

Úlceras vulvares agudas en adolescentes, reporte de una serie de casos clínicos

Lucía Moreira*, Loreley García†, Ana Casuriaga‡, Gustavo Giachetto§, Víctor Machín¶

Resumen

Introducción: las úlceras genitales se caracterizan por su gran heterogeneidad clínica y etiológica. Pueden corresponder a entidades patológicas cutáneas o sistémicas de naturaleza infecciosa o no infecciosa. Dentro de estas últimas, se destacan las úlceras de Lipschütz y la enfermedad de Behcet.

Objetivo: describir cuatro casos clínicos de adolescentes con úlceras vulvares agudas de causa no infecciosa hospitalizadas en dos prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud de Montevideo con el objetivo de brindar herramientas a profesionales para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

Discusión: la realización de una anamnesis detallada y un examen físico minucioso son esenciales para realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico. En el análisis clínico es importante considerar la edad de la paciente, el inicio de relaciones sexuales, el número, topografía y características de las úlceras incluyendo la presencia o no de dolor, así como la asociación de manifestaciones sistémicas. Resulta necesario el conocimiento de esta patología poco frecuente en niñas y adolescentes cuyo abordaje diagnóstico y terapéutico depende de la orientación etiológica basada en criterios epidemiológicos y clínicos bien definidos. Ello contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia y a minimizar las repercusiones biológicas y psicológicas.

Palabras clave: Úlcera genital aguda
Úlcera de Lipschütz
Enfermedades de la vulva

Key words: Acute genital ulcer
Lipschütz ulcer
Vulvar diseases

* Residente de Pediatría, Asociación Española.

† Profesora Agregada de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

‡ Asistente de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

§ Profesor de Clínica Pediátrica. Departamento de Pediatría y Especialidades. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

¶ Profesor Adjunto de Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Correspondencia: Dra. Ana Laura Casuriaga. Bulevar Artigas 1471. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: anitacasuriaga7@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Se cuenta con el consentimiento de todas las pacientes para la publicación.

Recibido: 26/5/19

Aprobado: 9/9/19

Introducción

La patología ginecológica en la infancia y adolescencia representa un desafío diagnóstico⁽¹⁾.

Las úlceras genitales se caracterizan por su gran heterogeneidad clínica y etiológica. Pueden ser un signo guía de un gran abanico de entidades patológicas cutáneas o sistémicas de naturaleza infecciosa o no infecciosa⁽²⁾. Por otro lado, suelen generar importante repercusión psicológica y gran ansiedad familiar⁽³⁾.

Entre las causas infecciosas el agente etiológico más frecuente es el virus herpes simple (VHS) seguido de *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi* y virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Entre las causas no infecciosas, las úlceras vulvares pueden estar vinculadas a patología traumática, autoinmune, tóxica y neoplásica. En este grupo se destacan las úlceras de Lipschütz y la enfermedad de Behcet.

La realización de una anamnesis detallada y un examen físico minucioso son esenciales para realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico⁽²⁾. En el análisis clínico es importante considerar la edad de la paciente, el inicio de relaciones sexuales, el número, topografía y características de las úlceras incluyendo la presencia o no de dolor, así como la asociación de manifestaciones sistémicas.

Hasta la fecha, en nuestro medio, no se dispone de comunicaciones acerca de la frecuencia y características de esta patología.

A continuación se presenta una serie de cuatro casos clínicos de adolescentes que consultaron por úlceras vulvares agudas, sin inicio de relaciones sexuales ni evidencia de abuso sexual, que fueron asistidas en dos prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud de Montevideo, uno público y otro privado. En esta comunicación se describe la forma de presentación clínica de dos de las etiologías más importantes de úlceras vulvares de causa no infecciosa. El objetivo es brindar herramientas para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

Casos clínicos

Caso 1

Catorce años, antecedentes personales (AP): úlceras bucales recurrentes desde la primera infancia, sacroileítis en noviembre de 2018. Menarca a los 11 años, ciclos regulares. Niega inicio de relaciones sexuales (IRS).

