

# Úlceras de Lipschütz: a propósito de dos nuevos casos

A.I. Mohedas Tamayo, M.M. Ballesteros García, M.T. Penela Vélez de Guevara, R. Rodríguez Díaz, S. Prieto Martínez, I. Jiménez López  
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

## Resumen

Presentamos los casos de dos niñas de 13 y 11 años de edad, previamente sanas, que consultaron en nuestro servicio de urgencias pediátricas por presentar úlceras dolorosas genitales agudas que aparecieron en el contexto de un proceso febril. Las exploraciones complementarias descartaron tanto una enfermedad venérea como el resto de causas habituales de úlceras genitales. En ambos casos las lesiones desaparecieron en un periodo de 2 semanas sin secuelas.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Úlcera de Lipschütz, úlcera vulvar aguda, úlcera genital

## Abstract

*Title:* Lipschütz's ulcers: two new cases report

We present the cases of two girls, 13 and 11 aged respectively, who had previously been healthy, that consulted in our pediatric emergency because of painful acute genital ulcers that appeared in the context of a febrile process. The complementary examinations ruled out both venereal disease and the other usual causes of genital ulcerations. In both cases, the lesions disappeared in a period of two weeks without sequelae.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Lipschütz ulcer, ulcus vulvae acutum, genital ulcer

## Introducción

Las úlceras genitales agudas que aparecen en niñas y adolescentes sin actividad sexual constatada, y acompañadas de manifestaciones sistémicas, fueron descritas por Lipschütz a principios del siglo xx. Se trata de un cuadro clínico conocido como úlcera vulvar aguda, úlcera de Lipschütz o *ulcus vulvae acutum*, en las que se descarta un origen infeccioso, ya sea venéreo o no, y que a pesar de su forma de presentación tan característica, continúa siendo infradiagnosticado en la edad pediátrica. Presentamos dos casos muy similares entre sí, recientemente diagnosticados en nuestro servicio de urgencias pediátricas, correspondientes a niñas de 13 y 11 años de edad.

## Casos clínicos

Niña de 13 años de edad, con antecedentes personales de asma, que acude al servicio de urgencias pediátricas por presentar desde hace 4 días un síndrome febril con temperaturas máximas de hasta 38,5 °C, acompañado de rinorrea, tos, odinofagia, mialgias y aparición, en las últimas 48 horas, de lesiones genitales dolorosas. La paciente negaba haber tenido relaciones sexuales, menarquia, ni haber sufrido un traumatismo genital previo.

En la exploración física destacaba la presencia de varias lesiones ulcerosas de diferentes tamaños, intensamente dolorosas, localizadas en ambos labios menores, con disposición «en espejo», la mayor de ellas de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, ubicada en el tercio inferior del labio mayor derecho, todas ellas con base eritematosa, bordes irregulares y recu-



**Figura 1.** Úlcera localizada en el tercio inferior del labio mayor derecho, con base eritematosa y recubierta por una secreción fibrinoide. Úlceras con disposición «en espejo» localizadas en los labios menores

biertas por un material fibrinoide (figura 1). El resto de la exploración por aparatos se consideró normal.

El segundo caso corresponde a una niña de 11 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por presentar lesiones genitales dolorosas, cuyo número ha ido en aumento desde que aparecieron 3 días antes, y acompañadas en las últimas 24 horas de disuria. Refiere un proceso febril autolimitado los 2 días previos a la aparición de las lesiones genitales, sin otra sintomatología añadida. Por este motivo había consultado a su pediatra de atención prima-

ria, quien inició tratamiento con antiinflamatorios orales y lavados de la región genital con una solución antiséptica.

La exploración ginecológica mostró un edema del labio mayor derecho, con presencia de una lesión ulcerada dolorosa de 0,5 cm de diámetro, halo eritematoso y base indurada, localizada en el labio mayor derecho. En la horquilla vulvar anterior presentaba otra úlcera de similares características y menor tamaño. Ambas lesiones estaban recubiertas por una secreción mucoide. En el resto de la exploración física sólo se observó la presencia de un globo vesical. Al igual que en el primer caso, se hace referencia a la ausencia de menarquia, inicio de relaciones sexuales o traumatismos genitales previos.

En las pruebas complementarias realizadas a ambas niñas no se encontraron datos significativos; el hemograma, la bioquímica con función hepática, la proteína C reactiva y el sedimento urinario fueron normales. Los cultivos del exudado de las úlceras fueron negativos. Las serologías para el virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus (CMV), *Brucella*, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Lúes* fueron negativas.

En el primero de los casos se intentó determinar la presencia de ADN del virus herpes simple (VHS) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en una muestra extraída de la úlcera genital, y el resultado de dicha prueba fue negativo.

Se instauró tratamiento con un antiinflamatorio oral, aplicación de ácido fusídico tópico y fomentos con suero fisiológico. El resultado fue la mejoría clínica de la paciente en 48 horas, con desaparición completa de las lesiones sin dejar secuelas a los 10 días de evolución.

## Discusión

A principios del siglo xx, un dermatólogo llamado Lipschütz describió por primera vez una entidad clínica de curso autolimitado, caracterizada por la aparición de un síndrome febril agudo, con síntomas propios de una infección viral, que se acompañaba de ulceraciones agudas y dolorosas de la mucosa genital de niñas y adolescentes, en las que se descarta tanto una etiología venérea como el resto de causas habituales de ulceraciones genitales<sup>1</sup>.

El cuadro clínico se inicia de forma súbita con fiebre alta (>38 °C), malestar general, astenia, mialgias, odinofagia, rinorrea, tos, cefalea y, en algunos casos, adenopatías. En el transcurso de 3-4 días aparecen úlceras genitales múltiples, profundas, dolorosas, rodeadas de un halo eritematoso y una base indurada, cubiertas por una membrana necrótica adherida; van acompañadas de forma inconstante por un edema local y adenopatías inguinales. Su localización preferente es la superficie vestibular, aunque también pueden afectar a los labios mayores, la vagina e incluso la uretra. Las lesiones genitales se resuelven espontáneamente en el transcurso de 2-4 semanas, sin secuelas ni recidivas posteriores<sup>2,3</sup>.

La etiología es desconocida. Pese a que en los últimos años se ha publicado un número creciente de casos relacionados con la primoinfección por el VEB, se desconoce el mecanismo fisiopatológico implicado<sup>4,5</sup>. En alguna comunicación se han relacionado con infecciones por ureaplasma, fiebre tifoidea, paratifoidea y VIH<sup>6</sup>.

El diagnóstico de úlcera de Lipschütz es eminentemente clínico y se establece por exclusión de otras causas de ulceraciones genitales agudas. Debemos realizar el diagnóstico diferencial con las úlceras genitales de origen venéreo (VHS, sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide) y no venéreo (VEB, CMV, *Brucella*), así como con otras etiologías menos frecuentes (enfermedad de Crohn, síndrome de Behçet, pénfigo vulgar, liquen escleroso, aftosis idiopática recurrente<sup>7</sup>, pioderma gangrenoso, eritema multiforme<sup>8</sup> y eritema fijo medicamentoso).

El examen histológico es inespecífico. Al tratarse de un diagnóstico de exclusión, debemos solicitar las siguientes pruebas complementarias: hemograma, velocidad de sedimentación glomerular, bioquímica, hemocultivo, serología para VEB, CMV, *Brucella*, VIH y sífilis, cultivo del exudado de la lesión ulcerosa y determinación de PCR para el VHS en dicha muestra.

En ninguno de estos dos casos se pudo identificar el patógeno responsable, por lo que el diagnóstico se realizó en función de la observación tanto de criterios positivos (presencia de úlceras genitales agudas dolorosas descritas en dos adolescentes en el contexto de un cuadro febril compatible con infección viral) como negativos (ausencia de evidencia clínica de aftosis recurrente y negatividad en las pruebas de infecciones de transmisión sexual)<sup>9</sup>.

El tratamiento es sintomático, administrando analgésicos o antiinflamatorios orales, mupirocina o ácido fusídico tópico 3 veces al día para evitar las sobreinfecciones. Los antibióticos de amplio espectro se reservan para las formas gangrenosas<sup>10</sup>.

Es importante conocer esta entidad, dado que afecta fundamentalmente a niñas y adolescentes sin una actividad sexual constatada, siendo en muchas ocasiones infradiagnosticada por la confusión que conlleva con otro tipo de úlceras genitales. ■

## Bibliografía

1. Lipschütz B. Ulcus vulvae acutum. Handbuch der Haut und Geschl. 1927; 21: 392-414.
2. Evangelio B, Millet A, Leal A, García L. Úlceras de Lipschütz. Prog Obstet Ginecol. 2008; 51: 438-444.
3. Baron M, Mauger-Tinlot F, Resch B, Joly P, Marpeau L. Acute vulvar ulcer or Lipschütz's disease. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002; 31: 684-686.
4. Martín JM, Godoy R, Caldach L, Villalón G, Jordá E. Lipschütz acute vulvar associated with primary cytomegalovirus infection. Pediatr Dermatol. 2008; 25: 113-115.
5. Cheng SX, Chapman MS, Margesson LJ, Birenbaum D. Genital ulcers caused by Epstein Barr virus. J An Acad Dermatol. 2004; 51: 824-826.
6. Pelletier F, Aubin F, Puzenat E, Deprez P, Blanc D, Estavoyer JM, et al. Lipschütz genital ulceration: a rare manifestation of paratyphoid fever. Eur J Dermatol. 2003; 13: 297-298.
7. Huppert JS, Gerber MA, Deitch HR, Mortensen JE, Staat MA, Adams PJ. Vulvar ulcers in young females: a manifestation of aphthosis. J Pediatric Adolesc Gynecol. 2006; 19: 195-204.
8. Martín JM, Molina I, Ramón D, Alpera R, De frutos E, García L, et al. Úlceras vulvares agudas de Lipschütz. Actas Dermosifiliogr. 2004; 95: 224-226.
9. Gasch MJ, Aldecoa MB, Maroto R. Úlcera vulvar aguda. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50: 443-445.
10. Fiorillo L. Therapy of pediatric genital diseases. Dermatol Ther. 2004; 17: 117-128.