



# ÚLCERAS GENITALES



**Lidia Puig Tena, R2 MFyC en Cs Rafalafena.**  
**Tutor: Manuel Batalla Sales**



# ÍNDICE



01

INTRODUCCIÓN

02

ETIOLOGÍA

03

PRUEBAS  
COMPLEMENTARIAS  
TRATAMIENTO GENERAL

04

HERPES



05

SÍFILIS

06

CHANCROIDE

# CASO CLÍNICO

- Mujer/ varón que acude a nuestra consulta por aparición de lesión ulcerada en zona genital....



# ANAMNESIS

- Evolución y tiempo de la lesión, ¿Dolorosa o no?
- Métodos barrera y fecha ultima relación sin preservativo.
- Relaciones sexuales fuera de las habituales y/o de riesgo.
- Síntomas sistémicos (aftas bucales, fiebre, artralgias...)
- Test VIH previo y vacunación VHB y VHA.



# EXPLORACIÓN FÍSICA

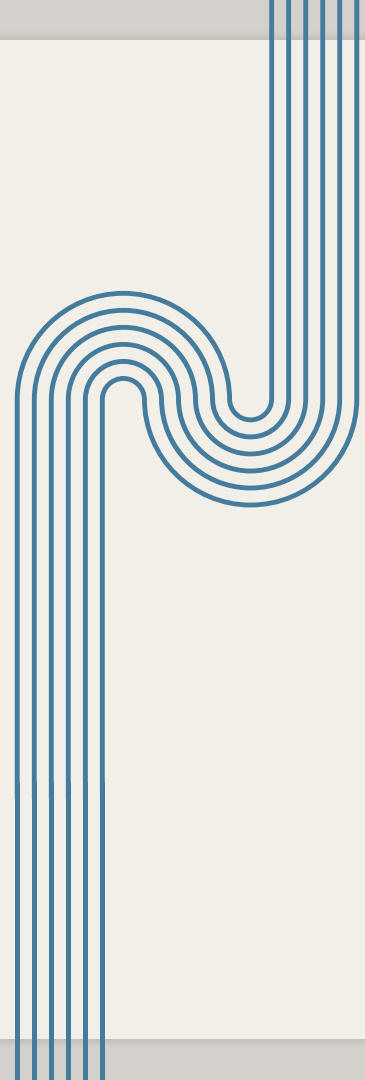
- Zona genital, zona anal y cavidad oral.
- Palpación de adenopatías regionales. ¿Dolorosas o no?
- Observación de palmas y plantas, así como del tronco.
- Exploración neurológica.

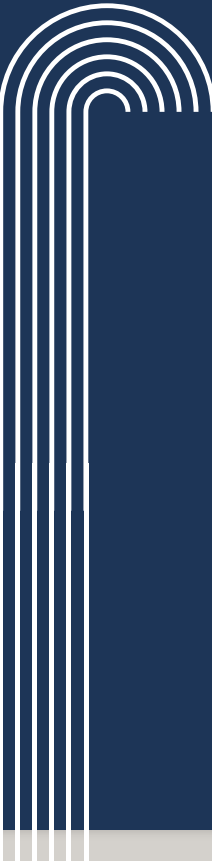


# ETIOLOGÍA


- 70-80% Herpes genital.
- 5% Sífilis.
- 1% Chancroide.
  
- Linfogranuloma venéreo.
- Granuloma inguinal.
- Otros: Trauma (coito, cremallera...), candidiasis, vulvitis/balanitis inespecífica, psoriasis, enfermedad de Beçet, enfermedad de Reiter, neoplasia...

\*En una misma úlcera puede haber más de un agente etiológico (p. ej: sífilis y herpes...)





Toda úlcera ano-genital debe ser considerada herpética o sifilítica hasta que no se demuestre lo contrario



# MANEJO GENERAL: ¿Qué pedir?

## SÍFILIS

Solicitar  
serología luética

## HERPES

Dx clínico, se puede  
pedir PCR VHS

## H. DUCREYI

PCR disponible en  
nuestro Hospital

## VIH, VHB y VHC

Solicitar serologías por  
alta prevalencia de  
coinfeción

25%  
sin dx

# TRATAMIENTO GENERAL

- Algunos expertos tratamiento para **sífilis (o sífilis y chancroide**, en zonas de alta incidencia de esta última enfermedad África, Asia, Latinoamérica).
- Según CDC debemos elegir el tratamiento en base a la presentación **clínica** de las lesiones (si tenemos vesículas pensar en VHS y si tenemos pápulas pensar en sífilis) y las **circunstancias epidemiológicas** (alta incidencia de chancroide). También según las **prácticas sexuales** por ejemplo en hombres que tienen sexo con hombres la úlcera debería ser tratada como sífilis de forma inicial.





# HERPES GENITAL



- Infección causada por el VHS.
- VHS-1 afectación oral y VHS-2 afectación genital.



# CLÍNICA

## Infección primaria



Hormigueo, picazón/ quemazón o dolor → ampollas claras → úlcera **DOLOROSA**



Adenopatías inguinales **DOLOROSAS**



>50% síntomas generales

## Infección recurrente

- Pueden recurrir más del 50% en los primeros 4-8 meses. VHS-2>VHS-1
- Su sintomatología es menos intensa.
- Aparecen lesiones en la misma localización, pero con menor extensión.

# DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico. Podemos pedir:

- **PCR de VHS**, recoger muestra de exudado de la lesión. Mayor sensibilidad.
- **Serología**: no es útil en infección primaria debido al retraso en la aparición de Ac pero si que puede resultar útil para recidivas.



# TRATAMIENTO HERPES: Alivio sintomático



Baños de sal: calma y seca las lesiones.



Analgésicos simples, hielo y **cremas con componente anestésico** (lidocaína 2% en gel o vaselina).



Ojo porque pueden demorar el secado.



Ropa interior floja, preferentemente de algodón.



Tratamiento de las recurrencias de forma temprana, preferiblemente durante el periodo prodrómico.

# TRATAMIENTO HERPES: Farmacológico

- **Siempre hay que tratar un primer episodio de HG**, sin tener en cuenta en tiempo desde el inicio de los síntomas.
- La terapia oral acorta el tiempo de eliminación del virus, tiempo de curación, duración e intensidad de los síntomas.
- La efectividad es mayor si se inicia en las **primeras 48-72h**.
- Entre Aciclovir, Famciclovir y Valaciclovir tienen una eficacia similar pero la Guía terapéutica Semfyc (8º edición) recomienda las pautas de **Valaciclovir según criterios de conveniencia y coste**.

# TRATAMIENTO HERPES: Farmacológico

## Tratamiento del primer episodio:

### Regímenes recomendados\*

Aciclovir† 400 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 a 10 días

o

Famciclovir 250 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 a 10 días

o

Valaciclovir 1 g por vía oral 2 veces al día durante 7 a 10 días

\* El tratamiento puede extenderse si la curación es incompleta después de 10 días de terapia.

†El aciclovir de 200 mg por vía oral cinco veces al día también es eficaz, pero no se recomienda debido a la frecuencia de dosificación.

CDC 2021

\* En la **Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe (2018)** y en **BOLCAN (2020)**, como única distinción, apuntan Valaciclovir 1g diario, 7-10d.

# TRATAMIENTO HERPES: Farmacológico

## Tratamiento recurrencia puntual de VHS:

Regímenes recomendados para la terapia episódica del herpes genital recurrente por VHS-2\*

**Aciclovir** 800 mg por vía oral 2 veces al día durante 5 días

**Aciclovir** 800 mg por vía oral 3 veces al día durante 2 días

**Famciclovir** 1 g por vía oral 2 veces al día durante 1 día

**Famciclovir** 500 mg una vez, seguido de 250 mg 2 veces al día durante 2 días

**Famciclovir** 125 mg 2 veces al día durante 5 días

**Valaciclovir** 500 mg por vía oral 2 veces al día durante 3 días

**Valaciclovir** 1 g por vía oral una vez al día durante 5 días

\*Aciclovir 400 mg por vía oral 3 veces al día también es eficaz, pero no se recomienda debido a la frecuencia de dosificación.

CDC 2021

# TRATAMIENTO HERPES: Farmacológico

## Tratamiento recurrencias frecuentes VHS:

- 6 o más al año
- Severas
- Afectación psicológica grave
- En caso de varón VHS-2 con su pareja embarazada



### Regímenes recomendados

Aciclovir 400 mg por vía oral 2 veces al día

○

Valaciclovir 500 mg por vía oral una vez al día\*

○

Valaciclovir 1 g por vía oral una vez al día

○

Famciclovir 250 mg por vía oral 2 veces al día

\* Valaciclovir 500 mg una vez al día podría ser menos efectivo que otros regímenes de dosificación de valaciclovir o aciclovir para personas que tienen recurrencias frecuentes (es decir,  $\geq 10$  episodios/año).

CDC 2021

\* **Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe y BOLCAN** recomiendan una duración del tratamiento de entre **6 a 12 meses**. En cambio **CDC** no señala un tiempo de duración concreto, si afirma que son muy poco frecuentes los efectos adversos y resistencias al tratamiento por el uso prolongado.





# SÍFILIS O LUES



- Infección causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*.

# CLÍNICA

## Infección *Treponema pallidum*

Fiebre, mialgias.  
Exantema maculopapuloso con collarete  
descamativo afecta a palmas y plantas

Chancro **NO DOLOROSO**  
+  
Adenopatías inguinales  
**DOLOROSAS**

Periodo asintomático  
Contacto:  
-Precoz <1 año  
-Tardía >1 año

-Neurosífilis  
-Sífilis cv  
-Gomas

25%

Sífilis terciaria

75%

No más complicaciones

Sífilis primaria

Sífilis secundaria

Sífilis latente

# DIAGNÓSTICO

- **MÉTODOS DIRECTOS: escasamente utilizados.**

Campo oscuro	Visión del treponema en el microscopio
Inmunofluorescencia directa	Poco rentable para lesiones genitales
PCR	Poco rentable para lesiones genitales < lesiones orales

# DIAGNÓSTICO

- **MÉTODOS INDIRECTOS: los más utilizados**

<b>NO TREPONÉMICAS: RPR, VDRL O REAGÍNICAS</b>	<b>TREPONÉMICAS: TPHA, TPPA, FTA-Abs, EIA</b>
Cribado	Confirman diagnóstico Descartan falsos +
Se correlacionan con la actividad de la enfermedad	No se correlacionan con la actividad de la enfermedad
Negativizan tras el tratamiento (3-12m)	Persisten +, a veces de por vida
Dx reactivación o reinfección: x4	No son útiles para el seguimiento

**\*Títulos de positividad a partir de 1/8**

# DIAGNÓSTICO

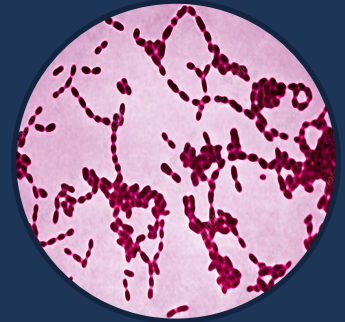
- MÉTODOS INDIRECTOS: los más utilizados

	Primaria	Secundaria	Latente precoz	Latente tardía	Terciaria o Sífilis tratada
No treponémicas (TR)	<b>+</b>	+	+(descenso)	+/-	-
Treponémicas (TT) IgG, IgM	<b>-/+</b>	+(100%)	+	+	+(95%)

# TRATAMIENTO SÍFILIS

FASE	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incubación</li> <li>-<b>Primaria</b></li> <li>-Secundaria</li> <li>-Latente precoz</li> </ul>	<p><b>Penicilina G Benzatina</b> 2,4 mill U en dosis única im.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Doxicilina 100mg/12 h x 14 d</li> <li>-Eritromicina 500mg/6 h x 14 d</li> <li>-Azitromicina. 1g de inicio + 0,5 g al día x 10 d ó 2g dosis única.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Latente tardía</li> <li>-Terciaria</li> <li>-Desconocida</li> </ul>	<p>Penicilina G Benzatina 2,4 mill U im/ semana x3 semanas.</p>	<p>Mismas pautas anteriores x 28 días</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Neurosífilis</li> <li>-Sífilis cv</li> <li>-Afectación ocular</li> </ul>	<p>Penicilina G Cristalina 18-24 mil U iv x 10-14 días</p>	<p>Ceftriaxona 1-2 gr/ dia im o iv x 10-14 días</p>
	<p>Penicilina G Procaína 2.4 mil U im/ 24h x 10-14d. + Probenecid 500mg vo, 4 veces/ día x 10-14 d.</p>	

# CHANCROIDE



- Infección causada por *Haemophilus Ducreyi*.

# CLÍNICA

Úlcera **DOLOROSA**

+

Adenopatía inguinal blanda

Adenopatía inguinal  
supurada patognomónico

# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de presunción viene definido como la presencia de  $1 \geq$  úlceras **DOLOROSAS** más:

- Ausencia de sífilis
- Negatividad de las pruebas para Herpes virus

-El cultivo y la tinción de Gram tienen baja sensibilidad <80%.

**-PCR disponible en Hospital General de Castellón-> Contactar con servicio de Microbiología.**



# TRATAMIENTO

Azitromicina 1 gr vo DU
Ceftriaxona 250 mg im DU
Ciprofloxacino 500 mg vo 2 veces/día x 3 días
Eritromicina 500 mg vo 3 veces/ día x 7 días



Mayor  
cumplimentación

**Elegir solamente uno de los antibióticos (no tto combinado)**

# BIBLIOGRAFÍA:

- <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis2.pdf>
- <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>
- <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/neurosyphilis.htm>
- <https://www.guiaprioam.com/indice/sifilis/>
- [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado\\_pdf.asp?idApartado=447](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado_pdf.asp?idApartado=447)
- Morbidity and mortality weekly report. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.



GRACIAS POR VUESTRA  
ATENCIÓN

