

CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A

Non-Sexually Transmitted Acute Ulcer of the Vulva Associated With Influenza A Virus Infection

Sr. Director:

La úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual (úlceras de Lipschütz) es una entidad poco frecuente, caracterizada por el desarrollo de una o más úlceras de instauración brusca, grandes y profundas que aparece en pacientes sin antecedentes patológicos previos. La etiología es desconocida, existen en la literatura casos relacionados con la primoinfección por diferentes agentes infecciosos como VEB, CMV, influenza, *Toxoplasma* y *Salmonella*. En la serie de Farhi et al¹ un 33% de pacientes mostraron serología positiva IgM para VEB y con técnicas de PCR se pudo demostrar la presencia del virus en las biopsias de las lesiones. Presentamos un caso de úlcera vulvar aguda que se relacionó con la infección por virus influenza A.

Presentamos el caso de una paciente de 14 años, sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por úlceras genitales dolorosas de 36 horas de evolución, que habían recibido tratamiento como una primoinfección herpética (fig. 1). Refería no haber mantenido nunca relaciones sexuales y a la exploración presentaba un himen íntegro. La paciente asociaba un cuadro de 7 días de evolución de odinofagia, fiebre alta y quebrantamiento del estado general con astenia y mialgias generalizadas tratado con antitérmicos. En el momento de la exploración la paciente se encontraba afebril y presentaba úlceras vulvares de 2 cm de diámetro bilaterales y simétricas (de disposición en espejo) en los labios menores, de aspecto úlcero-necrótico y fondo fibrinoso, exudativas, muy dolorosas y malolientes, con adenopatías inguinales bilaterales reactivas. Se pautó tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico 500 mg/ 8 horas durante 7 días), antiinflamatorios orales y fomentos secantes tópicos. El estudio hematológico y bioquímico realizado mostró resultados dentro de la normalidad. Los estudios serológicos mostraron negatividad para VIH I y II, VHC, VHB, VHS I y II, parvovirus y lues; con IgG positiva pero IgM negativa para *Toxoplasma gondii*, CMV, VEB, virus parain-



Figura 1 Úlceras vulvares agudas necrotizantes, bilaterales y simétricas.

fluenza 1,2 y 3, adenovirus, así como para virus influenza B, pero positividad IgG e IgM para virus influenza A. Los cultivos del exudado vulvar y de la úlcera resultaron negativos. El seguimiento de la paciente mostró curación completa de las lesiones sin presentar lesiones cicatriciales ni recidivas.

La úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual se presenta en niñas y adolescentes inmunocompetentes no activas sexualmente, con una clínica llamativa de lesiones úlcero-costrosas genitales, muy dolorosas, de instauración brusca en un contexto de síndrome febril y alteración del estado general. El desarrollo de estas úlceras debe plantear

el diagnóstico diferencial con otras causas de úlcera vulvar aguda, entre las que se incluyen infecciones de transmisión sexual, traumáticas, aftosis genitales o lesiones ulceradas asociadas a enfermedades autoinmunes². Su curso es auto-limitado, resolviéndose las lesiones en un periodo de 2 a 4 semanas, sin cicatrices residuales ni recidivas posteriores¹.

Aunque la etiología es desconocida su desarrollo se relaciona con diversas infecciones víricas, siendo la más frecuente la infección por virus de Epstein-Barr^{1,3,4-9}. El caso expuesto describe una úlcera vulvar aguda a tipo úlcera de Lipschütz asociada a la primoinfección por el virus de influenza A. Debido a la alta incidencia de esta infección, a la gran alarma socio-sanitaria en relación con el serotipo H1N1 de este virus, y a la asociación encontrada con a la úlcera vulvar aguda, creemos que es relevante el conocimiento de esta entidad y su relación con la infección por el virus influenza A¹⁰.

Bibliografía

1. 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.
2. Fett N, Hinshaw M. Multiple painful vaginal ulcerations. *Arch Dermatol*. 2008;144:547–52.
3. Martín JM, Molina I, Ramón D, Alpera R, de Frutos E, García L, et al. Úlceras vulvares agudas de Lipschütz. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:224–6.
4. Halvorsen JA, Brevig T, Aas T, Skar AG, Slevolden EM, Moi H. Genital ulcers as initial manifestation of Epstein-Barr virus infection: two new cases and a review of the literature. *Acta Derm Venereol*. 2006;86:439–42.
5. Barnes CJ, Alio AB, Cunningham BB, Friedlander SF. Epstein-Barr virus associated genital ulcers: an under-recognized disorder. *Pediatr Dermatol*. 2007;24:130–4.
6. Crawford DH, Swerdlow AJ, Higgins C, McAulay K, Harrison N, William H, et al. Sexual history and Epstein-Barr virus infection. *J Infect Dis*. 2002;186:731–6.
7. Portnoy J, Ahronheim GA, Ghibu F, Clecner B, Joncas JH. Recovery of Epstein-Barr virus from genital ulcers. *N Engl J Med*. 1984;311:966–8.
8. Cheng SX, Chapman MS, Margesson LJ, Birenbaum D. Genital ulcers caused by Epstein-Barr virus. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:824–6.
9. Navarro LI, Domenech V, Elizalde J, Pujol E. Primoinfección por el virus de Epstein-Barr: una causa poco conocida de úlcera genital aguda. ¿Úlcera de Lipschütz? *Rev Clin Esp*. 1996;196:570–1.
10. Wetter DA, Bruce AJ, MacLaughlin KL, Rogers III RS. Ulcus vulvae acutum in a 13-year-old girl after influenza A infection. *Skinmed*. 2008;7:95–8.

A. Esteve-Martínez*, J. López-Davia, A. García-Rabasco, I. Febrer-Bosch y V. Alegre- de Miquel

Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alteamarsa@hotmail.com

(A. Esteve-Martínez).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.012

La imputabilidad de la lamotrigina en el exantema medicamentoso aumenta con las pruebas epicutáneas

Patch Testing Increases the Likelihood of Recognizing Lamotrigine as a Cause of Drug-Induced Rash

Sr. Director:

La lamotrigina es un fármaco perteneciente al grupo de antiepilépticos aromáticos utilizado especialmente para la epilepsia, el trastorno bipolar y como un estabilizador del ánimo. La reacción adversa más característica de este fármaco es la aparición de un rash cutáneo, especialmente en las 8 primeras semanas de tratamiento.

Presentamos una paciente mujer de 64 años con antecedentes de depresión, en tratamiento con ranitidina, velanflaxina (ambas desde hace más de dos años) y lamotrigina. Acude a Urgencias por la aparición de máculas y pápulas pruriginosas, eritematosas de progresión cefalocaudal y de 4 días de evolución (figs. 1 y 2). Presentaba además molestias orales y fiebre termométrada de 38 °C. Como antecedente refiere la introducción de la lamotrigina 12 días antes del comienzo de la clínica.



Figura 1 Clínica cutánea.