

Úlcera de Lipschütz, una úlcera genital aguda que no hay que olvidar

 Alfredo Ramírez-Espinoza,¹  Neus Aracil Picó,¹  Maribel Acién Sánchez.¹⁻²

RESUMEN

Las úlceras genitales son una causa frecuente de consulta ginecológica. Aunque la mayoría están provocadas por patógenos considerados de transmisión sexual, como las producidas por el herpes virus, la sífilis, el chancro blando o el granuloma venéreo, también existen úlceras no infecciosas debido a otras entidades que pueden provocar repercusiones en la paciente y su entorno familiar y social. Se presenta el caso de una paciente que consulta por úlceras genitales dolorosas que simulaban úlceras por herpes virus, acompañado de fiebre y odinofagia. La paciente negó actividad sexual desde hacía más de 6 meses. Las pruebas para virus herpes y tricomonas fueron negativas, pero la de virus de Epstein-Barr fue positiva, respondiendo a tratamiento médico. La etiología de la úlcera genital aguda es un reto diagnóstico, por la gran variedad de factores precipitantes y las implicaciones personales y familiares que conlleva, por lo que intentar un diagnóstico certero es indispensable.

Palabras clave: Úlcera de Lipschütz, Úlcera genital, Infección genital, Virus Epstein-Barr.

Lipschütz ulcer, an acute genital ulcer that should not be forgotten.

SUMMARY

Genital ulcers are a frequent cause of gynecological consultation. Although most are caused by pathogens considered sexually transmitted such as those caused by herpes virus, syphilis, soft chancre or granuloma venereum, there are also non-infectious ulcers due to other entities that can cause repercussions on the patient and her family and social environment. We present the case of a patient who consulted for painful genital ulcers that simulated herpes virus ulcers, without sexual activity for more than 6 months; accompanied by fever and odynophagia. Tests for herpes virus and trichomonas were negative but positive for Epstein-Barr virus, responding to medical treatment. The etiology of acute genital ulcer is a diagnostic challenge, due to the wide variety of possible precipitating factors and the personal and family implications that they may entail, so attempting an accurate diagnosis is extremely necessary.

Keywords: Lipschütz ulcer, Genital ulcer, Genital infection, Epstein-Barr virus.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones genitales femeninas suponen del 20 % al 30 % de las consultas ginecológicas, siendo en su gran mayoría casos de vulvovaginitis. Pero en casos de úlceras genitales generalmente se aborda como primera opción diagnóstica la etiología infecciosa, estando en primer lugar aquellas causadas por herpes

virus (70 % - 80 %), seguida por las causadas por sífilis, chancroide y linfogranuloma venéreo (1, 2).

Entre las causas no infecciosas se debe considerar a las ocurridas por procesos dermatológicos como las dermatitis atópicas, dermatitis de contacto, pénfigo y aquellas debidas a lesiones neoplásicas primarias en la vulva como melanomas o carcinomas escamosos. Igualmente, lesiones en relación con trastornos inmunitarios como las presentes en la enfermedad de Behçet y en la enfermedad de Crohn.

Pero existe un cuadro poco común que no hay que olvidar, como es la úlcera genital aguda no infecciosa (o de Lipschütz), que ha sido descrita clásicamente

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Alicante, España. 03550 ²Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. 0355. Correo para correspondencia: alfredram09@hotmail.com

Forma de citar este artículo: Ramírez-Espinoza A, Aracil Pico N, Acién Sánchez M. Úlcera de Lipschütz, una úlcera genital aguda que no hay que olvidar. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025;85(1):114-117. DOI: 10.51288/00850117.

en jóvenes que aún no han iniciado su vida sexual, o también en aquellas que ya iniciaron su actividad sexual, pero no están sexualmente activas (más de 3 meses sin relaciones sexuales) y que, en primera instancia, por su presentación, podría sugerir una infección aguda de transmisión sexual y llevar a un diagnóstico erróneo con serias implicaciones socio-familiares.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente adolescente de 16 años quien consultó por prurito vulvar, vulvodinia y aparición de lesiones ulcerosas en ambos labios menores, de unos días de evolución. Concomitantemente, refirió odinofagia y fiebre de 38 °C a 39 °C desde hacía 4 días. Acudió a su médico de familia siendo prescrito tratamiento antibiótico con amoxicilina por el diagnóstico de faringitis aguda.

La paciente no presentaba antecedentes médicos de interés y en cuanto a sus antecedentes ginecológicos refería menarquia a los 12 años y ciclos regulares de 5 días de duración. Refería una primera relación sexual hacía 6 meses y luego no haber tenido nuevas relaciones sexuales.

A la exploración se observaron varias lesiones tipo úlceras con fondo blanquecino, sucio, no secretantes en ambos labios menores, en espejo (Figura 1). Se palparon adenopatías inguinales bilaterales pequeñas no dolorosas. A la inspección con espéculo vaginal, se observó un cérvix de aspecto sano, sin flujo. A la ecografía pélvica transvaginal se observó el útero en anteversión con el endometrio secretor y ambos ovarios de aspecto normal. En los exámenes paraclínicos, la hemoglobina, las plaquetas y los leucocitos estaban normales (hemoglobina: 13,6 g/dL, hematocrito: 39,6 %, plaquetas: 125 000 x mm³, glóbulos blancos: 8500



Figura 1. Lesiones ulcerosas, no secretantes, en espejo, en ambos labios menores.

x mm³), pero con linfocitosis (52 %) y bioquímica sanguínea normal, salvo por proteína C reactiva de 1,71 mg/dL.

Se tomó cultivos de las úlceras genitales y se solicitó serologías para los diferentes patógenos que pueden estar implicados en la aparición de úlceras. El cultivo de secreción de las úlceras genitales y el realizado para tricomonas obtuvieron un resultado negativo. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) para los virus herpes tipo 1 y 2 tomada de la secreción de las úlceras genitales fue negativa. En las serologías en suero fueron negativas para toxoplasmosis, pero positiva para una fase aguda del virus Epstein-Barr (Paul Bunell, IgM-G anti-VCA EBV positivos) y positividad de infección pasada para citomegalovirus.

Se indicó tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroides y crioterapia local, omitiendo el uso de antibióticos orales.

Se reevaluó a la paciente una semana después, comprobándose la desaparición completa de las úlceras (Figura 2).



Figura 2. Resolución de lesiones vulvares antes de 15 días del inicio de la sintomatología.

DISCUSIÓN

La úlcera de Lipschütz lleva el nombre del autor que la describió por primera vez en 1913. Es una entidad rara y probablemente subdiagnosticada que ocurre generalmente en adolescentes y mujeres jóvenes, con mayor frecuencia en mujeres núbiles, después de una enfermedad febril, aunque también se ha comunicado en mujeres adultas sexualmente activas (3). La etiopatogenia no está del todo aclarada, pero parece ser un proceso reactivo en forma exagerada a un agente infeccioso como el virus de Epstein-Barr, aunque también se ha descrito asociada a citomegalovirus, *Salmonella typhi*, virus influenza y *Mycoplasma* (4 - 6). En los últimos años también han sido comunicados casos de úlcera de Lipschütz como posible manifestación del SARS-CoV-2, así como efecto secundario a la vacuna contra COVID-19 (7 - 9).

Las lesiones suelen presentarse tras la aparición de síntomas gripales como tos, fiebre y dolor corporal, como ha ocurrido en el presente caso; son úlceras dolorosas, en número de 1 a 3, y es bastante frecuente que sean en espejo, pudiendo estar asociadas a otros síntomas como disuria y/o edema de la región afectada. Es frecuente el aumento de tamaño de los ganglios inguinales, todos

estos hallazgos clínicos también presentes en la paciente del caso en estudio.

Algunos autores han propuesto criterios mayores y menores, siendo necesaria la presencia de los 5 criterios mayores y un criterio menor para diagnosticar esta entidad. Entre los criterios mayores se encuentran: la sospecha clínica de úlcera genital aguda, edad menor de veinte años, ausencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses, ausencia de inmunodeficiencia y curso agudo de la úlcera genital (con resolución máxima a las 6 semanas del inicio de los síntomas). Como criterios menores, la profundidad de la lesión (bien delimitada, dolorosa, con centro necrótico y/o fibrinoso) y la lesión bilateral (en espejo o en beso). Los criterios de exclusión incluyen los antecedentes de aftosis genital, la evidencia clínica o microbiológica de herpes genital u otra enfermedad de transmisión sexual y la inmunodeficiencia (10). Esta paciente cumplía con todos los criterios diagnósticos para esta patología.

Estas úlceras suelen mejorar sin que sea necesario tomar alguna medida específica. Sin embargo, además de mantener la región limpia, se pueden realizar baños de asiento y la colocación de pomadas analgésicas para ayudar a aliviar el dolor. En los casos más graves, se puede indicar el uso de pomadas con corticoides y analgésicos y/o antiinflamatorios.

CONCLUSIONES

La úlcera genital es una patología prevalente donde la primera opción diagnóstica es la patología infecciosa y generalmente de transmisión sexual; pero en caso de ocurrir en niñas o adolescentes esta presunción diagnóstica puede acarrear importantes problemas con connotación personal, familiar e incluso legal. Por lo tanto, en pacientes especialmente jóvenes, antes de hacer un diagnóstico solo pensando en la patología

más prevalente, se deben descartar otras etiologías que, aunque poco frecuentes, son posibles, como es el caso de la úlcera de Lipschütz.

Sin conflictos de interés.

Se ha obtenido consentimiento informado de la paciente a disposición previa solicitud.

REFERENCIAS

1. Murillo E. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. *Medicine*. 2018;12(59):3474-3479. DOI: 10.1016/j.med.2018.06.013.
2. Ruiz-Olivares M, Foronda-García-Hidalgo C, Sanbonmatsu-Gámez S, Gutiérrez-Fernández J. Recent prevalence among females from the general population of agents responsible for sexually transmitted infections and other genital infections *Aten Primaria*, 2020;52(10):799-801. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.11.009.
3. Morgado-Carrasco D, Bosch-Amate X, Fustà-Novell X, Giavedoni P. Úlcera de Lipschütz. Una úlcera genital aguda no infecciosa para tener en cuenta en mujeres adultas. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020;11(7):624-626. DOI: 10.1016/j.ad.2018.12.011.
4. Vismara SA, Lava S, Kottanattu L, Simonetti G, Zraggen L, Clericetti CM, *et al*. Lipschütz's acute vulvar ulcer: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2020;179(10):1559-1567. DOI: 10.1007/s00431-020-03647-y.
5. Gay C, Kihara C, Haley A, Patel AN, Stolzenberg L, Haviland E, *et al*. Lipschütz Ulcers: Classic Presentation of an Uncommon Condition. *Correus*. 2023;15(5):e38505. DOI: 10.7759/correus.38505.
6. Raffas W, Hassam B. Lipschütz ulcer: a rare and underdiagnosed cause of genital ulcer. *Pan Afr Med J*. 2013;15:43. DOI: 10.11604/pamj.2013.15.43.2506.
7. Rodríguez-Blanco H, Otero-Domínguez E. Úlcera de Lipschütz asociada a infección por COVID-19. *Prog Obstet Ginecol [Internet]*. 2021 [consultado en marzo de 2024];64:90-93. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n2/04-Ulcera_de_Lipschutz_asociada_a_infeccion_por_COVID-19.pdf.
8. Ferrerira-Mendes J, Alves S, Pinheiro MI, Soares dos Reis J. Úlcera de Lipschütz como posible manifestación del SARS-CoV-2. *An Pediatr*. 2024;100(2):151-152. DOI: 10.1016/j.anpedi.2023.09.021.
9. González-Romero N, Morillo-Montañez V, Vicente Sánchez I, García García M. Úlceras de Lipschütz tras la vacuna frente a la COVID-19 de AstraZeneca. *Actas Dermosifiliogr*. 2022; 113 (supplement 1): S29-S31. DOI:10.1016/j.ad.2021.07.004.
10. Eizaguirre FJ, Lucea L, Artola E, Goiri K. Úlcera genital aguda no relacionada con enfermedad de transmisión sexual. *An Pediatr*. 2012;76(3):170-172. DOI: 10.1016/j.anpedi.2011.09.015.

Recibido 19 de enero de 2025
Aprobado 2 de marzo de 2025