

Archivos Médicos
Medical Records of

de Actualización en:
Lower Genital Tract Update

Tracto Genital Inferior

Editorial

Artículo Original
Original Article

Comunicación Científica
Scientific Communication

Perspectiva de un Profesional en TGI
Point of View Professional at TGI

Artículo de Revisión
Review Article

Mirada Cultural en TGI
Cultural Look at TGI



Enfermedades de la Vulva





El formato electrónico de la presente revista se encuentra indexado en las siguientes páginas
The electronic format of this journal is indexed in the following websites:

**Universidad de Guadalajara,
Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS)**

<http://www.cucs.udg.mx/> buscar en: **servicios: después: publicaciones periódicas**

Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde Guadalajara, Jal. México

<http://www.hcg.udg.mx> buscar en: **enseñanza e investigación, en la pestaña: investigaciones y publicaciones**

Blogspot: División Ginecología y Obstetricia

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal. México

<http://frayantonioalcalde.blogspot.com>

Página de Revistas de la Universidad Nacional Autónoma de México:

[www.latindex.org:](http://www.latindex.org)

Revistas Biomédicas Latinoamericanas:

Imbiomed www.imbiomed.com.mx

Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior, Año IV, No. 7, Octubre 2012, es una publicación semestral editada en formato electrónico en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde a través del Departamento de Enseñanza e Investigación, y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, calle Hospital # 278, Col. El Retiro, Sector Hidalgo, C.P. 44280, Tel. (33) 3640-1482 y (33) 36 42 49 77, <http://www.hcg.udg.mx>, http://www.hcg.udg.mx/Sec_Inicio/Rev_Oncologia/RevOncologia <http://frayantonioalcalde.blogspot.com/>, dramlag@hotmail.com, displasias_hcivil@live.com.mx. Editor responsable: Dra. María de Lourdes Aguilar Garay Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-120811433900-203. ISSN XXXX, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de autor. Fecha de la última modificación, 30 septiembre 2012.

La revista: "Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior", es una publicación semestral en la especie de difusión vía computo, de distribución gratuita. The journal "Medical Records Update in Lower Genital Tract", is published twice a year in the kind of computing via diffusion of free distribution.

CONTENIDO

CAPÍTULO
A CONTENIDO - EDITORIAL

Maria de La Merced Ayala Castellanos

B DIRECTORIO
I. ENFERMEDADES DE LA VULVA

Dr. Stefan Seidl

Parte 1. Diagnóstico y Ayuda con las

Pruebas de Tinción en Colposcopia

Parte 2. Líquen Escleroso Vulvar y
Vulvoscopia

Parte 3. La Neoplasia Intraepitelial de la
Vulva. Lesiones Blancas-Leucoplasia

Parte 4. La Neoplasia Intraepitelial de la
Vulva. Lesiones Rojas, Eritroplasias.

Parte 5. El Color Marrón Oscuro
Intraepitelial. La Neoplasia de la Vulva

II. TEST DE LUGOL EN VULVA

Teresita Audisio

III. CIRUGIA COSMETICA FEMENINA

Producto De La Publicidad

Víctor Manuel Vargas Hernández

IV. DERMATITIS DE CONTACTO EN VULVA

Condiciones que la generan y abordaje
Terapéutico.

Norma Rodríguez Martínez

V. NOMENCLATURA 2011

*Federación Internacional
De Colposcopia Y
Patología Cervical: IFCPC*

VI. MIRADA CULTURAL en TGI

*“Representación Artística de la Vulva,
en el Arte Contemporáneo”*
Maria de Lourdes Aguilar Garay

VII. NORMAS PARA AUTORES

Editorial



El manejo expectante de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado es cada día una práctica más común y aceptada tanto por los clínicos como por las pacientes afectadas.

Dado que alrededor de un 70 hasta un 90% de éstas lesiones pueden regresar espontáneamente en un plazo de alrededor de dos años, esta conducta se sugiere siempre y cuando la paciente sea confiable y cumplida, en especial si son adolescentes o menores de 21 años.

La vigilancia se puede llevar a cabo por medio de citología, colposcopia, detección de ADN del VPH o cualquier combinación de éstas.

El peligro latente de optar por el manejo expectante se relaciona principalmente con la falta de cumplimiento, el riesgo de pasar por alto una lesión de alto grado además de la ansiedad y el temor que algunas pacientes manifiestan.

Dra. Ma. de la Merced Ayala Castellanos
Unidad de Colposcopia
Hospital Civil de Guadalajara
“Fray Antonio Alcalde”
Universidad de Guadalajara
marimer66@yahoo.com.mx



DIRECTORIO

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado
Rector General, Universidad de Guadalajara (U de G)

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
Rector: CUCS

HOSPITAL CIVIL de GUADALAJARA, “FRAY ANTONIO ALCALDE” (HCGFAA)

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Director General: OPD Hospitales Civiles de GDL
Dr. Rigoberto Navarro Ibarra
Director AHCGFAA
Dr. José Antonio Mora Huerta
Subdirector: Enseñanza e Investigación, HCGFAA
Dr. José Enrique Cabrales Vázquez
Jefe de Servicio: Oncología, HCGFAA
Dr. Francisco Alfaro Baeza
Jefe de División: Ginecología y Obstetricia: HCGFAA
Dr. Roberto Larios Casillas
Responsable: Sección Pelvis: Servicio Oncología, HCGFAA
Dra. María de Lourdes Aguilar Garay
Responsable: Clínica de Colposcopia en el Servicio de Oncología, HCGFAA
Dr. José Pedro Chávez Chávez
Responsable: Clínica de Colposcopia: del Instituto Jalisciense de Cancerología, Secretaría de Salud en Jalisco



PROFESORES COLABORADORES

Dr. Stefan Seidl (Alemania)
Dra. Teresita Audisio (Argentina)
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández (México, Méx)
Dra. Norma Rodríguez Martínez (Guadalajara (GDL), Jal, Méx)
Dra. María de la Merced Ayala Castellanos (GDL, Jal, Méx)
Dra. Ma. de Lourdes Aguilar Garay (GDL, Jal., Méx)

CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Enrique Cabrales Vázquez
Jefe: Servicio Oncología, HCFAA
Dr. Roberto Larios Casillas
Responsable: Sección Pelvis/Oncología/HCFAA
Dr. Francisco Alfaro Baeza
Jefe de División: Ginecología y Obstetricia, HCGFAA
Dr. Virgilio Valladares García
Jefe, Servicio Ginecología HCFAA
Dr. Arnoldo Guzmán Martínez
Jefe, Servicio Obstetricia, HCGFAA
Dr. Gabino de Jesús Vaca Carbajal
Jefe, Servicio Endoscopía Ginecológica, HCGFAA
Dra. Ma. de la Merced Ayala Castellanos
Coordinador General Diplomado en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior (CPTGI), U de G
Dr. José Pedro Chávez Chávez
Profesor Titular Diplomado CPTGI, U de G
Dra. María de Lourdes Aguilar Garay
Responsable Sección Colposcopia, Servicio de Oncología HCGFAA.

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Dra. Ma. De Lourdes Aguilar Garay
Dr. José Pedro Chávez Chávez

EDITOR FUNDADOR

Dra. María de Lourdes Aguilar Garay

ACABADO

Departamento de Comunicación Social e Informática

Lic. José Guadalupe Cervantes López

ENFERMEDADES DE LA VULVA

Autor: Dr. Stefan Seidl*

PARTE 1:

**DIAGNÓSTICO Y AYUDA CON LAS PRUEBAS DE TINCIÓN
EN COLPOSCOPIA**

PARTE 2:

LIQUEN ESCLEROSEN VULVAR Y VULVOSCOPIA

PARTE 3:

**LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE LA VULVA. LESIONES
BLANCAS – LEUCOPLASIA**

PARTE 4:

**A) LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE LA VULVA
B) LESIONES ROJIZAS – ERITROPLASIAS**



PARTE 5:

EL COLOR MARRÓN OSCURO INTRAEPITELIAL, LA NEOPLASIA DE LA VULVA

El Dr. Seidl menciona:

La colposcopia tiene una morfología y un aspecto funcional.

En términos de diagnóstico precoz y un tratamiento precoz de procesos malignos, la morfología juega el papel principal. Una visión estereoscópica y ampliada de las superficies de los órganos afectados proporciona información detallada sobre la estructura del tejido que se encuentra bajo la superficie. Un colposcopista con formación básica en Histología será capaz de diagnosticar la morfología de la superficie con un alto grado de precisión.

De ahí el dicho de “**La Histología es la base de cualquier éxito en colposcopia**”

En la siguiente obra científica aportada por el autor, (se exponen de manera detallada y actual, los aspectos colposcopicos e histológicos de las enfermedades vulvares que nos presenta. El contenido escrito y las magníficas fotografías colposcópicas e histológicas que observamos, demuestran la excelencia en el conocimiento de ambas especialidades.

Dr. Seidl mentioned:

Colposcopy has a morphological and a functional aspect. In terms of early diagnostics and early therapy of malign processes, morphology plays the leading part. A stereoscopic and magnified view of the surfaces of affected organs provides insights into the tissue structure below. A Colposcopist with basic training in Histology will be able to diagnose surface morphology with a high degree of accuracy. Hence the saying **Histology is the basis for any successful Colposcopy!**

The following scientific work contributed by the author, are presented in detail and present colposcopic and histological aspects of vulvar disease presents. The written content and stunning photographs that look colposcopic and histological demonstrate excellence in the knowledge of both disciplines.

*Esta obra original completa (5 partes) fue realizada y aportada para ésta revista por el autor: Dr. Stefan Seidl -Einsendelabor Hamburgo, Alemania- Publicada en la revista alemana “derm” 2011/2012. Todos los derechos reservados.

Enfermedades de la Vulva, Parte 1: Diagnóstico y Ayuda con las Pruebas de Tinción en Colposcopia

Stefan Seidl

Los síntomas de la vulva tales como prurito, ardor y dolor, pueden tener múltiples causas. A veces las mujeres con estos problemas, si alguna vez se convencen de ir al médico, atravesarán una larga serie de consultas con médicos diferentes, algunos de diferentes especialidades.

La revisión de la vulva genera una "vergüenza", y como tal la paciente va al médico de mala gana. Sin embargo, antes de que un psicoterapeuta o cualquier médico sean necesarios para ayudar a esta paciente, son en realidad el ginecólogo y el dermatólogo quienes tienen el deber de utilizar sus métodos diagnósticos sofisticados para ir hasta el fondo de las molestias de la región genital externa. Los cambios más grandes en la vulva y del vestíbulo pueden ser reconocidos con el ojo desnudo.

Básicamente, debe hacerse siempre un examen colposcopico y vulvoscopico, ya que las revisiones armadas nos permiten notar aquellas lesiones sutiles que el ojo desnudo no logra descubrir. Ante la impresión de un proceso inflamatorio Vulvar, ayuda sobre todo la realización de citología, frotis, tinciones o incluso tomar muestras para cultivo.

Después de la Vulvoscopia general debe utilizarse aumento óptico (posiblemente hasta 40 veces), debido a que ver lesiones del tejido bajo lupa es diferente a hacerlo bajo visión estereoscópica, ya que por éste método se consigue mayor precisión y pueden localizarse las zonas sin defectos. Las pruebas de color son un apoyo ideal para los diagnósticos ópticos.

La prueba de yodo, conocida por ser obligatoria para el diagnóstico de patología del cérvix tiene también utilidad a nivel del Vestíbulo, pero no en el epitelio escamoso queratinizado de la vulva, (2-4) en donde no es significativa, ya que el epitelio vaginal contiene células con abundante glucógeno. El contenido de glucógeno celular es la base para el fracaso de la prueba de yodo,



Figura 1 A y B: Tinción Simétrica a) plana y b) Prueba de yodo en la forma de arco Normal en Vestíbulo

que normalmente tiñe un color marrón homogéneo. Sin embargo, el tamaño y la forma de los campos de tinción del yodo en el vestíbulo es de diferentes intensidades en el caso normal, pero siempre bastante simétrica (fig. 1 y 2). La tinción se desvanece después de la menopausia debido a la atrofia del epitelio. En el caso de una tinción asimétrica deberemos prestar atención a la zonas sin teñir que ahora deberá examinarse bajo colposcopia y citología.

Estos cambios se refieren a dos significativas causas de lesiones diferentes: primero, distrofia, y segundo, una displasia. Son cambios en el tejido que solo pueden ser diagnosticados por histología a través de biopsia mediante microscopía por contacto. La misma afirmación se aplica a la prueba con azul de toluidina (1% de solución), que tampoco tiñe en el epitelio distrófico, sin embargo, el epitelio displásico es limitado por su color azul, y hace que sea muy visible (Figura 2-6). La ventaja adicional de la prueba con azul de Toluidina es que con la Microscopía de contacto (por ejemplo, usando el colpohisteromicroscopio Hamou, Storz, Alemania),



Figura 2: Lesión en perineo interpretada durante muchos años como "eczema"



Figura 3: Prueba reactiva significativa después de aplicación de ácido acético

se puede tomar una histología in vivo de la superficie epitelial y por lo que representa se puede hacer un diagnóstico. Se puede aplicar analgesia extra de manera opcional si se requieren tomar otras biopsias. Basado en tres casos, esto debería demostrarse.

Caso 1

Paciente de 42 años de edad con dispareunia en Vestíbulo. (Fig. 7 - 11). En la exploración ginecológica a vulva y vestíbulo se hizo prueba de ácido acético, demostrando un área en seco, en comparación con los bordes semibrillantes (fig. 7), se aprecia una zona delimitada de baja reactividad del ácido acético a la izquierda (Fig. 8). Ni el yodo ni la tinción con azul de toluidina pintaron (Fig. 9 y 10).

La histología de la biopsia en esta zona mostró un epitelio anormal de células escamosas diferenciadas (fig. 11). La base para tales alteraciones epiteliales fue una sequedad notable en el tejido graso, un evento que tanto en la vagina como en el vestíbulo ha sido observado varias veces (1, 3). Con un regular cuidado de la alimentación baja en grasa la paciente remitió los síntomas.

Caso 2

NIV II en una mujer de 48 años de edad (Fig. 12-15). La paciente se quejaba de dolor en Vestíbulo. La investigación mostró un color rojizo, erosivo y un color blanquecino con zonas de engrosamiento al contacto el cual era doloroso, en la región suprauretral, antes de la prueba de ácido acético (fig. 12).

Después de la prueba con ácido acético la zona rojiza se tornó blanca. El color blanquecino de la zona de engrosamiento no cambió (Fig. 13). El yodo y el azul de Toluidina. Se aplicaron simultáneamente. La zona blanquecina no pintó con el yodo, y el área rojiza originalmente se tiñó de un azul profundo como una señal de atipia (fig. 14). El resultado de la biopsia (PE) fue un NIV II (Fig. 15), bajo el tratamiento con láser CO2 ha sido erradicada.

El área yodo negativa sólo reportó paraqueratosis escamosa.



Figura 4: La tinción de toluidina confirma la atipia y los bordes límites para el tratamiento



Figura 5: Resultado de la vaporización con láser de CO₂ después de una biopsia confirmando NIV II

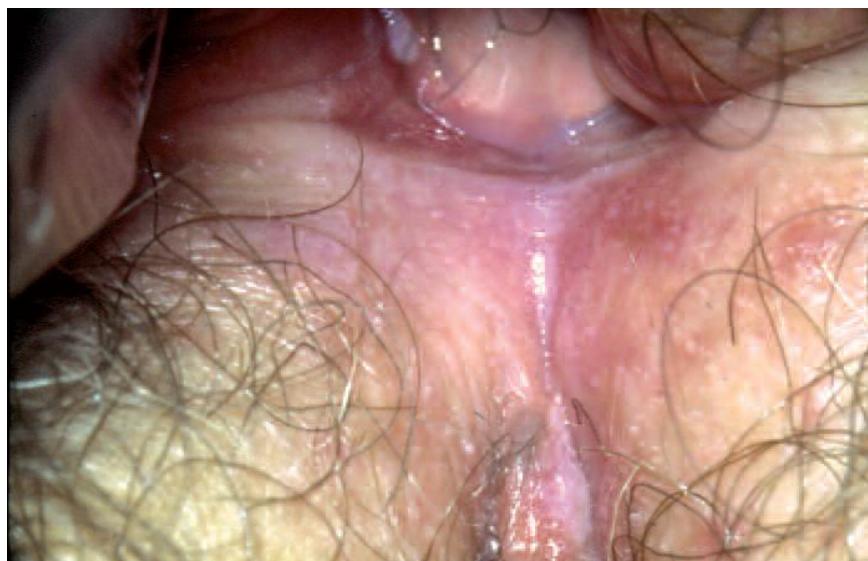
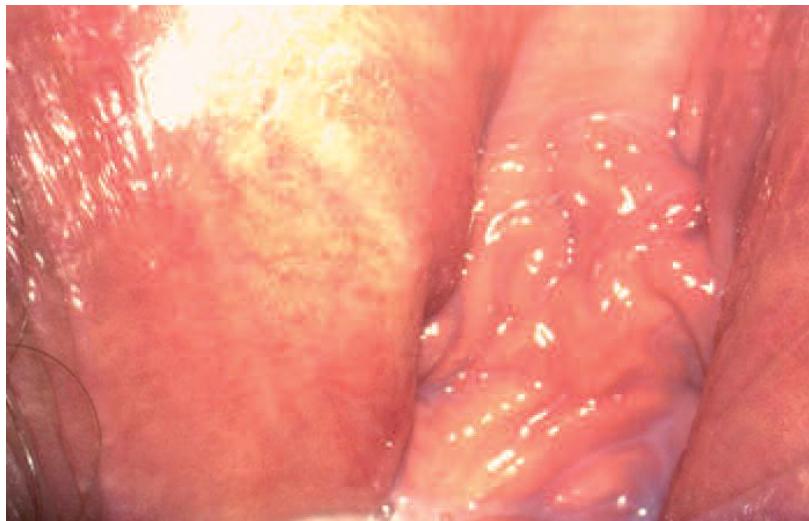
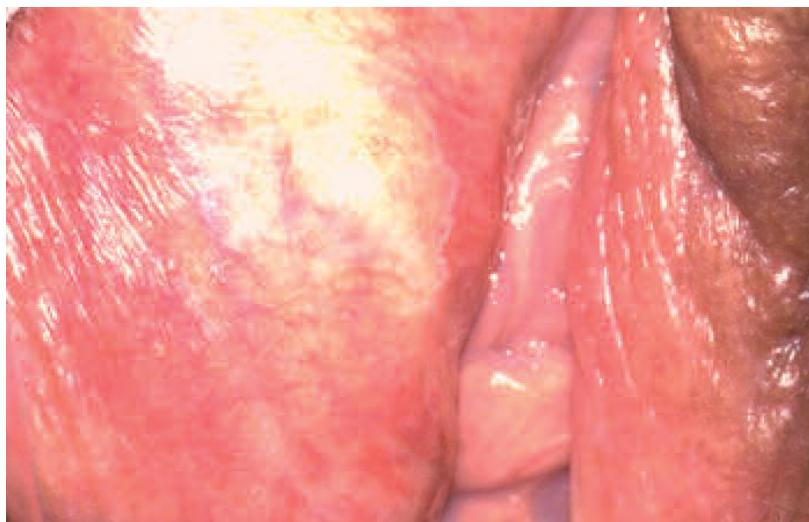


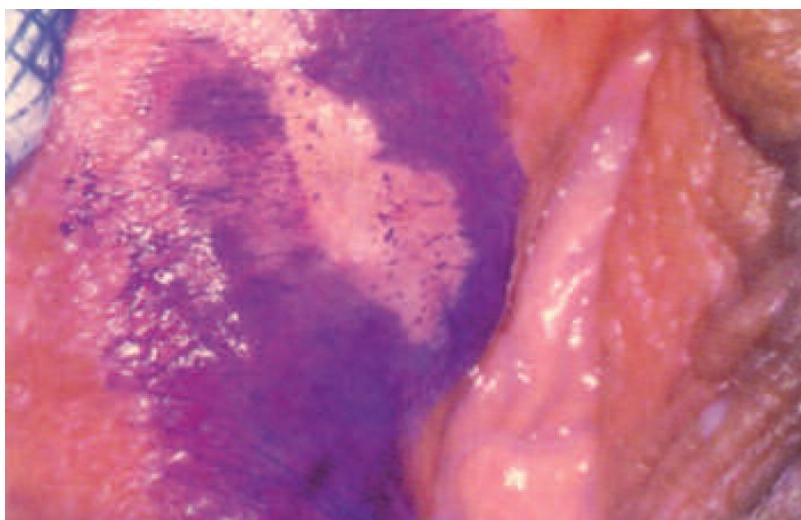
Figura 6: Dos años después de la cirugía: libre de recurrencia. Curación.



*Figura 7: En el vestíbulo derecho
distrofia seca, mate*



*Figura 8: Después de aplicación de
ácido acético, los bordes son
claramente definidos*



*Figura 9: Lo que sigue es la prueba
de azul de toluidina que muestra la
zona afectada sin teñir*

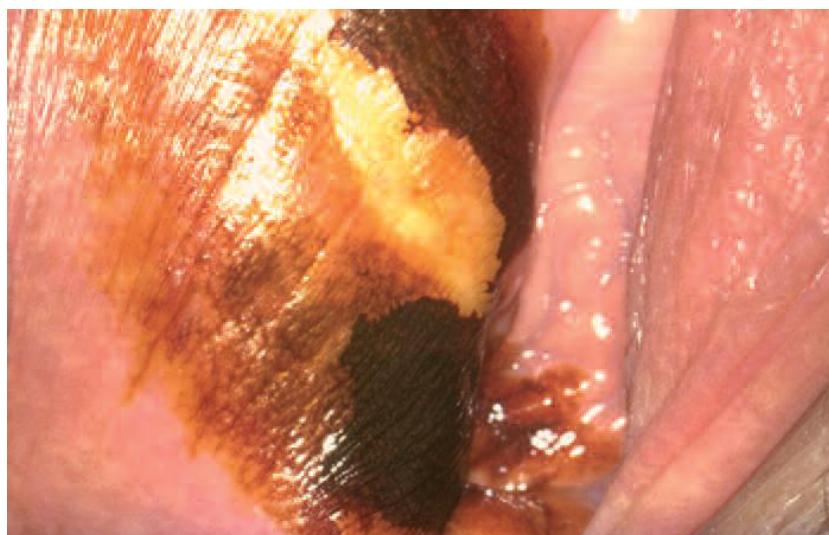


Figura 10: Después de la prueba de yodo muestra un área limitada sin teñir

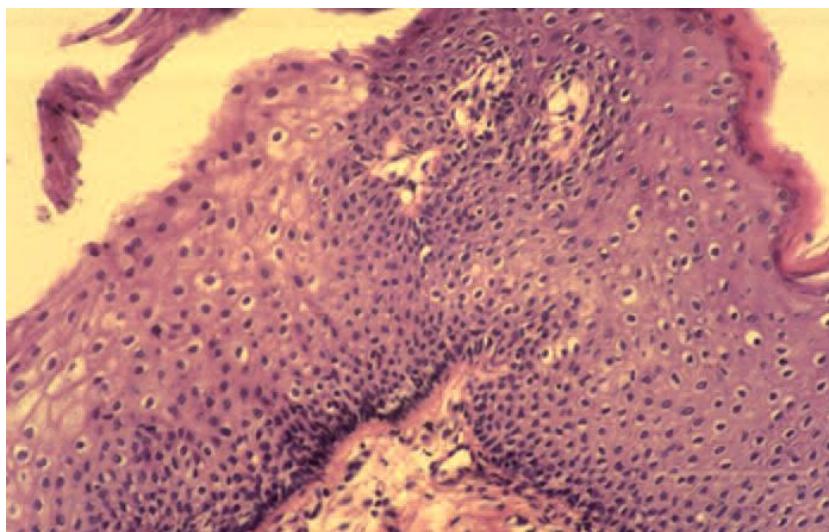


Figura 11: Histológicamente, hay una reacción epitelial anormal aguda (tinción H & E)



Figura 12: Antes de la prueba de ácido acético suprauretral, un color rojizo y erosivo y un color blanquecino engrosado.



Figura 13: Después de la Prueba de ácido acético - el color rojizo reacciona, la región blanca permaneció sin cambios.

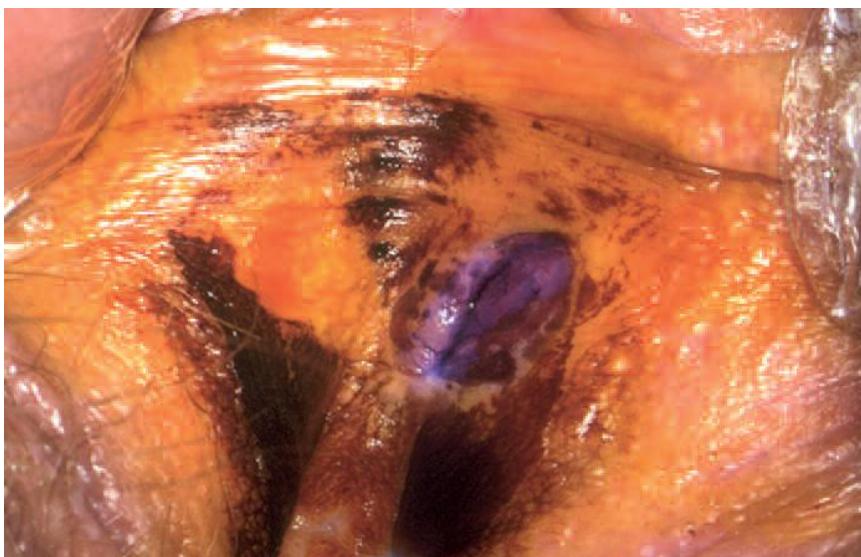


Figura 14: Prueba simultánea de Yodo y Toluidinao - La zona reactiva un azul profundo, el área blanca sigue siendo yodonegativa

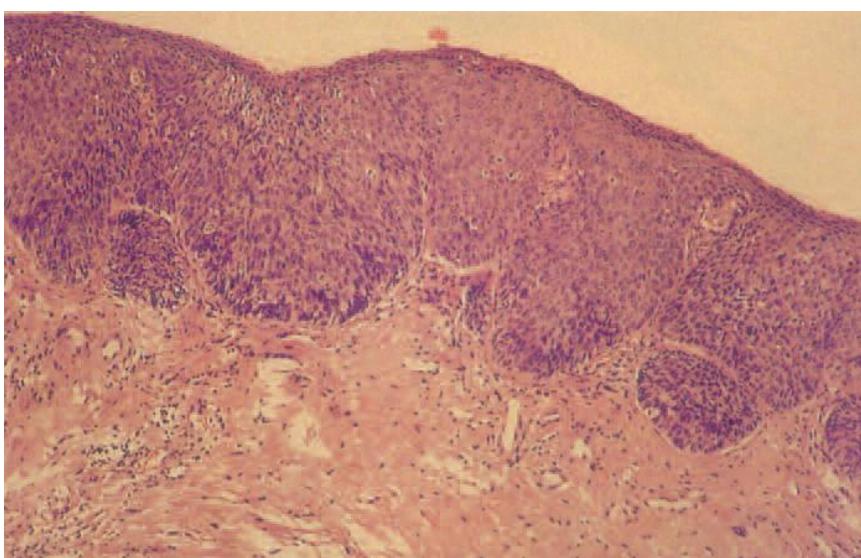


Figura 15: Histología del área reactiva azul - NIV II (H & E tinción)



Figura 16: Pequeña zona acotorreactiva. Recurrencia de NIV 18 meses después del tratamiento con láser de CO2

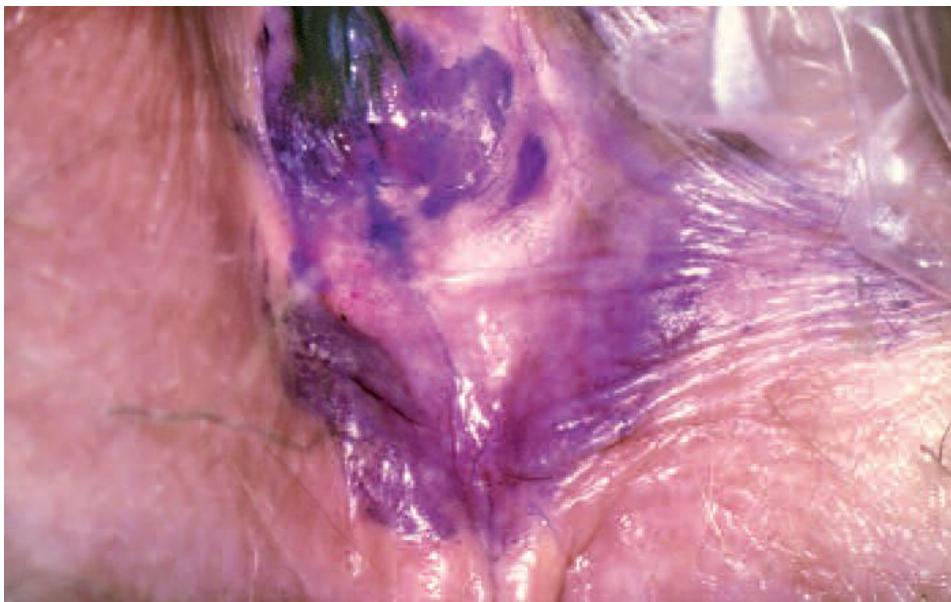


Figura 17: Recurrencia de NIV después de seis meses, sólo reconocible por la coloración azul

Caso 3

Recurrencias de NIV después de la terapia con láser en una mujer de 62 años de edad (Fig. 16 y 17). En el seguimiento trimestral regular por una terapia de

láser de CO2, pudo apreciarse una gran zona queratinizante a nivel de labio y vestíbulo derecho, mostrando por primera vez después de 1,5 años indicaciones sutiles de una recidiva de NIV II. Después de la prueba de ácido acético se encontró vulvoscópicamente por encima del labio una zona

acetorreactiva prominente (Fig. 16). Se procede a evaporación con Láser de CO2. Medio año más tarde se encontró recurrencia en esta zona, esta vez fue mejor el test de Toluidina para reconocer en el azul profundo la recidiva (Fig. 17). Después de otra vaporización con láser de CO2 fue libre de recurrencia por varios años.