Consulta en servicio de emergencia (SE) en enero de 2019 por lesiones vulvares dolorosas de cuatro días de evolución, fiebre de hasta 39 °C axilar y dolor abdominal difuso. No traumatismos, ni ingesta de fármacos. Al examen físico genital: edema de labios menores, cuatro lesiones vulvares ulcerosas de fondo purulento y necrótico, una

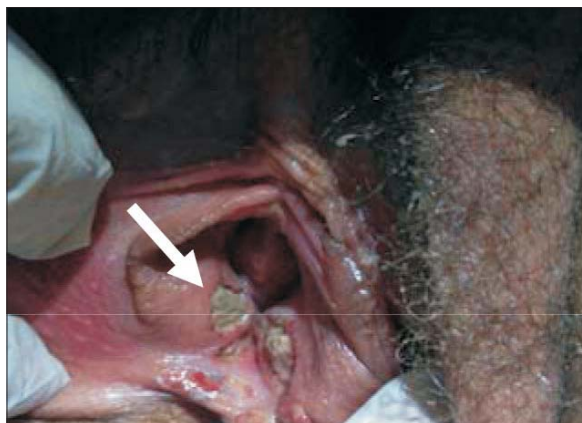


Figura 1. Se observan úlceras vulvares en espejo.

en horquilla vulvar en espejo con las mismas características, muy dolorosas (figura 1). Resto del examen normal. Se realiza exudado de lesiones y se indica tratamiento ambulatorio con metronidazol, claritromicina y prednisona 20 mg vía oral/día. En la evolución agrega dolor intenso y retención aguda de orina, por lo que ingresa a sector de cuidados moderados. Los principales estudios complementarios realizados se exponen en la tabla 1. Se aumentó dosis de prednisona a 40 mg/día y se indicó analgesia local y sistémica con excelente evolución, por lo que se otorgó alta a las 48 horas. A la semana del egreso, en interconsulta con especialista en enfermedades autoinmunes, se plantea enfermedad de Behcet y se inicia azatioprina.

Caso 2

Once años, sin AP a destacar. No menarca, ni IRS.

Consulta por lesiones genitales dolorosas de aparición súbita, fiebre de 38 °C axilar y disuria. Niega traumatismos, ingesta de fármacos y otros síntomas. Al examen físico genital: dos lesiones ulceradas, una en labio mayor derecho de 1 cm, redondeada, bordes bien delimitados, indurada y fondo con exudado blanquecino. La otra, de 2 cm próxima a la horquilla vulvar con bordes más irregulares, exudado blanquecino en base y sector necrótico inferior, dolorosa (figura 2). Ingresa a cuidados moderados, se inicia amoxicilina sulbactam vía oral y se solicitan estudios complementarios expuestos en la tabla 1. En las primeras 24 horas de internación, retención aguda de orina; requiriendo anestésicos locales y analgésicos opioides reglados. A las 72 horas se objetivó una franca y rápida mejoría de las lesiones vulvares y se otorgó el alta. El planteo diagnóstico fue de úlceras vulvares agudas o de Lipschütz

Caso 3

Trece años, sin AP a destacar. Menarca a los 10 años, ciclos regulares. Niega IRS.

Tabla 1. Características clínicas y paraclínicas de los casos.

N°	Edad (años)	Antecedentes personales	IRS	Síntomas acompañantes	Estudios complementarios	Planteo diagnóstico	Tratamiento
1	14	Úlceras orales recurrentes	No	Fiebre, disuria, dolor abdominal	VES 27 mm/h VEB y CMV no reactivos ANA, ANCA no reactivos C3, C4, CH50, FR normales. Cámara anterior ojo con lámpara de hendidura sin alteraciones	Enfermedad de Behcet	Analgesia Sonda vesical Antibióticos Corticoides Azatioprina
2	11	No	No	Fiebre, tos, rinorrea, disuria	CMV IgG + Serología VDRL, VIH, VHC negativos Ac. heterófilos VEB no reactivos Exudado vaginal, anal y faríngeo sin desarrollo bacteriano	Úlceras de Lipschütz	Sonda vesical Analgesia
3	13	No	No	Fiebre, dolor abdominal, disuria	Serología HIV, VHB, VHC, VDRL no reactivas. Exudado vaginal sin desarrollo bacteriano VEB IgM + (EBNA y VCA)	Úlcera de Lipschütz asociada a VEB	Analgesia Antibióticos Antivirales Corticoides
4	14	No	No	Fiebre, odinofagia	PCR 19 mg/l VES 69 mm/h Serología HIV, VDRL, virus herpes simple 1 y 2, VHB y C no reactivas VEB IgG + IgM - CMV IgG + IgM - Anatomía patológica de lesión reseca: tejido necrótico, vasos dilatados, se observan eritrocitos y leucopocitos, colonias bacterianas aisladas, no elementos de malignidad.	Úlceras de Lipschütz	Analgesia. Sonda vesical. Antibióticos.

IRS: inicio de relaciones sexuales; VES: velocidad de eritrosedimentación; VEB: virus Epstein-Barr; CMV: citomegalovirus; ANA: anticuerpos antinucleares; ANCA: anticuerpos anticito plasma del neutrófilo; FR: factor reumatoideo; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VHC: virus hepatitis C; VHB: virus hepatitis B; EBNA: anticuerpos contra antígeno nuclear de Epstein-Barr; VCA: anticuerpos contra el antígeno de la cápsida viral; PCR: proteína C reactiva.

Consulta por fiebre de 72 horas de evolución de 39 °C axilar, dolor abdominal difuso y disuria. Refiere tumora- ción dolorosa a nivel genital. Niega traumatismos y admi- nistración de fármacos por vía sistémica o tópica. Examen físico: gran edema de labio mayor y menor derechos; en cara interna de labio mayor derecho lesión ulcerada indu- rada y dolorosa de 2 cm, bordes irregulares y fondo con exudado blanquecino. En cara interna de labio mayor iz- quierdo, lesión en espejo de similares características, de 1 cm; himen conservado (figura 3). Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico, metronidazol, azitromicina y aciclovir vía oral. Estudios complementarios expuestos en la tabla 1. Se agrega tratamiento con corticoides y an-

tiibióticos tópicos. Dados en este caso los anticuerpos es- pecíficos para virus Epstein-Barr (VEB) IgM reactiva, el planteo diagnóstico fue de úlceras de Lipschütz aso- ciadas a VEB. En control a las dos semanas se constata mejoría completa de las lesiones, sin recidivas ni apari- ción de úlceras en otras regiones.

Caso 4

Catorce años. Sobrepeso. Menarca a los 12 años, ciclos regulares. Niega IRS.

Consulta por fiebre y odinofagia de seis días de evo- lución. A las 48 horas del inicio de los síntomas agrega lesiones genitales dolorosas y asimetría del labio mayor



Figura 2. Se observan dos lesiones ulcerosas en labio mayor derecho, una en horquilla vulvar.



Figura 3. Se observa edema de labio mayor derecho y úlcera indurada.

izquierdo. Niega ingesta de fármacos o traumatismos locales.

Valorada por ginecólogo, realiza decolamiento de cara interna de labio mayor por lesión ulcerada con área necrótica, que se envía a anatomía patológica (AP). Disuria intensa.

Examen físico: edema de labio mayor izquierdo, con lesión ulcerada en cara interna. Muy dolorosa y friable (figura 4). Ano sin lesiones. Resto normal. Ingresa a cuidados moderados por retención aguda de orina, se coloca sonda vesical, se inicia analgesia reglada por vía intravenosa con ketoprofeno, tramadol y tópica con lidocaína. Se comenzó tratamiento antibiótico con cefuroxime. Estudios complementarios expuestos en la tabla 1. Se planteó como diagnóstico úlceras vulvares de Lipschütz. Presentó buena evolución, alta al quinto día de internación con mejoría franca del dolor y de las lesiones.

