



Unidad de Patología Vulvar CHCT

Presentación y patología más relevante



José Martínez Más* (R4)

XXVI Reunión SGM

M^a Mar Bueno González*, Medard Donzo Tobeles*, Miriam Rubio Ciudad*, Sebastián Ortiz Reina**, José Pardo Sánchez***, Rosario Lara Peñaranda*, M^a Isabel Sánchez Zapata*.



Hospital General Universitario
Santa Lucía

*Servicio de Obstetricia y Ginecología CHUC

**Servicio de Anatomía Patológica CHUC

***Servicio de Dermatología CHUC

Dermatólogos

Patólogos

Ginecólogos

y otros...

Liquen escleroatrófico

Liquen escleroso

Liquen atrófico

Liquen escleroso y atrófico

Kraurosis vulvar



Torre de Babel

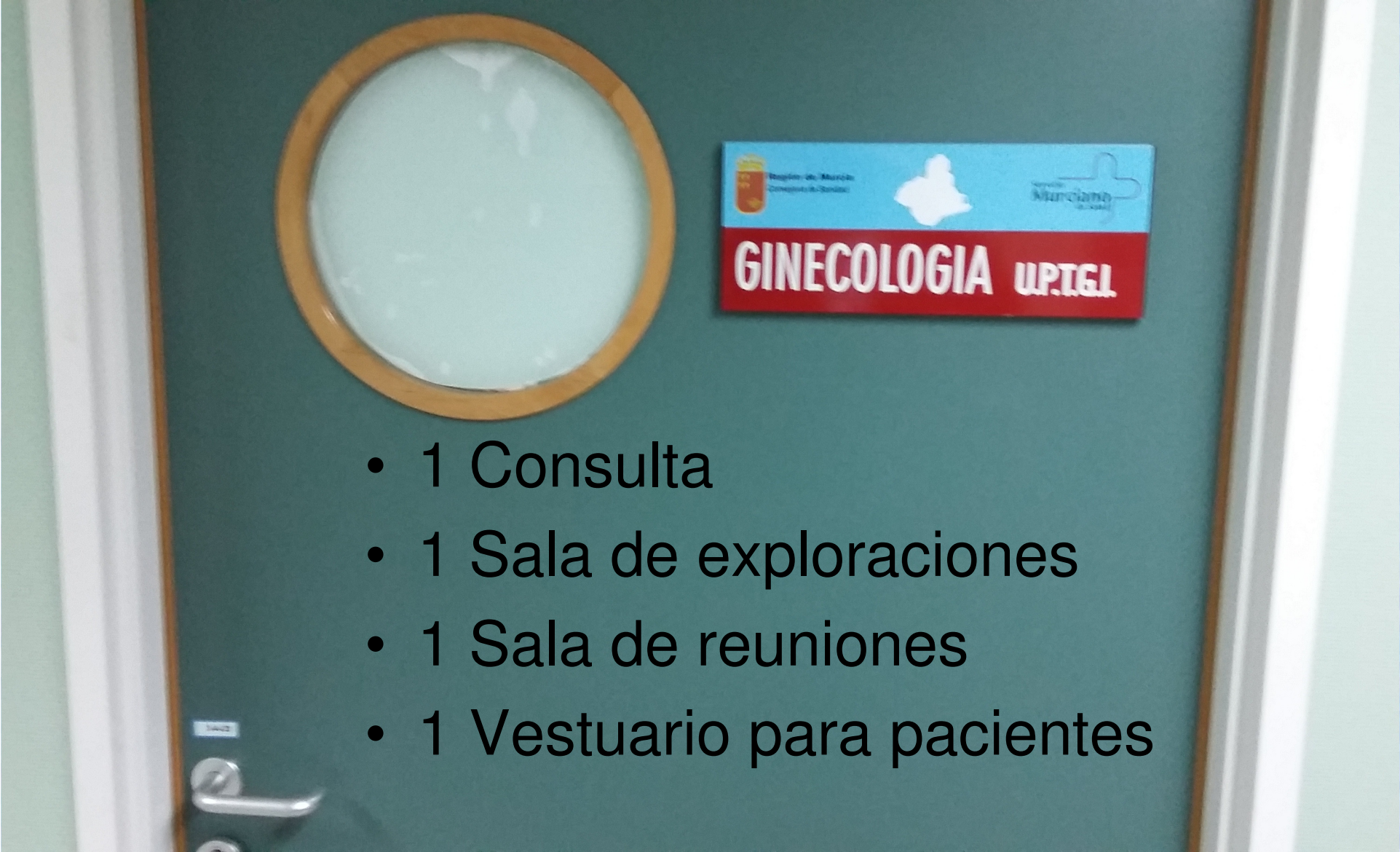
Primeros pasos...



