

Patología vulvar en pacientes post-menopáusicas del Hospital Militar: un tamizaje con test de Collins

Giovanni Durán A.; Alejandro Victoria B.*

RESUMEN OBJETIVO: Identificar el tipo de frecuencia de la patología vulvar en pacientes post-menopáusicas, sintomáticas o no, que consultaron al HMC. Evaluar la sensibilidad y especificidad del test de Collins. Determinar la correlación clínico diagnóstico-patológica de la vulva.

MATERIAL Y METODOS: Tuvimos 73 pacientes remitidos a "Clínica de Vulva" a las cuales se les practicó Test de Collins y Biopsia dirigida, enviando este material a análisis histopatológico.

RESULTADOS: La edad de las pacientes osciló entre 45 y 73 años, con promedio de 53.3. El síntoma predominante fue prurito (50.5); asintomáticas (23%) y otros (26.5%). Las lesiones encontradas clasificadas como levantadas (20.5%) y no levantadas (69.86%), y sin lesión 9.5%. El diagnóstico histopatológico fue: Lesiones malignas (2.7%) discriminadas así: Carcinoma Escamocelular Infiltrante e In Situ, las lesiones no neoplásicas: (97.3%): Líquen escleroso (1.4%) Hiperplasia de células escamosas (2.7%) y otras dermatosis (93.2%). De éstas: Eccema, Liquenificación, Líquen simple, Condiloma. Para el test de Collins obtuvimos: sensibilidad de 33% y una especificidad no medible.

CONCLUSIONES: La patología maligna de la vulva es poco frecuente. Dentro de los trastornos no neoplásicos encontramos varios que deben ser de conocimiento para el Ginecólogo con miras a un tratamiento específico. El test de Collins es útil para el diagnóstico de patología maligna vulvar no así para trastornos no neoplásicos.

PALABRAS CLAVES: Patología vulvar, pacientes post-menopáusicas.

SUMMARY OBJECTIVE: To identify the type and frequency of vulvar pathology in post-menopausal patients, either symptoms present or not, who went to examination at Hospital Militar Central. Evaluate the Collins Test sensitivity and specificity. Determine the vulva's clinic-diagnostics-pathology correlation.

MATERIAL AND METHODS: Collins Test and directed biopsies were practiced to 73 patients at the "Clinic of the Vulva" and the samples were send for histopathology analysis.

RESULTS: The range of the patients age was between 45 and 73 years with a mean of 53.3 The predominant symptom was itching. The symptomatic patients (50.5%), not symptomatic (23%), others (26.5%).

The found lesions were lifted (69.8%), not lifted (9.5%) and without lesion (9.5%). The histopathologic diagnosis was: malign lesions (2.7%) discriminated as follows: carcinoma cells-squamous (invasive and in situ); the no neoplastic lesions (97.3%) was: lichen sclerosus (1.4%), hiperplasy of squamous cells (2,7%) and others skin disorders (93,2%). Of this: eccema, lychens type, condyloma, etc.

The sensitivity for Collins Test in malign and premalign pathology vulvar was 100% and the especificity, 70%. The same items for not neoplastic pathology are low representing a high rate of false-positives and false-negatives.

CONCLUSIONS: The vulvar malign pathology has low frequency of occurrence. In the majority of patients the multisymptoms were present, of wich itching was outstanding main sympton. The Collins Test is on useful diagnostics test for screening of the vulvar malign pathology but it is not for the no neoplastic disorders. The stone corner is directed biopsy.

KEY WORDS: Vulvar pathology, postmenopausal patient.

Introducción

Los médicos deben familiarizarse con las diversas lesiones de la vulva, benignas, premalignas y malignas en sí. El trabajo del médico se complica aún más, por la confusa nomenclatura utilizada para descubrir la enfermedad vulvar

y por la incoherencia en la interpretación de las lesiones histológicas.

Al hablar de dermatitis vulvares, nos referimos a toda una gama de trastornos cutáneos que pueden afectar esa zona del cuerpo. La mayoría de las lesiones son exantemas rojos con descamación y con cierto grado de escozor (8, 11, 13).

La clasificación clásica enunciada por la Sociedad Internacional de estudio de la enfermedad vulvar, (1975), basado

* Hospital Militar Central. Departamento de Obstetricia y Ginecología.

en distrofia: hiperplásica, atrófica y mixta, se consideró inadecuada en especial por las consecuencias para el tratamiento de las enfermas.

En 1987 el término de distrofias quedó reemplazado por el término de dermatosis con nombres específicos para trastornos cutáneos, lo cual debe ayudar a encontrar información actual acerca de la evolución natural, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los principales trastornos cutáneos que afectan la vulva.

Esta es como sigue:

- I. Liquen escleroso.
- II. Otras dermatosis.
- III. Hiperplasia de células escamosas.

Significación clínica

La sintomatología más común de presentación, es la vulvodinia y el prurito. Se define vulvodinia como una dolencia vulvar crónica, especialmente caracterizada porque la paciente acusa ardor y a veces picazón e irritación y debe distinguirse del prurito vulvar que se acompaña de picazón o prurito crónico.

La vulvodinia es el síntoma que puede tener muchas causas, por lo que el empleo de este término obliga a una valoración diagnóstica completa (8, 11, 13).

Dada la multiplicidad de factores que intervienen en las sensaciones de prurito y ardor, resulta comprensible que una paciente se queje de ambos, o que en un proceso patológico determinado desencadene prurito en una enfermedad y ardor en otra. La propia paciente brindará datos subjetivos (2-4, 8).

El examen físico es la confirmación objetiva principal de la situación clínica. La paciente con prurito vulvar casi invariablemente se presenta con cambios cutáneos: suele haber, incluso escoriaciones y liquenificación, eritema y a veces, edema. Las pacientes con vulvodinia tienen muy pocos signos evidentes al examen visual, aunque la vulva puede ser hipersensible al tacto. En ocasiones, los síntomas que señala el prurito, ardor, guardan relación cronológica; episodios de candidiasis vaginal recurrente, por ejemplo, pueden empezar con prurito y evolucionar hasta la sensación urente.

Los cambios de liquen escleroso son de particular interés, pues pacientes diferentes pueden quejarse, unas de prurito y otras de ardor, con prácticamente los mismos signos físicos. El problema de la paciente también puede confirmarse por la terapéutica como ocurre cuando un contactante que la irrita produce molestia urente si se ha aplicado a la vulva para intentar aliviar el prurito (8, 11, 13).

Los mecanismos de "procesamiento" sensorial para la sintomatología cutánea que hemos señalado también tienen implicaciones terapéuticas. Se han empleado diversos métodos para entorpecer el procesamiento de información, alterando la señal o la percepción en alguna forma.

El nivel del umbral nervioso puede elevarse con analgésicos o anestésicos locales. Los mediadores pueden inactivarse con agentes tópicos o sistémicos. Los propios nervios cutáneos pueden destruirse por crioterapia, láser, inyecciones de alcohol o incluso vulvectomía.

Drogas psicotrópicas, como tranquilizantes o antidepresores, pueden modificar la percepción del dolor o la molestia crónicas, y la intervención psicoterapéutica, puede hacer que la paciente logre resolver problemas psicosomáticos al igual que otros evidentemente patológicos.

Diagnóstico

Sintomatología:

El prurito, síntoma clásico de la patología vulvar, es la manifestación clínica más frecuente en el escaso número de pacientes que están sintomáticas, afectando el 75% de las que padecen neoplasia intravulvar. En el caso de lesiones condilomatosas extensas y de lesiones ulceradas, el dolor puede ir acompañado de hemorragia (8, 11, 13).

Los términos descriptivos son la clave para clasificar las dermatosis cutáneas. Las lesiones primarias básicas son: mácula, pápula, placa, nódulo, tumor, vesícula, ampolla, pústula, roncha, telangiectasia, comedón, horadación o quiste. Estos nombres genéricos describen el cambio en la piel, generado por un proceso patológico fundamental. El examinador debe identificar la lesión primaria al observar y no al escuchar el interrogatorio de la paciente. El examinador debe evitar la tentación de saltar hasta una conclusión diagnóstica con demasiada rapidez; muchos padecimientos cutáneos no relacionados tienen aspecto semejante.

Exploración clínica:

Puede practicarse a "ojo desnudo", o mediante el vulvoscopio (con una lupa de 8 a 10 aumentos, provista de luz fluorescente, que ilumina y aumenta las imágenes vulvares).

Así se pueden diferenciar: hiperplasias papilares y leucoplasia, papulosis bowenoide, eritoplasia de Queyrat, condilomas planos y acuminados, herpes genital primario, infección fúngica.

Para la colposcopia se utiliza el mismo aparato utilizado en cérvix, con aumentos X8, X12, X20. Una vez localizadas las imágenes macroscópicas, se aplica una solución de ácido acético al 5%, debiendo esperar entre 1 y 2 minutos para poder hacer visibles las imágenes colposcópicas más frecuentes en vulva: leucoplasia, epitelio acidófilo, patrón vascular, papilomatosis, lesiones pigmentadas.

Citología:

Se realiza la toma por raspado de la zona sospechosa preferentemente antes de la aplicación del ácido acético, mediante hoja de bisturí o directamente en caso de lesión ulcerada.

Test de Collins:

Se basa en la captación por parte del núcleo de las células epiteliales de la vulva del colorante azul de toluidina en una solución acuosa al 1%. En condiciones normales, el epitelio queratinizado no contiene células nucleadas en su superfi-

cie y por lo tanto no capta el colorante, pero, en caso de vulvitis, eritema, úlceras, roturas de continuidad de la epidermis o paraqueratosis, la piel puede permanecer de color azul tras limpiar la zona teñida con ácido acético al 1% a los dos minutos de haber aplicado el colorante. Un test de Collins positivo obliga a realizar una biopsia sobre la zona de hipercaptación del azul. Lamentablemente las lesiones hiperqueratósicas, aún cuando sean neoplásicas se colorean poco, mientras que las escoriaciones benignas son a menudo brillantes, lo cual explica los altos porcentajes de falsos positivos y negativos (5, 7, 9-10).

Microcolpohisteroscopia:

En condiciones de epitelio queratinizado normal, la utilidad de este método en la vulva, es notablemente menor que el cérvix o la vagina, por las imágenes muchas de la cornificación epitelial. En aquellos casos en que se produce hiperactividad del epitelio, aparecerá hiperplasia superficial, hiperplasia nuclear, pleomorfismo, anisocariosis, y más rara vez fenómenos de infección vírica, como pueden ser coilocitos, que permitirán sospechar la infección por papovavirus, así como la posible infección vulvar intraepitelial (VIN), indicar sus límites y el grado de ella, la presencia de multifocalidad, y por lo tanto proceder a efectuar la biopsia (s) dirigida (s) (6, 8).

Biopsia:

Para su realización se utiliza, la pinza de biopsia cervical, el sacabocados (Burke o similar) o, mejor, el punch de biopsia de Keyes o de Baliu modificado, que consiste en un cilindro cortante de calibre variable entre 2 y 12 mm., y de 10 mm. de profundidad, siendo los de 4 y 5 mm., los más prácticos en patología vulvar; permiten la obtención de un tejido en forma cilíndrica de mayor volumen y profundidad, de vital importancia en la sospecha de invasión tumoral. Una vez realizado el cilindro se corta la base con una tijera curva, suturándose luego la lesión. En cualquier circunstancia, es preciso un pequeño habón, con anestesia local, sobre la zona que haya que biopsiar.

A continuación junto con el diagnóstico diferencial se presentan algunos tipos de lesión encontrados en vulva:

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial ha de incluir vaginitis infecciosa (Cándida, Gardnerella, Trichomonas) alergias de contacto y dermatitis irritantes, liquen simple crónico, vaginitis atrófica, liquen escleroso, dermatitis seborrética, infecciones por dermatofitos (tiña), prurito generalizado (trastornos sistémicos), carcinoma in situ, y cervicitis. La sensación urente vulvar exige el mismo diagnóstico diferencial con adición de infecciones de vías urinarias, cambios postinflamatorios, disestesis (pre o post-herpéticas) y uso excesivo de agentes tópicos (incluyendo preparado de esteroides potentes) (8, 11, 13).

Vaginitis infecciosa:

Debe ejecutarse un examen cuidadoso de las secreciones vaginales mediante una preparación húmeda con solución

salina y una de KOH. Si se descubre infección hay que proceder al tratamiento adecuado. Aunque es tentador admitir que la mayor parte de los casos de vulva urente depende de candidiasis, hay que documentar infecciones repetidas mediante un examen con KOH (2-3, 8, 11, 13).

Contacto alérgico y dermatitis irritante:

Al evaluar los efectos adversos de los agentes tópicos hay que intentar distinguir entre irritantes primarios y dermatitis de contacto. En la mayor parte de las personas una sustancia confirmaría la impresión clínica.

Dermatitis seborrética:

La paciente que se queja de descamación y prurito ligero a nivel del monte de Venus, y que tiene eritema en los pliegues crurales, puede sufrir dermatitis seborrética, un proceso extraordinariamente frecuente, con distribución sobre la cara y cuello cabelludo (13-14).

Infección por dermatofitos (Tiña)

Raras en la mujer, la señal característica es una placa anular, con aclaramiento central y escamas periféricas que no afectan la vagina ni los labios menores.

Prurito generalizado (trastorno sistémico)

Es importante excluir la diabetes en la paciente con molestia vulvar resistente. También colestasis, hepatitis, uremia, linfoma y anemia ferropénica; todos se han observado acompañados de prurito generalizado (aunque raramente con localización específica en la vulva) (13-14).

Vestibulitis:

La inflamación crónica de las glándulas mucosas en el vestíbulo vulvar puede provocar molestia y ardor vulvar persistentes, sobre todo en ocasión del contacto sexual.

Cambios post inflamatorios:

El antecedente de dermatitis vulvar inflamatoria tratada con buen resultado puede ser muy importante para valorar la sensación de ardor persistente.

Este problema cede gradualmente a medida que los tejidos afectados curan, pero puede causar frustración por la escasez de signos físicos (13-15).

Una dermatitis alérgica es específica para determinados individuos, y sólo se presenta en los que muestran hipersensibilidad tardía al contactante. El grado de exposición necesario para sensibilizar un individuo contra un alérgeno determinado es muy variable.

Liquen simple crónico:

Es un engrosamiento localizado en la epidermis y del estrato córneo, por reacción al rascado y frotamiento continuos. En la vulva puede haber eritema y descamación, con edema e inflamación de los labios menores.

Frecuentemente escoriaciones (señales de rascado) de la superficie de una placa, confirman la sintomatología pruriginosa. El diagnóstico se lleva a cabo por exclusión (8, 11-14).

“Liquenificación” es simplemente la induración en la cual los rasgos de la piel normal se hacen más notables. La palabra “liquen” aparece en el nombre de diversos procesos dermatológicos que pueden presentarse en la vulva, por ejemplo liquen simple crónico, liquen escleroso, liquen plano (7-8).

Vaginitis atrófica:

Algunas de las molestias al tiempo de la menopausia dependen de la disminución de la lubricación y cambio en el propio tejido del introito (7-8, 14).

Liquen escleroso:

Es de sintomatología variable. Los síntomas varían desde ninguno hasta el prurito o ardor intolerables, y es difícil prever cómo reacciona cada paciente a la terapéutica. En caso de vulvodinia, deben buscarse cuidadosamente signos tempranos de liquen escleroso, pues puede ser una manifestación temprana de trastorno cutáneo. Despigmentación, friabilidad tisular, Petequias, estrechamiento del introito, resorción de los labios menores, pueden señalar el comienzo del liquen escleroso.

