

Caracterización clínica de las lesiones vulvares en la consulta de ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

 Daberlyn Rodríguez,¹  Nazira Monsalve,²  Jessy Contreras,³  Joan Fernando Chipia Lobo.⁴

RESUMEN

Objetivo: Analizar las lesiones vulvares en pacientes que asistieron a la consulta de ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes desde febrero del 2023 a enero del 2024.

Métodos: Estudio analítico de corte transversal, que incluyó la totalidad de las pacientes que acudieron a la consulta externa de Ginecología durante el periodo de estudio.

Resultados: Se evaluaron 127 pacientes quienes presentaron 135 lesiones, el promedio edad fue 47 años (rangos 15 a 90 años), las características clínicas más frecuentes: placas (37,8 %), redondeadas (48,9 %), lisas (65,2 %), blanquecinas (30,4 %), en áreas mixtas (47,4 %). Como factores asociados, el 55,6 % usaba toallas sanitarias y el 56,3% protectores diarios, mayormente en edad reproductiva (54,1 %). Los diagnósticos más comunes fueron: lesiones inflamatorias, siendo el más frecuente el liquen escleroso (31,5 %), que predominó en pacientes posmenopáusicas; condilomas (20,7 %), más frecuente en edad reproductiva; lesiones malignas 9,6 %, destacando en pacientes posmenopáusicas. La asociación clínico-patológica fue del 82 %.

Conclusiones: Las lesiones vulvares más frecuentes fueron las inflamatorias, predominando posmenopáusicas, sin ser una patología exclusiva de ese periodo. También se observaron condilomas en mujeres fértiles y patología preinvasoras, destacando el antecedente de infección por virus de papiloma humano.

Palabras clave: Lesiones vulvares, Vulva, Liquen escleroso, Patología vulvar.

Clinical characterization of vulvar lesions in the gynecology consultation at the Instituto Autonomo Hospital Universitario de Los Andes

SUMMARY

Objective: To analyze vulvar lesions in patients who attended the Instituto Autonomo Hospital Universitario de Los Andes gynecology clinic from February 2023 to January 2024.

Methods: Cross-sectional analytical study, which included all patients who attended the outpatient clinic of Gynecology during the study period.

Results: A total of 127 patients were evaluated, who presented 135 lesions, the mean age was 47 years (ranges between 15 to 90 years), the most frequent clinical characteristics were: plaques (37.8%), rounded (48.9%), smooth (65.2%), whitish (30.4%), in mixed areas (47.4%). As associated factors, 55.6% used sanitary pads and 56.3% used panty liners, mostly in reproductive age (54.1%). The most common diagnoses were: inflammatory lesions, the most frequent being lichen sclerosus (31.5%), which predominated in postmenopausal patients; condylomas (20.7%), more frequent in reproductive age; malignant lesions 9.6%, especially in postmenopausal patients. The clinical-pathological association was 82%.

Conclusions: The most frequent vulvar lesions were inflammatory, predominantly postmenopausal, without being an exclusive pathology of that period. Condylomas were also observed in fertile women and pre-invasive pathology, highlighting the history of human papillomavirus infection.

Keywords: Vulvar lesions, Vulva, Lichen sclerosus, Vulvar pathology.

¹Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. ²Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Coordinadora del postgrado de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Los Andes Mérida Venezuela. ³ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Ginecólogo regenerativo funcional y estético. Diplomado en patología vulvar. ⁴ Jefe de la Unidad de Bioestadística, Ciencias Fundamentales e Investigación de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Magister en estadística. Correo para correspondencia: nazira.monsalve@gmail.com
Trabajo especial de grado presentado por la autora para la obtención del grado de Médico especialista en obstetricia y ginecología.

Forma de citar este artículo: Rodríguez D, Monsalve N, Contreras J, Chipia JF. Caracterización clínica de las lesiones vulvares en la consulta de ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(4): 409 – 419. DOI: 10.51288/00840410

INTRODUCCIÓN

La vulva, como el resto de la piel, puede verse afectada por múltiples patologías (dermatosis inflamatorias, infecciones, lesiones tumorales, alteraciones de la pigmentación, síndromes como el dolor crónico, etc.). Desafortunadamente, la patología vulvar continúa siendo una entidad subdiagnosticada, en

muchas ocasiones subvalorada, debido a que puede ser asintomática o los signos y síntomas suelen ser inespecíficos, al desconocimiento médico y a la consulta tardía de las pacientes, para quienes la zona vulvar sigue siendo un tema tabú (1).

Es importante reconocer las estructuras anatómicas y las variaciones anatómicas normales de la vulva, especialmente las relacionadas con la edad, reconocer lesiones benignas evitando tratamientos agresivos, innecesarios y costosos mientras, en el otro extremo, reconocer las patologías malignas para un manejo oportuno con el objetivo de mejorar el pronóstico y disminuir la mortalidad (2).

Los síntomas vulvovaginales son comunes, afectando a una de cada cinco mujeres, usualmente son crónicos y pueden afectar el comportamiento y la sexualidad (3). En un hospital de tercer nivel en Alemania que cuenta con una clínica interdisciplinaria de vulva se llevó a cabo un estudio en el que participaron dermatólogos, ginecólogos y patólogos; el periodo de estudio fue de dos años y medio en el que se atendieron 208 pacientes; se encontró que en la mayoría de los pacientes (133), predominaron las enfermedades inflamatorias: vulvitis (42,1 %), liquen escleroso y atrófico (36,1 %), liquen plano (11,3 %), acné inverso (5,3 %), dermatitis (1,5 %), penfigoide (1,5 %), psoriasis (1,5 %), dermatosis acantolítica papular (0,8 %); en segundo lugar las neoplasias: a) malignas (59,4 %): neoplasia intrepitelial vulvar (NIV) II (28,1 %), carcinoma escamocelular (25%), metástasis de melanoma (3,1 %), micosis fungoides (3,1 %), y b) benignas: (40,6 %) mácula melanótica vulvar (9,4 %), quiste (9,4 %), nevus celular (9,4 %), hidradenoma papilífero (3,1 %), hirsutis papilaril vulvae (3,1 %), lentigo en cicatriz (3,1 %), siringoma (3,1 %); seguido por las infecciones (25 casos): condiloma acuminata (64%), herpes genital (12 %), candidiasis (12 %), condiloma lata (12 %), molusco contagioso (4 %), y verruga vulgaris (4 %); las genodermatosis: enfermedad de Hailey Hailey (dos casos), Behcet (un caso); y en último lugar se agrupan

otras lesiones como: atrofia relacionada con la edad, angioedema, fisura de Douchette, prolapso uterino con erosiones, prurito *sine materia* y várices de la vulva (4).

En 2019, en dos unidades de colposcopia en Bogotá Colombia, García y Forero (2), reportaron una frecuencia de lesiones vulvares en la población estudio de 36,8 % (n = 288). El 51,04 % de las lesiones vulvares se ubicaron en la zona pilosa. La mayoría de las lesiones 75,69 % (n = 218) estaban bien circunscritas. En cuanto a la superficie de la lesión: el 68,75 % fueron lisas, el 29,16 % rugosas. El 87,84 % (n = 253) correspondieron a lesiones ovales, seguido de las lesiones serpiginosas con un 5,90 %. Una lesión vulvar se encontró en el 56,1 % de las mujeres mayores de 49 años y en el 32,9 % de las menores a 49 años, con un RR 1,7 (IC 95 % 1,4 – 2,1; valor $p < 0,005$), encontrándose entonces que la edad mayor de 49 años es un factor que se asocia con mayor frecuencia de lesiones vulvares. Se tomó biopsia al 17 % de las lesiones, de acuerdo con los hallazgos, la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico fue del 68 % con un índice de kappa de 0,4.

El Instituto de Biomedicina y el servicio de Ginecología del Hospital Vargas (HVC), Caracas-Venezuela, en 1985, publicaron la casuística de la consulta de patología de la vulva. En 200 pacientes que acudieron referidas de ginecología y dermatología, las patologías registradas fueron: condilomas 32 %, neurodermatitis 16 %, infecciosas 12 %, distrofias 8 %, malignas 3 %, herpes 2 %, hidrosadenitis 2 %, y otros 25 % (5).

Actualmente no hay un consenso universal para la clasificación de las lesiones vulvares; algunas asociaciones como es el caso de la *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), en 2011, ofreció un esquema (6) que permite, paso a paso, llegar a un diagnóstico adecuado basado en los hallazgos clínicos, minimizando el uso

inadecuado de los recursos económicos y evitando la toma de biopsias innecesarias. En Venezuela, no se cuenta con un registro actualizado que permita conocer la prevalencia y características derivadas de estas lesiones en la población femenina. De ahí la importancia por la cual se realiza este estudio para caracterizar epidemiológicamente las lesiones vulvares en la población. El objetivo fue analizar las características clínicas de las lesiones vulvares en pacientes que asistieron a la consulta de ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) desde febrero de 2023 hasta enero del 2024.

MÉTODOS

Estudio analítico, de corte transversal. Se incluyeron a todas (n=135) las lesiones vulvares provenientes de 127 pacientes que acudieron a la consulta de ginecología. Se excluyeron aquellas con registro incompleto de la información, pacientes con déficit cognitivo, y/o con anomalías congénitas.

Durante visitas se coordinó con los profesionales en ginecología y residentes de la consulta externa la metodología, se entregó y socializó el material guía basado en la terminología de la ISSVD 2011, con el objetivo de unificar criterios y conceptos que permitieran el adecuado reporte de las lesiones vulvares. Un integrante del grupo investigador, al iniciar la consulta de ginecología, les explicó a las pacientes el objetivo del estudio y los beneficios esperados, las pacientes que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado. Se realizó un diagnóstico clínico con base en la terminología, clasificación y paso a paso propuestos por la ISSVD en el año 2011, la evaluación inicial se hizo a ojo desnudo. Cuando una misma paciente presentaba diferentes tipos de lesiones vulvares, estas se clasificaron y analizaron como lesiones individuales. De acuerdo a las guías

nacionales e internacionales, se tomó biopsia en los casos de sospecha de malignidad, duda diagnóstica o ante un fallo terapéutico.

Se efectuaron contrastes de hipótesis a un nivel de confianza del 95 % empleando la prueba de Kappa. Los cálculos se realizaron con el *software* IBM SPSS para Windows versión 27.

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos), y la Revista Venezolana de Salud Pública, apegada a las buenas prácticas de una publicación científica, esta investigación se consideró como una investigación con riesgo mínimo, teniendo en cuenta que la impresión diagnóstica se basó en la recolección de datos a través de la ficha de recolección de datos, el examen físico directo y la toma de biopsias solo en casos establecidos en guías internacionales.

RESULTADOS

Se estudiaron 135 lesiones vulvares en 127 mujeres que asistieron a la consulta de ginecología del IAHULA desde febrero de 2023 hasta enero de 2024; la cual contó con un total de 3133 consultas, siendo 667 historias de primera y 2466 historias sucesivas.

La media de edad de las pacientes fue $47,12 \pm 18,961$ años. En la tabla 1 se observa que los porcentajes más altos estuvieron en los grupos de edad de 31 a 45 años (25,2 %, n = 34) y de 61 a 75 años (25,2 %, n = 34). La raza más frecuente fue mestiza (65,9 %, n = 89). La escolaridad con mayor frecuencia fue bachillerato (n = 76; 56,3 %). Hubo baja frecuencia de hábito tabáquico (14,8 %), además 11,1 % indicó ser diabético, 8,1 % presenta antecedentes oncológicos (más frecuente cáncer de cuello uterino) y 0,7 % reportó enfermedad autoinmune. La mayor frecuencia

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las pacientes de la muestra

Características	n	%
Edad (años)		
15-30	29	21,5
31-45	34	25,2
46-60	33	24,4
61-75	34	25,2
76-90	5	3,7
Etnia		
Mestiza	89	65,9
Blanca	34	25,2
Negra	10	7,4
Indígena	2	1,5
Escolaridad		
Ninguno	2	1,5
Primaria	31	23,0
Bachiller	76	56,3
Técnico medio	11	8,1
Técnico superior	3	2,2
Universitario	12	8,9
Hábito tabáquico	20	14,8
Diabetes mellitus	15	11,1
Enfermedades autoinmunes	1	0,7
Enfermedades oncológicas	11	8,1
Cáncer de cuello uterino	3	2,2
Cáncer de glándulas salivales	2	1,5
Otras	6	4,4
Gestaciones		
Ninguna	9	6,7
Una o dos	67	49,7
Tres o cuatro	39	28,8
Cinco a mas	20	14,8
ITS		
Niega	97	71,9
VPH	36	26,7
VIH	1	0,7
Sífilis	1	0,7
Consumo de anticonceptivos		
ACO	25	18,5
DIU	11	8,1
Otros	5	3,7

ITS: infecciones de transmisión sexual, VPH: virus de papiloma humano; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; ACO: anticonceptivos orales; DIU: dispositivo intrauterino.

de eventos obstétricos fue de 1 o 2 gestas (49,7 %), el 71,9 % negó antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), siendo la infección por VPH más común (26,7 %), solo el 18,5 % indican consumo de anticonceptivos orales (ACO), las pacientes posmenopáusicas representan ligeramente menor proporción (45,9 %) siendo 1 a 5 años la mayor frecuencia de ausencia de la menstruación (13,3 %).

En la tabla 2 se presenta la distribución de pacientes según el uso de productos de higiene personal: 75 (55,6 %) refiere uso de toallas sanitarias y 76 (56,3 %) protectores diarios, mientras que los productos tópicos vulvares solo fue referido por 13 pacientes (9,6 %).

Tabla 2. Uso de productos de higiene personal por las pacientes

	n = 135	%
Toallas sanitarias	75	55,6
Protectores diarios	76	56,3
Productos tópicos vulvares	13	9,6

Se observa en la tabla 3 la correlación de diversos factores con los hallazgos clínicos, destacando en las lesiones inflamatorias el uso de toallas sanitarias en 25 casos (33,3 %) y el uso de protectores diarios en 41 pacientes (53,9 %), estaban en edad reproductiva solo 24 (32,9 %) siendo una población en su mayoría en periodo menopaúsico. En las lesiones infecciosas es significativo el uso de toallas sanitarias (50,7 %), usan protectores diarios 22 (28,9 %) y se encuentran en edad reproductiva (52,1 %). En las pacientes con lesiones con connotación malignas al examen físico, pocas usan toallas sanitarias (1,3 %) y solo 1 (1,4 %) estaba en edad reproductiva.

*CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES VULVARES EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES*

Tabla 3. Factores asociados con hallazgos clínicos de las lesiones en vulva

Hallazgos clínicos	Toallas sanitarias	Protectores diarios	Edad reproductiva
Inflamatorias	25 (33,3)	41 (53,9)	24 (32,9)
Infecciosas	38 (50,7)	22 (28,9)	38 (52,1)
Benignas	9 (12,0)	6 (7,9)	9 (12,3)
Preinvasoras	2 (2,7)	3 (3,9)	1 (1,4)
Malignas	1 (1,3)	4 (5,3)	1 (1,4)
<i>p</i>	< 0,001	0,309	< 0,001

De acuerdo a lo establecido por ISSVD en el 2011, para llegar a un diagnóstico de las lesiones vulvares se definen características clínicas que guían dicha presunción diagnóstica, entre los hallazgos observados en el gráfico 1, se destaca por presentar mayor frecuencia, las placas (37,8 %) seguida por los nódulos (19,3 %).

En la tabla 4 se recopila parte de las características clínicas evaluadas, siendo las lesiones redondeadas/ovaladas las más frecuentes (48,9 %), observando la superficie lisa en el 65,2 %, lesiones bien circunscritas

(55,6 %), predominando las de color blanco (30,4 %), en áreas mixtas (47,4 %), sin tratamientos previos (83,7 %), el mayor porcentaje contaba con una única lesión (69,6 %), el tiempo de evolución más resaltante fue 1 a 6 meses (37 %) y sin lesiones en otras áreas (94,1 %).

Se agruparon las lesiones para un mejor estudio de los datos, confeccionándose las siguientes clasificaciones observada en el grafico 2, las lesiones inflamatorias fueron las más frecuentes (45,9 %).

Gráfico 1. Patrón de la lesión de la vulva

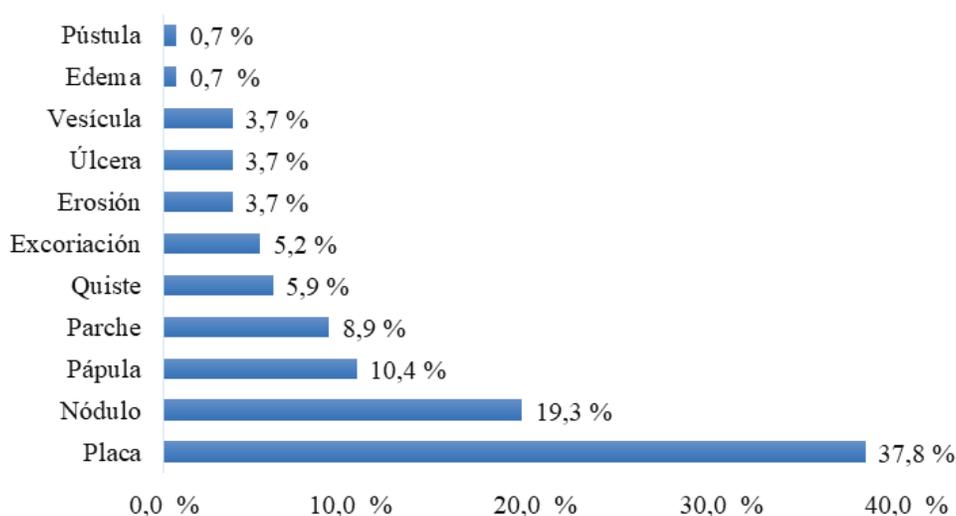
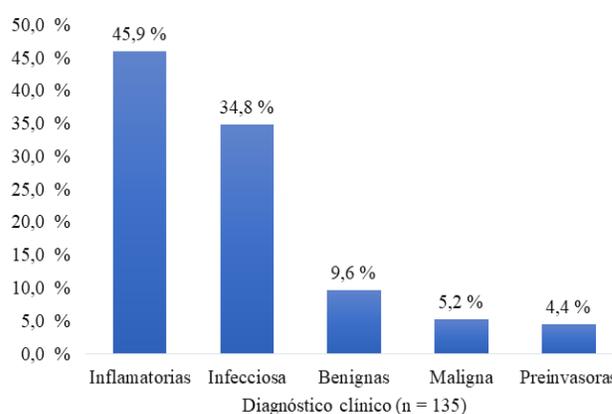


Tabla 4. Características clínicas de las lesiones en vulva

Características	n	%
Configuración		
Redondeada/Oval	66	48,9
Serpiginosa	63	46,7
Angular	6	4,4
Superficie de la lesión		
Lisa	88	65,2
Rugosa	47	34,8
Márgenes de la lesión		
Bien circunscrita	75	55,6
Pobremente circunscrita	60	44,4
Color de la lesión		
Blanca	41	30,4
Roja	36	26,7
Piel	27	20,0
Marrón	24	17,8
Gris	4	3,0
Negro	3	2,2
Zona de la lesión		
Mixta	64	47,4
Pilosa	50	37,0
No pilosa	21	15,6
Tratamientos previos de la lesión		
Si	22	16,3
No	113	83,7
Número de lesiones		
1	94	69,6
2-5	25	18,5
6-10	10	7,5
11-25	6	4,4
Tiempo de aparición (meses)		
< 1	12	8,9
1-6	50	37,0
7-12	24	17,8
13-24	16	11,9
25-48	18	13,3
> 48	15	11,1
Lesiones localizadas en otras áreas de la piel		
Si	8	5,9
No	127	94,1

Gráfico 2. Diagnóstico clínico de las lesiones de la vulva



En la tabla 5 se describen los grupos de las lesiones diagnosticadas por clínica, resaltando en el grupo de lesiones inflamatorias: el liquen escleroso (23,7 %), la dermatitis de contacto (7,4 %), sin dejar de mencionar un caso síndrome de Behcet. En el grupo de lesiones infecciosas: condiloma (20,7 %) y vulvitis candidiásica (3,0 %); entre las benignas: papilomatosis vestibular (3,0 %). En las lesiones malignas destacó el carcinoma (3,7 %) y en las preinvasoras, las NIV (4,4 %).

Se requirió corroborar el diagnóstico clínico mediante toma de biopsia en 76 casos (56,3 %). Los resultados se agruparon como lesiones inflamatorias (61,6 %), infecciosas (13,7 %), malignas (9,6 %), benignas (8,3 %) y preinvasoras (6,8 %).

En la tabla 6 se describen los grupos de lesiones según su reporte anatomopatológico evidenciando en el grupo de lesiones inflamatorias una mayor frecuencia de liquen escleroso (31,5 %) y resaltando la corroboración de un caso de síndrome de Behcet y el hallazgo de un caso de enfermedad de Hailey-Hailey. Entre las infecciosas: condiloma acuminado (13,7 %). Benignas: pólipo fibroepitelial (4,1 %). Malignas: carcinoma verrugoso (4,1 %) y reportando un caso de adenocarcinoma mucinoso de la glándula de Bartholino.

*CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES VULVARES EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES*

Tabla 5. Diagnóstico clínico de las lesiones de la vulva de las pacientes

Lesiones	n	%
Inflamatorias		
Liquen escleroso	32	23,7
Dermatitis de contacto	10	7,4
Vitiligo	8	5,9
Dermatitis irritativa	5	3,7
Liquen plano	3	2,2
Acantosis nigricans	3	2,2
Síndrome de Behcet	1	0,7
Infecciosas		
Condiloma	28	20,7
Vulvitis candidiásica	4	3,0
Herpes	3	2,2
Bartholinitis	7	5,2
Molusco contagioso	2	1,5
Celulitis abscedada	1	0,7
Foliculitis	1	0,7
Micosis cutánea	1	0,7
Benignas		
Lentigos	3	2,2
Papilomatosis vestibular	4	3,0
Siringoma	2	1,5
Acrocordón	2	1,5
Hemangioma	1	0,7
Quiste epidermoide	1	0,7
Malignas		
Carcinoma	5	3,7
Melanoma	1	0,7
Enfermedad de Paget	1	0,7
Preinvasoras		
Neoplasia intraepitelial vulvar	6	4,4

En la tabla 7 se observa que la relación entre los grupos etarios y los hallazgos clínicos y anatomopatológicos. Entre 15 a 45 años fueron más frecuentes las lesiones infecciosas (58,7 %) no ameritando en mayor frecuencia toma de biopsia (63,5 %). Entre 46 a 90 años predominaron las lesiones inflamatorias tanto por clínica (61,1 %) como por estudio histológico (45,8 %).

En la tabla 8 se presenta la relación entre los hallazgos clínicos y anatomopatológicos, se determinó que existen diferencias estadísticamente significativas

Tabla 6. Hallazgos anatomopatológicos de las lesiones de la vulva

Lesiones	n	%
Inflamatorias		
Liquen escleroso	23	31,5
Liquen plano	13	17,8
Vitiligo	6	8,2
Dermatitis crónica	1	1,4
Síndrome de Behcet	1	1,4
Enfermedad de Hailey-Hailey	1	1,4
Infecciosas		
Condiloma Acuminado	10	13,7
Benignas		
Pólipo fibroepitelial	3	4,1
Lentigo simple	1	1,4
Queratosis seborreica pigmentada	1	1,4
Nevus pigmentado verrugoso	1	1,4
Malignas		
Carcinoma verrugoso	3	4,1
Carcinoma escamoso	1	1,4
ADC mucinoso de la glándula de Bartholino	1	1,4
Melanoma pigmentado	1	1,4
Enfermedad de Paget	1	1,4
Preinvasoras		
Lesión intraepitelial de bajo grado	4	5,5
Lesión intraepitelial de alto grado	1	1,4

ADC; adenocarcinoma.

Tabla 7. Diagnóstico clínico de las lesiones de la vulva de las pacientes según la edad

	Edad (años)		p
	15 a 45 n = 63	46 a 90 n = 72	
Hallazgos clínicos			< 0,001(*)
Inflamatorias	18 (28,6)	44 (61,1)	
Infecciosa	37 (58,7)	10 (13,9)	
Benignas	8 (12,7)	5 (6,9)	
Preinvasora	0	6 (8,3)	
Maligna	0	7 (9,7)	
Hallazgos anatomopatológicos			< 0,001(*)
No indica	40 (63,5)	19 (26,4)	
Inflamatorias	12 (19)	33 (45,8)	
Infecciosa	8 (12,7)	2 (2,8)	
Benignas	1 (1,6)	5 (6,9)	
Malignas	0	7 (9,7)	
Preinvasoras	0	5 (6,9)	
No procesaron biopsia	2 (3,2)	1 (1,4)	

Tabla 8. Relación de los hallazgos clínicos y anatomopatológicos de las lesiones de la vulva de las pacientes

Hallazgos clínicos	Inflamatorios	Infecciosas	Benignas	Malignas	Preinvasoras	<i>p</i>
Inflamatorias	45 (100)	0	0	0	0	< 0,001
Infecciosa	0	10 (100)	4 (66,7)	0	0	
Benignas	0	0	1 (16,7)	0	0	
Preinvasoras	0	0	0	1 (14,3)	5 (100)	
Malignas	0	0	1 (16,7)	6 (85,7)	0	

Nota: se utiliza índice Kappa = 0,621 y $p < 0,01$. Asociación V Cramer 82 %.

a un nivel de confianza del 95 %, lo cual indica que ambas variables presentan buena concordancia (0,621), esto muestra que existió un alto porcentaje de hallazgos clínicos asociados con los hallazgos anatomopatológicos.

DISCUSIÓN

La prevalencia real de enfermedades de la vulva es desconocida por muchas razones, destacando el tabú de la zona vulvar que hace que las pacientes las discutan menos con sus médicos. En Venezuela, no hay datos suficientes que permitan determinar la prevalencia e incidencia de las lesiones vulvares.

En este estudio se determinó que los porcentajes más altos de las edades se encontraron en los grupos etarios de 31 a 45 años (25,2 %) y de 61 a 75 años (25,2 %) y el promedio fue de 47 años; menor a lo reportado en el estudio de Fernández y cols. (3), en Argentina, en 2017, quienes reportaron un promedio de 55 años, pero superior a la media reportada por García y Forero (2), en Bogotá, Colombia, quienes encontraron una media de 34 años (rango de 18 a 93 años). En relación con el único registro venezolano de la consulta de patología de la vulva (casuística) HVC, en 1985 (5), encontraron mayor

frecuencia en dos grupos etarios 21-30 años y 51- años, con 24,5 % cada uno.

Se observó un predominio de la raza mestiza, en consonancia con la población venezolana, y similar a los resultados en Colombia de 2019 (2).

En relación con los antecedentes clínicos, se estableció que el hábito tabáquico es menos frecuente, datos similares a los reportados en Colombia (2), donde la población, en su mayoría, no reporta hábitos tabáquicos. Los antecedentes de diabetes, enfermedades autoinmunes y oncológicos personales no tuvieron frecuencias significativas.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos de la población, se encontró que los eventos obstétricos más frecuentes fueron 1 o 2 gestaciones en el 49,7 %, la mayoría niega infecciones de transmisión sexual, y de las pacientes que lo indican la más frecuente es la infección por virus de papiloma humano (VPH) (26,7 %), destacándose que este antecedente se encontró en 3 de 7 pacientes con diagnósticos de lesiones malignas y en 4 de 5 pacientes con lesiones preinvasoras. Según lo establecido en la literatura, las mujeres que tienen antecedentes de verrugas genitales o enfermedades relacionadas con el VPH, poseen un riesgo relativo de carcinomas *in situ* e infiltrante mayor (7).

*CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES VULVARES EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES*

Entre los factores asociados que pueden influir en los hallazgos clínicos de las lesiones vulvares se evaluaron el uso de toallas sanitarias, encontrando una frecuencia de 55,6 %, protectores diarios en un 56,3 % y la edad reproductiva en el 54,1 % de la población. Se evidenció que, en las pacientes con lesiones inflamatorias, en su mayoría no usan toallas sanitarias (61,7 %) pero si protectores diarios (53,9 %). En las lesiones infecciosas es más frecuente el uso de toallas sanitarias (50,7 %), a diferencia de las usuarias de protectores diarios que representan solo el 28,9 %. En lesiones malignas solo un paciente refiere el uso de toallas sanitarias (1,3 %) y cuatro son usuarias de protectores diarios (5,3 %), existiendo diferencias estadísticamente significativas; datos que concuerdan con los estudios en Colombia 2019 (2), donde reportan que casi 2/3 de la población estudiada utilizaba productos como toallas sanitarias y tampones, y se observó que el 35,45 % de estas pacientes presentaron lesiones vulvares.

La menopausia es otro factor con influencias en la génesis de lesiones vulvares, se observó un mayor porcentaje de pacientes en edades reproductivas (54,1 %), sin embargo se determinó que las pacientes con lesiones inflamatorias se encuentran más frecuentemente en posmenopausia (representando el 61,3 % del total de pacientes posmenopáusicas); las pacientes con lesiones infecciosas por lo general se encuentran en edad reproductiva (52,1 %) y las lesiones malignas se asocian, en mayor medida, a estados posmenopáusicos. En concordancia con los hallazgos expuestos Galindo (8), en 2014, en su estudio de prevalencia de enfermedades de vulva según grupos etarios, quien reporta que las pacientes en edad fértil presentan, en su mayoría, lesiones infecciosas, y en las posmenopáusicas, el diagnóstico más frecuente corresponde a liquen escleroso (lesión inflamatoria); lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial. Las lesiones con criterio de malignidad son casi exclusivas de mujeres posmenopáusicas.

De acuerdo a lo establecido por ISSVD en el 2011 (6), para llegar a un diagnóstico de las lesiones vulvares

se definen características clínicas que guían dicha presunción diagnóstica. Dentro de las lesiones primarias observadas con mayor frecuencia en las pacientes se obtuvo: las placas (37,8 %) seguida por los nódulos (19,3 %), redondeadas/ovaladas las más frecuentes (48,9 %), con la superficie lisa en el 65,2 %, lesiones bien circunscritas (55,6 %), predominando las de color blanco (30,4 %), en áreas pilosas y no pilosas (47,4 %). Las lesiones más frecuentes reportadas por García y Forero (2) fueron lesiones pigmentadas oscuras tipo mácula, igualmente hacen referencia que el 51,04 % de las lesiones se ubicaron en la zona pilosa, y los diagnósticos más comunes fueron la melanosis vulvar (25,69 %), seguido de los nevus (16,66 %) y el liquen simple crónico (7,63 %). En la investigación presente se obtuvieron como hallazgos clínicos de mayor frecuencia, entre las lesiones inflamatorias: el liquen escleroso (23,7 %) dermatitis de contacto (7,4 %) y sin dejar de mencionar un caso síndrome de Behcet. En el grupo de lesiones infecciosas: condiloma (20,7 %) y vulvitis candidiásica (3,0 %), benignas: papilomatosis vestibular (3,0 %), malignas: carcinoma (3,7 %) y preinvasoras: NIV (4,4 %).

Siguiendo los criterios de toma de biopsia establecidos por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (9), se obtuvieron un total de 76 muestras (56,3 %), de las cuales, según el resultado, igualmente se agruparon en 5 tipos de lesiones: inflamatorias (61,6 %), infecciosa (13,7%), malignas (9,6%), benignas (8,3%), preinvasoras (6,8 %), y en 3 pacientes no se procesaron las biopsias. Este número de biopsias fue mayor al reportado por García y Forero (2), quienes tomaron biopsias al 17 % de las lesiones, usando los mismos criterios para la toma de biopsia.

Tomado en cuenta los reportes específicos obtenidos de los estudios histopatológicos se determinó que, en el grupo de lesiones inflamatorias, la mayor frecuencia estuvo en liquen escleroso (31,5 %), se corrobora un caso de síndrome de Behcet y el hallazgo de un caso de enfermedad Hailey-Hailey; en las infecciosas, predominan los condiloma acuminado (13,7 %), en las

lesiones benignas los pólipo fibroepitelial (4,1 %), en las malignas: carcinoma verrugoso (4,1 %) y se reporta un caso de adenocarcinoma mucinoso de la glándula de Bartholino; en cuanto a las lesiones preinvasora se diagnosticaron lesiones de bajo grado (5,5 %). En concordancia a los resultados obtenidos por Fernández y cols. (3), quienes tuvieron un total de 2671 consultas y evaluaron 214 estudios histopatológicos, reportando una mayor frecuencia en las lesiones inflamatorias (33,6 %), siendo el liquen escleroso el mayor representante de esta categoría (41,67 % de los casos, $n = 30$); lesiones malignas (22,8 %) siendo la lesión de alto grado la más reportada (48 %), en las lesiones benignas (17,7 %), se encontró fibroma blando (23 %), infecciosas (8,4 %) con predominio de verrugas (66 %) (3). Por su parte, Galindo (8) reportó que el 52,7 % de las patologías vulvares fueron de origen infeccioso, seguida por la tumoral (21,8 %) y las inflamatorias (19,4 %). Anzola y cols. (10) determinaron la incidencia en el servicio oncológico hospitalario de los seguros sociales de caracas en el período de 2003- 2014, con 24 casos de pacientes con neoplasia malignas de vulva, el promedio de edad fue de 53 años. El tipo histológico más frecuente fue el epidermoide (80 %) seguida por el melanoma (8 %).

Cuando se evalúan los grupos etarios en relación con los hallazgos clínicos y anatomopatológicos, se encontró que en los grupos de 15 a 45 años son más frecuentes las lesiones infecciosas (27,4 %), que no ameritaron, en su mayoría, toma de biopsia (63,5 %), de 46 a 90 años predominan las lesiones inflamatorias tanto por clínica (32,6 %) como por estudio histopatológico (44,4 %) ($p < 0,001$), encontrándose entonces que la edad mayor de 46 años es un factor que se asocia con mayor frecuencia de lesiones vulvares, particularmente, las inflamatorias. Corroborando esta información, García y Forero (2) establecieron que el 56,1 % de las mujeres mayores de 49 años y el 32,9 % de las menores a 49 años, presentaron lesión vulvar con un RR 1,7 (IC 95 % 1,4–2,1; $p < 0,005$).

Basados en las recomendaciones ISSVD 2011 (6), se examinó a simple vista, o con una lupa de 2 o 3 aumentos, el área vulvar. Actualmente, no hay datos suficientes para recomendar el uso de un aumento de mayor poder, como con un colposcopio. Debido a que se carece tanto de sensibilidad como de especificidad, no se recomienda el uso de ácido acético como herramienta para el examen vulvar de rutina (6). Se observó la relación entre los hallazgos clínicos y anatomopatológicos de las lesiones, determinándose que existen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95 %, lo cual indica que ambas variables presentan concordancia, esto muestra que existió un alto porcentaje de hallazgos clínicos asociado con los hallazgos anatomopatológico del 82 %, con un índice Kappa = 0,621, superior a lo publicado por García y Forero (2), quienes encontraron una concordancia clínico-histológica de lesiones vulvares del 68% con un índice de kappa de 0,4.

Se concluye que la frecuencia de las lesiones vulvares observada fue coincidente con la literatura médica consultada. Las lesiones vulvares se observaron en mayor porcentaje en dos grupos etarios 31 a 45 años y de 61 a 75 años, en cada grupo existió una cuarta parte de la muestra, estando en gran relación con factores asociados con el estado reproductivo.

Se encontró una mayor frecuencia en lesiones inflamatorias, siendo el liquen escleroso el principal diagnóstico, predominando en pacientes posmenopáusicas, sin embargo 3 de cada 10 mujeres se encontraban en edad reproductiva. Las lesiones infecciosas (condilomas) son más frecuentes en pacientes en edad fértil. En las lesiones preinvasoras, coinciden con antecedentes de infección con VPH, más de la mitad de las pacientes reportaron uso de toallas sanitarias y/o protectores diarios. La edad mayor de 46 años representa un factor que se asocia con mayor frecuencia de lesiones vulvares

Los hallazgos al examen físico fueron variados, predominado las características como lesión primaria

*CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS LESIONES VULVARES EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA
DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES*

las placas, redondeadas/ovaladas, de superficie lisa, bien circunscritas de coloración blanquecina y en áreas mixtas. Se determinó una buena correlación clínica y anatómica histológica de las lesiones vulvares, con una asociación del 82 %.

Se recomienda: a) realizar un adecuado examen físico basados en los criterios establecidos por ISSVD del 2011 como guía para el personal evaluador, lo que ha demostrado gran correlación histopatológica, convirtiéndola en una herramienta ideal y de fácil utilidad; b) propiciar la creación de una consulta especializada en patología vulvar en el servicio, con profesionales calificados tanto ginecólogos como anatomopatólogos; que permita el diagnóstico oportuno, un manejo apropiado y certero de las pacientes; c) educar a todas las usuarias del servicio de ginecología acerca del cuidado y autodetección de patologías vulvares que pudieran afectar su calidad de vida; d) mejorar el registro estadístico institucional y fichas de recolección de datos de las pacientes que acuden a la consulta externa de ginecología IAHULA; e) fortalecer los programas de educación de pregrado y posgrado para mejorar las competencias y habilidades en la búsqueda, abordaje y manejo de las mujeres con lesiones vulvares basados en las recomendaciones internacionales; se recomienda la realización de nuevos estudios de investigación sobre este tema.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Ruiz V, Correa LA, Hernández N, Velásquez MM. Dermatitis de la vulva. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dematol* [Internet]. 2014 [consultado 10 de febrero de 2023]; 22(4):317-30. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/268>.
2. García RS, Forero VS. Frecuencia de lesiones dermatológicas vulvares clínicamente detectadas en dos unidades de colposcopia en Bogotá, 2019 [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2021 [consultado 10 febrero 2023]61. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78773>
3. Fernández MJ, Senarega A, Vidal J, Chessé C, Abaca MC, Innocenti C, *et al.* Patología vulvar benigna y maligna. Estudio retrospectivo de 15 años. *Dermatol Argent* [Internet]. 2018 [consultado el 10 de febrero de 2023];24(2):81-7. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1768>.
4. Anemüller W, Recke A, Altgassen C, Kelling K. Developing an interdisciplinary consultation service for vulvar disorders. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2012 May;10(5):350-7. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2012.07837.x.
5. Hernández R, Weiss E, Pérez Alfonso R, Piquero Martín J, Acosta H. Casuística de la consulta de vulva. *Rev Dermatol Venez* [Internet]. 1986 [consultado el 10 de febrero de 2023]; 24(2, 3 y 4):127-124. Disponible en: <https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/944>.
6. Lynch PJ, Moyal-Barracco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD Terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):339-44. DOI: 10.1097/LGT.0b013e3182494e8c.
7. Staringer JC. Cáncer de vulva. En: Forestieri OÁ, Uranga A, editores. *Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención.* Universidad Nacional de La Plata (UNLP) [Internet]; 2022 [consultado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147932>.
8. Galindo LF. Prevalencia de enfermedades de vulva según grupos etarios en pacientes estudiados con biopsia de piel en una institución de tercer nivel entre los años 2009 a 2013 [tesis en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [consultado 10 de febrero 2023]. Disponible: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52237>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. *Obstet Gynecol.* 2020;136(1):e1-e14. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003944.
10. Anzola F, Lobo JC, Márquez M, Jurado J. Neoplasias malignas de vulva. Incidencia registrada en el Servicio Oncológico Hospitalario de los Seguros Sociales. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2015 [consultado 10 de febrero 2023]; 27(4):232-8. Disponible en: [https://site.oncologia.org.ve/upload/revista/pdf/06._anzola_f_\(232-238\).pdf](https://site.oncologia.org.ve/upload/revista/pdf/06._anzola_f_(232-238).pdf)

Recibido 20 de agosto de 2024
Aprobado para publicación 30 de septiembre de 2024