

# Prurito vulvar: un desafío dermatológico

## Pruritus Vulvae: A Dermatologic Challenge

José Manuel Ríos Yuil<sup>1</sup>, Manuel Ríos Castro<sup>2</sup>, Emma Yuil de Ríos<sup>3</sup>, Patricia Mercadillo Pérez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Dermatólogo, dermatopatólogo, inmunólogo, parasitólogo, micólogo; Clínica Hospital San Fernando (Policlínica Norte) y Caja de Seguro Social de Panamá; Profesor de Dermatología, Universidad. de Panamá, Universidad Latina de Panamá y Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; Delegado adjunto por Panamá, Colegio Iberoamericano de Dermatología (CILAD); Coordinador, Capítulo de Dermatólogos Jóvenes, del CILAD

<sup>2</sup> Dermatólogo, Clínica Hospital San Fernando (Policlínica Norte) y Caja de Seguro Social de Panamá; Vicepresidente, Asociación Panameña de Dermatología

<sup>3</sup> Dermatóloga, Clínica Hospital San Fernando (Policlínica Norte) y Caja de Seguro Social de Panamá; Directora adjunta, Programa de Asistencia Médica y Educativa, Colegio Iberoamericano de Dermatología

<sup>4</sup> Dermatóloga, dermatopatóloga, jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"; Profesora de Dermatología y Dermatopatología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

### RESUMEN

El prurito vulvar es una condición muy frecuente que afecta, significativamente, el bienestar psicológico y sexual de las mujeres. Más que una enfermedad, es un síntoma que debe investigarse para desenmascarar la causa subyacente. Casi siempre es producto de dermatosis que afectan la vulva, pero también hay múltiples enfermedades sistémicas que pueden desencadenarlo.

**PALABRAS CLAVE:** Vulva, prurito vulvar

### ABSTRACT

*Pruritus vulvae* is a fairly common condition with significant repercussions on the psychological and sexual well-being of women. It is a symptom rather than a disease, thus the cause should always be investigated. It is mostly due to vulvar skin disorders; however, many systemic entities may precipitate *pruritus vulvae*.

**KEYWORDS:** Vulva, pruritus vulvae

### Introducción

Las particularidades de la vulva le vuelven susceptible de condiciones que causan prurito. Se trata de una zona anatómica única porque se encuentra en la unión de los tractos urinario, genital y gastrointestinal, e incluye áreas de piel pilosa, glabra y mucosa.<sup>1,2</sup> Factores propios de la región, como calor, humedad y fricción pueden complicar múltiples condiciones cutáneas debido a que crean un efecto oclusivo, el cual acentúa la acción de los irritantes y la absorción de medicamentos como los corticoides tópicos.<sup>1-4</sup> Otro aspecto que complica el diagnóstico y manejo de las enfermedades de la vulva es que la humedad y el calor minimizan la presencia de escamas hallazgo que, en otras topografías, contribuye al diagnóstico diferencial de múltiples dermatosis.<sup>1,4</sup>

El prurito vulvar es una condición muy frecuente que las pacientes suelen interpretar como mala higiene o infección micótica y en consecuencia, adoptan agresivas medidas de higiene y se automedican con cremas de venta libre.<sup>1,3</sup> El resultado es una demora en la búsqueda de atención médica y agravamiento del prurito por irritación

de la vulva.<sup>1</sup> El prurito vulvar afecta significativamente el bienestar psicológico y sexual de las mujeres. De hecho, quienes sufren de este padecimiento, suelen alcanzar puntajes elevados en las escalas de depresión, presentan más problemas psicológicos de otra índole y tienen menor satisfacción sexual.<sup>5</sup>

### Etiología

El prurito vulvar es un síntoma, no una enfermedad, por lo que siempre debe buscarse la causa subyacente.<sup>1,2</sup> Las fibras nerviosas C no mielinizadas son las causantes del prurito y la histamina es el principal mediador periférico. Sin embargo, serotonina, prostaglandinas, opioides endógenos y neuropéptidos tienen una función importante. Se ha demostrado que el prurito inducido por histamina activa áreas motoras centrales vinculadas con el acto de rascado, lo que propicia el ciclo prurito-rascado.<sup>2,6</sup> Aunque, en la mayoría de los casos, el prurito es consecuencia de dermatosis que afectan la vulva, hay múltiples enfermedades sistémicas que pueden desencadenar el prurito vulvar.<sup>2,3</sup>

