



IMÁGENES

Lesiones vulvares agudas en mujer joven cis-heterosexual: diagnóstico diferencial y consideraciones prácticas

Acute vulvar lesions in a young cis-heterosexual female: Differential diagnosis and practical considerations

Begoña-Concepción Carmona-Ayuela^a, Francisco-Javier Bru Gorraiz^b y Alejandro Martin-Gorgojo^{b,*}

^a Centro de Atención Primaria José Aguado I, Unidad Docente de Atención Primaria de León, León, España

^b Sección de Especialidades Médicas, Servicio de ITS/Dermatología, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

Mujer de 20 años, española, cisgénero, heterosexual, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, que acudió a nuestro centro para evaluación de lesiones anogenitales, que condicionaban mínimas molestias locales, de días de evolución, sin otra clínica asociada. Refería haber tenido 2 parejas sexuales cisgénero consecutivas y cerradas en el último año, la última desde hacía unos 2 meses, con las cuales había usado siempre preservativo masculino para el coito vaginal (sin emplearlo ocasionalmente al inicio de la penetración).

La exploración física mostraba pápulas-nódulos, de base eritematosa, con centro erosionado, friable, en algunos casos con puntos blancos en superficie, situadas en las regiones vulvar y perianal (fig. 1). No presentaba ningún otro tipo de lesiones a la exploración cutáneo-mucosa. Negó haber padecido exantema, lesiones anogenitales, palmo-plantares u orales previamente. Se recomendó higiene con



Figura 1 Fotografía clínica de la paciente.

jabón antiséptico y aplicación de ácido fusídico en crema, y se solicitó cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo serologías del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y exudados cervicovaginal y faríngeo.

Los resultados de las pruebas mostraron positividad de los anticuerpos IgG e IgM anti-*Treponema pallidum* mediante prueba de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandromartingorgojo@aedv.es
(A. Martin-Gorgojo).

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de las úlceras (y lesiones erosivas) vulvares

Chancro duro (propio de sífilis primaria)	Úlcera indolora (30% casos de úlceras múltiples), indurada. Adenopatías bilaterales no dolorosas (no siempre presentes).
Condilomas planos (o sífilides papuloerosivas, propios de sífilis secundaria). Diagnóstico más probable del caso presentado.	Pápulas o nódulos de base eritematosa y superficie plana y erosionada, frecuentemente con puntos blancos, localizados en región anogenital, pliegues y límites cutáneo-mucosos.
Chancroide	Úlcera única/múltiple dolorosa. Adenopatía unilateral dolorosa.
Herpes simple genital	Lesiones múltiples, vesículas agrupadas, erosiones. Acompañado de malestar general. Puede haber adenopatías bilaterales dolorosas.
Linfogranuloma venéreo	Lesión única plana, bordes y profundidad variable. Adenopatías inguinales o femorales duras, dolorosas, que pueden supurar o fistulizar. Con frecuencia malestar general, fiebre, proctitis.
Granuloma inguinal	No doloroso, granulomatoso, borde marcado.
Úlceras de Lipschütz	Úlcera aguda en labios mayores (con frecuencia bilateral), dolorosa, bordes lisos. Se acompaña de fiebre y adenopatías dolorosas.
Síndrome de Behçet	Úlcera crónica recidivante dolorosa, base amarillenta con borde eritematoso. Asocia síntomas articulares, oculares, cutáneos, digestivos, neurológicos.
Enfermedad de Crohn	Úlcera dolorosa en surco interlabial, inguinal o en mucosa con halo eritematoso y base de fondo fibrinoso. Asocia síntomas digestivos, artritis, cutáneos u oftalmológicos.
Aftosis orogenital recidivante	Úlceras dolorosas crónicas recurrentes. Puede haber síntomas sistémicos inespecíficos.

Elaborada a partir de referencias³⁻⁶.

(ELISA), con RPR (reagina plasmática rápida) positivo a título 1/4. El resto de las pruebas resultaron negativas. Dadas las manifestaciones propias de sífilis precoz, se realizó un tratamiento con bencilpenicilina G benzatina 2,4 millones de unidades internacionales por vía intramuscular en dosis única. En el control serológico efectuado un mes después del tratamiento, el RPR fue negativo, con resolución *ad integrum* de las lesiones.

Se pudo estudiar a su pareja más reciente, que 3 meses antes había hecho cribado de ITS incluyendo serología de sífilis con resultado negativo. Se repitió cribado considerando el período ventana, con resultado negativo.

Dentro del ámbito de las competencias de la atención primaria se encuentra la medicina comunitaria y creemos muy relevante conocer el manejo, el diagnóstico y tratamiento de las ITS para así poder trabajar en la prevención.

El preservativo o membrana bucal, empleados correctamente (esto es, desde el principio hasta el final de la penetración o del sexo orogenital u oroanal), son muy efectivos para la prevención de las ITS por fluidos, como la infección por VIH, la clamidiasis y la gonorrea. Sin embargo, protegen parcialmente frente a ITS por contacto con zonas no cubiertas por el preservativo o membrana, como son la sífilis y las infecciones por el virus del papiloma humano, el virus del herpes simple o el virus del *molluscum contagiosum*¹.

La sífilis es una infección bacteriana causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se trasmite por vía sexual o materno-fetal. Desde 2007 es, en nuestro país, una enfermedad de declaración obligatoria individualizada y su incidencia está creciendo año tras año, de forma más evidente entre personas con pene que tienen sexo con personas con pene². En el manejo terapéutico, la penicilina continúa siendo el antibiótico de elección^{3,4}.

El caso que nos ocupa consideramos que tiene relevancia por varios motivos. Primeramente, por no ser común en nuestro medio el diagnóstico de sífilis entre mujeres cisgénero. En segundo lugar, para recordar su forma de transmisión sexual, que puede darse a pesar de emplear preservativo para el coito vaginal. En tercer y último lugar, por su peculiar imagen clínica, que planteó diversos diagnósticos diferenciales clínicos (tabla 1)⁵, entre los cuales destacaron finalmente –dados los hallazgos serológicos– los chancros múltiples y los condilomas planos⁶.

Consideraciones éticas

Artículo con la presentación de iconografía de un caso clínico. La paciente firmó consentimiento explícito para la comunicación y potencial publicación de las imágenes con fines docentes/científicos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stone KM, Grimes DA, Magder LS. Personal protection against sexually transmitted diseases. *Am J Obstet Gynecol*. 1986;155:180–8.
2. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro

- Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021 [último acceso: 9 Mar 2022]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS_1995_2019.pdf.
- Hicks C, Clement M. Syphilis: Epidemiology, pathophysiology, and clinical manifestations in patients without HIV. *UpToDate* [Internet]. 2021;18:1–55.
 - Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:574–88.
 - De Eusebio-Murillo E. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. *Medicine*. 2018;12:3474–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.06.013> [último acceso 9 Mar 2022].
 - Magdaleno-Tapial J, Hernández-Bel P, Valenzuela-Oñate C, Miquel VA. Puntos blanquecinos como clave diagnóstica de condilomas planos: reporte de 5 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111:892–5.