

VULVOVAGINITIS Y DERMATOSIS INFLAMATORIAS

RESUMEN

La alta incidencia de cuadros de vulvovaginitis asociadas a dermatitis de contacto y liquen simple crónico nos motiva a revisar en este artículo las pautas para el diagnóstico y manejo de estas entidades. Dentro del ámbito del diagnóstico diferencial, se menciona dos entidades menos frecuentes -liquen escleroso y atrófico y liquen plano-, destacando las consecuencias devastadoras que pueden surgir de no realizar un diagnóstico temprano y manejo adecuado de estas patologías.

PALABRAS CLAVE. Vulvovaginitis, dermatitis de contacto, liquen simple crónico, liquen plano, liquen escleroatrófico, tratamiento.

Gustavo Camino-Carrillo de Albornoz

Dermatólogo
Profesor de Dermatología Universidad Peruana Cayetano Heredia

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:172-179

ABSTRACT

The high incidence of vulvovaginitis associated to contact dermatitis and chronic simple lichen motivated us to review these topics in this article. Guidelines for diagnosis and therapy are proposed for vulvovaginitis associated to dermatosis. Within the scope of differential diagnosis two less frequent diseases are mentioned -lichen escleroatrófico and lichen planus-, emphasizing the devastating consequences that can arise by not doing an early diagnosis and therapy.

KEY WORDS. Vulvovaginitis, contact dermatitis, chronic lichen simplex, lichen planus, lichen escleroatrófico, treatment.

INTRODUCCIÓN

Estudios epidemiológicos realizados en la población general describen un 20% de pacientes mujeres con marcados síntomas de vulvovaginitis, con duración superior a tres meses, en algún momento de su vida^[1]. Causa común de prurito y dolor vulvovaginal son las dermatosis y candidiasis. El diagnóstico ge-

neralmente es aparente después de una historia y examen clínico cuidadosos, lo que generalmente es pasado por alto en los consultorios de medicina general, dermatología y ginecología, llevando a pérdida de tiempo y recursos de los pacientes e instituciones^[2]. Aunque la coexistencia de más de una entidad no es rara, complicando su manejo, el examen cuidadoso generalmente es suficiente para llegar a un diagnóstico apropiado y resolver el problema. Las lesiones que no responden al tratamiento después de un tiempo razonable deben ser sometidas a exámenes auxiliares, como exámenes directos, cultivos y biopsias^[3].

En este artículo proponemos revisar las dermatosis asociadas a vulvovaginitis más frecuentes, haciendo énfasis en su diagnóstico y manejo terapéutico.

VAGINITIS POR DERMATITIS DE CONTACTO

La dermatitis de contacto en el área vaginal es la causa más frecuente de vulvovaginitis de etiología no infecciosa. Se puede presentar como patología primaria o como complicación secundaria de cualquiera de las otras vaginitis infecciosas o no infecciosas. Esta superposición con cuadros preexistentes –tales como liquen simple crónico, vaginitis atrófica o incluso carcinoma epidermoide–, pueden hacer muy difícil su diagnóstico y manejo.

Las vulvovaginitis de contacto pueden ser de tipo alérgico o irritativo. La más frecuente es la forma irritativa.

Existen varios factores que condicionan la alta frecuencia de vulvovaginitis de contacto irritativa, a saber:



