



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**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**

**LUISA FERNANDA GALINDO DIAZ
CODIGO: 05599486**

**Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para
optar al título de Especialista en Dermatología**

**DIRIGIDO POR:
Dr. LUIS FERNANDO PALMA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
Bogotá, 2014**

Dedicado a mi esposo, mis padres y hermana

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria Sanitas y al laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia, por hacer posible la realización de este trabajo, poniendo a disposición un excelente equipo medico y humano.

Al Dr. Luis Fernando Palma, director del proyecto, gran maestro y hombre de grandes cualidades humanas.

Al grupo de trabajo que saco adelante este proyecto con sus valiosos aportes :

Dra. Maria Del Pilar Soler
Epidemiologa Universidad De Los Andes

Dra. Adriana Cruz
Profesora Dermatología Universidad Nacional De Colombia

Dra. Catalina Buritica
Patologa Universidad Nacional De Colombia

Dra. Viviana Arias
Profesora Dermatología Universidad Nacional De Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen	6
2. Introducción	2
3. Marco teórico	9
3.1. Epidemiología	9
3.2. Embriología y anatomía vulvar	11
3.3. Dermatosis de la vulva	12
3.4. Grupos desordenes dermatológicos vulvares ISSVD 2011	13
3.5. Procedimiento diagnóstico: la biopsia	16
3.6. Clasificación histológica	17
4. Metodología	21
4.1. Objetivos	21
4.2. Revisión de literatura	21
4.3. Tipo de estudio	21
4.4. Definición de variables	21
4.5. Procedimiento de recolección de datos	23
4.6. Procesamiento y análisis de los datos	25
4.7. Consideraciones éticas	25
5. Resultados	27
5.1. Perfil demográfico	27
5.2. Morbilidad general	27
5.3. Morbilidad por grupos etarios	33
5.4. Morbilidad por pronóstico	35
5.5. Morbilidad por etiología	39
5.6. Información clínica	43
6. Discusión	51
7. Conclusiones	60
8. Bibliografía	62
Anexo 1: Clasificación 2006 ISSVD para correlación clínico-patológica de enfermedades vulvares	63
Anexo 2: Estandarización de diagnósticos	64

LISTA DE ABREVIACIONES

VPH: Virus del papiloma Humano

EPS: Entidad prestadora de salud

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

ISSVD: Sociedad internacional para el estudio de enfermedades vulvovaginales

DLQI: Índice de calidad de vida en dermatología

VIN: Neoplasia intraepitelial vulvar

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades

LSC: Liquen simple crónico

LE: Liquen escleroso

CEC: Carcinoma escamo celular

1. RESUMEN

Antecedentes: La patología de vulva es un problema que ha recibido poca atención en la literatura y su frecuencia e importancia es subestimada. El reto está en diferenciar las variantes benignas de las pre malignas y las malignas, por lo cual todas requieren para su adecuada evaluación un estudio histopatológico. En Colombia no hay estudios publicados sobre enfermedades de vulva hasta el momento.

Objetivos: Describir la prevalencia de las enfermedades de la vulva según grupos etarios, pronóstico y etiología en pacientes que han sido estudiadas con biopsia de piel en la Clínica Universitaria Colombia entre 2009 y 2013, teniendo en cuenta el diagnóstico histológico.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron todos los datos de biopsias del área de la vulva del laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia entre 2009 y 2013

Resultados: Se encontró un total de 1297 pacientes en 5 años, una media de edad de 39.37 ± 16.2 (Intervalo 6-86 años), prevalencia de 0.23% para el total de mujeres afiliadas a la EPS Sanitas en la ciudad de Bogotá y una incidencia anual de 5.5 casos por 10.000 afiliadas. La mayoría de las biopsias correspondían a edad fértil (75.1%), seguido de post menopaúsica (24.7%) y por último pre-púber (0.2%). En primer lugar se encontró la patología benigna con 93.5%, seguido de maligna 1.6% y pre maligna 1.1%, fueron no determinables el 3.8%. En cuanto a la etiología se encontró que 52.7% correspondía a etiología infecciosa, 21.8% a tumoral y 19.4% a inflamatoria, 6.1% fue no determinable. La morbilidad general de los diagnósticos más representativos en orden descendente fueron condiloma (39.6%), cambios reactivos a VPH(13.4%), liquen escleroso (5.1%), el acrocordón (4.9%) y el molusco contagioso (3.7%) y queratosis seborreica(2.9%). De las 891 biopsias con información clínica disponible para este análisis, se enviaron con diagnóstico de VPH vulvar el 52.1%, seguida de las biopsias enviadas sin diagnóstico 13.4%, prurito 6.7%, liquen escleroso 1.5%. y 1.4% con sospecha de malignidad

Conclusiones Este estudio es el primero en describir la morbilidad histopatológica de vulva discriminada por edad, etiología y pronóstico durante un periodo de 5 años en a nivel mundial y en Colombia de acuerdo a la revisión realizada por los autores. La mayor frecuencia se encontró en las enfermedades benignas e infecciosas. Es necesario estandarizar los diagnósticos clínicos e histopatológicos de acuerdo a la terminología propuesta por la ISSVD que permitan un diagnóstico más preciso, eficiente y oportuno

PALABRAS CLAVE: enfermedades de la vulva, vulva, dermatología, ginecología, patología

ABSTRACT

Background: Vulvar disease is an issue that has received little attention in the literature and its frequency is often underestimated. The challenge is trying to differentiate malignant pathology from those premalignant, which is the main reason why all lesions require adequate evaluation with histology. In Colombia there are not any published literature about vulvar disease at this point.

Objectives: Describe the prevalence of the vulvar disease according to age groups, prognosis and etiology of patients taken to skin biopsy at the Clinica Universitaria Colombia between 2009 and 2013, having in mind the histopathological diagnosis.

Materials and Methods: Transversal cut descriptive study. All of the data from vulvar biopsies from the pathology lab from Clinica Colombia between 2009 and 2013.

Results: A total of 1297 biopsies were found in a 5 year lapse, with a median age of 39.37 ± 16.2 (Interval 6-86), prevalence of 0.23% for the total of women affiliated with Sanitas EPS in the city of Bogota and an annual incidence of 5.5 cases per 10.000 of affiliated woman. Most of the biopsies were of women of fertile age (75.1%), followed by postmenopausal women (24.7%) and lastly pre puberal (0.2%). In first place, benign pathology was found with a 93.5%, followed by malignant with a 1.6% and lastly premalignant 1.15. There were a 3.8% that were undetermined. Taking into account etiology, 52.7% were infectious, 21.8% were tumoral and 19.4% were inflammatory with a 6.1% being undetermined. The most representative diagnosis in descending order were condyloma (39.6%), HPV reactive changes (13.4%), esclerosus lichen (5.1%), acrochordon (4.9%) and molluscum contagiosum (3.7%) and seborrheic keratosis (2.9%).

Of the 891 biopsies with available clinical information, the clinical diagnosis was vulvar HPV in 52.1%, followed by biopsies without diagnosis 13.4%, pruritus 6.7%, esclerosus liche 1.5% and 1.4% with a suspicion of malignant disease

Conclusions: This study is the first in describing the histopathological morbidity of vulvar disease taking age, etiology and prognosis into account for a 5 year period not only in Colombia but in the world according to the searched literature. The most common types of vulvar disease were benign and infectious. A greater training with agreement between clinicians and pathologists is required, specially in the terminology proposed by the ISSVD to exchange information and greater research in this field.

KEY WORDS: vulvar disease, vulva, dermatology, gynaecology, pathology

2. INTRODUCCION

Las enfermedades de la piel de la vulva son patologías frecuentes, se estima que el 20% de las mujeres presentaran síntomas vulvares a lo largo de su vida²⁹, comprenden un grupo heterogéneo de entidades, que incluyen enfermedades inflamatorias, pre malignas, tumores benignos y neoplasias malignas.

Las enfermedades inflamatorias precursoras de tumores malignos son en la mayoría de los casos indistinguibles clínicamente de las inflamatorias, esto asociado al desconocimiento de estas patologías, hace que su detección sea difícil clínicamente, por lo que la evaluación adecuada debe incluir una biopsia de piel para definir su manejo y establecer su pronóstico.

En la experiencia de los autores, las biopsias de vulva constituyen una fuente importante en volumen recibido en los laboratorios de patología de la Clínica Universitaria Colombia y a la fecha no parece ser un tema de interés para los clínicos e investigadores a pesar de que algunas de sus patologías son indicadoras de enfermedades de interés en salud pública como el cáncer de cuello uterino, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y se considera que las patologías vulvares son subestimadas en Colombia.

En estudio clínico realizado en Nepal¹ se encontraron entre las patologías de vulva más prevalentes: las infecciones (33.4%) de etiología candidiásica, los tumores y quistes (5.6%), el vitiligo (5.6%), las enfermedades inflamatorias (6.6%), las vaginitis atrófica (1.8%), la enfermedad erosiva (0.9%) y las dermatosis causadas por abuso sexual (1.9%). Este estudio sugiere que se deben realizar más estudios para estimar la verdadera prevalencia de estas enfermedades.

No se conoce la prevalencia de las enfermedades que afectan la vulva, localmente no existen investigaciones sobre este tema y a nivel internacional algunos estudios mencionan su frecuencia desde una perspectiva clínica, sin confirmación histopatológica, por lo cual esta investigación llevar a una aproximación diagnóstica clínica más precisa dado que se incluirá en su análisis los grupos etarios indicativos del ciclo reproductivo femenino: menores de 13 años, entre 13-49 años y mayores de 49 años.

El conocimiento de la prevalencia de la patología vulvar maligna e infecciosa provee información útil para priorizar las políticas de salud pública y permitir una orientación clínica más certera según el grupo de edad en que se presente.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia histopatológica de las enfermedades de piel de la vulva en la población de pacientes afiliadas a una EPS en Bogotá y cuyas muestras son analizadas por el laboratorio de patología en la Clínica Universitaria Colombia

3. MARCO TEORICO

Aunque la vulva es lo más visible de la estructura genital femenina, ha recibido muy poca atención en la literatura médica, incluso ha sido llamada “el órgano pélvico olvidado”¹. Hay muchas formas en las que la piel queratinizada y las superficies muco cutáneas de la vulva difiere de la piel del resto del cuerpo: Es la única área del cuerpo humano en la que el epitelio de las 3 capas embriológicas se unen. Adicionalmente, como el tracto vulvovaginal contiene proteínas extrañas y antígenos necesarios para la reproducción, ésta área tiene una respuesta inmune única. Finalmente el tejido subcutáneo del labio mayor es poco, permitiendo la formación de edema considerable.¹⁻⁴

3.1 EPIDEMIOLOGIA

Aunque las enfermedades de la piel de la vulva son comunes, su frecuencia e importancia muchas veces es subestimada. Una de las mayores dificultades en el manejo de estas enfermedades es la confusión con respecto a los términos que se deben usar para hablar de enfermedades de la vulva. La sociedad internacional para el estudio de enfermedades vulvovaginales (ISSVD de sus siglas en inglés) clasifican las enfermedades vulvares en “dermatosis vulvares” que serán objeto de esta revisión (que causan lesiones visibles en la piel) y “disestesia vulvar” (vulvodinia, para las que causan dolor).⁴

Se han realizado algunos estudios clínicos que intentan determinar la prevalencia de estas enfermedades. En uno de ellos realizado en un hospital de tercer nivel de Nepal se encontró que el 1.9% de las pacientes atendidas en el periodo de un año en el servicio de dermatología (105 de 5521 pacientes), lo más común dentro de las dermatosis vulvares fue: infección (33.4%) con predominancia de candidiasis vulvovaginal, tumores y quistes (5.6%), vitíligo (5.6%), inflamatorias (6.6%), vaginitis atrófica (1.8%), enfermedad erosiva (0.9%) y dermatosis causadas por abuso sexual (1.9%) y sugieren que se deben realizar más estudios para estimar la verdadera prevalencia de estas enfermedades.³

En un artículo publicado sobre tamizaje y seguimiento de patologías vulvares reportaron que no hay programas de tamizaje de enfermedades de vulva formales. Se ha estimado que la incidencia de cáncer de vulva es de 2 en 100.000 y el riesgo de presentarlo en la vida es de 1 en 293 mujeres, la incidencia de enfermedades de piel de vulva es desconocida. Se estimó que el 20% de las mujeres tendrán síntomas vulvares que duren más de 3 meses durante su vida. La prevalencia de enfermedades de vulva pre malignas como el liquen escleroso es debatible, se estima que su prevalencia varía de 1 en 300 a 1 en 1000 y que en población anciana aumenta a 1 en 30, el riesgo de malignización es de 3 -5 % y en 2/3 de pacientes con cáncer vulvar se encuentra adyacente, por lo anterior ante este diagnóstico siempre se recomienda hacer seguimiento clínico. El liquen escleroso tiene una incidencia bimodal, el segundo pico de ocurrencia es en niños con una prevalencia sugerida de 1 en 900, pero puede ser no reportado o no reconocido, y requiere el mismo seguimiento que en adultos.⁵

En una serie internacional con 130 niñas pre púberes que consultaron por síntomas vulvares, excluyendo dermatitis de contacto del área del pañal, el diagnóstico fue hecho por dermatólogo pediatra. Se determinó la frecuencia así: de todas las pacientes 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. Los diagnósticos menos comunes fueron: foliculitis por estafilococo (4 pacientes), fusión de labios (3 pacientes), verrugas (2 pacientes), molusco contagioso (1 paciente), penfigoide (2 pacientes), nódulos de escabiosis (1 paciente), eritema anular centrífugo (1 paciente), tiña (2 pacientes) y vitíligo (1 paciente). También encontraron presentaciones vulvares de enfermedades sistémicas (varicela, piel escaldada estafilocócica, púrpura de Henoch- Scholein todos en 1 paciente cada una), no encontraron vulvovaginitis por candida.⁶

En otro estudio en un hospital de tercer nivel se revisaron 31 biopsias de piel de vulva de 23 pacientes con enfermedades inflamatorias de la vulva, se excluyeron displasia o carcinoma. Encontraron 11 biopsias con liquen simple, 5 con liquen plano, 4 con eczema y 6 con diagnóstico indeterminado, no informan las edades de las pacientes. Las biopsias fueron examinadas por 2 patólogos diferentes sin conocimiento de la clínica y la característica histológica más encontrada en cada diagnóstico fue: esclerosis en liquen escleroso, infiltrado en banda en liquen plano y espongiosis en los eczemas.⁷

En Alemania⁸ se publicó un estudio de una clínica interdisciplinaria de vulva conformada en un hospital de tercer nivel en el que participan dermatólogos, ginecólogos y patólogos. En un periodo de 2 años y medio se atendieron 208 pacientes. Clasificaron las enfermedades en inflamatorias, neoplásicas, infecciosas, vulvodinia o genodermatosis, documentando efectividad de tratamiento con fotografía, biopsia e índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), encontraron que se diagnosticaron enfermedades inflamatorias en 133 pacientes y neoplásicas en 32. Infección se diagnosticó en 25 pacientes, vulvodinia en 8 y genodermatosis en 3 y otras en 7. El DLQI mayor a 10 que indica alteración severa de calidad de vida se encontró en 55 pacientes, en el seguimiento se vio mejoría significativa lo que los llevo a concluir que las pacientes se beneficiaron de un manejo interdisciplinario. Los diagnósticos principales en este estudio fueron:

- Enfermedades inflamatorias (n=133): Vulvitis (42.1%), Liquen escleroso y atrófico (36.1%), liquen plano (11.3%), acné inversa (5.3%), dermatitis (1.5%), penfigoide (1.5%), psoriasis intertriginosa (1.5%), dermatosis acantolítica papular (0.8%).
- Neoplasias (n=32) : Malignas en total (59.4%), VIN III (28.1%), carcinoma escamocelular (25%), metástasis de melanoma (3.1%), Micosis fungoides (3.1%), lesiones benignas en total (40.6%), macula melanocítica vulvares (9.4%), quiste (9.4%), nevus celular (9.4%), hidradenoma papilífero (3.1%), hirsutis papilaris vulvae (3.1%), lentigo en cicatriz (3.1%), siringoma (3.1%),.
- Infecciones (n=25): Condiloma acuminata: 64%, herpes genital (12%), candidiasis (12%), condiloma lata (12%), molusco contagioso (4%), verruga vulgaris (4%).
- Genodermatosis (n=3): Enfermedad de Hailey Hailey (2 casos), Behcet (1 caso)

- Otras (n=7): Atrofia relacionada con la edad , angioedema, fisura de fourchette, prolapso uterino con erosiones, prurito sine materia, varices de la vulva.

En un estudio realizado en una clínica de primer nivel en México en todas las mujeres que acudieron a realizarse citología cérvico vaginal, sobre prevalencia de condiloma acuminado genital en mujeres encontraron prevalencia de 3.2% confirmados con biopsia, la mayoría entre 30 y 34 años, el 61% se localizó en vulva.⁹

Por último, una serie de casos retrospectiva donde se intenta determinar la etiología de vulvovaginitis crónica en niñas pre púberes se compararon las características de 38 niñas con 68 adolescentes post menarquia y mujeres pre menopáusicas con vulvitis crónica. Se encontró: 50% de niñas pre púberes se diagnosticaron con candidiasis, se aisló cándida en 5% de niñas y 54% de adultas, el cultivo positivo con cándida se asoció con vulvovaginitis crónica en 50% de adultos pero en ningún niño.

En la literatura no se encuentran otros estudios sobre prevalencia de enfermedades de vulva según grupos de edades. A continuación se revisara la anatomía del área, se enunciaran los diagnósticos que se pueden presentar y el procedimiento diagnóstico de la biopsia con los posibles hallazgos histológicos.

3.2 EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA VULVAR:

Hasta la semana 12 de gestación, el genital externo de ambos sexos son indistinguibles, también llamado estado indiferenciado. Sin embargo la formación de los genitales externos es el resultado final de eventos que empiezan durante la cuarta semana en la estructura mesodérmica latero-ventral a la placa cloacal. Ventral a la placa, el tubérculo genital se forma por 2 elevaciones del ectodermo. El tubérculo genital se envuelve en el clítoris. Directamente lateral a la placa cloacal, el mismo proceso forma 2 pliegues paralelos urogenitales.⁴

El pliegue urogenital medio se convierte el labio menor, el pliegue más lateral en labio mayor. El seno urogenital en el cual se abre la vagina se convierte en el vestíbulo de los genitales externos formado por epitelio endodérmico.⁴

La vulva se encuentra en el triángulo perineal anterior, limitado anteriormente por el monte de Venus y posteriormente por el periné. Mientras que los pliegues crurales y el himen o anillo himeneal representan los límites lateral y medial respectivamente.⁴

El labio mayor, la estructura más externa de la vulva, son 2 pliegues cutáneos gruesos que se fusionan anteriormente para formar el monte de Venus y posteriormente en el periné. 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.⁴

Medial al labio mayor están los labios menores, 2 pliegues cutáneos delgados, pigmentados. Se fusionan anteriormente alrededor del clítoris formando el prepucio por

arriba y el frenulo por debajo. Está cubierto por membrana mucosa modificada por el labio menor y la mucosa del vestíbulo.⁴

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 (glándulas parauretrales laterales a la uretra) en la porción anterior al vestíbulo y las glándulas de Bartholin.⁴

3.3 DERMATOSIS DE LA VULVA

El estudio detallado de las enfermedades de la vulva es un campo relativamente nuevo y solo en los últimos años los síntomas vulvares se han relacionado con un estado patológico. En algunos países europeos y en Estados Unidos, se han conformado clínicas de vulva interdisciplinarias en la que dermatólogos, ginecólogos y patólogos trabajan en cooperación. Como resultado estas clínicas han mejorado la comprensión de estas enfermedades.⁴ Desafortunadamente no se cuenta con este tipo de clínicas de vulva en Colombia el cual es un país en desarrollo donde no se han realizado estudios sobre enfermedades de vulva.

Las dermatosis vulvares pueden presentarse en una amplia variedad de formas, desde asintomáticos hasta incapacitante crónica, que son difíciles de tratar e impactan severamente la calidad de vida de las mujeres. Todas estas condiciones pueden presentarse con dispareunia. Otros síntomas asociados incluyen dolor, escozor, rascado, fisuras y sangrado tras penetración. Los diagnósticos diferenciales incluyen una amplia variedad de patología como la Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), malignidad vulvar, enfermedad de Crohn vulvar, ulceraciones vulvares por enfermedades de transmisión sexual, y otras dermatosis que se pueden encontrar en otras partes del cuerpo como psoriasis, entre muchas otras.¹

Las pacientes pueden sentir vergüenza por los cambios desfigurantes que ocurren y evitan la intimidad sexual. Dada la naturaleza personal, las pacientes tienden a no discutir sus síntomas con el médico. Adicionalmente muchos médicos se sienten retados con respecto al manejo de una enfermedad vulvar. Todos estos factores llevan al manejo subóptimo de estas patologías.¹

Existe un amplio espectro de lesiones que pueden involucrar la vulva, el reto está en diferenciar las variantes benignas de las potencialmente malignas. Lo más útil es diferenciar por los hallazgos morfológicos, pues los síntomas suelen ser inespecíficos. En general la evaluación de las lesiones de vulva debe incluir la historia clínica, examen físico y estudios diagnósticos, en todos los casos se debe realizar una o más biopsias si se sospecha malignidad, de igual manera si el diagnóstico no es claro clínicamente por métodos no invasivos, o si no resuelve con el manejo instaurado.³

En 2011 se reunió un comité internacional de la ISSVD con expertos en los campos de dermatología, patología y dermatología, para realizar un consenso y agrupar las enfermedades dermatológicas de la vulva en ocho grupos según su presentación clínica, los cuales se enunciarán a continuación. Se incluyeron condiciones dermatológicas que

tengan lesiones visibles (se excluyen las que sólo presentan síntomas: prurito, dolor o problemas funcionales).^{2,3}

La precisión clínica de esta aproximación diagnóstica depende de las cualidades del examinador. Un examen apropiado incluye: Vulva completamente expuesta y bajo luz adecuada. Las piernas hacia atrás en un estribo para visualización completa. Se puede usar un lente magnificador 2-3X. No hay evidencia que soporte el uso de colposcopio, o ácido acético, pues se desconoce su especificidad y sensibilidad. A continuación se enuncian las patologías que se pueden presentar en la vulva según su morfología clínica.

3.4 GRUPOS DESORDENES DERMATOLÓGICOS VULVARES ISSVD 2011 :

Algunas patologías polimorfas se ubican en varios grupos.

1. Lesiones color piel
 - 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. Acrocordon, 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. VIN
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 eczematosas superimpuestas en otros desordenes vulvares
 5. Enfermedades 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 superimpuesta en un 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 tejido blandos bacteriana (celulitis y fascitis necrotizante)
7. Enfermedad de Paget extramamaria
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. Prurigo nodulares
 4. Neoplasia intraepitelial vulvar
 5. Molusco Contagioso
 6. Carúncula uretral y prolapso
 7. Hidradenitis supurativa
 8. Adenoma glandular similar a mamario (hidradenoma papilifero)
 9. Quiste epidérmico inflamado
 10. Absceso del ducto de Bartholin
 11. Carcinoma escamo-celular
 12. Melanoma (tipo amelanotico)
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. Milium
 8. Quiste epidérmico
 9. Enfermedad de Hailey-Hailey
 - B. Placas y parches blancos
 1. Vitíligo
 2. Liquen escleroso
 3. Hipopigmentación postinflamatoria
 4. Enfermedades liquenificadas
 5. Liquen plano
 6. VIN
 7. Carcinoma escamocelular
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 atípicidad clínica y/o histológica)
 2. Verrugas
 3. VIN
 4. Queratosis seborreica
 5. Angioqueratoma (angioma capilar, angioma cereza)
 6. Hidradenoma papilífero
 7. Melanoma
6. Ampollas
- A. Vesículas y ampollas
 1. Infección por herpesvirus
 2. Eczema agudo
 3. Liqueen escleroso ampolloso
 4. Linfangioma circunscrito (linfangiectasia)
 5. Desórdenes ampollosos inmunes (penfigoide cicatricial, erupción fija a medicamentos, síndrome Stevens Johnson, pénfigo)
 - B. Pústulas
 1. Candidiasis
 2. Foliculitis
7. Erosiones y úlceras
- A. Erosiones
 1. Excoriaciones
 2. Liqueen plano erosivo
 3. Fisuras sobre tejido normal (idiopáticas)
 4. Fisuras en tejido anormal (candidiasis, liqueen 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 liqueen simple crónico)
 2. Úlceras aftosas, úlceras de Lipschutz (ocurre como un proceso idiopático o secundario a otra enfermedad como Crohn, Bechet, infecciones virales)
 3. Enfermedad de Crohn
 4. Infección por herpesvirus (especialmente en inmunosuprimidos)
 5. Carcinoma escamocelular ulcerado
 6. Sífilis primaria (chancro)
 8. Edema
 - A. Edema color piel
 1. Enfermedad de Crohn
 2. Anormalidad linfática idiopática (enfermedad congénita de Milroy)
 3. Obstrucción linfática postquirúrgica o posradiación
 4. Edema postinfeccioso (especialmente celulitis estafilo o estreptocócica)
 5. Edema postinflamatorio (especialmente hidradenitis supurativa)
 - B. Edema rojo o rosado
 1. Obstrucción venosa (embarazo o parto)
 2. Celulitis (primaria o superimpuesta 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.³

Después de examinar la lesión clínicamente y tener un diagnóstico o varios en mente, la correcta evaluación de una patología vulvar incluye el estudio histopatológico, y muchas veces el reporte no es el nombre de la enfermedad sino una descripción de los cambios microscópicos encontrados, se revisaran los diagnósticos diferenciales encontrados según la descripción histológica.⁴

3.5 PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO: LA BIOPSIA

La evaluación de una paciente empieza con una historia clínica y examen físico completo. Durante este proceso se crea un diagnóstico diferencial, y la confirmación o eliminación de diagnósticos potenciales recae sobre exámenes adicionales como la biopsia de tejido, para ayudar a los patólogos se debe realizar una adecuada biopsia.⁴

Primero considerar la lesión o extensión del proceso para asegurar la selección correcta del procedimiento: rasurado, sacabocados o escisional.

En segundo lugar se debe tener en cuenta el propósito: análisis histológico, cultivo microbiológico o inmunofluorescencia directa para determinar cómo transferir el espécimen.

Y por último escribir una historia clínica completa para ser enviada al patólogo. Todo esto le ayudara a un mejor rendimiento e interpretación.

Si la enfermedad sospechada involucra epidermis/mucosa y dermis superficial/submucosa (dermatitis de contacto, liquen plano) o si es una lesión polipoide, se puede hacer una biopsia por rasurado.⁴

Una biopsia en sacabocados es adecuada para muestras de epitelio escamoso y epidermis, dermis/submucosa y tejido subcutáneo. Se debe seleccionar para tumores, úlceras, inflamaciones con componente profundo y algunas lesiones pigmentadas.⁴

Una biopsia incisional incluye la piel completa con tejido celular subcutáneo. Se prefiere cuando hay vasculitis de grandes vasos o paniculitis como diagnóstico diferencial, de igual manera ante sospecha de melanoma en lesiones pigmentadas.⁴

Tras seleccionar el tipo de biopsia, el área de donde se toma es importante. De una úlcera de obtiene del borde, si es una enfermedad ampollosa, 2 biopsias con sacabocados se deben obtener, una del borde y la segunda de piel perilesional para estudios de inmunofluorescencia. El medio de transporte es otro paso importante. Si se realizara examen histológico de rutina debe ir en formalina en radio 1:10 (tejido: formalina).⁴

Si la biopsia se hace para inmunofluorescencia directa, estudios moleculares para arreglos genéticos en linfomas o cultivos se debe enviar en gasa humedecida en solución salina y entregar rápidamente en el laboratorio.⁴ A continuación se describirá la clasificación histológica que puede ser reportada en las patologías de vulva, especialmente de las patologías inflamatorias, pues por lo general las tumorales se reporta el diagnóstico histológico.

3.6 CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

Patrón espongiótico:

Las dermatitis eccematosas son condiciones comunes de la vulva a todas las edades. La determinación clínica de la causa subyacente puede ser difícil y las características histológicas son similares independientemente de la etiología. La correlación clínica es esencial.⁴

Las dermatitis de contacto alérgica es una respuesta inmunológica mediada por células en respuesta a agentes sensibilizantes como el níquel y la irritante se relaciona a la exposición de agentes químicos o físicos. La dermatitis atópica es la forma más común de dermatitis endógena y es una dermatitis crónica que afecta a personas con historia de diátesis atópica (eczema, asma, rinitis alérgica).⁴

Histológicamente se caracterizan por edema intercelular o espongiosis en la epidermis e infiltrado dérmico de linfocitos y eosinófilos ocasionales. En fase aguda se pueden ver vesículas intraepidérmicas, en fase subaguda hiperqueratosis moderada y en fase crónica hiperplasia epidérmica con espongiosis mínima. Cuando la inflamación aguda se ve en el estrato corneo se debe hacer tinción PAS y Gram en tejidos para excluir infección fúngica y bacteriana respectivamente.⁴

Patrón Acantótico:

El liquen simple crónico es una respuesta cutánea secundaria al rascado repetido que puede involucrar la vulva. Se caracteriza histológicamente por hiperqueratosis, acantosis epidérmica, hipergranulosis y fibrosis dérmica superficial.⁴

La psoriasis es una dermatosis multifactorial crónica diagnosticada en 5% de mujeres que presentan síntomas vulvares, usualmente se acompaña de lesiones en otras partes del cuerpo. Los cambios histológicos evolucionan con el tiempo de la lesión. El cambio más temprano es la dilatación de vasos dérmicos superficiales. Luego aparecen paraqueratosis e hiperplasia epidérmica. Finalmente aparecen cambios característicos: Estrato corneo con paraqueratosis confluyente y colección de neutrófilos (Microabsesos de Munro), hiperplasia psoriasiforme con crestas elongadas asociadas a hipogranulosis, microabsesos de Kogoj (colección de neutrófilos en epidermis), actividad mitótica y adelgazamiento suprapapilar. Por último vasos tortuosos en dermis papilar asociado a infiltrado linfocítico y neutrofilico perivascular. La coexistencia de infección, dermatitis de contacto o liquen simple crónico pueden afectar la presentación histológica.⁴

El síndrome de Reiter es una espondiloartropatía seronegativa con placas eritematosas cutáneas tras infección bacteriana. La forma endémica causada por *Chlamydia trachomatis* y la epidémica por *Shigella dysenteriae*, *Salmonella typhimurium* o *Yersinia enterocolitica*. La afección vulvar ocurre principalmente en VIH. Las lesiones cutáneas llamadas "queratoderma blennorrhagicum" y tienen presentación histológica idéntica a la psoriasis.⁴

Patrón liquenoide:

El liquen escleroso es una dermatosis común crónica que involucra la vulva, su etiología es desconocida. La apariencia histológica depende de la edad de la lesión y de donde se toma la biopsia. Los cambios tempranos pueden ser alteración vacuolar basal de la epidermis y queratinocitos necróticos ocasionales o infiltrado en banda de linfocitos e histiocitos en la dermis superficial, y se puede tomar por dermatitis liquenoide como liquen plano. Las lesiones establecidas muestran epidermis atrófica, edema dérmico superficial y fibras de colágeno dérmico hialinizadas o escleróticas.⁴

El liquen plano presenta degeneración de la capa basal con formación de cuerpos de Civatte, infiltrado en banda (liquenoide) en dermis superficial de linfocitos con células plasmáticas en liquen plano de las mucosas, puede haber incontinencia del pigmento (macrófagos que fagocitan melanina).⁴

Patrón Vesiculo – ampolloso:

Penfigoide cicatricial y ampolloso se presentan histológicamente con vesículas subepidérmica que contienen número variable de eosinófilos y neutrófilos. Se ve cicatrización subepitelial en penfigoide ampolloso. Inmunofluorescencia directa muestra depósito lineal de IgG y C3 en la zona de la membrana basal. Inmunofluorescencia indirecta con técnica Salt/split muestra autoanticuerpos del paciente asociado al techo de la ampolla. Se requiere correlación clínica para el diagnóstico.⁴

El pénfigo vulgar y vegetans se presenta como acantolisis con ampollas intraepidérmicas, con células basales alineadas en el piso recordando “fila de tumbas“. Adicionalmente la hiperplasia epidérmica verrugosa, microabsesos eosinófilos intraepidérmicos e infiltrado dérmico de linfocitos y eosinófilos también se presentan en pénfigo vegetans. En ambos hay depósito intracelular de IgG y C3 en estudios de inmunofluorescencia directa. Entre los diagnósticos diferenciales histológicos están: Hailey-Hailey, enfermedad de Darier y acantolisis del área vulvocrural en los cuales la inmunofluorescencia es negativa.⁴

En penfigoide gestationis se encuentra vesícula subepidérmica e infiltrado dérmico superficial de linfocitos y eosinófilos. Inmunofluorescencia directa demuestra depósito lineal de C3 en la zona de la membrana basal. El principal diagnóstico diferencial es penfigoide ampollo el cual no se asocia a embarazo.⁴

La enfermedad lineal por IgA se ve una ampolla subepidérmica que contiene neutrófilos. El examen de inmunofluorescencia directa demuestra depósito lineal por IgA en la zona de la membrana basal.⁴

En eritema multiforme y formas ampollosas de Stevens Johnson y Epidermolisis tóxica epidérmica se evidencia dermatitis de interface con queratinocitos necróticos y prominente infiltrado dérmico de linfocitos e histiocitos.⁴

Patrón acantolítico:

Enfermedad de Hailey Hailey es una genodermatosis acantolítica autosómica dominante con mutación en bomba de calcio ATP2C1. Histológicamente se evidencia acantolisis de toda la epidermis con pared con ladrillos caídos. Los estudios de inmunofluorescencia son negativos.⁴

La enfermedad de Darier se observa paraqueratosis en columnas y acantosis epidérmica con acantolisis suprabasilar, células disqueratósicas y cuerpos redondos en epidermis y estrato córneo. Se diferencia de Hailey-Hailey en que la última tiene acantolisis más extensa.⁴

La dermatosis acantolíticas del área vulvocrural se presenta con pápulas menores de 1 cm, solitarias o agrupadas, de color piel. La histología muestra dermatosis acantolítica del área vulvocrural, similar a Darier o Hailey Hailey. Se ve como acantolisis intraepidérmica y células disqueratósicas incluyendo cuerpos redondos. Sin embargo la inmunofluorescencia es negativa.⁴

Patrón granulomatoso:

En la enfermedad de Crohn se ven granulomas no caseificantes en dermis. Tinciones especiales para excluir infección incluyen Ziehl-Neelsen, PAS y Gram.⁴

Patrón vasculopático:

Las úlceras aftosas que afectan la boca y la región genital se ve histológicamente similar a las úlceras de la enfermedad de Behcet y tinciones para infecciones son negativas.⁴

La enfermedad de Behcet es recurrente y sistémica caracterizada por triada de úlceras orales, genitales e inflamación ocular. La histología es no específica, las lesiones tempranas incluyen úlcera superficial con respuesta inflamatoria aguda rica en neutrófilos. La biopsia puede mostrar vasculitis linfocítica y neutrofílica con daño en la pared de los vasos llevando a depósito de fibrina y trombosis. Sin embargo en vista de la presencia de úlcera es difícil decir si es una vasculitis primaria o secundaria. El cambio vascular adquiere relevancia cuando la biopsia no es de una úlcera. Las lesiones de patergia muestran vasos con infiltrado neutrofílico en ausencia de cambios fibrinoides, la constelación de cambios histológicos se llaman "vasculitis Sweet-like".⁴

En la vulvitis de Zoon o Vulvitis plasmocelular se evidencia epidermis atrófica y moderadamente espongiótica, los queratinocitos adquieren forma de diamante, infiltrado denso predominantemente plasmocítico, en dermis asociado a proliferación vascular, extravasación de eritrocitos y depósito de hemosiderina. El diagnóstico puede ser un reto pues no todos los criterios están presentes en el mismo corte histológico, cuando más del 50% del infiltrado corresponde a células plasmáticas es muy sugestivo y para algunos autores suficiente para el diagnóstico.⁴

Carcinoma escamo-celular y lesiones premalignas (Neoplasia intraepitelial vulvar):

Es el carcinoma más frecuente en la vulva. Se han identificado 2 tipos de carcinoma escamocelular con sus lesiones premalignas reconocidas. El tipo más frecuente afecta pacientes ancianos, llevando a formación de escamocelular bien diferenciado en el contexto de liquen escleroso y VIN bien diferenciado.⁴

El segundo tipo ocurre en mujeres jóvenes afectadas por VPH de alto riesgo especialmente tipo 16 y 18. El escamocelular que se ve en estas pacientes es no-queratinizante y esta precedido de VIN usual o tipo basaloide o verrugoso. Aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los escamocelulares se asocian a VIN usual. Estos pacientes necesitan un examen completo cervical y perianal en búsqueda de coexistencia de VPH múltifocal que afecta el cérvix (22% de pacientes con VIN usual tienen neoplasia intraepitelial cervical) vagina y ano.⁴

Histológicamente VIN usual se presenta como epidermis engrosada asociada a hiperqueratosis y/o paraqueratosis. Hay pérdida de la polaridad con radio núcleo-citoplasma alto, hipercromasia del núcleo, contorno nuclear irregular y mitosis en todos los niveles de la epidermis. Los coilocitos, que son células con citoplasma vacuolado o claro con núcleo picnotico, son numerosos. En el patrón verrugoso, la superficie es papilomatosa. En el patrón basaloide, la superficie es relativamente plana con proliferación difusa de pequeños queratinocitos no diferenciados con pequeña cantidad de citoplasma.⁴

4. METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia histopatológica de las enfermedades de piel de la vulva en la población de pacientes afiliadas a una EPS en Bogotá y cuyas muestras son analizadas por el laboratorio de patología en la Clínica Universitaria Colombia.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar porcentualmente la frecuencia de las patologías vulvares identificando las diez más frecuentes en biopsias de piel recibidas en el laboratorio de patología.
2. Estimar porcentualmente la frecuencia de las patologías vulvares por grupos de edad representativos del ciclo reproductivo femenino.
3. Estimar la prevalencia de patologías de vulva según su etiología y pronóstico.
4. Evaluar porcentualmente la frecuencia de diagnósticos clínicos enviados
5. Plantear hipótesis de investigación que generen el desarrollo de líneas de investigación en este tema.

4.2 REVISIÓN DE LITERATURA:

Se realizó una búsqueda inicial en la base de datos WEBSCIENCE que agrupa más de 12000 revistas de impacto (incluida la base de datos PUBMED), con la palabra clave “vulva”, para los años disponibles, en todos los idiomas y cerrando por la temática “dermatología”. De los 468 artículos obtenidos se seleccionaron los que intentan responder la pregunta de investigación. Se realizó una revisión de la literatura sobre patología de vulva, y de los seleccionados.

4.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Criterios de inclusión: muestras correspondientes al área de la vulva de las pacientes afiliadas a EPS Sanitas remitidas para estudio a Clínica Universitaria Colombia entre 1 de enero del año 2008 y 31 de diciembre de 2013 que

Criterios de exclusión: pacientes con citología de vulva sin biopsia de piel.

Población: Pacientes afiliadas a EPS Sanitas, cuyas muestras son analizadas en laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia

4.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	OPERALIZACIÓN	TIPO	UNIDAD
Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico hecho por especialista en patología usando microscopía óptica.	Cualitativa Escala nominal	Nombre de la enfermedad

Diagnóstico clínico	Diagnóstico reportado por el médico que remite.	Cualitativa Escala nominal	Nombre de la enfermedad
Grupo etéreo	Categorización de los grupos de edad en “ciclos reproductivos” de acuerdo a los grupos establecidos por encuesta demografía y salud Profamilia 2010 ³⁵ (Pre púberes: 0-12 años, Edad fértil: 13-49, Post-menopáusica: 50 en adelante)	Cualitativa Escala ordinal,	Pre púberes: 0-12 años Edad fértil: 13-49 Post-menopáusica: 50 en adelante
Agrupación según pronóstico	Se clasificó según el tipo de enfermedad y su pronóstico.	Cualitativa Escala nominal	1: Benigna 2: maligna 3: Pre-maligna 4. No determinable
Etiología	Se clasificó la patología según su etiología en infeccioso, tumoral e inflamatorio. Cuando no sea posible definirla se registró como “No determinable”	Cualitativa, escala nominal	1: Infecciosa 2: Tumoral 3: Inflamatoria 4.No determinable
Edad	Años cumplidos a la fecha de toma de la muestra.	Cuantitativa razón	Años cumplidos
Tipo de Información clínica	Se evaluo si contiene información clínica el formato que se envía a patología con la muestra: Este formato debería incluir: Descripción macroscópica, antecedentes y diagnóstico clínico (el cual puede incluir diagnósticos diferenciales)	Cualitativa, escala nominal	0: Sin información clínica 1: Con descripción macroscópica sin diagnóstico 2: Descripción macroscópica Con diagnóstico clínico 3: Solo diagnóstico clínico incluido diagnóstico

			etiológico 4:Descripción, antecedentes y diagnóstico
--	--	--	---

4.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Desde el año 2007 los datos del laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia, son recolectados y cargados automáticamente a una hoja de Excel, con las variables: orden, identificación, fecha de ingreso, fecha de validación, apellido, nombre edad en años, teléfono, sede, patólogo, empresa, diagnóstico clínico, descripción macroscópica, descripción microscópica, diagnóstico histopatológico, CIE 10 y observaciones, construyendo así la base de datos. En esta base de datos no existe la variable servicio remitente por lo cual no se cuenta con información sobre si lo remitió dermatología o ginecología.

