



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

PATOLOGÍA VULVAR NO INFLAMATORIA EN EL EMBARAZO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en
Obstetricia y Ginecología

Carolina Bajares Uzcátegui
Adalberto Antonio Palencia Valerio

Tutor: Mireya González Blanco

Caracas, 26 de julio de 2012

Mireya González Blanco
Tutor
Directora del Curso de Especialización
Asesor Metodológico

Norma Ozal
Coordinadora del Curso de Especialización

Douglas Angulo
Asesor Estadístico

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	16
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	20
REFERENCIAS	25
ANEXOS	29

PATOLOGÍA VULVAR NO INFLAMATORIA EN EL EMBARAZO

Carolina Bajares Uzcátegui, C.I. 15.035.195. Sexo: Femenino, E-mail: carola.bu@gmail.com. Telf: 0414-4144978/0212-7942767. Dirección: Av. Las Acacias La Florida Caracas. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología

Adalberto Antonio Palencia Valerio, C.I. 15.267.033. Sexo: Masculino, E-mail: drpalenciaa@hotmail.com. Telf: 0412-7260543/0212-3520445. Dirección: Av. Ppal de la Armada Catia la Mar. Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología

Tutor: **Mireya González Blanco**, C.I. 4 883 886 Sexo: Femenino, E-mail: mgonzalezb6@hotmail.com. Telf: 0416-6237291/02124812664. Dirección: El Paraíso. Caracas. Especialista en Obstetricia y Ginecología

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la patología vulvar no inflamatoria en embarazadas que acudieron al Servicio de Prenatal de la Maternidad Concepción Palacios. **Métodos:** estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal y analítico. Se evaluó la región vulvar con ayuda del colposcopio en gestantes seleccionadas al azar, en el periodo de junio 2011 a marzo 2012. Se evaluaron los factores de riesgo y los aspectos clínicos. **Resultados:** 119 pacientes fueron incluidas. Se encontraron lesiones en 12 pacientes, para una frecuencia de patología no inflamatoria en la gestación de 10,1 %. Se diagnosticó condiloma en 91,6 % de las pacientes con lesiones. Hubo un caso de molusco contagioso. Las lesiones fueron exofíticas en la mitad de los casos. La expresión vulvos cópica más frecuente fue el epitelio acetoblanco fino visible en 10 gestantes (83,3 %). La localización más común fue la horquilla vulvar (66,7 %), seguida de los labios mayores (25 %). Las pacientes estaban asintomáticas en el 58,3 % de los casos. El síntoma más común fue la detección de nódulos en la vulva, seguido de ardor, dispareunia y cambios de consistencia. Las lesiones se presentaron por igual en los tres trimestres del embarazo. **Conclusiones:** la frecuencia de patología vulvar no inflamatoria fue 10,1 %. El diagnóstico más frecuente fue condilomas, y la ubicación más común fue la horquilla vulvar.

PALABRAS CLAVE: Patología Vulvar, Embarazo, Vulvoscopia.

ABSTRACT

NO INFLAMMATORY VULVAR PATHOLOGY DURING PREGNANCY

Objective: to determine no inflammatory vulvar pathology during pregnancy who when to the prenatal service of Maternidad Concepcion Palacios. **Methods:** prospective, descriptive and analytical study. Vulvar region was examined using the colposcope in pregnant women randomly chosen between June 2011 and March 2012. Risk factors and clinical aspects were evaluated. **Results:** 119 patients were included. 12 patients had lesions, 10.1 % was the frequency of no inflammatory

vulvar pathology during pregnancy. Condyloma was the more frequent diagnostic (91.6 %). There was a case of molluscum contagiosum. Half of the lesions were exophytic. Acetowhite epithelium was the more frequent vulvoscopy finding, presenting in 10 patients. The forchette was the commonest location (66.7 %) and labia majora was the second in frequency (25 %). Patients were asymptomatic in 58.3 % of cases. The more frequent symptom was the detection of vulvar nodules, followed by burning, dyspareunia and consistency changes. Lesions were equally detected in any of three trimesters of pregnancy. **Conclusions:** The frequency of no inflammatory vulvar pathology was 10.1 %. The more frequent diagnostic was condilomas, and the more common location was the forchette.

KEY WORDS: Vulvar Pathology, Pregnancy, Vulvoscopy.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha despertado un considerable interés en la enfermedad vulvar. La gran complejidad de la patología vulvar pone de manifiesto la necesidad de un abordaje multidisciplinario en el que participan especialistas de diferentes áreas, entre ellos, dermatólogos, ginecólogos, infectólogos, y patólogos. Las alteraciones benignas de la vulva representan un problema importante para las pacientes en vista de que los síntomas pueden ser muy molestos. Entre estas patologías se incluyen la atrofia vulvar, los tumores benignos, enfermedades infecciosas y desórdenes epiteliales no neoplásicos. Las anomalías del desarrollo son raras. Los tumores benignos también son poco frecuentes, y pueden producir síntomas muy inespecíficos por lo que la biopsia suele ser necesaria para excluir malignidad. Los desórdenes epiteliales no neoplásicos incluyen lesiones inflamatorias severas, ulcerativas, ampulosas, así como cambios en la pigmentación de la piel. ⁽¹⁾

El cáncer vulvar representa aproximadamente el 5 % de todos los cánceres ginecológicos. Con la excepción de raros sarcomas, aparece más frecuentemente entre 65 y 75 años de edad, sin embargo, puede aparecer en mujeres jóvenes en aproximadamente un 15 % de los casos. Estas pacientes tienen carcinomas asociados a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) y, con frecuencia a infección por virus de papiloma humano (VPH). ⁽²⁾ En vista de ello, y del retraso frecuente en la maternidad que se observa hoy en día, es posible que estas lesiones sean diagnosticadas en la mujer gestante.

Planteamiento del problema

La vagina y la vulva son localizaciones menos comunes que el cérvix para el desarrollo del cáncer y de las lesiones preinvasoras del cáncer. La neoplasia intraepitelial vaginal (NIVa) y la NIV que están siendo diagnosticadas cada vez con más frecuencia, se encuentran relacionadas con el VPH y son precursores conocidas de cáncer. La colposcopia de la vagina y la vulva son componentes importantes del proceso de despistaje de enfermedades del tracto genital inferior. ⁽³⁾ Al mismo

tiempo, algunos síntomas vulvares y vaginales, tales como prurito, ardor, dolor, dispareunia y la presencia de flujo han sido estudiados durante el embarazo demostrando la frecuencia de los mismos durante la gestación, y el aumento de la prevalencia de algunos de ellos en este periodo de la mujer. ⁽⁴⁾

De todo lo dicho anteriormente surge la siguiente interrogante, en embarazadas que acudan al Servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad Concepción Palacios durante el periodo comprendido de junio 2011 a marzo 2012. ¿Cuáles serán las características de las patologías vulvares no inflamatorias presentes? Se consideró como patología no inflamatoria, todos los casos de lesiones vulvares que no mostraron características clínicas asociadas a inflamación, es decir, no se incluyeron los casos de vulvitis por ser de diagnóstico clínico y no requerir estudio histológico confirmatorio.

Justificación e importancia

En contraste con entidades vulvares como las infecciosas y dermatológicas, sobre las cuales se ha desarrollado mayor atención y literatura, los conocimientos de la patología neoplásica maligna y de lesiones precursoras de la región vulvar son muy inferiores a los que se han obtenido en otras estructuras del aparato genital femenino, siendo estos aún menores cuando de pacientes gestantes se trata. A pesar de la accesibilidad de la región vulvar durante la exploración clínica directa e indirecta, así como la obtención de muestras citológicas y de biopsia durante los procesos patológicos, muchas de las alteraciones vulvares no son diagnosticadas, porque la evaluación de esta región no es realizada de forma rutinaria, y como consecuencia no se conoce la frecuencia de las alteraciones de la misma en este grupo de pacientes. Esta investigación nos permitirá establecer esta información y si se demuestra que la patología vulvar no inflamatoria en la gestante es frecuente se podría planificar la inspección detallada de la región donde esta se presenta, como parte obligatoria de la evaluación de las embarazadas.

Antecedentes

Existen pocos estudios relacionados con la patología vulvar no inflamatoria asociada a la gestación. En 1973 Woodruff et al ⁽⁵⁾ reportaron aumento de la incidencia de las NIV. Esta tendencia que al principio se explicó por el desarrollo de mejores procedimientos diagnósticos continuó durante las siguientes dos décadas.

Durante el decenio de 1990 ocurrieron cambios transformadores con respecto a la clasificación y nomenclatura histológicas de la enfermedad y también con respecto al conocimiento de su desarrollo patogénico en relación con la infección por virus del papiloma humano. ⁽⁶⁾

Recientemente, sin embargo, se documentó el aumento de la incidencia de carcinoma asociado a NIV en mujeres jóvenes, inicialmente en reporte de casos y posteriormente en estudios de cohorte. ^(7, 8)

Joura et al ⁽⁹⁾ describieron un ascenso dramático en la incidencia de NIV 3 desde 1985 a 1997 en mujeres menores de 50 años. Esto, ocasionalmente se asoció con el embarazo. ⁽¹⁰⁾

La NIV se ha estudiado como una lesión potencialmente precancerosa. La progresión directa de la misma hacia el cáncer es difícil de demostrar pero en una revisión reciente de 3.322 casos publicados en pacientes con NIV de tipo usual se observó una tasa de progresión hacia el cáncer de 9 % en los casos no tratados. ⁽¹¹⁾

La incidencia de NIV ha ido aumentando, especialmente en mujeres jóvenes, probablemente relacionado con el aumento de la prevalencia de infección por VPH, lo cual ha sido demostrado en varios estudios durante los últimos 20 a 30 años. ⁽¹²⁾

El ácido desoxirribonucleico (ADN) del VPH se ha demostrado en el 89 % de los pacientes con NIV de tipo usual y hasta en 86 % de los carcinomas de vulva tipo basaloides y verrugosos, pero sólo en menos del 10 % de los carcinomas de vulva tipo queratinizantes. ⁽¹³⁾

En un estudio de casos y control, Brinton et al ⁽¹⁴⁾ identificaron que un número elevado de parejas sexuales, la presencia de verrugas venéreas, el tabaquismo, y la historia de citología cervical anormal estaban asociadas con riesgo elevado de carcinoma de vulva.

En el año 2009 se publicó un estudio de 114 mujeres de la consulta de obstetricia de la Universidad de Iowa donde encontraron que los síntomas vulvares son variados, entre ellos, ardor vulvar, dolor vulvar, dispareunia, y flujo vaginal. Concluyeron que los síntomas vaginales y vulvares son comunes durante el embarazo, y la prevalencia de algunos, más no de todos, aumenta durante el embarazo y disminuye en el puerperio. ⁽⁴⁾

Es importante destacar que en el marco de lo que a patología vulvar durante la gestación se refiere no es abundante la literatura publicada a pesar que el embarazo entra dentro de las condiciones asociadas al desarrollo de dicha entidad por múltiples razones.

Marco teórico

La vulva está ubicada entre los muslos, limitada a los lados por los pliegues genitocrurales, en la parte anterior por el monte de Venus y atrás por la comisura posterior. Las principales estructuras anatómicas son el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo, el meato uretral, el himen, las glándulas vestibulares y las glándulas de Bartholin. La superficie más interna de la vulva es el vestíbulo; incluye las aberturas de las vías urinarias, con el meato uretral, y la vagina, con el anillo himeneal. Se define como la parte de la vulva que se extiende desde el frenillo del clítoris hacia atrás hasta la comisura posterior y hacia los lados hasta la línea de Hart, donde el epitelio transicional no queratinizado del vestíbulo se une con el epitelio escamoso queratinizado en la base de las superficies internas de los labios menores. El epitelio escamoso no queratinizado de esta zona contrasta con la superficie queratinizada de los labios mayores y con la piel de cualquier otra parte y guarda mayor semejanza con la mucosa de la bucofaringe. Ello explica los cambios similares que se observan en ambas zonas en trastornos como el liquen plano y las

aftas. La ausencia de una superficie queratinizada protectora en este tejido, que actúe de barrera, explica por qué se irrita e infecta con tanta facilidad en ciertas circunstancias, como en la incontinencia. ⁽¹⁵⁾

Las afecciones de la vulva se dividen en: lesiones traumáticas, infecciones, enfermedades de transmisión sexual, dermatosis, alteraciones de la pigmentación, vulvodinias, trastornos epiteliales no neoplásicos, tumores benignos, afecciones pseudotumorales y, por último, neoplasias intraepiteliales y neoplasias invasoras.

La vulva es un órgano del aparato genital femenino, pero también es parte del tegumento cutáneo y, en efecto, muchas enfermedades cutáneas de estrecha relación con la dermatología pueden comprometer este órgano. El síntoma predominante de todas las lesiones vulvares es el prurito, sin embargo, existe un alto porcentaje de casos en los cuales está ausente la sintomatología y la lesión se descubre sólo en un examen clínico de rutina. ⁽¹⁶⁾ Otras manifestaciones incluyen la sensación de ardor o quemazón, la presencia de dolor espontáneo, la dispareunia, la aparición de lesiones de diversa coloración o consistencia y el sangrado genital. ⁽¹⁷⁾

Los signos de enfermedad vulvar son eritema, hipopigmentación, liquenificación, púrpura, costras, erosiones, ulceraciones, exudados, descargas, cicatrización y pérdida de la arquitectura. Las lesiones más frecuentes en la región vulvar son de carácter benigno de origen infeccioso. Cuando agrupamos las características de las lesiones podemos describirlas de la siguiente manera:

Pápulas o nódulos color carne: las papilas vestibulares son pápulas pequeñas y discretas localizadas simétricamente confinadas al vestíbulo, las cuales son generalmente asintomáticas y no requieren tratamiento. Los pólipos fibroepiteliales ó fibromas son lesiones benignas en forma de pedúnculos ó tallos estrechos, que se observan en las pacientes diabéticas, obesas o aquellas que presentan zonas crónicas de fricción. Los quistes se ven principalmente por aumento de las glándulas de Bartholin, tumores epidermoides o quistes mucosos, por lo general son dolorosos y siempre requieren tratamiento para eliminar los síntomas. ⁽¹⁸⁾ El linfogranuloma venéreo es una pápula o vesícula única, de asiento común en la horquilla, poco o

nada dolorosa, suele evolucionar hacia una úlcera de bordes sobre elevados que cura espontáneamente en pocas semanas. El chancroide se presenta como una úlcera dolorosa de bordes no indurados, con frecuencia localizada en horquilla y labios menores mientras que el chancro (lesión primaria de la sífilis) es una úlcera de bordes elevados, indolora que se resuelve espontáneamente en un periodo promedio de 6 semanas. ⁽¹⁷⁾ Las verrugas genitales ó condilomas acuminados son lesiones vegetantes ocasionadas por el VPH, son lesiones verrugosas con pequeñas elevaciones o pueden presentar formas filiformes alargadas. El molusco contagioso es una infección de la piel ocasionado por un virus ADN de doble cadena de la familia poxvirus, transmitida a través del contacto directo ó por fómites. La infección es usualmente asintomática y produce múltiples pápulas con centros umbilicados. ⁽¹⁹⁾

Placas ó manchas blancas: la hiperqueratosis o liquen simple crónico aparece como placas blancas o negras en la región vulvar secundarias a lesiones crónicas de contacto o lesiones de rascado. El liquen escleroso presenta clásicamente placas descamativas de color blanco, o pueden evidenciarse como regiones atróficas hipopigmentadas. El vitiligo es una enfermedad autoinmune caracterizada por la pérdida de melanocitos, lo más característico de estas lesiones es que son periorificiales. ⁽¹⁸⁾ El lentigo simple es una mácula de pigmentación marrón oscura y uniforme tanto en piel como en mucosa. La psoriasis se manifiesta a través de placas de base eritematosa, recubiertas de escamas blanco-nacaradas, más frecuentemente a nivel del monte de Venus y de los labios mayores. La hiperplasia epitelial (de células escamosas) es una enfermedad pruriginosa crónica que forma una placa hiperplásica de superficie rugosa e irregular. La enfermedad de Paget vulvar es eritemato escamosa, formada por placas rojas con áreas blancas, en ocasiones erosionadas, sumamente pruriginosa. El melanoma “in situ” vulvar se manifiesta como una lesión circular de bordes irregulares, elevados, palpables, con combinación de colores en su superficie. La lesión intraepitelial escamosa de alto grado puede ser asintomática o presentarse como pápulas o máculas de diverso color, única o múltiple, dispersa o coalescente, algunas veces clínicamente indiferenciable de un condiloma acuminado. ⁽¹⁷⁾

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD) ha clasificado la patología vulvar desde el año 1976 y su más reciente actualización corresponde al año 2006 (anexos 1, 2 y 3).^(20, 21)

En las mujeres, el sitio más común para el desarrollo de las verrugas es la vulva; sin embargo, la implicación de la vagina, el cérvix y las áreas perianales es común. Las lesiones pueden oscilar desde pequeñas pápulas planas hasta condilomas acuminados típicos. Dichas lesiones pueden volverse extremadamente grandes en el embarazo, los inmunosuprimidos y en los diabéticos.⁽²²⁾ La vulva es el sitio más común de infección por VPH clínicamente evidente. Los signos de infección por VPH suelen presentarse al principio como crecimientos verrugosos pequeños en labios menores y mayores. El crecimiento rápido puede ser particularmente notable en pacientes embarazadas y también en enfermas con trastornos inmunosupresores como diabetes mellitus no controlada, enfermedad inflamatoria del intestino, afecciones médicas que requieren terapia crónica con esteroides o trasplante de órganos e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁽²³⁾ La mayoría de las verrugas genitales son de aspecto típico. La biopsia debe ser realizada para descartar NIV o carcinoma escamoso en circunstancias donde el crecimiento sea rápido, haya aumento de la coloración, existan úlceras ó estén fijadas al tejido conectivo subyacente.⁽¹⁹⁾

La colposcopia es útil en la valoración de la paciente embarazada con condilomas vulvares, a fin de documentar la presencia de estos últimos, valorar la extensión de la afección de las vías genitales inferiores y facilitar el tratamiento (mediante agentes tópicos, láser de CO₂, u otros métodos) de la vulva antes del parto y también en el posparto.⁽²³⁾

Los colposcopistas tienen una enorme oportunidad de reconocer y emprender el tratamiento de la enfermedad vulvar. Están en una situación ideal para poder observar la vulva, amplificar ciertas zonas según sea necesario y hacer biopsia de cualquier lesión dudosa.⁽¹⁵⁾

La evaluación cuidadosa de la vulva está indicada en el caso de que la paciente refiera síntomas vulvares, displasia cervical ó vaginal, y si hay hallazgos incidentales de lesiones vulvares ó hipopigmentación. El examen al “ojo desnudo” es suficiente en un contexto de prevención y despistaje. ⁽³⁾

La vulvosocopia consiste en la observación de la vulva con un colposcopio (con diferentes aumentos) después de haber aplicado ácido acético al 5 % con el fin de identificar y definir la extensión de cualquier lesión. Al realizar la vulvosocopia se debe estudiar el aspecto superficial, los límites y el color de la lesión, la posible presencia de vasos y su distribución. ⁽¹⁶⁾ Estar familiarizado con la anatomía normal de la vulva es esencial para la interpretación de los hallazgos. Las variantes normales, tales como la papilomatosis vulvar y los diferentes grados de eritema pueden ser interpretados erróneamente como condiciones patológicas por aquellos clínicos menos experimentados. ⁽²⁴⁾

Al llevar a cabo la vulvosocopia, el médico debe seguir un determinado orden. En primer lugar se realiza la visualización panorámica, con la paciente en posición ginecológica sin el empleo de ninguna solución ni la ayuda de magnificación. En esta primera evaluación se debe prestar especial atención a toda la región ano-genital, observando la configuración anatómica, el trofismo, las alteraciones de la forma o coloración, el estado de la piel, la implantación pilosa y, en caso de identificarse alguna lesión, su localización, tamaño y extensión. Recién entonces se recurre a la magnificación con la ayuda del colposcopio. Posteriormente se emplea ácido acético al 5 % en la región vulvar y luego de 5 minutos de haber realizado la inspección inicial al “ojo desnudo” se intenta determinar si ha habido cambios por coagulación de las proteínas y se visualiza blanco el epitelio. El azul de toluidina se emplea regularmente para el estudio de las lesiones en la vulva, esta prueba muestra una alta sensibilidad para lesiones en región vulvar pero tiene una baja especificidad.

En presencia de vulvitis aguda, excoriaciones, fisuras ó ulceraciones vulvares no es aconsejable la aplicación de ácido acético, porque suele exacerbar la sintomatología dolorosa sin aportar datos de relevancia. ⁽¹⁷⁾

Las biopsias vulvares son útiles para diferenciar varias condiciones dermatológicas y displásicas. Deben ser obtenidas antes de iniciar el tratamiento de las patologías vulvares. A las lesiones ulceradas se les debe tomar la muestra en el borde elevado, y deben ser múltiples las biopsias si la lesión luce como complicada. El área debe ser preparada infiltrando lidocaína al 1 % ó 2 % utilizando una aguja fina. Después de realizar la prueba para asegurar el adecuado efecto anestésico se puede obtener la muestra con una pinza de biopsia cervical ó un bisturí de hoja pequeña, dependiendo del tamaño y naturaleza de la lesión, asegurando la adecuada hemostasia posterior, bien sea con solución de Monsel o nitrato de plata, cauterización o requiriendo, en ocasiones, la síntesis con sutura reabsorbible. La localización de los sitios donde se obtuvo la biopsia debiera ser indicada en un diagrama vulvar ó fotografía, y si son varias muestras deben ser enviadas de forma separada para su estudio anatomopatológico. ⁽³⁾

En el embarazo hay un cambio en el entorno hormonal creado por las hormonas esteroideas y proteínicas producidas por la placenta. ⁽²⁵⁾ El flujo sanguíneo a través de la circulación pélvica aumenta cinco veces durante los primeros 2 meses de embarazo y se duplica de nuevo durante el tercer mes. La progesterona causa un aumento en la distensibilidad venosa ⁽²⁶⁾ y en el estado dominante de la progesterona predispone a las várices vulvares. Además, la disponibilidad disminuida del glucógeno del epitelio vaginal hace que la vagina sea más propensa al crecimiento excesivo de la cándida. El sistema inmune tiene una baja regulación durante el embarazo, ⁽²⁷⁾ quizás para asegurar la supervivencia del aloinjerto fetal, y estas alteraciones parecen hacer que la mujer embarazada sea más susceptible a la infección primaria, reinfección y a la infección reactivada. ⁽²⁸⁾

Objetivos

General

Caracterizar la patología vulvar no inflamatoria en embarazadas que acuden al Servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad “Concepción Palacios” en el periodo comprendido de junio 2011 a marzo 2012.

Específicos

1. Calcular la frecuencia de la patología vulvar no inflamatoria en la gestante.
2. Enumerar las patologías vulvares no inflamatorias detectadas en embarazadas.
3. Identificar los factores de riesgo para patología vulvar no inflamatoria.
4. Describir las características clínicas de la patología vulvar no inflamatoria.
5. Clasificar la patología vulvar no inflamatoria de acuerdo al trimestre del embarazo.

Aspectos Éticos

Desde el punto de vista ético, se incluyeron en el presente trabajo especial de grado a todas aquellas usuarias que decidieron otorgar de manera voluntaria su consentimiento libre e informado por escrito, previa explicación detallada de los objetivos, importancia y beneficios para ella, sin ningún tipo de manipulación, persuasión o coerción y respetando también la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos, cumpliéndose así el principio de **autonomía** mediante el consentimiento informado (anexo 4). De acuerdo al principio de **no maleficencia**, no se realizaron procedimientos diferentes a los necesarios para la detección de la patología vulvar, sin que estos representen un riesgo ó daño para la madre, el feto y el desarrollo normal de la gestación. Sobre la base del principio de **beneficencia**, sólo se buscó mejorar la atención de las usuarias inclinado siempre hacia lograr los máximos beneficios para todas las mujeres que asisten al Servicio de Prenatal de la Maternidad Concepción Palacios. En cuanto a la **justicia social**, se incluyeron a todas las gestantes que ingresaron al Servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad Concepción Palacios sin ninguna discriminación fuera de las descritas en los criterios de exclusión.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Prospectivo, descriptivo, de corte transversal y analítico.

Población y Muestra

La población está conformada por todas las embarazadas que ingresen al Servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Maternidad “Concepción Palacios”, la cual se estima en 160 pacientes mensuales. Se aplicó la fórmula para poblaciones finitas con una $p < 0,05$, con límites de confianza de 95 % y error estándar del 5 % y una proporción del 9 % obteniéndose una muestra de 118 pacientes.

Criterios de inclusión

1. Embarazadas en control prenatal

Criterios de exclusión

1. Patología médica u obstétrica que limite la realización del estudio
2. Patología vulvar inflamatoria

Procedimientos

Se obtuvo la aceptación de la paciente posterior a la lectura y explicación del formato de consentimiento informado (anexo 4), seguidamente se procedió a realizar el interrogatorio plasmado en el formato de recolección de datos (anexo 5); posteriormente se llevó a cabo la inspección simple del área vulvar, con la paciente en posición de litotomía y posterior a la aplicación de solución fisiológica en la región

de interés. A continuación, se procedió a la exploración con magnificación, con la ayuda del colposcopio, para la inspección de la región vulvar e identificación de alteraciones, a lo que siguió la aplicación de ácido acético 5 %, dejándolo actuar por 5 minutos para posteriormente realizar una nueva evaluación de lesiones y descripción de las mismas en el formato de recolección de datos, con la respectiva toma de muestra histológica en los casos que fue necesario. A aquellas pacientes que presentaron alteraciones durante el procedimiento descrito anteriormente se les aplicó azul de toluidina al 1 % y lavado posterior con ácido acético, con el fin de identificar las áreas de mayor afectación y realizar la toma de muestra para estudio histológico con pinza de Kevorkian, previa aplicación de anestesia local infiltrativa, con verificación de hemostasia. Toda la patología vulvar detectada al momento de la evaluación vulvoscópica y la reportada en el estudio histopatológico fue tratada de acuerdo a las pautas establecidas por el servicio.

Tratamiento estadístico adecuado

Todos los datos fueron descritos mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media, desviación estándar, mediana y moda, comparados mediante diferencia de proporciones, diferencia de medidas para $p < 0,05$. Se presentaron en cuadros y gráficos diseñados para tal fin.

RESULTADOS

Se evaluaron 121 pacientes en total, de las cuales dos fueron excluidas, una por presentar vulvovaginitis al momento del examen clínico y la otra por reportar patología inflamatoria como diagnóstico histológico del tejido extraído por biopsia durante su evaluación.

Doce de las 119 pacientes incluidas en el estudio presentaron patología vulvar no inflamatoria. La frecuencia de dicha patología resultó 10,1 %.

En el cuadro 1 se presentan las características de la población estudiada. El promedio de edad fue de 25 ± 6 años en las pacientes con patología vulvar no inflamatoria y 28 ± 8 años en las negativas. Las primeras señalaron una mediana de 3 parejas sexuales, con extremos entre 2 y 5, y las segundas, una mediana de 2 con extremos de 1 y 6, esta diferencia fue significativa ($p < 0,05$).

Se obtuvieron dos diagnósticos histológicos en las muestras de tejido estudiadas por anatomía patológica. Hubo 11 casos de condiloma (91,6 % de los casos) y 1 molusco contagioso (8,3 %).

En el cuadro 2 se presentan las manifestaciones clínicas de las gestantes. Siete pacientes fueron asintomáticas (58,3 %). En dos casos las pacientes refirieron sentir nódulos en la piel o mucosa (16,7 %). Le siguen en orden de frecuencia ardor, dispareunia y cambios de consistencia de la piel y mucosa, con un caso cada uno. Ninguna paciente refirió prurito, dolor o sangrado local.

Las lesiones fueron exofíticas en la mitad de los casos, 3 pacientes (25 %) presentaban pápulas y en un caso se apreciaron cambios de coloración (Cuadro 3). En el cuadro 4 se describe la localización de las lesiones. La ubicación más común fue la horquilla vulvar (66,7 %), seguida de los labios mayores (25 %).

En el cuadro 5 se observa que todas las lesiones evaluadas produjeron cambios aceto-blancos. Diez de ellas estuvieron asociadas a epitelio acetoblanco fino, constituyendo el hallazgo vulvoscópico más frecuente (83,3 %) y 2 se expresaron como epitelio acetoblanco grueso. Entre todas las pacientes con cambios vulvoscópicos, el test de Collins fue positivo en 8 (66,7 %).

Como se observa en el cuadro 6, de las 12 pacientes con patología vulvar no inflamatoria, siete (58,3 %) estaban en el segundo trimestre de la gestación, esto representó el 12,5 % del total de pacientes en ese trimestre del embarazo. Tres pacientes, 25 % de las positivas, estaban en el tercer trimestre (10 % del total de pacientes del tercer trimestre) $p > 0,05$.

DISCUSIÓN

La vagina y la vulva son localizaciones menos frecuentes que el cérvix para el desarrollo de cáncer y sus precursores. Algunas alteraciones de la arquitectura de la vulva como la NIV son diagnosticadas con mayor frecuencia cada vez, y están relacionadas con el VPH. ⁽²⁴⁾

En la presente serie se evaluaron 119 pacientes y entre ellas se diagnosticaron 12 casos de patología vulvar no inflamatoria, encontrándose una frecuencia de 10,1 %. Las lesiones que se observaron con más frecuencia fueron los condilomas, que representaron el 91,6 % de los casos con lesiones, pero sólo el 9,2 % del total de pacientes evaluadas.

En una exhaustiva revisión de la literatura médica, utilizando la base de datos Pub Med, no se localizó ninguna información en relación a la frecuencia de la patología vulvar no inflamatoria en gestantes. En líneas generales, el prurito vulvar es el síntoma más común reportado en la literatura, sin embargo, la verdadera prevalencia es desconocida, así como la frecuencia de la mayoría de las condiciones responsables de esta sensación. Los datos demográficos que se disponen se limitan a la evaluación de condiciones específicas y no a la patología vulvar en general. ⁽²⁹⁾ La vulva puede ser afectada por gran variedad de dermatosis, algunas de las cuales tienen predilección por la vulva, como es el caso del liquen escleroso; y otras tienen preferencia por las membranas mucosas como el pénfigo. Otras dermatosis comunes incluyen a la psoriasis. Con excepción del liquen escleroso, estas patologías tienen su pico de incidencia durante la vida reproductiva, ⁽²⁹⁾ por tanto, desde el punto de

vista teórico, se podrían observar en el embarazo. El cáncer vulvar es una rara enfermedad y no existe una pesquisa sistemática disponible. En líneas generales, el cáncer de vulva es una enfermedad de mujeres ancianas ⁽³⁰⁾ por lo que su asociación con el embarazo es excepcional, se describen tasas de incidencia de 1,5 a 2 por 100.000 mujeres en Estados Unidos, ^(30,31) esto representa aproximadamente 5 a 8 % de los cánceres ginecológicos. ⁽³²⁾ Las NIV que se asocian a VPH, frecuentes en mujeres jóvenes, rara vez invaden. Rozmus-Warcholinska ⁽³³⁾ describe una prevalencia general de infección por VPH en forma de verrugas genitales visibles en 1 % de los adultos sexualmente activos. La más alta tasa de infecciones ocurre entre en los adultos entre 18 a 28 años, en los últimos 20 años se ha observado un aumento constante de las tasas de infección lo cual incluye a las mujeres embarazadas. ⁽³⁴⁾

