

## INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

**Dr. Alejandro Macián Cerdá**

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Microbiología y Parasitología

Son un importante problema de Salud Pública, con 333 millones de ITS al año en el mundo y 16 millones en Europa. En los años 80 se prestaba atención especial al VIH, en los 90 hubo una relajación de conductas y rebrote de las infecciones, y actualmente constituyen un substancial problema producido por las infecciones virales (VIH, VPH).

### RECOGIDA DE MUESTRAS

- Envío rápido de las muestras al laboratorio de microbiología.
- Uso de sistemas de transporte adecuados dependiendo del tipo de microorganismo.

	Recipiente	Nº	
Exudado anal	Torunda de algodón	1	<i>N. gonorrhoeae</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>
Ex. Balano-prepucial	Torunda de algodón	1	<i>Candida, St. agalac</i>
Ex. Gl. Bartolino	Torunda de algodón	2	<i>N. gonorrhoeae, Staphylococcus.</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>
Exudado endocervical	Torunda de algodón	2	<i>N. gonorrhoeae, Mycoplasma,</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>
	Hisopo específico VPH	1	VPH
Exudado vaginal	Torunda de algodón	3	<i>N. gonorrhoeae, Mycoplasma,</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>
Exudado uretral	Torunda de algodón	3	<i>N. gonorrhoeae, Mycoplasma,</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>
Secreción prostática	Recipiente estéril boca ancha	2	
Exudado úlcera	Torunda de algodón	1	
	Torunda de alginato o dacrón	1	
Exudado faringeo	Torunda de algodón	1	<i>N. gonorrhoeae</i>
	Torunda de alginato o dacrón	1	<i>C. trachomatis</i>

### URETRITIS (Síndrome más común dentro de las ITS)

#### ETIOLOGÍA

GONOCÓCICA	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NO GONOCÓCICA	<i>Chlamydia trachomatis</i> 15-40% <i>Ureaplasma urealyticum</i> 10-40% <i>Mycoplasma genitalium</i> Otros 20-40% - <i>Trichomonas vaginalis</i> - <i>Herpes simplex virus</i> - <i>Haemophilus</i> - Hongos - Adenovirus

#### DIAGNÓSTICO

- **Síntomas:** supuración uretral, disuria y picor.
- **Examen clínico:** secreción uretral purulenta, mucopurulenta o blanquecina.
- **Demostración:** tinción de Gram:
  - LPM:
    - >5 LPM x campo 1000: si secreción
    - 15 LPM x campo 1000: sin secreción
  - DGN:
    - Presencia de DGN intracelulares: Gonococia.
    - Ausencia de DGN: Uretritis no gonocócica.

#### TOMA DE MUESTRAS

- El paciente no debe orinar 4-8 horas previas a la toma de la muestra.
- Usar torundas finas con varilla de alambre de alginato cálcico o dacrón con medio de transporte de Stuart-Amies.
- Introducir 2 cm en la uretra y realizar movimiento rotatorio.
- Recoger 4 hisopos.

**TRATAMIENTO**

- Abstención de relaciones sexuales hasta 1 semana de inicio tratamiento.
- Descartar otras ETS.
- Revisión posterior: a los 7-14 días de finalizar el tratamiento.
- Tratar a parejas sexuales.
- Enfermedad de declaración obligatoria.

URETRITIS GONOCÓCICA	URETRITIS NO GONOCÓCICA
Cefixima 400 mg vo. monodosis	Azitromicina 1g vo. monodosis
Ceftriaxona 125 mg im monodosis	Doxiciclina 100 mg/12 h. durante 7 días
Azitromicina 1g vo. momodosis	Eritromicina 500 mg/6 h. durante 7 días
Doxiciclina 100 mg/12 h. durante 7 días	
Ciprofloxacino 500 mg vo. monodosis	

**HERPES GENITAL (VHS tipo 2 y tipo 1)**

**CLÍNICA**

- Quemazón, dolor y eritema seguido de múltiples vesículas dolorosas y linfadenopatías inguinales.
- Síntomas sistémicos.
- Recurrencias episódicas.

**DIAGNÓSTICO**

- Suele ser evidente desde el punto de vista clínico.
- **Para el diagnóstico microbiológico:** romper la vesícula y recoger el líquido con una torunda estéril o aspirando; frotar la base de la úlcera con hisopo de dacrón y portaobjetos (si IFD). Remitir al laboratorio en medio de transporte específico.

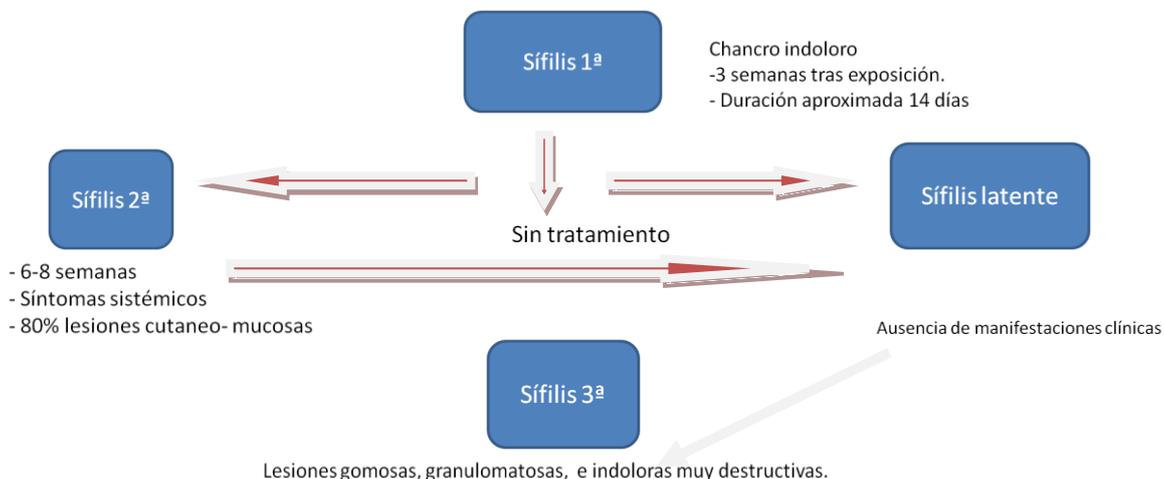
**TRATAMIENTO**

- **Aciclovir:** 200 mg/4h durante 7 días o 400 mg/8h [baja biodisponibilidad vo (15-30%)]
- **Valaciclovir:** 1 g/12h durante 7-10 días [biodisponibilidad 3 a 5 veces superior]
- **Famciclovir:** 250 mg/8h durante 7-10 días [elevada biodisponibilidad oral (70-80%)]

Iniciar tratamiento en todos los pacientes sintomáticos (primoinfección). En las recidivas sólo iniciar tratamiento en casos muy sintomáticos. Profilaxis si 6 brotes al año.

**SÍFILIS**

- Repunte de su incidencia desde los años 80.
- **Etiología:** *Treponema pallidum*.
- Se transmite durante el estadio primario, secundario y de latencia.
- 30% de los expuestos a la Sífilis en fase precoz llegan a infectarse.



**DIAGNÓSTICO**

- **Diagnóstico directo:**
  - Examen en campo oscuro.
  - Inmunofluorescencia directa.
  - Reacción en cadena de la Polimerasa.
- **Diagnóstico indirecto:**
  - Anticuerpos inespecíficos:
    - RPR
    - VDRL
  - Pruebas específicas:
    - FTA-ABS
    - TPHA

**TRATAMIENTO**

- **Sífilis 1ª y 2ª:**

Pauta en adultos	
Penicilina G benzatina	2,4 millones unidades im. en dosis única
Doxiciclina	100 mg/12 h. vo. durante 2 semanas
Tetraciclina	500 mg/6 h. vo. durante 2 semanas
Eritromicina	500 mg/6 h. vo. durante 2 semanas
Ceftriaxona	Dosis no bien establecida
Pauta en niños	
Penicilina G benzatina	50.000 unidades/kg im

- Tratar a las parejas sexuales expuestas en los 90 días previos.
- Siempre excluir la coinfección por VIH.

- **Sífilis latente:**

Latente precoz en adultos	
Penicilina G benzatina	2.4 millones de unidades im. dosis única
Latente tardía en adultos	
Penicilina G benzatina	2.4 millones de unidades im/semana (x3)
Alérgicos a Penicilina	
Doxiciclina	100 mg/12 h. vo. durante 2 semanas (<1)/4 semanas
Tetraciclina	500 mg/6 h. vo. durante 2 semanas / 4 semanas
Latente tardía en niños	
Penicilina G benzatina	50.000 U/Kg im. Semanal (x3) (máximo 7,2 millones)

- **Neurosífilis:**

Penicilina G sódica	12-24 millones diarias (2,4 millones unidades iv/4 h. durante 10-14 días)
Penicilina procaina + Probenecid	2,4 millones im. al día + 500 mg/6 h. vo. durante 10-12 días.

**CHANCROIDE**

- Muy prevalente en Africa sub-sahariana y Asia
- **Etiología:** *Haemophilus ducreyji*
- **Clínica:** lesión ulcerativa con adenopatía regional-bubón acompañante.

Azitromicina	1 g. vo. en monodosis
Ceftriaxona	250 mg. im. en monodosis
Ciprofloxacino	500 mg. /12 h. vo. durante 3 días
Eritromicina	500 mg/8 h. vo. durante 7 días

- Descartar VIH.
- Revisión 3-7 día de iniciado el tratamiento: clara mejoría, úlcera cura en 7-10 días y la adenopatía en 2-3 semanas.
- Mala evolución a pesar del tratamiento descartar coinfección por *Treponema pallidum* o por VHS.

**LINFOGRANULOMA VENEREO**

- Primer caso en España en 2004.
- **Etiología:** *Chlamydia trachomatis L1,L2,L3*
- **Clínica:** adenopatía inguinal dolorosa
- **Dificultad para su diagnóstico:** pruebas serológicas, tinción Giemsa, IFD o PCR.

<b>Doxiciclina</b>	100 mg/12 h. vo. durante 21 días
<b>Eritromicina</b>	500 mg/8 h. vo. durante 7 días
<b>Azitromicina</b>	1 gr. vo. cada 7 días durante 3 semanas

**GRANULOMA INGUINAL**

- ITS muy poco frecuente, solo endémica de algunas zonas de India, Guinea Papua, Brasil, Australia.
- **Etiología:** *Klebsiella granulomatis*.
- **Diagnóstico microscópico**

<b>Doxiciclina</b>	100 mg/12 h. vo. durante 21 días
<b>Cotrimoxazol</b>	2 comp/12 h. durante 14-21 días.
<b>Eritromicina</b>	500 mg/6 h. vo durante 21 días
<b>Ciprofloxacino</b>	750 mg/12 h. vo. Durante 21 días
<b>Azitromicina</b>	1g. vo cada 7 días durante 3 semanas
<b>Gentamicina</b>	1 mg/kg de peso/8 h.

**VAGINITIS**

- **Criterios de Amstel:**
  - pH vaginal > 4.5
  - Presencia de clue cells
  - Liberación de aminas con/sin KOH (olor a pescado)
  - Flujo homogéneo aumentado

**TRICHOMONIASIS**

- **Etiología:** *Trichomonas vaginalis*.
- **Clínica:**
  - 50 % mujeres y 90% varones asintomáticos.
  - Irritación vulvar, disuria, mal olor, leve eritema labial; flujo abundante, grumoso y espumoso.
- **Diagnóstico:**
  - Clínica
  - Microbiología: visión directa del protozoo.

<b>Tionidazol</b>	2g. vo. en monodosis
<b>Metronidazol</b>	2 g. vo. en monodosis o 500 mg/12 h. 7 días.

**VAGINOSIS BACTERIANA**

- Suele ser la causa más frecuente se secreción vaginal y/o mal olor.
- No es una ITS
- **Etiología:** *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides spp*, *Prevotella spp...*
- **Clínica:** mal olor y flujo uniforme blanco grisáceo.
- **Diagnóstico:** presencia de Clue Cells.

<b>Metronidazol</b>	Gel 0.75% intravaginal 1/24 h. 5 días 500 mg/12 h. vo. Durante 7 días.
<b>Clindamicina</b>	Crema 2% 5g. Intravaginal/24 h. 7 días Óvulos intravaginales 100 mg/24 h. 3 días.

**VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA**

- **Etiología:** 90% *Candida albicans*.
- **Clínica:** intenso prurito, irritación vulvar marcada, flujo escaso y grumoso de color blanco.
- **Diagnóstico:** sólo se recomienda el cultivo en caso de recurrencias.

Tópicos	Orales
<b>Cotrimazol</b> tableta vaginal 500 mg ; Óvulo 200 mg/24 h. 3 días	<b>Fluconazol</b> 150 mg monodosis en ayunas
<b>Miconazol</b> óvulos 1200 mg; 400 mg/24h 3 días	<b>Itraconazol</b> 200 mg en 2 tomas
<b>Tioconazol</b> 6.5% unguento monodosis	

**VPH**

- Alta prevalencia.
- Gran cantidad de infecciones subclínicas.
- **Condilomas:**
  - Acuminados: en forma de coliflor
  - Papulosis bowenoide: forma papulosa
  - Lesiones maculosas
- **Diagnóstico:**
  - Clínico
  - Microbiológico: cultivo celular o PCR.
- **Tratamiento:**
  - Imiquimod 5%: 3 noches por semana (x16 semanas)
  - Electrocoagulación, Crioterapia, Ácido tricloro

**SARNA**

- **Etiología:** *Sarcoptes scabiei*.
- Transmisión directa piel-piel.
- **Clínica:** intenso prurito de predominio nocturno, surcos y vesículas perladas en espacios interdigitales, muñecas y codos.
- **Tratamiento:**
  - Permetrina 5% por todo el cuerpo, lavado en 14 h.
  - Lindane 1% (excepto niños, embarazadas)
  - Ivermectina 200mg/kg (precedida de queratinolítico)

**PEDICULOSIS DEL PUBIS**

- **Etiología:** *Phthirus pubis*
- Transmisión por contacto íntimo.
- **Clínica:** prurito
- **Tratamiento:**
  - Permetrina 1%: aplicar y lavar a los 10 min.
  - Lindane 5%: dejar actuar durante 12 horas.
  - Retirar liendres con pinzas o peine