

cas sanitarias estipulan que estos niños reciban tratamiento preventivo con penicilina<sup>8,9</sup>.

Se estima que en los niños adoptados de Rusia la prevalencia de SC temprana y tardía es inferior al 0,05%<sup>10</sup>, lo que indica que son bien diagnosticados, tratados y controlados en su país de origen. De cualquier forma, a pesar de esta baja prevalencia, consideramos que es importante continuar realizando un cribado de sífilis tras la llegada al país de adopción.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Barr AD, Field MG. The current state of health care in the Former Soviet Union: Implications for health care policy and reform. *Am J Public Health.* 1996;86:307–12.
2. Tikhonova L, Borisenko K, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Renton A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: Trends, origins, and priorities for control. *Lancet.* 1997;350:210–3.
3. Netesov SV, Conrad JL. Emerging infectious diseases in Russia, 1990-1999. *Emerg Infect Dis.* 2001;7:1–5.
4. Riedner G, Dehne KL, Gromyko A. Recent declines in reported syphilis rates in eastern Europe and central Asia: Are the epidemics over? *Sex Transm Infect.* 2000;76:363–5.
5. Uusküla A, Puur A, Toompere K, DeHovitz J. Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995-2005. *Sex Transm Infect.* 2010;86:6–14.
6. Oliván Gonzalvo G. Adopción en Rusia Ucrania y Kazajstán: informes médicos, problemas de salud y telemedicina. *Pediatr Integral.* 2009;12:90–5.
7. Consenso en adopción internacional. En: Guía breve para pediatras y otros profesionales sanitarios. Valladolid: CORA; 2008.
8. Tikhonova L, Salakhov E, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S, Congenital Syphilis Investigation Team. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences. *Sex Transm Infect.* 2003;79:106–10.
9. Salakhov E, Tikhonova L, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S, Congenital Syphilis Investigation Team. Congenital syphilis in Russia: The value of counting epidemiologic cases and clinical cases. *Sex Transm Dis.* 2004;31:127–32.
10. Miller LC. Syphilis. En: Miller LC, editor. *The handbook of international adoption medicine. A guide for physicians, parents, and providers.* New York: Oxford University Press; 2005. p. 276–85.

G. Oliván-Gonzalvo

*Centro de Pediatría y Adopción Internacional, Zaragoza, España*

*Correo electrónico: golivang@gmail.com*

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.019>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Úlcera de Lipschütz. Una úlcera genital aguda no infecciosa para tener en cuenta en mujeres adultas



### Lipschütz ulcer: an acute noninfectious genital ulcer to bear in mind in adult women

*Sr. Director:*

La úlcera genital es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y pueden generar gran ansiedad en el paciente y su entorno<sup>1</sup>. Su etiología es diversa e incluye causas infecciosas, inflamatorias, farmacológicas, traumáticas y tumorales, pudiendo llegar a ser un reto diagnóstico<sup>2</sup>. La úlcera genital aguda no infecciosa (UGANI) o de Lipschütz ha sido descrita clásicamente en niñas que aún no han iniciado su vida sexual<sup>3</sup>, pero puede ser una causa frecuente de úlceras genitales en mujeres adultas sexualmente activas<sup>1</sup>. A continuación se describe el caso de una mujer joven con una UGANI.

Mujer de 21 años sin antecedentes patológicos y vida sexual activa acudió al servicio de Urgencias por unas úlceras genitales muy dolorosas de una semana de evolución. Además, refería odinofagia y fiebre durante los tres días previos. Negaba relaciones sexuales en los dos meses anteriores o la ingesta de fármacos. A la exploración física, la paciente estaba febril (37,5°C axilar), se palpaban adeno-

patías cervicales dolorosas y la faringe estaba eritematosa. Se observaba un marcado edema de los labios mayores y múltiples úlceras redondeadas con una base de fibrina y un halo grisáceo, simétricamente distribuidas a ambos lados de la vulva (fig. 1). Los cultivos faríngeos, de la úlcera genital y las serologías para virus Epstein Bar (VEB), incluyendo la aglutinación de anticuerpos heterófilos y la IgM e IgG fueron negativos. También fueron negativas las serologías para citomegalovirus, *Mycoplasma pneumoniae*, sífilis y VIH, así como las PCR de frotis de las úlceras para virus herpes tipo 1 y 2, *Treponema pallidum*, linfogranuloma venéreo, *Chlamydia trachomatis* serotipos D-K y *Haemophilus ducreyi*. No se realizaron PCR para virus de la influenza u otros virus respiratorios. La paciente se trató con ibuprofeno 400 mg cada ocho horas vía oral durante cuatro días, fomentos de agua de Goulard y metilprednisolona 1% en crema durante 10 días, con lo que evolucionó favorablemente, sin complicaciones, con una disminución del dolor y la cicatrización de las ulceraciones en las siguientes semanas.

## Discusión

La UGANI es una patología de etiología desconocida caracterizada por úlceras dolorosas y necróticas de inicio agudo, clásicamente de distribución simétrica «en beso» o «besadoras» o «*kissing ulcers*». En ocasiones es precedida por síntomas gripales o del tipo mononucleosis. Es más frecuente en mujeres jóvenes y en niñas que no han iniciado la actividad sexual<sup>3,4</sup>, siendo excepcionales los casos en meno-



**Figura 1** Edema de labios mayores y múltiples úlceras redondeadas con base de fibrina y halo grisáceo, distribuidas simétricamente en los labios mayores. Se puede observar la típica imagen de distribución «en beso» (*kissing ulcers*).

**Tabla 1** Etiología de úlceras genitales agudas

Infeciosa	Virus herpes simple 1 y 2 Virus Epstein Bar Virus varicela-zóster Infección aguda por VIH Sífilis Chancroide Linfogranuloma venéreo Leishmaniasis <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Inflamatoria	Enfermedad de Behçet Aftosis recurrente Pioderma gangrenoso Liquen plano erosivo Enfermedad de Crohn
Farmacológica	Eritema fijo pigmentario Eritema multiforme Síndrome de Stevens-Johnson Necrosis epidérmica tóxica Úlceras por metotrexato o foscarnet
Traumática	Abuso sexual Contusiones Dermatitis artefacta
Neoplásicas o preneoplásicas	Carcinoma escamoso  Enfermedad de Paget extramamaria Eritroplasia de Queyrat

Fuente: Sehgal y cols<sup>6</sup>.

res de dos años<sup>5</sup>. No existen criterios diagnósticos claros, por lo que es considerado un diagnóstico de exclusión, debiendo descartarse infecciones de transmisión sexual como principal diagnóstico diferencial (tabla 1)<sup>1</sup>. Habitualmente no es necesario realizar una biopsia mucosa<sup>1</sup>. En su etiopatogenia parece estar involucrada una reacción de hipersensibilidad a virus o bacterias como VEB, *Mycoplasma pneumoniae*, citomegalovirus, virus de la influenza y *Salmonella*. Como consecuencia, se produciría un depósito de inmunocomple-

jos, la activación del complemento, una trombosis de vasos pequeños y una necrosis tisular<sup>1,5,6</sup>.

Pese a que la UGANI se ha asociado a la edad pediátrica, en una reciente publicación que analizó una serie de 110 mujeres con úlceras genitales, el 30% se diagnosticó de UGANI con un promedio de edad de 29 años (10-79 años), y más del 80% de ellas ya habían iniciado su vida sexual. Ningún caso se presentó con úlceras simétricas o «en beso». Lo más frecuente fueron ulceraciones múltiples en el vestíbulo vulvar, pero existía un gran polimorfismo en la expresión clínica. Hasta un 30% había presentado episodios previos. En el 27% se detectó un microorganismo asociado como citomegalovirus, VEB, *Mycoplasma pneumoniae* o parvovirus B19<sup>1</sup>.

En la UGANI las ulceraciones generalmente se resuelven espontáneamente en dos a tres semanas sin dejar cicatrices. El tratamiento de la UGANI se basa en medidas de soporte y control del dolor. Se han utilizado baños de asiento con agua tibia o fomentos, limpieza local y analgesia oral (antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol) o anestésicos tópicos como la lidocaína 2%. En los casos moderados-graves se pueden prescribir corticoides tópicos de potencia elevada, reservando los corticoides sistémicos para los casos con lesiones necróticas múltiples. Los antibióticos orales sólo están indicados en caso de sobreinfección de las úlceras o de celulitis acompañante<sup>6</sup>. La UGANI puede recurrir hasta en un tercio de los pacientes. En los casos recidivantes es necesario descartar la enfermedad de Behçet<sup>1</sup>.

La UGANI es una patología que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las úlceras genitales en mujeres adultas, incluso en aquellas con vida sexual activa, y en casos recurrentes. Es un diagnóstico de exclusión, por lo que es necesario realizar siempre un despistaje de infecciones de transmisión sexual.

### Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Martinez-de-Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;198:149-52.
- Hernández-Gil J, Guiote MV, Vilanova A, Mendoza F, Linares J, Naranjo R. Úlceras genitales artefactas de aparición simultánea en pareja. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:122-5.
- Martín JM, Molina I, Ramón D, Alpera R, Frutos E, de, García L, et al. Úlceras vulvares agudas de Lipschütz. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:224-6.
- Farhi D, Wendling J, Molinari E, Raynal J, Carcelain G, Morand P, et al. Non-Sexually Related Acute Genital Ulcers in 13 Pubertal Girls: A Clinical and Microbiological Study. *Arch Dermatol.* 2009;145:38-45.
- Burguete Archel E, Ruiz Goikoetxea M, Recari Elizalde E, Beristain Rementería X, Gómez Gómez L, Iceta Lizarraga A. Lipschütz ulcer in a 17-month-old girl: a rare manifestation of Epstein-Barr primoinfection. *Eur J Pediatr.* 2013;172:1121-3.

6. Sehgal VN, Pandhi D, Khurana A. Nonspecific genital ulcers. *Clin Dermatol.* 2014;32:259–74.

D. Morgado-Carrasco\*, X. Bosch-Amate, X. Fustà-Novell  
y P. Giavedoni

*Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona,  
Universitat de Barcelona, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [morgadodaniel8@gmail.com](mailto:morgadodaniel8@gmail.com)  
(D. Morgado-Carrasco).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.12.011>

0001-7310/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España,  
S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la  
licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).