

**Infecciones de transmisión sexual**

**Úlceras genitales  
excepto la sífilis**

**Miquel Ribera Pibernat**

Servei de Dermatologia

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Universitat Autònoma de Barcelona

Badalona

# Infecciones de transmisión sexual

## 1. Balanitis

1.1. Balanitis candidósica

1.2. Balanitis por tricomonas

1.3. Otras balanitis transmisibles sexualmente

## 2. Uretritis

2.1. Uretritis gonocócica

2.2. Uretritis no gonocócicas

## **3. Ulceras genitales infecciosas**

3.1. Sífilis

**3.2. Chancroide**

**3.3. Herpes simple**

**3.4. Granuloma inguinal**

**3.5. Linfogranuloma venéreo**

4. Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH

4.1. Primoinfección por VIH

4.2. Manifestaciones cutáneas de la infección crónica por VIH

## 5. Tumoraciones de transmisión sexual

5.1. Infección por el VPH. Condilomas acuminados

5.2. Moluscum contagiosum

## 6. Prurito de transmisión sexual

6.1. Sarna

6.2. Pediculosis pubis

## 7. Vaginitis

7.1. Vaginitis candidósica

7.2. Vaginitis por tricomonas

7.3. Vaginosis bacteriana

## 8. Patología genital no venérea

8.1. Condición de Fordyce

8.2. Papulas perladas del pene

8.3. Venerofobia

8.4. Otras

## Enfoque general del paciente con una úlcera genital

---

- La mayoría de ITS que cursan con úlceras en nuestro medio son: herpes genital y sífilis. El resto son excepcionales.
- La frecuencia de cada una de ellas depende de factores epidemiológicos: área geográfica, prácticas sexuales
- Tener una ITS que cursa con úlceras aumenta la probabilidad de infectarse por el VIH
- No todas las úlceras genitales son de transmisión sexual

## Enfoque general del paciente con una úlcera genital

---

- No es suficiente con un diagnóstico basado en la historia clínica y la exploración física.  
Al igual que con otras infecciones es deseable un diagnóstico microbiológico.
- Los test imprescindibles para evaluar una úlcera genital son:
  - Serología luética o exámen en campo oscuro o test de inmunofluorescencia directa para el *T. pallidum*
  - Cultivo del VHS o tests de antígenos del VHS
  - Cultivo para el *H. ducreyi* (cuando se sospecha)

## Enfoque general del paciente con una úlcera genital

---

- La serología específica para el VHS-2 cuando se sospeche herpes genital puede ser orientativa pero no diagnóstica
- La biopsia de la úlcera genital puede ser útil cuando la clínica es atípica o no responde al tratamiento inicial
- La serología para el VHI debe realizarse cuando se ha diagnosticado una sífilis primaria, un chancroide y debe considerarse en el caso de herpes genital

## Enfoque general del paciente con una úlcera genital

---

- La mayoría de tratamientos se realizan en base a la clínica y a consideraciones epidemiológicas, sin tener todavía los resultados microbiológicos. Se prioriza la ruptura de la cadena epidemiológica y la curación clínica del paciente que proporciona el tratamiento precoz.
- En el 25% de los casos de úlcera genital no se llega a una confirmación microbiológica del diagnóstico a pesar de realizar las pruebas pertinentes.

