



Prevalencia de patologías vulvares en mujeres de 20 a 70 años: un estudio por vulvoscopia

Prevalence of vulvar pathologies in women aged 20 to 70 years: a vulvoscopy study

Jacqueline Matías Ricaño^{*,†} Luis Ramón Pérez Medrano^{*,§}

Citar como: Matías RJ, Pérez MLR. Prevalencia de patologías vulvares en mujeres de 20 a 70 años: un estudio por vulvoscopia. Acta Med GA. 2026; 24 (4): 367-372. <https://dx.doi.org/10.35366/123495>

Resumen

Introducción: las patologías vulvares son motivo frecuente de consulta en el Servicio de Ginecología, ya que aquejan a gran parte de la población de mujeres. La mayoría tienen un comportamiento benigno; sin embargo, algunas dermatosis inflamatorias e infecciosas causadas principalmente por el virus de papiloma humano (VPH) pueden ocasionar lesiones premalignas a nivel vulvar que pueden progresar a una neoplasia. **Objetivo:** determinar la prevalencia y características morfológicas de las patologías vulvares en mujeres de 20 a 70 años, con especial atención a la identificación de los tipos de lesiones más comunes y predominantes según su edad. **Material y métodos:** se revisaron 130 expedientes clínicos, recopilando datos sobre edad y hallazgos vulvoscópicos. **Resultados:** el condiloma acuminado lideró las patologías infecciosas (20.76%), seguido de candidiasis vulvovaginal (13.07%) y molusco contagioso (8.46%). El liquen escleroso predominó en inflamatorias (12.29%). Acanthosis nigricans (6.14%) y lentigo (3.06%) resaltaron en pigmentarias. Acrocordones (8.46%) y queratosis seborreica (4.60%) en tumores benignos. Lesiones benignas fueron 97%; premalignas, 3%. **Conclusión:** este estudio reveló que la edad influye en la patología vulvar: las mujeres en edad fértil son más propensas a infecciones por VPH, mientras que mujeres mayores sufren más patologías inflamatorias. La vulvoscopia es crucial para detectar lesiones tempranas.

Palabras clave: dermatosis inflamatoria, patología infecciosa, alteraciones pigmentarias, tumoraciones benignas, lesiones premalignas.

Abstract

Introduction: vulvar pathologies are a frequent reason for gynecological consultations, since it affects a large part of the female population. Most of them have a benign behavior, however, some inflammatory and infectious dermatoses caused mainly by the human papillomavirus (HPV), can cause premalignant lesions at the vulvar level that progress to neoplasia. **Objective:** to determine the prevalence and morphological characteristics of vulvar pathology in women aged 20 to 70 years, with special attention to the identification of the most common and predominant types of lesions according to their age. **Material and methods:** 130 clinical records were reviewed, collecting data on age and vulvoscopic findings. **Results:** condyloma acuminatum led the infectious pathologies (20.76%), followed by vulvar candidiasis (13.07%) and molluscum contagiosum (8.46%). Lichen sclerosus predominated in inflammatory pathologies (12.29%). Acanthosis nigricans (6.14%) and lentigo (3.06%) were prominent in pigmented lesions. Skin tags (8.46%) and seborrheic keratosis (4.60%) were present in benign tumors. Benign lesions accounted for 97% of the lesions; premalignant lesions were 3%. **Conclusion:** this study revealed that age influences vulvar pathology: women of childbearing age are more prone to HPV infections, while older women suffer more from inflammatory pathology. Vulvoscopy is crucial for detecting early lesions.

Keywords: inflammatory dermatosis, infectious pathology, pigmentary disorders, benign tumors, premalignant lesions.

* Postgrado en Ginecología y Obstetricia, Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México, México.

ORCID:

† 0009-0003-3001-4366

§ 0009-0007-4626-3921

Correspondencia:

Jacqueline Matías Ricaño

Correo electrónico: jacqueline.mr7@hotmail.com

Recibido: 07-04-2025. Aceptado: 29-04-2025.



INTRODUCCIÓN

La vulva es susceptible a una gran variedad de lesiones, que pueden ser benignas, premalignas y predisponer a un potencial maligno.¹

Lesiones pigmentarias

El nevo melanocítico es una mácula de color marrón, homogénea, con bordes definidos y lisa.

La lentiginosis es similar, alcanzando medidas promedio de 2 cm; suele ser más grande, de bordes irregulares y de color más oscuro.

