

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS VULVARES INFECCIOSAS

Autores: López Vázquez, C; Velastegui Calderón, KV; Yepes Carrillo, A; Madrid Aroca, M^aL; Gomez Melero, R; Iniesta Iniesta, E; Pina Montoya, M^aA; Albarracín Navarro, JL.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ

INTRODUCCIÓN

- La úlcera genital puede ser indicativo de un gran abanico de patologías cutáneas o sistémicas de naturaleza infecciosa, traumática, autoinmunes, tóxica, hasta neoplásica. Además, aumenta el riesgo de contraer VIH. Una correcta anamnesis, exploración detallada con descripción de las características de la úlcera nos permitirá un correcto diagnóstico diferencial para elegir el tratamiento adecuado.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS ÚLCERAS GENITALES:

Una anamnesis adecuada debería comprender:

- Historia sexual**
- Historia clínica:** Tiempo de evolución de la lesión (aguda o crónica), sistémica asociada, primer episodio o recurrente, tiempo de incubación desde la conducta de riesgo, uso de drogas con un incremento de conductas de alto riesgo, antecedente de enfermedades de transmisión sexual.
- Examen físico:** tiempo de evolución, tipo de lesión inicial, morfología de la úlcera, numero de las lesiones, características de las adenopatías y presencias de síntomas asociados como el dolor o síntomas sistémicos.

	Herpes genital	Sífilis primaria	Chancro blando o chancroide	Linfogranuloma venéreo	Granuloma inguinal o donovanosis
Epidemiología	Más frecuente (70-80%)	Segunda en frecuencia (5%)	Tercera en frecuencia (<1%); brotes en varones negros e hispanos	Raro; brotes localizados entre hombres homosexuales.	Raro; África, India, Nueva Guinea, Brasil
P. Incubación	2-7 días	7-90 días	3-10 días	5-21 días	7-90 días
Etiología y recurrencias	VHS 2 > VHS 1 70-90% VHS-2 20-50% VHS-1	T. Pallidum NO	H. ducreyi NO	Chlamydia Thracomatis L1-L3 NO	K. Granulomatis NO
Síntomas constitucionales	SI	NO	NO	NO	NO
Lesión inicial	Vesículas (prurito, parestesias)	Pápula	Pápula	Pápula o vesícula	Nódulo
Úlcera y número de lesiones	<ul style="list-style-type: none"> Pequeñas Superficiales Agrupadas sobre una base eritematosa No indurada DOLOROSA Múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> Bien circunscrito Base íntegra no infectada No purulenta Indurada INDOLORA Única 	<ul style="list-style-type: none"> Grandes Profundas Desiguales Base purulenta Mal definida Fétidas No indurada DOLOROSA De 1-3 lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> Pequeña Superficial Se curan con rapidez sin dejar cicatriz A menudo no se observan (transitoria) INDOLORA Una 	<ul style="list-style-type: none"> Se agrandan Muy vascularizadas Sangran fácilmente al roce Rojo-carnosa Crónica Cicatrización similar a los queloides. INDOLORA Una o varias 
Adenopatías	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 fluctuantes se llaman 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)
Pruebas diagnósticas	Cultivo. IFD	Campo oscuro Serología	Cultivo	Serología	Tinción de Wright o Giemsa
Tratamiento	Primoinfección: -Aciclovir 400 mg/8h -Famciclovir 250mg/8h -Valaciclovir 1g/12H Duración 7-10 días	Elección: Penicilina benzatina 2,4 millU i.m dosis única	Azitromicina 1 g v.o dosis única o Ceftriaxona 250 mg i.m	Elección: Doxiciclina 100 mg/12 h x 3 semanas	Elección: Doxiciclina 100 mg/12 h

Bibliografía:

- Raffaele Carputo. Úlcera genital: diagnóstico diferencial y tratamiento. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2012.
- AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P., Fuertes I., Fusté P., Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6. AEPCC 2016