

7. Doiron P, Pratt M. Antepartum intravenous immunoglobulin therapy in refractory pemphigoid gestationis: Case report and literatura review. *J Cutan Med Surg*. 2010;14:189-92, <http://dx.doi.org/10.2310%2F7750.2009.09001>.
8. Kreuter A, Harati A, Breuckman F, Appelhans C, Altmeyer P. Intravenous immune globulin in the treatment of persistent pemphigoid gestationis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:1027-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2004.07.052>.
9. Rodrigues CDS, Filipe P, Solana MDM, Soares de AL, Cirne de Castro J, Gomes MM. Persistent herpes gestationis treated with high-dose intravenous immunoglobulin. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:184-6, <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0209>.
10. De la Calle M, Vidaurrázaga C, Martínez N, González-Beato M, Antolín E, Bartha JL. Successful treatment of a severe early onset case of pemphigoid gestationis with intravenous immunoglobulin in a twin pregnancy conceived with in vitro fer-

tilisation in a primigravida. *J Obstet Gynaecol*. 2017;37:246-7, <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2016.1244809>.

F. Boria^{a,*}, R. Maseda^b, F. Albízuri^b y M. de la Calle^a

^a *Unidad de Medicina Materno-Fetal, Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*
^b *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: F.boria.alegre@gmail.com (F. Boria).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.016>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tratamiento de liquen escleroso y atrófico vulvar con láser de dióxido de carbono fraccionado. Presentación de cuatro casos



Treatment of Vulvar Lichen Sclerosus et Atrophicus With Fractional Carbon Dioxide Laser Therapy: A Report of 4 Cases

Sr. Director:

El liquen escleroso y atrófico (LEA) vulvar tiene un gran impacto en la calidad de vida. Además, puede degenerar en un carcinoma epidermoide¹⁻³.

La mayoría de los pacientes se pueden controlar con tratamientos de primera y segunda línea tópicos. Sin embargo, los casos recalcitrantes pueden precisar tratamientos como: retinoides, ciclosporina o terapia fotodinámica (TFD)³⁻⁵. Dichos tratamientos son crónicos y tienen una eficacia limitada, con recurrencias frecuentes y mala adherencia^{2,4}.

La cirugía se considera en alteraciones estructurales^{6,7}. El láser CO₂ se ha descrito principalmente en el LEA del pene. Sin embargo, son menos los casos publicados en el vulvar^{4,7,8}. En cuanto al modo fraccionado aparece solo de forma aislada en la literatura⁹. En este sentido, los autores publicamos el tratamiento de un LEA extragenital con láser erbium:YAG fraccionado¹⁰.

Presentamos cuatro casos, confirmados mediante biopsia, de LEA vulvar de larga evolución. Los principales síntomas fueron: prurito, dispareunia y malestar con aparición frecuente de heridas y erosiones. Todas las pacientes habían utilizado tratamientos previos con mal control. Cabe destacar que una paciente había realizado tratamiento con láser Nd:YAG y otra con ciclosporina y TFD (tabla 1).

Las pacientes fueron tratadas con láser CO₂ (Lumenis® AcuPulse) en modo fraccionado profundo con los siguientes parámetros: 15-175 mJ y 10-20% densidad. Las sesiones se realizaron a intervalos mensuales hasta alcanzar la remisión, con un total de cinco a siete sesiones. Inicialmente se realizaron bajo anestesia intralesional, pero posteriormente se sustituyó por anestesia tópica con buen control del

dolor. El tiempo de recuperación fue rápido y bien tolerado. Durante dicho periodo se aconsejó el uso de antibióticos tópicos. No se realizó profilaxis antiviral por no tener antecedentes de herpes genital ninguna de las pacientes. En caso de antecedentes positivos hubiera sido precisa dicha profilaxis. Las pacientes no realizaron ningún tratamiento de forma concomitante.

Se observó una mejoría de los siguientes signos: eritema, leucoderma, elasticidad cutánea, reducción de las erosiones y fisuras, color y textura de la piel normal (figs. 1 y 2). A nivel histológico también se pudo objetivar dicha mejoría en la paciente 1 (fig. 3). En el resto de las pacientes no se realizó biopsia postratamiento.

Las pacientes estuvieron muy satisfechas con el tratamiento y lo evaluaron con una mejoría mayor del 75%. La disminución de los síntomas se pudo apreciar desde las primeras sesiones (1-3), siendo el prurito el primer síntoma en mejorar. La paciente 1 presentó un aumento de la elasticidad y mejoría de la dispareunia. Pensamos que esta paciente requirió de más sesiones porque se utilizaron parámetros más bajos. La paciente 2 refirió una gran mejoría en la sensación de quemazón que previamente le limitaba el uso de la ropa. En esta paciente la mejoría fue objetivada también por su ginecólogo. Además, ha vuelto a tener relaciones con penetración que antes estaban imposibilitadas. De forma similar la paciente 3 ha intentado tener relaciones cuando antes le limitaba el miedo al dolor. En ella la mejoría fue notable desde la primera sesión cuando no había mejorado con ninguno de los tratamientos previos. A título de curiosidad, llevaba un diario de su sintomatología que quedó en blanco tras las primeras sesiones. Consideramos estos resultados muy significativos dado que las pacientes refirieron previamente que la enfermedad afectaba su calidad de vida entre 8-9 sobre 10. Durante el seguimiento las pacientes estuvieron libres de síntomas sin requerir de más tratamientos. En tres de las pacientes se realizó con posterioridad láser CO₂ fraccionado intravaginal para mejoría de la atrofia vaginal propia de la menopausia. En las pacientes 1 y 4 se realizó una sesión de mantenimiento a los seis meses. En la primera por persistencia de molestias en la zona de episiotomía y en la cuarta por aparición de sinequias en clítoris en zona no tratada previamente.

Tabla 1 Presentación de los cuatro casos clínicos

	Edad	Tiempo de evolución	Tratamientos previos	N.º total sesiones	Respuesta	Efectos adversos	Tiempo seguimiento	Mantenimiento
1	60	Dg 2014 Síntomas desde hace años	Corticoide tópico, lubricante	7	> 75%	No	16 m	2 s c/6 m
2	62	Dg 2015 Síntomas 1997	NdYAG 2 s, ibuprofeno oral, corticoide tópico	5	> 75%	úlceras superficiales	5 m	No
3	53	Dg 2009 Síntomas 2006 Borramiento labios menores y estrechamiento introito	Corticoides e inh calcineurina tópicos, FM con antifúngicos + corticoide + ATB, anestésicos tópicos, metamizol oral, estrógenos tópicos, ciclosporina oral, TFD, lubricantes	5	> 75%	No	4 m	No
4	56	Dg 2017, Síntomas 2011 Borramiento labios menores y estrechamiento introito	Lubricantes, corticoide tópico	5	> 75%	DAC FM anestésica	10 m	6 m nueva sesión

ATB: antibiótico; DAC: dermatitis alérgica de contacto; Dg: diagnóstico; FM: fórmula magistral; m: meses; s: sesiones.



Figura 1 A) Piel blanquecina, liquenificada con placas hipertróficas en labios menores antes del tratamiento. B) Mejoría del color y textura de la piel de labios menores tras cuatro sesiones.

El láser CO₂ actúa produciendo ablación de la epidermis mediante vaporización y mediante el efecto térmico residual en la dermis subyacente induciendo el remodelado del colágeno. Tiene algunas ventajas sobre los corticoides tópicos: buena adherencia, no induce inmunosupresión local y no produce atrofia. Consigue resultados rápidos

y satisfactorios. Puede inducir un remodelado del colágeno revirtiendo parte del daño causado. Además, podría reducir teóricamente el riesgo de transformación maligna por ser un tratamiento ablativo efectivo en otras lesiones premalignas. El modo fraccionado permite una rápida recuperación, mejora la tolerancia, disminuye el riesgo de



Figura 2 A) Antes del tratamiento. B) Después de cinco sesiones mejoría de la elasticidad de la piel y disminución de las erosiones.

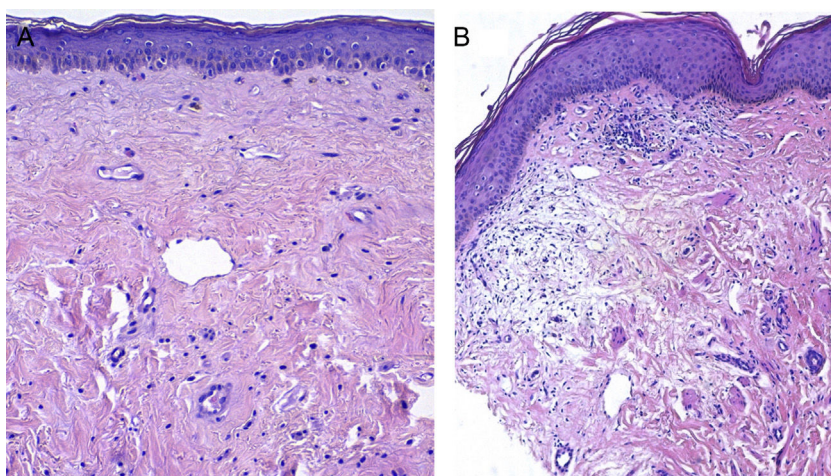


Figura 3 A) Imagen pretratamiento con atrofia epidérmica, colágeno esclerótico e hialinización homogénea de la dermis (519,7 μm). B) Después del tratamiento aumento del espesor de la epidermis y más irregular, disminución del espesor de la banda hialina subepidérmica, dermis laxa con mayor celularidad y menos hialinizada (376,5 μm).

efectos secundarios y permite su realización de forma ambulatoria. Creemos que se puede considerar una alternativa para el tratamiento de LEA no complicado, recalcitrante y/o como mantenimiento. Además, se podría utilizar también para la vehiculización de fármacos pudiendo sumar eficacia a los tratamientos convencionales. Como desventajas, requiere de una infraestructura y en su modo fraccionado precisa varias sesiones.

En conclusión, el láser CO_2 fraccionado puede ser una alternativa efectiva, segura y con rápida recuperación para el tratamiento del LEA vulvar en algunas pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a las pacientes que generosamente comparten su experiencia con ánimo de ayudar a otras mujeres.

Bibliografía

1. Virgili A, Borghi A, Toni G, Minghetti S, Corazza M. Prospective clinical and epidemiologic study of vulvar lichen sclerosis: analysis of prevalence and severity of clinical features, together with historical and demographic associations. *Dermatology*. 2014;228:145–51.
2. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosis: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA Dermatol*. 2015;151:1061–7.

3. Belotto RA, Chavantes MC, Tardivo JP, Dos Santos RE, Fernandes RCM, Horliana ACRT, et al. Therapeutic comparison between treatments for vulvar lichen sclerosus: study protocol of a randomized prospective and controlled trial. *BMC Womens Health*. 2017;17:61.
4. Kirtschig G, Becker K, Günthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi CC, et al. Evidence-based (S3) guideline on (anogenital) lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:e1–43.
5. Maździarz A, Osuch B, Kowalska M, Nalewczynska A, Śpiewankiewicz B. Photodynamic therapy in the treatment of vulvar lichen sclerosus. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2017;19:135–9.
6. Rangatchew F, Knudsen J, Thomsen MV, Drzewiecki KT. Surgical treatment of disabling conditions caused by anogenital lichen sclerosus in women: an account of surgical procedures and results, including patient satisfaction, benefits, and improvements in health-related quality of life. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017;70:501–8.
7. Gurumurthy M, Morah N, Gioffre G, Cruickshank ME. The surgical management of complications of vulval lichen sclerosus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162:79–82.
8. Hackenjos K, Schröder W, Schöpf E, Vanscheidt W. [Therapy of lichen sclerosus et atrophicus vulvae with the CO₂ silk touch laser]. *Hautarzt*. 2000;51:502–4.
9. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulval lichen sclerosus. *Australas J Dermatol*. 2016;57:39–43.
10. Mendieta-Eckert M, Ocerin-Guerra I, Landa-Gundin N. Lichen sclerosus et atrophicus in a surgical scar treated with fractional laser. *J Cosmet Laser Ther*. 2017;19:106–8.

M. Mendieta-Eckert^{a,*}, J. Torrontegui Bilbao^b,
I. Zabalza Estévez^c y N. Landa Gundin^a

^a Servicio de Dermatología, Clínica Dermitek, Bilbao, España

^b Equipo de Enfermería, Clínica Dermitek, Bilbao, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Dr. Guimón, Bilbao, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmendieta@dermitek.com
(M. Mendieta-Eckert).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.021>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Suelen ser relevantes las pruebas epicutáneas en el paciente con síndrome de boca urente?



Are Patch Test Results Usually Relevant in Patients With Burning Mouth Syndrome?

Sr. Director:

La mayoría de publicaciones sobre los resultados de las pruebas epicutáneas en pacientes con síndrome de boca urente (SBU) muestran porcentajes elevados de positividades «clínicamente relevantes» (entre el 13 y el 74%), lo cual ha llevado a considerarlas como una herramienta útil en el estudio de estos pacientes¹⁻³. Algunos autores señalan que los pacientes con sintomatología intermitente (SBU tipo 3)

serían los candidatos idóneos para realizar estas pruebas³. Los alérgenos implicados son diversos y en ocasiones no coincidentes en los distintos estudios, pero las positividades más frecuentes corresponden a los metales, especialmente el níquel.

Teniendo en cuenta lo indicado, realizamos un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de determinar la relevancia clínica de las positividades halladas en pacientes con SBU. Para ello se analizaron los resultados de las pruebas epicutáneas realizadas a pacientes con este diagnóstico remitidos a nuestra unidad de alergia cutánea durante un periodo de tiempo de 15 años (enero de 2001 a diciembre de 2015) y se realizó un seguimiento de estos a través de historia clínica digital (Osabide global) para establecer la relevancia de las positividades. Durante este periodo de tiempo se parchearon un total de 2.789 pacientes, de los cuales 67 consultaron por SBU (fig. 1).



Figura 1 Pacientes con síndrome de boca urente (SBU) y positividad en pruebas epicutáneas realizadas. En 2 (2,9%) de los 67 pacientes con SBU pudimos establecer una relevancia presente de las positividades, ambas a níquel (Ni).