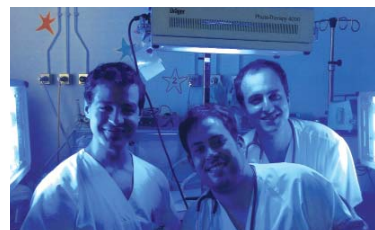




El Rincón del Residente

Coordinadores:

J. Rodríguez Contreras, J. Pérez Sanz, D. Gómez Andrés
Residentes de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid



El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos, imágenes y revisión bibliográfica. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

E.M. Rincón López, S. Salas García, P. Solano Galán
Residentes de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia

Pediatr Integral 2013; XVII(2): 133-137

Caso clínico

Mujer de 11 años de edad que, tras un episodio febril de 2 días de evolución compatible con faringoamigdalitis vírica, presenta una lesión nodular en vulva que progresa en los siguientes 5 días a una úlcera profunda, dolorosa, con áreas recubiertas por membrana necrótica (Fig. 1). La paciente no refiere relaciones sexuales, traumatismos genitales, ni enfermedades sistémicas. Ausencia de menarquía. No presenta úlceras ni aftas en otras localizaciones, siendo el resto de exploración normal. Las exploraciones complementarias para descartar etiología infecciosa o enfermedades sistémicas fueron negativas o no concluyentes.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Chancro sifilítico.
- Enfermedad de Behçet.
- Linfogranuloma venéreo.
- Herpes simple.
- Úlcera de Lipschütz.



Figura 1.

Respuesta correcta

e. Úlcera de Lipschütz.

Comentario

Como se observa en la imagen, la úlcera vulvar de Lipschütz se presenta como una lesión única o múltiple (en espejo), que afecta a labios menores. Son úlceras profundas con bordes bien delimitados y afilados. Presentan exudado pseudomembranoso en su lecho o una escara adherida. Se rodean de un halo eritematoso y de edema importante. En ocasiones pueden asociar áreas de celulitis. Aunque su localización habitual es la parte medial de los labios menores, también puede afectar a labios mayores, periné, región uretral y vaginal. El tamaño, aunque variable, es mayor de 1 cm de diámetro. Asocian dolor local, disuria y prurito⁽¹⁻³⁾.

El cuadro clínico se inicia de forma súbita con fiebre elevada, malestar general, astenia, mialgias, odinofagia, rinorrea, tos, cefalea y, en algunos casos, adenopatías inguinales. Al cabo de 3 a 4 días aparecen las úlceras genitales. Su etiología es desconocida y, aunque en algunas publicaciones se han asociado a infección por virus de Epstein-Barr, citomegalovirus o fiebre paratifoidea, se sugiere que, en ausencia de un efecto citotóxico directo demostrable sobre la mucosa vulvar, el mecanismo alternativo sea una respuesta inflamatoria inespecífica a una infección o enfermedad sistémica⁽⁴⁾.

Su diagnóstico es clínico, por exclusión de otras úlceras agudas genitales de transmisión sexual (herpes simple, sífilis, linfogranuloma venéreo, chancroide, HIV), infecciones no transmitidas sexualmente (Epstein-Barr, citomegalovirus, influenza A, paratifoidea), reacciones medicamentosas (antiinflamatorios no esteroideos) y enfermedades autoinmunes (enfermedad de Behçet, enfermedad de Crohn). La edad de

aparición, ausencia de relaciones sexuales y de traumatismos genitales apoyarán el diagnóstico.

El curso de la úlcera es autolimitado con tendencia a la curación espontánea en 2 a 4 semanas sin secuelas ni recidivas, por lo que el tratamiento se limitará a aliviar el dolor y favorecer la curación, previniendo la aparición de cicatrices. Se ha utilizado analgesia oral, anestésicos tópicos, inmunomoduladores tópicos incluso corticosteroides locales o sistémicos en los casos más graves. El uso de antibióticos se limita al hallazgo de celulitis secundaria. Es importante realizar un seguimiento al menos semanal hasta su cicatrización completa y, posteriormente, se recomienda una vigilancia anual para descartar la progresión a enfermedades sistémicas.

El reconocimiento de esta entidad clínica tan infrecuente o infradiagnosticada es importante por parte del pediatra de Atención Primaria, puesto que su correcta orientación diagnóstica evitará exploraciones complementarias innecesarias, conflictos respecto a posibles contactos o abusos sexuales y reducción de consultas especializadas a ginecología, dermatología o reumatología.

Bibliografía

1. Mohedas Tamayo AI, Ballesteros García MM, Perela Vélez de Guevara MT, Rodríguez Díaz R, Prieto Martínez S, Jiménez López I. Úlceras de Lipschütz: a propósito de dos nuevos casos. *Acta Pediatr Esp.* 2012; 70: 169-70.
2. Eizaguirre FJ, Lucea L, Artola E, Goiri K. Úlcera genital aguda no relacionada con enfermedad de transmisión sexual. *An Pediatr.* 2012; 76: 170-2.
3. García Reymundo M, Montero Salas A, González Álvarez CM, Real Terrón R. Úlcera de Lipschütz: causa poco conocida de úlcera genital aguda. *An Pediatr.* 2010; 72: 443-4.
4. Huppert JS. Lipschütz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. *Dermatologic Therapy.* 2010; 23: 533-40.