

Lesiones vulvares: enfoque según su morfología

Dra. María Isabel Hernández Cardona
Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia

En la vulva puede presentarse un amplio espectro de lesiones. Los síntomas son generalmente crónicos e interfieren con la función sexual y bienestar de la mujer (ACOG, 2008). Es un desafío para médicos generales, dermatólogos y ginecólogos, diferenciar las lesiones benignas y las variantes normales de las potencialmente serias (Margesson, 2017).

Historia clínica

Podría orientar hacer las siguientes preguntas (Margesson, 2017):

- ¿Cuánto tiempo ha estado presente la lesión? ¿El comienzo fue repentino o gradual? ¿Podría estar relacionado con un trauma u otro desencadenante?
- ¿Cómo se veía la lesión cuando apareció por primera vez? ¿Es diferente ahora? ¿Va y viene?
- ¿Qué síntomas están asociados con la lesión: prurito, ardor, dolor, sangrado y secreción? ¿Hay algo que mejore o exacerbe los síntomas? ¿Tiene otros síntomas no vulvares, como fiebre, síntomas urinarios intestinales, sangrado uterino anormal, pérdida de peso o dolor en las articulaciones?
- ¿Tiene otras lesiones cutáneas, como lesiones orales, vaginales o anales?
- ¿Tiene incontinencia de orina o heces?

- ¿Cuáles son sus rutinas de cuidado e higiene?
- ¿Ha tenido algún cambio reciente en medicamentos, productos de cuidado personal (desodorantes, fragancias, detergentes, suavizantes de telas, jabones, lubricantes, humectantes) o exposiciones ocupacionales o recreativas?
- ¿Ha habido un cambio en la pareja sexual?

Examen físico

Examen físico completo. No pasar por alto otras mucosas y el cérvix.

En vulva, describir la lesión: morfología, tamaño, bordes, número, localización, color, consistencia, inflamación asociada, cambios secundarios (rascado, edema).

Biopsia

Ante el hallazgo de lesiones vulvares sospechosas o prurito eccematoso que no mejora después de seis semanas de tratamiento adecuado, se recomienda realizar biopsia (Elkas, 2016). La ACOG recomienda tener un umbral bajo para su realización. Se toma de los bordes de las úlceras o de la zona más gruesa de las lesiones hiperpigmentadas (ACOG, 2008).

Enfoque diagnóstico

Definiciones (Margesson, 2017):

- **Mácula:** área < 1 cm de cambio de color, sin elevación (no palpable).
- **Parche:** área > 1 cm de cambio de color, sin elevación (no palpable).
- **Pápula:** área < 1 cm, palpable.
- **Nódulo:** área > 1 cm, palpable.
- **Placa:** área > 1 cm, palpable, plano.
- **Vesícula:** < 1 cm, ampolla con fluido claro.
- **Ampolla:** > 1 cm, con fluido claro.
- **Pústula:** ampolla con fluido amarillo o blanco, independiente del tamaño.
- **Quiste:** nódulo pequeño o grande con una cavidad central revestida de epitelio que contiene material sólido, semisólido o lleno de líquido.
- **Erosión:** defecto superficial limitado a la epidermis; la base del defecto puede ser roja o estar cubierta por una costra amarilla. Las erosiones sanan sin dejar cicatrices.
- **Úlcera:** defecto profundo en o a través de la dermis; la base puede ser roja o estar cubierta por una costra amarilla, azul o negra. Las úlceras cicatrizan con cicatrices.
- **Fisura:** erosión lineal delgada (<2 mm de ancho), hacia o a través de la epidermis.
- **Costra:** material granular amarillo que cubre las erosiones; se desarrolla por la solidificación de proteínas plasmáticas cuando el componente de agua del plasma se evapora; las costras que cubren las úlceras pueden ser azules o negras por el pigmento hemo.
- **Escoriación:** erosiones lineales o angulares por rascado.
- **Liquenificación:** placas rojas o de color de piel con marcas exageradas de la piel por el rascado crónico. Usualmente, se acompañan de escoriaciones.

- **Eczema:** parches y placas eritematosos, con liquenificación o evidencia de disrupción epitelial como erosiones o costras.

A continuación se presenta un abordaje diagnóstico y terapéutico con base en la morfología de las lesiones:

Parches y placas rojas

Candidiasis, dermatitis atópica, liquen simple, dermatitis de contacto, psoriasis, liquen plano, tinea cruris, lesiones intraepiteliales escamosas.

Candidiasis

La causa de infección, en el 80-90% de los casos es *Candida albicans*, pero también puede ser debido a especies no-*albicans* (*C. tropicalis* y *C. glabrata*).

El 20-50% de mujeres asintomáticas tienen *C. albicans* en su tracto genital bajo o en la piel. Parece ser que algunos medicamentos (antibióticos, esteroides, quimioterapia) y enfermedades (diabetes, inmunosupresión) aumentan las posibilidades de infecciones sintomáticas.

