



Series de Especialidad Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de Dermatitis Vulvares

Colleen K. Stockdale, MD, MS, y Lori Boardman, MD, ScM

Los síntomas de dolor, dispareunia y prurito vulvar son comunes y pueden afectar significativamente la sensación de bienestar y la función sexual de una mujer. A pesar de esto, a menudo las pacientes no reportan suficientemente los síntomas vulvares. Sin embargo, cuando se identifican, los síntomas vulvovaginales deben ser abordados por los profesionales de la salud para optimizar la atención. La evaluación de las pacientes con molestias vulvovaginales comienza con una historia y un examen físico minuciosos. La biopsia está indicada cuando existe sospecha de malignidad o cuando el diagnóstico es incierto. El tratamiento, si es posible, debe estar basado en evidencia, aunque para muchos trastornos vulvares, incluyendo las dermatosis, éste se basa en evidencia limitada y experiencia anecdótica. Si bien muchas dermatosis vulvares representan afecciones crónicas y, por tanto, no se pueden solucionar simplemente, es posible controlarlas en la mayoría de las mujeres. La educación de la paciente con respecto a la higiene vulvar y el cuidado de la piel es la base para el manejo óptimo de las dermatosis inflamatorias de la vulva. Estas condiciones pueden desencadenarse o empeorar mediante una higiene agresiva. Además, se debe orientar a las pacientes sobre la necesidad de un mantenimiento personalizado a largo plazo para lograr resultados óptimos.

(Obstet Gynecol 2018;131:371–86)

DOI: 10.1097/AOG.0000000000002460

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Iowa, Iowa City, Iowa; y el Hospital de la Florida para la Mujer, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Colegio de Medicina de la Universidad de la Florida Central, Orlando, Florida.

Reconocimiento de educación médica continua disponible para este artículo en <http://links.lww.com/AOG/B56>.

Cada autora ha indicado que ha cumplido con los requisitos de autoría de la revista.

Autor a quien se puede remitir correspondencia: Colleen K. Stockdale, MD, MS, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa, 200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242; email colleen-stockdale@uiowa.edu.

Declaración Financiera

Las autoras no reportaron conflicto potencial de interés alguno.

© 2018 por The American College of Obstetricians and Gynecologists. Publicado por Wolters Kluwer Health, Inc. Todos los derechos reservados.

ISSN: 0029-7844/18

Los síntomas vulvovaginales son comunes, afectan hasta una de cada cinco mujeres, a menudo son crónicos, y pueden repercutir en su sensación de bienestar y función sexual.¹ En las clínicas especializadas que evalúan pacientes con afecciones vulvares, los síntomas que comúnmente se reportan incluyen prurito, dolor, y dispareunia, siendo las condiciones dermatológicas y la vulvodinia las que encabezan los diagnósticos que se presentan.^{2,3} Cuando las mujeres acuden para recibir

atención, a menudo se sienten frustradas no sólo por los efectos de los síntomas, sino también por la persistencia de los mismos, a pesar de los numerosos tratamientos a los que se han sometido sin mejoría.^{3,4}

La ubicación de la vulva en la intersección de los tractos genital, gastrointestinal y urinario, donde la piel pasa de cutánea a mucosa, crea una superficie singular. La vulva contiene piel glabra, no glabra y mucosa. Microscópicamente, está cubierta por diferentes tipos de epitelios, incluyendo, desde su región medial a la lateral, una membrana mucosa del vestíbulo dentro de la línea de Hart, piel sin vello parcialmente queratinizada lateral a la línea de Hart, y piel queratinizada con vello.

Los factores locales que incluyen calor, humedad, y fricción debilitan la función de la barrera de la piel y contribuyen a la irritación de la vulva.⁴ Por tanto, las medidas cuidadosas de higiene vulvar y evitar irritantes de contacto, incluyendo irritantes o alérgenos en muchos productos utilizados para síntomas vulvovaginales, son esenciales en el manejo de las dermatosis vulvares inflamatorias. Las recomendaciones deben incluir el reconocimiento de productos específicos que a menudo se usan para la higiene en países desarrollados (ej., toallitas húmedas químicas, aerosoles, lavados, duchas vaginales, y otros productos tópicos de venta libre) (Cuadro 1). Se debe alentar y reforzar el evitar el jabón y el lavado abrasivo al bañarse. Aunque debe recomendarse el uso de emolientes para proporcionar una barrera protectora (Cuadro 2), los mismos factores locales pueden complicar el efecto de los medicamentos tópicos, incluyendo los corticosteroides, a través de efectos oclusivos. En general, las formulaciones en ungüento se toleran mejor que las formulaciones a base de crema, que contienen sustancias químicas adicionales y pueden contribuir a los síntomas de irritación por contacto.

Cuadro 1. Irritantes y alérgenos vulvares comunes

- Toallitas húmedas para adulto o para bebé
- Antisépticos (ej., iodo povidona, hexaclorofeno)
- Fluidos corporales (ej., semen o saliva)
- Papel higiénico de color o con aroma
- Condones (que contienen lubricantes o espermicidas)
- Cremas anticonceptivas, geles, espumas, nonoxinol 9, lubricantes
- Tintes
- Emolientes (ej., lanolina, aceite de jojoba, glicerina)
- Detergentes para ropa, suavizantes de tela y láminas para la secadora
- Productos de hule (incluyendo látex)
- Productos sanitarios, incluyendo tampones y toallas
- Jabones, espumas y sales de baño, champús, acondicionadores
- Aceite de árbol de té
- Anestésicos tópicos (ej., benzocaína, lidocaína, dibucaína)
- Antibacterianos tópicos (ej., neomicina, bacitracina, polimixina)
- Antimicóticos tópicos (ej., imidazoles, nistatina)
- Corticosteroides tópicos
- Medicamentos tópicos, incluyendo ácido tricloroacético, 5-fluorouracilo, podofilox o podofilina
- Productos de higiene vaginal, incluyendo perfumes y desodorantes

Reimpreso con permiso de Diagnosis and management of vulvar skin disorders. ACOG Practice Bulletin No. 93. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008;111:1243–53.

El diagnóstico preciso de las enfermedades de la vulva que causan prurito y dolor ayuda a elegir el tratamiento y alivio apropiado de los síntomas. Desafortunadamente, a menudo las mujeres con molestias vulvares, especialmente comezón (por candidiasis diagnosticada por ellas mismas), usan un tratamiento sintomático sin examen (y además sin pruebas diagnósticas). Dados los síntomas no

específicos variables de los trastornos vulvares, puede ser útil el uso de una vía de diagnóstico que incluya un examen físico sistemático (Cuadro 3).

El tratamiento, incluyendo una orientación empática, es esencial no sólo para atender los síntomas relacionados con los trastornos de la piel vulvar, sino también para ayudar a las mujeres y a sus parejas con los considerables efectos que están experimentando. A menudo es necesario el manejo multidisciplinario y personalizado para abordar y optimizar los resultados.

Cuadro 2. Orientación a la paciente para la prevención y control de trastornos vulvares

Evitar (Irritantes y alergenios vulvares)

Detergentes
Jabones
Perfumes
Muchos medicamentos tópicos de venta libre o prescritos (ej., anestésicos, esteroides, antimicóticos, antibióticos)
Douching; lavados vaginales

Incluir (Medidas de cuidado vulvar de rutina)

Jabones suaves, pero evitar usarlos en la vulva
Lavar la vulva sólo con agua
Usar pequeños movimientos de presión suave para secar la vulva después del baño
Aplicar un emoliente libre de preservantes para retener la humedad en la piel y mejorar la función de barrera
Usar una botella de aseo perineal para enjuagar después de la micción
Usar toallas sanitarias de algodón 100%
Usar lubricación adecuada para las relaciones sexuales (se recomiendan lubricantes a base de silicona)

Datos de Diagnosis and management of vulvar skin disorders. ACOG Practice Bulletin No. 93. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008;111:1243–53.

PRESENTACIONES COMUNES

El prurito puede presentarse con una enfermedad dermatológica clínicamente obvia o en situaciones con un cambio cutáneo aparente limitado. Al evaluar el prurito vulvar, puede ser útil agrupar por separado a las mujeres con síntomas agudos y crónicos (Cuadro 4).

Para el prurito vulvar agudo, deben considerarse y excluirse las infecciones como candidiasis vulvovaginal y vaginosis bacteriana y la dermatitis de contacto mediante los métodos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades o los métodos de laboratorio aprobados individualmente por cada institución.⁵ Las técnicas disponibles para la valoración del prurito vulvar agudo varían según la práctica y deben incluir evaluación para buscar infección, ya sea con pH vaginal y examen al microscopio en fresco o las pruebas de consultorio comercialmente disponibles para excluir vaginosis bacteriana y vaginitis por tricomonas y levaduras. Aunque los cultivos bacterianos rara vez se utilizan, el cultivo de levaduras suele ser útil para confirmar su presencia cuando el examen al microscopio en fresco es negativo. El diagnóstico de dermatitis de contacto se basa en la historia y los hallazgos clínicos.

