

## Liquen plano vulvar: A propósito de un caso

M<sup>a</sup>. I. Ribau (1), P. Fust (1), J. Lloreta (2), R. Carreras (1)

(1)Servicio de Obstetricia y Ginecología. (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Mar. Barcelona.

### RESUMEN

*Presentamos un caso poco frecuente de liquen plano vulvar, ya que en esta zona es rara su aparición. Resaltamos la dificultad que presenta su diagnóstico y, al igual que en otras dermatosis la importancia de la biopsia.*

**Palabras clave:** Liquen plano vulvar.

### SUMMARY

*We present an infrequent case of vulvar planus lichen inasmuch as this zone is rare for its appearance. We highlight the difficult that presets its diagnosis and like in other dermatoses the importance of the biopsy.*

**Key words:** Vulvar planus lichen

### INTRODUCCIÓN

El liquen plano es una enfermedad cutánea poco común en la vulva (1-4). La mayoría de las pacientes con liquen plano vulvar presentan también liquen plano oral, pero es raro que tengan otras lesiones en la piel (1, 5-7). Estas lesiones aparecen en la piel como pápulas violáceas, aunque tienen un marcado polimorfismo. En las mucosas la forma típica es una lesión blanca que se distribuye en forma de “hojas de helecho”. Clínicamente cursa con prurito de intensidad variable (6).

Puede ser desde muy localizado, pequeño y único, hasta simétrico o extenso y afectar cualquier zona vulvar. Algunas formas presentan similitudes con la hiperplasia de células escamosas, con el liquen escleroso y con el carcinoma in situ, por lo que la biopsia suele ser imprescindible.

Describimos un caso de liquen plano en la región vulvar con la lesión característica polimorfa.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 75 años que acude a nuestra consulta de Ginecología refiriendo prurito vulvar de 2 meses de evolución. Como antecedentes de interés destaca hipertrofia del ventrículo izquierdo e hipertensión arterial en tratamiento, hipercolesteremia, hernia discal y vértigo rotatorio. Tres embarazos y partos normales y un aborto. Menopausia a los 51 años.

En la exploración de los genitales externos, se observa pápulas eritematovioláceas con lesiones por rascado ( figura 1 y figura 2 ). En la cara interna de los labios menores e introito se visualizan lesiones en forma de “hojas de helecho “. Para el diagnóstico, se practica una biopsia en la cara inferior del labio menor izquierdo. En el examen dermatológico, la mucosa oral no tiene lesiones. En la nuca, se aprecian lesiones descamativas ya diagnosticadas con anterioridad, correspondientes a una dermatitis seborreica.

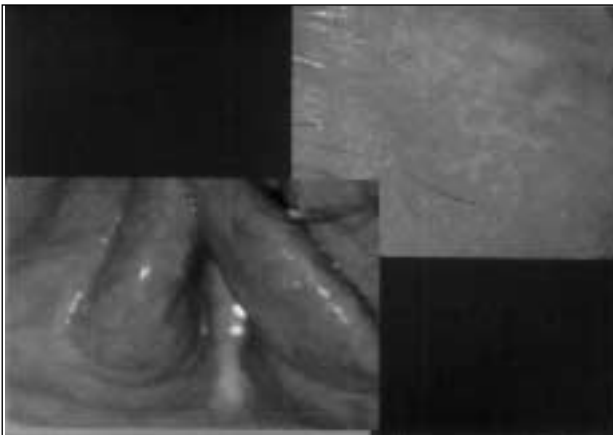
En el estudio histológico de la lesión vulvar se describe acantosis, paraqueratosis y pérdida focal de la capa basal, con un infiltrado inflamatorio crónico con abundantes melanófagos ( figura 3 y figura 4 ).

---

**Correspondencia:** Dra Maria Isabel Ribau Díez  
Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital del Mar  
Passeig Marítim, 25-29  
08003 Barcelona



**Figura 1:** Aspecto de la vulva con las pápulas características del liquen plano.



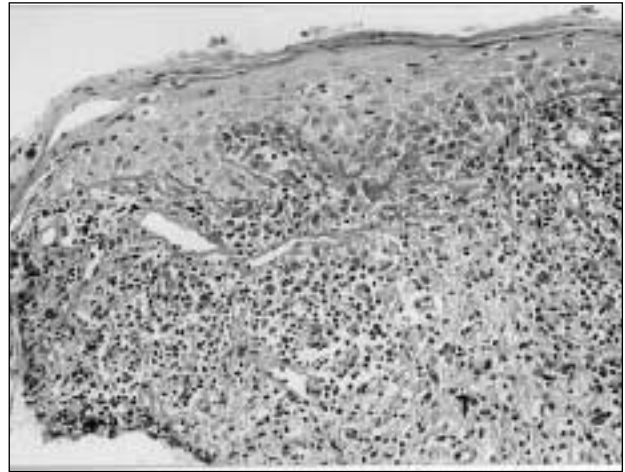
**Figura 2:** Detalle a gran aumento de la cara interna de los labios mayores afectada por la lesión.

Dada su apariencia histológica, la lesión es sugestiva de un liquen plano. No se observan microorganismos identificables histológicamente, ni tampoco atipia citológica.

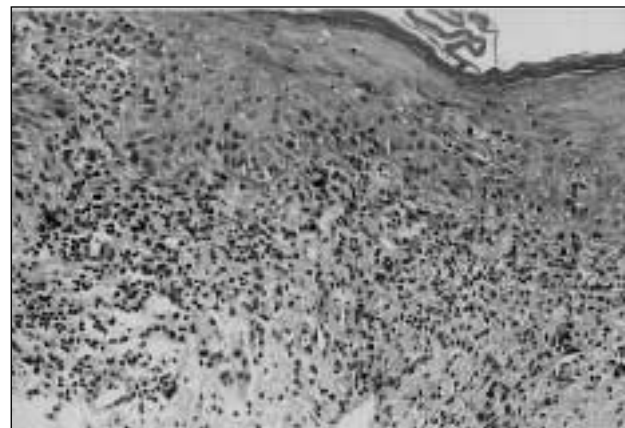
La lesión es tratada con corticoides, el valerianato de difluorcortolona y clorquinaldol, mejorando el prurito y disminuyendo la sintomatología a los tres meses de tratamiento.

## DISCUSIÓN

El liquen plano es una dermatosis subaguda ó crónica que tiene una etiología desconocida y que puede afectar cualquier zona de la piel incluida la vulva. Las pacientes refieren prurito, pero también quemazón, dispareunia e incluso ulceración. Puede aparecer espontáneamente ó tras un suave contacto. En la vulva puede formar parte de una enfermedad más generalizada ó bien aparecer en solitario (1-10).



**Figura 3:** Aspecto microscópico de la lesión: acantosis irregular, infiltrado “en banda” y destrucción de la capa basal. HE (X 100).



**Figura 4:** Detalle del infiltrado, con predominio de linfocitos y algunos melanófagos. PAS ( X 200 ).

Sistemáticamente se deben buscar en la piel lesiones cutáneas similares (preferentemente en la cara anterior de las muñecas, dorso de la mano y región sacra), así como en las mucosas bucales con la forma de un reticulado blanquecino característico o con afectación del cuero cabelludo, piel de pubis, axila o junto con alteraciones ungueales. En el caso que nos ocupa sólo aparecía en la vulva.

La incidencia de la afectación genital es desconocida y tampoco se conoce cual es su causa, aunque se piensa en factores inmunológicos y genéticos como posibles agentes etiológicos (3-5, 7, 9).

Cuando es pequeño y localizado, las lesiones elementales leucoqueratósicas punteadas tienden a confluír formando una placa, por lo que sólo con la biopsia se distinguirá esta lesión de la distrofia hiperplásica (hiperplasia de células escamosas) o del carcinoma in situ. La biopsia no debe limitarse úni-

camente a la lesión eritematosa, es necesario incluir también el margen de la lesión para descubrir los cambios típicos de liquen plano (1, 4)

El liquen plano es muy variable en su forma de presentación clínica. Típicamente se presenta en las mucosas con un aspecto blanquecino formando un patrón típico conocido como en "hojas de helecho".

En la vulva pueden distinguirse la forma clásica, una hipertrófica y una forma erosiva. Ocasionalmente el liquen plano en la vulva puede tener una apariencia más verrucosa e hipertrófica con liquenificación. Las formas erosivas puede ser muy severas y afectar a toda la superficie mucosa y evolucionar en brotes (2-4, 6-9).

Se impone la biopsia para confirmar el diagnóstico, sobre todo cuando la afectación es únicamente vulvar y especialmente en las formas leucoplásicas simples, en las pigmentadas y en las eritematosas (1, 4).

Desde el punto de vista histológico, las lesiones del liquen plano se presentan como una pápula dermoepidérmica con un engrosamiento del epitelio, en particular de la capa córnea y con la presencia de un infiltrado linfoide inmediatamente subepitelial que característicamente ataca la capa basal y cuerpos hialinos profundos, asociado a la presencia de melanófagos y con un aspecto peculiar de las crestas residuales del epitelio tal como se describe en nuestro caso (2-4, 6-9).

En el diagnóstico diferencial se debe incluir todas las enfermedades erosivas que afectan a la vulva, además del carcinoma in situ, y las formas eritematosas del liquen escleroso. Los estudios de inmunofluorescencia pueden ayudar a distinguir las distintas enfermedades ampollas (1, 4).

El liquen plano y el liquen escleroso suelen ser difíciles de diferenciar especialmente si la paciente tiene una estenosis ó una destrucción de la anatomía vulvar, sin embargo el liquen plano, a diferencia del liquen escleroso, puede afectar también la mucosa oral y la mucosa vaginal (1, 4, 6, 8).

Las lesiones vulvares son a menudo crónicas y pueden sufrir cambios malignos en alguna ocasión (1-7), aunque la incidencia exacta de cáncer vulvar en el liquen plano es desconocida (4, 5).

En cuanto al tratamiento es a menudo poco satisfactorio, con resultados muy variables. Las lesiones orogenitales y la enfermedad erosiva vulvar pueden ser persistentes y evolucionar de forma independiente y en brotes (3, 4, 6, 10).

En general, los pacientes que tienen manifestaciones cutáneas de liquen plano responden normalmente a ciclos cortos de corticosteroides, por lo que la enfermedad vulvar se trata también con corticoesteroides tópicos potentes (1, 3, 4, 7).

Por lo general, la erupción se resuelve espontáneamente después de meses o años, quedando en ocasiones una hiperpigmentación residual (6). En nuestro caso el prurito remitió con el tratamiento.

Cuando el tratamiento corticoideo resulta poco eficaz se ha sugerido emplear otros inmunosupresores como la ciclosporina tópica, con buenos resultados (10).

En resumen, presentamos un caso poco frecuente de liquen plano en la vulva, siendo la biopsia la que nos da el diagnóstico. El tratamiento adecuado conduce a una pronta mejoría y a su posterior remisión.

Hay que tener en cuenta que se recomienda un seguimiento a largo plazo de estas pacientes por el pequeño riesgo de transformación maligna (6).

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Edwards L:** Vulvar lichen planus. *Arch Dermatol*, 125: 1677-1680, 1989.
2. **Pelisse M:** Erosive vulvar lichen planus and desquamative vaginitis. *Semin Dermatol*, 15 (1): 47-50, 1996.
3. **Soper DE, Patterson JW, Hurt WG, Fantl JA, Blaylock WK:** Lichen planus of the vulva. *Obstet Gynecol*, 72: 74-76, 1988.
4. **Lewis FM:** Vulvar lichen planus. *Br J Dermatol*, 138 (4): 569-575, 1998.
5. **Lewis FM, Harrington CI:** Squamous cell carcinoma arising in vulvar lichen planus. *Br J Dermatol*, 131: 703-705, 1994.
6. **Ball SB, Wojnarowska F:** Vulvar dermatoses: lichen sclerosus, lichen planus, and vulvar dermatitis/lichen simplex chronicus. *Semin Cutan Med Surg*, 17(3):182-188, 1998.
7. **Lewis FM, Shah M, Harrington CI:** Vulvar involvement in lichen planus: a study of 37 women. *Br J Dermatol*, 135 (1): 89-91, 1996.
8. **Ambros RA, Malfetano JH, Carlson JA, Mihm MC:** Non neoplastic epithelial alterations of the vulva: recognition assessment and comparisons of terminologies used among the various specialties. *Mod Pathol*, 10(5): 401-408, 1997.
9. **Boyd AS, Neldner KH:** Lichen planus. *J Am Acad Dermatol*, 25: 593-619, 1991.
10. **Borrego L, Ruiz-Rodriguez R, Ortiz de Frutos J:** Vulvar lichen planus treated with topical cyclosporin. *Arch Dermatol*, 129: 794, 1993.