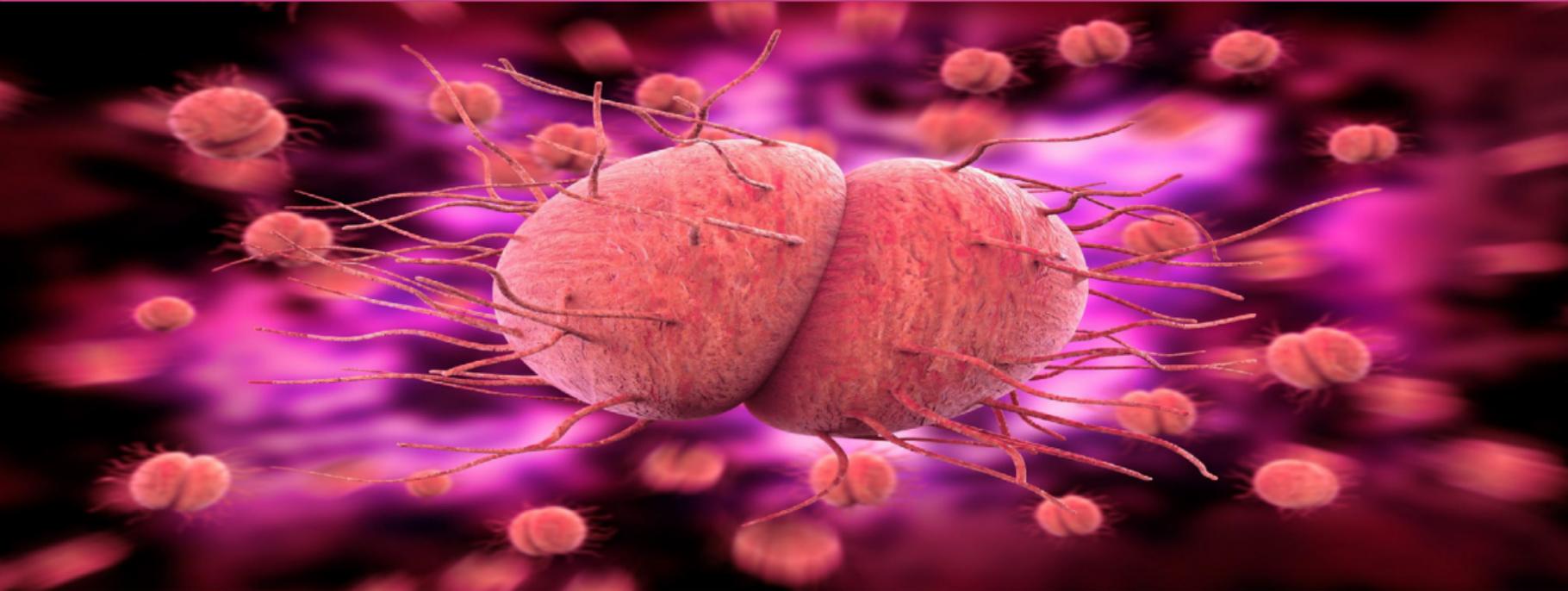


INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Síndrome úlcera
genital

Síndrome secreción
uretral y cervicitis

Síndrome secreción
vaginal



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Síndrome úlcera genital

- En los países desarrollados, las úlceras genitales causadas por infecciones de transmisión sexual son menos frecuentes que aquellas infecciones que cursan con secreciones (vaginitis y uretritis). Así, en los últimos años, la incidencia de las ITS ulcerosas es menor respecto a otras ITS, aunque es mayor su asociación con la infección por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana).¹
- El herpes genital es la causa más frecuente de úlcera genital, seguida de la sífilis y menos frecuentemente del chancroide.¹





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.1 Sífilis

Etiología: *Treponema pallidum*, periodo de incubación (PI) 21 días.²

Las **manifestaciones clínicas** varían en función del tipo sífilis que padece el paciente:

- ❖ La **sífilis primaria** se caracteriza por la aparición de **chancro duro** (indoloro, de fondo limpio) en el lugar de inoculación (habitualmente en el pene o labios mayores), que puede acompañarse de adenopatías inguinales bilaterales duras que no supuran. Las lesiones duran entre 10 y 14 días y aproximadamente el 50% de las personas no tratadas desarrollan sífilis secundaria y el otro 50% evolucionan a sífilis latente.^{1,2}
- ❖ La **sífilis secundaria** comienza tras una fase asintomática 6-8 semanas después de la aparición del chancro. Es un periodo de alta contagiosidad. Suelen existir síntomas generales (fiebre, adenopatías, roséola sifilítica, sifilides papulosas, *clavis* sifilíticos), pero lo más característico es la afectación de piel y mucosas, siendo la lesión más frecuente el **exantema papuloso o máculo-papuloso con predilección por palmas y plantas**. Posteriormente, sin tratamiento, la sífilis secundaria se resuelve en 2-12 semanas y pasa al periodo de latencia (ausencia de síntomas, serología luética positiva y LCR sin alteraciones), evolucionando en un tercio de los pacientes a sífilis terciaria.^{1,2}
- ❖ La **sífilis terciaria** se caracteriza por la aparición de lesiones **destructivas, granulomatosas** (goma sifilítico), afectación cardiovascular (de la aorta ascendente) o visceral y neurosífilis (meningitis subaguda o crónica, tabes dorsal y parálisis general progresiva); pueden aparecer años después de la infección.^{1,2}



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.1 Sífilis

Patología ²	Tratamiento ²
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz (adquirida en el año anterior ³).	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G Benzatina 2.4 millones de UI dosis única (DU). • Doxiciclina 100mg/12h v.o. 2 semanas. • Azitromicina 2g DU.
Sífilis latente tardía (>1 año), sífilis de duración desconocida, sífilis terciaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatina 2.4 millones UI/7 días i.m. 3 semanas. • Doxiciclina 100mg/12h 4 semanas.
Neurosífilis y sífilis oftálmica y ótica.	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G sódica 3-4 millones UI/4h i.v. o 18-24 millones en infusión continua 10-14 días. • Penicilina G procaína 2.4 millones UI i.m./24h + probenecid 500mg/6h 10-14 días. • Ceftriaxona 2g/24h i.v. 10-14 días.





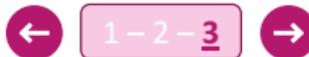
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.1 Sífilis

Los **contactos sexuales** de una persona diagnosticada de sífilis primaria, secundaria o latente precoz deben ser evaluados clínica y serológicamente y manejados según corresponda:³

- tratados como una sífilis precoz si ocurrió en los 90 días previos al diagnóstico independientemente de la serología;
- tratados como una sífilis precoz (si no hay serología) a los que ocurrieron antes de los 90 días previos;
- evaluados clínica y serológicamente si hubo contactos durante una sífilis latente tardía del paciente.

Se hace preciso el seguimiento, por ser contactos de riesgo, de aquellas parejas que han mantenido una relación sexual hace <3 meses con una persona diagnosticada de sífilis primaria, hace <6 meses con una diagnosticada de sífilis secundaria, y hace 1 año con una diagnosticada de sífilis latente precoz.⁴





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.2 Chancroide

Etiología: *Haemophilus ducreyi*, PI 1-3 días. Infrecuente en nuestro medio, casos importados.²

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Cursa con úlcera dolorosa única o múltiple, de consistencia blanda, fondo sucio e inflamación perilesional acompañado de adenopatías unilaterales y dolorosas.²

Tratamiento²

- Azitromicina 1g v.o. DU
- Ciprofloxacino 500mg/12h v.o. 3 días.
- Eritromicina 500mg/6-8h v.o. 7días.

Los **contactos sexuales** de los pacientes deben ser reevaluados a los 3-7 días de iniciarse el tratamiento. Si el tratamiento va a tener éxito, se produce una mejoría de los síntomas a los 3 días y mejoría objetiva de la úlcera a los 7.¹





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.3 Linfogranuloma venéreo

Etiología: *Chlamydia trachomatis*, PI 7-30 días.²

Las **manifestaciones clínicas:**

- ❖ Cursa con pústula indolora en el sitio de inoculación que cura espontáneamente; a la 2ª semana adenopatías unilaterales, dolorosas que fistulizan, fiebre, artromialgias, proctocolitis.
- ❖ A los 3-6 meses aparece un estadio secundario que se manifiesta como un síndrome inguinal o anogenitorrectal acompañado de adenopatías unilaterales y fiebre, artromialgias y malestar general.³

Tratamiento²

- Doxiciclina 100mg/12h v.o. 21 días.
- Eritromicina 500mg/6h v.o. 21 días.
- Azitromicina 1g/7 días v.o. 3 semanas.

Se debe de realizar un estudio sobre los **contactos sexuales** de los 60 días previos al inicio de los síntomas.²



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.4 Granuloma inguinal (donovanosis)

Etiología: *Klebsiella granulomatis*, PI 1-12 semanas. Infrecuente en nuestro medio, casos importados.²

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Cursa con lesiones progresivas ulceradas, confluyentes, sangrantes, indoloras, sin adenopatías regionales.

Tratamiento²

- Azitromicina 1g/7 días 4-6 semanas.
- Doxiciclina 100mg/12h v.o. 21 días.
- Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800mg/12h 21 días.

Aunque es poco común en parejas de los casos registrados, se deberían examinar clínicamente los **contactos sexuales** de los últimos 6 meses por posibles lesiones.⁵





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

1.5 Vesículas genitales

Etiología: Virus Herpes Simple. Causa más frecuente de ulceración genital.² El PI es de 2 a 12 días.⁶

Las manifestaciones clínicas:

- ❖ Pródromos de dolor urente, posteriores vesículas dolorosas que pueden ulcerarse, asocian adenopatías bilaterales dolorosas con afectación del estado general y fiebre.²

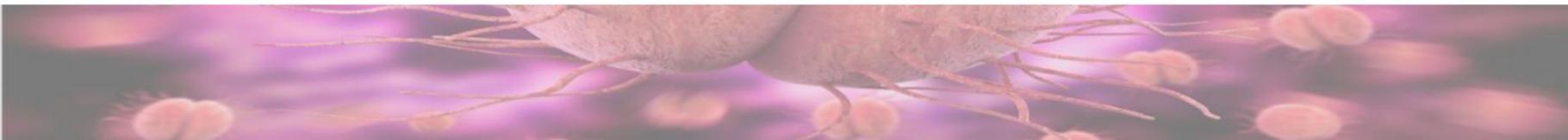
Tratamiento²

- 1^{er} episodio:
 - Aciclovir 400mg/8h v.o. 7-10 días.
 - Famciclovir 250mg/8h v.o. 7-10 días.
 - Valaciclovir 500mg/12h 7-10 días.⁷
 - Aciclovir 5mg/kg/8h i.v. (infección grave).
- Recurrencias:
 - Famciclovir 1g/12h v.o. 1 día.
 - Valaciclovir 500mg/8h v.o. 3 -5 días.⁷

La infección recidivante y persistente puede estar producida por los dos diferentes serotipos del virus herpes (VHS-1 y 2). Aunque un 30% de los primeros episodios de herpes genital están causados por VHS-1, las recidivas son mucho más frecuentes para el VHS-2 en el área genital; por tanto, la distinción serológica entre ambos tipos es importante para el pronóstico y para saber qué información dar al paciente.³

Las personas con lesiones genitales primarias son infectantes de 7 a 12 días, pero la transmisión puede producirse por contacto sexual con una persona asintomática.⁶

No hay recomendación para estudio de contactos para asintomáticos.²



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

2. Síndrome secreción uretral y cervicitis

Etiología: frecuente la coinfección de varios agentes, estando principalmente implicados *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (40-50%). Otros posibles: *Trichomona vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*.²

Las **manifestaciones clínicas:**

- ❖ Los pacientes con **uretritis** presentan un cuadro clínico típico caracterizado por la **aparición de exudado uretral** (purulento en las gonocócicas y seroso en las no gonocócicas), **disuria y prurito en el meato uretral**.¹
- ❖ Las **cervicitis** son frecuentemente **asintomáticas**, siendo sus principales signos el **exudado cervical mucopurulento** o el **sangrado cervical** durante la recogida de muestras o relaciones sexuales.³





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

2.1 Uretritis/ cervicitis gonocócica no complicada

El PI es de 2-5 días en el 90% de los casos, superando los 15 días en el 10% restante de los casos.¹

En ocasiones la infección gonocócica puede ser asintomática (localizada en mucosa uretral, endocervical, rectal o faríngea, suponiendo esta un importante reservorio para la transmisión).¹

Tratamiento²

- Ceftriaxona 500 mg intramuscular D.U. + azitromicina 1 g V.O. D.U.
- Si hay fallo de tratamiento/resistencias cefalosporinas:
 - Ceftriaxona 1 g i.m. D.U. + azitromicina 2 g v.o. D.U.
 - Gentamicina 240 mg i.m. D.U. + azitromicina 2 g v.o. D.U.

Los estudios de contacto se realizarán en los 60 días previos a la aparición de síntomas, o del último contacto si fue previo a ese periodo.¹

Tratamiento de parejas sexuales de 2 meses antes. Evitar coito sin preservativo hasta completados los tratamientos y resolución de síntomas.²

Resistencias a Cefalosporinas de 3ª generación, cercanas al 5%. Resistencias a Fluorquinolonas del 30%. Conocer patrones de resistencia locales.²





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

2.2 Uretritis/ cervicitis no gonocócica

En las uretritis no gonocócicas el PI es muy variable y puede oscilar entre 1 y 5 semanas.¹

Los estudios de contacto deberán realizarse hasta 6 meses antes en el caso de parejas de varones con uretritis no gonocócica asintomáticos.¹ Las parejas sexuales deberán ser tratadas con el mismo régimen que el paciente, aconsejándose abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas.³

Tratamiento²

- Doxiciclina 100 mg/12h 7 días v.o.
- Alternativas:
 - Azitromicina 1 g v.o. D.U.
 - Si *M. genitalium*, azitromicina 500 mg v.o. primera dosis + 250 mg/24h v.o. 4 días.

Se debe de realizar un estudio sobre los **contactos sexuales** de el mes previo.²



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

2.3 Uretritis persistente

Patología ²	Tratamiento ²
Uretritis persistente (tratamiento inicial con doxiciclina)	<ul style="list-style-type: none"> Azitromicina 500 mg v.o. primera dosis + 250 mg/24h v.o. 4 días + metronidazol 500 mg/12h v.o. 5 días (solo pacientes heterosexuales para cobertura de <i>T. vaginalis</i>).
Uretritis persistente (tratamiento inicial con azitromicina)	<ul style="list-style-type: none"> Moxifloxacino 400 mg/24h v.o. 7-14 días + metronidazol 500 mg/12h v.o. 5 días (sólo en pacientes heterosexuales para cobertura de <i>T. vaginalis</i>).

Se debe de realizar un estudio sobre los contactos sexuales de el mes previo.²



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

3. Síndrome secreción vaginal

Las vulvovaginitis se caracterizan por secreción, molestias y prurito vulvar o vaginal, pudiendo frecuentemente cursar de manera asintomática.³

La mayoría de las mujeres tendrán una infección de este tipo a lo largo de la vida, muchas de las cuales son tratadas previamente o tras una evaluación médica debido a la disponibilidad de medicación sin prescripción.⁴



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

3.1 Vaginosis bacteriana

Etiología: puede no ser una ITS. Más frecuente *Gardnerella vaginalis*. Aumenta riesgo de transmisibilidad de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, VHS-2 y VIH.²

Las **manifestaciones clínicas:**

- ❖ Se presenta como flujo blanco grisáceo , con mal olor, sin eritema vulvovaginal.²

Tratamiento²

- Metronidazol 500 mg/12h v.o. 7 días.
- Tópico al 0,75%/24h 5 días.
- Clindamicina crema al 2% intravaginal durante 7 días.¹

Algunos expertos recomiendan también el tratamiento en pacientes con prácticas sexuales de riesgo, aunque sean asintomáticas.³



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

3.2 Candidiasis vulvovaginal

Etiología 80-90% *Candida albicans*, restantes *C. no albicans* (en aumento).²

Factores de riesgo: edad fértil, uso previo de antibióticos, inmunosupresión, actividad sexual, diabetes.²

Las **manifestaciones clínicas**:

- ❖ Formas leve-moderadas: leucorrea, prurito vulvar, dispareunia.²
- ❖ Formas complicadas (no *albicans*, >4 episodios/año, gestantes e inmunodeprimidos)¹. Las formas complicadas son aquellas que cursan con síntomas o signos severos, son recurrentes (más de 4 episodios al año confirmados por cultivo), están producidas por *Candida* no *albicans*, o que ocurren en inmunodeprimidos o gestantes.³

Tratamiento²

- Clotrimazol óvulo intravaginal 100 mg 7-14 días.
- Fluconazol 150 mg/72h 3 dosis.
- Si es recurrente: Fluconazol 150 mg vo/72h 3 dosis + 150mg lcomp/7días 6 meses.
- Gestantes: Clotrimazol 100 mg óvulos, 1 óvulo/24h, 7 días.

Las parejas sexuales deben de ser tratadas si hay síntomas y se debe considerar en recurrencias (actúan como reservorio).²



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

3.3 Trichomona vaginalis

Etiología: *Trichomona vaginalis*.² El PI generalmente entre 4 y 28 días.⁸ Asintomática en 50% mujeres y 80% hombres.²

Aumenta riesgo de adquisición y transmisibilidad VIH.²

Las **manifestaciones clínicas:**

❖ Cursa con secreción vaginal (amarillo verdoso, con mal olor y espumosa), irritación vulvar, signo exploratorio de “cérvix en fresa”.²

Tratamiento²

- Indicado en asintomáticos, sintomáticos y parejas sexuales.
- Obligatorio despistaje de otras ITS.
- Repetir test en 3 meses en pacientes VIH, reinfección o persistencia de síntomas.
- Metronidazol 2 g v.o. en D.U. o 500 mg/12h v.o. durante 7 días.

Se debe de realizar un estudio sobre los **contactos sexuales** de el mes previo.²

Se aconseja la abstinencia sexual hasta 7 días tras la toma antibiótica.³

Organismos internacionales recomiendan realizar un test de control a los 3 meses a las mujeres infectadas por alta probabilidad de reinfección.³





INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

REFERENCIAS:

1. San Martín MA, López G, Martínez M. Capítulo 72. Uretritis. López G, Santisteban M, Martínez M. Capítulo 73. Enfermedades de transmisión sexual. González del Castillo J, Jiménez AJ, Candel FJ. Manual de Infecciones en Urgencias. Grupo Saned. Madrid 2012. Páginas 527-531: 549-555
2. INFURG-SEMES [Internet]. Guía para el manejo ambulatorio de infecciones agudas. [Último acceso: julio 2018]. Disponible en: <http://www.infurg-semes.org/es/index.htm>
3. GeSIDA [Internet]. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. [Último acceso: julio 2018]. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/disponible-el-documento-documento-de-consenso-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-las-infecciones-de-transmision-sexual-en-adultos-nnos-y-adolescentes/>
4. Center for Diseases Control and Prevention. [Internet]. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 . [Último acceso: julio 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
5. O'Farrell N, Moi H. 2016 European guideline on donovanosis. Int J STD AIDS. 2016 Jul;27(8):605-7
6. Boletín Epidemiológico Semanal.España. Centro Nacional de Epidemiología [Internet]. Infección genital por el virus herpes simple. Sistema de Información Microbiológica. España. Años 2000-2008. [Último acceso: julio 2018]. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/271/271>
7. Ficha Técnica Valtrex, 01/2012, GSK
8. Kissinger P. Trichomonas vaginalis: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. BMC Infect Dis. 2015 Aug 5;15:307.