Como ya se describió, la patología vulvar más frecuentemente observada en esta serie fue el condiloma, diagnosticado en 91,6 % de las lesiones vistas. En la literatura se describe que la infección por VPH es la entidad más comúnmente registrada aún cuando las cifras reportadas son generalmente en términos globales, no específicas de la población gestante y comprende una prevalencia de hasta 15 a 20 % en la población de Estados Unidos, ⁽³⁵⁾ esta prevalencia aumenta en cohortes de mujeres estudiadas con la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), y alcanza valores de hasta 46 %, ^(36,37). Según Nigam et al ⁽³⁴⁾ las verrugas genitales pueden proliferar durante el embarazo debido a la afectación de la inmunidad y al incremento local de flujo sanguíneo. Es importante la evaluación porque puede asociarse con verrugas vaginales y causar problemas durante el parto. Basta et al ⁽³⁸⁾ describen que la frecuencia de infección por VPH en la gestante es similar a la no embarazada; el embarazo no afecta la frecuencia de la infección pero si modifica el desarrollo y curso de la misma.

La edad promedio de las pacientes fue de 28 ± 8 años, siendo este el reflejo de la mayoría de las pacientes que acuden a la consulta prenatal de la Maternidad Concepción Palacios anualmente.

Aun cuando el prurito es el síntoma vulvar más frecuentemente referido por las pacientes, seguido por la presencia de ardor, dolor espontáneo, dispareunia, y aparición de lesiones, ⁽¹⁷⁾ las pacientes incluidas en este trabajo fueron en su mayoría asintomáticas. Sólo 16,75 % refirieron nódulos en la piel o mucosa como manifestación de la patología vulvar y ninguna refirió prurito.

Thuis et al ⁽³⁹⁾ describen asociación entre el desarrollo de las NIV y el tabaquismo, las neoplasias intraepiteliales cervicales, la historia de verrugas genitales, la infección por VIH y múltiples parejas sexuales. Todos estos factores de riesgo en relación a la posibilidad de adquisición de la infección por VPH. En el presente estudio solo resultó estadísticamente significativa la asociación entre el número de parejas sexuales y la presencia de patología vulvar. Este aspecto debe estar asociado a la relación que hay entre la infección por VPH, entidad que resultó la más frecuente, y la mayor cantidad de parejas sexuales, condición considerada de transmisión sexual cuya persistencia constituye factor de riesgo importante para el desarrollo de la neoplasia intraepitelial vulvar.

Resalta la elevada frecuencia de ubicación de lesiones en la horquilla vulvar, con 66,7 %. Este resultado contrasta con el reportado por la literatura, en la cual la localización predominante corresponde a los labios menores, seguidos por la horquilla vulvar, periné y región perianal. ⁽⁴⁰⁾ Parte de este resultado pudiera explicarse por la constante fricción y mayor roce que soporta la horquilla vulvar durante el coito.

Las lesiones vulvares que se detectaron en esta serie se distribuyeron uniformemente en los tres trimestres del embarazo, no observándose predominio en ninguna edad gestacional. Ello podría explicarse porque las modificaciones fisiológicas en la condición inmunológica de la gestante que le permiten tolerar el aloinjerto fetal se inician desde temprano en la gestación y perduran hasta el puerperio.

Estar familiarizado con la anatomía normal de la vulva es esencial para la interpretación de los hallazgos vulvares. Es importante para los colposcopistas

desarrollar la habilidad para realizar la evaluación vulvar y vaginal debido a que las incidencias de la infección por VPH, y las neoplasias intraepiteliales vulvar y vaginal han aumentado por lo que se convierten en entidades más frecuentes, que ocurren incluso en mujeres jóvenes, ⁽²⁴⁾ y es debido a esta tendencia de disminución de la edad de aparición de la patología vulvar que las embarazadas cobran importancia al momento de la detección de la misma. Se debe aprovechar el control prenatal para realizar una evaluación exhaustiva de la mujer embarazada con el fin de captar cualquier patología que le afecte y planificar su tratamiento porque es frecuente que el control del embarazo sea la única oportunidad que tenga esa paciente de ser evaluada por el personal de salud. Muchas de estas mujeres van a requerir seguimiento a largo plazo debido a la naturaleza multicéntrica y multifocal de la patología vulvar, por lo que iniciar la evaluación ginecológica durante el control prenatal nos permitirá la prevención de entidades que si son descuidadas pueden avanzar a condiciones de malignidad.

De todo lo anterior se puede concluir que la patología vulvar no inflamatoria en las gestantes evaluadas se presentó con una frecuencia de 10,1 %. Los diagnósticos más frecuentes fueron los condilomas que se expresaron como epitelio acetoblanco fino, ubicado preferentemente en la horquilla vulvar. Las pacientes fueron asintomáticas en 58,3 % de los casos. El número de parejas sexuales fue el único factor de riesgo involucrado y no hubo predilección por ningún trimestre del embarazo.

AGRADECIMIENTO

A la doctora Mireya González por su incondicional apoyo como tutor y asesor metodológico, y por motivarnos en cada paso dado para llegar a la meta.

Al departamento de Anatomía Patológica, especialmente al doctor Jony Suárez por realizar el estudio histológico de las muestras, indispensable para la realización de este trabajo.

Al licenciado Douglas Angulo por su asesoría con respecto al proceso estadístico.

REFERENCIAS

1. Micali G, Schwartz R, Doshi A, González L, Nasca M, Trupin S, et al. Benign Vulvar Lesions. Medscape Reference. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/264648-overview#a1>. Actualizado septiembre 2011. Revisado en mayo de 2012.
2. Creasman W, Loeb Lifford K, Talavera F, Barnes A, Gaupp F, Huh W. Malignant Vulvar Lesions. Medscape Reference. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/264898-overview>. Actualizado mayo 2011. Revisado en mayo de 2012.
3. Rayburn W. Colposcopy, cervical screening, and HPV. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2008; 35(4):519-536.
4. Kennedy C, Turcea A, Bradley C. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009; 105(3):236–239.
5. Woodruff J, Julian C, Puray T, Mermut S, Katayama P. The contemporary challenge of carcinoma in situ of the vulva. *Am J Obstet Gynecol*. 1973; 115 (5):677-686.
6. Ferenczy A. Neoplasia intraepitelial vulvar. En: Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, editores. *Colposcopia: principios y práctica*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 381-386.
7. Jones R, Baranyai J, Stables S. Trends in squamous cell carcinoma of the vulva: the influence of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*. 1997; 90(3):448-452.

8. Al Gandhi A, Freedman D, Miller D, et al. Vulvar squamous cell carcinoma in young women: a clinicopathologic study of 21 cases. *Gynecol Oncol.* 2002; 84(1):94-101.
9. Joura E, Losch A, Haider-Angeler M, Breitenecker G, Leodolter S. Trends in vulvar neoplasia. Increasing incidence of vulvar intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma of the vulva in young women. *J Reprod Med.* 2000; 45(8): 613-615.
10. Heller d, Cracchiolo B, Hameed M, May T. Pregnancy associated invasive squamous cell carcinoma of the vulva in a 28 year old, HIV-negative woman. A case report. *J Reprod Med.* 2000; 45(8): 659-661.
11. van Seters M, van Beurden M, de Craen AJ. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia III based on enough evidence? A systematic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncol* 2005; 97(2):645-651.
12. Jones R, Rowan D. Vulvar intraepithelial neoplasia. III. A clinical study of the outcome in 113 cases with respect to the later development of invasive vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol.* 1994; 84(5):741-745.
13. Trimble CL, Hildesheim A, Brinton LA, Shah KV, Kurman RJ. Heterogeneous etiology of squamous carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1996; 87(1):59-64.
14. Brinton L, Nasca P, Mallin K, Baptiste M, Wilbanks G, Rhicart R. Case-control study of cancer of the vulva. *Obstet Gynecol* 1990; 75(5): 859-866.
15. Margesson L. Lesiones epiteliales no neoplásicas de la vulva. En: Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, editores. *Colposcopia: principios y práctica.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 363-379.
16. De Palo G, Stefanon B. Enfermedades de la vulva. En: De Palo G, editores. *Colposcopia y patología del tracto genital inferior.* 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 351-387.
17. Castro G. Vulvoscopia normal y de las lesiones subclínicas y clínicas de la vulva. En: Tatti S, editores. *Colposcopia y Patología del tracto genital inferior. En la era de la vacunación.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 245-252.
18. Fischer G. The commonest causes of symptomatic vulvar disease: a dermatologist perspective. *Australas J Dermatol.* 1996; 37(1):12-18.
19. Foster D. Vulvar Disease. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(1):145-163.
20. Lynch P, Moyal-Barracco M, Bogliatto F, Micheletti L, Scurry J. 2006 ISSVD Classification of vulvar dermatoses. *J Reprod Med.* 2007; 52(1):3-9.

21. Sideri M, Jones R, Wilkinson E, Preti M, Heller D, Scurry J et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med.* 2005; 50(11): 807-810.
22. Nwokolo N, Barton S. Sexually transmitted diseases of the vulva. En: Neill S, Lewis F, editors. *Ridley's The Vulva.* 3a ed. Singapore: Wiley-Blackwell; 2009. p. 53-79.
23. Patsner B. Colposcopia del condiloma genital externo. En: Apgar B, Brotzman G, Spitzer M, editores. *Colposcopia: principios y práctica.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 363-379.
24. Gagné H. Colposcopy of the vagina and vulva. *Obstet and Gynecol Clin Am.* 2008; 35(4): 659-669
25. Casey ML, MacDonald P, Simpson E. Endocrinological changes of pregnancy. En: Wilson J, Foster D, editores. *Williams' Textbook of Endocrinology.* 8a ed. Philadelphia: Saunders; 1992. p. 977– 981.
26. Gallagher P. Varicose veins of the vulva. *Br J Sex Med.* 1986; 13: 12–14.
27. Toder V, Shomer B. The role of lymphokines in pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am.* 1990; 10: 65–78
28. Brabin B. Epidemiology of infection in pregnancy. *Rev Infect Dis.* 1985 Sep; 7(5): 579–603.
29. Bohl T. Overview of vulvar pruritus through the life cycle. *Clin Obstet Gynecol.* 2005; 48: 786-807.
30. National Cancer Institute (en línea). Maryland. Vulvar Cancer Treatment (PDQ®). General Information About Vulvar Cancer. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/vulvar/HealthProfessional>. Actualizado julio 2011. Revisado en mayo 2012.
31. Henson D, Tarone R. An epidemiologic study of cancer of the cervix, vagina and vulva based on the Third National Cancer Survey in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 1977; 129-525.
32. Stehman F, Look K. Carcinoma of the Vulva. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(3): 719-733.
33. Rozmus-Warcholinska W, Loch T, Czuba B, Mazurek U, Mucha J, Dwork D, et al. Genital warts associated with HPV infection during II and III trimester of pregnancy. A case report and analysis of treatment options. *Ginekol Pol.* 2007; 78(11):888-891.

34. Nigam A, Mishra A. Condyloma acuminatum: atypical presentation during pregnancy. *Int J STD AIDS*. 2011; 22(9): 534-535.
35. Stoler M. Human papillomaviruses and cervical neoplasia: a model for carcinogenesis. *Int J Gynecol Pathol*. 2000; 19(1):16-28.
36. Bauer H, Ting Y, Greer C, Chambers J, Tashiro C, Chimera J, et al. Genital human papillomavirus infection in female university students as determined by a PCR-based method. *JAMA*. 1991; 265(4):472-477.
37. Bauer H, Hildesheim A, Schiffman M, Glass A, Rush B, Scott D, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection in low-risk women in Portland, Oregon. *Sex Transm Dis*. 1993; 20(5):274-278.
38. Basta A, Strama M, Pitynsky K, Kielar B, Gudynudis E. Human papilloma virus (HPV) infections of the uterine cervix, vagina and vulva in women of childbearing age. *Ginekol Pol*. 1994; 65(10): 563-569.
39. Thuis Y, Champion M, Fox H, Hacker N. Contemporary experience with the management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Cancer*. 2000; 10(3): 223.
40. Moscicki A, Hills N, Shiboski S, Powell K, Jay N, Hanson E, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*. 2001; 285: 2995-3002.

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE LAS DERMATOSIS VULVARES SEGÚN LA ISSVD 2006

Patrón espongíotico

- Dermatitis atópica

- Dermatitis de contacto alérgica

- Dermatitis de contacto irritativa

Patrón acantótico (anteriormente hiperplasia de células escamosas)

- Psoriasis

- Liquen simple crónico

- Primaria (idiopática)

- Secundaria (sobrepuesta a liquen escleroso, liquen plano, u otra enfermedad vulvar)

Patrón liquenoide

- Liquen escleroso

- Liquen plano

Homogeneización dérmica/patrón escleroso

- Liquen escleroso

Patrón vesiculobuloso

- Penfigoide, tipo cicatricial

- Enfermedad IgA lineal

Patrón acantolítico

- Enfermedad de Hailey-Hailey

- Enfermedad de Darier

Acantolisis popular genitocrural
Patrón granulomatoso
Enfermedad de Crohn
Síndrome de Melkersson-Rosenthal
Patrón vasculopático
Úlceras aftosas
Enfermedad de Behcet
Vulvitis de células plasmáticas

Tomado de Lynch et al ⁽²⁰⁾

ANEXO 2

CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES VULVARES SEGÚN LA ISSVD 2003

NIV, tipo usual

NIV, tipo verrugoso

NIV, tipo basaloide

NIV, tipo mixto (basaloide/verrugoso)

NIV, tipo diferenciado

NIV no clasificado (aquel que no puede ser clasificada en ninguna de las categoría NIV mencionadas anteriormente).

Tomado de Sideri et al ⁽²¹⁾

ANEXO 3

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR VULVAR SEGÚN LA ISSVD 2003

- A) Dolor vulvar relacionado con una patología específica
 - 1) Infecciosa
 - 2) Inflamatoria
 - 3) Neoplásica
 - 4) Neurológica
 - B) Vulvodinia
 - 1) Generalizada
 - a. Provocada
 - b. No provocada
 - c. Mixta
 - 2) Localizada
 - a. Provocada
 - b. No provocada
 - c. Mixta
-

Tomado de Lynch et al ⁽²⁰⁾

ANEXO 4

Consentimiento informado

Caracas, ____/____/____

Título del trabajo: **PATOLOGÍA VULVAR EN EL EMBARAZO**

Investigadores responsables: Dra. Carolina Bajares y Dr. Adalberto Palencia, médicos residentes del Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela, sede en la Maternidad Concepción Palacios.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación, el cual consiste en evaluar la presencia de alteraciones en la región genital externa (vulvoscopía), para lo cual debo colocarme en posición ginecológica, posterior a lo cual dicha región será evaluada detalladamente con un equipo para visualización detallada y magnificada (colposcopio). De la misma manera me fue explicado que de encontrarse alguna lesión ó alteración será tomada una muestra de ésta, previa colocación de anestesia local para biopsia y estudio anatomopatológico, cuyos resultados formarán parte de un estudio científico, que permitirá determinar la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de esta alteración mejorando los estándares de atención médica.

El proceso identificado arriba, me ha sido explicado con detalle y todas mis preguntas e inquietudes me han sido contestadas y aclaradas por el médico que me realizará la evaluación.

Entiendo que:

- 1.- Este estudio no afectará la evolución de mi embarazo, y mi participación o no, no afectará en ningún momento la calidad de atención hacia mi persona ó mi feto.
- 2.- Podré retirarme de este estudio ó negarme a cualquier procedimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar razones o explicar motivos, y sin que esto me perjudique en modo alguno.
- 3.- Autorizo a las personas encargadas de este proyecto, a que mis resultados formen parte del estudio, y que los mismos sean publicados según lo crean conveniente, más sin embargo mi identidad no será revelada en forma alguna y bajo

Ácido Acético

Test de Collins

Diagnóstico histopatológico:

Cuadro 1

FACTORES DE RIESGO

Variables	Positivo N= 12	Negativo N= 107	p
Edad (años) *	25 ± 6	28 ± 8	0,295
Primera relación sexual *	16 ± 1	16 ± 2	0,329
Número de parejas sexuales **	3 (2 - 5)	2 (1 - 6)	0,020
Paridad***			0,456
Nulípara	3 (25,0)	23 (21,5)	
Primípara	4 (33,3)	55 (51,4)	
Multípara	5 (41,7)	29 (27,1)	
Tabaquismo***	2 (16,7)	10 (9,3)	0,769
Infección de transmisión sexual previa***	1 (8,3)	2 (1,9)	0,707

* Promedio ± desviación estándar

** Mediana (mínimo - máximo)

*** Frecuencia (porcentaje)

Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS SEGÚN LOS SÍNTOMAS

Síntomas	n	%
Nódulos	2	16,7
Ardor	1	8,3
Dispareunia	1	8,3
Cambios de consistencia	1	8,3

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE LESIONES MACROSCÓPICAS

Lesiones macroscópicas	n	%
Exofíticas	6	50,0
Pápulas	3	25,0
Máculas	1	8,3

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES

Localizaciones	n	%
Horquilla	8	66,7
Labio mayor	3	25,0
Labio menor	2	16,7
Monte de Venus	2	16,7
Clitoris	1	8,3

Cuadro 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS HALLAZGOS VULVOSCÓPICOS

Hallazgos	n	%
Acetoblanco fino	10	83,3
Acetoblanco grueso	2	16,7
Prueba de Collins positiva	8	66,7

Cuadro 6

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA VULVAR NO INFLAMATORIA
SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL**

Trimestre	Frecuencia	%
Primero N=33	2	6,06
Segundo N=56	7	12,5
Tercero N=30	3	10,0

p = 0,622