



Caracterización de las pacientes con diagnóstico de liquen escleroso vulvar

Autores: Tania Alemán Martínez,¹ Diana Balmaseda Rodríguez,¹ Daniela María Hernández Alemán,² Ailen Guzmán López,²

¹⁻²Policlínico Docente "Julio Castillo". Chambas, Ciego de Ávila, Cuba.

³⁻⁴Facultad de Ciencias Médicas Morón, Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ta.martinez@nauta.cu Teléfono:53276046

Resumen

Introducción: el liquen escleroso vulvar es una dermatosis inflamatoria crónica y progresiva, de etiología desconocida, infradiagnosticada y por ende subtratada, con tendencia a la malignización, por lo que resulta fundamental el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz. **Objetivo:** caracterizar las pacientes con diagnóstico de liquen escleroso vulvar atendidas en las áreas de salud del municipio Chambas, Ciego de Ávila. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de serie de casos, en el período comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2019. Se trabajó con el total del universo, el cual estuvo constituido por 16 pacientes. Se utilizó estadística descriptiva. Como medida de resumen de la información se utilizaron frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). **Resultados:** existió predominio del grupo de edades 60 – 69 años (68,7 %) y color de piel blanca (62,5 %). El 43,7 % perteneció al área de salud Julio Castillo. El prurito vulvar fue el síntoma predominante (87,5 %). La hipopigmentación estuvo presente en el 100 % de las mujeres estudiadas. En 10 de las féminas estuvieron ausentes los antecedentes de infecciones virales. El 56,2 % de las mujeres desarrollaron una neoplasia vulvar intraepitelial diferenciada y el 43,7 % presentó más de 3 años de evolución de la lesión. Recibieron tratamiento quirúrgico el 62,5 %. **Conclusiones:** un diagnóstico e inicio precoz del tratamiento podría no sólo revertir las lesiones y reducir la tasa de transformación maligna, sino también prevenir la cicatrización y secuelas a largo plazo.

Palabras clave: LIQUEN ESCLEROSO VULVAR/EPIDEMIOLOGÍA; LIQUEN ESCLEROSO VULVAR/DIAGNÓSTICO; LIQUEN ESCLEROSO VULVAR/TERAPIA.



Introducción

El liquen escleroso (LE) es una dermatosis inflamatoria crónica y progresiva, de etiología desconocida, con un origen multifactorial ⁽¹⁾, frecuentemente afecta la región anogenital pero puede afectar cualquier parte de la superficie corporal ⁽²⁾. Es una enfermedad infradiagnosticada y por ende subtratada, lo que genera mayor daño en la zona afectada, dado por la marcada evolución a la atrofia, mayor grado de cicatrización, deterioro funcional y el mayor riesgo de evolución maligna, ya sea una Neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (VIN) o un carcinoma espinocelular (CEC). Para evitar las complicaciones que la libre evolución de la enfermedad conlleva, es fundamental el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz ⁽³⁾.

En 1887 Francois Hallopeau describió por primera vez la enfermedad, considerándola una forma atrófica de liquen plano. Cinco años más tarde, Ferdinand Darier publicó los hallazgos histopatológicos y la denominó liquen plano escleroso. A partir de entonces, recibió varios nombres de acuerdo con la especialidad consultada. Hasta que en 1976 la Sociedad Internacional de la Enfermedad Vulvovaginal decidió simplificar este conflicto y adoptó el término liquen escleroso con el cual se reconoce a esta enfermedad en la actualidad ⁽⁴⁾.

La verdadera prevalencia, a causa del bajo diagnóstico, es impredecible. Se habla de frecuencia de 1 en 300 en mujeres adultas y de 1 en 900 para las niñas ⁽⁵⁾. El LE en un 85-98 % de los casos se localiza en la región ano genital y solo un 15-20 % en la región extragenital^(5,6).

Teniendo en cuenta la repercusión que esta entidad produce sobre la salud cutánea, urinaria y sexual, así como por el riesgo potencial de desarrollar una VIN diferenciada o un CEC sobre las lesiones si no se diagnostica y se trata precozmente, surge el interés para realizar la presente investigación precisando como problema científico: ¿Cómo se caracterizan las pacientes con diagnóstico de liquen escleroso vulvar?

El estudio se realizó con el objetivo de caracterizar las pacientes con diagnóstico de Liquen escleroso vulvar atendidas en las áreas de salud del municipio Chambas, Ciego de Ávila.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de serie de casos, a las pacientes con diagnóstico de liquen escleroso vulvar atendidas en las consultas de dermatología y/o ginecología perteneciente a las áreas de salud del municipio



Chambas, Ciego de Ávila, en el período comprendido entre enero 2015 y diciembre 2019.

