



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 387/189 - LAS COSAS A VECES NO VIENEN SOLAS

D. Velarde Herrera<sup>1</sup>, C. Varela César<sup>2</sup>, C. Badillo Bercebal<sup>3</sup>, D. Fernández Ferreiro<sup>4</sup>, M. Boto Pérez<sup>1</sup>, D. Viruega Cuaresma<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Colloto. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años acude al CS por disuria, dolor en hipogastrio y periné de una semana de evolución (y fiebre: 38 °C). No otra sintomatología miccional acompañante, no alteraciones en coloración u olor de orina. Confiesa que coincidente al inicio del cuadro aparecen lesiones dolorosas en periné y que hace diez días mantuvo relación sexual de riesgo. No niega la posibilidad de embarazo. Niega leucorrea o flujo purulento o maloliente. En CS se realiza SO que descarta ITU y test de embarazo (-). Se toman muestras para cultivo de virus/bacterias de zona perineal y vaginal. Con espéculo: cérvix congestivo, exudado amarillo-verdoso y dolor a la movilización. Ante los signos infecciosos derivación a urgencias de ginecología para descartar EPI y resto de ITS.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyC: boca no séptica, carótidas: RRSS. AC: RRSS. AP: MV conservado. Abdomen: no distendido, blando, depresible. RH (normales). Dolor en hipogastrio. No signos de irritación peritoneal. EESS-EEL: no edemas ni signos de TVP. Exploración ginecológica: Monte venus: lesiones umbilicadas compatibles con Moluscum contagiosum. En labios mayores, menores e introito lesiones papulosas en diferentes estadios (pápula, vesícula, costra). Cérvix con especuloscopia: Vagina con leucorrea amarillo-verdosa, paredes y cérvix congestivos. Adenopatías inguinales bilaterales. Ecografía: útero en AV, regular. Endometrio: 4,5 mm. Anejo derecho e izquierdo normal. Escasa cantidad de líquido libre en Douglas. Analítica: destaca ligera leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR de 8,1, resto anodino. Cultivo exudados: C. trachomatis, M. hominis, U. urealyticum, U. parvum, VHS1(+), resto ITS (-).

**Juicio clínico:** EPI por Chlamydia y lesiones en periné por Moluscum contagiosum y HSV1.

**Diagnóstico diferencial:** Ante dolor en hipogastrio lo primero es descartar una ITU por frecuencia. Ante una relación de riesgo, leucorrea, disuria y dolor abdominal hacer DD con ITS. La más frecuente en nuestro medio Chlamydia que en la mujer suele ser asintomática, es importante tratarla para evitar secuelas futuras (EPI, infertilidad, dolor crónico). La coinfección con N. gonorrhoeae se da en un porcentaje y además presenta clínica similar. En el caso de la úlceras genitales el DD: HSV, sífilis, linfogranuloma venéreo, cancroide, granuloma inguinal, condilomas acuminados y Moluscum contagiosum. Además de las características propias, el período de incubación y presencia y número de adenopatías nos orientan al diagnóstico.

**Comentario final:** Este es el claro ejemplo de coinfección por ITS, debe hacernos reflexionar y pensar que cuando sospechemos una ITS debemos descartar el resto pues frecuentemente se asocian. Presentar una ITS

aumenta el riesgo de presentar otras por conductas de riesgo y por alteración de la mucosa genital que abre paso a mayor riesgo de infección por otras ITS. Ejemplos: la mayor adquisición de VIH en pacientes con HSV2 o sífilis o la infección por virus hepatotropos. Ante una ITS hacer el despistaje del resto para poder disminuir la diseminación a la población y para poder instaurar un tratamiento que impida complicaciones futuras (como es el caso de la sífilis, VIH, o agentes causantes de EPI). En el caso que sospechemos una EPI por contacto sexual realizar la doble profilaxis para Chlamydia + gonococo pues la clínica es muy similar y frecuentemente se asocian, si sospechamos incumplimiento de la terapia administrar profilaxis única. Recalcar que debemos insistir en la concienciación a la población de la prevención de ITS.

## Bibliografía

Marrazzo J, Noreen H. Clinical manifestations and diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. UpToDate 2018,1:1-10.

Harold W, Marrazzo J. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents. UpToDate 2019,1:1-5.

Ghanem KG, Tuddenham S. Screening for sexually transmitted infections. UpToDate 2018,1:1-7.

Tuddenham S, Ghanem KG. Approach to the patient with genital ulcers. UpToDate 2018,1:1-10.

Albrecht MA, Hirsch MS. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection. UpToDate 2018,1:1-6.