



# Liquen escleroso. A propósito de un caso

*Lichen sclerosus. A case report*

**Miriam Gallego-Ramos<sup>1</sup>, Nieves Climent-Martínez<sup>2</sup>, Irene Coronado-Lazcano<sup>3</sup>, Patricia Pinto-Monedero<sup>4</sup>, Elena Rojo-Galobardes<sup>5</sup>**

## RESUMEN

*Mujer de 72 años que acudió a urgencias por imposibilidad de micción de 12 horas de evolución. A la exploración ginecológica se evidenció una cleisis completa del diafragma urogenital que obligó a la sección de la sinequia en quirófano de manera urgente. Se diagnosticó de cleisis secundaria a un liquen escleroso, y se inició tratamiento con corticoterapia tópica con clara mejoría clínica. El liquen escleroso es una dermatosis vulvar crónica y progresiva cuyo síntoma principal es el prurito. Afecta predominantemente a mujeres post-menopáusicas. En fases avanzadas puede alterar la anatomía vulvar y en menos de un 5% de los casos progresa a un carcinoma escamoso vulvar. Por estos dos motivos la detección e instauración temprana del tratamiento es primordial. Los corticoesteroides son el tratamiento de primera elección.*

**PALABRAS CLAVE:** dermatosis vulvar, liquen escleroso, atrofia epitelial, patrón liquenoide.

*Dermatol Peru 2020; 30 (3): 243-246*

## ABSTRACT

*A 72-year-old woman came to the emergency room referring impossibility to urinate during 12 hours. Physical examination revealed a complete cleisis of the urogenital diaphragm that required surgical dissection of the synechia. The diagnosis was of cleisis secondary to lichen sclerosus which was treated with topic corticosteroids with evident clinical improvement. Lichen sclerosus is a chronic and progressive vulvar dermatosis, with the main symptom being vulvar pruritus. It predominantly affects postmenopausal women. In advanced stages of the disease it can cause alteration of the vulvar anatomy and also progress to a vulvar squamous cell carcinoma in less than 5% of cases, therefore*

*a rapid diagnosis and treatment is essential. Corticosteroids are the first-line treatment.*

**KEY WORDS:** vulvar dermatosis, lichen sclerosus, epithelial atrophy, lichenoid pattern.

## INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso (LE) es una enfermedad dermatológica vulvar benigna, crónica y fluctuante que se caracteriza por una inflamación marcada con adelgazamiento epitelial que progresa a un patrón liquenoide dérmico. Su síntoma principal es el prurito vulvar. Generalmente ocurre en la región anogenital, pero puede desarrollarse en cualquier superficie de la piel. Su etiopatogenia es multifactorial, se ha asociado a factores genéticos, inmunológicos, hormonales e infecciosos. Su diagnóstico se basa en la clínica compatible junto a los hallazgos en la vulvoscopia. En fases iniciales de la enfermedad aparecen pápulas confluentes blanquecinas en labios mayores y menores, periné, clítoris y región perianal. Posteriormente se evidencia atrofia marcada de la piel y liquenificación por lesiones por rascado. En aquellas fases más avanzadas

1. Médico residente de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.
2. Médico adjunto de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.
3. Médico residente de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.
4. Médico residente de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.
5. Médico residente de ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

se produce la fusión de los labios menores. En menos de un 5% de los casos, el LE progresa hacia un carcinoma escamoso vulvar. El tratamiento de primera línea es la terapia con corticoides tópicos de alta potencia.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 72 años de edad de raza caucásica que acudió a urgencias médicas del Hospital Universitario Fundación Alcorcón por imposibilidad de conseguir micción desde hacía 12 horas.

La paciente no presentaba antecedentes familiares de interés y como antecedentes personales tenía hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus insulino dependiente, hipotiroidismo y obesidad. No tenía cirugías previas, ni alergias medicamentosas conocidas ni ningún hábito tóxico. Tuvo cuatro partos eutócicos y no realizó revisiones ginecológicas desde que presentó la menopausia a los 51 años.

En la anamnesis la paciente refería padecer prurito vulvar de un año de evolución y lesiones por rascado en genitales externos.

En la exploración física ginecológica se objetivó vulva con marcada atrofia y liquenificación por rascado, así como una cleisis completa del diafragma urogenital que obliteraba el meato uretral (Figura N° 1). Se realizó una biopsia en la región vulvar que informó de fibrosis en banda, atrofia epitelial, hiperqueratosis y adelgazamiento de la epidermis. Se procedió en quirófano a la separación de labios menores bajo sedación (Figura N° 2). Posteriormente se realizó



**Figura N° 2.** Aspecto de la vulva tras separación quirúrgica.

tratamiento con hidrocortisona crema al 1% cada 12 horas durante 4 semanas y aplicación de cremas hidratantes en genitales externos. Al mes de la cirugía la paciente refería cese del prurito vulvar y se evidenció cicatrización de los labios menores a los dos meses.

### DISCUSIÓN

Las dermatosis vulvares son un grupo heterogéneo de lesiones, ya que su presentación clínica es diversa y difiere en gran medida la evolución de las lesiones. En 2006 la *International Society for the study of vulvovaginal disease* (ISSVD) clasificó de manera sistemática las enfermedades de la vulva según subgrupos patológicos y sus características clínicas correlacionadas, catalogando al liquen escleroso como una dermatosis vulvar con patrón liquenoide<sup>1</sup>.

El liquen escleroso (LE) es una dermatopatía inflamatoria crónica y progresiva que habitualmente afecta a la región anogenital (85-90%), pero que también puede afectar a cualquier parte de la superficie corporal (15% extragenital). El curso de la enfermedad es fluctuante, con períodos de fase activa alternando con períodos de remisión<sup>1,2</sup>.

La verdadera prevalencia del LE es desconocida y probablemente está infraestimada. Los registros existentes



**Figura N° 1.** Cleisis del diafragma urogenital.

revelan que 1 de cada 30 mujeres adultas presentan LE. Su incidencia presenta una distribución bimodal, con un pico en niñas pre-púberes y otro en mujeres peri-menopáusicas o post-menopáusicas. Afecta predominantemente a personas de raza caucásica.

Los mecanismos etiológicos determinantes de esta dermatopatía son desconocidos. Según la literatura presenta una etiopatogenia multifactorial<sup>1,2,3</sup>.

- ▲ Factores genéticos: Se postula que en individuos predispuestos genéticamente un factor externo como un traumatismo puede actuar como gatillo y desencadenar la aparición de LE (fenómeno de Koebner).
- ▲ Factores inmunológicos: las pacientes afectas de LE frecuentemente presentan enfermedades autoinmunes, como alopecia areata, vitiligo, trastornos tiroideos, anemia perniciosa o diabetes mellitus.
- ▲ Factores hormonales: los picos de incidencia del LE coinciden con los estados fisiológicos de menor nivel estrogénico.
- ▲ Factores infecciosos: se ha relacionado esta dermatosis con diferentes agentes infecciosos, como la *Borrelia burgdorferi*, el virus del papiloma humano y el virus Epstein-Baar.

Los hallazgos histológicos varían en función de la evolución de la enfermedad. En fases iniciales se observa un infiltrado linfocítico en la dermis papilar con alteración vacuolar de la unión dermo-epidérmica (dermatitis liquenoide) e hiperplasia psoriasiforme, junto con engrosamiento de la membrana basal epidérmica y pérdida de fibras elásticas en la dermis papilar. En fases más avanzadas, además del patrón liquenoide se evidencia un engrosamiento escleroso de la dermis superficial, que va progresando a medida que avanza la enfermedad, disminuyendo concomitantemente el patrón inflamatorio<sup>2</sup>.

La clínica es muy variable, aunque el síntoma más frecuente de la enfermedad en fase activa es el prurito vulvar. Estas pacientes también pueden presentar ardor o quemazón, disuria y tenesmo vesical y dispareunia (estas últimas por fusión de labios menores sobre el meato uretral y estenosis del introito en fases avanzadas de la enfermedad)<sup>3</sup>.

El diagnóstico se establece con la vulvoscoopia y la clínica compatible, aunque el definitivo es anatomopatológico (únicamente debe realizarse cuando existan dudas con la vulvoscoopia o sospecha de malignidad<sup>2</sup>). En fases iniciales, la morfología vulvar permanece intacta, y pueden apreciarse pápulas o maculo-pápulas irregulares, simétricas, brillantes, de superficie lisa, que confluyen formando placas blanquecinas en labios mayores y/o menores (87% de los

casos), periné (85%), clítoris (72%) y perianal (50%). También, en fases iniciales, se objetiva la desaparición de las glándulas de Fordyce. En las fases avanzadas la anatomía vulvar ya se encuentra alterada, la piel presenta una atrofia marcada y un aspecto frágil y apergaminado, con excoriaciones y liquenificación secundarias al rascado<sup>3,4</sup>. Estas pacientes también pueden presentar edema de los labios menores, y, debido a la fragilidad de la piel, telangiectasias y púrpura. En estadios finales, los labios mayores y menores se fusionan provocando una oclusión del introito y enterramiento del clítoris<sup>1,5,6</sup>.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes entidades: neoplasia vulvar intraepitelial (VIN), liquen plano, liquen simple crónico, psoriasis, penfigoide mucomembranoso, vitiligo y deficiencia estrogénica<sup>1,2,3</sup>.

En algunos casos, las pacientes diagnosticadas de LE presentan en el momento del diagnóstico una neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), precursora del carcinoma escamoso vulvar. Éste se produce en un 2-5% de los casos. El tiempo de progresión oncológica oscila entre los 4 y los 10 años. La detección temprana, la aplicación de potentes corticoides tópicos, y la exéresis de las placas resistentes al tratamiento puede reducir el riesgo de carcinoma escamoso vulvar en mujeres diagnosticadas de LE<sup>3</sup>.

El tratamiento de elección son los corticoides tópicos de alta potencia por su efecto antiinflamatorio, como el propionato de clobetasol al 0,05%<sup>3,7</sup>. En caso de placas hiperqueratósicas la vía de administración debe ser intralesional. Debe instaurarse de forma precoz y establecerse una pauta de mantenimiento con la finalidad de retrasar o evitar la progresión de la enfermedad y las recurrencias<sup>4</sup>. Los inhibidores de la calcineurina tópicos (tacrolimus 0,1% o pimecrolimus 1%), constituyen el tratamiento de segunda línea<sup>6</sup>.

En casos muy evolucionados con distorsión de la anatomía vulvar con cleisis del diafragma urogenital es preciso realizar una vulvoperineoplastia para intentar restaurar la morfología y funcionalidad vulvar. No obstante, numerosos estudios demuestran que el tratamiento quirúrgico empeora la evolución de la enfermedad por la aparición de nuevas lesiones sobre el lecho quirúrgico debido al fenómeno de Koebner<sup>1,6,7</sup>.

Otras opciones de tratamiento que actualmente se encuentran en el ámbito de la investigación son la terapia fotodinámica, la fototerapia con ultravioleta A1, los retinoides y la vaporización con láser de CO<sub>2</sub><sup>8,9</sup>.

Se presenta este caso clínico debido a que es una entidad muy prevalente en mujeres post-menopáusicas pero que rara vez debuta con una obstrucción miccional aguda severa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cararach M, Castro M, García A. et. al. AEPCC-Guía: Dermatitis inflamatoria de la vulva (liquen escleroso, liquen plano y liquen simple crónico). 2016; 1-52. ISBN: 978-84-617-6416-7 Copyright@ AEPCC 2016.
2. Cooper SM, Arnold SJ, et. al. Vulvar lichen sclerosus. UpToDate 2019.
3. Lee A, Fischer G. Diagnosis and Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus: An Update for Dermatologists. Am J Clin Dermatol. 2018; 19(5):695-706.
4. Cooper SM, Gao XH, Powel JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulva: lichen sclerosus influence its prognosis? Arch Dermatol 2004; 140:702-6.
5. Pérez Espinosa RA, Crespo Campo G, Isla Valdés A, Zayas León MD. Liquen escleroso y atrófico de la vulva a propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(2).
6. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. Br J Dermatol. 2010; 163(4):672-82.
7. Jackson S, Gilchrist H, Nesbitt, LT. Update on the dermatologic use of systemic glucocorticosteroids, Dermatol Ther 2007; 20:187-205.
8. Sotiriou E, Apalla Z, Patsatsi A, Panagiotidou D. Recalcitrant vulvar lichen sclerosus treated with aminolevulinic acid-photodynamic therapy: a report of five cases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 Nov;22(11):1398-9.
9. Kreuter A, Gambichler T, Avermaete A, Happe M, Bacharach-Buhles M, Hoffmann K, et al. Low-dose ultraviolet A1 phototherapy for extragenital lichen sclerosus: results of a preliminary study. J Am Acad Dermatol. 2002 Feb;46(2):251-5.

Correspondencia: Dra. Miriam Gallego Ramos  
Email: Miriam.gallegoramos@gmail.com

Recibido: 31-08-2020  
Aceptado: 10-09-2020



## VISITA NUESTRA REVISTA

# DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

[www.dermatologiaperuana.pe](http://www.dermatologiaperuana.pe)

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA