

**XII Reunión Nacional de la AEPCC y "HPV Clinical Workshop of the  
18<sup>th</sup> International Papillomavirus Conference"  
BARCELONA, 21-23 de Julio 2000**

**Resúmenes de Ponencias**

**Primera Ponencia: TERAPÉUTICA ACTUAL EN PATOLOGÍA VULVAR**  
**Coordinadores: E. López de la Osa (España) - J. M. Capdevila (España)**

**LIQUEN ESCLEROSO**

**Aureli Torné**

Sección de Ginecología Oncológica y Prevención del Cáncer. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. España.

El liquen escleroso es una dermatopatía inflamatoria que afecta frecuentemente a la vulva y periné y se caracteriza por presentar un curso crónico, a veces progresivo, y una sintomatología muy prominente en forma de intenso prurito, quemazón y finalmente dispareunia.

Su prevalencia en la población general se estima en 1 de cada 300–1000 mujeres. Aunque puede aparecer a cualquier edad suele debutar en la cuarta o quinta década de la vida. Actualmente siguen planteándose múltiples controversias sobre su etiología y a pesar de las asociaciones entre esta enfermedad y aspectos inmunológicos, metabólicos, hormonales, genéticos, e infecciosos, seguimos sin conocer el verdadero factor etiopatogénico.

Histología

El hallazgo más característico se observa en la dermis superficial que muestra una pérdida de fibras elásticas, con hialinización del colágeno que adquiere un aspecto edematoso y amorfo y se delimita de la dermis profunda, por un infiltrado linfocitario en banda. La epidermis suele estar adelgazada con borramiento o desaparición de las crestas epiteliales. La hiperqueratosis suele ser constante y a veces es muy marcada. En los estadios más avanzados existe una mayor condensación del colágeno que adquiere el aspecto de un proceso cicatricial inespecífico. Con frecuencia adyacente a lesiones de aspecto atrófico se observan áreas de hiperplasia que son reactivas al rascado crónico.

Clínica

El síntoma más constante es el prurito, a veces asociado a escozor, quemazón o ardor. Con frecuencia se forman pequeñas grietas que motivan dispareunia. Las lesiones inicialmente pálidas, pueden adquirir con el tiempo un aspecto blanco opalescente o brillante. Las lesiones de rascado son frecuentes y en fases avanzadas aparecen telangiectasias y púrpura. Al inicio se observan pápulas o maculo-pápulas poligonales, de límites irregulares, superficie lisa, brillante que

progresivamente confluyen constituyendo placas bien definidas, o finalmente lesiones planas o deprimidas. Cuando la atrofia es marcada la piel adquiere un aspecto frágil, apergaminado, ligeramente arrugado, blando y de color blanco apagado, aspecto que clásicamente se ha comparado al "papel de fumar".

Las lesiones suelen ser simétricas, afectando principalmente la parte interna de la vulva (labios menores, clítoris, introito y parte interna de los labios mayores) así como periné y área perianal, adquiriendo una forma típica "en ocho" o "en ojo de cerradura". En fases muy avanzadas existe una destrucción vulvar con borramiento y desaparición de los labios menores, enterramiento del clítoris por la fimosis del capuchón y estenosis prácticamente completa del introito.

Aunque se acepta que en el liquen escleroso el riesgo de aparición de un cáncer de vulva es inferior al 4-6%, la presencia de placas blancas engrosadas o áreas erosivas o ulceradas persistentes debe biopsiarse para descartar una lesión precancerosa o una enfermedad invasiva.

### Tratamiento

Los corticoides tópicos de elevada potencia son el tratamiento de elección puesto que consiguen un excelente control sintomático con buena tolerancia. El fármaco más utilizado es el propionato de clobetasol al 0,05%, que en los brotes agudos se administra 2 veces al día 1-2 meses, disminuyendo progresivamente la dosis a medida que se consigue un control de los síntomas. Posteriormente debe administrarse la dosis mínima eficaz (1, 2 o 3 veces a la semana) con objeto de que no se produzca ningún otro brote. En la fase de mejoría pueden utilizarse corticoides menos potentes como el valerianato de diflucortolona al 0,3% o 0,1% o el acetónico de fluocinolona.

La testosterona tópica al 2% en ungüento ha sido el tratamiento más ampliamente utilizado antes de los corticoides. Actualmente se cuestiona su eficacia y se destacan sus potenciales efectos adversos como hipertrofia de clítoris, aumento de la velloidad, cambios en la voz o amenorrea. Existe una larga lista de tratamientos tópicos o sistémicos y cuya eficacia es discutible: estrógenos tópicos, cloroquina oral, dosis elevadas de vitamina A, retinoides orales, acitretin, oxotamida, ciclosporina tópica, anestésicos locales, etc.

En aquellos casos en los que la pequeña biopsia muestra atípia, en cualquier grado, debe realizarse una exéresis lesional y un exhaustivo estudio histológico de toda el área sospechosa con el fin de descartar la existencia de un proceso invasivo.

El tratamiento quirúrgico actualmente no está indicado en el control sintomático ya que existe un porcentaje de recidivas sobre el injerto o la cicatriz de la vulvectomía inaceptablemente elevado (superior al 50-60%). Únicamente, en casos excepcionales de lesiones muy extensas y en los que es difícil descartar una lesión maligna mediante la pequeña biopsia, o en pacientes con cambios atípicos persistentes, extensos y progresivos, puede justificarse la exéresis amplia o incluso la vulvectomía. Aunque el liquen escleroso posee una baja probabilidad de malignización es aconsejable que las pacientes realicen controles periódicos insistiendo en la necesidad de consultar inmediatamente si se observa la aparición de lesiones engrosadas o erosivas.

### Bibliografía

- Leibowitch M. Semin Dermatol 1996; 15:42-6.
- Dalziel KL, et al. Br J Dermatol 1991; 124:461-9.

- Ridley CM. Eur J Dermatol 1994; 4:99-105.
- Leibowitch M, et al. Br J Obstet Gynecol 1990; 97:1135-9.
- Zaki I, et al. Clin Exp Dermatol 1996; 21:334-337
- Gomez Rueda N, et al. J Reprod Med 1994; 39:526-530.
- Sideri M, et al. Int J Gynaecol Obstet 1994; 46:53-56.
- Braco GL, et al. J Reprod Med 1993; 38:37-40.
- Cattaneo A, et al. J Reprod Med 1996, 41:99-102.
- Abramov Y, et al. Obstet Gynecol Surv 1996; 51:193-9.
- Elchalal U, et al. Obstet Gynecol Surv 1995; 50:155-162.