

Revista de ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

2024

PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ATENCIÓN A LA MUJER

Volumen 18, número 2, Julio - Diciembre 2024



- **Introducción al estudio de las enfermedades de la vulva**
- **Lesiones vulvares, evaluación diagnóstica**
- **Dermatitis de la vulva**
- **Manejo de las lesiones pigmentadas de la vulva**
- **Vaginismo**
- **Labioplastia**

7 CONGRESO NACIONAL GINECÓLOGOS ONCÓLOGOS

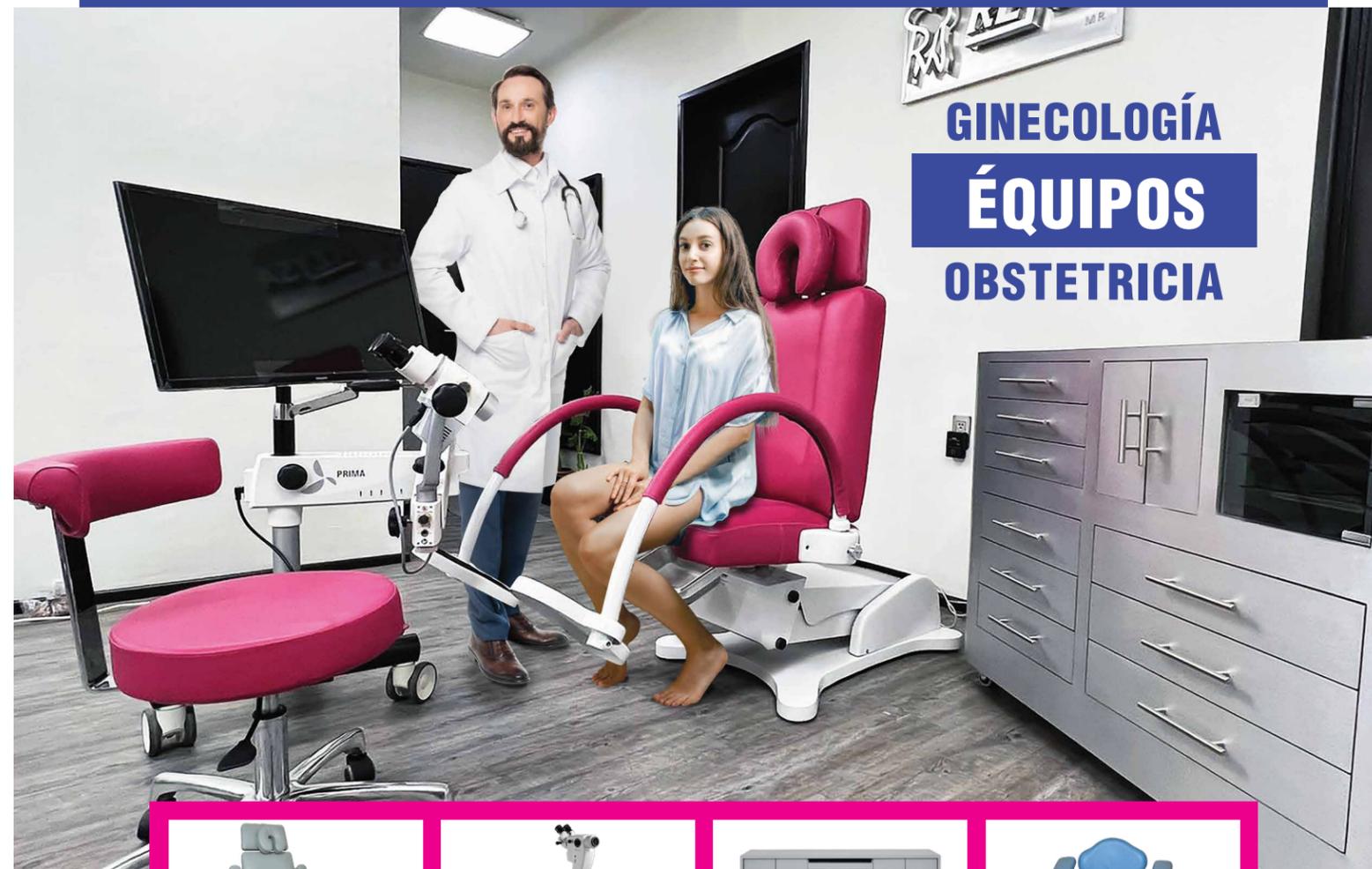
Profesores
nacionales y extranjeros



QUERÉTARO
SAVE THE DATE
29-30 AGOSTO 2024

CONGRESO PRESENCIAL

cmog.congreso.lat



GINECOLOGÍA
ÉQUIPOS
OBSTETRICIA



EQUIPOS ESPECIALIZADOS PARA APOYAR AL MÉDICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MUJER.

Proporcione la confianza, calidad y tranquilidad que su paciente necesita en un ambiente amable y de confort en el momento de su revisión con productos de alta calidad. Seleccione el modelo y el producto que su consultorio necesita.

- › MESA GINECOLÓGICA
- › SILLÓN MARK I GINECOLÓGICO
- › PLANCHA GINECOLÓGICA
- › SILLÓN STANDARD GINECOLÓGICO
- › SILLÓN JET GINECOLÓGICO
- › COLPOSCOPIOS LABOMED
- › LÁMPARAS
- › MUEBLES
- › BANCOS

www.reysaequiposmedicos.com

[f](#) [i](#) [reysamueblesmedicos](#)



REVISTA DE ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Volumen 18, número 2, Julio - Diciembre 2024

FUNDADOR Y EDITOR EN JEFE

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Isabel Alvarado Cabrero Anatomopatóloga	Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortés Ginecólogo Oncólogo
Dra. Selene Sam Soto Ginecóloga Colposcopista	Dr. Alejandro Ortiz de la Peña y Carranza Ginecólogo Colposcopista
Dra. María de los Ángeles Madrigal de la Campa Ginecóloga Colposcopista	Dr. Serafín Romero Hernández Ginecólogo Colposcopista
Acad. Dr. Gustavo Acosta Altamirano Inmunólogo	Dr. Santos Regino Uscanga Sánchez Ginecólogo Oncólogo
Dr. Germán Barrientos Vargas Ginecólogo Colposcopista	Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar Ginecólogo Oncólogo
Dr. Jean René Clemenceau Valdivia Cirujano Oncólogo	Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández Ginecólogo
Acad. Dr. José de Jesús Curiel Valdés Anatomopatólogo	Dr. Alfonso Jorge Ojeda Ortiz Cirujano Oncólogo
Dr. Guillermo Sídney Herbert Núñez Ginecólogo Oncólogo	Acad. Dr. Clemente Alejandro Moreno Collado Dermatólogo
Dr. José Luis López Velázquez Ginecólogo Colposcopista	Dra. Ivonne Arellano Mendoza Dermatóloga
Dr. José Alberto Brime Alfonso Ex presidente de CONADICO	Dr. Óscar Augusto Trejo Solórzano Ginecología y Obstetricia Colposcopia

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. Monserrat Cararach Tur (Barcelona, España)	Dr. Joel M. Palefsky (San Francisco, Estados Unidos)
Dr. Jacob Bornstein (Israel)	Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno (Colombia)
Dr. Enrique F. Copolillo (Buenos Aires, Argentina)	Dr. Mario Petri (Italia)
Dra. María Eulalia Fernández Montoli (Barcelona, España)	Dra. Christine Bergeron (París, Francia)
Dr. Silvio Tatti (Buenos Aires, Argentina)	Dra. Claudia Marchitelli Ex Presidente ISSVD, Miembro fundador de (SoLaPaV) (Argentina)

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Mtra. Adriana Salazar Juárez
Editora Adjunta
Ma. Luisa Santillán
Cuidado Editorial
Héctor Dorantes
Diseño Editorial

REVISTA DE ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

CONTENIDO

Conflicto de intereses... más allá de ser ponente Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas-Hernández	6
Introducción al estudio de las enfermedades de la vulva Jacob Bornstein	8
Lesiones vulvares, evaluación diagnóstica Víctor Manuel Vargas Hernández, Clemente Alejandro Moreno Collado	16
Dermatitis de la vulva Víctor Manuel Vargas Hernández, Giselle Denise Saike	24
Manejo de las lesiones pigmentadas de la vulva Graciela L. de Secco	36
Vaginismo Víctor Manuel Vargas Hernández, Ricardo Gallardo Contreras	46
Labioplastia Víctor Manuel Vargas Hernández	51

La Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior. Para suscripciones deben comunicarse o dirigirse al editor de la Revista Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández; al correo electrónico: vvargashernandez@yahoo.com.mx. La Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior se encuentra indizada en internet con derechos reservados conforme a la ley. Certificado de Licitud de Título (en trámite). Certificado de Licitud de Contenido (en trámite). Registro de Reserva de Derecho de Autor Núm. 04-2021-0705512125300-102. Publicación periódica con ISSN 1870-7238. Los derechos de reproducción del contenido y las características gráficas de la presente edición (inclusive por medios electrónicos) están reservados de acuerdo a la Ley en los países signatarios de las Convenciones Panamericanas e Internacional de Derechos de Autor; Índice Mexicano de Revistas Biomédicas (IMBIOMED) www.imbiomed.com.mx.

La Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior, después de una década de publicación, ha cambiado, para ser una revista independiente, que está abierta para la difusión de trabajos de investigación, casos clínicos, artículos de revisión, tanto den idioma español o inglés; conformada con un nuevo consejo editorial de profesores nacionales e internacional, con amplia experiencia; se ha propuesto para los autores de los trabajos que envíen los siguientes puntos:

ORIGINALIDAD para garantizar que el trabajo de investigación sea original, no infringe, viole o malversa ningún derecho de autor u otros derechos de propiedad intelectual, o cualquier otro derecho de propiedad, contrato u otro derecho o interés de cualquier tercero; que no esté publicado su investigación, ni se envíe para publicación en otro lugar mientras esté siendo considerado por esta revista.

RESPONSABILIDAD DEL AUTOR (ES): Cada autor garantiza que ha participado lo suficiente en el contenido intelectual, análisis de datos, si corresponde, y redacción para asumir la responsabilidad del mismo. Cada autor garantiza que su investigación no contiene declaraciones difamatorias o ilegales y no infringe ni viola los derechos de publicidad o privacidad de terceros, o calumnia de terceros, no viole ningún otro derecho personal o de propiedad de otros. Cada autor garantiza que su investigación no contiene ningún material fraudulento, plagiado o atribuido incorrectamente. Cada autor garantiza que todas las declaraciones contenidas en el Trabajo que pretenden ser hechos son verdaderas.

Conflicto de intereses... más allá de ser ponente

La imparcialidad y la transparencia son características importantes de la investigación ética. Tomar las medidas adecuadas para evitar sesgos y mantener la transparencia en el proceso de ejecución, presentación de informes y publicación mejora la objetividad científica, la integridad y la credibilidad de los resultados de la investigación. Esto es especialmente importante en la investigación biomédica, cuyos resultados influyen en la toma de decisiones clínicas y tienen un impacto directo en la vida y la salud de las personas.

La divulgación del conflicto de intereses por parte de un ponente, antes de proporcionar la información científica, ha traído la transparencia a la ciencia. Hoy en día, es posible escuchar a un orador y decidir cuánto influye su presentación en la fuente de financiamiento y posibles conflictos de intereses, como empleo comercial, honorarios por la conferencia o miembro de la empresa. La introducción de un nivel adecuado de transparencia durante los cuales los exponentes han proporcionado sus datos sin responsabilidad intelectual completa.

Para mejorar la transparencia y facilitar el aprendizaje debemos considerar algo común que no se revela: rango limitado de conocimientos o habilidades específicas en un campo o tema en particular, que a menudo resulta en discusiones acaloradas entre expertos que promueven enfoques variados para la misma condición clínica que se presenta. En una sesión organizada como un debate, el orador podría defender una posición basada en su propia experiencia o sencillez, sin revelar a la audiencia que su conocimiento y experiencia se limitan a un sólo enfoque del manejo expuesto; en general, no proporciona un currículum vitae completo, sería difícil de proporcionar, para lo cual hacemos estas interrogantes:

- ¿Están los oradores preparados para cubrir múltiples aspectos de un tema determinado?
- ¿Debería la audiencia estar consciente de qué experiencia/conocimiento específico tiene un orador con respecto al tema en cuestión?

La falta de tal transparencia deja a la audiencia sin la perspectiva adecuada para aprender más o discutir varios enfoques válidos para la misma condición clínica; no todos los autores son plenamente capaces de decidir la mejor forma de manejo adecuado, muchas veces los autores y oradores han tenido la tarea de presentar una opción particular sin tener el conocimiento suficiente para discutir las posibles alternativas. Excelentes ponentes han promovido la eficacia de manejos sin conocer los beneficios de otras alternativas y sin ninguna experiencia con las opciones de manejo diferentes. Difícilmente puede justificarse escuchar sobre la falta de eficacia o idoneidad de los manejos donde los ponentes no tienen experiencia o practican de forma regular. El objetivo no debe ser convencer a la audiencia de utilizar un manejo específico; más bien, después de reconocer su propia experiencia clínica, los oradores deben explicar una o más alternativas y la divulgación adecuada de éstas es obligatoria para promover una atención óptima del paciente, por lo que recomendarlas en ausencia de un conocimiento exhaustivo de los beneficios potenciales podría dañar a la paciente. De ahí el dicho de Abraham Maslow: "Supongo que es tentador, si la única herramienta que se tiene es un martillo, tratar todo como si fuera un clavo". Creemos que los conflictos de intereses financieros y comerciales

deben revelarse, pero también creemos firmemente que se necesita una "divulgación intelectual" en aras de la transparencia. Es decir, en el futuro nos encantaría escuchar o leer antes de cada presentación revelaciones como: "Creo firmemente en A como el mejor enfoque, pero se debe tener en cuenta que no tengo experiencia y conocimiento para tratar esta condición usando B o C". Es necesario limitar las contribuciones de aquellos que no tienen suficiente experiencia en el tema asignado, recordando que una recomendación o un consenso solo están relacionados con los participantes que asisten a la reunión. Lo anterior porque los ponentes son propensos a intentar convencer a la audiencia para que siga sus sugerencias, por lo que se debe exigir a cada orador que revele por adelantado su conocimiento específico de las posibles opciones de manejo. Esto dejará a la audiencia con un conocimiento exhaustivo de todas las alternativas válidas para que se pueda elegir la mejor opción basada en una discusión exhaustiva con su paciente.

La colaboración abierta y el intercambio de información entre científicos en reuniones científicas pueden fomentar la innovación y el descubrimiento, ese intercambio puede estar en contradicción con los posibles objetivos de comercialización. Si una divulgación dada se ha hecho "pública" es una cuestión de evidencia y depende de las circunstancias de ésta. Un documento publicado en una revista revisada por pares que circula comúnmente dentro de la comunidad relevante es, por supuesto, pública, pero otras divulgaciones pueden no serlo. La diversidad y la inclusión en todas las áreas de investigación, incluida la representación en reuniones científicas y conferencias, ayuda a reforzar las innovaciones para comprender y abordar los problemas de salud. Con demasiada frecuencia, las mujeres y los miembros de otros grupos subrepresentados en la ciencia brillan por su ausencia en los espacios de charla en las reuniones científicas y otras conferencias de alto nivel; cuando se considere las invitaciones para impartir una conferencia, los científicos deben ser evaluados de manera justa para las oportunidades de hablar. Sin esa atención, la inclusión no será evidente en las actividades académicas.

La transparencia a través de la divulgación de las relaciones con las empresas es un paso en el proceso de la Academia para garantizar que todas sus actividades educativas sean justas, equilibradas y no comercialmente sesgadas. En cuanto a los presentadores de la Academia, autores y otros contribuyentes a activida-

des educativas y de liderazgo. Si, su papel en una actividad educativa incluye planificar, dirigir, escribir, editar, comentar o controlar de otro modo el contenido que se presenta a la audiencia. Por su parte, la casa comercial es un negocio que principalmente consiste en producir, comercializar, vender, revender o distribuir productos de atención médica utilizados por o sobre pacientes.

Cada presentador debe tener una primera diapositiva relacionada con conflictos de intereses y si no existe nada que revelar, debe decir: "No tengo conflicto de intereses".

Se requiere que los presentadores indiquen verbalmente al inicio de la conferencia cualquier conflicto de interés o que no tienen alguno. Ha habido un mayor reconocimiento de la importancia de revelar y gestionar los conflictos de intereses no financieros para salvaguardar la objetividad, integridad y confiabilidad de la investigación científica.



ACAD. DR. VÍCTOR MANUEL
VARGAS HERNÁNDEZ
EDITOR

Introducción al estudio de las enfermedades de la vulva

Jacob Bornstein¹

RESUMEN

Llegar a un diagnóstico de una lesión vulvar requiere de un enfoque sistemático, incluyendo la historia clínica y examen de la piel y membranas mucosas del cuerpo. La definición de la lesión es de acuerdo con la terminología de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical (IFCPC) y el diagnóstico diferencial está de acuerdo con la clasificación de la Sociedad para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD). Una biopsia vulvar es necesaria para confirmar el diagnóstico.

Palabras clave: clasificación, vulva, vulvoscopy, piel

ABSTRACT

Reaching a diagnosis of a vulvar lesion requires a systematic approach, including clinical history and examination of the skin and mucous membranes of the body, the definition of the lesion is according to the terminology International Federation of Colposcopy and Cervical Pathology (IFCPC), and the differential diagnosis is according to the Society for the Study of Vulva-vaginal Diseases (ISSVD) classification. A vulvar biopsy is necessary to confirm the diagnosis.

Key words: classification, vulva, vulvoscopy, skin

INTRODUCCIÓN

Aunque los trastornos de la vulva y la vagina son muy comunes y causan un malestar consi-

derable, la mayoría de los médicos de atención médica primaria reciben poca formación en este campo. De hecho, durante años, el tratamiento de las enfermedades de la vulva sufría de falta de comunicación entre los ginecólogos, dermatólogos, patólogos y sexólogos, ya que cada uno utiliza sus propias ideas sobre la historia natural de las enfermedades de la vulva, el modo para hacer el diagnóstico y manejo terapéutico preferido. La creación, en 1970, de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD) fomentó el intercambio de ideas, discusión colectiva y comprensión de la historia natural y el tratamiento moderno de las enfermedades vulvares. La terminología común se estableció sobre la base de las directrices de la ISSVD.^{1,2}

El enfoque sistemático para el diagnóstico de una lesión vulvar y la evaluación de una paciente con síntomas vulvares y/o vaginales requiere lo siguiente:

- Una revisión minuciosa de los sistemas fisiológicos para revelar las condiciones médicas subyacentes que pueden conducir a síntomas vulvares. Por ejemplo, la diabetes mellitus (DM) puede estar asociada con prurito vulvar o dolor vulvar como consecuencia de la candidiasis vulvovaginal; o, en casos avanzados, como resultado de dolor neuropático diabético. Los niveles séricos elevados de sales biliares, como en estasis biliar o cirrosis biliar primaria, pueden causar prurito vulvar. Trastornos hematológicos tales

como policitemia o linfoma pueden estar asociados con prurito sistémico, que se manifiesta en la vulva, así como en otros lugares. Se debe revisar una historia completa de las posibles causas de la irritación vulvar, incluyendo el uso de cremas, polvos, jabones, ropa interior sintética y técnicas de limpieza. La evaluación del cumplimiento de las prescripciones anteriores puede ayudar a determinar si el fracaso de los tratamientos anteriores es atribuible a un diagnóstico incorrecto o a un tratamiento inadecuado. Los pacientes a veces se abstienen del uso de esteroides tópicos que se les prescriben para el tratamiento de la enfermedad vulvar porque leen en el medicamento la información sobre los efectos secundarios. Ejemplos típicos de los medicamentos que los pacientes dudan de consumir son los esteroides tópicos o sistémicos potentes como propionato clobetasona (Dermatovate) y antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina. Se debe obtener la información relativa a infecciones previas. La actividad sexual, aunque un tema íntimo, necesita evaluación. El uso de productos de higiene femenina (por ejemplo, las duchas vaginales, jabones, perfumes) y los medicamentos vaginales (por ejemplo, pesarios, diafragmas), píldoras anticonceptivas y los antibióticos orales pueden alterar la flora vaginal normal. Cubriendo las prendas hechas de telas sintéticas que retienen el calor y la humedad se pueden exacerbar los síntomas vulvovaginales.

- Investigación activa sobre el dolor vulvar, secreción y prurito, ya que los pacientes pueden no revelar estos asuntos íntimos.
- Un examen físico incluye la inspección de todas las superficies mucosas y de la piel, ya que muchas enfermedades de la piel, tales como psoriasis, dermatitis seborreica, pénfigo y liquen plano afectan a la vulva.
- Un examen vaginal incluyendo la evaluación de las propiedades físicas, químicas y microbiológicas de flujo vaginal. La región perianal debe ser inspeccionada, muchos trastornos vulvares afectan a la vagina.

- Examen de la vulva, aunque el examen de la vulva y vagina se completa con la lupa, se prefiere un examen colposcópico o "vulvoscopy", "vaginoscopia", especialmente si requiere tomarse biopsia. La evaluación de la región perianal y anal, con "anoscopy" también es importante.
- Obtener pruebas de laboratorio, cultivos para bacterias, hongos o virales, frotis y muestras para análisis molecular. Se puede requerir preparación en fresco vaginal y la determinación del DNA del virus del papiloma humano (VPH).
- Se realiza biopsia libremente de cualquier lesión sospechosa, ya que en la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos histopatológicos. Otra razón para la obtención de una biopsia vulvar es que en el ambiente húmedo y cálido de la vulva, varias lesiones, tales como psoriasis, pueden ser distintas de la lesión habitual que se podría encontrar en una piel seca: la lesión pierde la escara típica y se presenta como una mancha roja. Por lo tanto, la biopsia vulvar es casi un requisito universal. Aparte de la interpretación histopatológica plana, la biopsia debe ser examinada por inmunofluorescencia, inmunotinción y, a veces, por estudios moleculares.

INTERPRETACIÓN DE LA MORFOLOGÍA DE LA LESIÓN

Dos pasos son importantes en el proceso de interpretación de lesiones vulvares y vaginales:

1. Utilizar la terminología de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical¹ (IFCPC) (ver tablas 1-3), se evalúa el tipo de lesión (es decir, parche) y color (es decir, blanco). Determinar la morfología secundaria que se aplica (es decir, liquenificación). La terminología de la IFCPC es una ayuda para el reconocimiento de patrones.
2. A continuación, para obtener un diagnóstico diferencial para el trastorno, utilice la clasificación de la ISSVD² (ver tabla 4) para las posibles causas particulares de un tipo de lesión, color y morfología

¹ Full Professor at Bar-Ilan University Faculty of Medicine. Editor-in-Chief, Journal of Lower Genital Tract Disease. Past Associate Dean, Bar-Ilan University Faculty of Medicine. Past Chairman, Obstetrics & Gynecology Department, Galilee Medical Center, Nahariya, Israel. Chairman of ISSVD Terminology Committee. Past President ISSVD. Past Chairman of IFCPC Terminology Committee. Author of the book: "Vulvar Diseases-Breaking the Myths". Publisher: Springer Nature. Recipient of the "Distinguished Scientific Award"- highest scientific honor of the ASCCP. Honorary Professor of Buenos Aires University School of Medicine.

secundaria, es decir, (liquen escleroso). Tenga en cuenta que en la clasificación ISSVD, un trastorno puede aparecer más de una vez, de acuerdo con su tipo, color, o la morfología secundaria.

