

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

**FRECUENCIA DE LESIONES DERMATOLÓGICAS VULVARES
CLÍNICAMENTE DETECTADAS EN DOS UNIDADES DE COLPOSCOPIA EN
BOGOTÁ, 2019**

**SHIRLEY VANESSA FORERO VÁSQUEZ¹
SANTIAGO GARCÍA RODRÍGUEZ²**

**Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al
título de Especialistas en Obstetricia y Ginecología**

**Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá
2020**

¹Médica Residente, Investigadora, Estudiante especialización en Obstetricia y Ginecología

² Médico Residente, Investigador, Estudiante especialización en Obstetricia y Ginecología

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

**Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares clínicamente detectadas en
dos unidades de colposcopia en Bogotá, 2020**

**Investigadores Principales
Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez**

**Director de Tesis: Jairo Amaya Guío
Profesor Titular, Facultad de Medicina, Especialista en Obstetricia y
Ginecología, Especialista en Epidemiología**

**Codirector de Tesis: Luz Amparo Díaz
Profesor Asociado Facultad de Medicina, Especialista en Obstetricia y
Ginecología**

**Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá
2020**

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad Nacional de Colombia, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

DEDICATORIA

A DIOS, quien guía nuestra vida y camino permitiéndonos alcanzar un peldaño más en nuestra vida profesional para permitir brindarle ayuda a la sociedad y permitirnos tener la satisfacción del deber cumplido en esta profesión que hemos escogido “Obstetricia y Ginecología”.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios que nos permitió culminar esta nueva etapa en nuestra vida profesional y a través de nuestro conocimiento sumar esfuerzos para el mejoramiento de la salud y la prevención de la enfermedad en la mujer Colombiana.

A nuestras familias, quienes con su amor y paciencia día a día son nuestro motor en la vida, nuestro centro para permanecer de pie, y nuestra motivación para seguir creciendo profesionalmente, cada esfuerzo valió la pena por su bienestar.

Agradecemos de manera muy especial a quienes continúan con su luz iluminando nuestro camino desde el cielo dándonos su mano y su aliento para seguir adelante y brillar con luz propia.

Nuestro más sentido agradecimiento a todas aquellas personas que agregaron su granito de arena para culminar este proyecto, en especial a nuestros docentes Jairo Amaya, Luz Amparo Díaz y Ariel Ruiz quiénes con su conocimiento y trabajo contribuyeron para que esta investigación llegara a desarrollarse a satisfacción, siempre con el sello de alta calidad característico de la formación en la Universidad Nacional de Colombia.

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. MARCO DE REFERENCIA	7
3.1 Antecedentes	7
3.2 Marco teórico.....	8
3.2.1 Anatomía y embriología.....	8
3.2.2 Epidemiología	9
3.3.3 Diagnóstico:	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
5. JUSTIFICACIÓN	19
6. OBJETIVOS	20
6.1 Objetivo General:	20
6.2 Objetivos Específicos:.....	20
7. METODOLOGÍA	21
7.1 Tipo de Estudio	21
7.2 Aspectos Preliminares:	21
7.3 Instrumentos de recolección de datos:.....	21
7.5 Población estudio:.....	22
7.6 Muestra:.....	22
7.7 Técnica de muestreo.....	22
7.8 Criterios de selección:.....	22
7.8.1 Criterios de inclusión:	22
7.9 Variables.....	23
7.10 Recolección de la información.....	26
7.11 Análisis de la información:	27
7.12 Control de Sesgos:.....	27
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
9. RESULTADOS.....	29
9.1 Características sociodemográficas.....	29

9.2 Características clínicas	30
9.3. Frecuencia de pacientes con lesiones dermatológicas vulvares en la población remitida al servicio de colposcopia	32
9.4 Frecuencia de lesiones vulvares en las pacientes remitidas a colposcopia .	35
9.5 Frecuencia de lesiones vulvares de acuerdo al tipo de lesión primaria.....	32
9.6 Frecuencia de lesiones según el grupo etario	36
9.7 Frecuencia de lesiones según la raza.....	37
9.8 Correlación clínico histopatológica de las lesiones.....	37
10. DISCUSIÓN	39
11. CONCLUSIONES.....	39
12. RECOMENDACIONES	43
13. BIBLIOGRAFÍA.....	44

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Lesiones dermatológicas primarias propuestas por la ISSVD 2011	13
Tabla 2. Matriz de variables población estudio IDIME – Hospital de Engativá	23
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio.....	29
Tabla 4. Caracterización clínica de la población objeto de estudio, 2020	31
Tabla 5. Frecuencia de acuerdo al tipo de lesión vulvar en población objeto de estudio.....	32
Tabla 6. Lesiones vulvares de acuerdo a la clasificación de ISSVD 2011 en población objeto de estudio, 2020	33
Tabla 7 . Frecuencia de lesiones vulvares en pacientes menores y mayores de 49 años.....	36
Tabla 8. Correlación clínico histológica de lesiones vulvares población objeto de estudio.....	37

1. RESUMEN

Introducción: La detección tardía de la enfermedad vulvar, así como el desconocimiento epidemiológico de la misma a nivel nacional, generó la iniciativa de realizar una investigación que permitió estimar la frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares en mujeres que asisten a la consulta de colposcopia en dos instituciones de Bogotá, Colombia, con base en un enfoque clínico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, que incluyó la totalidad de mujeres que asistieron a dos servicios de colposcopia en la ciudad de Bogotá, Colombia entre febrero y agosto de 2020; con base en el enfoque clínico propuesto por la ISSVD 2011, se caracterizaron las lesiones, se obtuvo la frecuencia de las lesiones vulvares y se realizó la correlación histopatológica cuando hubo indicación de toma de biopsia.

Resultados: Un total de 782 pacientes fueron evaluadas, con una mediana de edad de 34 años (18 a 93 años), en las que se detectaron 288 lesiones vulvares equivalentes a una frecuencia de lesiones vulvares del 36.8%. El 51.04% de las lesiones se ubicaron en la zona pilosa; En cuanto a las características de las lesiones, se evidenció que la gran mayoría se encuentran en el grupo 4 de la ISSVD 2011 que corresponde a lesiones pigmentadas oscuras, seguidas del grupo 2, que corresponde a lesiones rojas placas o parches con el 6,52 % y el grupo 1, que son lesiones de color piel con un 4,23%. Los diagnósticos más comunes fueron la melanosis vulvar (25,69%), seguido de los nevus (16,66%) y liquen simple crónico (7,63%). La concordancia clínico-patológica fue del 78%, y específicamente para las lesiones benignas fue del 93%.

Conclusión: La frecuencia de lesiones vulvares fue mayor que la reportada en la literatura, siendo más frecuente en las pacientes mayores de 49 años, de menor estrato socioeconómico, menor nivel educativo y con presencia o antecedente de vaginitis; adicionalmente se encontró una tendencia mayor en las pacientes con antecedente de diabetes o cáncer. Se evidenció una adecuada concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico.

PALABRAS CLAVE: “VULVAR DISEASES”, “VULVAR LICHEN SCLEROSUS”, “PRURITUS VULVAE”, “VULVAR DERMATOSES”, “INCIDENCE”

ABSTRACT

Introduction: The late detection of vulvar disease as well as the epidemiological ignorance of it at the national level, generated the initiative to carry out an investigation that allowed estimating the frequency of vulvar dermatological lesions, in women who attend the colposcopy consultation in two institutions in Bogotá, Colombia, based on a clinical approach, in women who attend the colposcopy consultation in two institutions in Bogotá, Colombia.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted, which included all the women who attended two colposcopy services in the city of Bogotá, Colombia between February and August 2020, based on the clinical approach proposed by the ISSVD 2011, the lesions were characterized, the frequency of the vulvar lesions was obtained and histopathological correlation was made when there was an indication to take a biopsy.

Results: A total of 782 patients were evaluated, with a median age of 34 years (18 to 93 years), in which 288 vulvar lesions were detected, equivalent to a prevalence of 36.8%. 51.04% of the lesions were located in the hairy area. Regarding the characteristics of the lesions, it was evidenced that the vast majority are found in group 4 of the ISSVD 2011 which corresponds to dark pigmented lesions, followed by group 2, which corresponds to red lesions, plaques or patches with 6.52% and group 1, which are skin-colored lesions with 4.23%. The most common diagnoses are vulvar melanosis (25.69%), followed by nevi (16.66%), and lichen simplex chronicus (7.63%). The clinic pathological correlation was 78%, and specifically for benign lesions it was 93%.

Conclusion: The frequency of vulvar lesions was higher than that reported in the literature, being more frequent in patients older than 49 years, of lower socioeconomic status, lower educational level and with the presence or history of vaginitis; additionally, a greater trend was found in patients with a history of diabetes or cancer. There is an adequate correlation between the clinical diagnosis and the histopathological diagnosis.

KEYWORDS: "VULVAR DISEASES", "VULVAR LICHEN SCLEROSUS", "PRURITUS VULVAE", "VULVAR DERMATOSES," "INCIDENCE"

2. INTRODUCCIÓN

Las “lesiones vulvares” hacen referencia al conjunto de signos y síntomas que refiere la mujer y que se localizan a nivel de la vulva, pueden afectar negativamente la función sexual y la sensación de bienestar; el prurito y el dolor vulvar son los síntomas que se presentan con mayor frecuencia. Para identificar adecuadamente su etiología se requiere de una exploración clínica y paraclínica juiciosa (1) (2). Se estima que hasta el 20% de las mujeres tendrán síntomas vulvares a lo largo de la vida, algunas patologías inflamatorias son clínicamente similares a las lesiones precursoras de patología maligna, por lo que el reto diagnóstico es precisamente diferenciar entre las enfermedades vulvares benignas, las pre malignas y las malignas, por esta razón en algunos casos es necesario complementar el abordaje clínico con el estudio histológico, lo que permite definir el manejo y establecer el pronóstico (3).

La patología vulvar es uno de los grupos de enfermedades más prevalentes en las mujeres, principalmente en aquellas pacientes por encima de los cuarenta años de edad; infortunadamente continúa siendo una entidad subdiagnosticada, en muchas ocasiones subvalorada debido a que puede ser asintomática o los signos y síntomas suelen ser inespecíficos, al desconocimiento médico y a la consulta tardía de las pacientes para quienes la zona vulvar sigue siendo un tema tabú. De allí la importancia de reconocer las estructuras anatómicas, las variaciones anatómicas normales de la vulva especialmente las relacionadas con la edad, reconocer lesiones benignas evitando tratamientos agresivos, innecesarios y costosos mientras, en el otro extremo, reconocer las patologías malignas para un manejo oportuno con el objetivo de mejorar pronóstico y disminuir mortalidad (3).

La sociedad internacional para el estudio de enfermedades vulvovaginales (ISSVD) clasifican las enfermedades vulvares en dermatosis vulvares que causan lesiones visibles en la piel y disestesia vulvar que causan dolor (3). Durante los últimos años se han propuesto diferentes clasificaciones con el objetivo de estandarizar la nomenclatura entre los profesionales a cargo del diagnóstico y el tratamiento de patologías vulvares entre los que se encuentran: dermatólogos, ginecólogos, coloproctólogos y patólogos, estas clasificaciones pueden tener como base el enfoque histológico como el propuesto por la ISSVD en el año 2006 (4) o el enfoque clínico publicada por la ISSVD en el año 2011 (5) que se complementan entre sí, con el objetivo de llegar a un diagnóstico más acertado.

En la literatura se encuentran estudios basados en registros poblacionales, que informan las características de la población y el tipo de lesiones presentadas; sin embargo, a nivel nacional no se cuenta con un estudio de similares características que nos ayuden a prevenir la morbilidad derivada de estas lesiones en la salud femenina. De ahí la importancia de realizar un estudio que permita determinar la frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares en el país, caracterizar el tipo de lesión de acuerdo con los hallazgos clínicos, y clasificar las lesiones por grupos etarios y raza, con lo que se pretende mejorar la salud femenina, disminuir costos en la atención y estimular nuevos proyectos de investigación.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Antecedentes:

Los síntomas vulvovaginales son comunes, afectando a una de cada cinco mujeres, usualmente son crónicos y pueden afectar el comportamiento y la sexualidad. Factores locales como el calor, la humedad y la fricción debilitan la función de la barrera cutánea vulvar aumentando la incidencia de la patología vulvar (8). Se estima que el 20% de las mujeres presentaran síntomas vulvares al largo de su vida (3); sin embargo, un gran porcentaje de las pacientes probablemente estén infra diagnosticadas debido a la vergüenza y renuencia a visitar un centro de salud (9), en otras ocasiones el diagnóstico es impreciso por falta de conocimiento médico, lo que conlleva al retraso en los tratamientos (10).

En un estudio realizado en Nepal se encontró que entre las causas de patología vulvar más frecuentes, las infecciones de origen candidiásico ocuparon el primer lugar con el (33,4%), a su vez los tumores y quistes (5,6%), el vitíligo (5,6%), las enfermedades inflamatorias (6,6%), la vaginitis atrófica (1,8%), la enfermedad erosiva (0,9%) y las dermatosis causadas por abuso sexual (1,9%) (3).

En un estudio a realizado por la Universidad Nacional en la ciudad de Bogotá que incluyó 1297 pacientes, se reportó una incidencia de 0,23% equivalente a 5,5 casos por cada 10000 mujeres-año, siendo el diagnóstico más común el condiloma (39,6%), seguido de cambios reactivos al VPH (13,4%), liquen escleroso (5,1%) y el acrocordón (4,9%). Al dividir las pacientes por grupos etarios se encontró que las lesiones más comunes fueron: en menores de 12 años: condiloma, dermatitis psoriásica y papilomatosis; en el grupo de 13-49 años: condiloma, cambios reactivos a VPH y molusco contagioso; y en mayores de 50 años: liquen escleroso, cambios reactivos a VPH y condiloma. Por último, los autores informaron que el diagnóstico reportado por apariencia clínica de las lesiones coincidió en alto porcentaje con el diagnóstico histopatológico (3).

En Latinoamérica hay pocos estudios epidemiológicos que permitan determinar la incidencia de la patología vulvar benigna y maligna; uno de ellos se llevó a cabo en el año 2018, en la país de Argentina, este estudio retrospectivo incluyó 2.671 consultas, la edad promedio de las pacientes fue de 55,64 años (\pm 14,44 años). El 8,01% de las lesiones requirieron toma de biopsia, La patología más frecuente fue la inflamatoria (n = 72; 33,64%) y, dentro de esta el liquen escleroso ocupó el primer lugar con un 41,67% de los casos; por lo que determinaron que las pacientes mayores de 50 años tienen un riesgo 4,37 veces mayor de padecer esta patología que el de las menores de esa edad (p = 0,003). El carcinoma espinocelular representó el 75,51% (n=37) de los tumores malignos y las pacientes de más de 50 años mostraron un riesgo mayor de desarrollar formas invasoras (OR: 1,18; p = 0,03). El 28,97% (n = 62) de las pacientes desconocían el tiempo de evolución de la lesión (7).

En una serie internacional con 130 niñas pre púberes se determinó la frecuencia de enfermedades vulvares así: 41 (33%) presentaron dermatitis atópica o irritativa, 23 (18%) liquen escleroso, 21 (17%) psoriasis, 15 (12%) lesiones vulvares, especialmente hemangiomas y nevus, y 13 (10%) vulvovaginitis estreptocócica (11).

En otro estudio que se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de Liverpool, Inglaterra, se revisaron 31 biopsias de piel de vulva de 23 pacientes con enfermedades inflamatorias de vulva durante tres años, intentando utilizar un sistema de puntuación histológico para diferenciar las dermatosis vulvares, se excluyeron las biopsias con displasia o carcinoma. Encontraron 11 biopsias con liquen simple, cinco con liquen plano, cuatro con eczema y seis con diagnóstico indeterminado, concluyendo que su sistema de puntuación no fue eficaz para realizar un diagnóstico definitivo y debido a que las pacientes a las que se les hacía un diagnóstico histológico de liquen deben ser tratadas y vigiladas de por vida, prefirieron dejar un diagnóstico indeterminado antes de encasillarlas en estos diagnósticos (12).

En un hospital de tercer nivel en Alemania que cuenta con una clínica interdisciplinaria de vulva se llevó a cabo un estudio en el que participaron dermatólogos, ginecólogos y patólogos. El periodo de estudio fue de dos años y medio en el que se atendieron 208 pacientes; Se encontró que en la mayoría de los pacientes (133), predominaron las enfermedades inflamatorias: Vulvitis (42,1%), liquen escleroso y atrófico (36,1%), liquen plano (11,3%), acné inverso (5,3%), dermatitis (1,5%), penfigoide (1,5%), psoriasis (1,5%), dermatosis acantolítica papular (0,8%); en segundo lugar las neoplasias: a) Malignas (59,4%): VIN II (28,1%), carcinoma escamocelular (25%), metástasis de melanoma (3,1%), micosis fungoides (3,1%), y b) Benignas: (40,6%) mácula melanótica vulvar (9,4%), quiste (9,4%), nevus celular (9,4%), hidradenoma papilífero (3,1%), hirsutis papilaril vulvae (3,1%), lentigo en cicatriz (3,1%), siringoma (3,1%); seguido por las infecciones (25): condiloma acuminata (64%), herpes genital (12%), candidiasis (12%), condiloma lata (12%), molusco contagioso (4%), y verruga vulgaris (4%), las genodermatosis: enfermedad de Hailey Hailey (2 casos), Behcet (1 caso); y en último lugar se agrupan otras lesiones como: atrofia relacionada con la edad, angioedema, fisura de Douchette, prolapso uterino con erosiones, prurito sine materia y várices de la vulva (13).

Según datos del Global Cancer Observatory en el año 2018 se presentaron 44.235 nuevos casos de cáncer vulvar a nivel mundial; de estos Suramérica aportó 3.170 nuevos y en Colombia para el mismo año se reportaron 350 nuevos con una mortalidad estimada de 76 casos equivalente al 7.4% (6). En varios estudios se ha evidenciado que la incidencia de las afecciones malignas como el carcinoma escamocelular y la enfermedad de Paget extramamaria, aumentan exponencialmente en las pacientes postmenopáusicas sobre todo en aquellas mayores de 65 años y esto es reflejo de los cambios en la inmunidad relacionados con la edad, la atrofia y la sequedad vaginal (14).

3.2 Marco teórico

3.2.1 Anatomía y embriología:

A pesar de que la vulva es la estructura genital femenina más visible, en algún momento se denominó “el órgano pélvico olvidado” debido a la poca atención que recibió durante mucho

tiempo; es la única área del cuerpo humano en la que se une el epitelio de las tres capas germinativas, adicionalmente la respuesta inmune en este lugar es única, debido a que el tracto vulvovaginal contiene proteínas y antígenos exclusivos y necesarios para la reproducción (15).

Hasta la semana 12 de gestación, los genitales externos de ambos sexos son indistinguibles, este periodo se denomina, "estado indiferenciado". En la tercera semana de desarrollo, las células mesenquimáticas, originadas en la región de la línea primitiva, emigran alrededor de la membrana cloacal y forman un par de eminencias denominadas pliegues cloacales. En dirección craneal a la membrana cloacal estos pliegues de ectodermo se unen y forman el tubérculo genital. En la semana sexta cuando la membrana cloacal se divide en membranas urogenital y anal, los pliegues cloacales también se dividen en pliegues uretrales hacia adelante y pliegues anales hacia atrás. A cada lado de los pliegues uretrales aparece otro par de elevaciones denominadas eminencias genitales que formaran los labios mayores, el tubérculo genital se alarga un poco y forma el clítoris, los pliegues uretrales se transforman en los labios menores y el surco urogenital queda abierto formando el vestíbulo por el epitelio endodérmico (16).

La vulva se encuentra en el triángulo perineal anterior, limitado anteriormente por el monte de venus y posteriormente por el cuerpo perineal; mientras que los pliegues crurales y el himen o anillo himeneal representan los límites lateral y medial, respectivamente. Los labios mayores son las estructuras más externas de la vulva, son dos pliegues cutáneos gruesos que se fusionan anteriormente para formar el monte de venus y posteriormente en el cuerpo perineal; son derivados del tejido ectodérmico, el aspecto lateral está cubierto por piel seca queratinizada con pelos terminales y glándulas sudoríparas y el aspecto medial por una membrana mucosa modificada, parcialmente queratinizada; el tejido subcutáneo del labio mayor es poco, permitiendo la formación de edema considerable. Medial a los labios mayores están los labios menores, dos pliegues cutáneos delgados, pigmentados por su cara externa y por sus bordes. Se fusionan anteriormente alrededor del clítoris formando el prepucio por arriba y el frenillo por debajo, y están cubiertos por una membrana mucosa modificada. El vestíbulo es la porción más interna de la vulva, se extiende desde la línea de Hart hasta el himen. Múltiples estructuras se abren a este espacio, incluyendo la uretra, las glándulas de Skene en la porción anterior al vestíbulo y las glándulas de Bartholin (17).

Los cambios en la menopausia incluyen pérdida de la grasa de los labios mayores, labios menores y vestíbulo, atrofia vaginal, citológicamente pueden llevar a paraqueratosis vulvar; todos esto debido a la disminución del influjo hormonal. Otros cambios son la disminución de la respuesta inmune, la disminución de los lípidos intracelulares que contribuyen a la entrada de irritantes y microorganismos al espacio intracelular sumados a la elevación del pH que empeora aún más el riesgo (14).

3.2.2 Epidemiología

Se estima que el 20% de las mujeres tendrán síntomas vulvares que duraran más de tres meses durante su vida (3). En cuanto a la patología vulvar maligna el Global Cancer Observatory reporta que en el año 2018 se presentaron 44.235 nuevos casos de cáncer vulvar a nivel mundial; de estos Suramérica aportó 3.170 nuevos y en Colombia para el mismo año se reportaron 350 casos nuevos con una mortalidad estimada de 76 casos equivalente al 7.4% (6).

En un estudio poblacional que se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá D.C, se calculó una prevalencia de 0.23% y una incidencia anual de 5.5 casos por cada 10.000 mujeres afiliadas a una Entidad Promotora de Salud (3).

Otro estudio evidencia que las pacientes mayores de 50 años, tienen 4.37 veces más riesgo de presentar patología vulvar inflamatoria, siendo el liquen escleroso la presentación más común; de igual manera el riesgo de presentar patología maligna fue más frecuente en este grupo poblacional (OR: 1,18; p = 0,03), representado en su mayoría por el carcinoma espinocelular 75,51% (7).

3.3.3 Diagnóstico:

Todas las pacientes que refieran síntomas vulvares dentro de los que se incluye el prurito, la vulvodinia o dispareunia deben ser evaluadas de forma correcta y como en cualquier patología una adecuada y completa historia clínica es la base para lograr un adecuado enfoque clínico (15) (25). La anamnesis debe ser dirigida y puntualizar en puntos como la forma de aparición, si fue aguda como en el caso de la infecciones o si fue lenta como en el caso de las neoplasias, la intensidad o cronicidad ya que las infecciones suelen ser muy pruriginosas, mientras que el liquen o las lesiones pre neoplásicas suelen ser crónicas, el momento del día que tiene más síntomas ya que patologías como los tumores son mayores en las noches, otros puntos que se deben preguntar son la conducta sexual en cuanto al uso de aceites, lubricantes durante el acto sexual, la anticoncepción y los hábitos higiénicos (18). Algunos de los productos que se han identificado como alérgenos vulvares son: medicamentos como la neomicina, benzocaína, quinolinas en medicamentos tópicos, etilendiamina, los corticosteroides, el nonoxinol que está presente en espermicidas lubricantes y cremas, el formaldehído presente en cosméticos, cremas, lociones, jabones, champús y toallitas húmedas, los parabenos como las isotiazolinonas, imidazolidinyl urea, perfumes y fragancias (23).

Adicionalmente es muy importante que todas estas pacientes sean instruidas sobre las medidas de cuidado de la vulva, incluido el uso de ropa interior de algodón lavada con jabón hipo alérgico (no tanga), evitar alérgenos e irritantes (jabones, perfumes e higiene femenina productos como las duchas vaginales, el uso de toallas sanitarias y tampones menstruales sin perfume y sin teñir, y lavarse con agua después de orinar (15).

El examen físico debe iniciar con una valoración general de la piel de todo el cuerpo ya que patologías como la psoriasis y las dermatitis atópicas se manifiestan también en otros lugares del cuerpo, durante el examen específico la vulva debe estar completamente

expuesta, bajo una adecuada iluminación la mayoría de las lesiones se pueden observar de una manera adecuada; sin embargo, en ocasiones es necesario utilizar una lupa o un elemento de amplificación como el colposcopio (8). Realizar una visualización ordenada de toda la vulva desde clítoris hasta debajo del ano para confirmar si hay cambios en el color, la textura o la arquitectura de la anatomía vulvar, adicionalmente evaluar la presencia de fisuras, excoriaciones, erosiones, úlceras, o cualquier otra lesión (1).

Como se explicó anteriormente se pueden utilizar otras ayudas diagnósticas como la vulvosocopia o a la dermatoscopia, en algunos casos el espéculo vaginal para visualizar la mucosa vaginal porque allí, se pueden evidenciar problemas que comprometen ambas zonas. El uso de ácido acético tiene una sensibilidad de 44% y una especificidad de 68% con un valor predictivo positivo de 26% para predecir infecciones por VPH; en estudios recientes se ha utilizado como método de ayuda para el diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN) con una buena sensibilidad, pero baja especificidad. Uno de los beneficios de la colposcopia es que permite una adecuada iluminación y magnificación de las estructuras sin que haya aproximación entre el evaluador y la paciente, además, junto con la dermatoscopia permite diferenciar adecuadamente en algunos casos, la necesidad de biopsia. El uso del colposcopio para el examen de la vulva no se requiere normalmente; sin embargo, cuando hay un cambio en la textura, color o sintomatología puede ser necesaria la magnificación que éste aporta (19) (20) (21).

Muchas lesiones vulvares pigmentadas son indistinguibles clínicamente y, por lo tanto, requieren una biopsia para evaluar de forma temprana un melanoma; mientras que para los nevus displásicos y los nevus atípicos la escisión simple es curativa, las lesiones que no responden necesitan una biopsia para evaluar la presencia de invasión oculta (24).

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, la toma de biopsias está indicada en los siguientes escenarios (1):

- Las lesiones son atípicas: (pigmentación de novo, lesiones induradas, adheridas al tejido subyacente, con sangrado o ulceradas).
- Existe preocupación de malignidad.
- Lesiones en un paciente inmunodeprimido (incluidos los infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)).
- El diagnóstico es incierto.
- Las lesiones no responden a la terapia estándar.
- La enfermedad empeora durante la terapia.

La biopsia se puede realizar como punción, afeitado o biopsia escisional, de acuerdo a las características de la lesión, la preferencia del médico y la disponibilidad del equipo. En las lesiones pigmentadas en las que se podría sospechar melanoma debe tomarse una biopsia utilizando una técnica de espesor total (p. ej., escisión elíptica o con sacabocados). Para las lesiones escleróticas o áreas ulcerativas es preferible realizar una biopsia del borde de la lesión en el que se incluya una parte de piel normal; al tomar muestras de áreas hiperpigmentadas, se recomienda tomar la muestra del área más gruesa. Las lesiones multicéntricas o lesiones con múltiples morfologías pueden justificar múltiples biopsias.

Lesiones pequeñas a menudo pueden ser completamente extirpadas. Las lesiones que son elevadas o que tengan una superficie irregular, como las lesiones ampollasas o lesiones asociadas con liquen escleroso o liquen plano: se pueden tomar muestras con una técnica de afeitado con una hoja de bisturí número 15 (1).

3.3.4 Clasificación

La sociedad internacional para el estudio de enfermedades vulvovaginales (ISSVD) clasifican las enfermedades vulvares en dermatosis vulvares que causan lesiones visibles en la piel y disestesia vulvar que causan dolor (3). Durante los últimos años se han propuesto diferentes clasificaciones con el objetivo de estandarizar la nomenclatura entre los profesionales a cargo del diagnóstico y el tratamiento de patologías vulvares entre los que se encuentran: dermatólogos, ginecólogos, coloproctólogos y patólogos, estas clasificaciones pueden tener como base el enfoque histológico como el propuesto por la ISSVD en el año 2006 (4) o el enfoque clínico publicada por la ISSVD en el año 2011 (5) que se complementan entre sí para lograr un diagnóstico más acertado.

Al tener en cuenta el enfoque histológico (4) las dermatosis vulvares pueden agruparse en patrones que orientan al diagnóstico entre los que encontramos:

1. Patrón espongiótico
2. Patrón acantósico
3. Patrón liquenoide
4. Homogeneización dérmica
5. Patrón versículo ampolloso
6. Patrón acantolítico
7. Patrón granulomatoso
8. Patrón vasculopático

En el año 2011 la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades de la Vulva creó la última clasificación de los padecimientos vulvares con base en la semiología y el examen físico, utilizando el estudio histopatológico sólo en caso de duda diagnóstica o como complemento a los datos clínicos. A diferencia de la clasificación histológica, en esta clasificación con enfoque clínico, se incluyen los padecimientos infectocontagiosos, pre malignos y malignos; el objetivo es permitir al clínico reconocer las lesiones vulvares elementales y seguir cinco pasos para llegar al diagnóstico (5):

1. Describir la lesión primaria (pápula, parche, placa, etc.).
2. Agregar un adjetivo a la lesión (color, superficie, bordes, etc.).
3. Hacer diagnósticos diferenciales.
4. Reducir el número de diagnósticos diferenciales a dos o tres.
5. Confirmación del diagnóstico clínico con estudio histopatológico en caso necesario.

El paso 1, La ISSVD propone describir las lesiones primarias según las características semiológicas, en diecisiete tipos de lesión que se explican en la tabla No 1.

Tabla 1. Lesiones dermatológicas primarias propuestas por la ISSVD 2011 (5)

LESIÓN	DESCRIPCIÓN
Ampolla	Una lesión compartimental llena de líquido elevada de la piel o mucosa
Bula	Lesión llena de líquido >0,5 cm
Quiste	Una cavidad cerrada delimitada por epitelio que contiene material líquido o semisólido
Edema	Un área pobremente delimitada de hinchazón debido a una acumulación de líquido en la dermis y/o tejido celular subcutáneo, puede tener color
Erosión	Solución de continuidad en la piel parcial o completa, la dermis está intacta
Excoriación	Una erosión o úlcera causada por el rascado usualmente son lineales o angulares
Fisura	Una erosión linear delgada en la superficie de la piel
Lesión	Una anomalía visible o palpable
Mácula	Un área de cambio de color menor de 1 cm sin elevación, no palpable
Nódulo	Pápula >1 cm, usualmente hemisférica o pobremente delimitada, pueden ser quísticos o sólidos
Pápula	Lesión elevada o palpable <1 cm
Parche	Área de cambio de color >1 cm, no elevación, más ancho que alto
Placa	Lesión elevada, palpable, aplanado > 1cm
Pústula	Ampolla llena de pus, el líquido es blanco o amarillo
Rash	Anormalidades difusas o numerosas (se utilizan los otros términos para describirlas)
Úlcera	Defecto profundo, ausencia de epidermis y parcial o completamente la dermis
Vesícula	Ampolla llena de líquido < 0,5 cm, el líquido es claro.

Fuente: International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) - 2011

Para el paso número 2, la ISSVD 2011 sugiere utilizar algunos adjetivos que ayudan a una mejor interpretación de la lesión tales como: (5).

1. Color.
2. Superficie: Lisa o rugosa.
3. Márgenes: Representa el cambio de la piel lesionada a la no lesionada; puede ser bien circunscrita o pobremente circunscrita.
4. Configuración: La forma de la lesión, pudiendo ser oval, linear, angular, anular, serpiginosa.

Para los pasos 3 y 4 la ISSVD 2011 agrupa los desórdenes dermatológicos en ocho grupos de acuerdo con el tipo y color de la lesión (5) así:

Grupo 1. Lesiones de color piel (normocrómicas)

A. Pápulas y nódulos color piel

1. Papilomatosis del vestíbulo y labio menor medial (hallazgo normal, no una enfermedad)
2. Molusco contagioso
3. Verrugas (Infección por VPH)
4. Cicatrices
5. VIN
6. Acrocordón, pólipo fibroepitelial
7. Nevus intradérmico
8. Quiste mucinoso del vestíbulo y del labio menor medial (puede tener matiz amarillo)
9. Quiste epidérmico (Sinónimo de quiste epidermoide o epitelial)
10. Tumor glandular similar a mamario (Hidradenoma papilífero)
11. Quiste de glándula de Bartholin y tumor
12. Siringoma
13. Carcinoma basocelular

B. Placas color piel

1. Liquen simple crónico y otras enfermedades liquenificadas
2. Neoplasia Intraepitelial Vulvar VIN

Grupo 2. Lesiones rojas: Placas o parches

A. Enfermedades eczematosas y liquenificadas

1. Dermatitis de contacto alérgica
2. Dermatitis de contacto irritativa
3. Dermatitis atópica (raro verla como presentación vulvar)
4. Cambios eczematosos superpuestos a otros desórdenes vulvares

5. Enfermedades que clínicamente imitan enfermedad eczematosa (candidiasis, enfermedad de Hailey Hailey y enfermedad de Paget extramamaria)
6. Liquen simple crónico (Liquenificación sin lesión de piel que la preceda)
7. Liquenificación superpuesta en una enfermedad pruriginosa precedente

B. Placas y parches rojos.

1. Candidiasis
2. Psoriasis
3. VIN
4. Liquen plano
5. Vulvitis de células plasmáticas (Zoon)
6. Infección de tejidos blandos bacteriana (celulitis y fascitis necrotizante)
7. Enfermedad de Paget extramamaria

Grupo 3. Lesiones rojas: Pápulas y nódulos

A. Pápulas rojas

1. Foliculitis
2. Verruga (Infección por VPH)
3. Angioqueratoma
4. Molusco Contagioso inflamado
5. Hidradenitis supurativa (lesiones iniciales)
6. Enfermedad de Hailey- Hailey

B. Nódulos rojos

1. Forúnculos
2. Verruga (infección por VPH)
3. Prúrigo nodulares
4. Neoplasia intraepitelial vulvar
5. Molusco Contagioso
6. Carúncula uretral y prolapso
7. Hidradenitis supurativa
8. Adenoma glandular similar a mamario (Hidradenoma papilífero)
9. Quiste epidérmico inflamado
10. Absceso del ducto de Bartholin
11. Carcinoma escamo-celular
12. Melanoma (tipo amelanótico)

Grupo 4. Lesiones blancas

A. Pápulas y nódulos blancos

1. Puntos de Fordyce (hallazgo normal, algunas veces matiz amarillo)
2. Molusco Contagioso
3. Verrugas

4. Cicatriz
5. VIN
6. Carcinoma escamocelular
7. Miliium
8. Quiste epidérmico
9. Enfermedad de Hailey-Hailey

B. Placas y parches blancos

1. Vitiligo
2. Liquen escleroso
3. Hipopigmentación postinflamatoria
4. Enfermedades liquenificadas
5. Liquen plano
6. Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN)
7. Carcinoma escamocelular

Grupo 5. Lesiones pigmentadas oscuras (café, azul, gris o negro)

A. Parches oscuros

1. Nevus melanocítico
2. Melanosis vulvar (lentiginosis vulvar)
3. Hiperpigmentación postinflamatoria
4. Liquen plano
5. Acantosis nigricans
6. Melanoma in situ

B. Pápulas y nódulos oscuros

1. Nevus melanocítico (incluye los que tengan atipia clínica y/o histológica)
2. Verrugas
3. Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN)
4. Queratosis seborreica
5. Angioqueratoma (angioma capilar, angioma cereza)
6. Hidradenoma papilífero
7. Melanoma

Grupo 6. Ampollas

A. Vesículas y ampollas

1. Infección por herpes virus
2. Eczema agudo
3. Liquen escleroso ampoloso
4. Linfagioma circunscrito (linfangiectasia)
5. Desórdenes ampollosos inmunes (penfigoide cicatricial, erupción fija a medicamentos, síndrome de Stevens Johnson, pénfigo)

B. Pústulas

1. Candidiasis
2. Foliculitis

Grupo 7. Erosiones y úlceras

A. Erosiones

1. Excoriaciones
2. Liquen plano erosivo
3. Fisuras sobre tejido normal (idiopáticas)
4. Fisuras en tejido anormal (candidiasis, liquen simple crónico, psoriasis, enfermedad de Crohn, etc.)
5. VIN variante erosionada
6. Vesículas rotas, ampollas y pústulas (ver en grupo 6)
7. Enfermedad de Paget extramamaria

B. Úlceras

1. Excoriaciones (relacionadas con eczema o liquen simple crónico)
2. Úlceras aftosas, úlceras de Lipschütz (ocurre como un proceso idiopático o secundario a otra enfermedad como Crohn, Bechet, infecciones virales)
3. Enfermedad de Crohn
4. Infección por herpes virus (especialmente en inmunodeprimidos)
5. Carcinoma escamocelular ulcerado
6. Sífilis primaria (chancro)

Grupo 8. Edema

A. Edema color piel

1. Enfermedad de Crohn
2. Anormalidad linfática idiopática (enfermedad congénita de Mil Roy)
3. Obstrucción linfática postquirúrgica o posradiación
4. Edema postinfeccioso (especialmente celulitis estafilocócica o estreptocócica)
5. Edema post inflamatorio (especialmente hidradenitis supurativa)

B. Edema rojo o rosado

1. Obstrucción venosa (embarazo o parto)
2. Celulitis (primaria o superpuesta en edema persistente)
3. Quiste o absceso en glándula de Bartholin
4. Enfermedad de Crohn
5. Edema vulvar medio puede ocurrir con cualquier enfermedad inflamatoria de la vulva.

