



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

URGENCIAS DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Inmaculada Cardona Benavides

02/12/2019

INTRODUCCIÓN

El tracto genital inferior incluye la vulva, la vagina y el cuello del útero. Los principales motivos de consulta en Urgencias por afectación de estas estructuras, son las vulvovaginitis, las úlceras genitales, las dermatosis, los traumatismos o la aparición de lesiones relacionadas con una enfermedad de transmisión sexual.

La consulta de urgencias va a ser el primer contacto de las pacientes ante su problema. Además, muchas de estas alteraciones van a poder tratarse de forma eficaz y precoz desde esta consulta, por lo que es importante conocer los motivos de consulta más frecuente y cómo resolverlos. Debemos tener en cuenta además, que algunos de ellos no van a precisar mayor seguimiento y van a limitarse con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

VULVOVAGINITIS

Las molestias vulvo-vaginales son un motivo de consulta relativamente frecuente en urgencias, pues la clínica suele iniciarse de forma aguda, representando el 20% de las consultas ginecológicas.

El 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis sintomática a lo largo de su vida y, el 40-50%, al menos, un segundo episodio.

Como su nombre indica, las vulvovaginitis consisten en la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar, teniendo en cuenta que el agente puede ser infeccioso, irritativo o alérgico.

Vulvovaginitis infecciosas

Los microorganismos son el agente causal predominante en las vulvovaginitis. Debemos tener en cuenta que la vagina se encuentra colonizada durante casi toda la vida de la mujer, modificándose la microbiota vaginal en función de la edad de la paciente y sus características, pues depende de los niveles estrogénicos:

- Premenarquia: la microbiota vaginal es un reflejo de la microbiota cutánea (*Staphylococcus epidermidis*), y de la región perineal (bacilos y cocos anaerobios estrictos y aerotolerantes). Son infrecuentes las vulvovaginitis, teniendo en cuenta que si la diagnosticamos debemos pensar en una malformación genitourinaria o un cuerpo extraño como agente causal.
 - Edad fértil: lactobacilos de forma predominantes, así como *C. albicans* y *Gardnerella vaginalis*.
 - Embarazo: se produce un aumento de IgA, la cual ofrece una mayor resistencia a la invasión de agentes patógenos en las mucosas. Además, se produce un incremento de neutrófilos y macrófagos, así como un descenso del pH vaginal, por lo que se dificulta el crecimiento de los microorganismos.
 - Postmenopausia: pasa a estar constituida por bacterias intestinales y de la piel, lo que se traduce en un aumento en la patología infecciosa del tracto urinario.
- Vulvovaginitis candidiásica.

La vulvovaginitis candidiásica es muy común en las mujeres adultas, sobre todo entre 20-40 años. Es la segunda causa más frecuente de vulvovaginitis después de la vaginosis bacteriana.

En el 90% de los casos es producida por *C. albicans*, aunque también podemos encontrar otras especies de *Cándida* menos frecuentes, como *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. krusei*.

Entre los factores predisponentes para la infección por *Cándida* encontramos:

- Embarazo: el aumento de glucógeno, estrógenos y progesterona da lugar a un medioambiente favorable para el crecimiento de este hongo.
- Debut de la actividad sexual. Además, se relaciona con el sexo oral.
- Anticonceptivos orales a altas dosis y/o uso de esponjas espermicidas.
- Antibióticos de amplio espectro.
- Déficits metabólicos, como la diabetes mellitus.
- Inmunosupresión.
- Predisposición familiar, como algunas familias portadoras del gen de la "manose binding lectin".

Este tipo de infección vulvovaginal podemos clasificarla en:

- No complicada.
- Complicada:
 1. Vulvovaginitis grave.
 2. Vulvovaginitis recurrente causada por *C. albicans* resistente a tratamientos.
 3. Pacientes con diabetes no controlada.
 4. Pacientes inmunideprimidas
 5. Gestantes.
- Recidivante: aparición de 4 o más episodios de candidiasis vulvovaginal en 1 año.

La clínica de la candidiasis vaginal es muy característica:

- Secreción vaginal blanquecina en grumos adherida a paredes vaginales.
- Prurito, disuria, dispareunia, escozor especialmente tras la micción...
- Mucosa vaginal eritematosa.
- Lesiones cutáneas en vulva y periné.

El diagnóstico se debe realizar por cultivo, aunque en muchas ocasiones el tratamiento se inicia de forma empírica debido a la clínica.

Hay múltiples esquemas terapéuticos que podemos seguir en el tratamiento de la candidiasis vaginal, pero los más importantes son:

- Candidiasis no complicada: preferiblemente se debe realizar tratamiento tópico y en monodosis. Aunque no se han observado diferencias entre la administración del tratamiento de forma tópica o de forma oral.
 1. Clotrimazol comp vaginal 100mg/12-24h durante 3-7 días o 500mg dosis única + Clotrimazol 2% crema vaginal 5g/24h 7 días. Es de elección en las pacientes gestantes.
 2. Fenticonazol óvulo vaginal 600mg dosis única + crema durante 7 días.
 3. Sertaconazol 500mg óvulo vaginal dosis única + crema durante 7 días.
- Candidiasis complicada: tratamiento tópico con azoles 7-14 días y tratamiento oral con Fluconazol 150mg 2 dosis separadas 72 horas.
- Candidiasis recurrente por *C. albicans*:
 1. Inducción:
 - a. De elección: Fluconazol oral 150mg/72h 3 dosis.
 - b. Alternativa: Itraconazol oral 200mg/12h 3 días o Clotrimazol tópico 500mg/semana 2 semanas.
 2. Mantenimiento: Fluconazol 150mg/semana 6 meses, de elección. Aunque también se puede realizar el tratamiento con Itraconazol oral 200mg/semana o Clotrimazol tópico 500mg/semana, también durante 6 meses.
- Candidiasis vulvovaginal por *Candida* no albicans:
 1. *C. glabrata*: es de elección el tratamiento con azoles orales y tópicos en triple terapia distintos al fluconazol, por lo que se aconseja el uso de Itraconazol oral 200mg/24h durante 10 días asociado a Clotrimazol óvulo vaginal 500mg/24h durante 2 semanas y

Clotrimazol pomada diaria durante 2 semanas; para posteriormente continuar con Itraconazol 200mg/mes durante 6-12 meses.

En caso de resistencia, se debe recurrir al tratamiento con Ácido bórico en óvulos de gelatina 600mg/12h 14 días; o bien de Flucitosina con o sin Anfotericina B

2. *C. krusei*: se recomienda el uso de azoles tópicos, como el Clotrimazol o el Miconazol

No está justificado el estudio y tratamiento sistemático de la pareja de la paciente con candidiasis vulvovaginal. Tan solo es necesario tenerlo en cuenta ante la resistencia al tratamiento o la aparición de clínica en la pareja.

- Vaginosis bacteriana.

La vaginosis bacteriana es un síndrome polimicrobiano debido a un descenso de los *Lactobacillus* productores de peróxido de hidrógeno y un incremento de bacterias patógenas, principalmente anaerobias Gram negativas.

Aproximadamente el 50% de las mujeres son asintomáticas. Los síntomas más característicos radican en un flujo vaginal alterado, fluido, blanquecino-grisáceo con olor a aminas.

El diagnóstico se puede llevar a cabo por cultivo, así como por los criterios de Amsel, debiendo cumplirse tres de los siguientes:

- Leucorrea homogénea variable en color y cantidad.
- Hedor a aminas al añadir hidróxido potásico (Whiff test).
- Clue cells observadas al microscopio.
- pH vaginal >4'5.

Respecto al tratamiento hay que tener en cuenta que únicamente será necesario llevarlo a cabo ante la presencia de síntomas. Aunque en las gestantes también se recomienda realizar el tratamiento en las asintomáticas, pues parece estar relacionado con un aumento del riesgo de parto prematuro.

Las pautas de tratamiento más importantes son las siguientes, teniendo en cuenta que no cambian durante la gestación:

- Cloruro de decualinio 1 comp vaginal cada 24 horas durante 6 días. Es de elección, pues presenta un efecto bactericida y fungicida rápido, con mejoría en 24-72 horas.
- Tratamiento antibiótico:
 - Metronidazol 500mg/12h/7 días ± gel 0'75% 1 aplicación diaria durante 5 días. ¡Evitar la ingesta de alcohol hasta 24 horas después de haber finalizado el tratamiento!
 - Clindamicina 2% crema vaginal 1 aplicación diaria durante 7 días. ¡Riesgo de rotura de preservativo hasta 5 días después de finalizar el tratamiento!

No es necesario tratar a la pareja de forma sistemática, aunque se puede plantear realizar el tratamiento ante los casos recidivantes.

- Vulvovaginitis por *Trichomonas vaginalis*.

La infección por *Trichomonas vaginalis* ha ido perdiendo importancia, pasando a ser muy poco prevalente en países desarrollados como España.

La clínica puede ser muy variable, caracterizada por mal olor, leucorrea amarillo-verdosa e irritación vulvar con prurito intenso.

El diagnóstico principalmente es clínico, pudiendo realizarse la observación al microscopio de la secreción diluida en suero para ver los parásitos. También puede llevarse a cabo un cultivo.

El tratamiento recomendado es Metronidazol o Tinidazol 2g vía oral dosis única, o bien Metronidazol 500mg/12h durante 7 días, advirtiéndoles a las pacientes de que no pueden consumir alcohol hasta las 24-72h de haber finalizado el tratamiento.

También debemos realizar el tratamiento en las parejas sexuales, indicando que hasta que se resuelva la infección se aconseja la abstinencia sexual.

Vulvovaginitis no infecciosas.

- Atrofia vaginal.

La atrofia vaginal, causada por el déficit estrogénico, es responsable de la aparición de síntomas que afectan a la calidad de vida, como la sequedad vaginal y/o dispareunia.

El tratamiento recomendado consiste en:

- Síntomas leves: hidratantes y lubricantes.
- Síntomas moderados-severos: terapia estrógena local asociada al uso de hidratantes y lubricantes.
 1. Estriol crema vaginal 0'5mg/24h durante 14 días y posteriormente 0'5mg/72h.
 2. Promestrieno crema vaginal 10mg/8h, 12h o 24h.
 3. 17-β-estradiol comprimidos vaginales: 10-25µg/24h durante 14 días, y posteriormente 10-25µg/48-72h de mantenimiento.
- Vulvitis alérgica e irritativa.

Su diagnóstico se basa en una anamnesis dirigida, siendo importante conocer la duración de la clínica, así como los posibles factores desencadenantes.

El tratamiento radica en la aplicación de corticoides tópicos, en forma de cremas o pomadas, teniendo en cuenta que estas últimas tienen una mejor absorción. Los fármacos más utilizados de menor a mayor potencia son:

- Hidrocortisona 1%.
- Aceponato de metilprednisolona 0'1%.
- Dipropionato de Betametasona 0'05%.
- Propionato de Clobetasol 0'05%.

Ante el fracaso del tratamiento de forma recidivante se debe realizar una biopsia para descartar una lesión vulvar intraepitelial, cáncer o para llegar a conocer la histología y poder realizar un diagnóstico diferencial.

ÚLCERAS GENITALES

La causa más frecuente de aparición de úlceras genitales son las infecciones de transmisión sexual.

Virus del herpes simple

- Introducción.

El herpes genital es una infección de transmisión sexual producida por los virus herpes 1 y 2, aunque el VHS-2 es el más frecuente a nivel genital.

Este virus es la causa más frecuente de úlcera genital en los países desarrollados, teniendo en cuenta que según la OMS el 11% de la población mundial está infectada.

El virus entra hasta el axón de las neuronas ganglionares sensitivas a través de las fisuras de la dermis, para continuar replicándose o entrar en latencia. El virus latente se reactiva de forma espontánea en respuesta a múltiples estímulos como el estrés, la fiebre, procesos inmunosupresores...

- Clínica.

Dentro de la clínica, debemos identificar:

- Herpes genital primario: el período de incubación es de 2-12 días. El 90% de los pacientes presentan una clínica prodrómica pseudogripal 2-24h antes de la aparición de las lesiones. Dichas lesiones aparecen como ampollas dolorosas que progresan a úlceras y curan finalmente, generalmente sin secuelas. Se suele asociar a la aparición de uretritis y de una linfadenopatía inguinal dolorosa.



En estas pacientes podemos encontrar una serie de complicaciones infrecuentes, aunque con tasas de aparición más altas que en los hombres:

1. Lesiones cutáneas extragenitales.
 2. Afectación del SNC: meningitis de Morallet, encefalitis, radiculomielitis sacra (mielitis transversa, retención urinaria y neuralgia).
- Herpes genital recurrente: los síntomas locales y sistémicos son menos graves y se resuelven con mayor rapidez que las infecciones primarias.
 - Diagnóstico.

Teniendo en cuenta esta clínica podemos realizar el diagnóstico sin necesidad de pruebas complementarias para iniciar el tratamiento de forma empírica y precoz. Pero, para confirmar el diagnóstico podemos utilizar el cultivo de virus, como prueba más sensible y específica, así como la inmunofluorescencia directa y la PCR. Esta última es de gran utilidad en el diagnóstico de la meningitis por VHS.

La serología también puede ayudarnos en el diagnóstico de la infección por VHS, aunque la presencia de IgM no siempre indicará una infección primaria activa, sino la evolución de una activación del herpes, pues podemos encontrar elevaciones de la inmunoglobulina en las recurrencias.

- Tratamiento.

El tratamiento de la infección por VHS a nivel genital radica en:

- Primoinfección:
 1. Aciclovir oral 200mg 5 veces al día durante 10 días.
 2. Aciclovir oral 400mg/8h durante 10 días.
 3. Famciclovir 250mg/8h durante 7-10 días.
 4. Valaciclovir 1000mg/12h durante 10 días. Esta pauta de tratamiento se considera de elección por su comodidad de administración.

En el caso de infecciones graves se pasará a utilizar tratamiento intravenoso con Aciclovir 5-10mg/Kg/8h durante 2-7 días o hasta mejoría

clínica, para continuar con tratamiento oral hasta cubrir 10 días de tratamiento.

- VHS recurrente:

1. Terapia supresora: indicada si >6 episodios al año o alteración de la calidad de vida. Este tipo de terapia es útil para prevenir las recurrencias y el riesgo de transmisión
 - a. Aciclovir oral 400mg/12h durante 6-12 meses.
 - b. Famciclovir oral 250mg/12h durante 6-12 meses.
 - c. Valaciclovir oral 500mg/24h durante 6-12 meses.
 - d. Valaciclovir oral 1000mg/24h durante 6-12 meses.
2. Terapia episódica: indicada si <6 episodios al año. El tratamiento se debe iniciar el primer día de la clínica.
 - a. Aciclovir 800mg/12h durante 5 días.
 - b. Aciclovir 800mg/8h durante 2 días.
 - c. Aciclovir 400mg/8h durante 5 días.
 - d. Famciclovir 125mg/12h durante 5 días.
 - e. Famciclovir 1000mg/12h 1 día.
 - f. Famciclovir 500mg, seguido de 250mg/12h durante 2 días.
 - g. Valaciclovir 1000mg/24h durante 5 días.
 - h. Valaciclovir 500mg/12h durante 3 días.

Durante la gestación es importante tener en cuenta el momento en que se produce, pues si la primoinfección ocurre en el tercer trimestre el riesgo de afectación neonatal aumenta hasta un 30-50%.

Sífilis.

La sífilis es una infección causada por *Treponema pallidum*, cuya incidencia ha ido aumentando progresivamente en la última década.

La clínica cursa en cuatro estadíos:

- Sífilis primaria: el período de incubación es de 9 a 90 días. De inicio, aparece una pápula en el lugar de la inoculación que se ulcera y da lugar al chancro sifilítico, el cual es no exudativo, indoloro y normalmente único, salvo en inmunodeprimidos. A las 2-3 semanas, puede aparecer una linfadenopatía regional bilateral no supurativa. Esta lesión, normalmente, cura en 3-6 semanas sin dejar lesión residual.
- Sífilis secundaria: se produce por la diseminación hematógica del *T. pallidum*, dando lugar a una clínica muy florida y una afectación multisistémica entre las 2-8 semanas desde la aparición del chancro. La piel es el tejido más afectado en forma de exantema máculo-papuloso que afecta a palmas y plantas, así como de condilomas planos en las zonas intertriginosas y las mucosas.
- Sífilis latente: la clínica de la fase secundaria desaparece en 2-6 semanas y se entra en este período asintomático de duración variable.
 1. Precoz: contagio hace menos de 1 año.
 2. Tardía: contagio hace más de 1 año o fecha desconocida.
- Sífilis terciaria: la clínica depende del órgano que se vea afectado, pudiendo dar lugar a complicaciones a nivel del SNC, grandes vasos, globo ocular, piel, hueso, mucosa oral, hígado...

El diagnóstico, en nuestra consulta de urgencias, se basará en reconocer y poder hacer el diagnóstico diferencial del chancro sifilítico. De este modo podremos administrar el tratamiento de forma precoz. Además, ante el diagnóstico, debemos realizar la derivación de la paciente a la consulta de Enfermedades Infecciosas.

Por su parte, el tratamiento también podemos clasificarlo en función del momento en que se encuentre la enfermedad:

- Sífilis precoz: de elección se usa Penicilina G benzatina 2'4 millones intramuscular. Se recomienda usar lidocaína como solvente para su administración, pues es muy dolorosa. En las primeras 24 horas tras su inyección se puede presentar la conocida como reacción de Jarisch-

Herxheimer, que cursa con un cuadro pseudogripal con cefalea y artralgias por la destrucción de la espiroqueta.

Entre las alternativas podemos encontrar:

1. Azitromicina oral 2 g dosis única. Tiene un mayor riesgo de resistencias.
 2. Doxiciclina oral 100mg/12h durante 2 semanas. Presenta menos efectividad.
 3. Tetraciclina oral 500mg/6h durante 2 semanas.
 4. Eritromicina oral 500mg/6h durante 2 semanas.
- Sífilis tardía: de elección se recomienda la administración de Penicilina G benzatina 2'4 millones intramuscular de forma semanal durante 3 semanas. En caso de alergia la alternativa terapéutica consiste en:
1. Doxiciclina oral 100mg/12h durante 2 semanas.
 2. Tetraciclina oral 500mg/6h durante 2 semanas.
 3. Eritromicina oral 500mg/6h durante 6 semanas.

Se considera que el tratamiento ha sido fallido si persiste la clínica y/o se incrementan los títulos de la prueba no treponémica (VDRL y RPR) más de 4 veces el valor basal. Por otro lado, nos encontramos ante una serorresistencia cuando dichos valores no disminuyen por debajo de 1:8.

La gestación es una situación especial respecto a la sífilis. Siempre deben llevarse a cabo las pruebas no treponémicas en el primer trimestre, debiendo repetirlo en el tercer trimestre y tras el parto en las gestantes con riesgo elevado de contagio, pues son muy pruebas muy sensibles, aunque sean poco específicas. En estas pacientes, el único tratamiento recomendado es la Penicilina, por lo que ante una alergia se debe llevar a cabo la desensibilización.

Ante una paciente con sífilis primaria, secundaria o latente precoz se debe tratar a todos los contactos sexuales en los 90 días previos al diagnóstico, sin necesidad de llevar a cabo ninguna prueba. Por otro lado, si el contacto sexual ha tenido lugar más de 90 días antes del diagnóstico de la paciente, tan solo

se realizará el tratamiento sin valorar las pruebas serológicas cuando el diagnóstico no pueda realizarse de forma inmediata o el seguimiento del contacto es incierto.

Chancroide.

El Chancroide o chancro blando es una infección de transmisión sexual producida por *Haemophilus ducreyi*, que da lugar a una úlcera genital muy dolorosa.

La prevalencia de esta infección ha disminuido mucho, incluso en las zonas endémicas del este de Asia y África.

La clínica cursa con la aparición de pápulas eritematosas blandas en la zona genital, perianal y/o parte interna de los muslos con rápida progresión a pústulas y dan lugar a úlceras no induradas dolorosas, con bordes irregulares y base granulomatosa con exudado purulento blanco-grisáceo. Pueden asociarse a adenopatías inguinales dolorosas unilaterales, que rara vez llegan a convertirse en bubones fluctuantes.

El diagnóstico se lleva a cabo valorando la clínica, o bien mediante la microscopía, el cultivo, los test de amplificación de nucleótidos y la serología.

El tratamiento de elección consiste en Ceftriaxona 250mg dosis única intramuscular o Azitromicina oral 1g en dosis única. Otra opción aceptable sería Ciprofloxacino oral 500mg/8h durante 3 días o Eritromicina 500mg/6-8h durante 7 días. A los 3-7 días se debe realizar una reevaluación clínica con el objetivo de valorar la mejoría.

Se recomienda la evaluación y tratamiento de todas las personas que mantuvieron relaciones con la paciente en los 10 días previos al inicio de la clínica.

Linfogranuloma venéreo.

El linfogranuloma venéreo es muy poco prevalente en nuestro país. Se trata de una infección producida por *Chlamydia trachomatis*, más frecuente en hombres homosexuales y sobre todo en pacientes VIH.

Su período de incubación es de 1-4 semanas, pudiendo diferenciar posteriormente tres estadios clínicos:

- 1ª fase: úlcera genital dolorosa autolimitada y asociada a una adenopatía inguinal o femoral, generalmente unilateral.
- 2ª fase: adenopatías dolorosas persistentes, pudiendo llegar a fistulizar.
- 3ª fase: síndrome ano-genito-rectal, manifestándose como una inflamación de tejidos profundos y linfáticos que da lugar a estenosis rectal, edema genital, fístulas, abscesos...

La mayoría de los pacientes además presentan proctitis o proctocolitis, pudiendo persistir durante meses sin tratamiento y sospechando que se trate de una enfermedad inflamatoria intestinal.

El diagnóstico se puede confirmar mediante cultivo, aunque es muy complejo pues se trata de una bacteria intracelular, por inmunofluorescencia directa o detección del ADN/ARN, así como pruebas de amplificación de nucleótidos (NAAT).

El tratamiento de elección consiste en la administración de Doxiciclina oral 100mg/12h durante 21 días. Como alternativas al tratamiento disponemos de Eritromicina oral 500mg/6h durante 21 días o Azitromicina oral 1g dosis única o 1g/semanal durante 3 semanas. Esta última es la pauta de elección en las gestantes y durante la lactancia, pues no se puede administrar la Doxiciclina.

Ante la confirmación diagnóstica de linfogranuloma venéreo se debe estudiar a los contactos de la paciente durante los 6 meses previos al diagnóstico. A estos contactos debemos explorarlos y realizar una prueba NAAT, de modo que ante su positividad se lleve a cabo el tratamiento con Doxiciclina.

Granuloma inguinal.

El granuloma inguinal o Donovadosis está causado por *Calymmatobacterium granulomatis*. Es una ITS muy poco frecuente y por lo tanto mal conocida, teniendo en cuenta que su vía de transmisión siempre se ha considerado sexual, pero también parece que pueda ser por autoinoculación y transvaginal, dando lugar a problemas auditivos en los recién nacidos.

La clínica, que aparece aproximadamente a los 50 días de la inoculación, consiste en pápulas genitales que van creciendo y ulcerándose. Dichas úlceras se van extendiendo, pudiendo llegar a encontrarlas en el cérvix, cuya imagen es engañosa y nos puede hacer pensar en una neoplasia.

La Donovanosis secundaria es muy rara, aunque de producirse lo más frecuente es la afectación ósea y hepática.

Podemos llegar a distinguir 4 tipos de lesiones:

- Úlcera granulomatosa: gruesas úlceras rojas sangrantes al roce. Son el tipo clínico más frecuente.
- Hipertrófica: lesiones con bordes irregulares y elevados.
- Necrótica: úlcera con marcada destrucción tisular.
- Esclerótica o cicatricial: este tipo de lesiones se producen debido a un mal diagnóstico y la no realización del tratamiento adecuado, por lo que las úlceras se cronifican y dan lugar a procesos estenóticos.

El diagnóstico se realice mediante examen microscópico, aunque se han desarrollado métodos de PCR en los últimos años, pero que no están disponibles en la práctica clínica diaria.

La pauta de elección para el tratamiento radica en Azitromicina oral 1g/24h durante 7 días o 500mg/24h hasta la curación. Podemos encontrar otros tratamientos alternativos, que se deben llevar a cabo durante 3 semanas o hasta la curación de la paciente:

- Clotrimoxazol oral 160/800mg/12h.
- Doxiciclina oral 100mg/12h.
- Eritromicina oral 500mg/6h. Es el tratamiento de elección en la gestación, aunque también se ha comenzado a utilizar la pauta con Azitromicina.
- Gentamicina intravenosa 1mg/Kg/8h, en casos graves, gestantes, pacientes VIH o ante una remisión lenta.

Debemos tener en cuenta que a los recién nacidos de madres con granuloma inguinal se les debe administrar la profilaxis con Azitromicina 20mg/Kg/24h durante 3 días.

Respecto a los contactos sexuales, las guías indican que se debe realizar un examen clínico a las parejas sexuales de los 6 meses previos al diagnóstico.

Diagnóstico diferencial y tratamiento de las úlceras genitales.

	Úlcera	Adenopatía	Tratamiento
VHS	Múltiples pequeñas úlceras eritematosas y dolorosas	Bilaterales dolorosas	-Aciclovir oral 200mg 5 veces al día, 10 días. -Aciclovir oral 400mg/8h, 10 días. -Famciclovir 250mg/8h, 7-10 días. -Valaciclovir 1g/12h, 10 días.
Chancro sifilítico	Úlcera única indurada de bordes lisos no exudativa	Bilaterales no dolorosas	Penicilina G benzatina 2'4 millones dosis única
Chancroide	Úlceras únicas o múltiples, pudiendo ser especulares, con base eritematosa y bordes poco definidos	Unilateral dolorosa	-Ceftriaxona 250mg dosis única intramuscular -Azitromicina oral 1g en dosis única
Linfogranuloma venéreo	Pequeña úlcera no dolorosa, de rápida resolución	Bilaterales en racimo dolorosas o bubones fluctuantes	Doxiciclina oral 100mg/12h durante 21 días
Granuloma inguinal	Úlcera de aspecto granulomatoso o neoplásico no dolorosa	Pseudobubones	Azitromicina oral 1g/24h durante 7 días o 500mg/24h hasta la curación

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM.

El *Molluscum contagiosum* es un virus ADN de la familia de los poxvirus, que se transmite de forma directa por el contacto con la piel. En los adultos, normalmente, la transmisión es sexual; pero no debemos pensar en abusos sexuales en los niños ante la aparición de estas lesiones, sino que se produce una inoculación directa por el contacto entre ellos.

El período de incubación va de 1 semana a 6 meses, presentándose como pequeñas pápulas umbilicadas de consistencia firme, de color blanco-amarillento, concentrándose en genitales, cara interna de los muslos y pubis preferentemente. Normalmente son asintomáticas, aunque pueden producir un leve prurito o presentarse asociadas a lesiones eccematosas. Al exprimir las pápulas drenan un material blanquecino cremoso.

El diagnóstico es clínico, pudiendo llevar a cabo un estudio histológico ante la duda.

Respecto al tratamiento, en los individuos inmunocompetentes se puede aconsejar la expectación pues las lesiones desaparecen en 2 meses aproximadamente. El problema radica en el riesgo de contagio y de autoinoculación en otras localizaciones, por lo que para limitar estos procesos podemos utilizar:

- Podofilotoxina 0'5% cada 12 horas durante 3 días consecutivos a la semana un máximo de 16 semanas.
- Crioterapia, siendo muy útil en adultos, aunque puede producir cicatrices y cambios en la pigmentación.
- Curetaje, aunque no se considera del todo adecuado para el área genital.
- Imiquimod, sin poder recomendarlo como de primera línea, pues la crioterapia parece ser más efectiva en un primer momento.
- Cantaridina: su poder irritante es muy alto por lo que no se puede utilizar en el área ano-genital.
- Hidróxido de potasio.

No hay suficiente evidencia acerca de la utilización del láser y la Cimetidina oral para el tratamiento del *M. contagiosum*.

Durante la gestación son de elección los tratamientos físicos ablativos, pues la podofilotoxina y el Imiquimod no pueden emplearse.

DERMATOSIS AGUDAS

Foliculitis

La foliculitis es la infección, principalmente por estafilococos, de los folículos pilosos. Se presenta como pequeños nódulos enrojecidos y dolorosos, que pueden llegar a formar forúnculos y pústulas.

Ante un cuadro leve la Mupirocina tópica será suficiente para realizar el tratamiento. En cambio, ante las formas graves, con formación de pústulas y riesgo de abscesificar puede emplearse un tratamiento antibiótico sistémico con Cloxacilina o Cefalosporinas.

Pediculosis

La pediculosis púbica está causada por el parásito *Phthirus pubis*. Su transmisión es por contacto sexual, contacto directo cutáneo o, de forma anecdótica, mediante objetos. Este parásito está preparado para vivir en el vello púbico, aunque también podemos encontrarlo en el vello de las piernas, los antebrazos, el pecho y la cara, incluyendo las pestañas.

La clínica cursa con prurito genital, pudiendo encontrar pequeñas máculas cerúleas de menos de 1 cm o pápulas eritematosas debido a la acción de los parásitos.

El diagnóstico se lleva a cabo de forma directa al observar los parásitos adultos o en forma de larva en el vello.

Respecto al tratamiento, en primer lugar, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones generales:

- Utilizar ropa interior limpia. La ropa infestada se debe lavar a >50°C, lavar en seco o introducir en una bolsa con sal durante 3 días.
- No es necesario el rasurado púbico.
- No compartir toallas.

- Informar sobre la ineficacia del preservativo para evitar la infestación.

El tratamiento farmacológico se lleva a cabo siguiendo las siguientes pautas:

- Primera línea:
 1. Permetrina crema 1%, debiendo lavarse a los 10 minutos de su aplicación, y repetir 7-10 días. Este tratamiento puede llevarse a cabo también durante la gestación.
 2. Piretrinas con butóxido de piperonilo, debiendo lavarse a los 10 minutos de su aplicación, y repetir 7-10 días.
- Segunda línea:
 1. Penotrina pomada 0'2%, debiendo lavarse a las 2 horas de su aplicación.
 2. Malation pomada 0'5%, debiendo lavarse a las 12 horas de su aplicación. Hay que tener en cuenta que es una sustancia inflamable y debemos avisar a los pacientes para que eviten el calor tras su aplicación.
 3. Ivermectina 200-400µg/Kg/ oral y repetir en 7 días.

Escabiosis

La escabiosis o sarna está causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Se considera un problema a nivel mundial, pues afecta a más de 100 millones de personas en el mundo, sobre todo en grupos marginales. La sarna da lugar a falta de sueño, por lo que disminuye la productividad.

Además, se asocia a infecciones cutáneas por *S. aureus* y *S. pyogenes*, pudiendo llegar a desarrollarse una infección cutánea en profundidad. Por otro lado, es de gran importancia tener en cuenta que los niños pueden terminar asociándose a una glomerulonefritis estreptocócica que precise de trasplante renal.

La clínica cursa con prurito cutáneo que se intensifica por la noche, afectando principalmente a los dedos de las manos y de los pies, así como a los genitales. Podemos encontrar un rash cutáneo lineal, pues se trata de los surcos donde los ácaros van depositando los huevos, sobre todo por la noche.

El diagnóstico se basa en la clínica. Mientras que el tratamiento radica en la administración de Permetrina 5% por toda la piel y dejándola actuar durante 8-14 horas y después lavarse, siendo necesario repetir el proceso en 1 semana. Para el prurito se pueden administrar cremas hidratantes, antihistamínicos orales y corticoides, pero no son tratamientos que eliminen al ácaro, sino que simplemente sirven para calmar la clínica.

CONDILOMAS

Los condilomas acuminados o verrugas son lesiones benignas de distintas formas y tamaños, que pueden ser únicos pero que habitualmente son múltiples.



Se producen por la infección con el VPH, que es la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. Un 90% de los casos se relacionan con los serotipos 6 y 11 del VPH.

En el área vulvar y perianal tienen una presentación variable, pudiendo encontrar entre 5-15 lesiones, aisladas o en placas, de base amplia o pediculadas, con un tamaño entre 1 y 10mm, más o menos sobreelevadas con una superficie espiculada y de color rosado, que con el paso del tiempo se va alisando y volviendo más oscuro. Por otro lado, en las mucosas de vulva y cérvix se presentan como una o múltiples lesiones sobreelevadas, de superficie rugosa, pediculadas o sésiles y de un color rosado.

Normalmente son asintomáticos y se encuentran en los genitales, aunque pueden producir prurito, dolor o sangrado. Por otro lado, también podemos encontrar la papilomatosis respiratoria recurrente que cursa con cambios en la voz y obstrucción al paso del aire, siendo más prevalente en niños menores de 5 años que adquirieron el virus por el paso por el canal del parto.

El diagnóstico se basa en la clínica, aunque también podemos realizar una biopsia, sobre todo ante la sospecha de patología preneoplásica o neoplásica o ante el empeoramiento de las lesiones durante el tratamiento.

El diagnóstico diferencial es muy extenso, siendo importante no confundir los condilomas acuminados con:

- Papilomatosis vestibular: proliferaciones digitiformes de mucosa centradas por un eje conectivovascular. No se relaciona con el VPH.



- Gránulos de Fordyce: son glándulas sebáceas heterotópicas, presentándose en forma de pápulas blanco-amarillentas de 1-3mm de diámetro en los labios menores o la cara interna de los labios menores.
- *Molluscum contagiosum*: pápulas rosadas o del color de la piel, de superficie lisa con una umbilicación central característica.



- Acrocordón o fibroma blando: se encuentra principalmente en las flexuras. Es un tumor de origen dérmico con una base de implantación pediculada o sésil y una superficie lisa. No suele presentar alteraciones de la pigmentación.
- Queratosis seborreicas: son lesiones de aspecto verrucoso y coloración parda o grisácea. Por lo general son lesiones redondeadas u ovaladas con una superficie elevada y áspera.

- Angioqueratomas: son tumores vasculares adquiridos. Se presentan como pápulas aisladas o múltiples, no coalescentes, azuladas-rojizas, con un tamaño que oscila entre 1-5mm aproximadamente.
- Tumores malignos: se deben sospechar ante la presencia de lesiones exofíticas, duras, ulcerativas, de bordes carnosos y superficie sangrante.
- Formas especiales:
 1. Condilomatosis gigante o tumor de Buschke-Löwenstein: lesiones genitales exofíticas, vegetantes, carnosas, de crecimiento rápido. Es un tumor benigno, con gran capacidad de destrucción local, pero sin capacidad de malignización.
 2. Papulosis Bowenoide: lesiones papulosas semiesféricas de color marrón oscuro, pardo o negro, de superficie brillante, que pueden encontrarse aisladas o confluyendo generando placas. En la vulva se considera un carcinoma in situ y puede progresar a un carcinoma invasor.

Entre los tratamientos encontramos:

- Imiquimod crema 5% (Aldara®) 3 veces por semana hasta la desaparición de las lesiones o un máximo de 16 semanas. Se debe dejar actuar la crema entre 6 y 10 horas y luego realizar un lavado de la zona.
- Imiquimod crema 3'75% (Zyclara®) 1 aplicación diaria un máximo de 8 semanas.
- Podofilotoxina crema (Wartec®) 1 aplicación cada 12 horas durante 3 días consecutivos, seguido de un período de descanso de 4 días. Se puede repetir la pauta hasta un máximo de 4 ciclos.
- Sinecatiquinas (Veregen®) 1 aplicación cada 8 horas durante un máximo de 16 semanas.
- Ácido tricloroacético fórmula magistral 80-90%. Aplicación mediante un hisopo por el facultativo de forma semanal durante un máximo de 12 semanas.

- Tratamiento escisional.
- Crioterapia.
- Láser CO2.
- Electrocoagulación diatérmica.

Estos 5 últimos métodos de tratamiento se pueden utilizar tanto en los condilomas acuminados externos, como en aquellos que se sitúan en las mucosas vaginocervicales y anales. Mientras que los primeros no se pueden llevar a cabo en las lesiones que asientan en las mucosas por riesgo de absorción sistémica y mucositis.

En estas pacientes, es importante, valorar la última citología que se realizaron si entran dentro de la edad del cribado.

TRAUMATISMOS

En la consulta de urgencias también podemos atender traumatismos genitales.

El modo en que se ha producido el traumatismo no es de mayor importancia para una primera aproximación. Para nosotros, lo principal es comprobar las lesiones que se han producido y poder realizar un tratamiento adecuado.

- Heridas: en primer lugar, se debe controlar la hemorragia, para lo que se pueden utilizar puntos de aproximación y posteriormente colocar un taponamiento hemostático.
- Hematomas: ante un hematoma muy organizado o a tensión, se debe realizar su drenaje quirúrgico.

INDICACIONES PARA REMITIR A LA CONSULTA DE TGI DE FORMA URGENTE

En definitiva, hay procesos que afectan al tracto genital inferior que pueden tratarse desde urgencias adecuadamente sin precisar una revisión en la consulta, pues se trata de situaciones de adecuado control con el tratamiento específico y que precisan una atención más o menos urgente.

Sin embargo, hay ocasiones en las que es preciso remitir a ciertas pacientes a la consulta de tracto genital inferior:

- Atrofia vulvar grave.

- Dermatitis de contacto.
- Herpes genital complicado.
- Chancro sifilítico. También es preciso remitir de forma urgente a la consulta de Enfermedades Infecciosas.
- Molluscum contagiosum.
- Alteraciones citológicas relacionadas con VPH: ASC-H, HSIL y sospecha clínica de carcinoma de cérvix. El LSIL y ASCUS se pueden remitir a consulta desde su centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Práctica de Asistencia Sociedad Española Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. 2018.
2. Guía Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia: Infecciones del Tracto Genital Inferior. 2016.
3. Palacios S, Cancelo MJ, Castelo-Branco C, González S, Olalla MA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la prevención y el tratamiento de la atrofia vaginal. Prog Obstet Ginecol. 2012, 55(8):408-415.
4. Salavastru CM, Chosidow O, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of pediculosis pubis. Journal of European Academy of Dermatology and Venereology.
5. Scabies. Journal of American Medical Association. 2018, Volume 320: Number 6.
6. Guía Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia: Condilomas Acuminados. 2015.