de lesiones por VPH.

Palabras clave: biopsia de vulva, patología vulvar, VPH, edad, frecuencia.

FREQUENCY AND DIAGNOSES HISTOPATHOLOGICAL OF BENIGN VULVAR, PREMALIGNANT AND MALIGNANT INJURY, 5 YEAR REVIEW IN UMAE OBSTETRICS - GYNECOLOGY HOSPITAL NO. 4. DR. LUIS CASTELAZO AYALA". I.M.S.S.

ABSTRACT

The mucosa and transitional epithelia seats can be a variety of pathologies, vulva similarly be affected, therefore it is stated that little anatomical sites having a varied pathology.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, observational, retrospective and transversal study was conducted to determine the frequency of benign, premalignant and malignant lesions of the vulva, diagnosed in the hospital of Obstetrics and Gynecology IMSS No. 4, for a period of 2009 to 2013. Stadistical analysis was performed wich table 2x2 and chi square of pearson.

RESULTS: 1083 biopsies were analyzed, in 88% benign lesions found and 12% of premalignant and malignant lesions. Injuries of human papillomavirus (HPV) affecting 30 % with higher incidence in 20-29 years. The NIVU represent 9.2%. Grade 1 with higher incidence of 20-29 years and grade 3 in 60 or more years. Carcinomas account for less than 1% is common in 60 years or more.

CONCLUSIONS: The frequency and age of presentation for each diagnosis are similar to the literature data. There is high incidence of HPV lesions.

Keywords: biopsy of vulva, vulvar disease, HPV, age, frequency

INTRODUCCIÓN

La vulva es la zona donde se une la mucosa vaginal y la piel, es considerada una región anatómica compleja compuesta por epitelios, cuya estructuras histológicas en unas zonas es de una autentica mucosa, mientras que en otras son idénticas a la piel y aun en otros puntos existen todos los grados de transición imaginables entra ambos epitelios (1). También se tiene conceptualizado que los genitales externos femeninos, reciben en nombre de vulva, que significan envoltura (1). Esta área topográfica cutánea específica, compleja, variable de una mujer a otra y que comprenden varias estructuras anatómicas diferentes, por su complejidad y sus características, morfológicas y funcionales de la misma, condicionan múltiples y variadas patologías que precisa un enfoque multidisciplinario con la colaboración de varias especialidades como ginecología, patología, urología y dermatología (2).

La international society for the study fo vulvovagina disease establece los criterios diagnósticos y clasificación para estas entidades agrupando a las lesiones dermatológicas en los siguientes patrones histológicos: espongioticos, acantoticos, liquenoides, esclerosantes, vesiculobullosos, vasculopaticos y granulomatosos (3).

Es importante conocer la anatomía genital femenina para evitar intervenciones terapéuticas innecesarias como son las hiperplasias sebáceas (manchas de fordyce) y papilomatosis vulvar y vestibular (3).

La mucosa y los epitelios de transición pueden ser asientos de una gran variedad de patologías, la piel de la vulva puede afectarse de forma semejante a otros tegumentos, por ello se afirma que pocos lugares anatómicos tiene una patología tan variada (4).

Dentro de las manifestaciones más frecuentes, el dolor vulvar ocupa un lugar importante reportándose en un 16 a 20 % de mujeres en edad reproductiva, otros síntomas y signos de trastornos de la piel vulvar son prurito, cambio de coloración y textura, la cual son síntomas reportados en uno de cada cinco mujeres. Otro tipo de síntomas, dependiendo de su localización son: disuria, vulvodinia, dispareunia,

hemorragia o secreción vaginal con mal olor y algunos casos son asintomáticos (5).

Las principales causas de estos síntomas son: dermatitis de contacto, liquen (escleroso, plano o simple), infecciones (micóticas, tricomoniasis, molusco contagioso) atrofia genital, neoplasia intraepitelial por virus de papiloma humano (VPH), enfermedad de Paget, deficiencia hormonal, dermatitis de contacto o uso de medicamentos de forma inadecuada o enfermedades sistémicas (5).

Se han encontrado múltiples factores de riesgos para las diversas enfermedades vulvares. La candidiasis vaginal se ha asociado a diabetes mellitus, obesidad y uso de antibióticos de amplio espectro. En el liquen escleroso y plano, existen antecedentes personales y familiares de enfermedades autoinmunes, trastornos tiroideos, alopecia areata, diabetes tipo 1 y vitíligo. Hasta un 30 % de mujeres con dermatitis vulvar se encontró antecedentes de enfermedades autoinmunes. En un reporte de 38 mujeres que asistieron a una clínica de vulva con diagnóstico de dermatitis vulvar, el 97% tenía antecedente de atopia (6).

Las lesiones se pueden dividir según su coloración en lesiones blanquecinas, eritematosas y obscuras o marrones. Por su patrón en cuanto a crecimiento se clasifican como quiste, pápula, placa, verruga, vesícula o ámpula, ulcera y tumor. Las lesiones que son de color blanquecino deben ser valorados detenidamente ya que son características clínicas de infección por VPH, liquen y lesión intraepitelial vulvar. Las lesiones marrón obscuras sugieren papilomatosis bowenoide, nevos, lentigo, melanoma o cáncer vulvar. Las lesiones genitales visibles por VPH o condilomas acuminados, se presentan hasta en 1 % de las mujeres en edad fértil, y están asociados con serotipos 6, 11, 42, 43 y 44. Los procesos malignos se manifiestan frecuentemente por lesiones induradas en la zona vulvar, ulceras o fisuras acompañadas de irritación, prurito severo o sensación de ardor o dolor vulvar y persistencia a pesar de tratamiento (7).

Los tumores de la vulva son las lesiones más importantes que afectan a esta región.

Se han registrado muchos tipos, tanto benignos como malignos, que comprenden las neoplasias de las glándulas de los anejos, epitelio y los tejidos blandos subyacentes. Muchos de estos tumores son infrecuentes e histológicamente similares a los tumores que se dan en otras localizaciones del organismo (8).

El carcinoma de la vulva es una neoplasia maligna infrecuente (aproximadamente un octavo de la frecuencia del cáncer cervical), lo que representa cerca de e un 3% de todos los canceres de la mujer. Aproximadamente dos tercios de ellos se presentan en pacientes mayores de 30 años. El 85% de estos tumores malignos son del tipo escamoso y el resto son adenocarcinomas, carcinomas basales y melanomas (9).

En términos de etiología, patogenia y presentación clínica se dividen en dos grupos. El primer grupo se relaciona con el VPH alto riesgo y con frecuencia coexiste o se ve precedido por una lesión precursora llamada neoplasia intraepitelial vulvar (VIN). Esta forma de VIN incluye lesiones clasificadas como carcinoma in situ o enfermedad de Bowen. Se caracteriza por atipia nuclear en células epiteliales, aumento de las mitosis y ausencia de diferenciación de la superficie. La presencia de VIN está aumentando en pacientes menores de 40 años. Con o sin presencia de carcinoma invasor asociado la VIN es con frecuencia multicentrica y entre el 10 y el 30 5 se asocia con otra neoplasia escamosa primaria de vagina o cuello uterino. En efecto, el 90 % de los casos de VIN, y de canceres asociados poseen DNA para el virus del papiloma humano, específicamente de los serotipos 16 y 18 (alto grado) (10).

El segundo grupo de carcinomas escamosos se asocian con hiperplasia de células escamosas y liquen escleroso. No está clara la etiología de este grupo de carcinomas, ni se asocian típicamente con el HPV. En un escenario se originan alteraciones genéticas en el liquen escleroso o la hiperplasia, lo que lleva directamente a invasión, o por medio de una etapa intermedia en la que se desarrolla atipia en la hiperplasia o en el liquen escleroso lo que lleva a una forma

inhabitual de VIN denominada VIN diferenciada (simple). También se han asociado estos tumores con un aumento de la acumulación de proteína p53 (Mutaciones del gen p 53 si aumentan su semivida y, por lo tanto, es posible detectar fácilmente la proteína p 53 mutante por inmunohistoquímica.)

Una variedad de alteraciones cromosómicas se vincula con el cáncer vulvar invasor, y algunas de ellas pueden ser específicas para tumores HPV-positivos (10).

El diagnóstico de la mayoría de los casos se debe hacer clínicamente, sin embargo ante la duda diagnostica se recurrirá a pruebas diagnósticas auxiliares, existiendo limitada evidencia sobre las diferentes pruebas de rutina en la patología vulvar, lo que si puede ayudar a clasificar el diagnóstico es identificar condiciones asociadas o condiciones que contribuyan a la sintomatología vulvar(10).

No se considera que deban hacerse estudios auxiliares de forma rutinaria, siendo los más utilizados según el caso: citología cervicovaginal, colposcopia, prueba estudio de hidróxido de potasio, tomas de PH vaginal con tiras reactivas, cultivos ante la sospecha de infecciones, en sospecha de liquen las pruebas serológicas para descartar enfermedades autoinmunes, la ferritina en casos de dermtitis vulvar, las pruebas de parche en casos de dermatitis de contacto sin buena repuesta a tratamiento, lámpara de Wood en caso de sospecha de vitíligo, y finalmente, la toma de biopsia. La indicación de PCR o estudio de ADN no debe ser usado de rutina, solo se realizara en caso de lesiones de alto grado por infección de VPH ya que cubre los falsos positivos de la citología y colposcopía. La colposcopia y la toma de biopsia está indicada en los casos de sospecha de VPH, sospecha de malignidad como la lesión intraepitelial vagina (VIN), enfermedad de Paget o cáncer de vulva y en casos de persistencia de la enfermedad. La VIN es un diagnostico histológico, y hasta un 22% de las biopsia realizadas por sospecha presentaron invasión (11).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal para determinar la frecuencia de las lesiones benignas, premalignas y malignas de la vulva, diagnosticadas en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S., durante 2009-2013.

Se revisaron todas las biopsias vulvares enviadas al departamento de anatomía patológica, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, Dr. Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de enero del 2009 a noviembre del 2013. Se excluyeron aquellos casos donde no se contaba con registro de biopsia o ausencia de reporte histológico. Se encontraron pocos casos en el año 2009 siendo estos agrupados en el año 2010.

Los datos demográficos incluyeron el folio consecutivo del año correspondiente, el servicio de envió, el nombre y la edad de la paciente, presencia de algún síntoma y sospecha diagnostica.

El diagnostico histopatológico se distribuyó en las categorías de: patología benigna, que incluyen alteraciones inflamatorias, alteraciones infecciosas, lesiones epiteliales no infecciosas y neoplasias benignas; patología premaligna, que abarcaron las neoplasias intraepiteliales vulvares (NIVU) y liquen escleroso; patología maligna, que abarcaron los carcinomas y melanomas.

Se realizó un análisis estadístico con frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central, además de tablas de 2 x 2, chi cuadrada, r de Pearson. Se obtuvo significancia estadísticas en aquellos casos que mostraron la P menor a 0.05.

CRITERIOS HISTOPATOLÓGICOS

1.- Alteraciones inflamatorias:

- Cambios inflamatorios en estroma y epitelio asociados a absceso de Bartholin, Hidradenitis supurativa y enfermedad de Crohn.

2. Alteraciones infecciosas:

- Enfermedades asociadas a microorganismos como Candidiasis, Sífilis, Virus del papiloma humano, virus del Herpes simple y molusco contagioso.

3. Lesiones escamosas no infecciosas.

- Alteraciones patológicas asociadas a liquen escleroso e hiperplasia escamosa.

4. Tumores benignos:

- Neoplasias como pólipo fibroepitelial, Hidradenoma papilar, queratosis seborreica invertida, leiomiomas, angiofibromas y adenomas.

5. Lesiones premalignas:

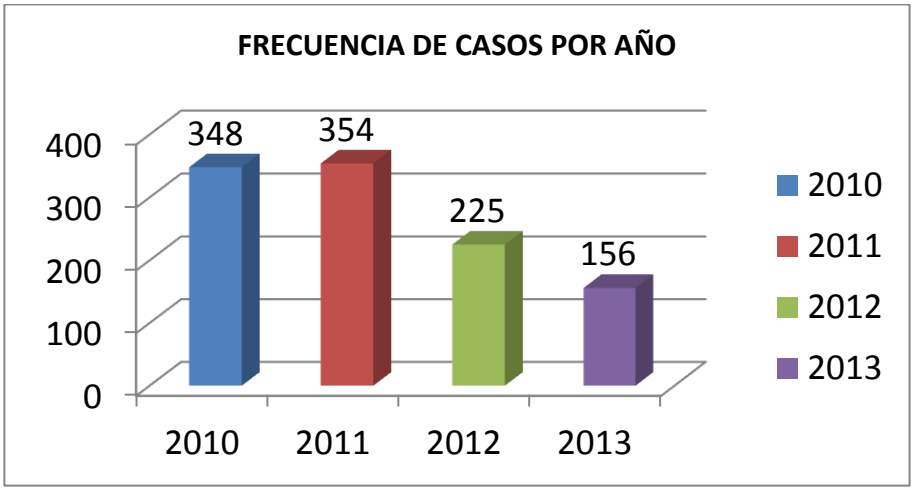
- Neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) y Liquen escleroso.

6: Neoplasias malignas:

- Tumores epiteliales malignos como carcinoma epidermoide, Adenocarcinoma, y Melanoma.

RESULTADOS

En el periodo de enero del 2010 a noviembre del 2013, se recibieron en el servicio de anatomía patológica, del hospital de ginecología-obstetricia No 4 Dr. Luis Castelazo Ayala. I.M.S.S., un total de 1083 biopsias vulvares. Dichos especímenes se distribuyeron de la siguiente manera: 348 en el año 2010, 354 año 2011, 225 en el año 2012 y 156 en el año 2013 (Grafica 1).

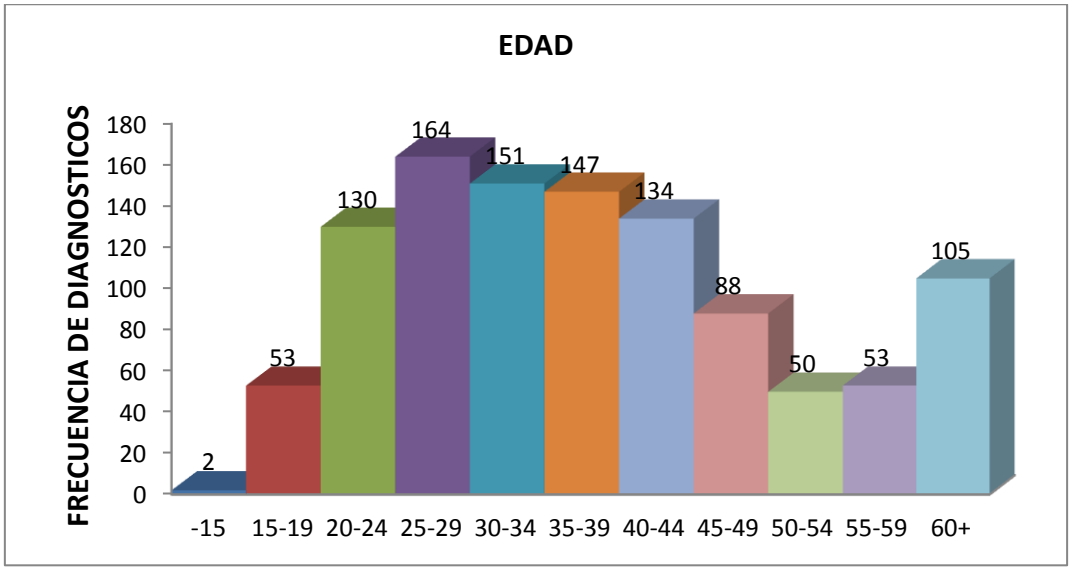


GRAFICA 1. La frecuencia más baja registrada fue la del año 2013 con 156 casos reportados. En los años 2010 y 2011 se reportaron 702 casos que corresponden al 64.8% del total de la muestra.