Finalmente, para el paso 5 la ISSVD 2011 recomienda que se debe realizar una o más biopsias si se sospecha malignidad, si el diagnóstico no es claro clínicamente por métodos no invasivos, o si no resuelve con el manejo médico instaurado (5).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vulva es una estructura anatómicamente compleja debido a que es una zona en la que se unen la mucosa vaginal y la piel, presenta características funcionales diversas entre las que converge el sistema urinario y genital; sumado a esto, las manifestaciones clínicas son diversas ya que dependen de la edad de presentación y el tipo de lesión, lo que ocasiona dificultades a la hora de un diagnóstico adecuado y obligan a que su manejo médico sea multidisciplinario incluyendo especialistas en dermatología, ginecología, urología, psiquiatría entre otros (22).

La mayoría de las veces solo se necesita un interrogatorio adecuado y un examen físico completo para lograr un diagnóstico acertado, se debe poner atención, no solo a la piel vulvar, sino a la piel en general que nos puede dar pistas sobre la posible patología que aqueja a nuestro paciente. Actualmente aún no hay un consenso universal para la clasificación de las lesiones vulvares; algunas asociaciones como es el caso de la International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) en el 2011 nos ofrece un esquema que permite paso a paso llegar a un diagnóstico adecuado basado en los hallazgos clínicos minimizando el uso inadecuado de los recursos económicos y evitando la toma de biopsias innecesarias (5).

A pesar de que a nivel mundial se conoce de forma adecuada el comportamiento de la patología maligna vulvar en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad (6) Determinar la frecuencia de las lesiones vulvares inflamatorias y pre malignas en un país como Colombia donde se desconoce la epidemiología de estas lesiones permitirá organizar programas de salud pública juiciosos enfocados en la prevención y la detección temprana de las mismas, como es el caso de la patología cervical y de esta manera disminuir morbimortalidad en nuestras pacientes.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de las lesiones dermatológicas vulvares en una muestra de pacientes atendidas en dos centros de colposcopia en la ciudad de Bogotá usando el enfoque clínico propuesto por la ISSVD en el 2011?

5. JUSTIFICACIÓN

Se considera que hasta el 20% de las mujeres presentaran lesiones vulvares durante algún momento de sus vidas, estas pueden permanecer asintomáticas durante largos periodos o aunque presenten síntomas no son referidos por la paciente quien las pasa desapercibidas o no las expresa por simple pudor (3), es allí donde una adecuada relación médico paciente toma una verdadera importancia, al lograr que la paciente se sienta cómoda y confiada para expresarse adecuadamente; sin embargo, siempre es necesario dirigir las preguntas específicas para lograr un abordaje adecuado de las mismas.

Aunque se sabe que la frecuencia de las lesiones vulvares aumenta con la edad, los síntomas pueden aparecer a cualquier edad, es así como en las pacientes en edad fértil es común encontrar lesiones asociadas al virus del papiloma humano mientras que en el climaterio la patología inflamatoria y las lesiones malignas toman mayor relevancia. Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá – Colombia realizado en 1297 pacientes, reportó una incidencia de esta patología de 0,23% de las cuales el condiloma y los cambios reactivos al VPH originaron el 53 % de los casos, mientras que, en las mujeres postmenopáusicas las patologías inflamatorias como el liquen escleroso ocuparon el primer lugar (3).

En pacientes pre púberes las dermatitis atópicas y la psoriasis se presentaron con mayor frecuencia alcanzando entre ambas un 48% de los casos, mientras que los hemangiomas y nevus representaron el 10% de lesiones a esta edad (11).

En cuanto a la incidencia mundial de patología vulvar maligna para el año 2018 hubo 44.235 casos nuevos de cáncer vulvar, en Suramérica y específicamente en Colombia los casos nuevos fueron 3170 y 350, respectivamente. Para el mismo año en Sudamérica hubo 1.027 muertes por esta causa, la mayoría se reportaron en Brasil 578 (56.3%), mientras que en Colombia se reportaron 76 muertes que corresponden al 7.4% (6).

En Colombia no hay estudios que nos permitan determinar la frecuencia de las lesiones vulvares no malignas y la consulta de colposcopia es una oportunidad única para la detección de patología vulvar y su tratamiento oportuno, con un examen adecuado organizado y guiado como el que nos ofrece la ISSVD del 2011 (5) podemos unificar criterios, y llegar a un diagnóstico clínico bastante acertado dejando la toma de biopsia solo en casos que tengan las indicaciones específicas que se explicaron anteriormente.

Por lo anterior es de vital importancia determinar la frecuencia de la patología vulvar, dando la importancia que esta se merece, realizar detección y diagnóstico oportuno, optimizar tratamientos con un enfoque multidisciplinario como el instaurando en otros países a través

de clínicas de vulva, evitando complicaciones a largo plazo y mejorando la salud de la mujer a nivel nacional (23).

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

Determinar la frecuencia de las lesiones dermatológicas vulvares, con base en un enfoque clínico, en mujeres que asisten a colposcopia en dos instituciones de salud en Bogotá.

6.2 Objetivos Específicos:

1. Describir las características clínicas y sociodemográficas de las mujeres que asisten a colposcopia en las dos instituciones participantes durante el periodo de estudio.
2. Calcular la frecuencia de lesiones vulvares, de acuerdo con los criterios clínicos propuestos por la ISSVD en 2011, en las mujeres que asisten a colposcopia en las dos instituciones participantes.
3. Estimar la frecuencia de las lesiones vulvares, según el tipo de lesión, el grupo etario y la raza.
4. Realizar una caracterización de las lesiones vulvares.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo corte transversal.

7.2 Aspectos Preliminares:

1. A través de la dirección de posgrado en obstetricia y ginecología de la Universidad Nacional de Colombia mediante el convenio vigente, se dio a conocer la intención de este trabajo de investigación tanto a IDIME S.A, como al Hospital de Engativá de la Subred Norte en Bogotá; una vez se obtuvo la aprobación del comité de investigación y ética médica de las instituciones participantes, se realizó una visita preliminar con el objetivo de conocer las guías de manejo durante la consulta de vulvosocopia colposcopia y del manejo de la patología vulvar.
2. En una segunda visita se coordinó con los profesionales en ginecología y obstetricia de las instituciones de salud la metodología, se entregó y socializó el material guía basado en la terminología del ISSVD 2011 con el objetivo de unificar criterios y conceptos que permitieran el adecuado reporte de las lesiones vulvares, se aclararon las dudas del equipo y se generó el cronograma de actividades.
3. Un integrante del grupo investigador, al iniciar la consulta de colposcopia, le explicó a las pacientes el objetivo del estudio y los beneficios esperados, las pacientes que aceptaron participar, diligenciaron el consentimiento informado (Anexo 1) y el formulario de recolección de datos (Anexo 2).
4. Se realizó un diagnóstico clínico con base en la terminología, clasificación y paso a paso propuestos por la ISSVD en el año 2011, la evaluación inicial se hizo a ojo desnudo, cuando fue necesario se complementó con el uso del colposcopio con mínimo aumento (3x). Cuando una misma paciente presentaba diferentes tipos de lesiones vulvares, éstas se clasificaron y analizaron como lesiones individuales.
5. De acuerdo a las guías nacionales e internacionales, se tomó biopsia en los casos de sospecha de malignidad, duda diagnóstica o ante un fallo terapéutico.

7.3 Instrumentos de recolección de datos:

Se diseñó un formulario de recolección de datos validado en forma y contenido por los investigadores (Anexo 2).

7.4 Lugar:

Este estudio se realizó en las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia de dos instituciones de Bogotá, IDIME (Instituto de Diagnóstico Médico S.A), institución privada que atiende pacientes del régimen contributivo y la Unidad de Servicios de Salud (USS) Calle 80, Institución pública perteneciente a la Subred Norte de servicios de la ciudad de Bogotá D.C, que presta sus servicios a la población subsidiada y contributiva.

7.5 Población estudio:

Mujeres mayores de 18 años, no inmunosuprimidas que asistieron al programa de colposcopia en las dos instituciones participantes.

7.6 Muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra se realizó prueba de hipótesis para una proporción de acuerdo con los siguientes supuestos:

1. El total de la población remitida en un año a las dos instituciones es de 8000 mujeres.
2. Nivel de confianza del 95%.
3. Precisión de 3%.
4. Prevalencia del 20% representa el valor esperado de la proporción de lesiones vulvares. Esta proporción se basa en datos de un estudio publicado.
5. El tamaño de muestra mínimo requerido será de 683 pacientes.
6. Se espera un 10% de pérdidas.
7. El tamaño de muestra final luego de ser ajustado a las pérdidas fue de 752 mujeres.

7.7 Técnica de muestreo

Se realizó un muestreo consecutivo por conveniencia.

7.8 Criterios de selección:

7.8.1 Criterios de inclusión:

1. Mujeres remitidas para colposcopia en las dos instituciones participantes.
2. Mujeres mayores de 18 años.

7.8.2 Criterios de exclusión:

1. Pacientes embarazadas.
2. Registro incompleto de la información.
3. Pacientes con déficit cognitivo.
4. Pacientes con tratamientos locales o sistémicos previos, para el tratamiento de lesión vulvar.

5. Pacientes con diagnóstico histológico previo de lesión vulvar.

7.9 Variables

Las variables se definieron como propias del individuo y tipos de lesión; se describen en la siguiente matriz.

Tabla 2 Matriz de variables población estudio IDIME – Hospital de Engativá

Nombre	Definición	Codificación	Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	18 - 99	Razón
Grupo etario	Grupo de personas con edad como factor diferenciador	1. Edad reproductiva 18-49 años 2. Perimenopausia-menopausia y postmenopausia: >49 años	Categórica
Raza	Cada uno de los grupos en que se subdividen algunas especies biológicas y cuyos caracteres diferenciales se perpetúan por herencia	1. Negra 2. Blanca 3. Indígena 4. Mestiza	Nominal

Nivel educativo	Estudios cursados hasta el momento por el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. No estudio 2. Primaria 3. Primaria incompleta 4. Bachillerato 5. Bachillerato incompleto 6. Media clásica 7. Técnica 8. Universitaria 	Ordinal
Estrato socioeconómico	Defino por el estrato de su vivienda	1 a 6	Ordinal
Diagnóstico clínico	Diagnóstico reportado por el médico basado en el grupo propuesto por la ISSVD en 2011	Nombre de la enfermedad	Nominal
Patrón de la lesión	Apariencia macroscópica de la lesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampolla 2. Bula 3. Quiste 4. Edema 5. Erosión 6. Excoriación 7. Fisura 8. Mácula 9. Nódulo 10. Pápula 11. Parche 12. Placa 13. Pústula 14. Rash 15. Úlcera 16. Vesícula 	Nominal
Configuración de la lesión	La forma de la lesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oval 2. Linear 3. Angular 4. Anular 5. Serpiginosa 	Nominal

Superficie	Textura de la lesión al tacto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lisa 2. Rugosa 	Nominal
Márgenes	Representa el cambio de la piel lesionada a la no lesionada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bien circunscrita 2. Pobremente circunscrita 	Nominal
Color	Sensación producida por los rayos luminosos que impresionan los órganos visuales y que depende de la longitud de onda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piel 2. Rojas 3. Blancas 4. Oscuras 5. Otro (¿cuál?) 	Nominal
Localización		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilosa 2. No pilosa 3. Mixto 	Nominal
Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico hecho por especialista en patología usando microscopía óptica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Si (¿Cuál?) 	Nominal
Enfermedad de transmisión sexual	Infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. VIH 2. VPH 3. VHS 4. Vaginitis 5. Otras 	Nominal
Tabaquismo	Número de cigarrillos por día	0-99	Razón
Vacunación VPH	Historia de vacunación contra el VPH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal dicotómica
Diabetes	Historia personal de diabetes Mellitus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal dicotómica

Paciente oncológico	Historia personal de cáncer con enfermedad activa	1. Si 2. No	Nominal dicotómica
Uso de medicamentos	Paciente quien consume medicamentos en el momento	1. AINES 2. Derivados de la quinina 3. B-bloqueadores 4. Medicamentos tópicos a nivel vulvar 5. Ninguno	Nominal
Uso de otros productos a nivel vulvar	Paciente quien se aplica productos a nivel vulvar diferentes a medicamentos	1. Antisépticos 2. Líquidos corporales 3. Condones 4. Papel higiénico de color o perfumado 5. Colorantes 6. Emolientes 7. Productos de caucho 8. Toallas sanitarias, tampones. 9. Jabones, baño espumoso, sales o champú 10. Ninguno	Nominal

Fuente: Elaboración Propia de los autores

7.10 Recolección de la información

Caracterización: Base de datos recolectada por los autores en formularios destinados para este fin (Anexo 2).

