

Frecuencia de dermatosis vulvovaginales en 36 años

García-Domínguez A¹, Vega-Memije ME², Lacy-Niebla RM²

Resumen

ANTECEDENTES: en México no se conoce la prevalencia de las enfermedades dermatológicas que afectan la vulva.

OBJETIVO: identificar la frecuencia y distribución de dermatosis vulvovaginales en el Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó datos de pacientes de cualquier edad a quienes se les realizó biopsia de la región vulvar de 1979 a 2015, en el Servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México.

RESULTADOS: se incluyeron 354 estudios histológicos de la región vulvar. Los cinco primeros diagnósticos fueron melanosis vulvar, quiste epidermoide, condiloma acuminado y cambios cutáneos por VPH, liquen escleroso y liquen plano. La frecuencia de lesiones pigmentarias fue alta (n = 117), la lesión pigmentaria más frecuente fue melanosis vulvar, que representó 75% de todas las lesiones pigmentarias. La frecuencia de neoplasias malignas y premalignas fue baja.

CONCLUSIONES: se encontró frecuencia similar de lesiones benignas y quísticas a lo que se reporta en la bibliografía, se encontraron en mayor frecuencia lesiones pigmentadas en la vulva.

PALABRAS CLAVE: dermatosis, vulvares, vulvovaginales, vulva.

Dermatol Rev Mex 2018 January;62(1):19-26.

Vulvovaginal dermatosis frequency in 36 years.

García-Domínguez A¹, Vega-Memije ME², Lacy-Niebla RM²

Abstract

BACKGROUND: Prevalence of vulvovaginal dermatosis is not known in Mexico.

OBJECTIVE: To identify the frequency and distribution of vulvovaginal dermatosis in the Dermatology Department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González located in Mexico City.

¹ Residente de Dermatología.

² Departamento de Dermatología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: junio 2017

Aceptado: octubre 2017

Correspondencia

Dra. Anais García Domínguez
anaigarciadom@gmail.com

Este artículo debe citarse como

García-Domínguez A, Vega-Memije ME, Lacy-Niebla RM. Frecuencia de dermatosis vulvovaginales en 36 años. Dermatol Rev Mex. 2018 ene;62(1):19-26.

MATERIAL AND METHOD: A retrospective and descriptive study that included data of patients of any age that underwent biopsy of the vulvar region in the time period of 1979 to 2015, in the Dermatology Department of the General Hospital Dr. Manuel Gea Gonzalez.

RESULTS: A total of 354 histologic reports of the vulvar region were included. The five most frequent diagnoses were vulvar melanosis, epidermoid cyst, condyloma acuminatum and cutaneous changes due to HPV, lichen sclerosus and lichen planus. We found a high frequency of pigmented lesions ($n = 117$), the most frequent pigmented lesion was vulvar melanosis. The frequency of malignant and premalignant neoplasms was low.

CONCLUSIONS: We found a frequency of benign and cystic lesions similar to that reported in worldwide literature; the most frequent lesions found in our study were pigmented lesions of the vulva.

KEYWORDS: vulvar, dermatosis; vulvovaginal; vulva

¹ Residente de Dermatología.

² Departamento de Dermatología.
Hospital General Dr. Manuel Gea González,
Ciudad de México.

Correspondence

Dra. Anais García Domínguez
anaisgarciadom@gmail.com

ANTECEDENTES

La vulva es el conjunto de órganos genitales externos de la mujer, es un área topográfica cutánea compleja que comprende estructuras anatómicas distintas. Al igual que el resto de la piel, la vulva puede ser aquejada por distintas enfermedades de diferente causa. Las condiciones de humedad y oclusión propias de la zona ocasionan que las características clásicas de la enfermedad sufran modificaciones y los síntomas tienden a ser imprecisos y comunes a procesos diferentes.¹ Además, por estas mismas características, con mayor frecuencia se asocian infecciones secundarias, fúngicas, virales o bacterianas, lo que retrasa el diagnóstico.² Es común que diversos padecimientos dermatológicos vulvares se manifiesten con síntomas parecidos (prurito, ardor, dispareunia), lo que aumenta la complejidad diagnóstica.¹

