

Caso 162

Lesiones ulcerosas en glande

DE LA FUENTE MEIRA SONIA, CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, GRACIA CAZAÑA TAMARA, PELEGRINAFERNÁNDEZ ELENA, CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA, CARAPETOFRANCISCO JOSÉ
HCU Lozano Blesa, Zaragoza

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente de 22 años de edad, de nacionalidad española, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a Urgencias por presentar lesiones dolorosas en glande asociado a dolor inguinal bilateral de tres días de evolución. No refería disuria ni secreción uretral. Como antecedente destacaba relación sexual de riesgo dos semanas antes de la aparición de la sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración física se apreciaban en pene dos lesiones ulcerosas de 0,5 cm y 1 cm localizadas en surco balanoprepucial, ambas dolorosas, de consistencia dura y con abundante exudado purulento en el fondo (Figura 1). A nivel inguinal bilateral se apreciaban adenopatías dolorosas (Figura 2) de unos 2 cm de diámetro sin signos inflamatorios cutáneos.



Figura 1: Úlceras en glande

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En Urgencias se realizó toma de muestra de exudado lesional para cultivo de hongos y bacterias y dada la clínica altamente compatible con chancro blando o chancroide, se decidió tratamiento empírico en urgencias con ceftriaxona 250 mg por vía intramuscular. Se solicitó al alta estudio serológico para otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

El diagnóstico diferencial en urgencias incluyó aquellas patologías que pueden ocasionar úlceras genitales. El antecedente de relación sexual orientaba hacia carácter infeccioso.

- **Chancroide:** habitualmente una o varias lesiones ulcerosas dolorosas de fondo sucio y asociadas a adenopatías que fistulizan¹. Nuestro paciente presentaba abundante exudación y dolor lo que principalmente orientaba a este diagnóstico.
- **Chancro sifilítico:** característicamente presenta una úlcera de borde indurado, no dolorosa y de fondo limpio². En nuestro paciente destacaba la consistencia dura al tacto y adenopatías bilaterales sin signos inflamatorios cutáneos, por lo que la posibilidad de chancros duros múltiples no fue completamente descartada.
- **Herpes genital:** ocasiona característicamente múltiples lesiones aftosas y ulcerosas arracimadas sobre base inflamatoria, muy dolorosas. Nuestro paciente presentaba dos lesiones ulce-



Figura 2: Adenopatías inguinales

rosas, no confluentes por lo que no parecía compatible este diagnóstico.

- **Granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo:** son infecciones de transmisión sexual muy infrecuentes en nuestro medio y poco probables en nuestro caso dado que no existía plastrón adenopático fistulizado ni lesiones vegetantes ulcerosas.
- **Causas no infecciosas de úlceras genitales:** deben incluirse el síndrome de Beçhet, el exantema fijo medicamentoso y las úlceras traumáticas. Nuestro paciente no presentaba antecedentes de úlceras orales ni toma de fármacos y no refería tampoco antecedentes traumáticos en la zona, por lo que estas patologías se consideraron poco probables.

EVOLUCIÓN

Al cabo de una semana el paciente fue reevaluado por parte de Dermatología, presentando buena evolución de las lesiones, persistiendo leve induración. Los resultados de cultivo y la visión directa confirmaron positividad para *Haemophilus* sp. El tipado de *H. ducrey* no pudo ser llevado a cabo ya que son necesarios medios de cultivo específicos, de los que no se dispone en nuestro centro hospitalario. Los resultados del estudio serológico resultó positivo para lúes con niveles de IgM 2.4, RPR 1/4 y TPHA 1/1280. El resto de serologías de ITS fueron negativas. Con el diagnóstico por tanto de sífilis primaria se instauró tratamiento con Penicilina G Benzatina 2,4 millones por vía intramuscular. Al cabo una semana presentaba curación completa de las lesiones.

DIAGNÓSTICO FINAL

El diagnóstico final fue asociación de chancro duro y chancroide, denominado chancro doble o mixto, también llamado chancro de Rollet, en honor a su descriptor.

DISCUSIÓN

Una importante parte de infecciones de transmisión sexual (ITS) se manifiestan en forma de úlceras genitales. Esta ampliamente descrita la función facilitadora de una ITS para la coinfección de cualquier otra³. En los últimos años se ha objetivado un notable incremento de casos de ITS y especialmente de infección por *T. pallidum* en España⁴. Por el contrario el chancroide es una causa infrecuente de úlcera genital en nuestro medio, siendo más

prevalente en países en vías de desarrollo⁵. El caso que presentamos ilustra una coinfección de dos ITS que provoca clínica atípica, lo cual complica el diagnóstico. Nuestro paciente presentaba características típicas de chancroide como eran las úlceras sucias y dolorosas e importantes adenopatías dolorosas, pero destacaba el carácter no inflamatorio de las adenopatías y la consistencia dura de las lesiones ulcerosas, más característico del chancro duro. El chancro duro y el chancroide comparten un periodo de incubación similar, por lo que a pesar de ser infrecuente es posible la coinfección, descrita en la literatura hasta en un 10-15 % de los casos de chancroide⁵.

Para realizar el diagnóstico de chancro blando es necesario el cultivo de *H. ducrey* en medios específicos o bien puede realizarse mediante PCR o inmunofluorescencia, aunque se considera compatible la visión directa asociada cultivo positivo para la especie, como es nuestro caso. El tratamiento puede consistir en Ceftriaxona 250 mg intramuscular en dosis única o bien Azitromicina 1 g oral en monodosis o Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas vía oral durante 3 días⁶.

Para el diagnóstico de sífilis primaria es suficiente la positividad de serologías específicas y en ese caso el tratamiento consiste en 2,4 millones UI de Penicilina G intramuscular⁶. Las ITS son un motivo frecuente de consulta en Urgencias y por ello debemos conocer su presentación clínica y posibles manifestaciones atípicas, para acelerar el diagnóstico y tratamiento desde el servicio de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis DA. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and Management. *Sex Transm Infect.* 2003; 79:68-71
2. Ferreiro MC, Rodríguez MA, Pérez León C. *Dermatología Venezolana.* 2004; 42:12-19
3. Díez M, Díaz A. Sexually transmitted infections: Epidemiology and control. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011; 13:58-66
4. García-García L, Ariza-Megía MC, González-Escalada A, et al. Epidemiology of syphilis-related hospitalizations in Spain between 1997-2006: a retrospective study. *BMJ Open.* 2011; 2: e000270
5. Zaballos P, Ara M, Sanz B. El chancroide. *Piel.* 2002; 17(6): 242-53
6. Ballesteros Martín J. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. *Inf Ter nac Salud.* 2007; 31:39-54

COMENTARIO EDITORIAL

Actualmente las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) más frecuentes son las uretritis no gonocócicas y las infecciones producidas por virus, mientras que la incidencia de gonococia y sífilis ha disminuido.

Desde el punto de vista clínico las ETS se pueden clasificar en:

- **Uretritis:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *U. urealyticum*, *T. vaginalis* y *VHS*
- **Úlceras genitales:** *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *VHS-1* y *2*, *C. trachomatis* y *C. granulomatis*
- **Vulvovaginitis y cervicitis:** *T. vaginalis*, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*
- **Proctitis:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. pallidum* y *VIH*
- **Prurito genital:** *S. scabiei* y *P. pubis*

En todo paciente con sospecha de ETS habrá que realizar una historia clínica que incluya las pautas de comportamiento sexual, el número de parejas actuales y recientes, la historia de ETS del paciente y la pareja, los síntomas y signos de ETS y los tratamientos recibidos por el paciente y los contactos.

En los países desarrollados, a diferencia de los países en vías de desarrollo, las úlceras genitales son menos frecuentes que las enfermedades de transmisión sexual que cursan con secreciones, como la vaginitis y la uretritis. En los últimos años hay una menor incidencia de ETS ulcerosas en relación con otras ETS, aunque es mayor su asociación con la infección por VIH. El **herpes genital** es la causa más frecuente de úlcera genital, seguida de la **sífilis** y menos frecuentemente del **chancroide**. El **linfogranuloma venéreo** y el **granuloma inguinal** apenas se diagnostican en nuestro medio.

Un aspecto a tener en cuenta es que en todo paciente con ETS siempre hay que efectuar un estudio y seguimiento para descartar la coinfección por VIH, hepatitis B y C, lúes y otras ETS.

Este caso muestra una infección por dos de los gérmenes implicados en la presentación de ETS en forma de úlceras genitales, aspecto que siempre hay que tener en cuenta ya que muy frecuentemente se asocia más de un patógeno en los pacientes con ETS.

Manel R Chanovas Borràs
Servicio de Urgencias. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta