

Patología vulvar benigna y maligna. Estudio retrospectivo de 15 años

Benign and malignant vulvar pathology. A 15 year retrospective study

María Jimena Fernández Tapia¹, Adriana Senarega¹, Jorgelina Vidal², Carla Chessé³, María Celeste Abaca³, Carolina Innocenti⁴ y Viviana Parra⁵

RESUMEN

Introducción: La región vulvar es asiento de patologías benignas, malignas y no neoplásicas. Las estadísticas en la literatura médica son escasas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las lesiones vulvares biopsiadas en el consultorio de patología vulvar del Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore de Mendoza y describir sus características clínico-epidemiológicas.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal.

Materiales y métodos: Se recopilaron datos de pacientes evaluadas y de las que se obtuvieron muestras para biopsia en el consultorio de patología vulvar del Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore de Mendoza, desde julio de 2002 hasta julio de 2017. Se estudiaron variables como edad, localización de la lesión, tiempo de evolución, diagnóstico histológico y correlación clínico-patológica.

Resultados: Se registraron 2.671 consultas y se realizó la biopsia de 214 lesiones (8,01%). La edad promedio fue de 55,64 años (\pm 14,44 años). La patología más frecuente fue la inflamatoria ($n = 72$; 33,64%) y, dentro de

ella, el liquen escleroso ($n = 30$; 41,67%). El 90% se presentó en pacientes mayores de 50 años, con un riesgo 4,37 veces mayor de padecer esta patología que el de las menores de esa edad ($p = 0,003$). El carcinoma espinocelular representó el 75,51% ($n = 37$) de los tumores malignos. Las pacientes de más de 50 años mostraron un riesgo mayor de desarrollar formas invasoras (OR: 1,18; $p = 0,03$). El 28,97% ($n = 62$) de las pacientes desconocían el tiempo de evolución de la lesión.

Conclusiones: La frecuencia de dermatosis vulvares observadas en nuestro hospital es coincidente con la literatura médica consultada, destacándose un porcentaje significativo de patologías malignas y premalignas. Se subraya la importancia del examen de la región vulvar para el diagnóstico y el tratamiento oportunos de las lesiones ubicadas en ella.

Palabras clave: Vulva, lesiones inflamatorias vulvares, HPV, neoplasias vulvares, lesiones premalignas.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 81-87

ABSTRACT

Background: Vulva can be seat of benign, malignant and non-neoplastic pathologies. Statistics in literature are limited.

Objective: To determine vulvar lesions prevalence biopsied at vulvar pathology consultation at Dermatology Unit of Hospital Lagomaggiore from Mendoza, and describe its clinical and histological characteristics.

Design: A descriptive, retrospective, observational and cross-sectional study was performed.

Materials and methods: We collected data from patients evaluated and biopsied in vulvar pathology consultation at Dermatology Unit of Hospital Lagomaggiore from Mendoza, since July 2002 to July 2017. We studied variables such as age, lesion location, evolution time, histological diagnosis and clinical-pathological correlation.

Results: A total of 2671 patients were included and 214 lesions were submitted to biopsy (8.01%). The mean age was 55.64 years (\pm 14.44 years). Inflammatory pathology was the most frequently ($n = 72$; 33.64%)

and lichen sclerosus was the majority within it ($n = 30$; 41.67%). 90% of the patients were over 50 years old, with a higher risk of developing this condition than younger than 50 years (OR 4.37; $p = 0.003$). Squamous cell carcinoma (SCC) represented 75.51% ($n = 37$) of malignant tumors. Patients older than 50 years showed an increased risk of invasive forms (OR 1.18; $p = 0.03$). 28.97% ($n = 62$) of the patients did not know evolution time of the lesion.

Conclusions: Frequency of vulvar dermatosis observed in our hospital coincides with the literature consulted, with a significant percentage of malignant and premalignant pathologies. We emphasize the importance of vulvar region examination for early diagnosis and treatment.

Keywords: Vulva, vulvar inflammatory injuries, HPV, vulvar neoplasms, precancerous conditions.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 81-87

¹ Médica Residente de Cuarto Año de Dermatología

² Jefa de Residentes, Servicio de Dermatología. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Provincia de Mendoza, Argentina

³ Médica Residente de Tercer Año de Dermatología

⁴ Médica Dermatopatóloga, Servicio de Dermatología

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología. Profesora Titular de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Provincia de Mendoza, Argentina Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Contacto del autor: María Jimena Fernández Tapia

E-mail: fernandeztapiamj@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 5/10/2017

Fecha de trabajo aceptado: 17/5/2018

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La región vulvar es asiento de patologías tumorales (benignas y malignas) y no neoplásicas^{1,2}. Múltiples enfermedades dermatológicas pueden afectar la zona genital³; el prurito es el síntoma referido con mayor frecuencia^{2,4}. Debido a la signosintomatología inespecífica y al habitual pudor relacionado con la patología genital, la consulta y el diagnóstico suelen ser tardíos^{3,5}. Es importante reconocer las estructuras anatómicas y las variaciones normales de la vulva, en especial los cambios relacionados con la edad, al igual que las lesiones benignas que pueden afectarla. Esto permite tranquilizar a las pacientes y evitar tratamientos agresivos innecesarios, teniendo en cuenta que la mayoría pueden requerir intervenciones quirúrgicas mínimas o tan solo seguimiento^{1,6}. La vulva puede dividirse en diferentes sectores: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, horquilla vulvar y vestíbulo (el cual incluye el introito y la porción distal de la uretra). Conocer la anatomía normal y sus variantes es esencial para el diagnóstico y el tratamiento correctos^{5,7}. Aunque la mayoría de las dermatosis que afectan la zona vulvar son patologías benignas, se sabe que la inflamación crónica predispone a la aparición de neoplasias intraepiteliales vulvares conocidas como VIN diferenciada (VINd)^{4,8-10}. La nomenclatura de las lesiones intraepiteliales ha sido un tema de constante discusión. Es así que la *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD, Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal) propone unificar las denominaciones

utilizando solo los siguientes términos: lesiones intraepiteliales escamosas (SIL, por su sigla en inglés), de bajo y de alto grado en relación con la infección por el virus del papiloma humano (HPV); y VINd en asociación con las dermatosis crónicas, en especial el liquen escleroso (LE) (Tabla 1)^{8,11}. Así, queda determinado que hay, a nivel vulvar, dos tipos de carcinoma espinocelular (CEC): el asociado a la infección por HPV y el independiente de esta^{2,4,9,10}. El SIL de alto grado (SIL AG) se asocia en más del 80% con el HPV y es la forma más frecuente de CEC en las mujeres jóvenes, tabaquistas, con múltiples parejas sexuales e inmunosuprimidas. El riesgo estimado de progresión a CEC invasor, cuando se realiza el tratamiento de estas lesiones, es de 2-5%^{8,9}. Sin embargo, cuando no son tratadas, el riesgo puede ascender de forma sustancial^{8,10}. La VINd es la lesión intraepitelial con mayor riesgo de evolución a CEC invasor queratinizante, forma más agresiva y con mayor tasa de recidiva^{8,10}. Por último, el SIL de bajo grado (SIL BG) incluye lesiones benignas, no neoplásicas por HPV: condilomas o verrugas genitales y lesiones con efecto citopático viral.

Debido a la falta de estadísticas sobre la prevalencia de las lesiones vulvares en nuestro medio, nos propusimos determinar la frecuencia de las lesiones vulvares sometidas a biopsia en el consultorio de patología vulvar del Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore de Mendoza y describir sus características clínico-epidemiológicas.

LAST 2012	WHO 2014	ISSVD 2015	Correspondencia con nomenclatura anterior	Significado
SIL BG	SIL BG	SIL BG	VIN 1	Condilomas acuminados, efecto del HPV
SIL AG	SIL AG	SIL AG	VIN 2 y 3	VIN usual
	VINd	VINd		VINd

TABLA 1: Clasificación de las lesiones escamosas intraepiteliales de la vulva.

LAST: Lower Anogenital Squamous Terminology; WHO: World Health Organization; SIL: lesión intraepitelial escamosa; BG: bajo grado; AG: alto grado; VINd: neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada; HPV: virus del papiloma humano. Modificada de referencia 8.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se recopilaron datos de pacientes evaluadas en el consultorio de patología vulvar del Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore de Mendoza. Se incluyeron pacientes con estudios histopatológicos realizados en nuestro Servicio desde julio de 2002 hasta julio de 2017. Se propusieron diferentes grupos de patologías para un mejor estudio de los datos, confeccionándose la siguiente clasificación: tumores malignos; tumores benignos; lesiones pigmentarias, inflamatorias, infecciosas, precursoras, inespecíficas, y otros. Al referirnos a la patología intraepitelial vulvar nos basamos en la última terminología aceptada por la ISSVD.

Se estudiaron variables como edad, localización de la lesión, tiempo de evolución, diagnóstico histológico y correlación clínico-patológica. El análisis de datos se realizó a través del *software* GraphPad Prism 7.02 y se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión, prueba de normalidad y prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se registraron 2.671 consultas en el período comprendido entre julio de 2002 y julio de 2017 en el consultorio de patología vulvar. Se realizaron biopsias de 214 lesiones, lo que representó el 8%. Es importante recalcar que en 7 lesiones solo se contó con el diagnóstico histológico, sin otros datos clínicos o epidemiológicos. La edad promedio de las pacientes cuyas muestras se estudiaron fue de 55,64 años con una desviación estándar de $\pm 14,44$ años. Teniendo en cuenta los diferentes grupos diagnósticos establecidos, la patología más frecuente fue la inflamatoria ($n = 72$; 33,64%) (Figura 1), seguida de los tumores malignos con un 22,90% ($n = 49$). A su vez, en cada grupo diagnóstico se incluyeron diferentes patologías (Tabla 2). Dentro del grupo de lesiones inflamatorias, el liquen escleroso (LE) fue el más frecuente con un 41,67% de los casos ($n = 30$) (Foto 1). El 90% se presentó en pacientes mayores de 50 años, las cuales mostraron 4,37 veces más riesgo de padecer esta patología que las menores de esa edad ($p = 0,003$; IC 95%).

En cuanto a los tumores malignos, el CEC representó el 75,51% de ellos ($n = 37$), seguido del melanoma, el carcinoma basocelular (CBC) y el adenocarcinoma, todos compartiendo el segundo lugar, con un 6% cada uno ($n = 3$) (Fotos 2 y 3). Solo se halló un caso de carcinoma sebáceo (Figura 2). Dentro de los CEC, el SIL AG fue la forma más frecuente (Figura 3). Con respecto a la edad, el riesgo de desarrollar CEC (incluida la forma invasora e *in situ*) no mostró diferencias significativas. Sin embargo, las pacientes de más de 50 años presentaron un riesgo mayor de desarrollar formas invasoras (RR: 1,18; $p = 0,03$; IC 95%) (Foto 4).

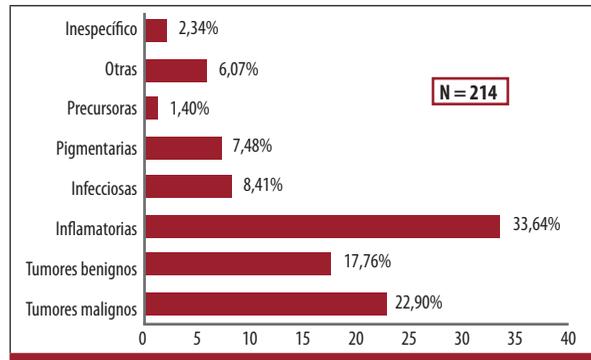


FIGURA 1: Frecuencia de las patologías vulvares.



FOTO 1: Liquen escleroso con coloración blanco brillante típica y fusión de labios menores.



FOTO 2: Melanoma extensivo superficial. Lesión de un año de evolución.

Lesiones vulvares (NCC= 214)	
Tumores malignos	
CEC invasor	9
VIN diferenciada	4
SIL AG	24
CBC	3
Adenocarcinoma	3
Melanoma	3
Paget extramamario	2
Carcinoma sebáceo	1
TOTAL	49
Tumores benignos	
Angioma	1
Angioma capilar lobulado	2
Angioqueratoma	2
Fibrolipoma	1
Fibroma blando	9
Granuloma por cuerpo extraño	1
Hidradenoma papilífero	2
Hidrocistoma	2
Lipoma	1
Neuroma	1
Nevo apocrino	1
Nevus epidérmico	1
Queratosis seborreica	3
Quiste epidérmico	4
Quiste tricolémico	2
Quiste de Skene	2
Siringocistadenoma papilífero	1
Siringoma	1
Tricoblastoma	1
TOTAL	38
Inflamatorias	
Liquen escleroso	30
Liquen plano	11
Psoriasis	4
Eccema	5
Dermatitis liquenoide	9
Hidradenitis supurativa	1
Aftosis	1
Pénfigo vegetante	3
Pénfigo vulgar	2
Radiodermatitis	2
Vulvitis de Zoon	4
TOTAL	72

Infecciosas	
SIL BG	12
Molusco contagioso	1
Absceso	1
Candidiasis hipertrófica	1
Ectima gangrenoso	1
Escrófula	1
Herpes	1
TOTAL	18
Pigmentarias	
Léntigo	2
Melanosis vulvar	6
Nevus melanocítico	8
TOTAL	16
Precursoras	
Leucoplasia	3
TOTAL	3
Otras	
Endometriosis	2
Eritema anular centrífugo	1
Eritema multiforme	1
Glándulas de Fordyce	1
Hiperplasia seudoepiteliomatosa	1
Inespecíficas	5
Poros dilatados de Winer	1
Úlcera	6
TOTAL	18
TOTAL FINAL	214

TABLA 2: Grupos diagnósticos de patología vulvar.

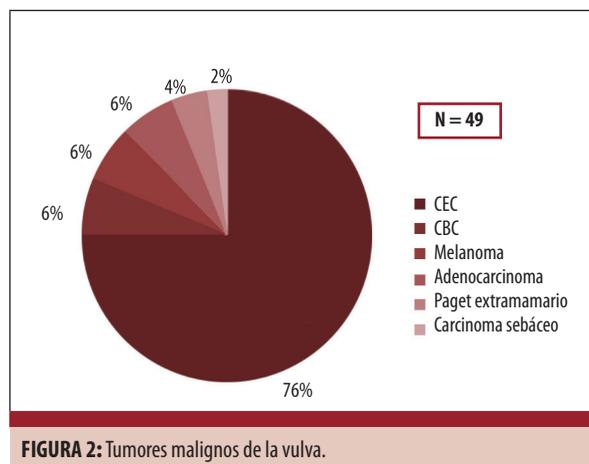


FIGURA 2: Tumores malignos de la vulva.



FOTO 3: Carcinoma basocelular en el labio mayor derecho. Lesión de 15 años de evolución.

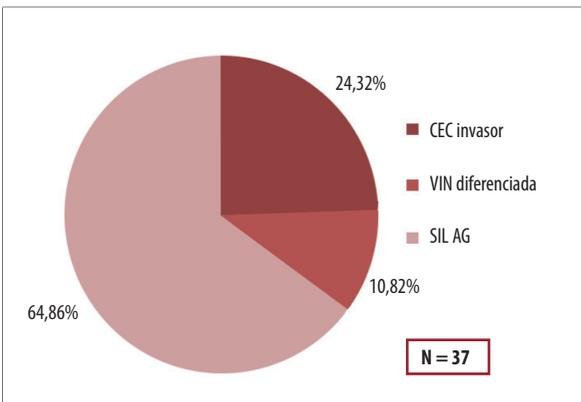


FIGURA 3: Carcinomas espinocelulares, formas invasoras e *in situ*.



FOTO 4: Carcinoma espinocelular invasor, estadio avanzado.

Con referencia a los tumores benignos, los fibromas blandos representaron la mayoría dentro de este grupo ($n = 9$; 23,68%).

El HPV fue la patología infecciosa más frecuente con el 66,67% ($n = 12$), porcentaje solo en relación con las verrugas genitales, sin tener en cuenta la asociación a SIL AG. Los cambios citopáticos asociados al HPV se evidenciaron en el 16,82% de las lesiones tanto malignas como benignas ($n = 36$).

Los *nevus* melanocíticos fueron el 53,33% ($n = 8$) de las patologías pigmentarias, seguidos de la melanosí vulvar, que representó el 40% de todas las lesiones melanocíticas ($n = 6$) (Foto 5).

Los hallazgos histológicos inespecíficos alcanzaron el 2,34% del total de las lesiones sometidas a biopsia ($n = 5$).

En general, el sitio más afectado fueron los labios mayores ($n = 66$; 31%), seguidos de los labios menores con un 28,04% ($n = 60$) (Figura 4).

En cuanto a la correlación clínico-patológica, hubo coincidencia en el 57,48% de los casos ($n = 123$) (Figura 5).

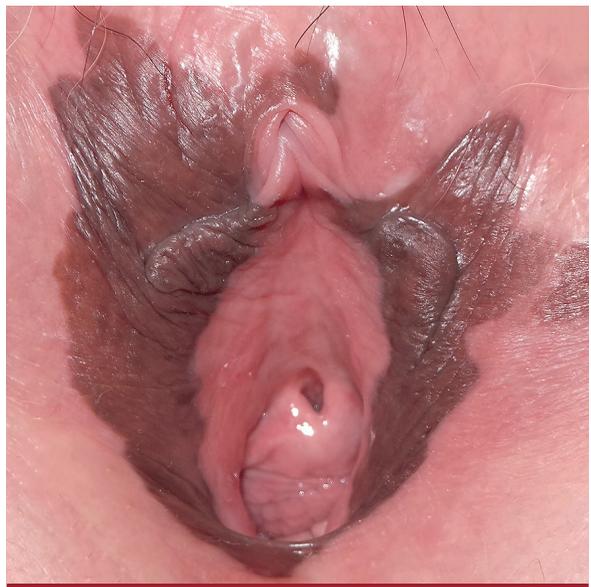


FOTO 5: Melanosí vulvar extensa.

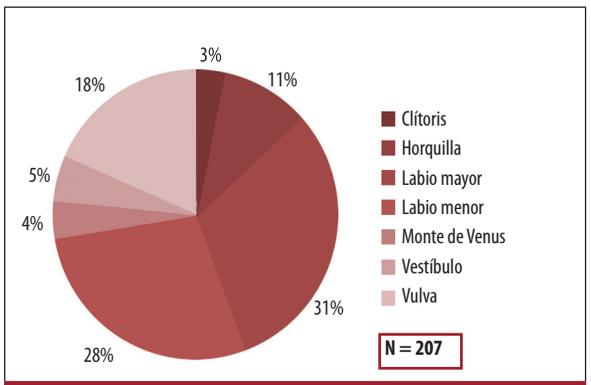
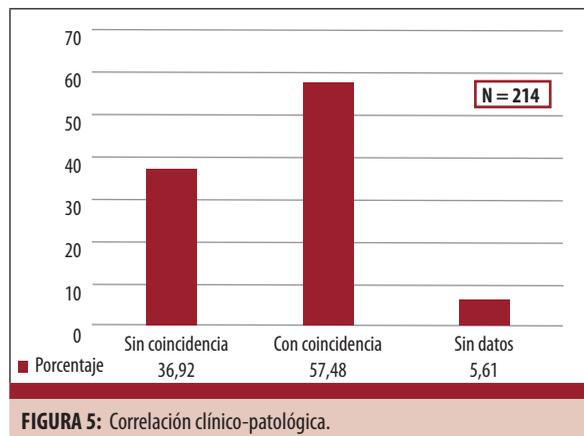


FIGURA 4: Localización anatómica de la patología vulvar.



Cabe destacar que el 28,97% ($n = 62$) de las pacientes desconocían el tiempo de evolución de la lesión sometida al estudio histopatológico, siendo este porcentaje igual o superior al 50% en cuanto a CEC y SIL BG ($n = 6$; 66,67% y $n = 6$; 50%, respectivamente).

COMENTARIOS

En la vulva pueden hallarse múltiples patologías cutaneomucosas. En nuestro estudio, las lesiones vulvares más frecuentes fueron las inflamatorias y, de ellas, el LE. Debido a las escasas publicaciones que incluyen patología vulvar tanto benigna como maligna y a la disparidad que existe en cuanto a cómo clasificar las diferentes lesiones, la comparación con otros estudios fue difícil.

A pesar de las diferencias, en el trabajo publicado por Mohan *et al.*² las lesiones no neoplásicas fueron la mayoría; el LE fue el principal diagnóstico histológico, en un porcentaje comparable con el hallado en nuestra serie (38,3% y 41,67%, respectivamente). En nuestra casuística, el LE se halló más a menudo en las pacientes posmenopáusicas mayores de 50 años, dato coincidente con la bibliografía¹². Al igual que lo referido en otras publicaciones, este grupo etario también mostró un mayor riesgo de desarrollar CEC invasor^{5,7}. El tumor maligno más frecuente fue el CEC en sus formas invasoras e *in situ*, representando el 75,51% de todas las neoplasias malignas, porcentaje algo menor que el informado en otros trabajos^{3,10}. En comparación con el estudio sobre tumores vulvares no espinocelulares realizado por Alasino *et al.*, en nuestro Servicio el porcentaje hallado actualmente es similar al informado en 2010 (75,51% contra 76,78%)¹³. En segundo lugar,

luego del CEC, se ubicaron el CBC, el adenocarcinoma y el melanoma, este último en proporciones similares a las de la bibliografía consultada^{3,8}.

Entre las lesiones benignas, las halladas con mayor frecuencia fueron los fibromas blandos.

El HPV es un factor necesario, pero no suficiente, para el desarrollo de algunos tipos de CEC¹⁴. En nuestra serie, los cambios citopáticos asociados al HPV se evidenciaron en el 16,82% de las lesiones tanto malignas como benignas.

Los *nevus* melanocíticos fueron las patologías pigmentarias más frecuentes coincidiendo con la bibliografía (53,33% contra 55%). La melanosis vulvar fue la segunda lesión pigmentaria en frecuencia, y si bien se sabe que su presencia no aumenta el riesgo de melanoma, se recomienda realizar la biopsia de las lesiones de más de 1 cm de diámetro y de aquellas en las que se observe algún cambio en los controles sucesivos⁸.

Los hallazgos histológicos inespecíficos alcanzaron solo el 2,34% del total de lesiones sometidas a biopsia, en comparación con porcentajes mucho mayores en la bibliografía consultada². Teniendo en cuenta todas las patologías del estudio, y en coincidencia con lo comunicado, las localizaciones más afectadas fueron los labios mayores, seguidos de los labios menores^{2,3}. El 50% de las pacientes con diagnóstico histológico de CEC invasor desconocían el tiempo de evolución de este, asociándose a un retraso en el diagnóstico, el cual puede ser superior a un año, incluso, en las mujeres con sintomatología⁹.

Si bien nuestro estudio mostró datos similares a los de la bibliografía, creemos que aún son necesarias más revisiones en la Argentina para poder determinar relaciones más fidedignas. Al tratarse de un estudio retrospectivo, no fue posible establecer factores de riesgo para el desarrollo de ciertas patologías o establecer la forma de evolución.

Destacamos la importancia del examen de la región vulvar para el diagnóstico y el tratamiento oportunos de las lesiones ubicadas en esta zona. Resaltamos el beneficio de conocer las características epidemiológicas y clínicas de la patología vulvar, a fin de implementar medidas de prevención y promoción de la salud dirigidas a la realidad de nuestra población en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Heller DS. Benign tumors and tumor-like lesions of the vulva. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:526-535.
- Mohan H, Kundu R, Arora K, Punia RS, *et al.* Spectrum of vulvar lesions: a clinicopathologic study of 170 cases. *Int J Reprod Contracept Obs Gynecol* 2014;3:175-180.
- Anzola GF, Lobo CJ, Márquez SM, Jurado J. Neoplasias malignas de vulva. Incidencia registrada en el servicio oncológico hospitalario de los seguros sociales. *Rev Venez Oncol* 2015;27:232-238.
- Xiao X, Meng YB, Bai P, Zou J, *et al.* Vulvar cancer in China: epidemiological features and risk analysis. *J Cancer* 2017;8:2950-2958.

5. Renaud-Vilmer C, Dehen L, de Belilovsky C, Cavelier-Balloy B. Patología vulvar. *EMC-Dermatología* 2015;49:1-20.
6. Maldonado VA. Benign vulvar tumors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:1088-1097.
7. Ramesh N, Anjana A, Kusum N, Kiran A, et al. Overview of benign and malignant tumours of female genital tract. *J App Pharm Sci* 2013;3:140-149.
8. Allbritton JI. Vulvar neoplasms, benign and malignant. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2017; 44:339-352.
9. Bigby SM, Eva LJ, Leng Fong K, Jones RW. The natural history of vulvar intraepithelial neoplasia, differentiated type: evidence for progression and diagnostic challenges. *Int J Gynecol Pathol* 2016;35:574-584.
10. Hoang LN, Park KJ, Soslow RA, Murali R. Squamous precursor lesions of the vulva: current classification and diagnostic challenges. *Pathology* 2016;8:291-302.
11. Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *Obstet Gynecol* 2016;127:264-268.
12. Halonen P, Jakobsson M, Heikinheimo O, Riska A, et al. Lichen sclerosus and risk of cancer. *Int J Cancer* 2017;140:1998-2002.
13. Alasino M, García Llaver V, Parra V, Aredes Á, et al. Tumores no espinocelulares de vulva. Incidencia en ocho años. *Dermatol Argent* 2010;17:277-283.
14. López N, Viayna E, San Martín M, Perulero N. Estimación de la carga epidemiológica de patologías asociadas a 9 genotipos del virus del papiloma humano en España: revisión de la literatura. *Vacunas* 2017;18:36-42.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Caso Clínico: DERMATOSIS PRURIGINOSA DE LARGA EVOLUCIÓN EN EL CUELLO Y LAS AXILAS

Boris Oberé, Agostina De Angeli y Daniela Villanueva

Servicio de Dermatología, Hospital Dr. José María Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Un varón de 47 años, sin antecedentes personales ni hereditarios de relevancia, consulta por presentar una dermatosis pruriginosa en el cuello y las axilas, de 2 años de evolución. En el examen físico presenta placas eritematoescamosas de límites netos circinados, con erosiones y costras melicéricas en la superficie. Refiere una exacerbación de la dermatosis en el verano, con aumento del olor y de la fetidez. Realizó múltiples tratamientos con antimicóticos y corticosteroides locales, con una evolución tórpida.



1) ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Intertrigo micótico.
- b. Psoriasis invertida.
- c. Pénfigo vulgar.
- d. Pénfigo familiar benigno.
- e. Dermatitis de contacto.

2) ¿Qué estudios complementarios solicitaría?

- a. Micológico directo y cultivo.
- b. Raspado metódico de Brocq.
- c. Prueba del parche.
- d. Laboratorio con serologías.
- e. Biopsia e inmunofluorescencia directa (IFD).

3) ¿Qué espera encontrar en el estudio histopatológico?

- a. Epidermis con espongirosis, dermis con infiltrado inflamatorio linfocítico con eosinófilos y vasodilatación.
- b. Hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis de las crestas interpapilares, ausencia de granulosa con formación de microabscesos en la capa córnea. Infiltrado inflamatorio mononuclear en la dermis.
- c. Ampollas intraepidérmicas secundarias a acantólisis suprabasal, con queratinocitos unidos parcialmente que adoptan una imagen en "pila de ladrillos dilapidada", sin afectación anexial. IFD negativa.
- d. Ampolla intraepidérmica acantolítica con células basales indemnes que adoptan una disposición en "hileras de lápidas"; en la dermis se observan polimor-

fonucleares y eosinófilos. IFD: depósito de IgG suprabasal en "panal de abejas".

e. Epidermis con hiperqueratosis y tapones córneos foliculares. Tinción de PAS positiva con presencia de filamentos.

4) ¿Cuáles son las opciones terapéuticas?

- a. Antibióticos tópicos más antimicóticos locales.
- b. Metilprednisolona 20 a 40 mg/día (0,5 a 1 mg/kg/día).
- c. Acitretina 25 mg/día.
- d. Isotretinoína 1 mg/kg/día.
- e. Todas son correctas. No hay hasta la fecha un tratamiento específico.

La solución en la página 118