En el análisis estadístico de la edad, se obtuvo una media de 39.41 años, la mediana de 37.0 años y la moda de 40.0 años. El grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 30-39 años con un total de 298 que corresponden a un 27.5% de la muestra (tabla1) (grafica 2).

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-15	2	0.2
15-19	53	4.9
20-24	130	12.0
25-29	164	15.1
30-34	151	13.9
35-39	147	13.6
40-44	134	12.4
45-49	84	7.8
50-54	50	4.6
55-59	53	4.9
+60	115	10.6
TOTAL	**1083**	**100.0**

Tabla 1. La mayor frecuencia de casos reportados se encuentra en el grupo de 30-39 años representando el 27.5% de la muestra, seguido por el grupo de 20-29 años representando el 27.2%.



Grafica 2. Distribución de biopsias por grupo de edad.

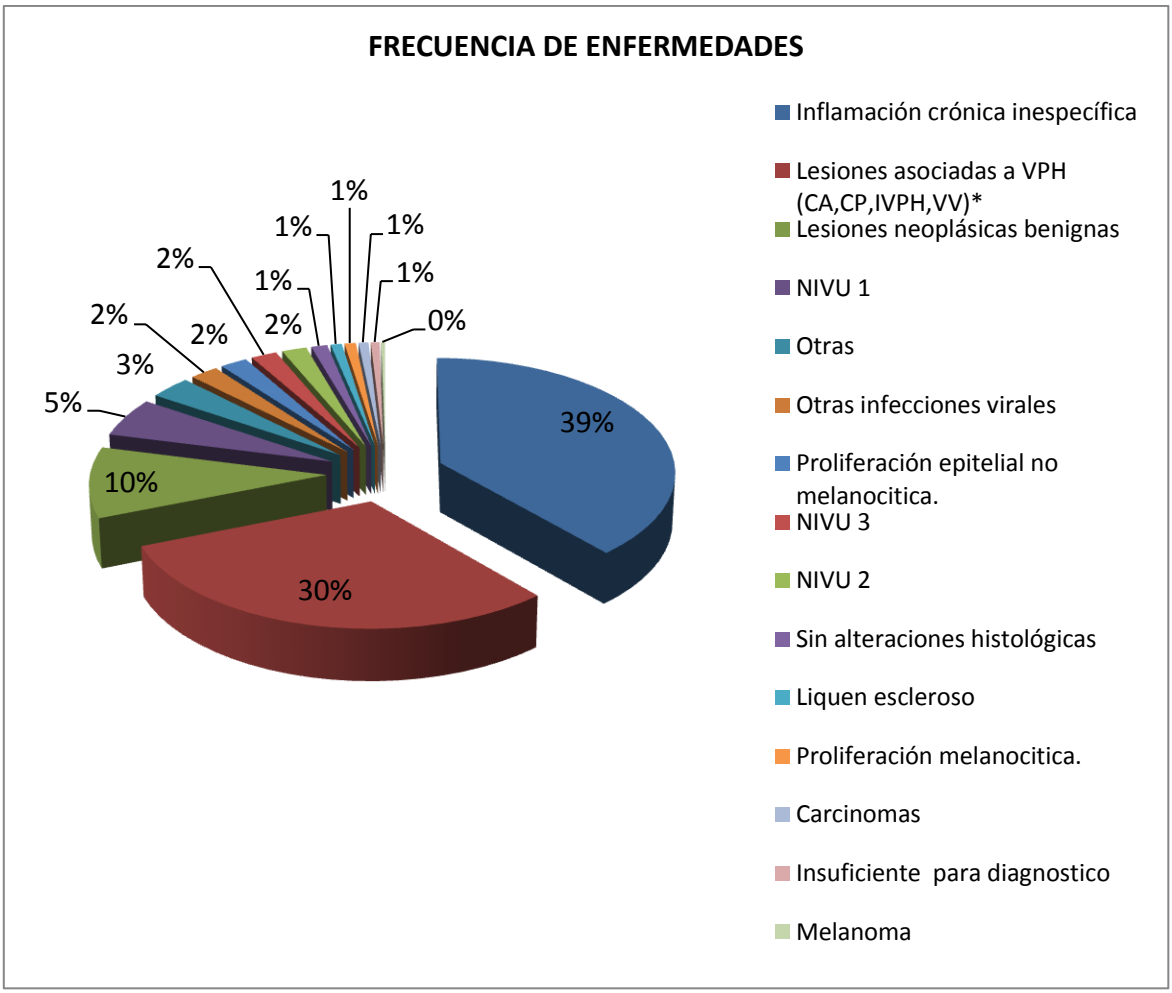
Se identificaron un total de 47 diagnósticos patológicos, en la cual, el análisis de frecuencia, el primer lugar lo ocupa la inflamación crónica inespecífica, con un total de 380 casos reportados que corresponde a un 35.1% de la muestra. En segundo lugar en frecuencia se encuentra el condiloma acuminado con 175 casos que corresponde al 16.2% de la muestra total y se observa una mayor incidencia en el grupo de edad de 20 a 29 años con 76 casos representando un total de 43.4% de ellos. En tercer lugar se ubica las lesiones con cambio citopático por el virus del papiloma humano (VPH) con 136 casos, representando el 12.6% del total de la muestra, con un pico de incidencia en el grupo de edad de 26 a 40 años, con 66 casos equivaliendo a 48.5% (tabla 2). Las enfermedades fueron agrupadas conforme a su origen histopatológico para determinar su frecuencia y porcentaje (grafica 3).

	DIAGNÓSTICO	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
1	Inflamación crónica inespecífica	380	35.1
2	Condiloma acuminado	175	16.2
3	IVPH	136	12.6
4	NIVU 1	59	5.4
5	Papiloma escamoso	50	4.6
6	Liquen simple crónico	33	0.3
7	Molusco contagioso	22	2.0
8	NIVU 3	21	1.9
9	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	20	1.8
10	NIVU 2	20	1.8
11	Quiste epidérmico de inclusión	20	1.8
12	Pólipo fibroepitelial	18	1.7
13	Acantosis	16	1.5

14	Condiloma plano	14	1.3
15	Sin alteraciones histológicas	13	1.2
16	Liquen escleroso	9	0.8
17	Queratosis seborreica	8	0.7
18	Insuficiente para diagnostico	7	0.6
19	Nevo intradérmico	7	0.6
20	Carcinoma epidermoide invasor	6	0.6
21	Fibroma	6	0.6
22	Papilas vestibulares	6	0.6
23	Verruga vulgar	4	0.4
24	Hemangioma	3	0.3
25	Melanoma	3	0.3
26	Hiperplasia sebácea	2	0.2
27	Hiperqueratosis	2	0.2
28	Liquen plano	2	0.2
29	Papilomatosis	2	0.2
30	Psoriasis	2	0.2
31	Adenocarcinoma de células claras invasor	1	0.1
32	Angioqueratoma de fordyce	1	0.1
33	Carcinoma epidermoide in situ	1	0.1
34	Dermatitis psoriasiforme	1	0.1
35	Disqueratosis acantolitica	1	0.1
36	Glucogenizacion epitelial	1	0.1
37	Herpes	1	0.1
38	Hidradenoma apocrino	1	0.1

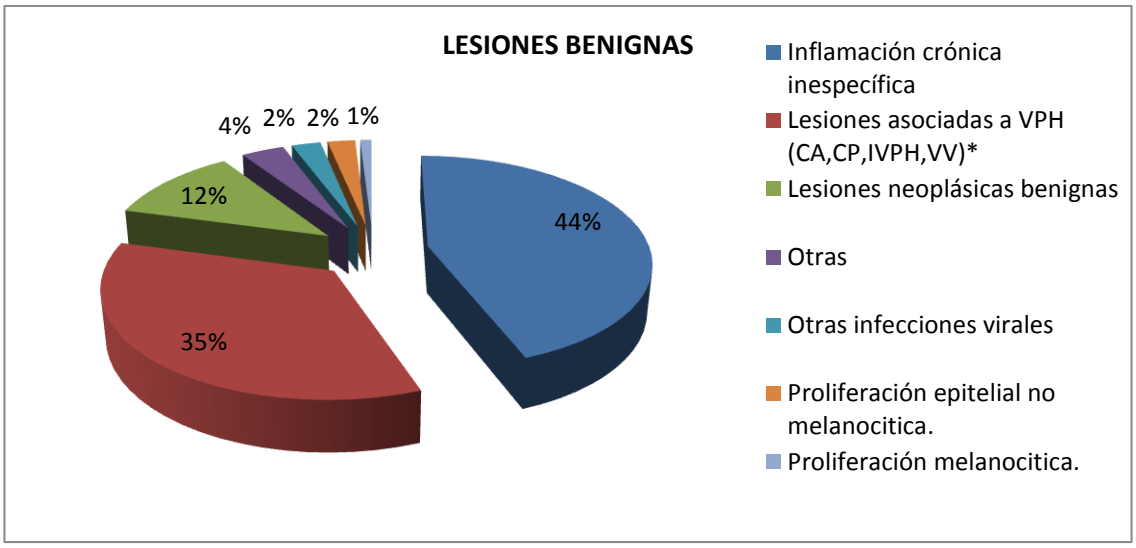
39	Hidradenoma papilifero ulcerado	1	0.1
40	Hidrocistoma apocrino	1	0.1
41	Lentigo simple	1	0.1
42	Melanosis	1	0.1
43	Mioma vulvar	1	0.1
44	Penfigo vulgar	1	0.1
45	Quiste mucinoso	1	0.1
46	Siringoma	1	0.1
47	Trombo sanguíneo	1	0.1
	TOTAL	**1083**	**100**

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje de diagnósticos histopatológicos.



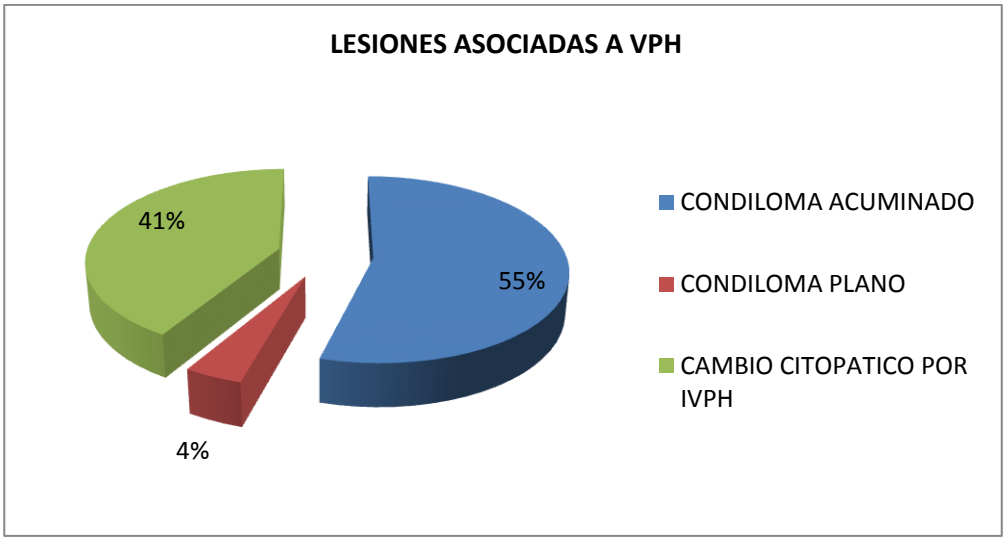
Grafica 3. En la frecuencia por grupos de enfermedades la inflamación crónica inespecífica representa el primer lugar con un 39%, las lesiones asociadas a VPH el segundo lugar con 30% y las lesiones neoplásicas benignas el tercer lugar con 10%. *CA condiloma acuminado, CP condiloma plano, IVPH infección por virus de papiloma humano, VV verruga vulgar.

Dentro de la categoría de lesiones vulvares benignas, la inflamación crónica inespecífica ocupa el primer lugar con un total de 418 casos correspondiendo a 39%. En segundo lugar se encuentra las lesiones asociadas a VPH con 329 casos equivalentes a un 30%.En tercer lugar sitúan las lesiones neoplásicas benignas con 108 casos ocupando un 12% (Grafica 4.)



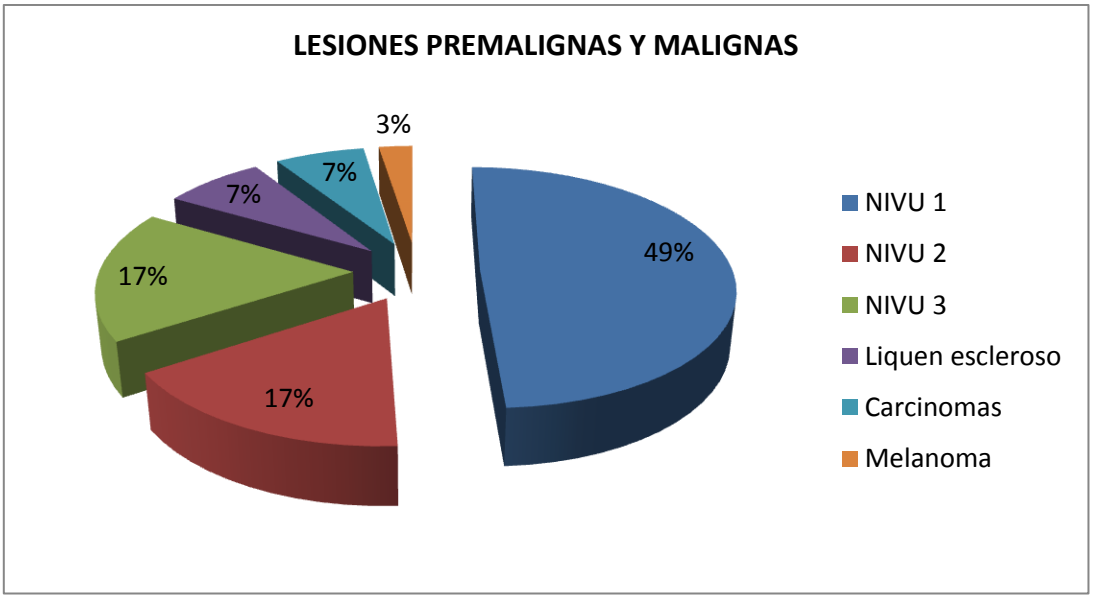
Grafica 4. Representación de lesiones benignas

En el subgrupo de lesiones asociadas a VPH, el condiloma acuminado es la enfermedad más frecuente con 175 casos representando un 55%. En segundo lugar, los cambios citopáticos por infección de virus de papiloma humano con 136 casos ocupando 41%. En tercer lugar el condiloma plano con 14 casos para un total de 4 %. La verruga vulgar solo reporto 2 casos representando menos de 1%. (Grafica 5).



Grafica 5. Representación de lesiones asociadas a VPH.

El grupo de lesiones premalignas y malignas, represento un total de 11.08%. En primer lugar lo represento la NIVU 1 con 59 casos (49%). En las NIVU grado 1 y 2, se contabilizaron 20 (17%) y 21 (17%) casos respectivamente y el liquen escleroso en 9 (7%) casos. Los carcinomas con 8 (7%) fueron distribuidos de la siguiente manera: un carcinoma epidermoide in situ, seis carcinomas epidermoides invasores y un adenocarcinoma de células claras invasor. Los melanomas con 3 (3%) casos, representaron la incidencia más baja (Grafica 6).



Grafica 6. Representación de lesiones premalignas y malignas.

DISCUSIÓN

La biopsia vulvar es una herramienta importante para el diagnóstico de enfermedades benignas, premalignas y malignas. La vulva es un órgano que alberga múltiples lesiones con origen histopatológico de distinto. Por su anatomía superficial, es un órgano de fácil exploración física, por lo tanto el experto clínico debe tener la habilidad diagnostica para todas las lesiones (1,2). Sin embargo, en nuestro estudio, el 39% de los especímenes no mostraban lesiones histopatológicas específicas de enfermedad, identificando así un error en la semiología y mala utilidad de la biopsia como un método de rutina para toda lesión vulvar.

El virus de papiloma humano se ha relacionado con muchos tipos de enfermedades vulvares que van desde el condiloma acuminado hasta el carcinoma invasivo (2). En países desarrollados como Estados Unidos, se estima que a los 50 años de edad, más del 80% de las mujeres habrán contraído algún tipo de VPH (3). En nuestro país se estima que el 37.5% de las mujeres en edad fértil han sido infectadas (3). En nuestro estudio el 30% de las biopsias revisadas presentaron datos histopatológicos de VPH, con una mayor frecuencia en el grupo de edad de 20 a 29 años con el 31.9%. Otros factores que influyen para que una lesión persista y/o progrese a lesiones cancerosas incluyen características inmunológicas del huésped, como sus antígenos de histocompatibilidad, que podían influir en la respuesta inmune, el número de embarazos, el tabaquismo y el uso descontrolado de anticonceptivos orales, la mayoría de estos factores se han estudiado y se consideran cofactores establecidos de la infección por VPH (4,5). Sin embargo el problema más difícil y clínicamente significativo de estas lesiones se plantea en relación con el diagnóstico diferencial, coexistencia y relación causal con las neoplasias intraepiteliales vulvares y carcinomas. En realidad la alta frecuencia de esta asociación a nivel mundial, la continuidad topográfica entre los dos procesos y la distribución por edades de las poblaciones afectadas sugiere una dependencia subyacente y tal vez una continuidad entre los dos (6).

Nuestro estudio reporta una frecuencia de 9.2% de NIVU, con una frecuencia alta en el grupo de 20 a 29 años de edad.

Desde la década de los 90, se han venido estudiando pruebas de tamizaje alternativas, principalmente la detección de ADN del VPH (6,7). Más recientemente se han evaluado estrategias de tamizaje combinando diversas pruebas con esquema de diagnóstico y tratamiento de las lesiones detectadas que se realizan en una o dos visitas al servicio de salud y aseguran una mayor adherencia y costo efectividad de los programas de tamizaje. La validez y precisión de la prueba que reconoce 13 genotipos de alto riesgo del VPH ha sido evaluada extensamente en varios estudios en Latinoamérica y el mundo (7). Se ha demostrado consistentemente que la prueba es más sensible que la citología y la toma de biopsia de las lesiones sospechosas de infección por VPH. Como consecuencia de esta observación, seria valioso introducir dicha prueba como método adjunto a la citología y toma de biopsias (8).

Los carcinomas de vulva es una neoplasia maligna, que representa alrededor de 3% de todos los canceres genitales de la mujer. Alrededor de dos terceras partes ocurren en pacientes mayores de 60 años (9). Los resultados de esta investigación, reportan menos del 1% para estas lesiones, siendo el carcinoma epidermoide invasor el más frecuente con un 75%, y con tendencia a grupo mayores de 60 años. Tanto las lesiones premalignas y malignas, tienen un reto clínico importante, pues se ha comprobado que el 30% de ellas tiene un origen no viral y epidemiológicamente se comportan distintas a aquellas con origen viral, llevando a realizar malos abordajes diagnósticos y terapéuticos que llevan a un final no deseado (9).

De manera recíproca, se ha encontrado que el 30% de biopsias vulvares con infecciones por VPH, coexisten con evidencia microscópicas con otros microorganismos como clamidia, neisseria gonorreae, múltiples bacilos, cocoides y herpes principalmente. Dichas enfermedades se estima que ocurren por tener los mismos factores de riesgo, por lo tanto el mayor grado de incidencia es en pacientes en edad reproductiva (9,10).

En este estudio encontramos poca relación del VPH con cambios histológicos que sugieran otra infección viral, ya que los casos de herpes y molusco contagioso que representaron el 2% se encontraron de manera aislada.

Los melanomas son lesiones vulvares excepcionales, solo alrededor del 2% ocurren en este sitio. Su principal factor pronóstico es el nivel de profundidad al momento de diagnóstico. Estudios han revelado que con un diagnóstico y tratamiento oportuno la supervivencia a 5 años es de aproximadamente 35% (11). En nuestro estudio, solo se identificaron 3 casos, representando menos del 1%, sin embargo, el 100% de ellos se encontraban con lesiones avanzadas, con invasión profunda, con un 60% de mortalidad a cinco años.

CONCLUSIONES

La frecuencia y edad de presentación para cada diagnóstico, son similares a los datos reportados en la literatura

El 88% de la muestra corresponden a lesiones histológicamente benignas y solo el 12% a lesiones con malignidad.

Las lesiones asociadas a infección por virus de papiloma humano (condiloma acuminado, condiloma plano, infección por VPH, verruga vulgar) tiene una frecuencia del 30%, y el grupo de edad de mayor frecuencia es de 20-29 años con un 36.1%.

Las neoplasia intraepiteliales vulvares (NIVU) tiene una frecuencia total de 9.2%, las lesiones de grado 1 tienen una tendencia al grupo de edad de 20-29 años con 30.5%, y las lesiones grado 3 una frecuencia de 38% en el grupo de 60 o más años.

Los carcinomas representan menos del 1% de la muestra. El grupo de edad mayormente afectado es el de 60 y más, con un 75%, el carcinoma epidermoide invasor el más frecuente en un 75%.

Los melanomas son neoplasias raras de vulva, representan menos del 1 %.

Es necesario realizar más estudios para analizar la correlación con el diagnóstico colposcopico y de multicentricidad de las infecciones virales además de las lesiones premalignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barchino-Ortiz L. Suárez-Fernández e R., Lázaro-Ochaita P. Dermatosis inflamatorias
vulvares. Actas Dermosifiliogr, 2012; 103(4):260-275.

2. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. Lisa Alien, Ménica Brewer PeterBryson, Gerald Evans, Jean-Yves Frappier et al. Journal of obstetrics and Gynaecology Canadá, 2007; 29 (8) Supplement 3: S1-S55.

3. Claire Danby S, Margesson Lynette J.Approach to the diagnosis and treatment of vulvar
pain. Dermatologic Therapy, 2010; 23: 485-504.

4. Dé palo, G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior.2a ed.1997. Enfermedades de la vulva. Pag.351.

5. Donders Gilbert, Bellen Gert . Characteristics of the pain observed in the focal vulvodynia syndrome (W S J. Medical Hypotheses, 2012; 78:11-14).

6. Harlow Bernard L, Wei He, MS, Nguyen Ruby.Allergic Reactions and Risk of Vulvodynia. Ann Epidemiol, 2009; 19(11): 771-777.

7. ISSVD 2006 classification of vulvar dermatoses - Pathologic subsets and their clinical
correlates.Lynch, P.J.Moyal Barrocco.Bogliatto F.Micheletti L, et al. J of Reproductive Med, 2 0 0 7 ; 5 2

8. Kauppila Saila, Kotila Vesa, Lie Sci (Tech.); Knuuti Ella, Páivi O. Vare, MD; Vittaniemi Pia, Nissi Ritva. The effect of topical pimecrolimus on inflammatory infíltrate in vulvar lichen sclerosus. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:181.el-4.

9. Royal College of Obstetricíans and Gynaecologísts. Management of vulval cáncer, RCOG Green-top Guideline No. 58, 2006:1-23.

10. Sandoval Mayen Pamela, Quiñones Venegas Ricardo, Ferrusco Ontiveros María del Rocío,González Roger Adrián, Mayorga Rodríguez Jorge Arturo. Hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, atendidos de diciembre de 2011 a enero de 2012. Dermatología Revista Mexicana, 2012; 56(3): 162-166.

11. Salliel Neill M, Ridleys . La vulva, Diagnóstico y tratamiento de las patologías, 3a. Edición.

ANEXO

DIAGNÓSTICO	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	+60	Total
Carcinomas	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	6	**8**
Melanoma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	**3**
NIVU 1	0	4	6	12	6	8	5	5	3	4	6	**59**
NIVU 2	0	0	3	3	4	2	1	2	0	1	4	**20**
NIVU 3	0	2	3	0	3	3	0	0	1	1	8	**21**
Liquen escleroso	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	5	**9**
Lesiones asociadas a VPH (CA,CP,IVPH,VV)*	2	29	56	63	48	43	34	21	10	11	12	**329**
Otras infecciones virales	0	1	6	9	2	4	0	0	0	1	0	**23**
Lesiones neoplásicas benignas	0	3	16	17	19	14	11	10	9	4	5	**108**
Proliferación epitelial no melanocitica.	0	0	1	1	3	6	5	0	2	2	2	**22**
Proliferación melanocitica.	0	0	1	1	1	0	2	2	0	2	0	**9**
Inflamación crónica inespecífica	0	13	29	53	55	61	70	39	21	23	54	**418**
Sin alteraciones histológicas	0	0	4	0	3	2	0	0	0	0	4	**13**
Insuficiente para diagnostico	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	2	**7**
Otras	0	0	3	5	6	4	4	2	3	2	5	**34**
Total	**2**	**53**	**130**	**164**	**151**	**147**	**134**	**84**	**50**	**53**	**115**	**1083**