- **Presentación:** 75% de las mujeres premenopáusicas han tenido al menos un episodio de vulvovaginitis por cándida.
- **Clínica:** parches y placas rojas brillantes en vulva. En casos graves compromete periné y muslos. Usualmente, se acompaña de flujo vaginal.
- **Síntomas:** prurito o dolor.
- **Diagnóstico:** es clínico. Al microscopio pueden observarse micelios y esporas. En casos recurrentes o de difícil manejo está indicado hacer cultivo.
- **Tratamiento:** lidocaína y esteroides de baja potencia tópicos para mejorar el síntoma. Fluconazol 150 mg VO dosis única (Steward, 2014).

🌸 **Imagen 1-3.** Candidiasis vulvar



(Margesson, 2017)



Vulvitis (Smith, 2017, 204)



(Margesson, 2017)

Dermatitis atópica/eczema

Predisposición a reacciones alérgicas mediadas por IgE.

- **Presentación:** se encuentra historia de atopia en el 70% de las pacientes.
- **Clínica:** placas rojas de márgenes difusos, con escoriaciones. Compromete predominantemente los labios mayores de la vulva.
- **Síntomas:** prurito intenso. Círculo prurito-rascado.
- **Diagnóstico:** clínico. En general, no se requieren biopsias para hacer el diagnóstico.
- **Tratamiento:** esteroides de alta o mediana potencia, emolientes, sustitutos del jabón y antihistamínicos (Steward, 2014).

Liquen simple crónico

Es una variante de la dermatitis atópica. Es una alteración pruriginosa crónica localizada.

- **Clínica:** similar a dermatitis atópica, pero las placas son más profundas, con liquenificación por rascado crónico. Al estar secas, las placas se ven blancas.

🌸 **Imagen 4.** Dermatitis atópica



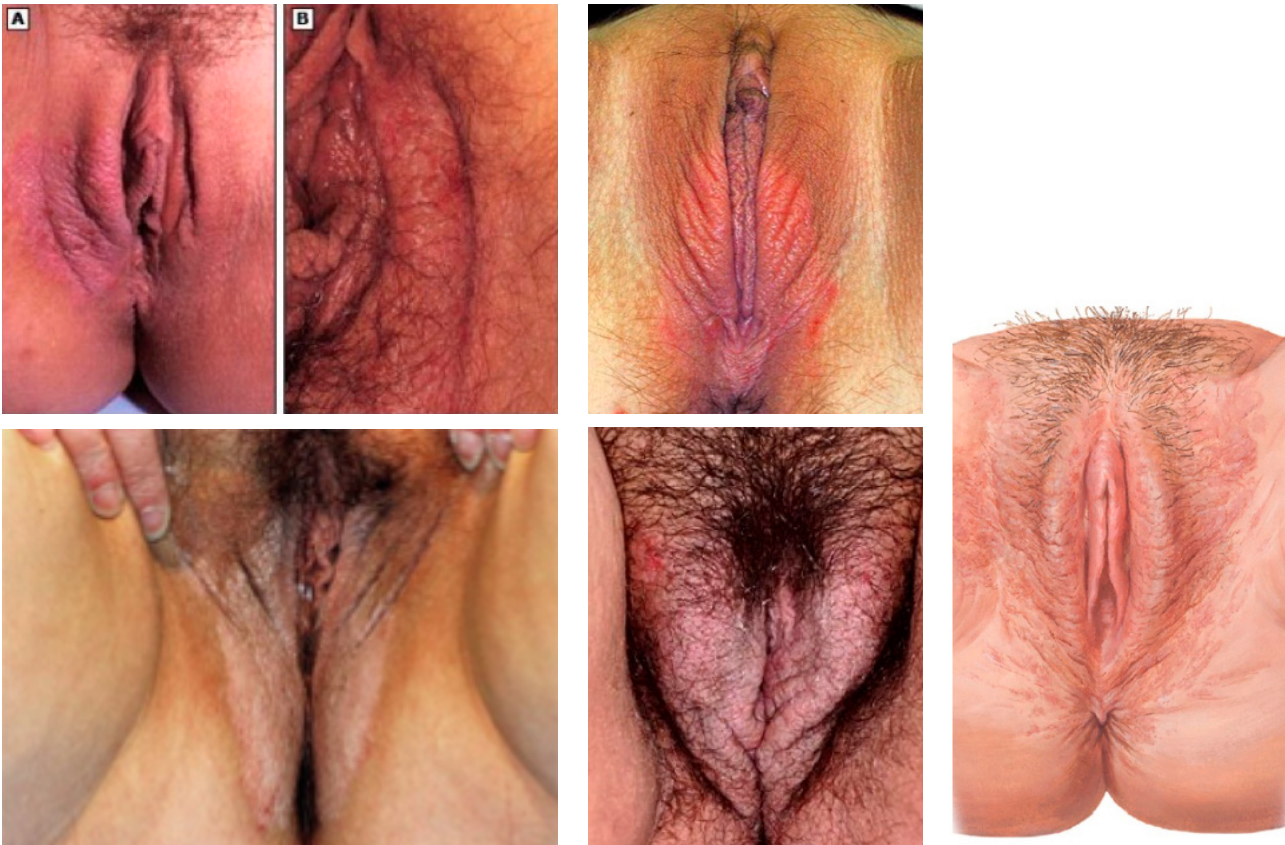
(Johnson, 2017)

🌸 **Tabla 1.** Potencia de los esteroides tópicos.

Grupo de potencia	Esteroides
Potencia super alta (grupo 1)	Clobetasol
Potencia alta (grupo 2)	Betametasona
Potencia intermedia (grupo 3)	Triamcinolona, Fluticasona
Potencia baja (grupo 4)	Hidrocortisona

(Méndez, 2003)

🌸 Imagen 5-10. Liquen simple



(Margesson, 2017)

(Margesson, 2017)

(Smith, 2017, 203)

- **Síntomas:** prurito intenso. Círculo prurito-rascado.
- **Diagnóstico:** usualmente, es suficiente con la clínica porque la mayoría de las pacientes tiene historia de atopía. En ocasiones se requiere hacer biopsia.
- **Tratamiento:** esteroides de alta potencia, antihistamínicos y emolientes (Steward, 2014).

Psoriasis

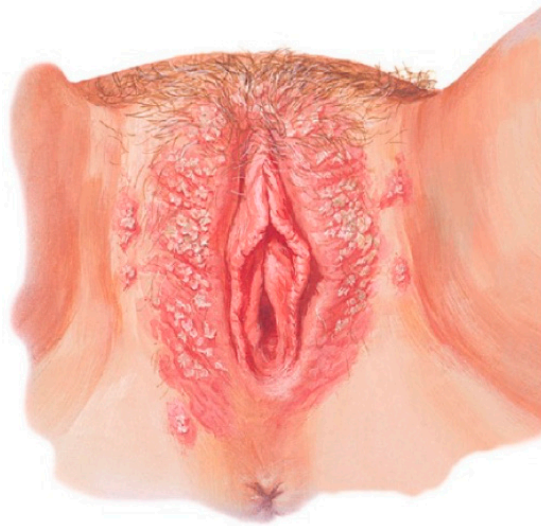
Es una enfermedad autoinmune órgano específica.

- **Clínica:** placas con márgenes definidos, de color rojo. Afectan predominantemente los labios mayores. En la mayoría de los casos, las placas psoriásicas típicas también se encuentran en otros lugares (pubis, glúteos, codos, cuero cabelludo, rodillas).
- **Síntomas:** prurito leve o ausente.

🌸 Imagen 11 y 12. Psoriasis



(Margesson, 2017)



(Smith, 2017, 203)

- **Diagnóstico:** clínico, si están presentes en otros sitios característicos. Si hay solo compromiso vulvar, debe realizarse biopsia.
- **Tratamiento:** esteroides tópicos y, en caso de no presentar mejoría, tratamiento sistémico con Metotrexate (Steward, 2014).

Dermatitis de contacto

La mayoría de las veces resulta del contacto con cosméticos o medicamentos.

- **Clínica:** placas rojas similares a la dermatitis atópica.
- **Síntomas:** prurito variable. Sensación de quemadura.
- **Diagnóstico:** clínico. Historia de aplicación de medicamento o cosmético. Después de 10 días de su suspensión, debe mejorar. Se pueden realizar pruebas de alergias posteriormente por dermatología para evitar nuevas exposiciones.

🌸 Imagen 13. Dermatitis de contacto



(Margesson, 2017)

🌸 **Imagen 14 y 15.** Liquen plano variedad pápulo escamosa



(Margesson, 2017)

- **Irritantes más frecuentemente asociados con dermatitis de contacto:** higiene excesiva, pañales, látex, espermicidas, toallas higiénicas, podofilina.
- **Tratamiento:** suspender el desencadenante y manejo sintomático (Steward, 2014).

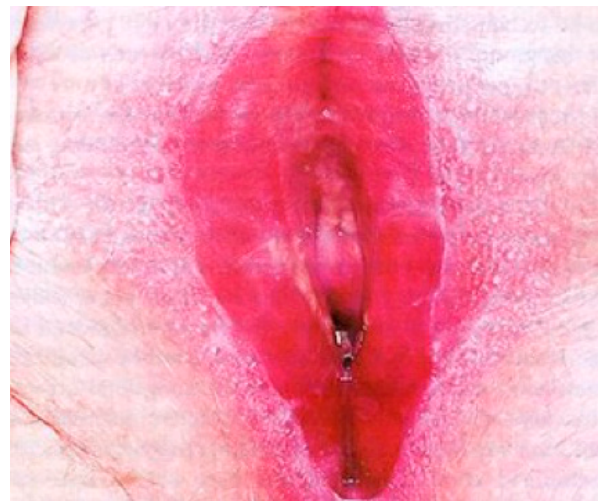
por lo general entre las cuatro y ocho horas y pueden extenderse hacia la vagina. Estas erosiones, a menudo, tienen una superficie roja esmaltada. Con frecuencia

Liquen plano

Su causa no es clara. Se cree que es una enfermedad mediada por células T.