Equipo



Instalaciones

- 
- A photograph of a teal-colored door. On the left side of the door is a circular window with a wooden frame. To the right of the window is a rectangular sign. The sign has a blue top half with a small logo and text, and a red bottom half with the word 'GINECOLOGIA' in white capital letters and 'UPTGI' in white capital letters. Below the sign is a silver door handle.
- 1 Consulta
 - 1 Sala de exploraciones
 - 1 Sala de reuniones
 - 1 Vestuario para pacientes







Iniciar sesión

Correo electrónico o nombre de usuario

Contraseña

☒ Recordarme durante 30 días

Acceder

[¿Olvidaste la contraseña?](#)

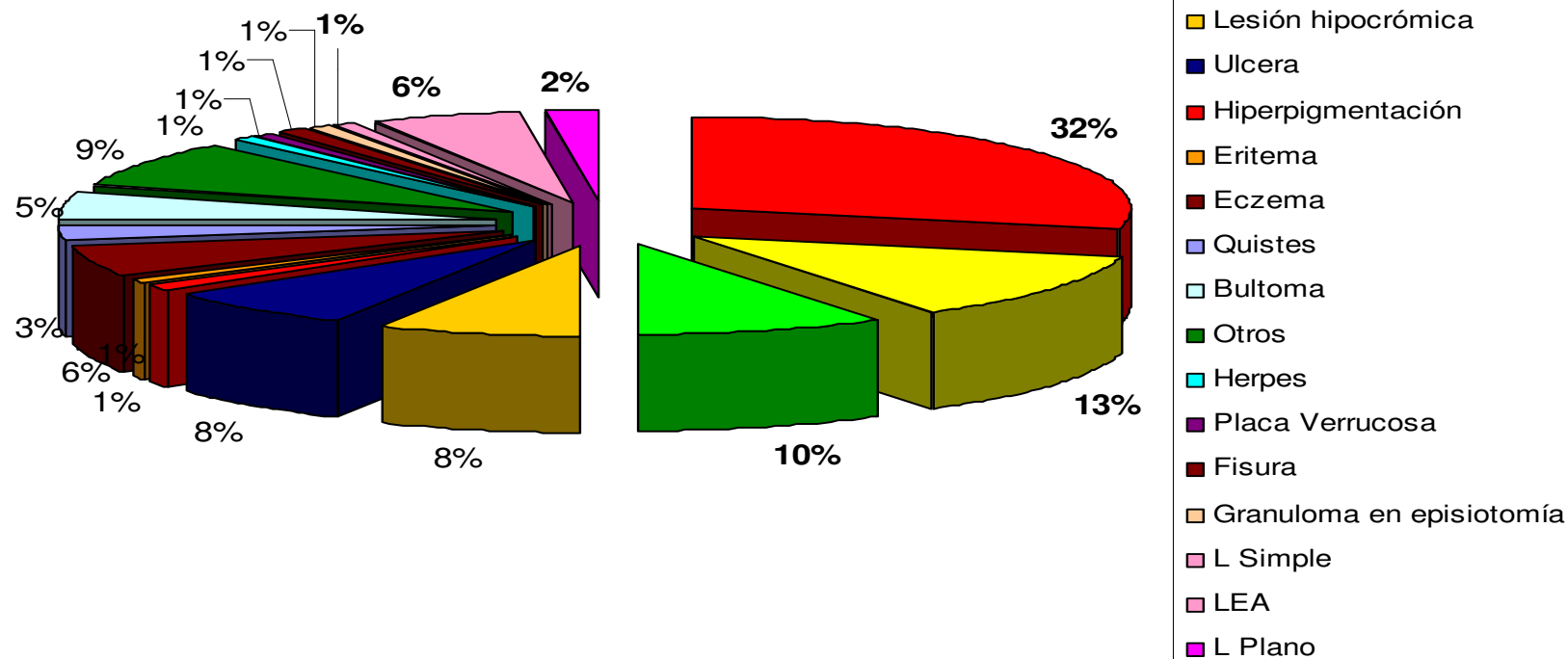
[¿No tienes una cuenta?](#)

[Crear cuenta](#)

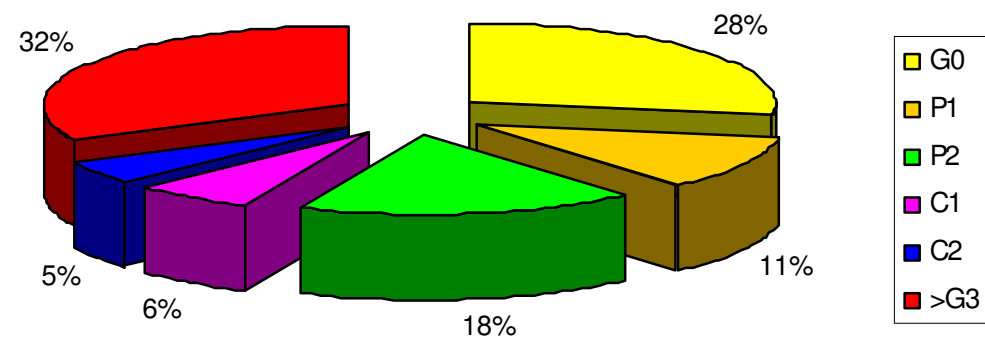
Resultados

- Número de pacientes: 114 en el año 2015.
- Edad media: 49´67 años.
- Desviación estándar: 16´51.
- Menor: 8 años.
- Mayor: 86 años.
- ETS: 2 VIH, 1 Sífilis, 2 Herpes.
- Otras: Enf. Behçet, Sdr. Carney, S. Kaposi,...

