

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Perrón, Roger. Actitudes e ideas respecto a las deficiencias mentales, en Los débiles mentales, Rene Zazzo (ed), 1 edición. Editorial Fontanella, S.A: Barcelona 2000.
- De Mause, Lloyd (ed). The history of childhood. London Souvenir Press, 1976 , p.1. En "un enfoque antropológico-cultural de la niñez y de la juventud", de Jorge Ochoa. CIDE. Santiago de Chile, 2003.
- Seda, Edson. "Las doctrinas de la situación irregular y de la protección integral", en Defensoría de la niñez y de la adolescencia; Informe Final del Taller. INNFA; Quito, Junio de 2005.
- Arcos, Carlos y Otros. "menores en circunstancias especialmente difíciles". En Plan Nacional de Acción del Ecuador para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del niño en el decenio del 90. Presidencia de la República, CONADE, INNFA, Frente social, Sistema de Naciones Unidas: Quito, 2004.
- Ajuriaguerra, Julián de Manual de Psiquiatría Infantil. 4ta edición. Toray-Masson: Barcelona 2006.
- Gilbert De Babra, Marcia "Nuevas Tendencias De La Educación Especial" Mimeo 2007.
- Proyecto " Red de ONG'S Unidas A Favor De La Población Infante Juvenil Con Discapacidades" FA-SINARM: Guayaquil 2004.
- Macías, Gilda. Apuntes Para El Artículo "Las Personas Con Discapacidades En El Ecuador: Un Vistazo A Su Situación Actual", S/F

## CARCINOMA DE VULVA. ENFERMEDAD DE BOWEN

Paciente de 75 años de edad con antecedentes de condilomas acuminados ubicados en labios y que obstruye prácticamente el introito vaginal el mismo que no se logra distinguir, de evolución varios años, que en los últimos 6 meses adopta la apariencia que muestra la imagen, sin otros antecedentes dignos de mencionar.

A la exploración ginecológica la lesión compromete toda el área vulvar, de características tumoral y de aspecto granulomatosa, húmeda y vegetante (se asemeja a una coliflor), que muestra además mucosa que varía de pálido a rosado, con áreas de atrofia cutánea que circunscribe la lesión. La lesión es de tal tamaño que ha borrado todas las estructuras que conforman la vulva anatómicamente. Se palpan paquetes ganglionares bilateralmente a nivel inguinal, no dolorosos y de consistencia dura.



El estudio histológico de los cortes realizados tras la biopsia de la lesión puso de manifiesto una hiperqueratosis con engrosamiento epitelial, aumento de la celularidad, ensanchamiento de crestas interpapilares y papilas dérmicas estrechas. A mayor aumento se puso de manifiesto la displasia que afectaba a la totalidad del espesor del epitelio. Esta displasia consistía en cambios en la arquitectura y la maduración de las células.



Se advertía el tamaño nuclear grandes, picnóticos, y multinucleados, alteraciones en el cromatismo celular, irregularidad del contorno nuclear y alteración en la polaridad de las células (en vez de aparecer todas las células ordenadas aparecen unas verticales, otras horizontales y otras oblicuas). Estos cambios se ponían de manifiesto en todo el espesor del epitelio. Había abundantes figuras de mitosis, a veces altas y atípicas figura 1

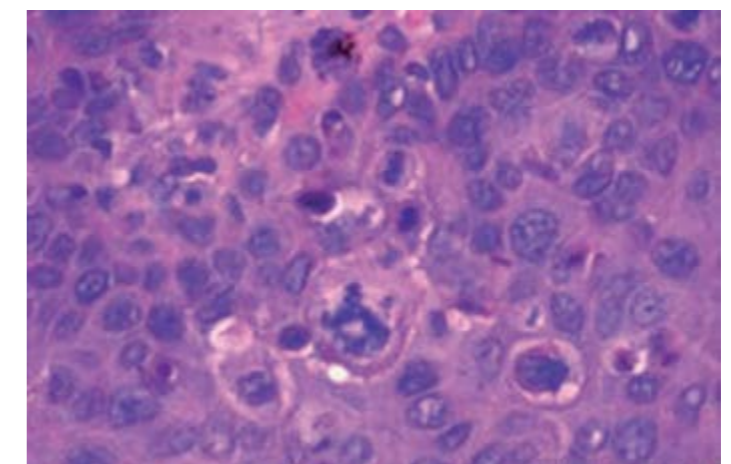


Figura 1.- Diagnóstico histopatológico: Se diagnosticó de VIN III tipo verrucoso (Enfermedad de Bowen).

Gentileza del Dr. Francisco A. Tama Sánchez

La enfermedad de Bowen vulvar o neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) es una lesión preinvasora en los genitales externos. La VIN de etiología viral está relacionada con la infección por virus del papiloma humano (VPH) (principalmente los serotipos 16 y 18), sobre todo a edades tempranas y en relación con cambios en la conducta sexual.