- **Presentación:** sexta década de la vida.
- **Clínica:** se puede presentar de muchas formas. En la forma pápulo-escamosa, son pápulas o máculas rojas o violáceas. Puede acompañarse del fenómeno Koebner (la aparición de lesiones en sitios de trauma) y lesiones extragenitales. Respetan el área vestibular y vaginal. Pueden aparecer estrías de Wickham, que son redes de líneas finas (<1 mm) blancas o grises, en la mucosa oral. En la forma erosiva, que es la forma más frecuente de liquen plano, se encuentran erosiones en el vestíbulo,

🌸 **Imagen 16.** Liquen plano variedad erosiva



(Margesson, 2017)

desarrolla cicatrización y puede provocar el atrapamiento del clítoris, el borramiento de los labios menores y el estrechamiento vaginal o, incluso, la oclusión.

- **Síntomas:** dolor, prurito, sinusorragia y dispareunia. En la forma pápulo escamosa puede haber prurito o ser asintomática. Las formas erosivas son extremadamente dolorosas.
- **Diagnóstico:** requiere biopsia para diferenciar carcinomas de la vulva.
- **Tratamiento:** esteroides de alta potencia por tres meses (Steward, 2014).

Tinea cruris

Infecciones superficiales por hongos.

- **Presentación:** mujeres jóvenes.
- **Clínica:** placas rojas, oscuras, ligeramente escamosas, bilateralmente en la parte superior e interna de los muslos. Puede extenderse hacia los glúteos, sin comprometer los labios mayores.
- **Síntomas:** prurito.

- **Diagnóstico:** el diagnóstico clínico es posible, pero se sugiere hacer un raspado en la periferia de la lesión para hacer examen microscópico.
- **Tratamiento:** el área debe permanecer fresca y seca. Puede usarse Clotrimazol tópico dos veces al día por 14 días o Fluconazol 150 mg vo cada semana por tres semanas (Steward, 2014).

Lesión escamosa intraepitelial de la vulva o Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN)

VIN es el término utilizado para describir los cambios neoplásicos premalignos en el epitelio vulvar.

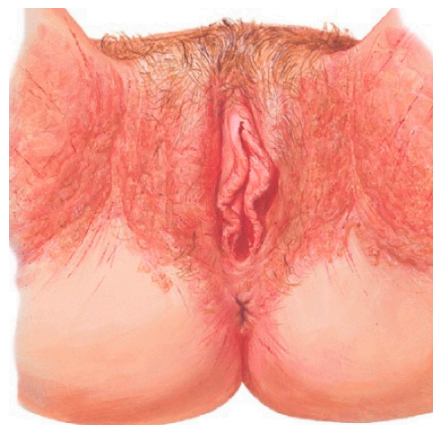
El tipo más común es causado por VPH 16, 18, 31 y 33. Se presentan como pápulas de color rojo o rojo-marrón, planas, en cualquier parte de la vulva, usualmente, en mujeres jóvenes y pueden ser LSIL (lesiones de bajo grado) o HSIL (lesiones de alto grado).

El tipo menos común, pero más grave, no está relacionado con VPH. Se presenta en mujeres mayores, con una pá-

Imagen 17 y 18. Tinea cruris

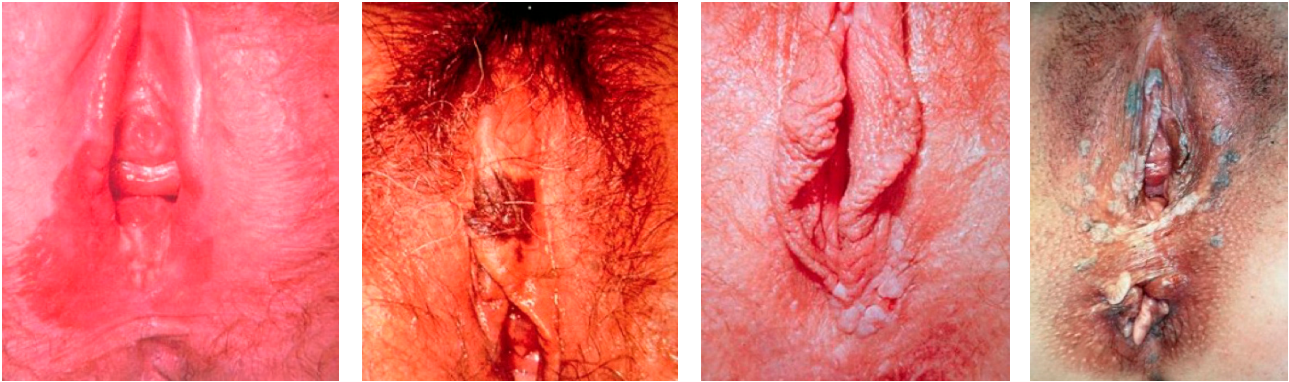


(Margesson, 2017)



(Smith, 2017, 203)

Imagen 19 a 22. VIN



(Margesson, 2017)

pula o nódulo solitario de color blanco a rosado, rojo, piel o parduzco de 2 a 5 cm de diámetro, ubicado en la vulva. Se desarrolla en el contexto de otras enfermedades, con mayor frecuencia liquen escleroso o liquen plano.

- **Clínica:** usualmente, asintomáticas.
- **Síntomas:** prurito.
- **Diagnóstico:** el diagnóstico se puede sospechar por clínica, pero requiere biopsia.
- **Tratamiento:** depende de la localización: cirugía, observación, crioterapia o imiquimod (Steward, 2014).

