



ITS MANIFESTADAS COMO ÚLCERAS GENITALES

Las ITS que se manifiestan como úlceras genitales incluyen principalmente el virus herpes simple (VHS), la sífilis, el chancroide (chancro blando), el linfogranuloma venéreo (LGV) y el granuloma inguinal (donovanosis). En España, VHS causa >80% de casos, seguida de sífilis (15-20%). El resto de patologías son infrecuentes en nuestro medio, aunque su prevalencia está en aumento.

VIRUS HERPES SIMPLE (VHS)

Produce pequeñas úlceras o vesículas agrupadas sobre base eritematosa, habitualmente dolorosas, con adenopatías reactivas dolorosas, a menudo bilaterales. Tema desarrollado en infecciones de transmisión sexual (ITS) causadas por virus.

<https://aulaginecologia.com/profesionales/patologia-infecciosa/its-viricas/>



SÍFILIS

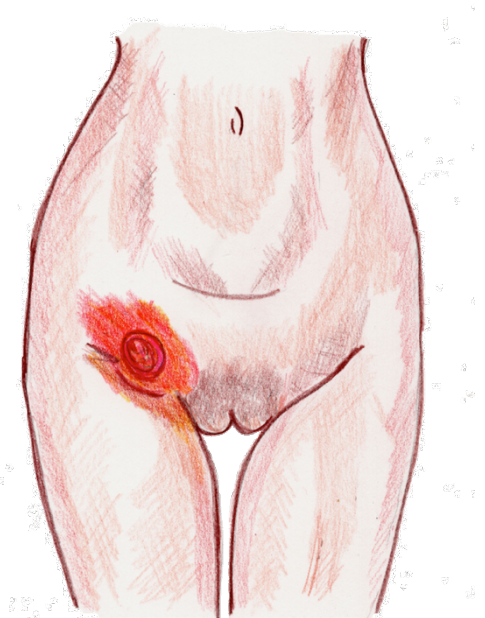
Causada por bacteria *Treponema pallidum*: úlcera endurecida de bordes lisos, firmes, bien definidos, sobreelevados, no exudativa, suele ser única, y POCO O NADA DOLOROSA. Puede acompañar adenopatías firmes de aspecto gomoso, escasamente dolorosas, a menudo bilaterales. Explicado en vídeo ITS bacterianas.

<https://aulaginecologia.com/profesionales/patologia-infecciosa/its-bacterianas/>

CHANCROIDE, O CHANCRO BLANDO

Se trata de una ITS causada por el *Haemophilus Ducreyi*. Es más frecuente en hombres (10:1). Se produce el paso del germen a través de microabrasiones de piel o mucosa. Aun en países endémicos su prevalencia es baja. (Es más frecuente en sudeste de Asia y África).

CLÍNICA: el chancroide suele presentarse como una úlcera genital, no indurada, DOLOROSA. Son úlceras superficiales, con bordes irregulares, mal definidos, no sobreelevados. Pueden aparecer adenopatías inguinales muy dolorosas (50% de los casos), normalmente unilaterales, a veces fluctuantes e incluso pueden supurar.



DIAGNÓSTICO: el chancroide se diagnostica por la clínica y la ausencia de infección por *Treponema Pallidum* o VHS. Se puede realizar un cultivo directo con antibiograma o PCR. Se considera un factor de riesgo para transmisión y adquisición de VIH.



TRATAMIENTO: Se debe iniciar ante sospecha diagnóstica con ceftriaxona 250mg IM dosis única, Azitromicina 1g dosis única, o ciprofloxacino durante 3 días.

Se recomienda evaluación y tratamiento de personas que mantuvieron relaciones sexuales en los 60 días previos al inicio de los síntomas, aunque estén asintomáticos. En fallos de tratamiento debemos valorar posibilidad de coinfección con otras ETS, incumplimiento de prescripción o resistencia al tratamiento... Se recomienda descartar sífilis y VIH, y repetir en 3 meses a los pacientes inicialmente negativos.

LIFOGRAULOMA VENÉREO

Se trata de una infección endémica en Asia, África, Caribe y Sudamérica, causado por Chlamidia Trachomatis (serotipos L1-L3). En España su incidencia es creciente, (193 diagnósticos en 2023).

Se trata de una úlcera genital poco dolorosa, **poco evidente**, pequeña y de escasa profundidad en el lugar de inoculación. Suele ser una lesión **autolimitada**, acompañada de adenopatía inguinal o femoral, generalmente unilateral. Más tarde, se producen adenopatías agrupadas en racimo, persistentes, dolorosas que pueden fistulizar, y si se deja evolucionar, puede hacerlo como inflamación de tejidos profundos y linfáticos, con secuelas cicatriciales.

Suele aparecer más frecuentemente en hombres VIH+, que mantienen relaciones sexuales con hombres. También puede aparecer en oro-faringe, perianal o provocar proctitis rectal. Se diagnostica por la clínica junto con PCR de la lesión. También pueden realizarse cultivo y serología.

El linfogranuloma venéreo se trata con Doxiciclina, en pauta de 21 días. También pueden utilizarse eritromicina o azitromicina.

Se recomienda el despistaje de VIH, virus hepatotropos, así como el estudio de parejas sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.

GRANULOMA INGUINAL

Se trata de una ETS causada por el Calymmatobacterium Granulomatis. Es una patología poco frecuente, prácticamente endémica de países de clima tropical o subtropical.

Se manifiesta como una úlcera indolora, de aspecto pseudogranulomatoso o pseudoneoplásico, de bordes laminados, que paradójicamente suele ser genital (90%) y solo el 10% en zona inguinal. Cuando aparece en cérvix, a veces puede simular un cáncer de cuello.

Se debe cribar VIH y sífilis. Si no se trata, se puede expandir durante años, y cuando se cronifica, puede dar úlceras cicatriciales, que pueden causar estenosis, (produciendo pseudoelefantiasis).

Se diagnostica por clínica, observación al microscopio de los cuerpos de Donovan intracelulares, o por PCR.



Su tratamiento consiste en Azitromicina 7 días o hasta la curación. También puede utilizarse doxicilicina o Trimetoprim/Sulfametoxazol. Debemos valorar a las parejas sexuales de los 60 días previos.

TABLA RESUMEN

ITS	Úlcera	Dolor	Adenopatías	Prevalencia España
VHS	Múltiples, vesículas	Sí	Dolorosas, bilaterales	>80%
Sífilis	Única, indurada	No	No dolorosas	15-20%
Chancroide	Superficial, irregular	Sí	Dolorosas, unilaterales	<0,1%
LGV	Pequeña, autolimitada	Leve	Fistulizantes	Emergente HSH
Granuloma inguinal	Granulomatosa, indolora	No	Ausentes	<0,1%

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, GeSIDA, GESITRA-SEIMC, et al. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
- Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2023. Madrid: ISCIII; 2024 Oct.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. Actualizado 2025.
- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet. Geneva: WHO; 2024 Jun 11.
- Morales-Múnera CE, Montoya F, de Loredó N, et al. Documento de expertos de la AEDV sobre el manejo de infecciones venéreas ulcerativas. Actas Dermosifiliogr. 2025;116(2):159-168.