Se trabajó con el total del universo (16), seleccionado mediante muestreo probabilístico accidental.

Criterios de inclusión: población femenina con diagnóstico de liquen escleroso vulvar, que fueron atendidas en las áreas de salud que compone al municipio Chambas.

Criterios de exclusión: pacientes con historias clínicas incompletas.

Se recogió la información necesaria de las historias clínicas de las pacientes. Los resultados fueron llevados a base de datos de Microsoft Excel, los cuales se procesaron en el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva. Como medida de resumen de la información se utilizaron frecuencias absolutas y relativas (porcentaje)

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables: grupo de edades (50-59; 60-69; 70 y más); color de la piel (blanca, mestiza, negra); área de salud (Policlínico Julio Castillo, Policlínico Camilo Cienfuegos, Policlínico Máximo Gómez); sintomatología (asintomáticas, prurito vulvar, dispareunia, disuria, síntomas anales); hallazgos al examen físico (hipopigmentación, áreas de leucoplasia, placas queratósicas o apergaminadas, imagen en 8, liquenificación y/o ulceración, placas equimóticas, cambios anatómicos vulvares); antecedentes referidos de infecciones virales (presentes o ausentes); se tuvo en cuenta si antes del diagnóstico la paciente había padecido infección por virus papiloma humano (VPH) o virus Epstein Barr (VEB); tendencia a la malignización según estudio histopatológico (neoplasia vulvar intraepitelial diferenciada, carcinoma espinocelular de la vulva, LE sin malignización); tiempo de evolución de las lesiones (menos de 1 año; de 1 -3 años; más de 3 años). Se tuvo en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico; tratamiento recibido (tratamiento medicamentoso, tratamiento quirúrgico).

Aspectos éticos: durante el desarrollo de la investigación, aprobada por el Consejo Científico y de Ética de la institución, se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki. Se cumplieron con los requisitos éticos y bioéticos de resguardo de la información personal. Asumiendo principios básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia, y el de justicia.

Resultados



Existió predominio del grupo de edades 60 – 69 años en las tres áreas de salud, representadas por el 68,7% de las féminas, de ellas el 43,7 % perteneció al área de salud Julio Castillo. (Tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de las pacientes con diagnóstico de liquen escleroso vulvar según el grupo de edades y el área de salud a la que pertenecen.

Grupo de edades	Área de Salud							
	Julio Castillo		Camilo Cienfuegos		Máximo Gómez		Total(n= 16)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
50-59	1	6,2	1	6,2			2	12,5
60-69	4	25,0	3	18,7	4	25,0	11	68,7
70 y Más	2	12,5			1	6,2	3	18,7
Total(n= 16)	7	43,7	4	25,0	5	31,2	16	100

Predominó el color de piel blanca, con 10 pacientes (62,5%). (Tabla 2)

Tabla 2 – Distribución de las pacientes según el color de la piel y el grupo de edadesal que pertenecen.

Color de la piel	Grupo de edades							
	50 – 59		60 – 69		70 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Blanca	2	100	7	63,6	1	33,3	10	62,5
Negra	-	-	2	18,2	2	66,7	4	25,0
Mestiza	-	-	2	18,2	-	-	2	12,5
Total	2	100	11	100	3	100	16	100

El prurito vulvar fue el síntoma predominante en todos los grupos de edades, se presentó en 14 de las 16 pacientes estudiadas para un 87,5 %. Las mujeres entre 60 – 69 años fueron las que presentaron sintomatología más variada. (Tabla 3)

Tabla 3 – Distribución de las pacientes según sintomatología y grupo de edades.

Grupos de edades	Sintomatología				
	Asintomática	Prurito vulvar	Dispareunia	Disuria	Síntomas anales



	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
50 – 59	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
60 –69	-	-	10	90,9	5	45,4	1	9,1	1	9,1
70 y más	-	-	2	66,7	1	33,3	-	-	1	33,3
Total(n=16)	-	-	14	87,5	6	37,5	1	6,2	2	12,5

La hipopigmentación del área genital fue el hallazgo encontrado al examen físico de mayor predominio, el cual estuvo presente en el 100 % de las mujeres estudiadas. Los grupos de edades que manifestaron mayor variedad de signos al examen físico fueron los de 60 -69 y 70 y más (Tabla 4).

Tabla 4 – Distribución de las pacientes según hallazgos al examen físico y grupo de edades.

