

Vulvitis de células plasmáticas

Plasma cell vulvitis.

Aline Esther Baeza-Echeverría,¹ José Alfredo Soto-Ortiz,² Guillermo Solís-Ledesma³

Resumen

Se comunica el caso de una paciente con diagnóstico de vulvitis de células plasmáticas, afección poco frecuente. La paciente tuvo una úlcera eritematosa y pruriginosa en la vulva, el resultado de la biopsia fue compatible con vulvitis de células plasmáticas. La prueba sifilítica no treponémica resultó negativa. Se dio tratamiento con antihistamínicos orales y tacrolimus durante un mes con alivio de la dermatosis.

PALABRAS CLAVE: Vulvitis de células plasmáticas; vulvitis.

Abstract

This paper reports the case of a patient in whom the diagnosis of plasma cell vulvitis, which is a rare entity, was established. The patient presented an erythematous and pruriginous plaque at vulvar level. A biopsy was performed with histopathological report compatible with plasma cell vulvitis. Non-treponemal syphilitic test was negative. Treatment with tacrolimus and oral antihistamines was prescribed for one month with complete resolution.

KEYWORDS: Plasma cell vulvitis; Vulvitis.

¹ Residente de Dermatología.

² Dermatólogo adscrito.

³ Dermatopatólogo adscrito.

Instituto Dermatológico de Jalisco
Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco.

Recibido: noviembre 2017

Aceptado: marzo 2018

Correspondencia

Aline Esther Baeza Echeverría
alinebaezae@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Baeza-Echeverría AE, Soto-Ortiz JA, Solís-Ledesma G. Vulvitis de células plasmáticas. Dermatol Rev Mex. 2018 septiembre-octubre;62(5):437-440.

ANTECEDENTES

La vulvitis de Zoon (*plasmacytosis mucosae*) o vulvitis de células plasmáticas, es una enfermedad poco frecuente; en la bibliografía hay menos de 50 casos reportados.¹ La incidencia se desconoce² y es más común que ocurra en la menopausia, entre la quinta y octava décadas de la vida, aunque también hay casos reportados en edad pediátrica.^{1,3}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años de edad, residente de Guadalajara, Jalisco, casada, ama de casa, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inició con prurito en el área genital tres años previos, por lo que acudió con médico ginecólogo quien indicó tratamiento con estrógenos conjugados. Ante la falta de mejoría, acudió al Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. A la exploración se encontró una dermatosis en la vulva, por encima del clítoris, constituida por una úlcera de 1 x 1.3 cm de diámetro, fondo eritematoso, bordes irregulares, precisos y blanquecinos (**Figura 1**). Se realizó una biopsia por sacabocado y se solicitó una prueba sifilítica no treponémica que resultó negativa. El estudio histopatológico reportó hiperqueratosis, acantosis y, en la dermis reticular, un infiltrado inflamatorio difuso compuesto por células plasmáticas que fue compatible con vulvitis de células plasmáticas (**Figuras 2 y 3**). Se inició tratamiento con tacrolimus ungüento a 0.1%, dos veces al día, así como antihistamínico oral con alivio de la úlcera al mes con zona de eritema residual (**Figura 4**).

DISCUSIÓN

La vulvitis de células plasmáticas es una enfermedad benigna que no tiende a la malignización.¹ Su causa se desconoce; se han propuesto diversos factores desencadenantes,



Figura 1. Úlcera de 1 x 1.3 cm con bordes blanquecinos en la región superior del clítoris.

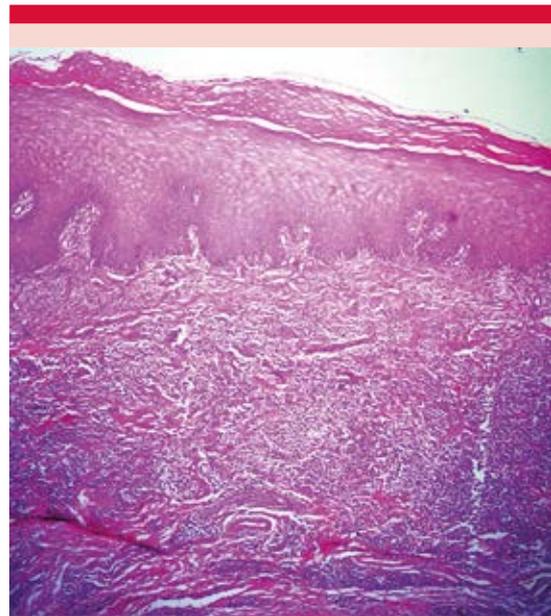


Figura 2. Epidermis con hiperqueratosis y acantosis, dermis reticular con infiltrado inflamatorio difuso.

como infección por virus del herpes simple, origen autoinmunitario, hormonal o por factores irritativos (mala higiene, sudor, traumatismo, fricción constante). Sin embargo, ninguno se ha comprobado de forma fehaciente.^{1,4,5}

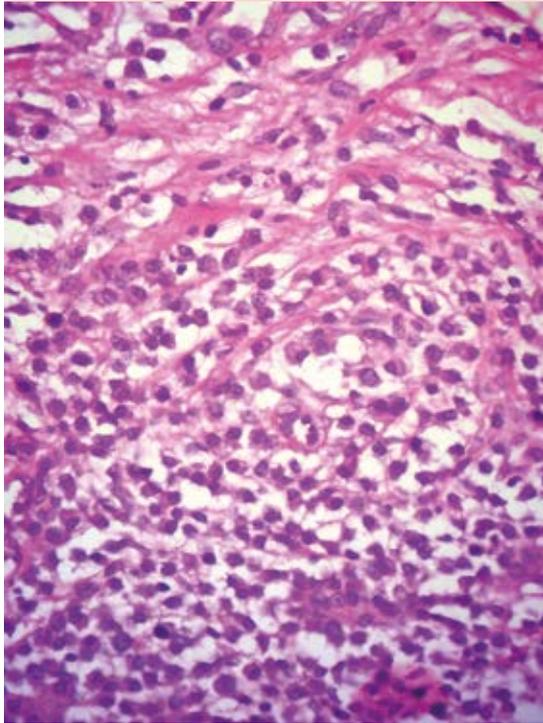


Figura 3. Infiltrado inflamatorio difuso con predominio de células plasmáticas.

Afecta la región genital, principalmente en la cara interna de los labios menores y el área periuretral.² Puede ser asintomática o provocar prurito, ardor, sensación de quemazón, disuria, dispareunia^{1,4} y sangrado.⁵ Se manifiesta como una placa eritematosa, solitaria, de bordes bien definidos e irregulares,^{1,5,6} palpable, de 1 a 3 cm de diámetro.¹ Ocasionalmente puede haber petequias,¹ atrofia, zonas brillantes y erosiones o zonas friables.⁴ En la bibliografía indexada no encontramos reportes de esta forma de manifestación ulcerosa.

En términos histológicos se distingue por una banda densa compuesta predominantemente por células plasmáticas en la dermis superior que puede extenderse a la dermis reticular. Hay



Figura 4. Zona de eritema residual posterior a un mes de tratamiento con tacrolimus 0.1%.

vasos sanguíneos dilatados, prominentes, con extravasación de eritrocitos. La epidermis se puede observar atrófica, con espongiosis, queratinocitos elongados o en forma de diamante⁴ y rara vez ulceración.^{1,5,7} El porcentaje de células plasmáticas es un parámetro importante para el diagnóstico porque si es mayor de 50% es suficiente para establecerlo. Cuando el porcentaje es de 25-50% los depósitos de hemosiderina y la atrofia epitelial son criterios adicionales que ayudan al diagnóstico. Cuando es menor de 25% es inespecífico.⁶

El diagnóstico diferencial debe hacerse con dermatitis por contacto, liquen plano erosivo, liquen

escleroso, pénfigo, penfigoide de las mucosas, lupus eritematoso, reacción medicamentosa, enfermedad de Paget extramamaria, psoriasis genital, carcinoma escamocelular,^{1,5} eritema pigmentado fijo, infección por herpes simple⁴ y sífilis,⁵ entre otros.

Por tratarse de una afección poco frecuente, no existen estudios comparativos respecto al tratamiento, por lo que suele ser no satisfactorio.⁸ El de elección es con esteroides tópicos de alta potencia;^{9,10} también se ha descrito la administración de inhibidores de calcineurina, imiquimod, escisión quirúrgica, crioterapia, ablación con láser CO₂,^{1,7} etretinato¹¹ y misoprostol tópico.¹² Debido al alto grado de recurrencia, es necesaria la vigilancia por largo tiempo.⁷ Un estudio comparativo con diferentes inmunomoduladores y antiinflamatorios tópicos concluyó que la combinación de ácido fusídico con betametasona y el tacrolimus pueden funcionar para el alivio rápido con importante disminución de los síntomas y remisión por largo plazo.⁸

En nuestro caso, la administración de inhibidores de calcineurina (tacrolimus 0.1%) curó la dermatosis. La paciente continuará en vigilancia estrecha para detectar oportunamente las posibles recurrencias.

CONCLUSIÓN

La vulvitis de células plasmáticas es una afección poco frecuente, cuya epidemiología no se conoce con certeza. La manifestación clínica, al ser variable, suele representar un reto diagnóstico. Es importante considerarla al realizar el diagnós-

tico diferencial de las dermatosis vulvares. Por su poca frecuencia, no existen ensayos clínicos que orienten al tratamiento óptimo. Es importante el seguimiento porque las recurrencias son frecuentes.

REFERENCIAS

1. Bharatia PR, Pradhan AM, Zawar VP. Plasma cell vulvitis. *Indian J Sex Transm Dis.* 2015; 36:185-187.
2. Virgili A, Mantovani L, Lauriola MM, Marzola A, Corazza M. Tacrolimus 0.1% ointment: is it really effective in plasma cell vulvitis? Report of four cases. *Dermatology* 2008;216(3):243-246.
3. Albers SE, Taylor G, Huyer D, Oliver G, Krafchik BR. Vulvitis circumscripta plasmacellularis mimicking child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(6):1078-1080.
4. Goldstein AT, Christopher K, Burrows LJ. Plasma cell vulvitis: a rare cause of intractable vulvar pruritus. *Arch Dermatol* 2005;141(6):789-790.
5. Çelik A, Haliloglu B, Tanriöver Y, Ilter E, Gündüz T, Ulu I, et al. Plasma cell vulvitis: a vulvar itching dilemma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012;78(2):230.
6. Toeima E, Sule M, Warren R, Igal L. Diagnosis and treatment of Zoon's vulvitis. *J Obstet Gynaecol* 2011;31(6):473-475.
7. Gurumurthy M, Cairns M, Cruickshank M. Case series of Zoon vulvitis. *J Low Genit Tract Dis* 2010;14(1):56-58.
8. Virgili A, Borghi A, Minghetti S, Corazza M. Comparative study on topical immunomodulatory and anti-inflammatory treatments for plasma cell vulvitis: long-term efficacy and safety. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(3):507-514.
9. David L, Massey K. Plasma cell vulvitis and response to topical steroids: a case report. *Int J STD AIDS* 2003;14(8):568-569.
10. Botros SM, Dieterich M, Sand PK, Goldberg RP. Successful treatment of Zoon's vulvitis with high potency topical steroid. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):178-179.
11. Robinson JB, Im DD, Simmons-O'Brien E, Rosenshein NB. Etretinate: therapy for plasma cell vulvitis. *Obstet Gynecol* 1998;92(4):706.
12. Gunter J, Golitz L. Topical misoprostol therapy for plasma cell vulvitis: a case series. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9(3):176-180.