

# BACTERIOLOGÍA DEL CHANCRO BLANDO

*Dr. Carlos A. Javier Zepeda \**

El chancro blando o chancroide es una infección aguda de transmisión sexual que se caracteriza por la presencia de una úlcera genital exquisitamente dolorosa de bordes blandos, asociada en la mitad de los casos con adenopatía inguinal a menudo supurativa. Debe diferenciarse de otras causas de ulceración genital entre ellas el chancro sifilítico y el herpes genital.

En 1889 A. Ducrey describió un pequeño bacilo como causa de esta lesión, actualmente se acepta como el agente etiológico y se le ha clasificado como una especie del género *Hemophilus* (*Hemophilus ducreyi*). Cuando se logra cultivar y aislar esta bacteria de las lesiones genitales o del pus del absceso ganglionar inguinal, suele ser difícil comprobar su identidad como *H. ducreyi* ya que no se han demostrado características morfológicas, metabólicas o antigénicas particulares de la especie, sin embargo, aun se conserva como una especie individual dentro del género. Kilian (1) considera que en varios estudios otras bacterias han sido confundidas con *Hemophilus ducreyi* pues no satisfacen los requisitos para ser incluidas en el género *Hemophi-*

lus, sin embargo, estos microorganismos muy similares han sido capaces de producir lesiones de chancro blando en condiciones experimentales en humanos. Es imposible saber a qué grupo de estos (*Hemophilus* vs. otros bacilos Gram negativo muy similares) pertenece el bacilo que fue descrito por Ducrey.

Aparte de las consideraciones anteriores de interés académico, el médico debe saber que el diagnóstico etiológico de la lesión depende del estudio microscópico (Gram) y cultivo del exudado de la úlcera y/o del pus del absceso inguinal (bubo). La presencia de bacilos y cocobacilos Gram negativo formando cadenas en haces paralelos ha sido descrita como característica de la lesión; sin embargo, este fenómeno no se observa en todos los pacientes y muchas veces los bacilos aparecen dispersos en los frottes, el examen microscópico es la forma en que se hacen la mayor parte de los diagnósticos. El cultivo resulta negativo en muchos casos, particularmente porque este es un microorganismo con requisitos nutricionales especiales que fácilmente es ocultado por la presencia de otras bacterias que comúnmente colonizan las úlceras genitales (2). Se han usado varios métodos, sobre todo medios a base de suero humano y sangre de conejo, más reciente-

mente (3) se ha descrito un nuevo medio selectivo que parece dar muy buenos resultados.

La identificación de la bacteria aunque sea en forma presuntiva es muy importante para establecer la causa de la ulceración genital, no solamente para hacer un diagnóstico diferencial sino que también para administrar el tratamiento adecuado (4). En este respecto, se recomienda sulfisoxasole (Gastrisín) en dosis de 4 g/día hasta que la úlcera cicatriza y la adenopatía desaparece - usualmente dos semanas, si la respuesta a sulfisoxasol no es satisfactoria, debe agregarse clorhidrato de tetraciclina en dosis de 2 g/día. Los bubos grandes necesitan de drenaje quirúrgico. En realidad la efectividad de varios antimicrobianos en el tratamiento del chancro blando no se conoce muy bien pues muchos casos no son comprobados bacteriológicamente y se sabe que algunas lesiones genitales, incluyendo el mismo chancro blando, pueden sanar espontáneamente. Esto ha dado lugar a confusión.

Como recomendación práctica, en todo paciente con una úlcera genital deben investigarse:

- a) La presencia de *Treponema* (estudio microscópico con campo oscuro), recordando que existen espiroquetas sa-

---

\* Profesor de Patología, Facultad de Ciencias Médicas, Jefe Sección de Microbiología Clínica, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

profitas que pueden confundirse con *Treponema pallidum*. Si se ha hecho el diagnóstico clínico de chancro blando y el campo blanco es negativo, puede iniciarse el tratamiento con sulfa y repetir el campo oscuro unos días después, el tratamiento con sulfa no interfiere con la presencia de *Treponema* en la lesión en caso de que esta sea un chancro sifilítico.

b) Anticuerpos de Wasserman (V.D.R.L. o R.P.R.), recordando que en las etapas tempranas de la sífilis el resultado puede ser negativo (NO REACTIVO) por lo que se recomienda repetirlo dos semanas después y si persiste negativo tres meses después para asegurarse de que no hay una infección luética. Otra alternativa es investigar la presencia de anticuerpos anti-treponémicos (FTA-Abs o MHA-Tp) los

cuales aparecen más temprano que los anticuerpos de Wasserman.

c) Coloración de Gram del exudado de la úlcera. Tomar en cuenta de que se pueden encontrar una variedad de organismos pero lo que interesa conocer es la presencia de bacilos o cocobacilos finos Gram negativo sobre todo formando cadenas en haces paralelos.

d) Cultivo por *Hemophilus ducreyi*. Hacer saber al laboratorio que se desea cultivar esta bacteria para que se usen los medios indicados pues en muchos laboratorios podrían cultivar la muestra en medios de uso rutinario lo cual es un ejercicio en pérdida de tiempo.

e) Si se sospecha herpes genital, lo más fácil es solicitar un estudio citológico de la base de la úlcera (Papanico-

laou) y si se puede, debe hacerse cultivo por virus de la lesión. (Herpes virus).

#### REFERENCIAS

1. Kilian M. A. taxonomic study of the Genus *Hemophilus* with the proposal of a new species. *J. Gen. Microb.* 93:9-62, 1976.
2. Chapel T. et al. Microbiological flora of penile ulcerations *J. Infec. Dis.* 137:50 1978.
3. Hammond G.W. et al. Comparison of specimen collection and laboratory techniques for the isolation of *Hemophilus ducreyi*. *J. Clin. Microb.* 7:39, 1978.
4. Kerfer R.E. et al. Treatment of Chancroid. A comparison of tetracycline and sulfisoxazole. *Arch. Dermatol.* 100:604, 1979.