

CASOS CLÍNICOS

Chancro vulvar. Manifestaciones clínicas y correlato anatomopatológico

Vulvar chancre. Clinical features and anatomopathological correlation

Irene Vera¹, Viviana Leiro¹, Alcira Bermejo¹ y Esteban Maronna²

RESUMEN

El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales es extenso e incluye tanto patología infecciosa como no infecciosa. En conjunto, se denominan enfermedades con úlceras genitales (EUG). La etiología infecciosa comprende las clásicas infecciones de transmisión sexual (ITS) con úlceras y erosiones de clínica característica (HSV, lúes, chancroide, LGV) y otras infecciones no consideradas ITS, como las causadas por el virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, HIV, leishmanias y micobacterias,

entre otros. Las causas no infecciosas incluyen la enfermedad de Behçet, el pioderma gangrenoso y la enfermedad inflamatoria intestinal. Se presenta un caso clínico clásico de chancro genital femenino y su correlato anatomopatológico en el contexto de una EUG.

Palabras clave: chancro femenino, enfermedad ulcerosa genital.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (3): 146-148

ABSTRACT

Differential diagnosis of genital ulcers is broad and includes infectious and non-infectious diseases. These different diseases are known as a whole as genital ulcer disease (GUD). The infectious etiology includes classic STD causing erosions and ulcers (HSV, primary syphilis, chancroid, LGV) and non STD infections like Epstein Barr, citomegalovirus, HIV, leishmanias and micobacterium among others. Among non infectious causes of GUD Behçet,

pioderma gangrenosum, inflammatory bowel disease are found. A clinical case of a classic genital female chancre and its anatomopathological features in the context of GUD is presented.

Key words: female chancre, genital ulcer disease.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (3): 146-148

¹ Médicas Dermatólogas

² Médico Patólogo

Unidad de Dermatología Hospital F. J. Muñoz, CABA, Argentina

Contacto del autor: Irene Vera

E-mail: irenevera@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/8/2015

Fecha de trabajo aceptado: 02/6/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 35 años que tuvo contacto sexual con un hombre con lúes primaria presentó una úlcera en la vulva de una semana de evolución, que se asentaba en el nacimiento del labio mayor izquierdo cercano al periné. La lesión era redondeada, indolora y de fondo rojizo (Foto 1). Además, se palpaba una adenopatía inguinal izquierda. Se solicitó en esta primera consulta: campo oscuro, VDRL cuantitativa y MHTPA y *screening* para otras ITS. Se tomó una biopsia con sacabocados (*punch*) de la lesión.

Campo oscuro: +. VDRL: 2 dils. MHTPA: +. Serología HIV, hepatitis B y C: no reactivas.

Anatomía patológica: fragmento ulcerado recubierto por material fibrinoleucocitario. Dermis con denso infiltrado inflamatorio difuso y perivascular. Infiltrado inflamatorio polimorfo constituido por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y neutrófilos (Fotos 2, 3 y 4).

Diagnóstico: sífilis primaria.

Tratamiento: penicilina benzatínica 2.400.000 UI, una dosis semanal hasta completar tres dosis.

Evolución: el chancro se reepitelizó y desapareció la adenopatía. Se negativizó la VDRL en los controles posteriores realizados a un mes y tres meses de finalizado el tratamiento con penicilina.



FOTO 1: Chancro vulvar.

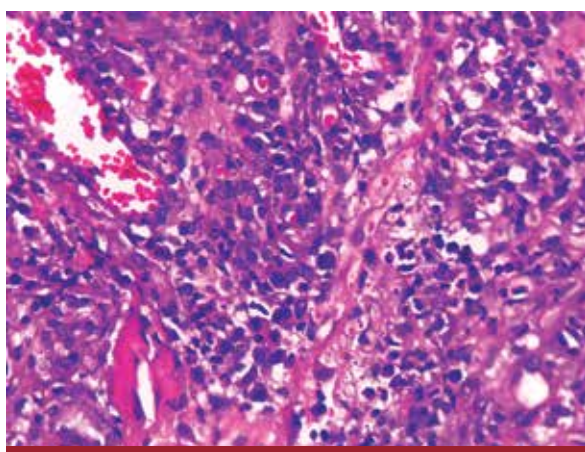


FOTO 3: Infiltrado inflamatorio polimorfo constituido por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y neutrófilos (HyE, 400X).

COMENTARIOS

El caso mencionado correspondía a un chancro de Hunter típico, o sea, único, indoloro, con fondo rojizo e indurado, de unos 12 mm¹. La clínica, los antecedentes epidemiológicos y los análisis de laboratorio eran suficientes para el diagnóstico. La biopsia se realizó con fines académicos.

El dermatólogo debe recordar siempre que puede estar ante un chancro atípico (doloroso o pruriginoso, múltiple o no indurado)²⁻³. La detección del chancro en la mujer puede pasar inadvertida hasta en el 80% de los casos al localizarse en sitios no expuestos al examen físico dermatológico, como la mucosa vaginal. El cérvix constituye la localización más frecuente del chancro femenino (44%)². Otros sitios de asiento de un chancro femenino de menor frecuencia son los labios mayores y menores, la horquilla vulvar y el clítoris². Por lo tanto, el hallazgo de un chancro vulvar es un hecho inusual en la práctica dermatológica.

Histopatología: en la sífilis primaria pueden observarse hiperplasia epitelial y paraqueratosis en la periferia de la

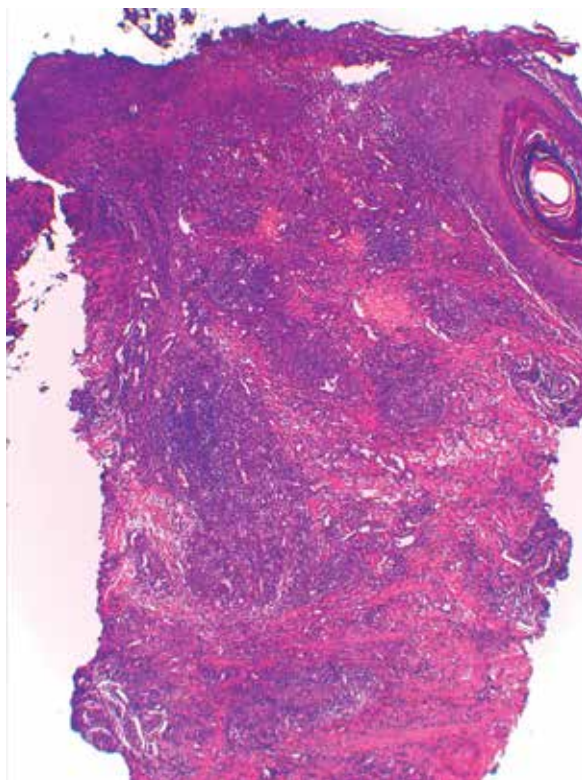


FOTO 2: Fragmento ulcerado recubierto por material fibrinoleucocitario. Dermis con denso infiltrado inflamatorio difuso y perivascular (HyE, 40X).

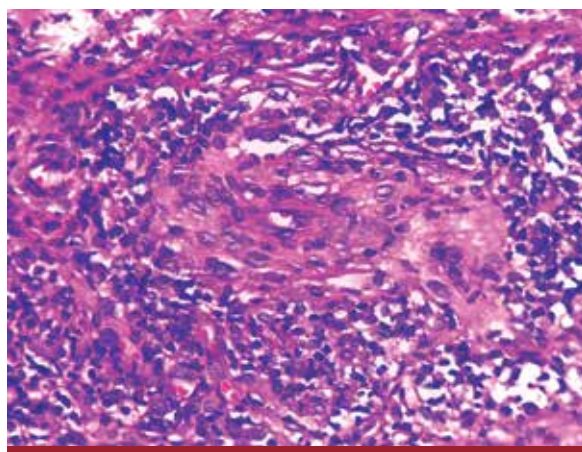


FOTO 4: Estructura vascular con tumefacción de células endoteliales e infiltración parietal por leucocitos (HyE, 400X).

úlceras. En la dermis se observa un infiltrado inflamatorio denso perivascular y difuso, predominantemente linfocitario, con presencia de neutrófilos y células plasmáticas. Los vasos afectados presentan tumefacción de células endoteliales.

Con la técnica de Warthin-Starry es posible, en ocasiones, detectar treponemas¹.

Si bien la etiología de las úlceras en la región genital no se limita solo a ITS, el médico siempre debe descartar esta causa para cortar la cadena epidemiológica y

tratar los contactos sexuales eventuales⁴. La importancia de la EUG se debe a que aumenta la morbimortalidad del paciente, en parte, por facilitar la transmisión de otras ITS, en particular el HIV⁵. En cuanto a la etiología de la EUG, varía en las distintas épocas, poblaciones y sexos^{4,6}. A mediados de la década de 1990, el HSV era responsable de la mayoría de los casos de EUG. En un estudio reciente de Hope-Rapp *et ál.*, que incluyó a 278 pacientes con EUG, las causas más frecuentes fueron: sífilis (35%), HSV (27%), chancroide (3%), LGV (1%), otro diagnóstico microbiológico (4%), sin diagnóstico microbiológico 32% (erupción fija por drogas, aftas). Al discriminar por sexo, en los hombres la EUG se debía en un 40% a la sífilis; en cambio, en las mujeres la causa más frecuente era el HSV (50%)⁴.

Durante la carrera de pregrado y de posgrado de Dermatología se aprenden ciertas características distintivas de las úlceras genitales que, en conjunto, permiten realizar el diagnóstico de certeza y pensar en otros diagnósticos alternativos. Estas características son el número, la induración, el color, la sintomatología y la adenopatía acompañante¹. Es importante conocer estas diferencias, pero también tener presente que existe una variedad morfológica de las lesiones que no siempre coincide con la descripción clásica. Tanto la cantidad, la localización, la duración, la induración y las adenopatías pueden no relacionarse específicamente con la etiología². El tamaño del chancro, cuando este supera los 10 mm, se correlaciona con la sífilis de manera estadísticamente significativa⁴.

Entre los diagnósticos diferenciales no ITS nos parece relevante destacar las úlceras de Lipschütz o *ulcus vulvae acutum*. Deben sospecharse en las niñas o en las pacientes jóvenes vírgenes que presentan úlceras en beso o de gran tamaño bien delimitadas, de consistencia blanda, que pueden estar cubiertas por un exudado grisáceo. Las lesiones son muy dolorosas, pueden ser precedidas por ardor o picazón, y la paciente experimenta síntomas seudogripales con fiebre, odinofagia, dolor articular y decaimiento. Puede haber adenopatía regional⁷. La etiología se desconoce, pero ahora se la considera una dermatosis reactiva a una infección a distancia. Los agentes vinculados a ellas con mayor frecuencia son el virus de Epstein-Barr y el citomegalovirus. El tratamiento es sintomático, con analgésicos y anestésicos locales, pero en casos severos se pueden emplear corticosteroides sistémicos.

Si bien el hallazgo de una úlcera o lesión de localización genital debe orientar a descartar una posible enfermedad de transmisión sexual, es importante tener presente que existen otras etiologías infecciosas y no infecciosas⁴. El conocimiento de este espectro de diagnósticos diferenciales es tan esencial como lo es una anamnesis prolija, un examen físico completo de toda la piel y los estudios complementarios para arribar a la etiología de una úlcera genital en particular. Así, es posible tratarla y prevenir el aumento de riesgo que implica una solución de continuidad para la transmisión de otras ITS, incluido el HIV⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stary A. Enfermedades de transmisión sexual. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatología*. Madrid: Elsevier, 2004:1271-1282.
2. Vera I, Fernández Pardo P, Leiro V, Bermejo A. Chancros sífilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. *Dermatol Argent* 2012;18:442-451.
3. Leiro V, Bermejo A, Olivares L. Chancros múltiples. *Dermatol Argent* 2011;17:78-80.
4. Hope-Rapp E, Anyfantakis V, Fouéré S, Bonhomme P, *et ál.* Etiology of genital ulcer disease. A prospective study of 278 cases seen in an STD clinics in Paris. *Sex Trans Dis* 2010;37:153-158.
5. Makasa M, Fylkesnes K, Sandøy IF. Risk factors, healthcare-seeking and sexual behaviour among patients with genital ulcers in Zambia. *BMC Public Health* 2012;12:407 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/407>. [Consulta 10/7/2015] PMID: PMC3490779.
6. Seghal VN, Pandhi D, Khurana A. Nonspecific genital ulcer. *Clin Dermatol* 2014;32:259-274.
7. Kinyó A, Nagy N, Olah J, Kemény L, *et ál.* Ulcus vulvae acutum Lipschütz in two young female patients. *Eur J Dermatol* 2014;24:361-364.
8. Mutua FM, M'Imunya JM, Wiysonge CS. *Genital ulcer disease treatment for reducing sexual acquisition of HIV*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. CD007933. doi: 10.1002/14651858.CD007933.pub2.