

SUMARIO

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Clasificación

Uretritis y cervicitis:

Gonocócicas: pág 2

No gonocócicas: pág 3

Lesiones ulcerosas de transmisión sexual:

Sífilis: pág 4

Linfogranuloma venéreo: pág 6

Herpes genital: pág 6

Chancro blando: pág 8

Condilomas acuminados: pág 8

Granuloma inguinal: pág 9

Bibliografía: pág 10

Tablas: pág 11 y 12

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un importante problema de salud y su prevalencia ha experimentado un gran aumento en las últimas décadas. A raíz de la infección por VIH a principios de los años 80, se concentró en ella toda la atención de la población y de los recursos sanitarios. Ante la creencia de tener controlada esta infección se ha producido una relajación en la práctica de conductas sexuales seguras, resurgiendo enfermedades, como la sífilis o la gonococia, que habían prácticamente desaparecido de nuestro entorno. Asimismo, el escaso control sobre otras ITS de origen viral, como el herpes genital o las verrugas genitales hace que se encuentren actualmente entre las más prevalentes, produciendo más morbilidad que la propia infección por el VIH. En este Boletín se va a efectuar un repaso de las ITS de origen vírico y bacteriano, su etiología, diagnóstico y tratamiento.

*Farmacéuticas Especialistas de Área de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo.

**FEA de Urología. H.U. Marqués de Valdecilla.

***FEA de Microbiología. H.U. Marqués de Valdecilla.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo heterogéneo de infecciones que se transmiten, como su nombre indica, por contacto sexual. Se encuentran entre las principales causas de enfermedad del mundo con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países (1). Además, dado el elevado grado de asociación de las ITS con la transmisión del VIH, es necesario desarrollar medidas de prevención para su control. Los profesionales de Atención Primaria juegan un papel muy importante en este sentido, ya que el contacto directo con los pacientes permite realizar una buena educación para mejorar algunos hábitos y prevenirlas en la medida de lo posible.

Los síntomas y signos de estas infecciones suelen ser similares, aunque en la mayoría de las ocasiones se presentan de forma asintomática. Tanto las formas sintomáticas como las asintomáticas pueden propiciar el desarrollo de consecuencias graves en ausencia de tratamiento.

Las ITS se clasifican, según el tipo de lesión que producen en:

- **Lesiones no ulcerosas de transmisión sexual:** uretritis y cervicitis.
- **Lesiones ulcerosas de transmisión sexual.**

No se van a contemplar en este Boletín las vaginitis, vulvovaginitis (Boletín de Uso Racional del Medicamento Diciembre de 2006) y las parasitosis de transmisión sexual.

LESIONES NO ULCEROSAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

URETRITIS Y CERVICITIS (2, 3,4,5,6,7)

La **uretritis** es un síndrome caracterizado por la **secreción uretral** purulenta o mucopurulenta, **disuria y picor**, aunque puede presentarse de forma asintomática. Es el síndrome más común dentro de las ITS en varones.

La **cervicitis** es el equivalente en mujeres, se caracteriza por presentar **inflamación y secreción** de la mucosa endocervical. Además en ocasiones puede aparecer sangrado intermenstrual o postcoital.

ETIOLOGÍA

Es variada, y en función de los patógenos implicados se clasifican en dos grandes grupos:

- **Gonocócicas**, causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, constituyen menos del 25%.
- **No gonocócicas**, la mayoría causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*. Otros patógenos menos frecuentes son: *Trichomonas vaginalis*, Virus Herpes simplex y Adenovirus.

En algunas ocasiones las uretritis/cervicitis pueden estar causadas por la asociación de dos patógenos, siendo los más frecuentes: *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* (40-50% de los casos). La presencia de condilomas intrauterinos también puede desencadenar episodios de uretritis. Hasta un tercio de las uretritis quedan sin una filiación etiológica clara.

TOMA DE MUESTRAS*

Muestras uretrales: es preferible obtenerlas sin haber orinado en las dos horas previas. Se deben usar torundas finas con varilla de alambre, alginato cálcico o dacrón y con medio de transporte tipo Stuart-Amies. Si existe secreción puede recogerse con la torunda, si no hubiera, se insertará la torunda en la uretra unos 2 cm y se rotará dos o más veces.

Muestras endocervicales: antes de obtener la muestra se debe utilizar una torunda para eliminar las secreciones exocervicales. Posteriormente, se inserta una segunda torunda en el canal endocervical, se rota contra la pared del mismo dos o más veces, se

retira sin tocar las paredes vaginales y se introduce en el mismo medio de cultivo que en el caso anterior. Se utilizarán dos torundas, una para el Gram y otra para el cultivo. En el caso de pedir cultivo de *Chlamydia* se enviará una tercera torunda específica según la técnica usada en el laboratorio o bien una muestra de orina.

Las muestras para cultivo de gonococo se mantendrán hasta su inoculación a temperatura ambiente.

*Protocolo de cultivo de exudado uretral y cervical. Servicio de Microbiología. H.U. Marqués de Valdecilla.

URETRITIS Y CERVICITIS GONOCÓCICAS

La gonorrea se desarrolla a los **2-6 días** tras exposición, es decir, suele presentarse de forma brusca.

Sin tratamiento, los síntomas pueden remitir en un plazo de semanas o meses, aunque el sujeto, probablemente, siga siendo contagioso. Su prevalencia ha aumentado considerablemente en nuestra región en los dos últimos años, del diagnóstico de dos casos al año se ha pasado al diagnóstico de dos casos al mes (datos aportados por el Servicio de Microbiología del H.U. Marqués de Valdecilla).

Siempre que se solicite estudio de gonococo se debe pedir también estudio de **Chlamydia, sífilis y VIH**.

DIAGNÓSTICO

Para establecer un diagnóstico correcto, se deben tener en cuenta:

- ◆ **Síntomas:** secreción uretral, disuria y picor. Estos síntomas pueden permanecer hasta más de 7 días, por ello la uretritis postgonocócica se suele diagnosticar después de ese periodo.
- ◆ **Examen clínico:** secreción uretral purulenta, mucopurulenta o blanquecina.
- ◆ **Tinción de Gram:** más de 5 leucocitos polimorfonucleares por campo de 1.000 aumentos en el examen directo de la secreción uretral.
- ◆ **Sedimento urinario:** de la primera parte de la orina: > 10 leucocitos polimorfonucleares leucocito estearasa positivos por campo de 1.000 aumentos.
- ◆ **Cultivo de gonococo:** La presencia de leucocitos polimorfonucleares que

contienen diplococos Gram negativos establece el diagnóstico de uretritis gonocócica.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico se debe tratar cuanto antes.

- **De elección**
 - **Ceftriaxona:** 250 mg vía intramuscular (im) en dosis única. Medicamento de **Diagnóstico Hospitalario** (DH). Para su prescripción los médicos de Atención Primaria deben adjuntar el antibiograma a modo de informe para su posterior visado.
- **Alternativa**
 - **Cefixima:** 400 mg vía oral (v.o.) en dosis única.
 - **Ciprofloxacino:** 500 mg v.o. en dosis única.

En pacientes que puedan estar **coinfectedos con *C. trachomatis***, se recomienda añadir:

- **Azitromicina:** 1 g v.o. en dosis única.

Un informe recientemente publicado por el Centre for Disease Control (CDC), alerta de un incremento en la prevalencia de resistencias a quinolonas en infecciones por *N. gonorrhoeae*, por lo que no se recomienda su uso como tratamiento de elección.

La tasa de resistencia del gonococo en el H. U. Marqués de Valdecilla en el año 2007 a quinolonas fue del 95,65%.

Durante el embarazo

El medicamento de elección es la **Ceftriaxona** y su alternativa la **Cefixima** a las mismas dosis anteriores. Si existe coinfección por *C. trachomatis* también se recomienda añadir Azitromicina. Las quinolonas están contraindicadas.

URETRITIS Y CERVICITIS NO GONOCÓCICAS

Las uretritis no gonocócicas suelen desarrollarse de **1 a 5 semanas** tras la exposición. Los síntomas son semejantes a los que presentan las gonocócicas.

DIAGNÓSTICO

Similar al del gonococo, basado en los síntomas, el examen clínico y la demostración

mediante tinción de Gram. En este caso, en vez de cultivo, se realiza la **técnica de amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT)**.

La presencia de **células inflamatorias en ausencia de diplococos gramnegativos** en el exudado uretral establece el diagnóstico de uretritis/cervicitis no gonocócica. Además, debido a que el patógeno mayoritariamente aislado en las uretritis no gonocócicas es *C. trachomatis*, deben incluirse en la muestra células epiteliales ya que éste es un patógeno intracelular obligado.

TRATAMIENTO^(2, 6)

- **De elección**
 - **Azitromicina:** 1g v.o. en dosis única.
 - **Doxiciclina:** 100 mg/12 horas (horas) v.o. durante 7 días.
- **Alternativa**
 - **Eritromicina:** 500 mg/6 horas v.o. durante 7 días.
 - **Ofloxacino:** 400 mg/día v.o. durante 7 días.

La técnica de NAAT debe repetirse a las tres semanas de la finalización del tratamiento para asegurar que se ha producido la curación.

Durante el embarazo

- **De elección**
 - **Azitromicina:** 1g v.o. en dosis única.
 - **Amoxicilina:** 500 mg/8 horas v.o. durante 7 días.
- **Alternativa**
 - **Eritromicina:** 500 mg/6 horas v.o. durante 7 días.

En este caso cobra especial importancia la realización, a las tres semanas de finalizado el tratamiento, del control de que se ha producido la curación debido a las secuelas que la infección causa en el recién nacido.

Uretritis resistentes o recurrentes

La simple presencia de síntomas sin signos o hallazgos de laboratorio de inflamación uretral, no es base suficiente para el re-tratamiento. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Incumplimiento del tratamiento.

- Tratamiento de la pareja en caso de no haberse realizado.
- Re-exposición con una pareja no tratada.
- Otras causas no infecciosas (alergias, procesos autoinmunes).

En **recurrencias** no bien explicadas está indicada la realización del examen fresco y el cultivo del exudado uretral para descartar *T. vaginalis*. También en varones heterosexuales en los que no se objetiva la causa de la uretritis se buscará *T. vaginalis* en el examen vaginal de sus compañeras sexuales.

Tratamiento de las parejas sexuales de las uretritis y cervicitis gonocócicas y no gonocócicas

En enfermos con uretritis/cervicitis, se debe examinar a todos los contactos sexuales que hayan tenido en los 60 días previos. La pareja habitual debe seguir el mismo tratamiento que el paciente, siempre y cuando no esté contraindicado por alguna causa concreta (embarazo, alergia).

LESIONES ULCEROSAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se clasifican en función del **tipo de lesión** que producen:

- Úlcera única y frecuente: **Sífilis**.
- Úlcera única e infrecuente: **Linfogranuloma venéreo**.
- Úlceras múltiples y dolorosas: **Herpes simplex** y **Chancro blando**.
- Úlceras múltiples e indoloras: **Condilomas acuminados** y **Granuloma inguinal**.

SÍFILIS (1,2,4,7,8,9,10)

La sífilis es una infección crónica sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se caracteriza por atravesar diversos estadios clínicos.

Se clasifica en dos grandes grupos:

- ◆ **Congénita:** transmitida de madre a hijo.
- ◆ **Adquirida:** transmitida por vía sexual o transfusional (raramente).

La sífilis adquirida por contacto sexual, en la mayoría de los casos, es transmitida por contacto sexual directo con una persona infectada. Se transmite durante el periodo de

sífilis precoz (el secundario es el más contagioso) pero no durante el periodo de sífilis tardía.

CLÍNICA

Se denomina **sífilis precoz** a la sífilis primaria, la sífilis secundaria y la fase de latencia precoz y se denomina **sífilis tardía** a la sífilis terciaria y a la fase de latencia tardía.

Durante el periodo de **sífilis primaria** aparece una lesión indurada no purulenta, solitaria e indolora (**chancro**) en el lugar de inoculación (en el hombre habitualmente en el pene y en la mujer en labios mayores) y aparece, como media, unas tres semanas tras la exposición (límites: **9-90 días**), dura entre 1 y 5 semanas y está acompañada de adenopatías bilaterales indoloras. Estas manifestaciones permanecen de **10-14 días**. La mitad de los pacientes con sífilis primaria no tratada desarrollan sífilis secundaria y la otra mitad sífilis latente.

La **sífilis secundaria** comienza a las **6-8 semanas** después de la aparición del chancro primario. Suele aparecer fiebre, mal estado general, rinorrea y adenopatías generalizadas. Sin embargo, el órgano más afectado es la piel; aparece un exantema no pruriginoso localizado en tronco que se extiende a hombros, extremidades y palmas seguido de un exantema papuloso, localizado en palmas y plantas que puede ser indurado. Este exantema puede durar desde varias semanas a un año si no se trata.

Tras **2-12 semanas** sin recibir tratamiento la sífilis secundaria entra en la **fase de latencia** caracterizado por la ausencia de manifestaciones clínicas pero con datos serológicos de infección.

Se considera **fase de latencia precoz** ante una seroconversión o un incremento al menos de cuatro veces la titulación de partida en las pruebas no treponémicas de pacientes que anteriormente ya fueron diagnosticados y tratados de sífilis, cuando sabemos que la inoculación del *T. pallidum* se ha producido dentro de los últimos doce meses.

La **fase de latencia tardía** se considera cuando la infección se produjo hace más de un año o desconocemos cuándo se produjo el contagio. Toda persona que con diagnóstico serológico de sífilis, no presente clínica y no tenga una serología previa de menos de un año hasta la consulta y que haya mantenido relaciones más allá de los doce meses previos, debe considerarse en esta fase.

La mayoría puede persistir de forma asintomática de por vida aunque el *T. pallidum* siga multiplicándose. Una tercera parte de la población no tratada en estas fases evoluciona a sífilis tardía sintomática (sífilis terciaria).

La **sífilis terciaria** se caracteriza por la aparición de lesiones granulomatosas destructivas en uno o varios órganos y puede aparecer años después de la infección inicial. Se suele presentar como sífilis mucocutánea, ósea, visceral o neural (**neurosífilis**). Incluso a veces en combinación. Las lesiones gomosas (características de este periodo) se asientan en el tejido subcutáneo y se ulceran con un exudado caseoso dejando cicatrices retráctiles al curar.

DIAGNÓSTICO

Además de las manifestaciones clínicas se deben realizar pruebas de laboratorio. Existen dos métodos:

Métodos indirectos

Son los más habituales, se basan en la detección de anticuerpos antitreponema en suero.

El screening habitual es detectar anticuerpos específicos totales frente a *T. pallidum* por quimioluminiscencia (QL) o inespecíficos por RPR. Si fuera positivo por QL se realiza la detección de anticuerpos inespecíficos (RPR) para control y evolución tras tratamiento. Si lo que se detecta inicialmente son anticuerpos inespecíficos (RPR) y es positivo se confirma con la detección de anticuerpos específicos por TPHA y se repiten los inespecíficos (RPR) para control y evolución tras tratamiento. Si fueran negativos, se informa y si fueran positivos se titulan y se informa.

La detección de anticuerpos inespecíficos por RPR se utiliza para el control del tratamiento, ya que se negativizan después de éste. Sin embargo, los específicos permanecen positivos toda la vida.

Métodos directos

Basados en la detección de la espiroqueta.

- **Microscopio de campo oscuro.**
- **Tinciones especiales**
 - Inmunofluorescencia directa
 - Inmunoperoxidasas
- **PCR (Reacción en cadena de la polimerasa):** alta sensibilidad, detecta los

patógenos antes de que aparezcan anticuerpos.

TRATAMIENTO

La **Penicilina G por vía parenteral** es el medicamento de elección para el tratamiento de la sífilis en cualquiera de sus estadios. El tipo de Penicilina G utilizada (benzatina o procaína) y la duración del tratamiento dependen del estadio y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

◆ Sífilis primaria, secundaria y latente precoz

▪ De elección

- **Penicilina G-benzatina:** 2,4 millones de UI vía im en dosis única.

En pacientes alérgicos a las penicilinas

▪ De elección

- **Doxiciclina:** 100 mg/12 horas v.o. durante 14 días.

▪ Alternativa

- **Azitromicina:** 2 g v.o. en dosis única.

Entre las alternativas a elegir se recomienda la **Doxiciclina** frente a la Azitromicina debido al aumento de resistencias observado con ésta (7).

◆ Sífilis terciaria y sífilis latente tardía

- **Penicilina G-benzatina:** 2,4 millones de UI por semana vía im durante 3 semanas.

En aquellas ocasiones en que aparezca afectación neural con aparición de **neurosífilis** la pauta recomendada es:

- **Penicilina G sódica:** 12-24 millones de UI vía im diarias, distribuidas en 6 dosis de 2-4 millones de UI durante 10-14 días.

En caso de alergia a penicilina, en todos los casos, se recomienda realizar una desensibilización y posteriormente tratar.

Todo paciente con sífilis debe excluirse la coinfección por VIH. En caso de una prueba negativa inicial debe **repetirse pasados 3 meses.**

Reacción de Jarisch-Herxheimer

Es una reacción febril aguda, acompañada de cefaleas, mialgias que puede presentarse en

las 24 horas posteriores a cualquier tratamiento de la sífilis. Los antipiréticos pueden resultar útiles para aliviar estos síntomas. Se debe advertir al paciente que la aparición de esta reacción no debe ser causa de suspensión del tratamiento.

Tratamiento de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de los últimos 3 meses de un paciente diagnosticado de sífilis primaria, 6 meses de sífilis secundaria o 1 año de sífilis latente precoz deben investigarse para realizar un diagnóstico clínico y/o serológico correcto. El diagnóstico debe ampliarse a dos años en el caso de pacientes diagnosticados de sífilis tardía. Si las pruebas resultan negativas, se deben repetir a las 6 semanas e incluso una final a los 3 meses de la última exposición. Si alguna de ellas resulta positiva, se ha de prescribir tratamiento.

Durante el embarazo

En mujeres embarazadas infectadas el tratamiento recomendado **es el mismo**. En caso de presentar **alergia a las penicilinas** la CDC recomienda realizar una desensibilización y tratar con penicilina. El niño debe ser tratado según las recomendaciones de tratamiento de la **sífilis congénita**.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

(2,4,7,9,10)

Producido por los serotipos invasivos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*.

CLÍNICA

Pápula o vesícula no dolorosa en glánde/vagina que aparece tras 1-4 semanas del contacto y que cura rápidamente. Tras ello aparece adenopatía femoral o inguinal, típicamente unilateral, que drena a piel un exudado purulento y que puede afectar al recto, vagina y vejiga.

Es una infección invasiva que si no se trata lo antes posible puede provocar proctocolitis crónica así como fístulas colorectales.

DIAGNÓSTICO

Basado en la sospecha clínica, información epidemiológica y la exclusión de otras patologías, junto con el diagnóstico de

laboratorio: **Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT)**.

TRATAMIENTO

De elección

- **Doxiciclina:** 100 mg/12 horas v.o. durante 21 días o hasta la desaparición de las lesiones.

Alternativa

- **Eritromicina:** 500 mg/6 horas v.o. durante 21 días.
- **Azitromicina:** 1 g/semana v.o. durante 3 semanas.

Los datos clínicos que avalan el tratamiento con Azitromicina son escasos.

Tratamiento de las parejas sexuales

Las parejas sexuales en los 60 días previos a la aparición del linfogranuloma deberán ser examinadas, investigar posible infección por *Chlamydia* en el exudado uretral y cervical y tratar con un régimen antibiótico estándar de *Chlamydia*.

Durante el embarazo

Doxiciclina está contraindicada, el tratamiento de elección es la **Eritromicina**.

HERPES GENITAL (2,4,7,9,10)

El herpes genital es una enfermedad viral crónica causada por los tipos HSV-1 y HSV-2 del Herpes simplex. La mayoría de los casos de herpes genital recurrente están causados por el HSV-2, pero el HSV-1 es responsable de un mayor número de infecciones (más del 50% de los casos del primer episodio). En España (y Cantabria) **es la causa más frecuente de úlcera genital** (70-80% de los casos). La mayoría de las personas infectadas no llegan nunca a desarrollar un herpes genital y al no ser conscientes de que están infectados pueden infectar a otras personas. También es frecuente la transmisión en los periodos en los que el paciente está asintomático. Se transmite por contacto directo con el virus, frecuentemente por contacto sexual o autoinoculación (lesión en la piel o mucosas).

CLÍNICA

El **primer episodio clínico** aparece tras un periodo de incubación de 2-14 días. Los

síntomas comienzan con hormigueo, picazón o dolor en la zona seguido por la aparición de puntos rojos dolorosos que en unos días evolucionan a una fase de ampollas, llenas de líquido (mujeres: labios, cérvix, uretra, recto; hombres: pene, uretra, recto). Cuando las ampollas se rompen, quedan úlceras dolorosas, que se secan, producen una costra y curan en aproximadamente 10 días. Durante la 2ª-3ª semana aparecen adenopatías inguinales dolorosas, y en más de la mitad de los casos hay síntomas sistémicos. Las vesículas y lesiones ulcerativas posteriores pueden no aparecer y el paciente desconocer la infección.

El **primer episodio no primario** ocurre cuando el primer episodio clínico ha sido asintomático o se ha localizado en otro lugar distinto al genital, pero hay evidencia serológica de infección. La clínica es similar a aquella pero con sintomatología menos intensa y duradera.

La **infección recurrente** ocurre en más del 50% de los casos de la infección inicial y suele aparecer a los 4-8 meses de ésta. Más frecuente que se produzca cuando la infección es por HSV-2. Las manifestaciones clínicas son menos intensas que en los dos casos anteriores.

DIAGNÓSTICO

Se basa en la anamnesis, la exploración clínica y las pruebas de laboratorio:

- **Cultivo viral**
- **Inmunofluorescencia directa**
- **PCR (Reacción en cadena de la polimerasa)**

TRATAMIENTO

Se basa principalmente en el tratamiento farmacológico con antivirales, pero el análisis de la historia del herpes genital del paciente, la posible transmisión sexual y perinatal, así como los métodos para reducir su transmisión son también bases fundamentales del tratamiento.

Primer episodio clínico (HSV-1 ó HSV-2)

Siempre se debe tratar, la confirmación por el laboratorio no debe retrasar el inicio del tratamiento.

- **Aciclovir:** 400 mg/8 horas v.o. durante 7-10 días.

- **Aciclovir:** 200 mg 5 veces al día v.o. durante 7-10 días.
- **Famciclovir:** 250 mg/8 horas v.o. durante 7-10 días
- **Valaciclovir:** 1 g/12 horas v.o. durante 7-10 días.

La utilización de antivirales por vía tópica ha demostrado pequeños beneficios clínicos y, por lo tanto, no están recomendados.

Infección por HSV-2 establecida

La infección por HVS-2 es la que con más frecuencia produce recurrencias. El tratamiento antiviral puede ser administrado de manera continua: **terapia supresiva** para reducir la frecuencia de las recurrencias, o de manera episódica: **terapia episódica** para mejorar o acortar la duración de las lesiones.

▪ **Terapia supresiva**

Reduce la frecuencia de aparición de las lesiones en un 70-80% en aquellos pacientes con recurrencias frecuentes (más de 6 episodios al año), aunque también es efectiva en pacientes con menor número de recurrencias. La eficacia y seguridad han sido demostradas para Aciclovir durante seis años y para Valaciclovir o Famciclovir durante un año.

El tratamiento diario con 500 mg de Valaciclovir disminuye la transmisión de HSV-2 en parejas heterosexuales en las cuales uno de los miembros tiene historia de infección por HSV-2. En estas parejas se debería considerar la utilización de terapia supresiva como parte de una estrategia para prevenir la transmisión, junto con la utilización de preservativo y evitar las relaciones sexuales durante las recurrencias. Asimismo, la terapia supresiva probablemente reduce la transmisión cuando se administra a pacientes con múltiples parejas sexuales, y por aquellos HSV-2 seropositivos confirmados que no poseen historia de haber padecido herpes genital. Es preciso disponer de confirmación virológica del diagnóstico antes de iniciar el tratamiento.

- **Aciclovir:** 400 mg/12 horas v.o.
- **Famciclovir:** 250 mg/12 horas v.o.
- **Valaciclovir:** 500 mg/24 horas v.o.
- **Valaciclovir:** 1 g/24 horas v.o.

Valaciclovir 500 mg una vez al día podría ser menos efectivo que otros tratamientos en

aquellos pacientes con más de 10 episodios/año.

- **Terapia episódica**

Para ser efectiva ha de iniciarse el mismo día de la aparición de los síntomas o durante los pródromos que los preceden.

- **Aciclovir:** 400 mg/8 horas v.o. durante 5 días.
- **Aciclovir:** 800 mg/12 horas v.o. durante 5 días.
- **Aciclovir:** 800 mg/8 horas v.o. durante 2 días.
- **Famciclovir:** 125 mg/12 horas v.o. durante 5 días.
- **Famciclovir:** 1 g/12 horas v.o. durante 1 día.
- **Valaciclovir:** 500 mg/12 horas v.o. durante 3 días.
- **Valaciclovir:** 1 g/24 horas v.o. durante 5 días.

Tratamiento de las parejas sexuales

Las parejas sexuales de los pacientes con herpes genital han de ser tratadas como ellos si están sintomáticas. Si están asintomáticas, se les deberá realizar un examen serológico para descartar la infección.

Durante el embarazo

El uso de **Aciclovir** durante el primer trimestre del embarazo no ha producido aumento de la aparición de malformaciones congénitas.

CHANGRO BLANDO (2,4,7,9,10)

Causado por la bacteria *Haemophilus ducreyi*. Más del 10% de los pacientes infectados presentan coinfección por *T. pallidum*.

CLÍNICA

Causa la aparición de úlceras blandas (de una a tres) en el pene y la vulva, dolorosas, irregulares, malolientes y cubiertas por un exudado amarillento grisáceo, que sangran con facilidad, asociadas a adenopatía inguinal unilateral, dolorosa y que puede supurar. Aparecen tras 1-14 días del contacto sexual y tiene una evolución de 2-3 semanas.

DIAGNÓSTICO

Presencia de una o más úlceras genitales dolorosas, sin evidencia de *T. pallidum* y negatividad de Herpes simplex.

En el laboratorio se realizan:

- **PCR (Reacción en cadena de la polimerasa).** Es la técnica recomendada, pues su sensibilidad es del 95%. Debido a la baja prevalencia de la enfermedad, las muestras se envían a un centro de referencia.
- **Cultivos específicos** para *H. ducreyi*, no siempre disponibles y además la técnica posee una sensibilidad del 80%.

TRATAMIENTO

- **De elección**

- **Azitromicina:** 1 g v.o. en dosis única.
- **Ceftriaxona:** 250 mg vía im en dosis única.

- **Alternativa**

- **Eritromicina:** 500 mg/6 horas v.o. durante 7 días.
- **Ciprofloxacino:** 500 mg/12 horas v.o. durante 3 días.

Los pacientes circuncidados y VIH negativos responden mejor al tratamiento. Al tiempo del diagnóstico del chancroide deberá realizarse el análisis de VIH y repetir nuevamente a los tres meses junto con el de la sífilis si el inicial hubiera sido negativo.

Se han detectado cepas resistentes a Ciprofloxacino y Eritromicina. Esta última es el tratamiento de elección en pacientes VIH positivos.

Tratamiento de las parejas sexuales

Se debe tratar, incluso en ausencia de síntomas, a las parejas sexuales de los 10-15 días previos a la aparición.

Durante el embarazo

Las quinolonas están contraindicadas y la seguridad y eficacia de Azitromicina no ha sido establecida, por lo que el tratamiento de elección son la **Ceftriaxona** y la **Eritromicina**.

CONDILOMAS ACUMINADOS

(2,4,7,10,11)

También denominados verrugas genitales, están causados por el Papiloma Virus Humano

(VPH). Los agentes etiológicos más frecuentes son los tipos 6 y 11, los cuales se asocian con lesiones benignas. Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 se asocian con el desarrollo de carcinoma de cérvix.

CLÍNICA

La infección es subclínica en el 70% de los casos; cuando se manifiesta aparecen lesiones blandas, rosadas, carnosas e indoloras, a veces pedunculadas que suelen aparecer en los genitales externos (pene, vulva, escroto, periné y zona perianal), aunque también pueden aparecer en el cérvix, la vagina, la uretra, el ano y la boca. Además de la zona genital, los tipos 6 y 11 del VPH pueden provocar la aparición de verrugas en la conjuntiva, la boca, la nariz y la laringe. Las verrugas genitales suelen ser asintomáticas, pero, dependiendo de la talla y de la localización anatómica pueden ser dolorosas, friables o pruriginosas.

Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 del VPH se encuentran ocasionalmente en las verrugas genitales y se han asociado con neoplasia intraepitelial escamosa y otros carcinomas de células escamosas (vaginal, anal, anogenital y cabeza y cuello).

Los pacientes con verrugas genitales visibles, frecuentemente, están infectados simultáneamente con múltiples tipos de VPH.

DIAGNÓSTICO

Se realiza por inspección visual y puede ser confirmado por biopsia. Ésta sólo se requiere en determinadas situaciones: dudas en el diagnóstico, las lesiones no responden a la terapia estándar, el proceso empeora durante el tratamiento, el paciente está inmunocomprometido, o las verrugas están pigmentadas, induradas, fijas, sangrantes o ulcerosas.

TRATAMIENTO

- **Podofilotoxina 0,5% solución:** 1 pincelación/12 horas durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento. Este ciclo puede repetirse hasta cuatro veces.
- **Imiquimod 5% crema:** 1 aplicación nocturna tres veces por semana durante 16 semanas.
- **Cirugía.**
- **Láser.**

- **Crioterapia con nitrógeno líquido:** repetir cada 2 semanas.

Tratamiento de las parejas sexuales

El diagnóstico en uno de los miembros de la pareja es, prácticamente, diagnóstico de infección en el otro miembro, pero no es necesario tratar en ausencia de condilomas.

Durante el embarazo

La seguridad y eficacia de la **Podofilotoxina** en solución al 0,5% y el **Imiquimod no ha sido establecida.**

GRANULOMA INGUINAL (7,9,10)

También llamado Donovanosis. Es producido por la bacteria *Klebsiella granulomatis* y es una enfermedad que generalmente no se encuentra en nuestro medio, suele ser importada.

CLÍNICA

Pápula indolora, de bordes evertidos y sobreelevados que se ulcera afectando a genitales, periné e ingle y que sangra fácilmente. Aparece al mes del contacto sexual.

DIAGNÓSTICO

Tinción para detectar los cuerpos de Donovan en biopsia o en preparación microscópica obtenido de la úlcera o de un fragmento de tejido. Por baja prevalencia, se envía a un centro de referencia.

TRATAMIENTO

De elección

- **Doxiciclina:** 100 mg/12 horas v.o. durante 21 días o hasta la desaparición de los síntomas.

Alternativa

- **Azitromicina:** 1 g/semana v.o. durante 3 semanas.
- **Ciprofloxacino:** 750 mg/12 horas v.o. durante 21 días.
- **Eritromicina:** 500 mg/6 horas v.o. durante 21 días.
- **Cotrimoxazol:** 800/160 mg/12 horas v.o. durante 21 días.
- **Gentamicina:** 1mg/Kg de peso/8 horas vía im hasta la desaparición de las lesiones. También se utiliza como terapia combinada

con las alternativas anteriores en pacientes en los que no se ve evolución positiva de las lesiones en la primera mitad del tratamiento.

Tratamiento de las parejas sexuales

Se recomienda investigar y tratar a todas las parejas sexuales de los 60 días previos al inicio de los síntomas.

Durante el embarazo

Se recomienda utilizar Eritromicina o Azitromicina (de ésta se dispone de menos datos de eficacia clínica).

CONCLUSIONES

- ◆ Las ITS han experimentado un importante aumento en las últimas décadas debido a la relajación de las conductas sexuales seguras.
- ◆ Las uretritis y cervicitis pueden ser gonocócicas y no gonocócicas, aunque

las más prevalentes son las causadas por la asociación de gonococo y *Chlamydia*.

- ◆ En el grupo de las lesiones ulcerosas de transmisión sexual las más prevalentes son el herpes genital y los condilomas acuminados.
- ◆ La utilización terapéutica de dosis únicas de medicamentos ha supuesto un gran avance en el cumplimiento de los tratamientos de las ITS.
- ◆ Tan importante como tratar al paciente que acude a la consulta es investigar a las parejas sexuales que ha tenido y que éstas sean diagnosticadas y tratadas, si es preciso.
- ◆ Asimismo, se debe prestar especial atención a todas las pacientes embarazadas para evitar la transmisión materno-fetal de estas infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (OMS). (acceso: mayo 2007). Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines.es
2. Hellín T, Rodríguez- Pichardo A, Ribera E. Enfermedades de Transmisión Sexual. Protocolos clínicos SEIMC. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. (acceso: junio 2007). Disponible en: www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/
3. Salvador L, Sidro L, Pérez G, Freixenet N, Balanza A, Bort P. Uretritis y cervicitis. Guías clínicas Fisterra 2005;5(23). (acceso: mayo 2007). Disponible en: www.fisterra.com/guías
4. Recomendaciones de uso de antimicrobianos en Atención Primaria (3ª edición). Servicio Aragonés de Salud. Junio 2005. (acceso: mayo 2007). Disponible en: www.aretres.org/Farmacia/Guías/guia_antibio.pdf
5. Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhea in adults in the United States. Clin Infect Dis 2007;44 Suppl 3:S84-101.
6. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. MMWR Recomm Rep 2007;56(14):332-336. (acceso: mayo 2007). Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5614a3.htm
7. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR Recomm Rep 2006;55(RR-11):1-94. (acceso: mayo 2007). Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5614a3.htm
8. Goh BT. Syphilis in adults. Sex Transm Infect 2005.;81:448-452.
9. Salvador L, Sidro L, Pérez G, Freixenet N, Balanza A, Bort P. Úlceras genitales. Guías clínicas Fisterra 2007;7(30). (acceso: diciembre 2007). Disponible en: www.fisterra.com/guías
10. Ballesteros J. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. Inf Ter Sist Nac Salud 2007;31:39-54.
11. De las Heras C, Fernández-Obanza E, Louro A. Condilomas acuminados. Guías clínicas Fisterra 2007;7(17). (acceso: diciembre 2007). Disponible en: www.fisterra.com/guías

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

COMITE DE REDACCIÓN :

GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SECTORES:
TORRELAVEGA-REINOSA Y SANTANDER-LAREDO

REDACCIÓN

- Avenida del Besaya s/n. Teléfono: 83 50 50 Fax: 89 81 80
39300 TORRELAVEGA

- Avda. Cardenal Herrera Oria s/n. Edif anexo a la Residencia Cantabria Teléfono: 942 20 27 00, Fax : 942 20 34 04
39011 SANTANDER

ISSN: 1576-8295

Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/publicaciones/>
Vindionet (Farmacia/Boletines)

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	ELECCIÓN	ALTERNATIVA	EMBARAZO
URETRITIS Y CERVICITIS GONOCÓCICAS	Ceftriaxona: 250 mg vía im en dosis única. Medicamento DH.	Cefixima: 400 mg v.o. en dosis única. Ciprofloxacino: 500 mg v.o. en dosis única.	De elección: Ceftriaxona: 250 mg vía im en dosis única. Medicamento DH. Alternativa: Cefixima: 400 mg v.o. en dosis única.
Si coinfección con <i>C. trachomatis</i>: añadir Azitromicina: 1 g v.o. en dosis única.			
URETRITIS Y CERVICITIS NO GONOCÓCICAS	Azitromicina: 1g v.o. en dosis única. Doxiciclina: 100 mg/12h v.o. durante 7 días.	Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 7 días. Ofloxacino: 400 mg/día v.o. durante 7 días.	De elección: Azitromicina: 1g v.o. en dosis única. Amoxicilina: 500 mg/8h v.o. durante 7 días. Alternativa: Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 7 días.
SÍFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA Y LATENTE PRECOZ	Penicilina G-benzatina: 2,4 millones de UI vía im en dosis única.	Si alergia a penicilinas: De elección: Doxiciclina: 100 mg/12h v.o. durante 14 días Alternativa: Azitromicina: 2 g v.o. en dosis única.	Penicilina G-benzatina: 2,4 millones de UI vía im en dosis única. Si alergia a penicilinas: Desensibilizar y tratar con ésta.
SÍFILIS TERCIARIA Y LATENTETARDÍA	Penicilina G-benzatina: 2,4 millones de UI por semana vía im durante 3 semanas. Si Neurosífilis: Penicilina G sódica: 12-24 millones de UI vía im diarias distribuidas en 6 dosis de 2-4 millones de UI durante 10-14 días.	-	Penicilina G-benzatina: 2,4 millones de UI por semana vía im durante 3 semanas. Si alergia a penicilinas: Desensibilizar y tratar con ésta.
LINFOGRANULOMA VENÉREO	Doxiciclina: 100 mg/12h v.o. durante 21 días o hasta la desaparición de las lesiones.	Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 21 días. Azitromicina: 1g/semana v.o. durante 3 semanas.	Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 21 días.
CHANCRO BLANDO	Azitromicina: 1g v.o. en dosis única. Ceftriaxona: 250 mg vía im en dosis única.	Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 7 días. Ciprofloxacino: 500 mg/12h v.o. durante 3 días.	Ceftriaxona: 250 mg vía im en dosis única. Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 7 días.

v.o.: vía oral; **vía im:** vía intramuscular;
h: horas; **DH:** Diagnóstico Hospitalario

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	PRIMER EPISODIO CLÍNICO (HSV-1 ó HSV-2)	TERAPIA SUPRESIVA DEL HSV-2	TERAPIA EPISÓDICA DEL HSV-2
HERPES GENITAL	<p>Aciclovir: 400 mg/8h v.o. durante 7-10 días.</p> <p>Aciclovir: 200 mg 5 veces al día v.o. durante 7-10 días.</p> <p>Famciclovir: 250 mg/8h v.o. durante 7-10 días.</p> <p>Valaciclovir: 1 g/12h v.o. durante 7-10 días.</p>	<p>Aciclovir: 400 mg/12h v.o.</p> <p>Famciclovir: 250 mg/12h v.o.</p> <p>Valaciclovir: 500 mg/24h v.o.</p> <p>Valaciclovir: 1 g/24h v.o.</p>	<p>Aciclovir: 400 mg/8h v.o. durante 5 días.</p> <p>Aciclovir: 800 mg/12h v.o. durante 5 días.</p> <p>Aciclovir: 800 mg/8h v.o. durante 2 días.</p> <p>Famciclovir: 125 mg/12h v.o. durante 5 días.</p> <p>Famciclovir: 1 g/12h v.o. durante 1 día.</p> <p>Valaciclovir: 500 mg/12h v.o. durante 3 días.</p> <p>Valaciclovir: 1 g/24h v.o. durante 5 días.</p>
Durante el primer trimestre de embarazo Aciclovir no ha demostrado aumentar las malformaciones en el feto.			
	ELECCIÓN	ALTERNATIVA	EMBARAZO
CONDILOMAS ACUMINADOS	<p>Podofilotoxina 0,5% solución: 1 pincelación/12h durante 3 días, seguido de 4 días sin tratamiento. Este ciclo puede repetirse hasta cuatro veces.</p> <p>Imiquimod 5% crema: 1 aplicación nocturna tres veces por semana durante 16 semanas.</p> <p>Cirugía.</p> <p>Láser.</p> <p>Crioterapia con nitrógeno líquido: repetir cada 2 semanas.</p>		No se ha establecido la seguridad de Podofilotoxina e Imiquimod durante el embarazo.
GRANULOMA INGUINAL	<p>Doxiciclina: 100 mg/12h v.o. durante 21 días.</p>	<p>Azitromicina: 1 g/semana v.o. durante 3 semanas.</p> <p>Ciprofloxacino: 750 mg/12h v.o. durante 21 días.</p> <p>Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 21 días.</p> <p>Cotrimoxazol: 800/160 mg/12h v.o. durante 21 días.</p> <p>Gentamicina: 1mg/Kg de peso/8h vía im hasta la desaparición de las lesiones y/o en asociación con los tratamientos anteriores.</p>	<p>Eritromicina: 500 mg/6h v.o. durante 21 días.</p>

v.o.: vía oral; vía im: vía intramuscular; h: horas

HSV-1: Virus Herpes tipo 1

HSV-2: Virus Herpes tipo 2