El prurito crónico, en general, tiene un inicio gradual con síntomas persistentes que se desarrollan con el tiempo y debería ser una señal para buscar dermatosis subyacentes tales como liquen simple crónico, liquen escleroso o psoriasis; neoplasia, incluyendo lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, carcinoma de células escamosas o enfermedad de Paget de la vulva; o

enfermedades con manifestaciones vulvares como la enfermedad de Crohn o la hidradenitis supurativa.³ Las mujeres con prurito vulvar crónico también pueden tener vaginitis sobreañadida. Por tanto, es importante reevaluar a las pacientes después del tratamiento inicial para valorar sus respuestas, y reexaminarlas en busca de etiologías adicionales que puedan estar contribuyendo a los síntomas crónicos.

El dolor o la incomodidad vulvar pueden surgir en diversas situaciones, algunas con signos clínicamente obvios y otras en presencia de hallazgos físicos normales (Cuadro 5). El dolor puede estar asociado a una infección (ej., candidiasis), inflamación (ej., liquen plano), neoplasia (ej., carcinoma de células escamosas) o trastornos neurológicos (ej., neuralgia por herpes).^{6,7} Sin embargo, las molestias y dolor se pueden presentar sin hallazgos visibles o trastornos clínicamente identificables. En este caso, la afección de la paciente se diagnostica como vulvodinia, la cual se define como dolor vulvar por al menos 3 meses de duración sin una etiología subyacente identificable, que puede tener factores asociados.^{6,7}

Cuadro 3. Manejo del prurito vulvar

Historia

- Identificar irritantes y alérgenos
- Identificar inquietudes de la paciente
- Identificar prácticas de higiene (ej., frecuencia, productos)
- Identificar tratamientos empleados previamente y sus resultados
- Enfermedades de la piel actuales y pasadas
- Historia de atopias (ej., alergias, asma)

Examinación

- Área anogenital en busca de anomalías
- Considerar biopsia
- Microscopía vaginal, pruebas de consultorio y cultivo para identificar infección
- Suspender el uso de irritantes y alérgenos potenciales

Recomendar

- Suspender el uso de irritantes y alérgenos potenciales
- Corregir la función de barrera (baños de asiento, protector de barrera)
- Considerar intentar corticosteroides tópicos para reducir la inflamación
- Considerar la sedación para evitar el rascado (ej., durante el día: citalopram; durante la noche: hidroxicina, amitriptilina)
- Tratamiento específico para dermatosis si está presente (ver recomendaciones individuales de tratamiento)

Modificado con permiso de Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129–33.

Se debe usar un método estandarizado para la evaluación y tratamiento del dolor vulvar persistente (Fig. 1). Cuando el dolor en la vulva relacionado con un trastorno específico se descarta, se puede hacer el diagnóstico de vulvodinia y dirigir la atención más plenamente a la naturaleza del trastorno del dolor: generalizado frente a localizado, espontáneo frente a provocado o mixto.^{6,7}

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Los síntomas vulvovaginales crónicos o recurrentes pueden ser un reto para los profesionales de la salud, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como terapéutico. Es importante preguntar sobre la aparición, duración y ubicación de los síntomas, así como sobre factores agravantes y de alivio, incluyendo la asociación con el ciclo menstrual y factores de riesgo (ej., número de parejas sexuales, actividades sexuales, condiciones y tratamientos crónicos o sistémicos).³ Aunque los diagnósticos pueden incluir etiologías mixtas o duales con infecciones sobreañadidas, podría ser útil un algoritmo para el diagnóstico de las dermatosis vulvares (Fig. 2).

La examinación es esencial y debe comenzar con una breve exploración dermatológica dirigida (ej., ojos, cavidad oral, áreas de afectación cutánea identificadas por la paciente). La comprensión de la anatomía normal de la vulva es importante para la evaluación de los trastornos vulvares, incluyendo dolor y dermatosis (Fig. 3).

Las pacientes que presentan dolor en la vulva deben evaluarse buscando una etiología subyacente específica antes de considerar el diagnóstico de vulvodinia (Fig. 1). El método de diagnóstico para dolor vulvar persistente incluye una evaluación minuciosa de las áreas de dolor.^{6,7} Es fundamental una historia de la enfermedad presente, incluyendo tratamientos previos, así como antecedentes médicos, sexuales y quirúrgicos pasados para identificar posibles fuentes de dolor.⁷ El examen físico debe incluir la prueba del hisopo de algodón (Fig. 4) para confirmar el área de dolor.⁷ Las etiologías infecciosas, incluyendo infecciones por levaduras no causadas por *Candida albicans* se pueden presentar con ardor; por tanto, los cultivos fúngicos negativos en una situación con ardor vulvar persistente sin otra etiología identificable ayudan a establecer el diagnóstico de vulvodinia.^{3,6,7} Además, la evaluación musculoesquelética es útil para confirmar factores musculoesqueléticos que pueden estar contribuyendo al dolor vulvar persistente (Figs. 5–7).

Al evaluar las causas infecciosas de las afecciones vulvovaginales, la determinación del pH vaginal junto con la microscopía, que incluya evaluación de frotis tanto con solución salina como con hidróxido de potasio, ayuda a determinar el uso de métodos diagnósticos adicionales. Estos incluyen cultivo de hongos vaginales y múltiples pruebas rápidas de consultorio aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) (ej., OSOM BVBlue, prueba Quick Vue Advance G. vaginalis), así como cultivo, reacción en cadena de la polimerasa o pruebas serológicas para la confirmación del virus del herpes simple.^{8,9} Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ofrecen recomendaciones específicas para las pruebas.⁹ La consideración y evaluación de las dermatitis de contacto y las condiciones inflamatorias no infecciosas están indicadas en las situaciones de inflamación vulvar y pruebas de laboratorio negativas.⁹

No se han establecido recomendaciones respecto al uso de colposcopia en la evaluación del prurito vulvar. El uso rutinario de la biopsia en pacientes con prurito vulvar o vulvodinia no ha demostrado ser consistentemente útil para determinar el diagnóstico subyacente.^{1,7} En la práctica de las autoras, utilizamos un umbral bajo para la biopsia si el diagnóstico no es rápidamente aparente con el examen y métodos no invasivos. La biopsia se debe realizar cuando existe sospecha de neoplasia y cuando el diagnóstico es incierto.³

Es importante mencionar que las mujeres pueden tener más de una afección que contribuya a sus síntomas. Por tanto, se recomiendan la reevaluación de la respuesta y consideraciones diagnósticas adicionales (ej., la evaluación después del tratamiento para la vulvovaginitis por levaduras puede revelar cambios sugestivos de dermatosis subyacentes).¹⁰

Cuadro 4. Condiciones asociadas comúnmente a prurito vulvar

Agudas

Infecciones

- Micosis, incluyendo candidiasis y tinea cruris
- Tricomoniasis
- Candidiasis vulvovaginal
- Molluscum contagiosum
- Infestaciones, incluyendo sarna y pediculosis

Dermatitis de contacto (alérgica o irritante)

Crónicas

Dermatosis

- Dermatitis atópica y de contacto
- Liquen escleroso, liquen plano, liquen simple crónico
- Psoriasis
- Atrofia genital

Neoplasia

- Neoplasia vulvar intraepitelial, cáncer de vulva
- Enfermedad de Paget

Infección

- Infección por virus del papiloma humano

Manifestaciones vulvares de enfermedad sistémica

- Enfermedad de Crohn

Reimpreso con permiso de *Diagnosis and management of vulvar skin disorders. ACOG Practice Bulletin No. 93. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008;111:1243–53.*

Cuadro 5. Terminología y clasificación consensuada para dolor vulvar persistente y vulvodinia

- A. Dolor vulvar causado por un trastorno específico*
- Infeccioso (ej., candidiasis recurrente, herpes)
 - Inflamatorio (ej., liquen escleroso, liquen plano, trastornos inmunobullosos)
 - Neoplásico (ej., enfermedad de Paget, carcinoma de células escamosas)
 - Neurológico (ej., neuralgia postherpética, compresión o lesión de nervio, neuroma)
 - Trauma (ej., incisión en genitales femeninos, trauma obstétrico)
 - Iatrogénico (ej., postoperatorio, quimioterapia, radiación)
 - Deficiencias hormonales (ej., síndrome genitourinario de la menopausia [atrofia vulvovaginal], amenorrea de la lactancia)
- B. Vulvodinia: dolor vulvar de al menos 3 meses de duración, sin causa clara identificable, que puede tener factores potenciales asociados. Los descriptores son los siguientes:
- Localizado (ej., vestibulodinia, clitorodinia) o generalizado o mixto (localizado y generalizado)
 - Provocado (ej., por inserción, por contacto) o espontáneo o mixto (provocado y espontáneo)
 - Aparición (primaria o secundaria)
 - Patrón temporal (intermitente, persistente, constante, inmediato, demorado)

*Las mujeres pueden tener tanto un trastorno específico (ej., liquen escleroso) como vulvodinia.

Reimpreso de *Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodinia. Obstet Gynecol 2016; 127:745–51.*

UNGÜENTOS CON CORTICOSTEROIDES

Los corticosteroides tópicos se usan con frecuencia para tratar síntomas vulvares y disminuir la inflamación.¹⁰ Es esencial el diagnóstico preciso (ej., identificación de una infección coexistente por hongos) antes de iniciar la terapia con corticosteroides tópicos.¹¹ La infección concurrente debe ser tratada con terapia antimicótica.

Por lo general, se recomiendan ungüentos en lugar de otras formulaciones (es decir, crema, gel, loción) porque los ungüentos no contienen alcohol ni conservadores y son menos irritantes cuando se aplican.¹⁰ Aunque la vulva es relativamente resistente a los esteroides, el uso de la terapia esteroidea tópica puede ocasionar sensibilización por contacto, cambios en la piel (ej., eritema, atrofia, telangiectasias y estrías), e infección secundaria.³ Las autoras suelen seleccionar un esteroide moderado o potente al inicio para evitar irritación genital (ardor) notada anecdóticamente con algunas de las formulaciones ultrapotentes de esteroides. Si se produce irritación con ardor, el efecto puede mitigarse mezclando el corticosteroide con una pequeña cantidad de emoliente suave o vaselina inmediatamente antes de la aplicación. Además, la dermatosis por rebote esteroideo puede ser consecuencia de una vasodilatación de rebote acompañada de ardor e irritación.³ La frecuencia de aplicación debe determinarse a la medida de la afección y preferencia de la paciente y puede ser menos frecuente con formulaciones potentes y ultrapotentes o más frecuente con las menos potentes para reducir el riesgo de dermatitis esteroidea.

Consulte la Tabla 1 sobre ungüentos corticosteroides tópicos sugeridos para dermatosis vulvares. Existen muchas formulaciones disponibles. Se recomienda que los médicos se familiaricen con varias formulaciones de corticosteroides de diferentes potencias en lugar de tratar de recordar todas las opciones disponibles.

Es importante repasar el uso de los esteroides tópicos con las pacientes mediante el uso de espejos o imágenes para demostración cuando se prescriban, incluyendo la cantidad y la ubicación de la aplicación. El uso antes de acostarse proporciona un efecto más prolongado porque es menos probable que las pacientes eliminen el esteroide tópico con actividades durante la noche en comparación con el día (ej., micción y limpieza). La cantidad de corticosteroides suministrados debe limitarse para evitar el uso excesivo y garantizar el seguimiento de la paciente (ej., un tubo de 15 g para formulaciones potentes o ultrapotentes).

DERMATOSIS VULVARES COMUNES

Las dermatosis vulvares son condiciones inflamatorias que pueden limitarse a la vulva o presentar áreas de compromiso extragenital. Se pueden clasificar como no cicatriciales (ej., dermatitis de contacto y liquen simple crónico) o cicatriciales (ej., liquen escleroso y liquen plano). Además, las dermatosis de la vulva pueden estar presentes superpuestas entre sí (ej., liquen simple crónico y liquen escleroso). Aunque no siempre es posible determinar las diversas condiciones por presentación y características, especialmente cuando hay dermatosis mixtas, se puede usar una tabla simple que compara las dermatosis vulvares comunes para ayuda del lector (Tabla 2).

El liquen simple crónico generalmente se presenta en la vida adulta media a tardía, aunque puede presentarse a cualquier edad. De 65-75% de las pacientes tienen antecedentes de afecciones alérgicas (fiebre del heno, asma, dermatitis infantil), y por tanto, el liquen simple crónico a menudo se considera una dermatitis atópica localizada.³ Las pacientes suelen notar la necesidad de rascarse o frotarse, así como alteración del sueño, por el prurito y la incomodidad constantes.¹² El liquen simple crónico ocurre en respuesta a múltiples factores desencadenantes, incluyendo irritantes ambientales de contacto (ej., irritación por ropa o productos químicos tópicos [Cuadro 1], calor, sudoración), condiciones infecciosas y afecciones dermatológicas crónicas (ej., candidiasis, liquen escleroso) y trastornos neurológicos o psiquiátricos que contribuyen al rascado repetitivo, incluyendo excoriación autoinfligida.^{12,13}

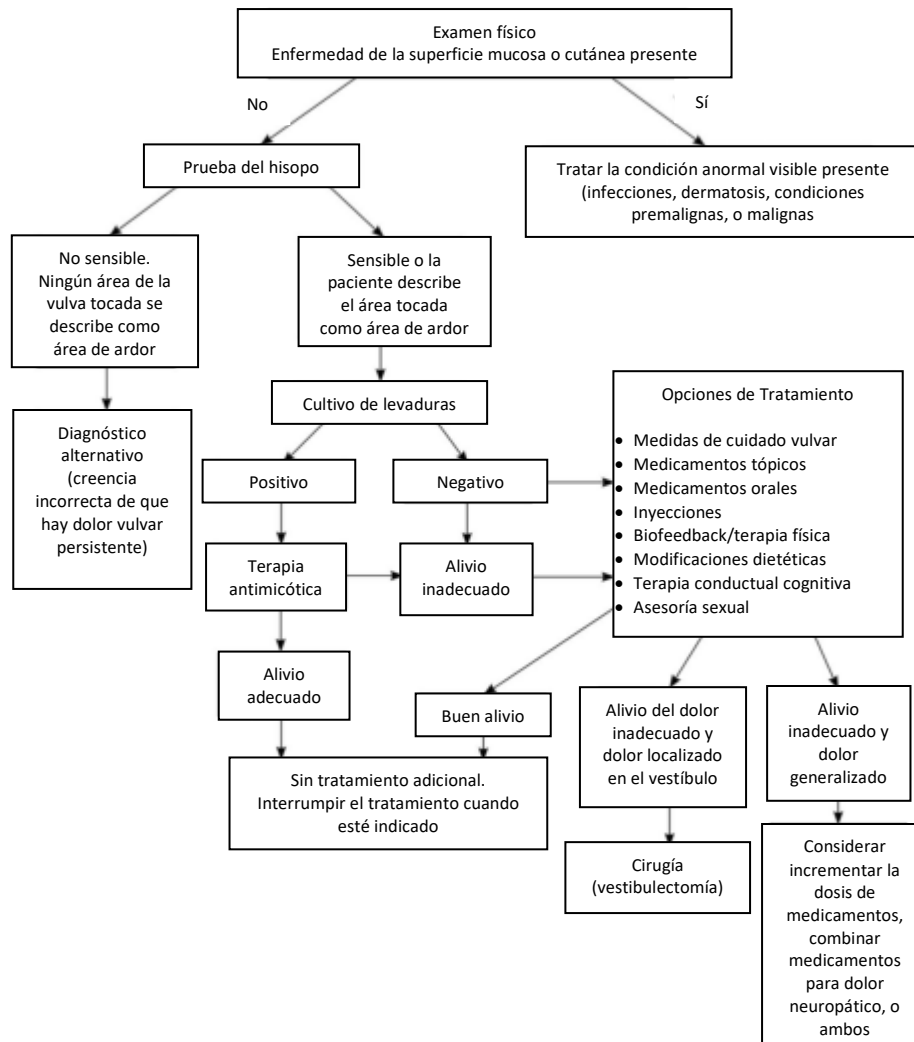


Fig. 1. Algoritmo para el tratamiento del dolor vulvar persistente. Reimpreso con permiso, de *Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e78–84.* (Reprinted and modified from Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. *The vulvodynia guideline. J Low Genit Tract Dis 2005;9(1):40– 51; <http://journals.lww.com/jlgt/d/pages/default.aspx>; and Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia guideline update. J Low Genit Tract Dis 2014;18(2):93–100; <http://journals.lww.com/jlgt/d/pages/default.aspx>.) Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.**