Lesiones vulvares: Descritas por el profesional entrenado de acuerdo a clasificación clínica descrita por el ISSVD 2011 en el formulario de reporte de vulvoscopy y colposcopy de cada institución (Anexo 3).

Histología: Reportadas por el médico patólogo.

7.11 Análisis de la información:

Para el análisis de las variables se utilizó el programa STATA versión 15. Se realizó un análisis descriptivo para las variables clínicas y sociodemográficas. Para variables continuas

se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables cualitativas proporciones y medidas de frecuencia con sus respectivos intervalos de confianza (del 95%). Para las variables discretas se calcularon proporciones, medianas y desviación estándar. Se calculó la frecuencia de resultados positivos en la población objeto del estudio; una paciente con varios tipos de lesiones se contó como un solo caso y luego cada tipo de lesión contó como casos aparte. Se hizo análisis por subgrupo según el tipo lesión, raza y grupos etarios (menores de 50 y mayores o iguales a 50 años).

Caracterización sociodemográfica de la población: Se caracterizó a la población de acuerdo a sus características individuales y clínicas consignadas en la base de datos de Excel recopilada por los investigadores.

Determinación de la frecuencia de lesiones vulvares: Se siguieron los pasos propuestos por la ISSVD en el 2011 para determinar el tipo lesión y hacer un diagnóstico basado en el examen clínico.

Concordancia Clínico-patológica: Se determinó la concordancia entre el diagnóstico clínico y los hallazgos histológicos en aquellas pacientes que requirieron toma de biopsia, de acuerdo a las indicaciones internacionalmente propuestas.

7.12 Control de Sesgos:

- La información se recolectó por los investigadores principales, previa reunión de consenso para unificar criterios diagnósticos propuestos por la ISSVD 2011.
- Se incluyeron consecutivamente todas las pacientes que asistieron remitidas al servicio de colposcopia.
- Se diseñó un formato de recolección de la información que fue validado en apariencia y contenido por los investigadores y los tutores.
- El diagnóstico se definió con base en el enfoque clínico propuesto por la ISSVD 2011, mediante dos evaluadores que independientemente dieron su impresión diagnóstica, en los casos en los que hubo divergencia y previo consentimiento informado, se tomaron fotografías que se enviaron a un tercer evaluador especialista en dermatología.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki, el informe de Belmont y la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, esta investigación se consideró como una investigación con riesgo mínimo, teniendo en cuenta que la impresión diagnóstica se basó en la recolección de datos a través de la historia clínica, el examen físico directo y por vulvoscopía y la toma de biopsias solo en casos establecidos en guías internacionales, todo lo anterior como parte del procedimiento de colposcopia rutinario. En los párrafos siguientes se expondrá el resultado de la reflexión ética que se ha realizado, en concordancia con los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto.

Principio de beneficencia: Esta investigación buscó estimar la frecuencia de las lesiones dermatológicas vulvares y subdividirse por grupos etarios y razas en dos instituciones de salud. Representa un beneficio para los especialistas en el campo de la ginecología, dermatología, medicina general y patología, para facilitar el diagnóstico y evitar las complicaciones derivadas de estas enfermedades. Se hará una socialización mediante publicación en revistas de investigación, que favorezca la adquisición de la información; adicionalmente se educará a las pacientes para reconocer la presentación de estas lesiones, consultar de forma oportuna y así evitar cronicidad y sus complicaciones.

Principio de No maleficencia: Se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, debido a que se realizó un estudio prospectivo en él que se emplearon el registro de datos a través de procedimientos comunes y rutinarios de la consulta de colposcopia, consistentes en examen físico a ojo desnudo, uso de vulvoscopía y toma de biopsias únicamente en pacientes con indicaciones médicas estipuladas en guías nacionales e internacionales. De igual manera, los investigadores se comprometieron y se comprometen a mantener la confidencialidad, se recolectó la información estrictamente necesaria y se usó solo con fines investigativos. Cabe aclarar que se mantendrá el anonimato de las pacientes y la información no será divulgada por ningún motivo.

Principio de Respeto/autonomía: Se pidió consentimiento informado a las pacientes y se realizó basados en las normas que rigen este documento. Las pacientes que no desearon participar en el estudio, firmaron un disentimiento informado sin que el tratamiento médico de ninguna manera se viera afectado.

Principio de Justicia: La selección se hizo sin discriminar las pacientes por razones diferentes a los criterios de exclusión. Se realizó bajo autorización del comité de ética en investigación de la Universidad Nacional De Colombia con el número de acta 020-236, del comité de ética en investigación del Hospital de Engativá - Subred Norte con el número SNCI-077, y del el

comité de ética en investigación del Instituto de Diagnóstico Médico - Idime S.A. el 4 de febrero de 2020, de acuerdo con las normas éticas establecidas para la investigación en seres humanos, según el código de Nuremberg, la convención de Helsinki y según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.

9. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 807 cuestionarios de los cuales, 616 fueron realizados en Idime S.A. y 191 en el Hospital de Engativá de la Subred Norte en Bogotá, con un total de 782 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

9.1 Características sociodemográficas

La mediana de edad de las pacientes fue de 34 años (rango de 18 a 93 años), el 84.27% de las pacientes tenían 49 años o menos; la mayoría de las pacientes tenían 26 años, predominó la raza mestiza, el 30% habían cursado estudios universitarios y su estrato social era bajo o medio.

La mayoría de las pacientes no consumían tabaco y de las que lo hacían el 38.24% fumaban un cigarrillo al día, mientras que el 8.82% más de 6 cigarrillos al día. La mayoría de las pacientes no estaban vacunadas contra el virus de papiloma humano (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la población objeto de estudio, 2020

Características Demográficas	N	%
Grupo Etario		
18-49 años	659	84,27
>49 años	123	15,73
Raza		
Mestiza	520	66,50
Blanca	238	30,43
Negra	21	2,69

Indígena	3	0,38
Nivel educativo		
No estudio	8	1,02
Primaria Incompleta	30	3,84
Primaria Completa	65	8,31
Media clásica	76	9,72
Bachillerato Incompleto	8	1,02
Bachillerato Completo	210	26,85
Técnica	150	19,18
Universitario	235	30,05
Estrato Socioeconómico		
Bajo	392	50,13
Medio	377	48,21
Alto	13	1,66
Tabaquismo		
Sí	71	9,08
No	711	90,92
Vacunación para VPH		
No	648	82,86
Sí	134	17,14

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de pacientes incluidas en el estudio

9.2 Características clínicas

En cuanto a la caracterización clínica de las pacientes, se evidencio que la gran mayoría no presentaron antecedente o diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, diabetes o cáncer, no usaban medicamentos sistémicos, mientras que el 87.6% manifestó el uso de productos tópicos a nivel vulvar (Tabla 4).

Tabla 4 Caracterización clínica de la población objeto de estudio, 2020

Características Clínicas	N	%
Infecciones de transmisión sexual		
Virus del papiloma humano	215	27,49
Vaginitis	28	3,58
Virus del herpes simple	12	1,53
Virus de la inmunodeficiencia humana	8	1,02
Otros*	7	0,90
Ninguna	521	66,62
Diabetes		
No	763	97,57
Sí	19	2,43
Total	782	
Paciente Oncológico		
No	765	97,83
Sí	17	2,17
Medicamentos		
Ninguno	752	96,17
AINES	21	2,69
Beta-Bloqueadores	6	0,77
Medicamentos tópicos a nivel vulvar	2	0,26
Derivados de la quinina**	1	0,13
Uso de productos tópicos a nivel vulvar		
Toalla sanitaria, tampones	542	69,31
Jabones, baño espumoso baño, champú	341	43,61
Condón	33	4,22
Papel higiénico de color o perfumado	21	2,69
Productos de caucho	17	2,17
Antisépticos	7	0,90
Líquidos corporales	3	0,38
Emolientes	3	0,38
Colorantes	2	0,26
Ninguno de los anteriores	97	12,40

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de pacientes incluidas en el estudio.

*Sífilis, Blenorragia, Clamidia

** Cloroquina, quinina, quinidina, amodiaquina, mefloquina, halofantrina, lumefantrina y primaquina

9.3. Frecuencia de pacientes con lesiones dermatológicas vulvares en la población remitida al servicio de colposcopia

La frecuencia de lesiones vulvares en la población estudio fue de 36.8% (n = 288). El 51.04% de las lesiones vulvares se ubicaron en la zona pilosa, el 27.7% en zona no pilosa, y el 20.48% se ubicaron en zona mixta.

La mayoría de las lesiones 75.69% (n = 218) estaban bien circunscritas. En cuanto a la superficie de la lesión: el 68.75% fueron lisas, el 29.16% rugosas, y en el 1.73% no se describió el tipo de la superficie; de acuerdo a la configuración de la lesión el 87,84% (n = 253) correspondieron a lesiones ovales, seguido de las lesiones serpiginosas con un 5.90% (17), lineales con el 3.47% (10), anulares con el 1.38% (4) y las angulares con el 0.34% (1) en el restante 0.34% (1), no hubo descripción de la configuración.

Finalmente, el patrón de lesión más frecuentemente encontrado fue el de tipo mácula oval de superficie lisa con márgenes bien circunscritos de color oscuro ubicada en zona pilosa que en su gran mayoría corresponden al diagnóstico de nevus con el 9,72% (28), seguida del patrón tipo macula oval de superficie lisa con márgenes bien circunscritos de color oscuro ubicada en zona no pilosa correspondiente la melanosis vulvar con un 8,33% (24), para la melanosis vulvar también se describió otro patrón de lesión (mácula oval de superficie lisa con márgenes bien circunscritos de color oscuro) con el 6,25% (18), seguido del patrón correspondiente a las lesiones tipo macula oval superficie lisa con márgenes bien circunscritos color oscuro de localización mixta con un 3,81% (11). En la tabla 6 se describe en detalle las lesiones de acuerdo con el grupo propuesto por la ISSVD 2011.

9.4 Frecuencia de lesiones vulvares de acuerdo al tipo de lesión primaria

De acuerdo a la ISSVD del 2011 el primer paso en el acercamiento al diagnóstico de lesiones vulvares es definir la lesión primaria. En la tabla No 5 se describe la frecuencia de las lesiones vulvares de acuerdo a su lesión primaria y en la tabla No 6 se describe la frecuencia de acuerdo a los ocho grupos que describe esta clasificación.

Tabla 5. Frecuencia de acuerdo al tipo de lesión vulvar en población objeto de estudio

Tipo	Porcentaje según número total de lesiones (n)
Mácula	42,01% (121)

Parche	22,22% (64)
Pápula	18,05% (52)
Placa	6,59% (19)
Nódulo	3,47% (10)
Quiste	2,43% (7)
Fisura	1,38% (4)
Úlcera	1,04% (3)
Pústula	0,69% (2)
Erosión	0,69% (2)
Excoriación	0,69% (2)
Edema	0,34% (1)
Ampolla	0,34% (1)

Fuente: elaboración propia de los datos pacientes incluidas en el estudio.

Tabla 6. Lesiones vulvares de acuerdo a la clasificación de ISSVD 2011 en población objeto de estudio, 2020

Grupo y tipo de lesión		n (%)	
GRUPO 1. Lesiones color piel: pápulas placa o nódulos		33 (4,21)	
	n (%)	Diagnóstico	
Pápulas	20 (2,55)	Condilomatosis	10 (1.27)
		Acrocordón, pólipo fibroepitelial	4 (0.51)
		Molusco contagioso	2 (0.25)
		Quiste epidérmico	4 (0.51)
		Siringomas	1 (0.12)
Nódulos	12 (1,53)	Acrocordón, pólipo fibroepitelial	3 (0.38)
		Quiste epidérmico	3 (0.38)

		Absceso labio menor	1 (0.12)
		Quiste glándula de Bartholin	4 (0.51)
Placa	1(0,12)	Liquen simple crónico	1 (0.12)
GRUPO 2. Lesiones color rojo: placas o parches			51 (6.52)
		Dermatitis de contacto	3 (0.38)
		Liquen simple crónico	2 (0.25)
		Foliculitis	1 (0.12)
		Nevus	1 (0.12)
		Carcinoma escamocelular	1 (0.12)
		Dermatitis de contacto	31 (3.96)
		Liquen simple crónico	11 (1.40)
		Liquen escleroso	1 (0.12)
Placas	8 (1,02)		
Parches	43 (5.49)		
GRUPO 3. Lesiones rojas: Pápulas o nódulos			7 (0,89)
		Foliculitis	1 (0.12)
		Angioqueratoma	1 (0.12)
		Hidradenitis supurativa	1 (0.12)
		Condilomatosis	1 (0.12)
		Quiste epidérmico	1 (0.12)
		Molusco contagioso	1 (0.12)
		Acrocordón	1 (0.12)
Pápulas	7 (0,89)		
GRUPO 4. Lesiones blancas			33 (4,21)
		Quiste epidérmico	2 (0.25)
		Molusco contagioso	2 (0.25)
		Condilomatosis	1 (0.12)
Pápulas	5 (0,63)		

Nódulos	1(0,12)	Quiste epidérmico	1 (0.12)
Placas	9 (1,15)	Liquen escleroso	5 (0.63)
		Liquen simple crónico	2 (0.25)
		Vitíligo	1 (0.12)
		Condilomatosis	1 (0.12)
Parches	18 (2,3)	Liquen Escleroso	10 (1.27)
		Liquen simple crónico	4 (0.51)
		Dermatitis de contacto	2 (0.25)
		Hipopigmentación post- inflamatoria	2 (0.25)
GRUPO 5. Lesiones pigmentadas oscuras (café, azul gris o negro)			149 (19,05)
Parches	6 (0,76)	Acantosis nigricans	4 (0.51)
		Foliculitis	1 (0.12)
		Liquen simple crónico	1 (0.12)
Pápulas	25 (3,19)	Angioqueratoma	10 (1.27)
		Condilomatosis	7 (0.89)
		Nevus	3 (0.38)
		Pólipo fibroepitelial	2 (0.25)
		VIN usual	1 (0.12)
		Molusco contagioso	1 (0.12)
		Melanoma	1 (0.12)
Nódulo	2 (0,25)	Várices vulvares	1 (0.12)
		Quiste glándula de Bartholin	1 (0.12)
Mácula*	116 (14,83)	Melanosis vulvar	73 (9,33)
		Nevus	43 (5,49)
GRUPO 6. Ampollas			4 (0,51)
Ampolla	1(0,12)	Angioqueratoma	1 (0.12)

Pústulas	3 (0,38)	<i>Hidradenitis supurativa</i>	2 (0.25)
		<i>Foliculitis</i>	1 (0.12)
GRUPO 7. Erosiones y úlceras			10 (1,27)
Erosiones	7 (0,89)	<i>Liquen escleroso</i>	1 (0.12)
		<i>Liquen simple crónico</i>	1 (0.12)
		<i>Fisura idiopática</i>	5 (0,63)
Úlceras	3 (0,38)	<i>Herpes genital</i>	3 (0,38)
GRUPO 8. Edema			1 (0,12)
Edema Rojo o Rosado	1(0,12)	<i>Dermatitis de contacto</i>	1 (0.12)
TOTAL			288 (36,8)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de pacientes incluidas en el estudio

*Modificación de la clasificación original

9.5 Frecuencia de lesiones según el grupo etario

Un lesión vulvar se encontró en el 56.1% de las mujeres mayores de 49 años y en el 32.9% de las menores a 49 años, con un RR 1,7 IC 1,4 – 2,1; valor P < 0,005, encontrándose entonces que la edad mayor de 49 años es un factor que se asocia con mayor frecuencia de lesiones vulvares.

Tabla 7 . Frecuencia de lesiones vulvares en pacientes menores y mayores de 49 años

Diagnóstico Clínico	n	%	Diagnóstico Clínico	n	%
Melanosis vulvar	22	31.88	Melanosis vulvar	51	23,50
Liquen escleroso	12	17,39	Nevus	38	13,29
Nevus	10	14,49	VIN Usual	20	6,99
Angioqueratoma	7	10,14	Dermatitis Crónica	34	11,89
Liquen simple crónico	7	10,14	Liquen simple crónico	15	5,24
Quiste epidérmico	4	5,80	Quiste epidérmico	7	2,45
Dermatitis Crónica	2	2,90	Liquen escleroso	6	2,10
Absceso Labio menor	1	1,45	Acrocordón	5	1,75

Carcinoma Escamocelular	1	1,45	Molusco contagioso	5	1,75
VIN Usual	1	1,45	Quiste glándula de Bartolino	5	1,75
Dermatitis irritativa	1	1,45	Acanthosis Nigricans	4	1,40
Fisura Idiopática	1	1,45	Angioqueratoma	4	1,40
TOTAL	69	100	Fisura Idiopática	4	1,40
			Foliculitis	4	1,40
			Fibroepitelioma	3	1,05
			Herpes genital	3	1,05
			Hidradenitis supurativa	2	0,70
			Hiperpigmentación pos inflamatoria	1	0,35
			Hipopigmentación pos inflamatoria	1	0,35
			Melanoma	1	0,35
			Pólipo	1	0,35
			Siringoma	1	0,35
			Varices Vulvares	1	0,35
			Vitíligo	1	0,35
			TOTAL	217	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de pacientes incluidas en el estudio

9.6 Frecuencia de lesiones según la raza

La mayoría de las lesiones se presentaron en la población mestiza con un 76,69% (218), seguido de la raza blanca con un 23,26% (67) y por último la raza negra con 0,34% (1), con un porcentaje proporcional si se evalúa por la cantidad de pacientes de cada raza en el estudio.

9.7 Concordancia clínico histopatológica de las lesiones

Se tomó biopsia al 17% (49) de las lesiones y se obtuvo reporte histopatológico en 47 muestras (Tabla No 9), en las 2 muestras restantes no se recuperó el resultado, De acuerdo con nuestros hallazgos la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico fue del 68% con un índice de kappa de 0.4.

Tabla 8. Concordancia clínico-histológica de lesiones vulvares población objeto de estudio

Diagnóstico clínico	Diagnóstico Histopatológico	
	Concordante	Discordante

	n	n	%	n	%
Liquen Escleroso	18	14	77,8	4	22,22
VIN usual	9	6	66,7	3	33,3
Liquen simple crónico	9	6	66,7	3	33,3
Nevus Melanocítico	3	2	66,7	1	33,3
Dermatitis	2	2	100	0	0
Quiste Epidérmico	2	0	0	2	100
VIN Diferenciado	1	1	100	0	0
Fisura Idiopática	1	0	0	1	100
Melanoma	1	0	0	1	100
Siringoma	1	1	100	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de pacientes incluidas en el estudio

10. DISCUSIÓN

En Colombia no hay datos suficientes que permitan determinar la frecuencia de las lesiones vulvares, este estudio realizado en dos instituciones de salud en la ciudad de Bogotá y que incluyó 762 pacientes remitidas al servicio de colposcopia, encontró que la frecuencia de lesiones vulvares es mayor que la reportada en la literatura mundial, probablemente lo anterior se podría explicar porque a pesar de las pacientes iban remitidas al servicio de colposcopia, al ingresar al estudio, fueron sometidas a un tamizaje de oportunidad al realizar un examen completo vulvar por personal calificado.

Pathak y colaboradores realizaron un estudio con 5521 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa dermatológica durante un año y reportaron una frecuencia de 1,9% de síntomas o lesiones vulvares, La incidencia en la población general varía de 1 en 3.000 a 1 en 10.000 casos (3). En nuestro estudio se encontró una frecuencia de lesiones vulvares mayor a la encontrada en la literatura, probablemente debido a que específicamente se incluyeron pacientes remitidas al servicio de colposcopia, facilitando así la búsqueda e identificación de las lesiones.

La mediana de edad de nuestras pacientes fue de 34 años, similar a la reportada en estudios realizados en Turquía (32,64) y Nepal (28) pero menor a la reportada en estudios realizados en Alemania (53) y Argentina (55,64). La mayoría de las pacientes incluidas en el estudio fueron menores de 49 años, en las que se encontró una frecuencia de lesiones vulvares del 32%, teniendo en cuenta que la población estudio es remitida al servicio de colposcopia posterior al tamizaje de cáncer de cérvix es de esperar que pertenecieran a este grupo de edad (7,11,12,13).

En cuanto a la raza de la población evaluada, se evidenció que más de la mitad corresponde a la raza mestiza, seguida de la raza blanca, lo cual es lo esperado para la población colombiana. No se cuenta con estudios para realizar una comparación con respecto a la raza.

El antecedente de Infecciones de transmisión sexual (ITS) no estaba presente en la mayoría de las pacientes, sin embargo el 67,85% de lesiones vulvares se documentaron en pacientes que reportaron antecedente de vaginitis.

Más de 2/3 de la población estudiada utilizaba productos como toallas sanitarias y tampones, de igual manera cerca de la mitad refirió el uso de jabones, baños espumosos o champú a nivel vulvar, en este estudio se observó que el 35,45% de estas pacientes presentaron lesiones vulvares lo cual es concordante con lo descrito en la literatura. Las recomendaciones internacionales son claras en evitar el uso de estos alérgenos pero, al igual que en otros países, en Colombia no hay ninguna regulación sobre la venta de estos productos, de ahí la importancia de brindar educación en el cuidado e higiene vulvar en cada consulta médica con lo que se podría reducir el número de personas afectadas y la cronicidad de los síntomas (1,8).

En el año 2014 Galindo et al realizaron un estudio en la Universidad Nacional de Colombia en el que reportaron una frecuencia de lesiones vulvares del 0,24% el cual es mucho menor al encontrado por nosotros, esto posiblemente es explicado por el tipo de población que ingresó a cada estudio: población general versus población remitida al servicio de colposcopia, respectivamente, sin que se pueda descartar el subdiagnóstico por el grado de entrenamiento del personal médico encargado de la identificación y detección de temprana de este tipo de lesiones (3).

Teniendo en cuenta exclusivamente la clasificación del ISVVD del año 2011, las lesiones color rojo tipo placas y/o parches del grupo 2 correspondientes al diagnóstico de dermatitis de contacto sería la de mayor frecuencia; sin embargo, en este estudio se incluyeron las lesiones pigmentadas oscuras tipo mácula que corresponde al diagnóstico de melanosis vulvar siendo la más común con una proporción de 9.33%.

A nivel mundial la melanosis vulvar corresponde al 68% de las lesiones vulvares pigmentadas en mujeres en edad reproductiva seguido del nevus con un 23% (24). En un estudio realizado en Alemania por Hoffman y colaboradores, que incluyó una población de 133 pacientes se documentó que las lesiones tipo nevus o melanosis fueron de alrededor del 10% (10). Renaud-Vilmer y colaboradores en 2015 reportaron que las lesiones pigmentadas más comunes son los nevus y la melanosis vulvar (26). Estos datos son congruentes con nuestros resultados.

En cuanto a las lesiones tipo parches rojos que en su mayoría corresponden a dermatitis de contacto, se reportan datos similares en la literatura internacional a los encontrados en nuestro estudio y oscilan entre el 20% para la dermatitis de contacto irritativa y 5% para la dermatitis alérgica de acuerdo a datos reportados por Freja Sand y Francis Thomsen en Dinamarca en el año 2017 (23). En nuestro estudio se evidenció que es la dermatosis inflamatoria más común después del liquen simple crónico.

Una revisión de la literatura realizada por Allbritton en el año 2017 evidenció una frecuencia de hasta el 17% para la melanosis vulvar (24), por su parte la ACOG en su Boletín del 2020 habla de frecuencias entre el 10-35% para el liquen simple crónico (1). En nuestro estudio los diagnósticos más comunes fueron la melanosis vulvar, seguido de nevus, liquen simple crónico y dermatitis de contacto irritativa.

Cuando se estudian las lesiones vulvares con respecto al grupo etario vemos como la mayor frecuencia de lesiones se presentaron en mujeres mayores de 49 años; datos similares fueron publicados en Argentina en 2671 pacientes, en donde el promedio de edad de las mujeres con lesión vulvar fue de 55 años, probablemente relacionado a los cambios epiteliales presentados por la disminución del efecto hormonal (1,8). En nuestro estudio, la mayoría de las lesiones en las mujeres en edad fértil correspondieron a melanosis vulvar, seguido de nevus, mientras que en el grupo de mayores de 49 años fueron la melanosis vulvar y el liquen escleroso, hallazgos similares a los reportados por la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia en 2014 sobre lesiones en pacientes menopaúsicas y postmenopáusicas donde refieren que las lesiones pigmentadas más comunes corresponden a los lentigos – lentiginosis y a los nevus (18).

La mayoría de las lesiones se presentó en las pacientes de raza mestiza, contrario a lo publicado en un estudio realizado en Brasil por Cerazi y colaboradores en el año 2018 donde se documentó que el 69% de las lesiones vulvares se presentan en mujeres de raza blanca (27). Sin embargo esta diferencia puede deberse a la distribución racial en nuestro país.

El diagnóstico de la mayoría de las lesiones vulvares en este estudio se obtuvo posterior a un adecuado examen clínico; la lesión vulvar que con más frecuencia requirió confirmación por biopsia fue el liquen escleroso, seguido del VIN y el liquen simple crónico. Se resalta la buena concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, lo anterior concordante con lo reportado en un estudio retrospectivo realizado en Argentina en el año 2018 que incluyó 2671 pacientes, solo 8% requirieron estudio histológico, de los cuales el 41% correspondió a liquen escleroso (1,2,5).

11. CONCLUSIONES

1. Las lesiones vulvares son más frecuentes en el estudio que lo reportado en estudios de pacientes que acuden a consulta ginecológica y dermatológica.
2. La lesión más frecuente, tanto en mujeres edad reproductiva como en la perimenopausia, fue la melanosis vulvar con el 23.50% y el 23.19%, respectivamente.
3. La melanosis vulvar es una lesión que afecta tanto a pacientes en edad fértil como en pacientes perimenopáusicas; sin embargo, algunas lesiones son características de ciertos grupos de edad, es así como en las pacientes en edad fértil el VIN usual es más frecuente, mientras que el liquen escleroso se presenta en su gran mayoría en pacientes postmenopáusicas.
4. Las lesiones vulvares pueden tener múltiples presentaciones en cuanto a configuración, tipo de superficie, márgenes, color y localización compatible con la heterogeneidad reportada en los estudios, siendo las lesiones ovales, de superficie lisa, con márgenes bien circunscritos y de localización pilosa la mayoría.
5. El uso de clasificaciones con enfoques clínicos como la propuesta por la ISSVD del 2011, tiene una alta concordancia histológica por lo que pueden ser usadas en la práctica clínica para un adecuado abordaje y manejo de estas mujeres.

12. RECOMENDACIONES

1. Utilizar un abordaje clínico y paso a paso para identificar las lesiones vulvares en mujeres que asisten a consulta ginecológica.
2. Hacer búsqueda activa de pacientes con lesiones vulvares dado que en su mayoría son asintomáticas.
3. Fortalecer el autocuidado en las mujeres para que sea una práctica rutinaria el autoexamen vulvar.
4. Fortalecer los programas de educación de pregrado y postgrado para mejorar las competencias y habilidades en la búsqueda, abordaje y manejo de las mujeres con lesiones vulvares.
5. Fomentar el abordaje multidisciplinario e interprofesional de las mujeres que asisten a consulta rutinaria para identificar lesiones vulvares y orientar su adecuado manejo.
6. Propiciar la creación de clínicas de vulva que permitirán un manejo interdisciplinario de la patología vulvar.
7. Se recomienda la realización de nuevos estudios de investigación sobre este tema.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins Gynecology. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. *Obstet Gynecol.* 2020 Jul;136(1):1-14. doi: 10.1097/AOG.0000000000003944. PMID: 32590724.
2. Cruickshank ME, Hay I. Green-top Guideline 58 The Management of Vulval Skin Disorders. 2011. Disponible en <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg58/>
3. Galindo-Díaz LF. Prevalencia de enfermedades de vulva según grupos etáreos en pacientes estudiadas con biopsia de piel en una institución de tercer nivel entre los años 2009 a 2013. *Rev. Fac Med UN.* 2014; 67.
4. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Bogliatto F, Micheletti L, Scurry J. 2006 ISSVD classification of vulvar dermatoses: pathologic subsets and their clinical correlates. *J Reprod Med.* 2007 Jan;52(1):3-9.
5. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD terminology and classification of vulvar dermatological disorders: An approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):339–44.
6. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer.* 2019 Apr 15;144(8):1941-1953. doi: 10.1002/ijc.31937
7. Fernández Tapia MJ, Senarega A, Vidal J, Chessé C, Abaca MC, Innocenti C y Parra V. Patología vulvar benigna y maligna. Estudio retrospectivo de 15 años *Dermatología Argentina* Vol. 24 N° 2 Junio de 2018: 81-87.
8. Stockdale CK, Boardman L. Diagnosis and treatment of vulvar dermatoses. *Obstet Gynecol.* 2018;131(2):371–86.
9. Guerrero A, Venkatesan A. Inflammatory Vulvar Dermatoses. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(3):464–75.
10. Hoffman B, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JL. *Williams Ginecología.* 3a ed. Colombia: McGraw Hill; 2017
11. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: A clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol.* 2000; 17(1):1–6.

12. Niamh L, Naveen S, Hazel B. Diagnosis of vulval inflammatory dermatoses: A pathological study with clinical correlation. Vol. 28, Int J Gynecol Pathol. 2009. p. 554–8.
13. Anemüller W, Recke A, Altgassen C, Kelling K. Developing an interdisciplinary consultation service for vulvar disorders. J Dtsch Dermatol Ges. 2012; 10(5):350–357.
14. Matthews N, Wong V, Brooks J, Kroumpouzou G. Genital diseases in the mature woman. Clin Dermatol. 2018;36(2):208–21.
15. Burrows LJ, Shaw HA, Goldstein AT. The vulvar dermatoses. J Sex Med. 2008 Feb; 5(2):276-83.
16. Sadler TW. Langman embriología médica. 12a edición. Baltimore: Lippincott William y Wilkins; 2012.
17. Moore KL, Dalley A. Anatomía con orientación clínica. 8a edición. Toronto: Wolters Kluwer; 2018.
18. Comino R, Cararach M, Coronado P, Nieto A, Martínez Escoriza JC, Salamanca A, Torres García LM, Vidart JA, Sánchez Borrego R, Torné A. Patología Vulvar. MenoGuía AEEM. Primera edición: Abril 2014. Aureagràfic, s.l. Barcelona 2014. 978-84.
19. Cobos GA, Pomeranz MK. A General Approach to the Evaluation and the Management of Vulvar Disorders. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Sep; 44(3):321-327.
20. Santoso JT, Likes W. Colposcopic acetowhitening of vulvar lesion: a validity study. Arch Gynecol Obstet. 2015; 292(2):387–90.
21. Gagné HM. Colposcopy of the Vagina and Vulva. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008 Dec; 35(4):659-69
22. Ruiz V, Correa L, Hernandez N. Dermatitis de la vulva. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2014;22(4):317–30.
23. Sand FL, Thomsen SF. Skin diseases of the vulva: eczematous diseases and contact urticaria. J Obstet Gynaecol. 2018 Apr;38(3):295-300.
24. Allbritton JI. Vulvar Neoplasms, Benign and Malignant. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017 Sep; 44(3):339-352.
25. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(7):946–58.
26. Renaud-Vilmer C, Dehen L, de Belilovsky C, Cavellier-Balloy B. Patología vulvar. EMC - Dermatología. 2015; E-49:1-19.

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

27. Sartori GC, Ferreira FR, Wicher RT, Batista VH. Most frequent dermatoses at a vulvar pathology outpatient clinic. *An Bras Dermatol.* 2018: 294-296.

14. ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado

Título de la investigación:
Lesiones dermatológicas vulvares clínicamente detectadas en dos unidades de colposcopia en Bogotá, 2020

Investigador Principal:

Dr. Santiago García Rodríguez
Estudiante de postgrado en Obstetricia y Ginecología

Dra. Vanessa Forero Vásquez
Estudiante de postgrado en Obstetricia y Ginecología

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer los siguientes **apartados**:

1. *Justificación:* Este trabajo de investigación nace con la necesidad médica y epidemiológica, de conocer la frecuencia con la que se presentan lesiones vulvares (área externa de los genitales femeninos), en la población general. En Colombia, hay pocos estudios sobre lesiones vulvares y se desconoce la frecuencia con la que se presentan; esto es debido a que muchas de las lesiones no presentan síntomas, al tabú o el pudor que experimentan la mayoría de las mujeres al hablar de su zona genital y por otro lado, a la dificultad que existe para la autoexploración ocasionando diagnósticos y tratamientos tardíos.
2. *Objetivo:* A usted se le está invitando a participar en un estudio que tiene como objetivo, evaluar durante su cita de colposcopia (procedimiento ginecológico que consiste en la exploración del cuello uterino, a través de un colposcopio, el cual es un instrumento que aumenta y mejora la visualización de todo el cérvix) con lo que se logra determinar si existen o no hallazgos anormales en la región vulvar.
3. *Beneficios académicos:* Al conocer la frecuencia de las lesiones vulvares, se puede entrenar al equipo de salud para su reconocimiento durante el examen general, se logrará establecer programas de autoexamen vulvar, protocolos de diagnóstico y tratamiento oportuno
4. Este trabajo cuenta con el aval del comité de ética médica de la Universidad Nacional de Colombia, el hospital de Engativá de la subred norte y el Instituto de Diagnóstico Médico (IDIME), los contactos de estas instituciones se encuentran al final del documento, en caso de que usted desee confirmar esta información.

Procedimiento: En caso de aceptar participar, se diligenciará un formato que contiene datos personales así: número de cedula, edad, nivel educativo, raza, estado civil, uso o no de tratamientos previos, antecedente de toma de biopsias a nivel vulvar. Durante la colposcopia se realizará un examen físico vulvar para determinar si existen lesiones a este nivel, con el objetivo de confirmar el diagnóstico clínico y solo en caso de que haya indicación médica, se tomaran biopsias de la lesión que se enviaran al servicio de patología, (estos procedimientos hacen parte de la atención estándar y regular de la consulta de colposcopia). De igual manera, en casos muy ocasionales se requerirá toma de fotografías para que sean valoradas por un tercer evaluador especialista en dermatología, se garantiza la total confidencialidad y anonimato de las mismas. Usted es libre de aceptar o no la toma de fotografías y esto en ningún caso cambiara su manejo médico, ni será motivo para no participar en el estudio.

Aclaraciones:

- Su participación es completamente voluntaria; si acepta, facilita un proceso de investigación médica y académica en el área de Ginecología. Si se niega, de ninguna manera afectará la calidad de la atención que se le preste.
- Antes de iniciar esta investigación, el participante deberá firmar el presente documento (consentimiento informado).
- La participación durante la realización de este estudio no tendrá ningún costo para el participante.
- El participante no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación en este estudio.
- La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo investigador.
- En caso de hallazgos de lesiones vulvares, tendrá un diagnóstico oportuno y por ende el tratamiento inmediato o la remisión para el tratamiento por su médico tratante. En caso de toma de biopsia, se citará para la entrega personal de los resultados y se indicara la respectiva remisión para tratamiento.
- Las fotos tomadas ocasionalmente durante el procedimiento, además de servir para valoración por un experto en dermatología en caso de duda diagnóstica, podrán ser utilizadas con fines académicos y en publicaciones científicas, bajo la absoluta reserva de identidad.

De igual manera solicitamos su autorización para comunicarnos con usted, en caso de que sea necesario informar, aclarar o ampliar información a través de correo electrónico o teléfono

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Si acepta participar, se le solicita que firme esta forma de consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Yo, _____ con número de identificación
número: _____ de _____ he leído y comprendido la información

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y **ACEPTO** participar en esta investigación.

Autorizo la toma de fotografías.

Sí _____ No _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nº Identificación: _____

Teléfono de contacto: _____

Disentimiento informado

Yo, _____ con número de identificación número: _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y **NO ACEPTO** participar en el estudio.

Nombre: _____

Firma: _____

Nº Identificación: _____

Teléfono de contacto: _____

➤ INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL COMITÉ DE ÉTICA

Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Sede Bogotá Universidad Nacional - Vicedecanatura de Investigación: viceinv_fmbog@unal.edu.co, teléfono (+571) 3165000 extensión 15119.

*Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares
clínicamente detectadas en dos unidades de
colposcopia en Bogotá, 2020*

*Shirley Vanessa Forero Vásquez
Santiago García Rodríguez*

Comité Institucional de Ética en Investigaciones del Hospital de Engativá:
investigacionsubrednorte@gmail.com, dirección: Transversal 100a # 80a-50.

