

Chancro blando

Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Mara Lorena Ivanov¹, María Alejandra Vereá² y María Victoria Bourimborde³

RESUMEN: El chancro blando es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria gram (-), el *Haemophilus ducreyi*. Se caracteriza por la aparición de úlceras genitales dolorosas y no induradas, acompañadas por la formación de linfadenitis inguinal con tendencia a la fistulización. Si bien el cultivo del microorganismo es la prueba de oro para llegar al diagnóstico de la enfermedad, el *H. ducreyi* es un organismo muy exigente en sus necesidades para el desarrollo y crece con dificultad en los medios de cultivo.

Presentamos dos casos clínicos en los que arribamos al diagnóstico por medio del cultivo del microorganismo y realizamos una revisión bibliográfica del tema.

Palabras claves: chancroide - chancro blando - úlcera genital - enfermedades de transmisión sexual - *Haemophilus ducreyi*.

ABSTRACT: Chancroid is a sexually transmitted disease caused by gram (-) bacterium *Haemophilus ducreyi*. It is characterized by genital ulceration which may be accompanied by inguinal lymphadenitis, with tendency to fistulae formation. Despite the fact that *Haemophilus ducreyi* is a very demanding microorganism in terms of growing *in vitro*, its culture is the "gold standard" in order to achieve the diagnosis of the disease.

We present two cases on which the diagnosis of the disease was made through culture *in vitro*, and we perform a literature review investigation on the subject.

Key words: chancroid - chancroidal ulcer - genito-ulcerative diseases - sexually transmitted disease - *Haemophilus ducreyi*.

Arch. Argent. Dermatol. 57:103-112, 2007

INTRODUCCION

El chancro blando es una enfermedad de transmisión sexual, cuyo agente causal es un bacilo gram (-) denominado *Haemophilus ducreyi*. La enfermedad se caracteriza por la aparición de úlceras genitales dolorosas que con frecuencia se acompañan de linfadenopatías inguinales inflamatorias con tendencia a la fistulización¹⁻³.

El chancroide o chancro blando fue diferenciado por primera vez del chancro sífilítico por Bassereau en Francia en el año 1852. Ducrey en 1889 describe al bacilo aunque no logra su aislamiento en cultivo; éste se atribuye a Benzancon y col. en el año 1901¹⁻³. En 1913 Ito realiza pruebas intradérmicas con *H. ducreyi* e interpreta como test positivo la formación de una pápula igual o

mayor de 8 mm entre el tercer y el séptimo día de la inoculación. En 1927 Reestierna confirma estos resultados¹. Hammond y col. en 1978 incorporan vancomicina a medios sólidos enriquecidos, iniciando una etapa nueva en el diagnóstico microbiológico del bacilo².

Las publicaciones de casos de chancroide en Argentina son muy escasas. En el año 1957 Rendón Pizano, Mosto y Mazzini destacan la extrema rareza de esta patología en nuestro país y publican dos casos clínicos⁴. Durante el primer semestre de 1961 Molina, Curia y Bottrich en conjunto con profesionales del Hospital Alemán reunieron un total de 20 enfermos⁵. Guillot refiere que entre 1960 y 1969 fueron denunciados en la Argentina 1313 casos de chancro blando⁶. Casas y col. reportan en 1971 un registro de 14 casos de chancroide (sólo por diagnóstico clínico) y en 1973 observan como número total 33 nuevos casos⁷. En 1980 Guaymas y col. reportan en la ciudad de Salta 14 casos de chancro blando observados en consultorio privado y en el Servicio de Piel del Hospital del Milagro⁸. La última publicación argentina es de 1988, en la cual Guaymas y col. amplían el trabajo comenzado en 1980 y publican un trabajo de los casos observados desde 1980 a 1987 con un número total de 71 pacientes con la enfermedad⁹.

¹ Médica asistente, ex-jefe de Residentes de Dermatología.

² Jefe de Sala de Dermatología. Instructora de Residentes. Ayudante diplomada Cátedra de Dermatología Facultad de Ciencias Médicas UN La Plata.

³ Jefe de Residentes de Dermatología.

Sala de Dermatología. HIEAyC San Juan de Dios de La Plata. Calle 27 y 70.

Teniendo en cuenta la baja frecuencia de esta patología en nuestro medio y las escasas publicaciones nacionales encontradas, hemos decidido dar a conocer nuestros casos clínicos y realizar una revisión sobre el tema. Si bien nuestro país no es área endémica, hoy en día con el gran movimiento de turistas que arriban a nuestras ciudades podemos volver a ser vulnerables a esta enfermedad y debemos tenerla siempre presente dentro de los diagnósticos diferenciales de las úlceras genitales.

CASOS CLINICOS

Caso N° 1:

G. S. masculino, 22 años de edad, heterosexual, promiscuo, soltero.

Motivo de consulta: lesiones en genitales externos.

Enfermedad actual: comienza 3 días previos a la consulta con lesiones ulcerosas en surco balanoprepucial, intensamente dolorosas, acompañadas de adenopatías inguinales unilaterales.

Antecedentes personales: lesión genital no dolorosa, auto-resolutiva, el año previo a nuestra consulta.

Examen dermatológico: presenta 3 úlceras redondeadas de aproximadamente 6 mm de diámetro, de fondo amarillento y sucio con bordes netos eritematosos ubicadas en glande (Fig. 1) y cara interna de prepucio (Fig. 2), malolientes, no induradas y muy dolorosas tanto espontáneamente como a la palpación. Fimosis. A nivel inguinal derecho, adenopatías induradas, no adheridas a planos superficiales ni profundos, dolorosas a la palpación, sin signos evidentes de flogosis.

Exámenes complementarios: microscopía de campo oscuro: (-) a las 24, 48 y 72 horas. VDRL reactiva -, FTA abs reactiva. HIV (-). Citodiagnóstico de Tzanck: (-). IFD para herpes simple: (-).

Examen bacteriológico: OD: cocobacilos gram (-). Cultivos agar chocolate y agar sangre: desarrolla al 5° día colonias translúcidas (cocobacilos gram -). Pruebas diferenciales: factor X (+), factor V (-), fermentación de azúcares (-), beta hemólisis en agar sangre (-). *Diagnóstico microbiológico:* *Haemophilus ducreyi*.

Diagnóstico: chancro blando, sífilis latente.

Tratamiento: ceftriaxona 500 mg (im) monodosis, penicilina benzatínica 2.400.000 UI (im), semanalmente durante 4 semanas.

Evolución: resolución completa de las lesiones.

Caso N° 2:

D.E., sexo masculino, 39 años de edad, heterosexual, casado.

Motivo de consulta: lesiones ulceradas localizadas en genitales externos.

Enfermedad actual: refiere haber comenzado hace 14 días con lesiones ulcerativas pequeñas y dolorosas que aumentaron de tamaño con el transcurso de los días.

Examen dermatológico: presenta dos úlceras localizadas una de ellas a nivel del frenillo (Fig. 3 y 4) y otra en cara

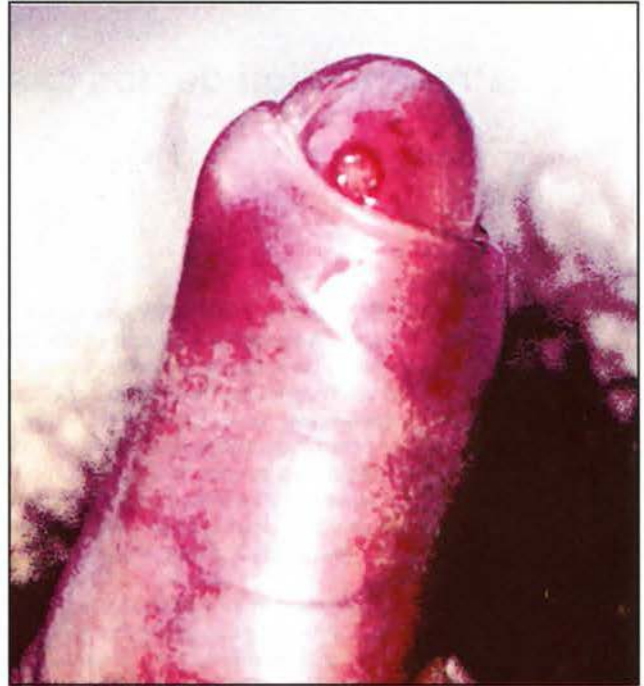


Fig.1: Úlcera en glande.

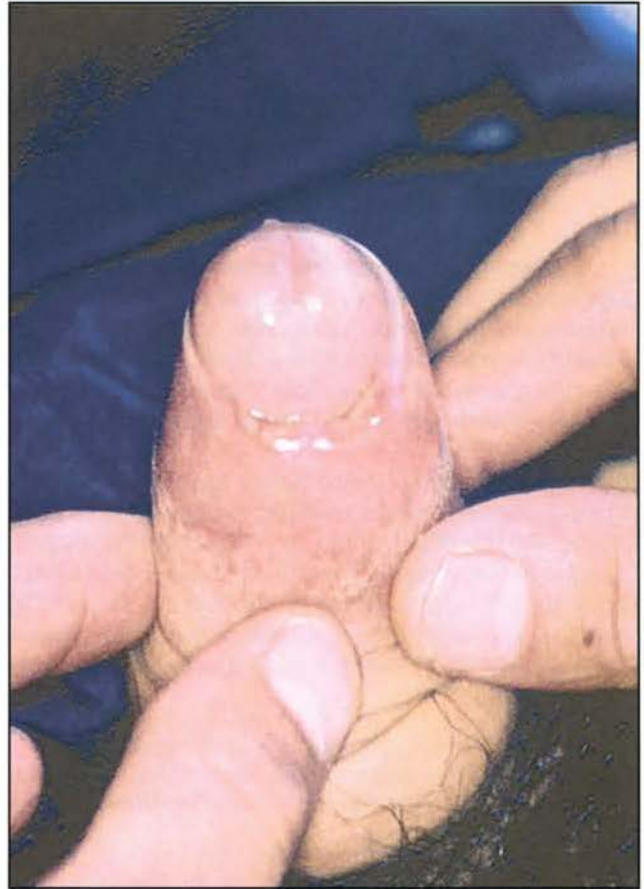


Fig.2: Dos úlceras en prepucio acompañadas de fimosis.



Fig.3: Chancro blando en frenillo.



Fig.4: Detalle de úlcera a nivel de frenillo.

interna de prepucio (Fig. 5), de bordes netos, de 1,5 cm de diámetro cada una, cubiertas por secreción amarillenta. Levemente induradas, malolientes, dolorosas espontáneamente y a la palpación.

Exámenes complementarios: realizamos los mismos que en el primer caso, obteniendo los siguientes datos posi-

vos: fondo oscuro (+), VDRL 1/32, FTA abs reactiva. *Examen bacteriológico de lesiones:* OD: cocobacilos gram (-). Cultivos agar chocolate, agar sangre y pruebas de identificación: *Haemophilus ducreyi*.

Diagnóstico: chancro mixto.

Tratamiento: ceftriaxona 250 mg (IM) monodosis, penicilina benzatinica 2.400.000 UI (IM) por semana durante 2 semanas.

Evolución: desaparición de las lesiones.

COMENTARIO

El chancro blando es una causa frecuente de úlcera genital. Es una enfermedad principalmente de países en vías de desarrollo, tropicales y subtropicales¹⁻³. Su mayor incidencia ha sido reportada en el sudeste asiático, África y América latina^{1-3 10 11}. Ocurre en forma esporádica en los países desarrollados, usualmente en individuos que regresan recientemente de zonas endémicas y ocasionalmente en forma de brotes relacionados con prostitución^{10,12}.

Son muy escasas las publicaciones de casos de chancroide en Argentina. En el año 1957 los doctores Rendón Pizano, Mosto y Mazzini destacan la extrema rareza de esta patología en nuestro país y publican dos casos clínicos⁴. Durante el primer semestre de 1961 Molina, Curia y Bottrich observan un aumento de casos de chancro blando en el Servicio de la Cátedra de Dermatología de Buenos Aires Prof. Marcial Quiroga, destacan la prevalencia de un brote de chancroide en Capital Federal, tal como lo señalaran en el año 1956 al abrir sus puertas el puerto metropolitano, informan que la enfermedad se comenzó a observar en los primeros días del año en curso y que tuvo su acmé a fines de febrero y mediados del mes de abril declinando ostensiblemente en mayo. Estos autores en conjunto con profesionales del Hospital Alemán reunieron un total de 20 enfermos⁵. Guillot refiere que entre 1960 y 1969 fueron denunciados en la Argentina 1313 casos de chancro blando⁶. Casas y col. reportan en 1971 un registro de 14 casos de chancroide (sólo por diagnóstico clínico) y en 1973 observan como número total 33 nuevos casos, destacando que durante el trimestre abril-junio ha alcanzado el punto tope máximo registrado hasta ese momento⁷. Durante el primer semestre de 1980 Guaymas y col. reportan en la ciudad de Salta 14 casos de chancro blando observados en consultorio privado y en el Servicio de Piel del Hospital del Milagro⁸. La publicación más reciente data de 1988 donde Guaymas y col. amplían el trabajo comenzado en 1980 y realizan un análisis de los casos observados desde 1980 a 1987 con un número total de 71 pacientes con la enfermedad, diagnosticados por su presentación clínica y confirmando el diagnóstico por medio de exámenes bacteriológicos, histopatológicos y por su res-



Fig. 5: Úlcera en prepucio

puesta terapéutica⁹.

Se trata de una enfermedad con elevada contagiosidad, altamente infecciosa y de baja patogenicidad¹. Se vincula principalmente con estratos socioeconómicos bajos y con escasa higiene^{9 11 13}. En diferentes publicaciones se afirma que la fuente de infección más frecuente la constituyen los individuos que se dedican a la prostitución (más del 4% de las prostitutas de áreas endémicas son portadoras del *H. ducreyi* sin presentar signos ni síntomas de la enfermedad¹⁴), y el número de parejas sexuales es el factor crítico en la diseminación del chancroide. El reservorio del microorganismo parece ser exclusivamente humano^{1 14 16}.

La edad de mayor ocurrencia es entre los 20 y 40 años y la relación varón: mujer es de 10-20 a 1^{1 9 11 13 14}. Los hombres no circuncidados tienen aún mayor riesgo de contagio^{12 15}. El porqué los hombres son más susceptibles a la infección que las mujeres es todavía desconocido. Clifton y cols. en su estudio demuestran que el *H. ducreyi* inicia la infección igualmente en los dos géneros, pero las mujeres son menos susceptibles que los hombres a la formación de pústulas y resuelven las lesiones iniciales más frecuentemente que ellos. Dichos autores demuestran que la diferencia de géneros en su estudio imita la epidemiología natural de la infección, pero los mecanismos involucrados en esta diferencia de géneros son desconocidos hasta el momento, por lo que se requieren más estudios para arribar a una conclusión¹⁴.

Las mujeres infectadas pueden presentar úlceras vaginales y cervicales no dolorosas, por lo que no buscan ayuda médica y se convierten en importantes fuentes de contagio¹⁴.

No confiere inmunidad y son muy comunes la autoinoculación de las lesiones y la reinfección^{1 9 11 12 13 16}.

Como otras enfermedades ulcerativas genitales, el chancro blando ha demostrado ser un importante factor de riesgo en la transmisión sexual del HIV^{10,12 15 17}; se debe a la mayor eliminación del virus de inmunodeficiencia humana a través de las úlceras, a que la solución de continuidad favorece la mayor entrada del virus y por último a que en las úlceras genitales existe mayor número de células CD4 (+) y macrófagos que constituyen las dianas principales del HIV^{1 10-12 17}.

La coinfección HIV- *H. ducreyi* produce cambios en las características clínicas del chancroide, como son la aparición de úlceras atípicas, mayor tendencia a lesiones múltiples y extragenitales, peor evolución de la enfermedad y peor respuesta al tratamiento; sin embargo, no han habido casos de diseminación del *H. ducreyi* incluso en pacientes inmunodeprimidos severos¹. Se ha publicado también que el semen de los pacientes HIV (+) coinfectados con chancroide contiene mayores niveles de partículas del virus de HIV que el semen de los pacientes HIV (+) sin chancroide¹⁷.

Refiriéndonos al agente etiológico, el *Haemophilus ducreyi* es un bacilo gram (-) de 0,5 x 1,5 μ m, que forma cadenas estreptobacilares típicas. No móvil, no capsulado, ni esporulado, anaerobio facultativo^{1 9 11-13 16 17}. En su clasificación taxonómica pertenece al reino *Procarionta*, división *Gracillicutes*, familia *Pasteurellaceae*, género *Haemophilus*, especie *ducreyi*¹. En cuanto a las pruebas bioquímicas, la reducción de nitratos es característica del género *Haemophilus*^{1 16}. La diferencia del *H. ducreyi* y otras especies de *Haemophilus* es que requiere hemina (factor X) para su desarrollo y no necesita nicotinamida adenina dinucleótido (NAD o factor V)^{1 12 16}. Es catalasa (-), oxidasa (+) y no fermentador de azúcares^{1 12}. Es muy exigente en sus necesidades para el desarrollo y crece con dificultad en los medios de cultivo^{2 10 16 17}. Crece bien en medios enriquecidos como agar-sangre o agar-chocolate que contengan suplementos complejos como isovitalex^{1 12}. Los medios de cultivo deben ser de preparación reciente, la temperatura de incubación entre los 30-33°C y con una atmósfera con 5-10% de CO₂. Se deben sembrar en forma inmediata en más de un medio a la vez y prolongar la incubación hasta siete días antes de desechar las placas de cultivo¹³.

En la patogenia de la enfermedad están involucrados los siguientes factores: una solución de continuidad en la piel o las mucosas para el ingreso del microorganismo, un inóculo mayor de 10⁴ UFC, la adherencia del *H. ducreyi* al epitelio, el índice de producción de exotoxinas y la resistencia a los mecanismos de defensa del huésped (respuesta inmune celular)^{11 12 16 18}. Los facto-

res de virulencia identificados del microorganismo son: pilis, lipooligosacáridos, toxinas extracelulares y hemolisinas^{11 12}.

Se ha demostrado que la probabilidad de producir la formación de una pápula o una pústula es dosis dependiente, es decir depende del inóculo¹⁸. También se ha descrito que la respuesta inmune del huésped a la infección por *H. ducreyi* juega un rol en el desarrollo de las úlceras chancriformes¹⁹.

El chancro blando tiene, en general, un periodo de incubación de 3 a 7 días (aunque se ha descrito de 1 a 40 días). No presenta síntomas prodrómicos y comienza como una pápula eritematosa o vesicopústula que evoluciona en el transcurso de 24 a 48 horas a una lesión ulcerada^{2 3 11-15 17}. La úlcera con frecuencia es múltiple, aunque puede ser única, de 1 mm a 2 cm de diámetro, no indurada, redondeada con bordes irregulares o socavados, cubierta de exudado amarillo-grisáceo y con una base formada de tejido de granulación que sangra ante el mínimo roce^{2 3 9-13 15-17}. En algunos casos, la sobreinfección bacteriana, que suele ser frecuente, le puede conferir cierto grado de induración. En los márgenes de las lesiones se evidencia un componente inflamatorio que se denomina "doble borde de Petges"². Es característico el dolor de las úlceras y el mal olor que emanan^{1 9 12 13} (Cuadro 1).

En el 75% de los casos aparecen úlceras secundarias o satélites en distintos estadios evolutivos, así como también lesiones "en beso" por autoinoculación^{3 9 11 12 14 15}.

En el sexo masculino son raros los casos de localización intrauretral ocasionando uretritis purulenta, sin embargo es frecuente en ellos el edema de prepucio (edema venéreo)². En el sexo femenino, la infección puede cursar asintomática, provocar dispareunia, dolor en la defecación, hemorragia rectal, leucorrea o hallazgos clínicos mínimos^{9 13}.

La enfermedad evoluciona espontáneamente a la curación en 4 a 6 semanas, dejando una superficie lisa o deprimida y pigmentada¹.

Las localizaciones más afectadas son las de mayor fricción, como frenillo, prepucio y glande en el hombre, y labios mayores, menores, horquilla vulvar, vestíbulo y clítoris en la mujer^{2 11 12 15}. Son poco frecuentes las formas extragenitales en mucosa oral, dedos, muslos y mamas^{10-12 16} (Cuadro 2).

Se han descrito variantes clínicas del chancroide (Cuadro 3). Estas son:

- Chancro enano o minor: úlcera superficial, pequeña, poco dolorosa. Con frecuencia múltiples lesiones de aspecto herpetiforme.
- Chancro gigante: úlcera granulomatosa de gran tamaño, que aparece en forma secundaria a la ruptura de un ganglio inguinal o por la coalescencia de numerosas úlceras pequeñas que se extienden rápidamente.
- Chancro folicular: se observa esencialmente en las

mujeres en asociación con los folículos pilosos del pubis o los labios mayores. Inicialmente aparece como una pústula folicular, para terminar luego como una lesión típicamente ulcerosa.

- Chancro transitorio: úlcera muy superficial que rápidamente cura y es seguida por la adenopatía inguinal característica.
- Chancro serpiginoso: formado por la coalescencia de múltiples úlceras que dan como resultado una imagen serpiginosa.
- Chancro mixto: por la asociación de *Haemophilus ducreyi* y *Treponema pallidum* se produce la modificación de las características de la úlcera dando lugar a formas intermedias entre el chancro sífilítico indurado y no doloroso y el chancroide no indurado y extremadamente doloroso con periodo de incubación variable entre 10 y 90 días.
- Chancro fagedénico: se produce una amplia necrosis que causa destrucción extensa de los genitales. En ocasiones es seguido por la invasión de organismos de Vincent.
- Seudogranuloma inguinal: remeda al granuloma inguinal^{3 11 16}.

Las adenopatías inguinales dolorosas son un hallazgo característico y se presentan en el 50% de los casos, observándose dentro de las dos semanas siguientes a la aparición de las úlceras^{10 15}. Se presentan con mayor prevalencia en el sexo masculino y son menos frecuentes en las mujeres¹⁶. Inicialmente se palpan numerosas tumoraciones ganglionares pequeñas que confluyen para formar un gran grupo adenopático o "bubón". Suele presentarse en forma unilateral, ser doloroso y volverse fluctuante drenando al exterior un líquido purulento, dejando posteriormente una ulceración que cura lentamente con una lesión cicatrizal: "adenitis chancrificada"^{3 9 11-13 15 16}.

La coinfección con otros microorganismos es frecuente y puede provocar la existencia de chancroides atípicos. Han sido hallados como partícipes de la coinfección el gonococo, herpes simple, sífilis primaria y secundaria, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. En varios estudios epidemiológicos se ha descrito la coinfección sífilis-chancroide en 10-15% de los casos, dando origen a la lesión que se conoce como chancro mixto de Rollet^{9 12 13}.

Las complicaciones locales son más frecuentes en los hombres, en quienes puede producir estenosis, fimosis, parafimosis y hemorragias del frenillo cuando se localiza en éste la lesión primaria. El bubonocelo chancroso es otra complicación muy poco frecuente; éste se presenta cuando en los linfáticos del dorso del pene se produce una linfangitis troncular visible y palpable. En el sexo femenino puede causar adherencias entre labios mayores y menores y fistulas recto-vaginales. El fagedenismo por asociación fusoespirilar o inmunodeficien-

cia y la gangrena por co-infección con anaerobios son otras complicaciones posibles^{9 11-13}.

No son frecuentes los síntomas constitucionales, ni tampoco ha sido descrita la infección sistémica^{2 15 16 18}.

El diagnóstico se basa en las características clínicas, pero se debe confirmar con el aislamiento del *H. ducreyi* obtenido de la úlcera o por punción de la adenopatía inguinal; asimismo, se deben excluir otras causas de úlceras genitales^{2 3 10-13 15 20}. Para la toma de muestras no se aconseja realizar la limpieza previa de la lesión, ya que al tratarse de un germen piógeno se encuentra en el material purulento, además se debe rotar el hisopo en una sola dirección así se respeta la disposición en cardumen del bacilo^{12 13}. En la observación directa se aprecian cocobacilos Gram (-) dispuestos en pequeños conglomerados o en cadenas paralelas: "en banco de peces" o "vías de ferrocarril"^{2 3 16 20}, no se deben confundir con gérmenes bacteroides o estreptococos decolorados que mimetizan la disposición lineal o en banda de peces. El cultivo es la "prueba de oro"; se recomienda el empleo simultáneo de dos medios de aislamiento primario de preparación reciente. Se deben incubar en una atmósfera con 5-7% CO₂, alta humedad y a una temperatura de 33°C, prolongando la incubación por una semana^{2 10 12 13 16}. A los 2 a 4 días se observan colonias pequeñas, semiopacas o translúcidas de color amarillo grisáceo que permanecen intactas cuando se las mueve a través de la superficie de la placa de agar^{2 13 16}. Las pruebas de identificación ya se han mencionado al hablar del germen, sólo destacamos que la diferencia entre el *H. ducreyi* y otras especies de *Haemophilus* es que requiere hemina (factor X) para su desarrollo y no necesita nicotinamida adenina dinucleótido (NAD o factor V)^{1 12 16}.

La intradermoreacción de Ito-Restierna se positiviza a los 7-10 días de que aparece la úlcera. Actualmente

CUADRO 2 LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES	
Hombre	Frenillo Prepucio Glande
Mujeres	Labios mayores y menores Horquilla vulvar Vestibulo Clitoris

es escasamente utilizada, ya que quedó en desuso por reacciones alérgicas y por la dificultad de conseguir el antígeno. Es muy sensible pero poco específica^{1 11}.

La biopsia no se recomienda como prueba diagnóstica sino para descartar malignidad en úlceras atípicas y con mala evolución. En la histopatología hallamos tres zonas: una necrótica superficial, una media de neovascularización y por último a nivel profundo un infiltrado linfocitario y de células plasmáticas^{3 9 11-13 16}.

En los últimos años se están desarrollando técnicas de PCR; actualmente existe un test múltiple de PCR (M-PCR) que permite la amplificación simultánea de ADN de *H. ducreyi*, *T. pallidum* y VHS 1 y 2 que ha demostrado ser más sensibles que otras pruebas diagnósticas^{1 10 13}. También en desarrollo hay técnicas de detección antigénica por IF o EIA, pero como efecto negativo al utilizarlas en áreas de baja prevalencia existe la posibilidad de reacciones cruzadas con otros microorganismos (*H. influenza*, etc.) y además son procedimientos caros que difícilmente puedan llevarse a cabo en países en vías de desarrollo donde se presenta la mayor prevalencia de la enfermedad^{12 18}. Hasta la fecha no se ha encontrado ningún método serológico lo suficientemente fiable¹ (Cuadro 4).

Debido a la dificultad para el diagnóstico de esta enfermedad, principalmente en áreas endémicas, el CDC propone como diagnóstico probable de chancroide la presencia de una o varias úlceras genitales dolorosas con linfadenopatía asociada, típica de chancroide, con evaluación negativa de laboratorio para sífilis (mediante pruebas serológicas o examen de campo oscuro) y una prueba negativa para el VHS²¹.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras causas de úlcera genital de origen infeccioso y no infeccioso^{1-3 12} (Cuadro 5). Dentro del primer grupo se encuentran:

1. Herpes genital: período de incubación de horas, se presenta como pequeñas ulceraciones costrosas, dolorosas y agrupadas en el lugar del inóculo, no suele acompañarse de adenopatías y si están presentes son poco inflamatorias y no supurativas.
2. Sífilis primaria: período de incubación: 21 días, úlcera indolora, indurada, de bordes elevados, única, cicatriza espontáneamente. Adenopatías regionales pequeñas, rodaderas, múltiples, indoloras y sin fluctua-

CUADRO 1 CARACTERISTICAS CLINICAS	
Úlceras	Múltiple o única Redondeadas Diámetro: 1 mm a 2 cm No induradas Bordes irregulares y socavados Exudado amarillo grisáceo Componente inflamatorio marginal Dolorosas Malolientes
Adenopatías inguinales	50% de los pacientes Dolorosas Más frecuentes en hombres Numerosas y pequeñas Confluyen y forman un bubón Unilaterales Fluctuantes Drenan en su evolución

**CUADRO 3
VARIANTES CLINICAS**

Chancro enano o menor	Úlcera superficial, pequeña y poco dolorosa.
Chancro gigante	Úlcera granulomatosa de gran tamaño, secundaria a ruptura ganglionar o a la unión de lesiones más pequeñas.
Chancro folicular	En mujeres a nivel de pubis o labios mayores, comienza como pústula folicular y progresa a la típica úlcera.
Chancro transitorio	Úlcera que cura rápidamente y da paso a la adenopatía característica.
Chancro serpiginoso	Secundario a la coalescencia de múltiples úlceras dando una imagen serpiginosa.
Chancro mixto	Resultado de la coinfección por <i>Haemophilus ducreyi</i> y <i>Treponema pallidum</i> . Tiene características intermedias a las dos patologías.
Chancro fagedénico	Amplia necrosis con destrucción extensa de tejido. Ocasionalmente se hallan microorganismos de <i>Vincent</i> .
Seudogranuloma inguinal	Remeda esta patología.

ción. En ocasiones es muy difícil el diagnóstico diferencial por la posibilidad de presentarse como un chancro mixto.

- Granuloma inguinal: infección granulomatosa crónica genital causada por *Calymmatobacterium granulomatosis*. Úlceras genitales indoloras sobre base limpia y friable de color rojo carnosos. No presenta adenopatías.
- Linfogranuloma venéreo: causado por *Chlamydia trachomatis* serotipos L₁, L₂, L₃. Predomina el cuadro inflamatorio crónicolinfático a la ulceración primaria. El chancro es pequeño, indoloro y autolimitado pasando generalmente desapercibido. Si bien ambas patologías presentan linfadenopatías regionales dolorosas y fluctuantes, el signo clave en el diagnóstico diferencial es que en el LGV el plastrón es bilateral, fistuliza por múltiples trayectos y se desarrolla más tarde (1-2 semanas luego de la resolución del chancro)³.

- Otras: amebiasis, leishmaniasis genital, TBC genital².

En el diagnóstico diferencial con las ulceraciones de causa no infecciosa se deben incluir las siguientes entidades:

- Exantema fijo medicamentoso: en su variante ampollosa que se caracteriza por lesiones eritematoedematosas múltiples que se transforman en ampollas y erosiones redondeadas y dolorosas. Existen antecedentes de lesiones idénticas tras la administración de determinados fármacos y cura al suprimir el mismo dejando pigmentación postinflamatoria.
- Síndrome de Behcet: úlceras dolorosas, induradas, sin ganglios. De carácter crónico recidivante. Cura espontáneamente.
- Eritema multiforme: en un pequeño porcentaje afecta mucosa genital en forma de ampollas frágiles que se rompen y originan erosiones redondeadas muy

**CUADRO 4
DIAGNOSTICO**

Diagnóstico	Clinico	Úlceras características con adenopatías inguinales OD: cocobacilos gram (-) en banco de peces o vías de ferrocarril. Cultivo: colonias pequeñas semiopacas y translúcidas de color amarillo grisáceo. Pruebas de identificación: Factor X (+), Factor V (-), Catalasa (-), Oxidasa (+), no fermentador de azúcares. En desuso Tres zonas: necrosis superficial, parte media de neovascularización, infiltrado linfocitario y de células plasmáticas. Amplificación simultánea de ADN de <i>H. ducreyi</i> , <i>T. pallidum</i> y VHS 1 y 2. En áreas de baja prevalencia dan reacciones cruzadas con otros microorganismos. Alto costo.
	Examen bacteriológico de la úlcera o por punción de adenopatía inguinal	
	Reacción de Ito-Restierna	
	Biopsia	
	Test múltiple de PCR (M-PCR)	
	IF o EIA	

**CUADRO 5
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES**

Ulceras	Causa Infecciosa	Herpes genital Sífilis primaria Granuloma Inguinal Linfogranuloma venéreo Otras: amebiasis, leishmaniasis, TBC
	No infecciosas	Exantema fijo medicamentoso Síndrome de Behcet Eritema multiforme Erosiones traumáticas sobreinfectadas Otras: enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, tumores, aftas, patomimia.
Adenopatías Inguinales	Adenitis supuradas o piógenas Tuberculosis ganglionar Linfogranuloma venéreo	

dolorosas.

4. Erosiones traumáticas sobreinfectadas: tras coitos precipitados pueden producirse traumatismos en forma de erosiones, úlceras o heridas irregulares. Con frecuencia se sobreinfectan y ocasionan un dolor intenso³.
5. Otras: enfermedad de Crohn, pioderma gangrenoso, tumores, aftas, patomimia².

La adenitis inguinal plantea los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Adenitis supuradas o piógenas.
- Tuberculosis ganglionar: tiene una evolución tórpida, al reblandecer se abre por múltiples fistulas rodeadas por el típico halo violáceo.
- Linfogranuloma venéreo: desarrollado anteriormente.

Respecto al tratamiento, se recomiendan actualmente cuatro esquemas (Cuadro 6):

- Azitromicina (v.o.), 1 gr única dosis.
- Ceftriaxone (i.m.), 250 mg única dosis.
- Ciprofloxacina (v.o.), 500 mg/12hs durante 3 días.
- Eritromicina (v.o.), 500 mg/6-8 hs durante 7 días^{1 21}.

En nuestro país la ceftriaxona 250 ó 500 mg (i.m.) en dosis única provee una tasa de curación entre 97 y 99%, pudiéndose usar también 1 gr (e.v.)¹². Actualmente los tratamientos de primera elección son azitromicina 1 gr

**CUADRO 6
TRATAMIENTO**

Primera línea	Ceftriaxona (i.m.) 250 mg, dosis única. Azitromicina (v.o.) 1 gr, dosis única.
Segunda línea	Ciprofloxacina (v.o.) 500 mg/12 hs, durante 3 días. Eritromicina (v.o.) 500 mg/6-8 hs, durante 7 días.

monodosis o ceftriaxona 250 mg en una única aplicación²². Algunos autores proponen como tratamiento de elección la eritromicina o la azitromicina, quedando como alternativas a estas drogas la ceftriaxona y la ciprofloxacina³. D'souza, Paschal y col. realizan un estudio donde buscan comparar la eficacia de la ciprofloxacina, la eritromicina y trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX). Los resultados de su estudio arrojaron una excelente respuesta en los grupos que utilizaron ciprofloxacina y eritromicina con una respuesta de curación de 93.7% y 93.3% respectivamente, demostrando que son igualmente efectivas para el tratamiento. Los autores remarcan la preferencia de la ciprofloxacina debido al intervalo entre las dosis (2 v/d), la duración del tratamiento y el menor costo, así como también menor intolerancia gástrica. Además la ciprofloxacina no enmascararía el período de incubación de la sífilis. En el grupo tratado con cotrimoxazol observaron una pobre respuesta, con una tasa de curación del 53,3% y una gran falla al tratamiento en el 46,7% de los casos, por lo que enfatizan que esta droga debe dejar de recomendarse para el tratamiento del chancroide²⁰. Malonza y cols. en un estudio randomizado doble ciego controlado con placebo, realizado en Nairobi (Kenya), comparan la efectividad de usar dosis únicas de ciprofloxacina vs. eritromicina a las dosis habituales. Ellos concluyen que 500 mg de ciprofloxacina en dosis única es altamente efectivo y bien tolerado, obteniendo en su estudio una curación del 92% de los casos tratados con ciprofloxacina y del 91% de los que recibieron eritromicina²⁴.

La OMS desarrolló el uso del manejo sintomático. La característica principal de éste es que el paciente es tratado en la primer visita con una combinación de antimicrobianos de acuerdo a los probables agentes etiológicos locales en base únicamente a la clínica de las lesiones¹⁰. Si bien con esta conducta podemos realizar un tratamiento en aquellos lugares donde los exámenes

complementarios no están disponibles. evitar que el paciente no retorne a las siguientes consultas y asegurarnos el tratamiento precoz con todo lo que ello implica, muchas veces el diagnóstico etiológico clínico de las úlceras de origen genital es inexacto e inadecuado como base del manejo de estas patologías²⁵. En el estudio realizado por Jorge Sánchez y col. en República Dominicana y Perú se demuestra que el tratamiento específico de enfermedad ulcerosa genital en base únicamente a los hallazgos clínicos tiene baja sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Los autores sostienen que debido a que los factores de riesgo, las causas y los patrones de la enfermedad y la susceptibilidad antimicrobiana difieren de región a región y en el tiempo, el tratamiento debe ser adaptado a la situación local²⁵.

El tratamiento local de las lesiones debe contar con un lavado cuidadoso con agua y jabón y la colocación de apósitos con agentes antisépticos^{1 26}.

En los bubones la incisión y el drenaje cuidadoso constituyen un método seguro y eficaz y evita las repetidas aspiraciones que son necesarias con las punciones^{1 10 26}.

Una consideración especial merece el tratamiento en las mujeres embarazadas, en período de lactancia y las menores de 18 años, en quienes la ciprofloxacina está contraindicada y la seguridad de la azitromicina no está establecida, por lo que se recomienda el tratamiento con eritromicina o ceftriaxona^{1 10 23 26}.

En los pacientes HIV (+) se observaron fallas terapéuticas en los tratamientos en monodosis, es por ello que se prefiere la eritromicina a 500 mg/6 hs por 7 días^{2 12 23}. Estos pacientes deben ser seguidos rigurosamente para supervisar la curación de las úlceras genitales ya que una baja persistencia de *H. ducreyi* en las lesiones ha sido comunicada en este grupo^{10 12 16}. También se han informado fallas en los tratamientos a dosis única en los pacientes no circuncidados y es por ello que requieren otro tipo de tratamiento más intensivo^{1 10}.

Entre los 3 a 7 días de iniciado el tratamiento se deben reevaluar los enfermos con la finalidad de asegurar el éxito del mismo; se evidencia una mejoría sintomática a los 3 días y la reepitelización a los 7 días¹¹. Aún después del tratamiento adecuado aproximadamente un 5% de los pacientes tienen recidivas. Se recomienda repetir el tratamiento con el régimen inicial. Si no se administró tratamiento a los contactos es probable que la causa de la recidiva sea la reinfección¹.

Todos los pacientes con úlcera genital deben recibir educación apropiada de prácticas sexuales seguras, se les debe solicitar examen serológico para sífilis y ofrecer la realización de la serología para descartar HIV al momento de presentar la úlcera genital y luego de tres meses cuando termina el período de ventana de las dos enfermedades¹⁰.

Los contactos sexuales de los pacientes con chancroide de los últimos 10 días deben ser examinados y

tratados incluso si no presentas síntomas, ya que pueden ser portadores asintomáticos^{1 10 23}.

CONCLUSION

El chancro blando es una de las principales causas de úlcera genital en los países en vías de desarrollo, pero no es una patología frecuente en nuestro país. Nos pareció de interés realizar esta publicación debido a la baja frecuencia de esta patología en nuestro medio, recordarla como diagnóstico diferencial de otras causas de úlcera genital y no olvidar la asociación del chancroide con otras enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, queremos destacar que en nuestros casos arribamos al diagnóstico de esta enfermedad por medio del aislamiento del germen en los cultivos, ya que si bien es la prueba de oro para arribar al mismo, no siempre se logra cultivar al *H. ducreyi* debido a que es un microorganismo muy exigente en cuanto a sus requerimientos de desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

1. Zaballos Diego, P.; Ara Martín, M.; Sanz Colomo, B.: El chancroide. *Piel* 2002; 17: 242-253.
2. Vólquez, C.; Bogaert, H.; Bonilla, E.: Chancro blando. Estudio clínico epidemiológico de 585 casos diagnosticados en el departamento de ETS del Instituto Dermatológico Dominicano Abril 1984-Diciembre 1988. *Rev Dom Dermatol* 1993; 20: 31-34.
3. Bernal Ruiz, A.I.; González Ruiz, A.: Úlceras genitales con adenopatía inguinal supurativa. *Piel* 2001; 16: 110-112.
4. Rendón Pizano, I.; Mosto, S.J.; Mazzini, R.H.: Chancro blando. *Arch Argent Dermatol* 1957; 7: 206-208.
5. Molina, E.B.; Curia, L.; Bottrich, H.: Chancro blando y su frecuencia actual. *Rev Argent Dermatol* 1961; 45: 47-48.
6. Guillot, C.F.: Tratado de venereología práctica. Edit. Fossatti. Buenos Aires; 1977; pág. 262.
7. Casas, J.G.; Alvarez, O.J.; Casas de Alvarez, M.I.: Chancro blando: incremento de casos en los momentos actuales, su asociación con sífilis. Formas clínicas y evolución. Pruebas de diagnóstico. Tratamiento. Interpretación del repunte epidémico. *Arch Argent Dermatol* 1973; 23: 118-121.
8. Guaymas, R.M.; Martínez, T.; Biagini, R.E.; Abulafia, J.: Chancro blando. Pequeño brote. *Semana Med* 1982; 161: 525-528.
9. Guaymas, R.M.; Biagini, R.E.; Abulafia, J.; Arroyo, A.F.: Chancro blando (casos observados de 1980 a 1987). *Arch Argent Dermatol* 1988; 38: 73-82.
10. Lewis, D.A.: Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 68-71.
11. Sehgal, V.N.; Srivastava, G.: Chancroid: contemporary appraisal. *Int J Dermatol* 2003; 42: 182-190.
12. Marini, M.; Oxilia, M.: Chancro blando. En: Marini, M.; Oxilia, M.: Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del SIDA. 1ª edición. Edit. Marymar. Buenos Aires; 1999; págs. 63-70.
13. Biagini, R.E.; Guaymas, R.M.; Arroyo, A.F.: Chancro blando. En: Viglioglia, P.A.; Woscofi, A.: Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Enfoque práctico. 1ª edición. López Libreros Editores. Buenos Aires; 1997; págs. 169-176.

14. Bong, C.T.; Harezlak, J.; Katz, B.P.; Spinola, S.M.: Men are more susceptible than women to pustule formation in the experimental model of *Haemophilus ducreyi* infection. **Sex Transm Dis** 2002; 29: 114-118.
15. Handsfield, H.: Chancro blando (chancroide). En: Handsfield, H.: Enfermedades de transmisión sexual. 2da edición. Marbán Libros S.L. 2002; págs. 61-68.
16. Eichmann, A.R.: Chancroide. En: Fitzpatrick, T.B.; Freedberg, I.M.; Eisen, A.Z.; Wolff, K.; Austen, K.F.; Goldsmith, L.A.; Katz, S.I.: Dermatología en medicina general. 5ta edición. Editorial Médica Panamericana. 2001; págs. 2745-2749.
17. Elkins, C.; Yi, K.; Olsen, B.; Thomas, C.; Thomas, K.; Morse, S.: Development of a serological test for *Haemophilus ducreyi* for seroprevalence studies. **J Clin Microbiol** 2000; 38: 1520-1526.
18. Al-Tawfiq, J.A.; Harezlak, J.; Katz, B.P.; Spinola, S.M.: Cumulative experience with *Haemophilus ducreyi* 35.000 in the human model of experimental infection. **Sex Transm Dis** 2000; 27: 111-114.
19. San Mateo, L.R.; Tolfer, K.L.; Orndorff, P.E.; Kawula, T.H.: Immune cells are required for cutaneous ulceration in a swine model of chancroid. **Infect Immun** 1999; 67: 4963-4967.
20. D'souza, P.; Pandhi, R.K.; Khanna, N.; Rattan, A.; Misra, R.S.: A comparative study of therapeutic response of patients with clinical chancroid to ciprofloxacin, erythromycin and cotrimoxazole. **Sex Transm Dis** 1998; 25: 293-295.
21. Centers for Disease Control and Prevention. 2002 Sexually transmitted diseases Treatment Guidelines. **MMWR** 2002; 51: 11-12.
22. Bermejo, A.; Leiro, V.: Azitromicina: una opción terapéutica novedosa en el tratamiento de ciertas ETS. **Act Terap Dermatol** 1999; 22: 214-217.
23. Leiro, V.; Bermejo, A.; Casco, R.H.: ITS en adultos. Pautas de tratamiento. Sociedad Argentina de Dermatología. Buenos Aires. 2004; pág. 4.
24. Malonza, I.M.; Tyndall, M.W.; Ndinya-Achola, J.O.; Madean, I.; Omar, S.; MacDonald, K.S.; Perriens, J.; Orle, K.; Plummer, F.A.; Ronald, A.R.; Moses, S.: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of single-dose ciprofloxacin versus erythromycin for the treatment of chancroid in Nairobi, Kenya. **J Infect Dis** 1999; 180: 1886-1893.
25. Sanchez, J.; Volquez, C.; Totten, P.; Campos, P.; Ryan, C.; Bsn, M.; Hasbun, J. et al: The etiology and management of genital ulcers in the Dominican Republic and Perú. **Sex Transm Dis** 2002; 29: 559-568.
26. Casco, R.; Barrera, A.: Erosiones y/o ulceraciones genitales. **Act Terap Dermatol** 1994; 17: 413-421.

Dirección postal:

M. Ivanov
Calle 56 N° 1612
1900. La Plata
Pcia. de Buenos aires
(maraivanov@yahoo.com.ar)