Las principales características de los casos se resumen en la tabla 1.

Discusión

Los casos clínicos descritos presentan algunas características en común que es necesario jerarquizar para el abordaje diagnóstico. Se trata de adolescentes que niegan IRS y conductas de riesgo y en las cuales no surge de la valoración clínica la sospecha de probable abuso sexual. Estas características orientan a la etiología no infecciosa.

La anamnesis detallada y exploración física minuciosa, analizando la forma de presentación (aguda, crónica, recurrente) y características de las úlceras son importantes para el diagnóstico diferencial⁽⁴⁾. En los antecedentes, además de considerar el IRS y la presencia de conductas de riesgo, se debe indagar acerca de ingesta



Figura 4. Gran lesión ulcerada en cara interna de labio mayor derecho con edema perilesional.

de fármacos, aplicación de fármacos o sustancias tóxicas y traumatismos locales⁽²⁾.

En el caso 1, la forma de presentación recurrente con úlceras orales aleja las etiologías infecciosas. Entre las causas infecciosas la más frecuente es el VHS, cuya vía de transmisión no es exclusivamente sexual⁽⁴⁾. El VHS tipo 1 es más frecuente como causa de primoinfección genital y el VHS tipo 2 es más frecuente en general (70%-90%) y puede ser de presentación recurrente. Independientemente del subtipo de herpes, a diferencia de los casos descritos, producen úlceras múltiples, pequeñas, agrupadas sobre una base eritematosa, superficiales, en ocasiones coalescentes, dolorosas y con prurito intenso. La segunda causa en frecuencia es la primoinfección por *Treponema pallidum*, que habitualmente pasa desapercibida por tratarse de lesiones únicas, indoloras y autolimitadas. El chancroide o chancro blando (*Haemophilus ducreyi*) comienza como pápulas eritematosas que evolucionan a pústulas y en 48 horas se ulceran. Son úlceras profundas y polimórficas, tienen

Tabla 2. Criterios del International Study Group para el diagnóstico de enfermedad de Behcet.

Criterio	Descripción
Úlceras orales recurrentes	Aftas pequeñas, aftas grandes o úlceras herpetiformes que recurren al menos tres veces en un período de 12 meses, observadas por el médico o el paciente
<i>Más de dos de las siguientes:</i>	
Úlceras genitales recurrentes	Úlceras aftosas o cicatriz observada por el médico o el paciente
Lesiones oculares	Uveítis anterior, uveítis posterior, células en el vítreo en la exploración con lámpara de hendidura o vasculitis retiniana observada por oftalmólogo
Lesiones cutáneas	Eritema nodoso observado por el médico o el paciente, pseudofoliculitis o lesiones pseudopustulosas o nódulos acneiformes observados por el médico en paciente que ya ha pasado la adolescencia y que no recibe tratamiento corticoideo
Patergia	Reacción cutánea a la punción con una aguja observada por el médico a las 24-48 horas

Tomado de International Study Group for Behcet's Disease: Criteria for diagnosis of Behcet's disease, Lancet 335:1070-80, 1990.

base purulenta y borde violáceo-gris mal definido no indurado y fétidas. Suele encontrarse una úlcera dominante rodeada de otras satélites menores que pueden confluir en una mayor. Se localizan en horquilla vulvar, clítoris, vestíbulo y labios⁽²⁾.

Entre las causas no infecciosas se deben considerar enfermedades autoinmunes, como la enfermedad de Crohn, enfermedad de Behcet y pénfigo vulgar, y otras como liquen escleroso, aftosis idiopática, eritema fijo medicamentoso, eritema multiforme y enfermedades malignas o tumorales⁽³⁻⁶⁾. Como ya fue analizado, aunque en estos casos no surge la sospecha, se debe tener presente siempre la posibilidad de abuso sexual, ya que las lesiones vulvares pueden ser la única prueba^(4,7,8).

En el caso 1, como ya fue señalado, la forma de presentación orientó a enfermedad de Behcet. Se trata de una vasculitis caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, uveítis y artritis. La paciente tenía el antecedente de úlceras orales recurrentes similares a úlceras aftosas, múltiples⁽²⁾. Para el diagnóstico de enfermedad de Behcet se aplican los criterios del International Study Group. Incluyen úlceras orales recurrentes; úlceras genitales recurrentes; lesiones oculares; lesiones cutáneas; patergia⁽⁹⁾. El signo de patergia es debido a hipereactividad cutánea inespecífica; no es patognomónico. pero tiene una sensibilidad de 50% y especificidad de 98%. Para buscar este signo se debe realizar un traumatismo mínimo en la piel (habitualmente con una aguja intradérmica) y se produce una pápula, esta reacción se lee a las 24-48 horas y se considera positiva si la pápula es mayor de 2 mm. Los criterios diagnósticos de enfermedad de Behcet se muestran en la tabla 2^(9,10).

Si bien el caso 1 no cumplía con los dos criterios menores, se trata de formas de reciente comienzo en adoles-

centes sin evidencia de enfermedad infecciosa, por lo que el seguimiento es esencial para aclarar el diagnóstico y descartar diagnósticos diferenciales⁽⁴⁾.

En los casos 2, 3 y 4 se trata de adolescentes, que al igual que la anterior, niegan antecedentes de IRS, pero en el contexto de un síndrome febril de reciente comienzo, presentan úlceras vulvares agudas dolorosas. Estas características coinciden con lo clásicamente descrito por Lipschütz a principios del siglo XX⁽²⁻¹¹⁾. Esta entidad es conocida como úlceras de Lipschütz o *ulcus vulvae acutum*. Se trata de una entidad poco frecuente e infradiagnosticada, con un pico de incidencia entre los 10 y 15 años. La etiología y fisiopatología es desconocida⁽⁴⁻¹²⁾. Se ha postulado la relación con la infección por diversos virus como influenza A, CMV, y principalmente por VEB. Estos virus podrían actuar como citotóxico directo sobre el epitelio vulvar o desencadenar una reacción inflamatoria sistémica^(13,14). En el caso 3 se observó asociación con infección por VEB. Se han asociado a infección por *Mycoplasma pneumoniae*⁽¹⁵⁾. Al igual que lo observado en esta serie, suelen presentarse con aparición súbita de úlceras únicas o múltiples en la vulva, periné o tercio inferior de la vagina, con típica disposición en espejo o *kissing*; con borde rojo y base necrótica cubierta con exudado gris⁽⁵⁾. Se acompañan de fiebre, mialgias y adenopatías. Hay tres formas de presentación: gangrenosa, miliar y crónica. El diagnóstico es clínico y de exclusión. No es necesaria la biopsia, dado que arroja resultados inespecíficos. Se han propuesto una serie de criterios clínicos para el diagnóstico de las úlceras de Lipschütz; deben cumplirse cinco criterios mayores (úlceras genitales agudas, edad menor de 20 años, ausencia de relaciones sexuales en los últimos tres meses, ausencia de inmunodeficiencia y resolución a las seis semanas

del inicio de los síntomas) y uno menor: profundidad de la lesión (bien delimitada, dolorosa, centro necrótico o fibrinoso) y lesión bilateral (en espejo o beso). Los criterios de exclusión son antecedentes de aftosis genital, evidencia de infección por VHS u otra enfermedad de transmisión sexual e inmunodeficiencia⁽¹⁶⁾.

Es un proceso benigno de curso autolimitado, con resolución espontánea en dos a tres semanas, sin secuelas ni recidivas frecuentes, si bien en algunas comunicaciones se reportan recurrencias en hasta 33% en el primer año^(3,16,17). El tratamiento es sintomático; el objetivo es aliviar el dolor, mejorar la curación y prevenir la cicatrización^(4,16).

No se ha demostrado que el uso de corticoides sistémicos modifiquen el curso de la enfermedad, estando indicada su utilización en mujeres con lesiones recurrentes o asociadas a aftosis oral⁽¹⁷⁾.

En todos los casos analizados se realizaron múltiples exámenes paraclínicos y antibioticoterapia sistémica.

En ocasiones, el dolor intenso de las úlceras vulvares genera complicaciones, como retención aguda de orina con necesidad de hospitalización para realizar analgesia y evacuación vesical por sonda, tal como ocurrió en los casos 1, 2 y 4.

Resulta necesario el conocimiento de esta patología en niñas y adolescentes cuyo abordaje diagnóstico y terapéutico depende de la orientación etiológica basada en criterios epidemiológicos y clínicos bien definidos. Ello contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia y contribuirá a minimizar las repercusiones biológicas y psicológicas.

Conclusión

Es importante que los pediatras estén familiarizados con las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de las diversas patologías que pueden causar úlceras vulvares en niñas y adolescentes, para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

Se debe recordar que las úlceras vulvares pueden constituir un marcador de abuso sexual y enfermedades de transmisión sexual, y en adolescentes que no han iniciado relaciones sexuales, una manifestación de una patología benigna, como las úlceras de Lipschütz o el inicio de una enfermedad autoinmune, como la enfermedad de Behçet.

Abstract

Introduction: genital ulcers are characterized by great clinical and etiological heterogeneity. They may correspond to infectious or non-infectious skin or systemic pathologies. Lipschütz ulcer and Behçet disease stand out among non-infectious conditions.

Objective: to describe four clinical cases of adolescents with non-infectious severe vulvar ulcers hospitalized in two institutions of the national integrated health system in Montevideo, with the purpose of providing professionals with tools for the adequate diagnostic and therapeutic approach.

Discussion: a detailed anamnesis questionnaire and a thorough physical examination are of the essence for an adequate diagnostic and therapeutic approach. The clinical analysis should include considering the patient's age, initiation of sexual intercourse, the number, topography and characteristics of the ulcers including finding out whether there is pain or not, as well as the association of systemic manifestations.

It is important to learn about this rather unusual condition in girls and adolescents, whose diagnostic and therapeutic approach depends on the etiological orientation based on well-defined epidemiological and clinical criteria. This will contribute to improving the quality of assistance and minimizing biological and psychological effects.

Resumo

Introdução: as úlceras genitais se caracterizam por uma grande heterogeneidade clínica e etiológica. Podem ser causadas por patologias cutâneas ou sistêmicas tanto infecciosas como não infecciosas. Entre as últimas, destacam-se as úlceras de Lipschütz e a doença de Behçet.

Objetivo: descrever quatro casos clínicos de adolescentes com úlceras vulvares agudas de causa não infecciosa hospitalizadas em duas unidades de saúde do sistema nacional integrado de saúde de Montevideu buscando oferecer ferramentas para uma correta abordagem diagnóstica e terapêutica.

Discussão: é fundamental realizar uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso para uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada. O exame clínico deve incluir a idade da paciente, o início das relações sexuais, o número, topografia e características das úlceras incluindo a presença ou não de dor, bem como a associação com manifestações sistêmicas.

É necessário conhecer esta patologia pouco frequente em meninas e adolescentes cuja abordagem diagnóstica e terapêutica depende da orientação etiológica baseada em critérios epidemiológicos e clínicos bem definidos. Isso contribuirá para melhorar a qualidade da assistência e a minimizar as repercussões biológicas e psicológicas.

Bibliografía

1. Díaz López L, Pavía Lafuente M, Vázquez Olaiz MC, Pascual Díez, M, Arluziaga Gondat M, Puente-Campano

- Fernández LE.** Úlcera de Lipschütz con evolución tórpida a sinequia vulvar. *Acta Pediatr Esp* 2016; 74(8):e186-8.
2. **Carputo R.** Úlcera genital: diagnóstico diferencial y tratamiento. (Clases de residentes año 2012). Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Servicio de Obstetricia y Ginecología, 2012:21 p.
 3. **Rubio P, Baquedano L, Gil E, Lapresta M.** Úlcera genital aguda en paciente adolescente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(6):450-2.
 4. **Hueto A, González G, Breton P, Zarate I, Lanuza R, Ferrer P.** Úlceras genitales de Lipschütz: reporte de un caso pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2017; 115(6):e436-9.
 5. **Plácido R, Portillo M, del Castillo E, González M, Vaquerizo V.** Úlcera de Lipschütz en su forma gangrenosa. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2014; 16:e151-4.
 6. **Rivero Arias D, Ramos Gómez L, Chavez Caraza K, Briones A.** Úlcera vulvar en una paciente de 15 años: ¿se puede reconocer la alergia a fármacos? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013; 70(3):230-3.
 7. **Burstein James F.** Infecciones de transmisión sexual. En: Kliegman RM, Stanton MD, St. Geme J, Schor NF. Nelson. Tratado de Pediatría. 20ª ed. Madrid: Elsevier, 2016:1032-42.
 8. **Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N.** Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(3):371-92. doi: 10.1016/j.jaad.2007.06.001.
 9. **Özen S.** Enfermedad de Behcet. En: Kliegman RM, Stanton MD, St. Geme J, Schor NF. Nelson. Tratado de Pediatría. 20ª ed. Madrid: Elsevier, 2016:1243-4.
 10. **Pimienta M, Olivé A.** El fenómeno de la patergia. *Semin Fund Esp Reumatol* 2009; 10(3):87-90.
 11. **Mohedas A, Ballesteros M, Penela M, Rodríguez R, Prieto S, Jiménez I.** Úlceras de Lipschütz: a propósito de dos nuevos casos. *Acta Pediatr Esp* 2012; 70(4):169-70.
 12. **Lehman S, Bruce A, Wetter D, Ferguson S, Rogers R.** Reactive nonsexually related acute genital ulcers: review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol* 2009; 63(1):44-51. doi 10.1016/j.jaad.2009.08.038.
 13. **Mariño JC, Navarro M, Garrido M.** Úlcera de Lipschütz por citomegalovirus. *Clin Invest Gin Obst* 2016; 43(1):32-4.
 14. **Maciel J, Kieselová K, Guiote V, Henrique M, Rezende T.** Úlcera de Lipschütz como possível manifestação de primo-infecção por vírus Epstein-Barr. *Nascer Crecer* 2018; 27(1):50-3.
 15. **Koliou MG, Kakourou T, Richter J, Christodoulou C, Soteriades ES.** *Mycoplasma pneumoniae* as a cause of vulvar ulcers in a non-sexually active girl: a case report. *J Med Case Rep* 2017; 11:187. doi: 10.1186/s13256-017-1345-9.
 16. **Eizaguirre FJ, Lucea L, Artola E, Goiri K.** Úlcera genital aguda no relacionada con enfermedad de transmisión sexual. *Anal Pediatr (Barc)* 2011; 76(3):170-2. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.09.015.
 17. **Kam S, Salomone C, Dossi MT, Tapia O.** Úlcera genital aguda de Lipschütz: caso clínico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(1):47-50.

Contribución de autores

Todos los autores participaron por igual en las distintas etapas de concepción, diseño, ejecución análisis, redacción y revisión crítica.

Lucía Moreira, <https://orcid.org/0000-0003-2319-9799>.

Loreley García, <https://orcid.org/0000-0002-4596-7448>.

Ana Casuariaga, <https://orcid.org/0000-0002-1122-5147>.

Gustavo Giachetto, <https://orcid.org/0000-0003-37754773>.

Víctor Machín, <https://orcid.org/0000-0001-7054-727X>.