



Diagnóstico diferencial de prurido vulvar: Psoríase e líquen vulvar

Differential diagnosis of vulvar pruritus: Psoriasis and vulvar lichen.

10.56238/isevmjv3n2-028

Recebimento dos originais: 03/04/2024

Aceitação para publicação: 23/04/2024

Izabel Brito Teixeira

E-mail: izabelbritoteixeira@gmail.com

Paula Xavier Lazarini

E-mail: profissionalpaulalazarini@gmail.com

Érika Laís Silva

E-mail: erikagaiaa@hotmail.com

Marco Túlio Andrade Silva

E-mail: mtuliodermato@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Abordar algumas das principais patologias que podem trazer a queixa de “coceira” ao consultório médico, sendo elas: Psoríase Vulvar, Líquen Escleroso e Líquen Plano Vulvar. Essa queixa recorrente nos consultórios, caracteriza-se por um prurido ou desconforto na região da vulva, com causas variadas. **Métodos:** A pesquisa foi realizada a partir de uma revisão de literatura com base de dados publicados no Portal CAPES, SciELO e PubMed. **Resultados:** Na revisão bibliográfica foi possível esclarecer que a Psoríase Vulvar, um dos diagnósticos diferenciais, é uma dermatose crônica não contagiosa, com prurido intenso, desconforto e descamação. O Líquen Escleroso, por sua vez, é uma patologia crônica dérmica de caráter inflamatório intenso, com prurido, dor e irritação na mucosa, enquanto o Líquen Plano Vulvar é uma desordem inflamatória crônica, com prurido, dor, ardência, dispareunia e atrofia da arquitetura cultivar e vaginal. **Conclusão:** Ao final, o presente estudo conclui que o não tratamento desta queixa comum às três patologias, traz consequências que impactam na qualidade de vida para a paciente.

Palavras-chave: Prurido vulvar, Dermatopatias, Psoríase, Líquen Plano, Líquen Escleroso Vulvar.

1 INTRODUÇÃO

Prurido vulvar é definido pelo desconforto e coceira na região da vulva, sendo uma condição idealmente resolvida com acompanhamento médico. Trata-se de uma queixa usual nas consultas ginecológicas, sendo por muitas vezes negligenciada, diagnosticada equivocadamente e subtratada (CROWLEY, MARTIN, 2020). Ademais, apresenta causas variadas, entre elas: infecções, como a candidíase, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), dermatites de contato e dermatites atópicas. Os principais sinais de alarme para essa condição são a presença de úlceras, de placas ou de nódulos na pele vulvar, devendo nesses casos a submissão à biópsia, após descarte



de ISTs. Tais achados levantam a suspeição de possível associação com neoplasia intraepitelial vulvar e câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O diagnóstico de prurido vulvar é clínico, sendo realizada biópsia em casos dúbios. Sabe-se da grande variedade de diagnósticos diferenciais possíveis para tal sintoma, abrangendo diversas patologias. Dentre as possíveis etiologias destacamos nesse trabalho psoríase vulvar, líquen escleroso e líquen plano, que são doenças relevantes e prevalentes no Brasil. Assim que identificado um prurido vulvar anormal, é indicado que a paciente siga rigorosamente o uso das medicações receitadas pelo profissional de saúde responsável, além de priorizar uma adequada higienização e suspensão de possíveis produtos alergênicos (CROWLEY, MARTIN, 2020).

2 MÉTODOS

A pesquisa foi realizada a partir de uma revisão narrativa com base em dados publicados no Portal CAPES, SciELO e PubMed empregando, na pesquisa, descritores relacionados a Psoríase, Prurido Vulvar, Líquen Escleroso Vulvar, Doenças Ginecológicas e Sinais e Sintomas. Foram levantados 50 artigos, sendo 12 deles selecionados. O critério de inclusão foi a correlação feita entre a Prurido vulvar, as manifestações ginecológicas relacionadas, e os diagnósticos diferenciais quanto às patologias pesquisadas, e o critério de exclusão adotado foi o idioma dos artigos, selecionando apenas aqueles em português ou inglês. Na plataforma PubMed, além dos descritores, filtros envolvendo a data de publicação e a disponibilidade de textos gratuitos foram usados a fim de obter estudos atualizados e completos.

3 DISCUSSÃO

3.1 PSORÍASE VULVAR

3.1.1 Conceito

A psoríase é uma dermatose crônica não contagiosa, caracterizada pela presença de lesões eritematoescamosas, apresentando escamas esbranquiçadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Trata-se de uma doença auto inflamatória comum, incurável e controlável da pele, que proporciona o aparecimento de lesões de forma periódica (NETTO et al, 2006). Essa doença afeta o tecido cutâneo, no qual forma-se placas avermelhadas, endurecidas e com tendência a escamação na pele que pode também afetar unhas e articulações (BETANCOURT et al, 2023), sendo as áreas mais comuns: cotovelos e joelhos (LENA et al, 2021). A doença apresenta predisposição familiar (CROWLEY, MARTIN, 2020).



3.1.2 Epidemiologia

A psoríase é uma doença de incidência incerta, sendo encontrada em diversas faixas etárias e em ambos os sexos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 2020 a psoríase acomete 1,15% da população feminina do Brasil. Ademais, cerca de 60% dos adultos com psoríase desenvolvem lesões na área genital, pelo menos uma vez na vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

3.1.3 Sintomatologia

Pacientes com psoríase vulvar comumente queixam prurido intenso, desconforto local e descamação principalmente nos grandes lábios, períneo e pequenos lábios. De acordo com a SBD, essas placas eritematoescamosas na vulva geralmente apresentam caráter simétrico, fino e bem delimitado. Ademais, é recorrente a presença de liquenificação e de escoriações, podendo ou não ter manifestações da doença em demais áreas do corpo (SBD, 2021).

Por não se tratar de uma dermatose cicatricial, normalmente não há prejuízo da anatomia da vulva, embora algumas pacientes apresentem dano parcial dos pequenos lábios. Além disso, devido ao prurido intenso na região acometida, é possível desencadear o fenômeno de Koebner, que culmina em desenvolvimento de novas lesões em áreas sujeitas ao trauma (JOHNSON et al, 2022).

Alguns estudos demonstram que as sensações físicas e as áreas lesionadas em locais visíveis geram desconforto psíquico no paciente. Dentre os sinais e sintomas, estão: tristeza, frustração, vergonha, ansiedade e medo de formação de vínculos afetivos, profissionais e sociais (VIEIRA et al, 2022).

3.1.4 Apresentações clínicas

- Placas confluentes espessas que cobrem o monte de Vênus e grandes lábios formando um padrão quase sólido, em forma de ferradura, com escamas aderentes branco-prateadas (JOHNSON et al, 2022);
- Lesões finas com coloração rosa-salmão, apresentando pequenas descamações, de tamanho e de formas variadas (JOHNSON et al, 2022);
- Psoríase inversa: placas bem delimitadas, lisas, brilhantes com escamas ausentes ou mínimas, muito confundidas com infecções fúngicas ou bacterianas. Pode ocorrer em dobras cutâneas ou pele intertiginosa, como pregas inguinais, crurais, períneo, umbigo, fenda glútea, axilas e infra mamária. Ademais, apresenta padrão bilateral e simétrico, com

eritema, maceração e fissuras estendendo-se de forma linear da prega inguinal através da prega labiocrural e da fenda glútea (JOHNSON et al, 2022).

Figura 1- Placas eritematosas e escamosas envolvendo os grandes lábios e períneo em paciente com psoríase inversa (UpToDate, 2022).



3.1.5 Diagnóstico e clínica

Para o diagnóstico é realizada biópsia restrita aos casos de distribuição atípica ou lesão restrita à vulva. Se faz necessário investigar história familiar e presença de lesões em outras áreas do corpo, além de rastrear em todas as pacientes a presença de artrite psoriásica (SBD, 2021).

É fundamental que o médico responsável esteja atento ao risco aumentado dessas pacientes desenvolverem doenças cardiovasculares, autoimunes, inflamatórias intestinais e osteoporose. É fundamental realizar um inventário dos medicamentos utilizados pelo paciente, pois o uso de glicocorticóides sistêmicos, lítio via oral, antimaláricos, interferon e beta bloqueadores podem desencadear crises da doença (JOHNSON et al, 2022).

3.1.6 Tratamento

Para um tratar essa doença, deve ser levado em consideração a gravidade da extensão do quadro clínico e o comprometimento psicológico da paciente (MOSCARDI, OGAVA, 2017). É importante comunicar ao paciente o nível de comprometimento com o tratamento para que haja resolução completa ou quase completa das lesões. Vale lembrar, também, que o estilo de vida saudável permitirá um melhor controle da doença (TORRES et al, 2021).

Para um tratamento adequado é fundamental que haja higiene local, evitando banhos quentes. Para o prurido é recomendado compressa de gelo e antihistamínico 25 mg/noite, além de



uso diário de emolientes. Quando há infecção fúngica associada usa-se Cetoconazol creme 2%, e quando é bacteriana recomenda-se mupirocina (FELDMAN, 2022).

Em caso de quadros leves a moderados deve-se iniciar o tratamento com desonida 0.05% duas vezes ao dia por três semanas, e, após esse período, introduz-se Triancinolona 1% diariamente (FELDMAN,2022). Por fim, para quadros severos, o início do tratamento deve ser feito com Clobetasol 0,05 duas vezes ao dia por duas semanas, seguido de Clobetasol 0,05 uma vez ao dia por duas semanas. Após as primeiras quatro semanas de tratamento, é iniciado o uso de Clobetasol 0,05 a cada dois dias por duas semanas, e em seguida faz-se uso de Triancinolona a longo prazo (FELDMAN, 2022).

3.2 LÍQUEN ESCLEROSO

3.2.1 Conceito

O líquen escleroso (LE) é uma patologia crônica dérmica marcada por inflamação intensa, afinamento epitelial, prurido e dor, apresentando caráter progressivo. A região majoritariamente acometida é a anogenital, podendo ser encontradas lesões extragenitais, como em mamas, coxas, ombros, pescoço, costas, pulsos e, raramente, mucosa oral (COOPER, ARNOLD, 2022).

3.2.2 Epidemiologia e etiologia

A epidemiologia do líquen escleroso não é completamente esclarecida, sendo possivelmente multifatorial. Considera-se dois grandes picos de incidência, sendo eles crianças e mulheres na peri e pós-menopausa (COOPER, ARNOLD, 2022).

Vale salientar, que existem estudos de caso controle em relação à etiopatogenia da LE e associação com doenças autoimunes, mostrou-se que a doença autoimune mais observada em pacientes com LE, é a doença da tireóide, e tal como acontece na tireóide, parece que seja provável que a LE, seja uma doença mediada por células T. Isso sugere que mecanismos autoimunes podem desempenhar um papel importante na patogênese dessas condições, apoiando a ideia de que seja uma doença autoimune (COOPER et al, 2008). Porém, a etiologia exata do LE ainda é desconhecida.

Por fim, sabe-se que os fatores mais estudados como possíveis causas para esta patologia são genéticos, autoimunes (alopecia areata, vitiligo, distúrbios da tireóide), locais (enxertos vulvares), hormonais (baixa de estrogênio em mulheres pré-pubescentes e pós-menopausa) e cinética celular (hiperproliferação do tecido) (COOPER, ARNOLD, 2022).

3.2.3 Sintomatologia

Os sintomas mais recorrentes em pacientes com líquen escleroso são pruridos, dor e irritação na mucosa. Somados a esses, o LE pode se manifestar com desconforto anal (prurido, dor, fissura, sangramento, constipação), dispareunia, disfunção sexual e disúria (COOPER, ARNOLD, 2022). Ademais, o LE é um achado clínico incidental e raramente é assintomático, sendo o prurido, principalmente, no período noturno, a principal queixa das pacientes durante as consultas (LEWIS et al, 2018).

3.2.4 Apresentações clínicas

Inicialmente, o líquen escleroso se manifesta como pápulas brancas e atróficas que tendem a coalescer e formar placas eritematosas. O LE acomete principalmente os grandes e pequenos lábios, podendo gerar lesões hemorrágicas, purpúricas, hiperkeratóticas, erodidas ou ulceradas. Além disso, relação sexual ou aumento da fricção podem resultar em escoriações, hemorragias, petéquias e equimoses, demonstrando a fragilidade da pele acometida (COOPER, ARNOLD, 2022).

Com o avanço da doença, é comum que a arquitetura da vulva seja perdida com a fusão dos pequenos aos grandes lábios, fundindo o prepúcio e ocultando o clitóris. O períneo e o intróito vaginal tendem a se atrofiar, gerando dispareunia e fissuras durante relações sexuais ou até mesmo em exame ginecológico com espécuro. Ademais, o acometimento do canal vaginal pode estar presente, embora seja uma condição rara (COOPER, ARNOLD, 2022).

Figura 2- Afinação da pele e áreas com aumento ou diminuição de pigmento da pele nos genitais femininos (Manual da Saúde, 2021).





3.2.5 Diagnóstico e clínica

Apesar de não ser recomendada confirmação histológica em todos os casos de líquen escleroso, na prática clínica é realizada biópsia em adultos em casos de diagnóstico incerto, não resposta a tratamento medicamentoso de primeira linha e suspeita de malignidade associada. Quando crianças são acometidas, o diagnóstico é preferencialmente clínico e a biópsia é usada reservadamente em quadros refratários ou com características atípicas (DE LUCA et al, 2023).

A dermatoscopia pode ser uma opção viável para apoiar o diagnóstico de LE não invasivo, bem como para otimizar o local da biópsia. Na LE, a característica mais prevalente é a presença de manchas esbranquiçadas ou branco-amareladas sem estrutura, colocadas sobre um fundo atrófico branco. Essas alterações dermatoscópicas representam sinais de esclerose dérmica e hialinização (DE LUCA et al, 2023).

Mulheres adultas com LE possuem risco aumentado de desenvolverem câncer de células escamosas (CCE) na vulva, também não é incomum em pacientes com neoplasia genital, encontrar LE não tratado ou assintomático. Por fim, a relação com outras neoplasias ainda não é clara e a área de investigação é ampla (COOPER, ARNOLD, 2022).

3.2.6 Tratamento

O tratamento medicamentoso é feito com corticosteroides tópicos ultrapotentes; inibidores de calcineurina e metotrexato; e progesterona tópica. Ademais, pode ser associado com corticoterapia intralesional, quando houver placa hipertrófica não responsiva ao tópico (COOPER, ARNOLD, 2022).

De forma similar a outras doenças crônicas e progressivas, o paciente precisa desenvolver consciência da patologia e ter atitudes que podem contribuir de forma significativa no processo de remissão. É fundamental que o profissional esteja disposto a explicar de forma didática as mudanças ocorridas com o LE, abordando a cronicidade, as possíveis complicações caso não haja tratamento e o grande índice de controle quando todas as medidas são corretamente aplicadas. Ademais, outros componentes chaves que o paciente deve apresentar durante o tratamento são boa higiene, autoexame, acompanhamento médico no mínimo uma vez ao ano e uso correto da medicação (COOPER, ARNOLD, 2022).

Quando o tratamento inicial não é eficaz, é importante verificar se a medicação está sendo usada como prescrita, excluir a superinfecção, avaliar necessidade de corticoterapia intralesional, confirmar novamente o diagnóstico, buscar sinais de malignidade e considerar outras causas de sintomas. Caso seja necessária uma terapia de segunda linha, usa-se inibidor de calcineurina



tópico. Os outros tratamentos usados não possuem eficácia comprovada e superioridade completamente estabelecida para a maioria dos pacientes com LE. Nesse aspecto, uma vez que os sintomas estão controlados, pacientes que desenvolveram desconfiguração vulvar com aderências e cicatrizes podem ser submetidas à cirurgia, buscando mitigar essas complicações (COOPER, ARNOLD, 2022).

Seguindo essa linha de raciocínio, foram vistas limitações nos estudos de revisão sistemática que buscavam evidências em relação ao uso do laser como tratamento para LE, existindo limitações em relação à presença de dados de longo prazo no tratamento de LE genital com laser, incluindo falta de informações em relação aos efeitos adversos e a existência de fatores confusionais, como o uso concomitante de tratamentos tópicos, como estrogênio, durante o tratamento com laser (TASKER et al, 2021).

Por fim, a cronicidade do LE exige um acompanhamento no mínimo anual para avaliar a eficácia terapêutica, remissão, complicações e até mesmo malignidade. Uma vez que a patologia não tem cura definitiva, o tratamento visa atingir a remissão completa dos sintomas e evitar recaídas (COOPER, ARNOLD, 2022).

3.3 LÍQUEN PLANO VULVAR

3.3.1 Conceito

O Líquen Plano (LP) é uma desordem inflamatória crônica, que possui quatro variedades clínicas: erosivo, papuloescamoso, hipertrófico e plano pilar (COOPER, ARNOLD, 2022). O Líquen Plano Vulvar (LPV) Erosivo é a apresentação mais frequente, 70% dos casos (RUIZ, et al, 2014), manifestando-se com pápulas ou placas eritematosas, eventualmente erosadas, onde o prurido é sua principal manifestação. Corresponde a processo inflamatório da pele e/ou mucosa vulvar, podendo ser observada em forma localizada ou até mesmo generalizada (FEBRASGO, 2010).

3.3.2 Epidemiologia e etiologia

A prevalência do LP vulvoalvinal é estimada em 0,5 a 2% (COOPER, ARNOLD, 2022), sendo menor do que a do líquen escleroso e raramente acomete crianças. É mais comum no período peri ou pós-menopausa (MIRANDA, et al, 2014), com pico de incidência entre 30 e 60 anos (RUIZ, et al, 2014).



Sua patogênese é desconhecida, entretanto a teoria mais aceita considera que linfócitos T ativados são recrutados para a junção dermoepidérmica e induzem à apoptose dos queratinócitos basais (FEBRASGO, 2010).

Tanto o linfócito T CD4+ quanto o T CD8+ são encontrados no infiltrado liquenóide, porém com predomínio deste último. A interação entre os linfócitos T e os queratinócitos basais é aprimorada pelo aumento na expressão de moléculas de adesão intracelular (ICAM-1) pelos queratinócitos (MIRANDA, et al, 2014). Além disso, foi demonstrado que doenças da tireoide, alopecia areata e doença celíaca foram significativamente mais prevalentes em pacientes com LP vulvar erosivo, o que sugere forte associação do LP com doenças autoimunes (MIRANDA, et al, 2014).

3.3.3 Sintomatologia

O Líquen Plano Vulvar Erosivo se manifesta com prurido, dor, ardência, dispareunia e destruição da arquitetura vulvar e vaginal, se acomete a vagina. Ademais, pode se apresentar de forma isolada ou associado à lesão oral ou à erupção cutânea generalizada, com predileção pelo tronco e superfícies das curvaturas. Aproximadamente 25% das mulheres com a forma oral apresentam também envolvimento vulvovaginal (MIRANDA, et al, 2014).

3.3.4 Apresentações clínicas

As lesões evidenciadas no LPV caracterizam-se por pápulas planas eritematosas de longa duração e, às vezes, lesões vasculares purpúreas distintas, podendo ser discretas ou unir-se para formar placas. Tendem a ser descamativas e eventualmente erosivas. Ocupam com maior frequência a face interna dos lábios menores na forma erosiva (FEBRASGO, 2010). Apesar dessas lesões vaginais não serem observadas, rotineiramente, é citada a possibilidade de formação de bridas vaginais, ocasionadas pela evolução das lesões.

No LP erosivo, as lesões vulvares localizam-se tipicamente no introito vaginal, clitóris, prepúcio do clitóris e nos grandes e pequenos lábios. São eritematosas, brilhantes e estão associadas a estrias de Wickham - é a melhor área para realizar a biópsia e obter a confirmação diagnóstica (FEBRASGO, 2010). Normalmente, há uma borda esbranquiçada separando as lesões das áreas de pele sã. O acometimento vaginal se manifesta por corrimento amarelado e abundante, além de sangramento após a relação sexual. Nos casos mais graves, pode haver formação de sinéquias, obliterando o lúmen vaginal (MIRANDA, et al, 2014).

O LP erosivo também pode aparecer como parte de uma tríade, que consiste em vulvite, vaginite e gengivite, configurando a síndrome vulvovaginal-gengival. Nesse caso, observamos uma gengiva descamativa, com edema e eritema, associada à vulvovaginite. As lesões em mucosas não necessariamente são simultâneas (MIRANDA, et al, 2014).

Figura 3 - LPV demonstrando área eritematosa circundada por borda reticulada (FEBRASCO, 2012).



Já o tipo hipertrófico apresenta-se como placas ou pápulas hiperkeratóticas e esbranquiçadas, que podem ser únicas ou múltiplas, localizadas no períneo ou na região perianal. Assemelha-se ao carcinoma escamoso, à neoplasia intraepitelial vulvar e ao líquen escleroso, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial (LOPEZ, NAVARRO, 2016).

Por fim, o tipo clássico, também chamado de LP papuloescamoso, é caracterizado por uma pápula violácea, achatada, muito pruriginosa, que cresce na pele queratinizada. É semelhante ao LP cutâneo extragenital (LOPEZ, NAVARRO, 2016).

Figura 4 - Líquen Plano Clássico (Revista Decana de la Especialidad, 2014).





O líquen plano pilar foi descrito em um único caso na literatura, acometendo grandes lábios e monte pubiano. Trata-se de uma variante rara, em que há eritema perifolicular e hiperkeratose (COOPER, ARNOLD, 2022).

3.3.5 Diagnóstico e clínica

Além do exame ginecológico, a mucosa oral deve ser cuidadosamente examinada, em busca de sinais que evidenciem a presença da forma oral da doença (LOPEZ, NAVARRO, 2016).

A suspeita pode ser confirmada através de biópsia da lesão e imunofluorescência negativa (LOPEZ, NAVARRO, 2016), que deverá ser realizada preferencialmente em região adjacente à borda de uma lesão eritematosa. Caso existam estrias de Wickham, estas devem ser incluídas na amostra. Os achados histológicos típicos são acantose irregular, degeneração hidrópica da camada basal e infiltrado linfócito band like da junção derme-epiderme (MIRANDA, et al, 2014).

3.3.6 Tratamento

O tratamento do LP é complexo e difícil, devendo incluir, além de medidas gerais, tratamento tópico, sistêmico ou cirúrgico nos casos graves. É importante informar a paciente sobre o caráter crônico da doença e as possibilidades de tratamento e, se necessário, recomendar acompanhamento psicológico (FEBRASGO, 2010).

Antidepressivos podem ser utilizados, ajudando nos sintomas e promovendo sedação noturna. As infecções secundárias devem ser sempre identificadas e tratadas. Devem-se adotar medidas gerais como o uso correto do papel higiênico, evitar uso de sabonetes e loções perfumados, usar roupas íntimas de algodão, evitar roupas apertadas e preferir medicações em pomada, que, além de causarem menor agressão à mucosa, têm efeito emoliente. Medicações que estimulem a erupção liquenóide devem ter seu uso suspenso, se possível (FEBRASGO, 2010).

O tratamento de primeira linha para o acometimento vaginal é o uso de supositório de hidrocortisona 25 mg, via vaginal, duas vezes ao dia, por dois meses. Depois, reduzimos a posologia para uma vez ao dia por mais dois meses. Após esse período, inicia-se o tratamento de manutenção com a utilização de uma a três vezes por semana até a melhora clínica diferencial (FEBRASGO, 2010). Em alguns casos, após longo período (em torno de 10 anos) o LPV pode entrar em remissão, podendo ocorrer em cerca de 10 a 15% destes (FEBRASGO, 2010).

O uso de inibidores tópicos da calcineurina, como o tacrolimus e o pimecrolimus, tem sido explorado com graus variáveis de sucesso, havendo risco de ardor intenso como efeito colateral em grande parte das mulheres, conforme já mencionado (LOPEZ, NAVARRO, 2016).



Dilatadores vaginais podem ser usados em associação com medicamentos tópicos para evitar estenose vaginal. Nos casos em que já houve estreitamento vaginal importante, o tratamento cirúrgico deve ser instituído para permitir que a paciente mantenha vida sexual ativa (LOPEZ, NAVARRO, 2016).

4 CONCLUSÃO

Conforme o apresentado, o prurido vulvar é uma das queixas mais comuns apresentadas por pacientes ginecológicos, e suas causas podem ser diversas, como a psoríase vulvar, líquen escleroso e líquen plano vulvar. Dessa forma, é imprescindível ao profissional ginecologista conhecer bem cada uma das possíveis patologias, os sinais e os sintomas, para que assim estabeleça o diagnóstico diferencial correto quando requerido. Por fim, o prurido vulvar apresenta grande impacto negativo na vida da paciente, devendo ser adequadamente conduzido para que haja uma melhor qualidade de vida e um bom prognóstico do tratamento.



REFERÊNCIAS

BETANCOURT OSM, et al. Comorbilidades na psoríase: revisão bibliográfica. Revista foco. Curitiba (PR), v.16 n°8/e2754/p.01-19/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Psoríase. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/psoríase/#:~:text=O%20que%20é%3A,é%20necessariamente%20transmitida%20aos%20descendentes>. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

COOPER SM, ARNOLD SJ. Vulvar lichen planus. UpToDate 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lichen-planus?search=liquen%20plano&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

COOPER SM, ARNOLD SJ. Vulvar lichen sclerosus. UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lichen-sclerosus?search=prurido%20vulvar&source=search_result&selectedTitle=2~40&usage_type=default&display_rank=2. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

COOPER SM, et al. A associação do líquen escleroso e do líquen plano erosivo da vulva com doenças autoimunes: um estudo caso-controle. Arco Dermatol.; v. 144(11):1432-5. Novembro de 2008.

CROWLEY K, MARTIN KA. Patient education: Vulvar itching (The Basics). UpToDate. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/vulvar-itching-the-basics?csi=37b49f08-f312-43e7-a0a7-c8a66bb14fc3&source=contentShare>. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

DE LUCA DA et al. Líquen escleroso: a atualização de 2023. Front Med (Lausana).10: 1106318; 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-05-Dermatoses-Vulvares-Liquens.pdf. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

FELDMAN SR. Psoriasis: Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=psoriasis-epidemiology-clinical-manifestations-and&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

JOHNSON NR, et al. Vulvar dermatitis. UpToDate. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vulvar-dermatitis?search=psoríase%20vulvar%20tratamento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acessado em: 02 de novembro de 2023.



LENA et al. Caracterização da psoríase e seu tratamento: uma revisão narrativa. SaBios: Rev. Saúde e Biol., v.16, e021005, 2021.

LEWIS FM et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus. British Journal of Dermatology v. 178, pp839–853/ 2018.

LOPEZ-OLMOS J, NAVARRO P. Liquen plano de vulva: Tipo clássico. Diagnóstico diferencial. Revista Decana de la Especialidad, 75 (1): 49 - 52. 2016.

MIRANDA et al, Os três líquens: escleroso, plano e plano erosivo. Femina. 2014 ;42(2): 65-72.

MOSCARDI ER, OGAVA SEN. Psoríase: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revista Uningá Review. Vol. 29, n. 2, pp.70-74. Jan-Mar 2017.

NETTO AR, et al. Vulvar dermatosis: review of the literature. Femina ; 34(12): 793-800, dez. 2006. Revista Decana de la Especialidad. v. 75 (1): 49 - 52, 2016.

RUIZ V, et al. Dermatitis de la vulva. Rev Asoc Colomb Dermatol. v. 22: 4; 2014.

S

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Psoríase. Rio de Janeiro; 2021. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/psoriase/>. Acessado em: 02 de novembro de 2023.

TAKER F, et al. Terapia a laser para líquen escleroso genital: uma revisão sistemática da atual base de evidências. Saúde da Pele Dis. v. 1(3): e52; setembro de 2021.

TORRES T, et al. Abordagem do Doente com Psoríase pela Medicina Geral e Familiar: Algoritmo de Referenciação e Gestão Partilhada com a Dermatologia. Acta Med Port 2021 Oct;34(10):682-689/ 2021.

VIEIRA CM, et al. Aspectos emocionais em adultos com psoríase: uma abordagem metaetnográfica. Revista Psicologia Pesquisa 16/1-22/2022.