- La función de barrera protectora de la piel en el área de la vulva es menor a otras áreas de la piel, debido al menor grosor de esta en labios mayores y menores. Así mismo, la zona mucosa vulvar y vaginal, al no presentar capa córnea, es más susceptible a la agresión de sustancias, como jabones y desodorantes, que en otras áreas corporales podrían no ser irritantes^[3].
- Los prolíficos hábitos higiénicos muy difundidos en la mayor parte de la civilización occidental, en los que se hace uso y abuso de detergentes, jabones, desodorantes, duchas vaginales y paños higiénicos. El uso de estos productos suele aumentar cuando los pacientes presentan escozor en la zona, por ejemplo, por una candidiasis, y buscando remediar la sintomatología se abusa de jabones antisépticos y otros productos, consiguiendo sobreimponer a la vaginitis primaria una dermatitis de contacto irritativa secundaria^[4].
- La deficiencia estrogénica de la mujer madura produce un adelgazamiento trófico de la mucosa y piel del área genital, incrementando su susceptibilidad a la irritación de agentes externos^[5].
- Las incontinencias urinaria y fecal, presentes en 20% de mujeres mayores de 80 años, son un factor que promueve la irritación del área^[6].
- La transpiración excesiva, produciendo áreas constantemente húmedas en la zona genital. Esta es más frecuente en personas obesas y en personas habituadas al uso de pantimedias y ropa interior de material sintético^[7].

Figura 1. Dermatitis de contacto: eritema de labios mayores y zona crural; el diagnóstico diferencial de esta imagen debería incluir tiña crural; esta última fácil de descartar, por frotis de piel y estudio directo con hidróxido de potasio.



Aunque la dermatitis de contacto alérgica de la vulva es menos frecuente con respecto a la irritativa, sin embargo, debemos tenerla siempre presente, sobre todo en los cuadros crónicos que no responden a las medidas terapéuticas dirigidas a tratar la dermatitis irritativa^[8]. La lista de alérgenos es larga; entre los más frecuentes se encuentran:

Benzocaína y lidocaína tópica; preservantes; antibióticos tópicos, en especial neomicina, presente en múltiples cremas polivalentes; látex, presente en muchas marcas de preservativos; clorhexadina; fragancias y perfumes^[10]; esmalte de uñas; papel higiénico; los químicos utilizados en su fabricación pueden ser tanto alérgenos como irritativos.

La benzocaína y la lidocaína tópica son causa común de dermatitis alérgica cuando son utilizadas en pacientes con cuadros de vaginitis dolorosas (herpes, liquen plano ulcerativo, dermatitis irritativa ulcerada)^[9].

Clinicamente, las vulvovaginitis de contacto irritativa o alérgica se pueden presentar en forma aguda o crónica. La principal queja del paciente es escozor intenso, que puede convertirse en dolor, si el cuadro se complica con excoriaciones o ulceraciones.

Al examen clínico se evidencia marcado eritema, con lesiones que pueden ser secas o exudativas, pero siempre a predominio de labios mayores y menores y en menor grado compromiso de mucosa vaginal (Figura 1). Las excoriaciones o ulceraciones se presentan en los cuadros severos, también con mayor compromiso de labios que de paredes vaginales (Figura 2). Las ulcera-



Figura 2. Dermatitis de contacto leve. Eritema simétrico que compromete labios mayores y área perianal. Lesiones satelitales que, en este caso, corresponden a excoriaciones y no lesiones pustulares, como se ve en candidiasis. Sin embargo, un estudio directo de piel está indicado para descartar candidiasis, en el que se apreciaría hifas no tabicadas. El examen fue negativo.

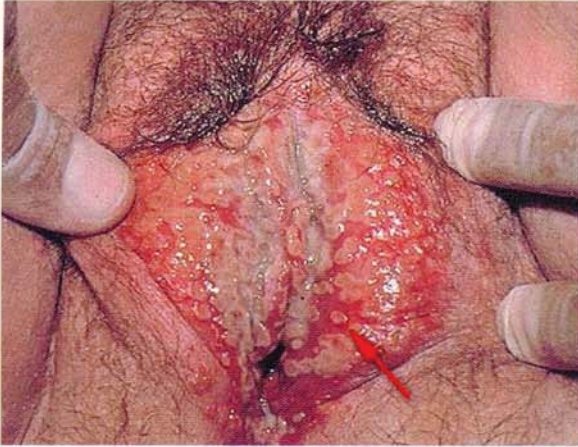


Figura 3. Primoinfección herpética, con múltiples úlceras de bordes definidos; diferencia de las mostradas en la Figura 4. Foto cortesía Dr. Michael O. Murphy.

ciones, a diferencia de las producidas por el herpes simple (Figura 3), no tienen bordes definidos ni se acompañan de vesículas (Figura 4), lo que las hace fácilmente diferenciables.

