INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Paloma Sangro, José Luis del Pozo

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) lo constituyen un grupo heterogéneo de procesos de etiología variada, cuya vía de transmisión es fundamentalmente sexual aunque pueden haber otras formas dependiendo de la enfermedad. Constituyen un problema relevante de salud pública que requieren un diagnóstico certero y tratamiento adecuado, además de seguimiento por un especialista en Enfermedades Infecciosas.

En todo paciente con una ITS deberá descartarse la presencia de otras ITS. Estos pacientes deberán realizar un seguimiento por el especialista en Enfermedades Infecciosas.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Anamnesis

Los pacientes con ITS pueden consultar por haber estado expuestos a situación de riesgo (asintomáticos) o por presentar síntomas. La anamnesis detallada tanto del paciente como de la pareja nos permitirá orientar el diagnóstico. Habría que incidir en: estado del paciente (embarazo, inmunosupresión, lugar de procedencia…), hábitos y prácticas sexuales, número de los contactos, última exposición, métodos de protección utilizados, viajes recientes, vacunación frente a virus de la hepatitis A, virus de la hepatitis B y virus del papiloma humano (VHP), y antecedentes de ITS previas.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas son muy variadas, siendo las más frecuentes: secreción, úlceras o verrugas genitales, lesiones exantemáticas mucocutáneas y/o proctitis.

Exploración física

La exploración física debe de ser completa y exhaustiva, evaluando toda la superficie cutáneo-mucosa (palmas, plantas, mucosa oral, mucosa faríngea, mucosa genital y región anal). Además, palpación de regiones ganglionares, testículo y epidídimo en hombres y examen ginecológico en mujeres.

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico diferencial podemos dividir las ITS en dos grupos:

1.- Presencia de úlceras genitales:

	Simple			Venéreo	Inguinal/ Donovanosis
Etiología	VHS 1 y 2	*Treponema pallidum*	*Haemophilus ducreyi*	*Chlamydia trachomatis*	*Klebsiella granulomatis*
Incubación	3-7 días	10-90 días	3-10 días	3-12 días	17 días
Lesión	Úlceras múltiples	Úlcera única (chancro) / múltiples (más común en VIH)	Úlcera única/ múltiples	Úlcera única	Pápula o nódulo única/ múltiples
Morfología	Agrupadas, base eritematosa	Redondeada, bordes sobreelevados y definidos	Irregular, purulenta	Herpetiforme	Friables, sangrado
Dolor	Frecuente	Raro	Frecuente	Variable	Raro
Adenopatías	Bilaterales dolorosas	Bilaterales no dolorosas	Unilaterales dolorosas	Unilaterales dolorosas	Raras
Clínica sistémica	Disuria, fiebre	Raro	No	Raro	No
Diagnóstico	Frotis de Tzanck / Cultivo VHS (recoger hisopado del lecho de la vesícula- lo recoge el departamento de Microbiología).	- Serologías no treponémicas (VDRL, RPR).	- Cultivo y tinción gram (recoger hisopado de lecho de la lesión).	-Serología/ PCR de Chlamydia trachomatis (*).	- Tinción de Giemsa/Gram (recoger hisopado de lecho de la lesión).

(*) Existe una petición de laboratorio de PCR de ITS.

Además de las causas infecciosas, deberemos tener en cuenta las causas no infecciosas como traumatismo, pénfigo, eritema exudativo multiforme, eritema fijo por fármacos, síndrome de Reiter (respuesta inmunológica frente a una infección genitourinaria o gastrointestinal que se caracteriza por artritis reactiva, uretritis y conjuntivitis), enfermedades autoinmunes tipo Crohn o Bechet…

2. Uretritis. Presencia de exudado o secreción genital:

	Uretritis gonocócica	**Uretritis no gonocócica**
Etiología	*Neisseria gonorrhoeae.*	*Chlamydia trachomatis* *Ureaplasma urealyticum* *Mycoplasma genitalium* *Trichomonas vaginalis* *Haemophilus ducreyi* *VHS*
Periodo de incubación	2-7 días, inicio brusco	3-6 semanas, inicio gradual
Exudado	Abundante, purulento	Escaso, mucoso
Diagnóstico	Gram del exudado (diplococos gram -) Cultivo del exudado (lo recoge el departamento de Microbiología para realizar siembra inmediata en los medios adecuados).	Cultivo de muestra uretral.

