

CASOCLÍNICO

Úlcera vulvar en una paciente de 15 años: ¿se puede reconocer la alergia a fármacos?

Vulvar ulcer in a 15-year-old girl: can we recognize adverse drug reactions?

Dulce María Rivero Arias,¹ Laura Isabel Ramos Gómez,² Karla L Chávez Caraza,³ Alejandra Briones⁴

RESUMEN

Introducción. Los pediatras consideran la úlcera vulvar como una patología poco común. Sin embargo, los médicos que se especializan en la atención de adolescentes y niñas con patología vulvar consideran las úlceras vulvares como un motivo de consulta frecuente.

Caso clínico. Se trató de un paciente femenino de 15 años con cuadro de fiebre y dolor faríngeo diagnosticado como faringitis bacteriana. Recibió tratamiento con trimetoprima-sulfametoaxazol. Dos días después cursó con aparición de placas hiperpigmentadas de centro ampolloso, que evolucionaron a una úlcera de aproximadamente 4 cm de diámetro. Inicialmente se consideró un origen infeccioso de la lesión y se manejó con fluconazol tópico; posteriormente, amoxicilina clavulanato. No presentó mejoría y, tras la valoración por el dermatólogo, se diagnosticó eritema pigmentado fijo con base en la morfología de lesión inicial. Recibió tratamiento con betametasona y loratadina oral, así como hidrocortisona tópica al 1%. Evolucionó con resolución de las lesiones.

Conclusiones. En la práctica del pediatra es trascendental conservar en mente no solo la patología de origen infeccioso y venereo en las pacientes adolescentes con úlcera vulvar, sino también las reacciones de alergia a fármacos.

Palabras clave: úlcera vulvar, eritema pigmentado fijo, reacción adversa a medicamentos.

ABSTRACT

Background. Pediatricians consider vulvar ulcer as an uncommon pathology. However, clinicians specialized in the care of young girls and teenagers with vulvar pathology actually consider vulvar ulcer not to be an infrequent primary complaint.

Case report. We report the case of a 15-year-old girl who presented fever and sore throat for which she was treated with trimethoprim-sulfamethoxazol. Two days after taking the drug she presented hyperpigmented patches with a bullous center that developed into an ulcer of ~4 cm in diameter. First considered infectious in origin, she received treatment with topical fluconazole and afterwards with amoxicillin clavulanate without any improvement. She was then assessed by a dermatologist, and the diagnosis of fixed drug eruption was established on the basis of the initial morphology of the lesion. She was treated with betamethasone and loratadine as well as topical 1% hydrocortisone. The lesions evolved to complete resolution.

Conclusions. In pediatric practice, it is important for the pediatrician to consider not only infectious and venereal causes in teenage girls with vulvar ulcer, but also allergic drug reactions.

Key words: vulvar ulcer, fixed drug eruption, adverse drug reaction.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una úlcera vulvar en pacientes adolescentes constituye un reto diagnóstico para los médicos y una causa de estrés significativo para padres y pacientes.¹ La úlcera vulvar se considera como una patología poco común. Sin embargo, los médicos que se especializan en la atención de adolescentes y niñas con patología vulvar consideran las úlceras vulvares como un motivo de consulta frecuente.² Un abordaje estructurado facilita el estudio de estos casos y evita la realización de pruebas diagnósticas innecesarias, costosas y causantes de ansiedad para

¹ Residente de Pediatría

² Dermatología Pediátrica, Profesor de postgrado de Pediatría

³ Profesor de postgrado de Pediatría

⁴ Ginecología y Obstetricia, Hospital San José-TEC Salud

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud,
Residencia en Pediatría del Sistema Multicéntrico
de Residencias Médicas ITESM-SSNL
Monterrey, Nuevo León, México

Fecha de recepción: 24-01-12

Fecha de aceptación: 28-02-13

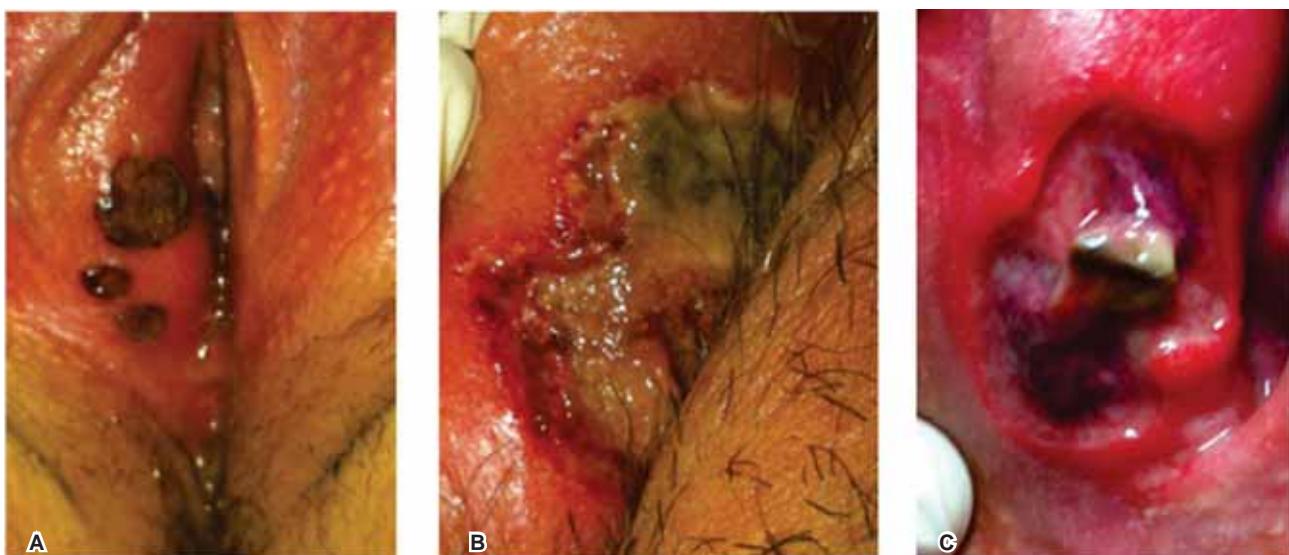


Figura 1. Se observa la evolución clínica de la paciente. **A.** Estadio inicial con placa redonda, hiperpigmentada, con lesiones ampulosas centrales. **B.** Al ingreso hospitalario, las lesiones han coalescido para formar una úlcera de bordes bien definidos, cubierta por exudado fibrinoso. **C.** Despues de primera curación, se ha retirado el exudado y se observa claramente borde y fondo de la úlcera, bien demarcada, con bordes regulares y la reacción de eritema circundante moderada (Fotografía cortesía de la Dra. Alejandra Briones).

los padres de pacientes con úlcera vulvar. Los hallazgos morfológicos y una historia clínica detallada son el medio más eficaz para la determinación de los diagnósticos diferenciales, más que la sintomatología, la cual resulta, frecuentemente, inespecífica.³

CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente de sexo femenino de 15 años de edad, previamente sana. Negó el inicio de vida sexual activa. Refirió, como antecedente, un cuadro de fiebre no cuantificada y dolor faríngeo la semana previa (con diagnóstico de faringitis bacteriana), por lo cual se le administró trimetoprima-sulfametoaxazol por 2 días.

Acudió a urgencias con motivo de consulta de lesiones vulvares. Al interrogatorio, refirió un cuadro con disuria intermitente y sensación de cuerpo extraño en área vulvar, acompañada de prurito de dos días de evolución. A la exploración física en Urgencias se detectaron placas hiperpigmentadas eritematovioláceas, una de 1.5 cm y dos más pequeñas de 0.5 cm de radio. Las tres presentaban una ampolla en la porción central, ubicadas a nivel de tercio inferior de labio menor derecho (Figura 1 A). Al interrogatorio intencionado, la paciente refirió prurito y disuria

moderada. Se estableció el diagnóstico de candidasis, por lo que recibió tratamiento con nitrofurantoína y fluconazol tópico.

