múltiple; pero la fisonomía de las ulceraciones chancrosas es muy diferente de las ulceraciones que siguen á las vesículas del herpes. Su fondo es desigual, sinuoso y amarillento: sus bordes están cortados á pico, y se presentan despegados, la supuración es espesa y bastante abundante. Con frecuencia hay adenitis supurada ó bubón. Para salir de dudas, no habría como practicar la inoculación, que siempre da un resultado positivo; pero es preferible no recurrir á este medio de diagnóstico, que podría dar lugar á desagrables accidentes.

Sifílides

Las **sifílides** de la vulva, que se presentan bajo las formas *papulosa, erosiva* y *ulcerosa,* suelen ser diseminadas y manifestarse en número mucho mayor, ocupando una superficie mucho más extensa que las lesiones herpéticas. No es fácil confundirlas con el herpes; la forma erosiva por sí sola no presenta ningún carácter propio y sólo se puede distinguir por los demás signos de la infección sifilítica; la forma ulcerosa consiste en ulceraciones de aspecto circinado, en forma de media-luna, y coexiste con placas mucosas en otras regiones, tales como la boca, el margen del ano, los espacios interdigitales de los dedos del pie, y también con otras lesiones sifilíticas. La forma papulosa presenta una meseta aplastada, redonda ú oval, de un rojo cobrizo, con superficie seca ó exulcerada (forma *pápulo-erosiva* de Fournier). Como se ve, esta lesión difiere mucho del herpes; por otra parte, raramente se reduce su localización á la región vulvar, sino que se disemina por todo el cuerpo.

El herpes de la vulva no ha podido ser inoculado (1).

Tratamiento

El **tratamiento** tiene por objeto, al principio, sobre todo en la forma confluente, calmar los dolores por medio de baños tibios prolongados, cataplasmas de fécula; las ulceraciones se espolvorearán con una mezcla de partes iguales de polvos de óxido de zinc, subnitrato de bismuto y yodoformo; si la cicatrización no se produjese pronto, podría también tocárselas con una solución de nitrato de plata al 1/50°. Se tratará, al mismo tiempo, el estado general, para evitar la recidiva de la lesión, que depende sobre todo de la predisposición diatésica.

(1) Bruneau. *Étude sur les Éruptions herpétiques qui se font sur les organes génitaux de la femme.* Tesis de París, 1880.

CAPITULO III

Estiómeno de la vulva

Definición.—Anatomía patológica.—Síntomas. Forma ulcerosa; forma hipertrófica. —Diagnóstico.—Pronóstico.—Etiología.—Tratamiento

Definición

Definición.—El nombre de **estiómeno** (de ἐσθιείν, roer) ó de *lupus de la vulva* ha conservado una significación puramente clínica desde Huguier, que fué el que primero distinguió esta afección (1). Es casi seguro, que también se habrá aplicado repetidas veces á lesiones de naturaleza diferente, pero que presentarían como carácter común la tendencia á la hipertrofia, y no solamente á la ulceracón lenta, que, destruyendo progresivamente la región vulvar, no se manifiesta con la marcha del cáncer que invade y destruye también los ganglios y las partes contiguas. Con razón se ha comparado esta lesión en algunas de sus variedades con la del lupus de la cara, á causa de su aspecto exterior y del curso que sigue. Empero, queda todavía por demostrar que el estiómeno de la vulva sea de naturaleza tuberculosa, cual se ha demostrado por el lupus facial.

Anatomía patológica

Anatomía patológica.—Habiéndose calificado de estiómeno toda ulceración de curso lento, acompañada de hipertrofia de sus bordes, no es de extrañar que se hayan rubricado bajo esta denominación las más diversas alteraciones histológicas. Así alternativamente han recibido este nombre alteraciones comparables á las de la elefantíasis (Renaut) y del epitelioma tubulado (Cornil) (2), del *sifiloma de* Wagner ó del tumor gomoso en sus varios estadios de nodulación, de ulceración y de esclerosis (Paul Petit) (3). En otros casos, redúcense todas las lesiones á una inflamación de la dermis, á una infiltración del tejido conjuntivo por elementos embrionarios, principalmente alrededor de los vasos dilatados (4) (figs. 148 y 149).

(1) Huguier. *De l'Esthiomène de la vulve et du périnée (Mém. de l'Acad. de Méd.,* 1849, t. XIV, p. 507).
(2) Cornil. *Arch. de Tocol.,* 1874, t. 1, p. 412 y *Bull. Soc. anat.,* 1874, p. 231.
(3) P. Petit. *Arch. d'Obstétr. et de Gyn.,* 1889, t. IV, p. 6.
(4) Leroy des Barres. *Bull. Soc. anat.,* enero 1870, p. 72. (Examen histológico practicado por Cornil).—J. Matthews Duncan. *On the ulceration or Lupus of the female generative organs,* etc. *(Transact. obstetr. Soc.,* Londres, 1885, t. XXVII, p. 139 y 230. (Examen histológico practicado por Thin).

Síntomas

Síntomas.—Dos son los tipos clínicos que se presentan á la vista, según sea la ulceración la predominante, ó según predomine la hipertrofia.

Forma ulcerosa

1.° **Forma ulcerosa.**—Son múltiples las variedades que los autores han dedicado á esta forma; el **estiómeno eritematoso,** ó sea la ulceración muy superficial, de color rojo lívido, como el lupus de este nombre en la cara; el **estiómeno tuberculoso,** que es el que está constituído por mamelones de hipertrofia diseminada que elevan el fondo

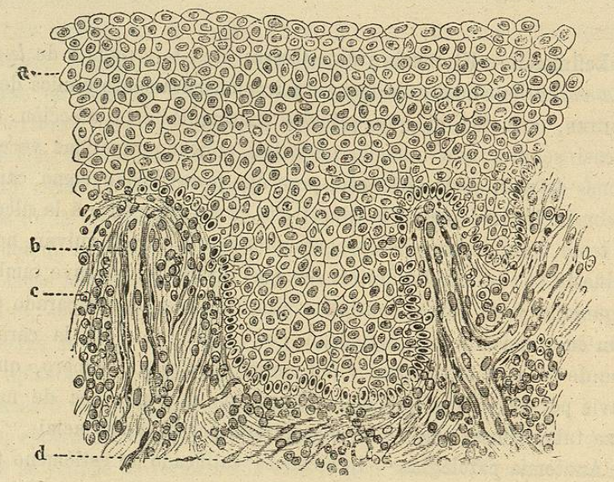

Fig. 148.—Estiómeno de la vulva (Thin)
Corte practicado á través de la superficie externa.—a. Epitelioma (normal).—b. Vaso sanguíneo.—c. Infiltración de células pequeñas alrededor del vaso.—d. Célula conjuntiva fusiforme

de la úlcera. Presenta esta forma bordes tallados en bisel, y una coloración pálida ó violácea. Constituye uno de sus caracteres más importantes la facilidad con que por un lado se efectúa espontáneamente la cicatrización, mientras que por el otro va progresando la ulceración; este trabajo reparador puede producirse y destruirse de este modo varias veces consecutivas en el mismo punto. Por último, se dice que la úlcera es **serpiginosa** cuando emite hacia el vestíbulo prolongaciones extensas y sinuosas y se la llama **perforante** cuando excava la región formando fosículas profundas.

No suele ser muy abundante el flujo que sale de estas ulceraciones.

Por parte del recto y de la vejiga pueden producirse perforaciones profundas y también **fístulas.** En ocaciones, como efecto de la cicatrización parcial de las ulceraciones se forma una **estrictura** del meato urinario ó del ano.

Forma hipertrófica

2.° **Forma hipertrófica.**—La hipertrofia, que raras veces suele

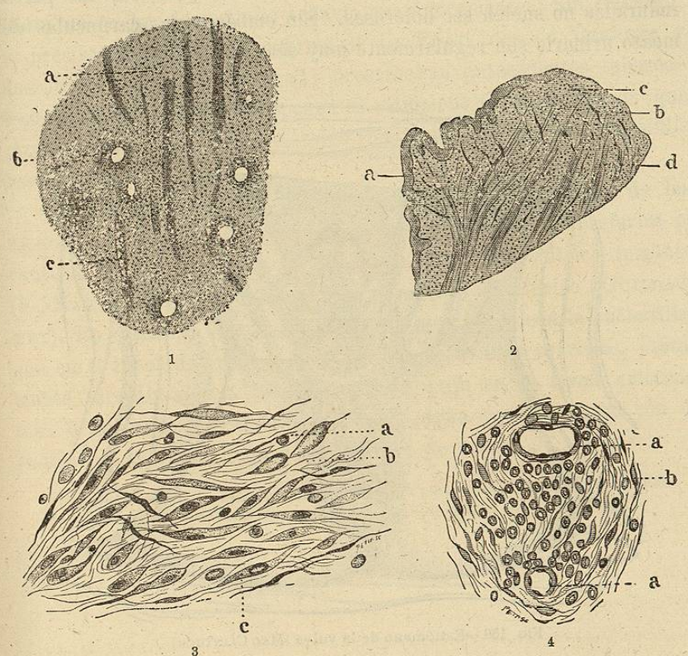

Fig. 149.—Estiómeno de la vulva (Thin)

1. Preparación procedente de una región que contenía vasos sanguíneos en gran número y que estaba muy infiltrada por pequeñas células. Aumento débil.—a. Infiltración por pequeñas células.—b. Sección transversal de los vasos sanguíneos, que demuestra la infiltración peri-vascular.—c. Vasos sanguíneos vistos longitudinalmente.
2. Preparación vista con un aumento muy débil (4 diámetros), para poner de manifiesto los numerosos vasos sanguíneos que se dirigen hacia el epitelio.—a. Epitelio.—b. Vaso sanguíneo.—c. Tejido conjuntivo joven encerrando numerosas células.—d. Tejido conjuntivo ya bastante desarrollado para poder distinguir en él hacecillos de fibras.
3. Aumento más fuerte.—a. Leucocito.—b. Tejido fibroso en vías de formación.— c. Célula fusiforme aplastada.
4. a. a. Vaso sanguíneo cortado de través.—b. Célula fusiforme del tejido fibroso, en vías de formación.

faltar del todo, hasta en la forma precedente, adquiere en ésta enormes proporciones; los labios menores y el capuchón del clítoris duplican ó triplican su volumen y parecen estar infiltrados por un edema duro que les da una consistencia elástica; en varios otros puntos de la piel inmediatos á la lesión existen tubérculos ó núcleos

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UANL

hipertróficos diseminados que pueden invadir todo el periné; la cara interna de las partes afectas se presenta como bruñida, lustrosa y de color rojo ó violáceo. En algunos casos, el aumento hipertrófico del labio mayor es tan considerable que despierta la idea de elefantíasis. A menos de intercurrir una inflamación pasajera, las partes induradas no suelen ser dolorosas. Sin embargo, las carúnculas del meato urinario son regularmente muy sensibles (Duncan).

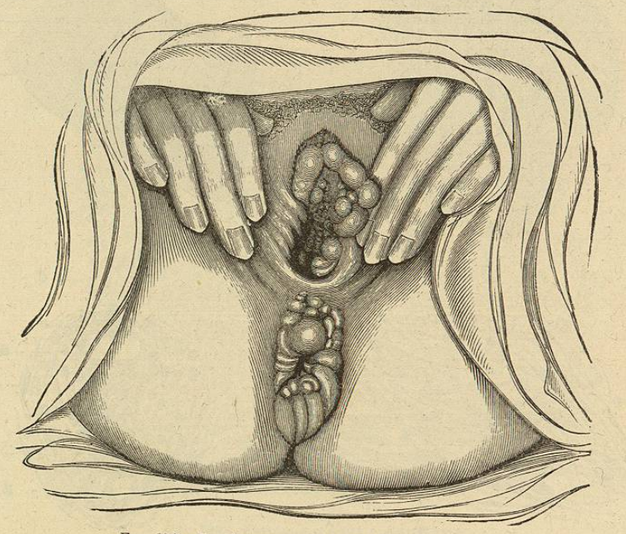

Fig. 150.—Estiómeno de la vulva (Mac Clintock)

A veces se presentan aisladas estas dos formas hipertrófica y ulcerosa, pero lo más regular es que se confundan ambas en una **forma mixta**.

Diagnóstico

Diagnóstico.—Lo lento del curso de la ulceración, la hipertrofia concomitante y la falta de notable infarto ganglionar distinguen fácilmente el estiómeno del **chancro fagedénico**, de las **sifílides terciarias**, del **cáncer**. Cuando no existe induración marcada de los tejidos, ni ulceración espontánea, tampoco podrá confundirse con la **elefantíasis**.

Pronóstico

Pronóstico.—Por más que su curso sea lento, esta afección suele ser grave; puede durar de ocho á diez años. Se ha visto sobrevenir la muerte por peritonitis en casos en que ha habido propagación hacia el recto.

Etiología

Etiología.—El estiómeno es una afección rara. Sobre todo se ha observado en mujeres de la clase baja y en prostitutas, entre los veinte y treinta años. Como causa predisponente é importante se cita la **tuberculosis**, de la cual en muchos casos el estiómeno probablemente no es más que una manifestación cutánea, bien que hasta ahora no se ha demostrado todavía anatómicamente. Sin embargo, es preciso notar que una enferma de Le Fort, dos de Bernutz y dos observadas por Fiquet (1) presentaban antecedentes tuberculosos muy marcados. Predisponen al estiómeno todas las causas que producen la **miseria fisiológica**, tales como privaciones, excesos, sífilis hereditaria.

Tratamiento

Tratamiento.—Consiste esencialmente en la **cauterización** de las úlceras y en la **escisión** de las partes hipertrofiadas. Se preferirá el cauterio actual á los cáusticos potenciales, ácido nítrico fumante (E. Martin), potasa cáustica (G. Veit), ácido sulfúrico (Guillaumet). En cuanto á las escarificaciones y al raspado con la cucharilla, que en el lupus de la cara han prestado eminentes servicios, únicamente ofrecen alguna probabilidad de éxito en la forma eritematosa ó superficial. También ha dado algún éxito la cura con el yodoformo (2) y los toques con tintura de yodo.

(1) Fiquet. *Essai sur l'Esthiomène de la région vulvo-anale.* Tesis de París, 1876.
(2) Siredey. *Soc. méd. des Hóp.*, sesión del 22 julio 1876, p. 220.