

# Úlceras de Lipschütz con respuesta a tratamiento tópico con sucralfato 2% y lidocaína 2%. Revisión de la literatura a partir de 3 casos pediátricos.

Ligia Aranibar D<sup>1</sup>, M. Constanza Ramirez M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Universidad de Chile..

## Introducción

Las úlceras vulvares de Lipschütz constituyen una rara entidad de causa desconocida, caracterizada por la presencia de úlceras agudas en la mucosa genital de niñas y adolescentes de género femenino; en las que se descarta una etiología venérea y otras causas habituales de úlceras genitales. Clínicamente se observan úlceras profundas y dolorosas, en ocasiones en “espejo”. Suelen acompañarse de un cuadro febril, adenopatías inguinales y síntomas sistémicos. El cuadro habitualmente presenta resolución espontánea en un mes, sin embargo se han planteado distintas alternativas terapéuticas para acortar la duración del cuadro que se asocia a un dolor invalidante. Se han utilizado analgésicos y antibióticos orales, corticoides tópicos e intralesionales con respuestas variables. A continuación se presentan tres casos clínicos pediátricos que mostraron rápida mejoría con el uso tópico de sucralfato 2% y lidocaína 2%.

## Casos clínicos

### Caso 1

Paciente de género femenino, 14 años de edad, consulta por lesiones dolorosas genitales de 3 días de evolución, fiebre y compromiso de estado general. Negaba antecedentes de relaciones sexuales o traumatismos. Dentro de los antecedentes refiere compromiso respiratorio alto los días previos, cursando faringoamigdalitis que requirió tratamiento antibiótico. Al examen físico presentaba labios mayores edematosos, úlceras vulvares dolorosas, de bordes eritematosos y distribución “en espejo” (Figura 1). Se solicitaron exámenes generales como hemograma, perfil bioquímico los que se encontraban dentro de rangos normales. Además, se solicitó AAN, anti DNA, VDRL, VIH, PCR para HSV y test de Tzanck los que resultaron negativos. Se inició tratamiento con receta magistral de sucralfato 2% y lidocaína 2% en crema base 2 veces al día por 15 días. Los síntomas se resolvieron rápidamente a los 7 días y las lesiones desapare-



**Figura 1**

Caso 1: Paciente con úlceras vulvares dolorosas, de bordes eritematosos y distribución “en espejo”.



**Figura 2**

Caso 1: A los 15 días post tratamiento crema sucralfato 2%, lidocaína 2%.

**Correspondencia:** Ligia Aranibar D.

**Correo electrónico:** liaranibar@gmail.com



**Figura 3**

Caso 2: Paciente con úlceras vulvares dolorosas, de bordes eritematosos, predominio a derecha.



**Figura 4**

Caso 2: A los 15 días post tratamiento crema sucralfato 2%, lidocaína 2%.



**Figura 5**

Caso 3: Paciente con lesiones aftosas en mucosa oral.

cieron a los 15 días de tratamiento sin secuelas ni recidivas posteriores (Figura 2).

### Caso 2

Paciente de género femenino 13 años de edad, consulta por lesiones dolorosas genitales de 5 días de evolución y fiebre. Negaba antecedentes de relaciones sexuales o traumatismos. Dentro de los antecedentes refiere compromiso respiratorio alto los días previos. Al examen físico presentaba labios mayores edematosos, úlceras vulvares dolorosas predominio a derecha con bordes eritematosos (Figura 3). Además presentaba adenopatía bilateral inguinal. Se solicitaron exámenes generales como hemograma, perfil bioquímico los que se encontraban dentro de rangos normales. Además, se solicitó AAN, anti DNA, VDRL, VIH, PCR para HSV y test de Tzanck los que resultaron negativos. Se inició tratamiento con receta magistral de sucralfato 2% y lidocaína 2% en crema base 2 veces al día por 15 días. Los síntomas se resolvieron rápidamente a los 3 días y las lesiones desaparecieron a los 15 días de tratamiento sin secuelas ni recidivas posteriores (Figura 4).

### Caso 3

Paciente género femenino 15 años de edad, consulta por lesiones dolorosas genitales de 3 días de evolución, fiebre y compromiso de estado general. Sin antecedentes de relaciones sexuales o traumatismos previos. Dentro de los antecedentes refiere compromiso respiratorio alto los días previos. Al examen físico presentaba lesiones aftosas orales dolorosas (Figura 5). Además presentaba úlceras vulvares eritematosas y dolorosas en "espejo". Se solicitaron exámenes generales como hemograma, perfil bioquímico los que se encontraban dentro de rangos normales. Además, se solicitó AAN, anti DNA, VDRL, VIH, PCR para HSV y test de Tzanck los que resultaron negativos. Se inició tratamiento con receta magistral de sucralfato 2% y lidocaína 2% en crema base 2 veces al día por 15 días. Los síntomas se resolvieron rápidamente a los 5 días y las lesiones desaparecieron a los 15 días de tratamiento sin secuelas ni recidivas posteriores.

## Discusión

La úlcera de Lipschütz o úlcera vulvar aguda fue descrita por Lipschütz en 1913<sup>1</sup>. Es una entidad poco frecuente que afecta frecuentemente a niñas o adolescentes, las que habitualmente no tienen antecedentes de contactos sexuales o traumatismos previos. La etiología es desconocida, se han reportado casos secundarios a primoinfección por el Virus Epstein-Barr, fiebre paratifoidea, virus de la parotiditis y citomegalovirus, sin embar-

go, su etiopatogenia continúa siendo desconocida<sup>2-5</sup>.

Clínicamente se presenta como úlceras únicas o múltiples, dolorosas, ubicadas en vulva, perine o tercio inferior de vagina. Las úlceras suelen estar cubiertas por una membrana de fibrina sucia y pueden acompañarse de adenopatías inguinales. En ocasiones, los labios menores están presentando edema importante. Pueden acompañarse de fiebre, odinofagia, mialgias y compromiso de estado general<sup>5</sup>.

Se han descrito tres formas clínicas:

- Gangrenosa: úlceras bilaterales con imagen en “espejo” de borde irregular y fondo necrótico que curan en unos días y pueden dejar cicatriz.
- Miliar: úlceras múltiples, pequeñas y más superficiales con halo eritematoso. Cicatrizan rápido y sin secuelas. En general, no se acompañan de cuadro sistémico.
- Crónica: forma recidivante. Poco frecuente.

El diagnóstico de la úlcera de Lipschütz es por exclusión, basado en el cuadro clínico y exámenes negativos para etiologías infecciosas responsables de úlceras genitales (sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo, virus de Epstein Barr, citomegalovirus, VHS y VIH). El estudio con biopsia, habitualmente no resulta de utilidad debido a que los hallazgos histopatológicos del cuadro son inespecíficos.

El diagnóstico diferencial incluye<sup>6</sup>:

- Causas infecciosas venéreas: Virus herpes simple, sífilis, VIH, *Clamidia tracomatis* (granuloma venéreo), *Hemofilus ducreyi* (chancroide).
- Causas infecciosas no venéreas: Virus Epstein-Barr, virus herpes simple, *Cándida*, Citomegalovirus, virus influenza A, *Salmonella*, *Micobacterias*.
- Causas sistémicas: Enfermedad Behçet, enfermedad de Crohn, reacción medicamentosa (Stevens-Johnson, eritema multiforme), pénfigo vulgar, liquen plano o escleroso, síndrome de Reiter, pioderma gangrenoso, síndrome PFAPA (fiebre, aftas, faringitis y adenitis), síndrome MAGIC (úlceras bucales y genitales más inflamación de cartílagos), déficit de hierro, ácido fólico o vitamina B12.
- Causas traumáticas: mecánicas, térmicas, químicas.
- Causas tumorales: carcinoma basocelular, carcinoma escamoso o enfermedad de Paget extramamario.

El pronóstico del cuadro es autolimitado, con resolución completa en dos a cuatro semanas sin dejar secuelas. Sin embargo, se han planteado distintas alternativas terapéuticas para acortar la duración y sintomatología del cuadro que se asocia a un dolor invalidante.

Se han descrito múltiples terapias con analgésicos, antibióticos o corticoides orales; antisépticos o corticoides tópicos con respuestas variables<sup>5,6</sup>. La terapia presentada en estos tres casos utilizando una mezcla de analgésicos locales (lidocaína 2%) junto con cicatrizantes (sucralfato 2%) tópicos mostró una rápida respuesta sintomática.

## Conclusión

Los tres casos mostraron intensa y rápida mejoría sintomática con el uso del sucralfato 2% y lidocaína 2% tópica. Lo proponemos como una alternativa terapéutica, con ventajas en cuanto a costo y accesibilidad. Sin embargo, deberán ser validadas en futuros ensayos clínicos controlados.

## Referencias bibliográficas

1. Lipschütz B. Ubereineigenartige Geschwürsform des weiblichen genitalen (ulcus vulvae acutum). *Arch Dermatol Syph.* 1913;114:363-96.
2. Chanal J, Carlotti A, Laude H, Wallet-Faber N, Avril M, Dupin N. Lipschütz genital ulceration associated with mumps. *Dermatology.* 2010;221(4):292-5.
3. Martín JM, Godoy R, Caldach L, Villalon G, Jordá E. Lipschütz acute vulval ulcers associated with primary cytomegalovirus infection. *Pediatr Dermatol.* 2008;25(1):113-115.
4. Lampert A, Assier-Bonnet H, Chevalier B, Clerici T, Saiag P. Lipschütz's genital ulceration: A manifestation of Epstein-Barr virus primary infection. *Br J Dermatol.* 1996;135(4):663-665.
5. Pelletier F, Aubin F, Puzenat E, Deprez P, Blanc D, et al. Lipschütz genital ulceration: a rare manifestation of paratyphoid fever. *Eur J Dermatol.* 2003;13(3):297-298.
6. Martín J et al. Úlceras vulvares agudas de Lipschütz. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95(4):224-6.
7. Rubio P et al. Úlcera genital aguda en paciente adolescente. *Rev. Chil. Obstet Ginecol.* 2012; 77 (6): 450-452.