

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 65

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2002

Artículo:

Dermatosis del área ginecológica

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com



Dermatosis del área ginecológica

Berenice Gómez-Tagle,* Patricia Mercadillo**

RESUMEN

Las dermatosis del área ginecológica constituyen en la actualidad un grupo significativo e importante de enfermedades que cada vez con más frecuencia son vistas por dermatólogos. El diagnóstico de las dermatosis de la vulva y el manejo de las mujeres con estas enfermedades requieren modificación de algunos principios dermatológicos, así como educación tanto del personal médico, como de las pacientes. Las condiciones de la vulva producen una alteración en la morfología de las enfermedades, lo cual hace especial a este grupo de dermatosis. Dentro de las causas más frecuentes de consulta dermatológica del área ginecológica se encuentran el liquen escleroso y atrófico, dermatitis atópica y las de origen infeccioso. Las enfermedades cutáneas de la vulva son generalmente multifactoriales, incluso más que cualquier otra enfermedad de la piel en otra área del cuerpo. Las fallas en el momento de realizar la semiología o en considerar diagnósticos alternativos son errores comunes en la evaluación de estas pacientes. Es importante hacer hincapié en algunas variantes comunes normales del área vulvar, así como los síntomas principales, y algunas clasificaciones propuestas para las dermatosis de la vulva.

Palabras clave: Dermatosis de la vulva, prurito vulvar, vulvodinia.

ABSTRACT

Gynecologic area dermatoses, are by now an important and significant group of conditions that are seen very frequently by dermatologists. The opportune and correct diagnosis and treatment of the gynecologic area dermatoses requires modification of some dermatologic principles, and instruction to the physician as well as to the patients. The vulvar dermatoses have particular characteristics (about morphology), so they are a special group of conditions. The most frequent dermatoses are infections, atopic dermatitis and lichen sclerosus et atrophicus. Vulvar dermatoses are multifactorial, even more than any other cutaneous condition in any part of the body. Mistakes at the moment of making semiology or thinking in alternative diagnostics, are common faults when evaluating this patients. It is very important to mention some common normal anatomic variants of the vulvar area, as well as the most common symptoms and some of the proposed classifications for this entities.

Key words: Vulvar dermatoses, vulvodynia, vulvar pruritus.

INTRODUCCIÓN

Las dermatosis de la vulva constituyen en la actualidad un grupo significativo e importante de enfermedades que cada vez con más frecuencia son vistas por dermatólogos. Estas enfermedades pueden causar síntomas muy molestos a las pacientes, las que pueden retrasar su consulta médica por miedo o vergüenza, a pesar de que muchos de estos síntomas tienen un manejo accesible y efectivo. Además, algunas dermatosis específicas de la

vulva pueden estar asociadas con un incremento en el riesgo de desarrollar neoplasias vulvares malignas.¹

El diagnóstico de las dermatosis de la vulva y el manejo de mujeres con estas enfermedades, requiere modificación de algunos principios dermatológicos, así como una educación cuidadosa para las expectativas de las pacientes.

En general, las mujeres con síntomas vulvovaginales asumen que sus problemas son producidos por una enfermedad infecciosa curable, particularmente por hongos. En el momento en que una paciente llega con el dermatólogo, por lo común está deprimida, ansiosa y temerosa, y generalmente con una historia de haber utilizado, sin resultado, múlti-

* Servicio de Dermatología, Hospital General de México (HGM), O.D.

** Servicio de Dermatopatología, HGM.

ples tratamientos antifúngicos, antibióticos y glucocorticoides, prescritos por un ginecólogo o un médico general.

Las condiciones de la vulva (humedad, temperatura elevada), producen una alteración en la morfología de algunas enfermedades. Por ejemplo, las dermatosis "escamosas" pueden no tener escama clínicamente obvia, y las enfermedades que generalmente presentan placas bien delimitadas, en la vulva pueden ser menos bien formadas.²

Las dermatosis de la vulva incluyen tanto enfermedades únicas, como el liquen escleroso y atrófico, y enfermedades comunes, tales como la dermatitis atópica y la psoriasis.³ Es importante enfocarse en las manifestaciones vulvares de dermatosis comunes y en la evaluación de la sintomatología vulvar. Al momento de evaluar la historia clínica y el tratamiento de las pacientes, se debe considerar el origen multifactorial de estas enfermedades. Las patologías cutáneas de la vulva generalmente son multifactoriales, incluso más que cualquier otro padecimiento de la piel en otras áreas del cuerpo. Por ejemplo, un eczema frecuentemente se acompaña por una infección secundaria fúngica, viral o bacteriana; la infección puede ser puramente cutánea, puramente vaginal, o ambas. Por lo tanto, las secreciones vaginales deben analizarse en un frotis al microscopio y cultivarse. Hay que tomar en cuenta que con frecuencia se puede encontrar dermatitis por contacto por los medicamentos tópicos múltiples previamente aplicados, lo cual exacerba la sintomatología.

