

# Capítulo 8

---

## Síndrome ulceroso genital

**María Isabel Hernández Cardona**

Ginecóloga y Obstetra

Universidad de Antioquia

Ginecóloga en Profamilia, Medellín

## Introducción

Las úlceras son el síntoma de una enfermedad. (1) Pueden localizarse en vagina, región perineal o anorrectal. Son un reto diagnóstico, dado que ocasionalmente la morfología cambia durante su evolución.

La causa en la mayoría de los casos se debe a infecciones de transmisión sexual -ITS- (54%) pero deben tenerse en cuenta todos los diagnósticos diferenciales no relacionados con ITS (45%). Pueden ser dolorosas, generar ansiedad en las pacientes o interferir con sus actividades cotidianas (ejercicio o relaciones sexuales). (1,2)

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, preservar la estética en los genitales, prevenir sinequias de los labios y la dispareunia.

## Definiciones

### Erosión

Pérdida únicamente de la epidermis. Se presenta como parches o máculas eritematosas, que sanan sin dejar cicatriz. (1)

### Úlcera

Erosiones profundas, caracterizadas por la pérdida de la epidermis y la dermis. (1) Típicamente tienen una base con fibrina y usualmente dejan cicatriz al sanar.

## Abordaje clínico

Comenzar describiendo los síntomas: ardor, prurito, irritación, hormigueo; su localización y evolución en el tiempo.

### Anamnesis

Edad, alergias, antecedentes personales, recurrencias, uso de medicamentos (antihipertensivos, analgésicos, ASA, ibuprofeno, TMP, tetraciclinas, imidazoles), viajes recientes (leishmaniasis, TB), síntomas constitucionales (LES), afectación de mucosas, aseo (jabones, menstruación), si relaciona el inicio de los síntomas con algo específico, mejoría, uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH), antecedente familiar de autoinmunidad. (1,2)

### Examen físico

Evaluación mucocutánea: atención a piel, ojos, orofaringe, área anogenital, nódulos linfáticos, mucosa vaginal y articulaciones.

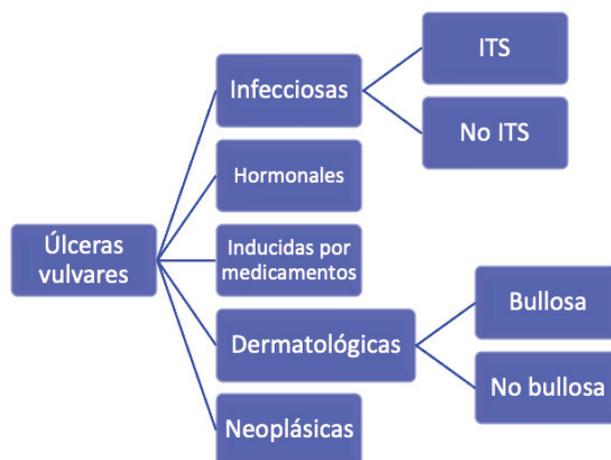
Describir lo visto: número, tamaño, características de los bordes, profundidad, si hay exudado o adenopatías asociadas.

## Paraclínicos

Siempre solicitar prueba rápida o ELISA para Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH está asociado con úlceras genitales atípicas. Solicitar exámenes para sífilis, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, hepatitis B y C, PCR (reacción en cadena de la polimerasa, por sus siglas en inglés) para VHS (Virus de Herpes Simplex), biopsia y prueba de embarazo según sospecha clínica.

## Causas

Definir el origen según el **gráfico 1**.



**Gráfico 1.** Algoritmo para evaluación de causas de úlceras vulvares.

Tomada y adaptada de: (1)

### Causas infecciosas

Infecciosas por ITS: la más común de las ITS es el herpes genital 1 y 2. Con menor frecuencia se encuentran sífilis (*Treponema pallidum*), chancroide (*Haemophilus ducreyi*), granuloma inguinal (donovanosis por *Klebsiella granulomatis*) y el linfogranuloma venéreo. (2)

Herpes genital. La causa más frecuente de úlcera vulvar es el herpes genital. El 50% presenta un segundo episodio, y el 14% un tercer episodio.

Se caracteriza por pródromos (hormigueo) seguido por la aparición de múltiples vesículas. Las lesiones pueden romperse espontáneamente, dejando úlceras poco profundas y dolorosas. Las primoinfecciones pueden causar síntomas constitucionales y linfadenopatías. (2)

Al examen físico se observan úlceras múltiples, dolorosas, de diferentes tamaños y formas, con halo eritematoso alrededor y bordes regulares (**figura 1**). Puede observarse en los labios, la vagina o el recto.



**Figura 1.** Herpes genital.

**Tomado de:** (3)

En la recurrencia presentan prurito, usualmente premenstrual. Se requiere hacer el diagnóstico diferencial con candidiasis, por lo que se recomienda citar nuevamente cuando presente las lesiones.

El diagnóstico es clínico, sin embargo, en caso de dudas, se sugiere hacer una PCR en la lesión para identificación del DNA del virus. (2) Su sensibilidad es del 96% al 100%, incluso mejor que la del cultivo, y su especificidad del 97%

al 98%. Las serologías tienen sensibilidad del 80% al 98%, pero puede ser menor en estadios tempranos de la infección. Infortunadamente su especificidad es muy baja, con altas proporciones de falsos positivos, por lo que se prefiere evitar su uso rutinario y reservarlo para casos en que no es posible realizar la PCR, en caso de persistencias o síntomas genitourinarios sin otra explicación. Adicionalmente, la IgM puede ser positiva incluso en episodios de recurrencias.

El tratamiento iniciado sin confirmación clínica, disminuye la duración de los síntomas y la posibilidad de transmisión.

Se debe recomendar a la paciente no tener relaciones sexuales mientras tenga las lesiones y en caso de recurrencia también durante los pródromos.

En los pacientes en terapia supresora, la propagación del virus se reduce en un 90%, pero debe advertirse que no es del 100%, incluso a pesar del uso de preservativo.

Primer episodio: aciclovir, 200 mg 5 veces (400 mg 3 veces) al día por 7 a 10 días o Valaciclovir 1 g dos veces al día por 7 a 10 días. VO

Recurrencias: aciclovir, 400 mg 3 veces al día por 5 días o Valaciclovir 1 g al día por 5 días. VO

Supresión: en caso de recurrencias o parejas serodiscordantes. Aciclovir, 400 mg 2 veces al día o Valaciclovir 1 g VO/ 1 vez al día.

**Sífilis.** El chancro primario de la sífilis (**figura 2**) se caracteriza por ser una úlcera única, indurada, indolora (pasa desapercibida), de bordes definidos y sobreelevados, con centro limpio causada por *T. pallidum*.



**Figura 2.** Chancro sifilítico vulvar.

**Tomado de:** (3)

# XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
Facultad de Medicina

Su diagnóstico se hace con serologías, es decir, pruebas treponémicas (FTA-ABS, TPPA) o no treponémicas (VDRL, RPR). La microscopía de campo oscuro y anticuerpo fluorescente directo del tejido o del exudado son definitivas para diagnosticar la sífilis precoz.

El tratamiento se hace según la siguiente clasificación:

**Sífilis primaria, secundaria o latente menor a 1 año.** Penicilina benzatínica 2.400.000 U IM penicilina benzatínica dosis única.

**Sífilis latente mayor a un año o indeterminada.** Penicilina benzatínica 2.400.000 U IM, penicilina benzatínica cada semana por 3 dosis.

Tratamiento a compañero sexual de los últimos 90 días.

**Chancroide (Haemophilus ducreyi).** Usualmente son lesiones no induradas e indoloras. Se caracterizan por un borde serpiginoso (que se cura por un lado y se extiende por otro de forma serpenteante) que rodea una base friable cubierta con un exudado necrótico y a menudo purulento. (2,4) En la mitad de los casos hay una adenopatía inguinal unilateral, que puede convertirse en bubones (figura 3).



Figura 3. Chancroide.

Tomado de: (2)

El diagnóstico es clínico, sin embargo, en lugares de alta prevalencia se recomienda solicitar cultivo para *H. ducreyi* (3) aunque tiene una sensibilidad del 80% y no está disponible fácilmente. (3) No hay PCR disponible para su identificación.

El diagnóstico es probable si se cumplen estos criterios: una o más úlceras dolorosas, apariencia típica con o sin linfadenopatías, después de haber descartado sífilis y VHS.

El tratamiento se hace con Azitromicina 1 g VO DU o Ceftriaxona 250 mg IM DU. (4)

**Linfogranuloma venéreo (C. trachomatis).** Úlcera pobremente definida, con escasa secreción. Si está cercana al área anal, tiene muchos síntomas rectales por compromiso intestinal. Su característica principal son linfadenopatías inguinales usualmente unilaterales. Se asocia ocasionalmente a bubones, con una escotadura en el centro, que posteriormente produce una úlcera (figura 5). (2)



Figura 4. Linfogranuloma venéreo.

Tomado de: (5,6)

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la exclusión de otras causas de proctitis. No hay pruebas clínicas validadas para su diagnóstico aún.

**Tratamiento:** Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 21 días.

Compañeros sexuales de los 60 días previos al inicio con síntomas: azitromicina 1 g vo DU o doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas por 7 días.

**Granuloma inguinal (Donovanosis).** Úlcera inguinal causada por la bacteria *Klebsiella granulomatis*. Se caracteriza por lesiones en genitales y periné, que progresivamente se ulceran, sin adenopatías. Los granulomas subcutáneos (pseudobubones) pueden aparecer. Las lesiones son altamente vascularizadas y friables (**figura 5**). (4)



Figura 5. Donovanosis.

Tomado de: (7)

El organismo causante del granuloma inguinal es difícil de cultivar. El diagnóstico requiere la visualización de cuerpos de Donovan en el campo oscuro de una biopsia.

**Tratamiento:** Azitromicina 1 g VO semanal, por 3 semanas o hasta que la úlcera sane.

Se debe dar tratamiento a las parejas sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.

En la el **gráfico 2** se presenta un resumen de las principales causas infecciosas de úlcera genital, para encontrar las diferencias.



	Herpes	Sífilis	Chancroide	Linfo granuloma venéreo	Granuloma inguinal
<b>Etiología</b>	VHS 1 y 2	T. Pallidum	H. ducreyi	C. trachomatis	K. granulomatis
<b>Período de incubación</b>	2-7 días	10-90 días	3-7 días	3-30 días	2-3 semanas
<b># lesiones</b>	Múltiple	Única	U/M	U/M	U/M
<b>Aspecto</b>	Agrupadas, limpias	Dura, serosa	Purulenta	Serosa	Roja, friable
<b>Dolor</b>	SÍ	NO	SÍ	NO	NO
<b>Adenopatías</b>	Única-bilateral dolorosa	Múlti-bilateral no dolorosas	Única, dolorosa, fluctuante	Unilateral Dolorosa	K. granulomatis

**Gráfico 2.** Cuadro comparativo úlceras genitales por ITS.

Tomado de: (4)

### Causa no infecciosa no relacionada con ITS

**Foliculitis infectada.** La foliculitis es una inflamación de los folículos pilosos. Puede ser infecciosa (estafilococos u hongos) o no.

Se presenta como pápulas rojas perifoliculares, pequeñas (2 a 5 mm), más comúnmente en las áreas velludas del monte de Venus, los muslos internos y los glúteos, a menudo en áreas rasuradas. La superficie central de las pápulas puede taparse con pústulas blancas o amarillas.

La forunculosis es la acumulación profunda de pus, generalmente de 2 a 4 cm de diámetro, asociada a un folículo. Ocurren en áreas de trauma de la piel, especialmente donde hay humedad o a lo largo de los bordes del monte de Venus y perianal. Los abscesos se pueden ulcerar y producir úlceras de bordes irregulares, fondo purulento, halo eritematoso e induración (**figura 6**).

El diagnóstico es clínico, pero se puede realizar cultivo, encontrando *Staphylococcus aureus* o micelios a la microscopía. Típicamente responderá a los antibióticos apropiados en 7 a 10 días.

### Tratamiento: (8)

SAMS: Dicloxacilina o Cefalexina 500 mg VO/ 4 veces al día por 10-14 días.

SAMR: Clindamicina 150 mg VO/ 2 veces al día por 7-10 días.

Recurrencias: Mupirocina tópica/ 2 veces al día por 5 días



**Figura 6.** Forúnculo.

Tomado de: (9)

**Candidiasis vulvovaginal.** La causa de infección, en el 80% - 90% de los casos es *Candida albicans*, pero también puede ser debido a especies no-*albicans* (*C. tropicalis* y *C. glabrata*).

El 20% - 50% de mujeres asintomáticas tienen *C. albicans* en su tracto genital bajo o en la piel. Parece ser que algunos medicamentos (antibióticos, esteroides, quimioterapia) y enfermedades (diabetes, inmunosupresión) aumentan las posibilidades de infecciones sintomáticas.

Se caracteriza por parches y placas rojas brillantes en vulva. En casos graves compromete periné y muslos. Usualmente se acompaña de flujo vaginal. Pueden aparecer asociadas úlceras de fondo limpio (**figura 7**).

El diagnóstico es clínico, pero al microscopio pueden observarse micelios y esporas. En casos recurrentes o de difícil manejo, está indicado hacer cultivo.

El tratamiento se hace con lidocaína y esteroides de baja potencia tópicos para mejorar el síntoma. Fluconazol 150 mg VO/ días 1 y 3. (8)



**Figura 7.** Candidiasis vulvovaginal.

Tomado de: (10)

**Úlcera genital aguda o úlcera de Lipschütz.** Es un cuadro de aparición súbito, sin recaídas, usualmente en mujeres jóvenes sin vida sexual en los últimos meses o núbiles, con aparición de úlceras necróticas, en beso (una frente a otra), muy dolorosas, acompañadas de fiebre y linfadenopatías. (12) Su etiología parece ser infecciosa, por Virus de Epstein Barr -VEB- (30%), CMV, Influenza A, *Toxoplasma gondii* o *Mycoplasma*.

Se ha sugerido un efecto citotóxico directo, un papel de los linfocitos B ante una infección por VEB, o, un proceso reactivo generalmente desencadenado por una infección a distancia. (12)

Para su diagnóstico se requiere cumplir  $\geq 1$  criterio mayor:

**Criterios mayores:** una o más úlceras necróticas dolorosas. Descartar otras causas (**figura 8**).

**Criterios menores:** localización (labios mayores), sin relaciones sexuales en los últimos 3 meses, síntomas gripales en 2 - 4 semanas previas.

Dentro de los paraclínicos se debe solicitar Ig VEB, VIH, PCR para VHS, cultivo viral y bacteriano de la lesión, y en caso de dudas tomar también biopsia del borde de la úlcera.

El tratamiento empírico consiste en baños de asiento, anestésicos y esteroides tópicos. (12) Según la clínica deberá considerarse adicionar antibióticos orales y/o esteroides sistémicos. La condición, sin embargo, es autolimitada y curará espontáneamente en aproximadamente 2 semanas.





Figura 8. Úlcera de Lipschütz.

Tomado de: (12)

## Causas dermatológicas

**Síndrome de Behçet.** Es una vasculitis sistémica que afecta pequeños y grandes vasos arteriales y venosos. (14) Ocurre con mayor frecuencia en pacientes de 20 a 39 años.

Se caracteriza por úlceras aftosas muy dolorosas, recurrentes (más de 3/año), redondas y de menos de 10 mm de diámetro, (3) con afectación de la mucosa oral en todos los casos (figura 9). (11) Pueden o no acompañarse de uveítis, lesiones cutáneas, ulceración gastrointestinal o síntomas neurológicos.

El ISG (International Study Group, por sus siglas en inglés) propone como criterios diagnósticos la aparición de úlceras orales recurrentes, al menos 2 de los siguientes: úlceras genitales recurrentes, hallazgos oculares específicos, lesiones en piel o prueba de patergia positiva (hiperreactividad de la piel posterior a trauma menor). (14) Las pacientes requieren evaluación por medicina interna y reumatología para descartar otras causas de autoinmunidad. El tratamiento inicial de úlceras localizadas consiste en la aplicación de esteroides y anestésicos tópicos.



Figura 9. Síndrome de Behçet.

Tomado de: (13)

**Liquen escleroso.** Es una enfermedad inflamatoria crónica. Se cree que es secundaria a un proceso autoinmune. Tiene un riesgo de 4% - 6% de transformación maligna hacia carcinoma escamocelular. Se presenta generalmente en mujeres posmenopáusicas.

Las lesiones más tempranas del liquen escleroso son parches blancos, que pueden ser difíciles de diferenciar del vitíligo. Una inspección minuciosa de la superficie de la piel muestra arrugas leves ("arruga de papel de cigarrillo") en el liquen escleroso. Estas lesiones tempranas son más notables en los labios mayores, pero también involucran comúnmente el periné y la piel perianal en un patrón en forma de ocho. La enfermedad puede ser unilateral o bilateral y simétrica (figura 10). La afectación extragenital de la piel ocurre en aproximadamente 20% a 30% de las mujeres.

El tejido blanco se engrosa cada vez más a medida que progresa la enfermedad. Los labios pueden adherirse en la línea media, cerrando parcialmente el vestíbulo.

Con frecuencia se desarrollan erosiones en el liquen. El prurito suele ser importante, pero puede reemplazarse por dolor si hay una erosión generalizada.

El diagnóstico de liquen escleroso suele ser posible en el examen clínico, pero la biopsia para descartar el vitíligo o cáncer, es necesaria.

El tratamiento consiste en la aplicación de esteroides de alta potencia por 3 meses: (8) 1 aplicación diaria por 4 semanas, luego día de por medio por 4 semanas seguida de aplicación 2 veces/cada semana por 4 semanas más.



**Figura 10.** Liquen escleroso.

Tomado de: (10)

**Bullosas autoinmunes.** En esta categoría están el pénfigo bulloso (afectación de la epidermis (**figura 11**), y el penfigoide (subepidermis). Se produce ya que hay anticuerpos contra las desmogleínas (proteínas de unión intercelulares). Inicia con una fase no ampollar acompañada de manifestaciones cutáneas inespecíficas como pápulas o placas pruriginosas, y luego de algunas semanas se presenta la fase ampollar. (15)



**Figura 11.** Pénfigo ampolloso.

Tomado de: (15)

Al examen físico presentan el Signo de Nikolsky positivo.

El diagnóstico requiere biopsia de la lesión. Deben tomarse dos muestras para estudio: una en formol para hematoxilina/eosina y otra en solución salina para inmunorreacción. El diagnóstico diferencial se debe hacer con liquen plano erosivo y enfermedades tumorales.

El tratamiento se hace con esteroides sistémicos, por lo que el tratamiento es multidisciplinario.

### Causas tumorales

Se presenta como lesiones ulceradas, con liquen alrededor. Se recomienda tomar biopsia. Favor remitirse al capítulo "xxx" donde se amplía esta información.

Causas relacionadas con trauma

**Hidradenoma papilífero.** Es una neoplasia cutánea benigna, poco frecuente, que se origina en las glándulas sudoríparas apocrinas. Su edad de aparición es entre los 30 y 49 años. (16)

Es una lesión solitaria, de aspecto oval o nodular, firme, móvil, bien delimitada, ocasionalmente asociada a erosión o ulceración, de crecimiento lento. Usualmente son asintomático, aunque en algunos casos se ha asociado con: prurito, dolor, sangrado o sensación de ardor (**figura 12**). Su diagnóstico es histológico.

El tratamiento del hidradenoma papilífero es la escisión del tumor.



**Figura 12.** Hidradenoma papilífero.

Tomado de: (16)

# XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
Facultad de Medicina

## Causas iatrogénicas

Principalmente relacionadas con tratamientos tópicos para condilomatosis genital, con ácido tricloroacético, podofilina, crioterapia o electrocauterización.

## Conclusiones

Las úlceras vulvares requieren de un enfoque multidisciplinario, un examen físico mucocutáneo completo y solicitar algunos paraclínicos. Ante el hallazgo de lesiones vulvares sospechosas o prurito eczematoso que no mejora después de 6 semanas de tratamiento adecuado, se recomienda realizar biopsia. (17)

El tratamiento general consiste en remover el irritante, (1) baño con agua, sin jabón (o utilizar un syndet). Si presenta disuria, orinar en un platón con agua o usar spray con agua. Formular cremas cicatrizantes, controlar el dolor: AINEs, lidocaína tópica, esteroides tópicos y antibióticos en caso de sobreinfección. Es fundamental recomendar el uso de dilatadores o lubricantes para prevenir sinequias vaginales y dispareunia.

## Bibliografía

1. Kristen M.A. Stewart, MD. A Clinical Approach to Vulvar Ulcers. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2017; 445–451. DOI 10.1016/j.ogc.2017.05.010
2. Michelle A. Roett, Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2020;101(6):355-361.
3. Minnesota Department of Health: STD, HIV, and TB Section. Syphilis: Aid to Diagnosis, 2016. Disponible en dirección electrónica: <https://www.health.state.mn.us/diseases/syphilis/hcp/diagnosis.html>
4. CDC MMWR Recomm Rep Vol. 64/No. 3, June 5, 2015.
5. Infomed. Linfogramuloma venéreo, 2011. Disponible en dirección electrónica: <https://temas.sld.cu/vihside/2011/09/01/linfogramuloma-venereo/>
6. Merino LA, et. al. Linfogramuloma venéreo: una entidad emergente. *Cartas al editor. Gastro hep.* 2009. DOI: doi:10.1016/j.gastrohep.2009.12.004
7. Espíndola A, et. al. Donovanosis. *Rev. Inst. Med. Trop.* Vol 4(2);26:30; Diciembre 2009
8. Steward, E. (2014). Vulvovaginal disorders: an algorithm for basic adult diagnosis and treatment. Disponible en: <http://vulvovaginaldisorders.com/>
9. Forúnculos. Ugofe. 2013. Disponible en <http://ugofearg.blogspot.com/2013/02/forunculos-causas-sintomas-tratamiento.html>

10. Margesson, Lynette J. Vulvar lesions: differential diagnosis based on morphology. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
11. Michelle A Roett. Diagnosis and Management of Genital Ulcers. American Family Physician. February 1, 2012, Volume 85, Number 3.
12. Delgado García, Silvia et. al. Acute genital ulcers. BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202504 1
13. MSD. Enfermedad de Behcet. 2019. Disponible en <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculares-y-conectivo/vasculitis/enfermedad-de-beh%C3%A7et>
14. Behcet Syndrome: Overview and recommendations. Dynamed, 2021. Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/behcet-syndrome>
15. Audisio, T et. al. Penfigoide ampollar localizado en vulva: dificultad diagnóstica clínica. Reporte de un caso. Publicación electrónica semestral del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal. México Año XI, No. 21, Octubre 2019 – Marzo 2020. Sección 6.
16. Vázquez JA, et. al. Hidradenoma papilífero. Reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2013;81:420-424.
17. Elkas JC, Berek JS. Vulvar cancer: Clinical manifestations, diagnosis, and pathology. [Monografía en Internet]. Stanford: UpToDate; 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com>