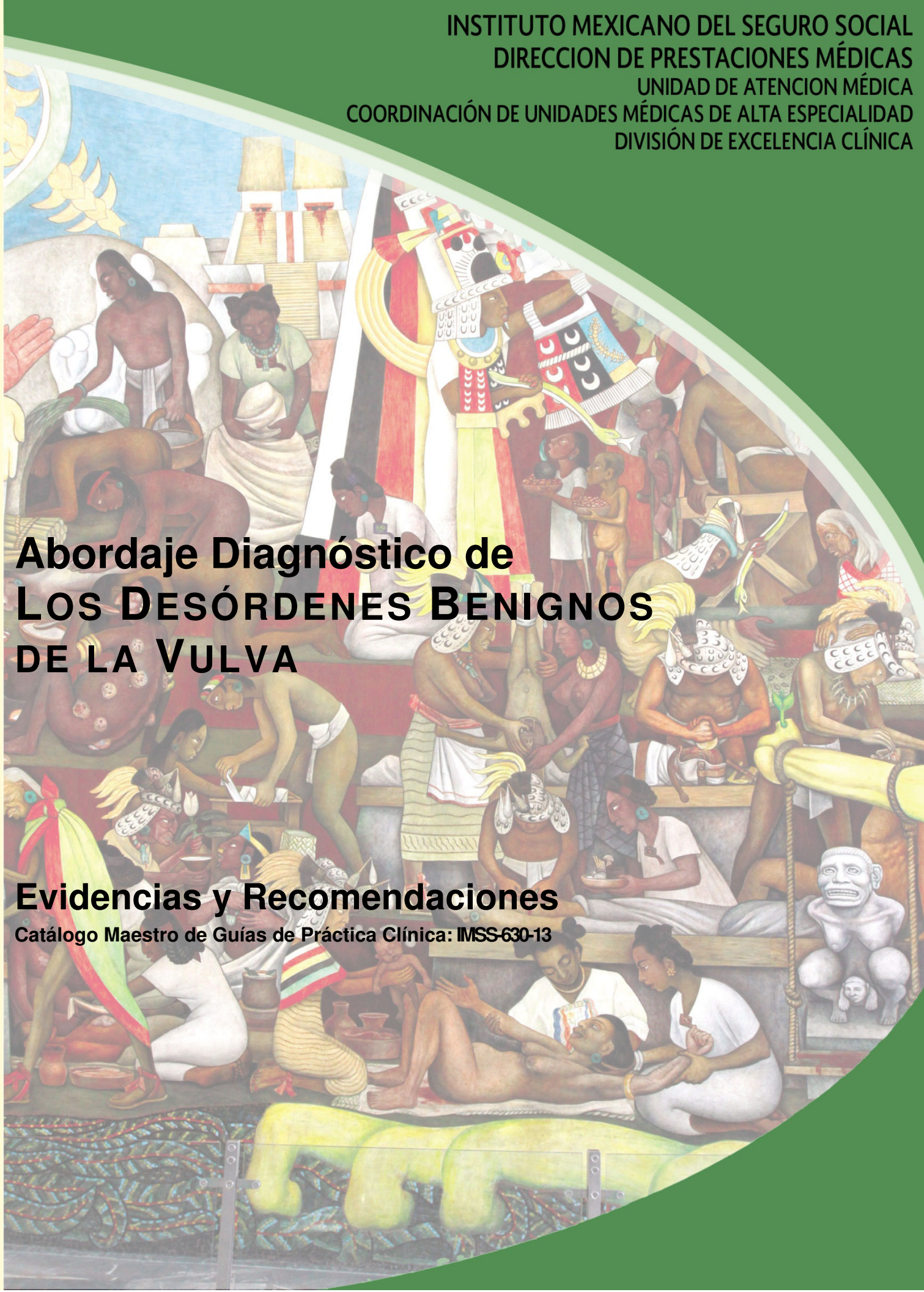


Abordaje Diagnóstico de LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE LA VULVA

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-630-13





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. CARLOS TENA TAMAYO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DRA. CONCEPCION GRAJALES MUÑOZ (ENCARGADA)

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Abordaje diagnóstico de Los desórdenes Benignos de la Vulva**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

CIE-10: N90.4 Liquen albo vulva
N90.X Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo
GPC: Abordaje Diagnóstico de Enfermedades Benignas de la Vulva

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Clínica México, D. F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
--	---------------------------	--------------------------------------	--	---

Autores :

Dr. Luis Juan Antonio Matías	Ginecología y Obstetricia Colposcopia		UMAE HGO No. 3 Centro Médico Nacional La Raza Delegación Norte México, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. José Basilio Hernández Sánchez	Ginecología y Obstetricia Colposcopia	Instituto Mexicano del Seguro Social	HGO No. 13 Azcapotzalco, Delegación Norte D. F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. Gonzalo Pol Kippes	Ginecología y Obstetricia Gineco-oncología		UMAE HGO No. 3 Centro Médico Nacional La Raza Delegación Norte México, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Nancy Pulido Díaz	Dermatología		UMAE HGO No. 3 Centro Médico Nacional La Raza Delegación Norte D. F.	Sociedad Mexicana de Dermatología

Validación interna:

Dr. Leopoldo Pedro Auriolles Sánchez	Ginecología y Obstetricia		Jefe de Servicio de Ginecología UMAE HGO 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" Delegación SUR México, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dra. Janeth Márquez Acosta	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico no Familiar Servicio de Colposcopia UMAE HGO 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" Delegación SUR México, D.F.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Dr. Pedro Chamu Ramírez	Ginecología y Obstetricia		Médico no Familiar Hospital General de Zona No. 2 "Troncoso" Delegación SUR México, D.F.	

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN.	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 ANTECEDENTES	8
3.2 JUSTIFICACIÓN	9
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.5 DEFINICIÓN.....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	11
4.1 ENTIDADES CLÍNICAS Y FACTORES PREDISPONENTES	12
4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (IMAGEN II-XII).....	14
4.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	22
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA	25
4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	25
4.4.2 DE SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	26
4.5 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA	27
4.5.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	27
4.5.2 DE TERCER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	27
4.5.3 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ALGORITMO X)	27
5. ANEXOS	28
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	28
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	30
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	34
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	40
6. GLOSARIO.	48
7. BIBLIOGRAFÍA.	49
8. AGRADECIMIENTOS.....	50
9. COMITÉ ACADÉMICO.	51

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-630-13	
Profesionales de la salud.	Médicos Ginecobstetra, Médico Dermatólogo, Médico Gineco-oncólogo.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: N90.4 Liqueur alba vulva N90.X Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo
Categoría de GPC.	Primer y segundo Nivel de atención. Diagnóstico, Criterios de referencia
Usuarios potenciales.	Médicos generales, Familiares Ginecobstetras, dermatólogos y médicos en formación.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Mujeres de cualquier edad
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Revisión ginecológica, citología y colposcopia cervicovaginal y vulvar, prueba estudio de hidróxido de potasio, toma de PH vaginal con tiras reactivas, cultivos, pruebas serológicas de enfermedades autoinmunes, la ferritina, Biometría hemática, pruebas de parche, frotis de tzanck, exámen con lámpara de Wood, Resonancia magnética, Tomografía axial computarizada, biopsia.
Impacto esperado en salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Unificar criterios diagnósticos en lesiones de vulva - Mejorar el diagnóstico oportuno - Estandarizar criterios de referencia y contra-referencia - Optimizar recursos institucionales
Metodología⁶.	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/ otras fuentes, selección de las guías/revisiones/ otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	<p>Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación></p> <p>Elaboración de preguntas clínicas.</p> <p>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia.</p> <p>Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> <p>Número de fuentes documentales revisadas: 14</p> <ul style="list-style-type: none"> Guías seleccionadas: 4 Revisión clínica: 5 Ensayos controlados aleatorizados: 2 Consensos: 1 Otras fuentes seleccionadas: 2
Método de validación	<p>Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>.</p> <p>Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos.</p> <p>Validación interna: IMSS</p>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Registro: IMSS-630-13 Fecha de Publicación: 21 de marzo 2013 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1^a, Col. ROMA, México, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los principales síntomas que refiere la paciente con patología vulvar?
2. ¿Que factores de riesgo se encuentran asociados a patología vulvar?
3. ¿Cuáles son las principales patologías de la vulva?
4. ¿Cuáles son los principales signos en la paciente con patología vulvar?
5. ¿Cómo debe de llevarse a cabo la exploración física en la paciente con patología vulvar?
6. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete son de utilidad en el diagnóstico de mujeres con patología vulvar?
7. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contra-referencia en las mujeres con patología vulvar entre el primer y segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La vulva es una zona en donde se une la mucosa vaginal y la piel, es considerada una región anatómica compleja compuesta por epitelios cuyas estructuras histológicas en unas zonas es la de una autentica mucosa mientras que en otras es idéntica a la piel y aun en otros puntos existen todos los grados de transición imaginables entre ambos epitelios, también se tiene conceptualizado que los genitales externos femeninos recibe el nombre de vulva, que significa envoltura, esta área topográfica cutánea específica, compleja, variable de una mujer a otra y que comprende varias estructuras anatómicas diferentes Su complejidad, junto a las características morfológicas y funcionales de la misma (conjunción de sistemas urinario, genital y gastrointestinal en un área mucocutánea), condicionan una múltiple y variada patología que precisa un enfoque multidisciplinar con la colaboración de varias especialidades como Ginecología Urología, Patología y Dermatología (Barchino, 2011).

La International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD, 2006) establece los criterios diagnósticos y clasificación para estas entidades, en esta guía se abarcan las tres entidades más importantes que consideran en el estudio de las afecciones vulvares que son: concepto y clasificación de la neoplasia intraepitelial de la vulva (VIN) (ISSVD 2004), las dermatosis vulvares (ISSVD 2006) y el dolor vulvar o vulvodinia (ISSVD 2007).

Es importante conocer la anatomía genital femenina para evitar intervenciones terapéuticas innecesarias como lo son: hiperplasias sebáceas (manchas de Fordyce) y Papilomatosis vulvar o vestibular (Tabla I).

La mucosa y los epitelios de transición pueden ser asiento de una gran variedad de patologías, la piel de la vulva puede afectarse de forma semejante a otros tegumentos; por ello podemos afirmar que pocas regiones tienen una patología tan variada.

Dentro de las manifestaciones más frecuente el dolor vulvar ocupa un lugar relevante reportándose entre un 16 a 20% en las mujeres en edad reproductiva (Danby, 2010), es aconsejable una buena relación médico – paciente, en la que la persona sea capaz de expresarse libremente, explicarle de manera sencilla la naturaleza de los síntomas e intentar evitar la frustración y la depresión frecuentes en estos padecimientos (Barchino, 2011), otros síntomas y signos de trastornos de la piel vulvar son prurito, dolor y cambios en la piel (Color y textura), cerca de una quinta parte de mujeres padecen estos trastornos.

Las causas más comunes de patología de detectadas son dermatitis de liquen simple, candidiasis vulvar, liquen esclerosos y liquen plano referidas a valoración por centros dermatológicos (Imagen II-XII).

Los síntomas de alteraciones vulvares son muy inespecíficos siendo los más frecuentes el prurito, dolor, debe de realizarse exploración física ginecológica en el área referida por la paciente, igualmente se debe de interrogar sobre uso de medicamentos y antecedentes familiares.

Las principales causas de estos síntomas son: dermatitis de contacto, liquen (simple, plano o escleroso), infecciones (micóticas, tricomoniasis, molusco contagioso, atrofia genital, Neoplasia intraepitelial por virus del papiloma humano VPH, enfermedad de Paget, deficiencia hormonal, dermatitis de contacto o uso de medicamentos en forma inadecuada, enfermedades sistémicas Crohn (ACOG, 2008, RCOG, 2011).

El diagnóstico en la mayoría de los casos se debe de hacer clínicamente, sin embargo ante la duda diagnóstica se recurrirá a pruebas diagnósticas auxiliares, existiendo limitada evidencia sobre

diferentes test de rutina en patología vulvar, lo que si puede ayudar a clarificar el diagnóstico es identificar condiciones asociadas o condiciones que contribuyan a la sintomatología vulvar.

No se considera que deban de hacerse los estudios auxiliares en forma rutinaria, siendo los más utilizados según el caso: citología cervicovaginal, colposcopia, prueba estudio de hidróxido de potasio, toma de PH vaginal con tiras reactivas, cultivos ante la sospecha de infecciones, en sospecha de liquen las pruebas serológicas para descartar enfermedades autoinmunes, la ferritina en caso de dermatitis vulvar, o en casos de falta de respuesta a tratamiento de dermatitis de contacto las pruebas de parche, en caso de vitíligo el Examen con lámpara de Wood, finalmente la biopsia será la prueba diagnóstica que dilucidará el diagnóstico final (RCOG, 2011, ACOG, 2008, Danby, 2010, Salliel, 2011).

La referencia de los médicos de primer contacto, será en casos de duda diagnóstica, casos resistentes a tratamiento o sospecha de malignidad ya que las mujeres con trastornos de la piel vulvar complejas, raras o de difícil control deben ser enviadas a unidades especializadas que cuenten con clínicas o profesionistas expertos en patología vulvar (RCOG, 2011).

3.2 JUSTIFICACIÓN

Aunque las enfermedades vulvares son un motivo frecuente de consulta en el momento actual, su detección y tratamiento oportuno genera demora diagnóstica y terapéutica debido en gran parte por los miedos y tabúes socioculturales de algunas mujeres, que tienden a ocultar o no consultar por sus síntomas, y por otro lado de parte de los profesionistas de la salud falta de experiencia en la identificación de esta patología relacionado a la incomodidad de la zona a explorar (Barchino, 2011, Danby, 2010).

A lo largo de nuestra práctica clínica, nos hemos dado cuenta que la región de la vulva ha sido una región anatómica olvidada e ignorada, por el hecho de ser una zona anatómica compleja y con patologías tan variadas común para el aparato genital, la parte terminal del aparato digestivo y del sistema urinario, así como por estar cubierta por una amplia área de piel, es territorio para el desarrollo de múltiples afecciones de diferentes tipos ya sean benignas o malignas.

Por esta razón, es una región de estudio y manejo de parte de diferentes especialidades, sin embargo esto es casusa de referencia y contra-referencias entre ginecólogos, dermatólogos, proctólogos, sexólogos, etc. Sin que ninguno de ellos se haga cargo por completo de los casos, por todo esto, en la actualidad se entiende que el estudio y manejo de las diferentes afecciones vulvares debe ser multidisciplinario y que en casos de difícil control, o persistentes, debe de enviarse para valoración y estudio definitivo principalmente con el fin de que se pueda hacer diagnóstico diferencial entre enfermedades benignas y malignas (RCGO, 2006).

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Abordaje diagnóstico de los Desórdenes Benignos de la Vulva**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

La elaboración de la presente guía de práctica clínica tiene como objetivo fundamental, servir de herramienta para facilitar a los profesionales de la salud (que atienden pacientes con patología vulvar), el abordaje y el estudio de estos padecimientos la cual tiene la finalidad de ofrecer un diagnóstico adecuado y oportuno de las enfermedades vulvares benignas, lo que resultará en optimización de los recursos institucionales humanos y materiales, esperando la reducción de saturación en centros especializados de tercer nivel en donde los procesos oncológicos día con día se han incrementado, con enfoque en los siguientes puntos:

- Unificar criterios diagnósticos en lesiones de vulva
- Mejorar el diagnóstico oportuno
- Estandarizar criterios de referencia y contra-referencia
- Optimizar recursos institucionales

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

Desórdenes de la Vulva: Conjunto de signos y síntomas que refiere la mujer en la vulva, siendo el prurito y el dolor vulvar los más frecuentes y que requiere de una exploración clínica y paraclínica con fines de identificar la causa (RCGO, 2011. ACOG, 2008)

Enfermedad Benigna de vulva: Es un conjunto de padecimientos de diferentes causas y comportamientos clínicos cuya localización de sus manifestaciones se ubican a nivel de la región vulvar.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

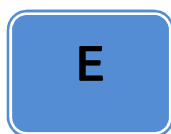
En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

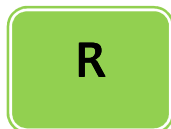
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

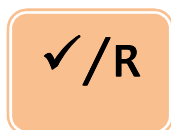
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA




RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 ENTIDADES CLÍNICAS Y FACTORES PREDISPONENTES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La patología benigna vulvar puede ser originada por una variedad de enfermedades siendo las más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades asociadas a prurito vulvar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Agudas: Infecciones (tricomoniasis, candidiasis, molusco contagioso, infestaciones) y Dermatitis por contacto ○ Crónicas: Dermatitis (Dermatitis atópica y por contacto , liquen escleroso, liquen-plano, liquen crónico, psoriasis , atrofia genital) Neoplasias (Neoplasia intraepitelial vulvar – cáncer de vulva , enfermedad de Paget), Infección (Virus del papiloma humano), Manifestaciones vulvares de patología sistémicas (Enfermedad de Crohn). 	<p>III (E. Shekelle) ACOG, 2008</p>

R

La Sociedad Canadiense de Ginecólogos y obstetras recomiendan la vacunación contra el VPH se recomienda en edades entre 9 a 26 años para los virus relacionados a Cáncer cérvicouterino (Virus 16 y 18) y también que cubran los tipos virales 6 y 11 relacionados a las verrugas externas.

IA

(*Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007*)

R

Las autoridades gubernamentales sanitarias deben de abogar por la financiación pública evaluando el costo beneficio reportados en el momento.

IIIA

(*Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007*)

✓/R

En la Población Mexicana los programas de prevención de VPH cubren a la población en la adolescencia población considerada la más beneficiada.

Punto de Buena Práctica**E**

Los factores de riesgo para Candidiasis vulvar son :

- La diabetes
- Obesidad
- Uso de antibióticos de amplio espectro.

C

(*RCOG, 2011*)

Son factores de riesgo de la dermatitis de contacto:

- Toallas húmedas para bebe o adulto
- Antisépticos (yodopovidona , hexaclorofeno)
- Fluidos corporales (semen o saliva)
- Papel higiénico perfumado o de color
- Preservativos (lubricantes o espermicidas)
- Anticonceptivos en crema , gel, espuma
- Colorantes de ropa
- Emolientes (lanolina, aceite de jojoba, glicerina.
- Detergentes de lavandería y suavizantes
- -Productos de caucho (látex)
- Jabones, baños de burbujas o de sales, acondicionadores.
- Anestésicos tópicos (benzocaína ,lidocaína ,dibucaína)
- Antimicrobianos tópicos (Neomicina , bacitracina , nistatina)
- Corticosteroides tópicos
- Medicamentos tópicos incluyendo ácido tricloroacético ,5 FU, podofilina.
- Productos de higiene vaginal incluyendo perfumes y desodorantes.
- Incontinencia urinaria o fecal.

C

(*RCOG, 2011*)

E

La orina y las heces son muy irritantes, causando daño a la piel vulvar y perineal.

E

En Liquen escleroso y liquen-plano existen antecedentes tanto personales como familiares de enfermedades autoinmunes, trastornos tiroideos, alopecia areata, anemia perniciosa, diabetes tipo 1 y el vitíligo.

En el liquen escleroso se encuentran altos niveles de autoanticuerpos.

C
(RCOG, 2011)

E

Un alto porcentaje de mujeres con dermatitis vulvar se encuentran asociadas con antecedente de dermatitis atópica o seborreica.

C
(RCOG, 2011)

E

La prevalencia de enfermedades autoinmunes en familiares de primer grado está presente hasta en un 30%.

En un reporte de casos de 38 mujeres que asistieron a una clínica de vulva con dermatitis vulvar, el 97% tenía antecedentes de atopia y/o dermatitis seborreica

III
(RCOG, 2011)

R

En la historia clínica del paciente que acuda con molestias vulvares se debe de enfocar el interrogatorio a el antecedente de enfermedades relacionadas a esta patología como: diabetes, exposición a químicos o alérgenos, autoinmunes, trastornos tiroideos, orina (Incontinencia urinaria de esfuerzo) alopecia areata, anemia perniciosa, diabetes tipo 1 y el vitíligo, obesidad y fármacos.

C
(RCOG, 2011)

4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS (IMAGEN II-XII)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	4
El prurito, dolor, quemazón y los cambios en el color o textura de piel, todos ellos de carácter inespecífico, son los síntomas más frecuentes que se presentan en las alteraciones vulvares ya sea agudas o crónicas.	(RCOG, 2011) III (E. Shekelle) ACOG, 2008

E

Es importante conocer la anatomía genital femenina para evitar sobre tratar variaciones anatómicas , siendo los más frecuentes:

- Hiperplasias sebáceas (manchas de Fordyce)
- Papilomatosis vulvar o vestibular.

III
(E. Shekelle)

Barchino, 2012

R

Es importante realizar una semiología detallada de cada síntoma con la finalidad de tener una orientación diagnóstica adecuada, conociendo teniendo en mente las variaciones anatómicas más frecuentes.

4
(RCOG, 2011)

III
(E. Shekelle)

Barchino, 2012

R

Es aconsejable una buena relación médico – paciente, en la que la persona sea capaz de expresarse libremente, explicarle de manera sencilla la naturaleza de los síntomas e intentar evitar la frustración y la depresión frecuentes en estos padecimientos.

III
(E. Shekelle)

Barchino, 2012

R

En base a nuestra orientación diagnóstica inicial, la exploración física debe de complementarse con exploración física orientada de acuerdo a la patología sospechada (boca, piel de manos, pies, uñas, etcétera) en el caso particular de infección por virus de papiloma humano o displasias, se deberá complementar con una revisión completa del tracto genital inferior que incluya además cérvix y vagina, con realización por norma de estudio colposcópico y toma de muestras citológicas y biopsias de ser necesario.

✓
(RCOG, 2011)

R

Las mujeres con trastornos vulvares requieren un examen sistemático de la región ano-genital de piel y mucosas en general (conjuntivas, mucosa oral y área perianal) con una adecuada iluminación.

C
(E. Shekelle)

Danby, 2010

C
(RCOG, 2011)

R

Para localizar el sitio del dolor se puede explorar con un hisopo el sitio de mayor sensibilidad o del dolor el cual varía en cada paciente.

C
(E. Shekelle)

Danby, 2010

R

Por la amplitud del región, se sugiere pedirle a la paciente nos ayude a localizar el sitio de mayor molestia (prurito, ardor o dolor) además de la localización de las posibles lesiones (pápulas, vesículas, úlceras, verrugas, etcétera).

✓
(RCOG, 2011)

Es importante contar con un área adecuada para la exploración física de las pacientes con afecciones vulvares en donde se respete su intimidad y pudor siendo necesario lo siguiente:



- Área con mesa de exploración ginecológica para una adecuada y cómoda posición de la paciente (posición de litotomía)
- Luz blanca.
- Contar con todo lo necesario para la toma de muestras (citológicas, cultivos, biopsias, especuloscopia) especialmente en consulta de especialidad.
- Contar con una enfermera quien a la vez nos asista en la exploración y además le brinde compañía, confianza y apoyo a la paciente.

Punto de Buena Práctica

Otro tipo de síntomas que pueden estar presentes (de acuerdo a la localización de las lesiones) son:



- Disuria
- Vulvodinia
- Dispareunia
- Hemorragia y secreción genital de mal olor.
- Sin embargo, existe un porcentaje de casos asintomáticos, reportándose en el 1%.

III
(E. Shekelle)
De palo, 1997
III
(E. Shekelle)
Barchino, 2012

La causa del prurito en la mayoría de los casos es la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales por un infiltrado inflamatorio subepitelial, sin embargo puede ser inclusive de origen psicossomático.



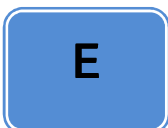
III
(E. Shekelle)
De palo, 1997

La mayoría de las lesiones se diagnostican clínicamente, siendo la biopsia indicada sólo ante la duda diagnóstica.



4
(RCOG, 2011)
III
(E. Shekelle)
De palo, 1997

La causa del prurito en la mayoría de los casos es la estimulación de las terminaciones nerviosas sensoriales por un infiltrado inflamatorio subepitelial, sin embargo puede ser inclusive de origen psicossomático.



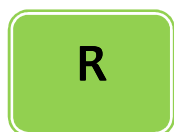
III
(E. Shekelle)
De palo, 1997

R	<p>Ante la paciente con sintomatología de la vulva, se debe de realizar un interrogatorio dirigido a investigar:</p> <p>-Antecedente familiares de enfermedades autoinmunes (atopia, fiebre del heno, asma, eczema, alopecia areata, trastornos tiroideos, anemia perniciosa, diabetes tipo 1, vitíligo) o atopias.</p> <p>- Descartar factores predisponentes (Exposición a sustancias químicas como antisépticos, preservativo, o detergentes, o expuesta a tratamiento tópicos previos, incontinencia urinaria y fecal, o fistulas procto-genitales-urinarias).</p>	<p>C (RCOG, 2011) III (E. Shekelle) ACOG, 2008</p>
E	<p>El prurito y el rascado continuados producen engrosamiento de la piel y daño de la barrera protectora, con irritación, mayor sensibilidad a sustancias exógenas, sobreinfecciones y perpetuación del ciclo</p>	<p>III (E. Shekelle) Barchino, 2012</p>
R	<p>Al identificar una lesión habrá que describirla, medirla y localizarla.</p>	<p>C (E. Shekelle) Danby,2010</p>
E	<p>Desde el punto de vista clínico pueden clasificarse en enfermedades de la vulva por color, patrón y localización.</p>	<p>III (E. Shekelle) De palo,1997</p>
E	<p>Las lesiones se clasificar de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por color se pueden dividir en lesiones blanquecinas, eritematosas y oscuras/marrones. • Por patrón se dividen en: Quiste, pápula, placa, verruga, vesícula o ámpula, úlcera y tumor. • Por localización se clasifican en áreas provistas o desprovistas de vello. 	<p>III (E. Shekelle) De palo,1997</p>
E	<p>Lesiones blanquecinas sugieren: Infección por HPV, liquen escleroso y neoplasia intraepitelial Vulvar.</p>	<p>III (E. Shekelle) ACOG, 2008 III (E. Shekelle) De palo,1997</p>



El liquen simple se presenta como lesión eczematosa, en placas intensamente pruriginosa, esta lesión puede estar asociada a enfermedad atópica.

III
(E. Shekelle)
ACOG, 2008



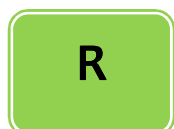
Ante placas blancas nacaradas, intensamente pruriginosas, con piel fina, frágil, con zonas purpúricas, con un patrón típico en forma de 8, rodeando la zona vulvar y perianal, se debe descartar liquen escleroso, y se debe de descartar enfermedad atópica.

C
(E. Shekelle)
Danby, 2010
III
(E. Shekelle)
Barchino, 2012



Las verrugas genitales visibles por VPH o condilomas acuminados se presentan en un 1% aproximadamente, los virus relacionados a estas lesiones son el 6, 11, 42, 43 y 44.

III
(E. Shekelle)
(Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007)



La presencia de verrugas en vulva, perine o perirectal nos debe hacer diferenciar si es benigna o maligna, ya que la neoplasia intraepitelial o el cáncer de vulva se puede presentar con diversas variaciones de lesiones, ya sea de coloración rosa, hiperpigmentadas u oscuras, lesiones rojas o blancas rugosas o erosionadas.

C
(ACOG, 2008)
C
(RCOG, 2006)
IA
(Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007)



La aparición de un nódulo o protuberancia vulvar inexplicable se debe referir a valoración por especialista ginecólogo, dermatólogo de clínica de vulva, oncólogo o Gineco-oncólogo.

C
(RCOG, 2006)



Lesiones eritematosas sugieren :

Infecciones, psoriasis, liquen plano, dermatitis de contacto, endometriosis, hemangiomas, Enfermedad de Paget, candidiasis o enfermedades infecciosas.

III
(E. Shekelle)
ACOG, 2008
III
(E. Shekelle)
De palo, 1997

R	Ante la presencia de lesiones eritematosas se debe descartar o pensar en Infecciones, psoriasis, liquen plano, dermatitis de contacto, endometriosis, hemangiomas y Enfermedad de Paget.	III (E. Shekelle) ACOG, 2008
E	La candidiasis genital se presenta con prurito, irritación, disuria y dispareunia con o sin leucorrea lechosa o en forma de placas blancas con eritema alrededor del introito y en ocasiones fisuras.	III (E. Shekelle) Danby, 2010
R	Ante la presencia de prurito, irritación, disuria y dispareunia con o sin leucorrea lechosa o en forma de placas blancas con eritema alrededor del introito y en ocasiones fisuras se debe descartar candidiasis genital.	C (E. Shekelle) Danby, 2010
E	El herpes simple se manifiesta con dolor, úlceras genitales e incomodidad, aunque hay casos subclínicos la afección cervical del virus, se manifiesta por irritación vaginal y leucorrea purulenta.	III (E. Shekelle) Danby, 2010
R	Ante la paciente que refiera dolor, úlceras genitales e incomodidad se debe sospechar herpes genital.	C (E. Shekelle) Danby, 2010
E	Las lesiones eczematosas se caracterizan por la presencia de prurito, lesiones eritematosas difusas, disrupción epitelial y liquenificación. Existen dos tipos de eczema: el endógeno, representado por la dermatitis atópica y el liquen simple y el exógeno o de contacto.	III (E. Shekelle) Barchino, 2012
E	La psoriasis se manifiesta por dolor intenso prurito, fisuras o puede ser asintomática, con lesiones predominantemente en zonas pilosas (labios mayores y monte de Venus), aunque también se afectan los pliegues inguinales y la cara interna de los muslos.	III (E. Shekelle) Barchino, 2012

E	El eritema junto con referencia de sequedad vaginal y/o dispareunia en mujer en etapa peri o postmenopáusica es compatible con atrofia genitourinaria por hipoestrogenismo,	<p>III (E. Shekelle) ACOG, 2008</p> <p>III (E. Shekelle) Barchino, 2012</p> <p>C (E. Shekelle) Danby, 2010</p>
R	Ante la paciente en la peri o postmenopáusica que refiera sequedad vaginal y/o dispareunia se debe sospechar atrofia genitourinaria por hipoestrogenismo,	<p>C (E. Shekelle) ACOG, 2008</p> <p>C (E. Shekelle) Barchino, 2012</p> <p>C (E. Shekelle) Danby, 2010</p>
E	Lesiones marrón oscuras: sugieren papulosis bowenoide, nevos, acantosis léntigos debiendo pensar también en melanoma o cáncer vulvar.	<p>III (E. Shekelle) De palo, 1997</p>
E	Los procesos malignos se manifiestan frecuentemente por lesiones induradas en el área vulvar, úlceras o fisuras acompañadas de irritación, prurito severo o sensación de ardor o dolor vulvar, y se puede manifestar por persistencia a pesar de múltiples tratamientos.	<p>3 (RCOG, 2011)</p> <p>III (E. Shekelle) ACOG, 2008</p> <p>III (E. Shekelle) Danby, 2010</p>
R	Ante la paciente con altas sospechas de lesión maligna caracterizada por lesiones induradas en el área vulvar, o hiperpigmentadas debe de enviarse lo más pronto posible para valoración por especialista en patología vulvar oncológica.	<p>3 (RCOG, 2011)</p> <p>C (E. Shekelle) ACOG, 2008</p> <p>C (E. Shekelle) Danby, 2010</p> <p>C (E. Shekelle) Harlow, 2009</p>

Otras variedades de lesiones sugieren:

- Quiste: De glándula de Bartholin o del conducto de Skene y epidérmico de inclusión.
- Pápula: molusco contagioso, queratosis seborreica o nevos.
- Verruga: condiloma acuminado.
- Vesícula: Linfongroma circunscrito, infección por VHS.
- Úlcera: Enfermedad de Behcet, Enfermedad de Crohn, chancroide, sífilis, linfogranuloma venéreo, infección por HVS.
- Fisuras: son generalmente secundarias a traumatismo, se debe descartar abuso sexual principalmente en menores.
- Tumores: Fibroma, hemangioma, tejido mamario ectópico, endometriosis.
- Mácula: Vitíligo y melanosis.
- Vesículo-ampolloso.

E

III

(E. Shekelle)

Danby, 2010

III

(E. Shekelle)

De Palo, 1997

III

(E. Shekelle)

Barchino, 2012

E

El molusco contagioso es una infección cutánea común causada por un virus molluscipox (MCV) puede afectar a niños y adultos, en niños puede estar localizado en todo el cuerpo, en adultos se encuentra como de transmisión sexual, pudiendo transmitirse de persona a persona por autoinoculación.

III

(E. Shekelle)

Skerlev, 2009

III

(E. Shekelle)

Sandoval, 2012

E

El molusco contagioso se manifiesta con molestia en área afectada y presencia de lesiones tipo pápulas umbilicadas, la imagen al microscopio se identifica por la presencia de cuerpos de inclusión de Henderson-Paterson, con lo que se corrobora el diagnóstico de molusco contagioso.

III

(E. Shekelle)

Skerlev, 2009

III

(E. Shekelle)

Sandoval, 2012

R

Ante lesiones en la piel del tipo de tipo pápulas umbilicadas, se debe sospechar el diagnóstico de molusco contagioso.

C

(E. Shekelle)

Skerlev, 2009

El patrón vesículo-ampollosa se presenta en casos de :

E

- Pénfigo
- Dermatitis herpetiforme
- Epidermólisis ampollosa
- Eritema multiforme
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Incluso lupus eritematoso sistémico ampollosa con el tiempo puede erosionarse o ulcerarse.

III

(E. Shekelle)

Barchino, 2012

La vulvodinia es una entidad clínica caracterizada por dolor crónico sin patología documentada.

E

La localización del dolor es variable, reportándose que en su forma más severa es el dolor se localiza en el vestíbulo, específicamente puede ser entre las 5 y del reloj, lo anterior ha sido identificado a través de la localización con un hisopo.

III

(E. Shekelle)

Danby, 2010

III

(E. Shekelle)

Donders, 2012

Ante la paciente que refiere dolor persistente a la cual se le ha realizado los estudios suficientes incluidos las pruebas a alérgenos (prueba de parche) en caso de contar con el recurso con fines de búsqueda de patología, ya sea orgánica o no orgánica y a la cual no se le identifica ninguna patología, se debe de integrar el diagnóstico de vulvodinia.

R

C

(E. Shekelle)

Donders, 2012

C

(E. Shekelle)

Harlow, 2009

4.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe limitada evidencia sobre diferentes test de rutina en patología vulvar, lo que si puede ayudar a clarificar el diagnóstico es identificar condiciones asociadas o condiciones que contribuyan a la sintomatología vulvar.

4

(RCOG, 2011)

E

Las patologías más frecuentes de la vulva generalmente con una adecuada semiología clínica se orientan el diagnóstico, no siendo necesario en forma rutinaria, la colposcopia, o biopsia, estas serán de acuerdo a la sospecha diagnóstica principalmente en casos de VPH o malignidad.

4

(RCOG, 2011)

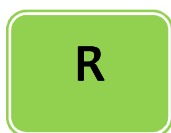
R	Ante la sospecha de enfermedades de transmisión sexual la realización de la citología cervicovaginal, colposcopia, prueba estudio de hidróxido de potasio, toma de PH vaginal con tiras reactivas, cultivos.	D (RCOG, 2011) III (E. Shekelle) ACOG, 2008 III (E. Shekelle) Danby, 2010
R	La indicación de PCR o estudio de DNA no debe de ser utilizado de rutina sólo en casos de lesiones de alto grado de VPH ya que cubre los falsos positivos de la citología o colposcopia.	IA (Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007) C (E. Shekelle) Danby, 2010
R	Las verrugas en edad pediátrica, no requieren de biopsia.	IA (Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomaviru, 2007)
R	La colposcopia y/ o biopsia estarán indicadas en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de Virus del papiloma humano • Sospecha de malignidad (NIV, enfermedad de Paget, o cáncer de vulva) • Persistencia de la enfermedad. 	D (RCOG, 2011)
R	En la atención inicial de la mujer con sintomatología vulvar se debe considerar la realización de pruebas de función tiroidea, diabetes si clínicamente esta indicado. La serología puede ser necesaria para confirmar algunas enfermedades de transmisión sexual.	D (RCOG, 2011) C (E. Shekelle) Salliel, 2011
E	Las dermatosis comunes vulvares son fácilmente diagnosticadas con exploración clínica, sin embargo el diagnóstico con biopsia de piel puede ser útil cuando hay una incertidumbre clínica o falla en la respuesta al tratamiento. El VIN es un diagnóstico histológico por lo que deberá tomarse una biopsia, ya que hasta en un 19 a 22 % en biopsias por sospechas de VIN fue encontrado invasión.	4 (RCOG, 2011)



Las mujeres con liquen escleroso y liquen plano tienen un mayor riesgo de tener o desarrollar otras enfermedades autoinmunes confirmándose el diagnóstico con biopsia.

Sin embargo no hay una evidencia que soporte pruebas de anticuerpos sin una indicación clínica

^C
(RCOG, 2011)
^{III}
(E. Shekelle)
Claire, 2010



En las pacientes en las que se sospechen liquen escleroso o liquen plano debe investigarse enfermedades autoinmunes si es que clínicamente presenta síntomas y signos.

Para confirmar el diagnóstico debe realizarse biopsia de la lesión.

^C
(RCOG, 2011)
^C
(E. Shekelle)
Claire, 2010



La Ferritina sérica puede ser solicitada en pacientes con dermatitis vulvar.

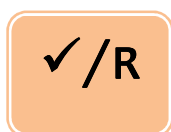
^C
(RCOG, 2011)



La corrección de la anemia por deficiencia de ferritina sérica puede aliviar síntomas vulvares.

En 38 series de casos de pacientes con dermatitis vulvar se encontró que el 20% padecía de anemia por deficiencia de hierro

⁴
(RCOG, 2011)



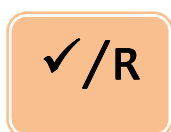
En nuestro medio la realización de una biometría hemática puede corroborar la presencia de anemia que en caso de corroborar debe ser corregida.

Punto de Buena práctica



Las pruebas de parche pueden ser utilizadas en mujeres con dermatitis vulvar **en caso de contar el recurso.**

⁴
(RCOG, 2011)



Ante la dermatitis alérgica de contacto y la falta de estudios de parche se recomienda evitar el contacto del alérgeno y llevar a cabo medidas de cuidados de la vulva, aunque no es motivo de esta guía el tratamiento, consideramos importantes de su conocimiento (Cuadro II).

Punto de Buena práctica

E	Algunas reacciones alérgicas específicas son identificadas en mujeres con prurito vulvar es una prueba de tipo de hipersensibilidad tardía (tipo IV) y se utiliza para investigar la sospecha de una dermatitis por contacto, los agentes alergénicos más comunes son cosméticos medicamentos y conservadores.	4 (RCOG, 2011)
E	El uso de técnicas citológicas en el diagnósticos de trastornos vulvares es extremadamente limitado, sin embargo para un diagnóstico rápido de la infección de herpes simple, un frotis de tzanck es útil.	III (E. Shekelle) Salliel, 2011
E	La lámpara de Wood emite rayos de luz ultravioleta que incluye un filtro de cristal de Wood para excluir la luz visible los cambios vistos , en el eritema despiden luz fluorescente rosada bajo esta luz, siendo útil en el diagnóstico de vitiligo ya que las áreas de pigmentación se acentúan.	III (E. Shekelle) Salliel, 2011
R	La exploración con lámpara de Wood es útil para diagnóstico de vitiligo, y ante la duda diagnóstica dermatológica.	C (E. Shekelle) Salliel, 2011
E	Los estudios de imagen (Resonancia y TAC) están limitados para determinar la extensión de enfermedad maligna.	III (E. Shekelle) Salliel, 2011
✓/R	En la paciente embarazada en el primer trimestre los estudios de imagen (Resonancia y TAC) no deben contemplarse en forma rutinaria para el diagnóstico de alteraciones vulvares.	Punto de Buena Práctica

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

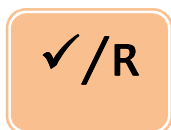
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	III (E. Shekelle) Barchino, 2011
Las alteraciones de vulva por su complejidad, características morfológicas y funcionales de la misma (conjunción de sistemas urinario, genital y gastrointestinal en un área mucocutánea), condicionan una múltiple y variada patología que precisa un enfoque multidisciplinar con la colaboración de varias especialidades como Ginecología Urología y Dermatología.	



Dos revisiones retrospectivas de clínicas especializadas vulvares demostraron que el 38% de las mujeres requirieron la valoración de más de un especialista del grupo multidisciplinario que valora estas pacientes. 4
(RCOG, 2011)



Las mujeres con trastornos de la piel vulvar complejas, raras o de difícil control deben ser enviadas a unidades especializadas que cuenten con clínicas o profesionistas expertos en patología vulvar (ginecólogos, dermatólogos, especialista en ginecurología y/o profesional psicosexual) D
(RCOG, 2011)
C
(E. Shekelle)
Barchino, 2011



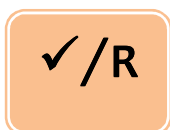
Serán enviadas las pacientes a Unidad de especialidad en Dermatología o Ginecología en los siguientes casos:

- Procesos infecciosos en vulva con falta de respuesta a tratamiento.
- Lesiones vulvares sospechosas de malignidad
- Lesiones vulvares que requieran toma de biopsia para confirmación diagnóstica

Punto de Buena Práctica


Las pacientes deben ser enviadas con Biometría Hemática, Glucosa en ayuno, citología cervicovaginal .

4.4.2 DE SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

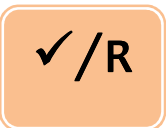
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div>  </div> <p>Serán enviadas las pacientes a Unidad de especialidad en Dermatología o Ginecología de tercer nivel en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con enfermedades sistémicas asociadas a patología vulvar de difícil control (Diabetes, Enfermedades autoinmunes Enfermedades Tiroideas) • Pacientes inmunocomprometidas (Trasplantados, VIH, otros) • Lesión vulvar maligna confirmada por estudio histopatológico. <p>Las pacientes en segundo nivel deberán ser manejadas forma conjunta en el servicio de Dermatología y Ginecología.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

4.5 CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

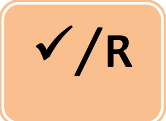
4.5.1 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Serán contra referidas las pacientes a Unidad de Medicina familiar en las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con enfermedades infecciosas resueltas. • Pacientes con lesiones vulvares en las que se descarta malignidad. • Pacientes con diagnóstico enfermedad vulvar benigno y con manejo de especialidad establecido. 	Punto de Buena Práctica

4.5.2 DE TERCER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Serán enviadas las pacientes a Unidad de especialidad de segundo nivel ante las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de la patología vulvar con enfermedades sistémicas - Resolución de la patología vulvar con enfermedades inmunocomprometidas - Posterior de haber sido tratadas y sin actividad oncológica. 	Punto de Buena Práctica

4.5.3 DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (ALGORITMO X)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Serán enviadas las pacientes a Unidad de medicina familiar con enfermedad benigna resuelta.</p>	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Abordaje diagnóstico de los desórdenes benignos de la vulva

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 5 años.
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:
Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto mayor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Vulvar disorders, En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, epidemiology, prevention and control, y se limitó a la población de adultos mayores de 18 años. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 556 resultados, de los cuales se utilizaron 2 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Vulvar disorders /classification"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Vulvar disorders /prevention and control"[Mesh] OR "Vulvar disorders "[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 19 o mayor"[MeSH Terms]) AND ("2005/01/01"[PDAT] : "2011/01/30"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda

1. Vulvar disorders [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. 4. Epidemiology [Subheading]
- 5.Prevention andControl[Subheading]
6. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 80 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	2	2
2	TripDatabase	34	4
3	NICE	1	1
4	Singapore Guidelines Moh	0	-
5	AHRQ	1	1
6	SIGN	2	1
Totales		40	8

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 7 RS, 3 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE EVIDENCIAS DE LA GUÍA DE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. MANAGEMENT OF VULVAL CANCER 2006.

GRADO DE LA EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIOS EN QUE SE GENERO
A	BASADOS EN ESTUDIOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS
B	BASADOS SOBRE OTROS ESTUDIOS EXPERIMENTALES FUERTES O ESTUDIOS OBSERVACIONALES BUENOS.
C	EVIDENCIA MUY LIMITADA EN BASE A LA OPINIÓN DE EXPERTO O DE AUTORIDADES EN LA MATERIA

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES DE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST

Grado de la evidencia	Tipo de estudios en que se genero
A	Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica buena y consistente
B	Las recomendaciones están basadas en una evidencia científica limitada e inconsistente
C	Las recomendaciones están basadas principalmente en consenso y opinión de expertos

CLASIFICACIÓN DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES DEL ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, (RCOG)

Nivel	Fuente de la evidencia
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

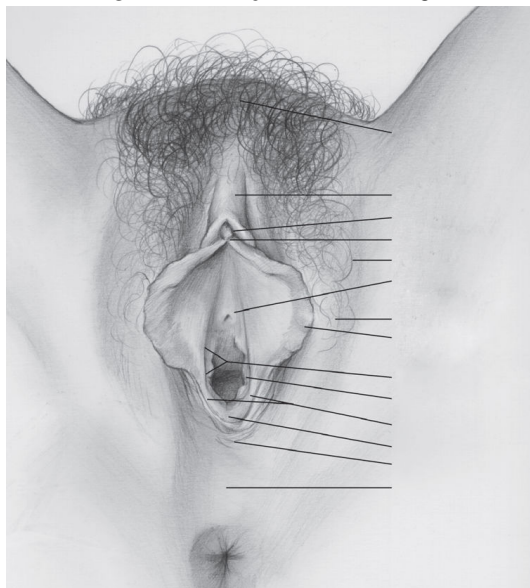
Clase	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
✓	Considerada como buena practica clínica por el grupo elaborador de la GPC

"CANADIAN CONSENSUS GUIDELINE ON HUMAN PAPILLOMAVIRUS" (JOGC, 2007)

Calidad de la Evidencia*		Clasificación de las Recomendaciones**	
Nivel	Significado	Grado	Significado
I	Evidencia obtenida de un último ensayo clínico aleatorizado controlado.	A	Existe adecuada evidencia para recomendar acciones preventivas
II-1	Evidencia procedente de un buen al menos un Ensayo Clínico Controlado no Aleatorizado.	B	Existe evidencia aceptable para recomendar acciones preventivas
II-2	Evidencia de Estudios de Cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o Estudios de Caso Control, preferentemente por más de un centro o grupo de investigación	C	La evidencia existente es conflictiva y no permite hacer una recomendación para una acción preventiva, sin embargo hay otros factores que pueden influir en la toma de decisión.
II-3	Evidencia obtenida de comparación entre tiempos o lugares con o sin intervención. Resultados dramáticos en experimentos no controlados.	D	Hay evidencia aceptable para no recomendar la acción preventiva
III	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, Estudios Descriptivos o reportes de comités experimentados	E	Existe evidencia adecuada para no recomendar la acción preventiva.
		I	La evidencia es insuficiente (en calidad o cantidad) para hacer recomendaciones; sin embargo otros factores pueden influenciar la toma de decisión.

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

IMAGEN I ANATOMÍA DE LA VULVA



Tomado: Danby Claire S., Margesson Lynette J. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. Dermatologic Therapy, Vol. 23, 2010, 485–504.

TABLA II CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL DE LA VULVA

Las pacientes con alteraciones a nivel vulvar se les debe orientar sobre cuidados generales de la piel de la vulva así como evitar potenciales irritantes.

- Es recomendable utilizar agua y jabón durante el baño corporal. Posteriormente debe aplicar crema en pequeñas cantidades y con la frecuencia necesaria y posible.
- El lavado del área debe ser solamente una vez al día ya que un sobre aseo puede agravar los síntomas del padecimiento vulvar. Si se utiliza tina de baño es recomendable agregar un emoliente para tina.
- El lavado de la vulva debe realizarse directamente con la mano (uñas cortas), evitando el uso de esponjas o franelas. El secado debe realizarse con suavidad utilizando una toalla suave o bien utilizando una pistola de aire frío.
- Se recomienda utilizar ropa interior de algodón, utilizar falda, evitando el uso de licras, pantimedias y pantalones. Al encontrarse en casa recomendar inclusive retirarse la ropa interior utilizando solamente una falda.
- Se recomienda dormir sin ropa interior.
- Evitar el uso de detergentes biológicos en polvo para el lavado de la ropa interior.
- Evitar en uso de jabones, champo, gel lubricante, desodorantes, antisépticos y duchas vaginales.
- Evitar el uso continuo de pantiprotectores.

Tomado de: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of vulvar cancer 2006

IMAGEN II CANDIDIASIS VULVOVAGINAL



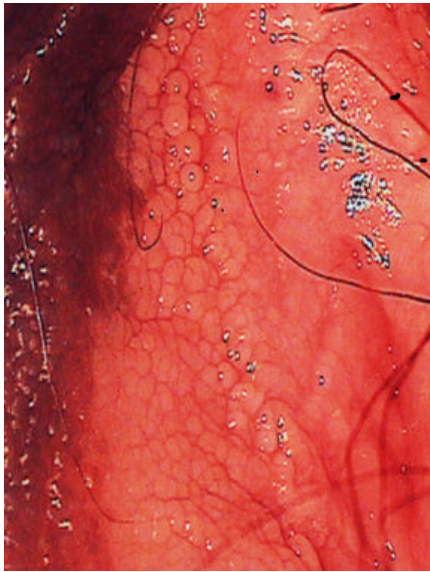
Tomado: Danby Claire S., Margesson Lynette J. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. Dermatologic Therapy, Vol. 23, 2010, 485–504.

IMAGEN III. DISTROFIA VULVAR.



Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías UMAE HGO 3 CMN La Raza.

IMAGEN IV. MICROPAPILOMATOSIS LABIALIS.



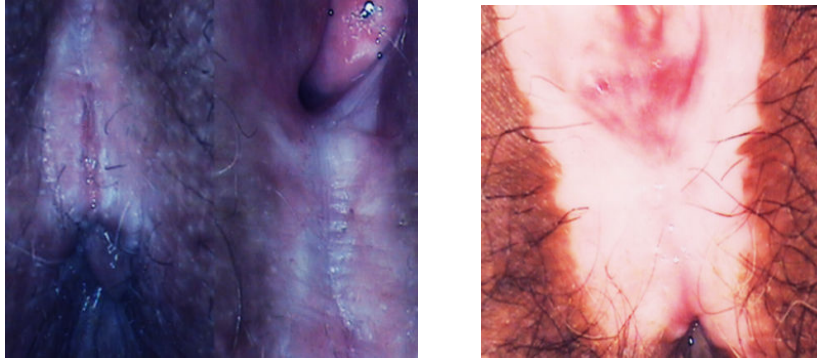
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías

IMAGEN V. CONDILOMAS ACUMINADOS EN VULVA



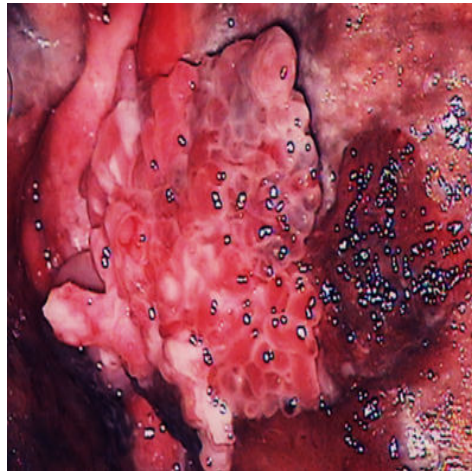
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN VI. LIQUEN ESCLEROSO



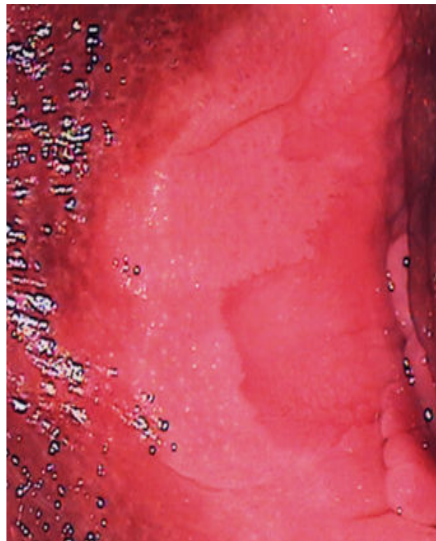
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN VII. CÁNCER DE VULVA



Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN VIII. DISPLASIA VULVAR SEVERA



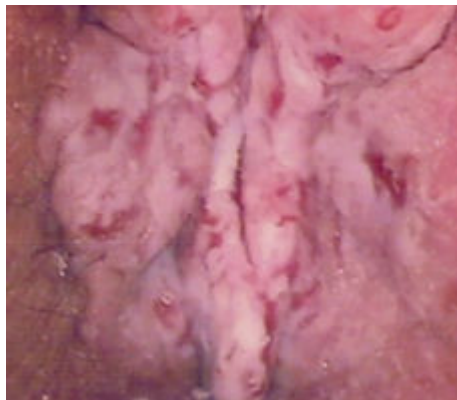
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN IX. PAPILOMA ESCAMOSO



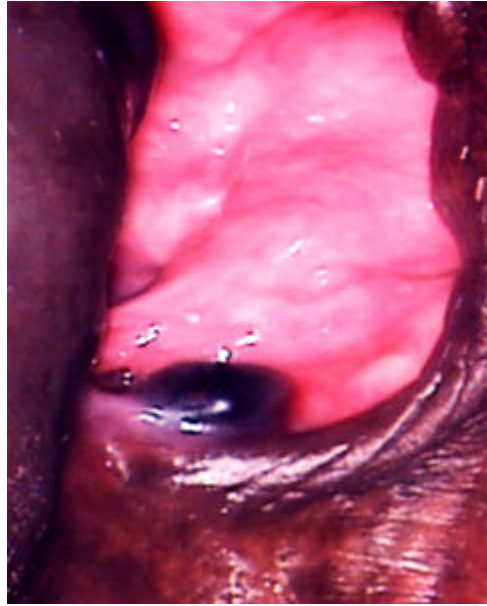
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN X. ENFERMEDAD DE PAGET VULVAR



Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

IMAGEN XI. MELANOMA MALIGNO



Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

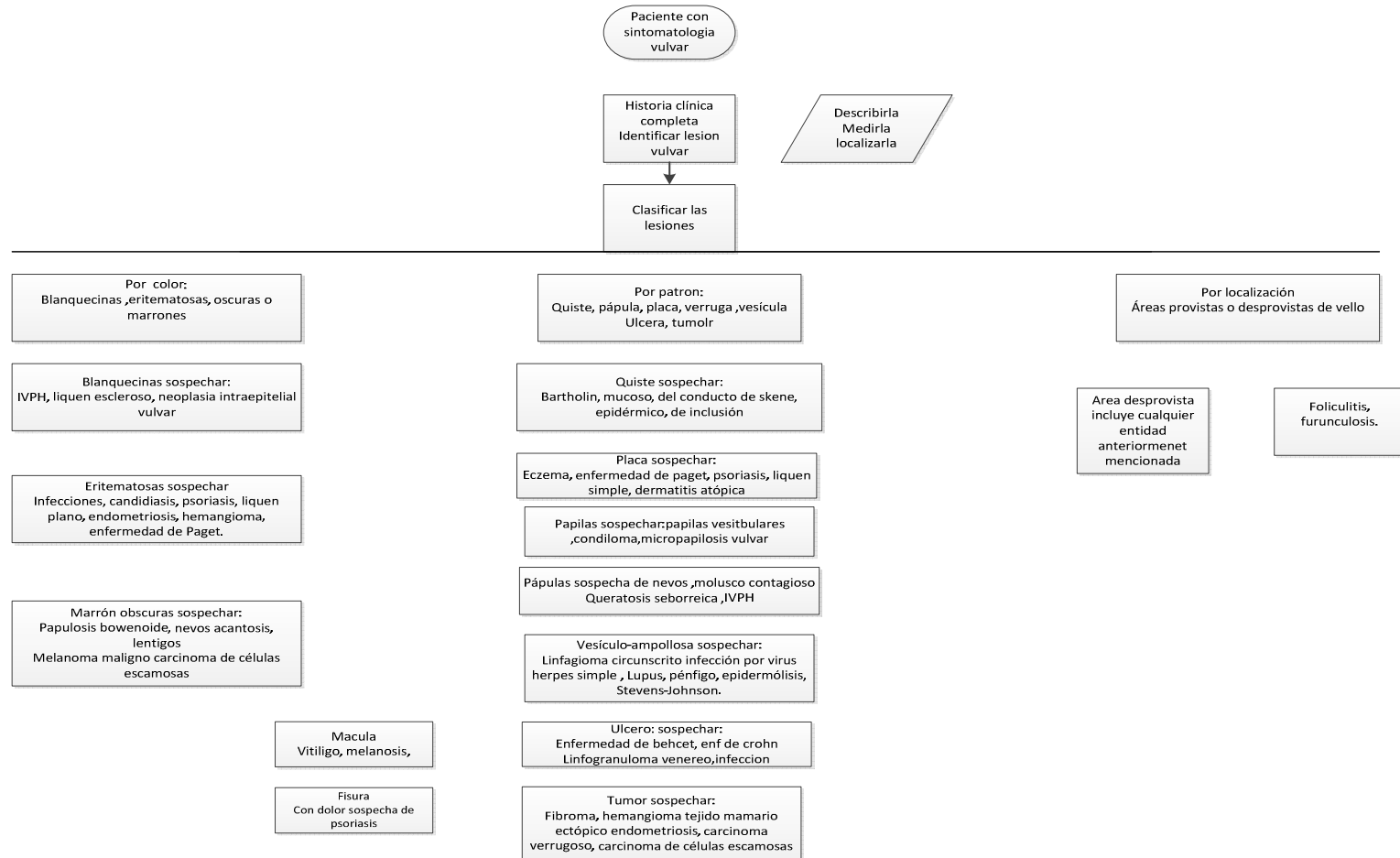
IMAGEN XII QUISTES DE GLÁNDULAS VULVARES INFECTADOS



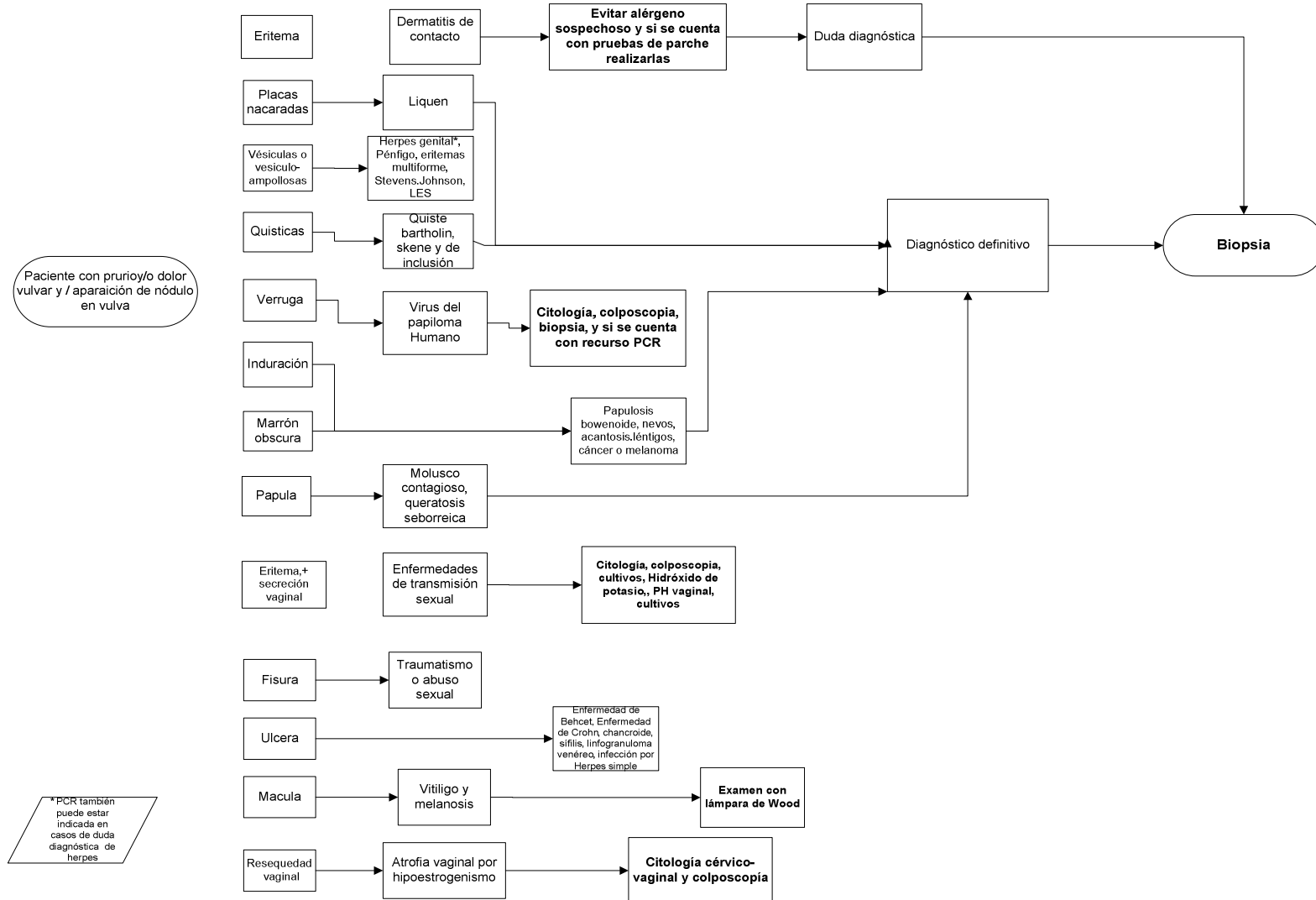
Fuente: Imagen cortesía Dr. Luis Juan Antonio Matías.

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

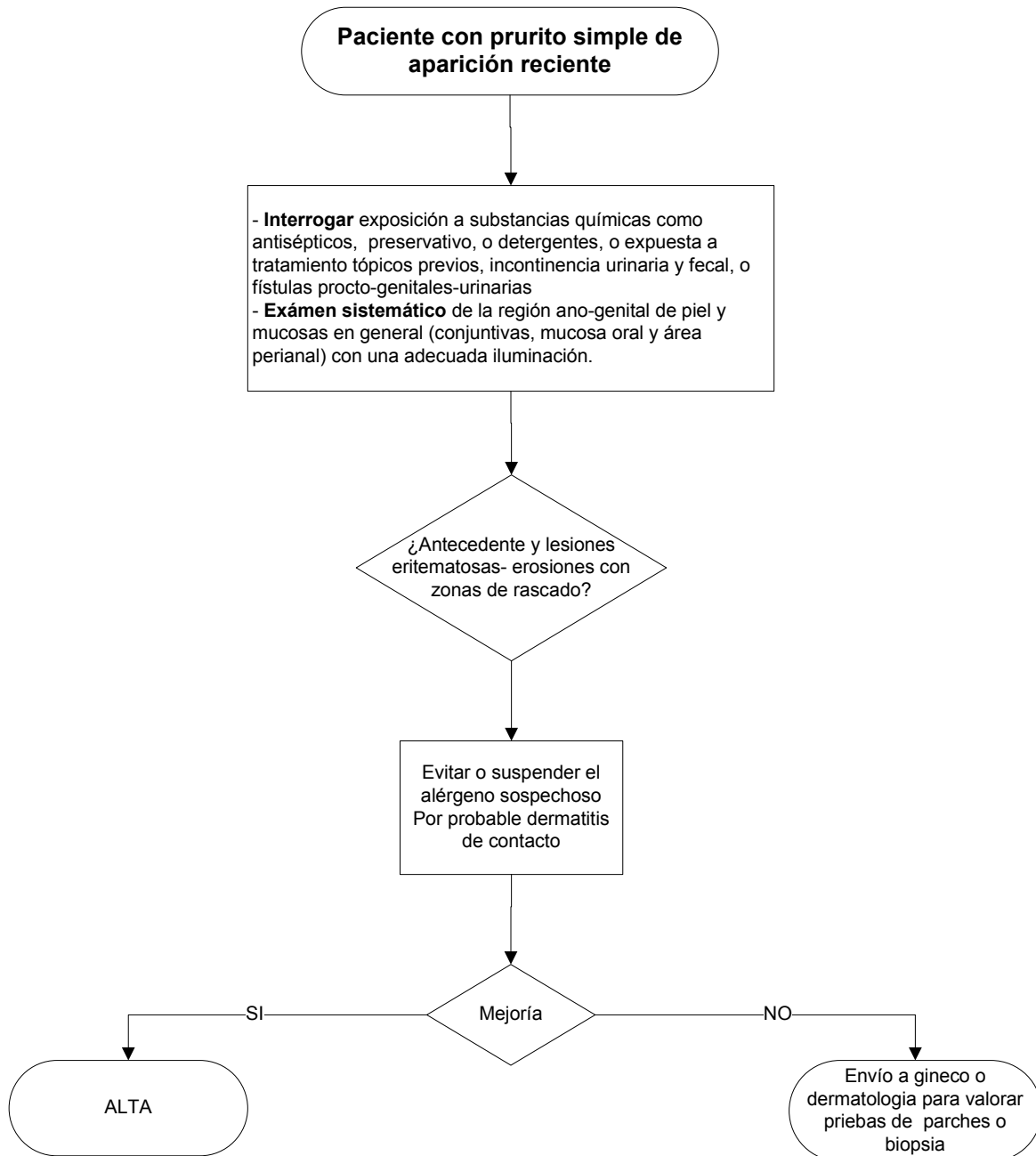
IDENTIFICACIÓN DE LESIONES VULVARES



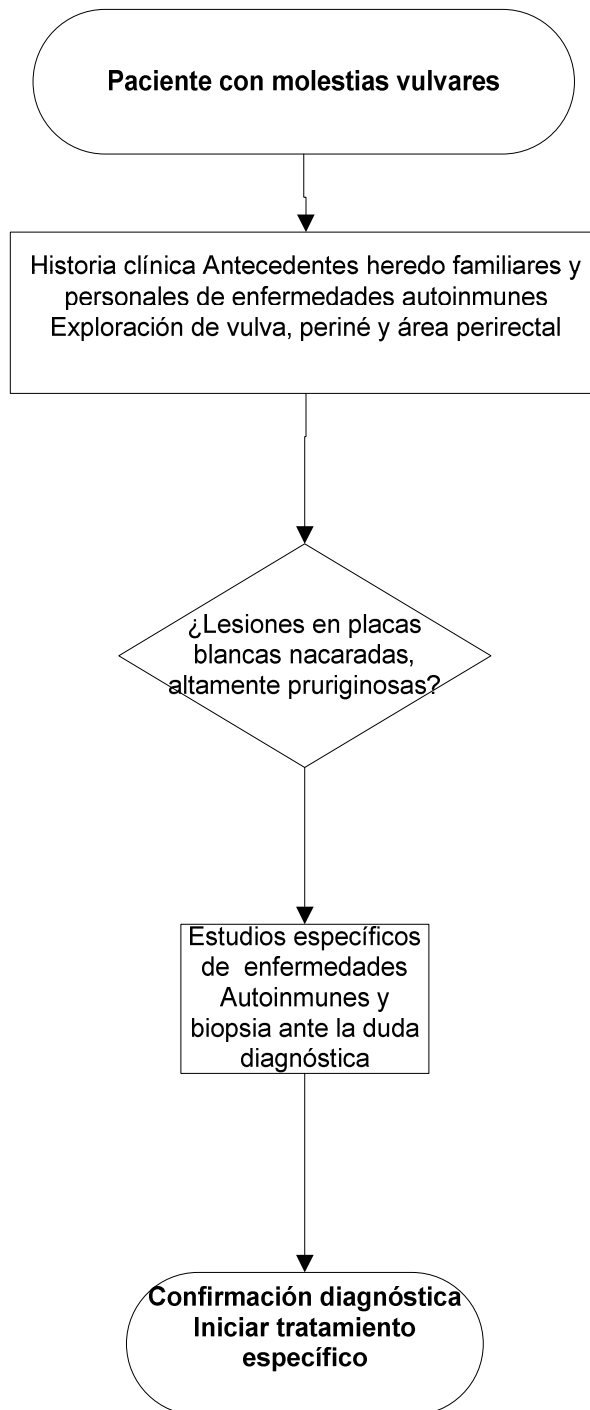
PRUEBAS AUXILIARES DIAGNÓSTICAS EN ALTERACIONES DE LA VULVA



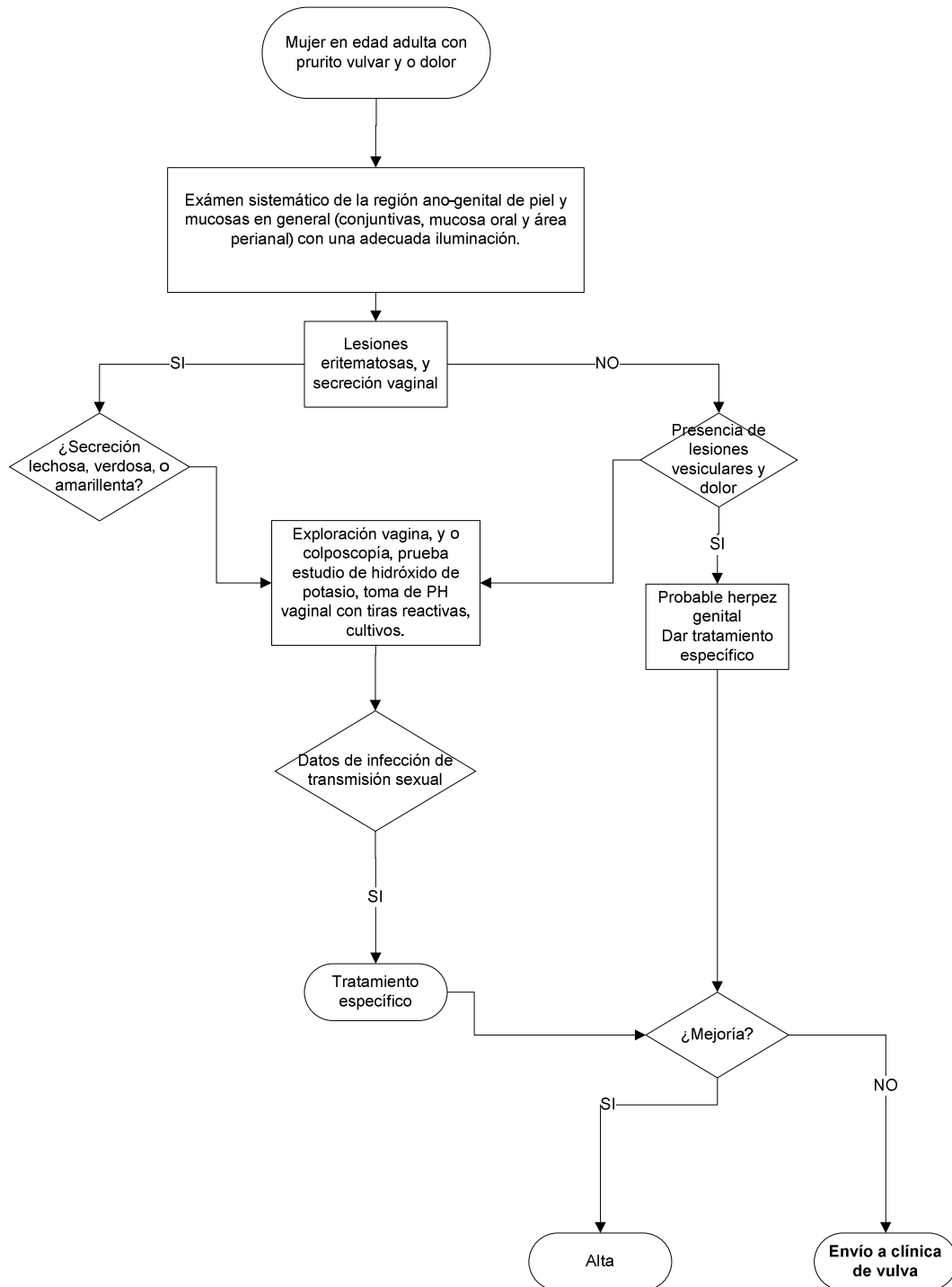
ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS VULVAR



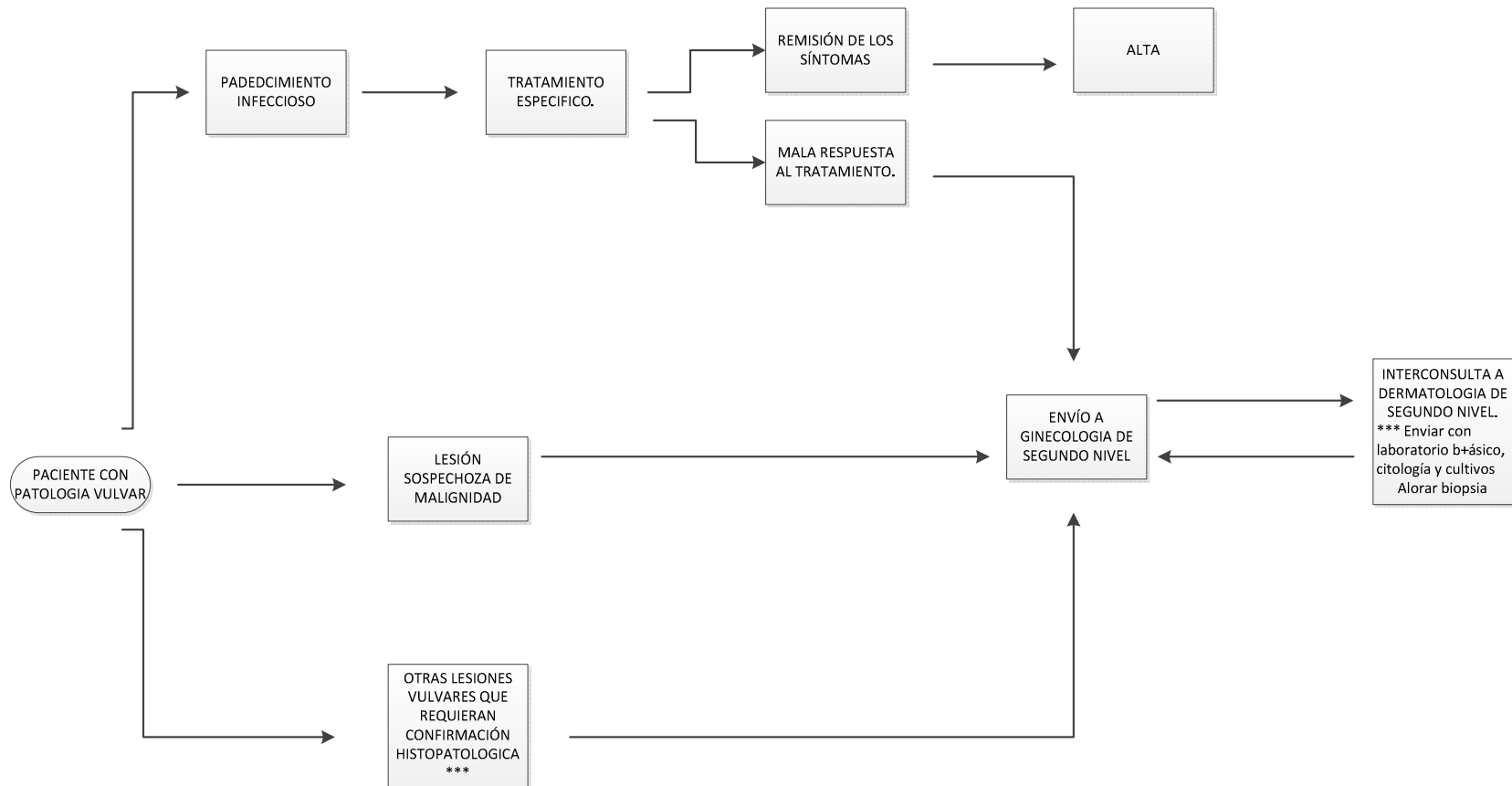
ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LIQUEN VULVAR



ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y HERPES GENITAL

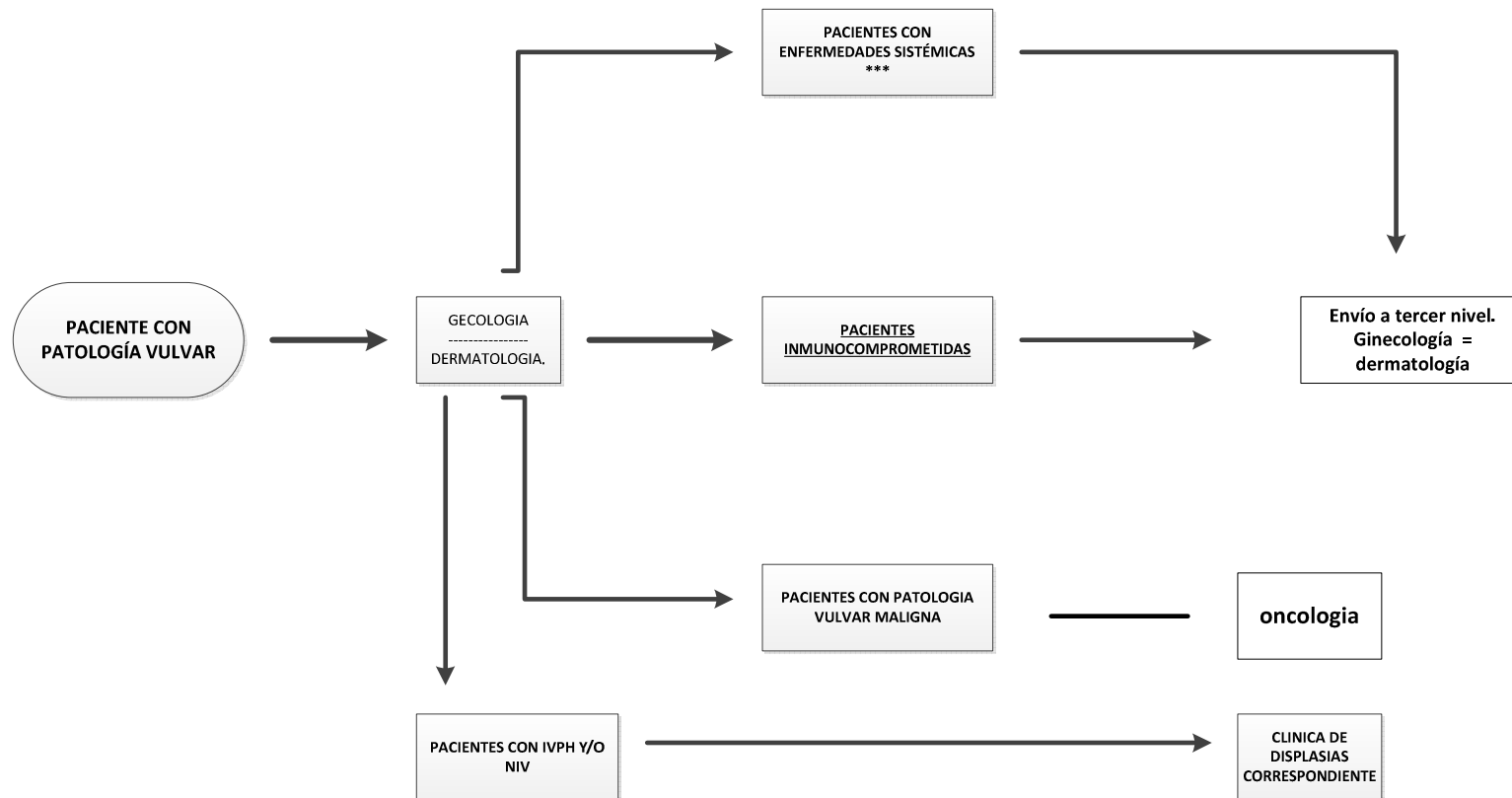


CRITERIOS DE REFERENCIA EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN



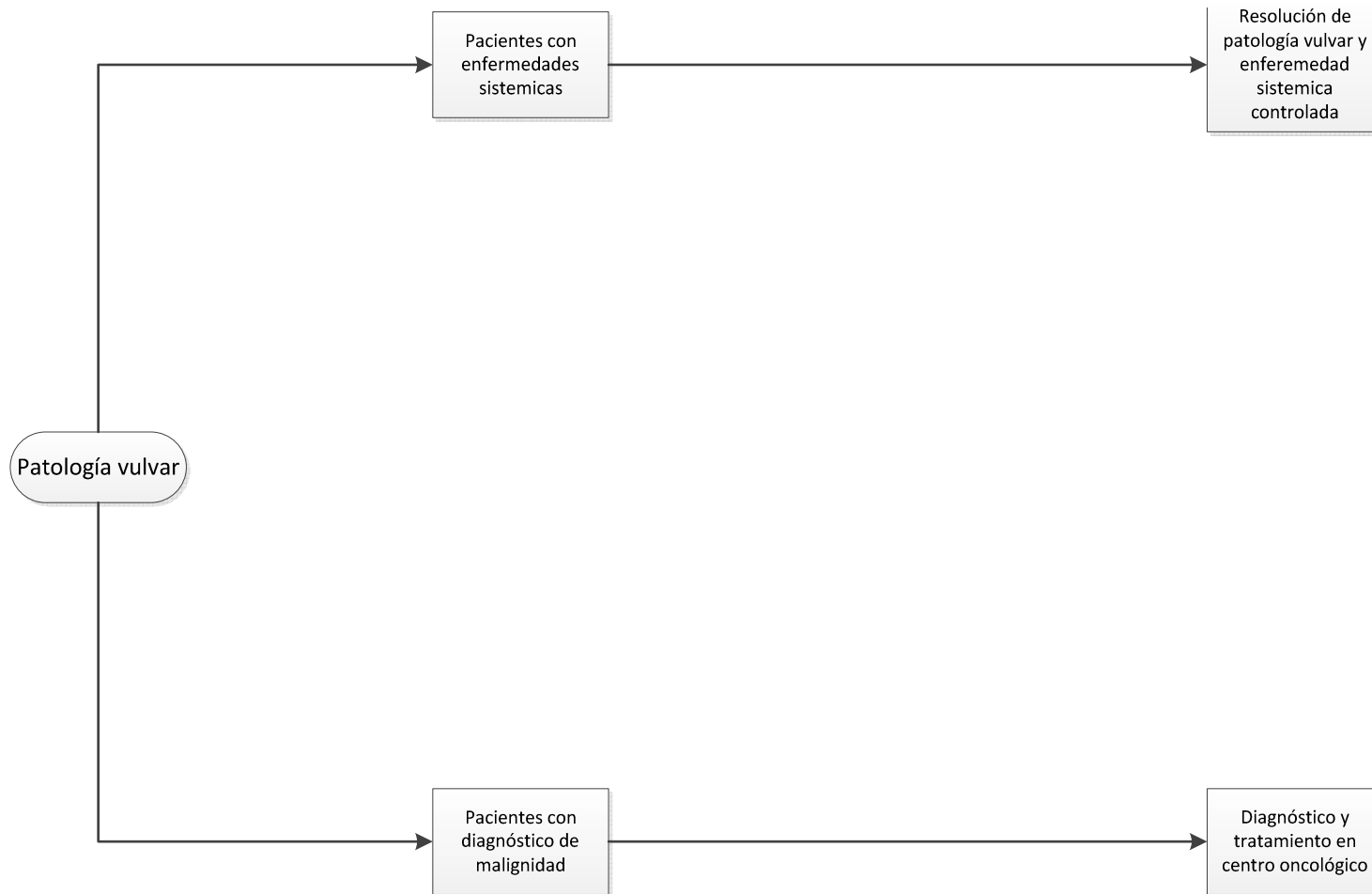
*** LAS PACIENTES QUE SE ENVÍEN A SEGUNDO NIVEL DEBEN DE CONTAR CON ESTUDIOS BÁSICOS, TIEMPOS DE COAGULACIÓN, EXUDADO CERVICO VAGNAL, CULTIVO Y PAPNICOLAOU.

FLUJOGRAMA DE REFERENCIA DE SEGUNDO A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.



*** EL MANEJO Y EL CONTROL DE CADA UNA DE LAS PATOLOGÍAS SISTÉMICAS DEBERÁ SER POR LOS ESPECIALISTAS CORRESPONDIENTES DEL SEGUNDO NIVEL.

CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL



6. GLOSARIO.

Vulva: Conjunto de los órganos genitales externos de la mujer. Se define como el área localizada en el triángulo perineal anterior y se encuentra delimitada por el monte de Venus anteriormente, el perineo posteriormente, los pliegues inguinales lateralmente y el anillo himeneal.

Práctica sexual protegida, a aquella en la cual se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Práctica sexual segura, a aquella en la cual no existen ni penetración ni traspaso de secreciones sexuales (líquido pre-eyaculatorio, semen y secreción vaginal) o de sangre.

Prácticas sexuales de riesgo, a las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, manoano-vagina; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

Pruebas de detección, a las de laboratorio utilizadas de manera individual o grupal para la identificación etiológica de las ITS.

Papanicolaou, método de tinción para demostrar células exfoliadas anormales premalignas y malignas.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Barchino-Ortiz L. Suárez-Fernández e R., Lázaro-Ochaita P. Dermatitis inflamatorias vulvares. *Actas Dermosifiliogr*, 2012;103(4):260-275.
2. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. Lisa Allen, Mónica Brewer Peter Bryson , Gerald Evans, Jean-Yves Frappier et al. *Journal of obstetrics and Gynaecology Canada*, 2007;29 (8)Supplement 3: S1-S55.
3. Claire Danby S, Margesson Lynette J. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatologic Therapy*, 2010;23: 485-504.
4. De palo, G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 2ª ed. 1997. Cap. 17, enfermedades de la vulva. Pag. 351.
5. Donders Gilbert , Bellen Gert . Characteristics of the pain observed in the focal vulvodynia syndrome (VVS). *Medical Hypotheses*, 2012; 78:11-14.
6. Harlow Bernard L., Wei He, MS, Nguyen Ruby, Allergic Reactions and Risk of Vulvodynia. *Ann Epidemiol*, 2009; 19(11): 771-777.
7. ISSVD 2006 classification of vulvar dermatoses - Pathologic subsets and their clinical correlates. Lynch, P.J., Moyal Barrocco, Bogliatto F, Micheletti L, et al. *J of Reproductive Med*, 2007;52(1): 3 - 9.
http://www.issvd.org/document_library/FIGO-meet%20the%20ISSVD-bornstein.pdf
8. Kauppila Salla, Kotila Vesa, Lic Sci (Tech.); Knuuti Eila, Päivi O. Väre, MD; Vittaniemi Pia, Nissi Ritva. The effect of topical pimecrolimus on inflammatory infiltrate in vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:181.e1-4.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of vulval cancer, RCOG Green-top Guideline No. 58, 2006:1-23.
10. Sandoval Mayén Pamela, Quiñones Venegas Ricardo, Ferrusco Ontiveros María del Rocío, González Roger Adrián, Mayorga Rodríguez Jorge Arturo. Hallazgos dermatoscópicos de molusco contagioso en pacientes del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, atendidos de diciembre de 2011 a enero de 2012. *Dermatología Revista Mexicana*, 2012;56(3): 162-166.
11. Salliel Neill M, Riddleys . La vulva, Diagnóstico y tratamiento de las patologías, 3ª. Edición, 2011 ISBN 9789588473833. Editorial Amolca. cap. 2: 40
12. Skerlev M, Husar K, Sirotković-Skerlev M. [Mollusca contagiosa. Paediatric dermatology to sexually transmitted infection, 2009; 60(6):472-6.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Women's Health Care Physicians. Compendium of selected Publications. ACOG Practice Bulletin . Clinical management guidelines for obstetrician-Gynecologist. Number 93, May 2008. Diagnosis and Management of vulvar skin disorders.
14. The Management of Vulval Skin Disorders. Green-top Guideline 58 February 2011. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Javier Alvarado Gay	Coordinador del servicio de GO Hospital Regional 1° de Octubre Instituto de Seguridad Social. Coordinación de Ginecología y Obstetricia. México, D.F.
Dra. Lourdes Gabriela López Cisneros	Directora HGO No. 13 Delegación Norte México, D.F.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador