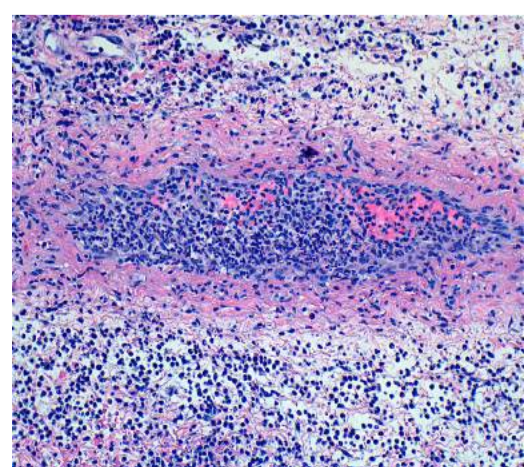


## ULCERA DE LIPSCHUTZ

*Borque Ibáñez A, Morollón Lóriz I, Yagüe Moreno H,  
Del Tiempo Marqués P, José Gutiérrez Y, Ruiz Conde MA.*

**INTRODUCCION:** La úlcera de Lipschutz, es una entidad infrecuente que afecta preferentemente a mujeres en edad infantil y jóvenes, provocando una intensa alarma social y familiar dado lo llamativo de la clínica. La ausencia de criterios diagnósticos y la inespecificidad de la histología, hacen que sea una entidad poco presente a la hora de establecer el diagnóstico diferencial. De ahí la importancia de tenerla siempre en nuestro algoritmo diagnóstico en patología vulvar.



**CASO CLINICO:** Paciente de 25 años, que acude por escozor y dolor genital de 24-48 horas de evolución acompañado de la aparición de lesiones vulvares bilaterales, no precedido de fiebre, ni otra sintomatología sistémica y sin antecedente de toma de fármacos previa, presenta una lesión ulcerada en tercio inferior de cara interna de labio menor izquierdo de unos 2 cm. y otra lesión menor de 1 cm en tercio superior de cara interna de labio menor derecho, Ambas lesiones presentan fondo necrótico, bordes regulares y edematosos, sin signos de sobreinfección bacteriana (Fig. 1).

Se solicitan serologías VHC, VHB, VIH, herpes simple, lúes, VEB, CMV, todas con resultado negativo, y cultivo de virus para herpes simple tipo 1 y 2 ambos negativos. Se toma biopsia con resultado histológico de vasculitis inespecífica. Se instauro tratamiento empírico con analgesia oral, y corticoterapia en dosis decrecientes. En el control clínico semanal se comprueba la rápida evolución de las lesiones hacia la mejoría (Fig. 2), objetivándose ambas lesiones en proceso de cicatrización (Fig. 3) y tres semanas más tarde se observa la curación total (Fig. 4)

**DISCUSION:** La úlcera de Lipschutz fue descrita por primera vez en 1913. La incidencia es baja, y aparece sobretodo en niñas o mujeres jóvenes independientemente de la existencia o no de actividad sexual. Como agentes etiológicos se han descrito infecciones agudas virales como VEB, CMV e influenza A, PVB19, mycoplasma pneumoniae, influenza B y adenovirus e incluso alteraciones inmunológicas como el déficit parcial de IgA. A pesar de ello no existen criterios diagnósticos definitivos, y este se instauro a través de la clínica: úlceras únicas y ocasionalmente bilaterales, generalmente mayores de 1 cm, de bordes enrojecido y fondo necrótico, dolorosas, de rápida evolución, que se resuelven espontáneamente en pocas semanas sin secuelas ni cicatrices. El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras entidades como la enfermedad de Behcet, manifestaciones vulvares de la enfermedad de Crohn, hidradenitis supurativa, pioderma gangrenoso, exantema fijo medicamentoso, y procesos neoplásicos. El estudio histológico resulta en la mayoría de los casos inespecífico, aunque en algunas series en las que se identifica como agente causal el VEB se objetiva hasta en un 88% de los casos la presencia de una arteritis linfocítica, frente a otros hallazgos menos frecuentes como vasculitis, o hiperplasia linfoide. El tratamiento es empírico, e incluye analgesia oral y tópica, así como antiinflamatorios y corticoides tópicos, incluso sistémicos si fuera preciso, y profilaxis antibiótica para evitar sobreinfección bacteriana, requiriendo en ocasiones hospitalización para aliviar la sintomatología severa.