Las lesiones no tienen necesariamente un aspecto microscópico uniforme en toda su extensión y puede haber zonas de displasia entremezcladas por cáncer franco. Por tanto, se requieren biopsias múltiples, Test de Collins, y la colposcopia puede ser de utilidad para identificar las zonas de máxima hiperactividad epitelial más adecuadas para biopsias.

Con la edad hay disminución de los estrógenos, endógenos, por lo cual suelen ocurrir cambios atróficos en la piel vulvar y los tejidos subdérmicos algunos años después de la atrofia avanzada de la mucosa vaginal. Se observará contractura del introito vaginal y la piel se vuelve delgada frágil y se traumatiza con facilidad. Los síntomas principales son disuria, prurito y dispareunia.

El liquen escleroso y atrófico es una afección dermatológica de origen desconocido y la causa más frecuente de distrofia atrófica. La vulva es la superficie cutánea más frecuentemente afectada y puede ser la única, aunque también se afecta la piel de la espalda, axilar, por debajo de las mamas, el cuello y los brazos. Se desconoce la causa. Las mujeres blancas mayores de 65 años son las más afectadas, aunque la enfermedad también se presenta en mujeres jóvenes.

Durante la fase aguda, la lesión puede tener un aspecto rojizo o púrpuro y clásicamente afecta la vulva y el perineo y la zona perianal en forma de reloj de arena. La piel es delgada, arrugada y tiene un aspecto que recuerda el del papel para cigarrillos. A medida que la enfermedad avanza las estructuras de la vulva se contraen y los labios mayores y menores se confunden. Aunque el proceso es puramente atrófico de la piel, se pueden presentar zonas de displasia y de cáncer invasivo, debiéndose tomar biopsias de las zonas sospechosas. El síntoma principal es el prurito intenso.

Neoplasia Vulvar Intraepitelial

a) Tipo pavimentoso: VIN I: Atipia o displasia leve.
VIN II: Atipia o displasia moderada.
VIN III: Atipia o displasia grave.

b) Tipo no pavimentoso: Enfermedad de Paget, melanocítica, nevoide, melanoma in situ.

La VIN es considerada un problema de las mujeres postmenopáusicas de 50 ó 60 años pero puede desarrollarse en cualquier edad. Su frecuencia parece estar en aumento entre las pacientes más jóvenes y por lo menos el 50% de ellas son asintomáticas.

Hiperplasia de células escamosas:

El engrosamiento epitelial benigno y la hiperqueratosis pueden ser el resultado de infecciones vulvovaginales crónicas o de otra causa de irritación crónica. Durante la fase aguda, como en la vulvitis diabética, las lesiones pueden ser rojas y húmedas, demostrando infección secundaria. Al presentarse el engrosamiento epitelial, el medio de la vulva produce maceración y una lesión blanca elevada que puede ser circunscrita o difusa y que puede afectar cualquier porción de la vulva, muslos próximos, perineo o piel perianal. Estas lesiones se han denominado liquen simple crónico o neurodermatitis.

Los tumores malignos intraepiteliales o invasivos pueden presentarse como lesiones blancas circunscritas, elevadas en la piel de la vulva, o como zonas focales de malignidad en una lesión hipertrófica difusa. La diferenciación sólo puede lograrse mediante la valoración de múltiples biopsias. El hecho de que una lesión hipertrófica blanca sea o no sea un trastorno premaligno es motivo de controversia. Debe examinarse periódicamente a las pacientes y no debe vacilarse en obtener nuevas biopsias.

Uso excesivo de esteroides potentes:

Aunque la inflamación intensa o la liquenificación pueden necesitar por breve tiempo la aplicación de preparados tópicos, de esteroides potentes, éstos sólo deben recetarse para tratamientos breves. El empleo continuo de esteroides muy potentes (fluorados o no) pueden causar atrofia local de la piel, fragilidad y púrpura por reacción a traumatismos menores (7-8, 13).

Problemas psicológicos:

La participación de la zona genital en un trastorno crónico de cualquier tipo es una situación de gran carga emocional. El rascado de esta región no es públicamente aceptable y se evita, lo cual sobrecarga una tensión que puede ser ya considerable.

Dentro de las enfermedades vasculares, caben citar:

Varicosidades, edema, hematoma, granuloma piógeno, hemangioma senil, linfangioma.

En las infecciones virales es de destacar:

Herpes genital: puede ser primario o secundario. Con síntomas prodrómicos como adormecimiento y prurito poco antes que aparezcan erupciones vesiculares.

Herpes Zoster.

Molusco contagioso.

Condilomas acuminados.

Dentro de las infestaciones de la vulva debemos mencionar pediculosis del pubis, escabiosis, enterobiasis (2).

Infecciones (otras): impétigo, forunculosis, erisipela, hidradenitis, tuberculosis.

Tumores quísticos benignos: quistes de origen epidérmicos, sebáceos y de las glándulas sudoríparas. Quistes y absceso sebáceo del conducto de Bartholin, tumores sólidos benignos, como el acrocordón, nevos pigmentados, leiomiomas, fibromas y lipomas. Neurofibromas y mioblastomas.