El diagnóstico de estas enfermedades se basa en una historia clínica completa, con insistencia en una anamnesis meticulosa: antecedente de síntomas crónicos o recurrentes y antecedentes

personales o familiares de dermatosis en otras topografías y exploración física detallada y con ayuda de la dermatoscopia. Se requiere confirmación histológica cuando el diagnóstico es incierto o se trata de un tumor.^{3,4}

En 2006 la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvaginales (ISSVD por sus siglas en inglés) actualizó la clasificación de las enfermedades dermatológicas vulvares. El propósito de este consenso fue crear una clasificación práctica y actualizada para que todos los médicos que participan en el cuidado de pacientes con trastornos dermatológicos de la vulva puedan utilizarla. Esta clasificación se basa en morfología microscópica, lo que tiene la ventaja de ser mundialmente uniforme.⁵ En 2011 la ISSVD actualizó la clasificación, con el objetivo de crear un abordaje diagnóstico más sencillo desde el punto de vista clínico, aumentando así la practicidad de la clasificación.⁴

No se conoce la prevalencia de las enfermedades que afectan la vulva. En México, hasta nuestro

conocimiento, no existen reportes epidemiológicos acerca del tema, pero sí reportes de caso de enfermedades aisladas que se enfocan principalmente en padecimientos infecciosos y tumorales malignos.⁶⁻⁸ En el mundo existen pocos estudios que reporten la prevalencia de estos padecimientos.^{9,10} En términos individuales se reconocen afecciones como liquen escleroso y el liquen plano debido a su cronicidad, afectación a la calidad de vida y asociación con carcinoma epidermoide vulvar.^{3,11-14}

El conocimiento de la prevalencia de la enfermedad vulvar, inflamatoria, maligna e infecciosa proveerá información útil para priorizar las políticas de salud pública y permitir una orientación clínica más certera según el grupo de edad en que se manifieste.

El objetivo de este estudio fue identificar la frecuencia y distribución de las dermatosis vulvovaginales en el Departamento de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo, efectuado en el servicio de Dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la Ciudad de México, entre enero de 1979 y diciembre de 2015, que incluyó pacientes de cualquier edad a quienes se realizó biopsia de la región vulvar. Los datos se obtuvieron de los registros histológicos del servicio de Dermatología. Se registraron los siguientes datos: edad, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico y síntomas reportados. Se efectuó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se encontraron 354 estudios histológicos de la región vulvar. La edad promedio de las pacientes fue de 44.18 ± 16.76 años, con límites de

7 meses a 84 años. El grupo etario con mayor número de pacientes fue el de mayores de 50 años, que representó 34% (n = 121). **Cuadro 1**

Los cinco primeros diagnósticos fueron melanosis vulvar, quiste epidermoide, condiloma acumulado y cambios cutáneos por VPH, liquen escleroso y liquen plano; en el **Cuadro 2** se anotan los 10 más frecuentes, que corresponden a 65% de los diagnósticos establecidos. En la **Figura 1** se muestra la frecuencia de los diferentes grupos de enfermedades y en el **Cuadro 3** se resumen todos los diagnósticos encontrados en nuestro estudio.

Cuadro 1. Datos demográficos de las pacientes (n = 354)

Edad (años)	Número (%)
< 20	2 (5.6)
20-29	27 (7.6)
30-39	112 (31.8)
40-49	74 (21.2)
> 50	121 (34)
Total	354 (100)
Lugar de origen	
Ciudad de México	312 (88)
Otro estado	42 (12)
Total	354 (100)

Cuadro 2. Principales diagnósticos histopatológicos

Diagnóstico	Número (%)
Melanosis vulvar	88 (25)
Quiste epidermoide	24 (6.8)
Condiloma acumulado y VPH	21 (5.9)
Liquen escleroso	20 (5.6)
Liquen plano	20 (5.6)
Lentiginosis genital	17 (4.8)
Fibroma blando	13 (3.6)
Resultado indeterminado	10 (2.2)
Vulvitis no específica	8 (2.2)
Queratosis seborreica	8 (2.2)
Total	229 (65)

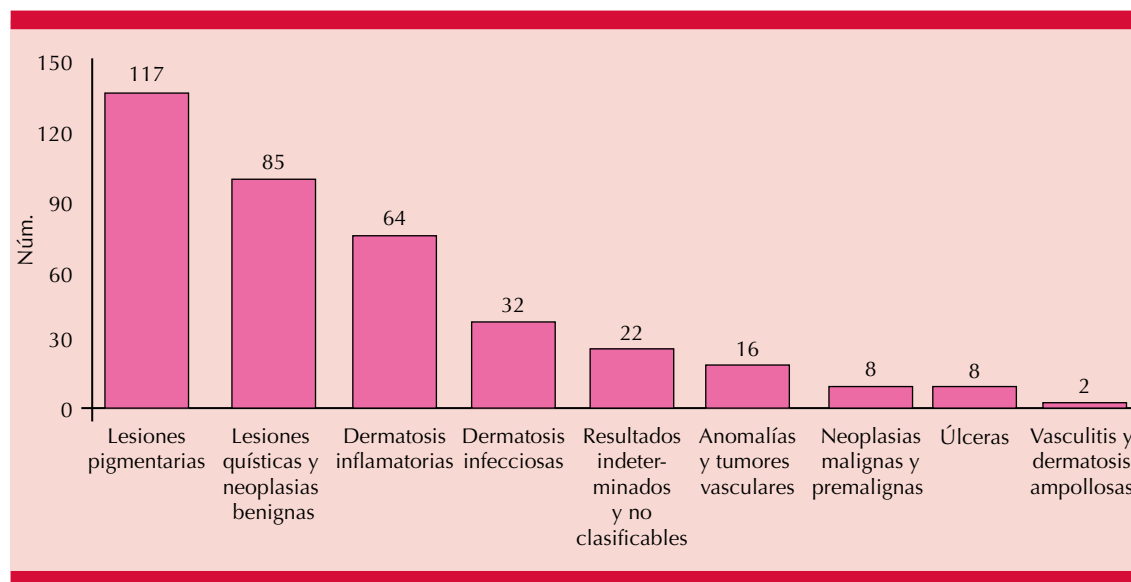


Figura 1. Frecuencia de dermatosis vulvovaginales.

El síntoma reportado con más frecuencia fue el prurito en 16% (n = 56) seguido de ardor o dolor referido en 8% (n = 28). **Figura 2**

Se registró concordancia clínica-histopatológica de 56% (n = 200).

DISCUSIÓN

Las dermatosis del área vulvar son enfermedades frecuentes en Estados Unidos y algunos países europeos.^{1,3,9} En la actualidad, estos padecimientos son tratados por el dermatólogo. En general, nuestros datos demográficos concuerdan con las frecuencias reportadas en la bibliografía. Llama la atención el predominio de lesiones pigmentarias benignas. Este sesgo puede explicarse porque en la División de Dermatología se realizaron dos estudios de lesiones pigmentadas en la vulva.^{15,16} Se estima que éstas afectan a 10-12% de las mujeres^{17,18} y que representan 20% de todas las enfermedades dermatológicas vulvares, en este trabajo se encontraron en 25% de los casos.¹⁹ Los diagnósticos diferenciales de estas

lesiones incluyen proliferaciones melanocíticas benignas y malignas, lesiones no melanocíticas que se manifiestan clínicamente como lesiones pigmentadas y otras afecciones no proliferativas que cursan con hiperpigmentación, como la melanosis vulvar.²⁰ Estas lesiones representan retos diagnósticos debido a la similitud clínica e histopatológica que tienen las lesiones benignas (nevos melanocíticos y melanosis vulvar) y malignas (melanoma vulvar). El diagnóstico erróneo conlleva a ansiedad de la paciente y del médico tratante y en el peor de los casos se practican procedimientos desfigurantes e innecesarios. La bibliografía internacional reporta que la melanosis vulvar representa aproximadamente 68% de las lesiones pigmentadas en genitales de mujeres en edad reproductiva.¹⁷ En nuestro estudio registramos 117 lesiones pigmentarias de las que 88 fueron melanosis vulvar, lo que representa 75% de todas estas lesiones pigmentarias y fue el diagnóstico que se registró con más frecuencia, este sesgo se explica por las razones comentadas con anterioridad.^{15,16} Estas lesiones tienen comportamiento clínico benigno y hasta

Cuadro 3. Diagnóstico histológico de las pacientes con dermatosis vulvovaginales (n = 354) (continúa en la siguiente columna)

	Número (%)
Dermatitis vulvovaginales inflamatorias (n = 64)	
Liquen escleroso	20 (5.6)
Liquen plano	20 (5.6)
Vulvitis no específica	8 (2.2)
Vulvitis por contacto	6 (1.7)
Enfermedad de Crohn	2 (0.56)
Psoriasis	2 (0.56)
Liquen escleroso hipertrófico	1 (0.28)
Pitiriasis liquenoide	1 (0.28)
Vasculíticas y ampollas (n = 2)	
Enfermedad de Behçet	1 (0.28)
Pénfigo vulgar	1 (0.28)
Infecciosas (n = 32)	
Condiloma acuminado	12 (3.4)
Cambios cutáneos por VPH	9 (2.55)
Verruga viral	5 (1.42)
Molusco contagioso	3 (0.85)
Lesiones por herpes virus	2 (0.56)
Candidiasis	1 (0.28)
Neoplasias malignas y premaligna (n = 8)	
Melanoma	2 (0.56)
Carcinoma epidermoide	2 (0.56)
Papulosis bowenoide	2 (0.56)
Enfermedad de Paget	1 (0.28)
Micosis fungoides	1 (0.28)
Lesiones pigmentarias (n = 117)	
Melanosis vulvar	88 (25)
Lentiginosis genital	17 (4.8)
Nevos melanocíticos (incluye nevo intradérmico y de unión)	9 (2.5)
Hiperpigmentación dermo-epidérmica	1 (0.28)
Mácula melanótica	1 (0.28)
Melanoacantoma	1 (0.28)
Lesiones benignas y quísticas y tumores vasculares (n = 101)	
Quiste epidermoide	24 (6.8)
Fibroma blando	13 (3.6)

Cuadro 3. Diagnóstico histológico de las pacientes con dermatosis vulvovaginales (n = 354) (continuación)

	Número (%)
Queratosis seborreica	8 (2.2)
Hiperplasia epidérmica	5 (1.42)
Papilomatosis	5 (1.42)
Quiste mucoso	5 (6.4)
Pólipo fibroepitelial	4 (5.1)
Angiofibroma	4 (5.1)
Angioqueratoma	2 (2.5)
Hemangioma	3 (15.7)
Aneurisma	2 (10.5)
Hidrocistoma	2 (10.5)
Quiste epidermoide vellosa	2 (2.5)
Siringoma	2 (2.5)

De las siguientes enfermedades se encontró sólo un caso: acantosis nigricans, angiolipoma, condición de Fordyce, dermatofibroma, esteatocistoma, fibrolipoma, lipoma, hidradenoma papilífero, nevo verrugoso, neurofibroma, papiloma fibrovascular, quiste de la glándula de Bartholín, siringocistoadenoma papilífero, angioma, dilatación venular, hemangioendoteloma kaposiforme, lago venoso, linfangiectasia, linfedema.

Úlceras (n = 8)

Úlcera de causa indeterminada	5 (1.42)
Úlcera por presión	1 (0.28)
Úlcera traumática	1 (0.28)
Aftosis compleja o bipolar	1 (0.28)

Lesiones no clasificables (n = 22)

Resultado indeterminado	10 (2.84)
Piel normal	2 (0.56)
Dermatitis granulomatosa	2 (0.56)

De las siguientes enfermedades de este grupo se encontró sólo un caso: calcinosis cutis, cicatriz, distrofia vulvar, granuloma piógeno, pénfigo benigno familiar, dermatosis reactiva, reacción a fármacos, vellosidades coriales.

la fecha en estudios de seguimiento no se ha demostrado transformación maligna.¹⁷

La frecuencia de lesiones benignas sólidas, quísticas y de origen vascular también es elevada. La lesión benigna encontrada con más frecuencia

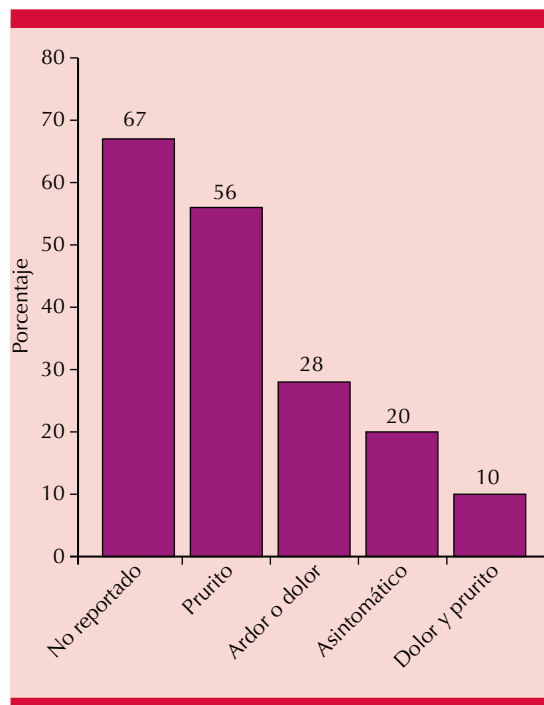


Figura 2. Síntomas reportados.

fue el quiste epidermoide (28%), seguido de fibromas blandos (15.2%) y queratosis seborreica (5%), lo que concuerda con la bibliografía respecto a la frecuencia de tumores vulvares y lesiones benignas en el resto de la piel.^{20,21} Lo mismo sucede con la aparición de las lesiones vasculares, en nuestro estudio encontramos frecuencia baja (7%), fueron mas prevalentes las neoplasias vasculares benignas, como los angiofibromas ($n = 4$) y hemangiomas venosos ($n = 3$), así como las lesiones con dilatación vascular.^{21,22} En 2013 Papalas y su grupo publicaron una serie de 85 pacientes con diagnóstico histopatológico de lesiones vasculares localizadas en la vulva. Estos autores encontraron con más frecuencia neoplasias benignas vasculares (hemangiomas capilares, infantiles y arteriovenosos) y en segundo lugar lesiones con dilatación vascular (lagos venosos y linfoangiomas), parecido a lo reportado en nuestro estudio.²²

Las dermatosis vulvares inflamatorias ocuparon el tercer lugar en frecuencia, resaltan el liquen escleroso y liquen plano que se encontraron como cuarto y quinto diagnósticos más frecuentes, respectivamente, cada uno representó 6%.

En este estudio encontramos una concordancia clínico-patológica en general de 57%. Esta concordancia es baja si se toma en cuenta que hay trabajos previos con los diagnósticos de los mismos dermatopatólogos en tumores malignos cutáneos con un porcentaje más alto (76%); esto podría atribuirse a lo inespecífico del diagnóstico clínico en las lesiones del área vulvar.²³