Se puede apreciar signos de otras vaginitis superpuestas, con frecuencia en los casos crónicos, coloración blanco grisácea, con aumento de pliegues superficiales y engrosamiento localizado de la piel de los labios, como respuesta al continuo rascado. Son signos de liquen simple crónico que, así como los podemos ver en conjunción frecuente a esta entidad, también lo encontraremos asociado a cualquiera de las otras vaginitis de carácter crónico, tanto infecciosas como inflamatorias^[11].

VULVOVAGINITIS CON DISCOLORACIÓN BLANCA

Presencia de áreas blanquecinas en el contexto de una vulvovaginitis no infecciosa, pueden ser apreciadas por orden de frecuencia en: liquen escleroso y atrófico (LEA), liquen plano, penfigoide cicatricial y carcinoma epidermoide *in situ* vulvar.

En el caso del liquen simple crónico, salvo que éste se presente asociado a las entidades anteriores, con lo cual se hace difícil el diagnóstico diferencial, presenta las características descritas en párrafo anterior, acompañado en algunos casos más con un sutil blanco o gris plateado, que es fácil diferenciar del blanco marmóreo y atrofia de estas patologías^[12].



Figura 4. Dermatitis de contacto severa. Eritema y ulceraciones en labios mayores. Apreciar la característica del borde de las úlceras no bien definidas.

Liquen escleroso y atrófico

Es una enfermedad autoinmune de la piel, que se presenta mayormente en mujeres con un pico bimodal en la infancia y mujeres adultas, entre los 30 y 50 años. Su etiopatogenia aún no está bien determinada, pero su asociación con otras enfermedades autoinmunes es clara.

Las pacientes pueden ser asintomáticas, pero la mayoría se queja de prurito y con menor frecuencia dolor.

Inicialmente, se presentan en el área anogenital pápulas poligonales blanquecinas, tendiendo a formar placas, con una apariencia de piel adelgazada, como papel de hojas de biblia o cigarrillo (Figura 5), llevando con el tiempo a lesiones cicatriciales, que pueden alterar la anatomía de labios y clítoris hasta casi convertirlos en una placa cicatricial, disminuyendo las dimensiones del introito vaginal. Clásicamente, se describe un área cicatricial en figura de 8 que compromete labios y ano (Figura 6).

Es poco frecuente la presencia de úlceras y erosiones, salvo cuando está asociada con una segunda vul-



Figura 5. Liquen escleroso y atrófico placa de color blanco marmóreo, con la característica piel en textura de papel de cigarrillo. Se aprecia la alteración cicatricial de labios y clítoris. Foto Dermatologic Clinic.



Figura 6. Lique escleroatrófico inicial en paciente prepuberal. Lesiones papulares de bordes geométricos que tienden a formar una placa blanquecina. Aún no es manifiesto el proceso de atrofia de la piel; a las 4 y 6 horas, áreas excoriadas. Diagnóstico diferencial de esta imagen: liquen plano, en el que las pápulas tienden a ser violáceas.

vovaginitis, de contacto, infecciosa o tumoral. Cuatro por ciento de los pacientes portadores de liquen escleroatrófico desarrollan carcinoma epidermoide de la vulva.

Sin la presencia de otras vaginitis asociadas, el liquen escleroatrófico respeta las paredes vaginales.

El diagnóstico se basa en la correlación clínico-patológica.

En la patología de lesiones agudas se observa hiperqueratosis, con adelgazamiento de la epidermis; en la dermis superficial hay marcado edema, con homogenización de las fibras de colágeno; en la dermis papilar, se presenta un leve infiltrado perivascular superficial, a predominio de linfocitos^[13].

En las lesiones crónicas, la epidermis se presenta completamente atrófica y las bandas de colágeno están completamente hialinizadas y escleróticas, sin mayor infiltrado inflamatorio ni edema.

La repuesta terapéutica del liquen escleroatrófico es buena a la aplicación de corticoides tópicos potentes, como dipropionato de clobetasol al 0,05%, 2 veces al día, por 12 semanas (Figura 7). Después de esta fase, se requiere una terapia de mantenimiento, ya sea con corticoides de alta potencia, 2 veces por semana, o corticoides de mediana o baja potencia, de acuerdo a la respuesta del paciente. Sin terapia de mantenimiento, 85% de los casos recidiva^[14]. Es importante el seguimiento cercano de estos pacientes,

para prever la aparición de efectos colaterales de la corticoterapia prolongada, como atrofia de piel o infecciones candidiásicas^[15].

Liquen plano

Liquen plano es una dermatosis inflamatoria de piel y mucosas, autoinmune, mediada por linfocitos. El pico de presentación es entre los 50 a 60 años. Puede comprometer piel en cualquier área, uñas, mucosa oral y vaginal.

Hay dos tipos de liquen plano papular y erosivo, los cuales pueden coexistir en un mismo paciente.

El paciente con vulvovaginitis por liquen plano puede referir prurito, ardor, dispareunia, flujo vaginal hemático, sensación de disminución de la profundidad vaginal o ser completamente asintomático.

Al examen, presenta lesiones papulares de forma geométrica y coloración violácea, que tienden a formar placas sobre el área de piel queratinizada. Sobre la mucosa, lo que se observa son placas blanquecinas o suaves estrías con patrón reticulado del mismo color sobre la mucosa (Figura 8). Las



Figura 7. Lique escleroatrófico. Placa blanquecina con fisuraciones y atrofia de piel. Al lado derecho, respuesta al tratamiento con clobetasol tópico por 3 semanas.

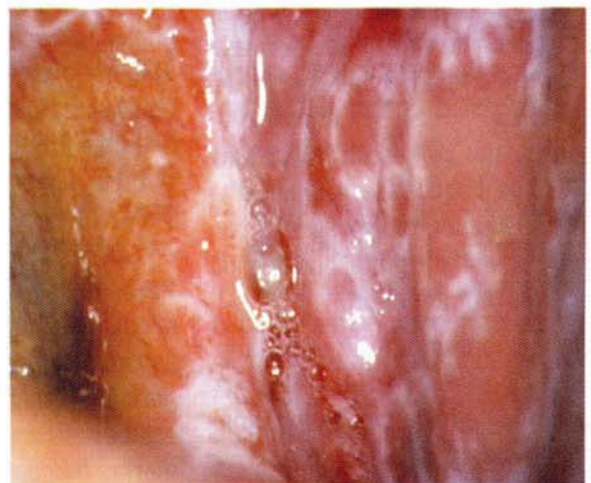


Figura 8. Lique plano no erosivo. Nótese el patrón reticulado blanquecino de la mucosa vaginal.



placas difieren de las de liquen escleroatrófico por la falta de esa textura como de papel de cigarrillo, que es una manifestación de la atrofia de la mucosa, no presente en el liquen plano^[16] (Figura 9). En el liquen plano erosivo se aprecia eritema marcado y erosiones, tanto en la mucosa vaginal como en epitelio de la vulva, acompañado de descensos con mal olor. En estudios directos de frotis de mucosa vaginal, se puede apreciar signos de vaginitis descamativa (epitelio vaginal denudado). El liquen plano erosivo crónico puede llegar a presentar lesiones cicatriciales en el canal vaginal, llevando a la pérdida de la arquitectura normal de la vagina. A diferencia del liquen escleroso y atrófico, en que el compromiso es en el introito y labios, en el liquen escleroso y atrófico las alteraciones anatómicas pueden ser tan severas, al límite de impedir las relaciones sexuales o la inserción del espéculo vaginal^[17] (Figura 10).

El diagnóstico se basa en la correlación clínico-patológica. En la biopsia se aprecia acantosis con hipergranulosis, células disqueratóticas en capas basales, interfase liquenoide e infiltrado perivascular superficial, a predominio de linfocitos^[13,16]. La presencia de liquen plano oral es un buen dato de ayuda diagnóstica, ya que 60% de pacientes con vulvovaginitis por liquen plano presenta lesiones en mucosa oral, también.

Los pacientes con liquen plano vulvovaginal pueden tener un riesgo aumentado de presentar carcinoma epidermoide a largo plazo^[18].

El tratamiento se basa en el uso de corticoides de alta potencia,

dos veces al día, hasta la remisión de los síntomas. Las pacientes que no responden a la terapia tópica pueden requerir corticoides sistémicos u otros inmunosupresores, como ciclosporina, azatioprina o ciclofosfamida. Para la fase de mantenimiento, se requiere seguimiento de largo tiempo, vigilando la aparición de efectos colaterales del tratamiento, así como signos de aparición de neoplasia. En la fase de mantenimiento, se puede utilizar corticoide de baja o mediana potencia, así como nuevos inmunomoduladores tópicos, como el tracrolimus o pimecrolimus.

Liquen simple crónico

El liquen simple crónico es una dermatosis inflamatoria de la piel, autoinflingida por el rascado crónico, respondiendo al círculo vicioso de prurito, rascado, mayor inflamación ocasionada por el rascado, más prurito, mayor rascado, retroalimentándose el proceso en un círculo vicioso interminable, de no tomarse las medidas terapéuticas apropiadas. El factor desencadenante inicial puede ser debido a cualquier vulvovaginitis pruriginosa, más comúnmente asociado a vulvovaginitis por contacto o candidiásicas. También, es frecuente encontrar cuadros ansiosos depresivos, como causa desencadenante; pero, es importante descartar toda otra patología antes de hacer este diagnóstico. En el curso del liquen simple crónico es usual la presencia de una segunda vulvovaginitis como complicación, con mayor frecuencia dermatitis de contacto, debido a los múltiples productos medicados o automedicados para calmar el

intenso prurito y/o sobreinfecciones bacterianas, así como candidiasis secundarias al uso de corticoides tópicos.

Clínicamente, el liquen simple crónico del área genital no presenta las características típicas de otras partes de la piel, como son placas eritematosas bien demarcadas, con aumento de pliegues epidérmicos e hiperqueratosis; la humedad de la zona propicia que el agua sea absorbida por el estrato córneo de la piel de labios, enmascarando la hiperqueratosis y dándole una apariencia de placas blancogrisáceas. Es más probable encontrar las características de placas eritematosas engrosadas y liquenificadas en la cara externa de labios mayores, que en la membrana mucosa modificada de los labios menores o paredes vaginales, donde solo se percibe un sutil cambio de textura (Figura 11).

El diagnóstico es clínico. Sin embargo, en la histopatología de casos difíciles de diagnosticar clínicamente podemos encontrar hallazgos característicos, como hiperqueratosis con ortoqueratosis, acantosis irregular, hipergranulosis, ausencia de atipia en los queratinocitos e infiltrado superficial perivascular, a predominio de linfocitos en la dermis papilar^[19].

El tratamiento consiste en:

- Identificar el factor desencadenante y eliminarlo.
- Reducir la inflamación con el uso de corticoides tópicos de mediana o alta potencia, que después serán retirados, según la respuesta del cuadro.
- Educación del paciente, en función que entienda que su parti-



Figura 9. Liquen plano erosivo, eritema generalizado; secuelas cicatriciales extensas, con pérdida de clitoris y labios menores.

cipación es importante, de manera de parar el círculo vicioso de rascado-prurito-rascado.

- Uso de antihistamínicos con efecto sedante, como hidroxizina 25 mg cada 8 horas, para



Figura 10. Liquen plano erosivo mostrando proceso cicatricial, con pérdida casi total de clitoris y labios menores. Se puede apreciar el eritema con márgenes blanquecinos poco definidos.



