

## Caso para diagnóstico

### Placa eritematosa en región vulvar

Mónica Vences Carranza,\* Alberto Ramos Garibay,\*\*  
Flor Patricia Carmona Contreras\*\*\*

#### CASO CLÍNICO

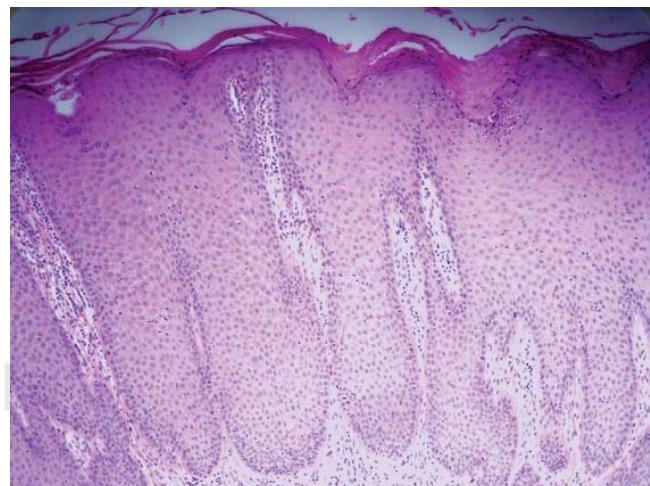
Se trata de una paciente de sexo femenino, de 57 años de edad, que acudió al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis de ocho meses



**Figura 1.** Eritema y liquenificación que confluyen formando una placa de bordes bien definidos.

de evolución localizada en los genitales externos, que afectaba la vulva en el área de los labios mayores y la región perianal, y estaba constituida por eritema y liquenificación que confluían formando una placa de forma no bien determinada, de aproximadamente 15 cm de diámetro, de bordes bien definidos y superficie lisa (**Figura 1**), acompañada de prurito. Previamente había recibido tratamiento con emolientes, gentamicina, dexametasona y clotrimazol, sin obtener mejoría, por lo que acudió a consulta. Dentro de sus antecedentes personales patológicos, la paciente refirió ser portadora de diabetes mellitus tipo 2, bajo control.

Se realiza una biopsia incisional, cuya imagen se muestra a continuación (**Figura 2**). Con la información anterior, ¿cuál es su diagnóstico?



**Figura 2.** Histopatología. Hiperqueratosis con disminución ostensible de la capa granulosa, acantosis regular. Dermis superficial con infiltrados linfocitarios moderados y mínima exocitosis. (H&E 10x).

\* Jefe de la Clínica de Patología Vulvar.

\*\* Médico Adscrito del Servicio de Dermatopatología.

\*\*\* Residente del Segundo Año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

## DIAGNÓSTICO: PSORIASIS VULVAR

En la actualidad la patología cutánea vulvar constituye un motivo frecuente de consulta. La vulva, al igual que el resto de la piel, puede verse afectada por múltiples enfermedades de diferente etiología, aunque sus especiales condiciones anatómicas y fisiológicas hacen que tenga algunas peculiaridades que dificultan su diagnóstico y tratamiento.<sup>1,2</sup>

De las pacientes que acuden a la consulta dermatológica con síntomas vulvares, aproximadamente el 5% tiene psoriasis. En algunas ocasiones, las pacientes presentan lesiones en los genitales y otras áreas, como los pliegues submamarios, inguinales y axilares –formando parte del tipo clínico de psoriasis inversa–, o bien, puede manifestarse como una entidad localizada únicamente en la vulva (2.5% de todos los casos).<sup>3</sup>

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y mucosas, de etiología multifactorial, con una prevalencia en la población general de aproximadamente 2%.<sup>4</sup> En cuanto a su patogenia, el trastorno más evidente es una alteración de la cinética de los queratinocitos, cuyo origen es secundario a anomalías bioquímicas e inmunológicas que resultan en un acortamiento del ciclo celular en 31 o 36 horas, lo que da lugar a una producción de células epidérmicas 28 veces superior a lo normal. Las anormalidades de los queratinocitos se deben a factores inmunitarios, en particular a las citocinas producidas por los linfocitos TCD4 disfuncionales. Los problemas inmunológicos dependen de genes de predisposición y de antígenos y/o superantígenos que estimulan a los linfocitos. Las teorías en este rubro en la psoriasis son múltiples, aunque cada vez son más numerosas las que sostienen el papel preponderante del linfocito T, sin poder descartar otros factores que sabemos influyen sobre la enfermedad, entre los cuales se encuentran los genéticos, infecciosos, metabólicos, medicamentosos, endocrinológicos, psicógenos y ambientales.<sup>5</sup>