Las fallas en el momento de realizar la semiología o en considerar diagnósticos alternativos, así como una exploración física incompleta son errores comunes en la evaluación de estas pacientes. Se puede incluso decir que la renuencia por parte del médico a tomar biopsias de esta región anatómica, es una de las causas de la falta de entendimiento total de las dermatosis de la vulva.⁴

Consideramos importante hacer hincapié en algunas variantes comunes normales del área vulvar, así como los síntomas principales; y por último revisar las clasificaciones que se han propuesto para el estudio de los padecimientos dermatológicos de la vulva.

VARIANTES ANATÓMICAS COMUNES

Ni la mujer promedio ni el médico generalmente examinan una vulva asintomática. Sin embargo, una vez que los síntomas ocurren, los hallazgos

normales son generalmente confundidos por signos de inflamación y enfermedad. Por ejemplo, las mujeres con síntomas vulvares frecuentemente describen edema y enrojecimiento. Sin embargo, el eritema de varios grados normalmente se presenta en la mayoría de las mujeres premenopáusicas, pero este enrojecimiento raramente es notado antes del inicio de la sintomatología.

El reconocimiento de la asociación de verrugas genitales con cáncer cervical y la creencia errónea de que el ardor vulvar es frecuentemente causado por el virus del papiloma humano han llevado a un alto índice de sospecha de verrugas genitales en mujeres. Los papilomas vestibulares, una variante normal común, frecuentemente se confunden con verrugas genitales.

Un hallazgo normal no específico y frecuentemente no reconocido en algunas mujeres es el blanqueamiento del epitelio vulvar después de la aplicación de ácido acético (acetoblanqueamiento). Algunos médicos, especialmente los ginecólogos, consideran que el blanqueamiento del epitelio después de la aplicación de ácido acético al 5% en la vulva es diagnóstico de neoplasia intraepitelial vulvar (NIV). Sin embargo, éste es un hallazgo esperado en cualquier piel inflamada, acantótica o hiperqueratósica, así como en muchas pieles vulvares. Por lo tanto, el acetoblanqueamiento no puede ser considerado como una infección viral o NIV, y el área debe ser biopsiada y analizada por un dermatopatólogo experto.

PRURITO VULVAR

El prurito vulvar es un problema difícil para las pacientes y un dilema terapéutico frecuente para los médicos. La historia clínica es importante al momento de evaluar a estas pacientes y debe incluir las siguientes preguntas:

- ¿Varía con la menstruación o con la utilización de algún producto específico?
- ¿Los síntomas varían con el coito, el uso de preservativos o lubricantes?
- ¿Se le ha hecho algún diagnóstico previo?
- ¿Qué tratamientos ha utilizado?, ¿los síntomas se han modificado con estos productos?
- ¿Qué modificaciones ha hecho en su rutina?, ¿tiene la paciente alguna rutina de aseo específica?
- ¿Qué cree la paciente que ha causado o ha contribuido en su problema?

Se debe prestar especial atención a los tratamientos previos, la duración de los síntomas, los factores exacerbantes, agentes infecciosos posibles, posibilidad de alguna enfermedad de transmisión sexual, historia de enfermedades cutáneas previas y asociación con el periodo menstrual. Por ejemplo, una respuesta adecuada al tratamiento, seguida por exacerbación de los síntomas sugiere el desarrollo de una dermatitis de contacto alérgica o por irritante primario, secundario al uso de medicamentos. A muchas mujeres se les da el diagnóstico de infección por levaduras; sin embargo, en muchas ocasiones se hace evidente que no se han realizado las pruebas diagnósticas apropiadas para confirmar el diagnóstico clínico.

El prurito debe ser diferenciado de la sensación de ardor, debido a que en algunas ocasiones están asociadas a procesos patológicos distintos. De igual manera, el área afectada debe ser cuidadosamente definida, así como las variaciones en la cantidad y calidad de los síntomas. Todo esto puede ayudar a definir la causa, particularmente en relación con el papel de factores exógenos.

Todas las pacientes deben de tener una exploración cutánea completa, y se deben tener en cuenta las variaciones individuales normales previamente mencionadas. Hay claves útiles como la presencia de otras enfermedades cutáneas tales como psoriasis o dermatitis atópica, lo cual puede ayudar a categorizar la enfermedad. Se debe sugerir la realización de una exploración ginecológica, si la historia clínica sugiere vaginitis y la paciente no ha sido atendida por un ginecólogo recientemente.