➤ INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Investigadora principal:

Dr. Santiago García Rodríguez

Estudiante de postgrado en Obstetricia y Ginecología

Contacto: e-mail: sangarciaro@unal.edu.co

Investigador principal:

Dra. Vanessa Forero Vásquez

Estudiante de postgrado en Obstetricia y Ginecología

Contacto: e-mail: sforerov@unal.edu.co

Santiago García Rodríguez
Investigador principal
Postgrado Obstetricia y Ginecología

Vanessa Forero Vásquez
Investigador principal
Postgrado Obstetricia y Ginecología

Anexo 2 Formulario para recolección de datos

PREVALENCIA DE LESIONES VULVAR EN PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE COLPOSCOPIA EN DOS INSTITUCIONES DE BOGOTÁ

<p>1. Fecha *</p> <p>_____</p> <p><i>Ejemplo: 7 de enero del 2019</i></p>	<p>5. Nivel educativo *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> No estudio</p> <p><input type="radio"/> Primaria</p> <p><input type="radio"/> Primaria incompleta</p> <p><input type="radio"/> Bachillerato</p> <p><input type="radio"/> Bachillerato incompleto</p> <p><input type="radio"/> Media clásica</p> <p><input type="radio"/> Técnica</p> <p><input type="radio"/> Universitario</p>	<p>7. Enfermedad de transmisión sexual *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> VIH</p> <p><input type="radio"/> VPH</p> <p><input type="radio"/> VHS</p> <p><input type="radio"/> Vaginitis</p> <p><input type="radio"/> Ninguna</p> <p><input type="radio"/> Otro: _____</p>
<p>2. Edad *</p> <p>_____</p>		<p>8. Tabaquismo *</p> <p>Cantidad de cigarrillos día. Si no fuma colocar: 0</p> <p>_____</p>
<p>3. Grupo etario *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> 18-49 años</p> <p><input type="radio"/> >49 años</p>	<p>6. Estrato socioeconómico *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> 1</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> 3</p> <p><input type="radio"/> 4</p> <p><input type="radio"/> 5</p> <p><input type="radio"/> 6</p>	<p>9. Vacunación VPH *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>4. Raza *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> Negra</p> <p><input type="radio"/> Blanca</p> <p><input type="radio"/> Indígena</p> <p><input type="radio"/> Mestiza</p>		<p>10. Diabetes *</p> <p><i>Marca solo un óvalo.</i></p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p>

<p>11. Paciente oncológico *</p> <p>Marca solo un óvalo.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>12. Uso de medicamentos *</p> <p>Marca solo un óvalo.</p> <p><input type="radio"/> AINES</p> <p><input type="radio"/> Derivados de la quinina (Cloroquina, quinina, quinidina, amodiaquina, mefloquina, halofantrina, lumefantrina y primaquina)</p> <p><input type="radio"/> B-Bloqueadores</p> <p><input type="radio"/> Medicamentos tópicos a nivel vulvar (especificar en otro)</p> <p><input type="radio"/> Ninguno de los anteriores</p> <p>13. Uso de productos a nivel vulvar *</p> <p>Marca solo un óvalo.</p> <p><input type="radio"/> Antisépticos</p> <p><input type="radio"/> Líquidos corporales</p> <p><input type="radio"/> Condones</p> <p><input type="radio"/> Papel higiénico de color o perfumado</p> <p><input type="radio"/> Colorantes</p> <p><input type="radio"/> Emolientes</p> <p><input type="radio"/> Productos de caucho</p> <p><input type="radio"/> Toalla sanitarias, tampones.</p> <p><input type="radio"/> Jabones, baño espumoso, sales o champú</p> <p><input type="radio"/> Ninguno</p>	<p>14. Tiene lesión? *</p> <p>Marca solo un óvalo.</p> <p><input type="radio"/> Si</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Si tiene lesión continúe. De lo contrario finalice el formulario</p> <p>15. Patrón de la lesión</p> <p>Marca solo un óvalo.</p> <p><input type="radio"/> Ampolla</p> <p><input type="radio"/> Bula</p> <p><input type="radio"/> Quiste</p> <p><input type="radio"/> Edema</p> <p><input type="radio"/> Erosión</p> <p><input type="radio"/> Excoriación</p> <p><input type="radio"/> Fisura</p> <p><input type="radio"/> Nódulo</p> <p><input type="radio"/> Macula</p> <p><input type="radio"/> Pápula</p> <p><input type="radio"/> Parche</p> <p><input type="radio"/> Placa</p> <p><input type="radio"/> Pústula</p> <p><input type="radio"/> Rash</p> <p><input type="radio"/> Úlcera</p> <p><input type="radio"/> Vesícula</p>
--	---

16. Configuración de la lesión

Marca solo un óvalo.

- Oval
- Lineal
- Angular
- Anular
- Serpiginosa

17. Superficie

Marca solo un óvalo.

- Lisa
- Rugosa

18. Márgenes

Marca solo un óvalo.

- Bien circunscrita
- Pobremente circunscrita

19. Color

Marca solo un óvalo.

- Piel
- Rojas
- Blancas
- Oscuras

20. Localización

Marca solo un óvalo.

- Pilosa
- No pilosa
- Mixta

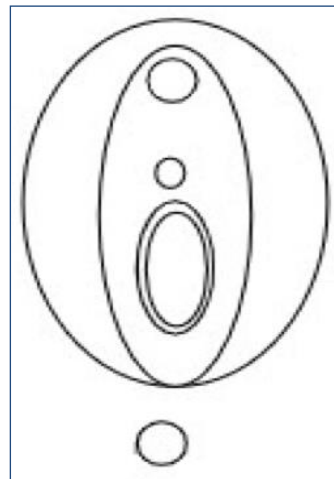
21. Diagnóstico clínico *

22. Se toma biopsia?

Marca solo un óvalo.

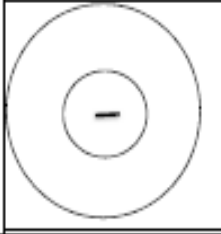
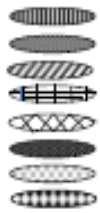
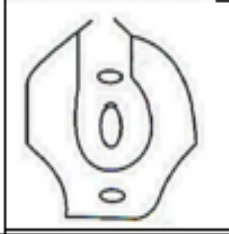
- Si
- No

23. Diagnóstico Histopatológico



Dibujar la lesión en el Gráfico

Anexo 3 Formulario para registro de vulvoscolposcopia y colposcopia institucional

UNIDAD DE PATOLOGIA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA																																	
HOJA DE REPORTE ESTUDIO COLPOSCOPICO																																	
SUBRED NORTE ESE						FECHA																											
IDENTIFICACION																																	
NOMBRES Y APELLIDOS:						DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				EDAD (AÑOS)																							
DIRECCIÓN						BARRIO		TELÉFONO																									
IRS	PP	CS	G	P	A	C	FUMA	DIABETES	VII	VPH																							
ANTECEDENTES CITOLÓGICOS						ANTECEDENTES PROCEDIMIENTOS EN CUELLO UTERINO																											
LUGAR TOMA ÚLTIMA CITOLOGÍA _____						PROCEDIMIENTO																											
FECHA _____						RESULTADO																											
DIAGNÓSTICO _____						<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>NINGUNO</td><td>NORMAL</td></tr> <tr><td>BIOPSIA</td><td>LES DE BAJO GRADO</td></tr> <tr><td>LEGRADO</td><td>LES DE ALTO GRADO</td></tr> <tr><td>CONIZACIÓN</td><td>CARCINOMA INVASOR</td></tr> <tr><td>HISTERECTOMIA</td><td>ADENOCARCINOMA IN SITU</td></tr> <tr><td>CAUTERIZACIÓN</td><td>ADENOCARCINOMA INVASOR</td></tr> <tr><td>RADIOTERAPIA</td><td>ATIPIAS CELULAS GLANDULARES</td></tr> <tr><td>OTROS</td><td>INSATISFACTORIA</td></tr> <tr><td></td><td>NO SABE</td></tr> <tr><td></td><td>VACUNA VPH</td></tr> <tr><td></td><td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td></tr> </table>						NINGUNO	NORMAL	BIOPSIA	LES DE BAJO GRADO	LEGRADO	LES DE ALTO GRADO	CONIZACIÓN	CARCINOMA INVASOR	HISTERECTOMIA	ADENOCARCINOMA IN SITU	CAUTERIZACIÓN	ADENOCARCINOMA INVASOR	RADIOTERAPIA	ATIPIAS CELULAS GLANDULARES	OTROS	INSATISFACTORIA		NO SABE		VACUNA VPH		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NINGUNO	NORMAL																																
BIOPSIA	LES DE BAJO GRADO																																
LEGRADO	LES DE ALTO GRADO																																
CONIZACIÓN	CARCINOMA INVASOR																																
HISTERECTOMIA	ADENOCARCINOMA IN SITU																																
CAUTERIZACIÓN	ADENOCARCINOMA INVASOR																																
RADIOTERAPIA	ATIPIAS CELULAS GLANDULARES																																
OTROS	INSATISFACTORIA																																
	NO SABE																																
	VACUNA VPH																																
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																
HA TENIDO OTROS REPORTES CITOLÓGICOS ANORMALES?																																	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																	
FECHA _____ INSTITUCIÓN _____ DIAGNÓSTICO _____																																	
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS																																	
						<ol style="list-style-type: none"> 1. EPITELIO COLUMNAR 2. ZONA ACETOBLANCA 3. LEUCOPLASIA 4. BASE 5. MOSAICO 6. VASOS ATÍPICOS 7. COLPITIS 8. SUGESTIVO DE VPH 																											
EVALUACIÓN GENERAL						HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES																											
<input type="checkbox"/> ADECUADA <input type="checkbox"/> INADECUADA POR INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/> POR SANGRADO <input type="checkbox"/> POR CICATRIZ <input type="checkbox"/>						VISIBILIDAD DE UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR <input type="checkbox"/> COMPLETAMENTE VISIBLE <input type="checkbox"/> PARCIALMENTE VISIBLE <input type="checkbox"/> NO VISIBLE ZONA DE TRANSFORMACIÓN TIPO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>						EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL • MADURO <input type="checkbox"/> • ATRÓFICO <input type="checkbox"/> EPITELIO COLUMNAR • ECTOPÍA <input type="checkbox"/>						EPITELIO ESCAMOSO METAPLÁSICO • QUISTES DE NABOTH <input type="checkbox"/> • ABERTURAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> DECIDUOSIS EN EL EMBARAZO <input type="checkbox"/>															

<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN GENERAL</p> <p><input type="checkbox"/> ADECUADA</p> <p><input type="checkbox"/> INADECUADA</p> <p>POR INFLAMACIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>POR SANGRADO <input type="checkbox"/></p> <p>POR CICATRIZ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">VISIBILIDAD DE UNIÓN ESCAMOCOLUMNAR</p> <p><input type="checkbox"/> COMPLETAMENTE VISIBLE</p> <p><input type="checkbox"/> PARCIALMENTE VISIBLE</p> <p><input type="checkbox"/> NO VISIBLE</p> <p style="text-align: center;">ZONA DE TRANSFORMACIÓN TIPO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES</p> <p>EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL</p> <p>- MADURO <input type="checkbox"/></p> <p>- ATRÓFICO <input type="checkbox"/></p> <p>EPITELIO COLUMNAR</p> <p>- ECTOPIA <input type="checkbox"/></p> <p>EPITELIO ESCAMOSO METAPLÁSICO</p> <p>- QUISTES DE NABOTH <input type="checkbox"/></p> <p>- ABERTURAS GLANDULARES <input type="checkbox"/></p> <p>DECIDUOSIS EN EL EMBARAZO <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES</p> <p style="text-align: center;">GRADO 1 (MENOR)</p> <p><input type="checkbox"/> EPI. ACETOLIBANCO DELGADO</p> <p><input type="checkbox"/> BORDE IRREGULAR</p> <p><input type="checkbox"/> MOSAICO FINO</p> <p><input type="checkbox"/> PUNTEADO FINO</p> <p style="text-align: center;">GRADO 2 (MAYOR)</p> <p><input type="checkbox"/> EPI. ACETOLIBANCO DENSO</p> <p><input type="checkbox"/> MOSAICO GRUESO</p> <p><input type="checkbox"/> BORDE DEL BORDE INTERNO</p> <p><input type="checkbox"/> BORDES DELIMITADOS</p> <p><input type="checkbox"/> APARICIÓN RÁPIDA DE EPITELIO ACETOLIBANCO</p> <p><input type="checkbox"/> CRIP GLANDULARES ABERTOS CON BORDES INDEFINIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> LEUCORRUEA</p> <p><input type="checkbox"/> EROSION</p> <p style="text-align: center;">TEST SCHILLER</p> <p>+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">UBICACIÓN DE LA LESIÓN (HORA)</p> <p><input type="checkbox"/> DENTRO DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> FUERA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> N° CUADRANTES</p> <p><input type="checkbox"/> PORCENTAJE DEL CUELLO UTERINO</p>	<p style="text-align: center;">HALLAZGOS VARIOS</p> <p><input type="checkbox"/> ZONA DE TRANSFORMACIÓN CONGÉNITA</p> <p><input type="checkbox"/> CONDILOMA</p> <p><input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> ESTENOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> ANOMALÍA CONGÉNITA</p> <p><input type="checkbox"/> ANOMALÍAS POST TRATAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> PÓLIPO (EXOCERVICAL / ENDOCERVICAL)</p> <p><input type="checkbox"/> ENDOMETRIOSIS</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p> <p style="text-align: center;">IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</p> <p><input type="checkbox"/> NORMAL</p> <p><input type="checkbox"/> INFLAMATORIA</p> <p><input type="checkbox"/> ATROFICA</p> <p><input type="checkbox"/> SUGESTIVA DE VPH</p> <p><input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO</p> <p><input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO</p> <p><input type="checkbox"/> CARCINOMA INVASIVO</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS</p>
<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Medidas de la muestra de Escisión</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>REALIZADO POR:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">APELLIDOS Y NOMBRES - SELLO</p>	<p>REALIZADO POR:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">APELLIDOS Y NOMBRES - SELLO</p>