

TRABAJOS ORIGINALES

Síndrome vulvovaginal-gingival: una variante poco frecuente del liquen plano erosivo

Vulvovaginal-gingival syndrome: a rare variant of erosive lichen planus

Sabrina Merenzon¹ y Silvina González²

RESUMEN

El síndrome vulvovaginal-gingival (SVVG) es una variante poco frecuente del liquen plano erosivo, caracterizado por el compromiso simultáneo de la mucosa oral, vulvar y vaginal. Puede generar secuelas cicatrizales severas, como sinequias y dispareunia, con gran impacto en la calidad de vida. Dado su carácter exclusivamente mucoso y la frecuente consulta limitada por áreas específicas de cada especialidad, es probable que este síndrome se encuentre subdiagnosticado. Recomendamos un enfoque diagnóstico temprano y multidisciplinario para evitar complicaciones, mejorar el pronóstico y reducir el impacto físico y emocional en las pacientes afectadas.

Presentamos una serie de casos de cuatro mujeres adultas con erosiones dolorosas en la boca y los genitales, y hallazgos histopatológicos compatibles con el liquen plano. Este trabajo contribuye a visibilizar una variante infrecuente del liquen plano y alerta sobre la importancia de su pesquisa sistemática en el consultorio.

Palabras clave: liquen plano, liquen plano oral, enfermedades gingivales, enfermedades vulvares, enfermedades vaginales, síndrome vulvovaginal-gingival.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2):115-120

ABSTRACT

The vulvo-vaginal-gingival syndrome (VVGs) is an uncommon variant of erosive lichen planus, characterized by the simultaneous involvement of the oral, vulvar, and vaginal mucosa. It may lead to severe scarring sequelae such as synechiae and dyspareunia, with a significant impact on the patient's quality of life. Given its exclusively mucosal presentation and the frequent fragmentation of consultations among different specialties, it is likely underdiagnosed. We recommend an early, multidisciplinary diagnostic approach to prevent complications, improve prognosis, and reduce the

physical and emotional burden on affected patients. We present a series of four adult women with painful oral and genital ulcers, and histopathological findings consistent with lichen planus. This study contributes to increasing the visibility of a rare variant of lichen planus and highlights the importance of systematic screening in clinical practice.

Key words: lichen planus, oral lichen planus, gingival diseases, vulvar diseases, vaginal diseases, vulvo-vaginal-gingival syndrome.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 115-120

¹ Médica Dermatóloga, Sección Estomatología, Servicio de Dermatología, Hospital Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Médica Dermatóloga, Sección Estomatología, Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Sabrina Merenzon

E-mail: sabrinamerenzon@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 22/1/2026

Fecha de trabajo aceptado: 13/5/2026

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

INTRODUCCIÓN

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta la piel, las mucosas y las faneras. En la cavidad oral, la forma de presentación más frecuente es la reticular asintomática; sin embargo, la variante erosiva puede generar dolor e impactar negativamente en la calidad de vida de los pacientes¹. El síndrome vulvovaginal-gingival (SVVG) es una variante rara del LP caracterizada por la triada sintomática de erosiones en la vulva, la vagi-

na y la cavidad oral. El diagnóstico se completa con el estudio histopatológico compatible con un patrón liquenoide y la exclusión de diagnósticos diferenciales, como enfermedades ampollares. Presenta un desafío diagnóstico y terapéutico, con posibles secuelas cicatrizales y potencial transformación maligna. Se describe una serie de cuatro pacientes con cuadro clínico e histopatológico compatible con SVVG, junto con una revisión de la patología.

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 76 años, con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) en tratamiento con metformina y gliptina, que consultó por lesiones en la boca y en la vulva de 10 meses de evolución.

Al examen físico se observaba gingivitis erosiva, erosiones dolorosas en el paladar duro y en la mucosa yugal. En la vulva, presentaba erosiones dolorosas sobre placas blanquecinas en los labios menores, con ausencia de límite entre los labios mayores y menores (Foto 1). Se realizaron biopsias de vulva y de mucosa yugal, con hallazgo en la histopatología de un denso infiltrado inflamatorio linfocitario de disposición en banda subepitelial compatible con LP.