## 1. Balanitis

### 1.1. Balanitis candidósica

### 1.2. Balanitis por tricomonas

### 1.3. Otras balanitis transmisibles sexualmente

## 2. Uretritis

### 2.1. Uretritis gonocócica

### 2.2. Uretritis no gonocócicas

## 3. Ulceras genitales infecciosas

### 3.1. Sífilis

### **3.2. Chancroide**

### 3.3. Herpes simple

### 3.4. Granuloma inguinal

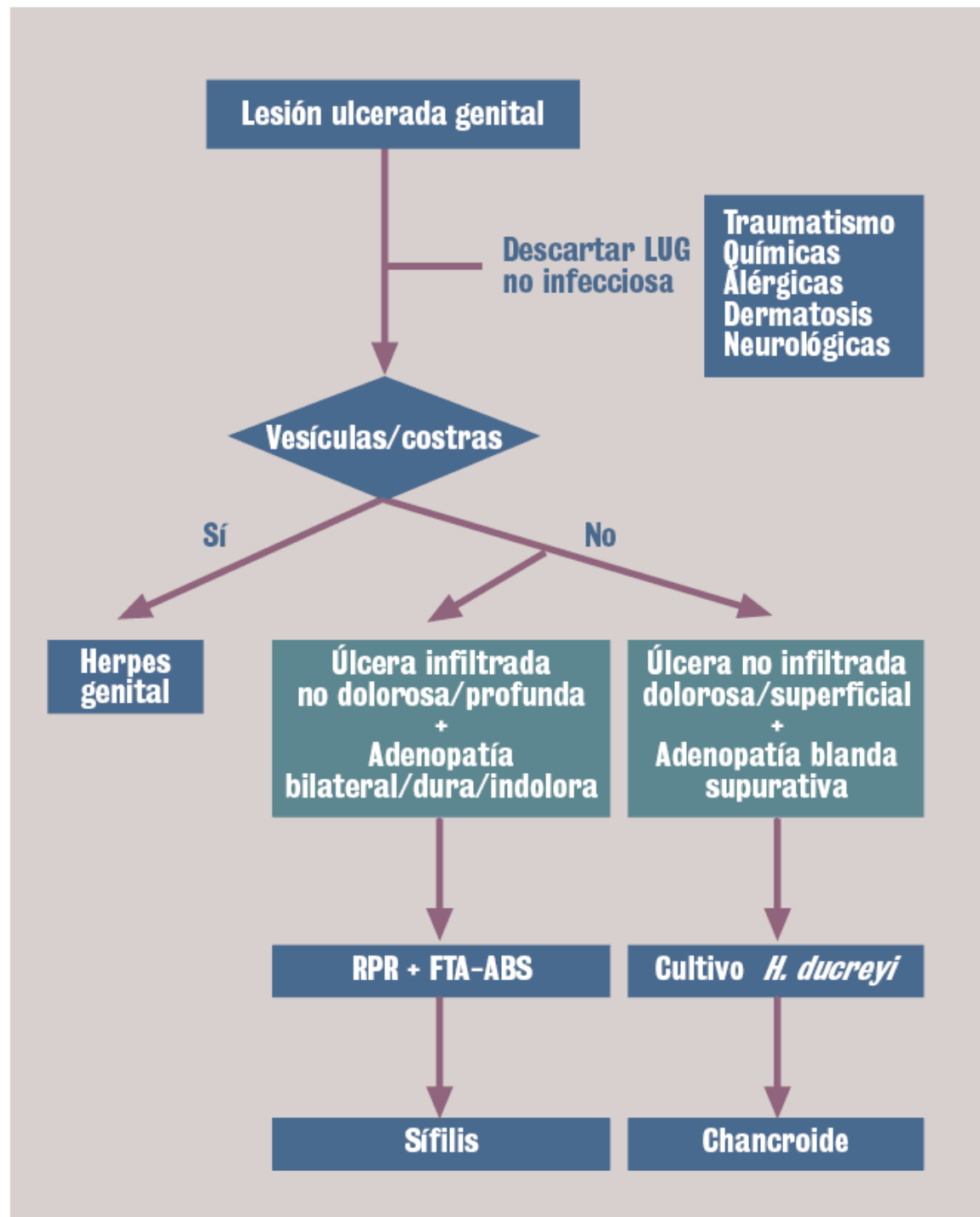
### 3.5. Linfogranuloma venéreo

## 4. Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH

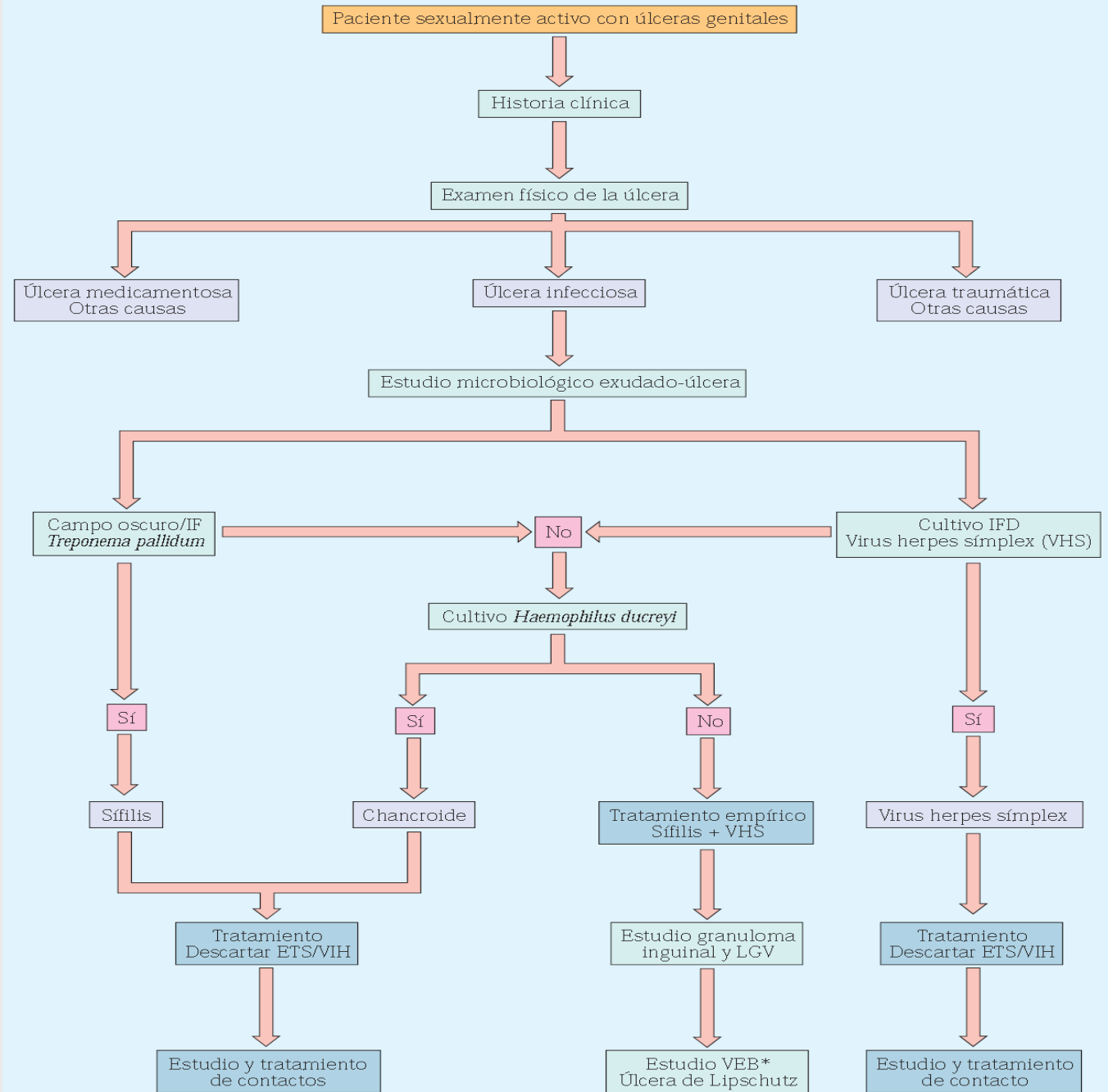
### 4.1. Primoinfección por VIH

### 4.2. Manifestaciones cutáneas de la infección crónica por VIH

# Algoritmo diagnóstico de una úlcera genital



# Algoritmo diagnóstico de una úlcera genital



\* En niñas no sexualmente activas  
ni sexualmente agredidas

# Chancroide

---

## ETIOLOGÍA


- ***Hemophylus ducreyi***
  - Familia *Pasteurellaceae*
  - Bacilo anaerobio facultativo gramnegativo que requiere factor X para su desarrollo
  - Medio de cultivo: Agar gonocócico con hemoglobina bovina + agar Mueller-Hinton con sangre de caballo-chocolate + 5% suero de feto de ternero a 30°-33°
  - Cadenas estreptobacilares (banco de peces o vías de ferrocarril)

# Chancroide

---

## CLÍNICA

- Periodo de incubación de 3-7 días
- No hay pródromos

- 
1. Pápulas blandas dolorosas, con halo eritematoso
  2. Pústulas (24-48h)
  3. Úlcera necrótica amarilla grisácea con tejido de granulación que sangra con facilidad

# Chancroide

---

## CLÍNICA

- Localización masculina: Prepucio, frenillo, glande, meato uretral, cuerpo del pene y perianal
- Localización femenina: Horquilla vulvar, labios menores, vestíbulo vaginal, vagina, cérvix, perianales, mamas, dedos, muslos, mucosa oral
- Adenopatía inguinal abscesificada dolorosa con eritema de la piel suprayacente (bubón) (50%)

# Chancroide

---

## VARIANTES CLÍNICAS

- Chancroide gigante
- Úlceras serpinginosa extensa (*ulcus molle serpinginosum*)
- Chancroide fagedénico (*ulcus molle gangrenosum*)
- Chancroide transitorio (*chancre mou volant*)
- Chancroide papular (*ulcus molle elevatum*)
- Chancroide folicular

# Chancroide

---

## DIAGNÓSTICO

- Frotis + Gram/Giemsa
  - Banco de peces o vías de ferrocarril
- Cultivo en 2 – 4 horas
- Histología
  - Zona necrótica superficial
  - Zona de neovascularización
  - Infiltrado denso compuesto por linfocitos y plasmáticas
- Serología: no útil (descarta sífilis)
- PCR (investigación)

# Chancroide

---

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sífilis
  - Campo oscuro, serología reagínica y treponémica
- Herpes simple
  - Cultivos, citología, examen con microscopio electrónico
- Linfogranuloma venéreo
  - Prueba de fijación de complemento (<1:16), repetida a las 3 semanas
- Donovanosis o granuloma iguinal
- **Sobreinfección de úlceras traumáticas**
- Infección mixta

## Chancroide

### Diagnóstico diferencial

---

#### CHANCRO LUÉTICO

- Incubación 21 días
- Única
- Indolora
- **Base indurada**
- Fondo exudativo

#### CHANCROIDE

- Incubación 3-7 días
- Múltiple
- **Dolorosa**
- Base no indurada
- **Fondo supurativo**

# Chancroide

---

## Tratamiento

### Primera elección

Azitromicina	1g vo, dosis única
Ceftriaxona	250mg im, dosis única
Ciprofloxacino	500mg/12h, vo, 3 días
Eritromicina	500mg/6h vo, 7 días

### Segunda elección

Amoxicilina-Clavulánico	500/125mg/8h, 7 días
-------------------------	----------------------

# Chancroide

---

## TRATAMIENTO COADYUVANTE

- Curas con antisépticos
- Punción y vaciado, entrando desde la piel sana, de los bubones susceptibles de fistulizarse
- Drenaje quirúrgico (tratamiento concomitante)

# Chancroide

## Consideraciones de manejo

---

- Re-examinar al paciente a los 3 y a los 7 días después tratamiento
- Tiempo requerido para la curación completa de la úlcera está en relación con su tamaño
- Falta de mejoría:
  - diagnóstico incorrecto
  - co-infección
  - no-cumplimiento
  - resistencia antimicrobiana
  - infección VIH

# Chancroide

## Manejo de parejas sexuales

---

Examinar y tratar a las parejas sexuales estén sintomáticas o no, si el contacto de la pareja sucedió  $\leq 10$  días antes del inicio de los síntomas

## 1. Balanitis

### 1.1. Balanitis candidósica

### 1.2. Balanitis por tricomonas

### 1.3. Otras balanitis transmisibles sexualmente

## 2. Uretritis

### 2.1. Uretritis gonocócica

### 2.2. Uretritis no gonocócicas

## 3. Ulceras genitales infecciosas

### 3.1. Sífilis

### 3.2. Chancroide

### **3.3. Herpes simple**

### 3.4. Granuloma inguinal

### 3.5. Linfogranuloma venéreo

## 4. Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH

### 4.1. Primoinfección por VIH

### 4.2. Manifestaciones cutáneas de la infección crónica por VIH

# Herpes simple

## Causa y tipos antigénicos

---

- *Herpes hominis* o virus del herpes simple (VHS)
- Infección más frecuente en el mundo
- Dos tipos antigénicos de VHS:
  - tipo 1 (VHS-1): infección orofacial
  - tipo 2 (VHS-2): infección genital
- Replicación intranuclear/Inclusiones intranucleares
- Fase de latencia tras la primoinfección
- Reactivación y recurrencias

# Herpes simple genital

---

## Manifestaciones clínicas

- Primoinfección: Herpes genital primario
- Recurrencia: Infección herpética recurrente. Herpes simple recurrente

# Herpes simple genital

---

## PRIMOINFECCION VHS

- Contacto cutáneomucoso individuo no inmunizado
- VHS 1:
  - Infancia (1-4 años)
  - Asintomática
  - 30-60% niños < 10 años
  - 80-90% adultos
- VHS 2:
  - A partir de la pubertad
  - Recién nacido (herpes neonatal)
  - Prevalencia aumenta con la promiscuidad

# Herpes simple genital

---

## **HERPES GENITAL PRIMARIO**

- Primoinfección por VHS-2 (95% sintomáticas)
- A las 2 semanas de contacto sexual
- Dolor, disuria, adenopatías regionales
- VHS-1 no protege frente a VHS-2

# Infección por el virus del herpes simple

---

Primoinfección



Ganglio sensitivo  
(infección latente)



Reactivación

Piel

(recurrencia)

# Herpes simple genital

---

## **INFECCION HERPETICA RECURRENTE**

- Oro-facial y genital
- Recurrencias:
  - VHS-1: 15-20 %
  - VHS-2: 50 %
- Menor intensidad y duración de los síntomas
- Menor eliminación de virus (menos riesgo de contagio?)

# Herpes simple genital

---

## **INFECCION HERPETICA RECURRENTE**

Factores desencadenantes

- Estrés emocional
- Exposición solar
- Procesos febriles
- Traumatismos
- Cansancio
- Menstruación
- Manipulaciones dentales, genitales

# Herpes simple genital

---

## **Infección por VHS en inmunoderprimidos (VIH, neoplasias, inmunosupresores,...)**

- Mayor número de recurrencias
- Ulceraciones profundas
- Puede presentar episodios severos o prolongados con lesiones genitales o perianales extensas.
- Curso prolongado

# Herpes simple genital

---

## DIAGNÓSTICO

- Clínica: característica
- Test de Tzanck (citología)
  - Técnica más utilizada
  - Poco sensible y específica
  - Células multinucleadas y con inclusiones intranucleares
- Cultivo: difícil (cultivos tisulares)
- Serología: sólo útil en la primoinfección

# Herpes simple genital

---

## Tests serológicos para el VHS

- Glicoproteína G2 específica-VHS para la infección HSV 2
- Glicoproteína G1 específica-VHS para la infección HSV 1
- Disponibles ensayos tipo específicos IgG - POCKit HSV-2, HerpeSelect HSV1/2 IgG ELISA and HerpeSelect 1/2 immunoblot IgG
- Sensibilidad 80-98%, especificidad  $\geq$  96%
- Los tests confirmatorios pueden estar indicados en algunas situaciones.

# Herpes simple genital

---

- Indicaciones del tratamiento:
  - Primoinfección herpética
  - Herpes genital recurrente
  - Herpes simple en el paciente inmunodeprimido
- Fármacos antiherpéticos:
  - Aciclovir
  - Valaciclovir
  - Famciclovir

# Herpes simple genital

---

## Tratamiento del primer episodio clínico

- Acyclovir 400 mg tres al día  
or
- Famciclovir 250 mg tres al día  
or
- Valacyclovir 1000 mg dos al día

*Duración de terapia 7-10 días*

# Herpes simple genital

---

## Tratamiento de las recurrencias

- Aciclovir 400 mg tres veces al día x 5 días  
0
- Aciclovir 800 mg dos veces al día x 5 días  
0
- Aciclovir 800 mg dos tres al día x 2 días  
0
- Famciclovir 125 mg dos veces al día por x 5 día  
0
- Famciclovir 125 mg dos veces al día por x 5 días  
0
- Valaciclovir 500 mg dos veces al día x 3-5 días  
0
- Valaciclovir 1 g oral diario x 5 días

# Herpes simple genital

---

## Terapia de supresión diaria

- Aciclovir 400 mg dos al día  
0
- Famciclovir 250 mg dos al día  
0
- Valaciclovir 500 mg al día
- Valciclovir 1000 mg al día

# Herpes simple genital

---

## Terapia de los episodios durante la infección VIH

- Acyclovir 400 mg tres veces al día  
0
- Famciclovir 500 mg dos veces al día  
0
- Valaciclovir 1000 mg 2 veces al día

### ***Duración de la terapia 5-10 días***

- Para casos severos, puede ser necesario aciclovir 5-10 mg/kg IV cada 8 horas.

# Herpes simple genital

---

## Terapia de supresión diaria durante la infección VIH

- Acyclovir 400-800 mg dos a tres veces al día  
0
- Famciclovir 500 mg dos veces al día  
0
- Valacyclovir 500 mg dos veces al día

# Herpes simple genital

---

## Resistencia antiviral

- Lesiones persistentes o recurrentes tras el tratamiento
- Obtener cultivos víricos para valorar la susceptibilidad viral a los antivíricos
  - resistentes al valaciclovir
  - la mayoría resistentes al famciclovir
- 5% de pacientes inmunodeprimidos
- Alternativas:
  - Foscarnet 40 mg/kg IV q 8
  - 0
  - Cidofovir gel 1% tópico (diario x 5 días)

# Herpes simple genital

---

## Tratamiento en embarazo

- La información disponible no indica mayor riesgo de defectos al nacimiento (primer trimestre).
- Poca experiencia de los resultados en embarazo cuando se ha utilizado valaciclovir o famciclovir.
- Puede utilizarse tratamiento con aciclovir en el primer episodio o en recidivas intensas.
- Riesgo de transmisión al neonato de 30-50% en las mujeres que adquieren el VHS cerca del parto.

# Herpes simple genital

---

## Consejo

- Historia natural de la infección
- Recidivas
- Diseminación asintomática
- Riesgo de transmisión.
  
- Uso individualizado de terapia episódica o supresora.
  
- Abstinencia sexual cuando hay lesiones o síndrome prodrómico
  
- Riesgo de infección neonatal.

## 1. Balanitis

### 1.1. Balanitis candidósica

### 1.2. Balanitis por tricomonas

### 1.3. Otras balanitis transmisibles sexualmente

## 2. Uretritis

### 2.1. Uretritis gonocócica

### 2.2. Uretritis no gonocócicas

## 3. Ulceras genitales infecciosas

### 3.1. Sífilis

### 3.2. Chancroide

### 3.3. Herpes simple

### **3.4. Granuloma inguinal**

### 3.5. Linfogranuloma venéreo

## 4. Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH

### 4.1. Primoinfección por VIH

### 4.2. Manifestaciones cutáneas de la infección crónica por VIH

# Granuloma inguinal

---

## ETIOLOGIA - PATOGENIA

*Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*)

- Bacilo gramnegativo (grupo *Klebsiella*)  
*Enterobacteriaceae*
- Transmisión por contaminación fecal
  - Niños
  - Baja incidencia
    - Prostitutas de zonas endémicas
    - Contactos sexuales
- Defecto en la inmunidad celular

# Granuloma inguinal

---

## CLÍNICA

- Período de incubación entre 2 semanas y 3 meses
- Clínica:
  - Pápula botonosa
  - Nódulo subcutáneo con ulceración en varios días
  - Pseudobubón que fistuliza
  - Linfadenopatías raras
- Localización masculina: Cuerpo del pene, escroto y glande
- Localización femenina: Labios menores, monte de Venus, horquilla vulvar, cérvix, útero, anejos (10%)

# Granuloma inguinal

---

## VARIEDADES CLÍNICAS

- Nodular: Nódulos eritematosos, blandos
- Ulcerovegetante: Úlceras de gran tamaño, con borde activo
- Hipertrófica: Forma proliferativa, masas
- Cicatrizal: Propagación en forma de tejido cicatrizal

# Granuloma inguinal

---

## COMPLICACIONES

- Sobreinfección por fusoespiroquetas
- Elefantiasis de pene, escroto o vulva
- Afectación extragenital (6%)
  - Oral
  - Axilar
  - Ganglios cervicales
  - Gastrointestinal
  - Sistema esquelético
  - Ocular

# Granuloma inguinal

---

## DIAGNÓSTICO

- No existe la posibilidad de cultivo
- Impronta teñida en Giemsa
- Tinción RapiDiff (*Clinical Science Diagnostics Ltd.*)
- Estudio histológico (**Cuerpos de Donovan**)

# Granuloma inguinal

---

## HISTOLOGÍA

- Reacción celular masiva: Polimorfonucleares, células plasmáticas, algún linfocito
- Epitelio marginal: Acantosis, elongación de las papilas dérmicas e hiperplasia pseudoepiteliomatosa
- Forma hipertrófica y cicatrizal: Aumento de tejido fibroso
- Células mononucleares grandes con inclusiones citoplasmáticas (**Cuerpos de Donovan**), con Giemsa, Warthin-Starry, tinción argéntica de Dieterle, hematoxilina de Delafield

# Granuloma inguinal

---

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sífilis
- Chancroide
- Linfogranuloma venéreo
- **Tuberculosis cutánea**
- **Filariasis**
- **Amebiasis cutánea**
- **Carcinoma espinocelular**

# Granuloma inguinal

---

## Tratamiento

### Primera elección

Doxiciclina	100mg/12h vo, 3 semanas o hasta la curación
-------------	---

### Segunda elección

Azitromicina	1g/semanal vo, 3 semanas
--------------	--------------------------

Ciprofloxacino	750mg/12h vo, 3 semanas
----------------	-------------------------

Eritromicina	500mg/6h vo, 3 semanas
--------------	------------------------

Cotrimoxazol	800/160mg/12h vo, 3 semanas
--------------	-----------------------------

Cirugía radical en formas avanzadas

## 1. Balanitis

### 1.1. Balanitis candidósica

### 1.2. Balanitis por tricomonas

### 1.3. Otras balanitis transmisibles sexualmente

## 2. Uretritis

### 2.1. Uretritis gonocócica

### 2.2. Uretritis no gonocócicas

## 3. Ulceras genitales infecciosas

### 3.1. Sífilis

### 3.2. Chancroide

### 3.3. Herpes simple

### 3.4. Granuloma inguinal

### **3.5. Linfogranuloma venéreo**

## 4. Manifestaciones cutáneas de la infección por VIH

### 4.1. Primoinfección por VIH

### 4.2. Manifestaciones cutáneas de la infección crónica por VIH

# Linfogranuloma venéreo




---

## ETIOLOGIA – PATOGENIA

Las clamidias son microorganismos cocoides inmóviles, parásitos energéticos e intracelulares porque sintetizan su propio ADN utilizando el ATP de la célula huésped

Se tiñe de rojo azulado con el GIEMSA o rojo con tinción de Machiavello.


### *Chlamydia tracomatis*

- L1, L2, L3        Linfogranuloma venéreo
- A, B, Ba, C        Tracoma
- D a K        Uretritis

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- Periodo de incubación
  - Estadio 1. Cuadro cutáneo
  - Estadio 2. Cuadro adenopático
  - Estadio 3. Secuelas
- 

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- Periodo de incubación
  - 3 – 30 días en las formas ulcerosas
  - más largo en las formas linfadenopáticas
- Lesión inicial: erosiones o úlceras superficiales indoloras, eritematosas, blandas de 5 a 8 mm de diámetro, que cura en pocos días sin dejar cicatriz
- Localización: Genital surco balanoprepucial y vulva, rectal, faríngea

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- Adenopatías inguinales, móviles, supuradas y dolorosas (1-2 semanas hasta 8-12 semanas)
- Masa de consistencia firme adheridas a piel y profundidad
- Eritema, edema, engrosamiento, tono purpúrico, dolor
- El bubón es lobulado y alargado con su eje mayor paralelo al eje inguinal. El crecimiento de los nódulos arriba y abajo del pliegue inguinal le da la apariencia de estar dividido por un surco, lo cual da nombre al signo patognomónico "del surco" o surco de Jürík.
- Unilateral 2/3 y bilateral en 1/3
- Fistulización crónica
  
- Síntomas generales concomitantes con la adenopatía: fiebre, escalofríos, cefalea, dolor abdominal, artralgias, anorexia y malestar general

# Linfogranuloma venéreo

---

## Sitio de infección primaria

- Pene, uretra anterior →
- Uretra posterior →
- Vulva →
- Vagina, cérvix →
- Ano →
- Recto →
- Faringe →

## Nódulos linfáticos afectados

- Ganglios inguinales superficiales y profundos
- Ganglios inguinales profundos y perirrectales
- Ganglios inguinales
- Ganglios iliacos profundos, perirrectales, retrocraurales y lumbosacros
- Ganglios inguinales
- Ganglios perirrectales e iliacos profundos
- Ganglios cervicales

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- El síndrome genital
  - Elefantiasis de pene
  - Elefantiasis de vulva
  - Úlcera rodeada de induración fibrosa

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- La adenopatía inguinal es la manifestación principal de la enfermedad
- La masa inguinal consta de varios ganglios unidos entre sí por una periadenitis plástica; algunos de los nódulos pueden presentar supuración activa con reblandecimiento y formación de absceso; cuando los nódulos se abren lo hacen en forma individual, resultando múltiples trayectos fistulosos los cuales no presentan reacción inflamatoria o tendencia a la ulceración.

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- El síndrome rectal
  - Estenosis es cilíndrica, situada varios centímetros por arriba del orificio anal, su longitud es de entre 4 y 10 cm, es progresiva y puede acentuarse tanto que apenas permite el paso de un dedo
  - En el síndrome anal pueden presentarse tumores poliposos y lobulados en el orificio anal
  - Clínicamente se manifiesta por estreñimiento, dolor y moco, sangre y pus en las heces.
  - Complicaciones: abscesos periuretrales, fístulas anales y rectovaginales
  - Destrucción genital

# Linfogranuloma venéreo

---

## CLÍNICA

- Síndrome rectal agudo
  - Inoculación directa
  - Drenaje linfático interno de los 2/3 proximales de la vagina
  - Dolor, tenesmo, secreción mucosanguinolenta
  - Estenosis rectal, fístulas y ulceraciones, elefantiasis perineal
- Complicaciones tardías
  - Elefantiasis peneana y escrotal (4%)
  - Destrucción genital

# Linfogranuloma venéreo

---

## DIAGNÓSTICO

- **Cultivo.** Puede utilizarse pus obtenido por aspiración y sembrado en cultivos de líneas celulares.
- **Fijación de complemento.** Existe aumento de los anticuerpos a títulos altos 1:80-1:1640; es positivo de dos a cuatro semanas después del inicio de la infección; los niveles de la inmunoglobulina se encuentran muy elevados aún en los casos crónicos.
  - Menos de 3% de la población tiene títulos > 1:16
  - Título superior 1:256 altamente sugestivo de LGV
- **Microinmunofluorescencia (MIF).** Se utilizan antígenos provenientes de cultivos en saco vitelino de embrión de pollo o cultivo en líneas celulares. Esta prueba da títulos altos contra todas las cepas oculares y oculogenitales, no tiene gran utilidad en el diagnóstico de LGV.  
1:128 (específico)
- **Análisis inmunoenzimático (EIAs) inespecífico**
- **Biopsia de la lesión.**

# Linfogranuloma venéreo

---

## HISTOLOGÍA

- Proliferación de células mononucleares grandes, que forman agregados, después necrosis central con polimorfonucleares que lleva a la formación de abscesos estelares.
- Úlcera: Granulomas epitelioides, células plasmáticas, células gigantes
- Ganglios linfáticos: Abscesos triangulares, estrellados, característicos, no patognomónicos
- Proctocolitis: Deformación criptas, fibrosis submucosa, hipertrofia neuromatosa, inflamación folicular y granulomas

# Linfogranuloma venéreo

---

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sífilis
- Herpes simple
- Chancroide
- Linfoma
- Mononucleosis infecciosa
- **Granuloma inguinal**
- **Enfermedad inflamatoria intestinal**
- **Neoplasia rectal**
- **Neoplasia de cérvix**
- **Filariasis**
- **Tuberculosis**
- **Hidradenitis supurativa**

# Linfogranuloma venéreo

---

## Tratamiento

### Primera elección

Doxiciclina                      100mg/12h vo, 3 semanas o hasta la curación

### Segunda elección

Eritromicina                      500mg/6h vo, 3 semanas

- Eficaces en la fase aguda
- Aspiración, ¡NO DESBRIDAMIENTO!
- Cirugía radical en formas avanzadas

	CHANCROIDE	GRANULOMA INGUINAL	LGV
Etiología	<i>H. ducreyi</i>	<i>C. granulomatis</i>	<i>C. tracomatis</i> L1, L2, L3
Incubación	3-7 días	2s-3m	3 – 30 días
Lesiones	Úlceras dolorosas (1mm- 2cm)	Nódular Ulcerovegetante Hipertrófica Cicatrizal	Erosión indolora (5-8mm)
Adenopatías	Bubón doloroso	Adenopatías raras Pseudobubón	Masa adenopática dolorosa
Tratamiento	Azitromizina (1g vo d.u.) Ceftriaxona (250mg im d.u.) Eritromicina (500mg/6h vo, 7d)	Doxiciclina (100mg/12h, vo 3s) Cotrimoxazol (800/160mg/12h, vo, 3s)	Doxiciclina (100mg/12h vo, 3s) Eritromicina (500mg/6h vo 3s)