



A propósito de un caso: Úlceras vulvares. Un reto diagnóstico

Cruz García, AM, Delgado Godoy, C., Sánchez Sanchez V, Perez Matos C, Martín Martínez A.

Introducción

Las úlceras vulvares son una expresión física de una enfermedad sistémica. Aunque la mayoría se deben a infecciones de transmisión sexual, hay un amplio abanico de enfermedades no infecciosas que pueden causarlas.

Caso clínico

Mujer de 38 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. G2P2. Pareja heterosexual estable. Usuaria de ACHO.

1º Ingreso en Hospitalización de Ginecología (Febrero 2019)

Motivo de consulta: Úlceras extensas en área genital. Inicio en septiembre 2018 tras traumatismo leve.

Sospecha Diagnóstica

¿Herpes simple complicado con sobreinfección bacteriana?

Pruebas complementarias:

- Serología, exudados vaginal y endocervicales negativos.
- Anatomía patológica: Reacción inflamatoria inespecífica.
- Cultivo de herida positivo para *P. aeruginosa*.

Tratamiento

- Desbridamiento y limpieza quirúrgica de herida.
- Antibioterapia empírica IV: Ceftriaxona y Ciprofloxacino
- Metronidazol oral y Valaciclovir IV
- Bomba de cloruro mórfico tipo PCA.
- Curas diarias con Linitul y Agua purificada.

Alta hospitalaria tras 13 días de tratamiento. Seguimiento en CCEE Ginecología con buena evolución.
Alta de CCEE en Abril de 2019



Fig.1. 1º ingreso (Febrero'19): Lesiones ulceradas en labios mayores y zona perianal. Respeta introito, vagina y cérvix. Adenopatías inguinales bilaterales.



Fig 2. Alta de Consultas Externas tras primer ingreso (Abril'19)

2º Ingreso en Hospitalización de Ginecología (Julio 2019)

Motivo de consulta: Recidiva lesiones genitales. Inicio en Mayo'19 tras relación sexual.

Enfermedad actual: No fiebre, úlceras orales concomitantes ni otras lesiones en mucosas. No alteraciones de hábito intestinal. Refería úlceras genitales ante mínimos traumatismos (sospecha de fenómeno de patergia)

Pruebas complementarias:

- **Analítica:** No leucocitosis ni neutrofilia.
- **Serología sanguínea, exudado vaginal, anal y de la herida:** Negativos
- **Anatomía patológica:** Abundante material necrótico e inflamación crónica inespecífica.
- **Cultivo bacteriológico y micobacterias de exudado de herida:** Negativo

Fig. 3. 2º ingreso (Julio'19): Lesiones ulcerativas en ambos labios que se extienden a nivel perianal. Respeta introito, vagina, cérvix y mucosa rectal. Adenopatías inguinales bilaterales.



Fig. 4. 2º ingreso. Desbridamiento quirúrgico

Diagnóstico diferencial:

- **Dermatología:** Donovanosis vs pioderma gangrenoso
- **U. Enfermedades infecciosas:** Descarta origen infeccioso.

Tratamiento:

- Desbridamiento quirúrgico.
- Antibioterapia empírica IV: Azitromicina, Doxiciclina y Ceftazidima (esta última se suspendió tras resultado de cultivo negativo)
- Bomba de cloruro mórfico tipo PCA
- Aplicación de apósito hidrocoloide sobre lesiones con recambio cada 72 h y lavado de herida con agua purificada.

Alta hospitalaria a los 10 días. Seguimiento en CCEE Ginecología y Dermatología.

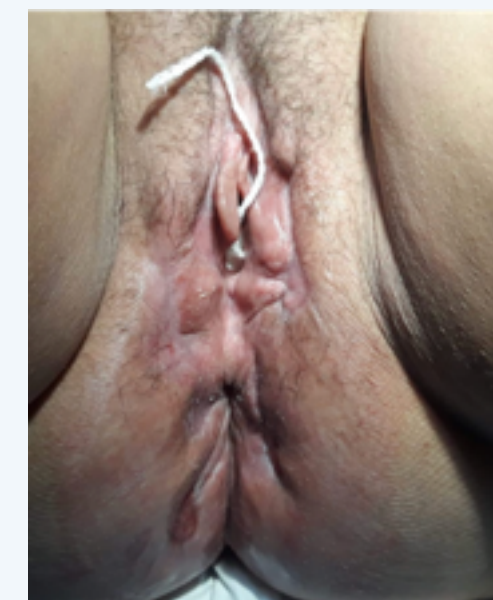


Fig. 5. Agosto'19, 15 días tras alta de segundo ingreso.

Úlceras no infecciosas: Diagnóstico diferencial



A. Hidrosadenitis supurativa:

Defecto de unidad folículo-sebácea: Quistes dolorosos, comedones y foliculitis. Predomina en mujeres tras la pubertad.



B. Enf. De Behcet:

Vasculitis autoinmune. Aftas orales y >2: Úlceras genitales, lesiones oftalmológicas, vasculares, articulares, neurológicas o dérmicas y/o test de patergia positivo.



C. Pioderma gangrenoso:

Úlceras dolorosas de bordes violáceos sobreelevados con fenómeno de patergia. Se asocia a enfermedad sistémica. Infiltración neutrofílica en dermis en anatomía patológica. Rápida respuesta a corticoides sistémicos

D. Dermatitis facticia:

Lesiones cutáneas autoprovocadas por el paciente para satisfacer la necesidad de ser tratado médicamente. Es más frecuente en edades medias, sexo femenino y escaso nivel sociocultural.

Conclusión

Las úlceras vulvares pueden suponer un reto diagnóstico dada la amplia variedad de patologías que pueden producirlas.

Muchas veces tienen un curso independiente de la enfermedad subyacente, condicionando un retraso en su diagnóstico y tratamiento y comprometiendo seriamente la calidad de vida de las pacientes.

Es importante recordar su abordaje multidisciplinar y realizar un seguimiento estrecho hasta dar con el diagnóstico definitivo.