Pápulas y nódulos

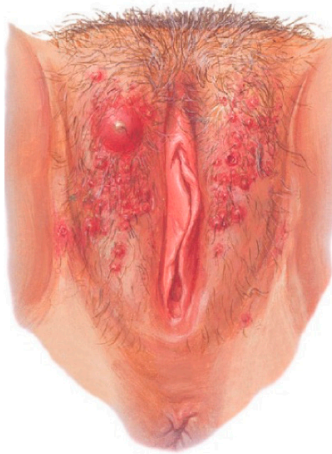
Foliculitis/furunculosis y queratosis pilaris, hidradenitis supurativa, carcinoma escamoso.

Foliculitis/furunculosis y queratosis pilaris

La foliculitis puede ser infecciosa (estafilococos u hongos) o no.

- **Clínica:** la foliculitis se presenta como pápulas rojas perifoliculares, pequeñas (2 a 5 mm), más comúnmente en las áreas velludas del monte de Venus, la cara interna de los muslos y las nalgas, a menudo, en áreas afeitadas. La superficie central de las pápulas puede taparse con pústulas blancas o amarillas. La forunculosis es la acumulación profunda de pus, generalmente de 2 a 4 cm de diámetro, asociada con un folículo. Ocurren en áreas de trauma de la piel, especialmente donde hay humedad o a lo largo de los bordes del monte de Venus y perianalmente. Pueden ser autolimitados o recurrentes. La queratosis pilaris es una foliculitis no infecciosa que consiste en numerosas pápulas rojas diminutas, muy juntas, que carecen de la cumbre pustulosa de la foliculitis infecciosa. Por lo general, afecta la piel de los glúteos, los muslos y los brazos.
- **Síntomas:** la foliculitis y la queratosis suelen ser asintomáticas. La forunculosis es dolorosa. Cuando es grande y profunda, también pueden estar asociados con síntomas sistémicos de malestar general, fiebre y escalofríos.

🌸 **Imagen 23-25.** Foliculitis/forunculosis/queratosis pilaris



(Smith, 2017, 203)



(Margesson, 2017)



- **Diagnóstico:** es clínico, pero se puede realizar cultivo para encontrar *Staphylococcus aureus* o micelios a la microscopía. El diagnóstico de queratosis pilar se basa en el examen físico con identificación de las lesiones típicas en el patrón de distribución característico, pero puede confirmarse mediante biopsia, si es necesario. En la forunculosis el diagnóstico se basa en la presentación clínica y los cultivos bacterianos apropiados que, generalmente, muestran una única especie de bacteria (*S. aureus*). Su diagnóstico diferencial es la hidradenitis supurativa. La forunculosis típicamente responderá a los antibióticos apropiados en 7 a 10 días, en contraste con la hidradenitis supurativa de mayor duración.
- **Tratamiento** (Steward, 2014):
 - Pseudomonas: Ciprofloxacina 250 to 500 mg VO dos veces al día por cinco-siete días.
 - Staphylococcus: Dicloxacilina o Cefalexina 500 mg VO cuatro veces al día por 10-14 días
 - SAMR: Clindamicina 150 mg VO dos veces al día por 7-10 días.
 - Recurrencia: Mupirocina tópica dos veces al día por cinco días.

Hidradenitis supurativa

Enfermedad crónica, de oclusión folicular.

- **Clínica:** pápulas y nódulos inflamados que pueden aparecer en cualquier parte del área anogenital, con mayor frecuencia en los pliegues inguinal y labiocrural, en el monte de Venus y en el área perianal. Una lesión individual puede aumentar de tamaño, formar un absceso profundo, romperse y drenarse material purulento, luego resolverse o recurrir. Las lesiones, generalmente, se asocian con cicatrices antiguas que son similares a las que pueden ocurrir con el acné quístico.
- **Síntomas:** las lesiones son muy dolorosas.
- **Diagnóstico:** el diagnóstico se hace cumpliendo estos cuatro criterios: presencia de lesiones clínicamente típicas; distribución en los lugares típicos (axilas, ingle y debajo de los senos); falta de respuesta dentro de unos días a la terapia con antibióticos y cronicidad. Las lesiones de la hidrosadenitis supurativa se diferencian de furúnculos y abscesos por cultivo bacteriano (en la hi-

🌸 **Imagen 26 y 27.** Hidradenitis supurativa



(Margesson, 2017)

dradenitis supurativa, los cultivos son, generalmente, negativos o muestran solo organismos no patógenos), aunque se puede producir una infección secundaria de las lesiones.

- **Tratamiento:** antibiótico, antiandrógenos (Steward, 2014).

Absceso de Bartholino

Lesión quística producida por el bloqueo de uno de los conductos de la glándula.

- **Presentación:** suele afectar a mujeres en edad reproductiva.
- **Clínica:** Cavidades quísticas rojas, dolorosas, llenas de líquido e infectadas que se presentan

en la vulva. El absceso del conducto de Bartholino se diferencia de un absceso vulvar, forúnculo e hidradenitis supurativa por su aspecto clínico como una lesión solitaria en la ubicación clásica (la posición de las cinco en punto en el vestíbulo).

- **Síntomas:** dolor.
- **Diagnóstico:** el diagnóstico es clínico. Se puede confirmar el diagnóstico al tiempo que se realiza tratamiento, con incisión y drenaje del quiste, enviando su contenido para cultivo.
- **Tratamiento:** medios físicos, analgésicos, antibióticos, cirugía (Steward, 2014).

Carcinoma escamoso

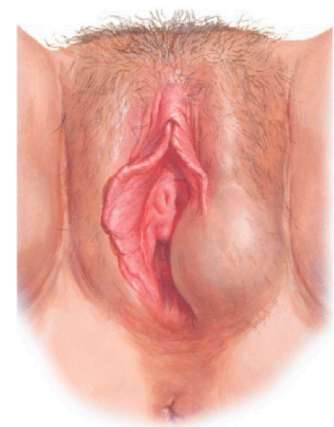
Es la neoplasia maligna más común en la vulva. En el 30-40% de los casos se acompaña de liquen escleroso o, con menor frecuencia, de liquen plano.

- **Clínica:** la apariencia es similar a la de las HSIL de la vulva. Las lesiones son pápulas, nódulos o placas firmes, blancos, rojos o de color piel. Pueden producirse diferentes grados de erosión o ulceración. La superficie

🌸 **Imagen 28 y 29.** Absceso de Bartholino



(Margesson, 2017)



(Smith, 2017, 204)

✿ **Imagen 30.** Carcinoma escamoso



(Margesson, 2017)

es, a menudo, fríasca y puede romperse y dejar una erosión o una úlcera.

- **Síntomas:** desde asintomático, hasta dolor intenso.
- **Diagnóstico:** requiere biopsia.

Parches y placas blancas

Vitiligo, liquen escleroso y condilomas.

Vitiligo

Representa la despigmentación de la piel por un ataque linfocítico autoinmune contra los melanocitos.

- **Clínica:** se presenta como parches planos, blancos, con márgenes definidos, que pueden expandirse centrífugamente. En la región anogenital, puede involucrar a los labios mayores, el periné y la piel perianal. Aunque en algunos pacientes el vitiligo está restringido al área anogenital, más comúnmente están involucrados otros sitios como las axilas, el dorso de las manos, los codos, las rodillas y la piel facial periorficial.

✿ **Imagen 31.** Vitiligo



(Margesson, 2017)

- **Síntomas:** asintomático.
- **Diagnóstico:** puede ser clínico cuando los sitios clásicos también están involucrados. El vitiligo debe diferenciarse del liquen escleroso. Se puede realizar una biopsia que demuestre la ausencia de melanocitos.
- **Tratamiento:** podrían usarse esteroides tópicos, con resultados modestos y riesgo de atrofia cutánea (Steward, 2014).

Liquen escleroso

Es una enfermedad inflamatoria crónica. Se cree que es secundaria a un proceso autoinmune. Tiene un riesgo de 4-6% de transformación maligna hacia carcinoma escamocelular.

- **Presentación:** generalmente, en mujeres postmenopáusicas.
- **Clínica:** las lesiones más tempranas del liquen escleroso son parches blancos, que pueden ser difíciles de diferenciar del vitiligo. Una inspección minuciosa de la superficie de la piel muestra arrugas leves («arruga de papel de cigarrillo») en el liquen escleroso. Estas le-

🌸 **Imagen 32 a 35.** Liquen escleroso



(Margesson, 2017)

siones tempranas son más notables en los labios mayores, pero también involucran comúnmente el periné y la piel perianal en un patrón en forma de ocho. La enfermedad puede ser unilateral o bilateral y simétrica. La afectación extragenital de la piel ocurre en aproximadamente 20 a 30% de las mujeres.

El tejido blanco se engrosa cada vez más a medida que progresa la enfermedad. Los labios pueden adherirse en la línea media y cerrar parcialmente el vestíbulo. Con frecuencia se desarrollan erosiones en el liquen.

- **Síntomas:** el prurito suele ser importante, pero puede remplazarse por dolor si hay una erosión generalizada.
- **Diagnóstico:** el diagnóstico de liquen escleroso suele ser posible en el examen clínico, pero la biopsia para descartar el vitiligo o cáncer, es necesaria.
- **Tratamiento:** esteroides de alta potencia por tres meses (Steward, 2014). Una aplicación diaria de Clobetasol por cuatro semanas, luego día de por medio por cuatro semanas seguida de aplicación dos veces/semana por cuatro semanas más. No hay claridad sobre la terapia de mantenimiento posterior a este esquema (ACOG, 2008).

Condilomas

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) causa verrugas benignas (condiloma acuminado), que pueden localizarse en cualquier parte de la vulva, el periné o las áreas perianales.

