

ÚLCERAS GENITALES

Las úlceras genitales más frecuentes en la población joven sexualmente activa son por herpes simple y sífilis. La frecuencia de cada microorganismo causante depende del área geográfica y de la población, siendo el herpes la más frecuente en nuestro medio. Las úlceras pueden localizarse en los genitales, zona perineal y/o anal.

Pueden ser de la manifestación clínica de diferentes procesos de etiología infecciosa, tumoral e inmunológica. También debe recordarse que pueden existir coinfecciones con otras infecciones de transmisión sexual y que la presencia de úlceras genitales por herpes, sífilis o chancroide se ha asociado a un mayor riesgo de contagio del VIH.

Etiología y manifestaciones clínicas de las úlceras genitales

	Agente causal	Incubación (días)	Manifestaciones clínicas		
			Presentación	Adenopatías	Sistémicas
Herpes genital	VHS 1 VHS 2	3-7 días	Vesícula/erosiones Múltiples Agrupadas Superficiales Lisas No induradas Dolor intenso Duración transitoria (días), Recidivantes	Bilaterales Dolorosas	Mialgias Cefaleas Fiebre Prurito
Sífilis primaria	<i>Treponema pallidum</i>	21 días (10-90)	Úlcera única o múltiple Indurada Fondo limpio Indolora Transitoria (pocas semanas)	Bilaterales No dolorosas Rodeadas de eritema	No clínica general

Limfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 o L3	3-21 días	1er estadio úlcera purulenta, pequeña, herpetiforme pero indolora Proctitis en HSH transitoria (7 días)	2º estadio (2-6 sem después del 1º) Unilaterales Inflamadas Dolorosas Supurativas (bubones) Dolor abdominal en hipogastrio por ganglios intrabdominales, retroperitoneales	Malestar Fiebre Artralgias Mialgias Complicación sistémica y local: linfangitis, pelvis congelada (3º estadio)
Xancroide (xancro blando)	<i>Haemophilus duncreyii</i>	3-7 días	Úlceras múltiples Purulentas 2-20 mm Blandas Bordes disecados Autoinoculación	50% casos bilaterales Dolorosas Blandas pudiendo fluctuar o supurar y dejar un cráter	No clínica general
Granuloma inguinal	<i>Klebsiella granulomatis</i>	50 días (3-180)	Úlcera muy vascularizada, (beefy red) Sangrante Friable Indurada Indolora Crecimiento progresivo semanas-meses	No adenopatías A los 1-2 meses puede aparecer pseudobubón (granuloma inguinal subcutáneo)	No clínica general

Tratamiento

Entidad clínica	Tratamiento
Herpes genital	<u>Primer episodio:</u> Aciclovir 400mg/8h 10 días VO VIH: Famciclovir 250 mg/8h 7-10 días VO <u>Recurrencias:</u> Aciclovir 400mg/8h 5 días VO VIH: Aciclovir 400 mg/8h 5-10 días VO ó Famciclovir 125 mg/12h 5 días ó Valaciclovir 1 g/12h 5-10 días

	<p><u>Tratamiento supresivo si > 6 brotes al año:</u></p> <p>Aciclovir 400mg/12h ó Valaciclovir 1g/24h ó Famciclovir 250mg/12h VIH: Aciclovir 400-800 mg/8-12h ó Famciclovir 250 mg/12h ó Valaciclovir 500 mg/12h</p> <p>Parejas: si sintomáticos, mismo tratamiento que al paciente. Si están asintomáticos, insistir en medidas preventivas</p>
Sífilis primaria	<p><u>De elección:</u> Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM dosis única (50.000 UI/kg)</p> <p><u>Alternativa:</u> Doxiciclina 100mg/12h 14 días VO</p> <p>Efecto secundario: Reacción de Jarish-Herxheimer en las primeras 24h del inicio del tratamiento (cuadro agudo febril que mejora con tratamiento)</p> <p>Parejas: serología y tratamiento de contactos sexuales de paciente de al menos 3 meses previos. Repetir serología aunque sea negativas en contactos del último mes</p>
Linfogranuloma venereo (serotipos L1,L2,L3)	<p><u>De elección:</u> Doxiciclina 100 mg/12h 21 días VO</p> <p><u>Alternativa:</u> Eritromicina base 500mg/6h 21 días VO ó Azitromicina 1g/sem 21 días VO</p> <p>Parejas: hacer tratamiento empírico con doxiciclina a los contactos sexuales en el último mes</p>
Chancro blando	<p><u>De elección:</u> Azitromicina 1g dosis única o Ceftriaxona 250 mg IM dosis única</p> <p><u>Alternativa:</u> Eritromicina 500 mg/6h 7 días o Ciprofloxacino 500mg/12h 3 días</p> <p>Parejas: tratar a los contactos sexuales en los últimos 10 días desde la aparición de la lesión aunque estén asintomáticos</p>
Granuloma inguinal	<p><u>De elección:</u> Doxiciclina 100 mg/12h VO ó Cotrimoxazol 800/160 mg/12h VO >3 sem (hasta la curación de la lesión)</p> <p><u>Alternativa:</u> Eritromicina 500 mg/6h ó Ciprofloxacino 750 mg/12h o Azitromicina 1g /sem >3 sem (hasta la curación de la lesión)</p> <p><u>Gestantes y madres lactantes:</u> Eritromicina sola o en combinación con gentamicina</p> <p>Parejas: tratar únicamente si presentan clínica</p>