

Ulcere genitali

Dr. Gianluca Russo, Mingha Africa Onlus

Le lesioni genitali ulcerate sono caratterizzate dalla perdita di sostanza a livello della mucosa genitale, dovuta all'azione citotossica dell'agente patogeno. Attualmente si preferisce considerare questo quadro clinico globalmente, anche se in realtà riconosce cinque differenti entità nosografiche: la sifilide, l'herpes simplex, l'ulcera molle o cancroide, il linfogranuloma venereo e il granuloma inguinale o donovanosi. Nei paesi industrializzati la causa più frequente di ulcere genitali è l'infezione da HSV-2, seguita dalla sifilide. Le altre patologie ulcerative (ulcera molle, granuloma inguinale e linfogranuloma venereo) sono endemiche nei paesi in via di sviluppo e devono essere prese in considerazione quando è presente il dato anamnestico di viaggi nei paesi ad alta endemia o di rapporti sessuali con soggetti provenienti da tali paesi. Tutte le patologie ulcerative facilitano la trasmissione dell'HIV; in presenza quindi di una di queste malattie è fortemente raccomandato eseguire il test per l'HIV al momento della diagnosi e dopo 3-6 mesi.

L'**ulcera molle o cancroide** è una patologia dovuta al coccobacillo gram-negativo *Haemophilus ducreyi*. Dopo un'incubazione di 3-7 giorni, a livello genitale compaiono delle piccole papule dolorose che rapidamente divengono ulcere dolenti con margine sfrangiato senza infiltrazione sottostante, con tendenza a confluire in una lesione unica; contemporaneamente compare una linfadenopatia satellite che può ascessualizzarsi con la formazione di fistole cutanee. La cicatrizzazione delle lesioni

può portare a fimosi, stenosi o fistole uretrali con danni permanenti all'apparato riproduttivo.

Il **linfogramuloma venereo** è una patologia dovuta a *Chlamydia trachomatis* (sierotipo L1, L2, L3). Dopo un'incubazione variabile da 3 a 30 giorni compare una lesione vescicolare ulcerata, scarsamente sintomatica, autolimitantesi, che si localizza a livello degli organi genitali o, nelle donne o negli omosessuali maschi, anche della mucosa ano-rettale; dopo 2-6 settimane compare una linfadenopatia inguinale, fluttuante, dolorosa che tende a drenare all'esterno la secrezione purulenta e che può accompagnarsi a sintomi sistemici (febbre, anoressia, etc.); se la malattia non viene trattata evolve verso una linfoangite cronica e progressiva con edema, elefantiasi e formazione di fistole. Qualora la prima lesione sia localizzata a livello anale si possono creare fistole e stenosi coloretali che possono mimare una malattia infiammatoria cronica intestinale.

Il **granuloma inguinale o donovanosi** è una patologia dovuta al bacillo gram negativo *Klebsiella granulomatis*, che si manifesta clinicamente dopo 1-12 settimane dal contagio come lesione genitale ulcerativa o vegetante, non dolente, che tende frequentemente a sanguinare, associata a lesioni satelliti da autoinoculo; possibile la disseminazione ematogena.

La difficoltà nel distinguere le lesioni ulcerate genitali solo dall'esame clinico ha portato a preferire un approccio sindromico (vedi tabella di seguito). La diagnosi differenziale è possibile solo effettuando due test sierologici (test per la lue e test per HSV-2), due colorazioni del preparato dopo *scraping* dell'ulcera (gram per identificare *H. ducreyi*; giemsa per *K. granulomatis* intramacrofagico –corpi di Donovan-), l'esame

colturale, la ricerca con PCR (HSV-2, *Chlamydia trachomatis*). La tabella di seguito riassume le caratteristiche clinico-terapeutiche principali delle lesioni genitali ulcerate.

Tabella: Caratteristiche clinico-terapeutiche delle lesioni ulcerate genitali.

	Lesione genitale	Adenopatia	Terapia
Sifilide primaria	Sifiloma primario non dolente	Possibile, non dolente	Benzatin-penicillina 2.4 MU i.m.
Herpes simplex 2 (HSV-2)	Vescicole/ulcere dolenti	Possibile	Aciclovir 400 mg x 3 per 7 giorni o Valaciclovir 1 g x 2 per 7 giorni
Ulcera molle o cancroide	Papule multiple/ulcera profonda, molle, dolente	Linfoadenopatia inguinale purulenta, fistolizzante	Ceftriaxone 125 mg im (dose singola) o Azitromicina 1g (dose singola) Spesso è necessario il drenaggio chirurgico e un follow-up a tre mesi per correggere le eventuali complicanze.
Granuloma inguinale o donovanosi	Nodulo non dolente; placca rotondeggiante, vellutata, rosso vivo	Assente	Cotrimossazolo 800/160 1 cp x 2/die per 14 giorni o Azitromicina 1 g/settimana per 3 settimane
Linfogranuloma venereo	Piccola lesione vescicolare, ulcerata Transitoria, non infiltrata	Imponente linfoadenopatia inguinale dolente, purulenta, fistolizzante	Doxiciclina 100 mg x 2 per 3 settimane. Se sono già presenti lesioni d'organo (fistole, stenosi, elefantiasi) si deve far ricorso alla correzione chirurgica.