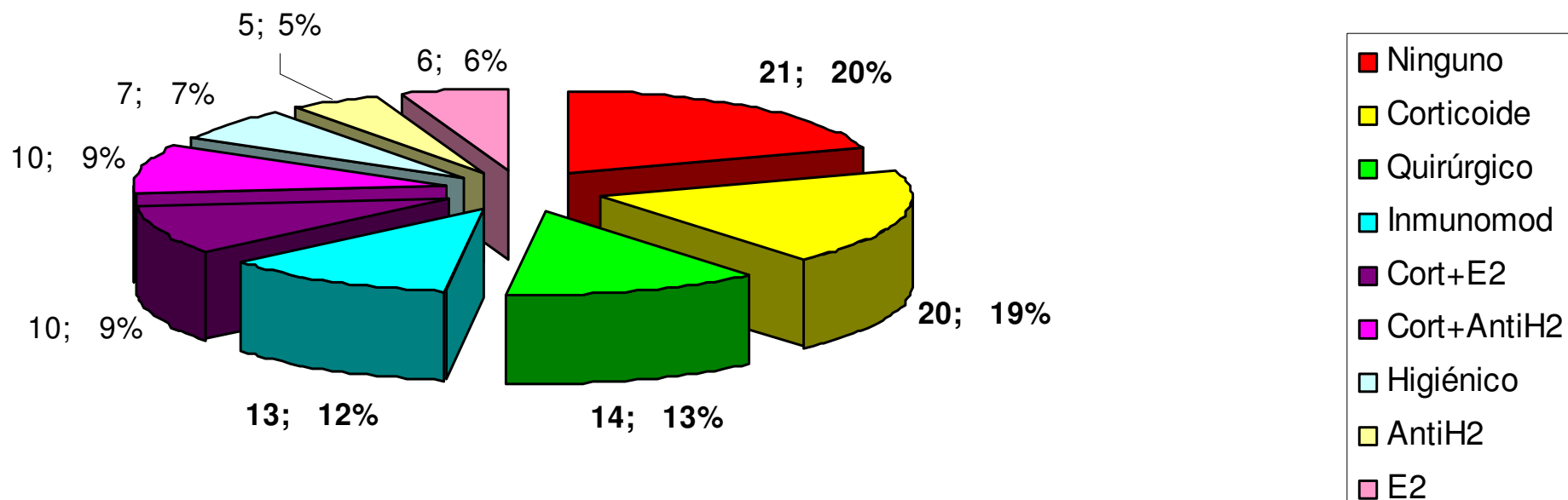
Motivos de Consulta



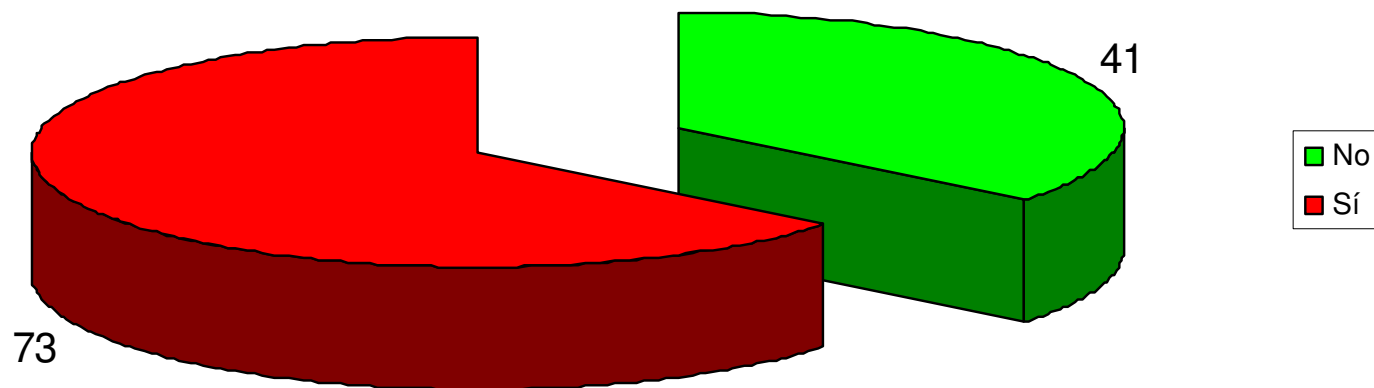
Antecedentes Obstétricos



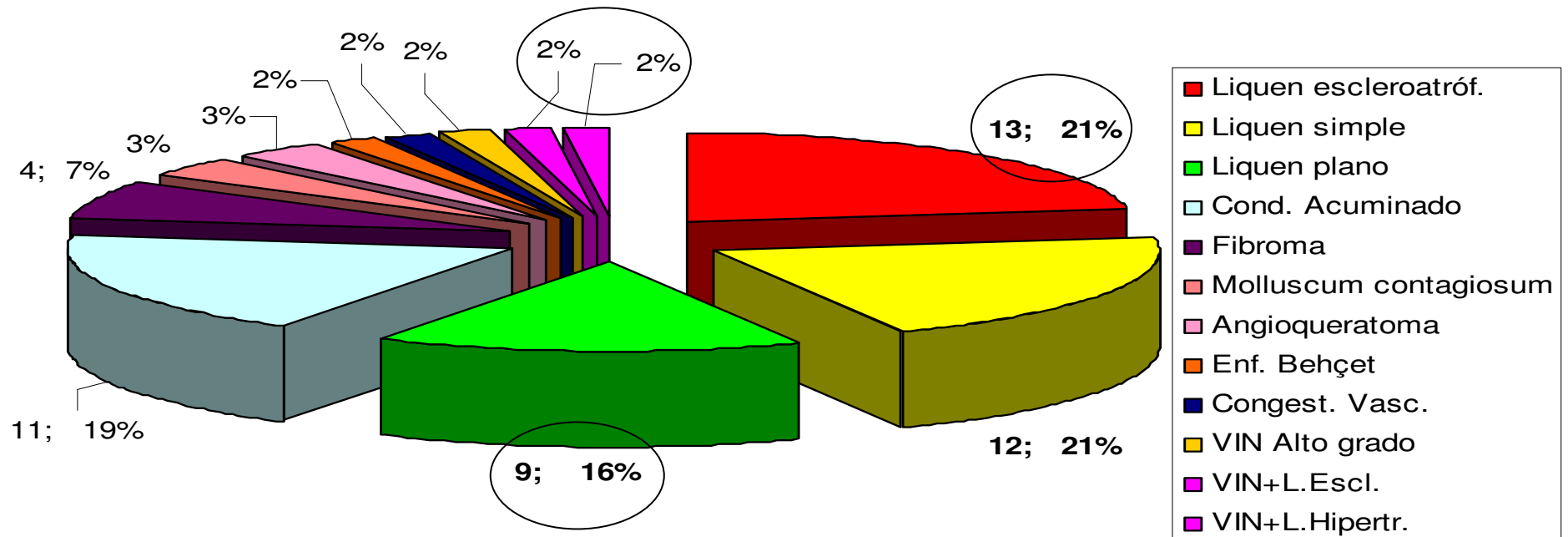
Tratamiento Inicial



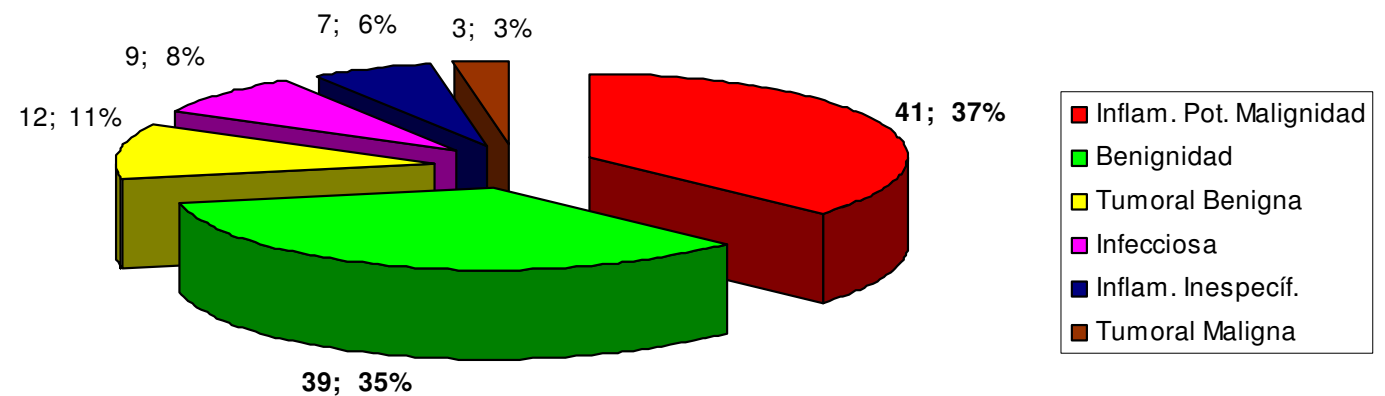
Biopsias Realizadas



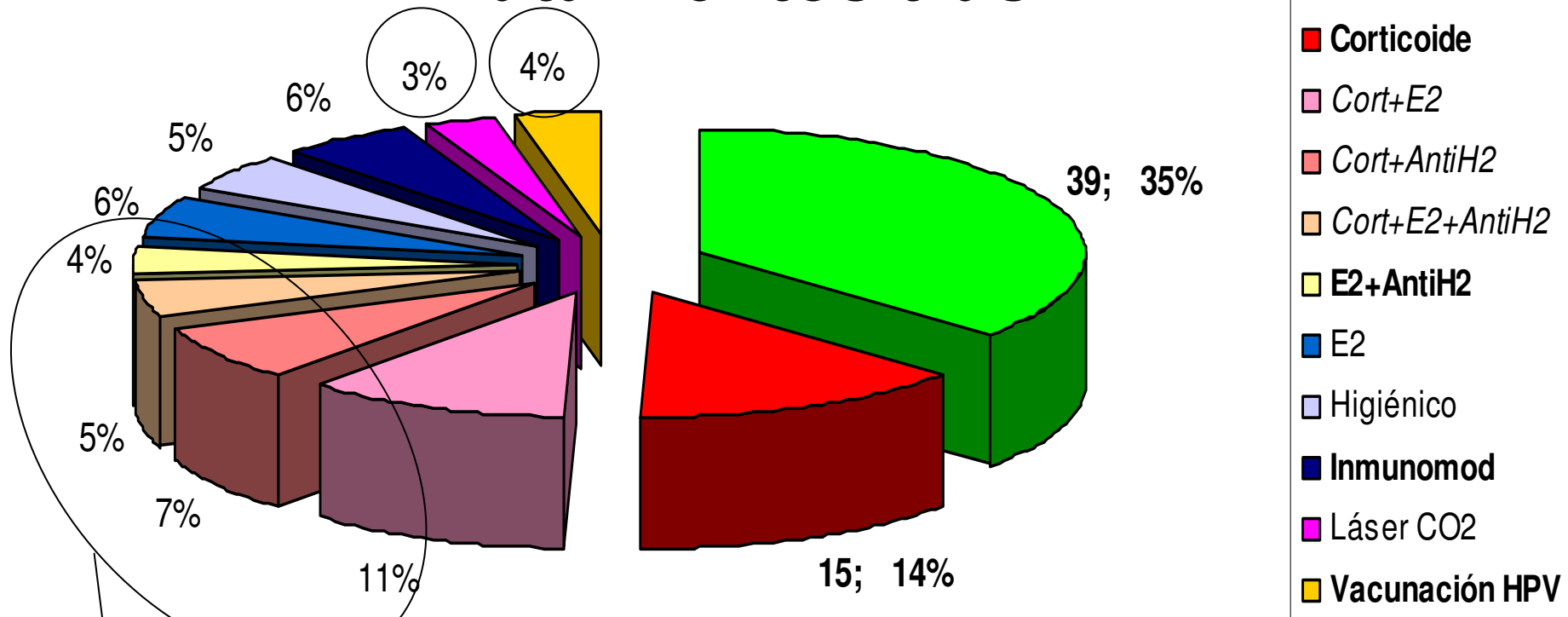
Diagnósticos Biopsias



Tipos de Dx AP



Tratamientos tras Bx



Asociación de fármacos: 27%

En Resumen...

- Motivo principal de consulta: **Prurito**
- **Más del 60%: lesiones que requieren biopsia.**
- **Más del 40%: susceptibles de seguimiento estrecho.**
- 1/3 Multíparas. 1/4 Nulíparas.
- Tto inicial:
 - Ninguno
 - Corticoide
 - Qx
 - Estrógenos
 - Combinado

En Resumen...

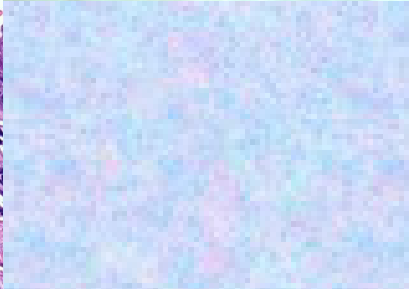
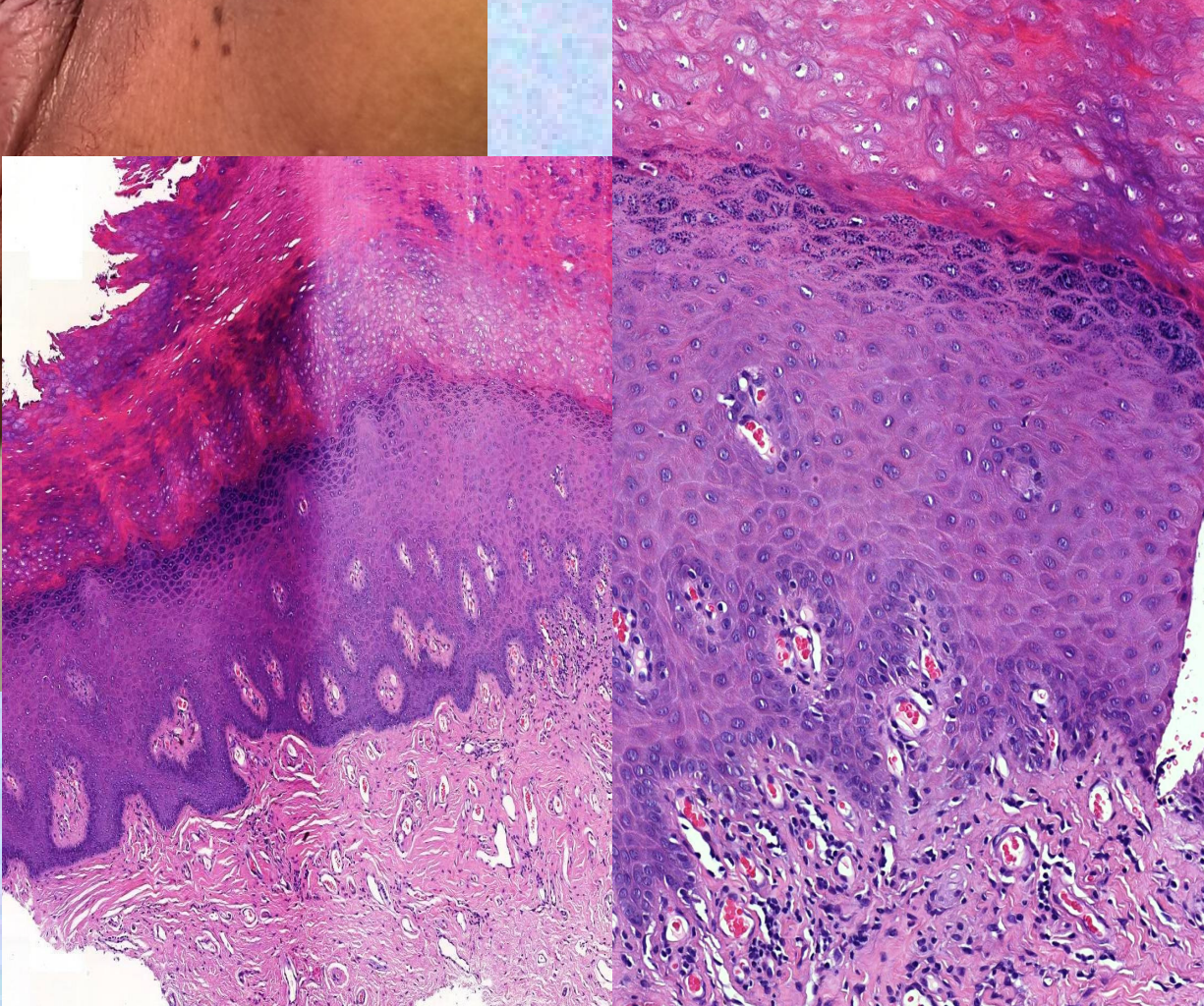
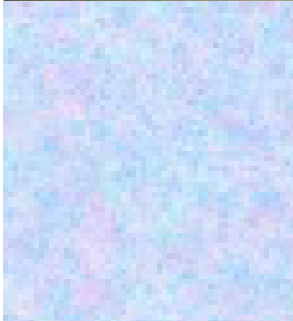
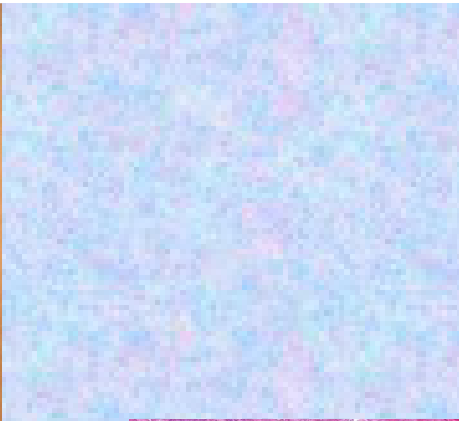
- Dx biopsias:
 - **LEA y L plano 36%**
 - VIN 5%
 - Inf. Víricas: 12% (Condiloma, molluscum, herpes)
 - Inflamación crónica 12% (Liquen simple)
- Tto tras Biopsia:
 - Ninguno
 - Corticoides
 - Estrógenos
 - Inmunomoduladores

Liquen

- ¿Causado por menopausia?
- ¿Es la expresión diferente de una única patología?
- ¿Hay varios tipos de liquen?
- ¿Son todos iguales?
- ¿Tienen el mismo tratamiento?
- ¿Y el pronóstico?
- ¿Malignizan?

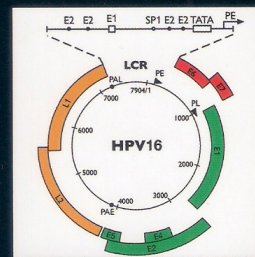
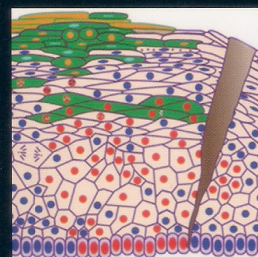
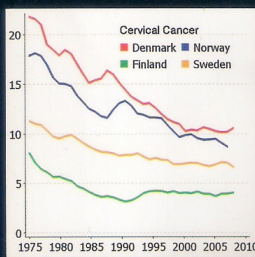
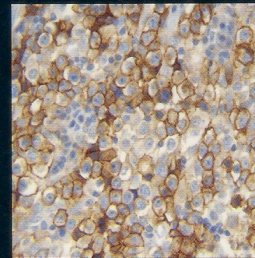
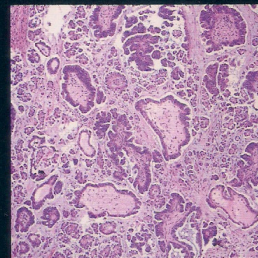
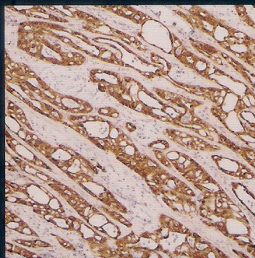
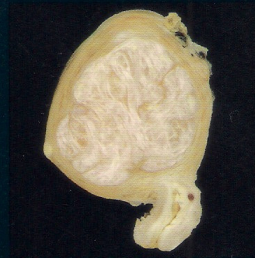
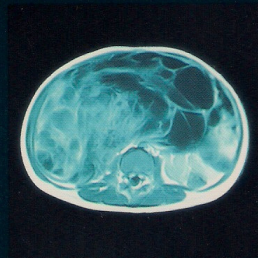
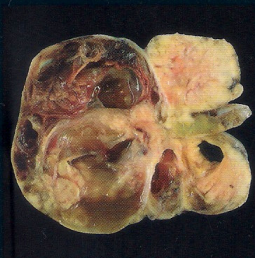
Liquen simple crónico

- No maligniza.
- Pápulas o placas engrosadas y poligonales, eritematosas o blanquecinas.
- Dermatitis crónica liquenificada, con elongación de crestas y componente fibroso en dermis.



WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs

Edited by Robert J. Kurman, Maria Luisa Carcangiu, C. Simon Herrington, Robert H. Young



2014

Lesiones premalignas de vulva:

1. VIN bajo grado y alto grado, en relación con HPV.
2. VIN diferenciadas, en relación con líquen escleroso o plano (hipertrófico y ampolloso).

VIN Diferenciado

- No HPV
- Postmenopáusicas
- Liquen escleroatrófico y plano (hipertrófico y ampolloso sobre todo)
- Blanquecinas y unifocales
- Corto periodo como VIN, considerado de alto grado
- Alta progresión a carcinoma invasor
- p53+, p16-
- Etiopatogenia:
 - Prurito-rascado-lesión-regeneración-displasia-carcinoma.



Destrucción de arquitectura tisular
por efecto del estímulo
inflamatorio crónico mantenido en capas basales.

Liquen escleroatrófico

Incidencia: 1/300-1000

Prepúberes y postmenopáusicas

Etiología desconocida, mediada por LT.

Prurito, escoriación y sobreinfección

Hipopigmentación, lesiones de rascado, liquenificación y adelgazamiento de labios menores

Nunca afecta a la vagina o al himen, que permanece intacto

Liquen hipertrófico

Incidencia <1%

Peri o postmenopáusicas

Etiología desconocida, mediada por LT.

Placas hiperqueratósicas, de aspecto verrucoso, bordes bien definidos y pruriginosas.

Cuando desaparece puede quedar hipo o hiperpigmentación.

Liquen ampolloso

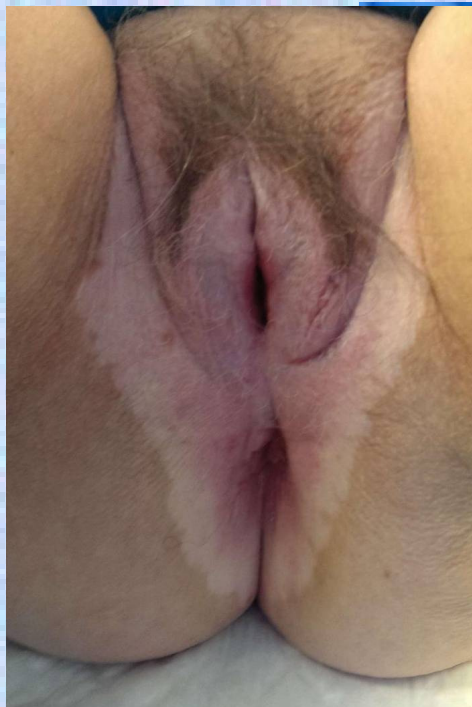
Incidencia <1%

Peri o postmenopáusicas

Etiología desconocida, mediada por LT.

Eritema geográfico, edema vulvar, escoriaciones y vesículas

L EA



Lesiones simétricas en vulva (labios menores, introito, clítoris y parte interna de labios mayores) Periné y área perianal en forma típica en ocho, o de cerradura.

L A

L H

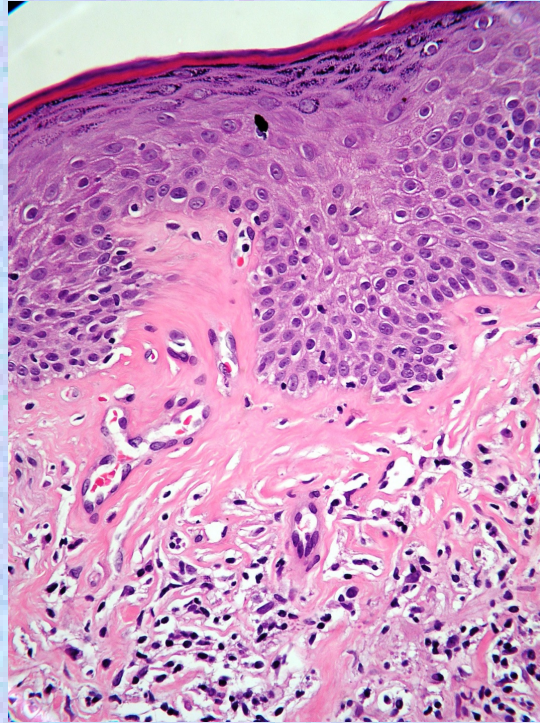


Placas verrugosas, violáceas o marrón-rojizas, firmes, aisladas o múltiples o confluentes.



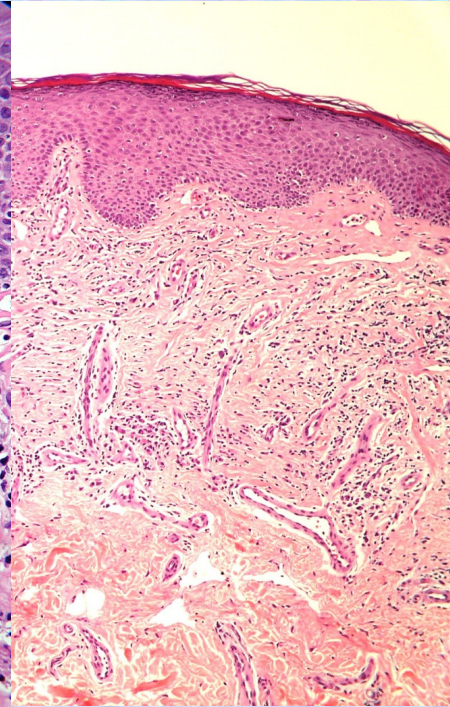
Intensa dermatitis crónica liquenoide en piel y mucosas.
Ampollas en la zona vulvar

L EA



Leve espongiosis
en epidermis,
Dermis sustituida
por tej. conj. denso
Infiltrado infl. crón.
de moderada
intensidad
perivascular de
predominio
linfocitario.

L H

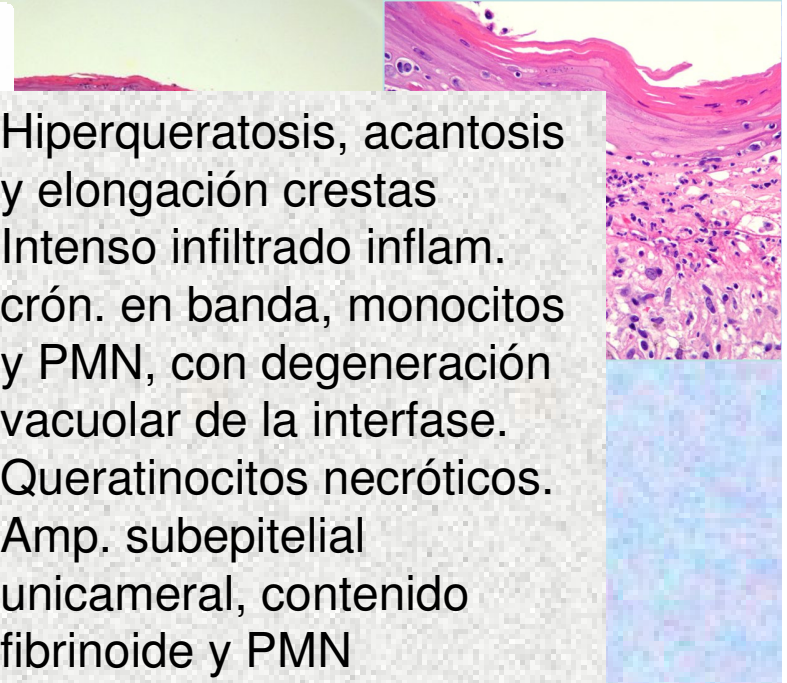


L A



Hiperqueratosis con
hiperparaqueratosis.
Acanthosis.
Infiltrado inflam. crón.
en banda

Hiperqueratosis, acantosis
y elongación crestas
Intenso infiltrado inflam.
crón. en banda, monocitos
y PMN, con degeneración
vacuolar de la interfase.
Queratinocitos necróticos.
Amp. subepitelial
unicameral, contenido
fibrinoide y PMN



L E A

¿Malignizan?

L H

5-10%

L A

amoso



Tratamiento

L EA

Eficaz 100% no hay.

Clobetasol y seguimiento estrecho (puede aumentar atrofia y reactivar HPV latentes).

Fototerapia UVA (40 sesiones en 10 semanas, 800J/cm²). Cirugía y láser mejoría inmediata, pero recidiva al 85%, aunque es la mejor opción sobre cicatrices y retención.

L H

Buena respuesta a corticoides tópicos o sistémicos.

Hidroxicloroquina, PUVA y en casos severos ciclosporina.

L A

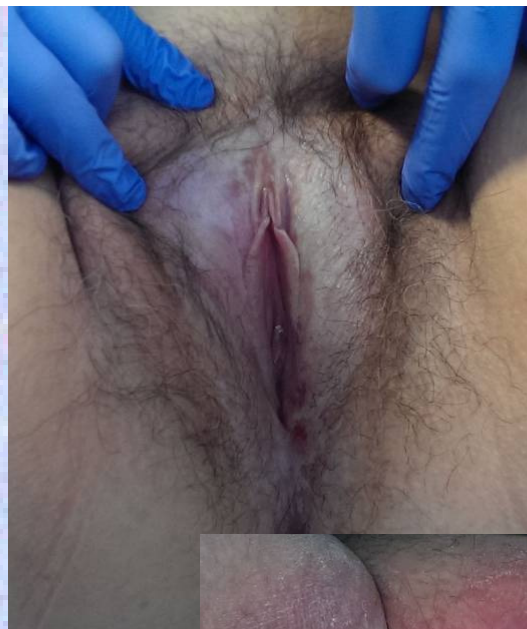
Buena respuesta a corticoides tópicos o sistémicos.

Hidroxicloroquina, PUVA y en casos severos ciclosporina.

Imiquimod?

Tras Tratamiento

LEA



LH



LA



Conclusiones

- Unidad de Patología Vulvar: Puede mejorar tasas de detección de lesión premaligna vulvar.
- Manejo multidisciplinar y coordinado.
- Unificación de criterios y terminología.
- Mayor conocimiento en Atención Primaria y cobertura poblacional.

Bibliografía

- Hill-Daniel J, Roett MA. Genital Cancers in Women: Vulvar Cancer. 2015;438:31-43.
- McCluggage WG. Premalignant lesions of the lower female genital tract: cervix,vagina and vulva. Pathology (April 2013) 45(3), pp. 214–228.
- Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young R. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. WHO 2014.
- Regauer S, Reich O,Eberz B, MD. Vulvar cancers in women with vulvar lichen planus: A clinicopathological study. J Am Acad Dermatol 2014; 71, 4:698-707.
- Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. The ScientificWorld Journal, 2014; Article ID 742826.
- Berek JS. Berek y Novak, Ginecología, Lippincott Williams&Wilkins, 15ªEdición. 2013.

**Muchas
Gracias!!**

