

Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario  
Virgen de las Nieves  
Granada

## ÚLCERA GENITAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

*Dr. Raffaele Carputo*

*29 de Febrero 2012*

### INTRODUCCIÓN

La úlcera genital es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Puede ser signo guía de un gran abanico de entidades patológicas cutáneas o sistémicas de naturaleza infecciosa, traumática, autoinmunes, tóxica, hasta neoplásicas. A su vez la presencia de úlcera genital supone un incremento del riesgo para contraer infección por el VIH. Una correcta anamnesis junto a una exploración detallada con examen minucioso de las características de la úlcera nos permitirán un correcto diagnóstico diferencial y de ahí elegir el tratamiento adecuado.

### ETIOLOGÍA

**Infecciosas:** representan el grupo más amplio. El agente causal más frecuente con diferencia es el Virus del Herpes simple (VHS), que representa el 70-80% de los casos. Le sigue a continuación el lúes (5%) y el chancroide (<1%).

- 1. Herpes genital:** causado por el Virus Herpes Simple (VHS) del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-1 es más frecuente como causante de primoinfección genital. El VHS-2 es más frecuente en general, ya que es más recurrente.

2. **Sífilis:** enfermedad sistémica causada por una espiroqueta helicoidal, el *Treponema Pallidum*.
3. **Chancroide o chancro blando:** causado por una bacteria gramnegativa, el *Haemophilus Ducreyi*.
4. **Linfogranuloma venéreo (LGV):** producido por *Chlamydia trachomatis*, serotipos invasivos L1, L2 o L3.
5. **Granuloma inguinal o donovanosis:** producido por *Klebsiella granulomatis*, bacteria intracelular gramnegativa.
6. **VIH:** en el curso de la infección primaria

### **No infecciosa:**

#### **a) Trastornos autoinmunes:**

Aftosis orogenitales (sd. Behçet, enfermedad de Chron, aftosis oro-genital recurrente), pioderma gangrenoso, eritema fijo medicamentoso, liquen esclero-atrófico.

#### **b) Úlcera vulvar de Lipschutz**

#### **c) Neoplasias:**

Carcinoma escamoso, carcinoma basocelular, melanoma vulvar, enfermedad de Paget extramammaria.

#### **d) Otras causas:**

Dermatopatías que no cursan primariamente con úlcera (Pénfigo, dermatopatías pruriginosas), lesiones traumáticas (accidentales, facticia, agresión sexual).

### **EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS ÚLCERAS GENITALES:**

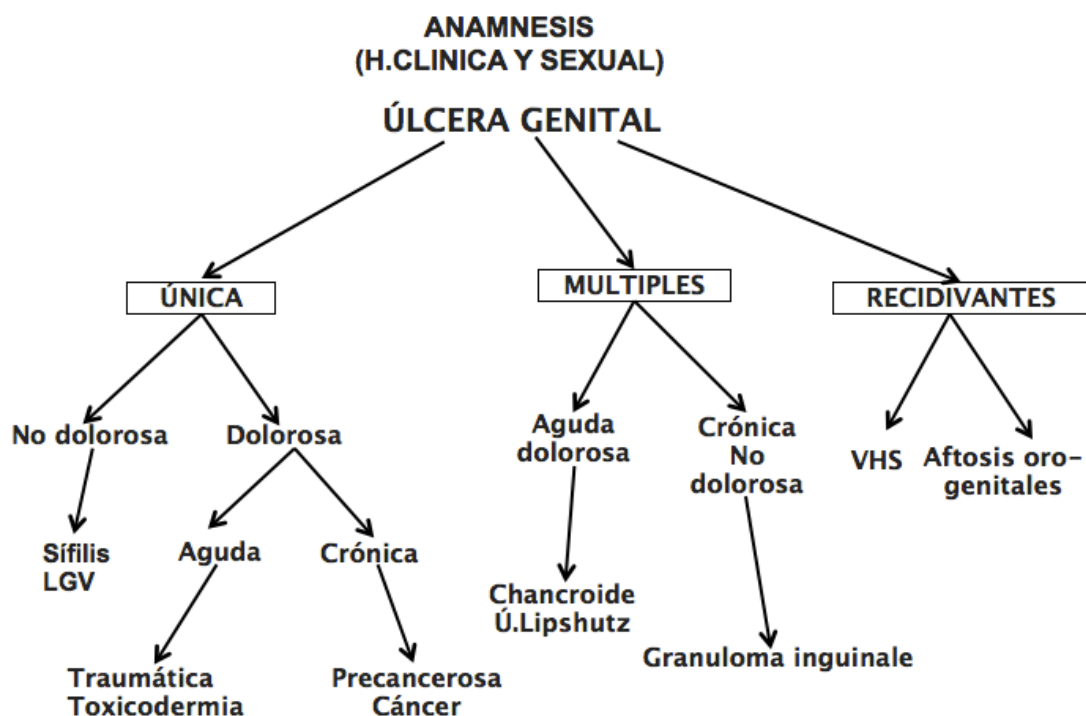
Es fundamental realizar una historia completa (clínica y sexual) y un examen físico exhaustivo.

