



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/188 - CHANCRO: SÍFILIS RETURNS

E. Cisneros Aguirre^a, R. Domínguez León^b, I. Moreno Martínez^a y J. García Álvarez^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude por presentar desde hace una semana lesión en glándula. Es levemente pruriginosa y su pareja está siendo tratada por candidiasis urogenital. Niega relaciones de riesgo. No presenta otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración inicial, presentaba lesión eritematosa en glándula sin bordes elevados no exudativa ni dolorosa y tumoración inguinal izquierda compatible con adenopatías no dolorosas ni adheridas a los planos profundos. Se pauta antimicótico tópico. Nueva valoración a la semana, en la persistían las adenopatías con las mismas características clínicas y presentaba una úlcera con bordes elevados, sin exudación e indolora sin vesículas, ni otras lesiones satélites. Se solicitó analítica con serologías de infecciones de transmisión sexual, cultivo de virus y exudado uretral. Se pauta empíricamente antiherpético. El paciente reconoció contacto de riesgo previo. Se indicaron medidas preventivas hasta los resultados.

Orientación diagnóstica: Como primera opción, debemos sospechar infección de transmisión sexual. La anamnesis y la exploración física son fundamentales para orientar el diagnóstico, pero se deben practicar pruebas microbiológicas confirmatorias, al menos para sífilis y herpes. En nuestro caso, el cultivo de la úlcera, el exudado uretral y todas las serologías fueron negativas salvo la RPR que fue positiva y se confirmó con la TPHA. Con el diagnóstico definitivo de sífilis precoz se pauta penicilina intramuscular 2.400.000 UI con desaparición de las lesiones a la semana. Se indicó al paciente que informará del resultado a su pareja para valoración y tratamiento. Se solicitó nueva serología de control en 6 meses.

Diagnóstico diferencial: Las úlceras genitales suelen tener causa infecciosa, pero también pueden ser debidas a causas no infecciosas, mucho menos frecuentes. Las causas más frecuentes son en primer lugar el herpes (HSV 1 y 2) y la sífilis. Otras causas infecciosas: el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal.

Comentario final: El clínico debe conocer el manejo de los pacientes con úlceras genitales, dada la importancia del diagnóstico precoz y el aumento de la incidencia en los últimos años.

Bibliografía

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

Palabras clave: Úlcera genital. Sífilis.