

Xancroid (xancre tou)

El xancroid és una infecció poc comuna als països desenvolupats, però segueix sent una causa important d'úlceres genital en moltes parts del món en desenvolupament, com ara l'Àfrica subsahariana. Cursa amb úlceres vulvars doloroses i exsudatives, sovint acompanyades d'adenopaties engonals també doloroses.

El diagnòstic definitiu del xancroid requereix de la detecció del microorganisme causal, l'*Haemophilus ducreyi*. Tanmateix, no sempre estan disponibles els medis necessaris per al diagnòstic precís, per la qual cosa moltes vegades s'instaura tractament en funció de la sospita clínica i l'exclusió d'altres causes d'úlceres vulvar, com la lues o el VHS.

L'azitromicina en monodosi és el tractament d'elecció.

Clica els ítems per accedir als continguts

INTRODUCCIÓ
MICROBIOLOGIA I PATOGÈNIA
EPIDEMIOLOGIA
CLÍNICA
DIAGNÒSTIC
DIFERENCIAL
DIAGNÒSTIC
TRACTAMENT
SEGUIMENT
RESUM. PUNTS RELLEVANTS

INTRODUCCIÓ

El xancroid és una infecció poc comuna als països desenvolupats, però segueix sent una causa important de la malaltia d'úlceres genital en moltes parts del món en desenvolupament, com ara l'Àfrica subsahariana.

MICROBIOLOGIA I PATOGÈNIA

Haemophilus ducreyi és un bacteri altament infecciós. Les dades d'un model humà d'infecció experimental demostra que la inoculació d'una sola unitat formadora de colònies (ufc) resulta en la formació de pàpula en 50 % dels casos; la inoculació de 100 ufc condueix a la formació de pàpula en 90 % dels casos. El patogen probablement accedeix als teixits mitjançant abrasions a la pell adquirida durant l'activitat sexual. La probabilitat que la inoculació dongui lloc a pàpula sembla estar influenciada principalment per la dosi d'inòcul i els factors de l'hoste.

Haemophilus ducreyi és un germen petit gram-negatiu que requereix d'un mitjà de creixement enriquit que conté hemina i generalment sèrum per a un cultiu reeixit. Les petites colònies heterogènies apareixen enmig de cultiu després de 48 a 72 hores. Quan s'examina per la tinció de Gram, els organismes de del cultiu sovint s'agrupen en fils paral·lels llargues, produint l'anomenada aparença "banc de peix". Aquesta morfologia de tant en tant es pot veure en el gram de frotis tenyits de mostres clíniques, però és no és una troballa consistent.

Les característiques histològiques i immunofenotípiques de les lesions es descriuen com un exsudat purulent superficial present en l'epidermis, i un infiltrat de cèl·lules mononuclears perivascular intersticial a la dermis. Els neutròfils van ser prominents en la majoria dels pacients que no estaven infectats pel VIH, però van ser menys comuns en els VIH-positius. L'infiltrat de cèl·lules mononuclears conté molts CD4 + limfòcits, el que pot explicar l'augment del risc de transmissió del VIH entre les persones amb el xancroid.

La patogènesi del xancroid no està ben aclarida.
EPIDEMIOLOGIA

La veritable incidència de xancre tou en la majoria de les àrees encara no està clara a causa de la dificultat d'aïllar *H. ducreyi* al laboratori. A més, la majoria de les instal·lacions no es realitzen anàlisis d'aquest microorganisme.

L'ús de la reacció en cadena de la polimerasa (PCR) suggereix que el xancre tou pot ser més comú del que es creia anteriorment. Donada la limitada capacitat de la majoria de les clíniques de MTS per al diagnòstic de xancroid, el CDC ha desenvolupat una definició de cas per xancroid definida i probable que s'utilitzarà per a propòsits d'informació:

Sobre la base dels casos reportats amb aquests criteris, el xancroid als Estats Units s'observa principalment en les poblacions minoritàries (afroamericans o hispans), en els heterosexuals, i entre les prostitutes i els seus clients. Els casos són més comunament comunicats en els homes, almenys en part pel fet que el xancre es diagnostica amb més facilitat en els homes.

Els països en desenvolupament no tenim dades epidemiològiques definitives, però el xancroid és una causa principal d'úlceres genital

a l'Àfrica subsahariana i en moltes parts del sud-est d'Àsia i Amèrica Llatina. No obstant això, la prevalença del xancroid s'ha reduït dràsticament en alguns països, potser per l'ús freqüent d'antibiòtics per al tractament empíric de l'úlcer genital.

La coinfecció amb sífilis també ha estat documentada tant als Estats Units com a altres països.**CLÍNICA**

PERÍODE D'INCUBACIÓ

El període d'incubació del xancroid és típicament de 4 a 10 dies (rang 1-35 dies).