Figura 11. Liquen simple crónico. Se puede apreciar placa eritematosa, con piel engrosada, se marcan los pliegues cutáneos.

ayudar al paciente a contener su tendencia a rascarse. También, se puede utilizar dosis única de 75 mg, en la paciente cuyo problema sea el rascado nocturno durante las horas de sueño. El uso de antidepresivos tricíclicos ha mostrado ser de ayuda en algunos casos^[20].

CONCLUSIONES

Disponer del tiempo necesario para evaluar al paciente. Hay que tener en cuenta que el paciente con vulvovaginitis es un paciente complejo; usualmente, ya se ha automedicado o ha pasado por múltiples colegas, sometiéndose a una polifarmacia que en la mayoría de los casos ha complicado su cuadro en vez de mejorarlo. Por lo tanto, son pacientes con un grado de frustración, que la pueden expresar como desconfianza o agresividad hacia el médico.

Por otro lado, la localización del problema en la zona genital dificulta al paciente hablar claramente de su problema, ya que este le avergüenza. Es necesario crear un entorno cómodo y seguro, para que

el paciente pueda expresar sus síntomas así como sus preocupaciones, que algunas veces pueden ser más abrumadoras para ella que las propias molestias físicas. No son raras las preguntas: "Doctor, ¿Está seguro que no tengo cáncer?" "¿Lo mío es contagioso?" "¿Me lo ha contagiado mi esposo?" "Y, ¿de dónde lo ha cogido ese sinvergüenza?" "¿Mi esposo me es infiel?"

Es necesario ser comprensivo y paciente, a la vez que realista pero positivo ("señora su cuadro es un proceso crónico, que vamos a controlar con la terapia y ayuda de su parte" versus "señora su enfermedad no tiene cura, así que tiene que usar esta crema para siempre").

Educación

Muchas pacientes desconocen la anatomía de la zona genital, por lo que es recomendable usar modelos educativos para explicar la anatomía de esta y la paciente pueda explicar mejor sus molestias, así como pueda entender el problema que está padeciendo, involucrándola positivamente en su terapia y recuperación.



Historia clínica

Ha de ser detallada, con especial énfasis en la búsqueda de posibles factores desencadenantes: hábitos de limpieza, uso de toallas higiénicas, perfumes, tipo de ropa interior, rutina de ejercicios, ropa utilizada en dichas rutinas, uso de lubricantes, preservativos, diafragmas, espermicidas; uso de medicamentos tópicos prescritos o automeedicados; uso de medicinas orales. Es importante recordar que un gran número de medicamentos tienen como efecto colateral inflamación de mucosas, que pueden llegar a presentarse como eritema multiforme o simplemente prurito, que se puede localizar en el área vulvovaginal. En esta lista debe incluirse los productos naturistas.

Antecedentes personales de diabetes, insuficiencia estrogénica, herpes simple, papiloma virus y familiares de carcinoma de vulva

Examen físico

Debe incluir el examen general, para buscar signos que son patognomónicos en otras áreas, pero difíciles de diagnosticar en el área vulvovaginal: psoriasis, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, liquen plano. No debe dejarse de revisar la mucosa bucal, pues al ser un epitelio semejante al de la mucosa genital puede aportar datos importantes en cuadros como Bechet, liquen plano, eritema multiforme, penfigoide cicatricial. En el examen focalizado del área genital, no debe pasarse por alto el examen del vello púbico, para descartar pediculosis, así como el área anal, comprometida con frecuencia en los casos de liquen escleroso y atrófico y liquen simple crónico^[21].