### CORRESPONDENCIA

Dr. José Manuel Ríos Yuil ■ jmriosyuil@hotmail.com  
Teléfono: (507)-305-6351

Para fines prácticos, la entidad se clasifica en aguda y crónica. El prurito agudo inicia súbitamente y suele ser secundario a infecciones o dermatitis por contacto irritativa, entre otras causas (Figura 1). En el prurito agudo es posible identificar la etiología, de modo que el tratamiento específico conduce a la resolución de los síntomas. Si el cuadro no remite por completo luego del tratamiento administrado, deberán considerarse las causas de prurito crónico (Figura 1), que es una entidad de inicio gradual.<sup>6,7</sup>

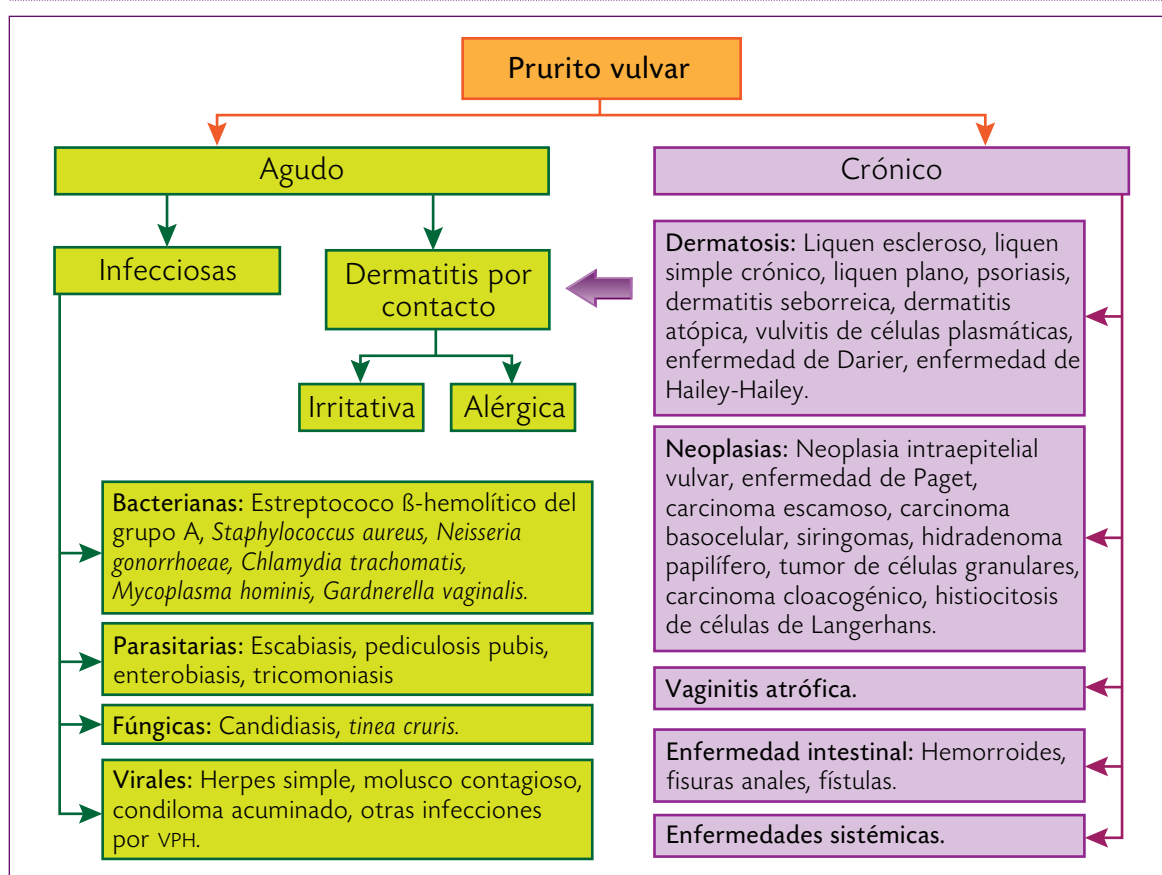
Para establecer la etiología del prurito vulvar, es importante considerar la edad de la paciente:

a. *Etapa prepuberal*: En este periodo, las concentraciones de estrógenos son muy bajas, por lo que la piel de la vulva es muy delgada, susceptible a traumatismos y la irritación de orina, heces, productos para el aseo personal y agentes tópicos.<sup>2</sup> Entre tanto, la dermatitis atópica altera la barrera cutánea, favoreciendo el efecto de los irritantes. Es por ello que, en este grupo etario, la dermatitis atópica y la dermatitis por contacto irritativa (consecuencia de una higiene inadecuada

