Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2016 dic;84(12):791-795.

Úlcera de Lipschütz: a propósito de un caso

Peláez-Marín G, Tato-Varela S, Rodríguez-Gómez RM, Gaitán-Quintero N

Resumen

CASO CLÍNICO: paciente de 19 años de edad, que acudió a urgencias por malestar general, con fiebre de 38.5 ºC y dolor intenso en los genitales externos. En la exploración física se evidenció edematización de la hemivulva derecha, con una lesión ulcerada e indolora a la palpación en el labio menor, de 4 cm de diámetro máximo, bordes violáceos indurados y material exudativo en la región central. Los estudios de laboratorio mostraron ligera leucocitosis (15 x 10^3/µL), neutrofilia de 85.7% y concentración de proteína C reactiva de 156 mg/dL. Se inició tratamiento empírico con penicilina G benzatínica y doxiciclina, corticoides y lavados locales con suero fisiológico. Se estableció el diagnóstico de úlcera vulvar aguda (úlcera de Lipschütz), conjuntamente con el servicio de Dermatología. Se indicó la aplicación diaria de ácido fusídico. Durante la evolución de la paciente se observó disminución de las concentraciones de proteína C reactiva y de leucocitosis. Siete días después de la manifestación inicial negó síntomas sistémicos, las úlceras desaparecieron totalmente y las pruebas de laboratorio se encontraron dentro de los parámetros normales. La úlcera de Lipschütz (lesión no relacionada con enfermedades de trasmisión sexual) es una alteración poco reconocida por los profesionales de la salud, que requiere tratamiento conservador, con especial interés en el control con analgésicos.

PALABRAS CLAVE: úlcera genital, úlcera de Lipschütz.

Ginecol Obstet Mex. 2016 December;84(12):791-795.

Lipschütz ulcer: a clinical case.

Peláez-Marín G, Tato-Varela S, Rodríguez-Gómez RM, Gaitán-Quintero N

Abstract

CLINICAL CASE: We describe a case of 19-year-old women, who came to the emergency services with fever of 38.5 °C and severe pain in the external genitals. Physical examination of the vulva showed edema, with an ulcerated and painless to palpation in the lower lip (diameter of 4 cm), purplish edges indurated and exudative material in the central region. Laboratory studies showed mild leukocytosis (15 x 10^3/µL), neutrophil 85.7% and C-reactive protein 156 mg/dL. Empirical treatment was initiated: benzathine penicillin G and doxycycline, steroids and washed with sodium chloride solution. Diagnosis of acute vulvar

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Recibido: octubre 2016

Aceptado: noviembre 2016

Correspondencia
Gonzalo Peláez Marín
gonzalo.pelaez.marin@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Peláez-Marín G, Tato-Varela S, Rodríguez-Gómez RM, Gaitán-Quintero N. Úlcera de Lipschütz: a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2016 dic;84(12):791-795.

ulcer (ulcer Lipschütz´s) was established jointly with the Department of Dermatology. Application fusidic acid was indicated. We observed decreased of C reactive protein concentration and leukocytosis. The systemic symptoms and ulcers disappeared totally seven days after, and laboratory tests were normal. Lipschütz´s ulcer (acute genital ulcers not related to sexually transmitted diseases) is a entity remains unrecognized by health care providers, requiring a conservative management, with special importance of pain control.

KEYWORDS: Genital ulcer; Lipschütz´s ulcer

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Correspondence
Gonzalo Peláez Marín
gonzalo.pelaez.marin@gmail.com

ANTECEDENTES

La úlcera de Lipschütz, conocida también como úlcera vulvar aguda o úlcera genital aguda, no trasmitida sexualmente.[1,2] Hasta el momento se desconoce su origen. El diagnóstico se establece mediante estudios clínicos, histopatológicos, microbiológicos y citotóxicos directos. En la actualidad se discute su historia natural, tratamiento efectivo y medidas de prevención necesarias.[3] Diversas publicaciones han relacionado directamente esta alteración con el virus de Epstein-Barr, haciendo de esta infección una de las causas de reporte más frecuente de úlcera de Lipschütz (10-30%).[4] Es importante establecer el diagnóstico correcto, para que las pacientes reciban el tratamiento adecuado y oportuno, además de la información pronóstica pertinente. Es esencial que las pacientes no sean diagnosticados de forma errónea o reciban tratamiento empírico, como si se tratase de enfermedades de trasmisión sexual.[5]

CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años de edad, sin antecedentes personales ni ginecoobstétricos de interés para el padecimiento actual. Acudió a urgencias por malestar general, fiebre de 38.5 ºC y dolor intenso en los genitales externos, de menos de 24 horas de evolución, que no cedió con analgésicos por vía oral.

En la exploración física se evidenció edematización de la hemivulva derecha, con una lesión ulcerada e indolora a la palpación en el labio menor (Figura 1), de 4 cm de diámetro máximo, bordes violáceos indurados y material exudativo en la región central. No se observaron adenopatías inguinales. Se solicitaron estudios microbiológicos: serología luética, PCR y cultivos endocervicales para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Micoplasma genitalum*, con resultados negativos. Los estudios de laboratorio mostraron ligera leucocitosis (15 x 10^3/µL), neutrofilia de 85.7% y concentración de proteína C reactiva de 156 mg/dL. Se decidió su ingreso hospitalario, con indicación de tratamiento analgésico y antiinflamatorio intravenoso. Horas después se realizó un hemocultivo por persistencia de los picos febriles, nuevamente con resultados negativos. Se inició tratamiento empírico con penicilina G benzatínica y doxiciclina, corticoesteroides y lavados locales con suero fisiológico.

Después de la exclusión de alteraciones adicionales se estableció el diagnóstico de úlcera vulvar aguda (úlcera de Lipschütz), conjuntamente con los médicos del servicio de Dermatología. Se



Figura 1. Úlcera de Lipschütz que ocupa el labio menor derecho, con escara blanco-grisácea, fuertemente adherida en la región central.

indicó la aplicación diaria de ácido fusídico. Durante la evolución de la paciente se observó disminución de la concentración de proteína C reactiva y de leucocitosis. Siete días después de la manifestación inicial, la paciente negó síntomas sistémicos, las úlceras desaparecieron por completo y las pruebas de laboratorio se reportaron dentro de parámetros normales ($10x10^3$/µL, 72% de neutrófilos y proteína C reactiva de 3.05 mg/dL).

DISCUSIÓN

En 1913, el dermatólogo austriaco Lipschütz identificó una nueva alteración, caracterizada por fiebre, úlcera genital y linfadenomegalia en mujeres jóvenes.[3,6] Este cuadro ocurría predominantemente en pacientes sin antecedentes de relaciones sexuales.[2] Tiempo después se denominó a la lesión úlcera de Lipschütz o *Ulcus vulvae acutum*.[7] Se trata de una alteración rara, cuya incidencia se desconoce.[3]

Se ignora el origen de la úlcera de Lipschütz, por lo que su diagnóstico se basa en la clínica, histopatología y hallazgos microbiológicos citotóxicos directos.[3] Es necesario excluir agentes etiológicos adicionales mediante estudios microbiológicos específicos para cada alteración.[2,5]

Los estudios de úlcera vulvar aguda reportados hasta el momento establecen al virus de Epstein-Barr como el agente más frecuente, si bien no se ha identificado de forma sistemática, en las pacientes con lesiones se ha encontrado en 30% de los casos.[2,8] Aunque se han efectuado estudios de serología para la determinación de anticuerpos IgM del virus de Epstein-Barr en pacientes con episodios de úlcera genital aguda sin antecedentes de relaciones sexuales e inmunocompetentes,[2] no ha demostrado utilidad la aplicación sistemática en estos casos; sin embargo, esta prueba es efectiva en pacientes con episodios recurrentes.[1,8]

En la exploración clínica suelen observarse úlceras ligeramente sobreelevadas, que pueden aparecer de forma simple o múltiple, con bordes bien delimitados y poco profundos. Taylor y su grupo[8] identificaron un margen de color rojo-violáceo alrededor de la lesión. Con relativa frecuenta las ulceraciones están recubiertas de un exudado gris o una escara grisáceo-marrón, fuertemente adherida.

Estas lesiones son mayores de 1 cm y suelen encontrarse en los labios menores,[5,7-9] incluso en los labios mayores, el periné y la zona baja de la vagina.

El diagnóstico diferencial de la úlcera genital aguda, por orden de prevalencia, se establece con infecciones de trasmisión sexual como: virus herpes simple, sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide y VIH.[1] La úlcera herpética se caracteriza por su manifestación múltiple y dolorosa, concomitante con adenopatías inguinales, igualmente dolorosas.[10] La úlcera luética es única, indolora y se acompaña de adenopatía

inguinal homolateral, mientras que el chancroide se distingue por una lesión en espejo, dolorosa y con fondo sucio.[10] El diagnóstico diferencial de la úlcera de Lipschütz debe incluir otro tipo de infecciones (virus de Epstein-Barr, Cytomegalovirus e influenza A), enfermedades sistémicas (enfermedad de Crohn, neutropenia cíclica; deficiencia de hierro, vitamina B12 o folato; y enfermedad de Behçet) o autoinmunitarias y reacciones adversas por medicamentos (AINES).[1]

El tratamiento se establece en función del grado de repercusión de los episodios de las lesiones. Los casos leves se controlan con anestésicos locales (lidocaína al 2% en gel, lidocaína-epinefrina-tetracaína, sucralfato) y observación. Las pacientes con síntomas moderados pueden beneficiarse con la aplicación de corticoides tópicos (propionato de clobetasol al 0.05% o fluocinomida) y antiinflamatorios no esteroides (naproxeno sódico en 550 mg) hasta desaparecer la inflamación y el dolor asociados.[1] En los casos severos, con exacerbación de los síntomas aún con el tratamiento, coexistencia de múltiples úlceras o lesiones necróticas intensamente dolorosas, deberán valorarse para recibir tratamiento con opioides, antibióticos de amplio espectro (sulfonamidas o cefalosporinas) y corticoesteroides sistémicos (prednisona, dexametasona o metilprednisolona).[5] Los baños de asiento o el lavado local se recomiendan en todos los casos.[1] Debe considerarse la hospitalización en pacientes en quines no cede el dolor o en quienes se afecta el ritmo miccional para analgesia intravenosa y sondaje vesical.[5]

Baron y sus colaboradores[11] describieron dos formas de manifestación clínica de la úlcera de Lipschütz. En la forma gangrenosa las úlceras son más profundas y se asocian con signos sistémicos, incluso pueden dejar una cicatriz cuando se cura la paciente. La forma miliar se caracteriza por lesiones superficiales, sin alteración adicionales relacionadas y su curación ocurre rápidamente, sin dejar secuelas cutáneas. La evolución del episodio suele ser favorable, lográndose la curación total sin coexistencia de lesiones cicatriciales.[2,12] La desaparición completa de las úlceras suele lograrse entre 7 y 15 días después de su aparición,[2] aunque se han reportado casos en los que las lesiones permanecen por periodos prolongados (50 días).[12] A largo plazo puede haber recurrencias, con posibilidad de aparición de un nuevo episodio en 60% de las pacientes.[5] El tratamiento de las recurrencias no difiere del protocolo inicial.

CONCLUSIÓN

La úlcera de Lipschütz representa una alteración poco frecuente, cuyo diagnóstico debe establecerse después de excluir otras causas que originan úlceras genitales (enfermedades de trasmisión sexual, alteraciones autoinmunitarias, reacciones medicamentosas, entre otras). Es importante informar a la paciente que la úlcera de Lipschütz no es una enfermedad de trasmisión sexual y que las lesiones se curarán espontáneamente, sin secuelas a corto o largo plazo.

REFERENCIAS

1. Huppert JS. Lipschutz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. Dermatol Theraphy 2010;23:533-540.
2. Farhi D, Wendling J, Molinari E, Reynal J, et al. Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls: a clinical and microbiological study. Arch Dermatol 2009:145:38-45.
3. Lipschütz B. Über eune eugenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (*Ulcus vulvae acutum*). Arch Dermatol Syph 1913;114:363-95.
4. Barret MM, Sangüenza M, Werner B, Kutzner H, Carlson JA . Lymphocytic arteritis in Epstein-Barr virus vulvar ulceration: a report of 7 cases. Am J Dermatopathol 2015;37:691-698.
5. Lehman JS, Bruce AJ, Wetter DA, Ferguson SB, Rogers RS. Reactive nonsexually related acute genital ulcers: review of cases evaluated at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol 2010;63(1):44-51.
6. Núñez AH, Córdoba S, Romero-Maté A, Miñano R, Sanz T. Lipchutz ulcers: four cases. Pediatr Dermatol 2008;25(3):364-367.

7. Martin JM, Godoy R, Calduch L, Villalon G, Jorda E. Lipschutz acute vulval ulcers associated with primary cytomegalovirus infection. Pediatr Dermatol 2008;25:113-115.
8. Taylor S, Drake SM, Dedicoat M, Wood MJ. Genital ulcers associated with acute Epstein-Barr virus infection. Sex Transm Infect 1998;74:296-297.
9. Halvorsen JA, Brevig T, Aas T, Skar AG, Slevolden EM, Moi H. Genital ulcers as initial manifestation of Epstein-Barr virus infection: two new cases and a review of the literature Acta Derm Venereol 2006;86:439-42
10. Portnoy J, Ahronheim GA, Ghibu F, Clecner B, Joncas JH. Recovery of Epstein-Barr virus from genital ulcers. N Engl J Med 1984;311:966-968.
11. M. Baron F, Mauger-Tinlot B, Resch P, Joly L, et al. Ulcère aigu de la vulve ou maladie de Lipschutz. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31:684-686.
12. Nicolas X, Ansart S, Jaffuel S, Deluc A, et al. Ulcérations génitales au cours d'une primo infection par le virus Epstein-Barr. Rev Med Interne 2005;26:913-916.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.