Hallazgos al examen físico	Grupo de edades							
	50 – 59		60 – 69		70 y más		Total (n= 16)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hipopigmentación	2	100	11	100	3	100	16	100
Áreas de leucoplasia	-	-	8	72,7	2	66,7	10	62,5
Placas queratósicas o apergamizadas	-	-	6	54,5	1	33,3	7	43,7
Imagen en 8	-	-	3	27,3	1	33,3	4	25,0
Liquenificación y/o ulceración	-	-	5	45,4	2	66,7	7	43,7
Placas equimóticas	1		1	9,1	-	-	2	12,5
Cambios Anatómicos	-	-	1	9,1	1	33,3	2	12,5

Los antecedentes de infecciones virales estuvieron ausentes en 10 de las mujeres estudiadas, representando el 62,5%. (Tabla 5)

Tabla 5 – Distribución de las pacientes según antecedentes de infecciones virales.

Antecedentes referidos de infecciones virales	Pacientes	
	No	%
Presentes	6	37,5
Ausentes	10	62,5
Total	16	100



Se observó que el 56,2 % de las mujeres desarrollaron una neoplasia vulvar intraepitelial diferenciada (Tabla 6).

Tabla 6 – Distribución de las pacientes según tendencia a la malignización de las lesiones.

Tendencia a la malignización	Pacientes	
	No	%
Neoplasia vulvar intraepitelia diferenciada	9	56,2
Carcinoma espinocelular de la vulva	1	6,2
LE sin malignización	6	37,5
Total	16	100

El 43,7 % presentó más de 3 años de evolución de la lesión (Tabla 7).

Tabla 7 – Distribución de las pacientes según tiempo de evolución de las lesiones.

Tiempo de evolución de las lesiones.	Pacientes	
	No	%
Menos de 1 año	6	37,5
De 1 a 3 años	3	18,7
Más de 3 años	7	43,7
Total	16	100

Recibieron tratamiento quirúrgico 10 pacientes, lo que representa el 62,5 % de las féminas (Tabla 8).

Tabla 8 – Distribución de las pacientes según tratamiento recibido.

Tratamiento recibido	Pacientes	
	No	%
Tratamiento medicamentoso	6	37,5
Tratamiento quirúrgico	10	62,5
Total	16	100

Discusión

Se observa que todas las mujeres atendidas con LE son mayores de 50 años, hecho que coincide con la bibliografía consultada donde se habla de dos picos de incidencia,



en niñas prepuberales, más común antes de los siete años de edad ⁽⁷⁾ y en mujeres postmenopáusicas ⁽³⁾.

La mayor incidencia se presentó en el área de salud Julio Castillo, hecho que se atribuye a que es el área de mayor población.

Predomina en las mujeres de piel blanca ^(1,3,6), de igual forma sucedió en esta investigación. En un estudio realizado en Brasil⁽⁸⁾ el LE predominó en mujeres negras, debido a que la investigación se desarrolló en una zona de población afro-americana.

El síntoma más frecuente en la enfermedad activa es el prurito asociado a irritación y tenesmo. Otro síntoma frecuente es la dispareunia. La fusión de los labios menores sobre el clítoris puede disminuir la excitación o incluso producir anorgasmia, aunque esto es poco común; la disuria se da en fases avanzadas. Como sintomatología anal se destacan el prurito anal, defecación dolorosa, fisuras anales y sangrado con las deposiciones ^(3,6). Está descrito que el prurito vulvar y la hipopigmentación del área genital son una constante en la mayoría de las pacientes ^(3,6,8).

Cabrera-Acea G et al ⁽⁹⁾ encontraron que el síntoma predominante es un prurito de intensidad variable, conocido como picazón paroxística o la escalada en la noche, presente en 2/3 de los casos, a nivel vulvar y/o perianal. La presente investigación coincide con lo planteado por estos autores.

Los hallazgos iniciales son pápulas o maculo-pápulas irregulares, brillantes, que forman placas planas y deprimidas. En fases más avanzadas, la piel presenta atrofia blanquecina, excoriaciones y liquenificación; telangiectasias y púrpuras debido a la atrofia cutánea. A medida que la enfermedad progresa, los cambios estructurales secundarios a la esclerosis y cicatrización de la vulva son más evidentes^(3,6). El signo cardinal es la hipopigmentación, seguida por las placas de leucoplasia, describen Cortés-Ros O et al ⁽¹⁾ y Cabrera-Acea G et al⁽⁹⁾. en sus respectivas investigaciones, hecho que coincide con este estudio.

La afectación VPH, puede desencadenar diversos mecanismos inmunológicos en la piel afectada según Guerra A⁽¹⁰⁾, basándose en la rápida mejoría conseguida en una serie de casos, cuando a los tratamientos clásicos con corticoides se añadió el imiquimod como tratamiento frente al VPH. Fich Sch Fet al⁽¹¹⁾ en su estudio encontraron la asociación de ambas enfermedades, en 5 de esos 8 pacientes con LE se detectó la presencia de VPH subtipo 16. En este estudio se observó antecedentes referidos de infecciones virales por VPH y/o VEB en el 37.50% de las mujeres.



Gutiérrez-Pascual M et al ⁽¹²⁾ en su estudio hacen referencia a la relación de la VIN diferenciada con el CEC genital. Ambas son entidades altamente ligadas al LE genital e independientes de la infección VPH. Además, se han demostrado alteraciones moleculares oncogénicas independientes de la infección por VPH que podrían explicar el potencial maligno del LE por sí mismo.

El LE parece ser un promotor independiente del VPH para la carcinogénesis, lo que corrobora su potencial de degeneración maligna y la necesidad de seguimiento a largo plazo de estas pacientes ⁽¹²⁾.

La VIN diferenciada, se asocia a dermatosis inflamatorias crónicas como el LE y el liquen simple crónico, el mecanismo patogénico es desconocido, pero está demostrado que tiene mayor riesgo de progresión a un CEC vulvar⁽¹³⁾. Algunos autores⁽¹⁴⁾ demuestran que un alto porcentaje de los LE que evolucionan a CEC de vulva deberían haber sido diagnosticados inicialmente de VIN diferenciada. Según estudios previos de estos mismos autores hasta un 33% de las VIN diferenciadas evolucionan a CEC. Lo que se corresponde con lo encontrado en esta investigación donde la mayoría de las pacientes desarrolló una VIN diferenciada.

Montserrat Molgó N et al⁽¹⁵⁾ refiere que en el 5 % de los casos, sobre todo en los de larga evolución, se desarrolla un CEC; igual sucedió en esta investigación donde la mayoría tuvo un período de más de 3 años de evolución de la enfermedad y desarrollaron procesos malignos. Las biopsias deben realizarse siempre ante dudas diagnósticas, en lesiones sugestivas de VIN o malignidad y en lesiones sugestivas de LE pero refractarias al tratamiento de primera línea⁽¹⁶⁾.

El tratamiento está encaminado a la reducción del prurito y de otros síntomas, la mejoría de la calidad de vida y de las lesiones cutáneas evitando su progresión, y la posible degeneración a un CEC⁽⁹⁾. Se debe educar a la paciente sobre la cronicidad del LE y el curso fluctuante de los síntomas⁽³⁾.

Cabrera-Acea G et al⁽⁹⁾, presentaron un caso de LE, tratado con esteroides locales de alta potencia y estrógenos conjugados con evidente mejoría del cuadro.

Las intervenciones plásticas se practican con el fin de suprimir la dispareunia y permitir el coito satisfactorio. La vulvectomía se realizará solo en caso de ser necesario⁽¹⁷⁾.

Pérez Espinosa R A et al ⁽¹⁷⁾ en su estudio describen el cuadro de una paciente postmenopáusica con diagnóstico de LE, aplanamiento y retracción de los labios mayores y lesiones ulcerada tratada con vulvectomía simple para mejorar la calidad de



vida de la misma. La cirugía es la terapia de primera línea frente a una VIN diferenciada, un CEC y para corregir defectos cicatriciales⁽¹¹⁾.

Al ser una patología poco frecuente se encontró como limitación del estudio el pequeño tamaño del universo, lo que impide la extrapolación de los resultados con otras investigaciones.

Conclusiones

El diagnóstico y tratamiento del LE sigue siendo un desafío. No es posible asegurar si el tratamiento médico puede prevenir la evolución hacia la malignización, pero un diagnóstico e inicio precoz del tratamiento de estas pacientes podría no sólo revertir las lesiones y reducir la tasa de transformación maligna, sino también prevenir la cicatrización y secuelas a largo plazo.

Recomendaciones

Se recomienda al nivel primario de atención en particular al médico de la familia tener presente esta entidad para ser remitida a las consultas pertinentes que funcionan en cada área de salud por la importancia que reviste un diagnóstico temprano en la prevención de transformación maligna y en la salud sexual de las mujeres postmenopáusicas.

Referencias bibliográficas

1. Cortés-Ros O, Matos-Figueroa F, Gahona-Kross T, Villacrés-Medina L. Liquen escleroso atrófico genital y extragenital diseminado. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2013;11(6):aprox.4p. [consultado 2021 Mar 26]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2344>
2. Moreira-Preciado M, Díaz-Almeida JG., Moredo-Romo E. Liquen escleroso y atrófico extragenital. Rev cubana med [Internet]. 2003 Jun;42(2):121-123. [consultado 2021 Mar 26] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000200006&lng=es.
3. Rucci-Bentancor N. Monografía: Manejo terapéutico del Liquen Escleroso vulvar. [Internet]. 2018 [consultado 2021 Mar 26]. Disponible en: https://www.ginecotocologicab.hc.edu.uy/images/Monograf%C3%ADa_Liquen.pdf
4. Arias Florez F, Sehtman A, Navajas D, Allevato M. Liquen Escleroso. Dermatol Argent. [Internet]. Marzo 2016;22(1):05-12. [consultado 2021 Mar 26]. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1466>



5. Caussade A. Liquen escleroso: actualización. AGO.uy. [Internet]. 2019;57(1):31-54. [consultado 2021 Mar 26]. Disponible en: <https://ago.uy/publicación/1/numeros/6/article/liquen-escleroso-actualización-lichen-sclerosus-an-update>
6. Cararach M., Castro M., García A., Juliá M., Mascaró J.M., Quílez J.C., Ramírez M., Ramón y Cajal J. M. AEPCG-Guía: Dermatitis inflamatoria de la vulva (liquen escleroso, liquen plano y liquen simple crónico). Publicaciones AEPCG. 2016; pp: 1-52. ISBN: 978-84-617-6416-7.
7. Monteagudo Barreto M, Monteagudo de la Guardia L A, Alba Turiño O. Informe de caso: Liquen escleroso vulvar en una niña. Medicentro Electrón [internet] 2012;16(4). [consultado 2020 nov 26] E-ISSN: 10293043|RNPS1820268 <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1334/1218>
8. Castro do Rêgo Barros C. Dissertações de Mestrado - Ciências da Saúde. Aspectos clínicos e epidemiológicos de mulheres com líquen escleroso atendidas no Hospital das Clínicas. Brasil: Universidade Federal de Pernambuco; 2019. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35344>
9. Cabrera-Acea G, Hernández-Mompíe J, Gómez-Cabrera C. Liquen escleroso y atrófico genital o kraurosis de la vulva. Presentación de un caso. Medisur [Internet] 2016;14(6):796-800. [consultado 2021 enero 26]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600018&lng=es.
10. Guerra A. Liquen escleroso. Actas Dermo-Sifiliográficas. [internet] dic 2003;94(10):633-641. [consultado 5 dic 2019]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-liquen-escleroso-articulo-13055281>
11. Fich Sch F, Giesen F L, Navajas G L, Mondaca C L, González B S. Liquen escleroso y atrófico: revisión de una dermatosis con múltiples manifestaciones. Rev. Chilena Dermatol. [internet] 2015;31(1):55-61. [consultado 2021 enero 26] Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/31_1/9.pdf
12. Gutiérrez-Pascual M, Vicente-Martín F J, López-Estebananz J L. Liquen escleroso y carcinoma escamoso. Actas Dermo-Sifiliográficas. [internet] 2012;103(1):21-28. [consultado 5 dic 2019]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-liquen-escleroso-carcinoma-escamoso-articulo-S0001731011002857>



13. Cararach Tur M, Ordi Maja J, Puig-Tintoré L M, Andía Ortiz D, et al. AEPCC-Guía: Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). Publicaciones AEPCC. 2015; pp: 1-52. ISBN: 978-84-608-3825-8.
14. Van de Nieuwenhof H P, Bulten J, Hollema H, Dommerholt R, et al. Differentiated vulvar intraepithelial neoplasia is often found in lesions, previously diagnosed as lichen sclerosus, which have progressed to vulvar squamous cell carcinoma. *Mod Pathol* [internet] 2011;(24):297-305. [Consultado may 2010] Disponible en <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.2010.192> | Medline
15. Montserrat Molgó N, Harz I, Andrighetti C, del Puerto C, Brañes J, González S. Carcinoma espinocelular de la vulva: caso clínico. *Rev Chil Obstet Ginecol* [internet]. 2014;79(5) [consultado 4 agosto 2020]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500012
16. Sanhueza R P, Yaksic B N, Chahuán I K. Valor de la biopsia vulva en el diagnóstico de Lique escleroso en pacientes con alteraciones vulvares crónicas. *Rev. Chil. Obstet Ginecol*. [internet] 2004;69(3): 199-202. [consultado 4 agosto 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000300003>
17. Pérez Espinosa R A., Crespo Campo G, Isla Valdés A, Zayas León M D. Lique escleroso y atrófico de la vulva a propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 Ago;31(2). [consultado 2021 Enero 26]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200006&lng=es.