Dos días después, acudió nuevamente a consulta de urgencias, refiriendo persistencia de disuria intensa, que dificulta la micción y fiebre de 38°C. Se detectó que las lesiones han realizado coalescencia, formando una úlcera de aproximadamente 4 cm de diámetro, con un halo eritematoso, cubierta por exudado amarillo grisáceo (Figura 1B). Se sospechó de una sobreinfección bacteriana y se agregó tratamiento con amoxicilina-clavulanato.

Un día después, se decidió su internamiento para colocación de sonda Foley y curación bajo anestesia con toma de biopsia por persistencia de lesiones (Figura 1C). Durante su internamiento se continuó el manejo antibiótico con amoxicilina-clavulanato. Se solicitó interconsulta a Dermatología y se estableció el diagnóstico de eritema pigmentado fijo basado en la morfología de la lesión y el antecedente de consumo de trimetoprima-sulfametoaxazol. Recibió tratamiento con loratadina/betametasona (5 mg/0.25 mg), así como betametasona tópica al 0.1%. A las 24 horas presentó disminución del tamaño de las lesiones y reanudación de la micción (Figura 2). Se obtuvieron cultivos de la secreción de la lesión que resultaron



Figura 2. Aspecto de la lesión después del inicio del tratamiento con loratadina y betametasona tópica.

negativos para gérmenes aerobios y anaerobios. Se egresó después de 96 horas de hospitalización, con indicación de continuar con el tratamiento tópico, utilizando un esteroide tópico de menor potencia (hidrocortisona al 1%, por tres dífas). El resultado de la biopsia reportó tejido necrótico, sin evidencia de neoplasia, con escasa formación de granulomas reparativos. La paciente fue valorada nuevamente por consulta a los 90 días del alta, confirmándose resolución completa de la lesión.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente de 15 años, quien cursó con una reacción de hipersensibilidad retardada ocasionada por el consumo de un fármaco. Es recomendable que el pediatra modifique, para el abordaje de la paciente con úlcera vulvar, el enfoque diagnóstico al que está acostumbrado el pediatra.

Al abordar una paciente adolescente con úlcera vulvar, el primer reto del pediatra es considerar las causas no infecciosas de la lesión, como el caso que se presentó previamente. Este caso es prominente, ya que ni médicos ni pacientes reconocen las causas no infecciosas de úlceras vulvares.² Las reacciones adversas a fármacos son problemas frecuentes que se presentan hasta en 7% de la población general. Existen más de 25 patrones de mani-

festaciones cutáneas que constituyen una respuesta alérgica al consumo de un fármaco.⁴

El eritema pigmentado fijo es un fenómeno en el cual la exposición a un fármaco produce la aparición de una lesión cutánea que puede ser única o múltiple, de forma redonda u ovalada, eritematosa, bien circunscrita, de entre 2 y 10 cm de diámetro, la cual puede aparecer en cualquier punto de la superficie mucocutánea.⁵ Se trata de una de las formas más frecuentes de hipersensibilidad tardía, únicamente después de las reacciones de tipo exantemático.⁵ Ozkaya-Bayazit caracterizó la relación entre el fármaco y la localización de la lesión, identificando a la trimetoprima-sulfametoaxazol como el principal agente causal del eritema pigmentado fijo y a la mucosa genital, como el sitio más frecuentemente afectado por el eritema fijo inducido por este medicamento.⁶

Entre los diagnósticos diferenciales de la úlcera vulvar se encuentra la úlcera de Lipschutz, término que se ha utilizado para denominar la ulceración de la vulva o parte inferior de la vagina, cuya aparición no está relacionada con antecedentes de contacto sexual. A dicha úlcera vulvar de origen no venéreo se la ha dado también el nombre de úlcera genital aguda (UGA),¹ término ampliamente utilizado en la literatura. El diagnóstico diferencial de la UGA es extenso. La causa se identifica tras haber descartado las enfermedades sistémicas. Sin embargo, constituye un reto en la identificación del agente etiológico la existencia de agentes virales no relacionados con enfermedades de transmisión sexual, los cuales se han propuesto también como causantes de UGA en pacientes vírgenes y en edad pediátrica. Uno de los agentes virales más frecuentemente reportados en la literatura es el virus de Epstein Barr (VEB). Sin embargo, pocos reportes han descrito el aislamiento del VEB directamente de la úlcera, ya sea por cultivo viral o por técnicas moleculares (reacción en cadena de la polimerasa).²

En pacientes con antecedentes de inicio de vida sexual activa se deben considerar, entre los diagnósticos diferenciales, las patologías de transmisión sexual caracterizadas por úlceras genitales, como el granuloma inguinal, el linfogranuloma venéreo, sífilis, chancroide y virus del herpes simple. Un enfoque individualizado permite orientar la práctica de pruebas diagnósticas para dichas patologías, basándose en el riesgo del paciente y sus prácticas sexuales, por medio de un interrogatorio intencionado acucioso.¹ En este caso, los antecedentes facilitaron abordarla como una paciente de bajo riesgo para patología de transmisión sexual. La UGA es un diagnós-

tico de exclusión al cual se llega cuando se han descartado enfermedades sistémicas específicas e infecciones. La etiología precisa de la UGA es poco comprendida y poco estudiada, tal como ocurre con las úlceras orales, con las que se considera que comparten una base fisiopatológica y curso clínico.²

El diagnóstico de esta paciente se sustentó con base en el aspecto morfológico de la lesión, así como en el comportamiento clínico y la respuesta al tratamiento. Una de las pruebas diagnósticas descritas para la confirmación del eritema pigmentado fijo es la prueba del reto oral o prueba de provocación; es decir, la exposición repetida del paciente al fármaco en cantidades menores, hasta que se presente la reacción cutánea. Sin embargo, resulta una contraindicación la práctica de la prueba de reto oral en pacientes con involucro de mucosas, ya que aumenta el riesgo de que, en la siguiente exposición, el paciente curse con una reacción generalizada, como el síndrome de Lyell y síndrome de Stevens-Johnson.⁴

La patología vulvar tiende a ser un campo de poco contacto, tanto para ginecólogos como para dermatólogos. Y es, precisamente, la población de mujeres adolescentes la que se ve más frecuentemente afectada por este tipo de lesión cutánea.² Es muy importante que el pediatra conser-

ve en mente no solamente las patologías de origen infeccioso y venéreo en las pacientes adolescentes con úlcera vulvar. En el caso aquí presentado, resalta la importancia de considerar las causas no infecciosas de las úlceras vulvares y, de entre ellas, la posibilidad de las reacciones adversas a fármacos.

Autor de correspondencia:
Dra. Dulce María Rivero Arias
Correo electrónico: dumariar@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Huppert JS. Lipschutz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. Dermatol Ther 2010;23:533-540.
2. Bandow G. Diagnosis and management of vulvar ulcers. Dermatol Clin 2010;28:753-763.
3. Chen TM, Langston A. Differential diagnosis of vulvar lesions. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-vulvar-lesions>.
4. Schnyder B. Approach to the patient with drug allergy. Immunol Allergy Clin North Am 2009;29:405-418.
5. Shin HT, Chang MW. Drug eruptions in children. Curr Probl Pediatr 2001;31:207-234.
6. Ozkaya-Bayazit E. Specific site involvement in fixed drug eruption. J Am Acad Dermatol 2003;49:1003-1007.