A nivel vulvar, la psoriasis tiene predilección por la piel con folículos pilosos, como los labios mayores y el monte de Venus, a diferencia de la psoriasis inversa, que afecta los pliegues inguinales y los muslos. Suele ser simétrica. Clínicamente se caracteriza por la presencia de finas placas eritematosas, brillantes, bien definidas, de superficie lisa, sin la escama característica que se observa cuando la psoriasis compromete otras regiones corporales. Generalmente, se acompaña de fisuras, costras hemáticas, liquenificación y maceración, debido a que el área genital es húmeda y está continuamente bajo fricción química y mecánica;

además, se observa con mayor frecuencia el fenómeno de Koebner.<sup>5-8</sup> Los síntomas más frecuentes incluyen prurito intenso, ardor, dolor, dispareunia; sin embargo, puede ser asintomática. En ocasiones se asocia con una morbilidad importante, pues causa incomodidad, vergüenza, depresión, alteraciones del sueño, y afecta considerablemente la calidad de vida y el bienestar psicosexual de las pacientes, ya que genera incluso sentimientos de culpa al confundirse con enfermedades de transmisión sexual.<sup>9-12</sup>

El diagnóstico puede hacerse clínicamente, el hallazgo de lesiones en otras zonas o la presencia de otros signos clínicos de la psoriasis pueden confirmarlo. En casos dudosos, debe realizarse un estudio histopatológico. No existe diferencia histológicamente entre la psoriasis genital y la no genital; sin embargo, las características típicas pueden ser menos evidentes en las lesiones de la vulva.<sup>5-11</sup>

Se debe realizar un diagnóstico diferencial clínico con dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, dermatitis atópica, candidosis, carcinoma espinocelular, liquen plano, liquen simple crónico, liquen escleroso y atrófico, intertrigo, síndrome de Reiter y enfermedad de Paget extramamaria.<sup>13-15</sup>

En el tratamiento son de utilidad los análogos de la vitamina D e incluso preparaciones con alquitran de hulla a bajas concentraciones. La adición de un antibiótico o antimicótico tópico puede prevenir una sobreinfección, que complicaría el cuadro. Se puede utilizar ácido fusídico al 2% o clotrimazol al 1%. Los inhibidores de calcineurina tópicos pueden ser útiles, aunque es escasa la evidencia de su efectividad sobre piel genital. La terapia sistémica no es una práctica común para la psoriasis genital aislada. En algunos casos se han utilizado metotrexate, esteroides orales o los biológicos. Debe evitarse aplicar agentes tópicos como la antralina, el tazaroteno, las terapias con PUVA (fotoquimioterapias) y láser.

Es importante indicar a las pacientes que deben minimizar el contacto con factores irritantes locales y el uso de cremas emolientes.<sup>4</sup>

Una placa de psoriasis resistente al tratamiento debe ser siempre clínica e histológicamente reevaluada para descartar malignidad.

Se necesitan estudios adicionales para determinar la eficacia y seguridad de otros tratamientos potenciales y para mejorar la atención a los pacientes con psoriasis genital.

La paciente fue tratada a base de calcipotriol y emolientes, y se obtuvo una respuesta favorable; al momento actual permanece sin lesiones.

## COMENTARIO

Existen pocos casos de psoriasis con afección localizada en la vulva comunicados en la literatura internacional. Debe sospecharse de esta dermatosis cuando una placa con las características ya mencionadas no mejora con tratamiento conservador. Es importante señalar que no es una variedad de psoriasis invertida, sino una entidad aparte, cuyo pronóstico es bueno con el tratamiento adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Derrick EK, Neill S. Vulval dermatoses. *Medicine*. 2010; 38(6): 300-305.
2. Salim A. Skin diseases affecting the vulva. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2005; 15(2): 97-107.
3. Meeuwis KAP et al. Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*. 2011; 91: 5-11.
4. Selim MA. A histologic review of vulvar inflammatory dermatoses and intraepithelial neoplasm. *Dermatol Clin*. 2010; 28(4): 649-667.
5. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature*. 2007; 445: 866-873.
6. Van Eijk N, Allen L, Giesbrecht E, Jamieson MA, Kives S, Morris M et al. Pediatric vulvovaginal disorders: a diagnostic approach and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(9): 850-862.
7. Foster DC. Vulvar disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2002; 100(1): 45-163.
8. Wilkinson EJ, Massoll NA. Benign diseases of the vulva. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 2011: 1-53.
9. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Vulvar inflammatory dermatoses. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012; 103(4): 260-275.
10. Turel Ermertcan A, Temeltas G, Deveci A, Dinc G, Güler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol*. 2006; 33: 772-778.
11. Zamirska A et al. Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2008; 88: 132-135.
12. Bilaç C, Ermertcan AT et al. The relationship between symptoms and patient characteristics among psoriasis patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009; 75: 551.
13. Greene L, Dulaney E. Vulvar inflammatory dermatoses for the non-dermatopathologist: an approach for the practising surgical pathologist. *Diagnostic Histopathology*. 2010; 16(11): 487-494.
14. Rosen T. Update on genital lesions. *JAMA*. 2003; 290: 1001-1005.
15. Chattopadhyay M, Sterling J. Skin diseases affecting the vulva. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2011; 21(6): 169-175.

### Correspondencia:

Dra. Mónica Vences Carranza  
Dr. Vértiz Núm. 464 esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, Delegación Cuauhtémoc,  
06780, México, D.F.  
Tel: 55196351  
E-mail: monicvemx@yahoo.com.mx