- **Clinica:** el papiloma es firme, irregularmente rugoso sobre una base ancha. Puede ser de color piel, rojo, rosado, marrón, negro o blanco (debido al crecimiento excesivo de células epiteliales y un grado variable de aumento de queratina en un lugar húmedo). La coalescencia puede conducir a la formación de grandes masas similares a una coliflor. Sin embargo, la morfología también puede ser pequeñas placas, nódulos o pápulas de superficie plana. Las lesiones marrones pueden parecerse a las queratosis seborreicas.
- **Síntomas:** generalmente, asintomático.
- **Diagnóstico:** se debe realizar una biopsia en una muestra representativa de las lesiones para confirmar el diagnóstico y excluir las lesiones intraepiteliales escamosas de la vulva (LSIL / HSIL) y el carcinoma invasor de células escamosas.

🌸 Imagen 36. Condiloma



(Margesson, 2017)

- **Tratamiento:** crioterapia, ácido tricloroacético, podofilina, electrodesecación (Steward, 2014).

Parches, máculas, pápulas y placas negras o azules

Lesiones intraepiteliales de la vulva, nevus melanocíticos, melanoma, queratosis seborreica.

Nevus melanocítico

- **Clínica:** son comunes. El 90% es benigno y se ven como máculas o pápulas simétricas color marrón, con bordes definidos, de color homogéneo y menores a 1 cm de diámetro.
Se diferencian del melanoma por su simetría, borde definido, color homogéneo y tamaño pequeño.

🌸 Imagen 37. Nevus melanocítico



(Cengiz, 2015, 4)

Se diferencian de otras lesiones pigmentadas, como la queratosis seborreica y las infecciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH), por su superficie lisa.

- **Síntomas:** asintomático.
- **Diagnóstico:** cualquier lesión sospechosa debe biopsiarse.

Melanoma

Los melanomas vulvares son el segundo tipo más común de cáncer de la vulva, después del carcinoma de células escamosas. Representan aproximadamente el 10% de todas las neoplasias vulvares.

- **Clínica:** las lesiones sospechosas de melanoma, a menudo, se caracterizan por la mnemotecnica ABCDE. Ellos son asimétricos (A); tiene un borde irregular (B); a menudo de color negro o tonos variados (C); pueden tener un diámetro (D) mayor a 6 milímetros; y están evolucionando (E) o cambiando en el tiempo.
- **Síntomas:** el prurito es un síntoma temprano. Los signos y síntomas tardíos incluyen sangrado, ulceración, dolor y sensibilidad.

✿ **Imagen 38.** Melanoma



<https://3sqwx948hrd81g4i2f3jiqzdn8z-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2009/07/Melanoma.jpg>

- **Diagnóstico:** requieren biopsia.
- **Tratamiento:** igual que en melanomas cutáneos, con cirugía y vaciamiento ganglionar (Steward, 2014).

Queratosis seborreica

Las queratosis seborreicas son crecimientos pequeños, benignos y verrugosos que ocurren en cualquier parte del cuerpo, pero más comúnmente en el torso. Cuando ocurren en el área anogenital, se restringen a la piel queratinizante (no afecta mucosa).

- **Presentación:** por lo general, se desarrollan después de los 35 a 40 años de edad.
- **Clínica:** las lesiones son pápulas marrones o negras con una apariencia verrugosa y adherente. El tamaño es variable de 3 mm a más de 2 cm, y la superficie se eleva de 2 a 10 mm por encima de la superficie normal de la piel circundante.

Cuando se producen queratosis seborreicas en la vulva, la diferenciación de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado de la vulva puede ser difícil. Las lesiones del VPH suelen ser pequeñas y múltiples,

✿ **Imagen 39.** Queratosis seborreica



(Margesson, 2017)

mientras que las queratosis seborreicas, a menudo, son solitarias en la vulva, pero puede haber un gran número en otras partes de la piel.

- **Síntomas:** asintomático.
- **Diagnóstico:** con una biopsia de raspado se realiza el diagnóstico.
- **Tratamiento:** las lesiones asintomáticas no requieren tratamiento. Para las demás electrodesecación, raspado o crioterapia (Steward, 2014).

Vesículas y ampollas

Herpes, impétigo ampolloso.

Herpes simple

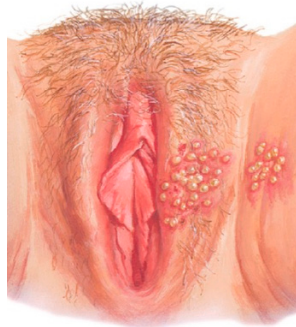
Es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. 10-30% es causada por el VHS-1 y el 70-90% restante por el VHS-2.

- **Clínica:** el Herpes simple genital puede presentarse de dos maneras. El episodio primario se presenta con vesículas genitales diseminadas o erosiones en un paciente que también está experimentando fiebre, malestar general y disuria. La forma recurrente, que es la más común, se presenta con 5 a 15 vesículas peque-

✿ Imagen 40 a 42. Herpes simple



(Margesson, 2017)



(Smith, 2017, 203)



(Margesson, 2017)

ñas (de 1 a 5 mm) que contienen líquido transparente o ligeramente amarillo. Estos se agrupan en un área de aproximadamente 2 a 5 cm. Las vesículas se rompen rápidamente y forman erosiones redondas, superficiales y bien demarcadas en la piel.

