

## Chancro Blando: un estudio de los últimos 10 años en la Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual del Servicio de Dermatología HUC.

Evangelia Kouris, Mary Carmen Ferreiro, María Alejandra Rodríguez, Jenifer Olaguibel.

Unidad de Enfermedades de Transmisión Sexual, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Caracas.

### Resumen

El número de casos de Chancro Blando (CHB) se ha incrementado en los últimos años en la consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia del CHB, evaluar las características clínicas, manejo diagnóstico y terapéutico, con la finalidad de definir conductas y estrategias para su control.

Se trata de un estudio descriptivo, corte transversal, de pacientes que acudieron a la Unidad de ETS del Servicio de Dermatología del HUC, entre Julio 1993 hasta julio del 2003 a quienes se les diagnosticó CHB.

Se evaluaron 56 pacientes con chancro blando cuyas edades estaban comprendidas entre 15 y 60 años (media de 23 años). La mayoría hombres (87,5%), 89% presentaron ulcera típica, 7% una infección mixta asociada a *T. pallidum*. El bubón se presentó en 12,5% de los casos.

La asociación con otra Infección de Transmisión Sexual (I.T.S.) se observó en 36% casos. 3% de los pacientes son seropositivo para HIV. 71% de los pacientes recibieron Azitromicina como tratamiento con excelente evolución.

### A 10 year descriptive study of chancroid at the Sexually transmitted disease unit: Dermatology Department, Hospital Universitario de Caracas.

### Abstract

Chancroid has increased in the last years at the STD unit of the HUC. The objective of this study was to determine the prevalence, clinical characteristics, diagnostic and therapeutic handling of chancroid, and to define strategies for its control.

This is a descriptive study of patients referred to the HUC Dermatology Department STD Unit from July 1993 to July 2003 with the diagnosis of Chancroid.

56 patients were evaluated with chancroid with ages between 15 and 60 years (mean age 23 years). Patients were men (87,5%), 89% presented typical ulcers, 7% a mixed infection associated to *T. pallidum*. The bubo was present in 12.5% of the cases.

Association with other STD was observed in 32% cases. 3% of patients were seropositive for HIV. 71% the patients received Azithromycin treatment with excellent results.

### Introducción

El Chancro Blando (CHB), también conocida como enfermedad de Ducrey, es una enfermedad de transmisión sexual producida por el *Haemophilus ducreyi*. Representa una causa común de úlcera genital.

Fue diferenciado por primera vez del chancro sifilítico por Bassereau en Francia (1852). El bacilo fue descubierto y descrito en 1889 por un bacteriólogo de la Universidad de Nápoles llamado A. Ducrey<sup>1</sup>.

Tiene mayor prevalencia en poblaciones con altas tasas de promiscuidad y sexo por drogas; se asocia con el incremento del riesgo de transmisión de la infección por HIV<sup>2</sup>.

La transmisión es exclusiva por vía sexual, afectando prin-

cialmente a hombres. Los trabajadores sexuales de ambos sexos, se comportan como portadores asintomáticos de la infección y reservorio importante de la enfermedad.

La epidemiología refleja que es más frecuente en países tropicales y subtropicales y en especial en países pobres, en poblaciones urbanas y puertos.

En los Estados Unidos, según los reportes del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), se aprecia una disminución importante de los casos desde 1996 donde se reportan 388 casos en ese año; hay 1.991 casos en 1998 y en el 2000 se reportan 82 casos, lográndose un control satisfactorio de la enfermedad gracias al mayor control y seguimiento de estos pacientes<sup>3,4</sup>.

Luego de un periodo de incubación que oscila entre 3 y 7 días, sin síntomas prodrómicos, aparece una pápula eritematosa blanda, redondeada, en área genital; después de 24-48 horas se torna pustulosa, erosiva y ulcerada, con bordes socavados y cubiertos por un exudado necrótico. El dolor es su característica principal.

Las úlceras pueden ser únicas o múltiples, como imágenes especulares o en «páginas de libro» por auto inoculación; puede haber gran inflamación perilesional<sup>2,5,8</sup>.

Hasta el 50% de los pacientes con CHB presentan adenopatías inguinales dolorosas, también llamadas bubones, que pueden aparecer desde pocos días después de la aparición del chancro hasta dos semanas. Luego de la aparición de las úlceras, estos bubones aumentan progresivamente de tamaño pudiendo presentar ulceración y drenaje espontáneo<sup>6</sup>.

El diagnóstico clínico se logra en un 33-55% de los casos, dependiendo del momento clínico y la experiencia del observador. Como toda enfermedad infecciosa, el estándar de oro para el diagnóstico es el aislamiento del germen mediante cultivo, teniendo una sensibilidad de 75-80% y requiriendo concentraciones específicas de antibióticos para inhibir la flora asociada, principal causa de fallas en el cultivo<sup>2,3,4</sup>.

Por su disponibilidad y lo fácil de su realización, el fróntis del fondo de la úlcera con tinción de gram o giemsa es un método paraclínico esencial para el diagnóstico que permite observar al *H. ducreyi* como bacilos cortos gram negativos dispuestos en empalizada, descritos también como «vías de ferrocarril», «caja de fósforos dispersa» o «banco de peces».

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos destinados a erradicar el *H. ducreyi* y va desde el uso de trimetropin sulfametoxazol (TMP/SMZ), amoxicilina/Acido clavulánico o tetraciclinas, hasta nuevas terapéuticas que buscan superar la resistencia bacteriana. El CDC hace nuevas recomendaciones terapéuticas con mejor efectividad que incluyen Azitromicina (1 gramo vía oral, dosis única), Ceftriaxone (250mg IM, dosis única), Ciprofloxacina (500mg vía oral, bid, por 3 días) y Eritromicina (500mg vía oral, qid por 7 días). Con estas drogas se logran tasas de curación desde el 90% hasta 92%<sup>2-5</sup>.

Es una enfermedad que no confiere inmunidad, afecta a la población joven sexualmente activa que se convierte en un cofactor para la transmisión del HIV y se ha asociado a un incremento del riesgo para la transmisión de esta infección así como de otras enfermedades. Se ha observado que cerca del 10% de las personas con Chancro Blando presentan una coinfección con *Treponema pallidum* o Virus del Herpes Simple (HSV)<sup>7</sup>.

Durante los últimos años, en la Unidad de Enfermedades de Trasmisión Sexual (U.ETS.) del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas (H.U.C.) hemos observado un incremento del número de casos de chancro blando probablemente asociado a cambios en las políticas de salud para el control de infecciones de transmisión sexual; debido a esto, diseñamos el presente trabajo con el objeto de determinar la prevalencia, evaluar sus características clínicas, conducta y manejo de los pacientes con CHB y redefinir estrategias para su manejo en nuestro medio.

## Materiales y métodos

Se realiza un estudio descriptivo, de corte transversal, de los pacientes que acudieron a la UETS del Servicio de Dermatología del HUC, entre julio 1993 hasta julio 2003 con el diagnóstico de Chancro Blando.

Se realiza la evaluación de las siguientes variables: casos por año, edad, sexo, referencia personal o facultativa, tiempo de evolución, número de parejas, antecedentes de otras Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), manifestaciones clínicas, diagnóstico paraclínico y tratamiento.

En relación al número de parejas, la variable se clasificó de la siguiente manera: Múltiples (más de 5 por año), Varias (3-5 por año), 2 parejas por año, 1 pareja por año.

En cuanto a las manifestaciones clínicas se clasificaron en: Úlcera Típica (úlceras dolorosas, de bordes socavados, poco indurado, con exudado necrótico) y Úlcera Atípica (si no presentaba las características anteriormente descritas). Se evaluó la presencia de bubón o no. En cuanto a los antecedentes de otras E.T.S. se consideró si precedía, era simultánea o era posterior a la enfermedad estudiada.

En relación al diagnóstico paraclínico se consideró: coloración de Gram (bacilos gram negativos cortos en empalizada); coloración de Giemsa (bacilos cortos en empalizada) Cultivo (aislamiento o no del agente causal).

En relación al tratamiento se evaluó: antibiótico utilizado, si el antibiótico fue adecuado o no en cuanto a la elección de la droga y/o su dosificación.

También se evaluó la respuesta terapéutica siendo clasificada la variable como: Excelente (resolución de 100% a 70% a la semana); Buena (resolución de 70% a 50% a la semana); Regular (resolución de 50 a 20% a la semana); Mala (respuesta menor del 20% a la semana).

## Resultados

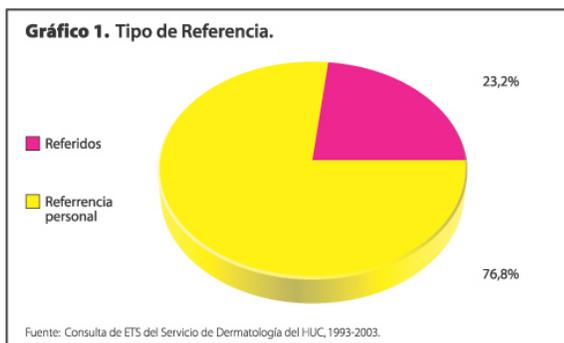
En la Unidad de ETS del Servicio de Dermatología HUC entre julio 1993 y 2003 se realizaron un total de 67.141 consultas con un promedio de 5.786 pacientes año. Se diagnosticaron 13.635 nuevos casos de I.T.S. En el periodo estudiado se evaluaron un total de 56 pacientes con diagnóstico de chancro blando, que corresponde al 0,41 % de los pacientes.

Los resultados de la distribución de casos por año encontrado se muestran en la Tabla 1.

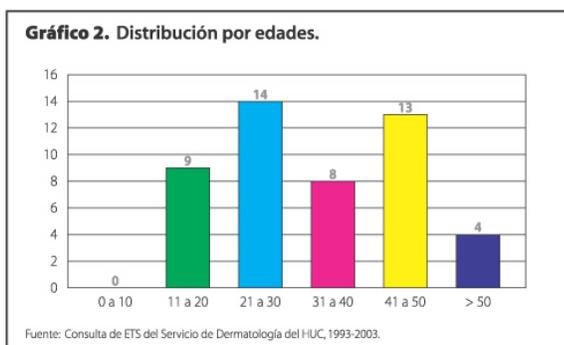
**Tabla 1. Distribución de los casos por año.**

| Año  | Casos | Año  | Casos | Año                      | Casos |
|------|-------|------|-------|--------------------------|-------|
| 1993 | 1     | 1994 | 3     | 1995                     | 0     |
| 1996 | 1     | 1997 | 1     | 1998                     | 3     |
| 1999 | 0     | 2000 | 7     | 2001                     | 12    |
| 2002 | 12    | 2003 | 16    | <b>Media: 5,6 casos.</b> |       |

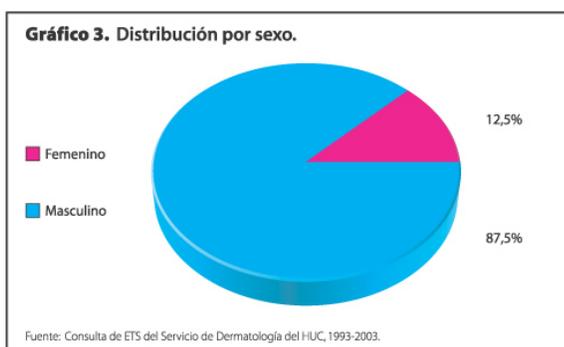
Del total de pacientes con diagnóstico positivo de chancro blando se encontró que 13 pacientes (23,2%) fueron referidos de diferentes centros asistenciales a esta consulta y 43 pacientes (76,8%) acuden por motivación personal (Gráfico 1).



La distribución por edades oscila desde los 15 años hasta los 60 años: 11-20 años (9 casos 16%); 21-30 años (14 casos 25%); 31-40 años (8 casos 14,2%); de 41-50 años (13 casos 23,2%) y más 50 años (4 casos 7,1%) con una media de 23 años (Gráfico 2).

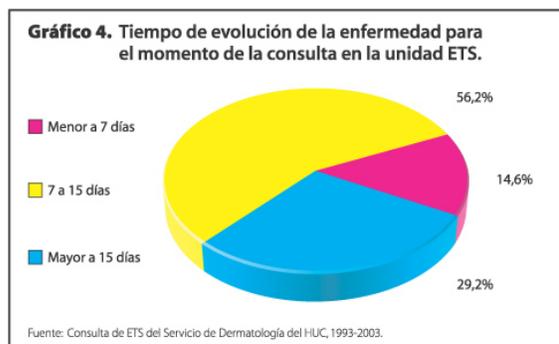


Cuarenta y nueve pacientes (87,5%) son del sexo masculino y 7 pacientes del sexo femenino (12,5%) con una proporción 7:1 (Gráfico 3).

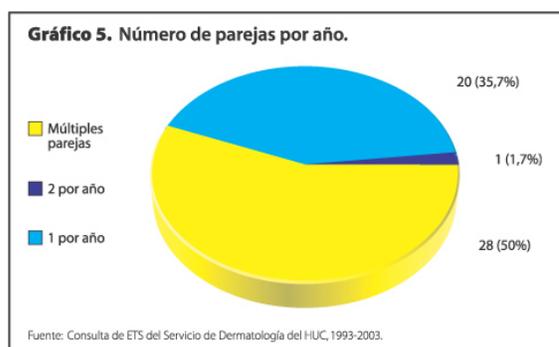


Tiempo de evolución: se obtuvo este dato en 48 pacientes (85,7%) y se distribuyeron en 3 grupos: 7 pacientes (14,6%) con síntomas de menos de 7 días de evolución, 27 pacientes

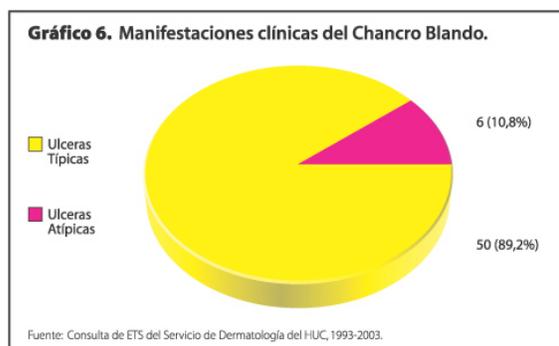
(56,2%) con 7 a 14 días; 14 pacientes (29,2%) con más de 14 días de evolución (Gráfico 4).



El número de parejas se documentó en 49 pacientes (87,5%): en 28 pacientes (57,2%) tenían múltiples parejas al año, 20 casos (40,8%) tenían 1 sola pareja y 1 caso (2%) tenía 2 parejas por año (Gráfico 5).

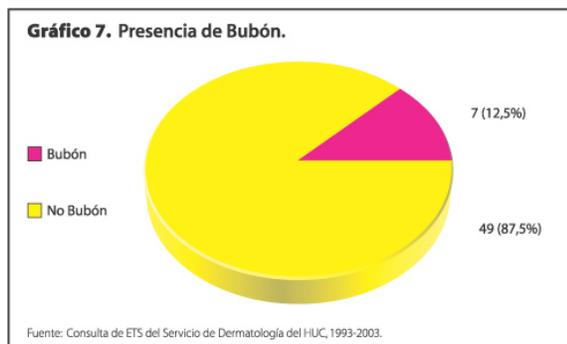


Cincuenta pacientes presentaron úlceras típicas (89,2%). En 6 pacientes (10,7%) se presentaron como úlcera atípica describiéndose: 3 (5,4%) como erosiones dolorosas y en 3 (5,4%) pacientes se presentaron como secreción uretral purulenta aguda, lo que hace pensar en la ubicación intrauretral (Gráfico 6).



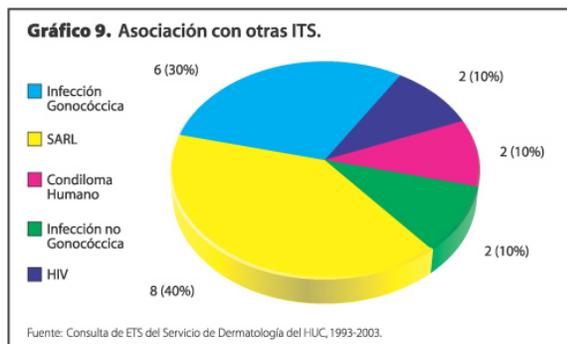
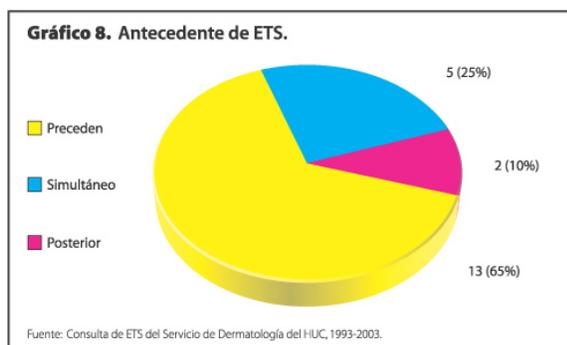
Cuatro pacientes (7,1%) con diagnóstico inicial de chancro blando, presentaban en su control posterior, respuesta regular al tratamiento, con persistencia de las lesiones, por lo cual se les realizó prueba terapéutica con penicilina benzatínica (por su

posible asociación con chancro sifilítico) lográndose excelente respuesta. La presencia de bubón se evidenció en 7 pacientes (12,5%) (Gráfico 7).

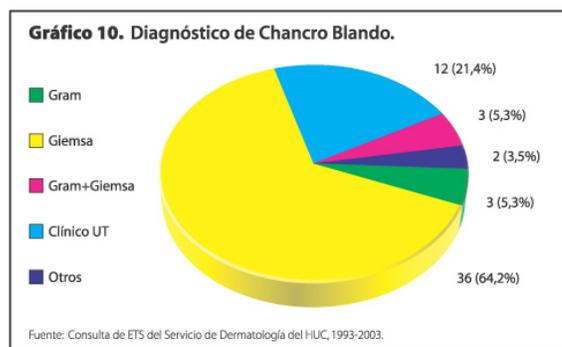


Veinte pacientes (35,7%) tenían asociación con otra I.T.S.: en 13 pacientes (19,6%) tenían antecedentes de haber tenido una I.T.S. de los cuales 5 (8,9%) pacientes tenían antecedentes de gonorrea, 6 (10,7%) de sífilis adquirida reciente latente y dos pacientes (3,5%) tenían infección por Virus Inmunodeficiencia Humana (HIV) como enfermedad de base.

En 5 casos (8,9%) se diagnosticó otra I.T.S. simultáneamente al diagnóstico de chancro blando, 2 casos (3,5%) con sífilis adquirida latente, 1 caso (1,7%) con condiloma acuminado (VPH), 1 caso (1,7%) con infección gonocócica y 1 caso (1,7%) con infección no gonocócica; 2 pacientes (3,5%) presentaron positividad para otras enfermedades en su control posterior, uno con condiloma acuminado (VPH) y otro con Infección No Gonocócica (Gráficos 8 y 9).



El diagnóstico paraclínico se realizó: con la coloración de Gram en 3 pacientes (5,3%); coloración de Giemsa en 36 pacientes (64,28%) y en 3 casos se realizó Gram y Giemsa. En 12 pacientes (21,4%) con úlceras típicas el diagnóstico fue clínico y en 2 pacientes (3,5%) con úlcera atípica no se reporta en la historia el método diagnóstico realizado. No hay reporte de frotis negativos. No se realizó cultivo en ninguno de los casos (Gráfico 10).



En cuanto al tratamiento recibido: 5 pacientes (8,9%) recibieron TMP/SMZ entre el período de 1993 hasta 1998, a una dosis de 500 mgr bid por 10 días, 2 pacientes con excelente respuesta, 1 regular y en 2 casos no hay control posterior.

Cuarenta pacientes (71,4%) que recibieron Azitromicina, (3 recibieron 1 gramo OD por 3 días y 37 pacientes 1 gramo única dosis); 5 pacientes presentaron excelente respuesta, 5 buena y 3 regular respuesta, en 21 casos no hay control posterior.

Cinco pacientes (8,9%) recibieron Eritromicina 500mg qid, 3 pacientes por 10 días, 1 paciente recibió el tratamiento por 14 y 1 paciente por 5 días.

Dos pacientes recibieron Vibramicina, (siendo inadecuada la elección terapéutica, sin embargo 1 presentó excelente respuesta y otro no tuvo control posterior); 2 pacientes (3,5%) recibieron Ciprofloxacina, (1 con buena respuesta y 1 sin control posterior); 1 paciente (1,7%) recibió Ceftriaxone (sin control posterior) (Gráficos 11, 12 y 13).

## Discusión

La infección por *H. ducreyi* ha presentado un brusco aumento del número de casos en los últimos 5 años en la consulta de ETS del Servicio Dermatología del HUC.

Se evidencia como afecta a los dos grupos de la edad reproductiva entre los 21 a 30 años y luego entre los 41 a los 50 años, siendo el sexo masculino el más frecuente con una proporción 7:1.

Se constató que los pacientes consultan luego de 7 a 15 días de iniciados los síntomas, la mayoría tienen más de cinco parejas por año, si adicionamos el riesgo aumentado de infección por el virus HIV, podemos concluir que son personas de riesgo para esta enfermedad y otras enfermedades de transmisión sexual.

La asociación con otras E.T.S. en un 32% indica el contacto con parejas promiscuas y que su conducta es de riesgo, por lo tanto debe considerarse estos pacientes como población core.

En un 89% los pacientes se presentan con úlceras típicas, lo que facilita el diagnóstico clínico de la enfermedad. El 11% que se presenta como úlceras atípicas y requiere un método complementario para el diagnóstico de la enfermedad.

En el 5,4% de los casos se puede presentar como uretritis inespecífica. Se sugiere que en los casos de uretritis inespecífica adecuadamente tratada pero con pobre respuesta al tratamiento debe incluirse al *H. ducreyi* como posible agente causal y recomendamos realizar coloración de giemsa como se refiere en la literatura<sup>3</sup>.

En el 7% de los pacientes la infección por *H. ducreyi* se asocia a infección por *T. pallidum*, por lo que en pacientes con VDRL no reactivo y chancro blando que no responden al tratamiento inicial adecuadamente debe asociarse Penicilina benzatinica.

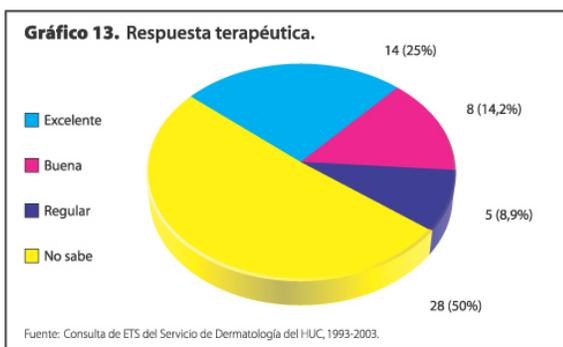
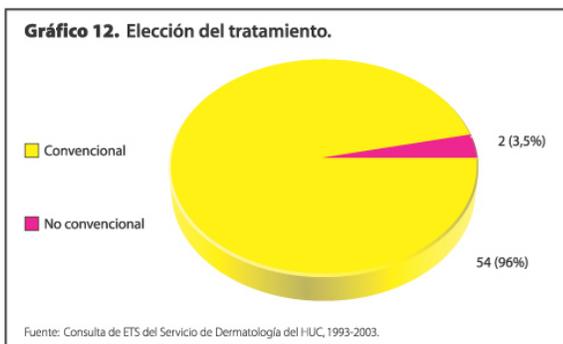
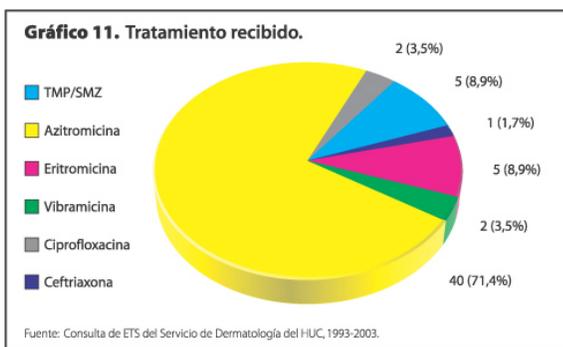
El bubón se presentó en el 12,5% de los casos en nuestro estudio. A diferencia de lo encontrado en la literatura, donde el bubón se presenta en el 50% de las complicaciones más comunes<sup>2,5</sup>.

Solo 3% eran pacientes seropositivos para HIV para el momento del diagnóstico de CHB. En la literatura esta asociación se ha incrementado progresivamente<sup>1,2</sup> y se describe que la coinfección de HIV y de *H. ducreyi* produce efectos significativos en la clínica del chancroide que se expresan como úlceras atípicas, lesiones múltiples y peor evolución<sup>1,9</sup>.

Dada la dificultad del cultivo, se puede realizar diagnóstico de certeza combinando la clínica con la coloración de Giemsa, siempre con un observador entrenado, en vista que sólo con la clínica se alcanza un 60% de diagnóstico acertado<sup>1-4</sup>.

Se evidencia en el estudio que la infección por *H. ducreyi* responde bien a los tratamientos convencionales, tales como Azitromicina, Ceftriaxona y Eritromicina<sup>3</sup>.

Por esto, ante un paciente con úlcera genital dolorosa, de posible etiología de venérea, con fondo purulento y bordes socavados se debe realizar coloración de giemsa para visualizar bacilos cortos en empalizada y el tratamiento más adecuado es la Azitromicina 1 gramo vía oral dosis única. Se debe realizar seguimiento a los 8 días y en caso de no presentar evolución satisfactoria asociar Penicilina Benzatinica, de acuerdo a los resultados obtenidos en el seguimiento de los pacientes al plantear otras I.T.S.



## Referencias

- Zaballos P, Martin MA, Sanz B. El Chancroide. Piel 2002;17(6):242-253.
- Montero J, Zaulyanov L, Houston S, Sinnott J. Chancroid: an update. Sexually Transmitted Disease. Infect Med 2002;19(4):174-8.
- Center of Disease Control. Chancroid. Available from URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5106a1.htm>
- Center of Disease Control. Summary of notifiable diseases United States 2001. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5053a1.htm>
- LatinSalud.Com. Chancro Blando. Available from URL: <http://www.latinsalud.com/base/print.asp?id=135>
- Enfermedades de Transmisión Sexual. Chancroide. Disponible en: <http://www.gaycostarica.com/ets/chancroide.html>
- Brown T, Yen Moore A, Tyring S. An Overview of sexually transmitted diseases. Part I. J Am Acad Dermatol 1999;41(4):511-29.
- Eichmann A. Chancroide. In Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General 5° ed. Buenos Aires: Panamericana; 2001.p.2745-49.
- Abeck D, Eckert F, Kortting HC. Atypical presentation of co-existent Haemophilus ducreyi and Treponema pallidum infection in an HIV-positive male. Acta Dermatol Venereo 1992;72:37-8.