Se indicó meprednisona 0,5 mg/kg/día por vía oral durante 2 semanas, con descenso gradual posterior, seguida de tratamiento con propionato de clobetasol 0,05% y lidocaína al 2% en vehículo Orabase® para las lesiones en la boca y la vulva. A los 2 meses de tratamiento se observaron sinequias cicatrizales en la vulva, sin lesiones sugestivas de actividad.

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 75 años, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, que consultó por lesiones en la boca y la vulva de un año de evolución.

Al examen físico presentaba erosiones en las mucosas yugales y el paladar duro, zonas depapiladas blanquecinas en el dorso de la lengua, gingivitis erosiva y pérdida de piezas dentarias (piezas 32 y 42), con microstomía (Foto 2). Refería ardor y prurito en la vulva, con lesiones erosivas en los labios menores. Se realizó una biopsia de mucosa yugal, con hallazgos compatibles con LP.

Se indicó clobetasol 0,05% y lidocaína al 2% en Orabase® para las lesiones de la boca y furoato de mometasona 0,1% en crema para la vulva. A los 2 meses de tratamiento, la paciente pudo reanudar la higiene oral con mejoría de las lesiones gingivales, con controles odontológicos periódicos. Las erosiones vulvares mejoraron, con disminución de la sintomatología.

Caso clínico 3

Paciente de sexo femenino de 50 años consultó por lesiones dolorosas en la boca y la vulva, asociadas a dispareunia, de 6 meses de evolución.

Al examen físico se observaban áreas depapiladas

blanquecinas en el dorso de la lengua y gingivitis erosiva; en la vulva, una placa blanquecina reticulada en el labio menor derecho. Se realizó una biopsia de lengua con hallazgos compatibles con LP.

Se indicó la misma terapéutica que en el caso clínico 2. A los 2 meses de tratamiento, reinició la higiene oral, con mejoría de las lesiones gingivales y disminución de la sintomatología vulvar, lo que le permitió reanudar la actividad sexual.

Caso clínico 4

Paciente de sexo femenino de 59 años con antecedentes de alopecia areata, DM, hipertensión arterial, bocio tiroideo, hipercolesterolemia y glaucoma, en tratamiento con metformina, hidroclorotiazida, losartán y atorvastatina.

Al examen físico se observaban placas estriadas blanquecinas en el dorso de la lengua, acompañado de ardor y disgeusia (Foto 3); la paciente, además, refería sensación de “endurecimiento” en la zona vulvar, con dispareunia. La histopatología de la biopsia vulvar informó hallazgos compatibles con LP.

Se instauró tratamiento con ácido retinoico 0,1% en Orabase® para las lesiones linguales y clobetasol 0,05% en ungüento para la vulva. A los 2 meses de tratamiento mejoró la sintomatología oral y vulvar.

En la Tabla se resumen los casos clínicos. En todas las pacientes se realizó analítica sanguínea básica con serologías para descartar hepatitis C, sin resultados patológicos de relevancia.



FOTO 1: Erosiones sobre placas blanquecinas en los labios menores, con ausencia de límite entre los labios mayores y menores.


FOTO 2: Gingivitis erosiva y pérdida de piezas dentarias.

FOTO 3: Placas estriadas blanquecinas en el dorso de la lengua.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	76	75	50	59
Antecedentes	DM2	Hipotiroidismo	No	AA, DM, HTA, bocio tiroideo, hipercolesterolemia y glaucoma
Tiempo de evolución	10 meses	12 meses	6 meses	Tiempo desconocido
Manifestaciones orales	Gingivitis erosiva, erosiones dolorosas en el paladar duro y la mucosa yugal	Erosiones en las mucosas yugales y el paladar duro, zonas depapiladas blanquecinas en el dorso de la lengua, gingivitis erosiva. Pérdida de piezas dentarias, con microstomía	Áreas depapiladas blanquecinas en el dorso de la lengua. Gingivitis erosiva	Placas estriadas blanquecinas en el dorso de la lengua, ardor y disgeusia
Manifestaciones genitales	Erosiones dolorosas sobre placas blanquecinas en los labios menores, con ausencia de límite entre los labios mayores y menores	Ardor y prurito en la vulva. Lesiones erosivas en los labios menores	Prurito vulvar y dispareunia. Placa blanquecina reticulada en el labio menor derecho	Dispareunia
Tratamiento	Meprednisona 0,5 mg/kg/día. Propionato de clobetasol 0,05% y lidocaína al 2% en Orabase®	Propionato de clobetasol 0,05% y lidocaína al 2% en Orabase® para las lesiones en la boca, y furoato de mometasona 0,1% en crema para la vulva	Propionato de clobetasol 0,05% y lidocaína al 2% en Orabase® para las lesiones en la boca, y furoato de mometasona 0,1% en crema para la vulva	Ácido retinoico 0,1% en Orabase® para las lesiones linguales y clobetasol 0,05% en ungüento para la vulva
Evolución	Favorable	Favorable	Favorable	Favorable

DM: diabetes mellitus; AA: alopecia areata; HTA: hipertensión arterial.

TABLA: Características clínicas y demográficas de los casos clínicos.

COMENTARIOS

El LP afecta al 1% de las mujeres, con predominio de la mucosa oral². El SVVG se describe como una variante exclusivamente mucosa del LP que aparece en el 25% de las pacientes con LP oral, según la bibliografía consultada². En nuestra casuística, donde observamos aproximadamente 120 pacientes con LP oral anualmente, hemos notado su aparición en el 1%. En otros estudios se describe una frecuencia de asociación entre lesiones orales y genitales de LP del 6% al 57%³.

En la cavidad bucal, se observa una gingivitis erosiva dolorosa, con sangrado durante el cepillado dental, con o sin estrías blancas, al igual que en la mucosa yugal, labial, paladar, piso de la boca y lengua. Se puede asociar a pérdida de piezas dentarias, con microstomía y dolor o ardor. A nivel genital, se manifiesta con enantema, estrías blanquecinas, erosiones dolorosas, y se asocia a ardor, prurito vulvar, dispareunia y sangrado poscoital.

Como secuelas cicatrizales, pueden aparecer sinequias, estructuras y alteraciones anatómicas⁴, estas aparecen con mayor frecuencia que en otros subgrupos de LP mucoso (90% en el SVVG)⁵.

La piel no está comprometida, si bien en la literatura se describen casos con compromiso de piel cabelluda (síndrome vulvovagino-gingivo-pilar)⁶, del ano (síndrome vulvovaginal anogingival)⁷ y concomitante, con afectación ocular y cutánea⁸. De manera más reciente, se ha descrito el SVVG con afectación del oído externo, que produce alteraciones auditivas secundarias a estenosis y oclusión del conducto auditivo externo⁹. No coincidimos con estos autores en incluirlos como SVVG, ya que creemos que este afecta únicamente a las mucosas en su forma erosiva.

En los casos presentados no pudo establecerse la relación temporal entre las lesiones orales y vulvares, dado que no jerarquizaron orden de aparición de signos y síntomas. En la literatura tampoco se especifica

si comienza en una mucosa en particular.

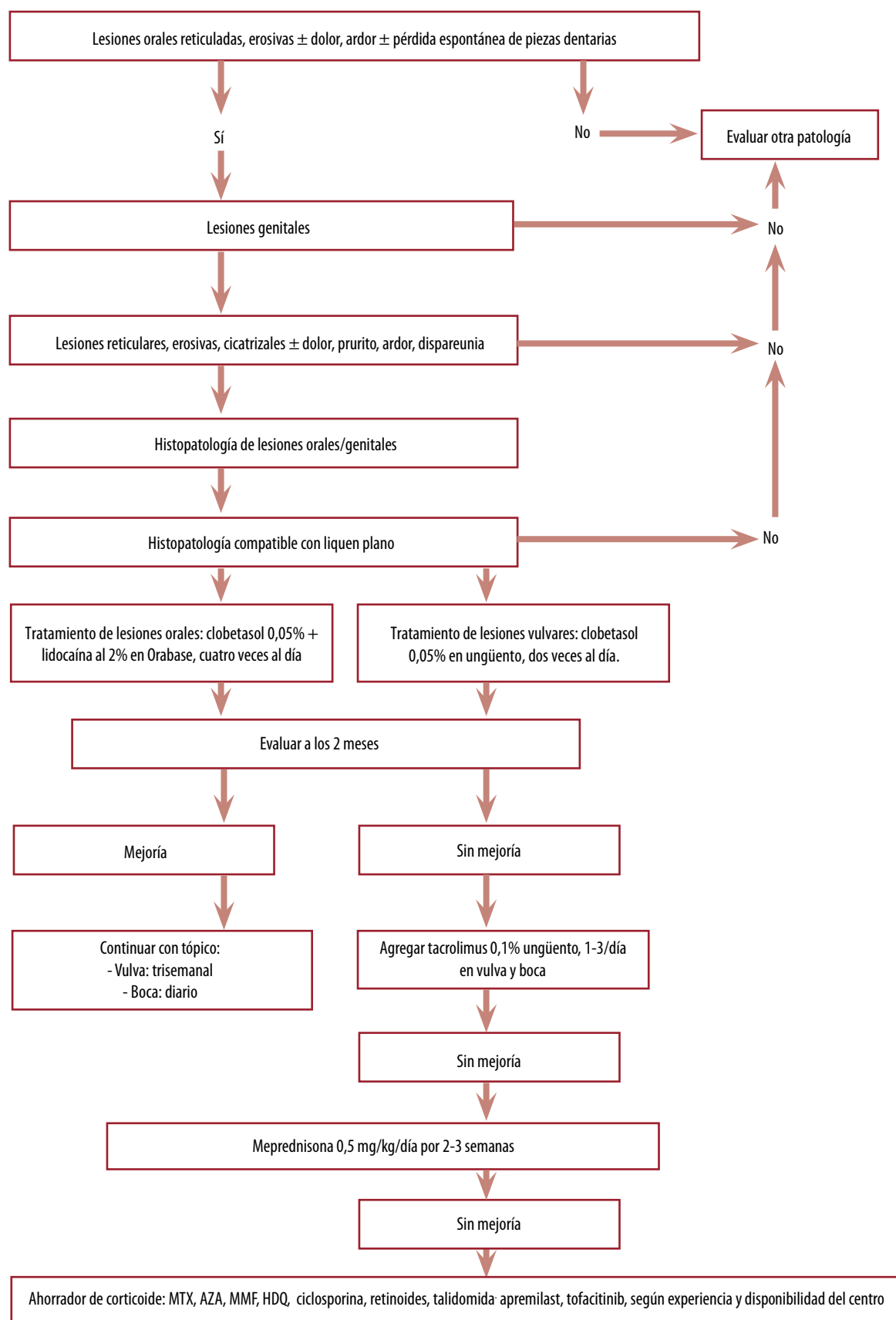
Con respecto a los hallazgos histopatológicos, se describe un intenso infiltrado inflamatorio linfocitario en banda en la dermis superficial, con degeneración de la capa basal y formación de cuerpos de Civatte⁴.

Los diagnósticos diferenciales incluyen pénfigo vulgar, penfigoide de las mucosas (el estudio de inmunofluorescencia directa permite diferenciarlos), liquen escleroso, eritema multiforme, candidiasis y lupus eritematoso discoide mucoso.

Se ha encontrado una fuerte asociación del SVVG con otras enfermedades autoinmunes, como celiaquía, DM, enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, vitiligo y lupus eritematoso sistémico, que puede corresponder a alteraciones en el alelo HLA-DQB1*0201. En la literatura argentina se describe el caso de una paciente con DM e hipotiroidismo¹⁰, al igual que en tres de los casos presentados. Asimismo, se señala la mala higiene oral, con formación de placa y cálculo, como factor asociado al LP, el cual puede exacerbar su sintomatología o favorecer la recidiva¹.

Como primera línea de tratamiento, se utilizan corticoides tópicos o inhibidores de la calcineurina y, en casos recalcitrantes, corticoterapia sistémica asociada a azatioprina o micofenolato mofetil. Otras alternativas descriptas en casos clínicos publicados incluyen: metotrexato, hidroxicloroquina, ciclosporina, retinoides y talidomida¹¹, y recientemente el uso de apremilast¹, tofacitinib¹² y tildrakizumab¹³. La cirugía se plantea ante las secuelas cicatrizales. Dado que es una enfermedad inflamatoria crónica con brotes, el objetivo terapéutico es mejorar la sintomatología (dolor, ardor, prurito o sangrado), y disminuir el riesgo de alteraciones funcionales y cicatrizales secundarias a las lesiones erosivas.

Se propone un algoritmo diagnóstico y terapéutico para el SVVG (Figura).



MTX: metotrexato; AZA: azatioprina; MMF, mofetil micofenolato; HDQ, hidroxycicloroquina.

FIGURA: Algoritmo diagnóstico y terapéutico del síndrome vulvovaginal-gingival.

CONCLUSIONES

El SVVG probablemente esté subdiagnosticado debido al manejo por diferentes especialidades, según las mucosas afectadas, lo que lleva a la demora diagnóstica y terapéutica, con alto impacto en la calidad de vida por el compromiso oral, la disfunción sexual y la afectación psicológica. Sugerimos realizar un diag-

nóstico precoz y un manejo multidisciplinario de esta entidad, ya que toda paciente con liquen plano oral erosivo debe ser evaluada a nivel genital, aun cuando no refiera síntomas.

NdR. *La serie de casos clínicos descritos en este trabajo proviene de la práctica privada de los autores.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang T, Zhu Z, Yang J, Song M, et al. Sequential use of apremilast, total glucosides of paeony, and periodontal therapy in refractory plurimucosal lichen planus: a case report. *Case Rep Dent.* 2025;2405830.
2. Goldstein AT, Metz A. Vulvar lichen planus. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48:81823.
3. Davarmanesh M, Samsami-Dehaghani A, Deilami Z, Monabbati A, et al. Frequency of genital involvement in women with oral lichen planus in southern iran. *Dermatol Res Pract.* 2012;2012:365230.
4. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Dermatitis inflamatorias vulvares. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:260-275.
5. Setterfield JF, Neill S, Shirlaw PJ, Theron J, et al. The vulvovaginal gingival syndrome: a severe subgroup of lichen planus with characteristic clinical features and a novel association with the class II HLA DQB1*0201 allele. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:98-113.
6. Żychowska M, Woźniak Z, Maj J. Vulvovaginal-gingival-pilar lichen planus in a patient with autoimmune hepatitis. *Int J Dermatol.* 2018;57:1500-1501.
7. Sharma N, Malhotra SK, Kuthial M, Chahal KS. Vulvo-vaginal ano-gingival syndrome: Another variant of mucosal lichen planus. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2017;38:86-88.
8. Sinha A, Pradhan S. A case of Hewitt-Pelisse syndrome (vulvovaginal-gingival lichen planus) with ocular and duodenal involvement. *Indian J Dermatol.* 2022;67:765-768.
9. Shao Y, Sun K, Yang M, Chang J. Vulvar-vaginal-gingival-otic syndrome. *Exp Dermatol.* 2024;33:e14912.
10. Cepeda J, Parra J. Síndrome vulvo-vaginal-gingival. *Rev Argent Dermatol.* 2020;101:54-65.
11. Lucchese A, Dolci A, Minervini G, Salerno C, et al. Vulvovaginal gingival lichen planus: report of two cases and review of literature. *Oral Implantol (Rome).* 2016;9:54-60.
12. Rajenesh A, Gupta S, Chopra D. Multifaceted lichen planus. Vulvovaginal-gingival syndrome with coexisting cutaneous, nail, and hair manifestations in a singular clinical saga. *Indian J Sex Transm Dis.* 2024;45:131-133.
13. Kherlopian A, Fischer G. Disease remission of refractory vulvovaginal and gingival lichen planus with tildrakizumab. *Australas J Dermatol.* 2021;62:246-247.