

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ULCERA GENITAL DE CAUSA INFECCIOSA

Métodos diagnósticos empleados en el HGUA

Versión 10/07/12 aprobada en Comisión de Infecciones

- La incidencia de enfermedades de transmisión sexual está aumentando.
- En individuos sexualmente activos, la mayoría de úlceras genitales se deben a ITS (infecciones de transmisión sexual).
- La determinación de la etiología de la ITS precisa de la toma y procesamiento adecuado de las muestras.
- El diagnóstico de una ITS obliga a descartar otras (incluidas hepatitis B e infección por VIH) en el paciente y en su pareja.

	Herpes	Sífilis	Chancroide	Linfogranuloma venéreo
Frecuencia	70-80%	5%	<1%	¿?
Agente	VHS 1 y 2 (mas común)	Treponema pallidum	Haemophilus ducrey	Chlamydia trachomatis
Incubación	2-7 días	7-90 días	3-10 días	5-21 días
Lesión	Vesículas y erosiones múltiples, en racimo	Pápula, chancro, único (70%)	Múltiples (50%)	Úlcera, fístula, absceso
Induración	No indurada	Indurada	No indurada	----
Secreción	Serosa moderada	Serosa escasa	Purulenta abundante	----
Dolor	Dolorosa	Indolora	Dolorosa	----
Picor	Frecuente	Raro	Raro	----
Base	Eritematosa lisa	Lisa, regular	Irregular, necrótica	
Adenopatía	Bilateral dolorosa	Bilateral no dolorosa	Unilateral, dolorosa, fluctuante	Unilateral, Inguinal-femoral blanda, abscesificada
Serología	Infección 1ª: seroconversión No útil en reactivación	VDRL/RPR (S 80%) Confirma: FTA (S 85%)	No	Sí
Examen microscopio exudado	Test de Tzanck: células gigantes multinucleadas (S baja). Toma de muestra: Dermatología. Se envía a A. Patológica.	Campo oscuro e I.F.D: No disponibles. En casos concretos, contactar con Microbiología	Gram (S 50%) e IF (S 95%, E 70%): no disponibles	I.F.D: No disponible
MUESTRA	Limpiar la superficie de la lesión con gasa estéril humedecida con suero salino Evitar que sangre la lesión porque disminuye la rentabilidad Enviar lo antes posible a Microbiología. Durante la guardia (si no hay microbiólogo de guardia) guardar las muestras en el Laboratorio de Urgencias : torundas normales a temperatura ambiente, y torundas para PCR (HSV, Chlamydia y gonococo) en nevera.			
Cultivo exudado	No	No	Torunda normal. S 60-80%	No
Detección ADN x PCR	Torunda humedecida con suero salino. Enviar lo antes posible. Se puede dejar en nevera, con una gota de suero salino en el fondo. <u>Vesículas</u> : romper y recoger líquido con torunda. Raspar base vesícula con bisturí y recoger con torunda. <u>Costra</u> : retirar la costra y frotar con torunda.	No disponible. Se puede remitir a Centro de Referencia muestra recogida con una torunda humedecida con suero para PCR de T. pallidum y H. ducrey en determinados casos (contactar con Microbiología)		Torunda y medio de transporte específicos para Chlamydia y gonococo : Cobas PCR Female Swab simple Kit (tubo tapón amarillo y 2 torundas, utilizar sólo 1). Seguir instrucciones. Vale para muestra obtenida por punción de adenopatía
Tratamiento de elección (según guía)	<u>1er episodio</u> : Aciclovir 400 mg/8h o Valaciclovir 1g/12h vo, 7-10d. En infección grave: aciclovir 5	Penicilina G Benzatina 2,4 mill. U. i.m única	Ceftriaxona 250mg i.m dosis única o Azitromicina 1g dosis	Doxiciclina 100mg/12h x 2-3 sem o Azitromicina 1g/sem x 3

Mensa 2012)	mg/kg/8h IV. Mupirocina pomada, 2 aplic/día <u>Recurrencias:</u> Aciclovir 400 mg/8h vo 5d, o Valaciclovir 500 mg/8h VO x 3d <u>Supresor</u> (6-10 recurrencias/año) Valaciclovir. 500 mg/día		única	sem
Tratamiento alternativo	Foscarnet 40 mg/kg/8h IV 14-21 días Brivudina no es activa frente VHS-2	Doxiciclina 100 mg/12h x 14d, o Ceftriaxona 1g/d IM x 10-14d Azitromicina 2g dosis única	Eritromicina 500 mg/6h x 7d Ciprofloxacino 500 mg/12h x 3d	Eritromicina 500 mg/6h x 3 sem Levofloxacino 500 mg/d x 3 sem
Estudio Pareja	No	Sí	Sí	Sí

Las **mujeres** con sospecha de ITS serán valoradas en Ginecología.

Los **varones con úlceras genitales (o uretritis)** atendidos en el Servicio de Urgencias serán remitidos al **Hospital de Día de Infecciosas** aproximadamente 1 semanas después para valorar:

- Resultados de las pruebas diagnósticas tomadas en Urgencias
- Evolución con el tratamiento administrado
- Necesidad o no de nuevas pruebas diagnósticas
- Necesidad o no de evaluación de la pareja

Autores: Unidad de Infecciosas (Dres León y Reus), Servicio de Urgencias (Dr. Llorens), Secciones de Microbiología (Dres Plazas y Gimeno) y Dermatología (Dr. Bañuls).