Se ha considerado útil dividir al prurito en dos grupos: aquél asociado con hallazgos objetivos de enfermedad cutánea y aquél sin éstos. Esta categorización no pretende implicar que aquellas pacientes sin cambios cutáneos no tengan enfermedad, sino que el tipo de proceso que causa el prurito es diferente.⁴

VULVODINIA

La vulvodinia es el nombre que se aplica al dolor vulvar crónico, especialmente si la paciente lo asocia a sensación de ardor, irritación o picazón. El término de vulvodinia sustituye al de "síndrome de vulva ardorosa", y también se debe de diferenciar del prurito vulvar. La paciente con dolor vulvar generalmente no se rasca, por lo cual raramente se llegan a encontrar cambios cutáneos significativos, el eritema puede ser el único hallazgo físico.

La vulvodinia puede tener muchas causas, como dermatosis vulvares (enfermedades epiteliales no neoplásicas), liquen escleroso, liquen simple crónico, psoriasis, dermatitis seborreica, vulvitis erosiva, liquen plano, dermatitis por contacto, vaginitis atrófica, etcétera. Debido a la gran diversidad de entidades, se debe hacer una evaluación cuidadosa en estas pacientes. La vulvodinia es un problema multifactorial en el cual no se ha identificado un factor etiológico único o algún mecanismo patogénico específico. Las pacientes con vulvodinia presentan algunas características de dolor neuropático, tales como la alodinia, hiperalgesia, disestesia y dolor crónico en ausencia de un estímulo nocivo específico. El tratamiento de la vulvodinia en el pasado se enfocó en la erradicación de algún agente infeccioso sospechoso, como el virus del papiloma humano, sin que esto haya mostrado éxito. Más recientemente, se han hecho intentos con tratamientos semejantes a los establecidos para otros síndromes de dolor crónico, como la utilización de antidepresivos a dosis bajas, lo cual ha tenido relativo éxito. En la actualidad se considera que hay necesidad de uniformidad en la terminología y abordaje terapéutico, estudios epidemiológicos y estudios controlados, para optimizar el manejo de este problema médico.⁵

CLASIFICACIÓN DE LAS DERMATOSIS DEL ÁREA GINECOLÓGICA

La necesidad de una clasificación lógica y simple para las dermatosis de la vulva es evidente; sin ella, la comparación de los datos es imposible y, por otro lado, se dificulta una discusión fructífera de lo escrito hasta el momento y también se hace difícil el manejo práctico de la paciente.

Desde finales del siglo XIX, comenzaron a ser descritas las enfermedades vulvares. Una gran cantidad de términos surgieron por parte de dermatólogos y ginecólogos, pero sin mutuo conocimiento y aprobación. A mediados del siglo XX se hicieron intentos de hacer una clasificación útil. Inicialmente los problemas principales para la realización de una clasificación eran:

- Clasificar la entidad del liquen escleroso
- Diferenciar al liquen simple de la liquenificación
- Declarar redundantes muchos de los términos utilizados hasta entonces.⁶

En 1976, Gardner y Kaufman realizaron un esquema y se le llamó Clasificación de las distrofias

vulvares hecha por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales. Esta clasificación ya no se utiliza pues era esencialmente histopatológica y se omitieron consideraciones de muchas enfermedades cutáneas conocidas, por estos motivos esta clasificación ya no se recomienda más.⁷

Posteriormente se hicieron esfuerzos para crear una clasificación satisfactoria de la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), quedando entonces dividida en tres grados: displasia leve (VIN 1), displasia moderada (VIN 2) y displasia severa o carcinoma *in situ* (VIN 3).

Aunque los términos enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat y carcinoma simple se incluyen bajo el concepto general de VIN, éstos no son términos preferidos. El término de papulosis bowenoides no es aceptado universalmente como un término patológico; sin embargo, se reconoce que éste es utilizado por algunos dermatólogos para referirse a los casos de VIN asociados con neoformaciones papulares múltiples. La asociación de condiloma acuminado no debe afectar el diagnóstico o estadificación de la VIN. Cuando hay coilocitos, o cuando está presente un condiloma acuminado adyacentemente o en la VIN, se recomienda.^{8,9}

Es posible que esta clasificación sea modificada en un futuro, debido a que todavía presenta algunos problemas en cuanto a la ubicación de los cuadros clínicos en las diferentes definiciones. Los criterios de diagnóstico de los tipos 1 y 2 de VIN son algo arbitrarios e incluso probablemente no tienen gran significado clínico, además de que existe el peligro de que la existencia de estos términos pudiera traer como consecuencia tratamientos inapropiados. Hay alguna evidencia de que una placa solitaria de VIN en una paciente mayor tiene más importancia clínica en términos de progresión a malignidad, que las placas múltiples, frecuentemente relacionadas con el virus del papiloma humano, que se presenta en pacientes jóvenes. Además, no se ha puesto atención sobre el estado de la piel que rodea a la lesión, es decir, si es normal, o muestra datos de otras patologías como infección por virus del papiloma humano o liquen escleroso.

