

**Casos pràctics.**  
**Aplicació d'algoritmes diagnòstics i arbres  
de decisions**

**A propòsit d'un cas d'ulceració genital**

M<sup>a</sup> Jesús Barberá  
Unitat d'Infeccions de Transmissió Sexual de Barcelona

Curs teòric pràctic sobre prevenció i control de les ITS/VIH  
Barcelona, 7 de maig de 2008

# Resum dades clínics.

## Motiu de consulta

- Pacient varó de 31 anys, català, que consulta per ulceració genital de 2 setmanes d'evolució
- Refereix que té relacions sexuals amb homes, però que sempre practica “sexe segur” utilitzant preservatiu quan practica sexe anal. La darrera vegada que va tenir relacions sexuals va ser fa 4 setmanes
- No coneix cap contacte recent que hagi sigut diagnosticat d'ITS o que tingui cap lesió genital o anal quan va tenir relació amb ell.

# Afegirieu alguna altra pregunta abans d'explorar al malalt?

- Ha tingut pràctiques de sexe oral sense preservatiu?
- El pacient va respondre que normalment no utilitza preservatiu quan practica sexe oral i que “això, doctora, ningú ho fa”.
- Aquesta frase ens dóna la oportunitat d'explicar-li que hi ha ITS que es transmeten per aquesta via i que es possible que el origen del seu problema estigui aquí.

# Exploració física

- Destaca una lesió única ulcerativa en gland  $> 1$  cm de diàmetre, indolora, endurada, amb fons net i bores sobre elevats.



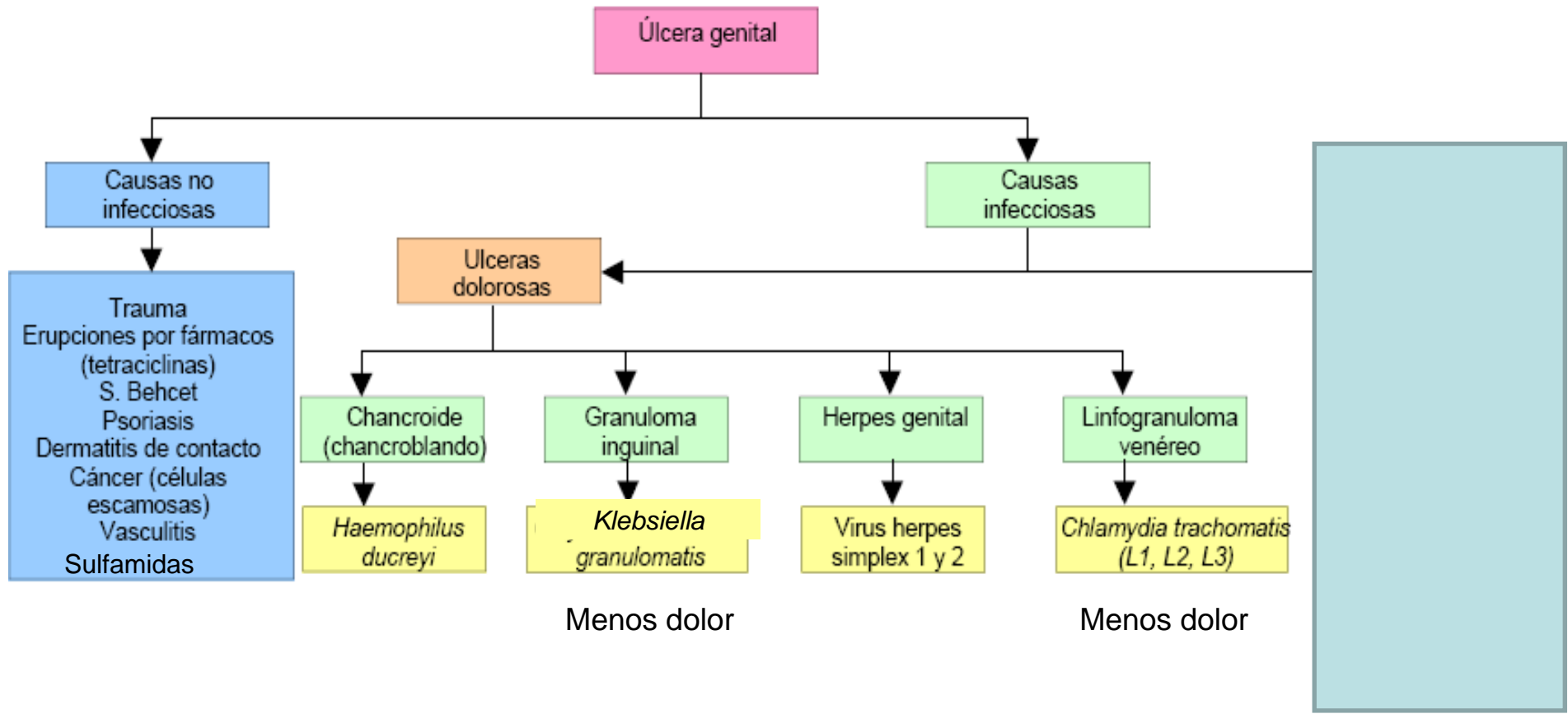
# Trobeu a faltar algú altre dada rellevant a la exploració?

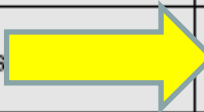
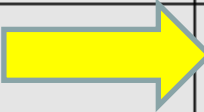
- El pacient presenta una adenopatia engonal dreta dura i no dolorosa.
- **Quina valoració feu del cas?**
- Es tracta d'un malalt home amb pràctiques de sexe oral no protegides que presenta una ulceració genital no dolorosa amb adenopatia engonal dreta.
- A partir d'aquí **quines possibilitats diagnòstiques us plantegeu?**

# Principals síndromes en ITS i causes microbianes

## Lesions ulceroses genitals:

- VHS 1 i 2
- *Treponema pallidum*
- *C. trachomatis* (serovar L1 L2 L3)
- *Haemóphilus ducreyi*
- *Klebsiella granulomatis*



	<b>Herpes</b>	<b>Sífilis</b>	<b>Chancroide</b>	<b>LGV</b>
<b>Lesión</b>	Vesícula, Úlcera y pápula.	Úlcera, pápula.	Úlcera, pápula.	Pápula, pústula, úlcera.
<b>Borde</b>	Eritematoso 	Engrosado	Violáceo indeterminado	Variable
<b>Profundidad</b>	Superficial	Superficial	Excavado con eritema	Superficial
<b>Base</b>	Lisa y roja	Lisa, roja y brillante.	Amarilla y sangrante	Variable
<b>Secreción</b>	Serosa	Serosa	Purulenta	Variable
<b>Nº lesiones</b>	Múltiple 	Única, ocasional múltiple	Única, a veces hasta tres, rara múltiple	Única
<b>Distribución</b>	En mujer: labios, cérvix, uretra, recto. En hombre: pene uretra, recto.	Vulva, pene, anal, oral y perianal.	Pene, vulva.	Uretra, pene, recto.

	<b>Herpes</b>	<b>Sífilis</b>	<b>Chancroide</b>	<b>LGV</b>
<b>Induración</b>	Ninguna	Firme	Rara	Ninguna
<b>Dolor</b>	Común	Raro	Frecuente	Variable
<b>Picor</b>	Común	Raro	Raro	Raro
<b>Adenopatías</b>	Bilateral y En primoinfección s.t.	indoloras	Unilateral, dolorosas. Pueden supurar	Unilaterales o bilaterales, dolorosas y supurativas.
<b>Incubación</b>	2-7 días	10-90 días	1-14 días	3-21 días
<b>Tpo.evolución</b>	21 días	2-3 semanas	2-3 semanas	1-2 semanas
<b>Test diagnósticos</b>	Cultivo y fluorescencia en células del raspado de lesión	Campo oscuro. FTA-ABS VDRL, RPR.	Cultivo Haemophilus ducreyi, gram del pus aspirado de adenopatías.	Cultivo C. trachomatis de uretra, cérvix, recto, adenopatías.



# Exploracions complementàries

- Quina exploració considereu adient en aquest cas?
- No disposem de possibilitat de realitzar un camp fosc. Per on comencem?
- El resultat de la serologia luètica va ser:  
TPHA + 1/160, RPR + 1/4

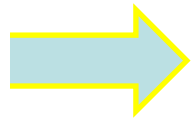
# SOLUCION CASO 1.

- La úlcera tiene todas las características de la lúes I: indurada, indolora, erosiva y única
- La serología confirma el diagnóstico: treponémicas y reagínicas positivas a títulos bajos como es de esperar en una lúes de corta evolución.
- Es, pues, una lúes I.

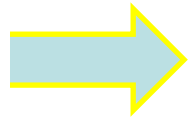
# Per tant

- Amb l'orientació diagnòstica de chancre sifilític administrem **1 dosi de 2.4 MU de penicilina G benzatina im.**
- **No oblidar...**advertir de **reacció de Jarisch-Herxheimer**

- **Hem de fer alguna cosa més?**

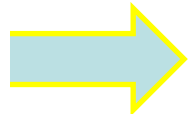


Fer **l'estudi dels contactes**



Donar **consell**, proporcionar **preservatius** i oferir **serologies** de VIH, VHB i VHA i posteriorment **vacunació**

- **Alguna cosa més?**



**Notificar** el cas

# Cal fer seguiment donat que es tracta d'un chancre?

- Sí, farem seguiment clínic i serològic, si VIH negatiu, als 6 i 12 mesos o més si cal.
- En cas de VIH positiu als 3, 6, 9, 12 i 24 mesos.
- Aprofitarem cada visita de seguiment per consell i educació.

# Caso 2

- Mujer que sospecha de su marido y quiere chequeo venereológico
- Destaca serología de lúes:
  - RPR + 1/4
  - Treponémicas +
  - ¿Qué hay que hacer?

# SOLUCION CASO 2.

- Observar títulos de serología idénticos al caso 1.
- Primera tendencia a darlo como “cicatriz serológica”.
- Pero antes habría que
  - Preguntar por historia de lúes y su tratamiento
  - Explorar para descartar una lúes I
  - Si no hay antecedentes ni hallazgos clínicos etiquetar como lúes latente y tratar.

# Caso 3

- Exantema característico
  - RPR + 1/64
  - TREPONEMICAS +
  - ¿Diagnóstico?



# SOLUCION CASO 3

- Tiene un cuadro clínico característico: exantema generalizado asintomático, con distribución seborreica y afectación palmoplantar.
- La serología confirma con títulos altos
- Estamos en presencia de una Lúes II

# Caso 4

- CUADRO TÍPICO  
SECUNDARISMO  
SIFILÍTICO

- RPR NEGATIVO
- TPHA > 1/2560



# SOLUCION CASO 4.

- Cuadro típico de lúes II, con pruebas treponémicas positivas y reagínicas negativas
- Hay que descartar un fenómeno de “zona” que, por exceso de anticuerpos, da negativas las pruebas de aglutinación.
- La solución es la dilución del suero.

# CASO 5

- CUADRO TÍPICO  
SECUNDARISMO  
SIFILÍTICO
  - RPR NEGATIVO
  - TPHA NEGATIVO



# SOLUCION CASO 5

- Investigar posible error de extracción, en el etiquetaje o procesamiento de la muestra o en el laboratorio
- Repetir extracción



**LA AFECTACIÓN PALMOPLANTAR ES  
DIAGNOSTICA DE SÍFILIS  
MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO**

# Caso 6

- EMBARAZADA DE 3 MESES
- CHEQUEO DE RUTINA.
  - RPR +1/16
  - TPHA > 1/2560

# SOLUCION CASO 6.

- Caso típico de lúes latente de periodo desconocido.
- Caso común en embarazadas, sobre todo si proceden de países en los que la sífilis es común

# CASO 7

- Mujer de 20 años, malestar general, dolores articulares y miedo a tener una venérea:
  - RPR R 1/16
  - FTA ABS +++
- Tratada con tetras (alergia a la penicilina), analítica 3 meses mas tarde:
  - RPR R 1/16
  - TPHA NO REACTIVO

# SOLUCION CASO 7

- Las primeras pruebas (treponémicas y reagínicas +) permiten etiquetar el cuadro de lúes latente.
- La mala respuesta al tratamiento y la negatividad de una treponémica distinta (TPHA.H) hace dudar del diagnóstico.
- FTA.Abs puede dar positiva en las colagenosis. Tenía un lupus eritematoso sistémico.

# Caso 8

- ROSEOLA SIFILÍTICA:
  - RPR 1/64
  - TREPONEMICAS +
  
- TRATAMIENTO Y CONTROL A LOS 6 MESES:
  - RPR 1/8
  - TREPONÉMICAS +

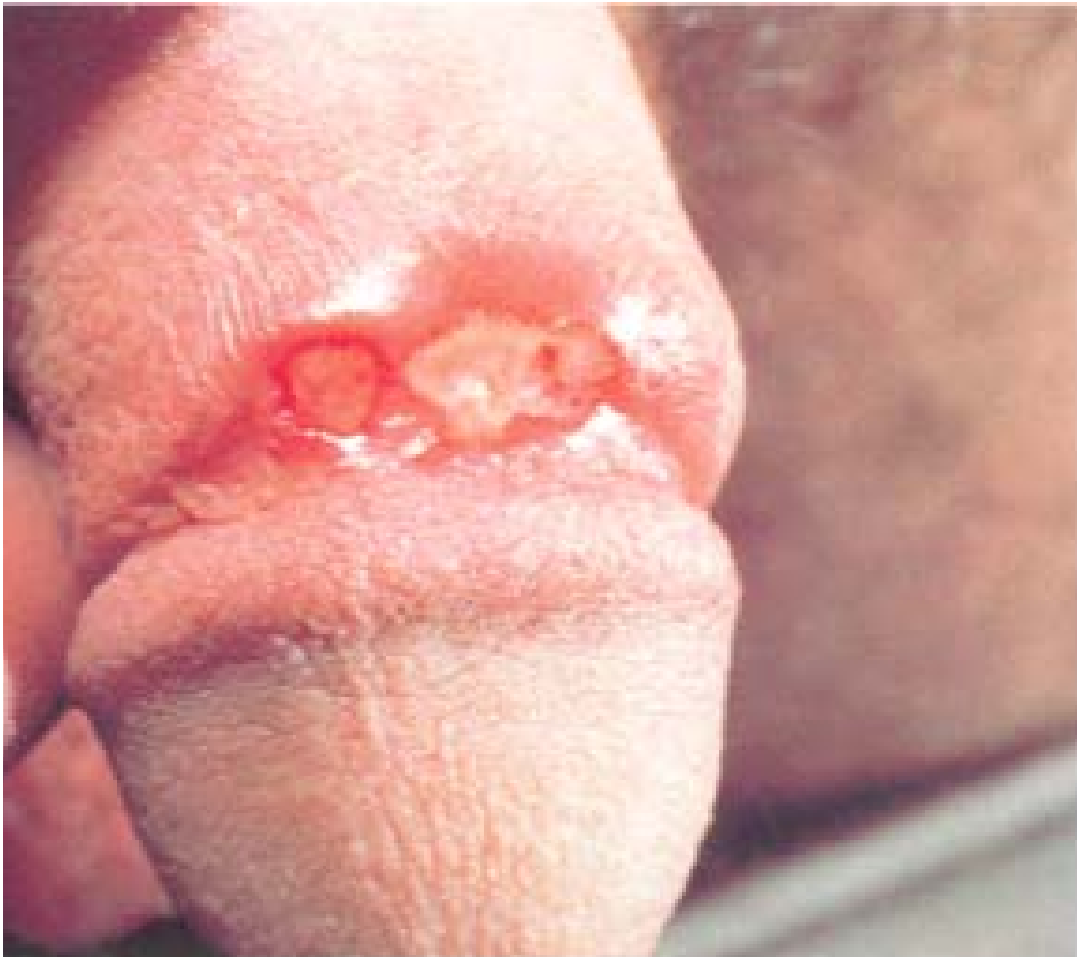


# SOLUCION CASO 8

- **Es la respuesta correcta al tratamiento:**

**el denominador de las reagínicas  
debe dividirse por 4 a los 6 meses**

# Caso 9



Caso 9 bis

# SIFILIS PRIMARIA. CLINICA. LESIONES ATÍPICAS

- Pueden ser múltiples
- Pueden ser dolorosas
- Pueden ser ulceradas
- **Pero conservan siempre el carácter de INDURADAS**



# Caso 9



## Caso 9 bis

Lúes

La gran **SIMULADORA**

# LGV: CLINICA

## Síndrome rectal

- LGV, UNA ENFERMEDAD QUE VUELVE A EUROPA:
  - En HSH
  - Con clínica de tenesmo, exudado rectal, abscesos perirectales y estenosis intestinal.





**moltes gràcies per la vostra atenció**

**[mjbarbera.bcn.ics@gencat.cat](mailto:mjbarbera.bcn.ics@gencat.cat)**