La investigadora principal revisó la base de datos del laboratorio de patología de la Clínica Universitaria Colombia-SANITAS correspondiente a los años 2009 a 2013, para la elaboración de la nueva base de datos con las variables existentes más las que se requirieron para el análisis de este trabajo.

1. Se tomaron todos los datos contenidos en la base de datos de 2009-2013 y se seleccionaron las biopsias que tuvieran la palabra “vulva” en descripción macroscópica, en descripción microscópica y en diagnóstico histológico. De un total de 186.672 biopsias, se obtuvieron 1416 correspondientes al área anatómica de la vulva.
2. Se revisaron los protocolos de informes de patología de las 1416 biopsias obtenidas y se eliminaron los registros repetidos por paciente y diagnóstico, tras esto se obtuvieron 1297.
3. En la nueva base de datos construidas se conformaron las variables necesarias para el estudio así:

a. **DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:**

Es el diagnóstico hecho por el especialista en patología usando microscopía óptica y escrito en el reporte final.

Se realizó homogenización de diagnósticos histológicos dada su alta variabilidad, con el fin de no afectar la morbilidad general. Esto se hizo basados en la clasificación de dermatosis vulvares según subtipos histológicos con su correlación clínica de ISSVD 2006 (Anexo 1). De igual manera se homogenizaron diagnósticos que se refirieran a la misma patología pero escritos como sinónimos, Ej: “Cambios citopáticos por herpes” a “herpes”.

Se clasificó como “no conclusivo “cuando en el diagnóstico histológico decía “es sugestivo“o cuando decía “ver descripción microscópica“ sin Diagnóstico precedente o también cuando aparecía “sin cambios específico“

Se homologaron términos encontrados a clasificación ISVVD 2004 así: VIN 1 a cambios reactivos por VPH; VIN 2 y VIN 3 a VIN clásico, cuando en VIN 3 se especificaba que se trataba de Carcinoma escamo celular in situ, se homologó a Carcinoma escamo celular In situ. No se especificó dentro del tipo clásico si correspondían a los subtipos usual, verrugoso, basaloide o mixto por no contar con los datos suficientes dentro del informe de patología para asignarlo.

Para validar este proceso se realizó un consenso de expertos que incluía a los asesores del trabajo (Dra. Adriana Cruz, dermatóloga; Dr. Luis Fernando Palma, dermatopatólogo; Dra. Catalina Buritica, patóloga; y la investigadora principal Dra. Luisa Galindo- Residente último año de dermatología). Una vez realizada esta homogeneización fue revisada y aprobada por una patóloga experta externa al trabajo (Dra. Viviana Arias, patóloga y profesora de la Universidad Nacional Colombia). Se anexa tabla de homogeneización de términos (Anexo 2)

b. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Es el diagnóstico reportado por el médico que remite. En la base de datos únicamente tenía este dato los años 2008, 2009 y 2010 por lo cual se tomaron los únicos disponibles en total 891.

Se realizó homogeneización de los diagnósticos clínicos cuando se trataban de sinónimos (ejemplo “fibroma laxo “y “acrocordón“). Cuando no se registró el diagnóstico en la base de datos de los años que contenían la variable se ingresó como “Sin Diagnóstico”, de igual manera cuando la información clínica no correspondía con diagnóstico dermatológico del área de la vulva (ejemplo: “hemorragia uterina anormal“) o cuando el término no existía (ejemplo: “hiperqueratoma“). Esto también fue validado por el consenso de expertos mencionado.

c. GRUPO ETAREO

Categorización de los grupos de edad en “ciclos reproductivos” de acuerdo a los grupos establecidos por encuesta demografía y salud Profamilia 2010 (http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid=7), Así:

Pre púberes: 0-12 años

Edad fértil: 13-49

Post-menopáusica: 50 en adelante

d. AGRUPACIÓN SEGÚN PRONÓSTICO

Se clasificó según el tipo de enfermedad y su pronóstico en: benigna, maligna, pre-maligna y no determinable. Se consideró no determinable en los casos de biopsias no conclusivas.

e. AGRUPACION SEGÚN ETIOLOGÍA

Se clasificó la patología según su etiología en infeccioso, tumoral e inflamatorio. Cuando no fue posible definirla se registró como “No determinable”, ejemplo: Biopsias no conclusivas

f. EDAD

Se dejó la variable edad de la base de datos original: Años cumplidos a la fecha de toma de la muestra.

g. TIPO DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Se evaluó el tipo información clínica contenida en el formato que se envió a patología con la muestra para su procesamiento así:

- Sin información clínica
- Con descripción macroscópica sin diagnóstico
- Descripción macroscópica con diagnóstico clínico
- Solo diagnóstico clínico incluido diagnóstico etiológico
- Descripción, antecedentes y diagnóstico

4. Se consolidó la nueva base de datos para el análisis estadístico

4.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La base de datos consolidada fue procesada y validada con el software Stata™ Versión 12.

Análisis descriptivo: Se utilizaron medidas de tendencia central y variabilidad para describir las características de la población de estudio. Las variables continuas con distribución no paramétrica utilizaron como medida de tendencia central la mediana. Las variables nominales y ordinales se expresaron como proporciones.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Por tratarse de un estudio descriptivo, en donde no habrá intervención alguna sobre los pacientes, la investigación que se realizará es de bajo riesgo. Se conservará el anonimato de cada una de las pacientes, y no se hace necesaria la toma de

consentimiento informado por escrito. Los datos recolectados serán de absoluta confidencialidad y solo se usarán con fines científicos; esta investigación se hará 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 de la Protección social de la República de Colombia, se clasifica como investigación sin riesgo. Para garantizar la confidencialidad sólo los investigadores principales tendrán acceso a la base de datos, se eliminarán los nombres y número de identificación y en su lugar se pondrá un número consecutivo. No hay conflictos de interés.

La recolección de la información se hizo solo a partir de la aprobación del comité de ética en investigación institucional.

Aprobación de protocolo en comité de ética en investigaciones organización sanitas:

Se presentó el protocolo de investigación ante el comité de ética en investigación de la organización Sanitas donde se llevó a cabo el trabajo y tras aprobación del proyecto se acudió al servicio de patología de la clínica Universitaria Colombia para obtener la base de datos de los últimos 5 años donde reposaban los datos requeridos para la investigación.

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

Se encontró de un total de 1297 pacientes, una media de edad de 39.37 ± 16.2 (Intervalo 6-86 años). Según la etiología las medias de edad se distribuyeron así:

ETIOLOGIA INFECCIOSA:

Menor: 6 años, Mayor: 83 años, Media: 31.4,

ETIOLOGIA TUMORAL:

Menor: 12, mayor: 85, media: 44.5

ETIOLOGIA INFLAMATORIA:

Menor: 10, Mayor: 86, Media: 53.

Prevalencia de 0.23% para el total de mujeres afiliadas a la EPS Sanitas en la ciudad de Bogotá y una incidencia anual de 5.5 casos por 10.000 mujeres afiliadas

	TOTAL
Número de pacientes	1297
Edad mínima (años)	6
Edad Máxima (años)	86
Media de la edad +/- DS	39.37 ± 16.2
Mediana de la edad (años)	38
Mediana/Media de la edad (<13 años)	10/9.33
Mediana/Media de la edad (13-49 años)	30/31.76
Mediana/Media de la edad (≥ 50 años)	61/62.83

5.2 MORBILIDAD GENERAL

Listado de diagnósticos histopatológicos de vulva realizados en el laboratorio de patología entre los años 2009 a 2013 en institución de tercer nivel en Bogotá - Colombia

Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	514	39,6
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	174	13,4
LIQUEN ESCLEROSO	66	5,1
ACROCORDON	64	4,9
MOLUSCO CONTAGIOSO	48	3,7
QUERATOSIS SEBORREICA	38	2,9
NO CONCLUSIVO	38	2,9
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	30	2,3
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	27	2,1
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	23	1,8
QUISTE EPIDERMOIDE	22	1,7
HIDRADENOMA PAPILIFERO	19	1,5
VIN CLÁSICO	14	1,1
PATRON ESPONGIÓTICO	13	1,0
PAPILOMA ESCAMOSO	11	0,8
SIRINGOMA	10	0,8
PATRON LIQUENOIDE	10	0,8
QUISTE DE BARTOLINO	10	0,8
PATRON ACANTOTICO	7	0,5
LENTIGO SIMPLE	7	0,5
MELANOSIS VULVAR	6	0,5
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INSITU	6	0,5
ANGIOFIBROMA	5	0,4
ENDOMETRIOSIS	4	0,3

HIPERTROFIA	4	0,3
ANGIOQUERATOMA	4	0,3
NEVUS MELANOCITICO COMPUESTO	4	0,3
NEVUS MELANOCITICO DE LA UNION	4	0,3
SEBOCISTOMA	3	0,2
QUISTE DERMOIDE	3	0,2
HERPES	3	0,2
LAGO VENOSO	3	0,2
PIEL NORMAL	2	0,2
PSORIASIS EN PLACA	2	0,2
LIPOMA	2	0,2
VULVITIS CRONICA	2	0,2
CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR	2	0,2
CANDIDIASIS	2	0,2
ERITEMA PIGMENTADO FIJO	2	0,2
NEVUS EPIDERMICO	2	0,2
TEJIDO DE GRANULACION	2	0,2
PATRON LIQUENOIDE (LIQUEN PLANO)	2	0,2
HEMANGIOMA CAPILAR	2	0,2
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	2	0,2
CICATRIZ	2	0,2
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	2	0,2
QUISTE VULVAR HEMORRAGICO	1	0,1
PATRON LIQUENOIDE (REACCION LIQUENOIDE)	1	0,1
PATRON ACANTOLITICO (DERMATOSIS ACANTOLITICA DEL AREA GENITOCRURAL)	1	0,1

ACANTOMA DE VAINA PAPILAR	1	0,1
GRANULOMA PIOGENO ULCERADO	1	0,1
HIPOPIGMENTACION	1	0,1
VULVITIS AGUDA SUGESTIVO CANDIDIASIS	1	0,1
INFILTRADO LINFOIDE REACTIVO	1	0,1
ACANTOSIS VIRAL	1	0,1
INFLAMACION AGUDA Y CRONICA	1	0,1
POLIPO FIBROEPITELIAL	1	0,1
INFLAMACION GRANULOMATOSA CON REACCION TIPO CUERPO EXTRAÑO	1	0,1
HEMATOMA DE GLANDULA DE BARTOLINO	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INVASIVO DE CELULA GRANDE QUERATINIZANTE, BIEN DIFERENCIADO	1	0,1
HIDROCISTOMA APOCRINO	1	0,1
ARTIFICIOS POR DIATERMIA	1	0,1
PATRON ACANTOLITICO	1	0,1
LESION FIBROEPITELIAL BENIGNA	1	0,1
PATRON ACANTOLITICO (SUGIERE ENFERMEDAD DE DARIER)	1	0,1
LINFANGIOMA	1	0,1
ESTEATOCISTOMA	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	1	0,1
PEZON ACCESORIO CON ADENOMATOSIS EROSIVA	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO QUERATINIZANTE	1	0,1
GRANULOMA A CUERPO EXTRAÑO	1	0,1
LIQUEN ESCLEROSOASOCIADO A INFECCION POR VPH	1	0,1

QUISTE CON REVESTIMIENTO EPITELIAL MUCINOSO	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR QUERATINIZANTE BIEN DIFERENCIADO	1	0,1
QUISTE EPIDERMOIDE ROTO	1	0,1
ABSCESO	1	0,1
SIRINGOCISTADENOCARCINOMA PAPILIFERO CON DIFERENCIACIÓN APOCRINA.	1	0,1
MELANOMA EXTENSION SUPERFICIAL	1	0,1
ULCERA CON CAMBIOS REPARATIVOS	1	0,1
CARCINOMA SEBACEO	1	0,1
HIPERPLASIA GLANDULAS SEBACEAS	1	0,1
ATROFIA EPITELIAL Y FIBROSIS EN DERMIS SUPERFICIAL NO ESPECIFICA	1	0,1
PATRON ACANTOLITICO	1	0,1
CAMBIOS POR IRRITACION CRONICA	1	0,1
PATRON ACANTOLITICO (ENF. ACANTOLITICA DE LA VULVA)	1	0,1
DERMATITIS CRONICA DE INTERFASE EN FASE SUBAGUDA	1	0,1
ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA	1	0,1
DERMATITIS CRONICA INESPECIFICA	1	0,1
PATRON ESPONGIOTICO	1	0,1
DERMATITIS LIQUENOIDE Y ESPONGIOTICA	1	0,1
FIBROMA	1	0,1
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICOPAPILOMATOSO	1	0,1
PERIFOLICULITIS LEVE	1	0,1
NEVUS SUBEPITELIAL	1	0,1
FIBROSIS CICATRICIAL	1	0,1
DERMATOFITOSIS	1	0,1

PROLIFERACION MELANOCITICA ASPECTO BENIGNO	1	0,1
NO CONCLUSIVO SUGESTIVO HERPES	1	0,1
PSORIASIS INVERTIDA	1	0,1
NO CONCLUSIVO, SUGESTIVO ACROCORDON	1	0,1
QUISTE BENIGNO CON QUERATOSIS SEBORREICA ASOCIADA	1	0,1
NO CONCLUSIVO, SUGESTIVO CONDILOMAACUMINADO	1	0,1
ANGIOMIXOMA	1	0,1
NO CONCLUSIVO: NEVO CON ATIPIA SEVERA VS MELANOMA IN SITU	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO ENFERMEDAD DE PAGET	1	0,1
QUISTE VESTIBULAR	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO INFECCION HERPETICA	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR BASALOIDE INFILTRANTE	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO LIQUEN ESCLEROSO	1	0,1
SIRINGOCISTOADENOMA PAPILIFERO	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO PAPILOMA ESCAMOSO	1	0,1
HIDROCISTOMA ECRINO	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO QUERATOSIS IRRITADA SIN CAMBIOS POR VPH	1	0,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE NO QUERATINIZANTE	1	0,1
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO VULVITIS DE ZON	1	0,1
HIPERPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS	1	0,1
ADENOMA GLANDULA BARTOLINO	1	0,1
PAPILOMATOSIS	1	0,1
LIQUEN ESCLEROSOCON DERMATITIS GRANULOMATOSA TIPO CUERPO EXTRAÑO	1	0,1

MELANOACANTOMA	1	0,1
Total general	1297	100,0

5.3 MORBILIDAD POR GRUPOS ETARIOS

La mayoría de las biopsias correspondían a mujeres en edad fértil (75.1%), seguido de post menopáusicas (24.7) y por último pre-púber con solo 0.2% del total.