Exámenes auxiliares

En el caso de flujo vaginal, estudios directos, si el médico tiene entrenamiento en ello, o cultivos. Los raspados de piel montados en hidróxido de potasio al 20% nos permite rápidamente diferenciar casos de tiña y candida de dermatosis de contacto o liquen simple crónico. Raspado de vesículas o úlceras de menos de 24 horas de evolución, con coloración de Tzank, se hace el diagnóstico de herpes simple, el cual siempre se presentará con úlceras y vesículas muy extendidas, en el caso de la primoinfección herpética, y más localizadas en el caso de infección recidivante por herpes simple, en pacientes inmunocompetentes.

En el caso de pacientes inmunosuprimidos, las úlceras por herpes simple pueden ser crónicas, siendo la biopsia tomada de uno de los márgenes; es el método de diagnóstico apropiado, en el cual se observará los característicos queratinocitos multinucleados o células de Tzank. No existen vulvovaginitis eritemato descamativas producidas por herpes sin lesiones vesiculares o ulcerosas; por lo tanto, los estudios de anticuerpos séricos para herpes simple no se justifican ni son válidos para su diagnóstico.

La biopsia de piel o mucosa está indicada en toda placa de apariencia dudosa, para descartar neoplasia, liquen escleroatrófico o liquen plano. También, está indicada en toda vulvovaginitis que no muestra respuesta satisfactoria al tratamiento^[22].

Manejo terapéutico

Suspensión de todos los posibles irritantes. Debe indicarse a la paciente hacer higiene del área solo con agua y la mano, evitando esponjas y otros productos que pueden producir irritación al momento del aseo. Secar el área con toalla, con movimientos delicados.

Usar ropa interior de algodón blanco y evitar ropa ajustada.

En el caso de vulvovaginitis exudativas, iniciar la terapia con compresas húmedas, aplicadas con gasa o paño, con solución de Burow diluida o infusión de manzanilla o llantén. Las compresas deben ser mantenidas en contacto con el área irritada, por 5 a 10 minutos, 3 a 4 veces al día. El mantener las compresas a temperatura fría ayuda a aliviar el ardor y prurito. Si en estos casos se sospecha o se tiene la confirmación de una infección bacteriana o micótica, es mejor iniciar terapia sistémica para éstas, pues el tratamiento tópico podría empeorar la irritación existente^[11].

En el caso de la corticoterapia, para reducir el cuadro inflamatorio, es necesario aplicar corticoides tópicos en el área afectada, 2 a 4 veces al día. Los corticoides deben ser de mediana o alta potencia en cuadros de inflamación severa. El tiempo que deban ser usados dependerá del cuadro. Por ejemplo, en el caso de vulvovaginitis por liquen plano o escleroatrófico requerirán aplicaciones al menos por 3 semanas, antes de pasar a un periodo de mantenimiento. En la mayor parte de los casos, el tiempo dependerá de la evolución de la respuesta inflamatoria. Los corticoides deben ser



aplicados en una capa delgada, que evanesce en unos minutos; la aplicación de mayores cantidades de crema no conllevará mayores beneficios y por el contrario podría, en algunos casos, producir maceración de la zona, aumentando los factores de inflamación. En los casos de cuadros inflamatorios exudativos, la crema se aplicará después del uso de compresas húmedas, igualmente usando poca cantidad de crema.

Al mejorar el cuadro inflamatorio, es necesario reevaluar cuidadosamente el caso y de ser necesario repetir exámenes directos, cultivos y biopsias, si tenemos dudas acerca de la etiología del proceso.

Durante el uso de corticoides tópicos, el médico debe estar atento a la aparición de los efectos colaterales de estos, especialmente atrofia cutánea, que con más frecuencia se presenta en piel de labios mayores y área inguinocrural que en la mucosa vaginal. También, pueden presentarse infecciones secundarias y fenómeno de taquifilaxia, sobre todo cuando el uso de corticoides es prolongado.

Es necesario enfatizar la posibilidad de presentación de estos efectos colaterales a la paciente, para que ella se apegue a las indicaciones y no se automedique.

Al controlar la fase aguda del cuadro inflamatorio, se debe disminuir la frecuencia de aplicación y rotar los corticoides a productos de menor potencia farmacológica, para minimizar el riesgo de efectos colaterales^[23].

Una opción en cuadros que requerirán el uso prolongado de corticoides en fase de mantenimiento puede ser el uso de los nuevos inmunomoduladores tópicos, tacrolimus (*Protopic*[®]) o pimecrolimus (*Elidel*[®], aún no disponible en Perú), que presentan la ventaja de no producir atrofia de los epitelios, pero a su vez presentan la desventaja de su mayor costo económico y menor potencia antiinflamatoria, en comparación a los corticoides, incluso los de baja potencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harlow WLA. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:545-50.
2. Steinem G, Foreword E. *The vagina monologues.* New York: Villard, 1998:x-xix.
3. Margesson LJ. Normal anatomy of the vulva. En: Fisher BK, Margesson LJ. *Genital skin disorders and treatment.* St. Louis: Mosby, 1998:99-107.
4. Marren P, Wojnarowska F, Powell S. Allergic contact dermatitis and vulvar dermatoses. *Br J Dermatol.* 1992;126:52-6. Abstract
5. Brown D. Postmenopausal atrophism, atrophic vaginitis and other vaginitides. En: Kaufman TH, Faro S, Brown D. *Benign diseases of the vulva and vagina.* 5th edition. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2005:391-5.
6. Hannestad YS, Rortveit G, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian Epiconc study. *Epidemiology of Incontinence in the*

- County of Nord-Trøndelag. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:1150-7. Abstract
7. Kaufman RH. Anatomy of the vulva and vagina. En: Kaufman R, Faro S, Brown D. *Benign diseases of the vulva and vagina.* 5th edition. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2005:1-13.
8. Lewis FM, Shah M, Gawkrödger DJ. Contact sensitivity in pruritus vulvae: patch test results and clinical outcome. *Am J Contact Dermat.* 1997;8:137-40. Abstract
9. Margesson LJ. Contact dermatitis of the vulva. *Dermatol Ther.* 2004;17:20-7.
10. Eason EL, Feldman P. Contact dermatitis associated with the use of Always sanitary napkins. *CMAJ.* 1996;154:1173-6. Abstract
11. Werlinger KD, Cockerell C. Vulvar disease update. *Advances in Dermatology.* 2006;22: 81-100.
12. Ridley CM, Neill SM. White lesions. *Genital dermatology atlas.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:131-8.
13. Fung MA, Leboit PE. Light microscopic criteria for the diagnosis of early vulvar lichen sclerosis: a comparison with lichen planus. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:473-8. Abstract
14. Cooper SM, Gao XH, et al. Does treatment of vulvar lichen sclerosis influence its prognosis? *Arch Dermatol.* 2004;140:702-6. Abstract
15. Renaud-Vilmer C, Cavellier Balloy B, et al. Vulvar lichen sclerosis: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol.* 2004;140:709-12. Abstract
16. Moyal-Barracco M, Edwards L. Diagnosis and therapy of anogenital lichen planus. *Dermatol Ther.* 2004;17:38-46.
17. Kirtschig G, Wäkelin SH, Wojnarowska F. Mucosal vulval lichen planus: outcome, clinical and laboratory features. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2005;19:301-7. Abstract
18. Cooper SM, Gao XH, et al. Does the treatment of erosive lichen planus of the vulva influence its prognosis? *Arch Dermatol.* 2004;140:702-6.
19. Edwards L. Dermatologic therapy of chronic genital disease. *Dermatol Ther.* 2004;17:1-7.
20. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. *Dermatol Ther.* 2004;17:8-19.
21. Margesson LJ. Vulvar disease pearls. *Dermatologic Clinics.* 2006;24(2):145-55. Review.
22. Welsh BM. Management of common vulval conditions. *MJA.* 2003;178(8):391-5.
23. McKay M. *Topical therapy of gynecologic skin disorders.* MMP Obstetrics and Gynecology Dermatology. 2nd edition. London: Mosby, 2002:209-15.