Un ejemplo de la utilidad de este enfoque es determinar si una lesión es una erosión (ver figura 1) o úlcera (ver figura 2). La terminología de la IFCPC (ver tabla 3) define una erosión como: "Un defecto superficial en la superficie de la piel; ausencia de algunas, o toda, la epidermis hacia abajo de la membrana basal; la dermis está intacta", mientras que una úlcera se define como "un defecto en profundidad; ausencia de epidermis y alguna, o toda, la dermis". Si determinamos si una lesión es la erosión, la clasificación de la ISSVD (ver tabla 4) nos dirigirá a los diagnósticos posibles, una de ellas es la excoriación. En la figura 1, el fondo de una mancha blanca se diagnostica mediante el mismo método para ser liquen escleroso; así que obviamente, estas excoriaciones vienen de rascarse una lesión pruriginosa. Mientras que si mediante el uso de la terminología IFCPC se determinó que la lesión es una úlcera como en la figura 2, la clasificación de la ISSVD de úlceras nos dirige a los diagnósticos posibles, siendo uno de ellos la enfermedad de Bechet.

PRINCIPIOS DE LA OBTENCIÓN DE UNA BIOPSIA VULVAR

Una muestra satisfactoria del grosor completo de la piel y el tumor se puede obtener con una biopsia en sacabocados dermatológico bajo anestesia local. Muchos expertos en vulva procuran no comprimir la muestra de tejido a fin de preservar la morfología y el nivel de orientación original de la lesión. La inclusión de los márgenes de la lesión ayuda a identificar las características anormales. Esto también es importante en caso de una úlcera, como su centro puede ser necrótico y no explicativo. No se requiere hospitalización en la mayoría de los casos. La hemorragia se controla por presión local, aplicación de nitrato de plata o, en casos raros, mediante la aplicación de un punto de sutura.



Fig. 1. Las erosiones en una mancha blanca: excoriaciones en un paciente con liquen escleroso.



Fig. 2. Úlcera en paciente con enfermedad de Bechet.

Tabla 1. Terminología clínica/colposcópica de la IFCPC¹ 2011 (incluyendo año).

Sección	Patrones		
Definiciones básicas	Estructuras varias: uretra, apertura del conducto de Skene, clítoris, prepucio, frenillo, pubis, labios mayores, labios menores, surco interlabial, vestíbulo, apertura de los conductos vestibulares, apertura del conducto de Bartholin, himen, periné, ano, unión escamocolumnar anal (línea dentada).		
	Composición: epitelio escamoso con pelo/sin pelo, mucosa.		
Hallazgos normales	Micropapilomatosis de la mucosa, glándulas sebáceas (puntos de Fordyce), enrojecimiento vestibular.		
Hallazgos anormales	Principios generales: tamaño en centímetros, localización.		
	Tipo de lesión: <ul style="list-style-type: none"> Mácula Mancha Pápula Placa Nódulo Quiste Vesícula Bula Pústula 	Color de la lesión: <ul style="list-style-type: none"> Color de la piel Roja Blanca Oscura 	Morfología secundaria: <ul style="list-style-type: none"> Eccema Liquenificación Excoriación Púrpura Cicatrices Úlcera Erosión Fisura Verruga
Hallazgos misceláneos	<ul style="list-style-type: none"> Trauma Malformación 		
Sospecha de malignidad	Neoplasia gruesa, ulceración, necrosis, hemorragia, lesión exofítica, hiperqueratosis; con y sin decoloración blanca, gris, roja o café.		
Anormalidades colposcópicas/ otros hallazgos en la magnificación	Epitelio acetoblanco, puntilleo, vasos atípicos, superficies irregulares.		
	Unión escamo-columnar (nota: localización a través de la línea dentada).		

Tabla 2. Definiciones de los tipos de lesiones primarias por la terminología IFCPC² 2011.

Término	Definición
Mancha	Cambio de color en un área pequeña (<1.5 cm), sin elevación ni palpación de sustancia.
Parche	Cambio de color en un área grande (> 1.5 cm), sin elevación ni palpación de sustancia.
Pápula	Lesión pequeña palpable y elevada (< 1.5 cm).
Placa	Lesión grande (>1.5 cm), elevada, palpable y plana.
Nódulo	Pápula grande (>1.5 cm); a menudo hemiesférica o pobremente marginada; puede estar localizada en la superficie, dentro o debajo de la piel; pueden ser quísticas o sólidas.
Vesícula	Saco pequeño (< 0.5 cm); ámpula llena de líquido; el fluido debe ser claro (saco: una elevación llena de líquido en la piel o mucosa).
Bula	Saco grande (> 0.5 cm) lleno de líquido; el fluido debe ser claro.
Pústula	Saco lleno de pus; el fluido es blanco o amarillo.

Tabla 3. Definiciones de la morfología secundaria por la terminología IFCPC² 2011.

Término	Definición
Eccema	Un grupo de enfermedades inflamatorias que se caracterizan clínicamente por la presencia de irritación o picazón, placas aisladas o rojas, menor evidencia de microvesiculación y/o, más frecuentemente, interrupción superficial.
Liquenificación	Engrosamiento del tejido con mayor prominencia de las marcas en piel. Las escaras pueden o no ser detectables en la liquenificación vulvar. La liquenificación puede ser de color rojo brillante u oscura o blanca o en la apariencia de color de la piel.
Excoriación	Interrupción en la superficie (en particular, excoriaciones) se produce como consecuencia del "ciclo comezón-rascado".
Erosión	Defecto superficial en la superficie de la piel; ausencia de alguna, o toda, la epidermis hacia abajo de la membrana basal; la dermis está intacta.
Fisura	Erosión fina, de superficie lineal de la piel.
Úlcera	Defecto más profundo; ausencia de la epidermis y de alguna o la totalidad de la dermis.

Tabla 4. Clasificación clínica de los desórdenes dermatológicos de la vulva² 2011 ISSVD.

1) Lesiones del color de la piel
A. Nódulos y pápulas del color de la piel
1. Papilomatosis del vestíbulo y parte media de labios menores (hallazgos normales, sin enfermedad)
2. Molusco contagioso
3. Verrugas (por infección de VPH)
4. Cicatriz
5. Neoplasia intraepitelial de la vulva
6. De la piel (acrocordón, pólipo fibroepitelial)
7. Nevos (tipo intradérmico)
8. Quiste mucinoso del vestíbulo parte media de labios menores (puede ser de color amarillo)
9. Quiste epidérmico (quiste epidermoide y epitelial)
10. Tumor similar a la glándula mamaria (hidradenoma papilífero)
11. Tumor o quiste de la glándula de Bartholin
12. Siringoma
13. Carcinoma de células basales
B. Placas color de la piel
1. Liquen simple crónico y otras enfermedades liquenificadas (estas definiciones se discuten los términos relaciones con enfermedades eccematosas y liquenificadas)
2. Neoplasia intraepitelial de la vulva
2) Lesiones rojas: parches y placas
A. Enfermedades eccematosas y liquenificadas (estas definiciones se discuten en los términos relacionados con enfermedades eccematosas y liquenificadas)
1. Dermatitis de contacto alérgica
2. Dermatitis de contacto irritante
3. Dermatitis atópica (raramente vista como presentación en la vulva)
4. Cambios eccematosas sobrepuestas en otros desórdenes de la vulva
5. Enfermedades clínicamente simuladoras de enfermedades eccematosas (candidiasis, enfermedad de Hailey-Hailey, y enfermedad extramamaria de Paget)
6. Liquen simple crónico (liquenificación con o sin lesiones de la piel previas)
7. Liquenificación sobrepuesta o subyacentes a enfermedades pruriginosas previas
B. Parches o placas rojas (sin ruptura epitelial)
1. Candidiasis
2. Psoriasis
3. Neoplasia intraepitelial vulvar
4. Liquen plano
5. Vulvitis de células plasmáticas (Zoon)
6. Infección bacteriana de tejidos blandos (celulitis y fascitis necrotizante temprana)
7. Enfermedad extramamaria de Paget
3) Lesiones Rojas: pápulas y nódulos
A. Pápulas rojas
1. Foliculitis
2. Verruga (por infección por VPH)

3. Angioqueratoma
4. Molusco contagioso (inflamado)
5. Hidradenitis supurativa (lesión temprana)
6. Enfermedad de Hailey-Hailey
B. Nódulos Rojos
1. Furunculosis
2. Verruga (por infección por VPH)
3. Prurigo nodular
4. Neoplasia intraepitelial vulvar
5. Molusco contagioso (inflamado)
6. Prolapso o carúncula uretral
7. Hidradenitis supurativa
8. Adenoma relacionado con la glándula mamaria (hidradenoma papilífero)
9. Quiste epidérmico inflamado
10. Absceso del conducto de Bartholin
11. Carcinoma de células escamosas
12. Melanoma (tipo amelanótico)
4) Lesiones Blancas
A. Pápulas y nódulos blancos
1. Puntos de Fordyce (hallazgo normal; al mismo tiempo pueden tener color amarillo)
2. Molusco contagioso
3. Verruga
4. Cicatriz
5. Neoplasia intraepitelial vulvar
6. Carcinoma de células escamosas
7. Milio
8. Quiste epidérmico
9. Enfermedad de Hailey-Hailey
B. Parches y placas blancas
1. Vitiligo
2. Liquen escleroso
3. Hipopigmentación postinflamación
4. Enfermedades liquenificadas (cuando la superficie está húmeda ver las definiciones en la discusión de los términos relacionados con enfermedades eccematosas y liquenificadas)
5. Liquen plano
6. Neoplasia intraepitelial vulvar
7. Carcinoma de células escamosas
5) Lesiones de color oscuro (café, azul, gris o negro)
A. Parches de color oscuro
1. Nevo melanocítico
2. Melanosis vulvar (lentiginosis vulvar)
3. Hiperpigmentación postinflamatoria
4. Liquen plano
5. Acantosis nigricans
6. Melanoma <i>in situ</i>
B. Pápulas y nódulos de color oscuro
1. Nevo melanocítico (incluidos aquellos clínicamente y/o histopatológica de atipia)
2. Verrugas (por infección de VPH)
3. Neoplasia intraepitelial vulvar
4. Queratosis seborreica
5. Angioqueratoma (angiomacapilar, angioma cereza)
6. Adenoma similar a la glándula mamaria (hidradenoma papilífero)

7. Melanoma
6) Ampollas
A. Vesículas y bula
1. Infección por herpes virus (herpes virus simple, herpes zoster)
2. Eccema agudo (ver definiciones en la discusión de términos relacionados con enfermedades eccematosas y liquenificadas)
3. Liquen buloso o escleroso
4. Linfangioma circunscrito (linfangiectasia)
5. Desórdenes ampollas inmunes (penfigoide cicatricial, erupción fija por medicamentos, síndrome de Steven-Johnson, pénfigo)
B. Pústulas
1. Candidiasis (candidosis)
2. Foliculitis
7) Úlceras y erosiones
A. Erosiones
1. Excoriaciones (ver los desórdenes en el grupo 2A)
2. Liquen plano erosivo
3. Fisuras del tejido normal (idiopática, relacionada con el coito)
4. Fisuras relacionadas con tejidos anormales (candidiasis, liquen simple crónico, psoriasis, enfermedad de Crohn, etc.)
5. Neoplasia intraepitelial vulvar, variante erosionada
6. Ruptura de vesículas, bula y pústulas (ver todos los desórdenes en la lista del grupo de ampollas 6')
7. Enfermedad de Paget Extramamaria
B. Úlceras
1. Excoriaciones (relacionada con el eccema, liquen simple crónico)
2. Úlcera aftosa (aftas menores), aftas mayores, úlcera de Lipschultz (ocurre en procesos idiopáticos o secundarios a otras enfermedades como de Crohn, Behcet, varias infecciones virales)
3. Enfermedad de Crohn
4. Infección de Herpes virus (particularmente en pacientes con inmunosupresión)
5. Carcinoma de células escamosas ulcerado
6. Sífilis Primaria (chancro)
8) Edema (genital difuso con hinchazón)
A. Edema color de la piel
1. Enfermedad de Crohn
2. Anormalidades linfáticas idiopáticas (enfermedad congénita de Milroy)
3. Post-radioterapia y quirúrgica con obstrucción linfática
4. Edema Post-infección (especialmente en celulitis por estafilococos)
5. Edema Post-inflamatorio (especialmente en hidradenitis supurativa)
B. Edema rosa o rojo
1. Obstrucción venosa (por ejemplo, durante el embarazo o puerperio)
2. Celulitis (primaria o sobrepuesta en alrededor del edema existente)
3. Quiste, absceso o inflamación del conducto de Bartholin
4. Enfermedad de Crohn
5. Edema leve de la vulva puede ocurrir con cualquier enfermedad o inflamación de la vulvar

REFERENCIAS

- Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK; Nomenclature Committee of International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16:290-5.
- Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD Terminology and Classification of Vulvar Dermatological Disorders: An Approach to Clinical Diagnoses. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16:339-44.

Lesiones vulvares, evaluación diagnóstica

Víctor Manuel Vargas Hernández,¹ Clemente Alejandro Moreno Collado²

RESUMEN

La historia clínica completa, en pacientes con lesiones vulvares, el interrogatorio sobre la presencia de lesiones no vulvares, el cuidado normal de la piel y las rutinas de higiene son información sugerente de enfermedad sistémica más que una enfermedad vulvar primaria o exógena en lugar de origen endógeno. La vagina, cuello uterino, ojos, boca, fosas nasales y regiones intertriginosas deben examinarse cuando el diagnóstico es incierto, pues debido a las lesiones vulvares pueden ser una manifestación atípica o típica de una enfermedad extendida, y el reconocimiento de la participación en otros sitios ayuda al diagnóstico. La mayoría de HSIL de la vulva son multifocales y están situadas en la piel sin pelo de la vulva. Las lesiones son a menudo elevadas o verrugosa y blancas, pero el color puede ser rojo, rosa, gris o marrón. Lesiones maculares se producen principalmente en las superficies mucosas adyacentes. La colposcopia ayuda a definir el grado de la enfermedad vulvar y guía la toma de la biopsia, cuando se requiere. Debido a la alta prevalencia de lesiones sincrónicas multicéntricas o intraepiteliales vulvares metacrónicas, la evaluación colposcópica completa de todo el GTI y el área perianal está indicada en todo paciente con VIN. Las indicaciones para la biopsia de vulva son las lesiones clínicamente sospechosas de malignidad que se presentan con asimetría, bordes irregulares, variación de color, cambio rápido, hemorragia o úlceras que no cicatrizan; incapacidad de hacer un diagnóstico mediante inspección visual y otros métodos no invasivos y falta de resolución de la lesión después del tratamiento estándar.

Palabras clave: sincrónica, multicéntrico, lesiones metacrónicas, piel, biopsia

ABSTRACT

The complete clinical history, in patients with vulvar lesions; questioning about the presence of non-vulvar lesions, normal skin care and hygiene routines; It is information suggestive of systemic disease rather than a primary or exogenous vulvar disease rather than endogenous origin. The vagina, cervix, eyes, mouth, nasal passages, and intertriginous regions should be examined when the diagnosis is uncertain because vulvar lesions may be an atypical or typical manifestation of widespread disease, and recognition of involvement at other sites helps. to the diagnosis. Most HSIL of the vulva are multifocal and located in the hairless skin of the vulva. The lesions are often raised or warty and white, but the color may be red, pink, gray or brown. Macular lesions occur mainly on adjacent mucosal surfaces. Colposcopy helps define the degree of vulvar disease and guides the taking of the biopsy, when required. Due to the high prevalence of synchronous multicentric or metachronous vulvar intraepithelial lesions, complete colposcopic evaluation of the entire GTI and perianal area is indicated in all patients with VIN. Indications for vulvar biopsy; They are lesions clinically suspicious of malignancy that present with asymmetry, irregular edges, color variation, rapid change, hemorrhage or ulcers that do not heal; inability to make a diagnosis by visual inspection and other non-invasive methods and failure to resolve the lesion after standard treatment.

Key words: synchronous, multicentric, metachronous lesions, skin, biopsy

¹ Academia Mexicana de Cirugía. Academia Nacional de Medicina de México. Clínica de Salud Femenina.

² Médico especialista en Dermatología. Academia Mexicana de Cirugía. Centro Médico ABC. Médico Cirujano en la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea especializado en Dermatología en el Consejo Mexicano de Dermatología.

INTRODUCCIÓN

La patología de la vulva tiene un amplio espectro en el desarrollo de lesiones benignas, premalignas y malignas. El reto para el clínico es diferenciar entre las variantes normales, hallazgos benignos, premalignos y cáncer.¹

HISTORIA CLÍNICA

Idealmente, se obtiene la historia clínica previo a la exploración física general. Durante el interrogatorio ayuda a identificar las causas de la lesión y a excluir otros problemas en la vulva; incluyendo, sospechar de una enfermedad sistémica en lugar de una alteración en la vulva de localización primaria; dermatitis o infecciones como causa etiológica de la lesión. El interrogatorio debe consistir en una serie de preguntas como:

- ¿Cuánto tiempo ha estado presente la lesión?
- ¿Fue la presentación súbita o gradual?
- ¿Podría estar relacionada con traumatismo u otro detonador?
- ¿Cómo se veía la lesión cuando apareció por primera vez?
- ¿Es diferente ahora?
- ¿Se aparece y desaparece?
- ¿Cuáles son los síntomas asociados con la lesión: picazón, ardor, dolor, hemorragia y flujo o descarga?
- ¿Mejora sin nada o se exacerban los síntomas?
- ¿Tiene otros síntomas no-vulvares, como fiebre, síntomas del tracto urinario o síntomas intestinales, hemorragia uterina anormal, pérdida de peso o dolor en las articulaciones?
- ¿Tiene otras lesiones en la piel, cavidad oral, vaginal o anal?
- ¿Tiene incontinencia urinaria o fecal? ¿Qué causa irritación vulvar?
- ¿Algún familiar tiene antecedentes de enfermedad vulvar? Los factores genéticos juegan un papel en algunos trastornos que afectan a la vulva, como la psoriasis, liquen escleroso e hidradenitis supurativa.
- ¿Cuáles son sus rutinas normales de cuidado de la piel e higiene?
- ¿Utiliza toallas faciales para limpiar?
- ¿Qué tipo de limpiador y cómo se utiliza y con qué frecuencia?
- ¿Usted usa duchas vaginales o toallitas desmaquillantes?

¿Utiliza aerosoles de higiene femenina, toallas sanitarias, tampones o lubricantes para actividades sexuales? Las mujeres a menudo consideran erróneamente sus prácticas personales como seguras, porque las han usado durante mucho tiempo.

¿Ha tenido algún cambio reciente en los medicamentos, productos de cuidado personal (por ejemplo, desodorantes, perfumes, detergentes, suavizantes, jabones, lubricantes, cremas hidratantes) o exposiciones ocupacionales o recreativas?

¿Usted viajaba antes de desarrollar la lesión? Los antecedentes de viajes al extranjero agrandan un diagnóstico diferencial de las enfermedades infecciosas.

¿Ha tenido un cambio de pareja sexual, sugerir una infección de transmisión sexual (ITS)?

¿Qué tratamientos ha usado (remedios caseros, con receta y productos de venta libre, drogas)?

¿Qué respuesta tuvo con estos tratamientos?

El médico también debe evaluar el impacto de las actividades sexuales en su vida. Él o ella deben obtener la documentación de los estudios de laboratorio, resultados de la biopsia y tratamientos de los médicos anteriores.¹

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se realiza estando la paciente confortable durante la exploración física de los genitales, incluyendo la presencia de una asistente (para ayudar con la visualización de la vulva) y hablando con la paciente durante el examen. Es útil tener un espejo disponible para que la paciente ayude a identificar lo referente a la lesión; al término de la exploración, las pacientes se visten antes de discutir los resultados y plan de manejo.

Vulva

Toda la vulva y los genitales externos (figura 1) deben ser examinados bajo una buena luz blanca. Los labios se separan y examinan con cuidado para evitar lesiones ocultas en la piel redundante o pelo perdido. Las siguientes características de la lesión vulvar deben ser evaluadas, y orientan el diagnóstico diferencial, con la magnificación (lente de aumento o lupa, colposcopio, u otras formas de ampliación son útiles)¹ para estudiar:

- Morfología de la lesión (por ejemplo, mácula, pápula, parche, nódulos, úlceras, tumores, placa, vesícula, bulla, pústulas, quistes) (tabla 1).
- Tamaño y forma de las lesiones individuales.
- Bordes bien demarcados o mal definidos.
- Número, localización y distribución de múltiples lesiones (por ejemplo, dispersos, agrupados, lineal, etc.).
- Color.
- La consistencia y sensibilidad (exquisita, suavidad, grosor, agrupada o fluctuante, dura).
- Presencia de cambios secundarios (excoriación, liquenificación, edema, elevada, cubierta, fisura, erosión, hemorragia, hipo/hiperpigmentación, atrofia, cicatrices).
- La inflamación aguda (edema, dolor, eritema).¹



Fig. 1. Vulva.

Definiciones morfológicas de las lesiones vulvares mucocutáneas

Morfología	Definición
Mácula	Pequeña (<1 cm) del área de cambio de color; sin elevación y no palpable.
Parche	Grande (> 1 cm) del área de cambio de color; sin elevación y no palpable.
Pápula	Pequeña (<1 cm) lesión palpable.
Nódulo	Grande (> 1 cm) lesión palpable; por lo general en forma de cúpula; los márgenes pueden ser distintos (agudo) o pendiente de hombros.
La placa	Grande (> 1 cm) lesión plana y palpable.
Vesícula	Pequeño (<1 cm) ampolla llena de líquido; líquido claro.
Bulla	Grande (> 1 cm) ampolla llena de líquido; líquido claro.
Pústula	Pequeña o grande ampolla llena de pus; líquido blanco o amarillo.
Quiste	Pequeña o grande de nódulos con cavidad central revestidas de epitelio que contiene sólido, semisólido o material lleno de líquido.

La **erosión superficial** es un defecto limitado a la epidermis; la base del defecto puede ser rojo o estar cubierto por una costra amarilla. Las erosiones sanan sin dejar cicatriz.

Úlcera profunda defecto a través de la dermis; la base puede ser de color rojo o estar cubierta por una costra amarilla, azul o negra. Las úlceras sanan dejando cicatrices.

Fisura fina (<2 mm de ancho), la erosión lineal es a través de la epidermis.

Grado de queratinización gris o plata en la superficie del tejido que se convierten en blanco cuando está húmedo; por lo general se siente áspera a la palpación.

Corteza amarilla, erosiones materiales granulares que recubre; se desarrolla debido a la soli-

dificación de las proteínas del plasma cuando el componente de agua del plasma se evapora; las costras que recubren las úlceras pueden ser de color azul o negro debido al pigmento de hemosiderina.

Excoriación lineal o erosiones angulares debido al rascado.

Placas de color piel con marcas de la piel exageradas debido a la fricción crónica roja o liquenificación; son excoriaciones y, por lo general, también están presentes. La superficie puede ser de color blanco cuando está húmedo.

Eczema eritematoso, parches marginados y placas que demuestran liquenificación y/o evidencia de alteración epitelial, tales como erosiones o capsulares.¹

Examen físico integral

El ano, vagina, cuello uterino, regiones intertriginosas, ojos, boca y fosas nasales son examinados cuando el diagnóstico es incierto debido a que las lesiones vulvares son una manifestación atípica o típica de una enfermedad extendida, y el reconocimiento en otros sitios afectados ayuda al diagnóstico. Por ejemplo, el liquen plano afecta la vulva, vagina y boca. Las aftas se ven en la boca y genitales. En mujeres con vulvovaginitis por candida, las fisuras y eritema implican al surco interlabial y muslos¹ (foto 1).



Foto 1. Mujer con vulvovaginitis por candida, que presenta fisuras y eritema implicando al surco interlabial y muslos.

Existen varios tipos de espéculos disponibles para la exploración vaginal. Los dos tipos princi-

pales son el de Pederson (hoja estrecha) y Graves (patilla ancha) (foto 2).



Foto 2. Los dos tipos principales son el de Pederson (hoja estrecha) y Graves (patilla ancha).

Un espéculo Pederson pediátrico es necesario en pacientes con dolor, cicatrices o escozor vaginal. Cada tipo de espéculo tiene opciones de acuerdo con el tamaño para la inspección visual: la apertura estándar es de un ancho de 30 a 40 mm, o apertura plena de 70 mm. Aunque los tamaños más grandes proporcionan una mejor visualización, también son incómodos para las pacientes. Alternativas para mejorar la visualización incluyen el uso de un espéculo abierto por un lado, un espéculo estilo Guttman, que funciona sin una cuchilla superior o un espéculo plástico transparente para una visibilidad de 360°. Calentando el espéculo a la temperatura corporal y el uso de lubricante con agua o pequeñas cantidades de lubricante mejoran la comodidad del paciente. Los ganglios linfáticos regionales deben palparse para identificar linfadenopatías, lo que indica una infección o malignidad. Si se observan moretones o laceraciones, deben ser considerados violencia de la pareja, el abuso o la agresión sexual.¹

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES

Evaluación para la infección

Un pH vaginal y muestra en fresco son útiles en pacientes con flujo vaginal para evaluar infecciones, como candida y tricomonas, que causan eritema vulvar. La solución salina para preparación

de la muestra, el pH vaginal y la prueba de olor a aminas (olor a pescado) son métodos rápidos, de bajo costo para evaluar el flujo vaginal, que puede ser la fuente de irritación vulvar. Una muestra con hidróxido de potasio (KOH) se utiliza para detectar elementos de hongos en la piel de la vulva (foto 3).¹

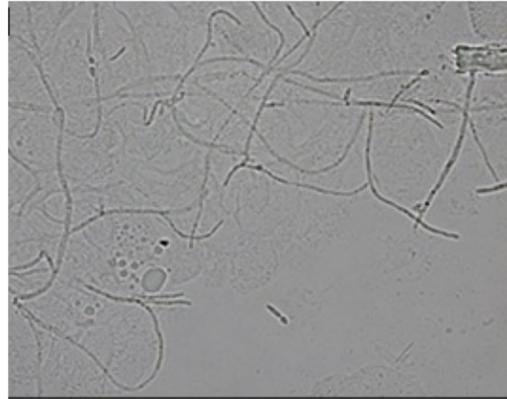


Foto 3. Muestra con hidróxido de potasio (KOH) se utiliza para detectar elementos de hongos en la piel de la vulva.

Las úlceras vulvares se presentan en ciertas ITS. El herpes genital se ha considerado tradicionalmente una ITS ulcerosa, que más a menudo se presenta como una erosión. Las infecciones de herpes son frecuentemente asociadas con úlceras en mujeres inmunosuprimidas. Otras ITS ulcerativas incluyen la sífilis, chancroide (rara). Los cultivos bacterianos de la vulva se reservan para pacientes en las que existe sospecha clínica de infección bacteriana.¹

Evaluación para la dermatitis

El diagnóstico de dermatitis atópica o de contacto en la vulva usualmente es clínico, se da con base en los síntomas característicos, antecedentes personales o familiares de atopia e historia personal de exposición de la vulva a medicamentos, perfumes u otros productos químicos. En los casos dudosos o que no responden al tratamiento, las pruebas y/o biopsia son necesarios para identificar el alérgeno, sustancia irritante o dermatosis subyacente.¹

Evaluación para la neoplasia intraepitelial de la vulva (VIN) y cáncer de vulva

La mayoría de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) de la vulva, conocida como neoplasia intraepitelial de vulva (VIN), son multifocales y están situadas en la piel sin pelo de la vulva.² Las lesiones son a menudo elevadas o verrugosa y blancas, pero el color puede ser rojo, rosa, gris o marrón (fotos 4,5 y 6).

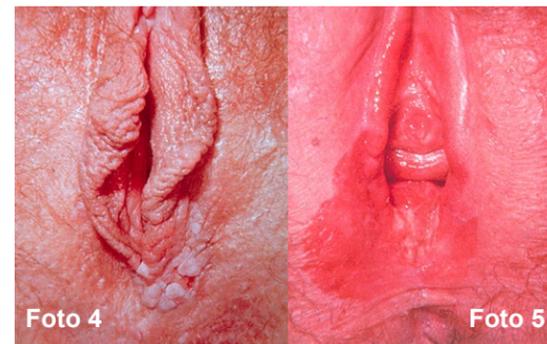


Foto 4

Foto 5



Foto 6

Las lesiones son a menudo elevadas o verrugosa y blancas (foto 4), pero el color puede ser rojo (foto 5), rosa, gris o marrón (foto 6).

Las lesiones maculares se producen principalmente en las superficies mucosas adyacentes. No existe apariencia clínica patognomónica y estos patrones se ven en la misma paciente. Además, el liquen escleroso, liquen plano, condiloma acuminado y condiloma lata simulan una HSIL de la vulva y la biopsia generalmente se requiere para el diagnóstico. La citología vulvar no se realiza debido a la pobre correlación con el diagnóstico histopatológico de los tejidos.³

Vulvoscopía

La vulvoscopía (foto 7) identifica a la HSIL de la vulva asintomática no vista en la exploración física y ayuda a definir el alcance de la enfermedad y guiar la biopsia.



Foto 7. La colposcopia identifica a la HSIL de la vulva asintomática.

Debido a la alta prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) sincrónicas o metacrónicas, multicéntricas, la colposcopia integral de la totalidad del tracto genital inferior (TGI) y área perianal está indicada en todo paciente con VIN. En pacientes en los que al médico le preocupa la HSIL de la vulva, la aplicación de ácido acético al 3 a 5% durante tres a cinco minutos destacará áreas (aceoblanco) que representan HSIL de la vulva, verrugas genitales (VG), hiperqueratosis o cáncer. Esto es útil para la biopsia dirigida por colposcopia y también para la elección de los sitios de biopsia realizados bajo visualización directa.¹

El uso de biopsia

Una o más biopsias vulvares se deben realizar en las siguientes condiciones, cuando las lesiones son clínicamente sospechosas de malignidad: asimetría, bordes irregulares, variación de color, cambios morfológicos rápidos, hemorragia o úlceras que no cicatrizan. También si un diagnóstico no se hace con confianza mediante inspección visual y otros métodos no invasivos o si la lesión no se resuelve después del manejo estándar.

Para hacer frente a las preocupaciones de la paciente recomendamos la biopsia en mujeres que han sido tratadas para candidiasis de una manera apropiada, pero sigue teniendo cambios como prurito, eritema y de la piel. Ella puede tener dermatitis de contacto, liquen escleroso, HSIL de la vulva (o VIN), cáncer de vulva, enfermedad de Paget extramamaria, o una de muchas otras enfermedades; por lo tanto, una biopsia está indicada para el diagnóstico definitivo para dirigir terapia adicional.¹

Procedimientos

La(s) biopsia(s) de la vulva se realiza en el consultorio. Las indicaciones y procedimientos se deben discutir con la paciente. Los riesgos incluyen hemorragia, infección, cicatrices, muestra sin diagnóstico y reacción alérgica. Después de la colocación apropiada sobre la mesa del examen, el sitio seleccionado es preparado con una solución de limpieza. Uno debe evitar tomar la biopsia del clítoris, uretra o abertura anal si la biopsia puede hacerse en otro sitio debido a las molestias del paciente y el riesgo de complicaciones.

Para la comodidad de la paciente, puede colocarse un anestésico tópico (por ejemplo, 2.5% de lidocaína o 2.5% prilocaína en una base de crema) para desensibilizar la piel se utiliza antes de inyectar la anestesia. Antes de preparar la vulva, el anestésico tópico se aplica con moderación durante 15 a 20 minutos en las membranas mucosas y en la piel queratinizada (hasta 60 minutos, dependiendo del agente y la profundidad de la piel) antes de la biopsia para mayor eficacia. La eficacia se incrementa cuando se aplica bajo oclusión.¹ Después de la aplicación de un antiséptico tópico, el sitio se infiltra con 1 a 2% de

lidocaína con o sin epinefrina. La adecuada anestesia se revisa antes de proceder con la biopsia; la analgesia se consigue varios minutos antes de la vasoconstricción.^{1,4,5}

La elección del instrumento de biopsia depende de la lesión

La biopsia por raspado elimina la capa superior de la piel y se utiliza cuando la lesión es pequeña y está confinada a la epidermis. No se utiliza cuando se sospecha melanoma maligno. Una biopsia por punción extrae un pequeño bloque de tejido a una profundidad de 2-6 mm; pieza circular de la piel y se utiliza cuando todas las capas de la piel deben ser examinados (foto 8); se indica cuando el proceso patológico es dérmico o en grasa subcutánea.^{1,5}



Foto 8. Punzo de keyes para toma de biopsia por punción, extrae un pequeño bloque de tejido a una profundidad de 2-6 mm; pieza circular de la piel y se utiliza cuando todas las capas de la piel deben ser examinadas.

Unas pinzas de biopsia también se utilizan para biopsias vulvares (imagen 9). En las áreas donde el tejido es frágil y probablemente se desgarre, “la técnica de sutura, y ascenso de la lesión para su corte” es útil. Una sutura fina se coloca para levantar suavemente la piel y luego con tijera de iris o Metzenbaum se corta la base del tejido bajo la sutura. La sutura se retira entonces de la muestra de piel extirpada y la muestra se envía a patología.^{1,5}



Foto 9. La técnica de sutura y ascenso de la lesión para su corte.

La técnica de biopsia depende también de la lesión:

En lesiones pigmentadas

Lo ideal sería que lesiones pigmentadas que parecen atípicas sean completamente extirpadas para garantizar una evaluación precisa de la profundidad. Más de una biopsia por punción es necesaria para tomar muestras de forma adecuada; en una lesión grande, heterogénea, las biopsias repetidas son necesarias si las impresiones clínicas y patológicas no se correlacionan. Las biopsias se obtienen a partir de la región más gruesa de la lesión y de las áreas ulceradas del borde de la ulceración.⁵

En lesiones ampollasas

La sutura, ascenso, con técnica de corte, es ideal para la obtención de muestras de biopsia de las lesiones ulcerosas. Es importante obtener un poco de la piel normal del margen de la ampolla, en lugar de sólo la base de la ampolla.¹

Lesiones ulceradas

Una biopsia incisional se realiza cuando la ulceración es grande y sólo se muestrea una porción de la lesión; la muestra debe incluir el borde de

la úlcera. Una biopsia escisional extirpa toda la lesión, es apropiada cuando la lesión es menor de 1 cm de tamaño.

La hemostasia se consigue normalmente con agentes hemostáticos químicos (nitrato de plata, solución de Monsel [subsulfato férrico]) o cloruro de aluminio, o presión en la zona de la toma. Alternativamente, se utiliza la electrocauterización. Si la hemorragia no se controla o el defecto es grande, el sitio de la biopsia se cierra con sutura absorbible 4-0, pero los pequeños defectos secos se cicatrizan sin sutura. Después del procedimiento, se enseña a la paciente a mantener el sitio limpio y seco, se dan instrucciones de cuidado de las heridas (por ejemplo, baño de asiento), si es necesario y se revisan. La crema de petrolato se aplica a diario hasta que el sitio se cura y se evitan los apósitos.

Los informes de la biopsia vulvar son hallazgos inespecíficos. Si la biopsia no es diagnóstica y el

diagnóstico diferencial es con una lesión pre-cancerosa o cáncer se repite la biopsia.^{1,5}

El uso de formación de imágenes

Las imágenes por ultrasonido (US) o resonancia magnética (RM) se utilizan a veces para la evaluación quística y/o en lesiones subcutáneas para su documentación.⁶

Fotografía

Además de las notas escritas, la fotografía es útil para documentar objetivamente la ubicación, tamaño y características morfológicas de las lesiones vulvares; como referencias anatómicas adyacentes y/o incluir una regla para facilitar la localización de la lesión exacta y comparación clínica; las fotografías se incluyen en el expediente de la paciente o se envían a su casa como referencia para facilitar el auto-examen periódico. Alternativamente, un diagrama de la lesión se construye para grabar la apariencia de la vulva.¹

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las manchas y placas rojas en la vulva.

COMÚN	POCO COMUNES	RARO
Candidiasis Dermatitis atópica (eczema) Neurodermatitis Dermatitis de contacto irritante Psoriasis	Dermatitis de contacto alérgica Dermatitis de contacto irritante Liquen plano Tiña crural Infección estreptocócica perianal Neoplasia intraepitelial vulvar (enfermedad de Bowen)	Vulvitis de células plasmáticas Enfermedad de Paget extramamaria Enfermedad de Hailey-Hailey Tiña versicolor Pitiriasis rosada

REFERENCIAS

- Lynette J Margesson LJ, Haefner HK, Lynch PL. Vulvar lesions: Diagnostic evaluation. Literature review current through. Nov 2014. This topic last updated: Aug 28, 2014.
- Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *J Low Genit Tract Dis.* 2012; 16:205.
- Bae-Jump VL, Bauer M, Van Le L. Cytological evaluation correlates poorly with histological diagnosis of vulvar neoplasias. *J Low Genit Tract Dis.* 2007; 11:8.
- ACOG Practice Bulletin No. 93: diagnosis and management of vulvar skin disorders. *Obstet Gynecol.* 2008; 111:1243.
- Chang SD. Imaging of the vagina and vulva. *Radiol Clin North Am.* 2002; 40:637.

Dermatitis de la vulva

Víctor Manuel Vargas Hernández¹, Giselle Denise Saike²

RESUMEN

La dermatitis vulvar endógena es un trastorno atópico y la dermatitis vulvar exógena es un tipo de dermatitis de contacto causada por un irritante o alérgeno. La sintomatología más común de la dermatitis vulvar es el prurito, que es intenso y nocturno. Otros síntomas incluyen ardor, aspereza o escozor. Los signos físicos dependen de la cronicidad de la enfermedad e incluyen eritema, pápulas y liquenificación. La automedicación, frotamiento persistente, rascado debido a la irritación/prurito, y el lavado excesivo de la vulva por mujeres obsesivas por la falta de limpieza suelen agravar la dermatitis. El diagnóstico de la dermatitis vulvar endógena o exógena se hace clínicamente, con base en la sintomatología característica, antecedentes personales o familiares de atopia o personal de exposición de la vulva a medicamentos, perfumes u otros productos químicos. La infección debe ser excluida por cultivos para candidiasis, VHS (si se observan fisuras o úlceras) y posibles patógenos bacterianos. En los casos dudosos que no responden al tratamiento, las pruebas y/o biopsia son necesarias para identificar el alérgeno, sustancia irritante o dermatosis subyacente. El manejo de la dermatitis vulvar involucra cambios en los hábitos personales e higiénicos y uso de medicamentos. Una explicación de la condición, haciendo hincapié en la necesidad de un tratamiento a largo plazo con regímenes de mantenimiento y vigilancia para prevenir y diagnosticar las infecciones recurrentes por levaduras son factores importantes para el éxito. El tratamiento que no interrumpe el ciclo de comezón-rascado no dará mejoría clínica consistente y prolongada. Los baños de agua caliente alivian temporalmente las molestias vulvares;

evitar la humedad con vaselina, un antihistamínico sedante como la hidroxizina (10 mg a las 7:00 pm) ayuda a controlar la comezón y el rascado nocturno. Para las mujeres con síntomas leves, pomadas tópicas de corticosteroides de baja a mediana potencia en lugar de corticoides de alta potencia o terapia intralesional. La hidrocortisona al 1 o 2.5%, desonida 0.05%, triamcinolona 0.1% en pomada se aplica todos los días por dos a cuatro semanas, luego dos veces por semana de forma indefinida con la frecuencia mínima necesaria para controlar el prurito. Para mujeres con síntomas de moderados a graves, sugerimos pomada con corticoides de mayor potencia (por ejemplo, propionato de clobetasol o dipropionato de betametasona al 0.05%) más que los corticosteroides intralesionales. El esteroide tópico se aplica a la hora de acostarse durante 30 días. Para las mujeres en quienes corticoides de alta potencia han fracasado sugerimos una inyección intralesional de acetónido de triamcinolona en lugar de inhibidores de la calcineurina.

Palabras clave: vulva, corticosteroides, alérgenos, eritema, liquenificación

ABSTRACT

Endogenous vulvar dermatitis is an atopic disorder and exogenous vulvar dermatitis is a type of contact dermatitis caused by an irritant or allergen. The most common symptomatology of vulvar dermatitis is itching, which is intense and nocturnal. Other symptoms include burning, roughness, or stinging. Physical signs depend on the chronicity of the disease, and include erythema, papules, and lichenification. Self-medication, persistent rubbing, scratching due to irritation/

pruritus, and excessive washing of the vulva by women obsessed with lack of cleanliness often aggravate dermatitis. The diagnosis of endogenous or exogenous vulvar dermatitis is usually made clinically, based on characteristic symptomatology, personal or family history of atopy, or personal exposure of the vulva to medications, perfumes or other chemicals. Infection should be excluded by cultures for candidiasis, HSV (if fissures or ulcers are seen), and possible bacterial pathogens. In doubtful cases that do not respond to treatment, testing and/or biopsy are necessary to identify the underlying allergen, irritant substance, or dermatosis. The management of vulvar dermatitis involves changes in personal and hygienic habits and use of medications. An explanation of the condition, emphasizing the need for long-term treatment with maintenance regimens and monitoring to prevent and diagnose recurrent yeast infections are important factors for success. Treatment that does not interrupt the itch-scratch cycle will not give consistent and prolonged clinical improvement. Hot water baths temporarily relieve vulvar discomfort; Avoid moisture with Vaseline, a sedative antihistamine such as hydroxyzine (10 mg at 7:00 pm) helps control nighttime itching and scratching. For women with mild symptoms, low- to medium-potency topical corticosteroid ointments instead of high-potency corticosteroids or intralesional therapy. Hydrocortisone 1 or 2.5%, desonide 0.05%, triamcinolone 0.1% ointment is applied every day for two to four weeks, then twice a week indefinitely with the minimum frequency necessary to control pruritus.

For women with moderate to severe symptoms, we suggest higher potency corticosteroid ointment (e.g., clobetasol propionate or betamethasone dipropionate 0.05%) rather than intralesional corticosteroids. The topical steroid is applied at bedtime daily for 30 days. For women in whom high-potency corticosteroids have failed, we suggest an intralesional injection of triamcinolone acetonide instead of calcineurin inhibitors.

Key words: vulva, corticosteroids, allergens, erythema, lichenification

INTRODUCCIÓN

La dermatitis vulvar (también llamada eczema vulvar) es la dermatosis vulvar más común en mujeres. Entre un tercio a la mitad de las molestias en la vulva se derivan de este problema. Se desarrollan en forma aislada o forman parte de dermatitis en otras áreas del cuerpo. Las mujeres que hayan experimentado dermatitis vulvar, irritación crónica y/o prurito, con rascado persistente en vulva, presentan cambios histopatológicos en la dermis, denominado hiperplasia escamosa o liquen simple crónico. Existen dos tipos de dermatitis la endógena y exógena.

La dermatitis vulvar endógena –término utilizado para describir dermatitis atópica de la vulva– tiene predisposición familiar, se inicia en la infancia y se caracteriza por prurito; aunque, para algunos, en la vulva es inusual, incluso cuando no es grave ni generalizada en otro lugar, otros opinan

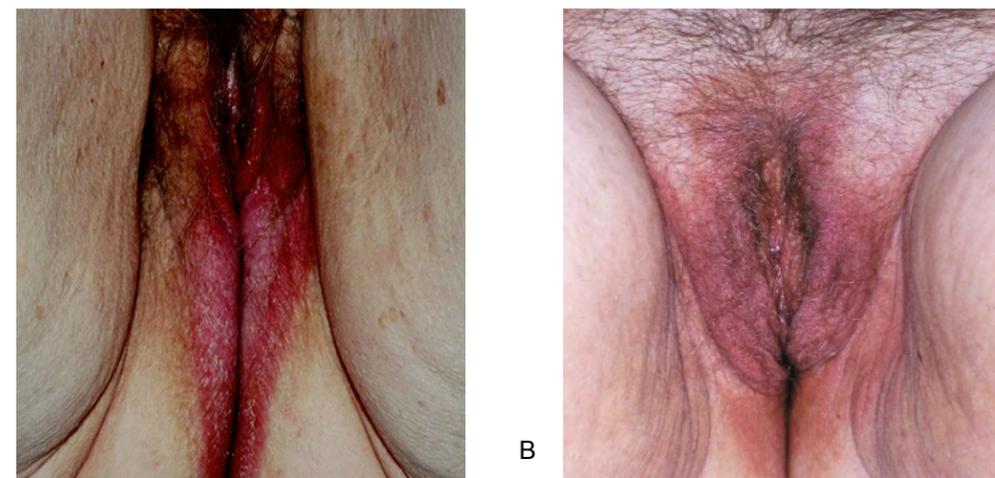


Fig. 1. Dermatitis de contacto de la vulva A y B.

¹ Academia Mexicana de Cirugía. Academia Nacional de Medicina de México. Clínica de Salud Femenina.

² Ginecóloga y obstetra. Especialista en Tracto Genital Inferior. Posgrado en Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. LinkedIn.com/in/gisele-denise-saike-3a63a81a2.

que es más frecuente de lo que previamente se ha descrito. En mujeres con dermatitis atópica en sitios periorificiales no genitales, la aparición de eritema en pliegues labiales, región perianal y entre la piel de las nalgas representa la dermatitis vulvar endógena.

La dermatitis vulvar exógena es resultado de factores externos, y se llama dermatitis de contacto (figura 1). La dermatitis alérgica de contacto representa 20%, el alérgeno (disparador) induce respuesta inmunitaria, mientras que en la dermatitis de contacto por irritación representa 80%

y el disparador (irritante) daña directamente la piel; aunque, la exposición a irritantes haya sido la causa inicial de la dermatitis, también produce sensibilización secundaria a los alérgenos.

Los agentes más comunes que causan dermatitis de contacto irritativa o alérgica en la vulva (ver tabla 1) son los componentes activos e inertes de medicamentos tópicos que ocasionan dermatitis alérgica de vulva en mujeres con síntomas persistentes; la sensibilidad al látex o proteínas del plasma seminal son causas poco frecuentes.¹⁻¹⁷

Tabla 1. Causas de dermatitis de contacto en la vulva.

Irritantes	
• Jabones, baño de burbujas, champú	• Ropa tratada químicamente, papel higiénico o agua
• Toallas sanitarias, tampones e incontinencia urinaria	• Alérgenos
• Ropa interior de fibra sintética como nylon	• Benzocaína
• Sudor, orina	• Neomicina
• Talco	• Clorhexidina (en jalea KY)
• Medicamentos en vagina o vulva	• Diamina de etileno (en la neomicina)
• Duchas vulvo-vaginales	• Perfumes
• Productos de higiene vaginal	• Propilenglicol y otros conservantes
• Productos anticonceptivos vaginales	• Imidazol
• Quemaduras por alcohol	• Látex (por ejemplo, condones, diafragma)
• Té, aceite del árbol	• Semen
• Pinetarsol	• Desinfectantes
• Alcohol	• Lanolina
• Perfumes, desodorantes	• Tintes
• Acondicionador de cabello	• Níquel

FISIOPATOLOGÍA

El tejido vulvar es el más vulnerable de la piel expuesta debido a las diferencias en la estructura, oclusión, hidratación y susceptibilidad a la fricción; principalmente a irritantes; comparada con otras regiones corporales, el estrato córneo que recubre la vulva funciona menos eficientemente como barrera, permitiendo la mayor susceptibilidad a los irritantes; con mayor respuesta al cloruro de benzalconio y ácido maleico después su aplicación a la piel vulvar normal, que cuando se aplica a la piel del antebrazo.²

La piel vulvar también es sensible a los alérgenos y una nueva exposición a éstos induce una reacción o también reaccionan a productos que han utilizado durante meses o años; contrariamente a la respuesta inmediata de los irritantes, la reacción alérgica tarda de 12 a 72 horas para desarrollarse, y es pruriginosa con varias semanas de duración. En casos agudos, la exposición ocurre hasta dos semanas antes de que se identifique la dermatitis. En casos crónicos, la dermatitis estuvo presente meses o años, y la identificación del disparador es difícil. La automedicación, fricción persistente, rascado por prurito y lavado excesivo de la vulva por mujeres temerosas de falta de limpieza agravan la dermatitis.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma más común de la dermatitis vulvar es el prurito intenso y nocturno. Otros síntomas incluyen ardor, aspereza o escozor. Son exacerbados por calor, sudor, estrés o la menstruación.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, basado en los antecedentes de irritación vulvar crónica y/o prurito causando frotamiento persistente y rascado; los antecedentes en las mujeres con molestias vulvares deben ser interrogados en relación con la historia personal o familiar de atopia, asma, rinitis, conjuntivitis o urticaria. La presencia de síntomas indicativos en la piel o en otras partes del cuerpo o prurito crónico se comprueba. Las áreas específicas se abordan con sus antecedentes personales; se pregunta cuáles son las principales molestias, el pruri-

to varía de leve a intolerable, con interferencia con el sueño u otras actividades. Cuando la dermatitis involucra otras áreas de las mucosas, la quemazón, aspereza y escozor son más comunes que el prurito, donde los síntomas se agravan a menudo durante la menstruación y el coito. Las prácticas personales de higiene (uso diario de protectores, productos de higiene femenina, toallitas para lactantes) que las mujeres consideran erróneamente seguras, ya que las han utilizado durante mucho tiempo (uso de ropa apretada, como prendas de fibras sintéticas, ropa interior como tanguitos o que no utilice interior de algodón fomentan el sudor, promueven la candidiasis e irritan la piel), así como la aplicación de medicamentos (antimicóticos) u otros agentes (anticonceptivos, jabones perfumados o desodorantes) en vulva rara vez son prácticas que las pacientes informan, sólo lo hacen cuando se les pregunta directamente. Las pacientes con dermatitis vulvar a menudo han sido tratadas sin éxito con múltiples agentes antimicóticos; además, indica que la candida no es la fuente de las molestias; estos datos ayudan a diferenciar un proceso endógeno, por ejemplo, atopia, de la inducida por un agente exógeno. Las prácticas personales de la mujer son la mejor manera de detectar los posibles irritantes y alérgenos del ambiente, así como los hábitos poco saludables para la piel de la vulva; se reporta que más de 60% de pacientes realizan prácticas adversas de higiene personal y/o auto-tratamiento cuando se les pregunta específicamente.

Exploración física

En la dermatitis vulvar aguda la piel muestra eritema variable de leve a severo con algún grado

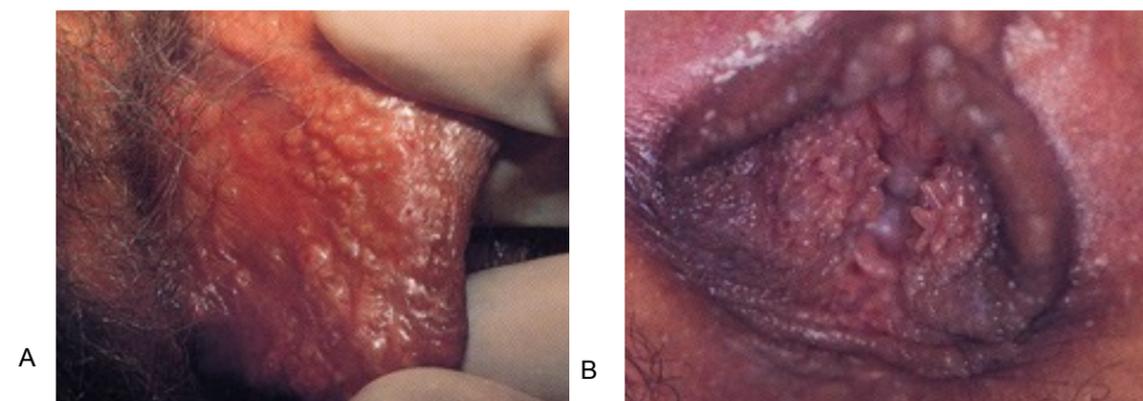


Fig. 2. (A) En el borde interior de labios menores hay formas variables de pápulas amarillas, son normales, son glándulas sebáceas hiperplásicas. (B) Papilomatosis en ambos lados del anillo himenal, son pápulas filiformes que llenan toda la zona. Ésta es la papilomatosis vulvar.

en áreas secas. Las fisuras están presentes a lo largo de los pliegues labiales. Las excoriaciones de rascado son comunes y se complican con infección secundaria con bacterias o levaduras (por ejemplo, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli*). Las costras y escamas son comúnmente observadas con dermatitis en otras partes del cuerpo, estas señales no están presentes en zonas húmedas de la vulva.³⁻¹⁷

En la dermatitis vulvar crónica, la mucosa vulvar es eritematosa y muestra papilas, signo de inflamación crónica; la papilomatosis no es causa de dolor vulvar y su origen es incierto; pueden ser variantes anatómicas normales de la mucosa vestibular o cambios postinflamatorios (figura 2).³

En respuesta a la alteración epitelial e irritación persistente, la paciente se frota crónicamente su piel, que es espesa con marcas de rayado cruzado. En última instancia, la vulva cambia de color de hipopigmentada a hiperpigmentada, y muestra hiperqueratosis (hipertrofia de la epidermis). Los pliegues labiales parecen enormemente exagerados, a menudo edematosos, con vello púbico escaso. El aspecto resultante típico es la liquenificación, que es el liquen simple crónico (hiperplasia de células escamosas), es el proceso reactivo en fase terminal producido en respuesta a la irritación crónica y rascado por cualquier causa (figura 3).

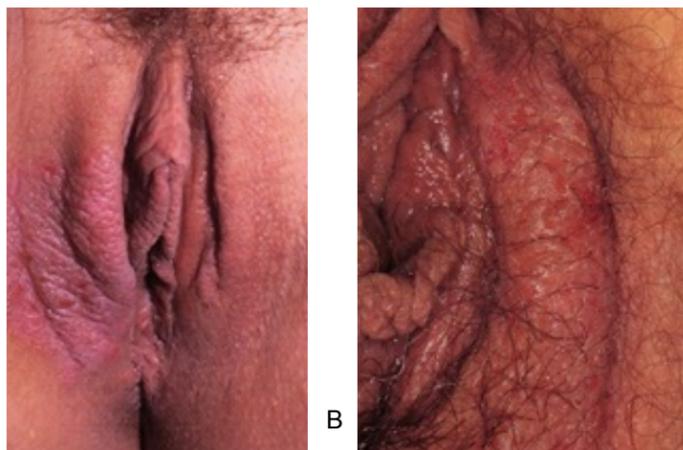


Fig. 3. Liquefacción crónica de la vulva (liquenificación de la piel por rascado crónico). **A.** Liquefacción e hinchazón en placa localizada de liquen simple crónico. **B.** Marcada liquenificación, erosiones y costras del liquen simple crónico de labios mayores

El liquen simple crónico se diagnostica cuando los hallazgos anatómicos y clínicos excluyen las causas específicas de los cambios epiteliales hiperplásicos, como liquen escleroso y plano, psoriasis, dermatosis seborreica, infección del virus del papiloma humano (VPH) e infestación por *Candida* (figura 4). La histopatología de liquen simple crónico (hiperplasia de células escamosas) consiste en el alargamiento, ampliación de las crestas epiteliales y engrosamiento irregular de la capa de Malpighi de las crestas epiteliales (acantosis), hiperqueratosis y paraqueratosis con infiltrado dérmico inflamatorio. El flujo vaginal en general no está complicado en mujeres con dermatitis vulvar.^{4,5}

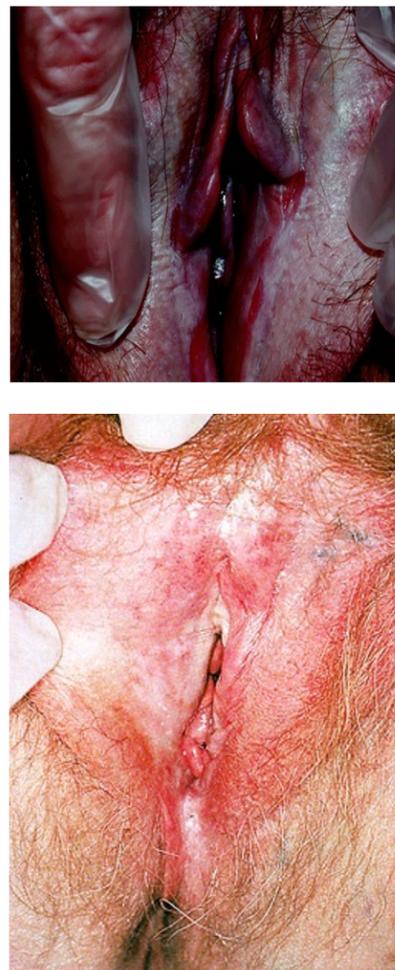


Fig. 4. Diferentes aspectos clínicos del liquen escleroso (A y B).

Prueba de parches

La prueba de parche es necesaria para distinguir entre dermatitis atópica y de contacto; la biopsia no es útil para determinar la causa de la dermatitis de contacto. La serie de pruebas estándares de parches recomendada es un grupo de medicamentos comunes, tópicos propios de la paciente, remedios populares y otros productos sospechosos, incluyendo alérgenos comunes. Las pruebas de parches positivas a sustancias relevantes ocurren en 25 a 60% de mujeres con prurito vulvar, y las pruebas cutáneas con aguja son una alternativa.^{6,7-17}

Biopsia

Se realiza cuando el diagnóstico no está determinado después de la inspección visual y el cultivo. El liquen escleroso, liquen plano, psoriasis, y la mayoría de las enfermedades primarias de la vulva, como la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) muestran características histopatológicas diferentes para establecer los diagnósticos.

Diagnóstico diferencial

Las dermatosis, infecciones y enfermedades primarias de la vulva son fuentes de molestias vulvares (tabla 2).

Tabla 2. Causas de prurito vulvovaginal.

<ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis (infecciosa o atrofica) • Dermatitis seborreica, de contacto o atópica • Psoriasis • Liquen escleroso, plano, o simple crónicos • Neoplasia intraepitelial vulvar • Cáncer de vulva • Enfermedad de Paget • Infección de la vulva (bacterianas, fúngicas, víricas) • Hidradenitis supurativa • Sarna • Pediculosis pubis • Enfermedades sistémicas con afectación vulvar • Vulvodinia • Prácticas de salud e higiene vulvar • Evite o sustituya las medias por liguetos a una altura alta del muslo o hasta la rodilla, medias altas • Ropa interior de algodón, ropa interior sintética o sin ropa interior 	<ul style="list-style-type: none"> • Pantalones justos tipo jeans o faldas, vestidos apretados o sueltos • Trajes de baño, leotardos, tangas, prendas de lycra holgada, prendas de algodón • Pantimedias, tampones o toallas de algodón • Jabones perfumados o champús de pH jabón neutro sin fragancia (por ejemplo, jabón de Neutrogena o Dove) • Baño de burbujas, bañeras de hidromasaje en la mañana y en la noche, sin aditivos y a una temperatura confortable • Detergentes perfumados detergentes sin olor • Estropajos, utilice los dedos para el lavado y no se frote en seco • Aerosoles femeninos, duchas vaginales y polvos son productos que no son necesarios y pueden ser omitidos en las prácticas personales • Artículos de tocador o WC teñidos sin colorantes • Secador de pelo para secar la piel de la vulva sin contacto vulva seco por palmaditas suaves
---	---

DERMATOSIS

La dermatitis seborreica es el resultado de la inflamación crónica en zonas del cuerpo ricas en glándulas sebáceas, como el cuero cabelludo, cara, axila, ingle y parte superior del tronco; la participación de la vulva es infrecuente. La etiología no se conoce. Las lesiones son de color rosa-naranja, tienen escamas, mal definidas y se infectan secundariamente. La psoriasis aparece como lesiones rojas brillantes, bien delimitadas que se alzan por encima de la piel normal circundante (ver figura 5). Las escamas de plata, comúnmente observadas en la psoriasis, se observan en el monte de Venus, pero no se encuentran en otra parte de la vulva.



Fig. 5. Psoriasis vulvar, se observan placas eritematosas y escamosas que afectan los labios mayores y perineo en la psoriasis inversa.

El liquen plano es la forma pápula-escamosa clásica del liquen plano que aparece como pápulas brillantes, púrpuras, a menudo en múltiples sitios

del cuerpo, especialmente superficies de flexión. Las estrías blancas se producen a veces en los aspectos internos de la vulva y las pápulas típicas se observan en la piel anogenital queratinizada. El liquen plano de las mucosas aparece blanco, inflamado o erosivo. Las lesiones erosivas son el tipo más común que ocurre en la parte interna de la vulva y vagina (ver figura 6).



Fig. 6. Liquen plano erosivo de la vulva, se observa eritema y erosiones en la mucosa labial vulvar.

El síndrome vulvo-vagina-gingival es la variante de esta enfermedad que afecta a la vagina, vulva y a la cavidad oral, simultánea o individualmente. Las lesiones vulvares son erosiones vidriosas dolorosas, mientras que en la vagina son eritematosas y friables. Las sinequias se desarrollan en vagina y llegan a obliterarlo cuando es grave.

El liquen escleroso es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica de la vulva que ocurre en mujeres de todas las edades. El prurito intenso es el síntoma predominante, aunque las mujeres pueden ser totalmente asintomáticas, incluso en presencia de enfermedad activa; se caracteriza por "la piel apergaminada" o piel "en papel de cigarro", aunque se espesó, la hiperplasia o áreas liquenificadas no son infrecuentes. Si no se trata la enfermedad conduce a la pérdida de la arquitectura normal de los genitales externos y a la constricción del orificio vaginal (ver figura 7). Las fisuras y telangiectasias son comunes; el diagnóstico clínico se confirma por examen

histopatológico por muestras de biopsia. Las pacientes también desarrollan liquen simple crónico por el rascado crónico, y más de una biopsia es necesaria para confirmar el diagnóstico.

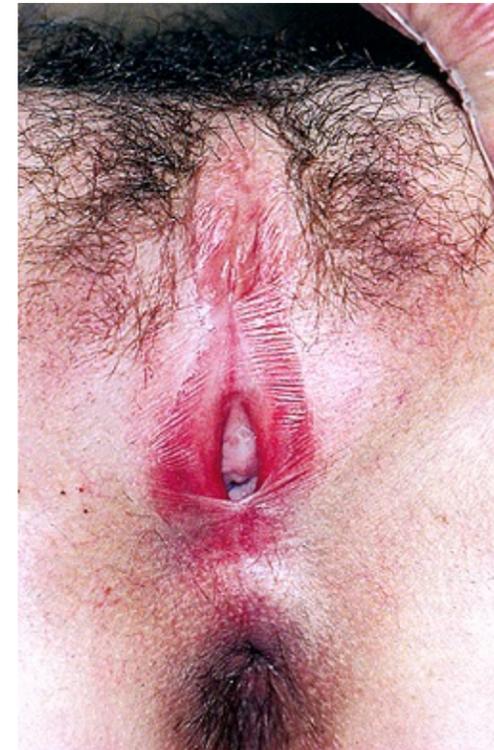


Fig. 7. Liquen escleroso con pérdida de la arquitectura. La distinción entre los labios mayores y menores se pierde y el clítoris queda enterrado bajo el prepucio fusionado.

Infeción e infestación

La vulvovaginitis candidiásica causa irritación y prurito de la vulva, y debe ser excluida por cultivo; los hallazgos cutáneos del liquen simple crónico a menudo acompañan a la infestación por candida. Las pruebas para el virus del herpes simple (VHS) se recomiendan cuando se observan ulceraciones recurrentes, ya que es un signo de herpes genital. Si existe exudado maloliente vulvar, los cultivos bacterianos de vulva se realizan para ayudar al diagnóstico de infección bacteriana secundaria; no se recomiendan cultivos de bacterias de vagina, ya que los resultados son inespecíficos.

Vulvodinia

La vulvodinia se refiere al malestar vulvar de etiología desconocida, por lo general se describe como un dolor ardiente. El prurito es raro; pero, prurito y eritema persistente con cultivo negativo de levadura, biopsia vulvar no específica, y falta de respuesta al tratamiento estándar plantea la posibilidad de vulvodinia, el cual es un diagnóstico de exclusión, después que se ha descartado una causa específica, infecciosa, inflamatoria, neoplásica y neurológica.

MANEJO

El tratamiento de la dermatitis vulvar requiere un enfoque de dos vías: la modificación del comportamiento y medicación, y la explicación de la condición, haciendo hincapié en la necesidad de tratamiento a largo plazo con los regímenes de mantenimiento, vigilancia, prevención y diagnóstico de infecciones por levaduras recurrentes son factores importantes para el éxito. El tratamiento que no interrumpa el ciclo de comezón-rascado no dará mejoría clínica consistente y prolongada.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN COEXISTENTE

El diagnóstico de infecciones coexistentes es esencial y la candidiasis debe excluirse en todas las pacientes por cultivo de levadura si el organismo no está presente o frotis en fresco con hidróxido de potasio al 10%. La candidiasis está presente sin los síntomas vaginales habituales cuando la levadura infecta la piel y causa fisuras vulvares recurrentes. Es importante continuar con la búsqueda de candida con frotis en fresco y cultivos en las visitas de seguimiento, un solo cultivo no descarta la candida. La candidiasis debe ser tratada con fluconazol se recomienda la vía oral en mujeres con infección superpuesta sobre la dermatitis vulvar y están en mayor riesgo de empeoramiento de la dermatitis por los efectos irritantes de medicamentos tópicos.⁷⁻¹⁷ Si la candida no es parte de una infección crónica continua, el fluconazol 150 mg se administra en dosis única y se repite tres a siete días después; la recurrencia o complicación con candida exige la supresión a largo plazo. Las levaduras no albicans no responden al fluconazol y requieren tratamiento alternativo. Si está presenta un

exudado vulvar, se obtiene cultivo bacteriano. El crecimiento excesivo de Staphylococcus o Streptococcus debe ser tratado con cefalexina (500 mg por vía oral tres veces al día) o cefadroxilo (500 mg vía oral dos veces al día) durante cinco a siete días, dependiendo de las pruebas de sensibilidad; en mujeres alérgicas a penicilina, la azitromicina (250 mg en una sola dosis oral diaria durante seis días). Los cultivos bacterianos de

vagina no son útiles debido a que muchos tipos de bacterias normalmente colonizan la vagina. Cuando se detecta VHS, la terapia de supresión apropiada es considerada. Si la paciente tiene ropa y/o hábitos de higiene que facilitan la dermatitis deben ser modificados los elementos de higiene vulvar saludable (ver tabla 3). Los alérgenos e irritantes conocidos o sospechosos del medio ambiente deben ser eliminados.⁸

Tabla 3. Prácticas de higiene saludables vulvares.

Evitar	Sustituir
Pantimedias	Medias con ligero o medias altas, a la altura del muslo o rodilla.
Ropa sintética interior	Ropa interior de algodón o sin ropa interior.
Jeans y pantalones ajustados	Pantalones sueltos, faldas, vestidos.
Uso de leotardos, tangas, o prendas de lycra	Prendas holgadas de algodón.
Toallas protectoras	Tampones o compresas de algodón.
Jabones o champús perfumados	Champús o jabón de pH neutro libre de fragancia (por ejemplo, Bases, Neutrogena, jabón Dove).
Baños de espuma	Baño de burbujas en tina, matutinos y nocturnos sin aditivos, a temperatura confortable.
Detergentes perfumados	Detergentes sin olor.
Toallitas	Utilice paños para lavado con las yemas de los dedos; con secado sin frotamiento en seco.
Aerosoles, duchas o polvos femeninos	Estos productos no son necesarios y pueden ser omitidos en las prácticas personales.
Artículos teñidos para baño	Artículos de tocador o baño sin colorantes.
Secador de pelo	Secar la piel de la vulva sin contacto, secado con palmaditas suaves.