Literatura

1. Seidl S (1989): Praxis der Kolposkopie (8). Befunde der Vagina (1. Teil). Gynäk Prax 13, 267–278
2. Seidl S (1991): Praxis der Kolposkopie (11). Befunde der Vulva – Vulvoskopie 1. Gynäk Prax 15, 255–270
3. Seidl S (1995): Praxis der Kolposkopie (15). Dystrophien und Neoplasien der Vulva (2). Gynäk Prax 19, 99–114
4. Wespi HJ (1980): Vestibulum vaginae. In: Mestwerdt G, Moll R, Wagner-Kolb D (Hrsg): Atlas der Kolposkopie.
5. Auflage, Urban & Fischer, München, 99–105

Dirección del Autor:

**Dr. Stefan Seidl, FIAC
Frohnestraße 59H
22459 Hamburg
E-Mail
dr.stefan.seidl@t-online.de**

Enfermedades de la Vulva - Parte 2: Liquen Escleroso Vulvar y Vulvoscopia

Stefan Seidl

Resumen

El liquen escleroso es un desorden no neoplásico desorden y se produce en ambos sexos. Esta distrofia inflamatoria crónica está principalmente localizada en el área genital y de no tratarse conduce a la atrofia y encogimiento de la piel. La opinión actual, es que el liquen escleroso no es una lesión precancerosa, pero predispone al cáncer en edades avanzadas.

Este desarrollo acompañado de prurito y ulceraciones se puede prevenir especialmente con un diagnóstico temprano a través de vulvoscopia Y el tratamiento con glucocorticoides.

Palabras clave

Distrofia vulvar crónica, no neoplásico desorden, lesiones precancerosas, vulvoscopia diagnóstico.

Introducción

El liquen escleroso es una enfermedad inflamatoria de la piel y una de las principales enfermedades no neoplásicas de predominancia genital y perianal. La enfermedad se caracteriza histológicamente por la atrofia que cubre el epitelio aplanado, las crestas epiteliales y un infiltrado linfocitario dérmico, patognomónico de la esclerosis (Fig. 1). Un liquen escleroso puede ocurrir en ambos sexos - incluso durante la infancia, tanto en la zona genital como extragenital (Fig. 2).

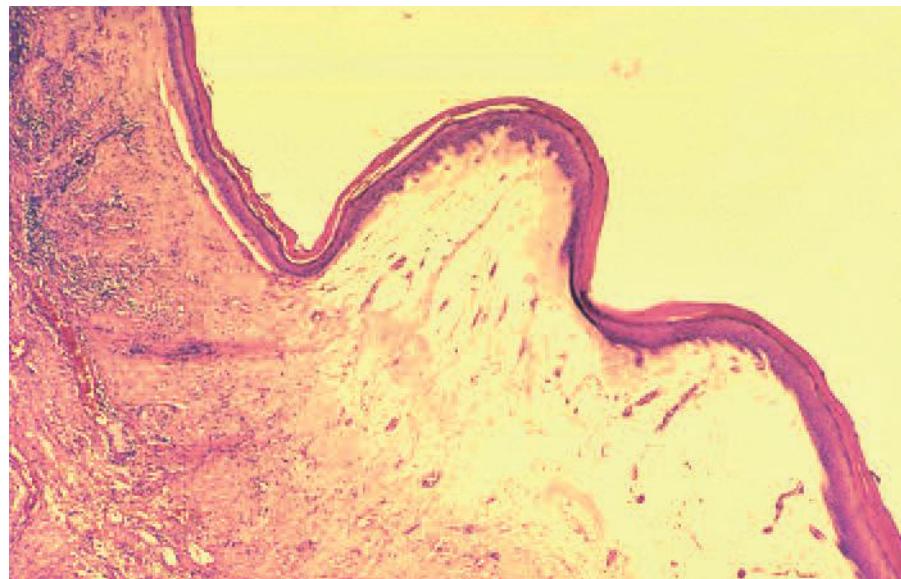


Figura 1: Líquen escleroso vulvar con atrofia, edema leucoqueratósico escamoso y esclerosis de la dermis con infiltrado linfocitario



Figura 2: Líquen escleroso extra genital del torso

Mientras que en el hombre la enfermedad puede llegar a ocasionar una fimosis, con la mujer puede desfigurar considerablemente la anatomía de la vulva, ocasionando repercusiones clínicas en los pacientes no tratados, tales como la fusión de los labios, la contracción del prepucio y el frenillo, o del clítoris (Fig. 3).

La atención se centra en los pacientes que presentan una picazón dolorosa que incluso puede preceder a las lesiones visibles. La etapa final se presenta con el desvanecimiento de los labios (Fig. 4) y la estenosis a menudo del introito, lo que era mejor conocido como Craurosis, que era el nombre más común que la enfermedad tenía.

Aparentemente el liquen escleroso de la vulva parece ser una enfermedad autoinmune, donde un alto número de anticuerpos específicos afectan a los órganos más propensos a sufrir en otras enfermedades autoinmunes.

Clínica y estudio de casos

Las mujeres a menudo no tienen una detección temprana de cambios distróficos, debido a que se muestran reacias a ir con el médico a revisión. Por lo tanto, es común para el dermatólogo y también el ginecólogo ver a menudo formas bastante avanzadas de la enfermedad. Mientras que este último tiene la oportunidad mucho más frecuente de analizar, en cada examen ginecológico, a la vulva ópticamente mejor, bajo inspección por Vulvoscopia, bajo visión estereoscópica y el uso de los aumentos es la manera ideal en la que pueden percibirse los más sutiles cambios en la piel en la estructura superficial, color y tamaño.

El liquen escleroso comienza clínicamente a menudo con un aplanamiento de la superficie de la piel de los labios y la pérdida de pigmento (Fig. 5). Hay por lo general un prurito

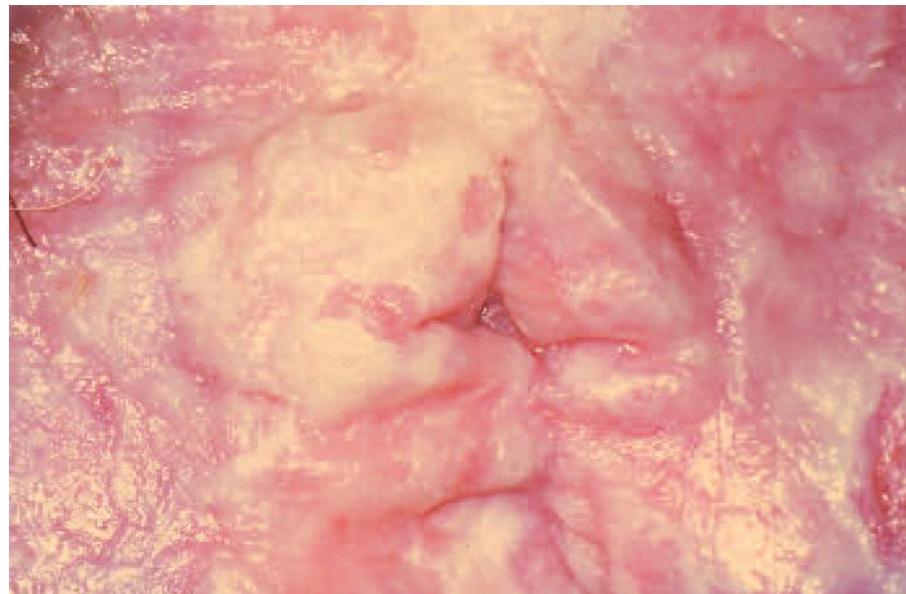


Figura 3: Líquen escleroso vulvar con Leucoqueratosis, edema y Fusión de los labios

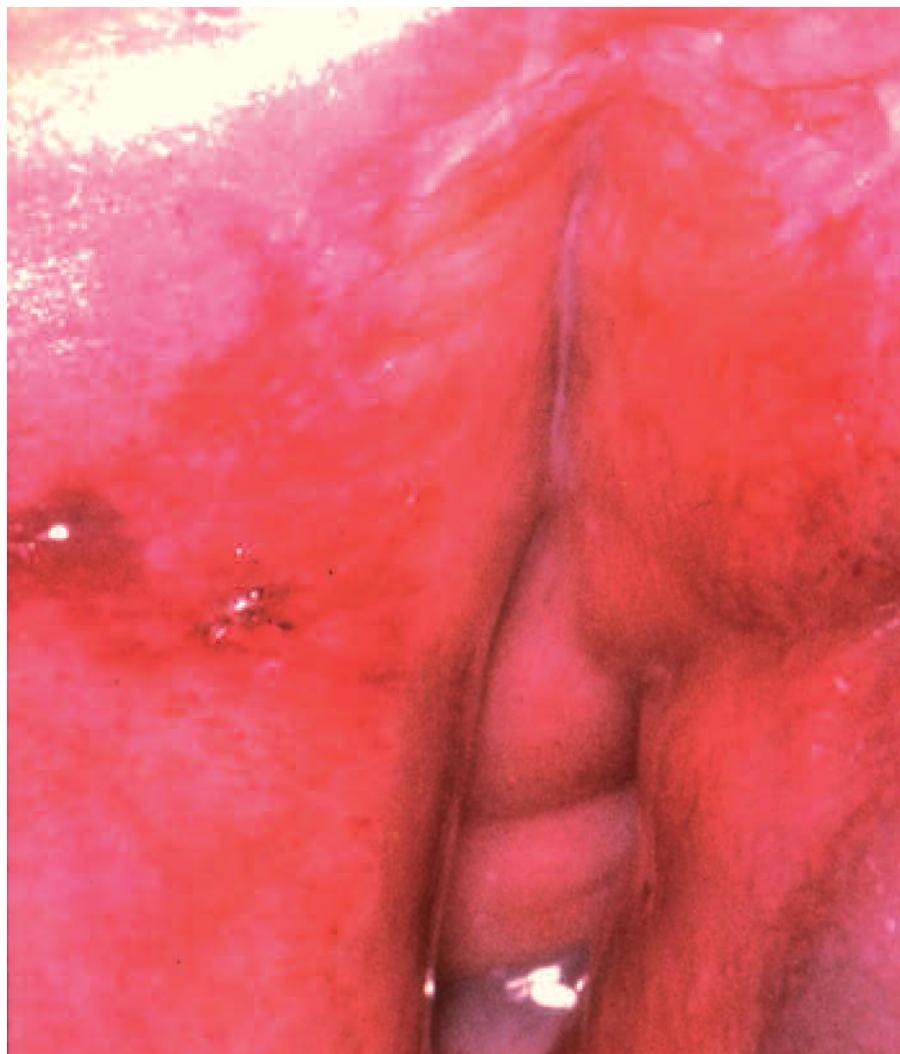


Figura 4: Etapa final de líquen escleroso con la pérdida de la vulva y los labios con atrofia epitelial

Figura 5: Inicio del liquen escleroso en Vulva en un pliegue de la piel con pigmentación, la compensación de pérdidas y el epitelio atrófico



Figura 6: Paciente de 21 años de edad, con Líquen escleroso que inició en el área del clítoris



Figura 7: La misma paciente - buen éxito meses después de haber requerido de tratamiento combinado con pomada tópica de glucocorticoides y de ácidos grasos

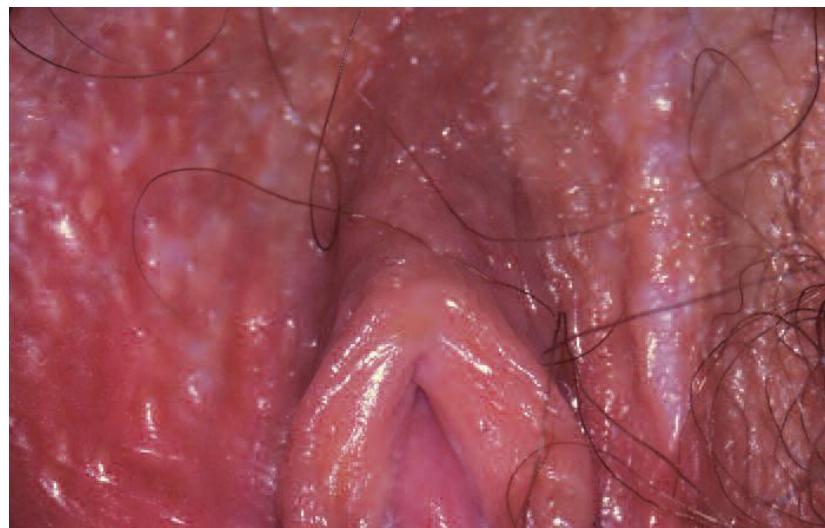


Figura 8: Distrofia mixta de la región Intermedia de la vulva. Líquen escleroso y Leucoqueratosis con estrechamiento dellIntroito (craurosis vulvar)

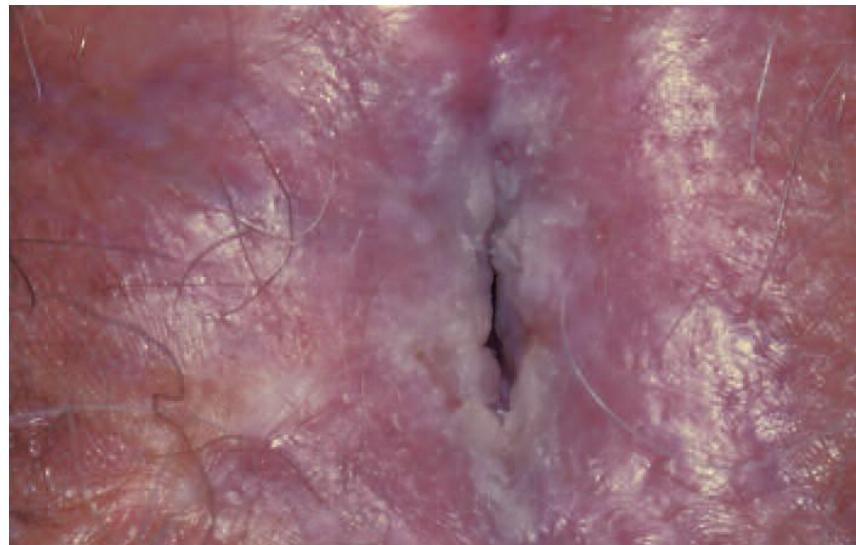


Figura 9: Mujer de 33 años de edad, Post cesárea. Con el líquen escleroso masivo en vulva e introito

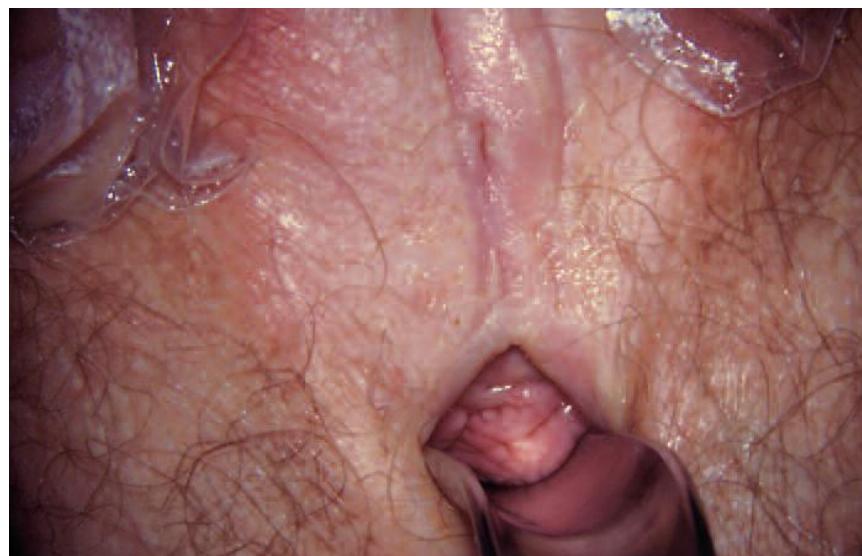


Figura 10: La misma paciente post incisión laser de la estenosis



localizado, lo cual debe orientar al médico a pensar que puede tratarse un liquen escleroso, tan pronto como sea posible diagnosticarlo logrará que el tratamiento sea más fácil y más exitoso.

De esta manera, en una estudiante de 21 años de edad, que en un principio padecía de una lesión circunscrita al área del clítoris compatible con Liquen escleroso a través de vulvoscopia, que ocasionaba prurito, (Fig. 6) con adecuada terapia local (crema a base de corticoides para cuidado de la piel grasa) (Fig. 7) y tratamiento sintomático, el prurito desapareció después de 2 días, pudo ser tratado con éxito.

Es mucho más difícil de plantear la situación para el paciente y el médico, si la enfermedad está generalizada y la distrofia incluye toda la vulva (Fig. 8). Luego vienen complicaciones como las reacciones hiperqueratósicas y estenosis del introito por fusión de los labios, los cuales requieren una rápida acción.. En tales casos graves ayuda la infiltración subepitelial de glucocorticoides para eliminar el prurito y además funciona como terapia para preparar el terreno.

La estenosis del introito puede ocurrir incluso antes, como fue observado en una mujer de 33 años de edad. La paciente había tenido previamente prurito durante su primer embarazo, encontrando cambios en el color de la piel en Vulva, estos síntomas se presentaron al principio del embarazo, pero no recibió atención.

Fue entonces que se presentó un progresivo estrechamiento del orificio vaginal, por lo no fue posible un parto espontáneo y tuvo que realizarse cesárea.

Cuando se presenta a la clínica de Displasias fue encontrada la típica imagen de un liquen escleroso bilateral, un introito vaginal que solo permitió la entrada de un espejo vaginal chico (Fig.9). Despues de la terapia con glucocorticoides inicial (Advantan ® Pomada –metilprednisolona-), fue necesaria una vaginotomía cráneo-caudal del introito con láser CO2 para ampliar el introito.(Fig. 10)

Con un cuidado continuo local de la piel (Glucocorticoïdes en ungüento graso) la paciente después de ocho semanas tuvo una buena curación con un introito normal (Fig. 11) y sin prurito de nuevo en el interior. Fue posible para la paciente tener relaciones sexuales normales de nuevo, así que pasado un año, pudo tener un parto espontáneo sin problemas.

Las opiniones coinciden en que el liquen escleroso no es una lesión precancerosa. Es conocido que las formas distróficas en esta patología, lo cual es obvio encontrar en un cáncer vulvar. La lesión típica del virus del papiloma humano (VPH) asociada a cáncer vulvar de las mujeres en su mayoría



Figura 11: La misma paciente - después de ocho semanas de tratamiento con corticoides y ácidos grasos. Con un introito normal con discretos focos de liquen escleroso



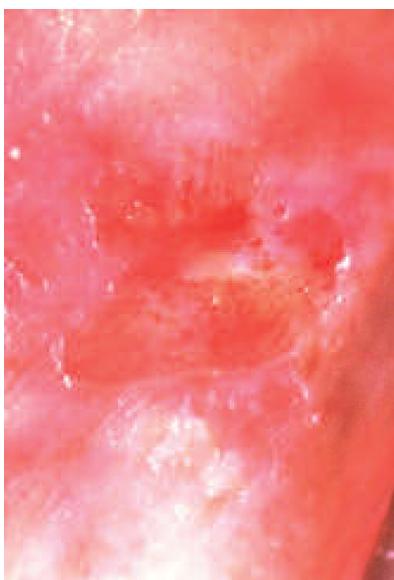
Figura 12: Mujer de 65 años de edad con un distintivo liquen escleroso vulvar y lesiones ulcerativas

mayores muestra en el inicio lesiones erosivo-ulcerativas en la piel, los cambios inflamatorios benignos pueden ser mal interpretados fácilmente. Estas úlceras, a menudo auto provocadas por el rascarse, son un hallazgo común y favorecen el desarrollo de una respuesta inflamatoria crónica (Fig. 12).

La graduación de estas lesiones se puede hacer con una buena estimación a través de una vulvoscopia. Si una úlcera tiene una base limpia con bordes normales (Fig. 13), un carcinoma puede excluirse. Se debe confirmar por histología la naturaleza inflamatoria de la úlcera extirpada, lo cual se hace también por razones terapéuticas(Fig. 14). En otro caso - en una mujer posmenopáusica se localizó una lesión erosiva y ulcerosa en la vulva, la vulvoscopia mostró vasos atípicos y bordes bajos, los que despertó la sospecha de una variante neoplásica(Fig. 15). Confirmada la sospecha en este caso a



Figura 13: Úlcera de la vulva con superficie limpia, Bordes lisos y estrechos.



*Figura 14:
Histología:úlcera inflamada, sin evidencia de atipia*

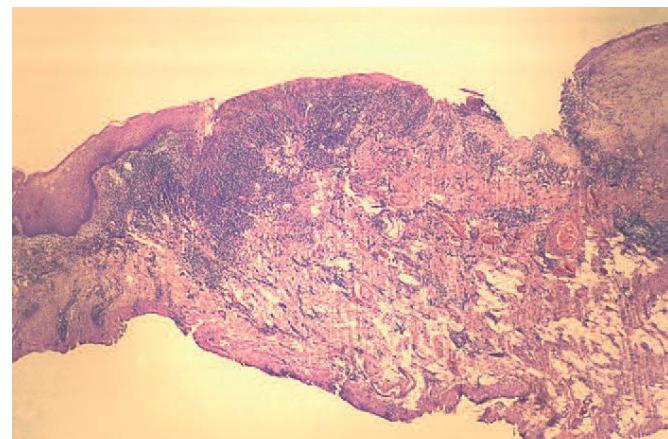


Figura 15: Ulcera sospechosa de la vulva en liquen escleroso con vasos atípicos y borde plano

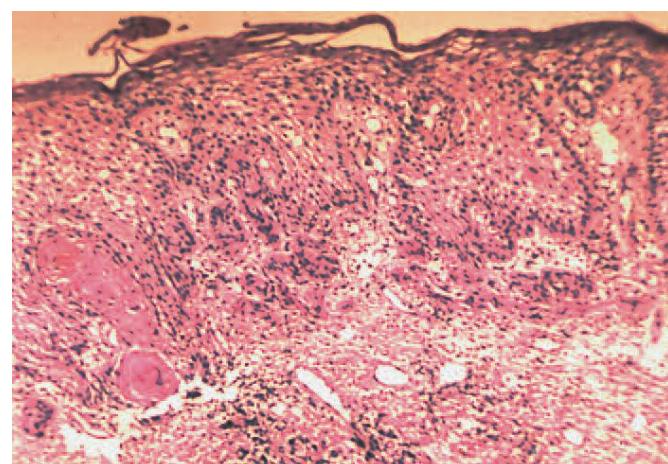


Figura 16: Histología – carcinoma escamoso invasivo temprano

través de la histología, la cual reportó un carcinoma escamoso invasivo temprano (Figura 16). Tal modo de origen del Cáncer en la mujer mayor es bien conocido. Se requiere pues, en lesiones distróficas de corto plazo, monitoreo mediante vulvoscopia en intervalos de 3 a 4 meses.

Una combinación de liquen escleroso con hallazgos de distrofia, denominado hiperplasia de células escamosas (Leucoplasia) es común y es para el examinador un tanto difícil la cuestión de clasificar y juzgar este cambio.

En la 3^a parte de estas revisiones haremos un análisis de dicha leucoplasia.

Literatura
Al final de la Parte 5

Contacto con el Autor:

Dr. med. Stefan Seidl, FIAC
Frohnestraße 59H
22459 Hamburg
E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Enfermedades de la Vulva - Parte 3: La Neoplasia Intraepitelial de la Vulva. Las Lesiones blancas – Leucoplasia

Stefan Seidl.

Resumen

La leucoplasia en la vulva es un cambio muy sospechoso que aparece no muy plana, sino como una lesión algo elevada y circunscrita con una superficie micropapilar o microgranular.

En las mujeres jóvenes este tipo de lesión se debe principalmente a una infección por VPH de tipo 16 y muestra todos los grados de NIV.

La leucoplasia gruesa circunscrita de la vulva es una indicación absoluta para una biopsia dirigida.

Palabras clave

Leucoplasia plana y gruesa, VPH asociado con el tipo 16, vulvoscopia, indicación para una biopsia.

Introducción

Desde un punto de vista clínico, las lesiones de la vulva pueden dividirse en cuanto a su color en a) color rojizo, b) color blanco, y c) pardo-oscuro. El presente artículo habla de las formaciones blancas o leucoplasia y los ejemplos de sus cambios.

TABLA	
Clasificación de la Neoplasia Intraepitelial Vulvar	
Antigua	Nueva
Organización Mundial de la Salud (OMS 2003)	Sociedad Internacional para el estudio de la enfermedad vulvovaginal (ISSVD) 2007
NIV I: Displasia Leve	Condiloma Plano
NIV II: Displasia Moderada	Resumen
NIV III: Displasia Severa	A) NIV normal, indiferenciado -Tipo clásico (VPH 16) -Condilomatosis "verrucosa" -Basaloide B) NIV diferenciado sin clasificar



Figura 1: Leucoplasia Localizada en la vulva, elevada, en cuadros

Clínica y Estudio de Casos

En general hay dos variantes diferentes en colposcopia clínica a distinguir:

1. La leucoplasia plana, a menudo diseminada difusamente y por lo general como parte de un liquen escleroso ocurriendo leucoplasia.
2. La leucoplasia gruesa, de bordes afilados, y a menudo delimitado y circunscrito. Esta leucoplasia tiene una superficie micropapilar o microgranular irregular (Figura 1-5).

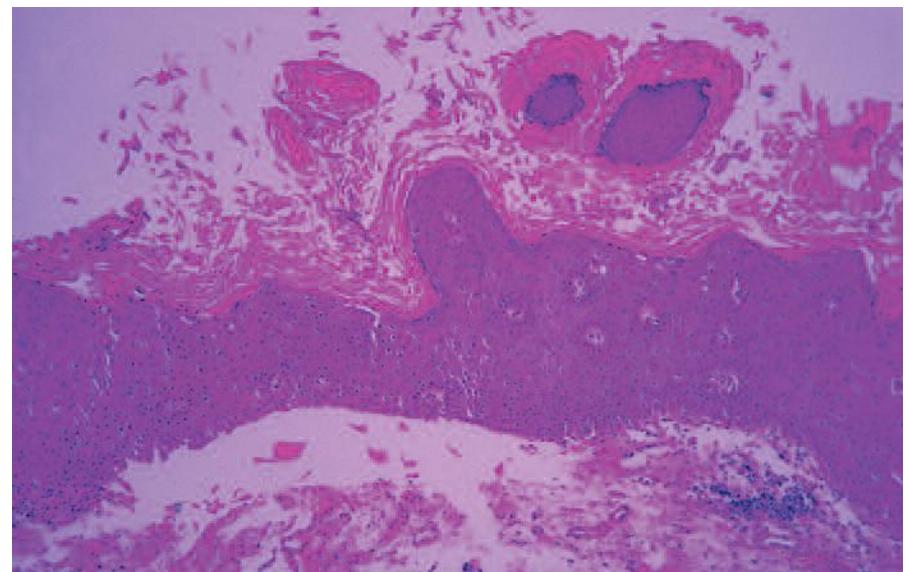


Figura 2: Histología de la figura 1. NIV II / III (H & E, 25-veces aumento)



Figura 3: leucoplasia gruesa elevada de Vulva con la superficie en "puntas"

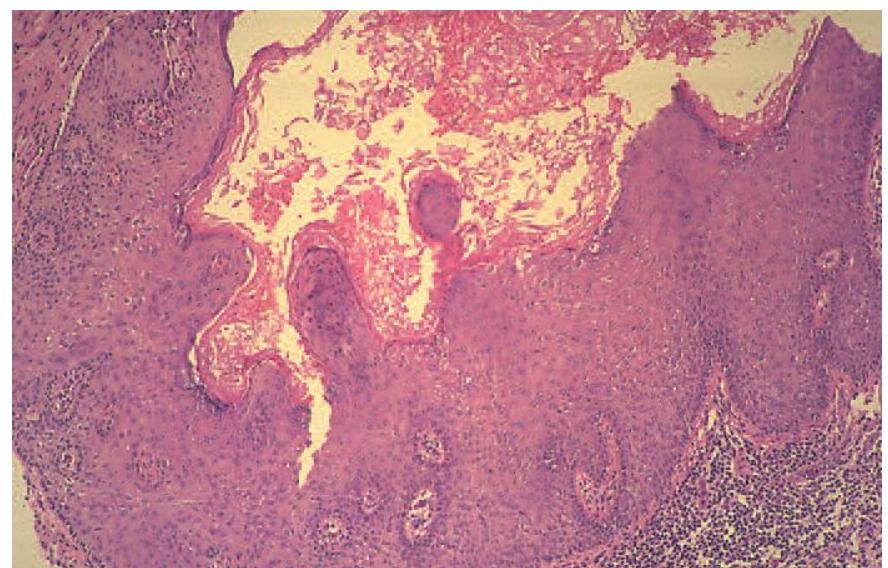


Figura 4: Histología de la figura 3. NIV II / III (con tinción HE, coilocitos,25-veces de aumento)

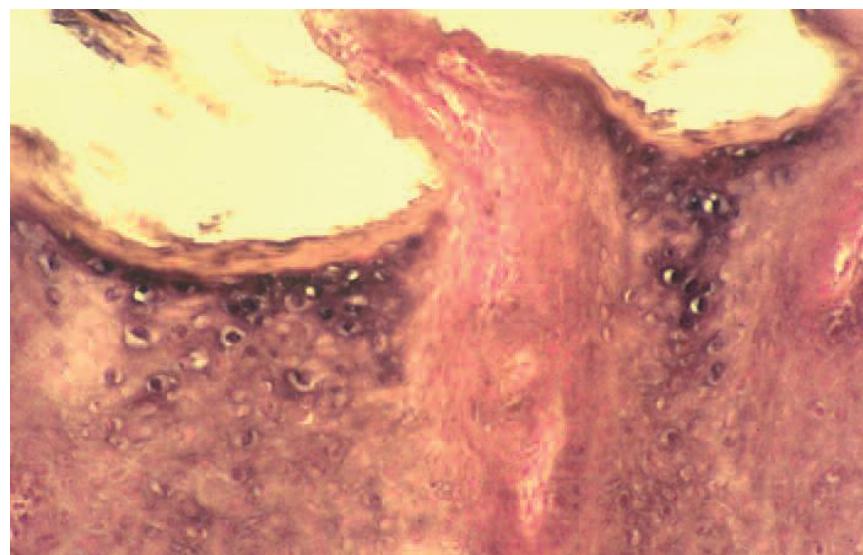


Figura 5: Histología de la figura 4.
Hibridación In Situ (62,5 veces
aumento)



Figura 6: Leucoplasia gruesa,
grumosa, elevada de la vulva

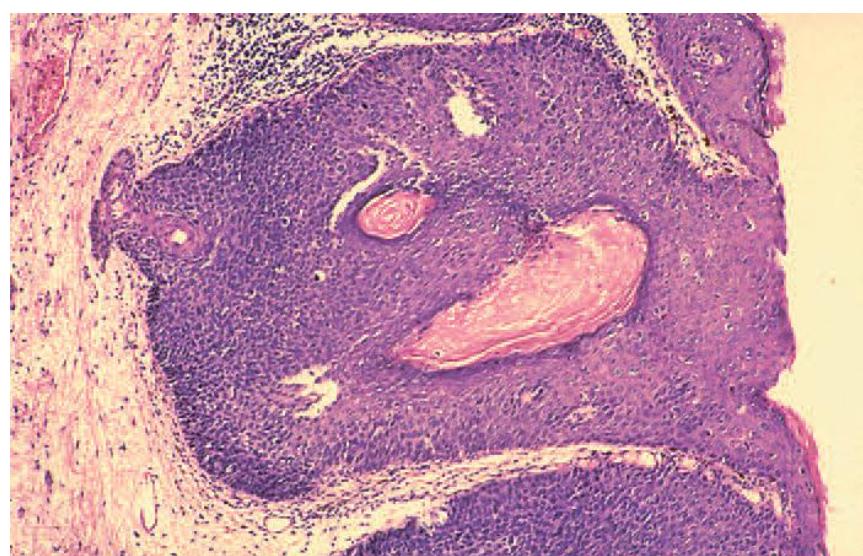


Figura 7: Histología de la figura 6. NIV
III en folículo piloso (HE manchas,25-
veces de aumento)



Figura 8: Área difusa de leucoplasia en vulva

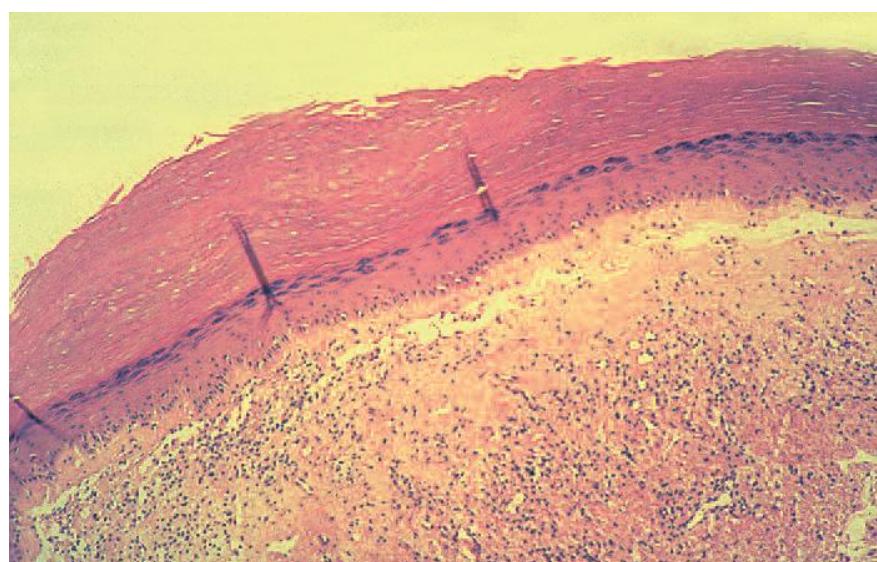


Figura 9: Histología de la Figura 8. Hiperqueratosis con liquen escleroso(H & E, 25 x magnificación)



Figura 10: Leucoplasia gruesa en Horquilla Vulvar

Figura 11: Histología de la figura 10.
Leucoplasia NIV III (H & E,62,5-veces
de aumento)

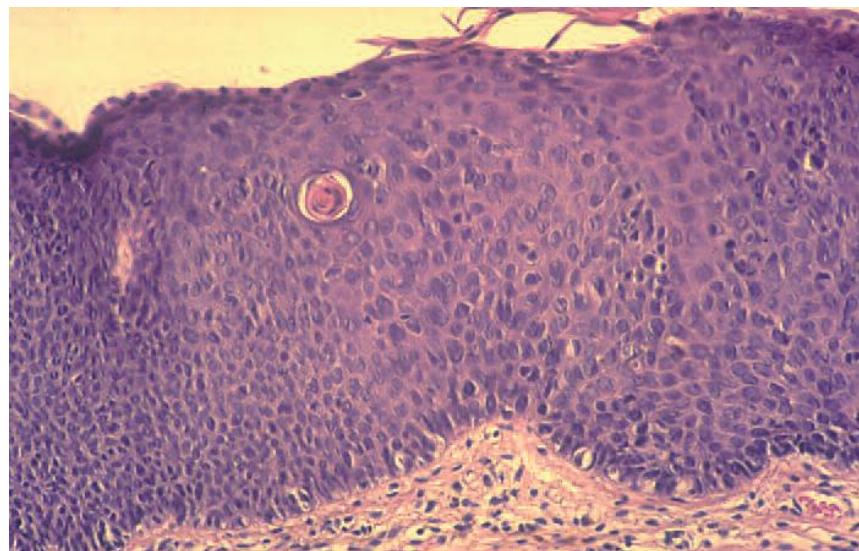


Figura 12: la leucoplasia con relieves
en vulva –Cuerños cutáneos-

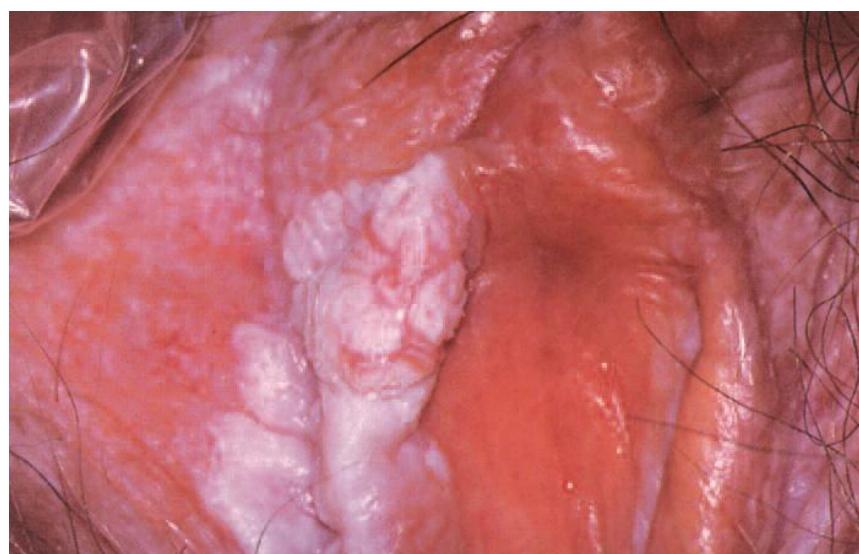


Figura 13: Histología de la Figura
12.(H & E, 25 x magnificación)

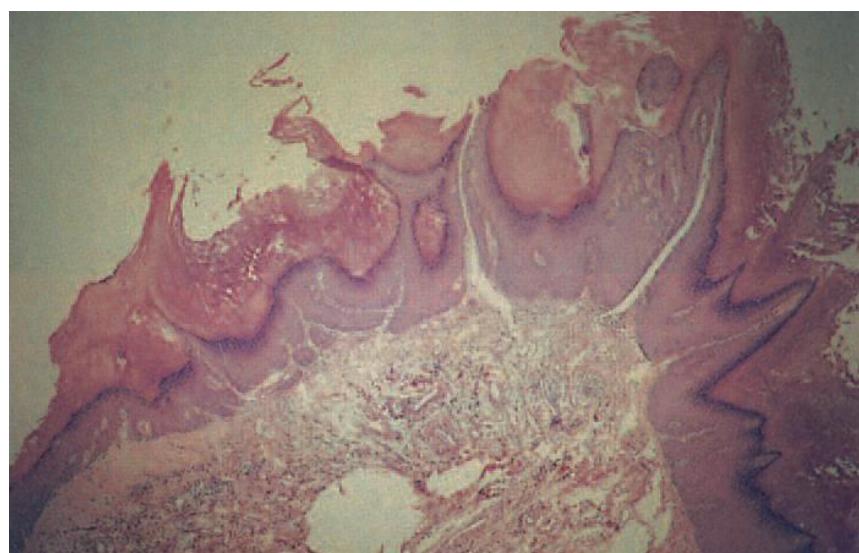


Figura 14: Leucoplasia delgada, plana, de vulva



Figura 15: Histología de la Figura 14. Melanoma amelanótico (H & E, 62,5- veces de aumento)

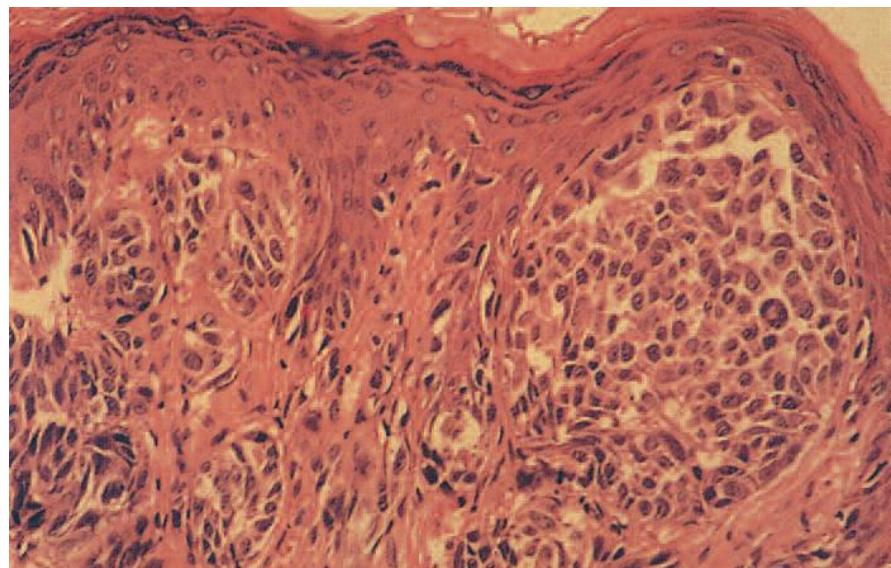


Figura 16: La recurrencia de melanoma pigmentado amelanótico





17: Leucoplasia Sospechosa circunscrita de la vulva con lesión central ulcerativa

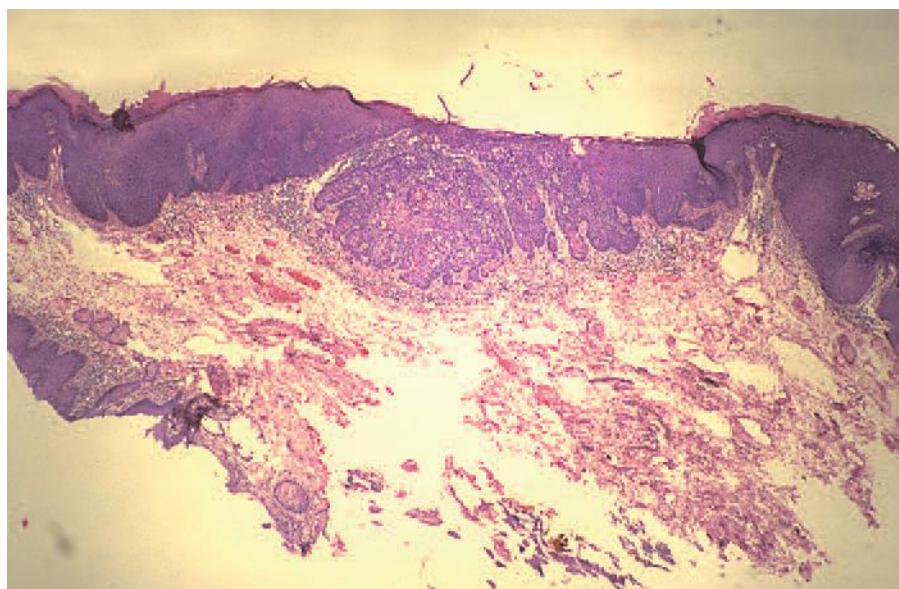


Figura 18: Histología de Figura 17. Carcinoma Microinvasor de células escamosas (H & E, 6.25-veces de aumento)

Ambas formas tienen un borde irregular y el cambio debe diferenciarse estrictamente después de la aplicación de ácido acético para distinguir las lesiones, principalmente las asociadas a VPH.(Ver artículo: eritroplasias).

El hallazgo de queratosis blanca en un liquen escleroso puede representar dificultades de diagnóstico, y rara vez tienen regresión. Sin embargo una leucoplasia con un borde grueso y elevado obliga la realización de una biopsia obligada a fin de diferenciar una lesión precancerosa (Fig. 6)

Los resultados obtenidos por el programa de Infección por VPH, reportan que la presencia de leucoplasia con VPH-positivo (principalmente de tipo 16) ocurre en mujeres más jóvenes (25-45 años) (Fig. 7).

Ambas formas de leucoplasia difieren no solo clínicamente, sino especialmente a nivel histológico y en cuanto a su progresión.

La leucoplasia plana y delgada se corresponde con liquen escleroso en las estructuras superficiales, con hiperqueratosis y no existe atipia celular (Fig. 8 y 9). La superficie es lisa. Rara vez se necesita una biopsia (Fig. 10).

En la leucoplasia gruesa es raro encontrar liquen escleroso, en los relieves es común encontrar hiperparaqueratosis, acantosis y atipia celular antes de la mitosis, así como coilocitos en grados diferentes de displasia (Fig. 11)

La clasificación Internacional de la Neoplasia Intraepitelial de la Vulva que divide las escamosas (NIV I-III) de las no escamosas (Enfermedad de Paget, melanoma in situ) sigue siendo fundamental y tiene validez, pero se ha modificado recientemente.

Ahora se ha eliminado la NIV I y es denominada condiloma plano. La NIV II-III, se encuentran en un grupo combinado, a raíz de su Biología Molecular, se divide en dos tipos principales:

1. Tipo normal e Indiferenciado; en las mujeres jóvenes, el VPH está asociado a condilomatosis "verrucosa", basaloide, o una mezcla de estos dos.
2. Tipo Clásico, diferenciado; se observa principalmente en mujeres de edad avanzada, en donde se genera el liquen escleroso, y el VPH se asocia raramente (Véase la parte 2 de estas series, Fig. 15 y 16)

Una forma especial de la leucoplasia es la cornual cutánea, con excesivos relieves de hiperqueratosis, que al principio no existe atipia celular sino en las placas epiteliales solamente (Fig. 12 y 13).

Más rara aún es la leucoplasia que aparece como una superficie plana, suave(Fig. 14), que a descartar histológicamente, parecía inofensiva . La lesión era especialmente por un prurito localizado que no ofrecía otros datos sospechosos. Resultó de manera sorprendente tratarse de un melanoma amelanótico (Fig. 15, Breslow, 0.67mm). Ha pesar de ser extirpado, presentó varias recurrencias, en esta ocasión adquiriendo un tono café(Fig.16), después de un plazo de vencimiento de 12 años, y a pesar de los esfuerzos terapéuticos, llevó a la paciente a la muerte.

En resumen, hay que señalar que una leucoplasia en la vulva básicamente debe generar sospecha de lesión en la zona. Esto se aplica sobre todo a aquella que es circunscrita, elevada, con relieves, y especialmente cuando tiene una erosión ulcerativa (Fig.17). Estas últimas deben generar una gran sospecha de la presencia de un proceso invasor (Fig. 18)

Literatura
Incluida al final de la Parte 5

Contacto con el Autor:
Dr. Med. Stefan Seidl, FIAC
Frohmestraße 59H
22459 Hamburg
E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Enfermedades de la Vulva - Parte 4:

a) La neoplasia Intraepitelial de la Vulva

b) Lesiones Rojizas – Eritroplasias

Stefan Seidl

Resumen

Las lesiones intraepiteliales eritroplásicas de la vulva requieren un diagnóstico diferencial mediante colposcopia, microscopía vulvar, citología y biopsia. Las mujeres con estos hallazgos menores de 57 años de edad a menudo están relacionadas con Infección por VPH



Figura 1. Paciente de 46 años de edad, con eritroplasia vulvar, vulvoscopia, microscopía vulvar, biopsia, infección por VPH, Enfermedad de Bowen.

Palabras clave

Eritroplasia vulvar, vulvoscopia, microscopía vulvar, biopsia, infección por VPH, Enfermedad de Bowen.

Introducción

El enrojecimiento de una lesión depende del tipo y el grosor de la superficie del epitelio, y de una extensión o aumento del llenado capilar. Aunque la eritroplasia ocurre sobre todo en las neoplasias intraepiteliales de la vulva y se aprecia comúnmente localizada, debe realizarse diagnóstico diferencial con el uso de la vulvoscopia, microscopía vulvar, citología y finalmente biopsia dirigida. Existen otras eritroplasias de origen no neoplásicos, que pueden estar devengados.

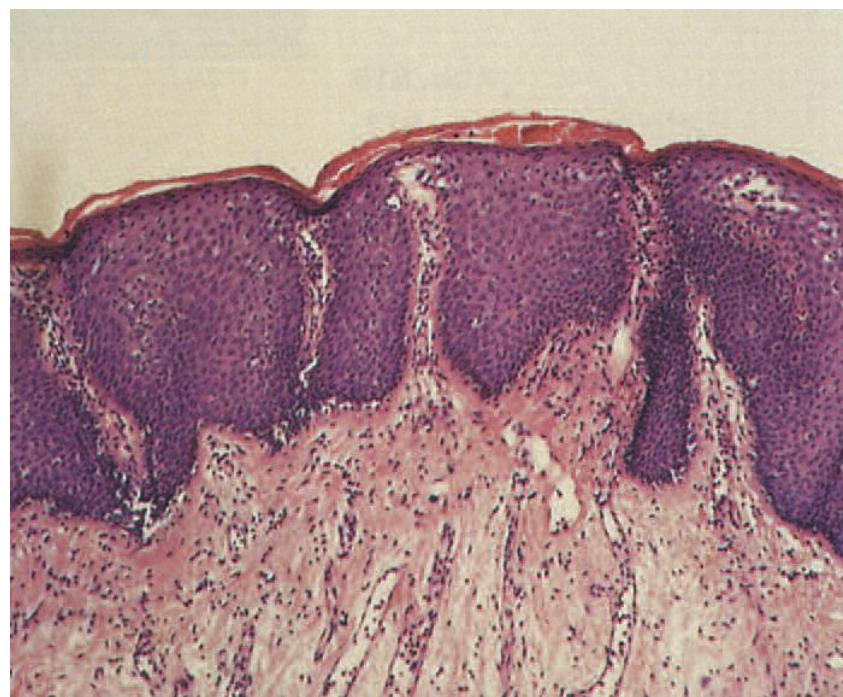


Figura 3: Paciente en la Figura 1. Histología. NIV en relación con condiloma plano (De acuerdo con la nueva clasificación) (H & E, 25 veces de aumento)

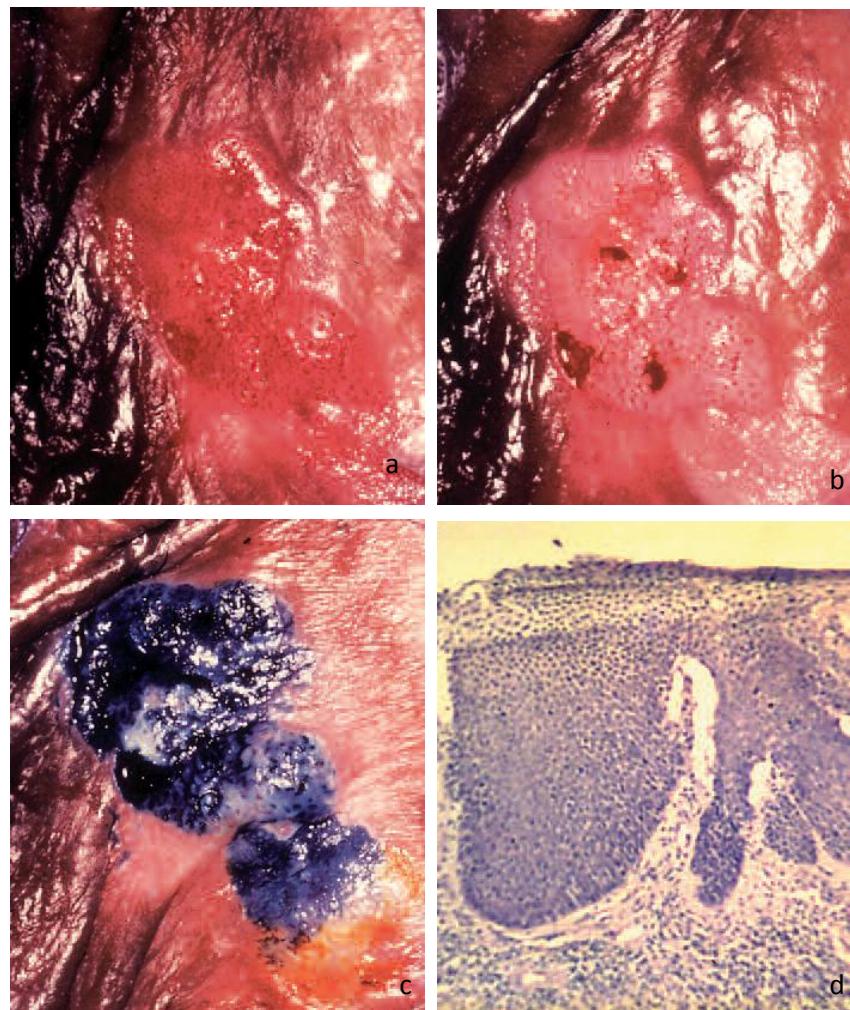


Figura 4 a-d: Mujer de 63 años de edad. a) Con eritroplasia circunscrita en labio mayor, refiere dolor. Papanicolaou clase V.
b) Despues de la prueba de ácido acético con mucha respuesta, mosaico y puntilleo
c) Despues de Azul de toluidina prueba. d) la histología. NIV 3 Tipo basaloide (H & E, 25-veces Aumento)



Figura 5: Paciente 48 años de edad con dolor ardiente en Vestíbulo con eritro y leucoplasia



Figura 6: La paciente de la figura 5 con la prueba de ácido acético.

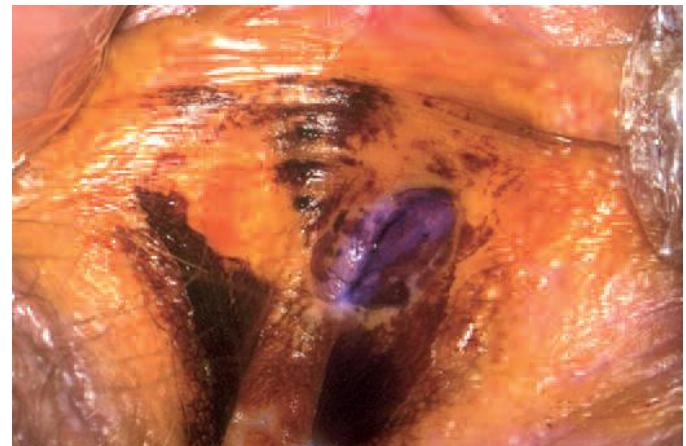


Figura 7: paciente de la Figura 5 con un combinado de yodo y prueba de azul de toluidina

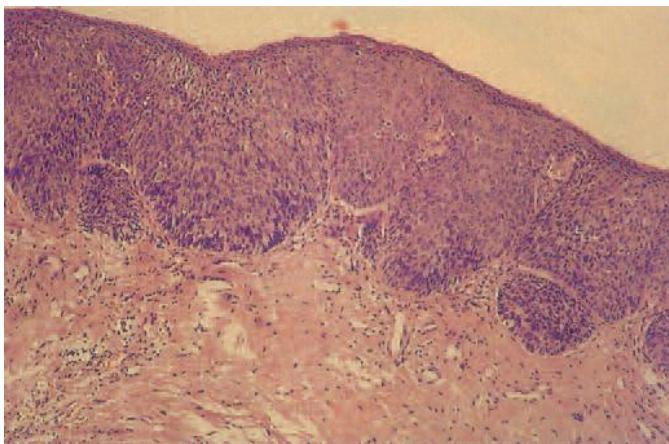


Figura 8: El paciente de la figura 5, la histología. NIV 2, VPH 31/33/35 positivo (tinción HE, 25 x magnificación)



Figura 9: Mujer de 44 años de edad, Dolor ardoroso en Horquilla vulvar. Eritroplasia parecida a eccema. NIV 1/2



Figura 10: Paciente de la figura 9 después de prueba de ácido acético con respuesta discreta.

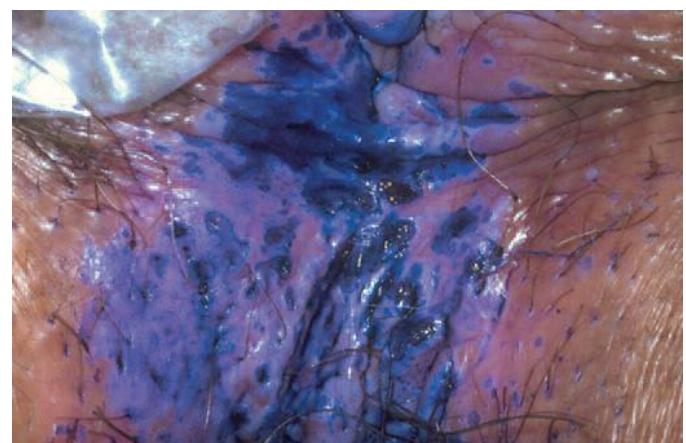


Figura 11: Paciente de la figura 9 después de prueba de azul de toluidina. Respuesta desigual

Aquí entra el ejemplo de la “dermatitis” no bien definida como eczema; sus diversas formas, el hecho de que ocurre de manera múltiple, no bien definida, con nódulos o vesículas, pruriginosas o descamativas. Además en el eritema circunscrito debido a una hiperemia activa deben ser consideradas

radas distintas causas (actínica, alérgica, inflamatoria). Lo mismo se aplica al eritrema intertriginoso, una fuerte pseudomicosis limitada a las regiones de la piel con pliegues, y para la eritrodermia generalizada, escamosa y exudativa,



Figura 12: Mujer de 49 años de edad con eccema de tipo doloroso en horquilla, eritroplasia, NIV 2/3



Figura 13: Paciente de la Figura 12 de la prueba de ácido acético con una intensa Respuesta del epitelio



Figura 14: Paciente de la figura 12 después de la prueba de azul de Toluidina, reacción superficial.

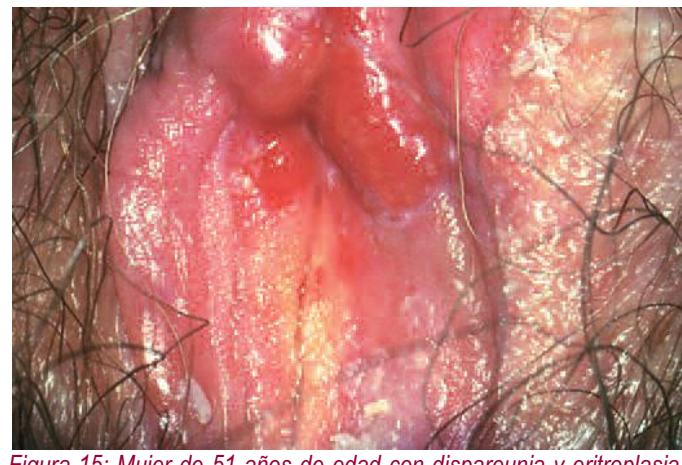


Figura 15: Mujer de 51 años de edad con disparesia y eritroplasia circunscrita nodular en área del clítoris con liquen escleroso

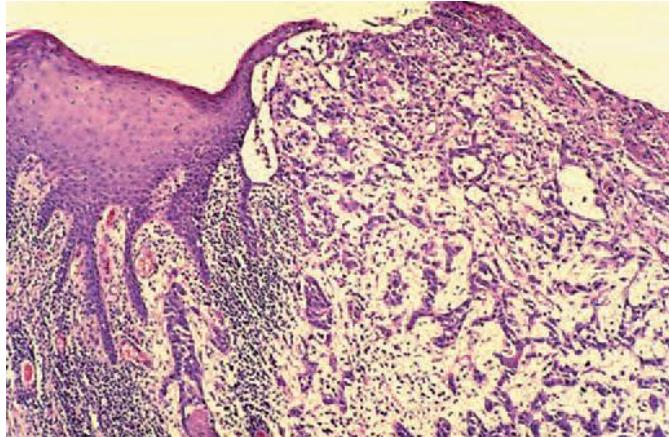


Figura 16: Paciente de la Figura 15. Histología. Carcinoma Anaplásico (H & E, 25 x magnificación)



Figura 17: Mujer de 63 años de edad con eritroplasia asintomática elevada

también de etiología diferente. Estas enfermedades no neoplásicas de la piel deben ser examinadas en primer lugar por un dermatólogo, con la finalidad de tener claridad en cuanto al diagnóstico y adecuada terapia. En contraste, el

diagnóstico y responsabilidad del ginecólogo, opcionalmente en cooperación con el dermatólogo.

Debido especialmente a los nuevos descubrimientos sobre el virus de Papiloma Humano (VPH) acerca de sus



Figura 18: Paciente de la Figura 17. Histología. NIV 2 con menos hiperqueratosis (H & E, 25 x magnificación)



Figura 19: Mujer de 68 años de edad, paciente con eritroplasia indolora, inflamación de los labios menores

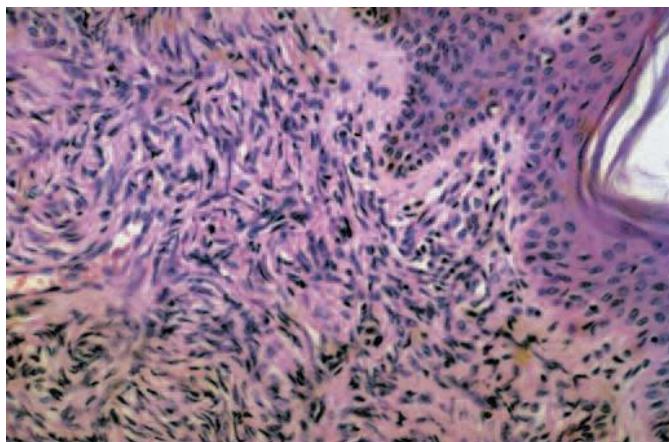


Figura 20: Paciente de la Figura 19. Histología. Sarcoma de células Espinosas (H & E, 62,5 veces de aumento)



Figura 21: Mujer de 39 años de edad con eritroplasia en labio mayor. Pap IVb. Carcinoma histológicamente microinvasor

mecanismos de infección y su propagación en el área genital, es imprescindible que los ginecólogos estén actualizados en las variantes morfológicas de esta infección viral para que les sea posible reconocerlo y extraer conclusiones para el seguimiento correcto de la paciente. El ginecólogo experimentado en esta región anatómica se encuentra en los centros de Displasias, el cual está en cooperación permanente con los laboratorios y los patólogos.

Clínica y estudio de casos

La eritroplasia epitelial neoplásica de la vulva puede presentarse de manera asintomática, así como presentar síntomas tales como comezón, ardor, y puede observarse un enrojecimiento intenso claramente definido que puede impresionar al observador, esto debido a la red vascular Enriquecida que a la vulvoscopia

se muestra como un mosaico que designa a dicha penetración vascular. Puede ser a nivel de la piel (Fig. 1-3) o puede ser prominente (Fig.4), o presentarse lesiones en combinación con leucoplasia (Fig. 5-8). Para tener conclusiones seguras a menudo se toma una citología con un algodón húmedo o bajo raspado con bisturí. Desde la primera revisión debe aplicarse ácido acético para determinar su acetorreactividad, profundidad, límites y grado de Displasia (Fig. 9-14) Otra posibilidad de diagnóstico lo establece la microscopía vulvar (de contacto), realizando una histología in vivo con el endoscopio de las zonas teñidas con el uso de toluidina, lo que nos ayuda a tener un diagnóstico preterapéutico (Ver Serie 1, casos de patología vulvar) El test de toluidina a nivel macroscópico (prueba de Collins) tiene beneficios, porque las zonas de azul intenso nos muestran las zonas apropiadas para una biopsia dirigida, ayuda en los preparativos de una vulvectomía, y además para el patólogo es muy útil la adecuada selección de la



Figura 22: Paciente de la Figura 21 en la prueba de ácido acético con diferencias en la respuesta y las zonas vulnerables

histología a analizar, ya que las zonas del epitelio con atipia y que no cuentan con capa córnea protectora, son zonas especialmente vulnerables, y generan una fuerte sospecha (Figs. 15 y 16)

Los hallazgos reconocidos durante mucho tiempo como eritroplasia de Queyrat, enfermedad cutánea de Crohn, o enfermedad de Bowen, denotan términos que después del Acuerdo Internacional (ISSVD) han cambiado por la nomenclatura para neoplasia intraepitelial de Vulva, cuya graduación se basa en el NIV (Ver serie 3). Sin embargo, al no existir un algoritmo determinado a seguir en cuanto al plazo para descartar una sospecha diagnóstica, parece razonable el continuar utilizando el término de enfermedad de Bowen para aquellas lesiones circunscritas rojizas o lesiones de color marrón (Véase serie 5), que pueden tratarse o no de hiperparaqueratosis solamente (Fig. 17-18)

Por último, la biopsia y el test de VPH nos ayudan a probar en qué forma se asocia con la infección viral o no. Como nota importante, notar que las mujeres con un intervalo de 45 a 57 años tienen mayores antecedentes de VPH. En un caso especial, una paciente que presentaba un enrojecimiento en un labio menor, indoloro, el cual era plano, fue sometida a una citología por aspiración, la cual mostró un sarcoma de células espinosas vascularizado, que se confirmó histológicamente (Fig. 19 y 20)

En resumen, se puede decir que aquellas lesiones rojizas locales, circunscritas, generalmente prominentes y asintomáticas deben hacer una sospecha de enfermedad de Bowen, sin embargo es obligatorio un diagnóstico diferencial con vulvoscopía y biopsia dirigida. En este estudio la prueba con ácido acético al 5% juega un papel indispensable y esencial, ya que la reacción puede hacer sospechar atipias, y las zonas sangrantes son vulnerables de hacernos sospechar un proceso invasor ya existente (Fig 21 y 22).

Literatur

Al final del a Parte 5

Contacto con el Autor:

Dr. med. Stefan Seidl, FIAC
Frohmestraße 59H
22459 Hamburg
E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Enfermedades de la Vulva - Parte 5: El Color Marrón Oscuro Intraepitelial La Neoplasia de la Vulva

Stefan Seidl.

Resumen

La neoplasia de color marrón oscuro se presenta como la tercera variante debido a sus típicos hallazgos. Puede encontrarse en Condilomas, melanoma y lesiones de todos los grados de NIV.

La vulvoscopia diferencial y la biopsia dirigida son métodos diagnósticos necesarios

Palabras clave

Neoplasia Intraepitelial marrón oscuro, Enfermedad de Bowen, Dermatoscopia, Vulvoscopia

Introducción

En cuanto a los aspectos clínicos de la neoplasia intraepitelial, después de la leucoplasia y la eritroplasia, encontramos en 3er orden de frecuencia las formaciones de color marrón (café) oscuro, tanto planas como en relieve (nódulos) en apariencia. El color marrón oscuro a negro que adquieren se debe a los depósitos retenidos a nivel epitelial basal de melanina. Estos tres grupos pueden, por supuesto, coincidir en una forma mixta de la lesión.

Clínica y estudio de casos

Independientemente de la anatomía

macroscópica, es común encontrar los depósitos de pigmento en la neoplasia intraepitelial en todas las etapas de NIV, de manera difusa y diseminada (Fig.1) o como bordes más o menos sútiles en el contorno (Fig. 2-6). A veces se puede observar de manera superficial una lesión sospechosa con leucoplasia y un borde pardo oscuro, que histológicamente se reporta como una NIV II con la deposición del pigmento en la capa basal del epitelio atípico (Fig. 7 y 8)

En esta neoplasia intraepitelial es típica también la Enfermedad de Bowen, ya no con el nombre descrito, sino de acuerdo a la Clasificación Internacional que divide los grados de la NIV (Ver serie 3, enfermedades de la vulva)



Figura 1: Lesión difusa distintiva marrón-roja lesión de los labios con leucoplasia plana delgada. Histológicamente NIV II sin detección del VPH.



Figura 2: Eritroplasia localizada sobre la vulva con borde delgado pigmentado delgado

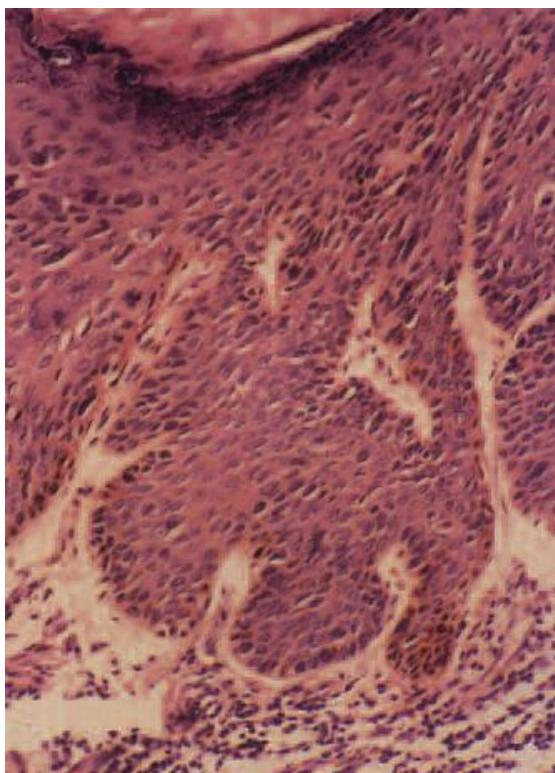


Figura 3: Caso de la figura 2. Histología. NIV II con la deposición de pigmento basal (H & E, 62,5 veces de aumento)



Figura 4: Tumor de labio mayor circunscrito con borde rojo parduzco, pigmentación marginal



Figura 6: El mismo caso, como se muestra en la Figura 4 y 5
Histología. NIV III sin detección de HPV (tinción HE, 25 × magnificación)



Figura 5: Mismo caso que en la Figura 4 después de tinción con azul de toluidina

La vulva es un lugar en donde es relativamente frecuente encontrar condilomas, claramente pigmentados de color marrón a negro, con la estructura histológica típica del condiloma (Fig. 9 y 10). La papulosis bowenoide es una de las formas que se deben diferenciar, ya que pueden verse exactamente iguales, pero con atipia presente (Fig. 11-13). En tales casos, el examen clínico y coloscópico no son suficientes, por lo que es necesario realizar una biopsia para aclarar la naturaleza de la lesión.

Existen lesiones verrucosas que en la histología pueden mostrar todos los grados de NIV, y que incluso conocemos su tratamiento decuado, sin embargo, en la vulva como en el resto de la piel pueden existir lesiones pigmentadas de marrón que no tienen nada que ver con una neoplasia intraepitelial. Tal es el caso de la queratosis senil (Fig. 14), una inofensiva hiperqueratosis pigmentada. Otras lesiones pigmentadas benignas de localización vulvar son las de pequeña escala como el lenticigo y los nevos melanocíticos, o algunos con mayor extensión superficial como el nevo espinoso (Fig.15)

Es muy importante realizar una adecuada diferenciación de los nevos, bajo las bases de la clínica y la histología, ya que las opiniones del dermatólogo y el ginecólogo pueden ser opuestas, principalmente en aquellas lesiones pigmentadas marrón que pueden generar sospecha de melanoma.



Figura 7: leucoplasia localizada adyacente a una gran úlcera en Labio menor y un borde marrón pigmentado más amplio

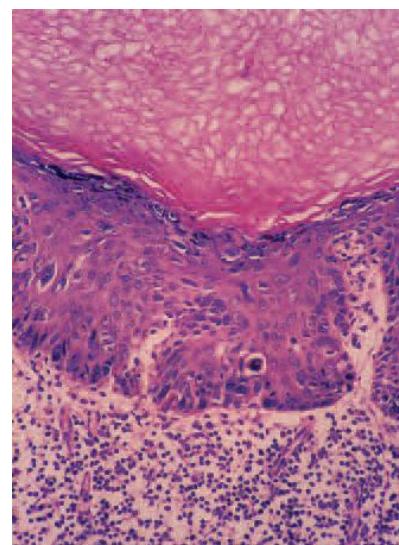


Figura 8: Mismo caso que la figura 7. Histología. NIF II y cornificación con deposición de pigmento basal (H & E,62,5-veces de aumento)



Figura 9: Condiloma “antiguo” de Labio mayor

Con una tumoración exofítica pigmentada marrón y de estructura irregular (Fig.16) la sospecha era más fácil de despertarse, lo cual fue histológicamente confirmado. En contraste, lo que podría considerarse como una delicada lesión marrón plana (Fig.17) pensando en un nevo pigmentado, histológicamente se comprueba que se trata de un melanoma recurrente (Fig. 18). Incluso en aquellas lesiones pigmentadas que generen menor duda diagnóstica debemos dejar en manos de la biopsia la última palabra.

Discusión

Las posibilidades de identificación, evaluación y diagnósticas de una lesión marrón oscuro deben descartar a la ya mencionada neoplasia intraepitelial. Como métodos, el citodiagnóstico cumple un papel secundario, que solo cumple su función en aquellas lesiones hiperqueratósicas en las que el epitelio está afectado. Con un raspado en fresco con bisturí a veces puede no ser suficiente el material celular para un adecuado estudio.



Figura 10: Mismo caso que Figura 9 Histología. Típico condiloma pigmentado (tinción HE, 25 x magnificación)

El ginecólogo es quien puede realizar el diagnóstico diferencial a partir de una vulvoscopia mediante el uso del colposcopio a 30 o 40 aumentos de manera estereoscópica, sin embargo, debido a la anatomía estructural de una lesión sospechosa, es vital el uso del ácido acético al 5%, la tinción con yodo y la prueba de Azul de Toluidina (Ver Enfermedades de la Vulva, Serie 1). Con esto se pueden detectar detalles específicos y diferenciados. A menudo una persona experimentada en esta tecnología puede emitir un diagnóstico definitivo o por lo menos una suposición diagnóstica adicional.

La prueba de azul de Toluidina puede ser muy útil, tanto para el marcaje de biopsias como para el diagnóstico *in vivo* con el microscopio de contacto (vulvomicroscopia), que opera hasta con 150 aumentos. Sin embargo, a menudo –especialmente en caso de duda–, una biopsia dirigida bajo colposcopia no se puede evitar. La muestra de la biopsia debe estar bien fijada y preparada, identificando bien la superficie de corte que se ha tomado, y enviarse al patólogo.



Figura 11: Papulosis bowenoide de la vulva



Figura 12: El mismo caso que en la figura 11 después de prueba de ácido acético



Figura 14: Queratosis senil de la vulva

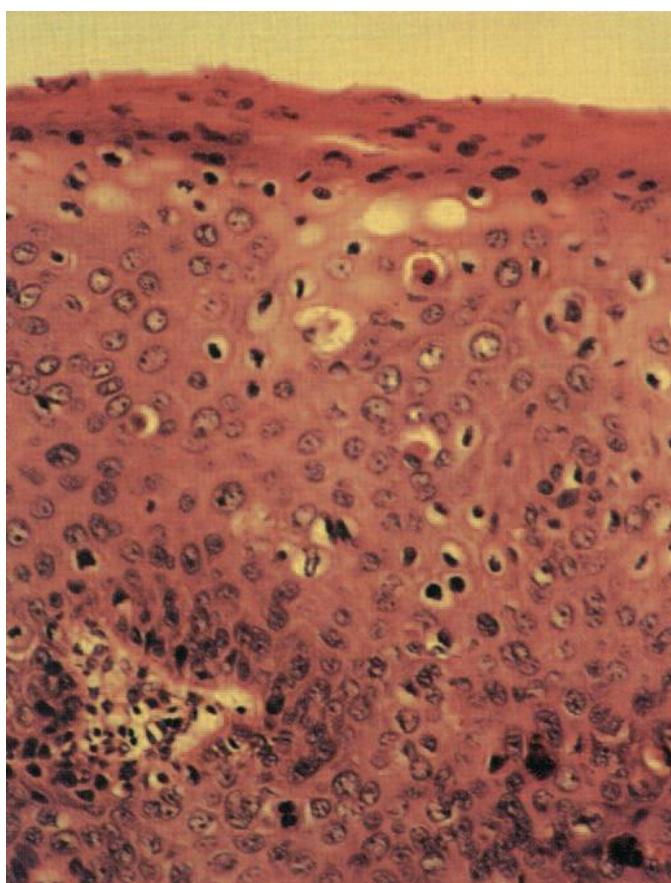


Figura 13: El mismo caso que en la Figura 11 y 12 Histología.
NIV II Condilomatosas (H & E, 62,5 veces de aumento)

Para el dermatólogo su especialidad es la dermatoscopia, la cual realiza con una lupa, que le da 10 aumentos, para el diagnóstico de rutina. Utilizando técnicas de inmersión, modificando el índice de refracción a 1.5 y 1.8 para reducir el reflejo de la luz. De esta manera la capa mas superior de la piel, el estrato córneo se vuelve transparente, permitiendo que la luz penetre más profundamente e ilumine las estructuras más profundas..

En lugar de la técnica de inmersión clásica, también puede utilizarse luz polarizada con buen resultado. Para aquellos más experimentados e interesados está la microscopía de superficie, con un microscopio quirúrgico estereoscópico, que es una técnica de diagnóstico muy valiosa, por la representación a escala mayor de 30 aumentos se pueden apreciar los detalles importantes exigidos en particular con respecto al diagnóstico de melanoma.



Figura 15: Nevo Espinoso amplio en horquilla

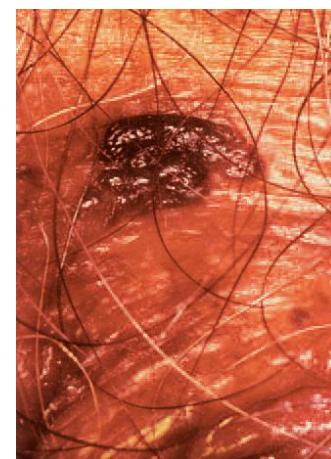


Figura 16: Tumor marrón irregular plano en Labio mayor.
Melanoma maligno Histológicamente



Figura 17: Melanoma Plano marrón recurrente de amelanótico
de la vulva

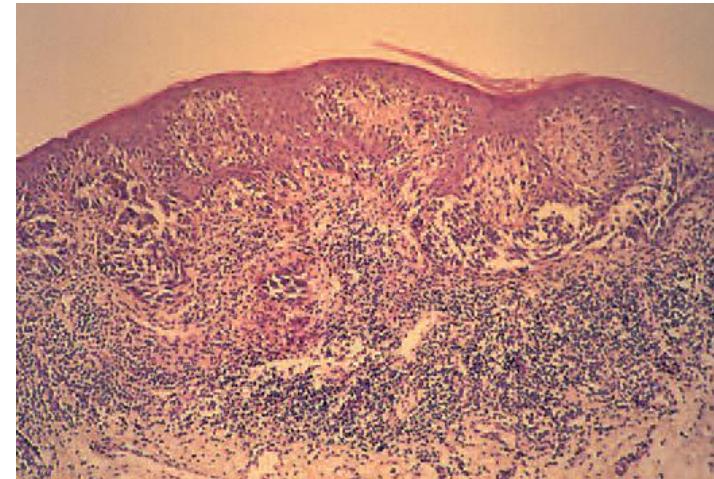


Figura 18: El mismo caso que en la figura 17. Histología.
Melanoma pigmentado temprano, Clark I (H & E, 25 × magnificación)



Figura 19: Gran tumor brillante y rojizo en una leucoplasia de la vulva
Figura 20: El mismo caso que en figura

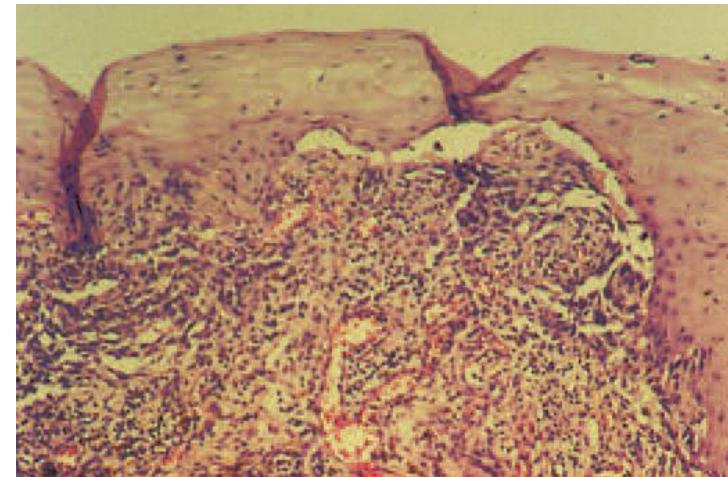


Figura 20: El mismo caso que en figura 19. Histología.
Melanoma maligno (H & E, 25 × magnificación)

Este método implica tanto la estructura dimensional de los tumores pigmentados, como las peculiaridades en la distribución del pigmento, infiltrados inflamatorios y vascularización.

Aunque este método no es capaz de sustituir a la histología, constituye un paso importante que otros en el diagnóstico de los tumores pigmentados.

Notablemente, hay colposcopistas satisfechos por el hecho de que la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical (IFCPC) en Marzo de 2012 adoptó una nueva nomenclatura colposcópica para la Vulva, cuya terminología ya tomaba en cuenta la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvar (ISSVD). De esta manera, vienen además de los aspectos morfológicos dermatológicos, las sutilezas que sólo pueden verse con el efecto de una lupa de aumento.(10).

Literatura

1. Braun RP (2006): 3.2. *Dermatoskopie pigmentierter Hauttumoren und des malignen Melanoms. In: Hengg UR, Dümmer R: Malignes Melanom. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln*
2. Giesecking F, Küppers V (2009): Zur Differenzialdiagnostik der Vulva: Die moderne Nomenklatur und ihre Vorteile. Sonderheft zur 20. Jahrestagung der AG für Zervixpathologie und Kolposkopie, gyn (14), 27–32
3. Gross GE, Barasso R (1997): *Human Papilloma Virus Infection*. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 332–354
4. Hampl M, Sarajuuri H, Wentzensen N, Bender HG, Kueppers V (2006): *Effect of human papillomavirus vaccines on vulvar, vaginal, and anal intraepithelial lesions and vulvar cancer*. Obstet & Gynecol 108, 1361–1368
5. Hampl M, Bauerschmitz G, Janni W (2011): *Vulväre Präkanzerosen. Diagnostik und Therapie*. Der Gynäkologe 44, 291–302
6. Kreusch J, Rassner G (1991): *Auflichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren*. Thieme, Stuttgart
7. Nasemann T, Sauerbrey W (1981): *Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 324–329
8. Seidl S (1998): *Praxis der Kolposkopie. Lehrbuch und Atlas*. Marseille Verlag, München, 189–278
9. Singer A, Monaghan JM (1994): *Low Genital Tract Precancer*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 177–194
10. Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK (2012): 2011 Terminology of the Vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. J Low Genit Tract Dis 16, 290–295

Contacto con el Autor:

Dr. med. Stefan Seidl, FIAC
Frohmesstraße 59H
22459 Hamburg
E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Texto original enviado por el autor.

Erkrankungen der Vulva – Teil 1: Diagnostische Hilfe mittels Kolposkopie und Farbtests.

derm(17) 2011 Praktische Dermatologie

S. Seidl

Vulväre Beschwerden, wie Juckreiz, Brennen und Schmerzen, können vielfache Ursachen haben. Mitunter haben Frauen mit derartigen Problemen, wenn sie überhaupt zum Arzt gehen, eine lange Anamnesemit Konsultationen verschiedener Ärzte – zum Teil auch verschiedener Fachdisziplinen – hinter sich. Die Vulva als »Scham« wird auch einem Arzt ungern offeriert. Bevor jedoch ein Psychotherapeut oder gar ein Heilpraktiker weiterhelfen soll, sind eigentlich der Gynäkologe sowie auch der Dermatologe in der Pflicht, mit ihrer ausgefeilten Diagnostik den Beschwerden auf den Grund zu gehen. Gröbere Veränderungen der Vulva und des Vestibulums lassen sich schon mit bloßem Auge erkennen. Grundsätzlich sollte stets eine kolposkopische Betrachtung (VulvoskopieÜbersicht) vorgenommen werden, da dezente Läsionen dem »unbewaffneten« Auge entgehen können. Besteht der Eindruck eines entzündlichen Geschehens, hilftmeist eine vitalzytologische Diagnostik aus Vagina und Vestibulum weiter, notfalls mit gefärbten Abstrichen oder gar Kultur-Nährböden. Nach der vulvoskopischen Übersicht sollten lupenoptische Vergrößerungen (ggf. bis 40-fach) angeschlossen werden, da Gewebeläsionen unter vergrößernder und stereoskopischer Sicht oftmals präzisiert und lokalisiert werden können. Dabei können Farbtests die optische Diagnostik ideal unterstützen. Der Jod-Test, von der Zervixdiagnostik als obligatorisch bekannt, hat auch im Vestibulum – nicht dagegen an der Vulva mit verhorndem Plattenepithel – eine Bedeutung (2–4), da das Epithel dieses Bereichs dem der Vagina mit reichlich glykogenhaltigen Zellen gleicht. Der Glykogengehalt ist die Basis für den Ausfall der Jodprobe, die im Normalfall eine homogene braune Färbung erzeugt. Allerdings sind Größe und Form des Jodfelds im Vestibulum unterschiedlich ausgeprägt, im Normalfall aber immer ziemlich symmetrisch (Abb. 1 u. 2). In der Postmenopause blasst die Färbung aufgrund der Epithelatrophie ab. Im Fall einer asymmetrischen Anfärbung gilt die Aufmerksamkeit den nicht angefärbten Bereichen, die nun differenzialzytologisch und differenzialkolposkopisch untersucht werden müssen. Dabei lassen sich zwei wesentlich und ursächlich unterschiedliche Läsionen finden: 1. dystrophische und 2. Dysplastische Gewebeveränderungen, die oft nur durch biotische Histologie oder Kontaktmikroskopie (s.u.) differenziert werden können. Die gleiche Aussage gilt für den Toluidinblau-Test (1%-ige Lösung), der ebenfalls dystrophisches Epithel nicht anfärbt, aber dysplastisches Epithel und dessen Begrenzung durch Blaufärbung sehr gut sichtbar macht (Abb. 2–6). Ein zusätzlicher Vorteil des Toluidinblautests besteht darin, dass man mit der Kontaktmikroskopie (z.B. mittels Kolpohysteromikroskop n. Hamou, Storz, Deutschland) eine In-vivo-Histologie der Epitheloberfläche vornehmen und so bereits eine Dignitätsdiagnose stellen kann. Außerdem kann man so der Patientin gegebenenfalls eine Analgesie erfordernde Biopsie ersparen. Anhand von drei Fällen soll dies demonstriert werden.

Fall 1

Dyspareunie im Vestibulumbereich einer 42-jährigen Patientin (Abb. 7–11). Bei gynäkologischer Untersuchung der Vulva und des Vestibulums fiel vor dem Essigtest links ein trockenes, gegenüber der Umgebung nur matt glänzendes Areal auf (Abb. 7), das sich unter Essig scharf abgrenzen ließ (Abb. 8) und weder die Jod- noch die Toluidinblaufärbung annahm (Abb. 9 u. 10). Bei der biotischen Histologie zeigte sich in diesem Bereich ein noch nicht ausdifferenziertes Plattenepithel (abnormes Epithel) (Abb. 11). Als Grund für eine derartige Epithelveränderung wurde eine auffallende Trockenheit bei Dyshygrasie angesehen, ein Geschehen, das sowohl in der Vagina als auch im Vestibulum mehrfach beobachtet wurde (1, 3). Unter einer regelmäßigen Pflege der Vulvhaut mit einer fetthaltigen Nährcreme wurde die Patientin beschwerdefrei.

Fall 2

VIN II bei einer 48-jährigen Frau (Abb. 12–15). Die Patientin klagte über Schmerzen im Vestibulumbereich. Die Untersuchung ergab vor dem Essigtest supraurethral eine rötlich erosive und eine weißlich verdickte Zone, die auf Berührung dolent waren (Abb. 12). Nach dem Essigtest färbte sich die rötliche Zone weiß an und quoll etwas auf. Die weißlich verdickte Zone veränderte sich nicht (Abb. 13). Der Jod- und der Toluidinblautest wurden gleichzeitig angewandt. Dabei nahm der weißlich-verdickte Bezirk kein Jod an und der ur als Zeichen einer Atypie (Abb. 14). Eine gezielte Probeexzision (PE) ergab eine VIN II (Abb. 15), die mit dem CO₂-Laser eradiziert wurde. Der jodnegative Bezirk zeigte nur parakeratotisches Plattenepithel.

Fall 3

VIN-Rezidiv nach Lasertherapie bei einer 62-jährigen Frau (Abb. 16 u. 17). Die regelmäßige vierteljährliche Nachkontrolle nach einer CO₂-Lasertherapie eines markstückgroßen verhornten VIN-II-Herds, der von der rechten großen Labie bis ins Vestibulum reichte, zeigte nach 1,5 Jahren erstmals dezente Hinweise auf ein Rezidiv. Nach dem Essigtest fand sich vulvoskopisch über dem Frenulum labiorum pudendi ein kleiner prominenter essigweißer Herd (Abb. 16). Dieser wurde mit dem CO₂-Laser vaporisiert. Ein halbes Jahr später fand sich wieder ein Rezidiv in dieser Gegend, diesmal besser an der tiefblauen Reaktion des Toluidinblautests zu erkennen (Abb. 17). Nach erneuter CO₂-Laser-Vaporisation bestand jahrelange Rezidivfreiheit.

Literatur

1. Seidl S (1989): Praxis der Kolposkopie (8). Befunde der Vagina (1. Teil). Gynäk Prax 13, 267–278
 2. Seidl S (1991): Praxis der Kolposkopie (11). Befunde der Vulva – Vulvoskopie 1. Gynäk Prax 15, 255–270
 3. Seidl S (1995): Praxis der Kolposkopie (15). Dystrophien und Neoplasien der Vulva (2). Gynäk Prax 19, 99–114
 4. Wespi HJ (1980): Vestibulum vaginae. In: Mestwerdt G, Moll R, Wagner-Kolb D (Hrsg): Atlas der Kolposkopie. 5. Auflage, Urban & Fischer, München, 99–105
- Anschrift des Verfassers: Dr. Stefan Seidl, FIAC Frohnestraße 59H 22459 Hamburg E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Abb

Abb. 1a und b: Symmetrisch ausfallender a) flächiger und b) bogenförmiger Jodtest im Vestibulum im Normalfall

Abb. 2: Jahrelang auswärts als »Ekzem« gedeutete Läsion am Damm. Abb. 3: Nach Essigtest deutliche Weißfärbung und Verquellung

Abb. 4: Der Ausfall des Toluidinblautests bestätigt den Atypieverdacht und zeigt die Therapiegrenzen auf

Abb. 5: Zustand nach CO₂-Laser-Vaporisation einer bioptisch bestätigten VIN II

Abb. 6: Zwei Jahre postoperativ: Rezidivfreie Abheilung. Abb. 7: ImVestibulumrechts einmarter trockener Dystrophieherd

Abb. 8: Nach demEssigtest setzt sich ein scharf begrenzter Bezirk ab

Abb. 9: Nach Toluidinblautest bleibt der auffallende Bezirk ungefärbt

Abb. 10: Nach Jodtest zeigt sich ein scharfrandig begrenzter ungefärbter Bezirk

Abb. 11: Histologisch findet sich ein scharf abgesetztes abnormes Epithel (HE-Färbung)

Abb. 12: Vor Essigtest – supraurethral ein rötlicher erosiver und ein weißlicher verdickter Herd

Abb. 13: Nach Essigtest – der rötliche Herd verquillt weißlich, der weiße Herd bleibt unverändert

Abb. 14: Gleichzeitiger Jod- und Toluidinblautest – der essigweiße Herd wird tiefblau, der weiße Herd bleibt jodnegativ

Abb. 15: Histologie des blauen Herds – VIN II (HE-Färbung)

Erkrankungen der Vulva – Teil 2: Lichen sclerosus vulvae und die Vulvoskopie

derm(18) 2011 Praktische Dermatologie

S. Seidl

Summary Lichen sclerosus is a non-neoplastic disorder and occurs in both species. This chronic inflammatory dystrophy is mainly localised in the genital area and leads non-treated to an atrophic shrinkage of the skin. It is the current opinion, that the Lichen sclerosus is not a Precancer, but dispose to Cancer in the high age. These development accompanied by pruritus and ulcerations can be prevented especially by early vulvoscopy diagnosis and by treatment with Glucocorticoids. Keywords Chronic vulvar dystrophy, non-neoplastic disorder, Precancer, vulvoscopy diagnosis.

Zusammenfassung Der Lichen sclerosus ist eine nicht-neoplastische Erkrankung und tritt bei beiden Geschlechtern auf. Diese chronisch entzündliche Dystrophie ist vor allem im Genitalbereich lokalisiert und führt unbehandelt zu einer atrophen Schrumpfung der Haut. Es ist die gängige Meinung, dass der Lichen sclerosus nicht eine Präkanzerose, aber im hohen Alter eine Prädisposition für die Entstehung von Krebs darstellt. Diese Entwicklung, begleitet von Juckreiz und Ulzerationen, könnte verhindert werden, indem frühzeitig eine vulvoskopische Diagnostik angestrebt und gegebenenfalls eine Behandlung mit Glukokortikoiden durchgeführt wird.

Schlüsselwörter Chronische vulväre Dystrophie, nichtneoplastische Erkrankung, Präkanzerose, vulvoskopische Diagnostik. **Einleitung** Der Lichen sclerosus ist eine entzündliche Hautkrankheit und gehört zu den nicht-neoplastischen Erkrankungen der Vulva mit Auftreten vorwiegend im Genital- und Perianalbereich. Die Erkrankung ist histologisch gekennzeichnet durch eine Atrophie des bedeckenden Plattenepithels mit Abflachung der Reteleisten und einer pathognomischen Sklerosierung der Dermis mit lymphozytären Infiltraten (Abb. 1). Ein Lichen sclerosus kommt bei beiden Geschlechtern – auch im Kindesalter – sowohl im Genital- als auch im Extragenitalbereich vor (Abb. 2).

Während es beim Mann im Verlauf der Erkrankung zu einer Phimose kommen kann, sind bei der Frau erhebliche anatomische und verunstaltende Veränderungen der Vulva möglich. Klinisch führt der Lichen sclerosus bei unbehandelten Patientinnen zu einer Verschmelzung der Labien, Schrumpfung des Präputiums und Frenulums mit Schwinden der Klitoris (Abb. 3). Im Vordergrund steht für die Patientinnen ein quälender Juckreiz, der

schon den sichtbaren Läsionen vorausgehen kann. Das Endstadium mit Schwund der

Labien (Abb. 4) und oft auch Stenosierung des Introitus bildet eine sogenannte Kraurosis, die dem Krankheitsbild den früheren – jetzt nicht mehr gebräuchlichen – Namen gegeben

hat. Es handelt sich bei dem Lichen sclerosus der Vulva offenbar um eine Autoimmunkrankheit, wofür eine hohe Anzahl organspezifischer Antikörper

spricht. Auch leiden Betroffene häufiger an anderen Autoimmunerkrankungen.

Klinik und Fallbeispiele Nach wie vor verschleppen erkrankte Frauen oft eine frühe Erkennung der Hautdystrophie, da die Vulva als »Schamgebiet« ungern dem Arzt offeriert

wird. Daher sehen der Dermatologe und auch der Gynäkologe oft ziemlich fortgeschrittene Erkrankungsformen. Dabei hat letzterer viel häufiger die Gelegenheit, nämlich bei jeder gynäkologischen Untersuchung, die Vulva optisch, am besten mittels Vulvoskopie, zu inspizieren. Unter stroboskopischer Vergrößerung sind auch dezente Hautveränderungen in der Oberflächenstruktur,

Farbe und Ausdehnung ideal zu erkennen. Der Lichen sclerosus beginnt klinisch/ optisch oft in einer Labialfalte mit einer Abflachung des Hautreliefs und Pigmentverlust (Abb. 5). Hier besteht meist auch ein lokalisierter Pruritus. Es sollte grundsätzlich das ärztliche Ziel sein, den Lichen sclerosus so früh wie möglich zu diagnostizieren, da dann eine Behandlung einfacher und erfolgreicher ist. So konnte bei einer 21-jährigen Studentin ein beginnender und umschriebener Lichen sclerosus im Klitorisbereich (Abb. 6) durch entsprechende lokale Therapie (Kortikoidsalbe mit fettender Hautpflege) vulvoskopisch (Abb. 7) und auch symptomatisch (der Pruritus verschwand schon nach 2 Tagen) erfolgreich behandelt werden. Wesentlich schwieriger gestaltet sich die Situation für Patientin und Arzt, wenn die Erkrankung verschleppt und die gesamte Vulva in den Dystrophieprozess einbezogen wurde (Abb. 8). Dann kommen auch hyperkeratotische Reaktionen mit Stenosierung des Introitus hinzu und erfordern schnelles Handeln. In derartig schweren Fällen hilft zunächst eine subepitheliale Glukokortikoid-Infiltration, um den Juckreiz zu beseitigen und einer weiteren Therapie den Boden zu bereiten. Eine Stenosierung des Introitus kann aber auch schon früher eintreten, wie bei einer 33-jährigen Frau beobachtet wurde. Die Patientin hatte bereits vor ihrer ersten Schwangerschaft Juckreiz mit Veränderung der Hautfarbe im Vulvagebiet festgestellt, diesen Symptomen zunächst aber keine Beachtung geschenkt. Im Laufe der Schwangerschaft kam es dann zu einer zunehmenden Einengung des Introitus, sodass

eine Spontanentbindung nicht mehr möglich war und eine Sectio caesarea vorgenommen werden musste. Bei der Vorstellung in der Dysplasiesprechstunde fand sich das typische

Bild eines beidseitigen Lichen sclerosus mit einer Introitusstenose, die nur noch eine Vaginaluntersuchung mit einem Kinderspekulum zuließ (Abb. 9). Nach einleitender Glukokortikoidtherapie (Advantan®-Salbe) wurde der Introitus durch eine kraniale und kaudale Inzision mit dem CO₂-Laser erweitert (Abb. 10). Unter fortgesetzter lokaler Hautpflege (Glukokortikoid- + Fettsalbe) konnte die Patientin nach acht Wochen mit einem guten Heilungsergebnis, normal weitem Introitus (Abb. 11) und ohne erneutem Pruritus in die häusliche Betreuung entlassen werden. Es war nun wieder ein normaler Geschlechtsverkehr möglich, sodass nach einem weiteren Jahr eine neue Schwangerschaft mit problemloser Spontangeburt folgen konnte. Der Lichen sclerosus ist nach übereinstimmender Meinung keine Präkanzerose. Diese Dystrophieform disponiert aber offenbar zu einem Vulvakarzinom und tritt nicht selten mit ihm kombiniert auf. Das typische, nicht mit humanen Papillomaviren (HPV)-assoziierte Vulvakarzinom der zumeist älteren Frau zeigt im Beginn erosiv-ulzerative Hautläsionen, die leicht übersehen oder als

harmlose entzündliche Veränderungen fehlgedeutet werden.

Derartige Ulzera, oft auch durch Kratzeffekte induziert, sind eine häufige und ungünstige Entwicklung der chronischen Entzündung (Abb. 12).

Die Dignität solcher Läsionen ist meist

mit der Vulvoskopie gut einzuschätzen. Wenn ein Ulkus einen sauberen Untergrund mit unauffälligem Rand hat (Abb. 13), kann ein Karzinom ziemlich sicher ausgeschlossen werden. Die Histologie des aus therapeutischen Gründen exzidierten Geschwürs bestätigt die entzündliche Genese (Abb. 14). In einem anderen Fall – bei einer Frau in der Postmenopause – fiel eine erosiv-ulzerative Läsion der Vulva auf, die vulvoskopisch durch atypische Gefäße und gering wallartigem Rand den Verdacht auf eine kanzeröse Variante erweckte (Abb. 15). In diesem Fall bestätigte die Histologie den Verdacht und ergab ein frühinvasives Plattenepithelkarzinom (Abb. 16). Eine derartige Entstehungsweise des

Karzinoms bei der älteren Frau ist gut bekannt. Es werden daher bei bestehenden dystrophen Hautveränderungen kurzfristige – am besten vulvoskopische – Überwachungen in drei- bis viermonatigen Abständen gefordert. Eine Kombination des Lichen sclerosus mit einer anderen Dystrophieform, der sogenannten Plattenepithel-Hyperplasie (Leukoplakie), ist häufig und stellt den Untersucher vor die schwierige Frage, die Dignität dieser Veränderung zu beurteilen. Hierzu wird in Teil 3 der Serie Stellung genommen.

Abb. 1: Lichen sclerosus vulvae mit atrophem, leukokeratotischem Plattenepithel, Ödematisierung und Sklerosierung der Dermis mit lymphozytären Infiltraten

Abb. 2: Exogenitaler Lichen sclerosus des Rumpfs.

Abb. 3: Ausgeprägter Lichen sclerosus der Vulva mit Leukokeratose, Ödematisierung und Verschmelzung der Labien

Abb. 4: Endstadium eines Lichen sclerosus der Vulva mit Schwund der Labien und Epithelatrophie

Abb. 5: Beginnender Lichen sclerosus der Vulva in einer Hautfalte mit Depigmentierung, Reliefverlust und atrophem Epithel

Abb. 6: 21-jährige Patientin mit beginnendem Lichen sclerosus im Klitorisbereich

Abb. 7: Gleiche Patientin – guter Erfolg mit monatanger kombinierter Lokaltherapie mit Glukokortikoid- und Fettcreme

Abb. 8: Fortgeschrittenes Befall der Vulva mit gemischter Dystrophie. Lichen sclerosus und Leukokeratose mit Einengung des Introitus (Kraurosis vulvae)

Abb. 9: 33-jährige Patientin nach Sectio caesarea-Geburt mit Lichen sclerosus der Vulva und massiver Introitusstenose

Abb. 10: Gleiche Patientin, Zustand nach Laser-Inzision der Stenose

Abb. 11: Gleiche Patientin – nach achtwöchiger Nachbehandlung mit Fett- und Kortikoidsalbe. Normal weiter Introitus mit dezentem Lichen-sclerosus-Befund

Abb. 12: 65-jährige Patientin mit ausgeprägtem Lichen sclerosus vulvae und mehreren ulzerativen Läsionen

Abb. 13: Ulkus der Vulva mit sauberem Untergrund und schmalen glatten Rand

Abb. 14: Histologie – entzündliches Ulkus ohne Hinweis auf Atypie

Abb. 16: Histologie – frühinvasives Plattenepithelkarzinom. Abb. 15: Suspektes Ulkus der Vulva bei einem Lichen sclerosus mit atypischen Gefäßen und gering wallartigem Rand

derm(18) 2012 Praktische Dermatologie.

Erkrankungen der Vulva – Teil 3: Die intraepithelialen Neoplasien der Vulva. a) Weiße Läsionen – Leukoplakien

Tabelle> Klassifikation intraepithelialer Neoplasien der Vulva

Alt Neu

»World Health Organization« »International Society for the Study (WHO) 2003 of Vulvovaginal Disease« (ISSVD) 2007

VIN I = leichte Dysplasie Flaches Kondylom

VIN II = moderate Dysplasie VIN III = schwere Dysplasie Zusammengefasst:

A) normale, undifferenzierte VIN

– klassischer Typ (HPV-16)

– kondylomatös – »warty«

– basaloid

– gemischt

B) differenzierte, unklassifizierte VIN

Summary The leukoplakia of the vulva is very suspicious occurring not as flat but as elevated and circumscribed lesion with a micropapillary or microgranular surface. In younger women this kind mainly is caused by a HPV-infection with type 16 and shows all degrees of VIN. The coarse circumscribed leukoplakia of the vulva is an absolutely indication for a target biopsy. Keywords Flat and coarse leukoplakia, HPV-association with type 16, vulvoscopy, indication for biopsy. **Zusammenfassung** Die Leukoplakie der Vulva ist sehr verdächtig, wenn sie als erhabene und umschriebene Läsion mit einer mikropapillären oder mikrogranulären Oberfläche vorkommt. Bei jüngeren Frauen ist diese Variante vor allem durch eine HPV-Infektion mit Typ 16 verursacht und zeigt alle Grade der VIN. Die gröbere, scharfrändige umschriebene Leukoplakie der Vulva ist eine absolute Indikation für eine Biopsie. Schlüsselwörter Flache und grobe Leukoplakie, HPV-Assoziation mit Typ 16, Vulvoskopie, Indikation für Biopsie. **Einleitung** Aus klinischer Sicht werden Vulvaläsionen in a) weiße, b) rötliche und c) bräunlich-dunkle Formen eingeteilt. Der vorliegende Artikel befasst sich mit den weißen, leukoplakischen Veränderungen. **Klinik und Fallbeispiele** Grundsätzlich sind zwei klinisch-kolposkopisch verschiedene Varianten zu unterscheiden: 1. Die flache, oft diffus ausgebreitete und meist im Rahmen eines Lichen sclerosus auftretende Leukoplakie. 2. Die gröbere, elevierte, scharfrändige und oft abgegrenzte, umschriebene Leukoplakie. Diese weist oft eine mikropapilläre, Spikes-artige beziehungsweise mikrogranuläre gefelderte Oberfläche auf (Abb. 1–5). Beide Formen besitzen eine unregelmäßige Herdbegrenzung und müssen streng differenziert werden von Läsionen, die erst nach dem Essigtest weiß werden und meist HPV-assoziiert sind (s. folg. Artikel: Erythroplakien). Die leukokeratotischen planen weißen Herde bei einem Lichen sclerosus bilden selten diagnostische Schwierigkeiten und sind auch rückbildungsfähig. Dagegen erfordert die grob-erhabene Leukoplakie, die als obligate Präkanzerose aufzufassen ist, zumeist eine Biopsie, um die Dignität des Prozesses zu erkennen (Abb. 6). Die Erkenntnisse durch die HPV-Infektion zeigen, dass derartige Leukoplakien bei jüngeren Frauen (25–45 Jahre) auftreten und HPV-positiv (vorwiegend Typ 16) sind (Abb. 7). Beide Leukoplakieformen unterscheiden sich nicht nur klinisch, sondern vor allem auch histologisch und prognostisch. Die flache, dünne Leukoplakie beim Lichen

sclerosus besitzt kaum Oberflächenstrukturen, sondern passt sich meist mit schmaler bis breiterer Hyperkeratose und ohne Zellatypien (Abb. 8 u. 9) glatt an die Organoberfläche an. Seltener finden sich beim Lichen sclerosus gröbere leukoplakische Anteile, die gegebenenfalls einmal eine Biopsie erfordern (Abb. 10). Dagegen liegen bei einer grob-erhabenen Leukoplakie mit einer Hyper-/Pa - rakeratose und Akanthose zelluläre Atypien vor mit Mitosen, Corps ronds und Koilozyten, die auf verschiedene Grade einer Dysplasie hinweisen (Abb. 11). Die ursprüngliche internationale Einteilung der intraepithelialen Neopla - sien der Vulva in squamös (VIN I-III) und nicht-squamös (M. Paget, Melanoma in situ) hat noch grundsätzliche Gültigkeit, wurde aber kürzlich modifiziert. Danach entfällt VIN I und wird nun als flaches Kondylom angesehen. Die VIN II-III werden zu einer Gruppe zusammengefasst und aufgrund ihrer Molekularbiologie in zwei Haupttypen eingeteilt: 1. Normaler, undifferenzierter Typ der jüngeren Frauen, der HPV-assoziiert ist und als warzig-kondylomatös, basaloid oder gemischt auftritt. 2. Klassischer, differenzierter Typ, der vorwiegend bei älteren Frauen im Rahmen eines Lichen sclerosus auftritt und selten HPV-assoziiert ist (s. Teil 2 dieser Serie, Abb. 15 u. 16). Eine Sonderform der Leukoplakie findet sich beim Cornu cutaneum, das eine exzessive, gebirgsartige Hyperkeratose zunächst ohne zelluläre Atypien aufweist, aber stets in ein Platten epi - thelkarzinom übergeht (Abb. 12 u. 13).

Abb. 18: Histologie zu Abbildung 17. Mikroinvasives Plattenepithelkarzinom (HE-Färbung, 6,25-fache Vergrößerung) Abb. 17: Suspekte umschriebene Leukoplakie der Vulva mit oberflächigem ulzerativen Zerfall

Praktische Dermatologie

Ganz ungewöhnlich erscheint der Fall einer flachen, zarten Leukoplakie (Abb. 14), die sich histologisch nicht als harmlos erwies. Die Läsion war besonders durch einen umschriebenen Juckreiz aufgefallen, bot aber sonst keinerlei Verdachtszeichen. Es ergab sich überraschenderweise ein amelanotisches Melanom (Abb. 15, Breslow 0,67 mm), das im Gesunden exzidiert worden war. Dennoch kam es mehrfach zu – dismal braunen – Rezidiven (Abb. 16), die nach 12-jähriger Laufzeit und trotz intensiver therapeutischer Bemühungen zum Tode der Patientin führten. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Leukoplakie an der Vulva grundsätzlich suspekter ist als an der Portio. Dies gilt vor allem für eine umschriebene, schollige erhabene Leukoplakie und ganz besonders, wenn diese einen ulzerativen Zerfall aufweist (Abb. 17). Dies ist ein hochgradiger Verdacht auf eine bereits vorliegende Invasion (Abb. 18). Literatur Am Ende von Teil 5

Abb. 1: Umschriebene erhabene gefelderte Leukoplakie der Vulva. Abb. 2: Histologie zu Abbildung 1. VIN II/III (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 3: Grob-erhabene Leukoplakie der Vulva mit Spikes-artiger Oberfläche. Abb. 4: Histologie zu Abbildung 3. VIN II/III mit Koilozyten (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) 126 derm (18) 2012. Abb. 5: Histologie zu Abbildung 4. In-situ-Hybridisation (62,5-fache Vergrößerung) Abb. 6: Grob-schollige erhabene Leukoplakie der Vulva. Abb. 7: Histologie zu Abbildung 6. VIN III im Haarbalgssystem (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung). Abb. 8: Diffus-flächige Leukoplakie der Vulva. Abb. 9: Histologie zu Abbildung 8. Hyperkeratose bei Lichen sclerosus (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 10: Grob-furchige Leukoplakie am Damm Abb. 11: Histologie zu Abbildung 10. Leukoplakie bei VIN III (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung) Abb. 12: Gebirgsartige Leukoplakie der Vulva – Cornu cutaneum

Abb. 13 : Histologie zu Abbildung 12 (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) 132 derm (18) 2012 Abb. 14: Zarte, flache Leukoplakie der Vulva

Abb. 15: Histologie zu Abbildung 14. Amelanotisches Melanom (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung)

Abb. 16: Pigmentiertes Rezidiv des amelanotischen Melanoms

Erkrankungen der Vulva – Teil 4: Die intraepithelialen Neoplasien der Vulva.b) Rötliche Läsionen – Erythroplakien

derm(18) 2012 Praktische Dermatologie S. Seidl

Summary The erythroplakic intraepithelial lesions of the vulva require a differentiated

diagnosis by colposcopy, vulvamicroscopy, cytology and biopsy. Women younger than 57 years of age often are associated with the HPV-infection. Keywords Erythroplakia vulvae, vulvoscopy, vulvomicroscopy, biopsy, HPV-infection, Bowen's disease.

Zusammenfassung Die erythroplakischen intraepithelialen Neoplasien der Vulva erfordern eine differenzierende Diagnostik mit dem Einsatz der Vulvoskopie, Vulvomikroskopie, Zytologie und Biopsie. Bei Frauen unter 57 Jahren liegt zumeist eine Assoziation mit der HPV-Infektion zugrunde. Schlüsselwörter Erythroplakie der Vulva, Vulvoskopie, Vulvomikroskopie, Biopsie, HPV-Infektion, M. Bowen.

Einleitung

Die Rötung einer Läsion hängt ab von der Art und Dicke des bedeckenden Epithels beziehungsweise seinem Fehlen und von einer Erweiterung oder vermehrten Füllung des Kapillarbetts. Während die erythroplakischen intraepithelialen Neoplasien der Vulva zu- Abb. 1: 46-jährige Patientin mit umschriebener, gering juckender Erythroplakie der Labieninnenfläche Abb. 2: Patientin aus Abbildung 1 nach dezent ausfallendem Essigtest Abb. 3: Patientin aus Abbildung 1, Histologie. VIN 1 beziehungsweise flaches Kondylom (nach neuer Einteilung) (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 4a-d: 63-jährige Patientin. a) Mit umschriebener erhabener schmerzhafter Erythroplakie der großen Labie, Pap V. b) Nach deutlich ausfallendem Essigtest mit Mosaik und Punktierung. c) Nach Toluidinblau-Test. d) Histologie. VIN 3, basaloider Typ (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 5: 48-jährige Patientin mit brennend- schmerzhafter Erythro- und Leukoplakie im Vestibulum meist zumeist lokalisiert auftreten und differenzialdiagnostisch mit dem Einsatz der Differenzialvulvoskopie, Zytologie, Vulvomikroskopie und schließlich gezielter Biopsie erkannt werden können, müssen andere nicht-neoplastische Erythroplakien davon abgegrenzt werden. Hierher gehört zum Beispiel das vom Begriff der »Dermatitis« nicht klar abgegrenzte Ekzem mit seinen vielfältigen Formen, flächig auftretend, oft multipel, unscharf begrenzt, mit Bläschen-, Knoten- oder Schuppenbildung und Juckreiz. Auch das Erythem, eine umschriebene Hautrötung infolge einer aktiven Hyperämie mit seinen unterschiedlichen Abb. 6: Patientin aus Abbildung 5 nach Essigtest Abb. 7: Patientin aus Abbildung 5 nach kombiniertem Jod-Toluidinblau-Test Abb. 8: Patientin aus Abbildung 5, Histologie. VIN 2, HPV-31/33/35-positiv (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 9: 44-jährige Patientin mit ekzemartiger brennender Erythroplakie am Damm bei VIN ½ Abb. 10: Patientin aus Abbildung 9 nach dezent ausfallendem Essigtest Abb. 11: Patientin aus Abbildung 9 nach Toluidinblau-Test – fleckige Reaktion Ursachen (aktinisch, allergisch, entzündlich) muss bedacht werden. Gleicher gilt für das Erythrasma intertriginosum, einer Pseudomonas mit scharf begrenzter Fläche in Hautfalten sowie für die Erythrodermie, einer generalisierten, schuppenden und exsudativen Hautrötung, die ebenfalls eine unterschiedliche Ätiologie aufweist. Diese nicht-neoplastischen Hauterkrankungen sind bezüglich Diagnostik und Therapie eindeutig das Primat des Dermatologen. Dagegen sind für Diagnostik und Therapie von intraepithelialen Neoplasien auch und besonders Gynäkologen zuständig, gegebenenfalls in Kooperation mit einem Dermatologen. Abb. 12: 49-jährige Patientin mit ekzemartiger schmerzhafter Erythroplakie am Damm bei VIN 2/3 Abb. 13: Patientin aus Abbildung 12 nach Essigtest mit intensive essigweißer Epithelverquellung Abb. 14: Patientin aus Abbildung 12 nach Toluidinblau-Test – flächenhafte Reaktion Abb. 15: 51-jährige Patientin mit Dyspareunie und umschriebener knotiger Erythroplakie im Klitorisbereich bei Lichen sclerosus Abb. 16: Patientin aus Abbildung 15, Histologie. Anaplastisches Karzinom (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 17: 63-jährige Patientin mit symptomloser erhabener Erythroplakie. Gerade die neuen Erkenntnisse über die humane Papillomaviren (HPV)-Infektion mit ihrer Ausbreitung im Anogenitalbereich macht es erforderlich, dass gynäkologisch tätige Ärzte die morphologischen Varianten dieser viralen Infektion mit ihren möglichen Folgen erkennen und die richtigen Konsequenzen daraus ziehen. Auf

diesem Gebiet besonders erfahrene Gynäkologen finden sich in den sogenannten Dyplasie-Sprechstunden beziehungsweise Dysplasiezentren, die in Kooperation stehen mit entsprechenden Pathologen und Labors.

Klinik und Fallbeispiele Die erythroplakischen intraepithelialen Neoplasien der Vulva, die asymptatisch wie auch symptomatisch (Juckreiz, Brennen) und scharf begrenzt auftreten können, imponieren durch eine intensive Rötung aufgrund eines angereicherten Gefäßnetzes, das vulvoskopisch als Mosaik oder auch als Punktierung bezeichnet wird. Sie können im Hautniveau liegen (Abb. 1–3) aber auch prominent sein (Abb. 4) sowie in Kombination mit leukoplakischen Läsionen vorkommen (Abb. 5–8). Eine Zytologie, mit angefeuchtetem Watteträger oder Skalpell-Scraping entnommen, bringt oft sichere Erkenntnisse. Aber schon bei der Erstuntersuchung zeigt der Essigtest durch seine Weißfärbung und Epithelverquellung unterschiedliche Dysplasiegrade und ihre Grenzen an (Abb. 9–14). Eine weitere diagnostische Möglichkeit bietet die Vulvomikroskopie (Kontaktmikroskopie), bei der mit einem Spezialendoskop eine oberflächliche Invivo-Histologie der mit Toluidinblau angefärbten Areale vorgenommen werden kann, um so schon zu einer prätherapeutischen Diagnose zu kommen (s. Vulvaerkrankungen, Teil 1). Dieser Toluidinblautest kann auch makroskopisch (Collins-Test) Vorteile bringen, weil die intensiv blauen Areale die geeigneten Stellen für eine Target-Biopsie anzeigen. Bei Vulvektomie-Präparaten profitiert auch der Pathologe von der Anfärbung.

Abb. 18: Patientin aus Abbildung 17, Histologie des Resekts. VIN 2 mit geringer Hyperkeratose (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung). Abb. 19: 68-jährige Patientin mit indolenter erythroplakischer Schwellung des Labium minus. Abb. 20: Patientin aus Abbildung 19, Histologie. Spindelzellsarkom (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung). Abb. 21: 39-jährige Patientin mit großflächiger Erythroplakie der Labieninnenfläche, Pap IVb. Histologisch mikroinvasives Karzinom bunt, da diese Bereiche gezielt für die Histologie ausgewählt werden können. Das die Atypie bedeckende Epithel ist besonders vulnerabel, wenn es keine schützende Hornschicht besitzt, gleichzeitig ist dies ein ausgeprägtes Verdachtsmoment (Abb. 15 u. 16). Derartige Befunde wurden lange Zeit als Erythroplasie beziehungsweise Morbus Queirat bezeichnet, Begriffe, die, wie auch Morbus Bowen, nach internationaler Übereinkunft (ISSVD) als histologische Diagnose verlassen wurden. Statt dessen wurde eine Nomenklatur für die intraepithelialen Neoplasien der Vulva gewählt, die sich nach der VIN-Klassifikation richtet (s. Vulvaerkrankungen, Teil 3). Es erscheint jedoch sinnvoll, einen klinischen Begriff wie Morbus Bowen für derartige Befunde als Verdachtsbegriff zu erhalten, da damit ein ganz bestimmter Algorithmus für das weitere Vorgehen festgelegt werden kann. Der Bowen-Begriff würde dann umschriebene rötliche wie auch bräunliche Läsionen (s. Vulvaerkrankungen, Teil 5) umfassen, wobei sowohl eine Parabefestigung als Hyperkeratose beteiligt sein (Abb. 17 u. 18), aber auch fehlen kann. Schließlich werden Biopsie und HPV-Testung entscheiden, bei welchen Formen man eine Assoziation mit dem HPV-Infekt nachweisen kann und bei welchen nicht. Als wichtiger Hinweis gilt, dass jüngere Frauen – unter 45 bis 57 Jahren – zumeist eine HPV-Anamnese haben. In einem besonderen Fall fand sich an einem Labium minus eine indolente erhabene Rötung bei unauffälligem bedeckenden Epithel. Eine Aspirationszytologie ergab ein gefäßreiches Spindelzellsarkom, das histologisch bestätigt wurde (Abb. 19 u. 20). Zusammenfassend kann man sagen, dass umschriebene, lokale, meist prominente, asymptotische wie auch symptomatische rötliche Läsionen der Vulva als Bowen-Verdacht anzusprechen sind und eine Differenzialvulvoskopie mit nachfolgender Target-Biopsie erfordern. Bei dieser Untersuchung spielt der unverzichtbare Essigtest (5%-ige Lösung) eine besondere Rolle, da nicht nur eine essigweiße Verquellung des Epithels auf eine intraepithelialen Atypie hinweist, sondern blutend vulne- Abb. 22: Patientin aus Abbildung 21 nach Essigtest mit Niveaudifferenzen und vulnerable Arealen. Rable Areale auch eine bereits bestehende Invasion ankündigen (Abb. 21 u. 22). Literatur Am Ende von Teil 5.

Erkrankungen der Vulva – Teil 5: Die bräunlich-dunklen intraepithelialen Neoplasien der Vulva **derm(18) 2012 Praktische Dermatologie**.

S. Seidl **Summary** The dark brownish neoplasia are presented as the 3. clinical variant by typical findings. Condylomata, melanoma and lesions of all VIN-grades are shown. Differential-vulvoscopy and targetbiopsy are necessary diagnostic methods. Keywords Dark-brown vulvar intraepithelial neoplasia, Bowens disease, dermatoscopy, vulvoscopy. **Zusammenfassung** Die bräunlich-dunklen intraepithelialen Neoplasien der Vulva werden als 3. klinische Variante anhand von typischen Befunden dargestellt. Dabei finden sich Kondylome, Melanome und Läsionen aller VIN-Grade. Differenzial-Vulvoskopie und Targetbiopsie

sind die notwendigen diagnostischen Methoden. Schlüsselwörter Braun-dunkle vulväre intraepitheliale Neoplasien, bowenoide Erkrankungen, Dermatoskopie, Vulvoskopie. **Einleitung** Unter klinischem Aspekt gibt es zu den weißlich-leukoplakischen und röthlichen Erythroplakischen intraepithelialen Neoplasien der Vulva noch eine dritte Gruppe: die bräunlich-dunklen Formationen, die als flache, vorwiegend aber als erhabene Papel (Knötchen) in Erscheinung treten. Die dunklen, braunen bis schwarzen Anteile in den intraepithelialen Neoplasien beruhen auf intraepithelialen beziehungsweise intradermalen Einlagerungen von Melaninpigment.

Diese drei Gruppen können natürlich auch als gemischte Formen auftreten. **Klinik und Fallbeispiele** Unabhängig von der makroskopisch-anatomischen Grundstruktur der intraepithelialen Neoplasie finden sich derartige Pigmenteinlagerungen bei allen VIN-Stadien in diffuser und disseminierter Form (Abb. 1) oder als

mehr oder weniger dezente randliche Konturierung (Abb. 2–6). Mitunter sieht man auch vordergründig eine suspekte leukoplakische Läsion, die randlich eine ausgeprägte bräunliche Verfärbung aufweist. Histologisch lag hier eine VIN II mit Pigmenteinlagerungen in der Basalis des atypischen Epithels vor (Abb. 7)

u. 8). Auch diese intraepithelialen Neoplasien zählen zu den typischen Bowen-Erkrankungen, die nicht mehr mit den Namen der Erstbeschreiber benannt sondern – der internationalen Klassifikation

entsprechend – nach den VIN-Graden unterteilt werden (s. Erkrankungen der Vulva, Teil 3). Abb. 1: Diffus ausgeprägte braun-rote Läsion der Labien mit zarten flachen Leukoplakien. Histologisch VIN II ohne HPV-Nachweis

Abb. 2: Umschriebene erhabene Erythroplakie der Vulva mit randlicher zarter Pigmentierung. Einen relativ häufigen Befund stellen Kondylome der Vulva dar, die deutlich braun-schwarz pigmentiert sind und histologisch eine typische Kondylomstruktur besitzen (Abb. 9 u. 10). Davon abgegrenzt werden müssen aber Formen, die genauso aussehen, aber Atypien darstellen: die sogenannte Bowen-Papulose (Abb. 11–13). In solchen Fällen, die klinisch-kolposkopisch nicht als solche erkannt werden können, muss eine Biopsie das Wesen der Läsion klären. Die Histologie zeigt bei diesen Warzenformen alle Grade einer VIN, die dann auch eine entsprechende Behandlung erfordern. Daneben gibt es an der Vulva – wie auch an der übrigen Haut – braun-pigmentierte Läsionen, die nichts mit einer intraepithelialen Neoplasie zu tun haben. Dazu gehört die sogenannte senile Keratose (Abb. 14), eine harmlose pigmentierte Hyperkeratose. Auch pigmentierte Nävuszellnävi sind an der Vulva vorzufinden, die bei geringem Umfang als Lentigo benigna oder bei größerer flächiger Ausdehnung als Naevus spilus bezeichnet werden (Abb. 15). Eine genaue Differenzierung der

verschiedenen Nävustypen auf der Basis der Klinik und Histologie obliegt dem Dermatologen. Einen ganz anderen Stellenwert – auch für den Gynäkologen – haben dagegen braun-pigmentierte Läsionen, die den

Abb. 3: Gleicher Fall wie in Abbildung 2. Histologie. VIN II mit basaler Pigmenteinlagerung (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung). Abb. 4: Umschriebener elezierter brauner Tumor der großen Labie mit

randlicher Pigmentierung Abb. 5: Gleicher Fall wie in Abbildung 4 nach Toluidinblaufärbung Abb. 6: Gleicher Fall wie in Abbildung 4 und 5. Histologie. VIN III ohne HPV-Nachweis (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) herausragt (Abb. 19) und histologisch als Melanom eingestuft werden musste (Abb. 20).

Diskussion Die diagnostischen Möglichkeiten zur Erkennung und Einschätzung der braun-dunklen intraepithelialen Neoplasie entspricht den bisher erwähnten Methoden. Dabei spielt die Zytodiagnostik

eine untergeordnete Rolle. Sie kann nur effektiv sein, wenn eine Läsion ringstern Zweifel sollte der Sicherheit der Vorzug gegeben und einer Biopsie die Entscheidung überlassen werden. Überraschend ist allerdings, dass eine als zarte Leukoplakie auftretende Läsion sich als ein amelanotisches Melanom entpuppt (s. Erkrankungen der Vulva, Teil 3, Abb. 14–16) und dann als Rezidiv wieder tiefbraun pigmentiert erscheint. Ähnliches gilt auch für eine weißlich-hellen exophytischen Tumor, der aus einem großen Leukoplakiefeld Verdacht auf ein melanomartige Neoplasie erwecken. Bei einem braun-pigmentierten exophytischen Tumor von unregelmäßiger Struktur (Abb. 16) ist dieser Verdacht leicht zu erheben und wurde auch histologisch bestätigt. Demgegenüber könnte eine zarte flache braune Läsion (Abb. 17) durchaus als Naevus pigmentosus angesehen werden, während die Histologie hier ein Melanom-Rezidiv nachweist (Abb. 18). Auch bei ge Abb. 7: Umschriebene Leukoplakie neben der großen Labie mit kleinem Ulkus und breiter braunpigmentierter Randzone Abb. 8: Gleicher Fall wie in Abbildung 7. Histologie. VIN II mit Verhornung und basaler Pigmenteinlagerung (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung) Abb. 9: »Alte« Kondylome der großen Labie Abb. 10: Gleicher Fall wie in Abbildung 9. Histologie. Typisches pigmentiertes Kondylom(HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung)

nicht von einem hyperkeratotischen Epithel besetzt ist. Mit einem schabenden Skalpell gelingt es jedoch mitunter, dennoch ausreichendes Zellmaterial zur gewinnen – sogenanntes »Scraping«. Für den Gynäkologen steht die Differenzialvulvoskopie mit dem Kolposkop in der ersten diagnostischen Reihe. Mit der stereoskopischen Vergrößerung bis zu 30- bis 40-fach sind schon aufgrund der anatomischen Struktur einer Läsion Verdachtsmomente auszusprechen beziehungsweise auszuschließen. Unter Einsatz des Essigtests (5%) und der Färbemethoden (Jod- u. Toluidinblau-Test, s. Erkrankungen der Vulva, Teil 1) können dann spezielle Details erkannt und differenziert werden. Oft gelingt einem Erfahrenen schon mit dieser Technik eine sichere Diagnose oder zumindest eine weiterführende Vermutung. Abb. 11: Bowenoide Papulose der Vulva Abb. 12: Gleicher Fall wie in Abbildung 11 nach Essigtest Abb. 13: Gleicher Fall wie in Abbildung 11 und 12. Histologie. Kondylomatöse VIN II (HE-Färbung, 62,5-fache Vergrößerung) Abb. 14: Senile Keratose der Vulva Abb. 15: Breiter Naevus spilus am Damm Abb. 16: Kleiner erhabener unregelmäßiger brauner Tumor neben der großen Labie. Histologisch malignes Melanom Abb. 17: Flaches braunes Rezidiv eines amelanotischen Melanoms der Vulva Abb. 18: Gleicher Fall wie in Abbildung 17. Histologie. Pigmentiertes Frühmelanom, Clark I (HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Abb. 19: Kirschgroßer heller Tumor der Vulva in einem Leukoplakiefeld Abb. 20: Gleicher Fall wie in Abbildung 19. Histologie. Malignes Melanom(HE-Färbung, 25-fache Vergrößerung) Der Toluidinblau-Test kann dabei sehr hilfreich sein, sowohl für die Markierung einer biopsiewürdigen Stelle oder für die In-vivo-Diagnostik mit einem Kontaktmikroskop (Vulvomikroskopie), das bis zu einer 150-fachen Vergrößerung

arbeitet. Oft ist aber – auch und gerade in Zweifelsfällen – eine Targetbiopsie (gezielte Biopsie unter kolposkopischer Sicht) nicht zu umgehen. Das Biopsat sollte gut fixiert und präpariert, das heißt mit erkennbarer Anschnittfläche, dem Pathologen zugesandt werden. Für den Dermatologen ist die Dermatoskopie (Dermoskopie) mit einer 10- fach vergrößernden Lupenbetrachtung eine inzwischen weit verbreitete Routine diagnostik. Mittels einer Immersionstechnik wird der Brechungsindex auf 1,5–1,8 angehoben und so die Lichtreflexion vermindert. Auf diese Weise werden die oberen Hautschichten des Stratum corneum transparent, das Licht vermag tiefer einzudringen und untere Strukturen zu »beleuchten« sowie sichtbar zumachen. An Stelle der klassischen Immersionstechnik kann auch polarisiertes Licht

mit gutem Effekt verwendet werden. Für speziell Interessierte und Erfahrene ist die Auflichtmikroskopie mit einem stereoskopischen Operationsmikroskop eine wertvolle diagnostische Technik. Über die Lupendarstellung hinaus wird zumindest eine 30-fache Vergrößerung gefordert, um wichtige Details besonders im Hinblick auf die Melanomdiagnostik zu erhalten. Diese Methode vermittelt sowohl den räumlichen Aufbau von Pigmenttumoren als auch Besonderheiten der Pigmentverteilung, entzündlicher Infiltrate und der Vaskularisierung. Wenn auch diese Methode die Histologie nicht zu ersetzen vermag, so gilt

sie doch als ein weiterer wichtiger Schritt zur Diagnostik von Pigmenttumoren. Besonders Kolposkopiker werden es begrüßen, dass von der »International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy« (IFCPC) im März 2012 eine kolposkopische Nomenklatur der Vulva verabschiedet wurde, die auch

die neue »International Society for the Study of Vulvar Disease« (ISSVD)-Terminologie berücksichtigt. So kommen neben dermatologisch-morphologischen Aspekten auch Feinheiten zur Geltung, die nur durch eine Lupenvergrößerung erkennbar werden (10).

Literatur 1. Braun RP (2006): 3.2. Dermatoskopie pigmentierter Hauttumoren und des malignen Melanoms. In: Hengg UR, Dümmer R: Malignes Melanom. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

2. Giesecking F, Küppers V (2009): Zur Differenzialdiagnostik der Vulva: Die moderne Nomenklatur und ihre Vorteile. Sonderheft zur 20. Jahrestagung der AG für Zervixpathologie und Kolposkopie, gyn (14), 27–32

3. Gross GE, Barasso R (1997): Human Papilloma Virus Infection. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 332–354

4. Hampl M, Sarajuuri H, Wentzensen N, Bender HG, Kueppers V (2006): Effect of human papillomavirus vaccines on vulvar, vaginal, and anal intraepithelial lesions and vulvar cancer. Obstet & Gynecol 108, 1361–1368

5. Hampl M, Bauerschmitz G, Janni W (2011): Vulväre Präkanzerosen. Diagnostik und Therapie. Der Gynäkologe 44, 291–302

6. Kreusch J, Rassner G (1991): Auflichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren. Thieme, Stuttgart

7. Nasemann T, Sauerbrey W (1981): Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 324–329

8. Seidl S (1998): Praxis der Kolposkopie. Lehrbuch und Atlas. Marseille Verlag, München, 189–278

9. Singer A, Monaghan JM (1994): Low Genital Tract Precancer. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 177–194

10. Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK (2012): 2011 Terminology of the Vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. J Low Genit Tract Dis 16, 290–295

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Stefan Seidl, FIAC Frohnestraße 59H 22459 Hamburg E-Mail dr.stefan.seidl@t-online.de

Comunicación Científica



Test del Lugol en la Vulva

Teresita Audisio*

* Profesora, Doctora en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Materno-Neonatal, Córdoba y Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

La inspección de la vulva puede ser necesaria en mujeres en especial cuando hay síntomas siendo una de las alteraciones difíciles de diagnosticar la vestibulodinea. El test del ácido acético puede mostrar acetoblanqueamientos en áreas normales del vestíbulo lo que hacen que este método tenga limitaciones. El Test del Lugol utilizando una Solución de Schiller al 2% puede resultar una herramienta útil para la sospecha de ciertas infecciones vulvovaginales en los casos de vestibulodinea.

Palabras claves:

Vestibulodinea, Test del Lugol, vulvoscopia.

ABSTRACT

Vulvar inspection may become necessary, especially when symptoms are present. One of the harder changes to identify is vestibulodynia. The acetic acid test can show acid whitening in the normal areas of the vestibule, thus limiting the application of this method. Lugol's Iodine Test using a 2% Schiller Solution can be a useful tool to reveal suspect vulvar-vaginal infections in cases of vestibulodynia.

Key Words.

Vestibulodinia, Lugol's Iodine Test, vulvoscopy.

INTRODUCCIÓN

El test del lugol fue aplicado en el cuello uterino tres años posterior a la colposcopia y 10 años previos al test del ácido acético. El primero que lo realizó fue Walter Schiller en el año 1928 quien empleó esta prueba con orientación hacia el diagnóstico precoz del carcinoma de cuello uterino. Los epitelios ectocervical y vaginal, en condiciones normales, contienen glucógeno, mientras que los epitelios anómalos o atípicos lo tienen disminuido o ausente⁽¹⁾. Es escasa la bibliografía que aporte datos de aplicación del lugol en vulva⁽²⁾.

Las mayores estructuras de la vulva incluyen los labios mayores y menores, el clítoris y el meato uretral. El vestíbulo

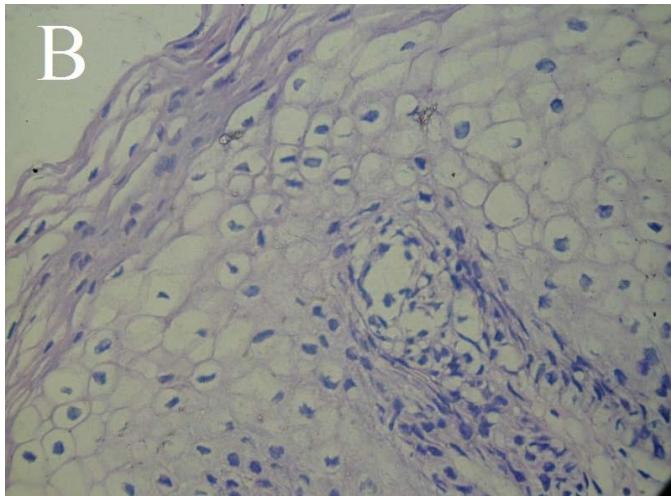
vulvar es definido como la porción de la vulva que se extiende de la parte medial externa del anillo himenial, lateralmente a la línea vestibular de Hart sobre la parte media de los labios menores.

Tanto el introito vaginal como el vestíbulo vulvar puede observarse liso, tener elevaciones redondeadas similares a un empedrado o presentar papilas, llevando estas últimas diversas denominaciones: papilomatosis vulvar, micropapilomatosis labial, hiperplasia papilar, papila vestibular. Estas papilas están constituidas por un fino eje conjuntivo-vascular cubierto por un epitelio escamoso estratificado maduro.

La línea de Hart esta formada por la unión del epitelio escamoso derivado del endodermo y aquel derivado del ectodermo. Esto aparece en el adulto como la unión del epitelio queratinizado con no queratinizado. Tanto el epitelio de la vagina como el del vestíbulo son escamoso no queratinizado y rico en glucógeno⁽³⁾. El glucógeno del epitelio normal se combina con el iodo produciendo un color pardo rojizo, caoba o marrón oscuro (Figs. A, B)



(Figura A) Hiperplasia papilar. Lugol-positive.



(Figura B) Epitelio escamoso no queratinizado.

Existen muchas circunstancias que determinan la disminución o ausencia de glucógeno en estos epitelios, se citan: la atrofia y los epitelios anómalos o atípicos. Siendo esta última posibilidad la que llevó a Schiller a la aplicación de sustancias iodadas en el cuello uterino, para evidenciar patologías pre neoplásicas, mostrando áreas sin colorear.

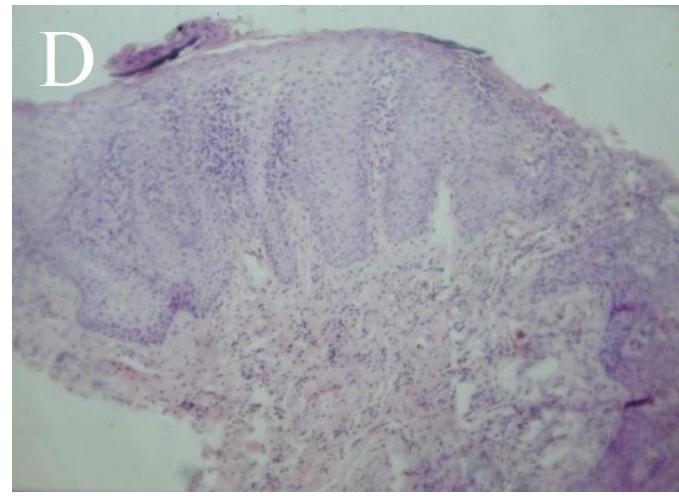
También aparecen sin teñirse el epitelio que presenta queratosis o hiperqueratosis siendo esta queratinización la que se interpone entre el iodo y el glucógeno. Un ejemplo de

esta anomalía está dada por la queratinización de la vagina en los distintos grados de prolapo de la misma.

A menudo los casos de infecciones vulvovaginales son causadas por Trichomonas, Vaginosis bacteriana y Cándida albicans. Estas infecciones producen efectos inflamatorios en el epitelio escamoso del vestíbulo vulvar aunque la mayoría de las veces los microrganismos están alojados en la parte



(Figura C) Puntos iodo negativo.

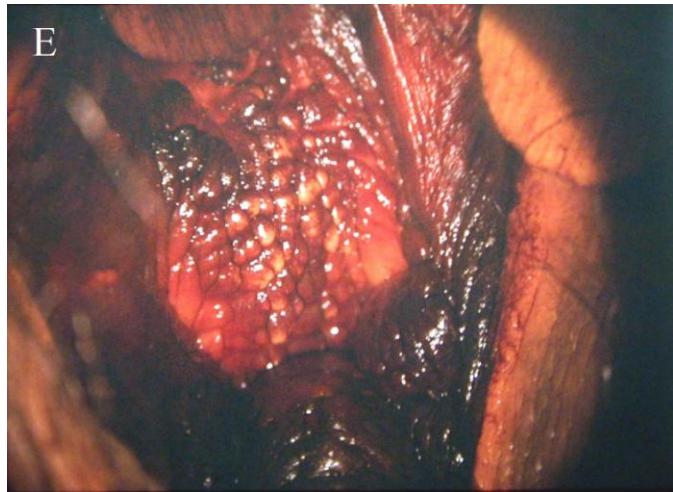


(Figura D) Puntos de los capilares que arriban a la superficie epitelial.

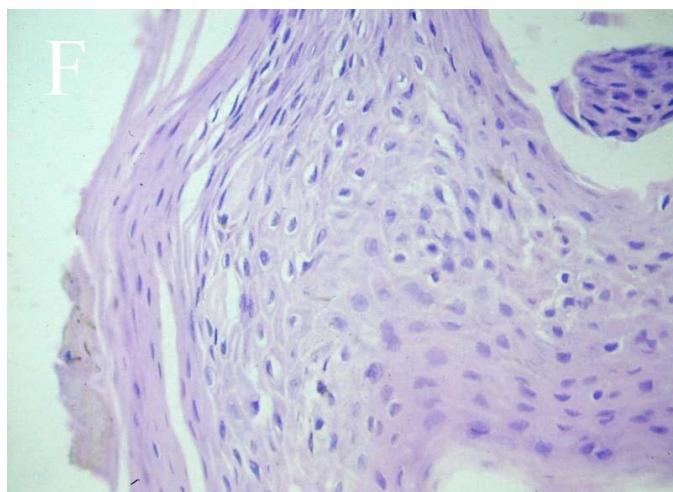
alta de la vagina. Por ello en el vestíbulo se pueden observar alteraciones similares a la vagina.

En estas infecciones se puede detectar la mucosa epitelial con múltiples puntos pequeños, atribuidos a la punta de un capilar subepitelial dilatado y cercano a la superficie. Cuando esto ocurre existen una mayor descamación y pocas células pobemente glucogenadas, que como resultado de la aplicación de la solución iodada (Lugol) se observan pequeñas y múltiples áreas no coloreadas^(4,5). (Figs. C, D).

Por otro lado se describen procesos inflamatorios crónicos como en las micosis recurrentes que pueden producir trastornos de la queratinización, cuya manifestación histológica son la acantosis, paraqueratosis e hiperplasia, en donde las células se muestran con disminución o ausencia de glucógeno, mostrando un test de lugol alterado (6), (Figs. E, F).



(Figura E) Test del Lugol mostrando áreas no coloreadas.



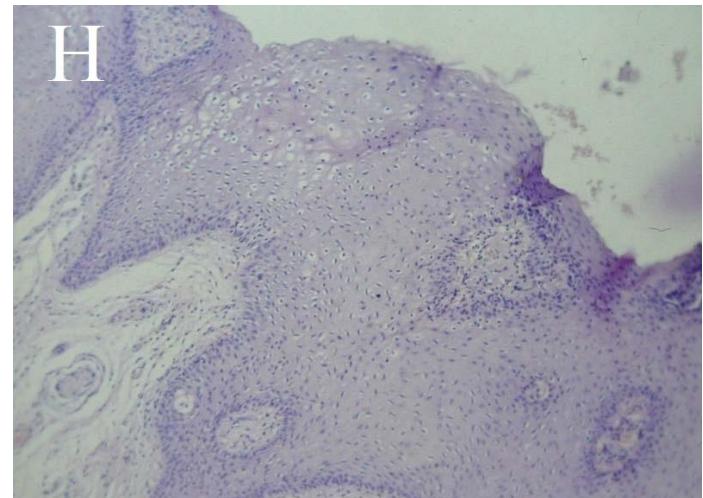
(Figura F) Paraqueratosis, Hiperplasia.

Uno de los sitios más comunes de ubicación del HPV (Humano Papiloma Virus) es en la vulva, en especial el introito. Esta área representa el sitio en el cual es más probable se presente alguna sintomatología durante el coito. La manifestación **clínica del HPV** en esta área está dada por el condiloma papilar. Diversos autores tratan de diferenciar los condilomas de la fisiológica papilomatosis vestibular tomando a la base de implantación de las papilas como el

elemento clave para la diferenciación. Los condilomas mostrarían una base simple y múltiples papilas, mientras que la papilomatosis vestibular cada papila presenta su propia base de implantación en un patrón simétrico y a ambos lados de la vulva (7,8).



(G) Hiperplasia papilar, puntas de las papilas son iodo negativas (sospecha: infección Subclínica- HPV).



(H) Epitelio con infección por HPV.

La problemática está en la detección de una infección **subclínica por HPV** ubicada en una papilomatosis vestibular fisiológica, debido a la falta de modificación de las estructuras.

Sin embargo las alteraciones morfológicas por la infección en la fase productiva observadas en las capas superficiales e intermedias del epitelio manifestándose con cambios como acantosis, papilomatosis, células multinucleadas, paraqueratosis y Kilocitosis; podría ser sospechado con la

aplicación del lugol, debido a que en estas células el citoplasma es carente de glucógeno⁽⁹⁾. (Figs. G, H).

Aún sigue siendo tema de discusión atribuir a las papilas con HPV la responsabilidad de prurito vestibular, sensación de ardor o solamente dispareunia, denominada vestibulodinea⁽¹⁰⁾.

El ácido acético puede causar Aceto -blanqueamientos de la mucosa del vestíbulo y de las variantes normales de la papilomatosis vestibular, atribuidas en estas últimas a la consecuente vasoconstricción producida por el ácido acético, lo que limita la utilidad de este método en la práctica.

Algunas condiciones inflamatorias de la vulva, incluyendo infecciones y trauma por las relaciones sexuales, también pueden ser responsables de acetato blanqueamientos^(11,12). De este modo la infección subclínica por HPV sería mejor valorada sobre la base de la respuesta a la solución iodada de lugol aplicando el test de Schiller.

PREPARADOS PARA LA PRUEBA DEL LUGOL

Esta prueba puede ser utilizada con diferentes concentraciones:

1. **La solución de Schiller al 2% está elaborada con**
 - Iodo Metálico 20grs
 - Ioduro de Potasio 40grs
 - Agua destilada 1000ml.

2. **La solución de Hinselman al 3% es:**
 - Iodo metálico 30grs
 - Ioduro de potasio 60grs
 - Agua destilada 1000ml

3. **La solución Lugol fuerte al 5%:**
 - Iodo metálico 50%
 - Ioduro de Potasio 100grs
 - Agua destilada 1000ml (1)

La solución de Lugol fuerte al 5% es preferida para marcar lesiones en cuello uterino que irían seguida de procedimientos quirúrgicos con la finalidad de lograr mayor persistencia de la tintura durante el acto médico. La solución de menor concentración (2%) sería la más recomendada para la vulva a los fines de disminuir la irritación que suelen producir estas sustancias.

PROCEDIMIENTO.

Esta prueba consiste en la embrocación del vestíbulo e introito vaginal con lugol iodine soluciones al 2%.

La embrocación debe ser realizada al final del examen vulvoscópico. Mediante una torunda de algodón generosamente embebida y evitando la formación de pliegues para que la captación sea uniforme.

Como resultado podemos obtener:

- a- **Un epitelio bien teñido lo que denominamos Iodo positivo, de color caoba.**
- b- **Un epitelio no teñido o débilmente teñido en forma difusa o focal lo que denominamos Iodo débil o negativo.**

La detección de un resultado lodo débil o negativo, conduce primero a realizar estudios para investigar pH e infección vaginal: Se debería determinar de las secreciones vaginales: un test de aminas, un examen directo en fresco incluyendo hidróxido de potasio y solución fisiológica investigando Vaginosis Bacteriana, Trichomonas Vaginalis y Cándida vaginal. En algunos casos se recomienda el cultivo para Cándida. Si detectamos algunos de estos microrganismos, se procede al tratamiento específico por vía general. Estos procedimientos se repiten luego de 30 días y ante la posibilidad de un persistente test de Lugol anormal se procede a la biopsia.

COMENTARIOS

Todos los autores acuerdan que las pacientes con papilas vestibulares de distribución simétrica que han estado presentes por un largo tiempo no deberían ser tratadas, pero si observadas⁽¹³⁾.

La prueba del iodo constituye un recurso sumamente útil para diferenciar las papilas fisiológicas de las papilas patológicas. Acorde a la fundamentación descripta, el uso de la solución de Schiller es de mayor utilidad para evaluar el introito y el vestíbulo vulvar que la solución de ácido acético.

Esta prueba tendría real aplicación en los casos de pacientes sintomáticas.

En una posterior publicación se mostrará la casuística con la técnica descripta.

Referencias.

- 1-Arrighi L, Vázquez Ferro E, Sardi J. Lesiones premalignas del cuello uterino. In Arrighi L, Otturi J, Gomez Rueda N. *Lesiones premalignas ginecológicas* (Spanish ed.). Buenos Aires: López Libreros, 1976;163-4.
- 2- Audisio T, Zarazaga J, Vainer O. A Classification of Vulvoscopy Findings for Clinical Diagnosis. *Journal of Lower Genital Tract Diseases*. 1999; 3:1; 7-18.
- 3- Kurman R, Norris H, Wilkinson E. *Tumors of the Cervix, Vagina and Vulva*. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1992; 3^o Series Fas 4;13-16.
- 4-Julian TM. *Vulvar Pain: Diagnoses, Evaluation, and Management*. *Journal of Lower Genital Tract Diseases*. 1997; 1:3; 185-94.
- 5-Shier RM. *Colposcopy of Miscellaneous Conditions*. In Wright VC, Lickrish G ed. *Basic and Advanced Colposcopy*. Canada: Biomedical Communications, Incorporated, 1989; 86-9.
- 6-Ferenczy A, Ritter J, Cestero R. *Cancer and HPV mimics*. In *Practical Color Atlas of Cervical Colposcopy*. Quebec: BioVision, Inc, 2000; 35-6.
- 7- Gagne H. *Colposcopy of the Vulva and Diagnosis of Vulvar Intraepithelial Neoplasia*. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2008; 35: 4. 659.
- 8- Anderson M, Jordan J, Morse A, Sharp F. *Vulval disease and vulval intraepithelial neoplasia*. In *Integrated Colposcopy*, London: Chapman & Hall, 1996; 214.
- 9-Middleton K, Peh W, Southern S et al. Organization of human papillomavirus productive cycle during neoplastic progression provides a basis for selection of diagnostic markers. *J. Virol* 2003, 77: 10186-201.
- 10-Haefner H, Collins M, Davis G, Edwards L, Foster D, Heaton Hartmann E, et al. *The Vulvodynia Guideline*. *Journal of Lower Genital Tract Diseases* 2005; 9:1;40-51.
- 11- van Beurden M, van de Vange N, de Craen AJ, Tjong-A-Hung SP, ten Kate FJ, ter Schegget J, Lammes FB. Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:3; 320-4.
- 12-Roy M. *Colposcopy of Genital Condyloma*. In Wright VC, Lickrish G ed. *Basic and Advanced Colposcopy*. Canada: Biomedical Communications, Incorporated, 1989; 132-3.
- 13- Costa S, Ratola A, Terzano P. *Is vestibular papillomatosis associated with human papillomavirus?* *J Med Virol* 1991; 35:7-13.

***Correspondencia con el autor:**

Prof. Dra. Teresita Audisio,
Hospital Materno-Neonatal.
La Cardenioza 2900, Córdoba, Argentina.
FAX: 54-351-4348355
Email: tereaudisio@gmail.com

Perspectiva de un Profesional en Tracto Genital Inferior



CIRUGIA COSMETICA FEMENINA PRODUCTO DE LA PUBLICIDAD

Cosmetic Surgery Female Product of Advertising

Víctor Manuel Vargas Hernández FACOG*

*Académico, Doctor, Coordinador de Investigación Clínica. Dirección de Investigación, Hospital Juárez de México, Presidente fundador del Colegio Mexicano de Ginecólogos dedicados a la Colposcopia, A.C., (COMEGIC) antes Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, A.C., (AMCPC)

RESUMEN

La cirugía genital cosmética se ha utilizado para resolver las variaciones anatómicas normales que dan lugar a problemas estéticos y funcionales para muchas mujeres, pero conlleva riesgos sin demostrar que tengan beneficios psicológicos o funcionales; la mayor conciencia sobre esta hace necesario valorar otras soluciones diferentes a la cirugía para reconocer las preocupaciones de las mujeres sobre su apariencia, con apoyo psicológico y solo considerar como último recurso, la cirugía y no sea lo primero que se le indique.

Las mujeres buscan la cirugía para sus genitales normales y la cirugía se promueve como tratamiento efectivo para sus molestias, pero no existen estudios prospectivos y randomizados o controlados aunque la mayoría reporta un alto nivel de satisfacción; tampoco existen guías prácticas clínicas para estos procedimientos con gran demanda actual.

La responsabilidad en la toma de decisiones e investigación sobre esta cirugía se encuentra en los organismos y agrupaciones de salud, instituciones educativas, sector voluntario y medios de comunicación, se requieren normas nacionales, intervenciones innovadoras para ayudar a las mujeres con habilidad e imaginación sobre la apariencia de sus genitales y ayudarlas hacer frente a sus sentimientos de inseguridad .

Palabras Clave: cirugía cosmética, rejuvenecimiento vaginal, cirugía laser, labioplastia, sexualidad, mutilación genital.

ABSTRACT

Genital cosmetic surgery has been used to solve the normal anatomic variations that result in aesthetic and functional problems for many women, but carries risks that are unproven psychological or functional benefits, the awareness of this is necessary to evaluate other solutions than the surgery to recognize women's concerns about their appearance, psychological support and only consider as a last resort, surgery is not the first thing prompted.

Women seek surgery for their normal genital surgery is promoted as an effective treatment for your inconvenience, but there are no prospective randomized studies or controlled although most reported high levels of satisfaction, nor clinical practice guidelines exist for these procedures with great current demand.

Responsibility for decision making and research on this surgery is in the agencies and health groups, educational institutions, voluntary sector and the media, national standards are needed, innovative interventions to help women with skill and imagination on appearance of their genitals and help cope with their feelings of insecurity.

Keywords: cosmetic surgery, vaginal rejuvenation, laser surgery, labiaplasty, sexuality, genital mutilation.

La revista: "Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior", es una publicación semestral en la especie de difusión vía computo, de distribución gratuita. The journal "Medical Records Update in Lower Genital Tract", is published twice a year in the kind of computing via diffusion of free distribution.

INTRODUCCIÓN

En la cirugía cosmética genital, el primer procedimiento de reducción labial¹ se publicó en 1976 y a partir de este han surgido varios; la mayoría con fines de comercialización para la corrección de los genitales normales; no existen estudios prospectivos y randomizados o controlados ni tampoco existen guías prácticas clínicas para estos procedimientos, pero la mayoría informa alto nivel de satisfacción de las pacientes²

La cirugía cosmética genital se ha incrementado en este siglo en muchos países desarrollados³ y actualmente es un problema de salud pública. La cirugía es un tratamiento eficaz cuando se realiza para resolver patologías como último recurso, pero en el contexto de esta, existe una desinformación sobre enfermedad y satisfacción, sin evidencia o eficacia clínica, relacionada con presiones culturales sobre la apariencia física y sin control clínico o falta de seguimiento para controlar los incidentes adversos.

No existe ninguna razón para creer que el tamaño de los labios menores está aumentado en la última década, tampoco que estos sean más propensos a enfermedades, ni que la cirugía mejore las alteraciones identificables y la creciente demanda de la cirugía tiene algo que ver con las mujeres que no están satisfechas con los labios de sus genitales y / o están más conscientes de la existencia de esta cirugía, figura 1.

Un modelo de enfermedad simplista (Síntoma por lo tanto, tratamiento) es poco útil para el conocimiento y ayuda del comportamiento de las mujeres, la búsqueda de la cirugía, no significa que sus problemas físicos y psicológicos son menos reales o que no requieran un manejo, por el contrario, algunas mujeres presentan significativos datos de angustia y deseo de modificar sus genitales, en una sociedad que es más sexualizada y ahora es normal que las mujeres expongan sus cuerpos más exactos y con menor ropa. Las tangas y calzones de hilo son incómodo de llevar y demasiado pequeñas para sostener los órganos genitales normales¹⁻³.

LA VULVA IMAGINARIA

Como las mujeres no conocen su vulva y existe una preferencia cultural contemporánea por tener labios pequeños, algunas mujeres buscan tener vulvas con superficie plana donde los labios menores estén completamente ocultos por los labios mayores, en adolescentes es solo por la falta del desarrollo sexual femenino, pero estas lo consideran antiestético³.



Fig. 1 Hipertrofia labial (variante normal de la anatomía de la vulva) en una mujer en edad reproductiva asintomática.

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS

La cirugía estética genital femenina se está incorporando con mayor frecuencia y los procedimientos se realizan con láser para la disección y variaciones adicionales que evitan la estenosis del introito como en la labioplastia con plastia en Z, resección en cuña y extirpaciones en formas² de V o W. Estos procedimientos se promueven como^{4,5} de "rejuvenecimiento vaginal, vaginoplastia de diseño, amplificación del lugar del punto G y restitución de la virginidad". Se están realizando en un número creciente de mujeres sanas para cambiar la morfología de los genitales

normales por solicitudes populares o de moda; además, hoy en día, la mayoría de las mujeres, especialmente las de edad más jóvenes, eliminan la mayor parte si no todo el vello púbico por depilación, afeitado y depilación con cremas. Estos cambios de estilo de vida hacen que la vulva sea más visible que nunca y contribuyen a la apariencia consciente de sus genitales.

Los procedimientos de reducción de labios vaginales caen en dos categorías. El recorte labial, donde una tira del grosor de los labios se corta, por lo general la realiza el ginecólogo. La cuña de resección, que es un procedimiento más complejo que implica el corte de la sección a una distancia de cada labio menor y por lo general la realizan los cirujanos plásticos. Los procedimientos no han sido evaluados comparativamente, pero en general se supone que este último es más probable que resulte más estético, pero también con mayor riesgo de complicaciones.

La cirugía cosmética de los genitales como el rejuvenecimiento vaginal con láser, es un procedimiento médica mente innecesario que pretende "rejuvenecer" la vagina. En este procedimiento, el canal vaginal se estrecha, esencialmente mediante la eliminación de capas de revestimiento, para endurecer los músculos perineales. Esta cirugía se realiza con láser o bisturí, no devuelve al cuerpo a un estado más joven, imita sentirse sin los cambios naturales del canal vaginal en la forma y tamaño de la misma y se basa en un procedimiento antiguo, la vaginoplastia, que se utilizó para la incontinencia urinaria secundaria a la debilidad crónica de los músculos perineales que no podían fortalecerse por métodos menos invasivos.

Si bien existen casos en que la vaginoplastia está indicada e incluso necesaria, el rejuvenecimiento vaginal comercializado no lo está. Al igual que otras formas de cirugía estética, la gente da razones para realizársela para sentirse más joven o sentirse "normal", acerca de sus cuerpos y este procedimiento se comercializa como una manera de hacerte sentir (o parecer) más joven y para mejorar su placer sexual, sin ninguna evidencia clínica. En 2005 se reportaron 793 procedimientos de "rejuvenecimiento vaginal" y en 2006 aumentó a 1030 (0,08% de todos los procedimientos cosméticos), es el tercer procedimiento de mayor crecimiento 30% actualmente y costo importante porque no es un procedimiento médica mente necesario⁶

SALUD Y DAÑO GENITAL

Cuando las mujeres reportan un fuerte deseo por la cirugía cosmética de sus genitales externos, los médicos se enfrentan a un problema y se sienten obligados aliviar su angustia, pero deben basarse en la evidencia y no hacer daño. Las mujeres que se preocupan por cualquier parte de sus genitales deben hacerse un examen ginecológico y cuando no presentan alteraciones deben ser informadas y ayudarlas a entender que la cirugía está lejos de ser sencilla.

Existen múltiples motivos para la realización de esta cirugía como la incomodidad vulvar, para sentarse o hacer ejercicio⁵ e imposibilidad de llevar ropa interior o pantalones apretados, otros motivos son infestación crónica micótica, insatisfacción con el aspecto genital vulva extendida vulva deform⁷. Dimensiones y diámetros de los labios² incluso cuando los consideraban normales por su propia clasificación también se intervinieron; problemas psicológicas y sexuales, falta de autoestima y burlas^{3,8,9}. Las complicaciones incluyen infección, hemorragia y dehiscencia de la herida que son leves y no requieren resutura, reintervención en 2.9% y 7%^{6,7,8}.

La cirugía no es una intervención psicosocial obligada, en su lugar; es mejor educar y apoyar a las mujeres que han sido fuertemente educadas para devaluar sus cuerpos, incluyendo sus genitales, pero, médicos y pacientes, tienen igualmente ideas erróneas acerca de los genitales femeninos. Necesitamos comenzar a explorar sus propias actitudes y creencias y familiarizarse con las variaciones normales de la configuración de los genitales⁸ en la diversidad del aspecto genital de las mujeres y las preocupaciones sociales sobre cirugía cosmética de los genitales, ver, cuadro 1

CUADRO 1

LOS GENITALES EXTERNOS DE LA MUJER Y LA CIRUGIA COSMETICA

- La vulva plana es sólo una reciente tendencia (que podría cambiar)
- La mayoría de las operaciones se llevan a en el sector privado, que es no esta regulada.
- Los riesgos de la cirugía incluyen el potencial aumento de trauma perineal durante el parto vaginal y la posibilidad de disminuir el placer sexual
- Los médicos en general tienen un papel importante en la educación e información para tranquilizar a las mujeres sobre el conocimiento de sus genitales externos.

RESULTADOS

La ambivalencia en la toma de decisiones, para realizar la cirugía estética de los genitales por las razones ya mencionadas las pacientes de manera uniforme quiere que sus vulvas sean planas sin protuberancia más allá de los labios mayores, de forma similar a la apariencia estética pre-púberal como aparece en la publicidad. Esta cirugía la realizan 51% de cirujanos plásticos con rangos, 0 a 300 cirugías anualmente, reportando una media de tiempo sugerido de abstinencia sexual de 31.3 días. Las principales causas de reintervención son la redundancia o la resección inadecuada y

dehiscencia de la herida². Los cirujanos que utilizan catgut tenían las tasas más altas de reintervención. La prevalencia² de cada técnica fue la siguiente: amputación simple (52,7%), (la resección en forma de W (9,5%), resección en forma de S (8,8%), en cuña central en V (36,1%), cuña central con plastia en Z (13,9%) y desepitelización (1,2%). La tasa media² de satisfacción de los pacientes fue superior al 95% para todas las técnicas ($p = 0,337$); en otros reporta el rango de edad fue de 18 meses a 68 años. La mayoría entre 16 a 35 años de edad con seguimiento, entre 1 a 3 meses, todos los pacientes estaban satisfechos totalmente con el procedimiento estético (91-100%) y mejoría física (93-98%). 71% de las mujeres reportaron una "vida sexual mejor" y 23% alcanzan el orgasmo más fácil⁸.

Para mujeres a quien se le realizó labioplastia la edad media fue 25 años con rango de 9 a 50 años de edad, por las siguientes molestias apariencia anormal de sus genitales 71%, incomodidad física

48%, problemas sexuales 44%. Sólo 77% fueron examinadas y la tercera parte tenían labios "normales", pero, solicitaron ser operadas^{8,9}.

DISCUSIÓN

Los estudios disponibles son limitados no son prospectivos y randomizados o controlados ni tampoco existen guías prácticas clínicas para estos procedimientos; la mayoría informan alto nivel de satisfacción de las pacientes y todos los procedimientos se realizan en el sector privado, sin control ni seguimiento médico en la mayoría de los reportes, sin comparar o evaluar la necesidad de la cirugía, ver, cuadro 2.

La Cirugía se ofrece por la demanda, justificada por problemas físicos y psicológicos sin evaluación formal, antes o después de la cirugía.

CUADRO 2

CIRUGÍA GENITAL COSMÉTICA UN NUEVO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, RAZONES

- Cirugía no realizada por médicos calificados
- Cirugía sin valorar eventos adversos y resultados clínicos
- Sin evidencia científica
- Uso de la medicina para aspectos de la sexualidad
- Industria comercial de la belleza en las mujeres
- Cirugía que se ofrece desde la infancia
- La cirugía estética se realiza en medio privado

Las investigaciones futuras tienen que tomar en cuenta la influencia de la propia solicitud y presión social, la satisfacción de las pacientes no debe confundir con la eficacia clínica. Las molestias en la vulva a causa de la protrusión de los labios es la indicación más comúnmente, pero esta influenciada por factores psicológicos, problemas sexuales que han sido citados como razón para la cirugía, pero el daño a la inervación se asocia con alteración en sensibilidad cuando se evalúa objetivamente⁶ y deteriora la función sexual requiere mayor investigación futura; sin embargo, la insatisfacción por la apariencia genital, por su propia naturaleza, es un fenómeno psicológico^{7,11-16}.

Incluso gran número de procedimientos se realizan en adolescentes^{8,9} y niños¹⁷ antes de recibir atención y apoyo de especialistas; cuando no se identifican anomalías los niños y padres se les debe ofrecer educación y apoyo, porque los genitales externos continúan desarrollándose durante la infancia y adolescencia; cualquier asimetría se corrige durante la pubertad⁹ y la cirugía conduce a una mayor asimetría provocando más procedimientos; la anatomía de la mujer no es una entidad estable y cambia a lo largo de la vida.

La cantidad de tejido genital eliminado en la cirugía cosmética labial es comparable con los tipos I y II de la mutilación genital femenina, estas similitudes son preocupantes y están asociados con el trauma perineal, hemorragia posparto y muerte neonatal; aunque la cesárea evita el riesgo, es importante tener en cuenta que en los países en donde la cirugía está comercializada también son las que tienen mayores tasas de cesárea.

En los últimos años, donde la comercialización intensa de la cirugía cosmética de los genitales está contribuyendo a la fuerte demanda y los médicos no están suficientemente informados acerca de la anatomía genital de la mujer para evaluar y asesorar a las mujeres acerca de sus preocupaciones. Las razones de la creciente prevalencia son complejas pero la angustia femenina sobre la apariencia de los genitales y fomentada por cambios sociales y culturales y en ausencia de enfermedades identificables, esta cirugía no es la forma más adecuada del manejo de las inseguridades de las mujeres sobre su cuerpo¹⁰. La necesidad de regulación de esta cirugía es necesaria y no se puede hablar como un estilo de vida sencillo basado en autonomía del usuario, sin referencia a género, clase, raza u otro contexto social.

Basándose en la idea de autonomía del paciente las mujeres están tomando estas decisiones. Cuando estas decisiones se realizan en órganos sexuales sanos y se precipitan por un

defecto percibido por la información y presión comercial, sin la investigación honesta sobre riesgos y beneficios donde no existen alternativas no existe un consentimiento informado comprometido.

La regulación de todos los procedimientos, incluyendo su promoción, es responsabilidad de nuestra legislatura, que no dice nada sobre el tema. La aplicación clínica de esta cirugía, es una responsabilidad médica, no reglamentada.¹⁸

CONCLUSIÓN

REFERENCIAS

- 1.- Radman HM. Hypertrophy of labia minora. *Obstet Gynecol* 1976;48:S78-80.
- 2.- Mirzabeigi MN, Moore JH Jr, Mericli AF, Bucciarelli P, Jandali S, Valerio IL, Stofman GM. Current trends in vaginal labioplasty: a survey of plastic surgeons. *Ann Plast Surg*. 2012;68(2):125-134.
- 3.- Alter GJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg* 2008;122:1780-1789.
- 4.- Voss G. Ethics of cosmetic genital surgery. Paper presented at the British Society for Paediatric and Adolescent Gynaecology Annual General Meeting, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, London, 28 January 2008.
- 5.- Committee on Gynecologic Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 378: Vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures. *Obstet Gynecol*. 2007;110(3):737-738.
- 6.- Liao L M, Michala L, Creighton S M. Labial surgery for well women: a review of the literature. *BJOG*. 2010; 117 (1):20-25
- 7.- Huang C, Ono S, Hyakusoku H, Ogawa R- Small-wade incision method for linear hypertrophic scar reconstruction: a parallel-group randomized controlled study. *Aesthetic Plast Surg* 2012;36(2):397-395
- 8.- Kelly B, Foster C. Should female genital cosmetic surgery and genital piercing be regarded ethically and legally as female genital mutilation? *BJOG* 2102;(119)4:389-392
- 9.- Lynch A, Marulaiah M, Samarakkody U. Reduction labioplasty in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:147-9.
- 10.- Tiefer L. Female genital cosmetic surgery: freakish or inevitable? Analysis from medical marketing, bioethics, and feminist theory. *Feminism Psychol* 2008; 18(4): 466-479.
- 11.- Crouch NS, Liao LM, Woodhouse CRJ, Conway GS, Creighton SM. Sexual function and genital sensitivity following feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia. *J Urol* 2008;179:634-8.
- 12.- Cartwright R, Cardozo L. Cosmetic vulvovaginal surgery. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2008;18:265-286.
- 13.- Likes W, Sideri M, Haefner H, Cunningham P, Albani F. Aesthetic practice of labial reduction. *J Low Genit Tract Dis* 2008;12:210-6.
- 14.- Paarlberg KM, Weijenborg PTM. Request for operative reduction of the labia minora; a proposal for practical guidelines for gynaecologists. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:230-4.
- 15.- McGregor JC. Labial surgery – a new phenomenon? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:290.
- 16.- Scholten E. Female genital cosmetic surgery – the future. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:292.
- 17.- Jothilakshmi PK, Salvi NR, Hayden BE, Bose-Haider B. Labial reduction in adolescent population – a case series study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22:53-55.
- 18.- Goodman MP. Female cosmetic genital surgery. *Obstet Gynecol* 2009; 113(1): 154-159.

Las sociedades, colegios y organismos de profesionales de la salud tienen razones éticas y científicas e inquietudes acerca de la cirugía cosmética genital femenina; la necesidad de investigación multidisciplinaria hace imposible definir los criterios sobre la eficacia clínica de las perspectivas de las mujeres y debe evaluarse prospectivamente la caracterización de todos los parámetros morfológicos, físicos, psicológicos, sexuales y eventos adversos de esta cirugía. La creciente demanda de esta cirugía refleja una estrecha definición social de lo normal y no la confusión de lo que es normal y lo que se idealiza, esta cirugía es una intervención extrema y no probada.

Correspondencia con el Autor:

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández.

Correo electrónico: vvargashernandez@yahoo.com.mx

Insurgentes Sur 605-1403, Colonia Nápoles, México D.F., C.P. 03810, Tel.: 55746647 / Cel.: 55 52179782

Actualidades en:



DERMATITIS DE CONTACTO

Condiciones que la generan y Abordaje

Terapéutico

CONTACT DERMATITIS Conditions that generate and therapeutic approach

Norma Rodríguez Martínez*

* Doctora Especialista en Dermatología. Médico Adscrito al Departamento de Dermatología en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, del Instituto Médico del Seguro Social. (IMSS), Guadalajara, Jal.

RESÚMEN

Identificar el contactante es difícil, se requiere de alto índice de sospecha para identificarlo, tener en cuenta que la dermatitis por contacto es la más común, el exceso de agua y jabón elimina la función de barrera, la orina y heces queman de forma química y enzimática, la disminución de estrógenos aumenta el riesgo de dermatitis por contacto, las dermatosis preexistentes aumentan en riesgo de sensibilización, si se sospecha de dermatitis de contacto alérgica (DCA) de inicio súbito con sensación de quemadura y prurito, suspender todos los posibles irritantes, siendo las pruebas de parche necesarias para el diagnóstico y volver a investigar los posibles contactantes

sudden onset with burning and itching, discontinue all possible irritants, being necessary patch tests for diagnosis and possible reinvestigate contactants

INTRODUCCION

La vulva, área descuidada de la piel, oculta por ignorancia, vergüenza y tabú, provoca que algunas mujeres no expresen molestias o alteraciones que aparecen en la piel, por consecuencia, recurren a la aplicación de numerosos remedios y medicamentos, aumentando los gastos que se destinan a la automedicación. Estas condiciones producen iatrogenias y dermatitis por contacto.⁽¹⁾

La dermatitis por contacto resulta por la exposición de agentes externos, que actúan como irritantes o alergenos, el origen es multifactorial.^(1,2,3)

La incidencia reportada por dermatitis por contacto corresponde el 20-30% de la patología vulvar, de éstos el 26% reportó positividad para pruebas de parche.⁽²⁾

La piel de la vulva, al igual que el resto tiene las mismas funciones que el resto de la piel, rica en folículos pilosos, glándulas ecrinas, apócrinas y sebáceas, con mínima

queratinización. La función de barrera es la que fácilmente se pierde por humedad, descarga urinaria, vaginal y fricción, provocando que la piel sea sensible a sustancias externas y reaccione fácilmente, puede estar afectada por otras enfermedades preexistentes donde se agregan sustancias alergénicas o irritantes.⁽³⁾

El diagnóstico de dermatitis por contacto puede ser difícil por el espectro de manifestaciones. Las dermatitis por contacto se dividen en, Dermatitis por contacto irritativa (DCI) y Dermatitis por contacto alérgica (DCA). La DCI resulta de la exposición a sustancias que por contacto directo causan citotoxicidad por agentes físicos o químicos, sin una sensibilidad previa. La DCA es una reacción inmune retardada o mediada por células, (reacción tipo IV).

DERMATITIS POR CONTACTO IRRITATIVA

La DCI es la más común, la piel vulvar es muy sensible y reacciona de forma intensa, en la presentación aguda, es similar a una quemadura por un irritante cáustico y se manifiesta por edema, eritema, vesículas y ulceraciones, el tipo crónico acumulativo se desarrolla después de exposiciones repetidas a los irritantes, la irritación sensorial aparece como sensación de picor y quemadura por exposición a sustancias químicas sin lesión cutánea. ⁽²⁾

Los estrógenos son importantes para mantener la integridad funcional y estructural de la vagina y el introito, si estos disminuyen como en la menopausia, lactancia, postparto, premenarquia e ingesta de Tamoxifeno, hace a la piel más vulnerable a irritantes, otros factores precipitantes para DCI son la dermatitis del pañal, en pacientes con incontinencia urinaria, si se agrega laxitud de los músculos del piso pélvico, obesidad y limitación en la movilidad, la humedad macera el estrato córneo, y los restos fecales causan irritación, se pueden agregar infecciones por *cándida*. El grado de irritación depende de factores del huésped, enfermedades subyacentes como psoriasis, dermatitis atópica, deficiencias nutricionales, uso de antibióticos y la incontinencia, gran cantidad de productos pueden causar irritación (Tabla 1)

Tabla 1
IRRITANTES VULVARES COMUNES

Irritantes cáusticos (fuertes)	Ácido tricloroacético 5-fluorouracilo Fenol Podofilina, Podofilotoxina Hipoclorito de sodio
Irritantes acumulativos (débiles)	Alcohol, desodorantes, detergentes, pañales, heces, perfumes, toallitas, polvos Propilenglicol, semen, jabones, orina, secreciones vaginales, agua
Contactantes abrasivos	Esponjas, limpiadores faciales
Irritantes térmicos	Bolsas de agua caliente, secadores de pelo

Las manifestaciones cutáneas varían desde eritema, edema y escama, en casos severos, úlceras, y en las formas crónicas liquenificación, hipopigmentación, datos de infección secundaria como pústulas, costras y fisuras. Fig 1 y 2.



Figura 1. Eritema, edema y escama



Figura 2. Liquefificación y discromía

En el diagnóstico se investiga la forma de inicio de las lesiones, patrón de presentación, rutina de higiene, periodo menstrual, coitos, tipo de sustancias con las que realiza el aseo, utilización previa de antifúngicos, y la disciplina en el tratamiento.

La primera medida suspender todos los productos que se aplique, realizar limpieza solo con agua, los cultivos son útiles y si es necesario toma de biopsia, aplicar emolientes, evitar compresas heladas y el rascado, agregar estrógenos en caso necesario, utilizar antihistamínicos del tipo Hidroxizina o Cetirizina, esteroides tópicos como Hidrocortisona reducen la inflamación, en casos severos los esteroides sistémicos serán de gran utilidad

DERMATITIS POR CONTACTO ALÉRGICA.

Es una reacción inflamatoria cutánea mediada inmunológicamente en un individuo sensibilizado⁽¹⁾, por alergenos de bajo peso molecular, solubles en lípidos⁽²⁾, las primeras manifestaciones se presentan de 48 a 72 horas, las formas agudas resultan por la exposición a fuertes alergenos en pacientes previamente sensibilizados, inicialmente presentan edema, eritema, vesículas y ulceración, en la DCA crónica se presentan eritema, hiperpigmentación, liquefacción, y escoriaciones, en ocasiones la pigmentación intensa enmascara el eritema, los pacientes con prurito vulvar

tienen un alto riesgo de desarrollar DCA por la frecuente y excesiva aplicación de productos, como, anestésicos locales como Benzocaína, Neomicina, fragancias, bálsamo del Perú, y Nickel, este último se encontró, haber sensibilizado hasta 31% de mujeres con DCA,⁽¹⁾ la Benzocaína puede causar reacción cruzada con sulfas, ácido paraaminobenzoico y parafenilendiamina, Tabla 2

TABLA 2. ALERGENOS VULVARES COMUNES

Anestésicos	<ul style="list-style-type: none"> Dibucaína, Lidocaína, Benzocaína, Tetraína Crotamítón Difenhidramina 	Pañales sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Acetilacetona Formaldehido Fragancias
Antibióticos	<ul style="list-style-type: none"> Bacitracina, Neomicina, Polimixina, Sulfonamidas 	Emolientes	<ul style="list-style-type: none"> Glicerina, jojoba Lanolina Propilenglicol
Antifúngicos	<ul style="list-style-type: none"> Imidazoles (Clotrimazol, Miconazol) Nistatina 	Fragancias	<ul style="list-style-type: none"> Bálsamo del Perú Alcohol cinámico
Antisépticos	<ul style="list-style-type: none"> Clorhexidina Violeta de genciana Timerosal 	Preservativos	<ul style="list-style-type: none"> Formaldehido Bronopol Urea Cuaternario 15
Corticoestroides		Nickel	
Duchas	<ul style="list-style-type: none"> Metilsalicilatos Fragancias, perfumes Aceite de eucalipto 	Productos del caucho	<ul style="list-style-type: none"> Látex Mercaptobenzotiazol Tuirano
Emolientes	<ul style="list-style-type: none"> Glicerina, jojoba Lanolina Propilenglicol 	Espermicidas	<ul style="list-style-type: none"> Hexilresorcinol, Nonoxynol Sulfato de oxiquinoleína
			Acetato y butirato fenilmercúrico

La forma de presentación en la DCA es también aguda, subaguda y crónica, manifestada por prurito y sensación de quemadura, en los 10 a 14 días después de la exposición y en pacientes sensibilizados a las 24 hrs, el grado de reacción dependerá de factores genéticos, concentración y duración del contacto y el potencial alergénico, las manifestaciones cutáneas iniciales son eritema, edema, vesículas, úlceras, prurito, si se agrega infección observaremos pápulas, pústulas, fisuras y

secreción purulenta, al igual que en la DCI, revisar la lista de productos aplicados o utilizados por su pareja, pruebas de parche, toma de biopsia en algunos casos.

El manejo al igual que en la DCI suspender las sustancias que se aplica y utilizar antihistamínicos o esteroides tópicos y en caso necesario esteroides sistémicos El diagnóstico diferencial de las dermatitis por contacto, deberá hacerse con dermatosis que afectan también el área vulvar. Tabla 3

Tabla 3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS DERMATITIS DE CONTACTO

DERMATITIS DE CONTACTO PAPULOEROSIVA	DERMATITIS DE CONTACTO CRONICA ECZEMATOSA
Pénfigo	Dermatitis atópica
Candidosis	Candidosis
Eritema multiforme	Eritrasma
Eritema Pigmentado fijo	E. Paget Extramamaria
Pénfigo benigno familiar	Psoriasis
Herpes Simple	Dermatitis Seborréica
	Ca. Epideroide
	Tiña inguinal



Figura 3. Dermatitis por contacto alérgic



Figura 5. Líquen plano



Figura 4. Pénfigo vulgar



Figura 6. Psoriasis

BIBLIOGRAFÍA

Contacto con el Autor:

momita49@yahoo.com.mx

1. Contact dermatitis of the vulva Schlosser *Dermatol Clin* 28 (2010) 697–706
2. Contact dermatitis of the vulva Margesson, *Dermatologic Therapy*, Vol. 17, 2004, 20-27
3. Dermatología. Bolognia, J, 1^a edición, 2004, pp 25-27
4. Piel. 2007;22(6):286-92

Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011¹

Aceptada en el Congreso Mundial de Río, 5 de Julio, 2011
Presidente del Comité de Nomenclatura: Jacob Bornstein MD

Bornstein J , J Bentley , Bösze P , F Girardi , H Haefner , M Menton , Perrotta M, W Prendiville , Russell P , M Sideri , B Strander , Tatti S , A Torne , Walker P .

Fuente . Obstet Gynecol 2012 Jul; 120 (1) :166-172.

Desde el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Galilea Occidental, y la Universidad Bar-Ilan Facultad de Medicina, Nahariya, Israel, los Departamentos de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Dalhousie, Halifax, Nova Scotia, Canadá, Saint Stephen Hospital, Budapest, Hungría, Hospital L4000 de la Mujer, la Universidad de Hospitales de Michigan, Ann Arbor, Michigan, la Universidad de Sydney, Sydney, Australia, del Instituto de Ciencias Clínicas, Academia Sahlgrenska, Universidad de Gotemburgo, Gotemburgo, Suecia y el Royal Free Hospital, Londres, Reino Unido, la Sociedad Austríaca de Colposcopia y Patología Cervical, Viena, Austria, la Sociedad Alemana de Colposcopia y Patología Cervical, Reutlingen, Alemania, el Departamento de Ginecología, Baja Enfermedades del Tracto Genital y Oncología Ginecológica Unidad, Hospital Italiano de Buenos Aires y en la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, la Escuela de Medicina del Hospital Italiano, Milano, Italia, el Hospital Beacon, Sandyford, Dublin, Irlanda, Douglass Hanly Moir Patología, Macquarie Park, Nueva Gales del Sur, Australia, y la Unidad de Ginecología Preventiva de la División de Ginecología, Instituto Europeo de Oncología en Milán, Italia, y la Clínica Instituto de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clinic-Instituto d'Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

RESUMEN

Nueva terminología colposcopia fue preparada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) después de una revisión crítica de las terminologías anteriores, discusiones en línea, y la discusión con las sociedades nacionales de colposcopia y colposcopistas individuales. Este documento ha sido ampliado para incluir terminología tanto del cuello uterino y la vagina. Los términos populares "colposcopia satisfactoria" y "colposcopia insatisfactoria" han sido sustituidos. El examen colposcópico deben ser evaluados por tres variables: 1) adecuados o inadecuados, con la razón dada, y 2) la visibilidad de la unión escamosa, y 3) tipo de zona de transformación. Otras adiciones fueron la localización de la lesión a ya sea dentro o fuera de la zona de transformación y factores determinantes del tamaño así como la localización de las lesiones cervicales. Dos nuevas muestras se incluyeron en la terminología de la "señal frontera interior" y "signo cresta". Las definiciones siguientes se han agregado: Zona congénita de transformación, pólipos (exocervical o endocervical), estenosis, anomalía congénita, y la consecuencia después del tratamiento. Además, la terminología incluye la normalización de escisión cervicales tipos de tratamiento y cervicales dimensiones de la probeta de escisión. La Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia recomienda que la terminología 2011 sustituir a todos los demás y aplicarse para el diagnóstico, tratamiento e investigación.

TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA DEL CUELLO UTERINO DE IFCPC 2011¹

EVALUACIÓN GENERAL		<ul style="list-style-type: none"> Adecuada/inadecuada a causa de ... (por ej.: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz) Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación 1,2,3		
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES		Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> • Maduro • Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> • Ectopía Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> • Quistes de Naboth • Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosis en el embarazo		
HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES		Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de Transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión Número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.		
	Principios generales	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado. Borde irregular	Mosaico fino, Puntillado fino
		Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Aparición rápida de epitelio acetoblanco. Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, Puntillado grueso. Bordes delimitados, Signo del límite del borde interno, Signo de cresta o sobreelevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), Erosión Solución de Lugol (Test de Schiller): positivo/negativo		
SOSPECHA DE INVASIÓN		Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.		
HALLAZGOS VARIOS		Zona de transformación congénita, Condiloma, Pólipo (exocervical /endocervical) Inflamación,	Estenosis, Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis	

**TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA DEL CUELLO UTERINO
– APÉNDICE DE IFCPC 2011¹**

Tipos de tratamiento de escisión	Tipo de escisión 1,2,3
Medidas de la muestra de escisión	Largo – distancia del margen distal/externo al margen proximal/interno Grosor – distancia del margen estromal a la superficie de la muestra extirpada Circunferencia (Opcional) - el perímetro de la muestra extirpada.

TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA/CLÍNICA DE LA VAGINA DE IFCPC 2011¹

Evaluación general	Adecuada/inadecuada a causa de (por ej.: inflamación, sangrado, cicatriz) Zona de transformación	
Hallazgos colposcopicos normales	Epitelio escamoso: <ul style="list-style-type: none"> • Maduro • Atrófico 	
Hallazgos colposcopicos anormales	Principios generales	Tercio superior/dos tercios inferiores, Anterior/posterior/lateral (derecho o izquierdo)
	Grado 1 (Menor)	Epitelio acetoblanco delgado Puntillado fino Mosaico fino
	Grado 2 (Mayor)	Epitelio acetoblanco denso, Puntillado grueso Mosaico grueso
	Sospecha de invasión	Vasos atípicos Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular
	No específico	Epitelio columnar (adenosis) Teñido de la lesión con solución de Lugol (Test de Schiller): Positivo/negativo, Leucoplasia
Hallazgos varios		Erosión (traumática), condiloma, pólipos, quiste, endometriosis, inflamación, estenosis vaginal, Zona de transformación congénita,

La terminología y clasificación de enfermedades de la vulva, aprobada en septiembre 2011 y publicada a principios del 2012, por la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvares (ISSVD) se puede consultar en:

http://www.issvd.org/document_library/BibliographyTerminology2012CORRECTED.pdf

Mirada Cultural en Tracto Genital Inferior

Representaci髇 Art韒stica de la Vulva En el Arte Contempor醡eo

La vulva siempre ha estado presente en el arte y la cultura, en particular debido a su relación con la fertilidad, la identidad femenina y la función sexual, siendo incluso motivo de cultos de veneración como representación al origen de la vida. La representación artística de la vulva en la época contemporánea ha tenido resurgimiento después de que desaparece casi por completo durante el Medioevo, por la censura que la iglesia impone¹.

En el Renacimiento, vuelve la representación de cuerpos desnudos en el arte italiano de los siglos XIV a XVII y con los desarrollos ulteriores en Europa hasta fines del siglo XIX. Representaban desnudos que mostraban el monte de Venus pero lo hacían comúnmente omitiendo detalles anatómicos de la vulva².

A excepción de algunos pintores del ámbito germánico y holandes como Jan van Eyck, Gossaert así como también Albrecht Dürer, quienes representaban sus desnudos en pintura, gráfica y escultura, con la vellosoy y la entrada natural entre los labios de la vulva. Esta forma de representación desapareció en el siglo XVI, momento en el que también en el norte de Europa se asumió el estado idealizado y encubridor del sexo para las representaciones del cuerpo femenino¹.

Sobre las razones para la falta de vello y detalles en la representación del sexo femenino existe una serie teorías, planteadas inicialmente por Denis Diderot y desarrolladas más tarde en el siglo XX; Diderot se basaba en el color y sus contrastes, otros siguiendo la

teoría de Sigmund Freud han recurrido a la angustia frente al sexo femenino percibido como amenazante¹

Mientras que en Occidente, por siglos, nadie se atrevió a reproducir detalles de la vulva, en Japón algunos la ponen en evidencia y detalladamente en el arte erótico: Shunga



Terazaki Kôgyô (1866-1919) Serie: "Izumo no Chigiri (Las Promesas de Izumo)" 1899.
Tamaño: 18 x 24,5 cm.

Este tipo de Material muy difundido en Japón entre el siglo XVII y XIX, fue considerado obsceno, habiéndose prohibido en el código penal japonés del año 1907²

En Europa esto sucederá a fines del siglo XVIII cuando el pintor francés **Gustave Courbet** escandalizó a los moralistas con “*El origen del mundo*”.



Obra: EL ORIGEN DEL MUNDO, pintado en 1866 por el artista **GUSTAVE COURBET**.
Dimensiones: 21,65 cm de ancho x 18,11 cm de alto

Se encuentra expuesto en el Museo de Orsay de París desde 1995. El óleo muestra la imagen del vientre abierto de una mujer, una vulva detallada levemente abierta con vello púbico oscuro, el monte de Venus, la entrada vaginal, los senos insinuados tras una prenda blanca y los fuertes muslos extendidos; ha suscitado todo tipo de análisis y reflexiones y muestra hasta qué punto Courbet fue un rebelde surgido de las revoluciones políticas y culturales francesas de 1848 y 1871. Sus preciosas obras con desnudos femeninos, como Las bañistas o La mujer y el loro, entre otros, escandalizaron, pero a la vez maravillaron a la vanguardia artística de la época^{3,4}.

En el siglo XVIII las representaciones de desnudos con vello público se aceptaron solamente de manera ocasional en el contexto artístico, como por ejemplo en las pinturas de Francisco de Goya, *La maja desnuda* (de alrededor de 1800–1803)⁵.



Obra: La Maja Desnuda (1800)
Autor: Francisco Goya y Lucientes
Oleo sobre Lienzo, 97X190 cm
Madrid, Museo del Prado



LA VERDAD DESNUDA (1899)

Artista: Gustav Klimt (Viena, 1862 - 1918)
Tamaño: 252X56 cm
Técnica: óleo sobre lienzo
Ubicación: Wien, Österreichische Galerie

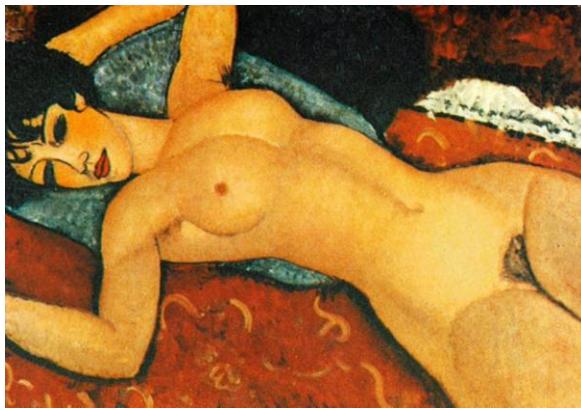
Esta obra será muy criticada en su época, por las personas de los grupos conservadores. En este cuadro, La Verdad Desnuda, Klimt pinta a una mujer desnuda sosteniendo una especie de espejo alegórico, el “espejo de la verdad”, El cuadro llevaba la sentencia de Schiller: “Si no puedes agradar a todos con tus méritos y tu arte, agrada a pocos. Agradar a muchos es malo^{6,7}”.

El siglo XX trae consigo una profunda remodelación del arte, produciéndose una reinterpretación de la belleza y de las normas clásicas. Este hecho se aceleró con la I Guerra Mundial, que trajo consigo un pesimismo y unas sensaciones contrapuestas que se vieron reflejadas en el arte, donde las formas pierden todo su protagonismo frente al mensaje que el autor quiere transmitir.

Así, a principios del siglo XX surge una tendencia subjetiva (es decir, nada realista), apasionada, muy crítica con la sociedad del momento e íntimamente relacionada con el fauvismo. Esta sensación de desasosiego se refleja con colores violentos y una temática que transmite sensación de agobio, de soledad y de miseria.

Durante el año 1900 en París, el pintor y escultor italiano **Amedeo Modigliani**, (Italia 1884 - París 1920), desarrolló un estilo único.

Famoso por sus retratos de figuras alargadas y exuberantes desnudos, desarrollando interés en las máscaras y la escultura africana, lo que es evidente en el tratamiento de sus modelos con caras alargadas, ojos en almendra y rasgos retorcidos.



Obra: Desnudo reclinado
Autor: Amedeo Modigliani (1917)

El artista en ésta obra muestra un arreglo elegante, deteniendo en líneas curvas y planos,

así como una notable idealización de la sexualidad femenina⁸.

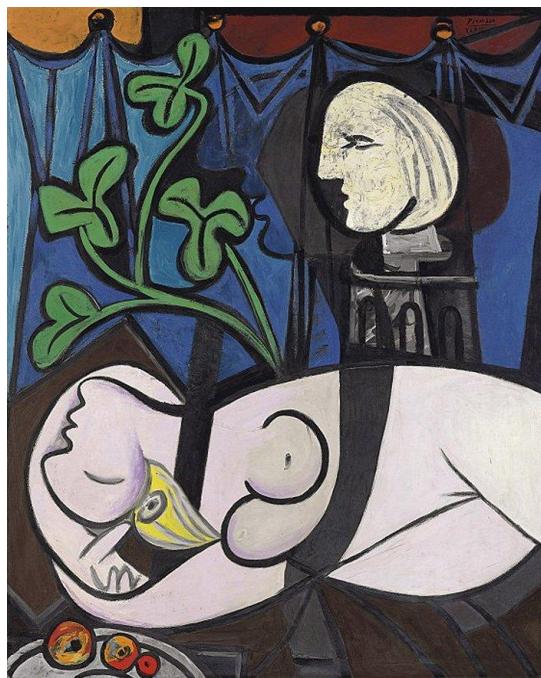
René François Ghislain Magritte (1898 – 1967, Belgica), prototipo del surrealismo de habla francesa. Su obra es más conceptual que la de otros contemporáneos suyos. Mientras que Dalí invoca al sub-consciente emocional, Magritte apela a la inteligencia del espectador, buscando siempre la contradicción intelectual o verbal. Por ejemplo, el título de sus obras es también surrealista y raramente se corresponde con el contenido. Obtiene resultados de notable fantasía⁹.



Título: Donna, (Femme) 1923
Artista: René Magritte. Estilo Cubismo

Pablo Ruiz Picasso (Málaga, España 1881-1973), figura excepcional, protagonista y creador inimitable de las diversas corrientes que revolucionaron las artes plásticas del siglo XX, desde el cubismo hasta la escultura neofigurativa, del grabado o el aguafuerte a la cerámica artesanal o a la escenografía para ballets. Su obra inmensa en número, en variedad y en talento, se extiende a lo largo de más de setenta y cinco años de actividad creadora, que el pintor compaginó sabiamente con el amor, la política, la amistad y un exultante y contagioso goce de la vida^{10,11}.

Sus innumerables pinturas de la figura femenina pudieran reflejar para algunos, misoginia y estrés.

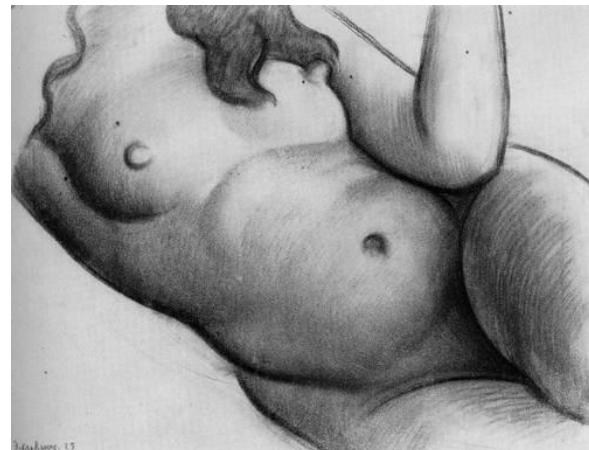


"HOJAS VERDES Y BUSTO" es una de la serie de pinturas que Picasso hizo de su musa, Marie-Thérèse Walter (1932)". Obra valuada en 81 millones de euros, subastada en mayo 2010.

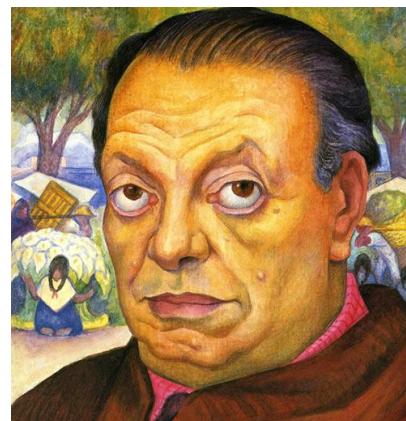
Considerado como el máximo representante de la Escuela Mural Mexicana, **Diego Rivera** (Guanajuato, México, 1886 - 1957) realizó una obra monumental, tanto en cantidad como en volumen. Su brillante personalidad, su gusto

por la polémica, además de su talento como pintor; lo volvieron un personaje reconocido en el panorama cultural y político del México de los veinte a los cincuenta.

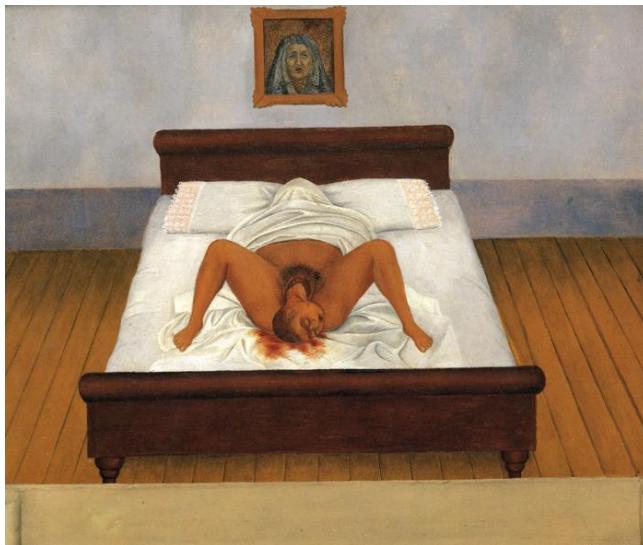
Reconocido como el pintor mexicano más importante del siglo XX. Sus trazos muestran formas simples y colores alegres; detrás de cada mural o lienzo se guarda un profundo significado social e histórico. Su visión involucraba la unión armónica entre el pasado indígena de México, la ciencia, la naturaleza, lo femenino y lo masculino, y ello se refleja a lo largo de su obra¹².



Obra: Desnudo. Diego Rivera.



Auto retrato. Autor: Diego Rivera



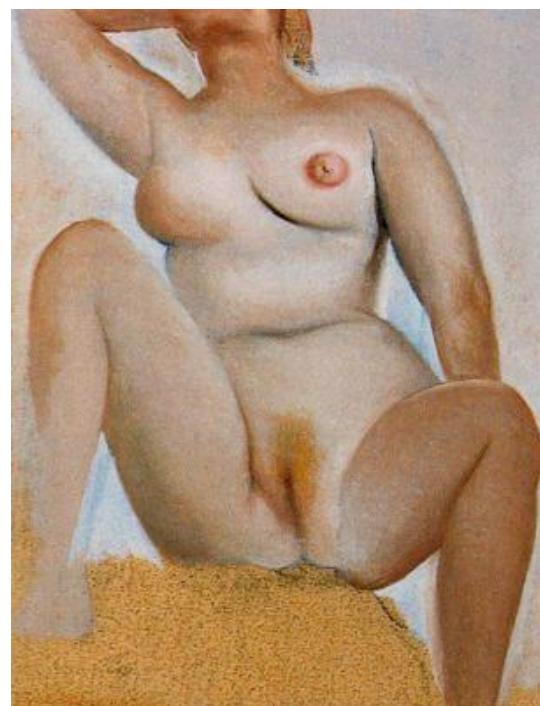
Obra: Mi Nacimiento. Artista: Frida Kahlo. (1932)

En éste cuadro, **Frida Kahlo** (Magdalena Carmen Frida Kahlo, Coyoacán, México, 1907-1954) centra el nacimiento a través del área genital de la mujer, mencionándolo como un drama de "vida y muerte". Su pintura es un testimonio: de lucha de su "sér", con acento, como escribía el poeta César Vallejo -enclavada en su tierra y en el tiempo que le tocó vivir -^{13,14}.



Título: Las Bañistas (1951)
Autor: Fernando Botero (Colombia)
Oleo sobre Lienzo

Las imágenes cotidianas son parte de la obra de **Fernando Botero Angulo** (Medellín, Colombia, 1932), cuyo arte rompe con los paradigmas de la pintura universal al deformar la estética corporal, trascendiendo con ello su trabajo. No se trata de pintar sin sentido, la gordura reflejada en sus personajes es una forma irónica y jocosa de representar ciertos aspectos que acontecen en el quehacer diario, además de que es parte de su originalidad ¹⁵.



Nombre: Desnudo Femenino Sentado (1960)
Autor: Salvador Dalí
Colección Gala y Salvador Dalí.

Pintor español **Salvador Dalí** (1904-1989), considerado un genio excéntrico, decidió ser excesivo en todo, interpretar numerosos personajes y sublimar su angustia en una pluralidad de delirios humorísticos y sórdidos. Se definió a sí mismo como "perverso polimorfo, rezagado y anarquizante", "blando, débil y repulsivo", Salvador se enamoró de Gala en 1929, su musa y compañera durante toda su vida ¹⁶.



Obra: "Desde Hasta"
(2008)
Artista: Diego Lucero
(Rosario, Argentina)
Técnica: Pastel



Obra: "Sofía 2"
(2011)
Artista:
Annette Schock
(España)
Acrílico^{17,18}



Obra: Descongelando mi coraza (2012)
Artista: Inti Amaury García Ibarra (México)
Acrílico sobre lienzo. 65X45 cm^{17,18}



Obra: Torso Desnudo
(2011)
Artista:
Modesto Obregon Mulet
(Cuba)
Óleo^{17, 18}



Obra: "Noche" (Night.) (2012)
Artista: Igor Marchenko (Ucrania)
Técnica: Óleo. 80X73 cm^{17,18}

Referencias

1. <http://www.ann-sophielehrmann.nl/publications/>
2. <http://www.ukiyoe-gallery.com/gallery9.htm>
3. <http://egarciaguilar.blogspot.mx/2008/01/el-origen-del-mundo-de-gustave-courbet.html>
4. <http://www.gustavecourbet.org/The-origin-of-the-world.html>
5. <http://www.almendron.com/artehistoria/arte/pintura/goya-realidad-e-imagen/la-maja-desnuda/>
6. <http://www.reprodart.com/a/gustav-klimt/adan-y-eva.html>
7. <http://www.arteygalerias.com/gustav-klimt/klimt-obra-la-verdad-desnuda/>
8. <http://www.ibiblio.org/wm/paint/auth/modigliani/>
9. <http://personal.telefonica.terra.es/web/jack/magritte/magritte.htm>
10. <http://www.biografiasyvidas.com/monografia/picasso/>
11. <http://noticias.es.msn.com/nacional/los-cuadros-m%C3%A1s-caros-del-mundo?page=6>
12. <http://www.swingalia.com/pintura/las-pinturas-de-diego-rivera-y-su-significado.php>
13. http://www.avizora.com/publicaciones/biografias/textos/textos_k/0019_kahlo_frida.htm
14. <http://listas.20minutos.es/lista/frida-kahlo-la-historia-detras-de-esas-extranas-pinturas-285793/>
15. <http://www.ellas.mx/permalink/3594.html>
16. <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/dali.htm>
17. <http://www.theartlist.com/>
18. <http://pintura.aut.org/BU04?EmpNum=15507>

Revisión: Dra. Ma. de Lourdes Aguilar Garay.
dramlag@hotmail.com

NORMAS PARA AUTORES

1- El texto deberá enviarse a través de internet, en Words a: displasias_hcivil@live.com.mx

2- La extensión máxima de los originales será de cuatro hojas (8 cuartillas - páginas), incluyendo figuras o cuadros. Letra Arial #11, interlineado 1.5, márgen normal.

3- Título del trabajo sin superar los 85 caracteres. Identificar los nombres de los autores, servicios o departamentos o institución (es) al que pertenece (n) y la dirección del primer autor. La identificación de los autores deberá hacerse con asteriscos (*, **, ***, ****), o números en superíndice.

4- Identificación de cada hoja de manuscrito, con número progresivo o iniciales.

5- SI DESEA ENVIAR IMÁGENES OBTENIDAS MEDIANTE COLPOSCOPIA, serán valoradas para utilización en la sección "Imagenología Colposcopica en México" agregando el crédito de cada autor. a) Las imágenes deberán ser nítidas y rigurosamente: ORIGINALES. B) Cada Imagen colposcopica deberá de ir acompañada de un texto-viñeta con una breve descripción de la misma (máximo 100 palabras), c) siempre se agregara el crédito de cada autor

6- Tipo de artículos: la revista publica información médica relacionada con el Tracto Genital Inferior, como: artículos originales, artículos de revisión, comunicación de casos, imágenes colposcopicas originales y cartas al editor.

7- Resumen: 250 palabras como máximo y deberá estar estructurado en antecedentes, material y método, resultados y conclusiones. Al final del resumen proporcionará de 3 a 10 palabras o frases clave en orden alfabético. En seguida se incluirá éste resumen (abstract) en inglés.

8- Texto: Los Artículos originales, se ordenan en secciones de la siguiente manera: página del título, resumen, abstract, introducción, material, método, resultados, discusión, referencias, cuadros, pies de figuras.

a) **Introducción.** Exprese brevemente el propósito del artículo. Resuma el fundamento lógico del estudio u observación

b) **Material y Métodos.** Describa claramente, de manera breve y ordenada

c) **Resultados.** Preséntelos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de los cuadros o figuras.

d) **Discusión.** Insista en los aspectos nuevos e importantes del estudio. Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio. Proponga una hipótesis cuando haya justificación para ello.

9- Referencias. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden de aparición en el texto (identifique las referencias en el texto colocando los números en superíndice y sin paréntesis. No debe utilizarse el término "comunicación personal".

10- Transmisión de los derechos de autor. Se incluirá un manuscrito adjunto, con la carta firmada por todos los autores contenido los siguientes párrafos: "El/los abajo firmante/s transfiere/n todos los derechos de autor a la revista que será propietaria de todo el material remitido para publicación". Esta cesión tendrá validez en el caso de que el trabajo sea publicado por la revista. No se podrá reproducir ningún material publicado en la revista sin autorización de los autores.

11- La revista "Archivos M閎icos de Actualizaci髇 en Tracto Genital Inferior" se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que ello derive en un cambio de su contenido.

12- Toda correspondencia relacionada con trabajos que deseen ser publicados en ésta revista deberán dirigirse a: Clínica de Displasias: Dra. Ma. de Lourdes Aguilar Garay; "Revista: Archivos M閎icos de Actualización, en Tracto Genital Inferior"; Servicio de Oncología, Calle Coronel Calderón # 715, Piso 3. Col. El Retiro, C.P. 44280. Guadalajara, Jal, México y/o a: displasias_hcivil@live.com.mx; dramlag@hotmail.com; Tel, y Fax: (33) 36 40 14 82; (33) 36 42 49 77; (33) 36 14 55 01 (190);



Imagen de portada:
Escultura Abstracta de una “Vulva Estilizada” (2005)
Autor: Paul Baeteman (1933)
Polifacético y excepcional artista belga

<http://www.google.com.mx/imgres?q=paul+baeteman>