EDAD FERTIL	974	75,1
POST-MENOPAUSICA	320	24,7
PRE-PUBER	3	0,2
Total general	1297	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos de vulva realizados en pacientes entre los 13-49 años en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013 Bogotá -Colombia

Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	486	49,9
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	126	12,9
MOLUSCO CONTAGIOSO	48	4,9
ACROCORDON	47	4,8
QUERATOSIS SEBORREICA	29	3,0
NO CONCLUSIVO	26	2,7
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	21	2,2
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	13	1,3
HIDRADENOMA PAPILIFERO	13	1,3
LIQUEN ESCLEROSO	12	1,2

VIN CLÁSICO	11	1,1
PATRON ESPONGIÓTICO	10	1,0
QUISTE EPIDERMOIDE	9	0,9
PAPILOMA ESCAMOSO	9	0,9
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	8	0,8
SIRINGOMA	8	0,8
QUISTE DE BARTOLINO	7	0,7
ENDOMETRIOSIS	4	0,4
PATRON ACANTOTICO	4	0,4
ANGIOFIBROMA	4	0,4
TOTAL	974	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos de vulva realizados en pacientes de 50 años y más en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
LIQUEN ESCLEROSO	54	16,9
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	48	15,0
CONDILOMA	27	8,4
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	17	5,3
ACROCORDON	17	5,3
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	15	4,7
QUISTE EPIDERMOIDE	13	4,1
NO CONCLUSIVO	12	3,8
QUERATOSIS SEBORREICA	9	2,8
PATRON LIQUENOIDE	8	2,5

HIDRADENOMA PAPILIFERO	6	1,9
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	6	1,9
LENTIGO SIMPLE	5	1,6
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INSITU	4	1,3
QUISTE DE BARTOLINO	3	0,9
VIN CLÁSICO	3	0,9
SEBOCISTOMA	3	0,9
PATRON ACANTOTICO	3	0,9
ANGIOQUERATOMA	3	0,9
PATRON ESPONGIÓTICO	3	0,9
Total general	320	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos de vulva realizados en niñas pre-púber (< 12 años) en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013 Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	1	33,3
PSORIASIS EN PLACA	1	33,3
PAPILOMATOSIS	1	33,3
Total general	3	100,0

5.4 MORBILIDAD POR PRONOSTICO

En primer lugar se encontró la patología benigna con 93.5%, seguido de maligna 1.6% y pre maligna 1.1%, fueron no determinables el 3.8%.

Distribución porcentual diagnósticos histopatológicos según pronóstico en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia

Pronóstico	N°	%
1: Benigna	1213	93,5
2: maligna	21	1,6
3: Pre-maligna	14	1,1
4. No determinable	49	3,8
TOTAL	1297	100

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos BENIGNOS de vulva en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	514	42,4
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	174	14,3
LIQUEN ESCLEROSO	66	5,4
ACROCORDON	64	5,3
MOLUSCO CONTAGIOSO	48	4,0
QUERATOSIS SEBORREICA	38	3,1
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	30	2,5
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	27	2,2
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	23	1,9
QUISTE EPIDERMOIDE	22	1,8
HIDRADENOMA PAPILIFERO	19	1,6
PATRON ESPONGIÓTICO	13	1,1
PAPILOMA ESCAMOSO	11	0,9
PATRON LIQUENOIDE	10	0,8
QUISTE DE BARTOLINO	10	0,8

SIRINGOMA	10	0,8
LENTIGO SIMPLE	7	0,6
PATRON ACANTOTICO	7	0,6
MELANOSIS VULVAR	6	0,5
ANGIOFIBROMA	5	0,4
TOTAL	1213	100,0

Distribución porcentual diagnósticos histopatológicos PRE-MALIGNOS de vulva en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel - Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia

Diagnóstico Histopatológico	N°	%
VIN CLÁSICO	14	100.0
Total general	14	100.0

Distribución porcentual diagnósticos histopatológicos MALIGNOS de vulva en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013- Bogotá -Colombia

Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INSITU	6	28,6
CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR	2	9,5
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	2	9,5
CARCINOMA SEBACEO	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE NO QUERATINIZANTE	1	4,8
MELANOMA EXTENSION SUPERFICIAL	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	1	4,8

CARCINOMA ESCAMOCELULAR QUERATINIZANTE BIEN DIFERENCIADO	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INVASIVO DE CELULA GRANDE QUERATINIZANTE, BIEN DIFERENCIADO	1	4,8
ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR BASALOIDE INFILTRANTE	1	4,8
SIRINGOCISTADENOCARCINOMA PAPILIFERO CON DIFERENCIACIÓN APOCRINA.	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	1	4,8
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO QUERATINIZANTE	1	4,8
Total general	21	100,0

Distribución por descripción histopatológica de Carcinomas Escamo celulares de vulva en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013- Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INSITU	6	40,0
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	2	13,3
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO INFILTRANTE	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR BASALOIDE INFILTRANTE	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE NO QUERATINIZANTE	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO QUERATINIZANTE	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR QUERATINIZANTE BIEN DIFERENCIADO	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR	1	6,7
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INVASIVO DE CELULA GRANDE	1	6,7

QUERATINIZANTE, BIEN DIFERENCIADO		
Total general	15	100,0

Distribución porcentual de diagnósticos histopatológicos de pronóstico NO DETERMINABLE de vulva en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
NO CONCLUSIVO	38	77,6
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO PAPILOMA ESCAMOSO	1	2,0
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO INFECCION HERPETICA	1	2,0
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO VULVITIS DE ZON	1	2,0
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO ENFERMEDAD DE PAGET	1	2,0
NO CONCLUSIVO SUGESTIVO HERPES	1	2,0
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO LIQUEN ESCLEROSO	1	2,0
NO CONCLUSIVO, SUGESTIVO ACROCORDON	1	2,0
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO QUERATOSIS IRRITADA SIN CAMBIOS POR VPH	1	2,0
NO CONCLUSIVO, SUGESTIVO CONDILOMAACUMINADO	1	2,0
ARTIFICIOS POR DIATERMIA	1	2,0
NO CONCLUSIVO: NEVO CON ATIPIA SEVERA VS MELANOMA IN SITU	1	2,0
Total general	49	100,0

5.4 MORBILIDAD POR ETIOLOGIA

En cuanto a la etiología de las enfermedades vulvares en un país en desarrollo como Colombia, se encontró que 52.7% correspondía a etiología infecciosa, 21.8% a etiología tumoral y 19.4% a etiología inflamatoria, 6.1% fue no determinable.

Distribución porcentual de los primeros diagnósticos histopatológicos de vulva de etiología infecciosa en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013 Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	514	75,1
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	97	14,2
MOLUSCO CONTAGIOSO	48	7,0
VIN CLÁSICO	14	2,0
HERPES	3	0,4
CANDIDIASIS	2	0,3
LIQUEN ESCLEROSOASOCIADO A INFECCION POR VPH	1	0,1
ACANTOSIS VIRAL	1	0,1
VULVITIS AGUDA SUGESTIVO CANDIDIASIS	1	0,1
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	1	0,1
ABSCESO	1	0,1
DERMATOFITOSIS	1	0,1
Total general	684	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos de vulva de etiología TUMORAL en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013- Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
ACROCORDON	64	22,6
QUERATOSIS SEBORREICA	38	13,4
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	27	9,5
QUISTE EPIDERMOIDE	22	7,8
HIDRADENOMA PAPILIFERO	19	6,7

PAPILOMA ESCAMOSO	11	3,9
QUISTE DE BARTOLINO	10	3,5
SIRINGOMA	10	3,5
LENTIGO SIMPLE	7	2,5
CARCINOMA ESCAMOCELULAR INSITU	6	2,1
MELANOSIS VULVAR	6	2,1
ANGIOFIBROMA	5	1,8
ENDOMETRIOSIS	4	1,4
NEVUS MELANOCITICO DE LA UNION	4	1,4
ANGIOQUERATOMA	4	1,4
NEVUS MELANOCITICO COMPUESTO	4	1,4
SEBOCISTOMA	3	1,1
CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO	2	0,7
CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR	2	0,7
NEVUS EPIDERMICO	2	0,7
TOTAL	283	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos de vulva de etiología INFLAMATORIA en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	77	30,7
LIQUEN ESCLEROSO	66	26,3
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	30	12,0
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	23	9,2
PATRON ESPONGIÓTICO	13	5,2

PATRON LIQUENOIDE	10	4,0
PATRON ACANTOTICO	7	2,8
VULVITIS CRONICA	2	0,8
ERITEMA PIGMENTADO FIJO	2	0,8
PSORIASIS EN PLACA	2	0,8
PATRON LIQUENOIDE (LIQUEN PLANO)	2	0,8
DERMATITIS LIQUENOIDE Y ESPONGIOTICA	1	0,4
PATRON ACANTOLÍTICO (SUGIERE ENFERMEDAD DE DARIER)	1	0,4
LIQUEN ESCLEROSO CON DERMATITIS GRANULOMATOSA TIPO CUERPO EXTRAÑO	1	0,4
DERMATITIS CRONICA INESPECIFICA	1	0,4
INFLAMACION GRANULOMATOSA CON REACCION TIPO CUERPO EXTRAÑO	1	0,4
PATRON LIQUENOIDE (REACCION LIQUENOIDE)	1	0,4
PATRON ESPONGIOTICO	1	0,4
INFILTRADO LINFOIDE REACTIVO	1	0,4
INFLAMACION AGUDA Y CRONICA	1	0,4
TOTAL	251	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos de vulva de etiología NO DETERMINABLE en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel-Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
NO CONCLUSIVO	38	48,10
HIPERTROFIA	4	5,06
QUISTE DERMOIDE	3	3,80
LAGO VENOSO	3	3,80

CICATRIZ	2	2,53
TEJIDO DE GRANULACION	2	2,53
PIEL NORMAL	2	2,53
HIPERPLASIA DE CELULAS ESCAMOSAS	1	1,27
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO PAPILOMA ESCAMOSO	1	1,27
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO INFECCION HERPETICA	1	1,27
HIPOPIGMENTACION	1	1,27
CAMBIOS POR IRRITACION CRONICA	1	1,27
FIBROSIS CICATRICIAL	1	1,27
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	1	1,27
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO VULVITIS DE ZOON	1	1,27
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO LIQUEN ESCLEROSO	1	1,27
ATROFIA EPITELIAL Y FIBROSIS EN DERMIS SUPERFICIAL NO ESPECIFICA	1	1,27
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO QUERATOSIS IRRITADA SIN CAMBIOS POR VPH	1	1,27
HEMATOMA DE GLANDULA DE BARTOLINO	1	1,27
QUISTE VESTIBULAR	1	1,27
TOTAL	79	100,00

Infeciosa	684	52,7
Tumoral	283	21,8
Inflamatoria	251	19,4
No determinable	79	6,1
Total general	1297	100,0

5.5 INFORMACION CLINICA

Distribución porcentual de la información clínica suministrado al patólogo para el análisis de muestras de tejido vulvar-		
CON SOLO DIAGNÓSTICO CLÍNICO	736	82,3
SIN INFORMACION CLÍNICA	120	13,4
SOLO DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA	34	3,8
DESCRIPCION MACROSCÓPICA Y DIAGNOSTICO CLÍNICO	4	0,4
TOTAL	894	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos realizados SIN INFORMACIÓN CLÍNICA en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	24	20,0
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	16	13,3
ACROCORDON	10	8,3
NO CONCLUSIVO	10	8,3
LIQUEN ESCLEROSO	9	7,5
HIDRADENOMA PAPILIFERO	6	5,0
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	4	3,3
QUISTE EPIDERMOIDE	4	3,3
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	4	3,3
QUERATOSIS SEBORREICA	3	2,5
VIN CLÁSICO	3	2,5
PATRON ESPONGIÓTICO	3	2,5
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	3	2,5

MOLUSCO CONTAGIOSO	2	1,7
CICATRIZ	1	0,8
QUISTE VESTIBULAR	1	0,8
ANGIOQUERATOMA	1	0,8
QUISTE DE BARTOLINO	1	0,8
NEVUS MELANOCITICO DE LA UNION	1	0,8
SIRINGOMA	1	0,8
TOTAL	120	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos realizados CON SOLO DESCRIPCION MACROSCÓPICA en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel -Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
ACROCORDON	6	17,6
QUERATOSIS SEBORREICA	4	11,8
HIPERTROFIA	4	11,8
CONDILOMA	3	8,8
NO CONCLUSIVO	2	5,9
LIQUEN ESCLEROSO	2	5,9
PAPILOMA ESCAMOSO	1	2,9
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	1	2,9
PATRON LIQUENOIDE	1	2,9
ARTIFICIOS POR DIATERMIA	1	2,9
NO CONCLUSIVO: SUGESTIVO VULVITIS DE ZON	1	2,9
QUISTE CON REVESTIMIENTO EPITELIAL MUCINOSO	1	2,9
PATRON ACANTOLÍTICO (SUGIERE ENFERMEDAD DE	1	2,9

DARIER)		
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	1	2,9
LIPOMA	1	2,9
NEVUS MELANOCITICO DE LA UNION	1	2,9
PATRON ESPONGIÓTICO	1	2,9
MELANOACANCTOMA	1	2,9
NEVUS MELANOCITICO COMPUESTO	1	2,9
TOTAL	34	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos realizados CON DESCRIPCION MACROSCÓPICA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
LAGO VENOSO	3	75,0
CONDILOMA	1	25,0
TOTAL	4	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos histopatológicos realizados CON SOLO DIAGNÓSTICO CLÍNICO en el laboratorio de patología de una institución de tercer nivel –Años 2009 a 2013-Bogotá - Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
CONDILOMA	322	43,9
CAMBIOS REACTIVOS A VPH	93	12,7
MOLUSCO CONTAGIOSO	29	4,0
ACROCORDON	28	3,8
LIQUEN ESCLEROSO	28	3,8

NO CONCLUSIVO	18	2,5
QUERATOSIS SEBORREICA	18	2,5
NEVUS MELANOCITICO INTRADERMICO	18	2,5
PATRON ACANTOTICO (LIQUEN SIMPLE CRONICO)	17	2,3
QUISTE EPIDERMOIDE	12	1,6
HIPERPIGMENTACION POSTINFLAMATORIA	11	1,5
VIN CLÁSICO	9	1,2
QUISTE DE BARTOLINO	7	1,0
HIDRADENOMA PAPILIFERO	6	0,8
PAPILOMA ESCAMOSO	5	0,7
MELANOSIS VULVAR	5	0,7
SIRINGOMA	5	0,7
PATRON ESPONGIÓTICO	5	0,7
ANGIOFIBROMA	4	0,5
ENDOMETRIOSIS	4	0,5
TOTAL	733	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos CLÍNICOS informados al laboratorio de patología Años 2009 a 20111-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
VPH VULVAR	464	52,1
SIN DIAGNOSTICO	119	13,4
PRURITO	60	6,7
LIQUEN	16	1,8
NEVUS	14	1,6

LIQUEN ESCLEROSO	13	1,5
MOLUSCO CONTAGIOSO	10	1,1
CANCER DE VULVA	9	1,0
HERPES	8	0,9
ACROCORDON	8	0,9
QUISTE DE BARTHOLINO	7	0,8
PAPILOMATOSIS VULVAR	5	0,6
QUISTE EPIDERMICO	5	0,6
HIPERTROFIA	5	0,6
VULVITIS	5	0,6
QUISTE	4	0,4
MELANOMA	4	0,4
FIBROMA	3	0,3
LESION MELANOCITICA	3	0,3
DESPIGMENTACION	3	0,3
TOTAL	891	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos CLÍNICOS de vulva en mujeres en EDAD FÉRTIL-Años 2009 a 2011-Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
VPH VULVAR	439	65,7
SIN DIAGNOSTICO	79	11,8
PRURITO	24	3,6
MOLUSCO CONTAGIOSO	10	1,5
ACROCORDON	7	1,0
NEVUS	7	1,0

QUISTE DE BARTHOLINO	6	0,9
LIQUEN	5	0,7
HERPES	4	0,6
HIPERTROFIA	4	0,6
NEVUSVERRUCOSO	3	0,4
QUISTE EPIDERMICO	3	0,4
PAPILOMATOSIS VULVAR	3	0,4
FIBROEPITELIOMA	3	0,4
ENDOMETRIOSIS	3	0,4
QUERATOSIS SEBORREICA	2	0,3
QUISTE	2	0,3
FIBROMA	2	0,3
FIBROMA LAXO VS CONDILOMA	2	0,3
POLIPO	2	0,3
TOTAL	668	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos CLÍNICOS de vulva en mujeres PRE-PÚBERES (< 13 años)-Años 2009 a 2011-Bogotá - Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
ECZEMA VS PSORIASIS	1	33,3
VPH VULVAR	1	33,3
PAPILOMA	1	33,3
TOTAL	3	100,0

Distribución porcentual de los primeros 20 diagnósticos CLÍNICOS de vulva en mujeres POSTMENOPÁUSICAS (< 13 años)-Años 2009 a 2011 -Bogotá -Colombia		
Diagnóstico Histopatológico	N°	%
SIN DIAGNOSTICO	40	18,2
PRURITO	36	16,4
VPH VULVAR	24	10,9
LIQUEN	11	5,0
LIQUEN ESCLEROSO	11	5,0
CANCER DE VULVA	9	4,1
NEVUS	7	3,2
HERPES	4	1,8
VULVITIS	3	1,4
QUISTE EPIDERMOIDE	3	1,4
LIQUEN PLANO	3	1,4
PAPILOMATOSIS VULVAR	2	0,9
QUISTE	2	0,9
QUISTE EPIDERMICO	2	0,9
DESPIGMENTACION	2	0,9
VULVITIS SEVERA	2	0,9
DISTROFIA VULVAR	2	0,9
QUISTE SEBACEO	2	0,9
MELANOMA	2	0,9
MELANOSIS VULVAR	2	0,9
TOTAL	220	100,0

6. DISCUSIÓN

La prevalencia real de enfermedades de la vulva es desconocida por muchas razones, la primera es la naturaleza personal de estas condiciones que hace que las pacientes las discutan menos con sus médicos ².

En este estudio se encontraron 1297 diagnósticos histopatológicos de vulva, en 5 años, para una prevalencia de 0.23% para el total de mujeres afiliadas a la EPS Sanitas en la ciudad de Bogotá y una incidencia anual de 5.5 casos por 10.000 mujeres afiliadas. Son muy pocos los datos encontrados en la literatura donde se informen los datos de incidencia y prevalencia en la población general, Pathak y colaboradores informa una casuística de 1.9% (n= 105) de todos los desórdenes dermatológicos diagnosticados un servicio de consulta externa en 1 año.²

La incidencia en la población general no es clara pero se sabe que varía de 1 en 300 a 1 en 1000 de nuevos pacientes dependiendo del servicio. ¹⁰ En este estudio se encontró una incidencia anual de 5.5 por cada 10000 afiliadas en Bogotá (1 por cada 2000 mujeres afiliadas) una cifra mucho menor a la informada en otras investigaciones pero como se mencionó, debe considerarse que para este estudio el criterio diagnóstico fue histopatológico y las muestras obtenidas corresponden a la atención médica realizada en un entorno tradicional y no hace parte de un programa que busca activamente las lesiones vulvares.

En la presente investigación este dato es la primera aproximación a su prevalencia en Colombia y fue la esperada por los autores.

La edad media de la pacientes fue 39.37 ± 16.2 (rango de 6 a 86 años) ligeramente mayor que reportado en estudios previos 32.64 ± 16.47 (Turquía) ² y 28.8 ± 17.8 (Nepal)², y menor a la edad media de 53 años reportada en otro estudio europeo (Alemania)⁸. Esta diferencia puede corresponder a la estructura poblacional de los afiliados a la EPS Sanitas, la cual corresponde a una población madura.

Esta investigación aporta una revisión más precisa del comportamiento de la morbilidad vulvar, por medio de la estandarización de diagnósticos. La amplia variabilidad observada por los investigadores, lleva a concluir que se requiere mayor información entre clínicos y patólogos sobre la terminología propuesta por la ISSVD para el intercambio de información.

MORBILIDAD GENERAL Y POR GRUPOS ETARIOS

Para la morbilidad general los diagnósticos más representativos en orden descendente fueron condiloma (39.6%), cambios reactivos a VPH(13.4%), el liquen escleroso (5.1%), el acrocordón (4.9%) y el molusco contagioso (3.7%) y la queratosis seborreica(2.9%).

Este estudio además describe la morbilidad desagregando por los grupos etarios que representan los cambios en el ciclo reproductivo femenino, como una primera aproximación a la relación entre el ciclo reproductivo y la ocurrencia de estas patologías. Para esta investigación las patologías descritas se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres en edad fértil, no se cuenta con estudios para comparar este resultado pues en los que se encuentran en la literatura reportan la edad media de las pacientes estudiadas pero no discriminan según grupos de edades lo más frecuente.

En el grupo etario **pre púberes** solo se obtuvieron 3 biopsias de piel, lo cual era esperado por los autores, teniendo en cuenta que la renuencia de los clínicos a realizar procedimientos de biopsia en niños, especialmente en el área genital.

No se encontraron estudios histopatológicos en este grupo etario para comparar los resultados, pero sí hay varias revisiones clínicas, donde reportan que a pesar de que es menos frecuente que en los adultos, lo más común es la presencia de enfermedades inflamatorias como dermatitis, psoriasis y liquen escleroso, en la literatura encontrada reportan enfermedades exclusivas de este grupo etario son la vulvo vaginitis por estreptococo y la fusión de labios que por lo general no son susceptibles de biopsias.¹¹

De Las biopsias entre las pre púberes correspondieron a un caso de psoriasis invertida, lo que apoya la evidencia conocida que la presentación vulvar de la entidad es más común en niñas que adultos¹¹

Es de resaltar el hallazgo de un caso de papilomatosis, entidad indolente normal en el 1% de las mujeres, lo cual se confunde clínicamente con condilomas acuminados, esto es importante pues recuerda la practica recomendada en la literatura de tomar biopsia en caso de duda diagnostica, no se descarta que al menos en algunas ocasiones la paciente aun en edad reproductiva sean sometidas a tratamientos innecesarios para infección viral sin que se haga previa comprobación histológica.¹²

Por el contrario, se encontró un caso de condiloma acuminado en una niña. Esta entidad afortunadamente poco frecuente en esta población puede ser indicador de abuso sexual o por transmisión congénita de madre con infección cervical y vulvar², o a partir de otros sitios de infección de la madre o la misma paciente. El caso encontrado es de una niña de 6 años, no se cuentan con datos clínicos para aclarar la causa. Esto es relevante pues puede alertar a los clínicos sobre la importancia de pensar en condilomas en niñas dada la frecuencia de maltrato infantil en nuestro medio.

En **edad fértil** la mayoría de reportes correspondieron a infecciones por VPH, seguido de molusco contagioso, acrocordón, queratosis seborreica y nevus melanocítico intradérmico.

Fue interesante encontrar una baja prevalencia de enfermedades inflamatorias, siendo las más frecuentes el liquen simple crónico (LSC), liquen escleroso (LE) y patrón espongiótico que sumadas solo alcanzan el 3% de las biopsias de este grupo etario, contrario a lo reportado en un estudio de Alemania⁸ y del Reino Unido¹³ o donde más del 50% correspondía a enfermedades inflamatorias. Sin embargo debe considerarse

que estos estudios establecieron la morbilidad con criterios clínicos y realizados en servicios de dermatología. En estos estudios no se especifica la confirmación histológica, en comparación con la actual investigación la cual obtuvo el diagnóstico mediante métodos histopatológicos en un servicio de patología sin conocimiento de la especialidad remitente.

En este orden de ideas si la mayor parte de especímenes de biopsia de pacientes en edad reproductiva fueron remitidas por especialistas en ginecología (similar al estudio de Reino Unido), su interés fundamental es el de determinar si se trata de enfermedad maligna o infección por VPH, desestimando la presencia de otras patologías, por desconocimiento o a las cuales ofrecen medidas terapéuticas antes de solicitar una biopsia o remitir a dermatología lo cual podría explicar la menor proporción de enfermedades inflamatorias encontrada. Caso contrario, si la mayoría fuera remitida por el servicio de dermatología, las entidades inflamatorias serían más prevalentes y este grupo aumentaría su morbilidad, o porque prefieren que las patologías por virus de papiloma humano sean tratadas por ginecología. Sin embargo esta conclusión es especulativa dada la ausencia del dato objetivo.

En las mujeres **post-menopáusicas** el diagnóstico más frecuente correspondió a liquen escleroso, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial.

En este grupo etario le siguieron en frecuencia las infecciones por VPH y malignidades, siendo estas últimas casi exclusivas de mujeres post menopáusicas. La entidad maligna más frecuente fue carcinoma escamo celular in situ con menos del 1% del total de las biopsias, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura, como una neoplasia de la vulva poco común con un incidencia aproximada de 1 a 2 por 100.000 mujeres constituyendo el CEC cuenta aproximadamente el 95% de los tumores malignos de vulva.¹⁰

Dentro de las entidades inflamatorias en este grupo etario lo más común fue LSC 5.3%, lo cual es alto al compararlo con reportes previos, en Nepal² solo 1 caso de 105, en Alemania⁸ ningún caso en 208 pacientes. Lo anterior llama la atención dado que es conocido que una de las principales consultas por patología vulvar es el prurito², síntoma que frecuentemente lleva a liquen simple crónico por rascado, lo que supondría una baja toma de muestras en esta patología en otras latitudes.

MORBILIDAD SEGÚN ETIOLOGIA

La etiología más frecuentemente encontrada en la población de estudio fue la infecciosa (52.7%) seguida por la tumoral (21.8%) e inflamatoria (19.4%) , resultados que contrastan con lo informado por un estudio de la clínica de vulva en Alemania⁸ que reportó que el 63.9% de las patologías vulvares fueron de origen inflamatorio, seguido por las neoplásicas (15.4%) y las infecciosas (12.0%), este comportamiento posiblemente es debido a que la edad de la población del estudio Alemán fue mayor o porque este estudio fue realizado en un servicio de patología que recibe muestras remitidas tanto de dermatología como de ginecología.

Por otro lado se encontró similitud entre este estudio y el de Nepal² donde lo más común fue la etiología infecciosa (33.4%), lo cual permite pensar en una mayor prevalencia de patología infecciosa vulvar en países en desarrollo y/o por la similitud de la edad de la estructura poblacional de ambos estudios.

En un estudio realizado en el Reino Unido de tipo retrospectivo en 200 historias clínicas donde no se especifica si los diagnósticos se establecieron por clínico o por correlación clínico-patológica, se informó que el liquen escleroso (54.5%) fue el diagnóstico más frecuente, seguido de eczema (11.5%).¹⁴ En este estudio por el contrario, se encontró que el 5.1% correspondieron de los diagnósticos a liquen escleroso, siendo una frecuencia mayor a lo reportado en Nepal (3.3%) de nuevo en este caso la composición etaria y las pruebas diagnósticas empleadas pudieron influir en las diferencias.

En cuanto a los diagnósticos más comunes de **etiología infecciosa**, como era de esperar dada la aparente alta frecuencia de muestras tomadas en el servicio de ginecología, lo más común fue la infección por VPH.

El condiloma es una enfermedad de alta prevalencia entre mujeres sexualmente activas y en el presente estudio se encontró como el diagnóstico histopatológico más frecuente con el 49.9% de la población de mujeres en edad fértil constituyendo el diagnóstico más común con 39.6% del total de las biopsias.

La prevalencia encontrada es menor a la informada por el estudio de Turquía donde correspondió al 58% de los diagnósticos, y mucho mayor a lo informado por el estudio de Nepal donde sólo representó el 7.6% de pacientes atendidas en el servicio de dermatología durante 1 año, y en Alemania⁸ donde se encontraron 16 casos de 133 (12%). Cabe recordar que los citados estudios fueron clínicos y realizados por dermatólogos, lo cual hace difícil hacer comparaciones con la presente investigación.

Sí es claro en este estudio la alta prevalencia de infección por VPH entre nuestras pacientes, al sumar los casos de condiloma, cambios reactivos a VPH, VIN clásico y carcinoma escamo celular in situ, lo cual representan más de la mitad del total de la muestra (54.6%).

Otras infecciones comunes diagnosticadas fueron molusco contagioso en 7%, herpes 0.4%, candidiasis y dermatofitos 0.1% cada uno. Aunque en principio se podría pensar que se trata de una prevalencia baja de estas entidades en contraste con lo reportado en otros estudios donde la vulvovaginitis por *Candida* es muy común (16-33%)^{8,14}, no sobra recalcar que nuestra investigación se realizó sobre material de biopsias y específicamente este grupo de padecimientos es de diagnóstico eminentemente clínico.

En cuanto a la **etiología inflamatoria**, el más frecuente fue el LE con 37.9 % del total de los diagnósticos de origen inflamatorio, por encima del patrón espongiótico y acantótico, hallazgo similar a lo encontrado en Alemania donde correspondió al 36.1% de las enfermedades inflamatorias. Nuestra prevalencia al respecto de estas entidades fue

mayor a la informada en el estudio de Nepal donde sólo encontraron 7 enfermedades inflamatorias de vulva de un total de 105, y de esas solo 3 pacientes con liquen escleroso. Como se mencionó podría corresponder a las diferencias entre los grupos etarios, al menor tamaño de esa muestra y al uso de solo criterios clínicos con respecto a la del presente estudio.

El patrón espongiótico se encontró en el 1% del total de biopsias. Esto en la clínica corresponde a eczemas, los cuales se consideran comunes en la vulva pues es un área susceptible a contactantes e irritantes dado que la función de barrera allí puede estar comprometida¹⁵. Los datos de nuestro estudio contrastados con los de Alemania donde se reportó dermatitis en 2 pacientes de 208 son similares.

Aunque la incidencia de dermatitis de contacto vulvar en la población general es desconocida, se sabe por un estudio realizado en una clínica de vulva de Reino Unido, que la prevalencia de esta entidad constituye entre 20 al 30% de los casos. Es aceptado generalmente entre los especialistas que las mujeres han aumentado el uso de productos dermo cosméticos en la vulva lo que ha amentado la incidencia de este tipo de padecimientos.¹ Se podría pensar que las pacientes consultan poco por esta causa en Colombia, que no se toman tantas biopsias de piel por este motivo de consulta, o lo más probable, que simplemente no es comparable dado que se trata de trabajos clínicos en servicios de dermatología.

Se puede analizar en forma similar nuestro hallazgo de presencia de LSC en 2.3% del total de las biopsias y patrón acantótico que también podría corresponder a LSC en 0.5%. La prevalencia es baja al compararlo con la literatura mundial reportada de 10-35%², en el estudio de Nepal encontraron una incidencia aún más baja que la de nuestro estudio 0.9%, lo que lleva a la hipótesis sobre una menor frecuencia de consultas en los países en vía de desarrollo por esta causa, o como se pensó en el patrón espongiótico se toman menos biopsias de piel o sólo cuando el tratamiento ha fallado.

En cuanto a la psoriasis vulvar, se trata de una dermatosis inflamatoria que ocurre como parte de la presentación generalizada. Solo se encontró en la presente investigación un caso de psoriasis invertida en una niña de 12 años, y la psoriasis en placas correspondió al 0.8% del total de las biopsias, lo cual es comparable con la incidencia de 2% reportada en la literatura¹⁶

Hubo 2 casos (0.8%) de eritema fijo pigmentado, una reacción adversa a medicamentos cuya localización en vulva ha sido reportado previamente y es considerada el sitio de compromiso más frecuente para este tipo de reacciones.¹⁷⁻¹⁸

En cuanto al patrón inflamatorio de tipo liquenoide, el liquen plano es una enfermedad inflamatoria cuya prevalencia no ha sido determinada en vulva. En estudios previos se reportó que 51% de las pacientes con liquen plano generalizado tenían además compromiso vulvar, sin presentación exclusiva en la vulva, y cuando se presenta exclusivamente en esta área es más de tipo erosivo. En el presente estudio se encontró patrón liquenoide 0.8% del total de las biopsias, y al 5.7% del total de patología

inflamatoria (que al correlacionar con la clínica corresponde a liquen plano, entre otros diferenciales) y concuerda con el 0.9% de lo reportado en Nepal².

El patrón acantolítico que corresponde en la clínica a enfermedad de Darier, enfermedad acantolítica del área vulvar entre otras, encontramos 0.6% dentro de las entidades inflamatorias lo cual concuerda con los raros reportes de estos casos (0.8% en estudio de Alemania), y es importante tenerlos en cuenta como diagnósticos inflamatorios diferenciales en esta zona anatómica.

Respecto a la **etiología tumoral**, se encontraron tumores vulvares en 21.8% de las pacientes con estudio histológico, en contraste con lo reportado en Nepal donde solo representó el 2.9%, y más similar a lo reportado en Alemania 32 de 133 (42.5%)⁸. Esto puede corresponder a que en Nepal la edad media era mayor y menor respectivamente en comparación con este estudio, aunque en esas investigaciones no se aclara si ese total fue corroborado con el informe de biopsia.

Dentro de este grupo lo más común fue encontrar patología benigna, acrocordón (22.6%), queratosis seborreicas 13.4% y nevus melanocíticos (12.3%). Esto contrasta con lo encontrado en Alemania donde lo más común dentro de los tumores fueron los malignos (59.4%), y los tumores benignos correspondieron a 40.6%, y de estos la mayoría fue la mácula melanotica vulvar (3 casos de 13)⁸. Nuevamente hay que considerar las diferencias de metodología con los estudios tomados como referencia comparativa para nuestro análisis.

En cuanto a las lesiones pigmentadas, la literatura consultada establece que dichas lesiones se presentan en aproximadamente en 1 de 10 mujeres, se estima que ocurren entre 10-12% de las mujeres e incluyen proliferaciones melanocíticas y no melanocíticas, que pueden ser benignas o malignas. Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideran nevus melanocíticos, melanoma y no melanocíticas como carcinoma basocelular, tumores vasculares, queratosis seborreicas, hiperpigmentaciones post inflamatorias e incluso condilomas.

También se sabe que los nevus melanocíticos se presentan en aproximadamente 2% de mujeres adultas tienen nevus vulvares, y corresponden al 23% del total de lesiones pigmentadas, con una prevalencia de aproximadamente 3.3% en menores de 18 años en estudios clínicos previos. Los nevus melanocítico vulvares se asocian con edad media de 28-33 años, edades que contrastan con la actual investigación en la cual los nevus se diagnosticaron en un amplio rango de edad (28-54 años) con una media de 41 años. Los nevus melanocíticos atípicos, que representan el 5 % de los nevus vulvares, son más frecuentes en mujeres un poco más jóvenes, entre 17-26 años.¹⁹

La melanosia vulvar, también llamada lentiginosis vulvar, máculas melanocíticas vulvares, representan aproximadamente 68% de lesiones pigmentadas en mujeres en edad reproductiva. La melanosia vulvar es más común en mujeres ente 40-44 años, cuando se presentan en niños se debe considerar una genodermatosis.¹⁹

El melanoma vulvar es la segunda malignidad más común de la vulva tras el carcinoma escamo celular, cuenta para aproximadamente 10% de malignidades vulvares, 2% de todos los melanomas en mujeres ocurre en las mucosa vulvar .

En este estudio encontramos del total de material diagnosticado, nevus melanocítico intradérmico 2.1%, lentigo simple 0.5%, melanositis vulvar 0.5%, nevus compuesto, nevus melanocítico de la unión 0.3%, melanoma 0.1%, proliferación melanocítica de aspecto benigno, melanoacantoma 0.1%, nevus subepitelial 0.1%.

La distribución por grupos etarios fue similar entre edad fértil y postmenopáusicas, sin embargo el melanoma se presentó en post menopáusicas.

Dentro de las tumorales, nevus melanocítico intradérmico 9.5%, lentigo simple 2.5%, melanositis vulvar 2.1%, nevus melanocítico de la unión y compuesto 1.4%. Los quistes de Bartholin son quistes comunes en la vulva y ocurren en 2% de las mujeres en su vida², en este estudio de obtuvo una tasa similar de 0.8% a lo anteriormente reportado.

MORBILIDAD SEGÚN PRONÓSTICO

Este estudio encontró que las entidades diagnosticadas son 93.5% es de pronóstico benigno, 1.6% maligna, 1.1% pre-maligna y 3.8% no determinable, las cuales correspondían a biopsias no conclusivas.

Esto contrasta con un estudio de Alemania donde lo más común era encontrar patología maligna en mayor proporción que benigna, lo cual puede corresponder a una o más de los siguientes factores: mayor edad de las mujeres de este estudio, menor diagnóstico por razones culturales, problemas de acceso a un centro de tercer nivel o a la presencia de factores biológicos que disminuyen el riesgo de padecerlas.

Dentro de las **patologías benignas** lo más encontrado fue infección por VPH que como se mencionó previamente correspondió a más de la mitad de las biopsias de piel, seguido de liquen escleroso (5.4%), lesiones tumorales (acrocordón y queratosis seborreica), molusco contagioso y patología inflamatoria diferente a liquen escleroso en tercer lugar. Esto difiere con lo reportado en la literatura donde lo más común corresponde a etiología inflamatoria, aunque no es comparable con el presente estudio pues se trata de estudios clínicos.²⁻⁸

En cuanto a las **patologías malignas** lo más encontrado fue carcinoma escamo celular (CEC) en un 71.7%, seguido de carcinoma basocelular 9.5%, y carcinoma sebáceo, siringocistadenocarcinoma, enfermedad de Paget extra mamaria y melanoma en proporciones iguales de 4.8% , lo cual concuerda con reportes previos.

De los CEC diagnosticados, la mayoría correspondieron a CEC sin situ, lo que al parecer y afortunadamente habla de una adecuada detección temprana lo cual mejora el pronóstico.

Simultáneamente un caso de carcinoma sebáceo, el cual es una malignidad rara en localización extra ocular, con pocos reportes de caso en vulva, muy agresivo y que en este estudio se presentó en la misma proporción que otras malignidades consideradas más frecuentes como el melanoma.²⁰

En las patologías **pre malignas** el 100 % correspondió a VIN clásico, lo cual es importante recordar la importancia de su detección temprana.

En cuanto a las **de etiología indeterminada**, es decir biopsias no conclusivas, correspondieron al 2.9% del total de las biopsias, y de estas el 33% sugieren algún diagnóstico, sin llegar a ser conclusivo. Entre estas se reportaron sugestivas de vulvitis de Zoon, enfermedad de Paget, liquen escleroso y melanoma. Estos comentarios dentro del informe de patología muestran el esfuerzo del patólogo por sugerir algún padecimiento a pesar de que la histología no lo pueda concluir, esperando por parte del tratante que solicite nuevos estudios que aclaren la entidad hasta obtener un adecuado diagnóstico.

Esta práctica es loable en principio pero puede derivar en sesgo por mala interpretación y una falsa sensación de seguridad por parte del clínico al tomar como cierta la impresión y no tomar nuevas biopsias.

Solo una biopsia reporta artificios por diatermia lo cual explicaría porque no fue conclusiva, en las otras se pueden plantear hipótesis como muestra no representativa, artificios por la toma o procesamiento o poca información clínica enviada. En revisión de literatura no se encontró puntos de referencia para comparar este tipo de resultado.

INFORMACIÓN CLÍNICA

De las 891 biopsias con información clínica disponible para este análisis, se enviaron con sospecha clínica de VPH vulvar el 52.1% de las pacientes, seguida de las biopsias enviadas sin diagnóstico 13.4%, prurito 6.7%, liquen escleroso 1.5%. Sólo el 1.4% de las biopsias fueron enviadas con sospecha clínica de malignidad, similar a lo encontrado en la morbilidad general histopatológica en nuestro laboratorio donde las enfermedades malignas correspondieron al 1.6% del total de biopsias. Esto difiere de lo esperado por los autores, pues se estimó que se enviaban más muestras con sospecha clínica de malignidad.

En cuanto a las enfermedades inflamatorias, el otro gran grupo del que se estimaba se enviarían mayor cantidad de muestras, dado que el prurito vulvar como síntoma de presentación es muy común en reportes previos 82.8% (Nepal)¹, sin embargo, únicamente 6.7% reportaron prurito como diagnóstico clínico. Sin embargo, no podemos concluir que solo el 6.7% presentaban este síntoma, pues en los reportes de patología no enviaban información clínica completa.

Se puede inferir entonces que la mayoría de biopsias se realiza en pacientes con sospecha clínica de entidad infecciosa (VPH), seguida de tumores, la mayoría benignos y solo la minoría corresponde a sospecha clínica de enfermedades inflamatorias y malignas. Esto se puede deber principalmente a que nuestras muestras al parecer

proviene más del servicio de ginecología sin desconocer otros factores como el diagnóstico de las entidades vulvares inflamatorias es principalmente clínico y sólo una minoría de casos requerirá biopsia para confirmación o aclaración del diagnóstico, además del factor cultural ya mencionado.

De forma interesante en el grupo etario de pre púberes las 3 biopsias encontradas fueron enviadas con diagnóstico clínico concordante con el histopatológico, lo cual apoya la idea del uso del examen de biopsia previa selección cuidadosa de los casos especialmente en esta población.

7. CONCLUSIONES

1. Este estudio es el primero en describir la morbilidad histopatológica de vulva discriminada por edad, etiología y pronóstico durante un periodo de 5 años en Colombia y a nivel mundial según la revisión realizada por los autores.
2. Existe una amplia variabilidad de términos histológicos para referirse a la misma entidad por lo cual se requiere mayor capacitación entre clínicos y patólogos sobre la terminología propuesta por la ISSVD para el intercambio de información.
3. La mayoría de las enfermedades vulvares en Colombia corresponden a etiología infecciosa seguidas por las tumorales e inflamatorias en proporciones similares.
4. Según grupos etarios las patologías vulvares más frecuentes, en el periodo pre púber son infrecuentes las biopsias y sólo se toman en casos seleccionados, un condiloma a esta edad debe hacer sospechar maltrato infantil, en edad fértil la mayoría corresponde a infecciones por VPH las cuales pueden llevar eventualmente a malignidad vulvar y en las mujeres post menopaúsicas son el liquen simple crónico y las malignidades son casi exclusivas de este grupo etario, lo que enfatiza la importancia de la histología en todas las lesiones clínicas especialmente en este grupo de edad.
5. El pronóstico de la mayoría de las biopsias de piel de vulva es benigno, la minoría son pre malignas y malignas.
6. La entidad maligna más frecuente es el carcinoma escamo celular in situ, cuya etiología es prevenible (infección por VPH) lo que resalta la importancia de programas de tamizaje vulvar en mujeres post menopaúsicas, como ocurre con tamizaje de cérvix.
7. Se encontraron biopsias no conclusivas, las cuales siempre requieren procedimientos diagnósticos adicionales. Los artificios por diatermia, son un indicador de la importancia de la enseñanza adecuada de la toma de biopsias de piel de vulva por parte de ginecólogos y dermatólogos. En la revisión de la literatura no se encuentran estudios que evalúen causas de biopsias no conclusivas lo cual es un campo de investigación interesante que puede dar respuesta a los costos al sistema de salud
8. Este estudio resalta la importancia de la histología en el diagnóstico de enfermedades vulvares y el futuro se deberán hacer investigaciones clínicas que incluyan confirmación histológica de la sospecha clínica pues la correlación clínico-patológica constituye la prueba de oro para su correcta clasificación.
9. La adecuada evaluación de estas entidades incluye una valoración interdisciplinaria entre dermatología, ginecología y patología.
10. La información enviada al patólogo con la muestra en la mayor parte de los casos es incompleta y en algunas ocasiones no relevante al caso, por lo cual se debe elaborar un formato único de solicitud de examen histológico, en lo posible consensuada entre ginecólogos, dermatólogos y patólogos.
11. Se debe enfatizar por parte del patólogo la necesidad de nuevos estudios para arribar a un diagnóstico de certeza en casos ambiguos o de baja correlación, el

clínico no puede conformarse con histologías no conclusivas pues estas pueden esconder una patología maligna.

12. Este estudio es la base para crear grupo de estudio e investigación en patología vulvar el cual debe estar articulado a los programas de Salud Sexual y reproductiva de la EPS como Cáncer de Cérvix y VIH/SIDA para el abordaje integral de las pacientes.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Burrows et al. **The Vulvar Dermatoses**. J Sex Med 2008;5:276–283.
2. Pathak D et al. **Prevalences of and risk factors for vulvar diseases in Nepal: a hospital based study**. *Internacional Journal of Dermatology* 2011; 50: 161-167
3. Lynch Peter et al. **2011 ISSVD Terminology and Classification of Vulvar Dermatological Disorders: An Approach to Clinical Diagnosis**. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2012;16(4): 339-344
4. Selim, et al. **A histologic review of vulvar inflammatory dermatoses and vulvar intraepithelial neoplasm**. *Dermatologic Clinics* 2010; 28;4: 649-67
5. Lois, Eva. **Screening and follow up of vulval skin disorders**. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 26 (2012) 175–188
6. Fisher G, et al. **Vulvar disease in children: A clinical audit of 130 cases**. *Pediatric Dermatology* Vol. 17 No. 1 106, 2000
7. Niamh L, et al. **Diagnosis of Vulval Inflammatory Dermatoses: A Pathological Study With Clinical Correlation**. *nt J Gynecol Pathol*, Vol. 28, No. 6, November 2009
8. Anemüller W, et al. **Developing an interdisciplinary consultation service for vulvar disorders**. *JDDG*;2012, 10:350–357
9. Jimenez, Carlos. **Prevalencia de condiloma acuminado en mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cérvico uterino en un primer nivel de atención** *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(2):99-102
10. Micheline Moyal-Barracco. **Vulvar dermatosis**. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (2014) 1-13
11. Fischer Gayle. **Vulval disease in pre-prubertal girls: Continuing professional Development program**. *Australasian Journal of Dermatology*. 2001; 42: 225–236
12. Su-Han Kim, et al. **The use of dermatoscopy to differentiate vestibular papillae, a normal variant of the female external genitalia, from condyloma acuminata**. *J Am Acad Dermatol*. 2009 ; 60(2): 353-355
13. Crone AM, et al. **Aetiological factors in vulvar dermatitis**. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14: 181–6.
14. Cheung ST, Gach JE, Lewis FM. **A retrospective study of the referral patterns to a vulval clinic: highlighting educational needs in this subspecialty**. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 435–437.
15. Bethanee J. Schlosser. **Contact Dermatitis of the Vulva**. *Dermatol Clin* 28 (2010) 697–706
16. Hammock LA, Barrett TL. **Inflammatory dermatoses of the vulva**. *J Cutan Pathol* 2005; 32: 604–611.
17. Ozkaya-Bayazit E. **Specific site involvement in fixed drug eruption**. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 1003–7.
18. Fischer G. **Vulvar fixed drug eruption. A report of 13 cases**. *J Reprod Med* 2007; 52: 81–6.
19. Murzaku E, et al. **Vulvar nevi, melanosis, and melanoma: An epidemiologic, clinical, and histopathologic review**. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:1241-9.
20. Khan Z. **Sebaceous carcinoma of the vulva**. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* February 2003, Vol. 110, pp. 227–228

ANEXO 1

Versión modificada de clasificación ISSVD 2006 de dermatosis vulvares, subtipos patológicos y su correlación clínica

PATRON ESPONGIOTICO	Dermatitis eccematosas (atópica, de contacto y alérgica)
PATRON ACANTOTICO	Liquen simple crónico (primario y secundario), psoriasis, síndrome de Reiters.
PATRON LIQUENOIDE	Liquen escleroso, Liquen plano
PATRON DE ESCLEROSIS DERMICA	Liquen escleroso
PATRON VESICULO AMPOLLOSO	Penfigoide ampollosa, penfigoide cicatricial, penfigoide gestationis, pénfigo vulgar, pengigo vegetans
PATRON ACANTOLITICO	Enfermedad de Hailey- Hailey, enfermedad de Darier, dermatosis acatolitica del área vulvo crural
PATRON GRANULOMATOSO	Enfermedad de Crohn, Síndrome de MelKerson Rosenthal
PATRON VASCULOPATICO	Ulceras aftosas, enfermedad de Behcet, vulvitis de células plasmáticas.

(Traducida de: Lynch PJ, 2006 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease classification of vulvar dermatoses: a synopsis. J Low Genit Tract Dis 2007; 11 (1): 1-2)

ANEXO 2

HOMOGENEIZACION DE TERMINOS.

Diagnóstico histológico:

TERMINOS ENCONTRADOS EN LOS DIAGNOSTICOS HISTOLOGICOS	SE HOMOLOGARON A
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios asociados a infección por virus del papiloma humano. - Cambios focales por VPH 	Cambios citopáticos por VPH
<ul style="list-style-type: none"> - Focos de endometriosis con fibrosis - Endometriosis con hemorragia reciente y hemosiderosis. 	Endometriosis
<ul style="list-style-type: none"> - Eczema crónico agudizado - Eccema crónico - Compatible con dermatitis de contacto - Dermatitis espongíotica focal - Dermatitis crónica superficial leve inespecífica. - Dermatitis espongíotica (eczematosa) en fase de liquinificación. - Dermatitis espongíotica (eczematosa) - Dermatitis espongíotica subaguda - Eccema crónico y agudo no específico - Dermatitis espongíotica consistente con eczema de contacto - Dermatitis espongíotica, psoriasiforme y peri vascular de linfocitos con cambios de liquenificación. - Eczema crónico - Dermatitis espongíotica con hipogranulosis de tipo eczema - Dermatitis crónica superficial (eczema) - Dermatitis crónica superficial con eosinófilos que plantea probable etiología alérgica/irritativa - Dermatitis perivascular superficial consistente con eczema crónico. - Inflamación crónica con espongiosis no específica. - Dermatitis peri vascular superficial espongíotica compatible con dermatitis Subaguda 	Patrón espongíotico

<ul style="list-style-type: none"> - Eczema en fase de liquenificación - Dermatitis espongíótica compatible con dermatitis por irritante primario - Dermatitis espongíótica subaguda con cambios de liquenificación. - Dermatitis espongíótica en fase de liquenificación - Dermatitis espongíótica, psoriasiforme y perivascular de linfocitos con cambios de liquenificación. - Dermatitis espongíótica compatible con reacción de hipersensibilidad de tipo eccematoso 	
<ul style="list-style-type: none"> - Hidradenoma papilar 	Hidradenoma papilífero
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis psoriasiforme - Hiperplasia psoriasiforme con dermatitis perivascular superficial ligera y paraqueratosis focal - Cambios de liquenificación incipiente - Patrón de liquenificación - Liquenificación crónica - Inflamación crónica de patrón liquenoide - Dermatitis psoriasiforme con espongiosis focal e incontinencia de pigmento (melanófagos). 	Patrón acantótico
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis perivascular superficial tipo eczema crónico con cambios sugestivos de liquen simple crónico. - Dermatitis psoriasiforme con inflamación crónica y erosión focal - Liquen simple crónico. 	Patrón acantótico (Subclasificado como: liquen simple crónico)
<ul style="list-style-type: none"> - Macula melanotica 	Melanosis vulvar
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios citopáticos por herpes 	Herpes
<ul style="list-style-type: none"> - Quiste infundibular - Quiste de inclusión epidérmico 	Quiste epidérmico
<ul style="list-style-type: none"> - Reacción pigmentaria post inflamatoria - Alteración pigmentaria post inflamatoria - Cambios pos inflamatorios - Melanosis pos inflamatoria 	Hiperpigmentación pos inflamatoria
<ul style="list-style-type: none"> - Verruga viral - Verruga viral antigua 	Condiloma

<ul style="list-style-type: none"> - Papiloma escamoso de arquitectura plana de posible origen viral (virus del papiloma humano). - Papiloma escamoso de probable etiología viral 	
<ul style="list-style-type: none"> - Nevus intradérmico 	Nevus melanocítico intradérmico
<ul style="list-style-type: none"> - Fibroma laxo - Pólipo fibroepitelial - Colgajo fibroepitelial 	Acrocordón
<ul style="list-style-type: none"> - Nevus melanocítico genital lentiginoso de la unión - Nevus de unión 	Nevus melanocítico de la unión
<ul style="list-style-type: none"> - Nevus compuesto 	Nevus melanocítico compuesto
<ul style="list-style-type: none"> - Queratosis seborreica de tipo acantósico - Queratosis seborreica incipiente 	Queratosis seborreica
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis acantolítica subcornea 	Patrón acantolítico
<ul style="list-style-type: none"> - Pseudohifas en estrato córneo compatible con <i>Candida</i> spp. - Dermatitis crónica y aguda con permeación del epitelio secundaria a <i>Candida</i> sp 	Dermatofitosis
<ul style="list-style-type: none"> - Inflamación crónica liquenoide inespecífica. - Dermatitis liquenoide - Consistente con dermatitis interface liquenoide en regresión 	Patrón liquenoide
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis acantolítica suprabasal 	Patrón acantolítico

Diagnóstico clínico:

<ul style="list-style-type: none"> - Displasia vulvar - Hiperqueratoma vulvar - Condiloma rectal - Masa en vulva - ASCUS - Cambios distróficos - Lesiones vulvares - VAIN - Vaginitis atrofica - Cervicitis - Sinusorragia 	Sin diagnóstico- otros
---	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Lesión quística en la vagina - Lesión indurada - Lesión vulvar resistente a tto. - Miomatosis - Hemorragia uterina anormal - Lesión benigna 	
<ul style="list-style-type: none"> - Condiloma acuminado - VIN - Verruga vulgar - VIN I - VIN II 	<p>VPH</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Fibroma laxo 	<p>Acrocordón</p>

Se homologó términos encontrados a clasificación ISVVD 2004 así:

VIN 1 a cambios reactivos por VPH

VIN 2 y VIN 3 a VIN clásico.

Cuando en VIN 3 se especificaba que se trataba de Carcinoma escamo celular in situ, se homologó a Carcinoma escamo celular In situ.