



## CASO CLÍNICO

# Psoriasis de vulva como causa de dispareunia superficial

J. López-Olmos\*

Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 10 de julio de 2012; aceptado el 17 de enero de 2013

### PALABRAS CLAVE

Psoriasis de vulva;  
Introito vaginal;  
Dispareunia  
superficial

### KEYWORDS

Vulvar psoriasis;  
Vaginal introitus;  
Entry dyspareunia

**Resumen** Una mujer de 41 años con psoriasis de vulva empeora con el tiempo, lo cual afecta al introito vaginal y le causa dispareunia superficial.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Vulvar psoriasis as a cause of entry dyspareunia

**Abstract** A 41-year-old woman presented with vulvar psoriasis, which worsened over time, causing entry dyspareunia and affecting vaginal introitus.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de naturaleza genética<sup>1</sup> en individuo predispuesto<sup>2</sup>. Desencadenantes son los traumatismos físicos (rascado), químicos (jabones y perfumes) o biológicos (bacterias u hongos)<sup>2</sup> y la tensión emocional<sup>1</sup>. Condiciones asociadas son obesidad, alcoholismo, depresión, enfermedad cardiovascular, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades autoinmunes.

La psoriasis es relativamente frecuente (2-3%). Afecta a hombres y mujeres, y en toda edad, pero más en jóvenes adultos<sup>3</sup>. Hay una predisposición familiar. Es frecuente la afectación de genitales. Afecta a la zona del vello vulvar predominantemente.

En la vulva, hay irritación y picor. Empeora con estrés, calor, humedad, compresas, tejidos sintéticos y jabones irritantes. Hay lesiones papuloescamosas en labios mayores<sup>2</sup>, es una lesión salmón rosa de tamaño variable. Aquí hay menos descamación plateada, pero hay eritema y contorno agudo<sup>4</sup>. En los labios mayores, el aspecto es más escamoso; en general, no afecta a las superficies mucosas. La psoriasis es para toda la vida, con evolución impredecible. Influye en la calidad de vida<sup>5</sup>, con rechazo y aislamiento.

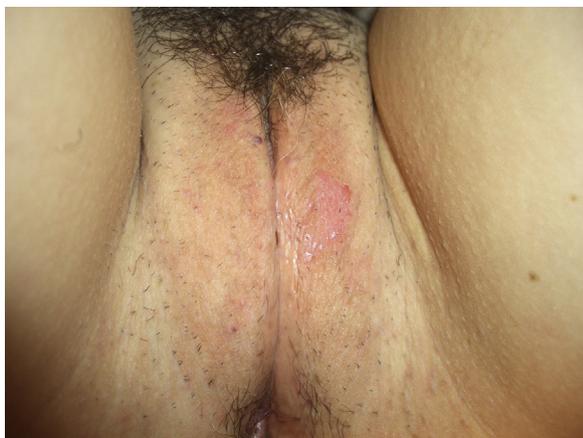
En este trabajo, presentamos un caso de psoriasis de vulva, que ha empeorado en el tiempo, con afectación del introito vaginal y causa de dispareunia superficial.

## Caso clínico

Mujer de 41 años, G1P1, con antecedentes personales sin interés, salvo psoriasis. El 21 de noviembre de 2008 se le realizó una revisión, con citología cervicovaginal normal y ecografía vaginal normal. Presentaba lesiones de psoria-

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlopezo@sego.es](mailto:jlopezo@sego.es)



**Figura 1** Psoriasis de vulva.

sis de vulva (fig. 1). Recibía tratamiento con mometasona furoato, corticoide de clase iv.

El 23 de mayo de 2012 acude a revisión, refiriendo IUE (incontinencia urinaria de esfuerzo) ocasional, y molestias por la psoriasis, sintiéndose cada vez más reseca, y con dispareunia superficial a la penetración. En la exploración vemos la psoriasis vulvar más intensa (fig. 2), lo cual afecta también al introito vaginal (fig. 3). La citología vaginal y la ecografía vaginal fueron normales. Tratamos con clobetasol (corticoide de clase i) para el prurito, y con un lubricante para facilitar las relaciones sexuales. También aconsejamos la práctica de los ejercicios del suelo pélvico.

## Discusión

El prurito vulvar es un síntoma frecuente, no una enfermedad. En general, la psoriasis no produce prurito, pero sí lo hace en los genitales<sup>6</sup>. Para el estudio del prurito hay que ver la edad, la salud general, el estado hormonal, las rutinas de higiene y la ropa usada. Pueden hacerse cultivos (bacterias, virus y hongos), colposcopia de vulva, biopsia, determinación de Fe, glucemia basal y autoanticuerpos. El tratamiento consiste en corticoides, de potencia según edad y diagnóstico. Si no mejora, se debe comprobar si el paciente



**Figura 2** Psoriasis de vulva: 3 años después, mayor afectación.



**Figura 3** Psoriasis de vulva: afectación del introito vaginal.

hace lo que se le dijo (mejor por escrito). Y comprobar el diagnóstico correcto, superinfección, irritantes o dermatitis alérgica de contacto.

La psoriasis genital se da a cualquier edad, de infancia a vejez, más en hombres (48,8%) que en mujeres (32,7%). En los labios de vulva se produce en el 22,6%<sup>7</sup>. En la serie de Farber y Nall, a la edad de 40-49 años (la edad de nuestra paciente), si era la edad de comienzo, en 66 mujeres se dio en 9 casos (13,6%). Y si era la edad en curso, en 123 mujeres, se dio en 12 casos (9,8%). En toda época, hay que evitar las lesiones genitales. Se recomiendan los corticoides de clase II, de potencia moderada, e higiene, limpia y seca.

En la psoriasis, la quemazón y el ardor influyen en la calidad de vida<sup>8</sup>. En la psoriasis hay prurito en el 80%. En un estudio de 2001-2003 de Zamirska et al. sobre 93 mujeres de 17-76 años (media 48 años), en 41 (44,1%) había molestias vulvares, en 18 (19,4%) había quemazón, en 10 (10,8%) había ardor y en 13 (14%) había quemazón y ardor. Había lesiones de psoriasis en vulva en 22 (23,7%). No había relación entre la intensidad del ardor o quemazón y la severidad de la psoriasis global. Con molestias vulvares había lesiones de psoriasis vulvar en 43,6 frente al 8,2% sin molestias vulvares ( $p < 0,001$ ). Había molestias vulvares y síntomas de depresión en 39 frente a 19,5% sin molestias vulvares ( $p < 0,05$ ). Las molestias vulvares son un importante problema clínico con psoriasis. En 49 casos (52,7%) la psoriasis influye negativamente en el bienestar psicosocial. Y en 20 casos (21,5%) influye severamente en su vida sexual. En 14 casos (15,1%) ya no son sexualmente activas.

Con psoriasis largo tiempo hay pérdida de los labios menores, simula la cicatrización del LEA (liquen escleroatrófico). Albert et al.<sup>9</sup> presentan 2 casos, en mujeres de 71 y 77 años, con psoriasis durante 50 años, que perdieron los labios menores. Se practicaron biopsias pensando en LEA, pero fueron negativas. La gran atrofia aquí es por la psoriasis.

La psoriasis tiene diagnóstico clínico, placas rojas plateadas, en labios mayores. Si hay dudas puede hacerse biopsia. El tratamiento consiste en la administración de corticoides. Los potentes, por poco tiempo. Si la terapia no funciona, se debe reconsiderar el diagnóstico, en vez de cambiar de tratamiento. Pocas psoriasis son curables, pero muchas son tratables. En las lesiones crónicas a veces el tratamiento

dura de semanas a meses (hay que tener paciencia)<sup>10</sup>. Cambiar la terapia en días, sin plan, no es un buen tratamiento.

Nuestro caso es una mujer de 41 años, cuya psoriasis de vulva, afectando labios mayores, ha empeorado en un periodo de 4 años, a pesar del tratamiento, afectando actualmente al introito vaginal, y ocasionando dispareunia superficial. La tratamos con clobetasol, un corticoide fluorinado, potente, de clase I, que es antiinflamatorio, inmunosupresor y antimicótico<sup>11</sup>, buscando el alivio inicial y rápido de sus molestias. Pero hay que informar del tratamiento, cómo usarlo, la frecuencia de aplicación y el sitio. Para evitar los efectos adversos locales y sistémicos.

La dispareunia superficial a la penetración produce dolor en el coito, que se debe a causas locales, en este caso biológicas por dermatosis<sup>12</sup>. En nuestro estudio de dispareunia, investigando causas físicas<sup>13</sup> hasta ahora no habíamos encontrado como causa la psoriasis vulvar.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Ackerman AB, Kerl H, Sanchez J, Guo Y, Hofer A, Kelly P, et al. Atlas clínico de enfermedades de la piel (Ackerman 101). Madrid: Marban; 2005.
2. Fisher BK, Margesson LJ. Genital skin disorders. Diagnosis and treatment. St. Louis: Mosby; 1998.
3. Edwards L, Lyncho PJ. Genital dermatology atlas. 2.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Walters Kluwer, Lippincott Williams y Wilkins; 2011.
4. Neill SM, Lewis FM. Ridley's La vulva. Diagnóstico y tratamiento de las patologías. 3.<sup>a</sup> ed. Caracas: Amolka; 2011.
5. Fernandez Peñas P, Llamas Martin R, Ortiz Romero PL. Psoriasis. En: Guerra Tapia A, editor. Manual y atlas de las enfermedades de la vulva. Barcelona: Glosa; 2006. p. 179-84.
6. Bohl TG. Overview of vulvar pruritus through the life cycle. Clin Obstet Gynecol. 2005;48:786-807.
7. Farber EM, Nall L. Genital psoriasis. Cutis. 1992;50:263-6.
8. Zamirska A, Reich A, Berny-Moreno J, Salomon J, Szebietovski JC. Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. Acta Derm Venereol. 2008;88:132-5.
9. Albert S, Neill S, Derrick EK, Calonje E. Psoriasis associated with vulval scarring. Clin Exp Dermatol. 2004;29:354-6.
10. Mc Kay M. Vulvitis and vulvovaginitis: cutaneous considerations. Am J Obstet Gynecol. 1991;165:1176-82.
11. Pels R, Sterry W, Lademann J. Clobetasol propionate -where, when, why? Drugs Today. 2008;44:547-57.
12. Graziottin A. Clinical approach to dyspareunia. J sex marital therapy. 2001;27:489-501.
13. Lopez-Olmos J. Dispareunia: investigación de causa física y de causa infecciosa crónica (estudio prospectivo de 4 años). Clin Invest Ginecol Obstet. 2008;35:152-9.