Tratamiento: (7-8, 13-16)

Sería extenso el capítulo acerca del tratamiento de cada lesión específica de las que hemos mencionado. La posibilidad de éxito en el tratamiento es mayor cuando se descubre la causa de un síntoma determinado. Procede insistir desde el comienzo en que la mejoría de un problema de vieja fecha puede ser lenta.

El beneficio especial de un preparado tópico para el prurito vulvar estriba en sustituir un rascado enérgico por un masaje cuidadoso. Anestésicos tópicos no sensibilizantes frecuentemente son eficaces contra la sensación de prurito o ardor. Emolientes para la sequedad de la piel, son particularmente útiles en la paciente que se queja de que la mayor parte de las medicaciones en realidad parecen empeorarla.

El tratamiento para la neoplasia intraepitelial vulvar debe realizarse de acuerdo con la extensión de la lesión, la localización, los deseos y la edad de la paciente previas biopsias múltiples dirigidas. Dentro de las posibilidades tenemos:

1) Resección local amplia. Con borde libre de por lo menos 5 mm., para lesiones localizadas, luego de biopsias representativas para descartar otros focos.

2) Vulvectomía superficial. Para lesiones multicéntricas.

3) Vaporización con láser de CO₂.

4) Resección amplia con Asa de radio-frecuencia. Tiene la ventaja sobre los destructivos que permite obtener una pieza para estudio patológico.

5) 5-Fluoracilo tópico aplicándose 3 veces al día durante un mes, pero usualmente es mal tolerado por las molestias locales y con resultados positivos en CA in situ en el 50% de los casos.

El seguimiento en estas lesiones debe hacerse cada 6 meses incluyendo citología, Test de Collins y Colposcopia, tomándose biopsia en caso de citología positiva o en caso de lesiones clínicamente sospechosas.

En cuanto al tratamiento de otras lesiones vulvares tenemos:

1) Distrofias

- Liquen escleroso: Ungüento de hidrocortisona al 1% alternado con emolientes suaves controla los casos leves y en niñas. En adultas puede tratarse con Propionato de Testosterona al 2% en jalea de petróleo blanco, aplicado dos veces al día por 2-3 meses.

- Distrofia hiperplásica: Corticoides locales, Crotamitón. Mezcla de una parte de Valerato de Betametasona con tres de Eurax; dos veces día por cuatro semanas.

- En presencia de distrofia hiperplásica con atipia como en casos de prurito intenso crónico sin respuesta al trata-

miento, puede realizarse resección local amplia (radiofrecuencia), vulvectomía superficial o vaporación con Láser.

- Distrofia mixta: Corticoides locales por seis semanas, seguido de Testosterona por ocho días. Posteriormente corticoides y testosterona en días alternos por períodos largos.

2) Lesiones pigmentadas

- Lentigo: Resección—biopsia es suficiente.

- Papulosis Bowenoides: Son carcinomas de células escamosas in situ, pero con uniformidad celular y sin compromiso pilosebáceo. Puede regresar espontáneamente pero se enfoca igual que el CA in situ.

- Nevus: Debe extirparse con margen amplio de tejido sano, para descartar o prevenir la presencia de melanoma.

3) Enfermedad de Paget:

Vulvectomía simple con márgenes amplios, para descartar una lesión invasiva, que puede presentarse hasta en el 20% de los casos y requiere tratamiento más agresivo.

4) Condilomas benignos:

- Podofilina (Al 20-25% en tintura de Benzoina). Se puede aplicar cada tres a siete días; si no hay respuesta después de tres sesiones, debe usarse otro método.

- 5-FU. Aplicar dos noches consecutivas durante diez semanas. Limpiar y secar zona tratada a la mañana siguiente.

- Electrocauterización, radiofrecuencia y crioterapia especialmente para lesiones pequeñas.

- Láser CO₂.

- Extirpación local.

- Interferón: debe usarse en casos especiales, con lesiones extensas y compromiso inmunológico de huésped.

- Acido tricloroacético al 85% en aplicaciones locales cada semana por seis semanas, previo uso de anestésicos locales.

Materiales y métodos

El tipo de investigación que se realizó fue un estudio descriptivo, serie de casos prospectivo con análisis de concordancia de prueba diagnóstica.

Se captaron pacientes post-menopáusicas que asistieron a consulta de ginecología por sintomatología vulva a las cuales se les consignaron los datos según formato anexo, que incluye: Número de historia Clínica; edad; nivel socio-económico; años de menopausia; antecedentes venéreos; antecedentes de patología vulvar, sintomatología vulvar, lesión vulvar al examen ginecológico y de acuerdo con esto se dividieron en cuatro grupos de análisis que son: 1) pacientes con sintomatología vulvar con lesión a este nivel; 2) pacientes asintomáticas con lesión vulvar; 3) pacientes asintomáticas sin lesión; 4) Pacientes sintomáticas sin lesión.

A todas estas pacientes se les practicó en forma ambulatoria el Test de Collins con el colorante Azul de Toluidina en una solución acuosa al 1%; a los dos minutos se hizo un lavado con Acido Acético al 1%. A las pacientes con resultado (+) (hipercaptación del colorante) se les tomó biopsia excisional con hoja de bisturí No. 15 bajo anestesia

local de este sitio. Si hubo necesidad se practicó hemostasia con puntos separados con catgut cromado 3-0.

El espécimen se envió para estudio histopatológico al departamento de patología conservándolo en formol al 10%.

A las pacientes con resultado negativo (no captación de colorante) se les tomó Biopsia utilizando la misma técnica anteriormente descrita escogiendo un sitio al azar enviando también esta muestra a patología. Se excluyeron del estudio las pacientes que habían recibido cualquier tipo de tratamiento para patología vulvar en los últimos tres meses.

Objetivos

1. Identificar el tipo y frecuencia de patología vulvar en pacientes post-menopáusicas, sintomáticas o no que consultan al Hospital Militar.

2. Evaluar la sensibilidad y especificidad del Test de Collins para el diagnóstico de la patología vulvar.

3. Determinar la correlación clínico-diagnóstico-patológica de la vulva en pacientes post-menopáusicas.

Análisis y resultados

El grupo de estudio estuvo conformado por ochenta y uno (81) pacientes post-menopáusicas, remitidas a la "Clínica de Vulva" por presentar sintomatología y/o lesión vulvar.

A cada una de las pacientes se les interrogó acerca de su motivo de consulta y se documentó en formato anexo. Posteriormente se llevó a cabo a cada una de ellas el Test de Collins el cual se describió en el marco teórico, tomando biopsia de la lesión hipercaptante si su resultado fue positivo; en caso contrario se tomó de la lesión que presenta la paciente. Estos especímenes fueron remitidos al servicio de patología para su análisis histopatológico.

Presentamos a continuación los resultados obtenidos al analizar las variables propuestas.

Distribución según la edad:

La edad de las pacientes osciló entre 42 y 73 años, con un promedio de edad de 55.8 años. El mayor número de pacientes fluctuó entre un rango de edad de 51 a 60 años con un total de cuarenta y siete (47) pacientes; entre 61 o más años, diecisiete (17) pacientes y entre 40 a 50 años, diecisiete (17) pacientes.

El nivel socio-económico, la paridad en su vida reproductiva, el número de compañeros sexuales y los años de menopausia son variables que de acuerdo con la literatura, al igual que lo encontrado en el estudio no muestran relevancia con relación a la epidemiología de la patología vulvar.

Síntomas: El síntoma predominante en las pacientes del estudio fue el prurito 49,4%. El segundo síntoma fue leucorrea 9%; y el tercer síntoma más frecuente fue la dispareunia en un 7,2%. Es de aclarar que la mayoría de las pacientes consultaban por más de un síntoma. Entre otras se menciona: vulvodinia, sensación de masa vulvar y trastornos urinarios.

El 25% de las pacientes se encontraban asintomáticas. Ver tablas 1 y 2. Gráfica 1.

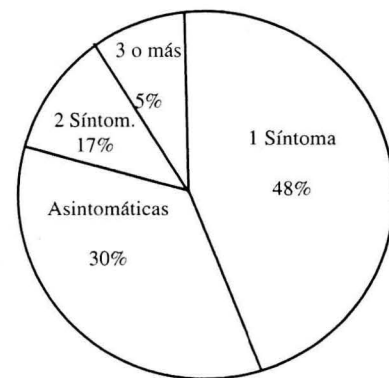
Tabla 1
DISTRIBUCION SEGUN MOTIVO DE CONSULTA
A "CLINICA DE VULVA"

Síntoma	Número	%
Prurito	49	49.4
Leucorrea	9	9
Vulvodinia	4	4
Dispareunia	6	6
Urinarios	3	3.3
Sensación masa	3	3.3
Asintomática	25	25
Total	99	100%

Tabla 2
DISTRIBUCION SEGUN N° SINTOMAS COMO
MOTIVO DE CONSULTA
"CLINICA VULVA"

Síntoma	N° Ptes	%
1	39	48
2	14	17
3 o más	4	5
Asintomáticas	24	30
Total	81	100

Gráfico 1
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE SINTOMAS
COMO MOTIVO DE CONSULTA
"CLINICA VULVA"



Lesiones encontradas: A la inspección de las lesiones encontradas fueron clasificadas para fines prácticos en lesiones levantadas y planas. De las primeras incluimos pápulas, nódulos y tumores. De las segundas se encontraron placas hipo e hiperpigmentadas, úlceras y eritemas.

Lesiones levantadas: trece (16%)

Lesiones planas: setenta y uno (76%)

Sin lesión: siete (8%)

Dentro de las lesiones levantadas, en dos (2) se diagnosticó carcinoma de vulva, lo cual corresponde a un 16,6% de este tipo de lesión; dos punto cinco (2.5%) de la muestra total estudiada.

Diagnóstico histopatológico:

Se dividieron en lesiones premalignas o malignas y trastornos no neoplásicos de la vulva.

Lesiones premalignas o malignas discriminadas así:

1. Carcinoma escamocelular infiltrante: uno
2. Carcinoma escamocelular in situ: uno

Lesiones benignas discriminadas así:

- Eczema: 24 pacientes
- Liquenificación: 19 pacientes
- Lentigo simple: 10 pacientes
- VPH - Condiloma: 5
- Angiokeratomas: 4
- Liquen plano y Nevus con 3 cada uno
- Hiperplasia de células escamosas, melanosis vulvar, infección crónica inespecífica, quistes de inclusión epidérmica, con 2 cada uno.

- Liquen escleroso, liquen simple reacción a cuerpo extraño; quiste recubrimiento peritoneal y vitiligo con un caso cada uno. Ver tablas 3-4. Gráfico 2.

Test de Collins: Se le practicó a las 81 pacientes del presente estudio, obteniendo veinticinco (25) casos positivos, los cuales se discriminan así: Diez (10) a eccemas, cuatro (4) a lentigo simple, cuatro (4) a liquenificación, dos

Tabla 3

DISTRIBUCION SEGUN D-x HISTOPATOLOGICO DE LAS LESIONES VULVARES

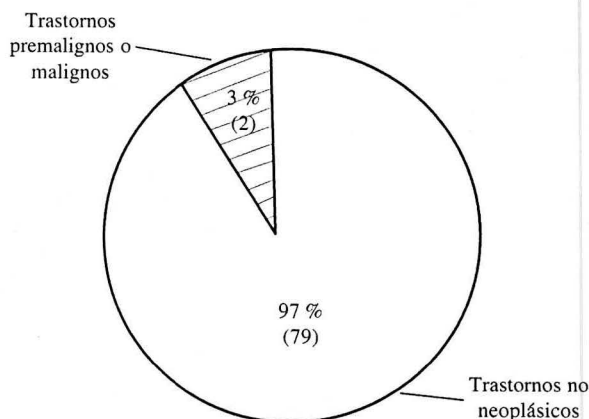
Biopsia	Número	%
Trastornos epiteliales no neoplásicos	79	97.5
Trastornos premalignos o malignos	2	2.5
Total	81	100

Tabla 4

DISCRIMINACION SEGUN D-x HISTOPATOLOGICOS DE LOS TRASTORNOS NO NEOPLASICOS DE LA VULVA

D-x Histopatológico	Número	%
1 Eczema	24	29.7
2 Liquenificación	19	23.5
8 Hip. Células escamosas	2	2.5
6 Liquen plano	3	3.7
9 Infección crónica inespecífica	2	2.5
4 Condiloma HPV	5	6.2
3 Lentigo simple	10	12.3
10 Melanosis Vulvar	2	2.5
11 Quiste inclusión epidérmica	2	2.5
7 Nevus	3	3.7
12 Liquen escleroso	1	1.2
13 Liquen simple	1	1.2
5 Angiokeratoma	4	4.9
14 Reacción a cuerpo extraño	1	1.2
15 Quiste recubrimiento peritoneal	1	1.2
16 Vitiligo	1	1.2
Total	81	100

Gráfico 2



(2) a CA Vulva, dos (2) a nevus, y con uno hiperplasia células escamosas liquen escleroso y angiokeratoma.

Las cincuenta y seis (56) restantes, tuvieron Test de Collins negativo.

Siendo un objetivo de este estudio evaluar la sensibilidad y especificidad así como sus valores predictivos del Test de Collins para el diagnóstico de la patología vulvar, obtuvimos:

Para patología premaligna o maligna de vulva

Sensibilidad = 100%

Especificidad = 70%

Valor predictivo positivo = 8%

Valor predictivo negativo = 100%

De lo anterior se deduce que el Test de Collins es una prueba diagnóstica adecuada como screening de la patología anteriormente citada. Ver anexo 2.

Anexo 2

VALOR TEST DE COLLINS PARA TAMIZAJE DE PATOLOGIA PREMALIGNA O MALIGNA VULVA

Test de Collins	Resultado patología		
	+	-	
+	2A	23 B	25
-	0 C	56 D	56
Total	2	79	81

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A + C} = \frac{2}{2} = 1 \times 100\% = 100\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B + D} = \frac{56}{79} = 0.70 \times 100 = 70\%$$

$$\text{Valor predictivo Positivo} = \frac{A}{A + B} = \frac{2}{25} = 0.08 \times 100 = 8\%$$

$$\text{Valor predictivo Negativo} = \frac{D}{C + D} = \frac{56}{56} = 1 \times 100 = 100\%$$

Para trastornos no neoplásicos de la vulva, la sensibilidad y especificidad de la prueba diagnostica es muy baja representado por una tasa alta de falsos positivos y negativos en concordancia con lo reportado en la literatura. Ver anexo 3.

Anexo 3

VALOR TEST DE COLLINS PARA EL TAMIZAJE DE TRASTORNOS NO NEOPLASICOS DE LA VULVA

		Trastornos no neoplásicos		
		+	-	
Test de Collins	+	23A	0 B	23
	-	56 C	0 D	56
		79	0	79

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A + C} \times 100\% = \frac{23}{79} = 32\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B + D} \times 100\% = \frac{0}{0} = 0\%$$

$$\text{Valor predictivo Positivo} = \frac{A}{A + B} \times 100\% = \frac{23}{23} = 100\%$$

$$\text{Valor predictivo Negativo} = \frac{D}{C + D} \times 100\% = \frac{0}{56} = 0\%$$

Es importante recordar que la sensibilidad de una prueba se calcula encontrando la relación entre aquellos pacientes que tuvieron la condición anormal y todos los que tuvieron un resultado anormal en la prueba. En nuestro estudio correspondería a aquellas pacientes que tuvieron un diagnóstico histopatológico positivo para cáncer de vulva y las que tuvieron un Test de Collins positivo.

La especificidad se calcula encontrando la relación entre pacientes sanos y la totalidad de pacientes que tuvieron un resultado negativo en la prueba. En el estudio correspondería a pacientes con diagnóstico histopatológico de trastornos no neoplásicos y las que tuvieron un Test de Collins negativo.

Los datos obtenidos con respecto a Sensibilidad y Especificidad de la prueba suenan alentadores para el tamizaje de la patología vulvar maligna; sin embargo no son del todo concluyentes con base al número reducido de pacientes incluidas hasta el momento (corte preliminar). Ver anexo 4.

El valor predictivo indica la probabilidad de que un paciente con una prueba positiva (o anormal) tenga la enfermedad. Para nuestro caso, existe la probabilidad de un 18.18% de que una paciente con Test de Collins positivo se diagnostique patología maligna de vulva.

El valor predictivo negativo representa la probabilidad de ausencia de la enfermedad en pacientes con prueba negativa; lo cual para efectos de nuestro estudio indica que ante un Test de Collins negativa existe un 100% de probabilidad de la no existencia de patología maligna.

Anexo 4

VALOR DEL TEST DE COLLINS PARA EL TAMIZAJE DE LA PATOLOGIA VULVAR

Patología vulvar

		Patología vulvar		
		+	-	
Test de Collins	+	25A	0 B	25
	-	56 C	0 D	56
		81	0	81

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A + C} \times 100\% = \frac{25}{81} = 30.8\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B + D} \times 100\% = \frac{0}{0} = 0\%$$

$$\text{Valor predictivo Positivo} = \frac{A}{A + B} \times 100\% = \frac{25}{25} = 100\%$$

$$\text{Valor predictivo Negativo} = \frac{D}{C + D} \times 100\% = \frac{0}{56} = 0\%$$

Conclusiones

1. El tipo de lesión más frecuente en pacientes postmenopáusicas remitidas a la "Clínica de Vulva", son los trastornos no neoplásicos y de éstos en su mayoría corresponden a eccemas.
2. El nivel socio-económico, la paridad, el número de compañeros sexuales y los años de menopausia de las pacientes estudiadas, no tuvieron relevancia en la epidemiología de la patología vulvar.
3. La mayoría de las pacientes se presentan multisintomáticas, sobresaliendo el prurito como síntoma primordial.
4. El Test de Collins es una prueba diagnóstica útil para el tamizaje de la patología maligna de vulva, no así para trastornos no neoplásicos de vulva, en mujeres con sintomatología vulvar.
5. La piedra angular para el diagnóstico y enfoque del tratamiento de la patología vulvar es la biopsia dirigida.

BIBLIOGRAFIA

1. Altarish M. Granular cell myoblastoma of the vulva. *Gynecol. Oncol.* 1985; 22: 352.
2. Benson RC. Diagnóstico y tratamiento Gineco--Obstétrico. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 1989; 629-652.
3. Berek JS. Cancer treatment. W.B. Saunders Company. Third Edition, 1990; 351-361.
4. Chung AF., Woodruff JW., Lewis JL. Jr. Malignant melanoma of the vulva. A Report of 44 cases. *Objet. Gynecol.* 1975; 45: 638.
5. Collins CG. A clinical stain for use in selecting biopsy sites in patients with vulvar disease. *Obstet. Gynecol.* 1984; 28: 158.
6. Deseux S. Tratado y Atlas de Patología Cervical. Salvat Editores S.A. 1989; 299-319.
7. Disaia PJ. Ginecología Oncológica. Editorial Panamericana. 3ª Edición 1991; 32-39.
8. Friedrich EG. Vulvar Dystrophy. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1985; 28: 178.
9. Harcker NF. Berek JS., Lagasse LD et al. Individualization of treatment for stage I squamous cell vulvar carcinoma. *Obstet. Gynecol.* 1984; 63: 155.
10. Kaufman RH., Dreesman GR. and Burek J. Herpes Induced Antigen in squamous cell carcinoma in situ of the vulva. *N. Engl. J. Med.* 1981; 305: 1183.
11. Kaufman. The carbon dioxide laser in the treatment of vulvar disease. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1985; 28: 220.
12. Leibowitch M. The epithelial changes associated with squamous cell carcinoma of the vulva; a review of the clinical, histological and viral. Finding in 78 woman. *B. J. of Obst. and Gynecol.* December 1990; 97: 1135-1139.
13. Mc Kay. Vulvodynia versus pruritus vulvas. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1985; 28: 260.
14. MI Shafi. Carbon dioxide laser treatment for vulvar papillomatosis (vulvodynia). *B. J. of Obst. and Gynecol.* December 1990; 97: 1148-1150.
15. Paslin D. Treatment of Lichen Sclerosus with Topical Dihydrotestosterone. *Obstet. and Gynecol. Dic.* 1991; 78 (6): 1046-1049.
16. Tavassoli FA. Norris HJ. Smooth muscle tumors of the vulva. *Obstet. Gynecol.* 1979; 53: 213.