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES

La infecció per *H. ducreyi* condueix a una pàpula eritematosa que evoluciona ràpidament en una pústula, que erosiona en una úlcer. Les persones infectades solen tenir més d'una úlcer, i les lesions estan gairebé sempre confinades en l'àrea genital i als ganglis limfàtics de drenatge.

Una úlcer típica de xancroid és d'aproximadament 1 a 2 cm de diàmetre, però la mida és variable, especialment en pacients infectats pel VIH. L'úlcer és dolorosa i té una base eritematosa; els marges són poc nítids. La base de l'úlcer normalment està coberta amb un exsudat purulent gris o de color groc i sagna quan raspada. Les localitzacions més comunes d'aparició de les lesions són el prepuci, corona, o gland del penis en els homes, i els llavis, introït vaginal, i àrees perianals en les dones.

Alguns casos de xancroid poden passar sense diagnosticar, especialment en dones asimptomàtiques amb lesions vaginals o cervicals. La limfadenitis inguinal està present en aproximadament la meitat dels homes infectats, però és una mica menys comú en les dones. Els limfàtics afectats poden patir líquüefacció i presentar bubons fluctuants. La majoria dels bubons sorgeixen una o dues setmanes després de l'aparició de l'úlcer primària i són sovint molt dolorosos. Els bubons no tractats poden trencar-se espontàniament i secretar pus.

Coinfecció amb VIH

Igual que amb altres malalties de transmissió sexual, la presència de la infecció per VIH pot donar lloc a manifestacions atípiques de xancroid. Es poden observar nombroses lesions extragenitals, i manca de resposta al tractament. No hi ha grans sèries de casos de xancroid en persones infectades pel VIH.**DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL**

El diagnòstic diferencial de la malaltia d'úlcer genital en persones sexualment actives és ampli i depèn molt de la ubicació geogràfica en què es va adquirir la infecció. A nivell mundial, les principals causes infeccioses d'úlceres genitals són HSV (herpes genital), *Treponema pallidum* (sífilis), *Hemophilus ducreyi* (xancroid), *Chlamydia trachomatis* (limfogranuloma veneri), i *Klebsiella granulomatis*, anteriorment conegut com *Calymmatobacterium granulomatis* (donovanosis o granuloma inguinal). Als Estats Units, la majoria dels casos es deuen a HSV, seguit per la sífilis i el xancre tou, encara que aquest últim és cada vegada més rar. Les causes no infeccioses inclouen erupcions medicamentoses i la malaltia de Behçet. (Vegeu "[Aproximació al pacient amb úlceres genitals](#)".)

Un diagnòstic basat en la història i l'exploració física és sovint inexacte. Troballes com ara dolor, limfadenitis engonal i múltiples úlceres no són específiques per a cap diagnòstic. No obstant això, alguns símptomes i signes són més comuns en certes infeccions. La presentació clàssica genital de xancroid és en forma d'úlcer profunda, purulenta i dolorosa, que pot estar associada amb limfadenitis engonal dolorosa.

La presentació clàssica d'herpes genital és amb múltiples úlceres superficials, doloroses, que poden ser vesiculars; Addicionalment, només el VHS s'associa amb la malaltia recurrent. (Vegeu "[infecció pel virus de l'herpes simple](#)".)

La presentació clàssica genital de la sífilis primària és una úlcer indolora, indurada i neta, anomenada xancre. (Veure "[sífilis](#)".)

El [granuloma inguinal](#) (donovanosis) sol presentar-se com una lesió ulcerosa indolora, progressiva i sense limfadenopatia regional. Les lesions són altament vasculars, de color vermell intens en aparença. És poc freqüent als Estats Units, però endèmica a l'Índia, Papua, Nova Guinea, el centre d' Austràlia, i al sud d'Àfrica.

Més d'un patògen pot estar present a les lesions del xancre tou, el que complica encara més el diagnòstic. La prova de PCR ha demostrat que aquest fenomen pot ser més comú del que evidenciaven els mètodes de cultiu en el passat (Vegeu "[Aproximació al pacient amb úlceres genitals](#)".)**DIAGNÒSTIC**

El diagnòstic del xancroid és un repte fins i tot per instal·lacions ben equipades. La majoria dels centres de tractament de MTS en els

Estats Units no tenen la capacitat de diagnòstic de xancroid i en el seu lloc es basen en criteris clínics per a un diagnòstic de pressumpció.

Tots els pacients amb sospita de xancre també han de ser avaluats per altres malalties de transmissió sexual (sífilis, gonorrea, HSV, VIH), ja que la coinfecció no és rara.

Criteris clínics

Els criteris del CDC per al diagnòstic de presumpció de l'xancroid s'utilitzen per a la presentació d'informes i, sovint com una guia per l'inici del tractament. El diagnòstic del xancroid és "definitiu" si *H. ducreyi* s'ha aïllat de la lesió. El diagnòstic de "probable" es realitza si es compleixen tots els criteris següents:

- El pacient té una o més úlceres genitals doloroses exsudatives
- El pacient no té evidència d'infecció per *T. pallidum* per examen en camp fosc de l'exsudat de l'úlcer a o mitjançant proves serològiques (realitzades almenys set dies després de l'aparició de les úlceres)
- El quadre clínic és típic per al xancroid

Una prova negativa per HSV en l'exsudat de l'úlcer a.

No obstant això, quan es duen a terme estudis acurats, la utilitat dels criteris clínics per al diagnòstic de xancroid és limitada.

Tinció de Gram

La tinció de Gram de l'exsudat de l'úlcer a pot mostrar petites varetes típics gramnegatius en una cadena, l'anomenat "Banc de peixos". No obstant això, la sensibilitat de la tinció de Gram és pobre.

Cultius

El diagnòstic definitiu del xancroid requereix la identificació d'*H. ducreyi* en mitjà de cultiu especial que no està àmpliament disponible. La relativa falta d'experiència de la majoria dels laboratoris en el cultiu i la identificació d'*H. ducreyi* ha limitat la consistència del diagnòstic microbiològic. La sensibilitat dels cultius per *H. ducreyi* és d'aproximadament el 75 %.

PCR

Reacció en cadena de la Polimerasa - Millora el diagnòstic del xancroid. La PCR ofereix avantatges similars per al diagnòstic de la sífilis i HSV. Cap prova de PCR aprovada per la FDA per *H. ducreyi* està disponible als Estats Units, però aquestes proves es pot realitzar per laboratoris comercials que han desenvolupat la seva pròpia prova de PCR. Desafortunadament, la PCR no és una eina de diagnòstic pràctic per a la majoria de les clíniques de MTS a causa del cost i la complexitat de la prova. A més, la tecnologia de PCR encara no està adaptada per a una ràpida disponibilitat de resultats. La manca de disponibilitat d'una prova de diagnòstic ràpid i fiable per al xancroid impedeix als metges de basar les decisions terapèutiques en base a les proves microbiològiques en la majoria dels casos. Atès que el tractament del xancroid és relativament fàcil, en general consisteix a azitromicina en dosi única o ceftriaxona, la indicació de tractament es realitza en base al diagnòstic de sospita clínic.

TRACTAMENT

Enfocament general

La teràpia empírica per al xancroid pot ser considerada si les manifestacions clíniques i l'epidemiologia són fortament suggestives d'aquest diagnòstic. Els pacients amb sospita de xancre també han de ser tractats empíricament per a una possible coinfecció per *T. pallidum*, agent causal de la sífilis, a causa de la freqüent coinfecció. (Veure 'Epidemiologia' amunt.)

Les proves de laboratori es fan per a ambdues infeccions. És important determinar amb precisió el diagnòstic i la resposta a la teràpia.

Els metges també han de ser conscients que les proves de diagnòstic de la sífilis poden ser falsament negatives en la malaltia en estadi primerenc. (Veure "Les proves de diagnòstic de la sífilis".)

Els agents terapèutics que s'han utilitzat en el tractament del xancroid inclouen eritromicina, trimetoprim-sulfametoxazol,

ciprofloxacina, ceftriaxona, i azitromicina. Per al tractament del xancroid i altres malalties de transmissió sexual, la teràpia de dosi única sota observació directa és altament desitjable.

Es recomana que els pacients amb xancroid demostrat o sospitats siguin tractats amb una dosi d'azitromicina (1 g PO) o ceftriaxona (250 mg IM).

L'eritromicina encara sembla ser eficaç. No obstant això, gairebé mai fem servir aquest medicament per tres raons: requereix múltiples dosis durant diversos dies; hi ha una incidència apreciable d'efectes secundaris gastrointestinals; i hi ha una risc de mort cardíaca sobtada a causa de prolongació de l'interval QT que és encara més gran quan altres fàrmacs metabolitzats pel CYP3A4 es prenen al mateix temps. Altres fàrmacs són igual d'eficaços, més còmodes d'usar, i menys tòxics. Les taxes de curació van amb Azitromicina 1000 mg en dosi única o eritromicina són d'aproximadament el 90 % amb els dos fàrmacs; el fracàs del tractament es sóna sobretot en pacients VIH.

Ceftriaxona en una sola injecció intramuscular de 250 mg s'ha associat amb taxes de curació de fins a 98 %. No obstant això, les dades són més limitades imitades. El fracàs és més comú entre les persones coinfectades amb el VIH.

Una sola dosi de ciprofloxacina (500 mg) s'ha associat amb taxes de curació per sobre de 90 %.

Igual que amb molts bacteris, *H. ducreyi* ha desenvolupat l'augment de la resistència a alguns dels agents antimicrobians que abans eren efectius.

Recomanacions

Els pacients amb xancroid comprovat o sospitat han de ser tractats amb una dosi d'azitromicina (1 g PO) o ceftriaxona (250 mg IM).

Un règim de dosis múltiples de ciprofloxacina (500 mg per via oral dues vegades al dia durant tres dies) és una alternativa, però el requisit de dosis múltiples fa que sigui menys desitjable.

Ja no es fa servir l'eritromicina a causa de la toxicitat i la necessitat de dosis múltiples. Però, pot encara ser una opció apropiada quan el cost és un problema. La dosi habitual és de 500 mg quatre vegades al dia durant set dies.

Pacients infectats pel VIH

Es recomana un enfocament similar en els pacients infectats pel VIH. No obstant això, aquests pacients poden ser de major risc de fracàs del tractament i han de ser seguits acuradament després de l'inici de la teràpia. Alguns experts recomanen dosis múltiples règims amb azitromicina o ciprofloxacina, però aquest enfocament no s'han estudiat de manera prospectiva

Les dones embarassades

Es recomana la ceftriaxona com a règim preferit per al tractament de dones embarassades amb xancroid. El ciprofloxacina està contraindicat durant l'embaràs i la lactància; la seguretat i eficàcia de la azitromicina en aquest població de pacients no ha estat establerta. Si ceftriaxona no es pot utilitzar, eritromicina és la millor alternativa.

Els bubons

Dades de l'època anteriors a la teràpia antimicrobiana efectiva suggereixen que els bubons fluctuans s'associen amb el desenvolupament de fístules que drenen o úlceres secundàries en el lloc del trencament espontània. Per tant, la limfadenitis fluctuant ha de ser drenada per aspiració amb agulla a través de la pell normal.

En comparació amb l'aspiració amb agulla, la incisió i drenatge de bubons associats al xancroid no es recomanava en el passat a causa d'un possible retard en la cicatrització i la formació de fístules. No obstant això, les dades més recents suggereixen que aquestes preocupacions poden ser infundades. Per tant, qualsevol de les modalitats pot ser utilitzades per a tractar limfadenitis fluctuant associada amb el xancroid.

Les parelles sexuals

Les parelles sexuals dels pacients afectats pel xancroid han de ser examinades i tractades si han tingut contacte sexual amb el pacient dins dels deu dies següents a la presentació dels símptomes. Aquesta recomanació no depèn de la presència de símptomes o signes de la malaltia.**SEGUIMENT**

La millora clínica generalment ocorre immediatament després d'iniciar el tractament. L'alleujament del dolor s'observa per la majoria dels pacients dins de les primers 48 hores i una millora objectiva en les úlceres sol ser evident en les 72 hores.

La resposta de la limfadenitis associada pot ser més lenta. SI la limfadenitis engonal desenvolupa fluctuació requereix l'aspiració amb agulla malgrat el tractament exitós de les úlceres genitals . En els casos avançats, pot produir cicatrius tot i l'eradicació de la infecció.

Si no ocorre millora clínica evident després de set dies, el metge ha de considerar el següent:

- El diagnòstic pot ser incorrecte
- El pacient està coinfectat amb una altra MTS (especialment la sífilis)
- El pacient està coinfectat pel VIH
- El pacient no aconsegueix amb els medicaments (si va ser receptat un règim de dosi múltiple)
- El cep *H. ducreyi* és resistent als medicaments usats.

RESUM. PUNTS RELLEVANTS

El xancroid és una infecció poc comuna als Estats Units, però és una de les principals causes de la malaltia d'úlceres genital en parts del món en desenvolupament.

- L'agent causal, *Hemophilus ducreyi*, és un petit bacil gram-negatiu que requereix cultiu en mitjà enriquit per a un creixement reeixit.
- La veritable incidència de xancroid en la majoria de zones encara no està clara, a causa de la dificultat d'aïllar *H. ducreyi* al laboratori.
- El període d'incubació del xancroid és típicament de 4 a 10 dies (rang 1-35 dies).

La infecció condueix generalment a múltiples úlceres genitals doloroses, que poden associar-se a limfadenopatia.

Material suplementari

Banc d'imatges

[Present. i videos](#)

Documents

Links al web

Guarda, baixa, imprimeix