

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

ÚLCERAS GENITALES

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Se ajusta al nuevo formato y se actualiza el tratamiento conforme a la guía de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC).

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Etiología y clínica.
3. Evaluación diagnóstica.
4. Manejo en urgencias.

1. INTRODUCCIÓN

La úlcera genital es un motivo **frecuente** de consulta, en especial en el servicio de urgencias. Puede ser manifestación de un amplio espectro de patologías: infecciosas, traumáticas, autoinmunes, tóxicas, neoplásicas... Su **correcto manejo** requiere de una buena anamnesis, exploración detallada y apropiado diagnóstico diferencial que ayude a la selección de las pruebas complementarias óptimas para alcanzar el tratamiento más adecuado en cada caso.

2. ETIOLOGÍA Y CLÍNICA

Origen infeccioso:

ÚLCERA	ÚNICA/ MÚLTIPLE	CLÍNICA	ADENOPATÍAS	BASE	BORDES
Herpética (VHS-2, VHS-1 menos común)	Múltiples	Dolor/prurito Vesículas- úlceras-costras	Bilaterales dolorosas	Eritematosa	
Chancro sifilítico (<i>T. pallidum</i>)	Única (70%)	Indolora	Bilaterales indoloras Firmes Aspecto gomoso	Limpia	Indurados Definidos
Chancroide (<i>H. ducreyi</i>)	Única o múltiples (más a menudo múltiples)	Muy dolorosas	Única dolorosa Puede supurar	Purulenta/n ecrótica Grisácea	Blandos
Linfogranuloma venéreo (C.	Única (rápida curación)	Indolora	En racimo Bubones	Indurada	Indurados

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

ÚLCERAS GENITALES

trachomatis)	espontánea)		fluctuantes		
Granuloma inguinal (K. granulomatis)	Pueden ser múltiples (se extiende progresivamente)	Dolorosas Aspecto pseudogranulomatoso/neoplásico	Puede haber pseudobubones	Eritematosa indurada	Laminados

Origen no infeccioso:

1. **Úlcera de Lipschütz/úlceras genital aguda:** úlceras de etiología desconocida, que suelen aparecer en pacientes jóvenes. Son lesiones dolorosas, que se sitúan típicamente en la cara interna de los labios menores, a menudo simétricas (“en espejo”), bien delimitadas, de bordes púrpuras. Su aparición suele ir precedida de clínica pseudogripal.
2. **Lesiones traumáticas:** rascado, ficticias, por agresión...
3. **Neoplasias:** lesiones de diversa apariencia, con evolución tórpida, resistente a diferentes tratamientos.
4. **Enfermedades inflamatorias:** síndrome Behçet (úlceras orogenitales, de base fibrótica y borde rojizo, que suelen acompañarse de uveítis y artritis), enfermedad de Crohn, liquen plano erosivo genital, penfigoide ampolloso...
5. **Toxicodermias:** eritema fijo medicamentoso (tumefacción y posterior ulceración), dermatitis de contacto.

3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

1. **Evaluación clínica.**
 - Historia clínica: tiempo de evolución, forma de aparición (gradual vs. repentina), primer episodio vs. recurrencia, síntomas, otros síntomas asociados, tratamientos empleados.
 - Historia sexual: nº de contactos sexuales en el último año, método anticonceptivo y uso del mismo.
 - Historia sobre la pareja sexual.
2. **Exploración física.**
 - Úlcera: tipo, forma, tamaño, nº de lesiones, base, bordes, palpación dolorosa vs. indolora. Búsqueda de otras lesiones en vulva, vagina, periné, ano.
 - Estudio de posibles adenopatías.
3. **Estudio de laboratorio** (los cultivos de úlceras han de tomarse con escobillón y enviarse en medio de virus y bacterias, bote con tapón naranja).
 - VHS: cultivo de la úlcera.
 - Chancro sifilítico: serologías treponémicas.
 - Chancroide: puede realizarse cultivo de úlcera especificando “cultivo de otros microorganismos: *Haemophilus ducreyi*”. La sensibilidad es baja, por lo que un resultado negativo no excluye el diagnóstico.
 - Linfogranuloma venéreo: PCR de la muestra de la úlcera.
 - Granuloma inguinalis: biopsia de la lesión para estudio de los cuerpos de Donovan (remitir a Anatomía Patológica).

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

ÚLCERAS GENITALES

4. MANEJO EN URGENCIAS

- Diagnóstico:** ante paciente con úlcera genital de nueva aparición debemos realizar los siguientes pasos.
 - Anamnesis y exploración pormenorizada.
 - Cultivo de muestra u otras pruebas más específicas (en función de la sospecha).
 - Serologías VIH, VHB, VHC y pruebas treponémicas (en los casos de alto riesgo de contagio).
- Tratamiento sintomático y empírico:**
 - **Sintomático:**
 - Control del dolor: antiinflamatorios v.o., corticoides tópicos (Propionato de Clobetasol). Evitar los AINES si se sospecha úlcera de Lipschütz. Si no fuera suficiente, se podría dar corticoides vía oral.
 - Podemos recomendar geles de higiene íntima suaves.
 - Usar ropa suelta y ropa interior de algodón.
 - Evitar las relaciones sexuales y recomendar el preservativo.
 - **Empírico:**

ETIOLOGÍA	TTO. EMPÍRICO								
VHS	<p>Primoinfección:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aciclovir 400 mg vo/8h, 10 días. . Famciclovir 250 mg vo/8h, 7-10 días. . Valaciclovir 1 g vo/12h, 10 días. <p>Infección recurrente (≥6 episodios/año):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>T. Supresora</th> <th>T. Episódica (brote)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.Aciclovir 400 mg vo/12h, 6-12 meses.</td> <td>.Aciclovir 800 mg vo/8h, 2 días.</td> </tr> <tr> <td>.Famciclovir 250 mg vo/12h, 6-12 meses.</td> <td>.Famciclovir 1 g vo/12h, 1 día.</td> </tr> <tr> <td>.Valaciclovir 500 mg - 1 g vo/24h, 6-12 meses.</td> <td>.Valaciclovir 500 mg vo/12h, 3 días.</td> </tr> </tbody> </table>	T. Supresora	T. Episódica (brote)	. Aciclovir 400 mg vo/12h, 6-12 meses.	. Aciclovir 800 mg vo/8h, 2 días.	. Famciclovir 250 mg vo/12h, 6-12 meses.	. Famciclovir 1 g vo/12h, 1 día.	. Valaciclovir 500 mg - 1 g vo/24h, 6-12 meses.	. Valaciclovir 500 mg vo/12h, 3 días.
T. Supresora	T. Episódica (brote)								
. Aciclovir 400 mg vo/12h, 6-12 meses.	. Aciclovir 800 mg vo/8h, 2 días.								
. Famciclovir 250 mg vo/12h, 6-12 meses.	. Famciclovir 1 g vo/12h, 1 día.								
. Valaciclovir 500 mg - 1 g vo/24h, 6-12 meses.	. Valaciclovir 500 mg vo/12h, 3 días.								
Chancro sifilítico	<p>Precoz: Penicilina G benzatina 2,4 millones UI im, dosis única.</p> <p>Tardía: Penicilina G benzatina 2,4 millones UI vo/semana, 3 semanas.</p>								
Chancroide	<p>De elección: Ceftriaxona 250 mg im dosis única.</p> <p>Alternativa: Azitromicina 1 gr vo dosis única.</p>								
Linfogranuloma venéreo	<p>Doxiciclina 100 mg vo/12h, 21 días.</p> <p>En alérgicas, embarazo y/o lactancia: Azitromicina 1g vo a la semana durante 3 semanas.</p>								
Granuloma inguinalis	<p>Azitromicina 1g vo a la semana durante 3 semanas.</p>								

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

ÚLCERAS GENITALES

3. En el informe de consulta deberá constar que si la **pareja sexual** tiene síntomas tendría que acudir a su Médico de Atención Primaria para correcto diagnóstico y tratamiento.
4. Para las **revisiones**:
 - Control en su centro de salud, donde valorarán el estado de la úlcera y el resultado de las pruebas diagnósticas solicitadas en urgencias.
 - Derivación a la Unidad de Tracto Genital Inferior cuando no se evidencie mejoría o exista una alta sospecha de neoplasia.

5. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Manejo apropiado de las úlceras genitales	% úlceras correctamente tratadas según el protocolo	Audit	≥90%

6. BIBLIOGRAFÍA

- Eusebio Murillo E de. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018;12(59):3474-9. doi:10.1016/j.med.2018.06.
- AEPCG-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P., Fuertes I., Fusté P., Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCG. 2016; pp: 1-66.
- Martín JM, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2009 Feb 1;100(1):22–32.

Autores	Dra. Benítez Cejas / Calderón Rodríguez		
Fecha elaboración	Fecha 18/11/2024	Vigencia	18/11/2027