Las lesiones por causas infecciosas se reportan con alta prevalencia en la bibliografía,^{10,11} en nuestro estudio no se encontraron en frecuencias tan altas probablemente debido a que las lesiones y síntomas causados por agentes infecciosos no son motivo para solicitar examen histopatológico y su frecuencia no se registró. Por último, las lesiones neoplásicas malignas y premalignas fueron menos frecuentes. Una de las lesiones más frecuentes fue el melanoma vulvar primario, esta neoplasia maligna es muy rara en esta área y hasta principios de 2014 existían sólo 17 casos reportados en la bibliografía.¹⁷ A pesar de su baja frecuencia, la sospecha de este diagnóstico y la confirmación histopatológica ante una lesión pigmentada en las mucosas son importantes debido a que los melanomas primarios de mucosas tienden a ser agresivos y tienen mal pronóstico con supervivencia a cinco años de 25%, aun en pacientes diagnosticadas en etapas tempranas.^{13,16,24} En los últimos años la dermatoscopia ha tomado especial importancia en la diferenciación *in vivo* de estas lesiones; es auxiliar ante duda diagnóstica y para diferenciar la melanosos vulvar de melanoma vulvar, que es el principal diagnóstico diferencial en mujeres posmenopáusicas.¹⁶⁻¹⁸

Las lesiones ampollosas y vasculíticas tienen incidencia muy baja porque el estudio histológico

sólo se realiza de la lesión en esta área, cuando no se relaciona con la dermatosis generalizada o cuando es un hallazgo, como el caso descrito por Rangel y su grupo.²⁵

En 2015 Wylomanski y colaboradores publicaron un estudio de casos y controles acerca del bienestar sexual de las pacientes con enfermedades vulvares. En éste demostraron que la enfermedad vulvar tiene un efecto importante en el bienestar sexual y la calidad de vida.⁹ Éstas son variables que no se evaluaron en este estudio, pero es obvio que resulta esencial evaluarlas en la práctica clínica diaria para poder ofrecer un tratamiento integral a estas pacientes.

En este estudio 59% de las pacientes no reportó síntomas y el prurito fue el síntoma reportado con más frecuencia. Las pacientes con enfermedad vulvar pueden padecer uno o más de los cuatro síntomas principales: prurito, dispareunia, dolor y vulvodinia, término que engloba sensación de irritación, ardor o prurito crónico sin causa reconocible en particular. Estos síntomas no son específicos a ninguna enfermedad vulvar, pueden experimentarse en cualquier enfermedad y, por lo general, no orientan a ningún diagnóstico en específico.^{2,9}

CONCLUSIONES

En este estudio descriptivo se encontraron con mayor frecuencia lesiones pigmentadas en la vulva. Las lesiones pigmentadas son de interés especial y ante la duda diagnóstica el médico general y especialista deben considerar tomar una biopsia para descartar enfermedad maligna, en especial melanoma vulvar, que si bien es poco frecuente, a la fecha es una enfermedad de mal pronóstico y mortalidad elevada. En nuestro estudio encontramos frecuencia similar de lesiones benignas y quísticas a lo que se reporta en la bibliografía.

La vulva es un sitio anatómico en el que convergen los aparatos genital, urinario y gastrointestinal en un área mucocutánea; por tanto, es de gran importancia el manejo interdisciplinario de estos padecimientos que permita el diagnóstico oportuno y tratamiento correcto en el que el dermatólogo tiene un papel fundamental.

REFERENCIAS

1. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Dermatitis inflamatorias vulvares. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(4):260-275.
2. Gómez-Tagle B, Mercadillo P. Dermatitis del área ginecológica. *Revista Médica del Hospital General de México* 2002;65(2):83-87.
3. Moyal-Barraco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:946-958.
4. Lynch P, Moyal-Barraco M, Scurry J, Stockale C. 2011 ISSVD Terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16(4):339-344.
5. Lynch P. 2006 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Classification of Vulvar Dermatoses: A synopsis. *J Low Genit Tract Dis* 2007;11(1) 1-2.
6. Gutiérrez-Pascual M, Vicente-Martín FJ, López-Estebananz JL. Liquen escleroso y carcinoma epidermoide. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(1):21-28.
7. Cooper SM, Wojnarowska F. Influence of treatment of erosive lichen planus of the vulva on its prognosis. *Arch Dermatol* 2006;142(3):289-94.
8. Simpson RC, Kittlewood SM, Cooper SM, et al. Real-life experience of managing vulval erosive lichen planus: a case-based review and UK multicenter case note audit. *Br J Dermatol* 2012;167:85-91.
9. Wylomanski S, Bouquin E, Hanf M, Winer N, et al. Sexual well-being in patients with vulvar disease: results from a preliminary prospective matched case-control study. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015;194:106-110.
10. Jiménez-Vieyra CR. Prevalencia de condiloma acuminado en mujeres que acuden a detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en un primer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(2):99-102.
11. Pineda-Murillo J, Cortes-Figueroa AA, Uribarren-Berrueta T, Castañón-Olivares RL. Candidosis vaginal. Primera parte: revisión de la clínica, epidemiología y situación en México. *Rev Med Risaralda* 2015;21(1):58-63.
12. Galeana-Castillo C, Casas-Patiño D, Rodríguez-Torres A, Canú-Cuevas MA, Aguilar-Gutiérrez F, Moreno-Espinosa V,

- et al. Tumores benignos de la vulva: revisión y caso clínico de acrocordón. *Medwave* 2014;14(1); e5886 doi: 10.5867/medwave.2014.01.5886.
13. Sanchez A, Rodríguez D, Allard CB, Bechis S, et al. Primary genitourinary melanoma: Epidemiology and disease-specific survival in a large population-based cohort. *Urol Oncol* 2016;32(4):166.e7-14.
 14. Stroup AM, Harlan LC, Trimble EL. Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2008;108:577-583.
 15. Vega-Memije ME, Cortés-Franco R, Waxtein-Morgestern L, Domínguez-Soto L. Lesiones pigmentadas vulvares en mujeres latinoamericanas. *Estudio Clínico Patológico de 100 casos*. *Med Cután Iber Lat Am* 2000;28:27-30.
 16. Clavellina-Miller GM. Lesiones pigmentadas vulvares. Patrones dermatoscópicos [tesis disponible en Internet]. Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2013 [citada marzo 2016]. 52 p. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/julio/0697692/Index.html>
 17. Murzaku EC, Penn LA, Hale CS, Keltz-Pomeranz M, Polsky D. Vulvar nevi, melanosis and melanoma: An epidemiologic, clinical and histopathologic review. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:1241-1249.
 18. Clavellina-Miller GM, Vega-Memije ME, Toussaint-Caire S, Lacy-Niebla RM. Melanoacantoma vulvar. Reporte de un caso. *Dermatol Rev Mex* 2014;58:362-366.
 19. Pelin-Cengiz F, Hofmann-Wellenhof R. Dermoscopic and clinical features of pigmented skin lesions of the genital area. *An Bras Dermatol* 2015;90(2):178-83.
 20. Fitzhugh VA, Heller DS. Mesenchymal lesions of the vulva. *J Low Genit Tract Dis* 2011;15(2):134-145.
 21. Infracchia A. Benign skin neoplasms. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2013;21:21-32.
 22. Papalas JA, Sanguenza OP, Puri P, Robboy SJ, Selim MA. Vulvar vascular tumors: a clinicopathologic study of 85 patients. *Am J Dermatopathol* 2013;35:1-10.
 23. Reyes-Martínez G, Romero-Guerra AL, Alcántara-Hernández P, Mata-Miranda MP y col. Caracterización epidemiológica y concordancia clínico-patológica del cáncer de piel en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". *Dermatología CMQ* 2007;5(2):80-87.
 24. Spencer KR, Menert J. Mucosal melanoma: Epidemiology, biology and treatment. *Cancer Treat Res* 2016;167:295-320.
 25. Rangel-Gamboa EL, Vega-Memije ME, Campos-Macías P, Fonte V. Pénfigo vegetante: un caso con afección genital exclusiva. *Dermatología CMQ* 2007;5:158-161.