o excesiva) son las principales causas de prurito vulvar,<sup>2,8</sup> mientras que la dermatitis por contacto alérgica es menos frecuente.<sup>2</sup> Si bien las concentraciones bajas de estrógeno protegen a estas pacientes del desarrollo de candidiasis vulvovaginal, en ocasiones desarrollan infecciones por estreptococo beta hemolítico del grupo A.<sup>2,3,6,8</sup> Otras causas de prurito vulvar en el periodo prepuberal incluyen dermatosis como liquen escleroso, psoriasis, penfigoide ampolloso y penfigoide cicatrizal.<sup>2,8-13</sup>

b. *Menarquia a menopausia*: Este grupo etario abarca la mayoría de las pacientes con prurito vulvar. El aumento en las concentraciones de estrógeno y, en particular, la gestación, incrementa el riesgo de desarrollar candidiasis vulvovaginal.<sup>2,6,8,14</sup> Además, la menarquia introduce cambios en las prácticas higiénicas, como el uso de toallas sanitarias o tampones, lo que puede ser una fuente de irritación. La dermatitis por contacto irritativa y con menos frecuencia, la dermatitis por contacto alérgica, son muy comunes en este grupo etario, con una incidencia aproximada de 20-30%.<sup>2,7,14</sup> La dermati-

Figura 1. Etiología del prurito vulvar



tis por contacto irritativa se produce por daño directo de la sustancia irritante, mientras que la dermatitis por contacto alérgica es una reacción de hipersensibilidad. Las principales fuentes de irritación son: sudoración retenida, uso de ropa ajustada, sentarse mucho tiempo, limpieza excesiva, rasurado, depilación y coito. También hay otros agentes que pueden ser tanto irritantes como alérgenos: fluidos corporales (orina, heces, semen, saliva), jabones y detergentes, suavizantes y tintes de ropa, cremas de manos, desinfectantes y antisépticos, productos con fragancias (papel higiénico, espermicidas, aerosoles para la higiene íntima), lubricantes, duchas, toallas sanitarias y tampones, condones, barnices de uñas y múltiples preparaciones tópicas medicamentosas.<sup>2,6-8,14</sup> Entre los medicamentos tópicos más alérgicos destacan los anestésicos (benzocaína, lidocaína), antibacterianos (neomicina, clorhexidina, aceite de árbol de té), antifúngicos, conservadores (etilendiamina, parabenos, propilenglicol, clorocresol, lanolina), anticonceptivos (espermicidas), antihistamínicos y hormonales.<sup>8</sup>

En este grupo también son comunes las infecciones de transmisión sexual y de ellas, las que más frecuentemente causan prurito vulvar son *pediculosis pubis*, escabiasis, tricomoniasis, gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis*.<sup>1,2</sup> La vaginosis bacteriana –un desequilibrio de la flora vaginal– produce una secreción que puede ocasionar prurito vulvar. Las enfermedades causadas por virus (condiloma acuminado, molusco contagioso o herpes genital) también pueden causar prurito.<sup>1,6</sup>

Otras dermatosis potencialmente pruriginosas son *tinea cruris*, dermatitis seborreica, psoriasis, liquen plano, liquen escleroso, vulvitis de células plasmáticas, enfermedad de Fox-Fordyce y dermatitis autoinmune por progesterona.<sup>1,2,6,8,10,14-17</sup>

Por último, el prurito en este grupo etario puede indicar la presencia de una enfermedad neoplásica como neoplasia intraepitelial vulvar, enfermedad de Paget extramamaria, carcinoma basocelular, carcinoma cloacogénico multicéntrico, hidradenoma papilífero y síringomas, entre otras.<sup>1,2,6,14,18,19</sup>

- c. *Lactancia*: Es una condición especial, porque induce un estado hipoestrogénico transitorio que ocasiona cuadros de prurito similares a la postmenopausia.<sup>2</sup>

A veces no es posible identificar la causa del prurito,<sup>5,6,14</sup> lo que obliga a la paciente a un rascado continuo que deriva en el desarrollo de liquen simple crónico, dermatosis muy pruriginosa que, a su vez, perpetúa el ciclo de prurito-rascado. El liquen simple crónico también puede ocurrir como fenómeno secundario a cualquiera

de las dermatosis pruriginosas antes mencionadas y en esos casos, debe describirse como liquenificación.<sup>6,14,20</sup>

- d. *Postmenopausia*: Las bajas concentraciones de estrógeno hacen que la vulva sea más vulnerable a irritantes y traumatismos por actividades hasta entonces habituales, como el coito. También disminuyen las secreciones vaginales y aumenta el pH, provocando un mayor riesgo de infecciones. Las principales causas de prurito vulvar en este grupo etario incluyen vulvovaginitis atrófica, liquen escleroso y neoplasias.<sup>2</sup> Las enfermedades ampollares, especialmente penfigoide ampollar, pueden afectar la vulva y ocasionar prurito.<sup>14</sup>

### Cuadro clínico

A continuación se mencionan las características clínicas de las principales dermatosis que pueden producir prurito vulvar:

#### a. *Dermatosis infecciosas*

- *Fúngicas*: La candidiasis vulvovaginal es la infección fúngica más frecuente. Se caracteriza por prurito, ardor, disuria, dispareunia y presencia de eritema vulvar, asociado a una secreción vaginal similar al queso cottage.<sup>1,2,6,8,14</sup> También pueden observarse placas eritematosas, foliculitis y lesiones satélites. Las tiñas afectan principalmente ingles, glúteos y pubis, y se manifiestan como placas con bordes elevados, policíclicos y eritematosos.<sup>6</sup>
- *Bacterianas*: La infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A afecta niñas prepúberes y se caracteriza por prurito, eritema y edema de vulva.<sup>1,2,6</sup> De la misma forma, *Staphylococcus aureus* puede producir foliculitis o infectar secundariamente las zonas excoriadas.<sup>3,6</sup> La vaginosis bacteriana no produce lesiones en la vulva; sin embargo, su característico flujo vaginal claro, blanco-grisáceo y maloliente puede irritar la vulva y ocasionar prurito.<sup>6,14</sup>
- *Parasitarias*: Tricomoniasis ocasiona prurito y eritema de la vulva, así como ardor, disuria, polaquiuria, dispareunia y un flujo vaginal gris-verdoso, espumoso y purulento.<sup>6,14</sup> *Pediculosis pubis* es causada por *Phthirus pubis*, frecuentemente encontrado junto con sus liendres en el vello púbico. La escabiasis es producida por *Sarcoptes scabiei* y su lesión característica, el túnel, también puede observarse en la vulva, aunque menos frecuentemente que en otras topografías. Tanto escabiasis como *pediculosis pubis* son muy pruriginosas, por lo que es común hallar múltiples excoriaciones, áreas impetiginizadas y liquenificadas en la vulva.<sup>2,6</sup>

- *Virales*: La vulvovaginitis herpética puede ser pruriginosa, aunque se asocia, más frecuentemente, con ardor, dolor, disuria y dispareunia. Se caracteriza por la presencia de vesículas agrupadas que, al romperse, causan exulceraciones que se cubren de costras y curan sin dejar cicatriz.<sup>1,6,14</sup> El molusco contagioso y los condilomas acuminados (causados por el virus del molusco y el virus del papiloma humano, respectivamente) suelen ser asintomáticos, si bien pueden ocasionar prurito vulvar.<sup>1,6</sup>

b. *Dermatosis no infecciosas*

- *Dermatitis por contacto*: La dermatitis por contacto irritativa produce prurito y ardor luego del contacto agudo con un irritante; se manifiesta como eritema vulvar con o sin edema. La dermatitis por contacto alérgica es intensamente pruriginosa y también puede causar ardor, pero se caracteriza por cuadros recurrentes de eritema, edema y ocasionalmente, vesículas, exulceraciones y fisuras vulvares.<sup>1,6,7,14</sup>
- *Liquen escleroso*: Muy pruriginoso. Se caracteriza por la aparición bilateral de pápulas poligonales y placas blanquecinas (Figura 2), piel adelgazada con aspecto de papel de cigarrillo, y esclerosis del introito y de la región perianal (reloj de arena). Puede haber fisuras y ampollas. Al progresar la enfermedad, los labios menores desaparecen, el clítoris queda atrapado, y hay estenosis del introito y dispareunia.<sup>1,6,8,9,14</sup>
- *Liquen plano*: El liquen plano es intensamente pruriginoso. La forma erosiva afecta el epitelio no queratinizado de la vulva; se acompaña de ardor, dispareunia y sangrado postcoital, y se destaca por la presencia erosiones con estrías de Wickham y placas blanquecinas. La forma pápulo-escamosa consiste de placas de bordes mal limitados, de color rosado a marrón, en tanto que la variedad hipertrófica produce pápulas y placas cubiertas con escama gruesa.<sup>1,2,6,14</sup>
- *Psoriasis*: Puede ser pruriginosa. En labios mayores se manifiesta como placas eritematosas, bien delimitadas y cubiertas de escasa escama fina. En los pliegues genitocrurales, las escamas no son evidentes y las placas tienen una superficie brillante.<sup>1,2,6,7,8,10,14</sup>
- *Dermatitis seborreica*: Puede ser pruriginosa. Caracterizada por placas amarillentas o rosado salmón en monte de Venus, labios mayores y pliegues genitocrurales.<sup>1,2,6,7,14</sup>
- *Liquen simple crónico*: Es intensamente pruriginoso y se caracteriza por la presencia de placas liquenificadas de aspecto cuadriculado, con múltiples exco-riaciones.<sup>1,2,7,14</sup> En lesiones crónicas, la piel está muy engrosada y puede presentar hiperpigmentación o



Figura 2. Liquen escleroso. Se aprecia placa blanquecina en labio mayor derecho. (Cortesía: Dra. Susana Canalizo Almeida).

hipopigmentación.<sup>7</sup> El rascado produce intenso placer, por lo que perpetúa el ciclo prurito-rascado. En casos secundarios (liquenificación) pueden observarse, además, signos de una dermatosis subyacente.<sup>1,7</sup>

- *Penfigoide ampollar*: Lesiones eritematosas, ulcerativas o excoriadas.<sup>11,13-14</sup>
  - *Vulvitis de células plasmáticas*: Se acompaña de prurito, dolor, ardor y dispareunia. Las lesiones características son pápulas eritematosas, bien definidas y brillantes que involucran labios menores, mucosa periuretral y, con menos frecuencia, labios mayores.<sup>15,16</sup>
- c. *Enfermedades pre-malignas y malignas*
- *Neoplasia intraepitelial vulvar (NIV)*: El prurito es el síntoma más frecuente. La variedad indiferenciada suele ser multifocal y pigmentada, y se asocia con otras neoplasias del tracto genital inferior, mientras que NIV diferenciada se caracteriza por una placa blanquecina y no suele asociarse con neoplasias del tracto genital inferior.<sup>1,2,6</sup>
  - *Enfermedad de Paget extramamaria*: Consiste de placas eritematosas, bien definidas y cubiertas de escamas, costras o erosionadas, que ocasionan prurito y/o ardor.<sup>1,2,18</sup>

## Diagnóstico

Es indispensable una historia clínica completa que incluya: interrogatorio dirigido al síntoma específico (prurito, ardor, dolor); tiempo de evolución (prurito agudo vs. crónico); factores desencadenantes o que exacerban el síntoma; historia de rascado diurno/nocturno; hábitos de limpieza (identificar fuentes de irritantes o alérgenos); medicamentos utilizados; antecedentes gineco-obstétricos; y antecedentes personales patológicos (verrugas vulgares, herpes simple, herpes zóster, diabetes mellitus, rinitis alérgica, asma, eccema, psoriasis, fibromialgia, síndrome de intestino irritable y síndrome de fatiga crónica).<sup>1,20</sup>

Durante el examen físico, es importante que la paciente indique, con su mano, el lugar preciso del prurito. Sin embargo, la exploración habrá de incluir todas las superficies mucocutáneas. Ya que el aspecto de las dermatosis vulvares no es siempre específico, el examen del resto de la superficie cutánea permitirá identificar signos clínicos característicos que ayuden a establecer el diagnóstico.

Debe hacerse un examen completo del área genital, con la paciente en posición ginecológica, en una habitación bien iluminada e incluyendo revisión vaginal para detectar alteraciones y secreciones anormales.<sup>1</sup> De observarse descarga vaginal, se tomará muestra de la misma en salina o KOH para estudiarla al microscopio en busca de células “clave” (hifas, pseudohifas, levaduras gemantes o *Trichomonas vaginalis*). En caso necesario, se harán cultivos para bacterias, hongos o virus.<sup>1,2,14</sup>

Siempre que los hallazgos de la exploración hagan sospechar de una dermatosis específica y/o malignidad, o en casos de prurito crónico refractario al tratamiento, estará indicado tomar una biopsia de piel o mucosa vulvar para su evaluación histopatológica.<sup>1,4,15,16,18-21</sup> La prueba de Collins con azul de toluidina tiñe de azul oscuro las áreas anormales de la vulva, lo cual facilita la realización de una biopsia dirigida.<sup>21</sup> La prueba de parche con una serie extendida, sirve para descartar sensibilización a determinadas sustancias que pueden provocar dermatitis por contacto alérgica.<sup>2,22,23</sup> Otros estudios de utilidad son glicemia, estudios de auto-anticuerpos y cinética de hierro, aunque no se recomienda solicitarlos, rutinariamente, en todos los casos de prurito.<sup>2,24</sup>

## Tratamiento

Es indispensable educar a la paciente y evitar que utilice irritantes o posibles alérgenos. El aseo debe realizarse, exclusivamente, con agua y sin frotamiento. Es conveniente hidratar la piel vulvar sumergiendo la región en una tina con agua fresca y aplicando, posteriormente, un emoliente suave como vaselina o cremas acuosas. Instruya a

la paciente que debe cortarse las uñas y utilizar guantes durante la noche.<sup>1,2,6,7,25</sup>

En la eventualidad de identificar la dermatosis, se instituirá el tratamiento específico.<sup>1,2,6-9,14-20,25</sup> Sin embargo, de no encontrar una causa aparente para el prurito, se iniciará la terapia con corticoides tópicos.<sup>6,25</sup> Las membranas mucosas de la vulva son relativamente resistentes a esos fármacos, por lo que estará indicado utilizar corticoides súper potentes como clobetasol (ungüento 0.05%; aplicado en pequeñas cantidades, dos veces al día, 4-8 semanas).<sup>1,9,20,25,27</sup> Es importante tener precaución con las zonas de piel pilosa, la cara interna de los muslos y la región perianal, pues son susceptibles de atrofia.<sup>1,9,25,27</sup> Mientras los corticoides tópicos hacen su efecto, puede administrarse lidocaína (gel 2%; cuantas veces sea necesario para reducir el prurito).

En mujeres que no puedan utilizar corticoides tópicos, la segunda línea de tratamiento son los inhibidores de calcineurina (pimecrolimus y tacrolimus).<sup>1,25-27</sup>

Es importante prevenir o tratar infecciones secundarias—principalmente candidiasis—para acabar con el ciclo prurito-rascado. A tal fin, puede utilizarse fluconazol 150 mg/semana.<sup>1,6</sup>

Para romper el ciclo prurito-rascado nocturno, pueden administrarse medicamentos sedantes dos horas antes de dormir, como hidroxicina (10-75 mg/día), difenhidramina (25-75 mg/día), amitriptilina (10-100 mg/día) o doxepina (10-75 mg/día). Durante el día, puede ser útil prescribir inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como citalopram (20-40 mg/día), fluoxetina (20-40 mg/día) o setralina (50-100 mg/día), ya que no tienen efecto sedante y han demostrado su eficacia en el tratamiento de trastorno obsesivo-compulsivo, desórdenes de ansiedad y depresión.<sup>1,2,6,7,20,25</sup>

## Conclusión

El prurito vulvar afecta, significativamente, la calidad de vida de las mujeres. Su tratamiento no es fácil, por lo que el abordaje debe ser integral. Es indispensable educar a las pacientes para que eviten la aplicación de irritantes o alérgenos potenciales. Toda dermatosis bien identificada deberá ser tratada de manera específica; de lo contrario, se indicará una terapia con medicamentos que rompan el ciclo de prurito-rascado.

## REFERENCIAS

1. Stewart KM. “Clinical care of vulvar pruritus, with emphasis on one common cause, lichen simplex chronicus”. *Dermatol Clin* 2010; 28: 669-680.
2. Bohl TG. “Overview of vulvar pruritus through the life cycle”. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48(4): 786-807.



3. Fischer G, Margesson LJ. "Vulvar itching in prepubertal girls: Let's be specific". *J Am Acad Dermatol* 2003; 48(6): 986-987.
4. Kelekci KH, Adamhasan F, Gencdal S, Sayar H, Kelekci S. "The impact of the latest classification system of benign vulvar diseases on the management of women with chronic vulvar pruritus". *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77(3): 294-299.
5. Lagro-Janssen AL, Sluis S. "Effectiveness of treating non-specific pruritus vulvae with topical steroids: A randomized controlled trial". *Eur J Gen Pract* 2009; 15: 29-33.
6. Weichert GE. "An approach to the treatment of anogenital pruritus". *Dermatol Ther* 2004; 17: 129-133.
7. Boardman LA, Botte J, Kennedy CM. "Recurrent vulvar itching". *Obstet Gynecol* 2005; 105(6): 1451-1455.
8. Welsh B, Howard A, Cook K. "Vulval itch". *Aust Fam Physician*. 2004; 33(7): 505-510.
9. Poindexter G, Morrell DS. "Anogenital pruritus: Lichen sclerosus in children". *Pediatr Ann* 2007; 36: 785-791.
10. Zamirska A, Reich A, Berny-Moreno J, Salomon J, Szepletowski JC. "Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis". *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 132-135.
11. Bickle K, Roark TR, Hsu S. "Autoimmune bullous dermatoses: a review". *Am Fam Physician* 2002; 65: 1861-1870.
12. Hoque SR, Patel M, Farrell AM. "Childhood cicatricial pemphigoid confined to the vulva". *Clin Exp Dermatol* 2006; 31: 63-64.
13. Lebeau S, Mainetti C, Masouyé I, Saurat JH, Borradori L. "Localized childhood vulval pemphigoid treated with tacrolimus ointment". *Dermatology* 2004; 208: 273-275.
14. Farage MA, Miller KW, Ledger WJ. "Determining the cause of vulvovaginal symptoms". *Obstet Gynecol Surv* 2008; 63(7): 445-464.
15. Goldstein AT, Christopher K, Burrows LJ. "Plasma cell vulvitis: a rare cause of intractable vulvar pruritus". *Arch Dermatol* 2005; 141(6): 789-790.
16. Fuertes L, Monsálvez V, Rivera R. "Long-standing vulvar pruritus". *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100(6): 509-510.
17. Banerjee AK, de Chazal R. "Chronic vulvovaginal pruritus treated successfully with GnRH analogue". *Postgrad Med J* 2006; 82(970): e22.
18. Madhani NA, Bhalerao-Gandhi A, Khan KJ. "Vulvar pruritus for one year". *Dermatol Online J* 2010; 16(10): 10.
19. Pérez-Bustillo A, Ruiz-González I, Delgado S, Alonso T, Ingelmo J. "Vulvar syringoma: a rare cause of vulvar pruritus". *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99(7): 580-581.
20. Lynch PJ. "Vulvar pruritus and lichen simplex chronicus". En: Black M, Ambros-Rudolph CM, Edwards L, Lynch PJ. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*. Third Edition. China: Mosby Elsevier, 2008, pp. 347-353.
21. Fatoohi BY. "Collins test in patients with vulvar pruritus". *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 104(1): 76.
22. Utaş S, Ferahbaş A, Yildiz S. "Patients with vulval pruritus: patch test results". *Contact Dermatitis* 2008; 58(5): 296-298.
23. Haverhoek E, Reid C, Gordon L, Marshman G, Wood J, Selva-Nayagam P. "Prospective study of patch testing in patients with vulval pruritus". *Australas J Dermatol* 2008; 49(2): 80-85.
24. Bates SM, Dilke-Wing G. "Determination of iron status in women attending genitourinary clinics with pruritus vulvae". *Sex Transm Infect* 2006; 82(6): 489-490.
25. Margesson LJ. "Overview of treatment of vulvovaginal disease". *Skin Therapy Lett* 2011; 16(3): 5-7.
26. Weisshaar E. "Successful treatment of genital pruritus using topical immunomodulators as a single therapy in multi-morbid patients". *Acta Derm Venereol* 2008; 88(2): 195-196.
27. Kelekci HK, Uncu HG, Yilmaz B, Ozdemir O, Sut N, Kelekci S. "Pimecrolimus 1% cream for pruritus in postmenopausal diabetic women with vulvar lichen simplex chronicus: A prospective non-controlled case series". *J Dermatolog Treat* 2008; 19(5): 274-278.

Conteste correctamente todos los cuestionarios que se publicarán en DCMQ y obtendrá 2 puntos de validez para la recertificación del Consejo Mexicano de Dermatología. Envíe todas sus respuestas juntas antes del **31 de enero de 2015** a la dirección de la revista: Medipiel Servicios Administrativos, SC; Aniceto Ortega 822, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México DF, Tel. 5659-9416, Tel/Fax 5575-5171.

**Incluya su correo electrónico para recibir la constancia.**

## Prurito vulvar: un desafío dermatológico

### Pruritus Vulvae: A Dermatologic Challenge

1. Lo siguiente es cierto acerca del prurito vulvar:
  - a) Es una condición poco frecuente.
  - b) Las pacientes suelen interpretarlo como signo de mala higiene o infección por hongos.
  - c) Orilla a muchas mujeres a asear con más delicadeza sus genitales y aplicar sólo cremas de prescripción médica.
  - d) La búsqueda de atención médica suele ser oportuna.
2. La siguiente afirmación es correcta:
  - a) El prurito vulvar afecta poco o nada el bienestar psicológico y sexual de las mujeres.
  - b) El prurito vulvar es un síntoma, no una enfermedad, por lo que siempre debe buscarse la causa subyacente.
  - c) Las fibras nerviosas mielinizadas son responsables del prurito.
  - d) La serotonina es el principal mediador periférico del prurito.
3. Lo siguiente es cierto acerca de la etiología del prurito vulvar:
  - a) En la mayoría de los casos, es producido por una dermatosis que afecta la vulva.
  - b) Las enfermedades sistémicas casi nunca desencadenan prurito vulvar.
  - c) El prurito crónico suele ser consecuencia de infecciones o dermatitis por contacto irritativa.
  - d) El prurito crónico inicia súbitamente.
4. Es importante considerar la edad de la paciente para establecer la etiología del prurito vulvar. Señale la afirmación correcta:
  - a) Dermatitis atópica es la principal causa de prurito vulvar en mujeres en edad fértil.
  - b) El riesgo de desarrollar candidiasis vulvovaginal es mayor en la etapa prepuberal que en la edad fértil.
  - c) Dermatitis por contacto, vulvovaginitis atrófica, liquen escleroso y neoplasias son las principales causas de prurito después de la menopausia.
  - d) Las infecciones de transmisión sexual no suelen producir prurito vulvar.
5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto de las dermatosis infecciosas que producen prurito vulvar?
  - a) La infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A es más común en las mujeres en edad fértil que en la etapa prepuberal.
  - b) Las tiñas son las infecciones fúngicas más frecuentes de la vulva.
  - c) La tricomoniasis puede asociarse con prurito y eritema de la vulva.
  - d) La vulvovaginitis herpética suele ser asintomática.
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto de las causas no infecciosas de prurito vulvar?
  - a) La dermatitis por contacto irritativa se caracteriza por la aparición bilateral de pápulas poligonales y placas blanquecinas.
  - b) El liquen escleroso se caracteriza por eritema vulvar con o sin edema.
  - c) El liquen plano se caracteriza por erosiones con estrías de Wickham y placas blanquecinas.
  - d) El liquen simple crónico se caracteriza por placas amarillentas o rosado salmón en monte de Venus, labios mayores y pliegues genitocrurales.
7. Lo siguiente es cierto acerca de las enfermedades pre-malignas y malignas:
  - a) El prurito es un síntoma infrecuente en la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV).
  - b) NIV diferenciada suele ser multifocal y pigmentada, y se asocia con otras neoplasias del tracto genital inferior.
  - c) NIV indiferenciada se caracteriza por una placa blanquecina y no suele asociarse con neoplasias del tracto genital inferior.
  - d) La enfermedad de Paget extramamaria se caracteriza por placas eritematosas, bien definidas, cubiertas de escamas, costras o erosionadas.

8. Indique la afirmación correcta sobre el diagnóstico de prurito vulvar:
- a) La historia clínica aporta poco al diagnóstico.
  - b) El examen físico debe centrarse, exclusivamente, en el lugar preciso del prurito.
  - c) Si se detecta descarga vaginal, una muestra de la misma deberá estudiarse al microscopio en salina o KOH.
  - d) La prueba de parche tiene poca utilidad para el estudio del prurito vulvar.
9. La siguiente es indicación para toma de biopsia de piel o mucosa en el estudio del prurito vulvar:
- a) Todos los casos con diagnóstico clínico presuntivo de dermatitis por contacto irritativa.
  - b) Todas las lesiones sospechosas de malignidad.
  - c) Todos los casos de prurito agudo.
  - d) Áreas teñidas de verde en la prueba de Collins.
10. Lo siguiente es cierto acerca del tratamiento del prurito vulvar:
- a) La educación de la paciente es irrelevante.
  - b) Se recomienda limpieza vigorosa del área afectada con jabones antibacteriales.
  - c) Si se identifica la dermatosis, deberá indicarse el tratamiento específico.
  - d) Los antihistamínicos no sedantes son más eficaces que los sedantes para romper el ciclo nocturno de prurito-rascado.