#### DATOS

Ocupa entre el 5 al 9% de las neoplasias del tracto genital femenino.

• Tiene una incidencia, según estadística de Trujillo entre 1988 a 1990 de 3,4/100.000 hab. y según el registro de Cáncer de Lima Metropolitana de 1990 a 1993 es de 1,47/100.000 hab.

Mujeres.

Edad (predominio en postmenopáusicas, edad promedio 65 a.).

- Nivel s.e. bajo (higiene, promiscuidad)
- Historia de distrofia vulvar (leucoplasia)
- Lesiones venéreas o granulomatosas (sífilis, condiloma acuminado, herpes genital, HPV, enf. inflamatoria vulvar)
- Diabetes, hipertensión, obesidad
- Antec. neoplasia en zonas próximas a vulva
- Tabaco (incrementa el riesgo en 3 veces para cáncer invasivo de vulva)

#### Tipos causales distintos de cáncer vulvar:

- A.- En jóvenes, relación con PVH y tabaquismo, vinculado a NIV basaloide o verrucoso.
- B.- El más frecuente en mujeres añosas, sin relación con tabaquismo o PVH, la NIV es rara, incidencia alta de LESIONES DISTRÓFICAS, que incluyen LIQUEN ESCLEROSO ady. Al tumor.

#### SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE ENFERMEDAD VULVAR – 1989

- 1.- Desórdenes epiteliales no neoplásico de piel y mucosas
  - Liquen escleroso
  - Hiperplasia plana o escamosa
  - Otras dermatosis.
- 2.- Desórdenes epiteliales mixtos neoplásicos y no neoplásicos
  - A. Neoplasias intraepiteliales escamosas
    - VIN I – Displasia leve
    - VIN II – Displasia moderada
    - VIN III – Displasia severa y carcinoma in situ
  - B. Neoplasias intraepiteliales no escamosas
    - Enfermedad de Paget's

- Tumores no invasivos de melanocitos
- 3.- Tumores invasores:
- Carcinoma escamoso
  - Carcinoma verrucoso
  - Melanoma maligno
  - Carcinoma de las Glándulas de Bartolino
  - Enfermedad de Paget
  - Sarcomas
  - Otros

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

Presencia de tumor vulvar; antecedente de prurito, vinculado con distrofia vulvar. • Menos frecuentes: hemorragia o secreción vulvar; disuria. • Lesión suele ser elevada, ulcerosa, con leucoplasia o aspecto verrugoso. • Incidencia creciente de ca verrucoso (contribuye con 20% de los casos)

La mayor parte ocurre en LABIOS MAYORES, pero también en labios menores, clítoris y perineo. • 10% extensión amplia • 5% multifocal • Frecuente vínculo con neoplasias de la porción inferior del aparato genital.

#### NIVELES DE CLARK CHUNG Y COL. BRESLOWI

Intraepiteliales Intraepiteliales <0.76 mm I En dermis papilar <1 mm a partir de estrato granuloso 0.76-1.5 mm II Llena las papilas dérmicas 1.1 a 2 mm a partir de estrato granuloso 1.51-2.25 mm III Dermis reticular >2 mm a partir de estrato granuloso 2.26-3.0 mm IV Grasa subcutánea En grasa subcutánea >3 mm

#### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572003000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572003000200011&script=sci_arttext)
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-1999/cd993g.pdf>
- [http://rnu.fcm.uncu.edu.ar/vol04\\_04/pdf/10.pdf](http://rnu.fcm.uncu.edu.ar/vol04_04/pdf/10.pdf)

## TEST RADIOLÓGICO ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?



Mujer de 50 años de edad, fumadora crónica y con antecedentes de trauma cerrado de tórax hace 8 meses. Antes de su ingreso actual comienza con fiebre de 38° C durante dos días consecutivos, rinorrea, tos con expectoración blanquecina y discreta falta de aire. Consulta a médico quien impone tratamiento ambulatorio interpretándolo como enfermedad tipo influenza. A la semana decide acudir al médico de su área de salud, debido a que persiste dicha sintomatología y con incremento de la temperatura esta vez hasta 39 C, además dolor de espalda.

En esta segunda consulta se le prescribe tratamiento con ceftriaxona 1g IM más azitromicina 500 mg diarios por vía oral durante 7 días. Concluye el tratamiento. De manera recurrente al incrementarse la falta de aire y decaimiento, acude al servicio de emergencias. Después de ser examinada en este departamento se le realiza una radiografía del tórax vista posteroanterior, apareciendo radiopacidad de la base pulmonar izquierda donde se ve además superpuesta una imagen pseudoquistosa gaseosa con base plana. Se ingresó en sala de clínica.

Respuesta en la página: 64