La clasificación de VIN también incluye a la enfermedad de Paget extramamaria y al melanoma *in situ*. Aunque con frecuencia son difíciles de diagnosticar clínica e histológicamente, la inclusión de estas enfermedades en la clasificación no representa controversia.¹⁰

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LAS DERMATOSIS DE LA VULVA

La discusión ahora regresa al desarrollo último de la clasificación de la enfermedad no-neoplásica, con su consecuente separación del VIN. Aunque el concepto de vulvodinia y sus subdivisiones ha sido desarrollado, el objetivo y estado físico de esta enfermedad es incierto y, por lo tanto, no se considera aquí bajo la clasificación de enfermedades cutáneas.

Actualmente la clasificación de las enfermedades epiteliales no neoplásicas de piel y mucosas es como sigue:

1. Liquen escleroso (liquen escleroso y atrófico).
2. Hiperplasia de células escamosas (antes distrofia hiperplásica).
 - a. Benigna: El término de hiperplasia de células escamosas se utiliza para aquellas entidades en las cuales la hiperplasia es atribuible a una causa específica.
 - b. Mixta (antes llamada distrofia mixta): La hiperplasia de células escamosas en algunas ocasiones puede ser vista concurrentemente con algunas dermatosis específicas.
 - c. Neoplásica (antes distrofia hiperplásica con atipia): La hiperplasia de células escamosas puede estar asociada con una VIN.
3. Otras dermatosis: Las lesiones o dermatosis que pueden incluir hiperplasia de células escamosas pero que deben ser diagnosticadas específicamente, como por ejemplo: psoriasis, liquen plano, liquen simple crónico, infección por *Candida*, condiloma acuminado.^{11,4}

Este esquema también debe ser mejorado, ya que hay algunas contradicciones como la inclusión de la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN). Sin embargo, hasta que no se haga una revisión formal y ésta sea aprobada, la clasificación actual debe ser aceptada como está. De cualquier modo, es evidente que debe ser revisada, ya que la patología vulvar no puede ser estudiada sin consistencia y sin uniformidad al momento de reportarla.

CONCLUSIÓN

En vista de la creciente frecuencia con la que un dermatólogo se enfrenta a las enfermedades de la vulva, exponemos la importancia de tener conocimiento de las consideraciones especiales que se deben de hacer para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento de estas entidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ball S, Wojnarowska F. Vulvar dermatoses: Lichen sclerosus, lichen planus, and vulval dermatitis/lichen simplex chronicus. *Semin Cutan Med Surgery* 1998; 17(3): 182-188.
2. Edwards L. Diseases and disorders of the anogenitalia of females. In: *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. McGraw-Hill, 1998: 1377-1396.
3. Gardner H, Kauffman. *Benign disease of the vulva and vagina*, 2nd ed. Boston: GK Hall, 1981.
4. Pincus S. Vulvar dermatoses and pruritus vulvae. *Dermatol Clin* 1992; 10 (2): 297-308.
5. Bohl T. Vulvodynia and its differential diagnoses. *Semin Cutan Med Surgery* 1998; 17 (3): 189-195.
6. Ridley CM. General dermatological conditions and dermatoses of the vulva. In: Ridley CM (ed). *The vulva*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988: 188-193.
7. Wilkinson EJ, Kneale B, and Lynch PJ. Report of the ISSVD terminology committee. *J Reprod Med* 1986; 31: 973-974.
8. Ridley CM, Frankman O, Jones ISC et al. New nomenclature for vulvar disease: Report of the committee on terminology. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 769.
9. Friedrich EG, Burch K, Bahr J. The vulvar clinic: An eight-year appraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 1036.
10. Friedrich EG. New nomenclature for vulvar disease. *Obstet Gynecol* 1976; 47: 122-124.
11. Black M, McKay M, Braude P. *Obstetric and gynecologic dermatology*. Mosby-Wolfe, 1998: 147.

Dirección para correspondencia:

Berenice Gómez-Tagle
Circuito Río Sabinas 8
Col. Paseos de Churubusco
09030 México, D.F.
Tel: 5276-4282
E-mail: bereboix@yahoo.com.mx