TRATAMIENTO
Medidas generales

El baño con agua tibia, sin aditivos, durante cinco minutos por la mañana y noche hidrata la piel y alivia el malestar y prurito vulvar. Si la paciente no tiene acceso a una bañera o baño de asiento, la colocación debajo de un asiento del inodoro de un dispositivo de ducha de mano es utilizado para hidratación. La humedad de la piel se evita con la aplicación de vaselina o pomada de corticoste-

roide tópico. Un agente antipruriginoso sedante como doxepina o hidroxizina a dosis bajas (10 a 50 mg a las 7:00 pm) ayuda a controlar la picazón durante la noche y el rascado. Los antihistamínicos no sedantes son de poca utilidad para el prurito vulvar. Los síntomas leves suelen responder a pomadas de corticoides tópicos de baja a moderada potencia (por ejemplo, hidrocortisona a 1% o 2.5%, desonida 0.05%, o triamcinolona a 0.1% al día durante dos a cuatro semanas, luego dos veces por semana). Un corticosteroide tópico

se utiliza una o más veces al día, aunque un claro beneficio no ha sido demostrado con más de una aplicación al día.⁹⁻¹⁷

La terapia se continúa indefinidamente, con la frecuencia mínima necesaria para controlar el prurito. Para síntomas moderados a graves se requiere pomada con corticoides de mayor potencia (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación de los corticoides tópicos representativos de acuerdo con su grupo potencia.*

Súper alta potencia (Grupo 1)	De alta potencia (Grupo 3)
Dipropionato de betametasona, aumentada ungüento, Diprolene optimizado 0,05 Sí	Amcinonide crema Cyclocort Δ, AmcortΔ 0.1 Sí
Loción Diprolene 0.05 Sí	Loción Amcort Δ 0.1 Sí
Gel Diprolene 0.05 Sí	Crema dipropionato de betametasona, hidrófila
Propionato de clobetasol ungüento Temovate 0,05 Sí	Diprosone emoliente 0,05 Sí
Crema Temovate 0,05 Sí	Valerato de betametasona ungüento Valisone Δ 0.1 Sí
Crema, de base emoliente Temovate E 0,05 Sí	El propionato de fluticasona ungüento Cutivate 0,005 Sí
Gel Temovate 0,05 Sí	Desoximetasona crema Topicort LP 0.05 Sí
Solución (cuero cabelludo) Temovate, Cormax 0,05 Sí	Crema diflorasona diacetato Florone Δ 0,05 Sí
Aerosol de espuma (cuero cabelludo) Olux 0,05 Sí	El acetónido de triamcinolona ungüento Kenalog Δ 0,5 Sí
Halobetasol propionato ungüento Ultravate 0,05 Sí	Crema Triderm, Aristocort HPΔ 0.5 Sí
Crema Ultravate 0,05 Sí	Espuma Luxiq 0.12 No
Loción Clobex 0.05 No	Valerato Diflucortolona. Crema, crema aceitosa, ungüento Nerisone 0.1 No
Aerosol de espuma Olux-E 0.05 No	Fluocinonida Crema acuosa emoliente Lidex-E Δ 0.05 No
Champú Clobex 0.05 No	El furoato de mometasona Ungüento Elocon 0.1 Sí
Rociar aerosoles Clobex 0.05 No	Potencia media (Grupo 4)
Valerato Diflucortolona (no disponible en Estados Unidos) ungüento, crema aceitosa Nerisone Forte (Reino Unido, otros) 0.3 No	El acetónido de triamcinolona Crema KenalogΔ 0,1 Sí
Fluocinonida Crema Vanos 0.1 No	Ungüento KenalogΔ 0.1 Sí
Tape Flurandrenolide (rollo) Cordran 4 mcg / cm ² No	Fluocinolone acetonide ungüento SynalarΔ 0,025 Sí
Diflorasona Ungüento (vaselina) Psorcon diacetato, ApexiCon 0,05 Sí	El furoato de mometasona crema Elocon 0.1 Sí
De alta potencia (Grupo 2)	Loción Elocon 0.1 Sí
Amcinonide Ungüento CyclocortΔ, AmcortΔ 0,1 Sí	Solución Elocon Δ 0.1 Sí
Dipropionato de betametasona Ungüento Diprosone 0,05 Sí	La hidrocortisona valerato ungüento Westcort 0.2 Sí
Crema, formulación aumentada (AF) AF Diprolene 0.05 Sí	Aerosol de aerosol Kenalog 0,2 mg por 2 segundos aerosol No
Halcinonide Ungüento Halog 0.1 No	Flurandrenolide ungüento Cordran 0.05 No
Fluocinonida Ungüento LidexΔ 0,05 Sí	Pivalato clocortolona Crema Cloderm 0.1 No
Gel LidexΔ 0,05 Sí	Baja-media potencia (Grupo 5)
Crema anhidro LidexΔ 0,05 Sí	El acetónido de triamcinolona Loción Kenalog Δ 0.1 Sí
Solución LidexΔ 0,05 Sí	Ungüento Kenalog Δ 0,025 Sí
Ungüento diflorasona diacetato, ApexiCon emoliente, FloroneΔ 0,05 Sí	Dipropionato de betametasona Loción Diprosone 0,05 Sí
Crema, ApexiCon emoliente E 0,05 Sí	El propionato de fluticasona crema Cutivate 0,05 Sí
Desoximetasona Ungüento Topicort 0,25 Sí	Prednicarbatto crema, emoliente Dermatop 0.1 Sí
Crema Topicort 0,25 Sí	Ungüento Dermatop 0.1 Sí
Gel Topicort 0,05 Sí	Desonide ungüento DesOwen, Tridesilon Δ 0,05 Sí
Crema Halog 0.1 No	Crema valerato de betametasona Beta-Val, Valisone Δ 0.1 Sí

Crema valerato de hidrocortisona Westcort Δ 0.2 Sí	Solución Synalar Δ 0,01 Sí
La hidrocortisona butirato Ungüento Locoid 0.1 Sí	Espuma Verdeso 0.05 No
Crema Locoid, Locoid Lipocream 0.1 Sí	Champú Capex 0.01 No
Solución Locoid 0.1 Sí	Petróleo (cuero cabelludo) ◇ Derma-de Smoothe / FS 0.01 No
Loción, rocíe Cortizone10 máximo 0.1 No	Petróleo (cuerpo) ◇ Derma-de Smoothe / FS 0.01 No
Loción Locoid 0.1 No	Menos potente (Grupo 7)
Flurandrenolide Crema Cordran 0.05 No	La hidrocortisona (base) Ungüento Hytone 2.5 Sí
Loción Cordran 0.05 No	Crema Hytone, Nutracort® Δ 2.5 Sí
Loción Cutivate 0.05 No	Loción Hytone 2.5 Sí
Gel Desonate 0.05 No	Solución Texacort 2.5 Sí
La hidrocortisona crema probutato Pandel 0.1 No	Acetato de hidrocortisona con ciento combinación pramoxina 1 Ungüento Pramoxone 1 o 2.5 Sí
Acetónido de fluocinolona Crema Synalar Δ 0,025 Sí	Crema Pramoxone, Analpram HC 1 o 2.5 Sí
Baja potencia (Grupo 6)	Loción Pramoxone, Analpram HC 1 o 2.5 Sí
Alclometasona, dipropionato de ungüento Aclovate 0,05 Sí	Espuma de aerosol Epifoam 1 Sí
Crema Aclovate 0,05 Sí	La hidrocortisona (base) Ungüento Cortaid, Hytone, Nutracort 1 Sí
El acetónido de triamcinolona Crema Kenalog Δ, Aristocort Δ 0,025 Sí	Crema Cortaid, Hytone, Synacort 1 Sí
Loción Kenalog Δ 0,025 Sí	Loción Aquinil HC, Samol HC, Cortizone-10 1 Sí
Desonide Crema DesOwen, Tridesilon Δ 0,05 Sí	Rocíe Cortaid 1 Sí
Loción DesOwen, LoKara 0,05 Sí	Solución Cortaid, Noble, Scalp relieve 1 Sí
Betametasona valerato Loción Beta-Val, Valisone Δ 0.1 Sí	Ungüento Cortaid 0.5 Sí
Acetónido de fluocinolona Crema Synalar Δ 0,01 Sí	Crema Cortaid 0.5 Sí

#: Porcentaje.

* Listado por la potencia de acuerdo con el sistema de clasificación donde el grupo 1 es el más potente, y el grupo 7 es el menos potente; otro sistema de clasificación diferente sólo los divide en cuatro o cinco grupos.

• El vehículo y el ingrediente(s) de la base para los productos genéricos, en algunos casos, puede no ser idéntica a la versión comercial.

Δ Inactivo

◇ 48% de aceite de cacahuete refinado.

Utilizamos pomada de propionato de clobetasol, dipropionato de betametasona al 0.05% una vez por la noche durante 30 días, y luego reevaluar. Otro régimen aceptable es dar uno de estos esteroides dos veces al día durante dos semanas, y luego una vez al día durante dos semanas, luego lunes, miércoles y viernes durante dos semanas, y volver a evaluar. Si existe respuesta parcial, seguimos con corticosteroides otras dos semanas o bien se cambia a inyección intralesional o inhibidores de la calcineurina. Los esteroides tópicos potentes se han utilizado durante un máximo de 12 semanas en la vulva sin efectos adversos.¹¹⁻¹⁷

Para casos difíciles, la inyección intralesional de acetónido de triamcinolona 3.3 a 10mg/ml; un total de 1 a 2 ml se da mediante la inyección de pequeñas cantidades para incluir toda la lesión o placa. Esto se repite cada mes hasta tres veces. Aplicación previa de una pequeña cantidad de un anestésico tópico, como EMLA, facilita la inyección. Los casos recalcitrantes también han sido tratados con inhibidores de la calcineurina, tacrolimus al 0.03% en pomada o pimecrolimus al 1% en crema, suprimen la inmunidad celular (inhibir la activación de linfocitos T). La pomada o crema se aplica dos veces al día durante 14 a 30 días, seguido de dos veces como tratamien-

to de mantenimiento por semana; es necesario un tratamiento prolongado intermitente, porque la dermatitis se repite tras la interrupción en 35 a 54% de pacientes y algunas no toleran el tacrolimus debido a la quema o escozor; efectos secundarios que se minimizan mediante la aplicación de una película de vaselina antes de aplicar la pomada. Es importante informar que existe un riesgo potencial de cáncer (linfoma, cáncer de piel) con el uso de inhibidores de la calcineurina tópicos, pero no existe evidencia de los inhibidores de la calcineurina tópicos, pero no existe sin evidencia que los inhibidores tópicos de la calcineurina a mayor incidencia de cáncer en niños o adultos que establezca la relación de causalidad. Otra opción para casos graves es el uso de triamcinolona intramuscular, que se utiliza cuando los corticosteroides tópicos han fallado o cuando la aplicación directa de medicamentos tópicos provoca ardor o irritación.¹¹⁻¹⁷

Las pacientes son tratadas con 60 mg de triamcinolona administra por vía intramuscular cada seis semanas para un total de tres dosis. La vaselina se aplica dos veces al día después de interrumpirla en dos semanas después de la primera inyección, y luego un corticoide tópico potente es sustituido por vaselina. La triamcinolona intramuscular desaparece de la circulación en 21 días, se reducen al mínimo los efectos secundarios que se ven con glucocorticoides orales a largo plazo. Los efectos adversos de triamcinolona intramuscular incluyen hiperglucemia (los diabéticos requieren control más frecuente de glucosa en sangre), menstruación irregular y supresión suprarrenal. La triamcinolona intramuscular no es recomendable en mujeres con antecedentes de depresión grave o enfermedad bipolar.

REFERENCIAS

- Nardelli A, Degreef H, Goossens A. Contact allergic reactions of the vulva: a 14-year review. *Dermatitis*, 2004; 15:131.
- Farage M, Maibach HI. The vulvar epithelium differs from the skin: implications for cutaneous testing to address topical vulvar exposures. *Contact Dermatitis*, 2004; 51:201.
- Prieto MA, Gutiérrez JV, Sambucety PS. Vestibular papillae of the vulva. *Int J Dermatol*, 2004; 43:143.
- Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther*, 2004; 17:8.
16. www.asccp.org/edu/practice/vulva/squamous.shtml (Accessed on January 10, 2008).
- Bauer A, Rodiger C, Greif C, et al. Vulvar dermatoses--irritant and allergic contact dermatitis of the vulva. *Dermatology*, 2005; 210:143.
- Virgili A, Bacilieri S, Corazza M. Evaluation of contact sensitization in vulvar lichen simplex chronicus. A proposal for a battery of selected allergens. *J Reprod Med*, 2003; 48:33.
- Margesson LJ. Contact dermatitis of the vulva. *Dermatol Ther*, 2004; 17:20.
- Herbst R. Perineal streptococcal dermatitis/disease: recognition and Management. *Am J Clin Dermatol*, 2003; 4:555.
- Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroids for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. *Br J Dermatol*, 2005; 152:130.
- Goldstein AT, Parneix-Spake A, McCormick CL, Burrows LJ. Pimecrolimus cream 1% for treatment of vulvar lichen simplex chronicus: an open-label, preliminary trial. *Gynecol Obstet Invest*, 2007; 64:180.
- Black RJ. Vulval eczema associated with propolis sensitization from topical therapies treated successfully with pimecrolimus cream. *Clin Exp Dermatol*, 2005; 30:91.
- www.fda.gov/cder/drug/infopage/protopic/default.htm (Accessed on January 10, 2008).
- Segal AO, Ellis AK, Kim HL. CSACI position statement: safety of topical calcineurin inhibitors in the management of atopic dermatitis in children and adults. *Allergy Asthma Clin Immunol*, 2013; 9:24.
- Tennis P, Gelfand JM, Rothman KJ. Evaluation of cancer risk related to atopic dermatitis and use of topical calcineurin inhibitors. *Br J Dermatol*, 2011; 165:465.
- Robins DN. Intramuscular triamcinolone: a safe, effective and underutilized dermatologic therapy. *J Drugs Dermatol*, 2009; 8:580.
- Gunther Stewart E. Dermatitis of the vulva. Literature review current through: Feb 2016. This topic last updated: Jul 03, 2014.

Manejo de las lesiones pigmentadas de la vulva

Graciela L. de Secco*

RESUMEN

La mayoría de las lesiones pigmentadas de la vulva son asintomáticas. El pigmento melánico normal de la piel es la melanina. Las causas de las lesiones pigmentadas de la piel son muy diversas.

Palabras clave: lesiones pigmentadas, melánico, piel, biopsia

ABSTRACT

The majority of pigmented lesions of the vulva are asymptomatic. The normal melanin pigment of the skin is melanin. The causes of pigmented skin lesions are very diverse.

Key words: pigmented lesions, melanic, skin, biopsy

INTRODUCCIÓN

La vulva, órgano femenino externo, desde el punto de vista estructural está compuesta por distintos elementos anatómicos como: labios mayores, labios menores, vestíbulo, clítoris. Desde el punto de vista histológico se halla tapizada en casi su totalidad por piel y mucosas con o sin anexos. Esta característica hace que debamos estar atentos en nuestra observación minuciosa a la hora del examen clínico ginecológico de nuestra paciente, ya que las lesiones pigmentadas en su mayoría se presentarán en forma asintomática, motivo importante para el diagnóstico correcto de las mismas. La presencia del epitelio plano

estratificado con o sin anexos y diferente grado de queratinización, además de las numerosas y variadas glándulas que la tapizan, dan a la vulva una característica particular en su coloración y trefismo, dependiendo particularmente de la presencia de pigmento melánico, de la edad, raza y de cambios cíclicos relacionados con las fluctuaciones hormonales propias de cada etapa de la vida. El pigmento melánico aumenta a partir de la pubertad, lo que es considerado un carácter sexual secundario y en mayor o menor grado va disminuyendo en la senectud.

La “melanina” es un pigmento endógeno pardo negruzco. Se produce en los melanocitos, los cuales se originan en la cresta neural, sitio del que migran en forma de melanoblastos a tres lugares: piel (epidermis y bulbo piloso), ojo (iris, retina y coroides) y aracnoides. Los melanocitos secretan los gránulos de melanina que son fagocitados por queratinocitos, quienes los degradan y redistribuyen. La melanina también es transferida a la dermis donde es captada por “macrófagos” (melanófagos). Este proceso puede sufrir alguna alteración (hiperpigmentación melánica) y reconoce dos categorías: difusa y local.

Cada una de ellas pertenecen a numerosas entidades clínicas. En general, en ellas la hiperpigmentación resulta principalmente debido a dos mecanismos: 1) Aumento de la producción de melanina en la epidermis; 2) Incontinencia de melanina en los melanocitos. Este último proceso es la liberación del pigmento por trastorno de su transferencia a los queratinocitos o por lesión de la capa basal de la epidermis.

FISIOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN

Podemos agrupar las distintas entidades clínicas con las que nos podemos encontrar a diario en la consulta ginecológica.

TRASTORNOS DE LA PIGMENTACIÓN

Hiperpigmentación difusa: *Acantosis nigricans* y *Pseudoacantosis nigricans*

La región vulvar siempre es afectada en esta enfermedad, puede alcanzar otros sitios como grandes pliegues, ombligo, palma y planta de pies y uñas. Llama la atención la pigmentación de aspecto sucio de la vulva, axilas, surco interglúteo y región perianal. Además, la piel se espesa con incremento de pliegues.

La acantosis nigricans es sólo una manifestación cutánea de una estimulación epidérmica que por diversas causas dependen de péptidos de origen hormonal o tumoral. La acantosis nigricans calificada como “maligna” o paraneoplásica es la más conocida, su diagnóstico es evidente cuando el proceso es muy extenso. Signo casi siempre de un tumor intrabdominal, generalmente digestivo, que puede preceder a las primeras manifestaciones de la neoplasia en varios años. También hay acantosis nigricans “benigna” producida por medicamentos (corticoterapia ácido nicotínico, dietilestibestrol, etc.) o relacionadas con diversos síndromes endócrinos sobre todo los de insulinoresistencia: síndrome HAIR-AN (hiperandrogenismo-resistencia a la insulina y acantosis nigricans). La acantosis nigricans también puede acompañar a enfermedades autoinmunes.

Hiperpigmentación local
Lesiones morenas y azuladas

El pigmento melánico normal de la piel es la melanina, elaborada por los melanocitos dispersos entre las células de la basal epidérmica y transmitida a los queratinocitos vecinos, la falta es total en la mucosa vestibular, incluso en las personas de color. En los labios mayores y menores la pig-

mentación varía mucho, según la raza, pero en la zona genital en general suele ser más oscura que en el resto de la piel, seguramente por el efecto hormonal a que están sometidos. Esta coloración aumenta normalmente durante el embarazo y se conserva a menudo en las multíparas. Las causas de las lesiones pigmentadas de la piel son muy diversas. Su carácter plano o, por el contrario, saliente o incluso tumoral permite orientar un primer enfoque. Este enfoque es seguramente diferente según si la pigmentación es difusa o circunscrita. Desde el punto de vista clínico una clasificación semiológica obliga a simplificar el diagnóstico, por ello agrupamos las lesiones vulvares en: rojas, blancas y pigmentadas. Siendo el último grupo el motivo de este capítulo. También podríamos clasificar a las enfermedades pigmentadas de tipo local en:

- Melanocíticas: lentigo, nevus, melanoma, carcinoma in situ.
- No melanocíticas: angioqueratoma, queratosis seborreica.

LESIONES MELANOCÍTICAS

Melanosis vulvar es un área hiperpigmentada de piel o mucosa o ambas, de tamaño mayor a 4 mm de estirpe benigna debido al exceso en la producción de melanina por los melanocitos, sin el aumento en el número de éstos.

Clínica

Se caracteriza por la presencia de máculas prominentes pigmentadas de color marrón a negro con bordes irregulares sin elevarse con respecto a la piel adyacente, pueden ser únicas o múltiples. Su tamaño excede los 4 mm y pueden adquirir gran tamaño, característica que lo distingue del lentigo simple. Pueden afectar mucosas y piel, ubicándose en labios menores, mayores, parte inferior de vagina y periné.

Microscopía

Se puede observar una pigmentación de queratinocitos basales intensa. Sin que se aumente el número de ellos y sin hiperplasia epitelial. El aumento de melanocitos puede ser ligero.

* Especialista en Patología del Tracto Genital Inferior en Argentina. FASGO: Sección de Patología de Tracto Genital Inferior. Hospital privado.

Diagnóstico

Se basa en el aspecto clínico, ya que se trata de una mácula plana, lisa de pigmentación uniforme. En ocasiones pueden surgir dudas diagnósticas, por supuesto, en dicha situación se impone una biopsia.

Tratamiento

En general, las melanosis no suelen requerir tratamiento, pero ante dudas diagnósticas y de tratarse de una lesión pequeña puede realizarse una biopsia por escisión.

LENTIGO SIMPLE

Es una lesión macular hiperpigmentada benigna que aparece en piel no expuesta al Sol. Se debe al exceso de producción de melanina por melanocitos con un leve aumento local de melanina y melanocitos, sin signos de hiperplasia melanocítica. Generalmente las lesiones son múltiples, de tamaño pequeño menor a 4 mm.

Clínica

Es la lesión hiperpigmentada más frecuente en la piel de la vulva. Su color suele ser amarronado y uniforme, y sus límites bien definidos. Las lesiones de lentigo son planas y, a diferencia de las melanosis, no afecta a la piel igual que a las mucosas, motivo por el que es raro que la paciente consulte por autoexamen, más frecuentemente lo detecta su médico al examinarla en la consulta de rutina. Pueden localizarse en labios mayores y en piel extra-genital. No se asocian a la exposición solar a diferencia del "lentigo solar". Su parecido con los nevos de la unión obliga a ser biopsiados con frecuencia. Excepto en el síndrome de LEOPARD (lentigo, alteraciones del EEG, hipertelorismo ocular, estenosis pulmonar, alteraciones de los genitales, retraso del crecimiento y sordera) en el que se observan miles de efélides en todo el cuerpo, los lentigos no tienen importancia clínica.

Diagnóstico

Su aspecto morfológico típico ayuda a su diagnóstico clínico por simple observación. Puede surgir duda diagnóstica ante la presencia de múltiples máculas lentiginosas o por su parecido con los nevos, esta situación puede aclararse con la dermatoscopia que permite monitorizar la evolu-

ción en tiempo prudente y si no se dispusiera de tal herramienta no invasiva (dermatoscopia), se debe recurrir a la biopsia por escisión, descartando de esta manera otras lesiones pigmentadas como el melanoma.

Microscopía

El lentigo simple es una mácula circunscrita, localizada en la epidermis ligeramente hiperplásica, con mayor número de melanocitos normales asociados a hiperpigmentación basilar. Las células escamosas con mayor pigmento se ubican en la unión dermoepitelial y presentan gránulos citoplásmicos de melanina. En la dermis puede haber acumulación de melanófagos muy pigmentados y un infiltrado de células inflamatorias en la superficie.

Tratamiento

La biopsia por escisión es el método más apropiado como diagnóstico y tratamiento. Ante la duda frente a situaciones puntuales, como la presencia de múltiples y extensas lesiones pigmentadas, se impone la biopsia diagnóstica.

NEVOS

Son tumores cutáneos benignos constituidos por agrupaciones de células névicas derivadas de la cresta neural a la dermis y la epidermis. Se encuentran en la mayoría de la población, pero no son frecuentes en la piel vulvar.

Clínica

Los que se observan en el nacimiento reciben el nombre de congénitos y ocurren aproximadamente en 10% de los recién nacidos. Su tamaño puede ser de tal magnitud (gigantes) que pueden alcanzar un diámetro de 20 cm o más. Son relativamente inusuales. La mayor parte de los nevos aparecen en la infancia como pequeñas pápulas pigmentadas de no más de 10 mm. Los tres tipos histológicos de nevos pigmentarios de la piel pueden observarse también en la vulva, con aspecto clínico correspondiente y ellos son:

- **Nevo de la unión:** la mayoría de los nevos melanocíticos surgen como nevos de la unión, éstos son más frecuentes en personas jóvenes y se presentan como una pápula apenas prominente en la su-

perficie cutánea, de contorno bien definido y de color marrón uniforme (que oscila entre tostado y marrón oscuro o negro). Estos poseen células névicas en la unión dermoepidérmica. A medida que pasa el tiempo, las células névicas migran a la parte superior de la dermis (pápula).

- **Nevo compuesto:** como sucede con el nevo de la unión, éste está delimitado y es la evolución del anterior, presentando también bordes regulares y color uniforme, con el correr del tiempo las células névicas se ubican en la dermis, formando un nevo intradérmico.
- **Nevo intradérmico:** casi siempre observado en el adulto pueden ser más prominentes y detectados por la propia paciente (por autoexamen palpatorio) por su aspecto polipoide y a veces pedunculado, que en ocasiones molesta y preocupa a la paciente.

Microscopía

Los nevos melanocíticos pueden clasificarse según la localización de las células névicas. Los nevos están compuestos por células névicas que son ligeramente más grandes que los melanocitos, tienen núcleos redondos u ovales y escaso citoplasma, no presentan puentes intercelulares, pueden contener melanina, aunque la mayoría tiene citoplasma claro. Estos "nidos de células" cercanos a la membrana basal epidérmica van cambiando su ubicación a medida que el nevo va desarrollándose y madurando. Estos nevos puros de la "unión" son inusuales en la vulva y se consideran la forma más temprana del desarrollo del nevo. A medida que los nevos maduran, la membrana basal epidérmica se ubica alrededor del nevo, que se rodea del colágeno dérmico, lo que hace que inicialmente el nevo se encuentre en la dermis y luego en la unión, situación que les otorga el nombre de: nevos "de la unión" e "intradérmicos" o maduros.

Tratamiento

La inmensa mayoría de los nevos no requieren tratamiento alguno; sin embargo, la preocupación ante la posibilidad de que se trate de una neoplasia maligna hace que en muchas ocasiones ter-

minen en la "escisión" diagnóstica. El enfoque es diferente en aquellos pediculados o sintomáticos con irritación o sangrado, en esos casos deben extirparse con fines diagnósticos y terapéuticos. Si se considera que la escisión no es la conducta adecuada por el tamaño, ubicación u otros factores se optará por la consulta a un dermatólogo experto para llegar al diagnóstico o seguimiento de control.

NEVOS VULVARES ATÍPICOS

Un pequeño porcentaje de los nevos vulvares tienen cierto grado de atipia celular en el componente de la unión y reciben el nombre de "nevos vulvares atípicos". En ellos se observan nidos melanocíticos de la unión, prominentes y de tamaño variable que crecen en la dermis. No se asocian al nevo displásico, aunque debe tenerse en cuenta este síndrome cuando se identifican estos nevos. Los nevos atípicos pueden irritarse a causa de su localización. Están influidos por cambios hormonales y pueden aparecer más activos o atípicos durante la gestación.

NEVOS DISPLÁSICOS

Los nevos melanocíticos displásicos vulgares también suelen observarse en mujeres jóvenes en edad fértil, aunque son poco frecuentes. Es un nevo pigmentado elevado con bordes irregulares y con un tamaño > 5 mm. Microscópicamente tienen rasgos de nevo de la unión, con células névicas agrupadas en la dermis papilar y reticular y en tallos pilosos y conductos de las glándulas sudoríparas. El síndrome del nevo displásico se asocia a nevos displásicos que son múltiples, elevados con bordes irregulares y cuyo tamaño suelen superar los 5 mm. Se observa en forma típica en vulva, tronco y extremidades. Este síndrome se asocia a un riesgo elevado de aparición de melanoma maligno.

MELANOMA MALIGNO

Melanoma es un término que se aplica a la proliferación maligna de las células melanocíticas. Aproximadamente representan 10% de los tumores malignos de la vulva y alrededor de 3% de los melanomas en la mujer (De Simone y col., 2008). Se presenta principalmente en mujeres de raza

blanca, postmenopáusicas, pero también pueden encontrarse en mujeres jóvenes. Es la segunda neoplasia vulvar más frecuente. El melanoma puede surgir a partir de una lesión pigmentada previa.

Clínica

Los melanomas pueden presentar sintomatología como: prurito vulvar, dolor o sangrado en aquellos que por el roce pueden ulcerarse. En los de tipo nodular la paciente puede percibir dicha alteración en su vulva sin notar siquiera la presencia de un área pigmentada previa, o sí puede hacerlo por autoexamen, no tanto cambios en su tamaño, forma o color. Pueden localizarse en clítoris, labios menores y mayores. La pigmentación no difiere a la de otras partes del cuerpo y oscilan del marrón oscuro al negro. También pueden ser amelanóticos o de color rojo (en algunas series de hasta el 25%).

Diagnóstico

Luego de la observación clínica de la lesión se impone la biopsia. Para cualquiera de sus presentaciones morfológicas debemos tener presente los distintos diagnósticos diferenciales, incluyendo nevo de la unión, melanosos, lentigo simple, neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), enfermedad de Paget (para el melanoma lentiginoso acral o de extensión superficial) y el nevo compuesto, intradérmico, el acrocordón, la VIN proliferativa, queratosis seborreica, hemangiomas y granuloma piógeno (melanoma nodular). Los melanomas son tumores inmunorreactivos para la proteína S-100 (siendo negativos para enfermedad de Paget, VIN, carcinoma epidermoide y el sarcoma de Kaposi).

Microscopía

Los melanomas se clasifican en tres tipos histológicos:

1. **Nodular:** tienen un componente invasivo prominente y un crecimiento intraepitelial o radial mínimo.
2. **Lentiginoso acral de mucosas:** pueden no tener diseminación pagetoide o ésta puede ser mínima. Tienen células fusiformes de la unión que invaden de un modo difuso la dermis adyacente.

3. **Extensión superficial:** tienen un componente intraepitelial importante y una actividad de la unión marcada, con diseminación pagetoide (extensión de los melanocitos malignos en varios niveles del epitelio). La histología del melanoma condiciona la sobrevida. Los nodulares, tienen peor pronóstico, ya que en ellos su grosor es mayor. Mientras que los de extensión superficial, con invasión tumoral vertical en la dermis, se diferencian del melanoma nodular por la magnitud del crecimiento radial (intraepitelial) adyacente al tumor. El grosor del tumor (Breslow, 1975) es un factor importante en la evaluación de un melanoma, y esencial en la estadificación para el tratamiento. El grosor se mide desde la parte superior de la capa granular del epitelio suprayacente hasta el punto más profundo de invasión. Cuando el tumor es ulcerado la medición se hace desde la base de la úlcera.

Medición según Breslow

- I menos de 0.76 mm
- II 0.76 mm – 1.50 mm
- III 1.51 mm – 2.25 mm
- IV 2.26 mm - 3 mm
- V mayor de 3 mm

Una valoración adicional a la medición de Breslow (grosor del melanoma) es el de **Clark** (nivel de invasión).

El melanoma de Nivel I: es el Melanoma in situ

El melanoma de Nivel II: se extiende a la dermis papilar superficial

El melanoma de Nivel III: llena y expande la dermis papilar

El melanoma de Nivel IV: invade la dermis reticular

El melanoma de Nivel V: invade más allá de la dermis reticular, afectando la grasas los tejidos profundos

Actualmente se acepta que los tumores con un grosor de 1 mm o menos se clasifican como:

- Estadio T1 siendo T1a los que no presentan ulceración y mitosis (< 1 mitosis por

mm²) y T1b los que presentan ulceración o mitosis (> 1 mitosis por mm²).

- Estadio T2 tienen 1.01 mm a 2 mm de grosor.
- Estadio T3 tienen 2.01 mm a 4 mm de grosor.
- Estadio T4 tienen un grosor que supera los 4 mm.
- La presencia de ulceración hace que del Estadio “a” pase a “b” (AJCC, 2010).

Los factores que afectan de forma adversa a la supervivencia son: grosor del tumor superior a 2 mm, recuento de mitosis superior a 10 por mm², ulceración y reacción inflamatoria, como también la invasión del espacio vascular por el tumor, la necrosis y la localización central del melanoma se asocian a un peor pronóstico.

Tratamiento

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección de los melanomas. El grosor influye en el tipo de escisión a realizar. Los de grosor igual o menor a 1 mm pueden tratarse con escisión local amplia (vulvectomía parcial) que incluya un margen quirúrgico profundo de 2 cm de circunferencia, aunque también sería aceptable una circunferencia menor (1 cm) excepcionalmente. Los melanomas de mayor grosor también se tratan mediante escisión amplia y profunda, pero dicha profundidad debe llegar hasta la fascia (vulvectomía parcial profunda); en estos melanomas de mayor grosor y dependiendo de la localización es útil realizar una linfadenectomía inguinofemoral uni o bilateral. La vulvectomía radical no mejora la supervivencia en comparación con la vulvectomía parcial (escisión local amplia y profunda) y linfadenectomía inguinofemoral bilateral. Aunque la linfadenectomía suele considerarse como parte de esta escisión de lesiones invasivas de mayor tamaño y profundidad, no es un método considerado terapéutico sino más bien pronóstico.

Cuando los ganglios pélvicos están comprometidos, la sobrevida prolongada es casi inexistente. Antes de planearse una intervención de este tipo debe realizarse una evaluación rigurosa del

tumor metastatizante, que incluya la exploración del resto de la piel y los ganglios linfáticos regionales. Los melanomas pueden extenderse a cualquier órgano, sobre todo en los campos pulmonares (melanoma diseminado). En estos casos es preciso consultar a un oncólogo con experiencia para enfoque quimio o inmunoterápicos adecuados.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR

La neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) es un proceso, asociado a la infección por el papilomavirus humano (VPH) y caracterizado por la proliferación intraepitelial anómala con crecimiento y atipia nuclear. El término de VIN ha sustituido hoy a los términos usados anteriormente: displasia carcinoma in situ, enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat, carcinoma simple y papulosis bowenoide (ISSVD). Parece existir una incidencia mayor de VIN, especialmente en mujeres jóvenes (menores de 50 años), relacionando este hecho también al aumento de la infección por VPH en el tracto genital inferior (TGI) de estas mujeres sobre todo el genotipo VPH-16, identificado en aproximadamente 80% de las muestras de VIN-3 (Wilkinson-Stone).

Clínica

Frecuentemente las pacientes portadoras de VIN sintomáticas acudirán a la consulta por prurito vulvar y algún grado de dispareunia. En dichas pacientes la observación de la vulva mostrará lesiones de tipo máculo-pulosas con marcado cambio en la coloración que van desde el blanco grisáceo al rojo, hasta distintos tonos de marrón. Estas imágenes pueden confundirse con lesiones condilomatosas, y las más oscuras y de aspecto más localizadas, con nevos de la unión o compuestos. En esta ocasión es de buena práctica completar el estudio de la paciente en todo el trayecto del TGI, incluyendo región anal y perianal como así también de la vagina y cuello uterino (compromiso multicéntrico del VPH a lo largo del TGI). No debemos dudar frente a lesiones sospechosas (áreas de cambios en la coloración o zonas ulceradas de límites difusos), tomar biopsias amplias que nos permitan descartar la invasión.

Microscopía

Es característica una epidermis engrosada, cubierta de una capa córnea espesa, generalmente paraqueratósica, el desorden madurativo de los queratinocitos, cuyos núcleos toman formas y volúmenes desiguales, a veces monstruosos, la cromatina es irregular en su distribución y más densa que lo normal. El hecho principal es la presencia de muchas mitosis, en la parte media y superficial del epitelio y éstas pueden ser anómalas o dispersas. Depende de la magnitud de la maduración desordenada, el VIN puede graduarse del 1 a 3. La ISSVD recomienda que el término VIN sólo sea utilizado para referirse a lesiones intraepiteliales de Alto Grado, puntualmente VIN-2 y 3. Las lesiones anteriormente clasificadas como VIN-1 no serán consideradas como VIN-1, sino como condilomas acuminados planos u otro término descriptivo. Actualmente, se reconocen tres tipos morfológicos de VIN: basaloide, verrugoso y diferenciado.

1. **Basaloide:** es la presencia de queratinocitos basales, pequeños y apiñados, inmaduros y con cromatina nuclear densa.
2. **Verrugoso:** muestra coilocitosis y queratinocitos multinucleados e inmaduros de forma similar a los condilomas acuminados. Puede presentar hiper y paraqueratosis y queratinocitos disqueratósicos. Las lesiones de VIN pueden presentarse en forma mixta (verrugoso y basaloide), también podemos hallar un tipo pagetoide (poco frecuente). El VIN basaloide y verrugoso pueden presentarse en la misma paciente o en la misma lesión, situación que avala la transición de la lesión de un tipo al otro. En ambos tipos se reconoce al VHP-16.
3. El **VIN diferenciado** relativamente menos frecuente se caracteriza por presentar disqueratosis en los queratinocitos basales y parabasales, además de núcleos grandes y nucléolos prominentes. Esta alteración celular suele observarse en el carcinoma escamoso asociado a un liquen escleroso. La VIN-3 debe considerarse un alto grado y debe investigarse en el estudio histopatológico una posible invasión.

La VIN pagetoide clínicamente puede ser parecida a la enfermedad de Paget (queratinocitos neoplásicos agrupados), pero tienen un origen escamoso y pueden distinguirse de la misma, por estudios de inmunohistoquímica.

En la piel sin vello, la VIN tiene un grosor promedio de 1 mm; sin embargo, en la piel con vello puede afectar a los folículos pilosos y a los conductos de las glándulas sebáceas y pueden extenderse a 2 o 3 mm de la superficie. Esta situación debe tenerse presente para distinguir la afectación de los anexos de la "invasión superficial". El 15% de las lesiones de VIN de la vulva son pigmentadas. En la biopsia puede encontrarse melanina en los queratinocitos basales y en algunos de los "macrófagos" de la dermis superficial. En la capa basal puede encontrarse melanocitos dendríticos. Las lesiones de VIN en la piel normal suelen ser pigmentadas, no así las que se ubican en el introito que tienen una coloración rosada y no muestran queratinización importante.

Tratamiento

El tratamiento de la VIN depende de la extensión y la gravedad de la enfermedad, pero sobre estos dos factores no es menos influyente la edad de la paciente y el extremo cuidado en descartar en el estudio histopatológico, el riesgo de invasión, principalmente cuando la portadora es una mujer joven, teniendo en cuenta por supuesto también el contexto en el que se desarrolla la enfermedad (estado inmunológico, enfermedad multicéntrica, enfermedades concomitantes, etc.). En las lesiones aisladas de la VIN se podrá optar por biopsia por escisión, con margen adecuado (de 0.5 cm). Los márgenes comprometidos tendrán hasta 20% o más de recidivas locales. La enfermedad multicéntrica es difícil de tratar y se necesitará láser o resección en el quirófano. El láser debe aplicarse cuando exista compromiso pilosebáceo, hasta el tercer plano quirúrgico (dermis reticular media), con el fin de destruir completamente la lesión y así evitar las recidivas.

Un método alternativo para tratar la VIN primario o recurrente asociado a VPH (basaloide y verrugoso) es la aplicación de crema de imiquimod al 5%. Ésta debe aplicarse tres veces por semana en días alternos, durante por lo menos 16 semanas. Se debe alertar a la paciente la posibilidad

de aparición de eritema y dolor asociados (como efecto adverso de la medicación).

**LESIONES NO MELANOCÍTICAS
ANGIOQUERATOMA**

Es una lesión papular benigna con neoformación vascular. Los vasos sanguíneos dilatados se encuentran en la dermis subepitelial. Se consideran variantes de hemangiomas. Su origen es desconocido y son relativamente frecuentes en la mujer adulta.

Clínica

Suelen ser asintomáticos en la mujer adulta y el autoexamen que muestra una formación papulosa de coloración que oscila del rojo al negro de 2 a 5 mm aproximadamente puede ser única o múltiples en los labios mayores, en raras ocasiones puede ulcerarse y sangrar lo que motiva la consulta.

Microscopía

Se caracterizan por la presencia de canales vasculares dilatados tapizados de endotelio, llenos de sangre, situados por debajo de la membrana basal del epitelio que los cubre. Se observan además puentes intercelulares de filamentos y cordones que separan los vasos dando aspecto multiloculado. El epitelio suprayacente tiene diferente grado de acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis. Puede a veces observarse un infiltrado inflamatorio crónico en la dermis.

Tratamiento

Sólo se justifica en los casos sintomáticos (sangrado) o porque la paciente lo requiere. Antes de proceder al tratamiento debe confirmarse el diagnóstico mediante una biopsia, ya que otras lesiones pigmentarias como nevos o sarcoma de Kaposi pueden manifestarse en forma de pápulas. Los procedimientos de elección son: crioterapia o ablación con asa radioquirúrgica o láser, con anestesia local o general dependiendo del número y tamaños, siempre en forma ambulatoria.

QUERATOSIS SEBORREICA

Es una lesión intraepitelial papular benigna con hiperqueratosis, quistes córneos de queratina,

acantosis y papilomatosis de la dermis. Se observa a menudo en mujeres de edad avanzada, pero son poco frecuentes en la vulva.

Clínica

Puede descubrirse por autoexamen, por el prurito sobre la lesión y la superficie rugosa de las mismas, que intranquiliza a la paciente, pensando en una lesión premaligna. Las lesiones están ligeramente sobreelevadas por encima de la piel, de límites bien definidos y generalmente bien pigmentadas. Debe llamar la atención la aparición repentina y el crecimiento rápido de lesiones queratósicas, ya que pueden asociarse a tumores malignos digestivos (Signo de Leser-Trélat).

Microscopía

Presentan acantosis prominente y papilomatosis con hiperqueratosis con quistes córneos de queratina, éstos se hallan rodeados por queratinocitos maduros y basales. La pigmentación es variable en la densidad y es lo que da lugar a la mayor o menor coloración.

Tratamiento

Sólo está indicada su extirpación, cuando produce síntomas o su evolución crea dudas (aparición repentina y crecimiento rápido). Antes de la resolución se debe practicar una biopsia sobre el área más gruesa y pigmentada, con el fin de descartar afecciones premalignas o con potencial como la VIN, nevo compuesto o malignas como el carcinoma basocelular o el melanoma. La biopsia por escisión de las lesiones pequeñas resuelve el problema o decide sólo el control.¹⁻⁹

GALERÍA DE LESIONES PIGMENTADAS DE LA VULVA



Melanosis



Nevo



Melanoma in situ



Melanoma in Situ



Queratosi seboreica



VIN Pigmentado



VIN Pigmentado

REFERENCIAS

1. Barbieri RI; Ryan, KJ. Hiperandrogenism, insulin resistance and acanthosis nigricans syndrome: a common endocrinopathy with distinct pathophysiologic features. *Am. J. Obstet. Gynecologic.*, 1983;147:90-101.
2. Breslow A; Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg*, 1970, 172: 902-908.
3. De Simone, P; Silipo, V; Buccini, P *et al.* Vulvar Melanoma: a report of 10 cases and review of the literature (Review), *Melanoma Res* 2008, 18 (2):127-133.
4. Kahn CR; Flier JS; Bar, RS; Archer, JA; Gorden, P; Martín, MM; Roth, J. The Syndromes of insulin resistance and acanthosis nigricans. *N. Engl. J Med* 1976;294: 739-745.
5. Puig-Tintoré, LM; Ordi, J; Jou, P; Pahisa, J; Lejarcegui, JA. Neoplasia Vulvar Intraepitelial. *Prog. Obstet. Ginecol.* 2002;45: 487-96.
6. Riethdorf, S *et al.* P16 Ink4 expression as a biomarker for HPV16 related. Vulvar neoplasias. *Human Pathology.* 2004;35:1477-83.
7. Veronesi, V; Cascinelli N; Narrow excision (1 cm margin) a safe procedure for thin Cutaneous Melanoma. *Archives of Surgen* 126(4): 438-441, 1991.
8. Vidal- Sicart, S; Puig-Tintoré, LM; Lejarcegui, IA; Paredes, P; Ortega, ML; Muñoz, A; Ordi, J Fuste, P; Ortin, J; Duch, J; Martín, F; Pons, F. Validation and application of the sentinel lymph node concept in vulvar tumours. *Eur. J Nucl Med. Mol Imaging* 2007.Mar;34(3):384-91.
9. Wilkinson, EJ. Vulvar intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma with emphasis on new nomenclature. *Prog Reprod Urinary Tract Pathol* 1990;2: 1-20.

Vaginismo

Víctor Manuel Vargas Hernández,¹

RESUMEN

La definición del vaginismo varía, pero se describe como la contracción involuntaria de la musculatura del piso pélvico, que generalmente impide la penetración. Afecta la capacidad de una mujer para las relaciones sexuales, examen ginecológico, inserción de tampones y/o uso de endodispositivos. La gravedad del dolor involucrado, y si es universal o situacional, varía entre las mujeres afectadas. La contracción instantánea, involuntaria es psicósomática; esta reacción ocurrirá si la penetración es percibida como perturbadora, dolorosa (incluso antes de intentarlo), aterradora o peligrosa; causa una variedad de síntomas físicos y emocionales que cada mujer experimentará a su manera. Puede interrumpir o detener completamente su vida sexual, conduce a la angustia, pérdida de confianza y problemas de pareja e incluso impedir la maternidad. Existe muchas formas diferentes de vaginismo, y la sintomatología y el dolor varían de persona a persona y pueden causar sensaciones diferentes y ser ocasionados por factores emocionales, médicos o la combinación de ambos; además es causa de matrimonios no consumados. La mayoría de las mujeres son muy renuentes a discutir sus problemas sexuales y es necesario hacer una serie de preguntas para determinar la naturaleza exacta del problema. Así como el problema de la incapacidad para lograr la penetración asociada con el vaginismo, la mujer puede quejarse de falta de interés en el sexo con su pareja, incapacidad para despertarse, sequedad y falta de lubricación, incapacidad para usar tampones, para alcanzar el orgasmo (anorgasmia) y la dispareunia pueden ser debido a la

falta de excitación y/o mala lubricación o indicar otros trastornos, como enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y endometriosis o trastornos que causan irritación del vestíbulo. Las condiciones que conducen a la falta de excitación/lubricación también pueden aumentar la probabilidad de vaginismo, como diabetes mellitus, lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple y problemas de relación. La condición puede ser tratada con una combinación de ejercicios físicos y emocionales, pero es curable.

Palabras clave: dolor, manejo, condiciones asociadas, dispareunia

ABSTRACT

The definition of vaginismus varies, but it is described as the involuntary contraction of the pelvic floor muscles, which generally prevents penetration. Affect a woman's ability to have sexual intercourse, gynecological examination, insertion of tampons, and/or use of endodevices. The severity of the pain involved and whether it is universal or situational varies among affected women; the instantaneous, involuntary contraction is psychosomatic; This reaction will occur if penetration is perceived as disturbing, painful (even before attempting it), frightening or dangerous; It causes a variety of physical and emotional symptoms that each woman will experience in her own way. It can interrupt or completely stop her sex life, lead to distress, loss of confidence and relationship problems and even prevent motherhood. There are many different forms of vaginismus and the symptoms and pain vary from person to person

and cause different sensations and be caused by emotional factors, medical factors or a combination of both; cause of unconsummated marriages. Most women are very reluctant to discuss their sexual problems. You need to ask a series of questions to determine the exact nature of the problem. As well as the problem of inability to achieve penetration associated with vaginismus, a woman may complain of lack of interest in sex with her partner, inability to arouse, dryness and lack of lubrication, inability to use tampons, to achieve orgasm (anorgasmia), dyspareunia: may be due to lack of arousal and/or poor lubrication, but may indicate other disorders, such as pelvic inflammatory disease (PID) and endometriosis or disorders that cause irritation of the vestibule. Conditions that lead to lack of arousal/lubrication can also increase the likelihood of vaginismus, such as diabetes mellitus, spinal cord injury, multiple sclerosis, and relationship problems. The condition can be treated with a combination of physical and emotional exercises, but it is curable.

Key words: pain, management, associated conditions, dyspareunia

INTRODUCCIÓN

El vaginismo aparece como dolor pélvico o como trastorno durante la penetración; es tanto un trastorno emocional y doloroso; la verdadera incidencia del vaginismo es desconocida ya que las mujeres frecuentemente no discuten sus síntomas, pero las clínicas de salud sexual han reportado una prevalencia de 5 a 42%. Tradicionalmente, el vaginismo se refiere a la contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico que rodean el orificio vaginal. El paciente está en contra de la penetración vaginal (sexual y no sexual, como el examen ginecológico o el uso tampones, dilatadores) debido al dolor real o anticipado. Se han propuesto subcategorías del vaginismo para describir las variaciones del paciente, incluyendo: vaginismo primario que es el dolor de por vida con intento de penetración vaginal; secundario, es aquel que se presenta en la penetración vaginal dolorosa después de algún periodo libre de dolor; situacional, que es la incapacidad para tolerar ciertas formas de penetración como coito, pero la inserción de tampones o dedos es po-

sible; espasmódico, por espasmo de la vagina; completo, que es la incapacidad para tolerar cualquier penetración vaginal.

EPIDEMIOLOGÍA

Éste es un problema que muchas mujeres encuentran difícil de llevar a su médico y, por lo tanto, las cifras es probable que sean subestimaciones. Las estimaciones comunitarias de la prevalencia del vaginismo son de 0.5-1%. Esto aumenta a 4.2-42% en el especialista y los ajustes clínicos. La gran variedad en las cifras encontradas para la prevalencia del vaginismo es consecuencia de las definiciones difusas utilizadas en los estudios.

FACTORES DE RIESGO

La metodología de investigación es defectuosa en esta área y hay una carencia de datos significativos sobre causas psicológicas. Las percepciones negativas de la propia sexualidad de la mujer son comunes. Se piensa que los acontecimientos tales como una experiencia sexual adversa temprana (aunque no necesariamente el asalto o la violación) o el examen genital simple contribuyen. Se piensa que los factores culturales contribuyen. Un factor orgánico puede ser una vestibulodinia, zona sensible a la entrada de la vagina. Está causado por la deficiencia de estrógeno durante la posmenopausia, por un trauma asociado con cirugía genital, por anomalías del himen, infecciones del tracto genital, trastornos de la piel o radioterapia (Rt) pélvica. Las condiciones que conducen a la falta de excitación/lubricación también pueden aumentar la probabilidad de vaginismo, como diabetes mellitus, lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple y problemas de relación.

DEFINICIÓN

Se define el vaginismo como espasmo muscular, pero ha sido cuestionado y la evidencia sobre estudios de electromiografía (EMG) no apoyan firmemente un mecanismo de espasmo del músculo vaginal. No existe una definición práctica del término espasmo muscular y sí una falta de consenso en cuanto a qué músculos están in-

¹ Academia Mexicana de Cirugía. Academia Nacional de Medicina de México. Clínica de Salud Femenina.

volucrados en el vaginismo; se han identificado grupos musculares específicos como fuente de espasmo, pero es importante reconocer que el diagnóstico de vaginismo se ha basado principalmente por la clínica, sin realizar evaluaciones físicas; también se ha demostrado que el dolor del vaginismo es similar al dolor de la vulvodinia provocada. Muchos factores orgánicos diferentes pueden llevar al dolor vulvovaginal a través de una variedad de vías: anomalía congénita, inflamación aguda o crónica, atrofia, pérdida de integridad epitelial y sensibilización del sistema nervioso central son algunos ejemplos. A menudo, éstos son desórdenes vulvovaginales no diagnosticados. Los factores orgánicos a menudo se combinan con otros factores tales como ansiedad y fobia, asco, falta de conocimiento sexual, creencias culturales y religiosas, trauma genital y sexual, y abuso sexual, estas combinaciones explican el dolor vulvovaginal, dispareunia y disfunción del piso pélvico/vaginismo.

DIAGNÓSTICO

El clínico debe tomar una cuidadosa historia ginecológica, obstétrica, sexual y urológica para determinar si existe alguna causa probable obvia; el examen de los genitales externos y la vagina es esencial, se debe buscar cualquier anomalía urogenital congénita, cicatrización, liquenificación, ulceración o inflamación, el examen pélvico se dificulta con el vaginismo y requiere paciencia y tal vez una segunda visita. Se debe tomar tiempo para explicar el examen y obtener el consentimiento en cada paso. Asegure a la mujer que dejará de examinar en cualquier momento si lo desea o si es demasiado doloroso continuar. Durante el examen es necesario tratar de determinar en qué punto hay dolor o contracción muscular y el desencadenante de esto. Se debe establecer si es capaz de relajar voluntariamente la musculatura y si la penetración es posible.

El examen físico se realiza para descartar condiciones físicas, como infección o dermatitis inflamatoria, que pueden haber desencadenado el dolor. Si se identifica una causa conocida, tanto ésta como el dolor del piso pélvico/vaginismo requieren tratamiento específico. El dolor es la característica principal y la que comparten todos los enfermos, independientemente de la grave-

dad de su condición. El dolor del vaginismo no está en la cabeza de la mujer, sino que es un verdadero dolor físico de la reacción al pánico a la penetración, producto de una respuesta de lucha o agitación; la explicación neurofisiológica es que existen cinco áreas del cuerpo que son sensibles al estrés emocional, con síntomas que son involuntarios, que se presentan según el nivel de estrés y en diferentes sitios como: la cabeza, que expresa el estrés como dolores de cabeza, migrañas, apretar la mandíbula, moler los dientes (ATM); el cuello rígido, a menudo hasta el punto donde los brazos quedan entumecidos; la espalda baja que expresa estrés como dolor de espalda, ciática, etcétera; el sistema digestivo que lo expresa como acidez, síndrome del intestino irritable, diarrea, estreñimiento, dolor, etcétera; y el piso pélvico que expresa el estrés como dificultades para relajarse lo suficiente para anular, dolores espasmódicos y vaginismo.

El vaginismo se sospecha cuando el examen médico y las pruebas no encontraron ninguna causa física que justifique las quejas anteriores, y el estrés emocional se establece y es necesaria una intervención adecuada. Las expresiones físicas psicósomáticas, bajo la influencia de hormonas del estrés, como cortisol, tienden a expandirse con el tiempo y eventualmente pueden causar descomposición de tejidos debido a un proceso inflamatorio asociado. En el vaginismo es bastante común ver a las mujeres que sufren de activación del estrés en varias de esas áreas del cuerpo. Las mujeres evitan y sufren la exploración física. El vaginismo es una condición médica común, pero secreta y las mujeres siguen evitando a los médicos ya que la sufren. Su prevalencia es especulativa porque la mayoría de los enfermos están demasiado avergonzados para revelar su problema con el riesgo de ser avergonzados o despedidos, optando por vivir en silencio, mientras creen que son los únicos con la condición.

PRONÓSTICO

La voluntad de la mujer para presentar el problema y participar en el tratamiento es factor significativo, aunque se ha observado mejoría espontánea en 10% de las mujeres con vaginismo.

COMPLICACIONES

El vaginismo puede resultar en dificultades maritales o de relación y afectar adversamente la calidad de vida. Puede estar asociado con una baja autoestima, depresión y ansiedad. La infertilidad puede ser un problema. La mujer puede ser incapaz de participar en el programa de tamizaje para cáncer cervicouterino (CaCu).

MANEJO DEL VAGINISMO

Trate cualquier causa física encontrada, si se ha excluido una de ellas, el tratamiento generalmente consiste en ejercicios de educación, consejería y conducta. Los estudios no han sido adecuados para determinar el beneficio relativo de las opciones de tratamiento y advierten que los resultados deben ser interpretados con precaución. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades de la mujer y su pareja, si está en una relación. Los objetivos de la mujer deben ser explorados. Éstos pueden ser relaciones sexuales sin penetración, uso de tampones o examen vaginal indoloro. Cuando el objetivo es que la mujer se sienta más cómoda con sus genitales, se pueden utilizar técnicas de relajación y autoexploración de los genitales e inserción de entrenadores vaginales. Éstas son barras de plástico liso que se gradúan en tamaño y longitud, tienen un mango y gel de lubricación para usar al insertarlos.

El vaginismo primario y secundario se trata inicialmente con liberación miofascial de la tensión muscular de los músculos del piso pélvico, muslos y abdomen, con o sin retroalimentación biológica. Luego se aplican técnicas de desensibilización para dar a la mujer control sobre la tonicidad/relajación muscular. Las actividades incluyen ejercicios de Kegel, la técnica de caída del piso pélvico (Kegel inverso) y uso de dilatadores. La autoinserción de dilatadores de tamaño gradualmente creciente dentro y fuera de la vagina enseña a la mujer que el control de la musculatura introital puede ser voluntario e indoloro. La desensibilización es la meta de la terapia dilatadora, no la ampliación física de la abertura vaginal. Siempre se debe usar una pequeña cantidad de anestésico tópico en cualquier objeto insertado intravaginalmente, ya que la desensibilización no ocurrirá sin inserción indolora. Otros enfoques

terapéuticos incluyen terapia sexual, relajación progresiva, enfoque sensorial, electromiografía, biorretroalimentación, benzodiazepinas, hipnoterapia y toxinas botulínicas de tipo A, con respuestas parciales sin evaluación científica.

Ejercicios del suelo pélvico

Un fisioterapeuta puede enseñarle ejercicios de piso pélvico, como apretar y soltar los músculos del suelo pélvico, que pueden ayudarle a ganar control sobre los músculos causando que la vagina se cierre involuntariamente. Estos ejercicios son generalmente recomendados durante el uso de entrenadores vaginales. Ocasionalmente puede recomendarse una técnica llamada biorretroalimentación. Una pequeña sonda se inserta en su vagina, monitorea lo bien que está haciendo los ejercicios dándole retroalimentación a medida que los hace. La sonda detecta cuando usted comprime sus músculos y envía la información a un monitor.

Cirugía

Muy pocos casos de vaginismo requieren cirugía. Sin embargo, puede ser útil si un problema físico está causando dolor durante el sexo y está contribuyendo a su vaginismo; como el tratamiento de la endometriosis que la posible razón para la cirugía, ya que puede causar dolor en la pelvis durante las relaciones sexuales para eliminar o destruir estas áreas de tejido. A veces se utiliza la ampliación de la vagina. Esto puede ser necesario si, por ejemplo, una cirugía previa ha dejado tejido cicatricial que restringe o bloquea la vagina, como una episiotomía durante el parto.

Una pequeña operación puede quitar el tejido cicatricial. Se trata de cortar cuidadosamente el tejido de la cicatriz y coser los bordes de corte; se lleva a cabo bajo anestesia local o general.

Un programa de enfoque sensorial se ofrece a la pareja. Ésta es una serie de actividades de contacto estructurado que ayudan a las parejas a superar la ansiedad y aumentar el confort con la intimidad física. La idea está en el tacto más que en el funcionamiento donde el coito inicialmente está prohibido. Otras terapias psicológicas y de comportamiento utilizadas incluyen terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de relajación e hipnoterapia. La educación es un componente

Vargas Hernández, Víctor Manuel y Gallardo Contreras, Ricardo. Vaginismo. 2024, 18(2): 46-50.

importante, así como el asesoramiento sexual. La lidocaína se usa a veces donde el dolor es un problema principal, se debe considerar la terapia de reemplazo hormonal después de la histerectomía y en las mujeres perimenopáusicas, cuando el objetivo principal es la concepción, se debe dar información sobre la concepción asistida y si las inyecciones de toxina botulínica son útiles.¹⁻¹¹

REFERENCIAS

1. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J*. 2014; 25:1613.
2. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2010; 39:278.
3. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, et al. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond)* 2010; 6:705.
4. Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *J Sex Med* 2012; 9:251.
5. Ferreira JR, Souza RP. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology*. 2012; 89:256.
6. Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, et al; Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. 2014 Nov;27(6):406-12.
7. Hope ME, Farmer L, McAllister KF, et al; Vaginismus in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause Int*. 2010 Jun;16(2):68-73.
8. Melnik T, Hawton K, McGuire H; Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12: CD001760. doi: 10.1002/14651858.CD001760.pub2.
9. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al; Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010 Apr;7(4 Pt 2):1598-607.
10. Cacchioni T, Wolkowitz C; Treating women's sexual difficulties: the body work of sexual therapy. *Soc Health Illn*. 2011 Feb;33(2):266-79.
11. Pacik PT; Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*. 2011 Dec;35(6):1160-4.

Labioplastia

Víctor Manuel Vargas Hernández*

RESUMEN

Para el manejo de los problemas funcionales y estéticos asociados con la hipertrofia de labios menores, a pesar del creciente número de procedimientos realizados, existe escasez de información sobre los paradigmas del tratamiento, los estudios sobre labioplastia de labios menores, las diferentes técnicas quirúrgicas que se utilizan y que incluyen desepitelización, escisión directa, resección en forma de W, resección en cuña, la reducción compuesta, plastia en Z y escisión con láser. Las tasas de satisfacción del paciente para cada técnica oscilaron de 94 a 100%. La dehiscencia de la herida quirúrgica es la complicación postoperatoria más común para todas las técnicas (4.7%). La labioplastia es segura con una alta tasa de satisfacción y las prácticas actuales son diversas. El manejo antes de la cirugía incluye anestesia, técnica de resección utilizada, cierre de la herida y cuidados postoperatorios.

Palabras clave: labios menores, complicaciones, anestesia, plastia, satisfacción

ABSTRACT

The management of functional and aesthetic problems associated with labia minora hypertrophy, despite the increasing number of procedures performed, there is a paucity of information on treatment paradigms; studies on labiaplasty of the labia minora; The different surgical techniques used include de-epithelialization, direct excision, W-shaped resection, wedge resection, compound reduction, Z-plasty, and laser excision; Patient satisfaction rates for each technique ranged from 94 to 100% and surgical wound dehiscence is the most common postoperative complication for all techniques (4.7%). Labiaplasty is safe with a high

satisfaction rate and current practices are diverse. Management before surgery includes anesthesia, resection technique used, wound closure, and postoperative care.

Key words: labia minora, complications, anesthesia, plasties, satisfaction

INTRODUCCIÓN

La labioplastia es la reducción quirúrgica de labios menores,¹ fue descrita por primera vez en la literatura de la cirugía plástica por Hodgkinson y Hait en 1984; la labioplastia o circuncisión de labios menores es una costumbre social en algunas culturas de África y Asia. Al igual que la cirugía genital externa realizada por cirujanos plásticos y ginecólogos para realizarla existen una variedad de indicaciones. Actualmente, la práctica de vulvovaginoplastia es un procedimiento más popular, se han realizado 44% de procedimientos a partir de 2011,² secundaria a la mayor pornografía de la mujer desnuda, que influye en definir un ideal de fantasía para los genitales femeninos y las mujeres solicitan el procedimiento por diferentes razones: 37% fue estrictamente estética, 32% deterioro funcional, como dolor y malestar, y 31% por ambas razones funcionales y estéticas, incluso, por otras varias indicaciones. La hipertrofia de labios menores puede causar dispareunia, interferencia con la actividad deportiva, dificultades con la limpieza, infecciones crónicas del tracto urinario e irritación.³ Los síntomas psicológicos relacionados con la apariencia de los genitales crean angustia emocional significativa, principalmente en adolescentes;⁴ estos procedimientos son controvertidos, pero las pacientes en general están satisfechas con los resultados, con tasas de satisfacción general⁵ entre 90 a 95%; aunque, los problemas persisten y sólo el ideal

* Academia Mexicana de Cirugía. Academia Nacional de Medicina de México. Clínica de Salud Femenina.

estético está bien definido, sin existir criterios diagnósticos estandarizados para la hipertrofia labial. Una primera definición de hipertrofia de labios menores es cuando la distancia desde la línea media hasta el borde libre lateral de los labios es mayor de 5 cm o cuando los labios se extienden lateralmente. Recientemente, se ha propuesto que esta distancia se reduzca a 3 o 4 cm, pero no existe consenso en cuanto a la utilización de estos criterios para el diagnóstico de hipertrofia labial y la cirugía debería realizarse por la presencia de síntomas crónicos. Además, existen una variedad de esquemas de clasifi-

cación sin consenso para su uso. Actualmente, existen varias técnicas diferentes para la reducción de labios menores y las directrices de uso no han sido definidas.¹⁻⁶

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Para realizar la labioplastia se utilizan siete técnicas quirúrgicas diferentes, que incluyen desepitelización, escisión directa, resección en forma de W, resección en cuña, reducción plástica en Z, escisión con láser (ver figuras 1 y 2).

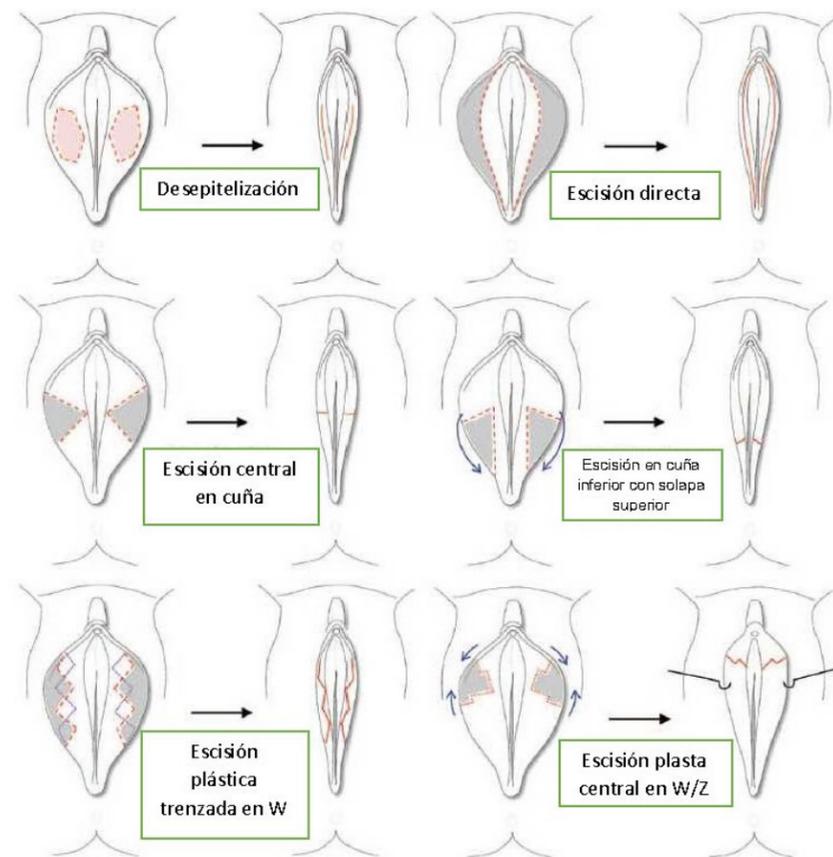


Fig. 1. Técnicas quirúrgicas para labioplastia. Desepitelización (arriba a la izquierda), la porción central de la superficie medial de cada labio menor es profundizada y re aproximada. Escisión directa (arriba, derecha), el exceso de tejido es extirpado usando una escisión contorneada paralela a cada labio mayor. Resección central en cuña (centro, izquierda), extirpación en cuña central del exceso de tejido y re aproximación de labios menores. Resección de cuña inferior (centro, derecha), se extirpa una cuña inferior del exceso de tejido y se re aproxima cada labio menor. Resección W (abajo, izquierda), incisión complementaria, con resecciones en forma de W a lo largo de la cara medial y lateral de cada labio menor, preservando clítoris y vestíbulo. Los tejidos se re aproximan de manera interdigitada. Resección en cuña (abajo, derecha) incisión en forma de Z. La cuña central del exceso de tejido se corta con incisiones en forma de Z y cada labio menor es re aproximado.

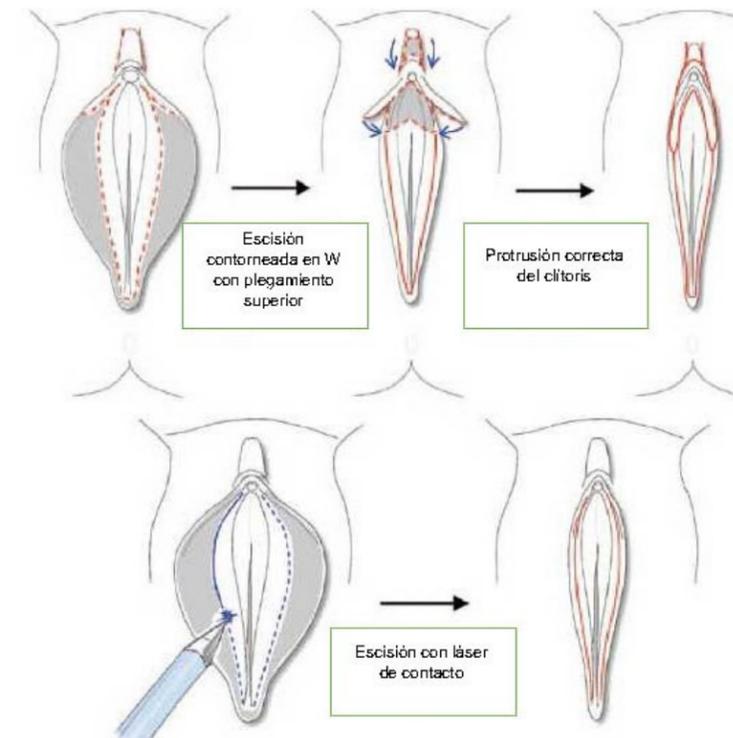


Fig. 2. Reducción compuesta (arriba). Se realiza una escisión curva y se conservan colgajos pediculares estrechos, de base superior y el frenillo del clítoris. Una media luna de tejido se retira por debajo del clítoris hasta que determina el grado en que éste se desplaza caudalmente. También se extirpa un segmento central de piel rectangular craneal al clítoris y se re aproximan los tejidos. Escisión con láser (A continuación) se utiliza un láser de contacto para extirpar el tejido de una manera similar a la escisión directa o resección en cuña.

REPORTES DE PACIENTES

La edad de las paciente está en rango de 11 a 68 años de edad, principalmente por hipertrofia de labios menores; el tamaño antes de la cirugía reportado en promedio, desde la línea media hasta el borde lateral de los labios menores,⁷⁻¹² fue de 2.7 a 5 cm. La resección en cuña⁷ no se realizó en pacientes en labios menores con anchura de menos de 3 cm.

TÉCNICA TRANS-QUIRÚRGICA

Durante la cirugía de plastia de labios menores, se administran antibióticos de amplio espectro¹¹ como cefazolina o 1500 mg de cefotaxima admi-

nistrado por vía intravenosa y 500 mg de metronidazol administrado por vía oral, generalmente bajo anestesia general, principalmente cuando se realizan cirugía concomitantes o local con sedación, utilizando^{1,3} lidocaína al 1% con epinefrina 1:200.000, o lidocaína al 0.5% con epinefrina 1:200.000, o bupivacaína 0.25% con epinefrina 1:200.000 o 1:50.000 epinefrina. Los diferentes tipos de procedimientos reportados son desepitelización,⁶⁻⁸ escisión directa,^{6,7} reducción de material compuesto,¹¹ labioplastia con láser,^{6,7,10,12} la labioplastia usando resección en forma de W o plastia en Z fue la menor utilizada.^{6,9} Los tiempos quirúrgicos variaron de 28 a 55 minutos.⁶ Las plastias fueron bilaterales⁶ en 92.9%. En cuanto a las técnicas e incisiones para cada proce-

dimiento se utilizan las suturas^{6,9-11} como vicryl 4-0 o monocryl 5-0 y 6-0 y vicryl 5-0 y 6-0 y con menor frecuencia suturas no absorbibles (4-0).^{6,9} La técnica del cierre varía desde suturas continuas a interrumpidas, que se utilizan tanto para cierre profundo y superficial, en una, dos o hasta tres capas.⁶

CUIDADOS POS-QUIRÚRGICOS

Los cuidados pos-quirúrgicos son variables, se recomiendan la aplicación de medicamentos de cualquier tóxico (con eritromicina, polimixina B, bacitracina) o antibióticos orales (cefalosporinas de primera generación, clindamicina para pacientes con alergia a la penicilina).^{6,8-10} El retorno a la vida sexual activa se recomienda^{6,8,10} de 40 días a dos meses, la aplicación tópica de yodo y baños de asiento de permanganato de potasio se utilizan.^{6,8} Se recomienda la higiene perineal meticulosa y vestirse con toalla estéril, el uso de antiinflamatorios y analgésicos y crioterapia local para el dolor e inflamación.⁶ Las complicaciones pos-quirúrgicas comunes incluyeron dehiscencia, hematomas, necrosis del colgajo (para la resección en cuña), malestar, cicatrices visibles, infecciones superficiales, poca y gran resección. Los granulomas en la sutura, formación de fístulas y capuchón del clítoris presenta orejas de perro.^{6,13} La tasa de satisfacción⁶ de las pacientes para cada técnica va de 94 a 100%.

CUESTIONAMIENTOS DE LA CIRUGÍA COSMÉTICA DE LABIOS MENORES

La cirugía plástica vulvovaginal es un término general que abarca múltiples procedimientos distintos unos de otros; es motivo de noticias al público, a través de los medios de comunicación y los médicos. Es discutible el nivel de seguridad y eficacia de los procedimientos de "rejuvenecimiento vaginal" y la cirugía plástica vulvovaginal electiva¹ principalmente por ausencia de estándares medibles para la atención, la falta de evidencia y poca estandarización en la nomenclatura. La definición de labioplastia es la reducción de labios menores y no se recomienda el término de "rejuvenecimiento vaginal" que agrupa varios procedimientos juntos. La labioplastia es un procedimiento más popular, con duplicación de este procedimiento en todo el mundo;⁶ aunque, la efi-

ca o la frecuencia de diversas técnicas y aún menor el establecimiento de prácticas óptimas para este procedimiento. La hipertrofia labial es comúnmente congénita,⁶ las causas adquiridas potenciales son las hormonas androgénicas, exógenas en la infancia, sensibilidad al estrógeno tópico, estiramiento por aditamentos de peso para los labios, dermatitis secundaria a incontinencia urinaria, linfedema vulvar y enfermedades mielodisplásicas. Aún no existe un sistema para la etapa de la severidad de la hipertrofia labial, tampoco un consenso sobre la mejor forma de definir y clasificar esta condición. La clasificación más utilizada divide la hipertrofia labial en cuatro etapas: etapa I, menos de 2 cm; fase II, de 2 a 4 cm; fase III, 4 a 6 cm; y etapa IV, mayor de 6 cm; medido en centímetros desde la base de los labios menores (introito vaginal) a la punta más distal.

Los labios menores varían en longitud, grosor, simetría y protuberancia. La anchura media de los labios menores es 2.5 cm, con rango de 7 mm a 5 cm; no existe una norma anatómica establecida del tamaño de los labios menores, para realizar el procedimiento, pero cuando los labios menores no sobresalen más allá de los labios mayores son estética y funcionalmente satisfactorios.² Muchas mujeres desean tener una estética general similar a las "prepuberles" con los labios menores escondidos dentro de los confines de los labios mayores.^[36] Para lograr esta estética, los labios menores no debe sobresalir más allá de los labios mayores, dando a la vulva un aspecto liso. Los labios deben ser simétricos con mínima redundancia. Existe amplia gama para el ancho normal anatómicamente de los labios menores y, en cierta medida, a los labios mayores.^{1-4,15} Para tomar la amplitud de la anatomía individual de la paciente se utiliza un sistema de clasificación simple para protrusión labial que se basa en la distancia del borde lateral de los labios menores de los labios mayores, en lugar desde el introito. La protrusión labial está clasificada como Clase I (0 a 2 cm), clase II (2 a 4 cm) y clase III (>4 cm)⁶ (figura 3).

A partir del inicio de la labioplastia por cirugía plástica existen múltiples técnicas novedosas. Las técnicas quirúrgicas reportadas incluyen desepitelización,^{6,7,8} escisión directa,^{6,7} resección en forma de W,^{6,9} resección en cuña,^{6,7,10} re-

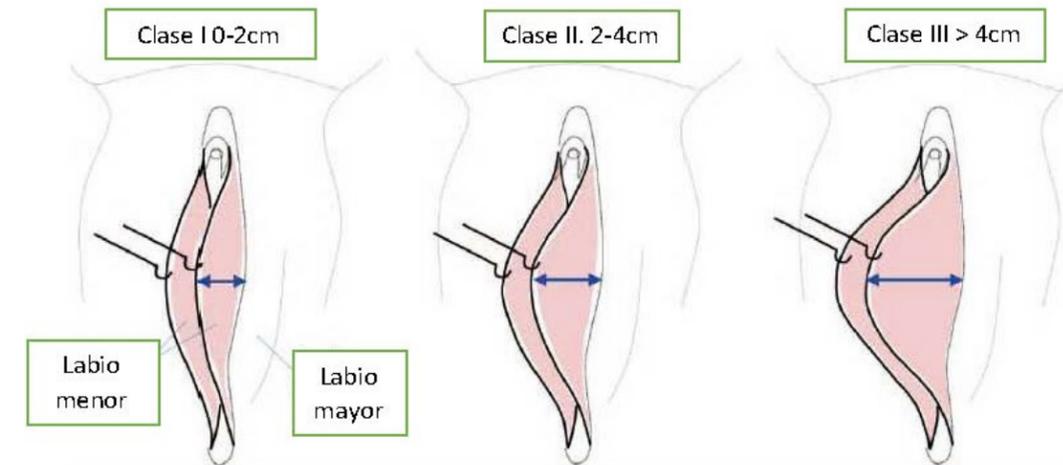


Fig. 3. Clasificación para la protrusión de labios menores. Se clasifica el grado de protrusión de los labios menores después de los labios mayores. Clase I (0 a 2 cm de protrusión), clase II (2 a 4 cm de protrusión) y clase III (> 4 cm de protrusión) pueden ser susceptibles a diferentes paradigmas de tratamiento. Se añade una "A" para la asimetría y una "C" para la implicación del capuchón del clítoris.

ducción compuesta,^{6,10} Z-plastia⁶ y la labioplastia láser.^{6,12} Al realizar una labioplastia, los objetivos esenciales incluyen la reducción de labios menores hipertrofiados con mantenimiento del suministro neurovascular, preservación del introito, color y textura óptima, con la mínima invasión. Existen muchas técnicas diferentes para la labioplastia, los tipos I y II para labios menores hipertrofiados se tratan eficazmente con la técnica de desepitelización,^{6,7} los tipos III o IV es la desepitelización debido a la incapacidad para reducir el volumen labial completamente y arrojan pobres resultados estéticos, pero son más candidatos adecuados, ya sea para la técnica de escisión directa o de resección en cuña. Aunque ambas técnicas permiten reducción significativa en el tamaño labial, la técnica de escisión directa amputa el borde más oscuro naturalmente ondulado. Para las mujeres que prefieren mantener el borde labial más oscuro, la resección en cuña es el procedimiento de elección; 92% de pacientes están satisfechas con el resultado quirúrgico.^{6,7} Cada técnica ofrece sus propias ventajas y desventajas, pero la escisión directa proporciona una técnica simple para la escisión de exceso de tejido. Esta técnica elimina el tono de color natural y la textura del borde libre de los labios menores y colocar una sutura en la línea en el borde libre de los labios

menores puede conducir a la formación de una cicatriz visible y la sensación puede afectarse por la formación de cicatrices en los límites de los labios menores. En contraste, la desepitelización ofrece muchas ventajas mediante la preservación de los límites naturales de los labios menores y su suministro neurovascular; pero es poco adecuada para pacientes con anchura labial amplia. La resección en cuña conserva el contorno y color natural del borde libre de los labios menores y puede crear un contraste abrupto en la coloración de los labios menores con la reaproximación de los tejidos. La cicatriz longitudinal creada por esta técnica puede distorsionar los labios; la reducción compuesta es una técnica que se ocupa tanto de la protrusión labial y capuchón del clítoris con excelentes resultados estéticos, pero la tasa de complicaciones y reintervenciones son más altas,^{6,11} de 17.4%. En la resección en forma de W, las complicaciones se reportan en 16% y en la plastia en Z en 13%. La labioplastia con láser se realiza similar a la escisión directa⁶ y la resección en cuña^{6,12} tiene excelentes resultados.

Se requiere aún validar cada uno de estos procedimientos, los riesgos y beneficios de cada método se deben discutir individualmente y basados en la anatomía de la paciente y de preferencia

de acuerdo con la estética deseada por la paciente,^{6,7,15} aunque, la resección no debe reducir la anchura de los labios menores restante a menos de 1 cm para evitar la distorsión del orificio uretral.^{6,9} La resección no debería extenderse a la horquilla posterior para evitar la distorsión del introito vaginal.⁶ Los anestésicos variaron mucho, en general, la anestesia local sola o en combinación con sedación. Lidocaína del 0.25, 0.50 a 1%, respectivamente o 25% de bupivacaína en combinación con 1:50.000 a 1:200.000 de epinefrina; el cierre reportado va de tres capas utilizando monocryl 5-0 internamente y vicryl 5-0 en la piel y mucosa para evitar la dehiscencia.⁶ Un cierre de dos capas se realiza en la escisión directa.⁶ Los cuidados pos-quirúrgicos son: uso de antibióticos orales y tópicos por cinco días después de la cirugía para minimizar la infección superficial y reducir el riesgo de dehiscencia de la herida,^{6,8-10} apósito estéril seco durante cinco días después de la cirugía.^{6,8,9} La natación, uso de tinas de baño y relaciones sexuales se recomienda evitarlos 40 días después de la cirugía.⁶

Los medicamentos antiinflamatorios y analgésicos se utilizan después de la cirugía, así como la aplicación de crioterapia para el dolor e hinchazón; a pesar de todo esto, es limitado y en las prácticas actuales falta estandarización. Los estudios futuros deben establecer o proponer prácticas uniformes para optimizar el manejo de las pacientes. A pesar de estas limitaciones, la labioplastia estética es un procedimiento popular que se asocia con satisfacción de las pacientes con protrusión labial.^{6,10}

CONCLUSIONES

Aunque la popularidad de este procedimiento ha aumentado dramáticamente desde que fue descrita por primera vez por Hodgkinson y Hait en 1984, la literatura disponible es bastante limitada y las prácticas actuales siguen siendo mal descritas. Sigue habiendo una tremenda falta de uniformidad en las prácticas actuales.

REFERENCIAS

1. Mirzabeigi MN, Jandali S, Mettel RK, Alter GJ. The nomenclature of "vaginal rejuvenation" and elective vulvovaginal plastic surgery. *Aesthet Surg J*. 2011;31:723-724.
2. American Society for Aesthetic Plastic Surgery. ASAPS 2013 Cosmetic Surgery National Data Bank statistics. Available at: <http://www.surgery.org/media>. Accessed March 16, 2014.
3. Wu JA, Braschi EJ, Gulminelli PL, Comiter CV. Labioplasty for hypertrophic labia minora contributing to recurrent urinary tract infections. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19:121-123.
4. Reddy J, Laufer MR. Hypertrophic labia minora. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23:3-6.
5. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: A review. *J Sex Med*. 2011;8:1813-1825.
6. Saba Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong, VW, Patel A, et al. Vaginal Labioplasty Current Practices and a Simplified Classification System for Labial Protrusion. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(2):774-788.
7. Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, et al. Techniques for labia minora reduction: An algorithmic approach. *Aesthetic Plast Surg*. 2010;34:105-110.
8. Cao YJ, Li FY, Li SK, et al. A modified method of labia minora reduction: The de-epithelialised reduction of the central and posterior labia minora. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65:1096-1102.
9. Solanki NS, Tejero-Trujeque R, Stevens-King A, Malata CM. Aesthetic and functional reduction of the labia minora using the Maas and Hage technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63:1181-1185.
10. Kelishadi SS, Elston JB, Rao AJ, Tutela JP, Mizuguchi NN. Posterior wedge resection: A more aesthetic labioplasty. *Aesthet Surg J*. 2013;33:847-853.
11. Gress S. Composite reduction labioplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37:674-683.
12. Smarrito S. Lambda laser nymphoplasty: Retrospective study of 231 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133:231e-232e.
13. Alter GJ. Labia minora reconstruction using clitoral hood flaps, wedge excisions, and YV advancement flaps. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127:2356-2363.
14. Dobbeleir JM, Landuyt KV, Monstrey SJ. Aesthetic surgery of the female genitalia. *Semin Plast Surg*. 2011;25:130-141.
15. Vargas Hernández, V. M. Cirugía cosmética femenina producto de la publicidad Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior 2012;4 (7).



Creamos tu proyecto:

- Revistas especializadas
- Revistas institucionales
- Libros
- Boletines
- Catálogos
- Manuales
- Gacetas

16 Años de
Experiencia y
Profesionalismo

☎ 55 5589 1754 | 55 8939 1701

🌐 imagenglobal.org

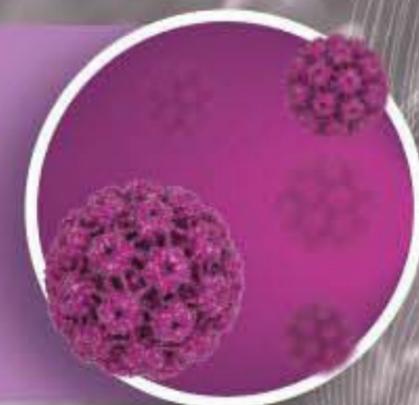


SALUD FEMENINA



Genotipificación de VPH de Alto Riesgo

Prueba de tamizaje para identificación de VPH 16,18
Identificación de otros genotipos comunes (pool de 12)
Prueba molecular Roche



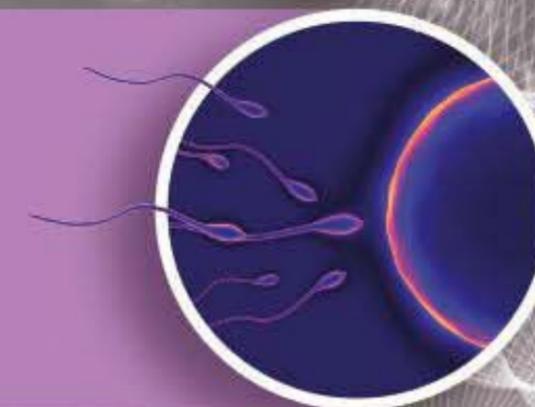
Embarazo

Factores pronósticos de Preeclampsia
sFlt-1, PlGF
Tecnología cobas



Fertilidad

Hormona que permite cuantificar la reserva ovárica
AMH PLUS
Tecnología cobas



Solicitar recolección al número **55 9056 5433**

7 CONGRESO NACIONAL DE GINECÓLOGOS ONCÓLOGOS

CMOG
COLEGIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE MÉXICO A.C.

PROGRAMA

7 CONGRESO NACIONAL DE GINECÓLOGOS ONCÓLOGOS

CMOG
COLEGIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE MÉXICO A.C.

CONGRESO NACIONAL DE GINECÓLOGOS ONCÓLOGOS, DEL COLEGIO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DE MÉXICO, A.C. COMEGOM

29-31 de agosto 2024

QUERÉTARO, QRO.
Hospital Ángeles Centro Sur

Objetivo:

- Dar a conocer las modificaciones en el tratamiento médico-quirúrgico de las principales neoplasias malignas ginecológicas y de cáncer de mama.
- Identificar la importancia del manejo multidisciplinario de las pacientes con cáncer ginecológico y mamario.

Dirigido a:

Ginecólogos oncológicos, gineco-obstetras, cirujanos oncológicos, cirujanos de mama, oncológicos médicos, radio-oncológicos, patólogos y médicos interesados en el área.

29
— AGOSTO
31 2024
Querétaro

10 PUNTOS CMGO
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia

18 PUNTOS CMO
Consejo Mexicano de Oncología

cmog.congreso.lat

HA
Hospital Ángeles
CONGRESO PRESENCIAL
Auditorio / Hospital Ángeles
Centro Sur Querétaro



Presidente Ejecutivo

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

Secretarios

Dra. Patricia Alanís López

Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

COMITÉ CIENTÍFICO:

Coordinadora General

Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón

Coordinador de Carteles, videos y trabajos libres

Dr. Arnulfo Martínez Chapa

Comité de Actividades Didácticas

Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez

Coordinadores de Módulos:

- Dra. Amelia Rodríguez Trejo
- Dra. Patricia Alanís López
- Dr. José Luis Bañuelos Ramírez
- Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada
- Dr. Germán Maytorena Córdova
- Dr. Guillermo Moreno Flores
- Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez
- Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón
- Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar

Profesores internacionales



JAPÓN

Keiichi Fujiwara MD



USA

Marcela del Carmen MD



USA

Antonio Santillán MD



USA

Mario M. Leitao MD



COLOMBIA

Dra. Gloria Palazuelos



COLOMBIA

Dr. J. Alexander Rodríguez



COLOMBIA

Dr. René Pareja



ALEMANIA

Michael Höckel MD

Profesores nacionales:

- Dra. Melania Abreu González
- Dr. Juan Luis Aboites Lucero
- Dra. Amelia Rodríguez Trejo
- Dra. Patricia Alanís López
- Dr. José Luis Bañuelos Ramírez
- Dr. Luis Jonathan Bueno Rosario
- Dr. Álvaro Cabrera García
- Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada
- Dr. Marco Antonio García Hernández
- Dr. Leopoldo Enrique Gatica Galina
- Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez
- Dr. Oscar Hugo Jiménez Antonio
- Dra. Kitzia Yigal Larros Cruz
- Dr. Daniel Fernando López Zúñiga
- Dr. Germán Maytorena Córdoba
- Dr. Arnulfo Martínez Chapa
- Dr. Isaac Melo Cerda
- Dr. Guillermo Moreno Flores
- Dra. Magaly Denise Peña Arriaga
- Dra. María Delia Pérez Montiel
- Dr. Rogelio Robles Morales
- Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón
- Dr. Luis Alberto Solís Castillo
- Dr. Enrique Isay Talamantes Gómez
- Dra. Yamilé Torres Jasso
- Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar
- Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
SIMPOSIO INTERNACIONAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO Coordinadores: Dr. José Luis Bañuelos Ramírez Dr. Germán Maytorena Córdoba	07:00-07:50	» Evaluación Inicial
	07:50-08:00	» Bienvenida e Inauguración Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
	08:00-08:25	» Ganglio Centinela en Cáncer de Endometrio Marcela Del Carmen Amaya MD
	08:25-08:50	» Estado actual de la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de cuello uterino Mario M. Leitao, Jr. MD
	08:50-09:15	» Desescalamiento de tratamiento radical en Ca Cu Dr. René Pareja
	09:15-09:40	» Preservación de la Fertilidad en cáncer ginecológico Mario M. Leitao, Jr. MD
	9:40-10:05	» Resección Quirúrgica basada en los campos ontogenéticos del cáncer Michael Höckel MD
	10:05-10:30	» Papel de HIPEC en el carcinoma de ovario Mario M. Leitao, Jr., MD
	10:30-11:00	Sesión de Preguntas (profesores y coordinadores) Mario M. Leitao, Jr. MD Dr. José Luis Bañuelos Ramírez Dr. Germán Maytorena Córdoba
	11:00-11:25	» RECESO

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
CÁNCER DE ENDOMETRIO Coordinadora: Dra. Patricia Alanís López	11:25-11:50	» Cirugía de mínima invasión en pacientes con obesidad mórbida y cáncer de endometrio Dr. Juan Luis Aboites Lucero
	11:50-12:15	» Linfadenectomía en cáncer de endometrio Dr. Luis Alberto Solís Castillo
	12:15-12:40	» Inmunoterapia y cáncer de endometrio Dr. Enrique Isay Talamantes Gómez.
CÁNCER DE OVARIO Coordinador: Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Aguilar	12:40-13:05	» Riesgo de hallazgos imagenológicos en cáncer de ovario Dra. Gloria Palazuelos
	13:05-13:30	» Inmunoconjugados en cáncer de ovario, ¿las nuevas balas mágicas? Dr. Luis Jonathán Bueno Rosario
	13:30-14:00	» Updated evidence of IP CHEMO Keiichi Fujiwara MD

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
	7:00-8:40	» Presentación Trabajos libres, carteles y videos Coordinador: Dr. Arnulfo Martínez Chapa Convocatoria al Concurso de Trabajos de Investigación Los invitamos a presentar sus trabajos de investigación y concursar en las tres categorías disponibles: » Trabajos de investigación libre oral » Trabajo formato video » Trabajos en formato cartel (mam para) (9:30-10:00 PRESENTACIÓN DE POSTERS POR LOS AUTORES) La fecha límite de registro de los trabajos de investigación es el 30 de julio de 2024, 23:55 horas
	08:40-09:00	» Disfunción sexual de la mujer con cáncer Dr. Isaac Melo Cerda
CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO Coordinador: ·Dr. Guillermo Sidney Herbert Núñez ·Dr. Guillermo Moreno Flores	09:00-09:30	» Clasificación de CaCu (OMS) Dra. María Delia Pérez Montiel
	09:30-10:00	» Manejo Actual de CaCu metastásico Dr. Marco Antonio García Hernández
	10:00-10:30	» Tecnologías para la detección oportuna de CaCu Dr. Leopoldo Enrique Gatica Galina
	10:30-10:50	» RECESO

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
CÁNCER DE MAMA Coordinadora Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón	10:50-11:15	» Tratamiento de cáncer de mama con enfermedad múltiple, protocolo ALLIANCE Dra. Yamilé Torres Jasso
	11:15-11:40	» Mastografía contrastada para evaluación preoperatoria en cáncer de mama temprano. Dra. Kictzia Yigal Larios Cruz
	11:40-12:05	» Cáncer de mama en pacientes seniles. ¿Hasta qué punto se omite la linfadenectomía axilar, ganglio centinela y radioterapia? Dra. Magaly Denise Peña Arriaga
	12:05-12:40	» ¿Cómo implementar un servicio de cirugía oncológica? Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego
	12:40-13:00	» Preguntas y respuestas Todos los ponentes y coordinadora Acad. Dra. Eva Ruvalcaba Limón Dra. Yamilé Torres Jasso Dra. Kictzia Yigal Larios Cruz Dra. Magaly Denise Peña Arriaga Dr. Jorge Alexander Rodríguez Gallego Dra. Amelia Rodríguez Trejo
	13:00-13:30	» CONFERENCIAS INTERNACIONALES ESPECIALES Complicaciones de la cirugía de invasión mínima en ginecología oncológica: Identificación y Prevención en Cirugía Robótica Antonio Santillán MD
	13:30-14:00	» Papel de la cirugía de invasión mínima por Robótica en cáncer de ovario Antonio Santillán MD

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
		Coordinador » Dr. Arnulfo Martínez Chapa
	08:00-10:00	» Convocatoria al Concurso de Trabajos de Investigación Los invitamos a presentar sus trabajos de investigación y concursar en las tres categorías disponibles: » Trabajos de investigación libre oral » Trabajo formato video » Trabajos en formato cartel (mam para) (9:30-10:00 PRESENTACIÓN DE POSTERS POR LOS AUTORES) La fecha límite de registro de los trabajos de investigación es el 30 de julio de 2024, 23:55 P M
	10:00-10:20	» RECESO

MÓDULO	HORA	TEMA Y PONENTE
TEMAS ASOCIADOS A GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Coordinadora: Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada	10:20 -10:50	» Evaluación de la pieza macroscópica óptica en el estudio transoperatorio en patología ginecológica oncológica Dr. Daniel Fernando López Zúñiga
	10:50 -11:20	» Uso de biomarcadores como factores pronósticos y predictivos en cáncer ginecológico Dra. Melania Abreu González
	11:20 -11:50	» Beneficios del manejo intervencionista del dolor en cáncer ginecológico de mama Dr. Oscar Hugo Jiménez Antonio
	11:50 -12:20	» Leucemia y embarazo Dr. Álvaro Cabrera García
	12:20 -12:50	» Inteligencia artificial aplicada al cáncer ginecológico Dr. Luis Jonathan Bueno Rosario
	12:50 -13:20	» Preguntas y respuestas Todos los ponentes y coordinadora Dra. Argelia Elisa Camarillo Quesada Dr. Daniel Fernando López Zúñiga Dra. Melania Abreu González Dr. Oscar Hugo Jiménez Antonio Dr. Álvaro Cabrera García Dr. Luis Jonathan Bueno Rosario Dra. Amelia Rodríguez Trejo
	13:20 -13:50	» Conferencia especial » ¿Cirugía de Mínima invasión reemplazara a la tradicional en el futuro? Antonio Santillán MD
	13:50 -14:00	» Evaluación final y clausura Acad. Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández