



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## GRADO EN MEDICINA

### TRABAJO FIN DE GRADO

**Psoriasis genital: Prevalencia. Sexualidad. Escalas de calidad de vida adecuadas a esta localización. Tratamiento. Infecciones: causalidad o consecuencia... y nuestra Experiencia.**

**Genital psoriasis: Prevalence. Sexuality. Quality of life scals appropriate to this location. Treatment. Infections: causality or consequence... and our Experience.**

**Autora:** Dña. Laura I. García Berrio

**Directora:** Dña. Susana Armesto Alonso  
**Codirectora:** Dña. Carmen González Vela

**Santander, Junio 2020**



Tu piel tan dulce que me embriaga  
tu piel tan suave que quiero sentirla,  
tu piel que me hace estremecer,  
quiero estar junto a ti por siempre,  
déjame envolverme en ella,  
déjame embriagarme de tu ser...  
sacia esta sed que tengo de tu piel.

Susurros...

## ÍNDICE

1. Resumen -----	4
2. Introducción -----	5
3. Marco teórico:	
▪ Clínica -----	6
▪ Prevalencia -----	8
▪ Epidemiología -----	9
▪ Calidad de vida y repercusión psicosocial -----	9
▪ Efectos en la esfera sexual -----	10
▪ Escalas de severidad y calidad de vida -----	13
▪ Infecciones concomitantes -----	18
▪ Tratamiento -----	19
4. Nuestra experiencia	
▪ Objetivos -----	23
▪ Metodología -----	24
▪ Resultados -----	25
▪ Discusión -----	35
▪ Conclusiones -----	38
5. Bibliografía -----	39
6. Agradecimientos -----	42

## RESUMEN

**Introducción:** La psoriasis genital (PG) es una entidad dermatológica infradiagnosticada. Esto es debido, principalmente, al pudor que siente el paciente a autorreportarlo en la consulta y a la omisión del médico de cuestionar sobre ello. Por otro lado, no existen actualmente criterios diagnósticos objetivos, ni las escalas de evaluación específica están integradas en el día a día de la consulta de dermatología.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de abril del 2019 hasta abril del 2020 en el que se valoran pacientes con psoriasis genital. Se **compara la prevalencia** de la misma entre los 6 primeros meses en los que el **paciente refiere esa afectación** y los 6 últimos, en los que el **médico cuestiona** específicamente esta localización.

**Conclusiones:** Es necesario cuestionar sobre la PG a los pacientes en consulta porque es una localización proclive a ocultar. La afectación es mayor en las **mujeres**. El tratamiento de elección debería ser con **modificadores biológicos/apremilast**. Sería necesario aplicar las escalas apropiadas para conocer la situación real y es importante una actitud multidisciplinar junto a **Psiquiatría/Psicología** y Urología/Ginecología.

**Palabras clave:** psoriasis, genital, sexualidad.

## ABSTRACT

**Background:** Genital psoriasis (GP) is an underdiagnosed dermatological entity. This is mainly due to the modesty that the patient feels to self-report in the consultation and the doctor's failure to question about it. On the other hand, there are currently no objective diagnostic criteria. Neither are the specific evaluation scales integrated into the day-to-day of the dermatology consultation.

**Methodology:** Retrospective study from April 2019 to April 2020 in which patients with genital psoriasis are evaluated. Compare the prevalence of it between the first 6 months in which the patient reports this condition and the last 6 months, in which the doctor specifically questions this location.

**Conclusions:** Dermatologists must interview patients about the GP in the consulting room because genital area is a location prone to be hidden. The involvement is greater in women. The treatment of choice should be with biological modifiers/apremilast. It would be necessary to apply the requested scales to know the real situation and a multidisciplinary attitude is important together with Psychiatry/Psychology and Urology/Gynecology.

**Keywords:** psoriasis, genital, sexuality.

## INTRODUCCIÓN

La **psoriasis genital (PG)** se considera una entidad dermatológica inmunomediada (IMID), en ocasiones recurrente, que puede aparecer en todos los grupos de edad. Con mayor frecuencia se diagnostica en una **etapa tardía de la enfermedad**. **No existen criterios internacionales objetivos** para verificar el **diagnóstico** de esta forma clínica. Se basa principalmente en la observación de los signos característicos. Actualmente se está empezando a utilizar el **dermatoscopio** para examinar las lesiones genitales (20). Su curso recurrente-remitente es otro factor que limita el diagnóstico adecuado. Tiene una distribución equitativa entre hombres y mujeres. Desafortunadamente, la PG sigue sin estar tratada en la gran mayoría de los pacientes.

La PG a menudo se juzga erróneamente como una dermatitis irritativa (33%), una infección de transmisión sexual (4,2%) o una reacción alérgica, debido a la baja conciencia social de la enfermedad (28). Las manifestaciones clínicas como prurito, escozor, quemazón, dispareunia y flujo vaginal pueden imitar otras enfermedades en una etapa temprana. El diagnóstico y el tratamiento de la PG pueden ser difíciles y a menudo requieren un **enfoque multidisciplinar** para su reconocimiento adecuado y la mejora del estado psicofísico del paciente.

Hasta dos tercios de los pacientes con psoriasis genital nunca han sido tratados tópicamente, y mucho menos de forma sistémica. La mitad de ellos nunca han comentado la presencia de lesiones genitales con su médico. Incluso aunque tengan lesiones genitales severas, no lo refieren, lo que deja en evidencia sus sentimientos de **estigmatización**. Solo una cuarta parte de estos pacientes creen que sus médicos prestaron suficiente atención a posibles problemas sexuales, a pesar de que especialmente esta localización afecta a las relaciones sexuales. (6,9)

## MARCO TEÓRICO

### CLÍNICA

La piel genital es frágil y sensible a los irritantes mecánicos y químicos. Los irritantes más comunes son: tampones, toallas sanitarias, ropa ajustada, depilación, flujo vaginal, sudor, semen, orina, heces, cosméticos y jabones, lubricantes y espermicidas.

Las lesiones psoriásicas en los genitales se presentan principalmente como placas de escaso grosor, bien delimitadas, brillantes, eritematosas y sin escamas por ser zonas de oclusión. Si hay escamas, se observan solo en las partes más queratinizadas y alejadas de la localización genital. Se describen formas pustulosas en hombres (28).

El síntoma más característico de PG es el **prurito**. Otros síntomas asociados son eritema, dolor, ardor...Mientras se recoge el historial del paciente, es importante preguntar sobre la actividad sexual y explorar zonas de extensión, cuero cabelludo y uñas.

**Tabla 1.** Estudios que evalúan los síntomas asociados con psoriasis genital

Source Author, year	Patients, n	Symptoms
Cather et al, 2017 <sup>25</sup>	20	Genital itch (100%), discomfort (100%), redness (95%), stinging/burning (95%), pain (85%), and scaling (75%). The most bothersome symptoms were reported to be itching (40%), stinging/burning (40%), and pain (20%).
Meeuwis et al, 2012 <sup>7</sup>	277	Patients endorse greater intensity of itch (4.2) compared with burning (3.5) and pain (2.8). Greater intensity of redness (5.1) compared with scaliness (3.7) and induration (2.4). Intensity of all symptoms was significantly higher for women compared with men.
Ryan et al, 2015 <sup>26</sup>	354	Genital itch (86%), burning (49%), pain (44%).
Zamirska et al, 2008 <sup>6</sup>	22	Pain and burning reported significantly more frequently in females Itching/burning (82%)

(6)

En el sexo femenino, la psoriasis vulvar es simétrica y suele manifestarse como placas rojas brillantes sin escamas en los labios, con evolución, al distanciarse de las zonas oclusivas, a lesiones descamativas de mayor grosor.

En los hombres, las lesiones psoriásicas genitales pueden localizarse en la piel del escroto y del pene. El glande es el área que se ve afectada con mayor frecuencia. Por lo general, la PG no involucra todo el pene, escroto y pliegues inguinales. En pacientes varones no circuncidados, suelen aparecer placas bien definidas sin escamas debajo del prepucio y en el glande proximal, mientras que en los hombres circuncidados aparecen lesiones eritematosas en el glande. (1,2)



**Fotografía 1.**

La PG se ha considerado en un tiempo una variedad de la **psoriasis inversa** (PI) de forma que en el 79% de las PI se puede diagnosticar también PG (4). La situación actual considera que es una localización independiente.

Histológicamente no se aprecian diferencias esenciales, salvo por la afectación de mucosas, con respecto al resto de psoriasis (28).



**Fotografía 2.**



**Fotografía 3.**



**Fotografía 4.**



**Fotografía 5.**



**Fotografía 6.**

## PREVALENCIA

La prevalencia de la PG cuando se hace el examen genital varía ampliamente de **12% a 38%** según los estudios, probablemente debido a los diferentes métodos de evaluación de prevalencia (3). El **63%** de los adultos con psoriasis desarrollan lesiones psoriásicas en el **área genital** al menos **una vez en la vida**. En presencia de **psoriasis inversa**, la prevalencia de PG aumenta aproximadamente al **79%** (4,6).

En **2 a 5%** de los pacientes únicamente presentan lesiones en la región genital.

Además, la prevalencia probablemente se subestima debido a la reticencia tanto de los pacientes como de los médicos a hablar sobre el compromiso genital y la calidad de vida sexual. Por lo tanto, es común **omitir** la **anamnesis** sobre problemas genitales y la **inspección de las regiones íntimas** del cuerpo durante los exámenes de rutina realizados por dermatólogos con el fin de preservar su intimidad.

Según el estudio GENIPSO, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la PG en pacientes que consultan por psoriasis extragenital; la prevalencia de PG fue del **43.2%** entre los 776 pacientes incluidos, **examinados** por un dermatólogo. La tasa de participación de pacientes del 85% en el estudio fue particularmente alta y debe subrayarse. Esta cifra también representa la tasa de aceptación del examen genital, dado que los pacientes habían consultado por psoriasis extragenital, no por sus (posibles) lesiones genitales. Probablemente refleje una necesidad real en los pacientes respecto a la afectación de esta localización. (3)

**Tabla 2.** Prevalencia de la psoriasis genital en estudios clínicos

Study, year	Study type	Number of psoriasis patients	Genital involvement
Mahajan et al. [7], 2015	Prospective study	852	11.7% prevalence
Ryan et al. [1], 2015	Prospective study	354	38% prevalence
Meeuwis et al. [26], 2011	Prospective study	487	35.3% current disease
Meeuwis et al. [14], 2010	Prospective study	1963	35.1% current disease 45% disease at some point
Lysell et al. [11], 2015	Prospective Study	109	41%
Larsabal et al. [12], 2019	Prospective study	776	43.1% prevalence at time of reporting
Fouere et al. [13], 2005	Prospective study	1281	32% prevalence
Van de Kerkhof et al. [15], 2000	Prospective study	839	29% prevalence
Meeuwis et al. [8], 2011	Systematic review (59 articles)	9983	29–40% prevalence 2–5% genital psoriasis only with no psoriasis elsewhere
Meeuwis et al. [9], 2018	Systematic review (18 articles)	22,116	7–42% prevalence at time of reporting 33–63% at any time during course of psoriasis

(7)



## EPIDEMIOLOGÍA

La PG puede ocurrir en **todos los grupos de edad**, desde recién nacidos hasta pacientes geriátricos, con una ligera predilección por los pacientes **varones** más **jóvenes** con **enfermedad relativamente grave**. En niños menores de 2 años, la PG generalmente se presenta como un intenso eritema bien delimitado en el área del pañal.

Con respecto a los **factores de riesgo** asociados con la presencia de lesiones genitales, encontramos que el **sexo masculino**, la **gravedad** de la psoriasis, la **edad de inicio temprana**, la **psoriasis inversa**, la afectación del **cuero cabelludo**, **uñas**, zonas de **pliegues** y **conducto auditivo externo** están significativamente asociados. (3) No hay asociación con la circuncisión, la obesidad o la artritis psoriásica (9).

Durante el embarazo el 55% de nuestras pacientes mejoran y en el 24% empeora la severidad, dando incluso complicaciones sistémicas (30).

## CALIDAD DE VIDA Y REPERCUSIÓN PSICOSOCIAL

La psoriasis, especialmente la manifestación genital de la enfermedad, tiene una **influencia negativa** en la calidad de vida de los pacientes. La vida personal se ve particularmente afectada. Influye no solo en la **salud física**, sino también en la **psicosocial** y **emocional**.

Las lesiones cutáneas, especialmente en el área genital y en la cara, pueden conducir a una depresión severa e incluso a una ideación suicida. El tratamiento farmacológico asociado en ocasiones a **psicoterapia** da como resultado el control de la enfermedad con un alivio en su calidad de vida claramente demostrable.

Un estudio de Meeuwis et al. (16) sobre la calidad de vida y la vida sexual en 487 pacientes con GP concluyó que:

- Los pacientes con lesiones genitales refieren **peor una calidad de vida** que los pacientes sin lesiones genitales.
- La **disfunción sexual** y la **angustia** son particularmente llamativas en **mujeres**.
- La **atención ofrecida por los médicos** sobre la afectación en la esfera sexual en la población que padece psoriasis es percibida como **insuficiente** por los pacientes.

Dentro de los factores que disminuyen la actividad sexual de los pacientes con psoriasis, el que más influye en las escalas de angustia y disfunción es el  **pudor por la apariencia física** que provoca un menor deseo sexual del paciente. También la sintomatología provocada por la fricción y el posterior empeoramiento de la psoriasis.

El tratamiento con medicación tópica supone tiempo, dificultad circunstancial para aplicarse los preparados y una relativa sensación objetiva y subjetiva de suciedad. (16)

## EFFECTOS EN LA ESFERA SEXUAL

Para que haya una buena salud sexual hace falta que **neurofisiológicamente y psicológicamente** las personas estén bien. Los estímulos externos son muy importantes en la sexualidad: en especial los visuales y los táctiles. Cuando esos estímulos se ven alterados, la respuesta sexual se va a ver afectada y los niveles de testosterona y estrógenos también. Con respecto a otras enfermedades de la piel como eczema atópico o neurodermitis, la psoriasis produce mayor afectación sexual. (15)

Los pacientes con PG experimentan deficiencias significativas en la función sexual en comparación con pacientes sin compromiso genital. En general, confrontan una **disminución de la frecuencia** de las relaciones sexuales, **evitándolas** en ocasiones y manifestando un **deseo sexual reducido**. Estos pacientes se sienten menos cómodos con su propia desnudez, citas e intimidad en comparación con pacientes con lesiones de psoriasis en otras áreas de su cuerpo. También experimentan dolor durante el coito o empeoramiento de los síntomas después de éste. Las mujeres en particular refieren **dispareunia** y están más angustiadas por el impacto de la psoriasis genital en la función sexual en comparación con los hombres. Sin embargo, esta angustia mejora con el tratamiento dirigido a las lesiones genitales. Los hombres también experimentan deficiencias en la función sexual. (6)

Está en discusión si la **disfunción eréctil** es un factor independiente de la psoriasis, una consecuencia de las comorbilidades (cardiovasculares, depresión) de la misma o efecto secundario del tratamiento. (19,21,22,23,24). Duarte et al. (24) lo consideran independiente de depresión y adicciones considerando un 40,8% de afectados y curiosamente tienen más posibilidades de padecerlo aquellas personas con psoriasis que son leves. Kurizky et al (29) elevan el porcentaje a 86% de sus pacientes brasileños.

**Tabla 3.** Características de los estudios que evalúan la relación entre la psoriasis y disfunción eréctil.

First author, year, [ref.]	Study type	Country	Psoriasis patients: Number (prevalence of ED)	Controls: Number (prevalence of ED)	ED in psoriasis patients vs. controls	Association between psoriasis and ED in multivariate analysis
Cabete, 2014 [12]	Prospective multicentre	Portugal	135 (61%)	201 (44%)	Increased (P=0.001)	Yes
Tasliyurt, 2014 [13]	Prospective single-centre	Turkey	37 (81%)	28 (53%)	Increased (P=0.018)	Multivariate analysis not performed
Molina-Levya, 2016 [14]	Prospective single-centre	Spain	79 (34%)	79 (18%)	Increased (P=0.006)	No
Goulding, 2011 [15]	Prospective multicentre	UK	92 (58%)	130 (49%)	Increased (P=0.026)	No
Ji, 2016 [16]	Prospective multicentre	China	191 (53%)	191 (40%)	Increased (P=0.004)	No

(19)

Los medicamentos utilizados para tratar las comorbilidades de la psoriasis, además de los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad en sí (tabla 4-pág.12), también podrían ejercer un efecto negativo sobre la función sexual.

**Dos de cada tres personas** con PG presentan problemas psicológicos, ya que es normal que cuando se padece esta enfermedad, se tenga una autoestima más baja, depresión, ansiedad e incluso mayor índice de ideación suicida (5,5%). (15,4)

Debido a la naturaleza tabú de la enfermedad genital y la discapacidad sexual, los **médicos** deben adoptar un **enfoque proactivo** y preguntar a los pacientes con psoriasis acerca de los síntomas relacionados con el área genital. El deterioro de la calidad de vida sexual debido a lesiones genitales se puede mejorar con un tratamiento dirigido, por lo que la detección temprana de estos efectos puede ayudar a prevenir mayores déficits funcionales y sociales secundarios.

El desarrollo de instrumentos validados de calidad de vida para la PG es un paso en la dirección correcta con el fin de evaluar estos impactos más fácilmente y puede verificar la eficacia de varios tratamientos en esta localización. (6)

Los dermatólogos no preguntan sobre **sexualidad** al 93-96 % de sus pacientes. Y hay que tener en cuenta que la salud sexual es un pilar básico de la salud mental y de la salud global. Hay estudios que muestran que a menor frecuencia sexual hay mayor riesgo coronario (17), inmunosupresión (18), más riesgo de cáncer, alteraciones en la visión, etc. La actividad sexual, la calidad de la vida sexual y el interés en el sexo **correlaciona positivamente con la salud**.

En definitiva, en dermatología se tiene que tener presente la sexualidad de los pacientes porque ésta aumenta la esperanza de vida y la calidad de vida, y **la mejoría de la psoriasis produce una mejoría de la sexualidad**. (15)

**Tabla 4.** Medicamentos utilizados para tratar la psoriasis y su impacto en la salud sexual.

Drug	Type of study/pathology	Participants	Findings
Cyclosporine	Cohort, observational. Psoriasis.	969 adults with psoriasis.	No statistically significant difference in side effects between the sexes, paired for age. Slight tendency in females. Incidence rate in fertile vs menopausal women of 0.67 (95% CI: 0.49–0.92).
Etretinate	Case report: two patients using etretinate, 37 and 40 years of age, both with a history of depression. Psoriasis.	Males, 37 and 40 years of age, both with a history of depression.	One patient improved after discontinuing use. The drug was not reintroduced. The second suffered a recurrence of symptoms after drug reintroduction.
Acitretin	Case report: male patient, 39 years of age. Psoriasis.	Male, 39 years of age.	ED and absence of morning erection during 45 days of use. Reversal of symptoms following discontinuation.
Acitretin, methotrexate, and cyclosporine	Population-based study. Psoriasis.	12,300 men with psoriasis and 61,500 controls.	Increased risk of sexual dysfunction in psoriasis patients compared to controls, principally if $\geq 60$ years of age compared to those $< 60$ years of age and in the presence of P&A. Risk not significantly higher in patients using systemic drugs.
Methotrexate	Case report: two patients. Psoriasis.	Males, 58 and 68 years of age.	Patient 1: symptoms of ED after 2 weeks. Symptoms abated 4 weeks after switching to acitretin. Patient 2: decreased libido and ED within 3 weeks of use. Symptoms abated 3 weeks after discontinuation.
Methotrexate	Case report: two patients. Psoriasis.	Patients 51 and 54 years of age.	Patient 1: ED with no reduction in libido within 3 weeks of use. Symptoms abated after switching to infliximab. Patient 2: methotrexate discontinued after 9 months due to intermittent ED and decreased libido. Symptoms abated after drug discontinuation.
Anti-TNF- $\alpha$ antibody therapy	Open, placebo-controlled study: 42 patients.	Ankylosing spondylitis and controls.	Quality of sex life and disease activity improved in the anti-TNF- $\alpha$ group. Positive correlation between improved quality of sex life and disease activity.
UST (an anti-IL-12/23 monoclonal antibody)	Randomized, placebo- controlled controlled trial. Post hoc analysis between baseline and week 12. Psoriasis.	1,334 patients in the UST group and 662 in the placebo group.	Sexual dysfunction in 27.1% of the women and in 20.8% of the men. No reduction in dysfunction in the placebo group. In the UST group, reduction from 22.4% to 2.7%.
Adalimumab and etanercept	Pilot study on sexual dysfunction and the use of biological treatment. Psoriasis.	10 men and 10 women.	Women: improvement in FSFI score from 22.43 to 28.73. Men: improvement in IIEF score from 51.5 to 60.75.
IXE (an anti-IL-17A antibody)	Randomized, placebo- controlled, Phase 3b controlled trial. Psoriasis.	75 patients in the IXE group and 74 in the control group.	IXE proved superior in the primary (genital psoriasis) and secondary outcomes (pruritus, sexual frequency questionnaire in genital psoriasis).

(24)

## ESCALAS DE SEVERIDAD Y CALIDAD DE VIDA

### 1. Male Psoriasis Area Severity Index (mGPASI)

Consiste en la valoración del PASI en la PG del varón. Se realiza exactamente igual que el PASI (eritema, descamación e infiltración) pero considerando únicamente como superficie cutánea la genital. La escala numérica puede variar entre 0-72 puntos.

### 2. Body Surface Area (BSA)

Mide la superficie cutánea afecta considerando que la palma del paciente es un 1%.

### 3. The static Physician's Global Assessment of Genitalia (sPGA-G)

Es una medida clínica de resultados bien definida desarrollada para evaluar la **gravedad** de la PG.

Es una escala numérica de 6 puntos que varía de 0 (leve) a 5 (muy grave) para evaluar la gravedad de la PG en un momento determinado (como se indica en la tabla 3). La evaluación del área incluye la región vulvar desde el clítoris hasta el periné, incluidos los labios mayores, los labios menores y el periné para las **mujeres**, y el pene, el escroto y el perineo para los **hombres**. La evaluación de sPGA-G no incluye el pubis, los pliegues inguinales, la región perianal ni la hendidura glútea. (14)

**Tabla 5.**

0	Clear	Erythema: residual or no erythema Plaque elevation: no elevation Scaling: no scale
1	Minimal	Erythema: faint, light pink erythema Plaque elevation: elevation is very slight and difficult to confirm Scaling: some fine, white surface dryness
2	Mild	Erythema: mild, pink erythema Plaque elevation: slight elevation with sloped edges Scaling: fine scale on some or most lesions
3	Moderate	Erythema: moderate, red erythema Plaque elevation: moderate elevation with definite edges that are either sloped or rough Scaling: coarse scale on most lesions
4	Severe	Erythema: severe, bright red erythema Plaque elevation: substantial elevation, hard or sharp edges Scaling: coarse, non-adherent scale on most to all lesions
5	Very Severe	Erythema: very severe, deep red erythema Plaque elevation: very significant elevation with hard and sharp edges Scaling: very coarse, thick, and adherent scale completely or nearly completely covering most or all lesions.

(14)

### Patient-reported outcome measures (PROs):

#### 4. The Genital Psoriasis Symptoms Scale (GPSS)

El GPSS puede ser útil para evaluar los **síntomas** antes, durante y después del tratamiento en la práctica clínica habitual y en ensayos clínicos con pacientes con PG.

El GPSS proporciona un medio para que los pacientes comuniquen los síntomas de PG, de una manera que sea personalmente menos invasiva que las conversaciones en persona, a través de papel o un dispositivo electrónico. Como tal, el GPSS proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre el tratamiento y el éxito del mismo en ensayos clínicos y en la práctica de rutina. (10)

**Tabla 6.**

Rating of severity based on your psoriasis symptoms in the genital area <sup>a</sup> within the past 24 h	Response options <sup>b</sup>
Itching	No itch (0)–worst itch imaginable (10)
Pain	No pain (0)–worst pain imaginable (10)
Discomfort	No discomfort (0)–worst discomfort imaginable (10)
Stinging	No stinging (0)–worst stinging imaginable (10)
Burning	No burning (0)–worst burning imaginable (10)
Redness	No redness (0)–worst redness imaginable (10)
Scaling	No scaling (0)–worst scaling imaginable (10)
Cracking	No cracking (0)–worst cracking imaginable (10)

<sup>a</sup>Genital area is defined as the labia majora (outer lips), labia minora (inner lips) and perineum (area between vagina and anus) for females and the penis, scrotum and perineum (area between the penis and anus) for males

<sup>b</sup>Please rate your symptom severity due to your genital psoriasis by selecting the number that best describes your worst level in the past 24 h (7)

#### 5. The Dermatology Life Quality Index (DLQI)

Es un cuestionario de 10 ítems validado para evaluar el impacto en la **calidad de vida** y la discapacidad asociada con la PG. Este cuestionario pregunta sobre el impacto de esta enfermedad en los síntomas, la autopercepción, la elección de ropa, la actividad social, la actividad física, trabajo/estudio, relaciones personales, actividad sexual y tratamiento. Los pacientes indican cuánto afecta la PG a su vida para cada tema, desde "nada" hasta "mucho". Cada respuesta se puntúa en una escala de 0 a 3 y se suma para obtener una puntuación total de un máximo de 30 puntos. Un mayor puntaje DLQI indica un mayor deterioro de la calidad de vida. (6)

**Item 9** Valora cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de piel en su vida sexual durante la última semana.

**Tabla 7.**

DLQI item 9 <sup>‡</sup>	0, not at all
	1, a little
	2, a lot
	3, very much
	0, not relevant (8)

## 6. Itch NRS items

Evalúan por separado el **prurito** en una escala de 11 puntos que varía de 0 (“ninguno”) a 10 (“peor gravedad imaginable”). (10)

**Tabla 8.**

Itch Numeric Rating Scale

1. Please rate your itching severity due to your [genital] psoriasis by circling the number that best describes your worst level of itching in the past 24 h

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

No itch

Worst itch imaginable

(10)

## 7. Symptom NRS items

El Symptom NRS items fue adaptado del Itch NRS. Los Symptom NRS items evalúan por separado la prurito, el **dolor**, el **malestar** y el **ardor**, cada uno en una escala de 11 puntos que varía de 0 ("ninguno") a 10 ("peor gravedad imaginable"). Se pidió a los participantes que indicaran la severidad general del síntoma marcando con un círculo el número que mejor representaba el peor nivel de síntomas que habían experimentado en las últimas 24 h. Se presentaron dos versiones: una centrada en los síntomas generales de la psoriasis y la otra centrada en los síntomas de PG. (10)

**Tabla 9.**

Itch Numeric Rating Scale

1. Please rate your itching severity due to your [genital] psoriasis by circling the number that best describes your worst level of itching in the past 24 h

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

No itch

Worst itch imaginable

Pain Numeric Rating Scale

2. Please rate your pain severity due to your [genital] psoriasis by circling the number that best describes your worst level of pain in the past 24 h

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

No pain

Worst pain imaginable

Discomfort Numeric Rating Scale

3. Please rate your discomfort severity due to your [genital] psoriasis by circling the number that best describes your worst level of discomfort in the past 24 h

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

No discomfort

Worst discomfort imaginable

Stinging/Burning Numeric Rating Scale

4. Please rate your stinging/burning severity due to your [genital] psoriasis by circling the number that best describes your worst level of stinging or burning in the past 24 h

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

No stinging/  
burning

Worst stinging/  
burning imaginable

(10)

## 8. The Genital Psoriasis Sexual Frequency Questionnaire (GEN-SFQ)

Mide el impacto de la PG en la frecuencia sexual. Valora dos ítems: el **número de relaciones sexuales** durante la última semana y con qué **frecuencia** la PG **limitó la actividad sexual** durante la misma.

**Tabla 10.**

Please answer the question based on your psoriasis symptoms in the genital area <sup>a</sup> within the past week	Response options
In the past week, how many times did you engage in sexual activity? <sup>b</sup>	None/zero Once Two or more
In the past week, how often did your genital psoriasis limit the frequency of your sexual activity?	Always Often Sometimes Rarely Never

<sup>a</sup>Genital area is defined as the labia majora (outer lips), labia minora (inner lips) and perineum (area between vagina and anus) for females and the penis, scrotum and perineum (area between the penis and anus) for males

<sup>b</sup>Not limited to sexual intercourse and includes activities such as masturbation

(7,26)

## 9. The Dermatologic Intimacy Scale (DIS)

Es un cuestionario de 18 ítems utilizado para evaluar el **impacto** de la PG en las **relaciones íntimas**. Este cuestionario pregunta a los pacientes sobre diversos aspectos de la intimidad, incluidas las relaciones, la comodidad con la desnudez, las emociones y la autopercepción. Los pacientes indican el impacto de su enfermedad en la intimidad, que va de "nada" a "mucho". Cada respuesta se califica en una escala de 0 a 4, luego se suma para obtener un puntaje total de un máximo de 72. Un puntaje DIS mayor indica un mayor deterioro en la intimidad. (6)

## 10. The Female Sexual Distress Scale (FSDS)

Es un cuestionario de 12 ítems validado para evaluar la **angustia personal relacionada con la sexualidad en las mujeres**. Las pacientes indican con qué frecuencia tienen problemas sexuales, que van desde "nunca" hasta "siempre". Cada respuesta se califica en una escala de 0 a 4 y se suma para obtener un puntaje total de un máximo de 48. Un puntaje de FSDS mayor indica mayor angustia sexual (A partir de 15 ya se considera angustia en la sexualidad). (6)

## 11. The Sexual Quality of Life Questionnaire for Use in Men (SQoL-M)

Es un cuestionario de 11 ítems validado para evaluar la **calidad de vida sexual en hombres con eyaculación precoz o disfunción eréctil**. Los pacientes indican su nivel de acuerdo con ítems sobre pensamientos y sentimientos acerca su vida sexual, que van desde "completamente en desacuerdo" hasta "completamente de acuerdo". Cada



respuesta se califica en una escala del 1 al 6, luego se suma y se escala a una puntuación total de 100. Una mayor SQoL-M indica una mejor calidad de vida sexual. No se considera que tengan problemas con la función sexual con una puntuación de SQoL-M mayor o igual a 87. (6)

## 12. **The International Index of Erectile Function (IIEF)**

Es un cuestionario de 15 ítems validado para la evaluación de la **función sexual masculina** dentro de los dominios de la **función eréctil, la función orgásmica, el deseo sexual, la satisfacción sexual y la satisfacción general**. Los pacientes indican hasta qué punto su función sexual se ve afectada dentro de cada uno de estos dominios. Cada respuesta se puntúa en una escala de 0 a 5 y se suma para una puntuación total de un máximo de 75. Una versión abreviada de 5 preguntas, el **IIEF-5**, también se puede utilizar para detectar la presencia de disfunción eréctil. Los puntajes más bajos en el IIEF indican un mayor deterioro de la función sexual, mientras que los puntajes más bajos en el IIEF-5 indican una disfunción eréctil más grave. (6)

## 13. **Psoriasis Area and Severity Index (PASI)**

Valora eritema, descamación, infiltración de la placa junto con la superficie afecta.

## INFECCIONES CONCOMITANTES

Los factores etiológicos de la psoriasis son la predisposición genética asociada a un desencadenante: **traumatismos, infecciones, drogas, invierno, estrés, alcohol, tabaquismo, VIH y SIDA...**

La psoriasis precedida por infección estreptocócica e infección por virus del herpes simple han sido reportadas en el pasado. Además, la levadura lipofílica *Malassezia furfur* se ha implicado en el desencadenamiento de lesiones del cuero cabelludo en la psoriasis. También se ha descrito la asociación de la psoriasis con la infección por *Helicobacter pylori*. Se ha demostrado una mayor prevalencia del virus papiloma humano (VPH) en un cabello extraído de pacientes con psoriasis tratados con psoraleno y ultravioleta-A. El VPH-5 asociado con epidermodisplasia verruciforme también fue más frecuente en pacientes con psoriasis. Además, la exacerbación de la psoriasis se ha relacionado con la colonización de la piel y/o el intestino por *S. aureus*, *Malassezia* y *Candida albicans*. Predominantemente en la fase pre-puber se aísla vulvovaginitis asociada por estreptococos y en el adulto candidiasis (4). El paciente puede desarrollar condilomas acuminados en los genitales externos previos al desarrollo de la psoriasis.

Por la presente, no se puede concluir si una infección primaria por VPH desencadena lesiones psoriásicas (Koebner), o la asociación podría ser una mera coincidencia. Se requiere un seguimiento a largo plazo y una mayor cantidad de casos para concluir que el VPH podría desencadenar la psoriasis. (11)

En un artículo publicado por Ljubojević Hadžavdić S et al. se refiere el caso de una paciente con psoriasis y múltiples verrugas anogenitales (con VPH 6 y 11 positivo). Concluye que la coexistencia de la psoriasis anogenital y el VPH presenta un gran problema terapéutico porque una terapia para la psoriasis como los corticosteroides puede provocar la aparición y/o reaparición de la infección por VPH, mientras que algunas terapias para las verrugas anogenitales, como la crioterapia, el legrado, la ablación con láser, la electrocirugía o la cirugía pueden provocar la aparición y/o reaparición de la infección psoriásica debido al fenómeno de Koebner. (25)

## TRATAMIENTO

Los **datos basados en la evidencia** con respecto a la **eficacia y seguridad** de los tratamientos para PG son **limitados**. Aunque existen muchos tratamientos efectivos en el arsenal terapéutico para la psoriasis, el tratamiento de las lesiones en los genitales y los pliegues de la piel circundante sigue siendo un desafío. (12,4)

### Medidas higiénicas:

Aunque no se aborda específicamente en la mayoría de los artículos, la buena higiene y la reducción de la fricción son medidas esenciales de primera línea para el tratamiento de pacientes con PG (grado de recomendación: D). Se recomiendan **limpiadores suaves sin jabón** para mantener limpios los genitales sin irritar el área, y se debe aconsejar a los pacientes que usen **ropa holgada** y sin restricciones para evitar la koebnerización y una mayor irritación. Los pacientes con PG siempre deben usar **lubricantes** o preservativos lubricados con cualquier actividad sexual para evitar la exacerbación de los síntomas genitales. En combinación con la terapia farmacológica adecuada, estas medidas de apoyo son necesarias para minimizar el impacto de la PG. (4)

### Tópicos:

#### **Corticoides**

Las opciones de tratamiento para la PG son limitadas. La afección a menudo no responde a los **corticoides** tópicos de baja potencia, y el uso de corticoides más potentes está restringido debido a los riesgos de atrofia de la piel, ya que la piel genital es susceptible a este efecto secundario. (13)

Los **corticoides tópicos de baja a media potencia** se recomiendan como **tratamiento de primera línea** para la PG (grado de recomendación: D). La piel de escaso grosor y la oclusión constante de este entorno hacen que los medicamentos tópicos tengan una mayor penetración en el área de la región inguinal, lo cual es un problema particular para los bebés, que tienen una alta proporción de superficie importante, lo que los predispone a efectos secundarios sistémicos. Los **corticoides tópicos leves** pueden no ser lo suficientemente potentes como para inducir una respuesta clínicamente significativa en algunos pacientes y a menudo se usan en combinación con terapias tópicas de segunda línea para obtener un beneficio clínico. Los **corticoides de potencia moderada a alta** se han utilizado eficazmente en adultos y niños con PG, tanto en monoterapia como en combinación con otros agentes tópicos, sin informes de efectos adversos significativos. Si bien hubo una falta de informes en los estudios que se realizaron; por lo tanto, no hay evidencia suficiente para determinar si no hubo efectos secundarios con estas terapias o si simplemente no se mencionaron. (4)

Otra problemática es el tiempo de tratamiento. Todas las fichas técnicas limitan su

utilización entre 2-4 semanas para evitar atrofia o fenómenos de taquifilaxia pero la práctica real no sigue estas indicaciones dada que es una enfermedad crónica y la alternativa, utilizados los fármacos tópicos en monoterapia o combinados, es administrar fármacos sistémicos siendo los de segundo escalón más iatrogénicos.

### Inhibidores de la calcineurina

**Tacrolimus y picrelimus** son macrólidos que actúan como **inhibidores de la calcineurina**. La inhibición de la calcineurina modifica los perfiles de citocinas de linfocitos T, que están involucrados en la dermatitis atópica y la psoriasis. El tacrolimus tópico está aprobado actualmente para el tratamiento de la dermatitis atópica. Sin embargo, se ha demostrado que la pomada de tacrolimus es efectiva para el tratamiento de la psoriasis facial y de la región inguinal.

Los resultados de los estudios realizados con tacrolimus tópico en la psoriasis corporal han mostrado mejoras más limitadas probablemente relacionadas con el aumento del grosor del estrato córneo, lo que podría prevenir la penetración transepidérmica de tacrolimus.

En un estudio que evaluó la gravedad de la psoriasis genital por separado en el glande, el eje del pene y el escroto, la mejora fue similar para las tres áreas, lo que sugiere que el tacrolimus tópico es igualmente efectivo para todas las áreas de los genitales masculinos. En conclusión, se mostró que el ungüento tópico de tacrolimus al 0.1% es efectivo y muy bien tolerado en el tratamiento de la psoriasis genital en pacientes masculinos. Se requieren más estudios para evaluar la seguridad y la eficacia de tacrolimus tópico y pimecrolimus en esta población de pacientes. (13)

**Tabla 11.** Algoritmo de tratamiento y descripción general de la terapia prescrita para PG.

Step	Modality	Intensity	Frequency/ day	Patients n	Remarks
1	Mild potent corticosteroid cream	2 weeks daily, then intermittent: 4 days/week	Once	16	
2	Mild potent corticosteroid cream + Vitamin D analogue ointment	Intermittent: 4 days/week Daily	Once Twice	18	n=5 Started mild corticosteroid cream concurrently with vitamin D analogue ointment
3	Moderate potent corticosteroid cream	2 weeks daily, then 2 weeks intermittent: 4 days/week	Once	5	n=2 Started short-term higher potent corticosteroid cream before step 1 and 2 because of severe lesions
	Followed by: Mild potent corticosteroid cream + Vitamin D analogue ointment	Intermittent: 4 days/week Daily	Once Twice		n=1 Used mild corticosteroid cream before inclusion, Vitamin D ointment and higher potent steroid cream were added during the study.
4	Calcineurin inhibitor cream (whether or not combined with mild potent corticosteroid cream)	2 weeks daily, Then tempered to intermittent Intermittent: 4 days/week	Twice Once Once	0	
5	Coal tar cream + Mild potent corticosteroid cream	Daily Intermittent: 4 days/week	Twice Once	0	
Other				3	n=2 Daily tacrolimus ointment at baseline, addition of mild potent corticosteroid cream n=1 Alternating mild and higher potent corticosteroid cream

(28)

Los **análogos de vitamina D** no suelen utilizarse porque provocan irritación (4,28).

El **Coal tar** no se aplica hoy en día por sus características organolépticas (28).

No disponemos de **ciclosporina tópica comercial** y aunque la mencionan referencias escasas, su eficacia es dudosa (4).

Curiosamente, los **antimicóticos** mejoran en algunos casos las lesiones. Probablemente eviten el efecto Koebner (4,28).

### Sistémicos:

Las terapias sistémicas como el **metotrexato** y la **ciclosporina** pueden funcionar bien para pacientes con lesiones genitales y deben considerarse en pacientes con deterioro severo de la calidad de vida (grado de recomendación: C). No se encontró ninguna evidencia sobre el uso de otros agentes sistémicos tradicionales, como **acitretina** (irritación de mucosas). (4)

Conviene recordar que **metotrexato** puede inducir **disfunción eréctil**, espermatogénesis anómala y disminución de libido provocados por la alteración de la liberación de prolactina (24) y también se describe con **acitretina** (2). (31)

**Tabla 12.** Evidencia sobre tratamientos sistémicos para la PG.

Medication	Successful	Unsuccessful
Phototherapy		
UVB phototherapy	Kapila et al. [18]	
PUVA		Albert et al. [14]
Immunosuppressants		
Mycophenolate mofetil	Guglielmetti et al. [23]	
Methotrexate	Albert et al. [14], Kapila et al. [18]	Guglielmetti et al. [23], Ješc et al. [24]
Biologics		
Adalimumab	Ješc et al. [24]	
Ixekizumab	Ryan et al. [50]	
<i>Efalizumab</i> <sup>b</sup>	Cassano et al. [26]	
Oral antifungals	Foureur et al. [39], Meeuwis et al. [17]	J Fam Pract 2016 [41]
Oral antibiotics	Quan et al. [43]	Singh et al. [22]
Dapsone	Guglielmetti et al. [23], Singh et al. [22]	
Doxepin	Albert et al. [14]	
Antihistamines	Cretu et al. [37]	
Antipsychotics	Shimamoto et al. [25]	
Calcium gluconate		Cretu et al. [37]

(4)

La fototerapia y el láser excímero lógicamente no se recomiendan (2).

### Modificadores biológicos:

Los tratamientos biológicos mejoran en gran medida los resultados en esta enfermedad. (7)

**Ixekizumab:** Es un anticuerpo monoclonal humano dirigido a IL-17 y uno de los tratamientos más efectivos aprobados para la psoriasis en placa (12). Se ha demostrado que el ixekizumab tiene una alta eficacia específicamente para la psoriasis genital, con una mejora rápida observada una semana después del tratamiento. Mejora significativamente la apariencia de la lesión genital, el prurito genital, la salud sexual y por lo tanto, la calidad de vida y puede ser una solución prometedora para pacientes que sufren de PG recalcitrante. Ixekizumab es actualmente el único

medicamento con etiquetado de la FDA que menciona específicamente la PG así como es la única ficha técnica de MB que lo incluye (grado de recomendación: B). (4,8)

**Apremilast:** Se encuentra en un estudio en fase III en curso (27). Hasta el momento ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la psoriasis en estas localizaciones.

Las monografías del “Vidal French drug data manual” sobre **adalimumab** aluden a la posibilidad de efectos adversos sexuales, es decir, disfunción eréctil (DE) y priapismo (infrecuente, es decir, entre 1 caso en 100 y 1 caso en 1000). Por el contrario, la mejora en la disfunción sexual durante el tratamiento de la psoriasis no genital se ha demostrado para ciertas bioterapias como **ustekinumab**, por un lado, e **ixekizumab** y **etanercept** por el otro (con una mejoría más marcada bajo ixekizumab que etanercept a partir de la segunda semana de tratamiento) y finalmente **secukinumab** (mayor mejora que con ustekinumab). También se demostró una mejora en la disfunción sexual para ixekizumab en un estudio específicamente relacionado con la eficacia del medicamento en la psoriasis genital y su impacto en la sexualidad. (31)

Los resultados del estudio de Burlando et al (32) sugieren que secukinumab e ixekinumab mejoran la PG en mujeres al menos un punto en la escala sPGA-G.

En el estudio de Galluzo et al(33), en un paciente masculino con PG con poca respuesta a la acitretina y ciclosporina, el secukinumab condujo a la eliminación completa de las placas en 8 semanas. Dos años después, el paciente continúa libre de placas.

A pesar de una mayor investigación sobre la psoriasis genital en los últimos años, el enfoque de tratamiento óptimo para los pacientes afectados sigue sin estar claro. En general, la evidencia disponible es limitada, especialmente con respecto a la eficacia o iatrogenia de los agentes sistémicos para la psoriasis genital. Esto es muy probable porque los tratamientos sistémicos están indicados para la psoriasis moderada a severa, y las evaluaciones de eficacia generalmente no evalúan específicamente los síntomas genitales. La psoriasis genital está mal definida, varía en la caracterización en toda la literatura, y no se distingue de la psoriasis inversa en varios estudios. La literatura existente utiliza varias medidas diferentes para evaluar la eficacia del tratamiento o evaluar la mejora de los síntomas cualitativamente, por lo que los estudios pueden ser difíciles de comparar. La introducción de nuevas herramientas de evaluación para la psoriasis genital facilitará una mejor comprensión de cómo se comparan varios tratamientos. (4)

Además, la mayoría de los estudios (con la excepción de **ixekizumab** y el **fase III de apremilast**) incluidos en nuestro análisis no evaluaron ni informaron datos de seguridad o efectos secundarios con el tratamiento, lo cual es especialmente importante para el área genital sensible. La mayoría de las recomendaciones para tratar la psoriasis genital se basan solo en informes de casos u opiniones de expertos, y faltan ensayos controlados aleatorios para esta enfermedad. Se necesitan tamaños de muestra más grandes y estudios controlados para evaluar adecuadamente la seguridad y la eficacia de los tratamientos para la psoriasis genital para comprender mejor el enfoque de manejo óptimo para estos pacientes. (4)

## NUESTRA EXPERIENCIA

### OBJETIVOS

1. Valorar la **prevalencia de psoriasis genital en nuestra comunidad.**
2. Conocer los diferentes **cuestionarios y escalas que definen tanto severidad como alteración de la calidad de vida.**
3. Evaluar la respuesta a los diferentes **tratamientos.**
4. Verificar la asociación entre psoriasis genital e **infecciones** (candidiasis, VPH).

## METODOLOGÍA

1. Estudio retrospectivo de abril del 2019 hasta abril del 2020 en el que se valoran pacientes mayores de 18 años con **psoriasis genital** sin limitaciones de severidad ni de evolución de la enfermedad. Se considera psoriasis genital a la afectación de labios mayores, menores y periné hasta zona perianal en mujeres y glande, pene, escroto y periné en varones.
2. Se compara la prevalencia de psoriasis genital entre los 6 primeros meses en los que el **paciente refiere** esa afectación y los 6 últimos, en los que el **médico cuestiona** específicamente esta localización.
3. Se realiza clinimetría objetiva basada en **gPGA** y subjetiva autorreportada por el paciente **DLQI ítem 9, Gen Ps-SFQ ítem 1 y 2, GPSIS ítem 1, 2 y 3 y GPSS** en ambas poblaciones.
4. Se compara la **eficacia/iatrogenia** de los diferentes **tratamientos** en esta localización.



## RESULTADOS

1. En los **6 primeros meses** (en los que el médico no cuestionó la afectación en zona genital y fue el paciente el que lo mencionó), se obtuvo una prevalencia de **12/700 (1,7%)**. El gPGA medio fue de **4,5**.

2. En los **6 últimos meses** (en los que el médico cuestionó al paciente sobre PG), la prevalencia fue de **37/823 (4,4%)**, por lo que vemos que cuestionando al paciente específicamente se obtiene una incidencia **2,58% superior**. El gPGA medio fue de **2,8**.

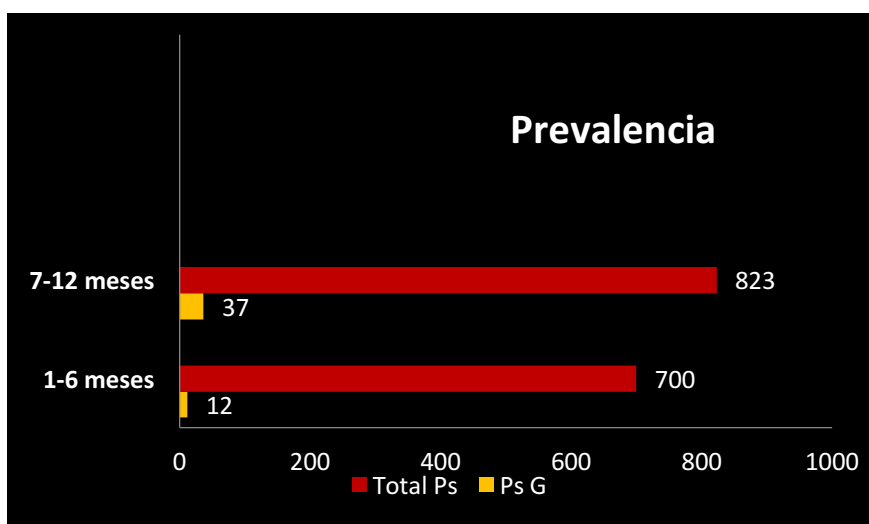


Gráfico 1.

Si lo diferenciamos por **sexos**, de los 37 que afirmaron padecer en los últimos 6 meses PG: 20 eran mujeres (un **54%**) y 17 fueron varones (un **46%**). En la primera muestra valorada de 17 pacientes, 12 (70%) resultaron mujeres y 5 (30%) varones. Se aprecia un predominio del **sexo femenino**.

La **edad media** entre los pacientes fue de **46,8** en hombres y **41,14** en mujeres, en los 6 primeros meses. En los 6 últimos fue de **40,35** en varones y **41,14** en mujeres. Por lo tanto la **afección predomina en la 4ª década**.

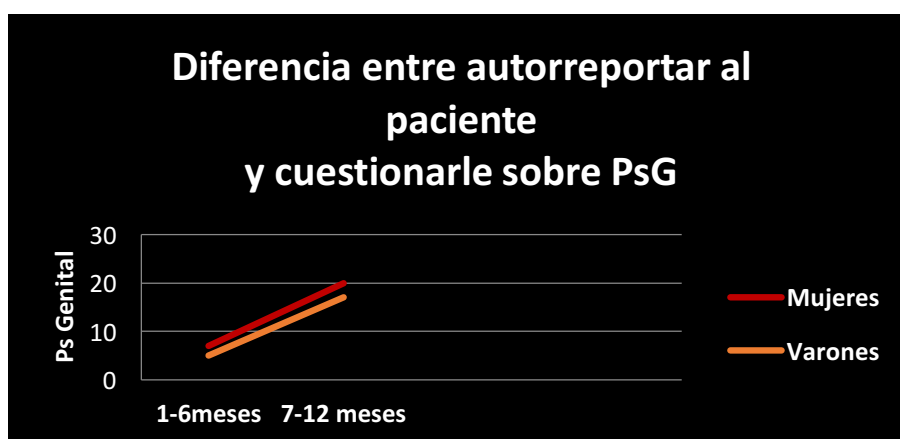


Gráfico 2.

En cuanto a las **localizaciones**, durante los últimos 6 meses no hubo variaciones con respecto a los primeros 6 meses. Los varones refirieron tener afectación: **7/17** en el **glande** (0,4%), **2/17** en el **escroto** (0,1%), **4/17** en **escroto y glande** (0,23%), **3/17** en **escroto y periné** (0,17%) y **1/17** en **escroto, glande y periné** (0,05%).

En nuestra serie predomina por lo tanto la afectación en la **corona del glande**.

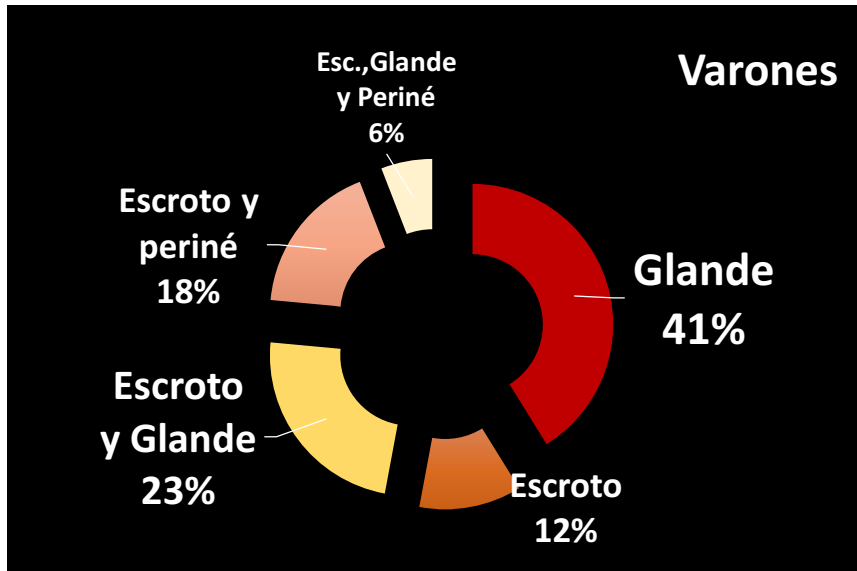


Gráfico 3.

Las mujeres refirieron afectación: **7/20** en los **labios mayores** (35%), **6/20** en los **labios mayores y menores** (30%), **7/20** en los **labios mayores y periné** (35%).

Por lo tanto, se determina una afectación mayoritaria femenina de **labios mayores**.

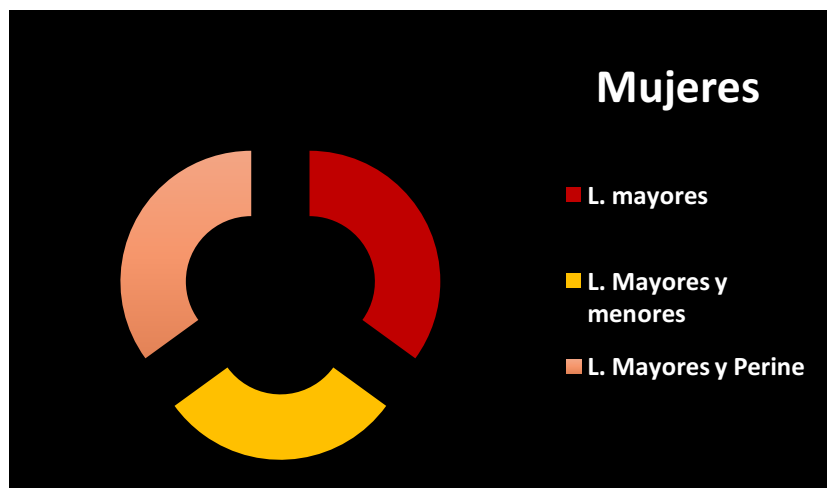


Gráfico 4.

**Asociaciones con otra forma de psoriasis.** Transmitimos únicamente una localización en ambos periodos porque coinciden: **25/37** en **placas** (67%), **11/37** **Cc** (29,7%), **4/37** **ungueal** (10,8%) y **11/37** **inverso** (29,7%).

Es decir, mayoritariamente en **placas**, seguido de cc y psoriasis inversa.

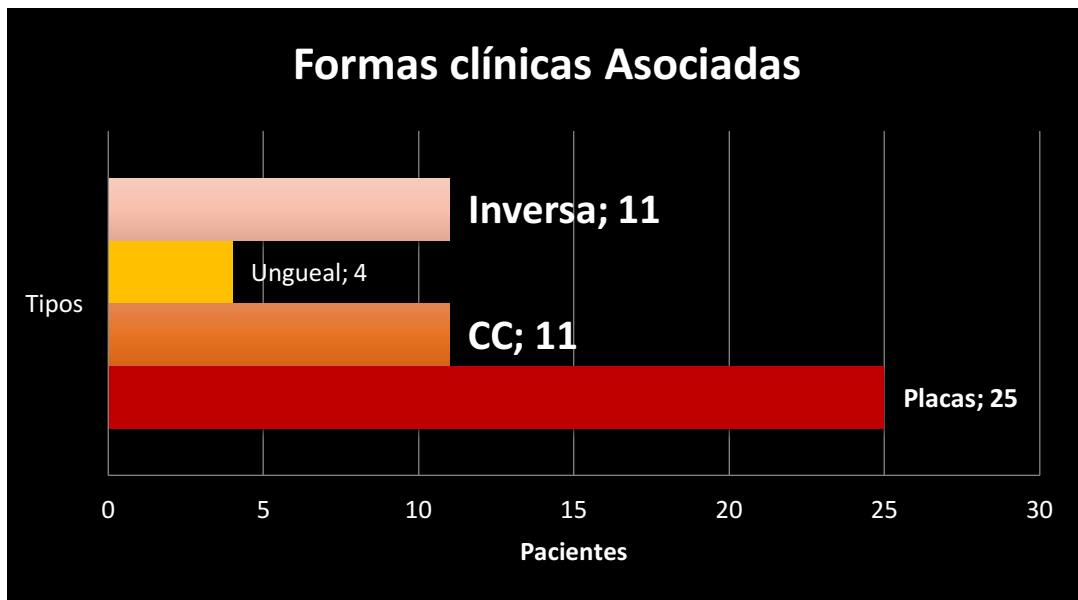


Gráfico 5.

La **media del PASI** fue de **10,6** en hombres y de **9,14** en mujeres, en los primeros 6 meses.

En los 6 últimos, en los que cuestionamos la afectación, fue de **9,7** en hombres y **13,55** en mujeres.

Con respecto a:

- el **hábito tabáquico**: **2** varones y **1** mujer eran fumadores en los primeros 6 meses así como **3** hombres y **3** mujeres en los 6 últimos.
- la **artritis psoriásica** (APs): en los 6 primeros meses **2** varones y **1** mujer la padecían y **3** varones y **4** mujeres los 6 últimos.

En referencia a la **escala EVA de picor**:

- Durante los primeros 6 meses en total refirieron un promedio de **7,6** (las mujeres un promedio de **9** y los varones de **6,2**).
- Durante los 6 últimos meses refirieron un promedio de **6,28** (las mujeres de **7,35** y los varones de **4,3**).

En las **mujeres** el prurito es **superior** y más aún si lo autorreportan ellas.

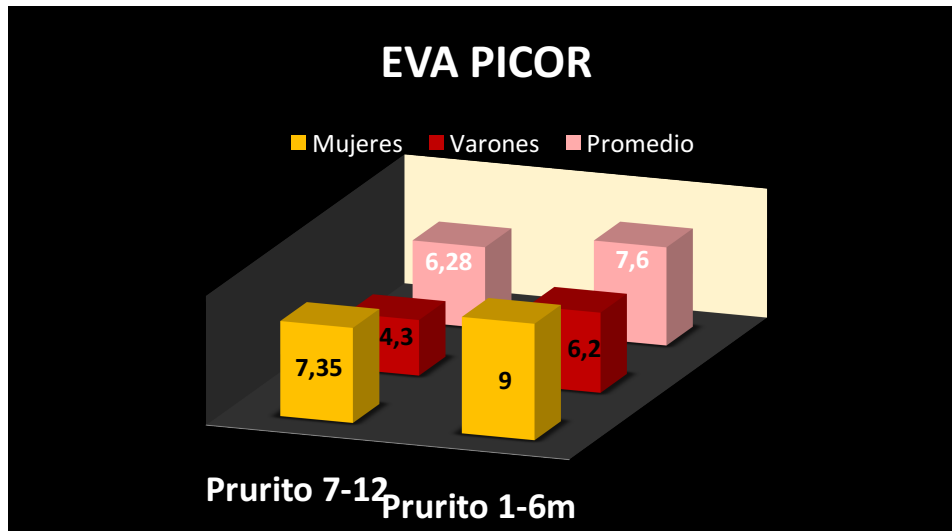


Gráfico 6.

Los resultados de la escala **DLQI ítem 9** fueron:

- Durante los 6 primeros meses, un promedio de **2,5**. 7/12 fueron mujeres (**2%**) y 5/12 fueron hombres (**2,8%**).
- Durante los 6 últimos meses, un promedio de **2,1**. 20/37 fueron mujeres, con (**1,8%**) y 17/27 fueron varones (**2,64%**).

Afecta **más** a los **varones** en sus relaciones y más si lo autorreportan ellos.

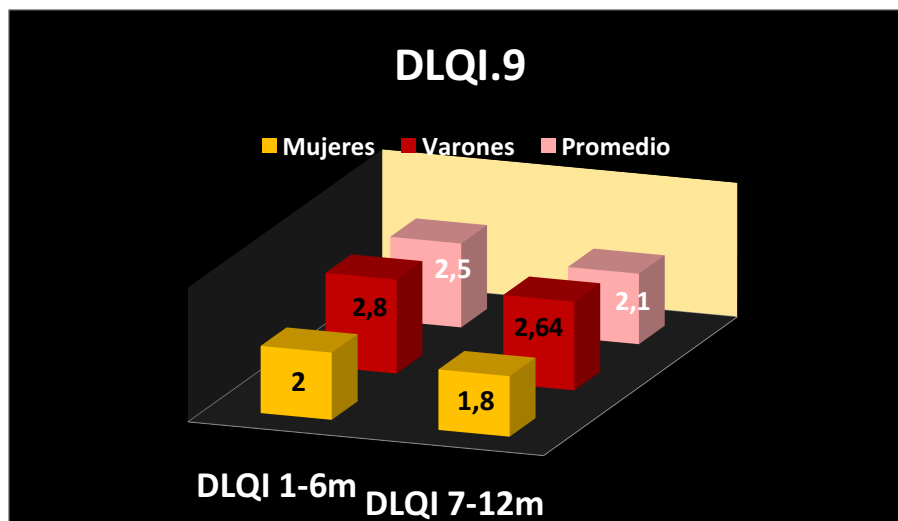


Gráfico 7.

En cuanto a la escala de **GEN-SFQ 1**:

Durante los 6 primeros meses:

- Los hombres refirieron mantener: **1/5 (20%)** ninguna relación a la semana, **3/5 (60%)** una relación semanal y **1/5 (20%)** más de una.
- Las mujeres: **4/7 (57%)** ninguna relación a la semana y **3/7 (43%)** una relación semanal.

Durante los últimos 6 meses:

- Los hombres: **8/17 (47%)** ninguna relación a la semana, **7/17 (41%)** una relación semanal y **2/17 (12%)** más de una.
- Las mujeres: **11/20 (55%)** ninguna relación, **6/20 (30%)** una semanal y **3/20 (15%)** más de una.

Los **hombres tienen más sexo**, aunque les **afecta más** aparentemente.

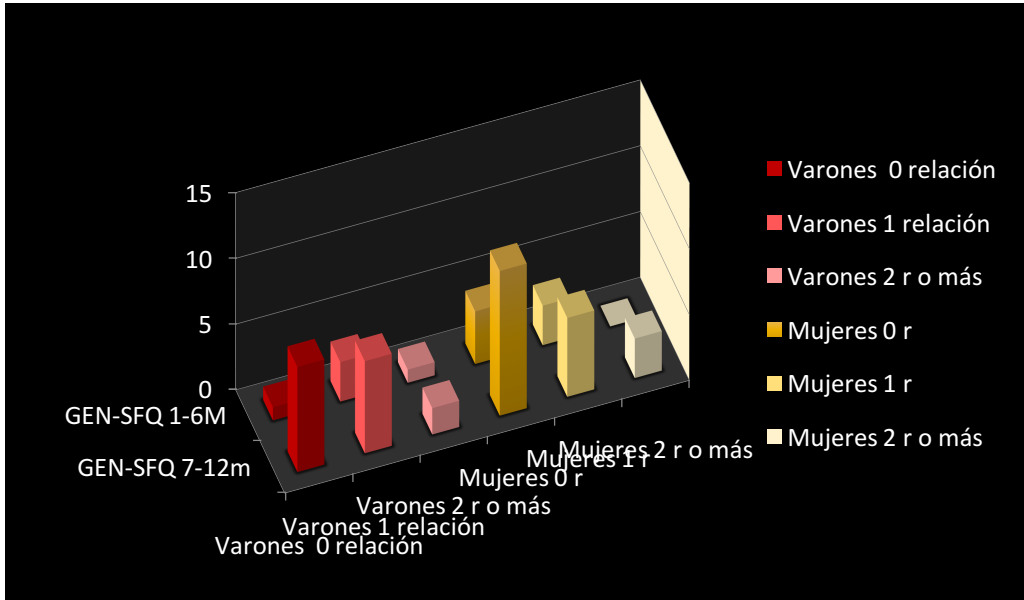


Gráfico 8.

### GEN-SFQ 2 ¿Cómo afecta a la actividad sexual?

- En los primeros 6 meses, el promedio fue de **3 (a menudo)**. En mujeres un promedio de **3** y en hombres de **3**.
- En los últimos 6 el promedio fue de **2,52 (a veces)**. En mujeres de **2,75 (a menudo)** y en hombres de **2,29**.

**Mayor influencia** en la **mujer** tanto si se pregunta como si lo refieren ellas. Probablemente si lo refieren es porque les repercute más.



Gráfico 9.

**GPSS:** Escala que evalúa los síntomas. Puntuamos los síntomas que refirieron con 10, los cuales serán su manifestación principal. Asociamos quemazón y escozor porque no distinguían la diferencia y descamación y grietas por su poca frecuencia.

GPSS 7-12m, puntuación de 10		
	Varones, % (n)	Mujeres, % (n)
Escozor, Quemazón	34% (6/17)	20% (4/20)
Dolor	11% (2/17)	10% (2/20)
Eritema	23% (4/17)	
Incomodidad	11% (2/17)	20% (4/20)
Prurito	5% (1/17)	40% (8/20)
Descamación/grietas	11% (2/17)	10% (2/20)

Gráfico 10.

GPSS 1-6m		
	Varones, % (n)	Mujeres, % (n)
Escozor, Quemazón	40% (2/5)	42% 3/7
Dolor	10% (1/5)	28% 2/7
Eritema	40% (2/5)	
Incomodidad		
Prurito		7% 1/7
Descamación/grietas		

Gráfico 11.

Los **hombres** sienten **escozor, dolor y eritema**. Lógicamente su afectación prioritaria es el **glande**. En las **mujeres** al afectar piel queratinizada mayoritariamente, el síntoma cardinal es el **prurito**. Si valoramos los pacientes que reportan voluntariamente se repiten estos datos en los varones pero en estas pacientes la afectación de labios menores era proporcionalmente superior, por esta razón se comportan como los varones al tener una mayor afectación de mucosa con la excepción del eritema..

### GPSIS ítem 1, 2 y 3

#### Item 1

En los primeros 6 meses: **7/12** pacientes mantienen relaciones sexuales (4 hombres y 3 mujeres). De los hombres, **4** refieren que la PG está implicada en la ausencia de sexo y **3** mujeres confirman esa relación.

En los últimos 6 meses, **16/37** mantienen relaciones (9 hombres y 7 mujeres). **6** hombres refieren que la PG tiene relación con no tener sexo y de las mujeres lo autorreportan **10**.

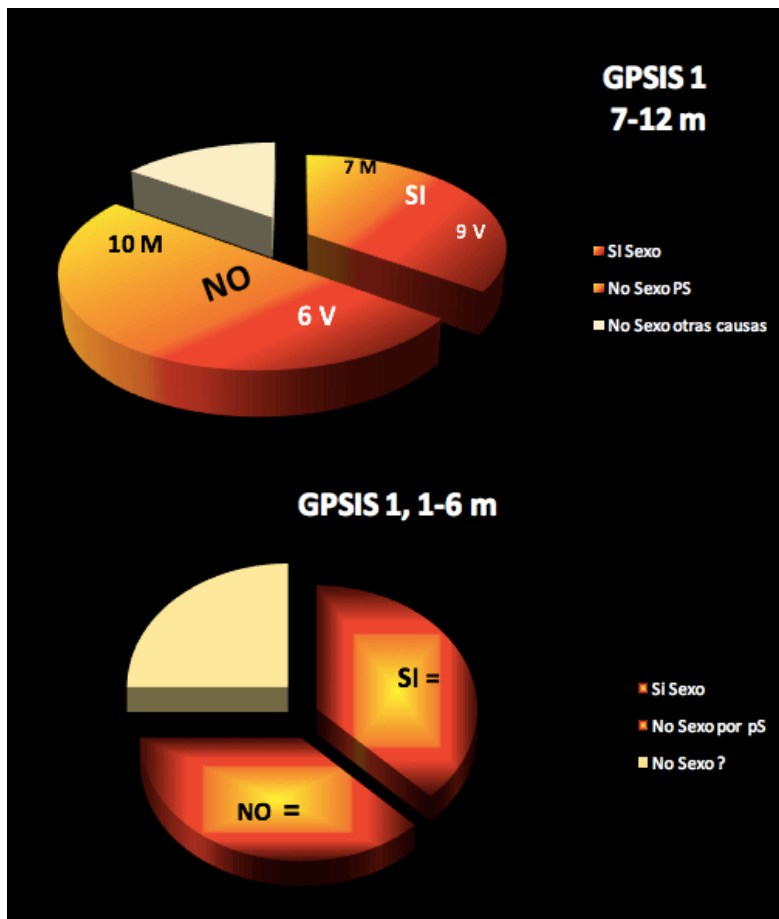


Gráfico 12.

Las **mujeres mantienen menos relaciones**. Si lo reportan comparten práctica y preocupación.

**Item 2** (como la PG interfiere en las relaciones)

En los primeros 6 meses:

- **1/3 (33%)** mujeres refieren que la PG les interfiere moderadamente en las relaciones sexuales y **2/3 (66%)** en grado alto.
- En los hombres, **2/4 (50%)** refieren que les afecta moderadamente y **2/4 (50%)** en grado alto.

En los últimos 6 meses:

- En las mujeres, **2/7 (28%)** de forma moderada, **3/7 (42%)** en grado alto, **1/7 (14%)** bajo y **1/7 (14%)** muy alto.
- En los hombres, **5/9 (55%)** moderadamente, **2/9 (22%)** alto, **1/9 (11%)** bajo y **1/9 (11%)** muy alto.

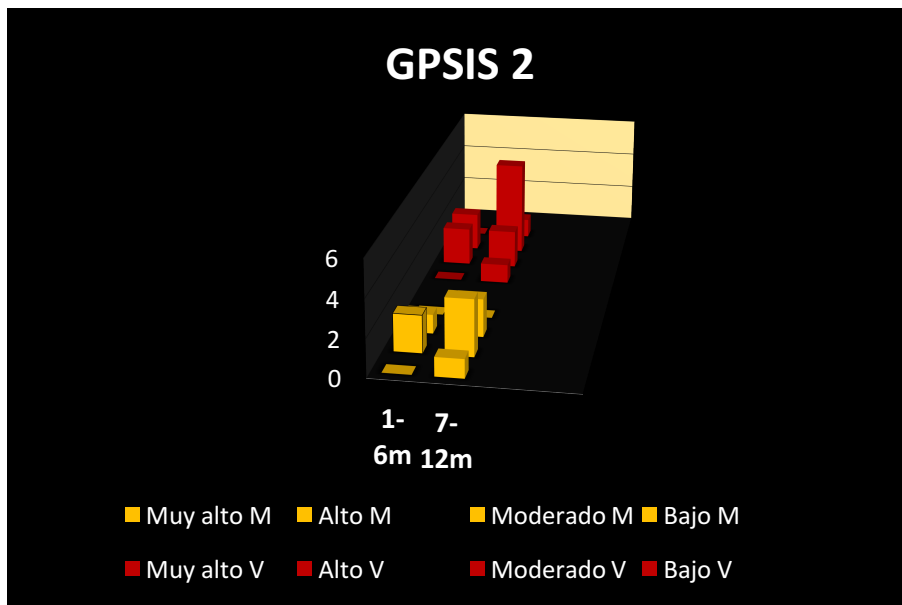


Gráfico 13.

Es decir, en los primeros meses predomina la afectación alta y moderada y en los siguientes 6 meses, la moderada, salvo en las mujeres que es alta. Mayor afectación cuando los pacientes lo reportan y fundamentalmente en el **sexo femenino**.

**Ítem 3:**

Si valoramos a los pacientes que necesitamos cuestionar: 20 mujeres empeoran, 7 moderadamente, 5 de forma importante y 8 de forma leve. De los hombres, a 5 les influye poco, a 5 de forma moderada y a 4 intensamente.

De los pacientes que espontáneamente comentan: entre las mujeres, a 3 les influye de forma importante, a 3 moderadamente y a 1 levemente. De los hombres, 3 moderadamente y 2 de forma importante.

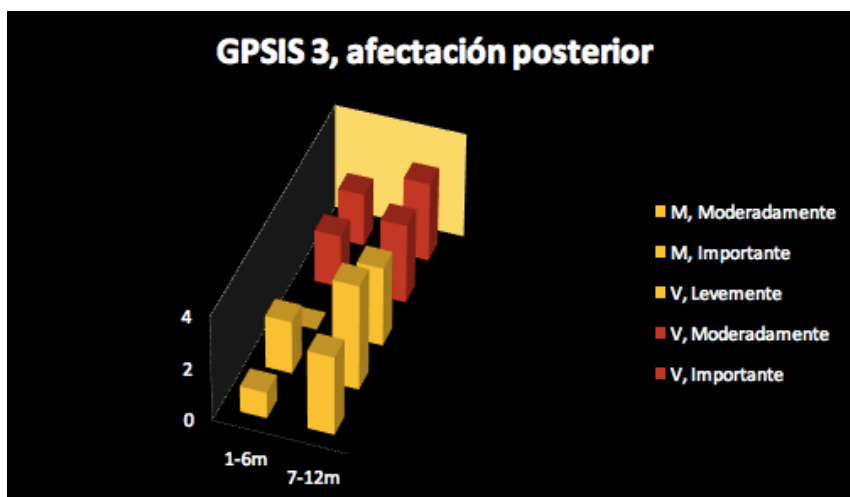


Gráfico 14.

Proporcionalmente, empeoran más las mujeres después del acto sexual.



## TRATAMIENTOS:

El tratamiento de primera línea en el hospital y en atención primaria es el tratamiento tópico, generalmente corticoides.

Sólo vamos a valorar los tratamientos utilizados en los 37 pacientes de los últimos 6 meses:

- **7p** con **tópicos**
- **3p** con fármacos modificadores de la enfermedad (**FAMES**): 2 con ciclosporina y 1 con metotrexate.
- **26p** con modificadores biológicos (**MB**): 5p con secukinumab, 1p con ustekinumab, 3p con adalimumab, 1p con etanercept y 5p con ixekizumab.
- **11p** con apremilast (asociado en 2 casos a metotrexate).

La media de **gPGA** es de **1,5** con **tópicos**; **1,25** con **FAMES** y con **MB**: **0,5** con secukinumab, **1** con ustekizumab, **0,3** con adalimumab, **1** con etanercept, **0,2** con ixekizumab y **0,16** con apremilast.

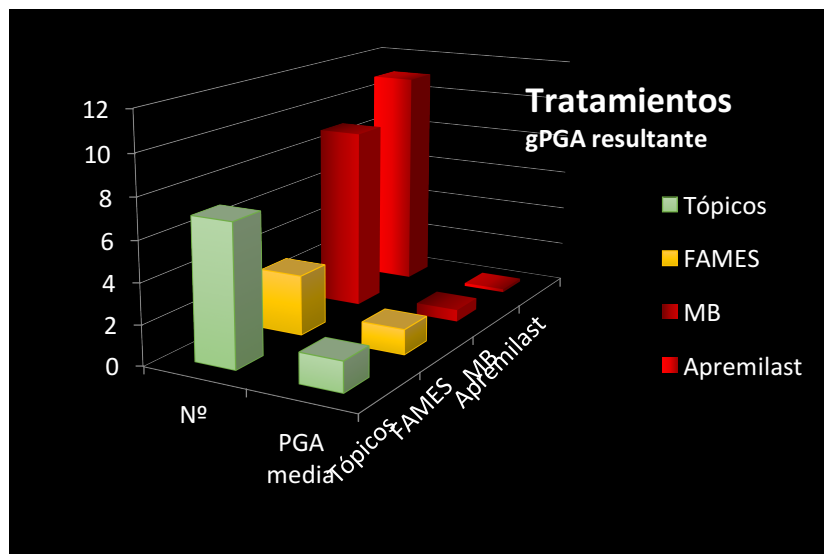


Gráfico 15.

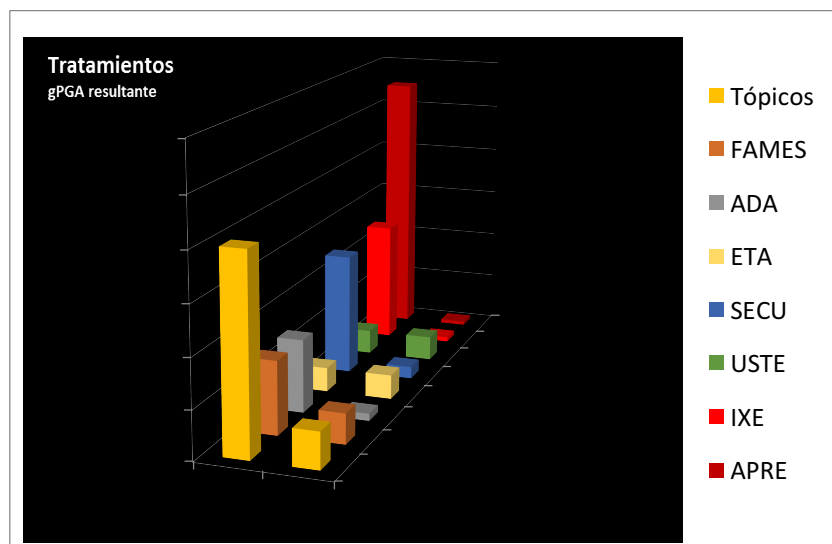


Gráfico 16.

Parece razonable que la PG, dada su importancia, requiera **al menos teóricamente** un tratamiento con **MB** de primer escalón (ixekizumab o apremilast), al apreciarse la diferencia significativa de PGA comparando los diferentes tratamientos. No debemos olvidar que hay un sesgo, ya que no tenemos el mismo número de pacientes con cada tratamiento.

En cuánto al **picor (NRS)** el promedio fue de **3** con **tópicos**, **4** con **ciclosporina**, **3** con **metotrexate**, **0** con **ustekinumab**, **0,5** con **securilast**, **0,4** con **apremilast**, **0,6** con **adalimumab**, **4** con **etanercept** y **0,4** con **ixekizumab**. No especificamos en cuánto tiempo se han conseguido estos resultados pero siempre superando el periodo de inducción.

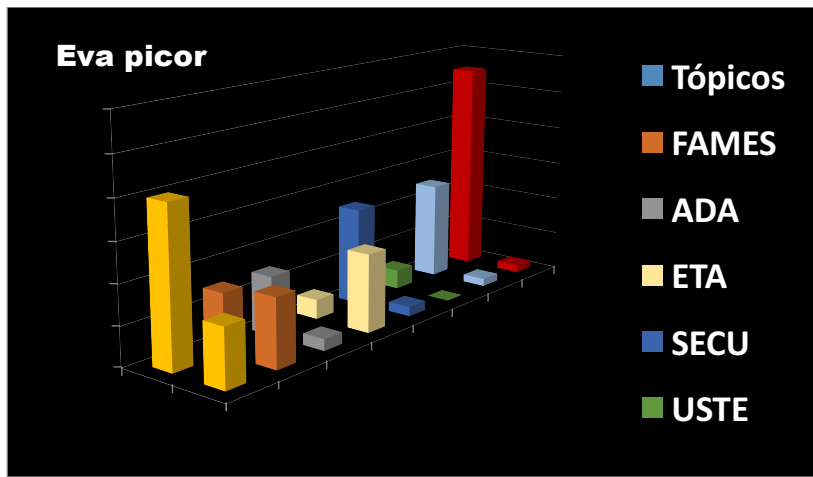


Gráfico 17.

Siendo conscientes del sesgo que conlleva una muestra de 37p, parece objetivo considerar que esta localización requiere un modificador biológico o una pequeña molécula y no un tratamiento tópico o un FAME.

La **clínica residual** prioritaria (a pesar de estar en tratamiento) es **prurito 8** pacientes, **eritema 8**, **quemazón 4**, **dolor 1** y **descamación 1**.

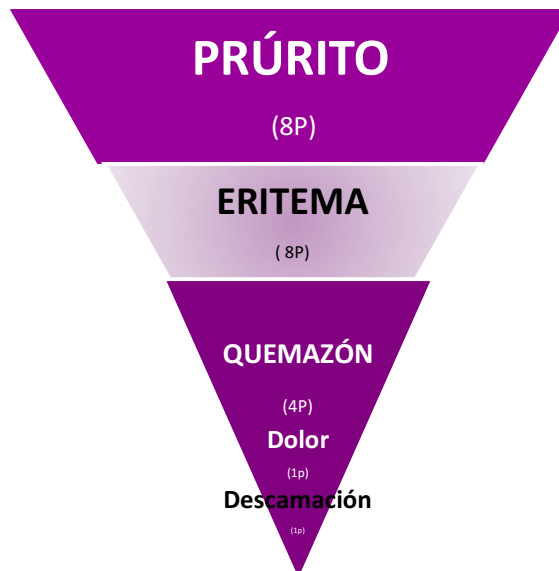


Gráfico 18.

## DISCUSIÓN

Nuestra prevalencia es llamativamente inferior a la publicada, tanto en pacientes que refieren sintomatología (**1,7%**), como en aquellos que solo responden si cuestionas esa localización (**2,8%**). Es, por tanto, menor que en las publicaciones consultadas en las cuales existe de un 12-38%. (1)

Probablemente, la organización en la asistencia de nuestro hospital en este tipo de pacientes, provoque un rechazo a la hora de comentar o consultar problemas que conllevan intimidad. Nuestras consultas implican unos recursos humanos en los que se incluyen médico, residente de dermatología, residente de otra especialidad y enfermería/auxiliar. El ambiente no favorece la comunicación de determinada clínica por simple pudor y, precisamente, para mantener a nuestros pacientes relajados cuando les exploramos, a menos que se requiera, les permitimos mantener su ropa interior. Claramente algunos de ellos, aún preguntándoles, ocultan esta afección.

Dentro de esa prevalencia inferior, no explicable salvo el marco asistencial, es **significativa la diferencia existente entre cuestionar directamente al paciente u obviar la afectación de esta localización específica (2,8%/1,7%)**.

La edad media de los pacientes de nuestro estudio coincide con la edad media de artículo de Cather et al. (5): **4º década** de la vida.

Encontramos una **mayor afectación** en en el sexo **femenino**, si bien se referencia un incremento de ésta en hombres (9).

La **localización** es mayoritariamente en la corona de glande, en los hombres y en los labios mayores, en las mujeres. Este dato concuerda con todo lo publicado por Meeuwis at al (1).

Nuestra asociación prioritaria es en **placas**, seguida de cuero cabelludo y psoriasis inversa. Es habitual encontrar la asociación de psoriasis genital con psoriasis de cuero cabelludo o inversa pero no en placas. Sin embargo en nuestras muestras se aprecia una asociación significativa con placas, fundamentalmente si cuestionamos dicha localización, en contra de algunas publicaciones. (9)

No hemos encontrado asociación entre **PASI y PG**. No difieren significativamente salvo en mujeres en las que se cuestionó dicha localización. Carecemos de explicación para esta diferencia. En otros artículos si se ve esa relación, como el de Ryan al al. (9).

La **artritis psoriásica** se asocia fundamentalmente con aquellos **varones que refieren voluntariamente dicha localización** (casi **50%** la padecen). No tenemos referencia bibliográfica de esta asociación. (9)

La PG no tiene relación con el **tabaco** en nuestra muestra, ni en las publicadas. (9)

Cuando valoramos la sintomatología con diferentes escalas, el **prurito** es mayor en la **mujer**, y la puntuación de la escala analógica es aún superior cuando es la paciente la que refiere esta sintomatología, como es lógico (7,6%/7,35%). Al realizar el GPSS obtenemos los mismos resultados que en el estudio de Cather et al (5).

Según el **GPSS**, en hombres, como afecta predominantemente mucosa, predomina **escozor y quemazón**. En mujeres, al afectar más a los labios mayores, predomina el **prurito**. En esto no hay diferencias con los artículos que comparamos (5). Meeuwis et al. refrendan nuestros resultados. (1)

Gottlieb et al. (10) describen **prurito** como primer síntoma, seguido de dolor, eritema, descamación y finalmente, sensación de quemazón o ardor.

Otros síntomas relevantes es el malestar localizado, el eritema, fundamentalmente en hombres, y el dolor. (5)

En el **DLQI** los **varones** obtienen puntuaciones más altas. Implica que, aparentemente, las lesiones les limitan más que a las mujeres. (5)

Según **GEN-SFQ2** y **GPSIS 2** afecta más a las mujeres cuando preguntamos específicamente. Esto puede ser por la diferente terminología, translación o adaptación cultural de las diferentes escalas o la menor afectación según sexo (10). De hecho las mujeres tienen menor número de relaciones sexuales si les cuestionamos (**GPSIS 1**). Meeuwis et al. (1) y Czuczwar et al. (2) **confirman esta conclusión**. Tenemos cierta contradicción, pero la terminología difiere, y eso puede llevar a diferentes interpretaciones. Cather et al (5) refieren mayor afectación en el hombre, que evita relaciones y, sin embargo, presenta mayor actividad sexual. También consideran que esta incoherencia puede ser debida al acto de masturbación. En nuestros pacientes la experiencia difiere.

En cuanto a la **sintomatología después de tener relaciones**, la mujer se ve más afectada.

Con respecto a la **clínica residual**, predomina el **prurito** en la mujer y el **eritema y escozor** resultan más propios del varón. (5)

En lo que se refiere a **tratamientos** y valorando solo a los últimos pacientes, se confirma que los **corticoides tópicos** resuelven la situación momentáneamente pero son poco eficientes teniendo en cuenta la dificultad de aplicación horaria, el efecto limitado cronológicamente y la sensación subjetiva y objetiva de humedad y mala higiene. Tampoco obtienen una mejoría en el gPGA comparable a los tratamientos no tópicos. Debemos añadir efectos iatrogénicos como la atrofia o **candidiasis** (3p en nuestra serie). Si tratamos con Fames evitamos la aplicación diaria de tópicos, la humedad y sensación de suciedad pero la eficacia, aunque es superior, no es un gold estándar. Hay referencia a favor de estos fármacos para un autor (9) pero nosotros opinamos que un paciente con PG debería tratarse con un MB o Apremilast. Los resultados son francamente mejores con mayor seguridad. Apremilast e Ixekizumab

resultan los más favorecidos pero tenemos que tener en cuenta la diferencia de n con respecto a cada fármaco. **Ixekizumab ya lo demostró en sus pivotales y tiene indicación en FT. Apremilast esta todavía en fase 3** pero con resultados esperanzadores. Si valoramos el síntoma cardinal, el **picor**, obtenemos los mismos resultados.

Los **MB/Apremilast** deberían ser el **tratamiento de elección**.

Aunque en la psoriasis **la visibilidad** es fundamental en la estigmatización, la psoriasis **genital** no ha sido estudiada con la misma intensidad y probablemente tenga una relevancia superior a cc o uñas.

### ¿QUÉ SESGOS TIENE ESTE TRABAJO?

Nuestra n es pequeña. Desconocemos la identidad sexual, no hemos valorado el tiempo de la enfermedad, el índice de masa corporal o el número de tratamientos usados por los pacientes. De la misma forma no cuestionamos las molestias al hacer deporte, bailar... es decir, en sus actividades diarias. Y los tratamientos comparados, aunque muestran claras tendencias, no pueden ser considerados absolutos, ya que hay una diferencia clara en el número de fármacos utilizados según el paciente.

## CONCLUSIONES

1. Es necesario cuestionar sobre la PG a los pacientes en la consulta porque es una **localización proclive a ocultar**. Incluso si la psoriasis es moderada grave, dándose unas condiciones adecuadas de confianza, deberíamos **desnudar** al paciente por completo y obtener una información objetiva.
2. La afectación es mayor en las **mujeres** según **GPISS y GEN-SFQ 2** y, de hecho, tienen menos relaciones, según **GEN-SFQ 1**.
3. El **prurito** es el síntoma clave en las mujeres y la **quemazón/escozor** en los varones.
4. Deberían tratarse como primer escalón, al menos conceptual, con **MB/apremilast**.
5. Sería necesario aplicar las **escalas** convenientes para conocer la situación real y si es necesaria una actitud multidisciplinar junto a **Psiquiatría/Psicología** y Urología/Ginecología.
6. La psoriasis genital afecta la esfera sexual con su connotación psicológica y la **sexualidad ha demostrado relacionarse con SALUD**. En nuestras manos está actuar de forma multidisciplinar, tratando la piel: nuestro objetivo, pero también las enormes repercusiones que puede conllevar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Meeuwis K. A. P., Bleakman A. P., Van de Kerkhof P. C. M., Dutronc Y., Hennekes C., Kornberg L. J. et al. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2018 Dec;29(8):754-760.
2. Czuczwar C., Stępnia A., Goren A., Wrona W., Paszkowski T., Pawlaczyk M., et al. Genital psoriasis: a hidden multidisciplinary problem — a review of literatura. *Ginekol Pol.* 2016; 87, 10: 717–721.
3. Larsabal M., Ly S., Sbidian E., Moyal-Barracco M., Dauendorffer J-N., Dupin N. et al. “GENIPSO”: a French prospective study assessing instantaneous prevalence, clinical features and impact on quality of life of genital psoriasis among patients consulting for psoriasis. *Br J Dermatol.* 2019 Mar;180(3):647-656.
4. Beck K. M., Yang E. J., Sanchez I. M. and Liao W. Treatment of Genital Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2018 Dec;8(4):509-525.
5. Cather J. C. Patients’ Perspectives on the Impact of Genital Psoriasis: A Qualitative Study. *Ther (Heidelb)* 2017. 7:447–461.
6. Yang E. J., Beck K. M., Sanchez I. M., Koo J. and Liao W. The impact of genital psoriasis on quality of life: a systematic review. *Psoriasis (Auckl).* 2018; 8: 41–47.
7. Kelly A. and Ryan C. Genital Psoriasis: Impact on Quality of Life and Treatment Options. *Am J Clin Dermatol.* 2019 Oct;20(5):639-646.
8. Ryan C. Ixekizumab improved patient-reported genital psoriasis symptoms and impact of symptoms on sexual activity vs placebo in a randomized, double-blind study. *J Sex Med* 2018 Nov;15(11):1645-1652.
9. Ryan C., Sadlier M., De Vol E., Patel M., Lloyd A. A., Day A. et al. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Jun;72(6):978-83.
10. Gottlieb A. B., Kirby B., Ryan C., Naegeli A. N., Burge R., Bleakman A. P. et al. The Development of a Patient-Reported Outcome Measure for Assessment of Genital Psoriasis Symptoms: The Genital Psoriasis Symptoms Scale (GPSS). *Dermatol Ther (Heidelb).* 2018 Mar;8(1):45-56.
11. Jain S. P., Gulhane S., Pandey N. and Bisne E. Human papilloma virus infection and psoriasis: Did human papilloma virus infection trigger psoriasis? *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2015 jul-Dec; 36(2): 201-203.
12. García-Legaz Martínez M., Martínez-Domenech A., Hernández-Bel P., Magdaleno-Tapia J., Valenzuela-Onate C., Pérez-Pastor G., et al. Successful response of genital psoriasis to ixekizumab: report of six cases. *Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019

Sep;33(9):e325-e327.

13. Bissonnette R., Nigen S. and Bolduc C. Efficacy and Tolerability of Topical Tacrolimus Ointment for the Treatment of Male Genital Psoriasis. *J Cutan Med Surg.* Sep-Oct 2008;12(5):230-4.
14. Merola J.F., Potts Bleakman A., Gottlieb A.B., Menter A., Naegeli A. N., Bissonnette R., et al. The Static Physician's Global Assessment of Genitalia: A Clinical Outcome Measure for the Severity of Genital Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2017 Aug 1;16(8):793-799.
15. Francisco Cabello Santamaría. Impacto de la psoriasis en la sexualidad (t-talks). Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.
16. Meeuwis K. A., de Hullu J.A., van de Nieuwenhof H.P., Evers A.W., Massuger L.F., van de Kerkhof P.C., et al. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol.* 2011 Jun;164(6):1247-55.
17. Ebrahim S., May M., Ben S., McCarron P., Frankel S., Yarnell J., et al. Sexual intercourse and risk of ischaemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health* 2002 Feb; 56(2): 99–102.
18. Haake P., Krueger T. H., Goebel M. U., Heberling K. M., Hartmann U. and Schedlowski M. Effects of sexual arousal on lymphocyte subset circulation and cytokine production in man. *Neuroimmunomodulation.* 2004;11(5):293-8.
19. Dauendorffer J. N., Ly S. and Beylot-Barry M. Psoriasis and male sexuality. *Ann Dermatol Venereol.* 2019 Apr;146(4):273-278.
20. Borghi A., Virgili A. and Corazza M. Dermoscopy of Inflammatory Genital Diseases: Practical Insights. *Dermatol Clin.* 2018 Oct;36(4):451-461.
21. Cabete J., Torres T., Vilarinho T., Ferreira A. and Selores M. Erectile dysfunction in psoriasis patients. *Eur J Dermatol.* 2014 Jul-Aug;24(4):482-6.
22. Egeberg A., Hansen P. R., Gislason G. H., Skov L. and Thyssen J.P. Erectile Dysfunction in Male Adults With Atopic Dermatitis and Psoriasis. *J Sex Med.* 2017 Mar;14(3):380-386.
23. Tasliyurt T., Bilir Y., Sahin S., Seckin H. Y., Kaya S. U., Sivgin H., et al. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: potential impact of the metabolic syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014;18(4):581-6.
24. Duarte G. V., Calmon H., Radel G., and Paim de Oliveira M. F. Psoriasis and sexual dysfunction: links, risks, and management challenges. *Psoriasis (Auckl)* 2018; 8: 93–99.



25. Ljubojević Hadžavdić S., Budinščak A., Žužul K., Ljubojević Grgec D. and Skerlev M. Coexistence of Anogenital Psoriasis and Genital Warts - Is There an Optimal Treatment? *Acta Dermatovenerol Croat.* 2019 Dec;27(4):270-272.
26. Gottlieb A.B., Kirby B., Ryan C., Naegeli A.N , Burge R., Bleakman A. P., et al. The Development of the Genital Psoriasis Sexual Frequency Questionnaire (GenPs-SFQ) to Assess the Impact of Genital Psoriasis on Sexual Health. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2018 Mar; 8(1): 33–44.
27. An Efficacy and Safety Study of Apremilast (CC-10004) in Subjects With Moderate to Severe Genital Psoriasis. Last updated on May 2020.
28. Meeuwis K. A. P., De Hullu J. A., Inthout J., Hendriks I. M. P., Sparreboom E. E., Massuger L. F. A. G. et al. Genital Psoriasis Awareness Program: Physical and Psychological Care for Patients with Genital Psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 211-216.
29. Kurizky P. S. and Mota L. M. H. D. A. Sexual dysfunction in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis - A Systematic Review. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(6):943–948.
30. Raychaudhuri S. P., Navare T., Gross J. and Raychaudhuri S. Clinical Course of Psoriasis During Pregnancy. *Int J Dermatol.* 2003 Jul;42(7):518-20.
31. Vidal French drug data manual. 2018.
32. Burlando M., Herzum A., Carmisciano L., Cozzani E. and Parodi A. Biological Therapy in Genital Psoriasis in Women. *Dermatol Ther.* 2020 Jan;33(1):e13110.
33. Galluzzo M., D’Adamio S., Silvaggio D., Lombardo P., Bianchi L. et al. In Which Patients the Best Efficacy of Secukinumab? Update of a Real-Life Analysis After 136 Weeks of Treatment With Secukinumab in Moderate-To-Severe Plaque Psoriasis. *Expert Opin Biol Ther.* 2020 Feb;20(2):173-182.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Susana, por su inestimable ayuda y dedicación a lo largo de la elaboración de este trabajo. Siempre atenta y dispuesta. Un ejemplo como profesional y como tutora.

En segundo lugar, a mis padres y a mi hermano; sin cuyo apoyo emocional, paciencia, comprensión y esfuerzo económico, no solo este trabajo, si no esta carrera, no hubiesen sido posibles.

Por último, a mis amigos, que han sido un pilar durante toda la carrera, tanto físicamente en Santander, como emocionalmente en Gijón. Mención especial a Paula, Sandra, Pablo y Lucía. También a Jana y Martín.

Todas estas personas y las experiencias vividas a lo largo de estos últimos años (mención especial a mi año de intercambio en México), han hecho que hoy pueda tener este trabajo entre mis manos.

Y por todo ello me siento profundamente agradecida.



© RMN-Grand Palais (Musée d'Orsay) / Hervé Lewandowski

Gustave Courbet  
**L'Origine du monde**  
1866  
Óleo sobre lienzo