



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Revisión

Úlceras genitales en la mujer

Genital ulcers in women



Isabel Bernad Alonso^{a,*}, Leire Juez Viana^b, José Miguel Lera Imbuluzqueta^a
y Marta Ivars Lleó^a

^a Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Departamento de Ginecología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Introducción

Las características anatomofuncionales de la vulva condicionan una frecuente y variada patología. A pesar de que se solapan en ella enfermedades dermatológicas y ginecológicas, la atención prestada a este órgano por médicos de ambas especialidades ha sido en general deficiente. En concreto, las úlceras vulvares son una de las afecciones típicas de dicha localización, una entidad clínica que genera muchas veces molestias incapacitantes y por tanto provocará la búsqueda de ayuda médica posterior. Por ello, tanto para las úlceras como para el resto de enfermedades vulvares es fundamental un estudio minucioso con el fin de enriquecer el manejo multidisciplinar que complementa la acción de los ginecólogos y así poder dar el tratamiento oportuno que resuelva la clínica de nuestras pacientes.

Definición de úlceras vulvares

Las úlceras vulvares implican una pérdida de integridad de la piel vulvar que puede estar provocada por una lesión externa o un proceso patológico interno. Las erosiones se desarrollan cuando se pierde la epidermis sin dañarse las capas más profundas. Las úlceras en cambio son el resultado de una pérdida completa de la epidermis y la dermis según se desprende el tejido necrótico.

Aproximación diagnóstica a las úlceras

Hay múltiples causas de úlceras vulvares, por ello es fundamental realizar una buena historia clínica de la paciente

que facilite la aproximación diagnóstica posterior. Cabe destacar que detalles como el inicio y la duración de la sintomatología, la asociación a síntomas generales como fiebre y malestar y la toma de fármacos deben quedar registrados. Además de preguntas acerca de la historia sexual, enfermedades autoinmunes, y enfermedad digestiva o urinaria concomitante. El diagnóstico diferencial de las lesiones vulvares se realiza mediante los hallazgos morfológicos, ya que la sintomatología es habitualmente inespecífica. Para caracterizar correctamente una úlcera vulvar es preciso identificar las siguientes características clínicas: localización exacta, número de lesiones (única o múltiples y si hay tendencia a confluir), forma (ovaladas o redondeadas), tamaño, si es una úlcera superficial, profunda o sobrelevada, si hay una reacción inflamatoria acompañante y la posible presencia de adenopatías regionales. La exploración vulvar debe comprender una inspección, palpación e identificación minuciosa (es recomendable la documentación fotográfica) y la realización de pruebas diagnósticas complementarias, de las cuales, la biopsia es de gran importancia. La biopsia debe realizarse en áreas ulceradas, sangrantes o de crecimiento rápido. En cualquier caso, se recomienda utilizar siempre anestesia local (lidocaína al 1% con epinefrina), con una biopsia escisional completa, en lesiones pequeñas, o biopsia en sacabocados con el punch, en las lesiones extensas o multifocales. Otros estudios complementarios son los tests de laboratorio como el cultivo, la detección del patógeno por PCR o microscopio de campo oscuro, y las serologías que son necesarias para el diagnóstico diferencial con causas infecciosas¹. En este artículo se revisan las causas más frecuentes de úlceras genitales en la mujer² (tabla 1).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ibernadalonso@gmail.com (I. Bernad Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2014.11.007>

0213-9251/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 – Clasificación de las causas de ulceración vulvar²**Infecciosas****Venéreas**

Herpes simple genital
Sífilis
Chancroide
Linfogranuloma venéreo
Granuloma inguinal

No venéreas

Bacterianas: *S. aureus*
Virales: Herpes zoster
Fúngicas: Candidiasis
Micobacterias: Tuberculosis
Parásitos: Leishmaniasis, amebiasis, esquistosomiasis

Dermatosis no infecciosas**No ampollosas**

Úlceras aftosas
Enfermedad de Behçet
Enfermedad de Crohn
Pioderma gangrenoso
Úlcera de Lipschütz
Liquen escleroso y atrófico
Liquen plano erosivo
Histiocitosis de células de Langerhans
Eritema fijo medicamentoso
Otras causas menos frecuentes: LEC, LES, acrodermatitis enteropática, eritema necrolítico migratorio, hidradenitis supurativa, EICH, sarcoidosis, nódulo reumático ulcerado, amiloidosis, osteomielitis

Ampollosas autoinmunes

Penfigoide ampolloso
Penfigoide de mucosas
Epidermolisis ampollosa adquirida
Dermatitis IgA lineal
Pénfigo vulgar

Ampollosas no autoinmunes

Enfermedad de Hailey-Hailey
Formas hereditarias de epidermolisis ampollosa
Síndrome de Stevens-Johnson
Necrólisis epidérmica tóxica
Dermatitis aguda de contacto

Tumores

Carcinoma espinocelular
Carcinoma basocelular
Carcinoma verrucoso
Neoplasia intraepitelial vulvar
Enfermedad de Paget extramamaria
Melanoma
Linfoma/leucemia

Traumática

Física: rascado, objetos punzantes, abuso sexual, cirugía, mutilación
Química: 5-fluorouracilo, podofilino, fármacos tópicos
Térmica: radioterapia
Facticia

**Figura 1 – Herpes simple genital. Varias úlceras vulvares de pequeño tamaño agrupadas con el borde festoneado.**

algunos estudios serológicos se estima que un 80% de los pacientes pueden ser asintomáticos. Las infecciones primarias ocurren típicamente 3-7 días después de la exposición y puede haber unos prodromos en forma de linfadenopatías, mal estado general, anorexia y fiebre antes de la aparición de las lesiones mucocutáneas. Inicialmente hay dolor o enrojecimiento local que precede habitualmente a la aparición de las vesículas dolorosas agrupadas sobre una base eritematosa. Pueden progresar a pústulas, erosiones o ulceraciones con un borde festoneado característico y evolucionan a costras que tardan en resolverse de 2 a 6 semanas (fig. 1). Suelen asociar disuria y en los brotes recurrentes posteriores puede existir un prodromo similar menos florido. El cultivo es la prueba definitiva para el diagnóstico, aunque tarda unos 2-5 días. El diagnóstico rápido puede hacerse mediante inmunofluorescencia directa (IFD), aunque si es negativa habrá que esperar al cultivo para el diagnóstico definitivo. La citología o test de Tzanck permite ver cambios citopáticos producidos por el virus y la PCR es más sensible y específica que el cultivo pero es una técnica más cara. La serología tiene un valor limitado dada la alta prevalencia de la infección por VHS⁶. El tratamiento antiviral oral con aciclovir, valaciclovir o famciclovir puede acortar la duración de la excreción viral y disminuye el tiempo de curación si se administra en las primeras 24-48 h del inicio de la infección. En pacientes inmunosuprimidos está indicado el tratamiento antiviral intravenoso hasta que se cura la última lesión. La profilaxis antiviral está indicada en pacientes con 6 o más episodios al año, en pacientes con episodios muy severos, en casos con prodromos insuficiente para iniciar a tiempo el tratamiento y en inmunosuprimidos. También se utiliza para prevenir la transmisión del herpes genital a la pareja susceptible seronegativa, ya que la terapia supresora reduce la diseminación viral asintomática en un 95%^{7,8}.

Infecciones venéreas**Virus del herpes simple genital**

El virus herpes simple genital (VHS) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Aunque el 70-90% de las infecciones genitales están causadas por el VHS-2, en estudios recientes de EE. UU., Canadá y Reino Unido está cobrando mayor importancia el VHS-1³⁻⁵. En

Sífilis primaria

La sífilis se transmite mediante la inoculación de la espiroqueta *Treponema pallidum* en las mucosas por contacto sexual.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3220657>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3220657>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)