

**LESIONES CUTANEAS Y MUCOSAS GENITALES**

**DEFINICION**

Las lesiones cutáneas y mucosas genitales comprenden un amplio espectro de etiologías y manifestaciones clínicas y se presentan predominantemente como reacciones inflamatorias o defectos en el epitelio genital de hombres y mujeres

**Epidemiología**

Las lesiones cutáneas y mucosas genitales se pueden encontrar en cualquier lugar del mundo y sin estacionalidad.

Estas lesiones se presentan principalmente en los individuos sexualmente activos.

Los periodos de incubación pueden variar en función de la etiología, es decir, el papilomavirus humano potencialmente semanas, meses o años tras la exposición; la sífilis primaria de semanas a meses; los brotes de herpes simple años.

La enfermedad puede modificarse en las poblaciones con inmunosupresión.

Algunas entidades se ven actualmente con mayor frecuencia en hombres que tienen sexo con hombres (sífilis precoz, linfogranuloma venéreo [LGV])

**AGENTES ETIOLOGICOS**

**Bacterias:** *Treponema pallidum* (espiroqueta); *Haemophilus ducreyi* (diplococo gramnegativo); *Chlamydia trachomatis* serovariedad L (microorganismo intracelular obligado); *Klebsiella granulomatis*/donovanosis (bacilo gramnegativo).

**Virus:** virus de herpes simple, virus del molluscum contagiosum; papilomavirus humano.

**Hongos:** *Candida albicans*.



**FIGURA 108-1** Infección por el virus del herpes simple. Infección genital por el virus del herpes simple.



**FIGURA 108-4** Sífilis primaria. Chancro de la sífilis primaria.



**FIGURA 108-5** Sífilis secundaria. Condiloma plano de la sífilis secundaria.



**FIGURA 108-7** Granuloma inguinal.



**FIGURA 108-8** Papilomavirus humano. Lesiones genitales por el papilomavirus humano.



**FIGURA 108-10** *Sarcoptes scabiei*. Parasitación por *S. scabiei*.

## DIAGNOSTICO

La valoración clínica por sí sola puede inducir a error.

Con frecuencia es útil realizar estudios de laboratorio y pruebas serológicas.

La tinción de Gram y la microscopía óptica ayudan a identificar *H. ducreyi* y *Candida*.

La **microscopía de campo oscuro** se utiliza para identificar *Treponema pallidum*. La **serología** ayuda a diagnosticar *T. pallidum* y virus del herpes simple. El **cultivo celular** se utiliza para diagnosticar el virus del herpes simple. La **amplificación de ácidos nucleicos** se utiliza para identificar *C. trachomatis*.

## Tratamiento

El tratamiento se elige mejor en función del microorganismo causal probable o específico.

La sífilis se trata con **penicilina y tetraciclina**.

La infección por virus del herpes simple se trata con aciclovir, **valaciclovir y famciclovir**.

El LGV, causado por *C. trachomatis*, debería tratarse con **tetraciclina**.

## Prevención

- Sexo seguro.
- Seguimiento de los contactos sexuales.
- Tratamiento preventivo en función del contacto y del riesgo

## URETRITIS

La uretritis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la uretra masculina y que generalmente está causada por microorganismos transmitidos por vía sexual.

### EXPLORACION URETRAL

La mejor forma de explorar los genitales es con el paciente en posición supina

El paciente debe despojarse de sus pantalones y de su ropa interior de modo que sea posible observar toda el área genital.

El hallazgo de restos de secreciones secas en la ropa interior sugiere que las mismas se producen en una cantidad abundante.

Lo preferible es examinar al paciente al menos 2 horas después de su última micción. Si se instruye al paciente para que reduzca la ingesta de líquidos durante el día anterior a la exploración, puede presentarse a la misma antes de realizar la primera micción del día, lo que en ocasiones permite recoger cantidades muy pequeñas de secreción.

Se debe explorar detenidamente toda la zona genital, ya que en los pacientes con uretritis es relativamente frecuente encontrar otras infecciones de transmisión sexual.

Se debe descartar la existencia de adenopatías inguinales, prestando atención a la presencia de dolor. Se debe examinar la piel de toda el área púbica, el escroto, las ingles y el pene, con el fin de descubrir lesiones, así como los pelos para descartar la presencia de liendres.

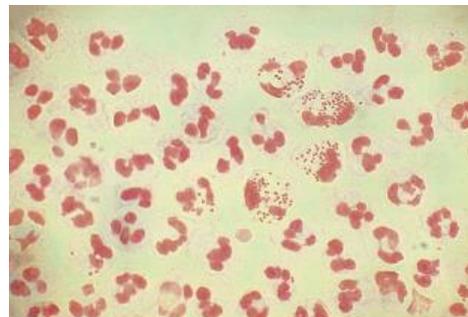
Los testículos, los epidídimos y los cordones espermáticos deben palparse en búsqueda de masas o áreas dolorosas. Se debe retraer el prepucio por completo para examinar el glande. Debe valorarse la presencia en el meato uretral de restos secos de secreción, enrojecimiento o secreción espontánea.

### EXAMEN DE LA MUESTRA URETRAL

TABLA 109-1 Evaluación del varón con síntomas uretrales	
ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS	COMENTARIOS
Tinción de Gram de una extensión uretral	
Estudio de la primera orina de la mañana en búsqueda de leucocituria	
Cultivos endouretrales u otras pruebas	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cultivos y NAAT igualmente apropiados. El cultivo puede dar la opción de antibiograma
<i>Chlamydia trachomatis</i>	NAAT preferible
<i>Trichomonas vaginalis</i> (casos seleccionados)	Cultivo o NAAT
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Actualmente no se dispone de prueba comercial

NAAT, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos.

TABLA 109-2 Signos objetivos de uretritis
Secreción uretral visiblemente anormal (purulenta, mucopurulenta)
>4 leucocitos por campo de inmersión en aceite en la tinción de Gram del material de secreción uretral
>10-15 leucocitos por campo seco en una muestra de la primera orina de la mañana



**FIGURA 109-1** Exudado uretral de un varón con gonococia. Tinción Gram de la secreción uretral de un varón con gonococia. Se observan los neutrófilos que contienen numerosos diplococos gramnegativos acelulares.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Los microorganismos más frecuentes son *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* y *Mycoplasma genitalium*

## **DIAGNOSTICO**

El estudio del exudado uretral con microscopio óptico puede ser útil. La presencia de leucocitos polimorfonucleares es altamente sugestiva de inflamación.

La tinción de Gram de este material que muestra diplococos gramnegativos intracelulares sugiere *Neisseria gonorrhoeae*, la cual también puede ser cultivada mediante técnicas estándar de agar. Para el resto de agentes patógenos de esta entidad se prefieren las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento está dirigido al microorganismo conocido o sospechado. La infección por *Neisseria gonorrhoeae* generalmente se trata con cefalosporinas de tercera generación, pero la aparición de resistencias es un motivo de preocupación.

La infección por *Chlamydia trachomatis* responde a la azitromicina y las tetraciclinas

## **PREVENCION**

El uso del preservativo o la abstención de la actividad sexual de alto riesgo reduce el riesgo de uretritis.

## VULVOVAGINITIS Y CERVICITIS

### DEFINICION

La vulvovaginitis y la cervicitis comprenden entidades infecciosas y no infecciosas que afectan a la vulva, la vagina y el cuello uterino.

### EPIDEMIOLOGIA

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual.

La vaginosis bacteriana y la candidiasis vulvovaginal no son infecciones de transmisión sexual clásicas pero rara vez se presentan en mujeres sin experiencia sexual.

La vulvitis y la vaginitis inflamatoria descamativa no se transmiten por vía sexual.

La cervicitis puede ser de transmisión sexual o idiopática.

TABLA 110-1 Características del flujo vaginal normal
Suspensión heterogénea de células epiteliales vaginales descamadas en agua
Los lactobacilos predominan en la flora bacteriana
pH de 3,5 a 4,6
Inodoro
No produce prurito ni irritación
Generalmente no ensucia la ropa interior

TABLA 110-4 Historia clínica más importante en las pacientes con síntomas vulvovaginales
<b>Antecedentes ginecológicos generales</b>
Antecedentes menstruales
Embarazos
Orientación sexual
Medidas anticonceptivas
Relaciones sexuales
Infecciones previas
Antecedentes médicos generales
Alergias
Diabetes
Neoplasias malignas
Inmunodeficiencias
<b>Síntomas de vulvovaginitis</b>
Secreción
Olor
Molestias vulvares
Dispareunia

La tricomoniasis está causada por **Trichomonas vaginalis**.

La candidiasis está causada por **Candida albicans** y otras especies de hongos.

La vaginosis bacteriana se asocia a una microflora bacteriana compleja.

La cervicitis infecciosa generalmente está causada por **Neisseria gonorrhoeae** o por **Chlamydia trachomatis**

### DIAGNOSTICO

La tricomoniasis y las infecciones cervicales debidas a *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* pueden ser diagnosticadas mediante la identificación de los microorganismos causales con métodos de cultivo u otros, de los cuales el más preciso es la prueba de amplificación de ácidos nucleicos.

La vaginosis bacteriana se diagnostica mediante criterios clínicos como el pH vaginal, el mal olor producido cuando se añade hidróxido de potasio al flujo vaginal y la detección de «células clave» cuando se analiza al microscopio la secreción vaginal.

La candidiasis vulvovaginal se diagnostica clínicamente y mediante la identificación de *C. albicans* o de otras especies de hongos en los cultivos del exudado vaginal.

La vaginitis inflamatoria descamativa se diagnostica mediante la apariencia clínica de la vagina y la identificación de leucocitos y células parabasales en las preparaciones en fresco del exudado vaginal.



**FIGURA 110-5** Tricomoniasis. Existe secreción purulenta y eritema de la mucosa.

**TABLA 110-7 Síntomas de tricomoniasis**

Secreción vaginal purulenta  
Iritación vulvar  
Disuria  
Dispareunia  
Olor vaginal anormal

**TABLA 110-9 Síntomas de candidiasis vulvovaginal**

Prurito vulvar  
Iritación vulvar  
Disuria  
Dispareunia  
Secreción vaginal anormal



**FIGURA 110-9** Candidiasis vulvovaginal. Mucosa cervical con parches blanquecinos adherentes rodeados de eritema.

**TABLA 110-11 Tratamiento de la candidiasis vulvovaginal**

**Infección no complicada**  
Cualquiera de los agentes tópicos disponibles, tratamiento de corta duración  
Dosis única de 150 mg de fluconazol v.o.

**Infección complicada**  
Obligatoria la confirmación mediante cultivo  
Las pruebas de sensibilidad antifúngica pueden resultar útiles  
Tratamiento durante 10-14 días con agentes orales o vaginales  
Fármacos alternativos de aplicación tópica  
Ácido bórico  
Considerar el tratamiento de las parejas sexuales  
Tratamiento supresor prolongado para los casos que recurren con frecuencia

efectivos incluyen las preparaciones vaginales que contengan nistatina.



**FIGURA 110-7** Candidiasis vulvovaginal. Úlcera lineal sobre la piel perineal.

**TRATAMIENTO**

La tricomoniasis se trata mediante la administración de metronidazol o tinidazol v.o.

La vaginosis bacteriana se trata mediante un ciclo de 7 días de metronidazol v.o. o mediante preparaciones para uso vaginal que contienen metronidazol o dindamicina.

La candidiasis vulvovaginal se trata mediante fluconazol v.o. o mediante preparaciones para uso vaginal que contienen nistatina, miconazol u otros fármacos antifúngicos.

La vaginitis inflamatoria descamativa se trata como primera opción con dindamicina intravaginal.

La administración intravaginal de ácido bórico o corticoides proporciona alivio sintomático.

**PREVENCIÓN**

- La elección juiciosa de los compañeros sexuales y el uso regular de preservativos las previene

## **INFECCION DE LA PELVIS FEMENINA**

### **Definición**

Inflamación aguda del epitelio y/o de los tejidos blandos de los órganos pelvianos.

### **Microbiología**

Microorganismos que se encuentran en el endocérvix y en la vagina.

Microorganismos que causan vaginosis bacteriana, con predominio de anaerobios.

### **Streptococcus grupo B y Escherichia coli.**

Microorganismos transmitidos por vía sexual, como **Neisseria gonorrhoeae** y **Chlamydia trachomatis**.

### **Diagnóstico**

Diagnóstico clínico por existencia de fiebre, eritema y dolor postoperatorio.

Diagnóstico clínico mediante valoración del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y detección de inflamación del aparato genital distal en el caso de la inflamación inflamatoria pélvica.

### **Tratamiento de las infecciones**

#### **Posquirúrgicas**

- Tratamiento con antibiótico de amplio espectro.
- Incluye la cobertura de anaerobios productores de penicilinasas.
- Uso de pautas antibióticas eficaces en ambiente anaerobio.

#### **Tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica**

- Atención a la creciente resistencia de *N. gonorrhoeae* a las quinolonas, azitromicina y, en cierto grado, a las cefalosporinas.
- Tratamiento concomitante de la vaginosis bacteriana si se realiza el diagnóstico de forma simultánea.

### **Prevención**

- Profilaxis antibiótica prequirúrgica.
- Cribado de microorganismos de transmisión sexual.

## **PROSTATITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUITIS**

La prostatitis bacteriana aguda se asocia a infección del aparato urinario inferior y a sepsis.

La prostatitis bacteriana crónica se asocia a infecciones recurrentes del aparato urinario inferior por el mismo tipo de bacteria.

La prostatitis crónica/el síndrome de dolor pélvico crónico (PC/SDPC) se producen en ausencia de bacterias uropatógenas.

La epididimitis y la orquitis generalmente están causadas por infecciones o traumatismos locales.

### **Epidemiología**

- La prostatitis representa el diagnóstico urológico más frecuente en varones jóvenes sanos. La mitad de los varones puede experimentar síntomas a lo largo de su vida. La prevalencia es del 2-16%.
- Prácticamente el 90% de los varones estudiados por síntomas genitourinarios tienen PC/SDPC.
- La epididimitis de transmisión sexual es más frecuente en los varones jóvenes. Los hombres con epididimitis bacteriana pueden tener patología urológica subyacente o una manipulación reciente del aparato genitourinario.
- Es infrecuente la orquitis aislada

### **Microbiología**

- Las enterobacterias gramnegativas causan la mayoría de los episodios de prostatitis bacteriana. Los enterococos son responsables de un porcentaje.
- La etiología de la epididimitis y la orquitis refleja la edad del paciente. En los varones jóvenes predominan *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y en los varones de mayor edad predominan los coliformes y las especies de *Pseudomonas*.
- La mayoría de las orquitis están causadas por infecciones víricas

### **Diagnóstico**

Son esenciales la anamnesis cuidadosa, la exploración física, el análisis de orina y el urocultivo.

El patrón oro es la prueba de localización de la infección de la vía urinaria inferior

La epididimitis y la orquitis deberían ser estudiadas mediante una recogida de exudado uretral para detectar **C. trachomatis** y **N. gonorrhoeae**. Para establecer otras etiologías es útil realizar un frotis de exudado uretral para tinción de Gram y un urocultivo de la parte media del chorro miccional

## **Tratamiento**

- Las fluoroguinolonas son el tratamiento oral preferido. Cada vez es más frecuente la resistencia a quinolonas, especialmente tras la instrumentación de las vías genitourinarias.
- Los pacientes con sepsis deberían recibir tratamiento parenteral empírico de amplio espectro.
- La combinación de antibióticos, bloqueantes a , fármacos antiinflamatorios y tratamientos analgésicos representa la terapia más eficaz para la PC/SDPC.
- Se recomienda el tratamiento combinado con ceftriaxona intramuscular más azitromicina o bien doxiciclina para las infecciones por *N. gonorrhoeae*.