Una anamnesis adecuada debería comprender:

**Historia sexual:** número y géneros de los contactos sexuales en los últimos seis meses, uso de barreras de protección, ubicación geográfica de la pareja (puede dar pistas sobre la etiología o riesgo de resistencia a los antibióticos).

**Historia clínica:** tiempo de evolución de la lesión (aguda o crónica), presencias de sintomatología sistémica asociada, primer episodio o recurrente, tiempo transcurrido entre eventual conducta de riesgo y aparición de la clínica (periodo de incubación), uso de drogas que se asocian con un incremento en conductas de alto riesgo, antecedente de enfermedades de transmisión sexual y si ha sido realizado previamente la prueba del VIH.

**Examen físico:** tiene como objetivo valorar distintos factores como: tiempo de evolución, tipo de lesión inicial, morfología de la úlcera, número de las lesiones, características de las adenopatías y presencias de síntomas asociados como el dolor o síntomas constitucionales y extragenitales.



**ÚLCERAS INFECCIOSAS:**

	<b>Herpes genital</b>	<b>Sífilis primaria</b>	<b>Chancro blando o chancroide</b>	<b>Linfogranuloma venéreo</b>	<b>Granuloma inguinal o donovanosis</b>
<b>Epid.</b>	Más frecuente (70-80%)	Segunda en frecuencia (5%)	tercer lugar (<1%); brotes en varones negros y hispanos	raro; brotes localizados entre hombre homosexuales.	raro; África, India, Nueva Guinea, Brasil.
<b>P. Incub</b>	2-7 días	7-90 días	3-10 días	5-21 días	7-90 días
<b>Etiol.</b>	VHS 2 > VHS 1	T. Pallidum	H. ducreyi	Chlamydia Thracomatis L1-L3	K. granulomatis
<b>Recurrencias</b>	70-90% VHS-2 20-50% VHS-1	No	No	No	No
<b>Sint. constitucional</b>	Si	No	No	No	No
<b>Lesión inicial</b>	Vesículas (Precedidas por pródromos: prurito, parestesias)	Pápula	Pápula	Pápula o vesícula	Nódulo
<b>Úlcera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pequeñas</li> <li>• superficiales</li> <li>• agrupadas sobre una base eritematosa</li> <li>• No indurada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indurada</li> <li>• bien circunscrita</li> <li>• base íntegra no infectada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grandes</li> <li>• profundas</li> <li>• desiguales</li> <li>• base purulenta</li> <li>• mal definida</li> <li>• no indurada</li> <li>• fétidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pequeña</li> <li>• superficial</li> <li>• se curan con rapidez sin dejar cicatriz</li> <li>• a menudo no se observan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se agrandan</li> <li>• muy vascularizadas y sangran fácilmente al roce</li> <li>• cicatrización similar a la de los queloides.</li> </ul>
<b>Número lesiones</b>	> múltiples coalescentes A veces solo una	> una Raramente múltiples	Normalmente de 1-3	Una	Una o varias
<b>Dolor</b>	Dolor y quemazón	Indolora o poco dolorosa	Dolorosa	Indolora	Indolora
<b>Adenopatía</b>	Dura, móvil, bilateral y muy dolorosas	Dura, móvil, bilateral no dolorosa	50% unilateral, dolorosa, adherida a la piel y que tienden a fistulizar Si grandes y fluctuante son denominados Bubas	Unilateral, dolorosa, adherida a la piel y que tienden a fistulizar "Signo del surco"	Nada o pseudobubones: granulomas subcutáneos en la zona ganglionar (unilateral y doloroso)

**Úlceras herpéticas:** precedida por una clínica prodrómica, caracterizada por parestesias, sensación de quemazón o prurito, edema y eritema. Comienzan como una o más vesículas agrupadas sobre una base eritematosa. Estas vesículas posteriormente se abren y conducen a ulceraciones poco profundas. En las zonas debajo del prepucio o alrededor de los labios y el recto, a menudo las vesículas se rompen antes de que se noten.

Posteriormente aparecen costras. En la primoinfección genital el dolor suele durar 10 días y las lesiones cicatrizan en 2-3 semanas. Las recurrencias suelen ser menos dolorosas y de duración más limitadas.

**Chancro sifilítico:** se desarrolla en el lugar de la inoculación a los 21 días (7-90d) de la exposición aproximadamente (el periodo de incubación es inversamente proporcional al tamaño del inoculo). Clásicamente uno solo, indurado, bien circunscrito con base íntegra no infectada y no dolorosa (puede ser doloroso en caso de sobreinfecciones). Las localizaciones más frecuentes son el cérvix, vagina, vulva, boca o alrededor del ano. Sin tratamiento estas lesiones desaparecen solas en 6 semanas.

**Chancro blando o Chancroide:** comienza como pápulas eritematosas que se convierten en pústula y en 48 h se ulceran. Las úlceras se caracterizan por ser profundas y desiguales con una base purulenta, de color amarillo-gris, y un borde violáceo mal definido no indurado y fétidas. Suele haber una úlcera dominante rodeada de otras satélites menores, que pueden confluir en una úlcera mayor. Localizaciones frecuentes en la mujer son: horquilla, vestibulo, clitoris y los labios.

**Linfogranuloma venereo:** reconocemos 3 fases de la infección:

1. Úlcera o pápula pequeña superficial que se cura con rapidez sin dejar cicatriz. Aparecen sobretodo en la horquilla y pared posterior de vagina extendiéndose a veces al cérvix.

2. Síndrome inguinal: los ganglios linfáticos inguinales y femorales aumentan de volumen en forma gradual. Estos ganglios hipertróficos y dolorosos se fusionan creando el signo del surco que es característico y aparece hasta en el 20%. Estos ganglios se pueden romper y drenar de forma crónica.

3. Síndrome anogenitoretal: la paciente manifiesta prurito rectal y una secreción mucosa proveniente de las úlceras rectales. Cuando estas se infectan, la secreción se torna purulenta. Este cuadro es resultado de la obstrucción linfática por la linfangitis y alguna vez genera elefantiasis de los genitales externos y fibrosis del recto.

2. Puede aparecer una secreción mucopurulenta uretral, cervical o rectal, dependiendo del sitio de inoculación.

**Granuloma inguinal:** una o más lesiones nodulares que se ulceran. Las úlceras lentamente se agrandan, son muy vascularizadas y sangran fácilmente al roce. Estas úlceras cicatrizan por fibrosis lo que origina una cicatrización similar a la de los queloides.

### **ÚLCERAS GENITALES NO INFECCIOSAS:**

#### **A) Trastornos autoinmunes:**

##### **1) Aftosis orogenitales:**

- **Síndrome de Behçet:** artropatía seronegativa caracterizada por la tríada sintomática de úlceras recurrentes en la boca y en los genitales, uveítis y artritis. Afecta a adolescentes y adultos jóvenes. Suele asociarse a fiebre, y puede haber afectación pulmonar, intestinal, vascular, cardíaca y del sistema nervioso central. Las lesiones orales son similares a úlceras aftosas que pueden ser únicas o múltiples y de tamaño diverso. Persisten durante dos semanas como mínimo y a menudo mucho más tiempo. Su base es amarilla y el borde rojo. En los genitales aparecen estas mismas lesiones sobretodo en labios mayores. Diagnóstico por criterios clínicos y de laboratorio. Tratamiento: corticoides y inmunosupresores. Especialista de referencia: reumatólogo.
- **Enfermedad de Chron:** se manifiesta a través de clínica digestiva (dolor abdominal y diarrea) y también extradigestiva, como afectación articular (artritis seronegativa), oftalmológica (conjuntivitis, uveítis) y cutánea. La piel puede afectarse de formas muy diversas: pioderma gangrenoso, eritema nodoso, y aftas. Estas últimas pueden aparecer de forma selectiva en el área genital o en muchas ocasiones junto a afectación de

la cavidad oral. Son lesiones erosivo-ulcerativas de fondo fibrinoso y rodeadas de un halo eritematoso, circunferenciales y bien delimitadas, con tamaño variable, desde milímetros hasta más de 1cm (aftosis mayor). El diagnóstico se realiza al diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento es el de la enfermedad de base con corticoterapia y/o fármacos inmunosupresores o inmunomoduladores hasta cirugía en las complicaciones. Especialista de referencia: digestivo

- **Aftosis orogenital recurrente:** enfermedad inflamatoria crónica que se manifiesta como una o varias úlceras dolorosas, de forma ovoide o circular, con borde eritematoso y fondo limpio, cursando en brotes periódicos y con intervalos variables. En la mucosa oral hay 3 formas clínicas reconocidas: menor, mayor y herpetiforme. La forma menor supone el 90% de los casos. Se trata de pequeñas úlceras superficiales (<10 mm), cubiertas por una pseudomembrana blanco-amarillenta y rodeadas por un halo eritematoso. Remiten en 1-2 semanas sin dejar cicatriz y suelen reaparecer a intervalos más o menos constantes, entre 3-12 semanas. La forma mayor se produce en el 10% de los casos. Las aftas suelen ser de más de 10 mm y son más profundas. Suelen curar dejando cicatriz residual en 6 semanas y su reaparición es imprevisible sin intervalos definidos. Se pueden asociar a fiebre y malestar general. La forma herpetiforme es muy rara y se caracteriza por múltiples úlceras superficiales, similares a las de la primoinfección por el virus del herpes simple. Diagnóstico clínico. Tratamiento con corticoides tópicos (elección) o anestésicos tópicos (segunda línea). Especialista de referencia: inmunólogo o reumatólogo.

**2) Pioderma gangrenoso:** enfermedad cutánea inflamatoria y destructiva que produce ulceración en la piel, fiebre elevada y toxicidad sistémica. La piel muestra un nivel de protección insuficiente frente a traumatismos comunes debido a una alteración del sistema inmunológico. Puede aparecer un nódulo cutáneo rojo y doloroso cuyo centro se torna azul. Las lesiones se ulceran con rapidez, y la úlcera suele tener un borde azulado elevado. Al curar dejan cicatrices. Diagnóstico: descartar mediante cultivo la presencia de micobacterias, bacterias u hongos y realizar una biopsia que demuestra

granulomatosis. Las lesiones responden rápidamente a corticoides sistémicos a dosis elevadas. Especialista de referencia: dermatólogo

3) **Exantema fijo medicamentoso:** se trata de una reacción medicamentosa que se manifiesta en la piel, en el mismo lugar o lugares cada vez que se administra el fármaco causal. Suele manifestarse en forma de tumefacción rojo-marrón. Las zonas que con más frecuencia se afectan son la cara, el dorso de las manos, las extremidades, la boca y los genitales. En éstas últimas localizaciones la lesión se puede ulcerar. Los fármacos que con mayor frecuencia producen este cuadro singular son: laxantes (sobre todo la fenolftaleína), barbitúricos, sulfamidas, tetraciclinas, griseofulvina, anticonceptivos orales y fenilbutazona. Desaparece rápidamente al retirar el fármaco causante. Especialista de referencia: dermatólogo

4) **Liquen esclero-atrófico:** Aunque otros tipos de líquenes se pueden localizar en los genitales y zona anal, el que verdaderamente plantea problemas de ulceración y tratamiento es el liquen esclero-atrófico. Representa la causa más frecuente de kraurosis vulvar y afecta sobre todo a mujeres adultas (40-60 años). La clínica se caracteriza por prurito constante y dispareunia de larga evolución. Empieza como una placa papulosa con atrofia epidérmica y esclerosis dérmica, de color blanco-marfileña, muy pruriginosa, con posibles erosiones, fisuras y liquenificaciones que, con el tiempo, se puede ulcerar, lo que es signo de alarma precancerosa. Para las lesiones genitales, los corticoides potentes tópicos han demostrado que alivian la sintomatología y previenen la esclerosis, por lo que constituyen el tratamiento de elección. Las cremas de estrógenos y de testosterona proporcionan alivio sintomático, pero son menos eficaces que los corticoides potentes.

**B) Úlcera vulvar de Lipschutz:** Lipschütz describió en 1913 una nueva entidad clínica consistente en ulceración genital aguda acompañada de síntomas sistémicos sugestivos de cuadro infeccioso en mujeres jóvenes no activas sexualmente. Aunque se han propuesto diversos agentes infecciosos, se acepta, hoy día, que algunos casos se deben a la primoinfección por el VEB. El mecanismo exacto por el que se desarrollan úlceras genitales es



todavía desconocido. Se ha propuesto como causa de las úlceras la respuesta a la infección viral mediante inmunocomplejos, lo que explicaría la ausencia de material genético viral en algunos casos. La mayoría de las pacientes desarrollan grandes úlceras en los labios (mayores o menores) que suelen ser múltiples a veces con distribución en espejo, profundas con base indurada-eritematosa, cubiertas por material fibrinoide (color blanquecino) y muy dolorosas. Curan espontáneamente sin cicatriz y no se han descrito recurrencias. En ocasiones pueden acompañarse síntomas gripales y adenopatía bilateral dolorosa. El diagnóstico es clínico (excluyendo causas venéreas y no venéreas de U.G.) y de laboratorio basado tradicionalmente en la determinación de anticuerpos heterófilos o específicos del VEB, aunque en algunos casos se ha identificado el virus mediante PCR o cultivo de exudado procedente de la úlcera. El manejo de la infección es sintomático (anestésicos tópicos, corticoides tópicos). Especialista de referencia: ginecólogo o dermatólogo

**C) Neoplasias:** El carcinoma escamoso supone la variedad histológica más frecuente, representando el 90-95% de los casos, seguido en segundo lugar por el melanoma (5-8%). En los casos típicos de carcinoma escamoso, la enfermedad afecta a mujeres posmenopáusicas, con una media de edad de 65 años, aunque en la mayoría de las series publicadas las edades están comprendidas entre los 30 y 90 años. El 10 % corresponde a pacientes menores de 50 años en el momento de realizar el primer diagnóstico. Independientemente de la variedad histológica las neoplasias vulvares pueden manifestarse de forma ulcerada. La principal característica clínica y que debe hacer sospechar al profesional de una posible etiología neoplásica, es la presencia de una lesión pruriginosa de evolución tórpida que no ha respondido a los tratamientos empíricos pautados. El diagnóstico se establece mediante biopsia y el tratamiento dependerá del estadio de la enfermedad.

#### **D) Otras causas**

**1) Úlcera genital en otras dermatopatías:** es importante recordar que otras muchas enfermedades dermatológicas pueden manifestarse también en la zona genital. Aunque la lesión primaria de estas dermatopatías no sea

precisamente la úlcera, aquellas que cursen con aparición de vesículas o ampollas darán lugar a úlceras o aftas por rotura de éstas (p.ej pénfigo ampolloso) y aquellos procesos que cursen con prurito pueden complicarse con lesiones ulcerosas por rascado (dermatitis de contacto “eccema”, psoriasis, liquen plano y vulvovaginitis). Las dermatitis de contacto en la zona genital y anal son frecuentemente secundarias a productos que actúan a nivel local como los detergentes, lubricantes, tintes de ropa, desodorantes, maquillajes, etc.

**2) Lesiones traumáticas:** contusiones, laceraciones, excoriaciones, desgarros de formas variables pueden ser:

- accidentales: suelen producirse con las uñas, maquinillas de afeitar, cremalleras etc.)
- facticias: cuando producidas por el propio paciente, pero que niega, voluntaria o involuntariamente, su autoría (tics, reflejos, obsesiones, y otras situaciones psíquicas)
- secundarias a agresión sexual

Contusiones, laceraciones, escoriaciones y desgarros de forma variables pueden infectarse secundariamente y favorecer el contagio de ETS.

### **DIAGNOSTICO DE LABORATORIO:**

Todos los pacientes con úlceras genitales deben someterse a pruebas para el VHS, sífilis y serología para descartar el VIH y la hepatitis B y C. La detección de estas infecciones debe ser parte de la evaluación de rutina.

Las pruebas de laboratorio que hay que pedir en la primera visita deben incluir:

#### **Para identificar VHS:**

-Cultivo viral: es la prueba más frecuentemente realizada por sospecha de VHS. Elevada especificidad y baja sensibilidad (50% en los casos de recurrencias). Las lesiones húmedas tienen un mayor rendimiento viral de las úlceras secas o costras. Debe realizarse en los primeros 5 días a partir de una muestra de las vesículas. Por lo tanto, si la vesícula está presente hay que

romper el techo de la vesícula, recoger una muestra de líquido y del raspado de la base de la úlcera y el todo va enviado para realizar el cultivo. Valora efecto citopático (células gigantes multinucleadas con núcleos en cristal esmerilado).

Resultados en pocos días

-Inmunofluorescencia directa (IFD): más sensible pero poco utilizada por razones de coste. Resultados en pocas horas.

### **Para identificar T.Pallidum:**

-Microscopia en campo oscuro: solo si está disponible.

-Serología con pruebas no treponémicas (RPR, VDRL y TRUST) o prueba treponémica (FTS-ABS, TPHA y TPI)

**Las pruebas no treponémicas:** suelen emplearse como técnicas de selección inicial (criado poblacional) y siendo de tipos cuantitativa (titulación de la reagin sérica) son utilizadas en el control del tratamiento. Advertencias relativas a las pruebas no treponémicas:

- **Falsos negativos:** estas pruebas suelen positivizarse entre 1 y 6 semanas después de la aparición del chancro (un resultado negativo no treponémico en el momento que el paciente presenta una lesión no descarta el diagnóstico de la sífilis primaria y hasta el 40 por ciento de los pacientes pueden tener una prueba no treponémica negativa en el momento de la presentación).
- **Falsos positivos:** por tratarse de pruebas inespecíficas, suelen darse falsos positivos (que en la gestante pueden alcanzar hasta el 25%), con títulos inferiores en general a 1/8.

**Las pruebas treponémicas:** sirven para confirmar la positividad de las pruebas reagínicas, calificándose como reactivas (positivas) o no reactivas (negativas); los resultados positivos de estas pruebas se mantienen de forma indefinida incluso después del tratamiento por lo que estas pruebas no son útiles para seguir la evolución terapéutica.

**Pruebas para el Chancroide:** el cultivo representa el método diagnóstico definitivo mediante el aislamiento de *Haemophilus ducreyi* en medios selectivos en condiciones especiales mientras la Tinción de Gram permite solo un diagnóstico de presunción evidenciando microorganismos Gram (-) formando hileras denominadas en "banco de peces".

### **Pruebas para el Linfogramuloma venéreo (LGV)**

Se diagnostica después de la valoración clínica excluyendo otras causas y al obtener una prueba positiva para *Chlamydia*.

Un diagnóstico de LGV se produce principalmente con la serología, utilizando microinmunofluorescencia o la fijación del complemento.

### **Pruebas para el Granuloma inguinal**

El diagnóstico exige demostración microscópica de cuerpos de Donovan intracitoplasmáticos, que toman una tinción oscura con la coloración de Wright o Giemsa.

### **NOVEDAD:**

Reacción en cadena de la Polimerasa múltiple (PCR-M) : es una técnica que actualmente se utiliza en los laboratorios de investigación para poner a prueba al mismo tiempo la presencia de las tres causas más comunes de las úlceras genitales. la sensibilidad para el VHS, *H. ducreyi*, *T. pallidum* fueron 100, 98 y 91 por ciento, respectivamente, en comparación con el 72, 74 y 81 por ciento, del cultivo para VHS, *H. ducreyi*, y microscopía de campo oscuro para *T. pallidum*.

### **TRATAMIENTO:**

**Principios generales:** Un enfoque "empírico o sindrómico" es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dado que los resultados de las pruebas diagnósticas son a menudo no disponible en el momento de la primera visita. El tratamiento temprano apropiado puede llevar a una curación más rápida, alivio de los síntomas y una disminución del riesgo de transmisión a otras personas. El tratamiento a priori está siempre recomendado en pacientes

con úlceras genitales sugestivas de infección por VHS, mientras un tratamiento a priori de la sífilis se debe considerar si el seguimiento del paciente no se puede garantizar. La desventaja de este tipo de enfoque de tratamiento es la administración de una terapia inadecuada por eso es fundamental el seguimiento de los pacientes normalmente a los 7 días para evaluar la respuesta al tratamiento y los resultados de las pruebas diagnósticas. En una segunda visita, las decisiones terapéuticas antes tomadas pueden ser reevaluadas. Además hay que saber que en aproximadamente el 25% de los casos no se llega a identificar uno específico agente etiológico.

**Asesoramiento para el paciente:** Todos los pacientes deberían utilizar el preservativo o abstenerse de actividad sexual mientras se esperan los resultados de la prueba además se recomienda que las parejas de nuestros pacientes se sometan a pruebas de cribado de ETS. El paciente debe volver a la semana para evaluar la respuesta clínica al tratamiento y para revisar los resultados de las pruebas diagnósticas.

### **Sospecha de VHS**

#### **Infección primaria:**

- 1 Pautar analgesia (Paracetamol o Ibuprofeno), lavar con solución salina y utilizar cremas con lidocaína al 2-5%
- 2 No tiene ningún beneficio adicional utilizar tratamiento tópico antiviral.
- 3 Los antivirales orales están indicados dentro de los 5 días siguientes al comienzo del episodio, en pautas de 5 días que pueden prolongarse hasta 7-10 si aparecen nuevas lesiones.
- 4 Puede requerir hospitalización en casos graves (meningitis, inmunodeprimidos, etc).

Los ensayos clínicos han demostrado una eficacia comparable de:

**Aciclovir** (200 mg 5 veces al día - 400 mg tres veces al día)

**Famciclovir** (250 mg tres veces al día)

**Valaciclovir** (1000 mg dos veces al día)

El último agente tiene la conveniencia de la dosificación dos veces al día, mientras que el aciclovir es menos costoso que los otros dos medicamentos. La duración habitual del tratamiento es de 7 a 10 días.

### **Infección recurrente:**

Tenemos 3 opciones terapéuticas:

**1) Terapia de supresión crónica:** esta estrategia consiste en la administración de la terapia antiviral todos los días.

Son indicaciones:

1. recurrencias muy frecuente: seis o más episodios clínicos por año.
2. ansiedad significativa o angustia en relación con sus recurrencias clínicas.
3. pacientes con seropositividad para VHS con parejas sexuales no infectadas (Parejas discordantes).
4. Infección concomitante por VIH.

Las pautas recomendadas son:

**Aciclovir:** 400 mg dos veces al día

**Famciclovir:** 250 mg por vía oral dos veces al día

**Valaciclovir:** 500 mg una vez al día o 1 gramo por vía oral una vez al día

Si se usa valaciclovir, la dosis de 1 gramo se recomienda en pacientes con > 10 recurrencias al año.

La seguridad de la terapia a largo plazo se ha demostrado a lo largo de seis años de tratamiento continuo en un estudio de 239 pacientes. En el curso natural de la enfermedad, el número de recidivas disminuye con el tiempo, si la terapia antiviral se administra correctamente. Por lo tanto, muchos expertos recomiendan interrumpir el tratamiento sobre base anual para valorar la actividad de la enfermedad y valorar la conveniencia de seguir con terapia de supresión o pasar a la episódica.

**2) Terapia episódica:** dirigido a pacientes con menos de 6 episodios al año, este enfoque implica la auto-administración del tratamiento antiviral con eficacia garantizada si se empieza el tratamiento dentro de 24 horas del comienzo de los síntomas prodrómicos.

**Aciclovir:** 800 mg por vía oral tres veces al día durante dos días

**Famciclovir:** 1000 mg VO dos veces al día durante un tiempo solo día

**Valaciclovir:** 500 mg por vía oral dos veces al día durante tres días

**3) Ninguna intervención:** la intervención terapéutica puede no ser apropiada para aquellos pacientes con episodios poco frecuentes y / o síntomas mínimos.

### **Comparaciones entre el tratamiento episódico y supresor**

Existen datos limitados sobre una estrategia óptima dado que cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas.

El resultado de un ensayo clínico controlado con placebo hecho con aciclovir en 156 pacientes con recurrencias frecuentes (más de seis por año) que ponía en comparación la terapia de supresión (400 mg dos veces al día) a la terapia episódica (200 mg cinco veces al día durante cinco días) destacó que la terapia de supresión fue superior:

- La reducción de la mediana del tiempo hasta la recurrencia (250, 28 y 23 días para los pacientes en los brazos de supresión, episódica, y placebo, respectivamente)
- La reducción del número medio de días al mes con la enfermedad activa (0,32, 4,18 y 4,72 días para los brazos de supresión, episódica, y placebo, respectivamente).
- La probabilidad de desarrollar una recurrencia fue del 78% menor en los pacientes asignados al grupo de la terapia de supresión.

### **Sospecha de sífilis**

Pautas recomendadas:

a) Elección: **penicilina benzatina** (2,4 millones de unidades), administrados por vía intramuscular o **Penicilina-procaína**, 600. 000 UI Intramuscular / día, durante 8 días

b) Pacientes alérgicas a penicilinas en mujeres no embarazadas:

Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante dos semanas

Tetraciclina 500 mg cada 6 horas durante dos semanas

c) En gestantes alérgicas a la Penicilina se recomienda la desensibilización a la penicilina.

Seguimiento: practicar pruebas serológicas reagínicas (RPR/VDRL) a los 1,3, 6,12 y 24 meses hasta observar respuesta serológica

Respuesta serológica: significaría la curación de la paciente, y se produce cuando la caída del título de anticuerpos reagínicos es, al menos, de 1/4 de la original (2 tubos de dilución). Suele producirse a los 3 meses en la sífilis primaria y a los 6 en la secundaria. Después del tratamiento adecuado en la sífilis primaria, el VDRL se negativiza a los 2 años.

Tratamiento de la pareja sexual: se debe indicar una dosis de Penicilina G benzatina 2.400.000, intramuscular a todos los contactos sexuales que se hayan tenido dentro de los 90 días de realizado el diagnóstico de sífilis

**Sospecha de Chancroide:** *Azitromicina* 1 gramo VO única dosis o *ceftriaxona* 250 mg IM única dosis

Algunos estudios han encontrado en el 10% de los pacientes afectados por el chancroide, una infección concomitante por *T. Pallidum* y por eso algunos expertos recomiendan el tratamiento concomitante de sífilis primaria en el momento del tratamiento del chancro blando.

Tratamiento durante el embarazo y lactancia:

Primera elección: ceftriaxona

Segunda elección: eritromicina 500 mg cada 8 horas durante 7 días

Tratamiento de las parejas sexuales: detectar, investigar y tratar, incluso en ausencia de síntomas, a las parejas sexuales de los últimos 10-15 días anteriores al inicio de los síntomas.

**Sospecha LGV:**

Elección: *doxiciclina* 100 mg/12 horas durante 3 semanas

Alternativo: eritromicina 500 mg/6 horas durante 3 semanas

azitromicina 1 gramo /semana durante 3 semanas



En ocasiones son necesarios varios ciclos de tratamiento, alternando los antibióticos.

Embarazo y lactancia: recomendada la eritromicina. La azitromicina puede ser igualmente útil. Contraindicada la doxiciclina.

Tratamiento de las parejas sexuales: descartar infección por Chlamydia en exudado uretral o cervical, o realizar tratamiento empírico, en contactos sexuales de los 3 meses previos al inicio de los síntomas.

### **Sospecha de Granuloma inguinal**

Varios agentes antimicrobianos tienen una eficacia clínica en el tratamiento del granuloma inguinal, incluyendo:

Elección: **doxiciclina** (100 mg dos veces al día)

Alternativas: azitromicina (1 gramo por semana)

                  ciprofloxacina (750 mg dos veces al día)

                  eritromicina (500 mg cuatro veces al día ),

Se recomienda la doxiciclina como agente de elección. La duración del tratamiento, independientemente de la selección del antibiótico, es de tres semanas o hasta que las lesiones hayan desaparecido por completo. Si no hay mejoría clínica dentro de los primeros días, se puede añadir un aminoglucósido.

Las mujeres embarazadas deben ser tratadas con eritromicina.

Tratamiento de las parejas sexuales: investigar y tratar a las parejas sexuales, incluso en ausencia de síntomas, de los 60 días (o hasta 6 meses) previos al inicio de la clínica.

## Tablas de resumen úlcera genital:

	Herpes genital	Sífilis primaria	Chancro blando o chancroide	Linfogranuloma venéreo	Granuloma inguinal o donovanosis
<b>Etiología</b>	VHS 2 > VHS 1	T.Pallidum	H.duceyri	Chlamydia Thracomatis L1-L3	K.granulomatis
<b>Periodo incubación</b>	2-7 días	7-90 días	3-10 días	5-21 días	7-90 días
<b>Lesión clínica</b>	Vesículas, úlceras dolorosas; Antecedentes de herpes	Úlcera única, indolora, indurada, no purulenta	Úlcera única o múltiple, dolorosa, de fondo purulento y bordes blandos	Úlcera transitoria, indurada, indolora	Úlcera rojo-carnosa, indurada, crónica
<b>Adenopatía</b>	Dura, móvil, bilateral y muy dolorosas	Dura, móvil, bilateral no dolorosa	50% unilateral, dolorosa, adherida a la piel, tienden a fistulizar Bubas: grandes y fluctuante	Unilateral, dolorosa, adherida a la piel y que tienden a fistulizar	Nada o pseudobubones: unilaterales y dolorosos
<b>Pruebas diagnósticas</b>	Cultivo IFD	Campo oscuro Serología	Cultivo	Serología	Tinción de Wright o Giemsa
<b>Tratamiento</b>	<b>Primoinfección:</b> -Aciclovir 400 mg/8 horas -Famciclovir 250 mg/8 horas -Valaciclovir 1g/12 horas  La duración es de 7-10 días	<b>Elección:</b> Penicilina benzatina 2,4 millones unidades i.m dosis única <b>Alergia penicilina:</b> doxiciclina 100mg/12 h x 2 semanas <b>Embarazada alérgica a penicilina:</b> desensibilización y tratamiento con penicilina	Azitromicina 1 g v.o dosis única Ceftriaxona 250 mg i.m  <b>Embarazo y lactancia:</b> ceftriaxona	<b>Elección:</b> doxiciclina 100 mg/12 h x 3 semanas <b>Alternativo:</b> eritromicina 500 mg/6 h x 3 semanas azitromicina 1 g/7 días x 3 semanas <b>Embarazo/ lactancia:</b> eritromicina o azitromicina	<b>Elección:</b> doxiciclina 100 mg/12 h <b>Alternativo:</b> azitromicina 1 g/ semana ciprofloxacina 750 mg/12 horas eritromicina 500 mg/6 <b>Embarazo y lactancia:</b> eritromicina  La duración es siempre de 3 semanas

	<b>Sd.Behcet</b>	<b>Chron</b>	<b>Ú.Lipschutz</b>	<b>Aftosis orogenital recurrente</b>
<b>Etiología</b>	Desconocida (viral, autoinmune HLA B5, coagulopatías)	Desconocida (f.genéticos, infección es, f.inmunológicos)	Desconocida. Primoinfección por EBV	Desconocida (estrés, infecciones, déficit vit)
<b>Edad</b>	Adolescencia, adultos jóvenes	A1(<16a) A2(16-40a) A3(>40a)	Niñas o mujeres jóvenes no sexualmente activas	Adultos jóvenes 10-40a Forma minor:90% Forma mayor:10%
<b>Lesión</b>	Úlceras crónicas recidivantes >labios mayores	Úlceras en surco interlabial o inguinal, en mucosas oral	Úlceras agudas en labios mayores menores blanquecinas Distribución en espejo	Úlceras crónicas recurrentes
<b>Duración</b>	2 semanas suelen dejar cicatrices	Variable	2 semanas	Minor:1-2 semanas (sin cicatrices) Mayor:1-6 meses (dejan cicatrices)
<b>Dolor</b>	Dolorosa	Dolorosa	Dolorosa	Dolorosa o muy dolorosa
<b>Bordes</b>	Halo eritematoso	Halo eritematoso circunferencial hasta >1cm (aftosis mayor)	Lisos	Halo eritematoso minor:<1 cm mayor:>1cm
<b>Base</b>	Amarillento, pseudomembranas	Fondo fibrinoso	Indurada, eritematosa cubierta por fibrina	Eritematosa lisa
<b>Sint.asociados</b>	Uveítis, artritis y otros órganos siendo vasculitis sistémica	Digestivos, artritis, cutáneos	Fiebre, adenopatías bilaterales dolorosas	Puede haber sintom.sistémica inespecífica
<b>Diagnostico</b>	Criterios diagnósticos (clin y lab)	De la enf.de base	Clínico y serología EBV	Clínico
<b>Tratamiento</b>	Corticoides y inmunosupresores	Corticoides y inmunosupresores. Cirugía en complicaciones	Anestésicos y corticoides tópicos	Corticoide o anestésicos tópicos
<b>Especialista referencia</b>	Reumatólogo	Digestivos	Ginecologo o dermatólogo	Reumatólogo o inmunólogo

**BIBLIOGRAFÍA**

1. García Reymundo, M.; Montero Salas, A.; González Álvarez, C.M.; Real Terrón, R. Úlcera de Lipschütz: causa poco conocida de úlcera genital aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:443-4. - vol.72 núm 06
2. E.Pérez. Clase de residente: Urgencias del tracto genital inferior. Disponible en [www.hvn.es](http://www.hvn.es)
3. Chen CY, Ballard RC, Beck-Sague CM, et al. Human immunodeficiency virus infection and genital ulcer disease in South Africa: the herpetic connection. *Sex Transm Dis* 2000; 27:21.
4. DiCarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin Infect Dis* 1997; 25:292.
5. Ndinya-Achola JO, Kihara AN, Fisher LD, et al. Presumptive specific clinical diagnosis of genital ulcer disease (GUD) in a primary health care setting in Nairobi. *Int J STD AIDS* 1996; 7:201.
6. Ashley RL, Wald A. Genital herpes: review of the epidemic and potential use of type-specific serology. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12:1.
7. Mackay IM, Harnett G, Jeffreys N, et al. Detection and discrimination of herpes simplex viruses, *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum*, and *Calymmatobacterium (Klebsiella) granulomatis* from genital ulcers. *Clin Infect Dis* 2006; 42:1431.
8. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995; 8:1.
9. Mertz KJ, Weiss JB, Webb RM, et al. An investigation of genital ulcers in Jackson, Mississippi, with use of a multiplex polymerase chain reaction assay: high prevalence of chancroid and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1998; 178:1060.

10. Johnson LF, Lewis DA. The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Dis 2008; 35:946.