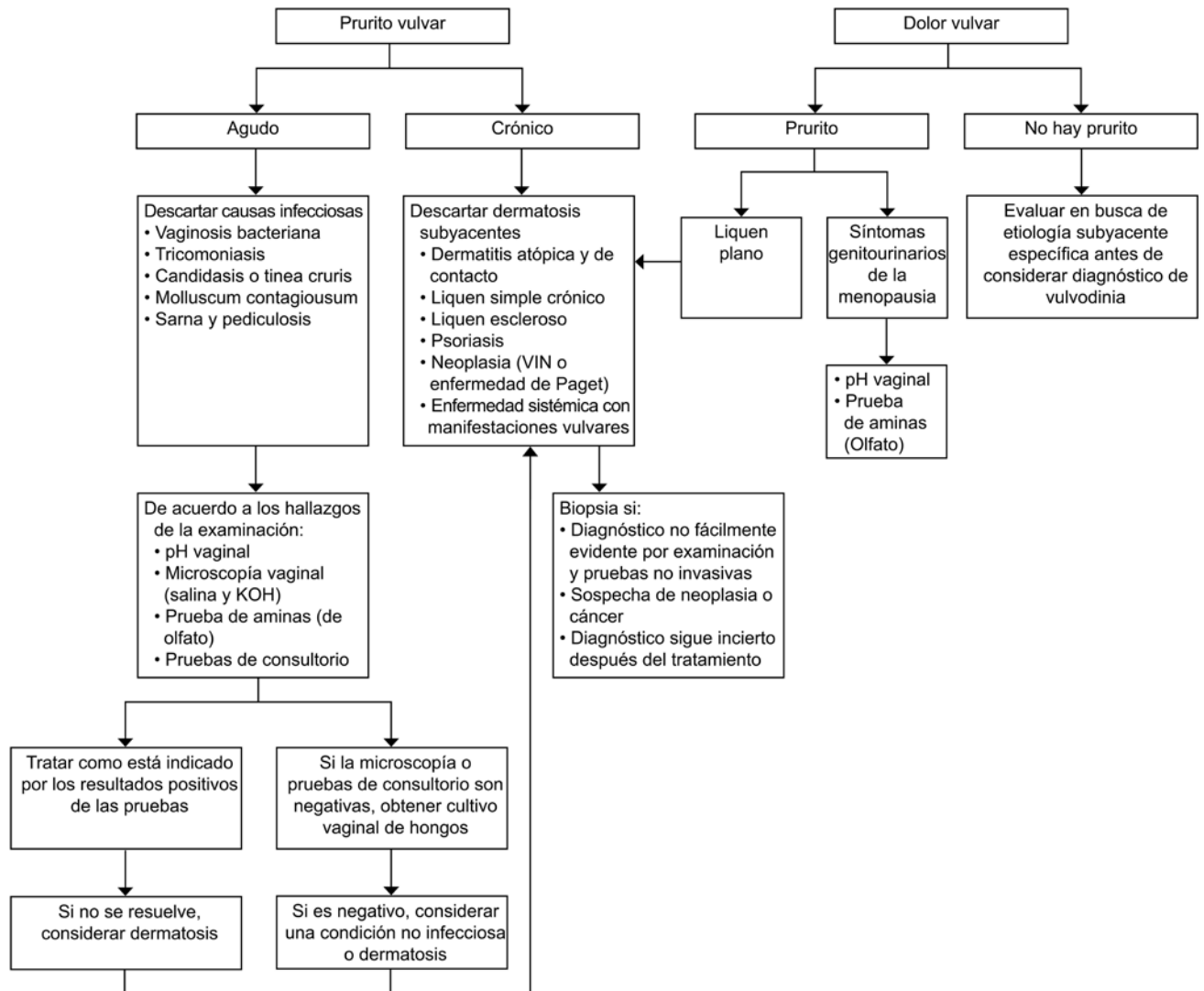


Fig. 2. Algoritmo para las dermatosis vulvares. VIN, neoplasia vulvar intraepitelial; KOH, hidróxido de potasio. Stockdale and Boardman. Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.

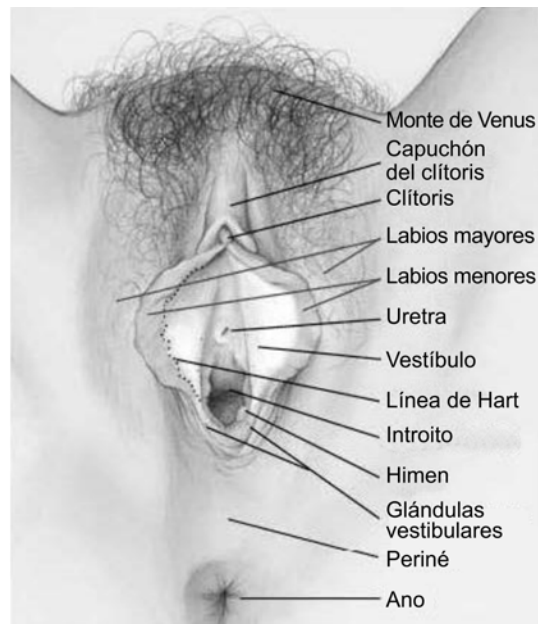


Fig. 3. Anatomía de la vulva normal. Reimpreso de *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. The normal vulva*. Disponible en: <https://3b64we1rtwev2ibv6q12s4ddwengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2016/04/NormalVulva2013-final.pdf>. Descargado el 9 de agosto de 2017. Ilustración por Dawn Danby. Utilizado con permiso. Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol* 2018.



Fig. 4. Prueba del hisopo. Esta prueba inicia en el muslo, seguido de los labios mayores y los surcos interlabiales. Se hacen pruebas en el vestíbulo en las posiciones del reloj a las 2-, 4-, 6-, 8- y 10. Cuando hay dolor, se le pide a la paciente que lo cuantifique como leve, moderado o severo. Reimpreso con permiso, de *Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2016;128:e78–84. (Reprinted from Haefner HK. *Critique of new gynecologic surgical procedures: surgery for vulvar vestibulitis. Clin Obstet Gynecol* 2000;43(3):689–700; <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Pages/default.aspx>.) Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol* 2018.



Fig. 5. Palpación de la porción vulvovaginal del elevador del ano. Esta técnica de evaluación también puede aplicarse como tratamiento, manteniendo la posición de prueba por 30 segundos. Reimpreso con permiso, de *Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e78–84.* (Reprinted from Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol 2003;46(4):773–82*; <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Pages/default.aspx>, con permiso; y Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency frequency-syndrome. *J Urol 2001;166(6):2226–31*, con permiso de Elsevier.) Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.*



Fig. 6. Palpación del músculo obturador interno en estiramiento. Reimpreso con permiso, de *Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e78–84.* (Reprinted from Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol 2003;46(4):773–82*; <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Pages/default.aspx>, con permiso; y Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol 2001;166(6):2226–31*, con permiso de Elsevier.) Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.*

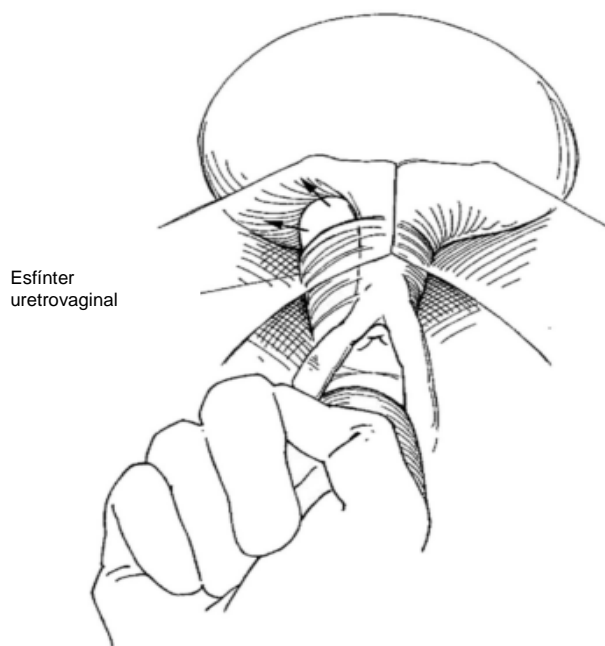


Fig. 7. Palpación del esfínter uretrovaginal. Reimpreso con permiso, de *Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e78–84.* (Reprinted from Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol 2003;46(4):773–82*; <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Pages/default.aspx>, con permiso; y Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol 2001;166(6):2226–31*, con permiso de Elsevier.)
Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.*

Tabla 1. Ungüentos Corticosteroides Tópicos *

Clasificación	Nombre Genérico
Clase I: Potencia ultra alta	Propionato de clobetasol 0.05% Propionato de halobetasol 0.05% Dipropionato de betametasona 0.05%
Clase II: Potencia alta	Fluocinonida 0.05% Acetónido de triamcinolona 0.5%
Clase III–V: Potencia media	Desoximetasona 0.05% Butirato de hidrocortisona 0.1% Valerato de hidrocortisona 0.2% Furoato de mometasona 0.1% Acetónido de triamcinolona 0.025%, 0.1%
Clase VI: Potencia baja	Desonida 0.05% Prednicarbato 0.05%
Clase VII: Potencia muy baja	Hidrocortisona 1%, 2.5%

* Se recomiendan ungüentos en lugar de formulaciones en crema porque los ungüentos no contienen alcohol ni conservadores.
Modificado con permiso, de Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. *J Midwifery Womens Health 2012;57:260–75*; y Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician 2009;79:135–40*. Ference JD y Last AR citan una fuente adicional de datos: *Facts and comparisons 4.0*. Disponible en: <http://www.factsandcomparisons.com>. Descargado el 10 de febrero de 2008.

Tabla 2. Comparación de Dermatitis Vulvares Comunes

	Dermatitis de contacto	Liquen Simple Crónico	Liquen Escleroso	Liquen Plano	Psoriasis
Presentación	Afecta todas las edades; comezón o ardor agudo o crónico	Principalmente en la vida adulta media a tardía, aunque puede afectar en todas las edades; prurito crónico ("comezón-rascado-comezón")	Niñas prepúberes y mujeres posmenopáusicas; irritación crónica por prurito, dispareunia	Principalmente afecta mujeres perimenopáusicas y menopáusicas; ardor erosivo mucocutáneo crónico, dispareunia	Puede comenzar a cualquier edad; pico de aparición 30s y 50-70 años; prurito crónico; a menudo mal diagnosticada como candidiasis cutánea o tiña
Características de la lesión	Deficientemente demarcada, varios grados de eritema	Varios grados de eritema, descamación, y placas liquenificadas; puede haber excoiación por rascarse	Piel de "pañuelo de papel", placas adelgazadas, blanqueadas, y arrugadas; fenómeno de Köbner, dermatosis cicatricial; pérdida de la arquitectura vulvar	Erosiones bien demarcadas; las estrias de Wickham son patognomónicas, dermatosis cicatricial; pérdida de la arquitectura vulvovaginal (puede afectar la boca y vagina)	Placas rosadas bien delimitadas; escamas típicas de la psoriasis extragenital a menudo no vistas con afectación genital como resultado de la humedad, fenómeno de Köbner
Biopsia	Biopsia si el diagnóstico es incierto	Biopsia si el diagnóstico es incierto	Considerar biopsia para confirmar diagnóstico	Considerar biopsia para confirmar diagnóstico	Considerar biopsia para confirmar diagnóstico
Histopatología	Espongiosis leve, necrosis de células epidérmicas, infiltración neutrofílica de la epidermis	Acantosis irregular hiperqueratosis, paraqueratosis, infiltrado perivascular superficial	Patrón inflamatorio liquenoide, hiperqueratosis, adelgazamiento con pérdida de las crestas interpapilares	Patrón de reacción liquenoide, unión dermoepidérmica con infiltrado linfocítico, hiperplasia epidérmica irregular	Acantosis regular, paraqueratosis, hiperplasia psoriasiforme
Mejor tratamiento	Retirar agentes ofensivos, precaución con esteroides tópicos (antiinflamatorios): pueden contener sustancias irritantes	Retirar agentes ofensivos, esteroides tópicos (antiinflamatorios), se pueden considerar esteroides sistémicos para evitar incitar la "comezón-rascado" con la aplicación	Esteroides tópicos (largo plazo; individualizar mantenimiento óptimo para la paciente)	Esteroides tópicos (curso gradual de aumento y disminución)	Esteroides tópicos (potencia de baja a media)

Liquen Simple Crónico

El liquen simple crónico (Fig. 8) es generalmente una enfermedad inflamatoria crónica no cicatricial de la piel, caracterizada por prurito intenso. En las clínicas especializadas en la vulva, el liquen simple crónico representa 10–35% de las pacientes evaluadas, con estimaciones que sugieren una prevalencia de aproximadamente 0.5% en los Estados Unidos.¹²

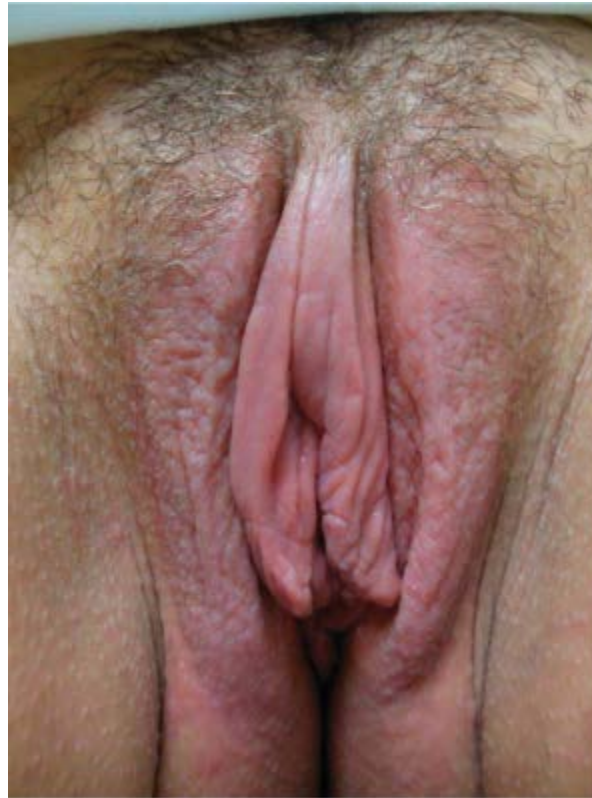


Fig. 8. Liquen simple crónico. © Diane Elas. Utilizado con permiso. Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol* 2018.

Clínicamente, el liquen simple crónico aparece como placas eritematosas liquenificadas que pueden tener o no descamación o excoriación asociadas.¹ Los cambios en la piel pueden incluir áreas engrosadas y curtidas, así como hiperpigmentadas o hipopigmentadas como resultado de una enfermedad de larga evolución.^{3,12} Además, el rascado crónico puede provocar erosiones y úlceras.³ Se deben considerar los cultivos de hongos vaginales para evaluar la coexistencia de candidiasis vulvovaginal. La biopsia no es necesaria a menos que exista sospecha de una dermatosis o proceso de enfermedad subyacente o que la paciente no responda al tratamiento.¹²

El tratamiento requiere un abordaje con objetivos múltiples para el control óptimo de los síntomas que incluya: eliminación del factor o factores desencadenantes, reparación de la función de barrera de la piel, reducción de la inflamación e interrupción del ciclo de comezón-rascado.^{3,12,13} Todas las áreas deben atenderse simultáneamente. Se debe fomentar y reforzar la atención a la higiene vulvar y evitar irritantes, así como favorecer la protección de barrera (ej., vaselina, ungüento de óxido de zinc). Los corticosteroides tópicos en ungüento, generalmente de moderada a alta potencia, se usan para reducir la inflamación asociada; los esteroides sistémicos pueden ser necesarios para el liquen crónico simple severo (ej., 40–80 mg de triamcinolona intramuscularmente).¹⁴ La interrupción del ciclo de comezón-rascado puede requerir una combinación de medicamentos con antihistamínicos (ej., 10–25 mg de hidroxizina) o sedantes (ej., 25 mg de amitriptilina), así como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (p. ej., citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina) para tratar la comezón, tanto nocturna como diurna.¹² Como con la mayoría de las dermatosis, el liquen simple crónico es una enfermedad crónica y, como tal, la clave para un manejo exitoso es tratar las afecciones subyacentes, evitar los factores desencadenantes y dar terapia de combinación concomitante, así como tratamiento de infecciones bacterianas y micóticas secundarias.

Liquen escleroso

El liquen escleroso (Fig. 9) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta principalmente las áreas genital y anal con lesiones extragenitales reportadas en hasta 18.7% de 396 mujeres con afectación anogenital.¹⁵ Aunque el liquen escleroso puede afectar a cualquier grupo de edad, tiene clásicamente una distribución bimodal, iniciando típicamente de la quinta a la sexta década, con una segunda edad pico en las niñas prepúberes. La prevalencia de liquen escleroso sigue siendo incierta; las estimaciones oscilan desde 1 en cada 32 mujeres examinadas en un pequeño estudio de residencias de ancianos, hasta 1 en cada 300 y 1 en cada 1,000 en una clínica de dermatología.¹⁶⁻¹⁸ Aunque el liquen escleroso está asociado a enfermedades autoinmunes (ej., disfunción tiroidea, vitiligo, diabetes mellitus), la etiología no es clara.^{3,10,16,19,20}



Fig. 9. Liquen escleroso. © Diane Elas. Utilizado con permiso. Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol* 2018.

Las pacientes con liquen escleroso reportan con mayor frecuencia prurito, seguido de irritación, ardor, dispareunia y desgarró.³ Sin embargo, el liquen escleroso puede ser asintomático y no reconocido. En el examen, las lesiones de liquen escleroso aparecen como pápulas y placas blancas, que pueden tener púrpura asociado. Adicionalmente, es común que se presente piel adelgazada, arrugada y blanca (a la que frecuentemente se hace referencia como "pañuelo de papel") y es patognomónica de liquen escleroso.³ Es bien conocido el fenómeno de Köbner, es decir, desarrollo de lesiones después de trauma, incluyendo rascarse. Aunque el liquen escleroso generalmente excluye la mucosa (dentro de la línea de Hart), puede ocurrir estrechamiento del introito como resultado del compromiso de la unión mucocutánea.¹⁶ La afectación del área que incluye la vulva superior y el tejido perianal, puede crear la forma clásica de figura en ocho o reloj de arena. Otros hallazgos incluyen involución de los labios menores, fimosis del capuchón del clítoris y fisuras.³ Se recomienda una biopsia en mujeres adultas para confirmar el diagnóstico, especialmente cuando el diagnóstico clínico es incierto, cuando existe sospecha de malignidad o cuando el tratamiento recomendado falla.^{10,15,19-21} También se puede necesitar una biopsia para diferenciar áreas de hiperpigmentación desigual y para descartar melanoma y otras neoplasias.¹⁶ Aunque la serología no es útil para el diagnóstico de liquen escleroso, dada su asociación con trastornos autoinmunes, debe considerarse una breve evaluación que incluya pruebas de función tiroidea y examinación en busca de vitiligo y alopecia areata.^{16,22}

El tratamiento estándar para el liquen escleroso siguen siendo los corticosteroides tópicos (ej., propionato de clobetasol).^{20,23} Aunque los corticosteroides tópicos menos potentes son efectivos cuando se usan de manera consistente, la aplicación tópica de testosterona y progesterona no debe utilizarse en el tratamiento del liquen escleroso.^{20,21,23} La testosterona tópica no es tan efectiva como el propionato de clobetasol y no es mejor que el placebo.²³ De forma similar, la crema tópica de progesterona al 2% no fue superior al placebo.²³ El uso de esteroides tópicos para el manejo del liquen escleroso se basa en evidencia limitada de cohorte y clínica, con recomendaciones para aplicar

inicialmente ungüento de clobetasol al 0.05% dos veces al día durante 1 mes, luego reducir a una vez al día durante 2 meses, seguido de una aplicación menos frecuente (una a dos veces por semana) o uso de corticosteroides de menor potencia para mantenimiento a largo plazo.²⁴ Aunque existe preocupación con respecto al uso de corticosteroides tópicos a largo plazo, los estudios que utilizaron un esteroide tópico moderado o ultrapotente para la terapia de mantenimiento a largo plazo del liquen escleroso vulvar no dieron como resultado cambios inducidos por esteroides ni infección secundaria.²⁵

La literatura reciente respalda el uso de un régimen de mantenimiento continuo para el control óptimo del liquen escleroso (ej., aplicación dos veces por semana ya sea de un esteroide ultrapotente o el uso diario de uno de intensidad moderada).^{20,21,24} La meta del tratamiento debe basarse en la normalización del color y la textura de la piel más que en el corticosteroide tópico específico utilizado.²¹ Inicialmente, se recomienda el monitoreo a los 3 y 6 meses para evaluar la respuesta a la terapia y garantizar la aplicación adecuada del medicamento.³ Entre las pacientes que están bien controladas, el seguimiento debe hacerse a intervalos de 6 a 12 meses. Para las mujeres con enfermedad deficientemente controlada, se recomiendan visitas más frecuentes;^{3,16} en esta población también se pueden considerar las inyecciones intralesionales de esteroides.^{3,25} Aunque no existen estudios controlados aleatorios en los cuales basar las recomendaciones para este tipo de inyecciones de esteroides, el uso de 0.1 ml de triamcinolona (10 mg diluidos en 1 ml) con solución salina normal (solución de 10 mg/ml) inyectada intralesionalmente en cada centímetro de área (e inyectando no más de 40 mg de triamcinolona total) constituye un manejo razonable.

Los pimecrolimus y tacrolimus tópicos son inhibidores de la calcineurina con efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios; por lo general, su uso se reserva para pacientes que no responden a los corticosteroides tópicos o cuando existe preocupación por atrofia cutánea o dermatitis esteroidea.^{20,24} Los inhibidores de la calcineurina actúan inhibiendo la actividad de la fosfatasa de la calcineurina con la consiguiente disminución de la proliferación y activación de células T. De manera similar al uso de los corticosteroides tópicos, los inhibidores tópicos de la calcineurina se pueden aplicar con moderación al área afectada comenzando por una o dos veces al día y reduciendo la frecuencia de aplicación para el mantenimiento a largo plazo. Las revisiones recientes confirman que el propionato de clobetasol, aunque es superior en la reducción de la inflamación, se comporta de manera similar al pimecrolimus para reducir el prurito, ardor o síntomas de dolor.^{20,23} Aunque se carece de evidencia respecto al uso tópico de tacrolimus y cáncer, se recomienda asesoría y documentación, dada la advertencia de recuadro negro de la FDA de 2006 que señala la falta de información de seguridad a largo plazo.²⁰ En estudios pequeños no controlados, otras terapias útiles que se pueden considerar para tratar el liquen escleroso que no responde a los esteroides tópicos dependiendo de las circunstancias individuales incluyen retinoides orales y tópicos, inyecciones de esteroides, ciclosporina oral, metotrexato, hidroxiurea, oxatomida tópica y fototerapia.^{16,20} Además, se ha descrito el uso de trasplantes de células madre, plasma rico en plaquetas y crema de lisado de fibroblastos humanos, pero se necesita una mayor evaluación.¹³ A pesar de las preocupaciones con respecto a las manifestaciones cutáneas de la enfermedad de injerto contra huésped después del uso del trasplante de células madre hematopoyéticas, el uso clínico y estudios limitados han descrito mejoría de los síntomas y signos del liquen escleroso después del uso de la terapia con células madre autólogas y plasma rico en plaquetas.²⁶⁻²⁹ La efectividad de estas terapias se atribuye a factores de crecimiento y su estimulación de curación de heridas y crecimiento de tejido saludable.²⁷⁻²⁹ De forma similar, se ha mostrado que la crema de lisado de fibroblastos humanos contiene citoquinas antiinflamatorias y factores de crecimiento cicatrizantes de heridas.³⁰ Sin embargo, un pequeño estudio aleatorio controlado con placebo encontró que la crema de lisado de fibroblastos humanos no fue mejor que el placebo. Finalmente, la cirugía se debe reservar para el tratamiento de casos de malignidad y cambios postinflamatorios (incluyendo estenosis del introito y liberación de adherencias labiales).^{3,16,20,24}

Puede ser necesaria una investigación y remisión con un especialista cuando existen comorbilidades de vejiga, intestino y comorbilidades relacionadas con dolor, así como dificultades sexuales, para el tratamiento exitoso del liquen escleroso. Las afecciones reportadas por las pacientes entre 308 mujeres atendidas en una clínica de vulva con liquen escleroso incluyeron dolor vulvar (83.1%), disfunción tiroidea (33.1%), estreñimiento (32.5%), incontinencia urinaria de esfuerzo

(27.9%), síndrome de intestino irritable (19.5%), trastorno de la articulación temporomaxilar (13.0%) y fibromialgia (9.1%).³¹

Durante la orientación a la paciente, es importante subrayar que el liquen escleroso es una condición crónica, pero que el manejo a largo plazo es posible. La terapia de mantenimiento y el seguimiento de rutina son necesarios para un control óptimo. El uso de esteroides tópicos a largo plazo ha mostrado ser un manejo seguro y efectivo del liquen escleroso.²⁴ Las metas del tratamiento incluyen controlar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. Se debe utilizar un umbral bajo para tomar biopsias de lesiones nuevas o persistentes, incluyendo áreas hiperqueratósicas, hiperpigmentadas o erosivas para excluir neoplasia intraepitelial o cáncer invasivo.³ Aparentemente las mujeres con liquen escleroso tienen un riesgo de 4-5% de desarrollar cáncer vulvar.^{21,24} Además, existe una asociación con la neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, precursora de carcinoma de células escamosas relacionado con el virus del papiloma no humano.³² Aproximadamente 60% del cáncer vulvar de células escamosas no está relacionado con el virus del papiloma humano; más bien, parece estar asociado con las dermatosis inflamatorias (ej., liquen escleroso) y tiene un alto riesgo de transformación maligna.³² La evidencia reciente sugiere que el tratamiento temprano del liquen escleroso con un buen cumplimiento del uso de regímenes de corticosteroides tópicos individualizados para lograr una normalidad objetiva del color y la textura de la piel evita las cicatrices y reduce el riesgo de carcinoma de células escamosas asociado.^{19,21}

Liquen Plano

El liquen plano (Fig. 10) es un trastorno inflamatorio mucocutáneo que presenta una amplia gama de apariencias. La evidencia sugiere que el liquen plano es un trastorno autoinmune con una patogénesis mediada por células T.¹⁶ Aunque a menudo se diagnostica erróneamente, la forma más común pero más difícil de tratar es el liquen plano erosivo, que puede provocar cicatrices y dolor significativos.³ Se ha estimado que la prevalencia del liquen plano genital afecta 1-2% de la población general de EE. UU.³³ De las mujeres con liquen plano oral (Fig. 11), hasta el 75% también tienen afectación genital.³⁴ El liquen plano mucoso con mayor frecuencia afecta la boca, la vulva y la vagina; ocasionalmente puede afectar otros sitios de la mucosa, incluyendo la conjuntiva y el conducto lagrimal, el esófago superior y el ano, produciendo cicatrices si no se reconoce y no se trata.^{16,33,35} Por tanto, el liquen plano es una enfermedad multiorgánica y puede provocar síntomas de desgarro ocular, pérdida de la audición, odinofagia, disfagia, alimentación dolorosa, defecación dolorosa y disuria, así como disminución del chorro urinario.¹³

El liquen plano de la membrana mucosa se presenta clásicamente con estrías blancas, reticuladas, en encaje o similares a helechos (estrías de Wickham) adyacentes al epitelio eritematoso. El liquen plano puede ser difícil de distinguir del liquen escleroso cuando presenta una apariencia blanca uniforme.³ En contraste con las pápulas purpúreas brillantes pruriginosas clásicas, las lesiones genitales presentan color rosa oscuro sin escamas aparentes y menos demarcadas que en otras áreas del cuerpo. Los labios menores y el clítoris pueden remitir y casi desaparecer. Las pacientes con liquen plano vaginal pueden presentar secreción vaginal copiosa como resultado de vaginitis descamativa.^{13,33} Además de la inflamación vaginal crónica puede observarse ulceración, sangrado y cicatrices.³⁴ Las superficies erosionadas pueden adherirse, dando como resultado sinequias y coaptación del espacio vaginal con el tiempo.³⁶ Por tanto, los síntomas incluyen dispareunia, ardor, flujo vaginal y hemorragia poscoital.^{16,37} Las mujeres son asintomáticas en contadas ocasiones.¹⁰

Los recientes criterios diagnósticos consensuados para el liquen plano erosivo incluyen al menos tres de los siguientes signos y síntomas: dolor o ardor, cicatrices, borde hiperqueratósico o estrías de Wickham, afectación adicional de la mucosa, introito vaginal con cambios erosivos bien demarcados, inflamación vaginal, infiltrado en banda en la unión dermoepidérmica, predominio de linfocitos y presencia de degeneración basal.³⁸ Sin embargo, a menudo se necesitan biopsias para confirmar el diagnóstico porque las erosiones se pueden observar en condiciones neoplásicas, así como en enfermedades ampollosas autoinmunes.^{10,13,15}



Fig. 10. Liquen plano vulvar erosivo. © Diane Elas. Utilizado con permiso. *Stockdale and Boardman. Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.*



Fig. 11. Liquen plano oral. © Diane Elas. Utilizado con permiso. *Stockdale and Boardman. Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol 2018.*

El liquen plano tiene diversas variantes clínicas, que incluyen liquen plano vulvar y vaginal erosivo y liquen plano mucocutáneo. No está claro si estas variantes representan una única etiología subyacente o tienen condiciones similares asociadas. Sin embargo, entre las mujeres con liquen plano vulvovaginal erosivo, hasta 70% también tienen enfermedad oral.³⁹ Por tanto, se debe realizar evaluación y tratamiento de la enfermedad oral en mujeres con liquen plano vulvovaginal erosivo y viceversa. La remisión a un odontólogo o a un dermatólogo puede estar justificada si existe una enfermedad oral o si la paciente presenta síntomas y el profesional de la salud no está familiarizado con la examinación de la mucosa oral. A pesar de otras asociaciones observadas en la literatura, que incluyen hepatitis B y C entre mujeres mediterráneas y asiáticas, cirrosis biliar primaria y trastornos autoinmunes (ej., vitiligo, anemia perniciosa, alopecia areata y enfermedad tiroidea), existe una falta de recomendaciones respecto a la detección en mujeres asintomáticas.^{13,40,41}

Las opciones de tratamiento para el liquen plano se basan en gran medida en la opinión experta y la experiencia clínica con corticosteroides tópicos utilizados comúnmente para el tratamiento inicial del liquen plano genital.^{10,15,35} Al igual que para el liquen escleroso, los inhibidores de la calcineurina generalmente se reservan para la enfermedad resistente a los esteroides. La utilización tópica tanto de corticosteroides como de inhibidores de la calcineurina se basa en la descrita

previamente para el liquen escleroso. Otros tratamientos con resultados inconsistentes que incluyen corticosteroides sistémicos, adalimumab, azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, dapsona, etanercept, griseofulvina, hidroxicloloroquina, minociclina combinada con nicotinamida, micofenolato mofetilo, metotrexato, retinoides orales y talidomida han sido probados con resultados variados y a menudo decepcionantes.^{15,16,35} El uso de agentes inmunosupresores y citotóxicos sistémicos se limita para la enfermedad refractaria severa debido a sus efectos secundarios adversos.¹⁶

Las pacientes con liquen plano vaginal también deben considerar los esteroides intravaginales y la dilatación vaginal para evitar la formación de cicatrices. Se pueden insertar supositorios de acetato de hidrocortisona de 25 mg por vía intravaginal para el tratamiento de la afección vaginal, iniciando todas las noches y luego reduciéndolo a una dosificación menos frecuente según sea necesario (ej., 1-5 noches por semana) como terapia de mantenimiento.^{10,33} Para una enfermedad más extensa, puede ser necesario combinar insertos de hidrocortisona de dosis alta (ej., insertos de 100 ó 200 mg/g).^{10,33} Se pueden presentar cicatrices vaginales, sinequias u obliteración completa que deberán evaluarse y atenderse en las mujeres para mantener la permeabilidad vaginal y la función sexual. Es posible utilizar dilatadores vaginales para tratar y prevenir las adherencias vaginales que se presentan como resultado de la coaptación de la mucosa inflamada. El dilatador se recubre con un ungüento de corticosteroides o crema vaginal de estrógeno y se usa en un programa de disminución comenzando con aplicación diaria o cada tercer día y reduciendo la frecuencia según la respuesta.¹⁶ Se puede requerir cirugía para restaurar la bóveda vaginal y usar dilatadores vaginales y terapia de esteroides intravaginales de alta dosis postoperatoriamente.¹⁵ Adicionalmente, es importante educar a las pacientes para que no se automediquen con fármacos de venta libre cuando sospechen de infección por hongos, ya que pueden provocar irritación y empeoramiento general de los síntomas.³³

El liquen plano es una enfermedad crónica con un curso creciente y decreciente.^{10,15,36,37} Al igual que con el liquen escleroso, las recomendaciones sugieren que a las mujeres con liquen plano se les dé seguimiento a intervalos más frecuentes, considerando la biopsia para excluir malignidad si no están llevando un buen control.¹⁶ Se debe considerar la necesidad de un equipo multidisciplinario de tratamiento a largo plazo para proporcionar apoyo emocional y dar acompañamiento respecto a la disfunción sexual.¹⁰

Psoriasis

La psoriasis (Fig. 12) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta aproximadamente al 2% de la población general.^{13,38,42} Aunque la psoriasis genital aislada ocurre en 2-5% de las pacientes con psoriasis, a menudo se pasa por alto.^{13,42} Mientras que la psoriasis tiene un inicio bimodal con picos en la tercera y sexta década, la psoriasis vulvar ocurre en pacientes de todas las edades.³⁸



Fig. 12. Psoriasis. © Colleen Stockdale. Utilizado con permiso. Stockdale and Boardman. Vulvar Dermatoses. *Obstet Gynecol* 2018.

La psoriasis se presenta con placas rosadas bien demarcadas que pueden extenderse a la piel perianal. A diferencia de la psoriasis localizada en otra parte, las escamas plateadas clásicas están ausentes como resultado del ambiente húmedo de los genitales externos.^{13,42} La identificación de placas en cualquier otra parte del cuerpo puede ayudar a confirmar el diagnóstico; los sitios clásicos incluyen los codos, las rodillas, la hendidura de los glúteos, las placas ungueales y el cuero cabelludo.¹³ Al igual que con el liquen simple crónico, el ciclo de comezón-rascado perpetúa la inflamación. Además, los fenómenos de Köbner pueden ser incitados por el rascado y el trauma asociado, como se observa con el liquen escleroso.^{42,43} Aunque la psoriasis generalmente es un diagnóstico clínico, se debe considerar la biopsia cuando el diagnóstico es incierto, incluyendo la sospecha de neoplasia.

Al igual que la mayoría de las dermatosis vulvares inflamatorias, el tratamiento se basa en series de casos y evidencia anecdótica. Además, al igual que otras dermatosis, la psoriasis requiere un tratamiento a largo plazo incluyendo esteroides tópicos. Los esteroides tópicos de potencia baja a media y los agentes “ahorradores” o adyuvantes de esteroides a menudo se usan en combinación para minimizar la inflamación. Los tratamientos de segunda línea incluyen emolientes, preparaciones de alquitrán de hulla, análogos tópicos de vitamina D, pramoxina, e inhibidores de la calcineurina.^{13,42,43} La psoriasis vulvar severa puede requerir terapia sistémica como metotrexato, retinoides orales o agentes biológicos.^{38,43} También se ha reportado el uso de fototerapia.⁴³

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS DE LA MENOPAUSIA, ANTERIORMENTE DENOMINADOS "ATROFIA VULVAR"

Las estimaciones indican que una de cada dos mujeres posmenopáusicas experimentará resequeadad vulvovaginal, irritación y dispareunia, así como problemas del tracto urinario inferior.⁴⁴ La aparición de los síntomas puede ocurrir mucho después de que otros síntomas menopáusicos, como los bochornos, se resuelvan.³ Además, las mujeres perimenopáusicas pueden experimentar síntomas de irritación y resequeadad vulvar.⁴⁵ También es importante señalar que 10-25% de las pacientes que usan terapia hormonal sistémica pueden experimentar síntomas de atrofia urogenital a pesar de la mejoría en otros síntomas de deficiencia de estrógenos.⁴⁴

El tejido vulvar se vuelve delgado, pálido y cada vez más sensible a irritantes a medida que las mujeres se acercan a la menopausia (Fig.13).^{44,46} Además, una reducción de las secreciones vaginales y la alcalinización del pH vaginal contribuyen a la alteración de la flora vaginal.⁴⁷ El área anogenital se vuelve progresivamente más susceptible a irritantes químicos, trauma y sobrecrecimiento bacteriano.⁴⁶



Fig. 13. Atrofia. © Diane Elas. Utilizado con permiso.
Stockdale and Boardman. *Vulvar Dermatoses. Obstet Gynecol* 2018.

Las mujeres presentan síntomas variables que van desde resequedad hasta ardor severo, dispareunia y eritema con fisuras del vestíbulo junto con una secreción purulenta no infecciosa. El diagnóstico se hace de acuerdo a los hallazgos clínicos de atrofia, incluyendo pH vaginal elevado (mayor de 5.0). Aunque puede existir una vaginosis bacteriana coexistente, la prueba de aminas (mediante olfato) es negativa en el contexto de cambios atróficos aislados.³

Si bien la mayoría de las mujeres no busca ayuda, los síntomas asociados a la atrofia afectan hasta al 50% de las mujeres menopáusicas que probablemente no mejorarán sin tratamiento.^{36,40,44,48} El inicio de la terapia depende de los factores coexistentes de la paciente, severidad de los síntomas y preferencias de la mujer. Las opciones de manejo incluyen estrategias de modificación del estilo de vida (incluyendo evitar irritantes de contacto) y el uso de humectantes vaginales, así como de preparaciones de estradiol vaginal de baja dosis. El ospemifeno (un modulador selectivo de los receptores de estrógeno) y la dehidroepiandrosterona intravaginal también se pueden considerar para el tratamiento de la dispareunia moderada a severa.⁴⁹

Se sabe que mantener relaciones sexuales vaginales regulares así como la masturbación brindan protección contra la atrofia urogenital.⁵⁰ Se encontró que los humectantes vaginales no hormonales, como Replens, pero no los lubricantes vaginales, tienen efectos similares a la terapia hormonal local en estudios prospectivos aleatorios muy pequeños.^{45,51} Sin embargo, el uso de un lubricante durante la actividad sexual ayuda a disminuir la irritación. El estrógeno vaginal en cremas, tabletas y anillo vaginal liberador de estradiol es más efectivo que el estrógeno oral sistémico en el alivio de los síntomas de atrofia genital.⁴⁸ Típicamente, las formulaciones de estrógenos vaginales se administran una vez al día por 1-2 semanas y luego se usan dos veces a la semana para terapia de mantenimiento. De acuerdo a la evidencia disponible, se desconoce si las mujeres que reciben terapia con estrógenos tópicos a largo plazo (más allá de 1 año) requieren o no una terapia profiláctica con progesterona.⁴⁸

El ospemifeno es el único modulador selectivo de los receptores de estrógeno aprobado por la FDA para la dispareunia moderada a severa. Para algunas mujeres, la ventaja es la dosificación oral. Las precauciones son similares a las descritas para otros moduladores selectivos de los receptores de estrógeno y estrógenos.⁴⁸ En 2016, la FDA aprobó el uso de dehidroepiandrosterona al 0.5% como supositorio vaginal diario para el tratamiento de la dispareunia en los casos de atrofia genital resultante de la menopausia.⁴⁹ Al igual que con otras opciones hormonales, no se recomienda la dehidroepiandrosterona como agente de primera línea debido a los problemas relacionados con el uso en mujeres con casos de malignidad sensible a los estrógenos.

SEGUIMIENTO

En la mayoría de las pacientes es posible controlar la enfermedad en 3-4 meses; el manejo a largo plazo debe reforzarse e individualizarse para cada paciente con el fin de optimizar los resultados.¹⁶ Además de un umbral bajo para la biopsia o la repetición de la misma si la paciente no está respondiendo al tratamiento, es importante volver a examinarla para detectar infecciones secundarias, otras afecciones subyacentes de la piel, y posibles efectos secundarios del tratamiento mismo, así como para aclarar la manera en que la mujer está aplicando el tratamiento recomendado (incluyendo la demostración por parte de la paciente sobre el sitio en que está aplicando los tratamientos). En general, las pacientes bien controladas deben ser vistas para seguimiento cada 6-12 meses porque las dermatosis vulvares requieren un manejo a largo plazo.

Se debe considerar la derivación o consulta y manejo conjunto con un dermatólogo o un vulvólogo con experiencia cuando el diagnóstico siga siendo incierto y en mujeres con dermatosis vulvares deficientemente controladas, incluyendo síntomas reincidentes.

REFERENCIAS

1. Ozalp SS, Telli E, Yalcin OT, Oge T, Karakas N. Vulval pruritus: the experience of gynaecologists revealed by biopsy. *J Obstet Gynaecol* 2015;35:53–6.
2. Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center or vulvovaginal disorders in 1996–2000. *J Reprod Med* 2002;47:854–60.
3. Diagnosis and management of vulvar skin disorders. ACOG Practice Bulletin No. 93. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2008;111:1243–53.
4. Margesson LJ. Contact dermatitis of the vulva. *Dermatol Ther* 2004;17:20–7.
5. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129–33.
6. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale C, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016;127:745–51.
7. Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e78–84.
8. Vaginitis. Practice Bulletin No. 72. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;107:1195–206.
9. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64:1–137.
10. Thorstensen KA, Birenbaum DL. Recognition and management of vulvar dermatologic conditions: lichen sclerosus, lichen planus, and lichen simplex chronicus. *J Midwifery Womens Health* 2012;57:260–75.
11. Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. *Am Fam Physician* 2009;79:135–40.
12. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther* 2004;17:8–19.
13. Guerrero A, Venkatesan A. Inflammatory vulvar dermatoses. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:464–75.
14. Crone AM, Stewart EJC, Wojnarowska F, Powell SM. Aetiological factors in vulvar dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:181–6.
15. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:946–58.
16. Schlosser BJ, Mirowski GW. Lichen sclerosus and lichen planus in women and girls. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:125–42.
17. Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosus in a general gynecology practice. *J Reprod Med* 2005;50:477–80.
18. Leibovitz A, Kaplun VV, Saposhnicov N, Habet B. Vulvovaginal examinations in elderly nursing home women residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2000;31:1–4.

19. Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol* 2013;14:27–47.
20. Kirtschig G, Becker K, Gunthert A, Jasaitene D, Cooper S, Chi CC, et al. Evidence-based (S3) guideline on (anogenital) lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:e1–43.
21. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA Dermatol* 2015;151:1061–7.
22. Lynch PJ, Edwards L. Treatment of lichen sclerosus. In: *Genital dermatology*. New York (NY): Churchill Livingstone; 1994. p. 158.
23. Chi C, Kirtschig G, Baldo M, Lewis F, Wang S, Wojnarowska F. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *Acad Dermatol* 2012;67:305–12.
24. Saunders NA, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosus in the elderly pathophysiology and treatment update. *Drugs Aging* 2009;26:803–12.
25. Dalziel KL, Wojnarowska F. Long-term control of vulval lichen sclerosus after treatment with a potent topical steroid cream. *J Reprod Med* 1993;38:25–7.
26. Weinberg JL, Rosenbach M, Kim EJ, Kovarik CL. Lichen sclerosus et atrophicus-like graft-versus-host disease post stem cell transplant. *Dermatol Online J* 2009;15:4.
27. Giuseppina Onesti M, Carella S, Ceccarelli S, Marchese C, Scuderi N. The use of human adipose-derived stem cells in the treatment of physiological and pathological vulvar dystrophies. *Stem Cells Int* 2016;2016:2561461.
28. Goldstein AT, King M, Runels C, Gloth M, Pfau R. Intradermal injection of autologous platelet-rich plasma for the treatment of vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol* 2017;76:158–60.
29. Behnia-Willison F, Pour NR, Mohamadi B, Willison N, Rock M, Holten IW, et al. Use of platelet-rich plasma for vulvovaginal autoimmune conditions like lichen sclerosus. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016;4:e1124.
30. Goldstein AT, Burrows LJ, Belkin ZR, Pfau R, Bremmer M, Goldfinger C, et al. Safety and efficacy of human fibroblast lysate cream for vulvar lichen sclerosus: a randomized placebo-controlled trial. *Acta Derm Venereol* 2015;95:847–9.
31. Berger MB, Damico NJ, Menees SB, Feener DE, Haefner HK. Rates of self-reported urinary, gastrointestinal and pain comorbidities in women with vulvar lichen sclerosus. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16:285–9.
32. Bigby SM, Eva LJ, Fong KL, Jones RW. The natural history of vulvar intraepithelial neoplasia, differentiated type: evidence for progression and diagnostic challenges. *Int J Gynecol Pathol* 2016;35:574–84.
33. Zendell K. Genital lichen planus: update on diagnosis and treatment. *Semin Cutan Med Surg* 2015;34:182–6.

34. Andreassi L, Bilenchi R. Non-infectious inflammatory genital lesions. *Clin Dermatol* 2014;32:307–14.
35. Lewis FM, Bogliatto F. Erosive vulval lichen planus—a diagnosis not to be missed: a clinical review. *Eur J Obstet Gynecol* 2013;171:214–9.
36. Moyal-Barracco M, Edwards L. Diagnosis and therapy of anogenital lichen planus. *Dermatol Ther* 2004;17:38–46.
37. Kennedy CM, Galask RP. Erosive vulvar lichen planus: retrospective review of characteristics and outcomes in 113 patients seen in a vulvar specialty clinic. *J Reprod Med* 2007;52:43–7.
38. Simonetta C, Burns EK, Guo MA. Vulvar dermatoses: a review and update. *Mo Med* 2015;112:301–7.
39. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol* 2006;142:289–94.
40. Kirkschig G, Wakelin SH, Wojnarowska F. Mucosal vulvar lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19:301–7.
41. Powell FC, Rogers RS III, Dickson ER. Primary biliary cirrhosis and lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:540–5.
42. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF, van de Kerkhof PC, van Rossum MM. Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol* 2011;91:5–11.
43. Stull C, Grossman S, Yosipovitch G. Current and emerging therapies for itch management in psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2016;17:617–624.
44. Stockdale CK, Boardman LA. Evaluation and treatment of postmenopausal dyspareunia. *J Clin Outcomes Manag* 2011;18:414–23.
45. Johnston SL, Farrell SA, Bouchard C, Beckerson LA, Comeau M, Lefebvre G, et al. The detection and management of vaginal atrophy [in English, French]. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26:503–15.
46. Summers PR, Hunn H. Unique dermatologic aspects of the postmenopausal vulva. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:745–51.
47. Farage M, Maibach H. Lifetime changes in the vulva and vagina. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273:195–202.
48. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2013;20:888–902.
49. Labrie F, Archer DF, Koltun W, Vachon A, Young D, Frenette L, et al. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *Menopause* 2016;23:243–56.
50. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn D, Swartzman L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 1983;249:2195–8.

51. Nachtigall LE. Comparative study: Replens versus local estrogen in menopausal women. *Fertil Steril* 1994;61:178–80.