La acantosis nigricans, influenciada por la resistencia a la insulina, muestra una apariencia gruesa, aterciopelada e hiperpigmentada; en la vulvoscofia pueden visualizarse surcos lineales, con puntos de hipopigmentación en la vulva y los pliegues genitocrurales e inguinales; se asocia con enfermedades como diabetes mellitus y obesidad.²

El vitíligo tiene prevalencia de 0.5 a 1% de la población a nivel mundial; es un trastorno de hipopigmentación crónica, autoinmune, que desarrolla máculas blanquecinas de márgenes bien definidos; aparece en los labios mayores y el periné, y suele aumentar de tamaño en semanas a meses por la pérdida de melanocitos epidérmicos en estas áreas.

Constituyen el 10% de las patologías vulvares. Todas son de carácter benigno.³

Patologías inflamatorias vulvares

El liquen simple crónico, una dermatosis que prevalece en el 12% de la población, entre los 30 a 50 años, es una afección cutánea secundaria al rascado continuo; se observan placas liquenificadas y excoriaciones; se vincula en un 75% de los casos a dermatitis de contacto y psoriasis.⁴

El liquen escleroso, con una frecuencia de 13%, provoca un adelgazamiento y blanqueamiento de la piel vulvar, dándole un aspecto arrugado; se presenta en el periodo prepupal y en el perimenopáusico a postmenopáusico.⁵

El liquen plano es una enfermedad autoinmune con una prevalencia del 20 a 25%. Se presenta en diversas formas: la clásica, con pápulas violáceas pruriginosas; la hipertrófica, con placas engrosadas violáceas, y la erosiva, caracterizada por erosiones profundas con eritema, dolor y cicatrices.⁶

La dermatitis de contacto es un diagnóstico común, establecido en el 54% de la población; puede tener dos presentaciones a nivel vulvar: dermatitis alérgica o irritativa. La dermatitis irritativa es un proceso inflamatorio a nivel de la vulva, en la que influyen factores de riesgo como el uso de jabones, toallas, fragancias, óvulos, ungüentos, ropa, papel higiénico, sudoración excesiva, orina, en quienes tienen algún tipo de incontinencia, o la propia menstruación. Estos

agentes generan un eritema que puede ir de leve a severo, así como descamación, fisuras, ulceraciones y excoriaciones; secundariamente se puede agregar una infección, causando dispareunia y trastorno del sueño. El síntoma más frecuente es el prurito, seguido de escozor o vulvodinia.^{7,8}

Los tumores y pseudotumoraciones benignas

La queratosis seborreica es común en personas de mediana edad, con una prevalencia del 30% en menores de 30 años; su prevalencia aumenta con la edad, llegando a 75% a partir de los 70 años. Es una pápula elevada de color marrón, la cual, a medida que crece, da un aspecto verrugoso. Se relaciona con la exposición ultravioleta y la infección por virus del papiloma humano (VPH).

La papilomatosis vestibular es una condición benigna, con prevalencia del 1% en la población, que se descubre incidentalmente por la presencia de papilas de 1 a 2 mm en los labios menores, con consistencia blanda, agrupadas o aisladas, filiformes, linealmente simétricas y del mismo color de la piel (rosadas).⁹

Los acrocordones o fibroma laxo son una lesión benigna que se presenta hasta en un 50% de la población en general, incrementado su frecuencia después de los 50 años. Se ven pequeñas protuberancias o pólipos pequeños de 1 a 6 mm, pero suelen alcanzar tamaños mayores a 5 cm. Son muy comunes en adultos con sobrepeso, diabetes mellitus (DM) o durante el embarazo.

Los quistes sebáceos, de inclusión o epidermoides, son el tipo más frecuente de quiste no embriológico; con una prevalencia del 23%, suelen aparecer por la obstrucción de las glándulas sebáceas. Aunque generalmente son indoloros, pueden causar molestias si se infectan, generando inflamación o incluso abscesos.

El quiste de Bartolino tiene prevalencia en 2 a 3 de cada 100 mujeres; se reporta que el 2% de las mujeres sexualmente activas desarrollan un quiste o absceso de la glándula de Bartolino. Esta lesión es generada por la obstrucción de dicha glándula; la mucosidad producida provoca un crecimiento, causando edema local o difuso. La mayoría suelen ser estériles, y cuando se infectan forman un absceso.¹⁰

Patología infecciosa

El condiloma acuminado se origina por VPH serotipos 6 y 11. Tiene prevalencia en mujeres de 20 a 24 años de edad, alcanzan un 20 a 30% de esta población. Esta patología es responsable de lesiones verrugosas y cánceres en esta región. Clínicamente tiene una morfología como pápula única o múltiple, y suelen aparecer en zonas como vulva, ano, vagina, cuello uterino y pene. Si bien la mayoría son asintomáticas, pueden causar prurito.^{11,12}

El molusco contagioso es una infección causada por poxvirus. Tiene una prevalencia a nivel mundial de 2 a 5%, y afecta con mayor frecuencia a edades pediátricas. Se conocen cuatro genotipos distintos; se vincula con estados de inmunodeficiencia, dermatitis atópica, uso de fómites como esponjas, toallas de baño y piscinas; tiene un periodo de incubación de dos a ocho semanas; se visualiza como pápula de color de la piel con diámetro de 2 a 5 mm, superficie brillante y un centro umbilicado central; aparece en áreas como ingles, labios mayores y monte de venus; se considera una infección de transmisión sexual.^{13,14}

La candidiasis vulvar es una infección causada por las especies *Candida albicans*, *C. glabrata* y *C. tropicalis*; es una de las causas más comunes de prurito y leucorrea, reportada con una frecuencia de 29 a 49%; se manifiesta mayormente en edades reproductivas, siendo menos común en pacientes postmenopáusicas. Clínicamente las pacientes refieren prurito, mientras que a la exploración de vulva se suele observar eritema, pápulas y fisuras; en algunas ocasiones se visualiza descarga vaginal blanquecina, grumosa, adherente, no fétida.^{15,16}

Lesiones escamosas preinvasivas de la vulva

Tienen la característica de presentar atipia celular y progresar a una enfermedad invasora. La prevalencia de

neoplasia intraepitelial vulvar es difícil de determinar; hay estimaciones en las que representa un 38.8% del total de las neoplasias vulvares y un 43.5% de las escamosas; suele ser infradiagnosticado.¹⁷ Los factores de riesgo son tabaquismo, inmunodeficiencias e infección por VPH. Clínicamente corresponde a escozor, prurito vulvar o lesiones elevadas de color blanquecino, café, gris, negro o mácula roja; las lesiones son muy variables y para realizar un diagnóstico definitivo es necesaria la biopsia de la lesión.¹⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

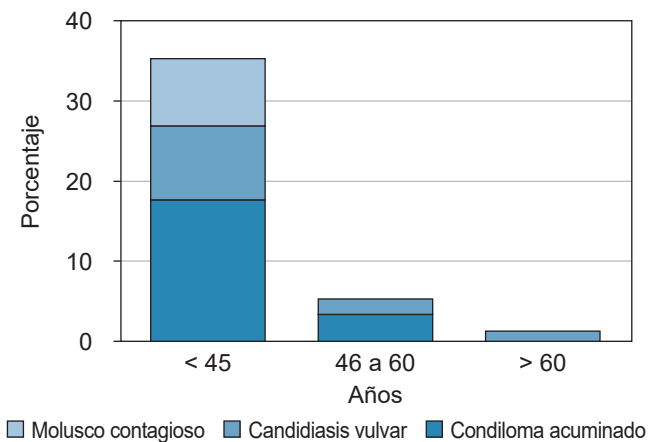
Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se registraron expedientes clínicos de pacientes entre 20 y 70 años que acudieron al Servicio de Ginecología con diagnóstico clínico y patológico de condilomas acuminados, candida vulvar, molusco contagioso, liquen escleroso, liquen simple crónico, dermatosis de contacto, acrocordón, queratosis seborreica, quiste de Bartolino, papilomatosis vestibular, acantosis nigricans, lentigo, nevo melanocítico, vitíligo o lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado. Se obtuvieron la apariencia clínica y ubicación de las lesiones, así como vistas a través de la vulvoscopia de cada lesión utilizando un colposcopio de pedestal. Se revisaron un total de 130 expedientes.

Las variables recolectadas incluyen edad y resultados del examen físico de todas las pacientes que reportaron

Tabla 1: Frecuencia de patologías vulvares en menores de 45 años, de 46 a 60 y mayores de 60.

Patología vulvar	Años			Total n (%)
	< 45 n (%)	46 a 60 n (%)	> 60 n (%)	
Condiloma acuminado	23 (17.69)	4 (3.07)	–	27 (20.76)
Candidiasis vulvovaginal	12 (9.23)	3 (2.30)	2 (1.53)	17 (13.07)
Molusco contagioso	11 (8.46)	–	–	11 (8.46)
Liquen escleroso	2 (1.53)	8 (6.15)	6 (4.61)	16 (12.29)
Liquen simple crónico	2 (1.53)	3 (2.30)	–	5 (3.83)
Dermatosis de contacto	2 (1.53)	7 (5.38)	3 (2.30)	12 (9.21)
Acrocordón	–	7 (5.38)	4 (3.07)	11 (8.46)
Queratosis seborreica	–	2 (1.53)	4 (3.07)	6 (4.60)
Quiste de Bartolino	3 (2.30)	–	–	3 (2.30)
Papilomatosis vestibular	2 (1.53)	–	–	2 (1.53)
Acantosis nigricans	5 (3.84)	3 (2.30)	–	8 (6.14)
Lentigo	–	2 (1.53)	2 (1.53)	4 (3.06)
Nevo melanocítico	–	1 (0.76)	1 (0.76)	2 (1.53)
Vitíligo	–	1 (0.76)	1 (0.76)	2 (1.53)
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	1 (0.76)	1 (0.76)	1 (0.76)	3 (2.30)
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	–	–	1 (0.76)	1 (0.76)
Total	63 (48.40)	42 (32.30)	25 (19.20)	130 (100.00)

Figura 1: Patología vulvar infecciosa.



lesiones en la vulva. Los datos obtenidos se recabaron en una base de datos de Excel.

Finalmente, se realizó una estadística descriptiva representada en tablas de frecuencias y resultados con gráficas de barras utilizando la media como medida de tendencia central.

RESULTADOS

Entre 2022 y 2024, 130 pacientes se presentaron a consulta de ginecología y obstetricia con alguna patología vulvar. La edad media de las pacientes fue de 44.9 años, divididas en tres grupos etarios: 48.4% eran menores de 45 años, 32.3% de 46 a 60 años, y 19.2% mayores de 60 años. Las patologías vulvares analizadas fueron condiloma acuminado, candidiasis vulvovaginal, liquen escleroso, dermatitis de contacto, acrocordón, molusco contagioso, acantosis nigricans, queratosis seborreica, liquen simple crónico, lentigo, quiste de Bartolino, nevo melanocítico, papilomatosis vestibular, vitiligo y lesión escamosa intraepitelial de alto y bajo grado (Tabla 1).

El condiloma acuminado fue la patología más prevalente, con 20.76% de la población de estudio, de los cuales 17.69% correspondía a edad fértil (menores de 45 años). En varios casos se observó una pápula única de color rosado y marrón; en otros se evidenciaron conglomerados de esas pápulas en labios mayores, menores y clítoris con extensión a la región perianal; las pacientes con mayor extensión fueron en área genital y anal.

La candidiasis vulvar fue la segunda causa de patología infecciosa, con 13.83% de la población; 9.23% fueron pacientes en edad de 20 a 45 años, mientras que 2.30% comprende una edad mayor a 45 años y 1.53% se presentó en edades mayores a 60 años. La gran mayoría manifestaron prurito y leucorrea blanquecina, predominando a

nivel del introito y los surco interlabiales; en otras ocasiones acompañado de eritema (Figura 1).

El molusco contagioso tuvo una prevalencia de 8.46%. Todas la pacientes con este padecimiento tenían una edad menor de 45 años, sexualmente activas. Se visualizó como pápula única en seis de los casos, y el resto presentó diversas áreas de extensión en labios mayores, región inguinal, sínfisis del pubis y glúteos.

En cuanto a la patología inflamatoria de vulva, el liquen escleroso se observó en 6.15% en pacientes de 46 a 60 años de edad, en 4.61% en pacientes mayores de 60 años y en 1.53% en menores de 45 años. Se observaron zonas de hipopigmentación alrededor de la vulva y zona perianal, con adelgazamiento de la piel; cuatro pacientes presentaron fusión de los labios mayores con los menores, las cuales también referían prurito intenso.

Se documentó dermatitis de contacto en 5.38% en edades de 46 a 60 años, 2.30% en mayores a 60 años y 1.5% en menores de 45 años. Estas pacientes refirieron prurito, seguido de escozor en labios mayores, menores y en periné. En la gran mayoría se encontró eritema y fisuras, sintomatología posterior al contacto con jabones no especiales en vulva, toallas sanitarias, pantiprotectores, que recibían tratamientos con imiquimod para condilomas acuminados o pacientes con datos de atrofia vulvar con prescripción de estrógenos conjugados de aplicación tópica (Figura 2).

El liquen simple crónico se presentó en 2.30% en edades de 46 a 60 años, de los cuales 1.53% corresponde a pacientes en edad menor a 45 años. Se identificaron placas eritematosas de la cara interna de labios mayores, además de engrosamiento en piel.

Los acrocordones predominaron en los grupos etarios de 46 a 60 años, con 5.38%, y 3.07% en pacientes con edad mayor a 60 años. Se percibieron lesiones péndulas de color rosa y café (Figura 3).

Figura 2: Patología inflamatoria de la vulva.

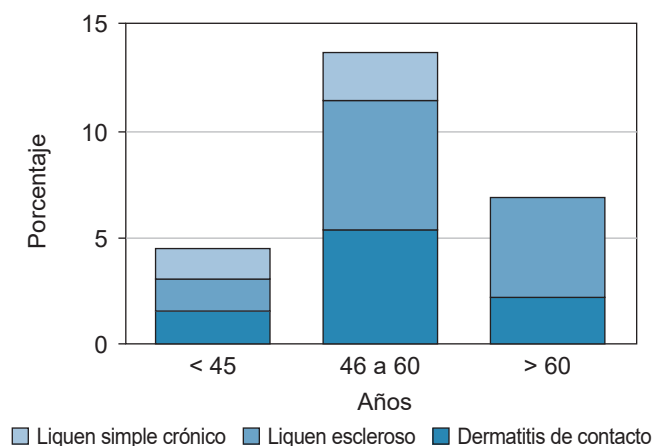
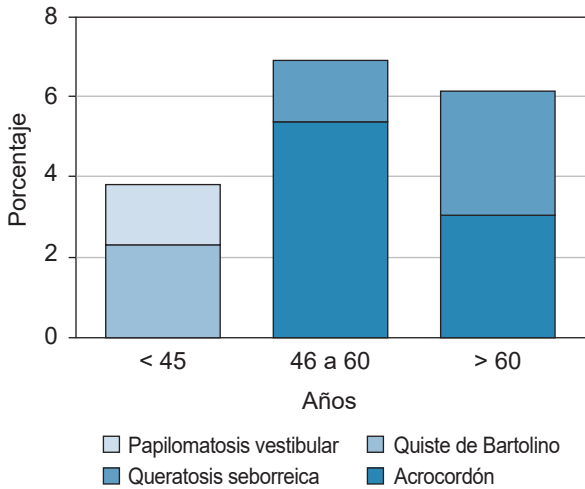


Figura 3: Tumoraciones benignas de la vulva.



La queratosis seborreica tuvo una prevalencia de 3.07% en personas mayores a 60 años y 1.53% en mujeres entre 46 a 60 años. Se observa un aumento con el paso de la edad; se caracteriza como pápula única de color marrón y negro.

El quiste de Bartolino tuvo una prevalencia de 2.30% en mujeres menores de 45 años. En estos casos sólo se visualizó el compromiso de una sola glándula de Bartolino, con dimensiones menores a 3 cm, no complicado.

La papilomatosis vestibular sólo se observó en mujeres de edades fértiles, menores a 45 años, reportando una prevalencia de 1.53%.

La acantosis nigricans se observó en 3.84% en pacientes menores a 45 años y 2.30% en el rango de 46 a 60 años. Se observó en placas hiperpigmentadas a nivel de labios mayores y región inguinocrural (Figura 4).

El lentigo se reportó con una prevalencia de 1.53% en edades de 46 a 60 años y en mayores de 60 años. Se mostró como mácula, asimétrica, homogénea, de color marrón, con dimensiones variables de 10 a 18 mm.

El nevo melanocítico tuvo una prevalencia baja en nuestra población, representando 0.76% a partir de los 46 a 60 años y después de los 60 años. Se presentó como una lesión maculopapulosa ovalada de color marrón menor a 1 cm.

El vitíligo tuvo una prevalencia similar al nevo, con 0.76% en mayores de 60 años y de 46 a 60 años. Se observó una mácula extensa hipopigmentada que abarcaba ambos labios mayores con extensión en monte de venus, además de pérdida de melanina en vello púbico.

En cuatro de las pacientes se identificaron lesiones pre-malignas con estudio histopatológico, 0.76% de cada grupo etario. En una paciente se documentó una lesión ulcerosa en la vulva persistente por más de dos meses; en dos de ellas una pápula de color grisácea y rosada, siendo positiva para neopla-

sia intraepitelial de bajo grado, y en el 0.76% correspondiente a mayores de 60 años, se describió una úlcera única en el labio menor de la cara interna. El estudio de patología reportó neoplasia intraepitelial de alto grado (Figura 5).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una clara asociación entre la edad y la prevalencia de ciertas patologías a nivel vulvar. Se observó que las mujeres en edad fértil (menores de 45 años, representando 48.4% de la población estudiada), son más susceptibles a infecciones, particularmente al virus del papiloma humano (VPH), con una prevalencia de 17.69%, manifestado como condilomas acuminados.^{1,6} Este hallazgo es consistente con la literatura existente, que indica que las mujeres jóvenes son más propensas a infecciones de transmisión sexual debido a prácticas sexuales de riesgo. La alta incidencia de VPH en este grupo etario subraya la importancia de la detección temprana y la vacunación para prevenir complicaciones a largo plazo como el cáncer cervical.^{3,6}

La dermatosis inflamatoria vulvar predominó en mujeres mayores de 46 a 60 años, con el liquen escleroso como la condición más frecuente, con 6.15%, seguido de dermatosis de contacto, con 2.30%. Esta observación es relevante debido a la asociación del liquen escleroso. Se asocia a carcinoma de células escamosas, con una incidencia de malignidad de 5%.³

El hallazgo de lesiones premalignas en 3% de las pacientes subraya la importancia de la detección temprana y el seguimiento cuidadoso de las lesiones vulvares persistentes. La presentación clínica varía desde úlceras persistentes hasta pápulas grisáceas o rosadas, resaltando la necesidad de un examen clínico exhaustivo y la confirmación histopatológica para un diagnóstico preciso; es de importancia

Figura 4: Alteraciones de la pigmentación vulvar.

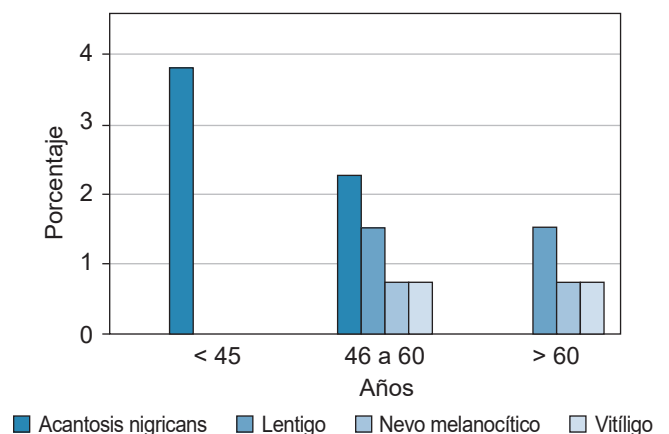
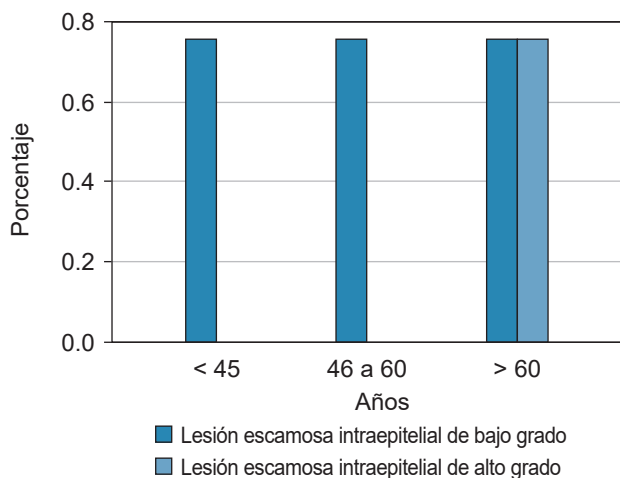


Figura 5: Dermatitis vulvar premaligna.

considerar la edad como un factor de riesgo de progresión. Por lo tanto, es crucial realizar un seguimiento cuidadoso y un tratamiento optimizado en estas pacientes para prevenir el avance a malignidad.¹⁷

CONCLUSIONES

Nuestros datos confirman la utilidad de la vulvoscopia como herramienta diagnóstica en la práctica clínica diaria. La detección temprana de lesiones precancerosas y cancerosas a través de esta técnica permite implementar estrategias de prevención.

Este estudio aporta nuevos datos sobre la prevalencia y el perfil clínico de las patologías vulvares. Los resultados obtenidos revelan una compleja interacción entre factores de riesgo y características individuales que influyen en la presentación de estas enfermedades. Estos hallazgos enfatizan la importancia de un enfoque multifactorial en la evaluación y el manejo de las pacientes.

En conclusión, los resultados de este estudio destacan la importancia de considerar la edad como un factor relevante en la presentación y el manejo de las patologías vulvares. Se necesitan más investigaciones para confirmar estos hallazgos y mejorar la atención de las mujeres con estas condiciones.

REFERENCIAS

1. Miranda F, Howard I. The vulva physiology and clinical management. 2nd ed. California: CRC Press; 2017. pp. 1-337.

2. Dassanayake AS, Kasturiratne A, Niriella MA, Kalubovila U, Rajindrajith S, de Silva AP et al. Prevalence of acanthosis nigricans in an urban population in Sri Lanka and its utility to detect metabolic syndrome. *BMC Res Notes*. 2011; 4: 25.
3. Madhani N, Khan K, Chaturvedi N. Atlas of vulvovaginal disease in darker skin types. Boca Raton (FL): CRC Press; 2023. pp. 1-203.
4. Corazza M, Borghi A, Minghetti S, Toni G, Virgili A. Effectiveness of silk fabric underwear as an adjuvant tool in the management of vulvar lichen simplex chronicus: results of a double-blind randomized controlled trial. *Menopause*. 2015; 22 (8): 850-856.
5. Cenk H, Ozcan H, Sahin N. Complication of lichen sclerosis. *Med Sci*. 2017; 6: 128-130.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224. *Obstet Gynecol*. 2020; 136 (1): e1-e14.
7. Guerrero A, Venkatesan A. Inflammatory vulvar dermatoses. *Clin Obstet Gynecol*. 2015; 58 (3): 464-475.
8. Woodruff CM, Trivedi MK, Botto N, Kornik R. Allergic contact dermatitis of the vulva. *Dermatitis*. 2018; 29 (5): 233-243.
9. Seong SH, Jung JH, Kwon DI, Lee KH, Park JB, Baek JW et al. Dermoscopic findings of genital keratotic lesions: Bowenoid papulosis, seborrheic keratosis, and condyloma acuminatum. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2021; 36: 102448.
10. Sally R, Shaw KS, Pomeranz MK. Benign "lumps and bumps" of the vulva: A review. *Int J Womens Dermatol*. 2021; 7 (4): 383-390.
11. Muñoz-Santos C, Pigem R, Alsina M. New treatments for human papillomavirus infection. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104 (10): 883-889.
12. Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y et al. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sex Transm Infect*. 2008; 84 (3): 161-166.
13. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 54 (1): 47-54.
14. Eichenfield LF, Siegfried E, Kwong P, McBride M, Rieger J, Glover D et al. Pooled results of two randomized phase III trials evaluating VP-102, a drug-device combination product containing cantharidin 0.7% (w/v) for the treatment of molluscum contagiosum. *Am J Clin Dermatol*. 2021; 22 (2): 257-265.
15. Foxman B, Muraglia R, Dietz JP, Sobel JD, Wagner J. Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey. *J Low Genit Tract Dis*. 2013; 17 (3): 340-345.
16. Verma SB, Panda S, Nenoff P, Singal A, Rudramurthy SM, Uhrlass S et al. The unprecedented epidemic-like scenario of dermatophytosis in India: I. Epidemiology, risk factors and clinical features. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2021; 87 (2): 154-175.
17. Ramírez M, del Pino M, de la Fuente J, Bosch JM, Buendía J. Lesiones preinvasivas de la vulva. Barcelona: AEPC; 2024.
18. Gamsizkan Z, Kantarcioglu S, Erdemir G, Yavuzcan A. Blood cell indices in high-grade squamous intraepithelial lesions. *Med Sci*. 2022; 11: 820-824.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx