



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/86 - LESIÓN GENITAL. CONSECUENCIAS DE UN DIAGNÓSTICO TARDÍO

H. González Sánchez y V. Paulo Gregorio

Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Anamnesis: varón de 39 años, acude a consulta por presentar pequeña lesión ulcerada en glande a nivel del frenillo de aspecto blanquecino no dolorosa, último contacto sexual de riesgo 2 semanas antes de acudir a consulta. No otros síntomas. AP: contactos sexuales de riesgo

Exploración y pruebas complementarias: Lesión pequeña de menos de 1 cm a nivel del frenillo del pene, blanquecina, ulcerada, no dolorosa. No adenopatías inguinales. Resto examen físico: anodino. Pruebas complementarias: normales, incluyendo estudio para sifilis, VIH, mononucleosis, VEB. Se realiza tratamiento inicial como infección cutánea, la lesión aumenta extendiéndose a prepucio, acude a Urólogo privado que diagnostica "craurosis prepucial", recomienda tratamiento quirúrgico. Tres semanas después de intervención quirúrgica acude a consulta con exantema generalizado. Exantema generalizado, no pruriginoso en tronco, ingle y miembros superiores. Adenopatías inguinales bilaterales pequeñas, no adheridas de menos de 1 cm. Pene: circuncidado sin signos de infección. Hemograma y BQ: normales. Inmunodiagnóstico infeccioso: Ac VIH negativos, Mononucleosis (ac heterófilos) negativos, virus E. Barr (AgVCA, Ac IgG): positivos, IgM negativo. AC reagínico de sífilis. Titulación 1/64, *T. pallidum* IgG e IgM positivos

Juicio clínico: Craurosis prepucial secundaria a sífilis.

Diagnóstico diferencial: Infecciones producidas por virus herpes simple, *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *C. trachomatis*, *K. granulomatis*, virus E. Barr provocan úlceras genitales. Tratamiento: penicilina G benzatínica 2,4 millones IM. Evolución: satisfactoria.

Comentario final: 1. La forma de presentación atípica de una lesión genital hace difícil sospechar el agente etiológico para instaurar el tratamiento adecuado antes de que aparezcan complicaciones. 2. En nuestro paciente las pruebas iniciales para sífilis fueron negativas. 3. Consideramos que la lesión genital pudo sobreinfectarse por virus o bacterias, lo que llevó a la intervención quirúrgica antes de que se produjera una fimosis obstructiva. 4. Debe realizarse toma de muestras para cultivos de las lesiones ulceradas para identificar el agente etiológico siempre que sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hook EW III. Syphilis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine, 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011.
2. Tramont EC. *Treponema pallidum* (syphilis). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2009.

3. Schmid GP. Approach to the patient with genital ulcer disease. *Med Clin North Am.* 1990;74:1559.