

Chancro Sifilítico

Syphilitic Chancre

AUTORES

Francisco Emilio Per Contreras¹, Beatriz Veloso Rivera², Marina Cid Sueiro³.

¹Médico residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud de Teis. Vigo.

²Médico residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud de Teis. Vigo.

³Médico Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud de Teis. Vigo

Autor para correspondencia: Francisco Emilio Per Contreras. Email: franciscoper13@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mujer de 34 años que acude a consulta del centro de salud por molestias en borde de la vulva a las 18:00 de una semana de evolución.

En cuanto a los antecedentes personales destacar ser fumadora de 1 paquete de tabaco al día y tiene pareja estable.

Exploración Física: Lesión eritemato ulcerada con borde perlado y blanquecino de unos 10 mm de configuración fusiforme además de una adenopatía inguinal derecha dolorosa.

Figura 1. Vulva



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En cuanto al diagnóstico diferencial del caso debemos tener en cuenta las diferentes patologías que se pueden presentar en población sexualmente activa con una úlcera genital como signo guía¹:

Táboa 1. Diagnóstico diferencial úlcera genital

Patología	Características de la úlcera	Características de las adenopatías
Herpes Genital	Lesión inicial en forma de vesícula, seguida por la aparición de úlceras múltiples, superficiales y dolorosas.	Adenopatías bilaterales, dolorosas y con tendencia a la recurrencia.
Sífilis	Úlcera única o múltiples, de bordes definidos, profunda y con base roja y brillante. No dolorosa, cicatriza espontáneamente.	Adenopatías bilaterales duras pero no dolorosas.
Chancroide	Una a tres úlceras profundas con base purulenta, generalmente indoloras.	Adenopatías unilaterales, dolorosas, y suelen adherirse a la piel presentando fluctuación o supuración.
Linfogranuloma Venéreo	Una úlcera única plana, cuyos bordes y profundidad pueden variar, pero que no suele ser dolorosa.	Adenopatías dolorosas suelen ser unilaterales y supurativas.
Granuloma Inguinal	Úlceras únicas o múltiples, extensas, de bordes marcados y propensas a sangrar.	No se acompañan de adenopatías, pero pueden aparecer pseudobubones después de 1-2 meses.

Se orienta el caso como un posible herpes genital (patología más frecuente en Atención Primaria) y se pauta Aciclovir 400 mg cada 8 horas durante 5 días, sin descartar otros posibles diagnósticos diferenciales dentro de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se realiza toma de muestra de exudado de la úlcera genital.

Se cita en una semana para resultado de cultivo y en función de resultados valorar solicitar serologías ITS.

Nos avisa el laboratorio de microbiología de cultivo con resultado *Treponema Pallidum*, POSITIVO, por lo que nos encontramos ante un Chancro Sifilítico.

Citamos presencial a la paciente, se le informa de que debe avisar a sus parejas sexuales desde los 3 meses previos al resultado de la prueba y tratamos con Penicilina Benzatina 2,4 mill Unidades.

Solicitamos serologías de ITS así como programamos serologías seriadas con reagina plasmática rápida (RPR) a los 6 y 12 meses.

CONCLUSIONES

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica causada por el microorganismo *Treponema Pallidum*. Su incidencia varía en función de la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. La enfermedad puede ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana y por inoculación accidental directa².

La información epidemiológica sobre las ITS en España proviene de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). El análisis ha revelado tres periodos de aumento significativo en los años 2001, 2011 y 2014. Estos hallazgos indican un incremento preocupante durante los últimos años. En 2021 se notificaron 6.613 casos de sífilis (tasa: 13,97 por 100.000 habitantes). El 60,1% de los casos tenían una edad entre 25 y 44 años. El 90,5% del total fueron varones³.

Sífilis primaria: lesión ulcerada o chancro, de borde indurado y no dolorosa a la palpación. Suele ser única, localizándose en la puerta de entrada de la bacteria en mucosas y/o piel, acompañado o no por adenopatías regionales⁴. Esta lesión permanece entre 1 y 6 semanas y desaparece de manera espontánea, incluso sin tratamiento, sin dejar cicatriz. Con tratamiento puede desaparecer en torno a la 2ª semana. Es altamente contagiosa. La serología, inicialmente negativa, se positiviza tras la 8ª semana^{4,5}.

El diagnóstico y tratamiento de las ITS se basa en la presencia de enfermedad o los síntomas. Sin embargo, muchos pacientes son asintomáticos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y transmisión sostenida en la comunidad⁶.

En la actualidad existe un infradiagnóstico de las infecciones de transmisión sexual por lo tanto, la detección temprana es importante para identificar y tratar a las personas infectadas. Ante la sospecha, solicitar siempre serología de ITS⁷.

La sífilis es una Enfermedad de Declaración Obligatoria⁸, por lo que se debe comunicar a sus parejas sexuales desde los 90 días previos al diagnóstico.

Consentimiento informado: Los autores de este caso clínico declaramos que se obtuvo el consentimiento informado, oral y escrito para la publicación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Infecciones de transmisión sexual. FMC. Formación Médica continuada en Atención Primaria, 2010-04-01, Volumen 17, Páginas 7-40, Copyright © 2010 Elsevier España, S.L.
2. Larsen SA, Norris SJ, Pope V. Treponema and other host-associated spirochetes. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenoer FC, Tenover FC, Tenover FC (eds). Manual of Clinical Microbiology (7ª ed). ASM Press, Washington DC, 1999.
3. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2021. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2023.
4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.
5. Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, Philip S. Syphilis in the modern era: an update for physicians. Infect Dis Clin North Am. 2013 Dec;27(4):705-22. doi: 10.1016/j.idc.2013.08.005. PMID: 24275265.
6. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potocnik M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(12):1581-93.
7. Rodríguez-Granger, J., Espadafor López, B., Cobo, F., Blasco Morente, G., Sampedro Martínez, A., Tercedor Sánchez, J., Aliaga-Martínez, L., Padilla-Malo de Molina, A., & Navarro-Marí, J. M. (2020). Actualización en el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual. Actas dermo-sifiliográficas, 111(9), 711–724.
8. Polo R, Palacios R, Barberá MJ, coordinadores. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.