- **Síntomas:** un pródromo típico de prurito localizado, ardor u hormigueo. El 80% de las personas con herpes no conoce su diagnóstico
- **Diagnóstico:** clínica. La confirmación se logra mediante cultivo viral o pruebas de inmunofluorescencia del material raspado desde la base de la erosión extendida en un portaobjetos de microscopio. También está disponible la prueba basada en la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Estas pruebas se vuelven negativas aproximadamente cinco días después de que se hayan desarrollado las erosiones.
- **Tratamiento:** Aciclovir 200 mg vo cinco veces al día por 10 días (Steward, 2014).

Impétigo ampolloso

Generalmente, es causado por *S. aureus* y, con menor frecuencia, por especies de *Streptococcus*.

✿ Imagen 43 y 44. Impétigo ampolloso



(Margesson, 2017)

- **Presentación:** en pacientes de edad avanzada.
- **Clínica:** las lesiones consisten, inicialmente, en vesículas y ampollas frágiles de paredes delgadas. Estos se descomponen rápidamente y dejan erosiones redondas. El impétigo anogenital ocurre en la piel queratinizada de los labios mayores, los pliegues labiocrurales, la parte superior e interna de los muslos y el monte de Venus. Ocasionalmente, las vesículas y las ampollas permanecen intactas durante varios días y, cuando esto ocurre, la acumulación gradual de glóbulos blancos da como resultado un líquido de ampolla amarillo-blanco. Además de vesículas y ampollas, a menudo, también están presentes una o más pápulas o pústulas rojas foliculares (foliculitis bacteriana).
- **Síntomas:** dolor.
- **Diagnóstico:** El diagnóstico se realiza a través de la obtención de especies de *S. aureus* o *Streptococcus* en el cultivo a partir del fluido de la ampolla o de la superficie de la erosión que ocurre después de que el techo de la ampolla se rompe.
- **Tratamiento:** higiene general. Ácido Fusídico o Mupirocina dos veces al día por 10-14 días (Steward, 2014).

Erosiones

Escoriaciones, fisuras, liquen simple, herpes simple, candidiasis, liquen plano erosivo (ver descripciones previas).

Úlceras

- **Infecciosas:** Herpes simple, sífilis.
- **No infecciosas:** dermatitis de contacto, trauma, malignidad.

Sífilis

Enfermedad infecciosa de curso crónico, transmitida principalmente por contacto sexual, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

- **Clínica:**
Sífilis primaria (chancro): la sífilis primaria se presenta como una o dos úlceras indoloras, de 1 a 2 cm de diámetro. La úlcera, generalmente, tiene una base limpia, con poco o nada de pus. A la palpación, la base de la úlcera se siente firme. La linfadenopatía regional puede o no estar presente.
- **Síntomas:** úlcera indolora.
- **Diagnóstico:** requiere pruebas serológicas.
- **Tratamiento:** Penicilina Benzatínica 2.400.000 U IM dosis única.

Imagen 45. Chancro sífilítico



(Margesson, 2017)

Trauma

- **Clínica:** las úlceras traumáticas son característicamente lineales o angulares. La forma más común de trauma accidental es la escoriación profunda, generalmente, en el contexto del liquen simple. Ocasionalmente, son inducidos por personas psicológicamente disfuncionales en pieles con apariencia normal; estas han sido denominadas escoriaciones neuróticas. Las úlceras pueden desarrollarse después de la aplicación de imiquimod o fluorouracilo.
- **Síntomas:** dolor.
- **Diagnóstico:** se basa en la historia y el examen físico.



Referencias bibliográficas

1. ACOG. Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders Symptoms. *Obstetrics and Gynecology*. 2008; 111(5): 1243-53.
2. Cengiz FP, Emiroglu N, Hofmann-Wellenhof R. Dermoscopic and Clinical Features of Pigmented Skin Lesions of the Genital Area. *An Bras Dermatol*. 2015;90(2):178-83.
3. Elkas JC, Berek JS. Vulvar cancer: Clinical manifestations, diagnosis, and pathology. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2016 [acceso 5 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
4. Goldstein, Beth G. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017 [acceso 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
5. Holschneider, Ch. Vulvar intraepithelial neoplasia. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017 [acceso 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
6. Johnson, N. Vulvar dermatitis. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017 [acceso 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
7. Margesson, Lynette J. Vulvar lesions: diagnostic evaluation. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017 [acceso 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
8. Margesson, Lynette J. Vulvar lesions: differential diagnosis based on morphology. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017 [acceso 30 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
9. Ríos, JM et al (2014). Prurito vulvar: un desafío dermatológico. *Revista Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 12 (3), 1-8.
10. Smith, Roger P. (2017). Vulvar lesions en Smith, Roger P (tercera edición) *Netter's Obstetrics and Gynecology* (pp. 203-205). Kansas City: Elsevier.
11. Steward, E. (2014). Vulvovaginal disorders: an algorithm for basic adult diagnosis and treatment. Consultado el 30 de diciembre de 2017 desde <http://vulvovaginaldisorders.com/>
12. Méndez-Cabeza Velázquez J., Alache Zúñiga H., Cerrada Cerrada E.. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. *Medifam* [Internet]. 2003 Feb [acceso 30 de diciembre de 2017] Mar 04 ; 13(2): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200003&lng=es.