Vulvovaginitis

	Vulvovaginitis candidiásica	**Vaginosis**	**Tricomoniasis**
Etiología	*C. albicans* y otras levaduras	*Gardnerella vaginalis* *Mycoplasma hominis* Anaerobios	*Trichomonas vaginalis*

Síntomas	Prurito intenso, disuria	Olor a pescado	Prurito, disuria, mal olor Asintomáticas
Flujo vaginal	Blanco, grumoso (pH < 4.5)	Grisáceo, homogéneo (pH > 4.5)	Amarillento, espumoso (pH 5-6)
Diagnóstico	Recoger exudado vaginal (pseudohifas y levaduras; KOH al 10% positivo)	Recoger exudado vaginal (células clave; KOH al 10% negativo)	Recoger exudado vaginal (tricomonas móviles; KOH al 10% negativo)

3.- Otros

- **Infección por VPH**: El periodo de incubación es muy variable (3 a 4 meses) y es con frecuencia subclínico. Los condilomas aparecen en genitales externos y en ano, y en caso de las mujeres también en vagina y ectocérvix. Los condilomas pueden ser acuminados, lesiones maculosas o papulosas. El diagnóstico es mediante PCR (se deber recoger con escobilla rozando las lesiones y transportarlo en medio ThinPrep®).
- **Sífilis secundaria:** 2-8 semanas después del chancro, exantema maculopapular no pruriginoso que no respetan palmas y plantas acompañadas de síntomas generales (fiebre, malestar general, anorexia, pérdida de peso, adenopatías…). Se resuelve espontáneamente en 2-4 meses. Diagnóstico con pruebas no treponémicas positivas (VDRL, RPR) y treponémicas positivas (FTA, TPHA).
- **Sífilis latente**: estadio de infección subclínica (sin manifestaciones clínicas pero es positiva la prueba de anticuerpos treponémicos específicos). Diagnóstico con serologías no treponémicas negativas (VDRL, RPR) y serologías treponémicas positivas (FTA, TPHA).
- **Sífilis terciaria**: presencia de lesiones granulomatosas cutáneas, en sistema cardiovascular o sistema nervioso central. Diagnóstico con serologías no treponémicas positivas (VDRL, RPR) y treponémicas positivas (FTA, TPHA).
- **Neurosífilis**: puede ocurrir en cualquier estadio de la sífilis y se caracteriza por un cuadro demencial progresivo o síndrome cordonal posterior. Diagnóstico con líquido cefalorraquídeo (LCR) con VDRL positivo (serología en LCR).

- **Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1/tipo2**: es un retrovirus que afecta a linfocitos CD4+. La primoinfección se caracteriza por un cuadro tipo síndrome viral agudo. Descartar siempre infección por VIH con serología en todo paciente con otra ITS.

TRATAMIENTO

Virus Herpes Simple	Sífilis primaria	Chancroide	Linfogranuloma Venéreo	Granuloma inguinal / Donovanosis
• Aciclovir 400mg/8 horas vía oral durante 7-10 días. • Valaciclovir 500mg/12 horas vía oral durante 7-10 días	• Penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, monodosis. • Doxiciclina 100mg/12 horas vía oral durante 14 días. • Tetraciclina 500mg/6 horas vía oral durante 14 días.	• Ceftriaxona 500mg intramuscular, monodosis. • Azitromicina 1g vía oral.	• Doxiciclina 100mg/12 horas vía oral durante 21 días. • Azitromicina 1g vía oral semanal durante 3 semanas.	• Doxiciclina 100mg/12 horas vía oral durante 21 días. • Trimetroprim-sulfametoxazol 800/160 mg cada 12 horas vía oral durante 21 días.
	Tratar a la pareja sexual.		Tratar a la pareja sexual.	

Ante sospecha de uretritis, el paciente deberá recibir tratamiento empírico con Ceftriaxona 500mg intramuscular (monodosis) + Azitromicina 1g vía oral (monodosis).

Uretritis gonocócica	Uretritis no gonocócica
Ceftriaxona 500 mg intramuscular, monodosis.	Doxiciclina 100mg/12 horas vía oral durante 7 días.

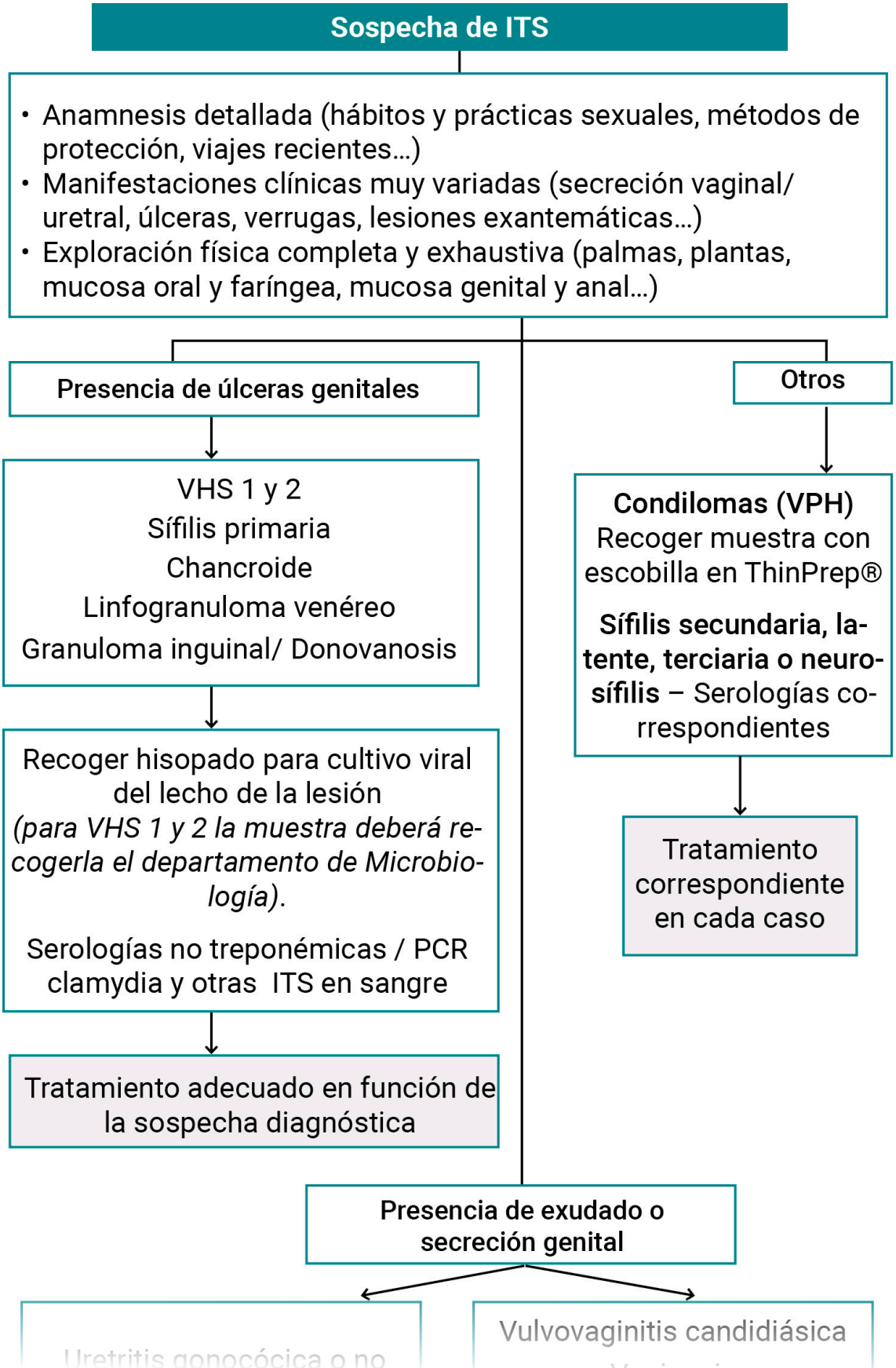
Alternativa: Gentamicina 250mg intramuscular (monodosis) + Azitromicina 1g vía oral (monodosis).	Alternativa: Azitromicina 1 g vía oral, monodosis.
Valorar tratar a la pareja sexual	

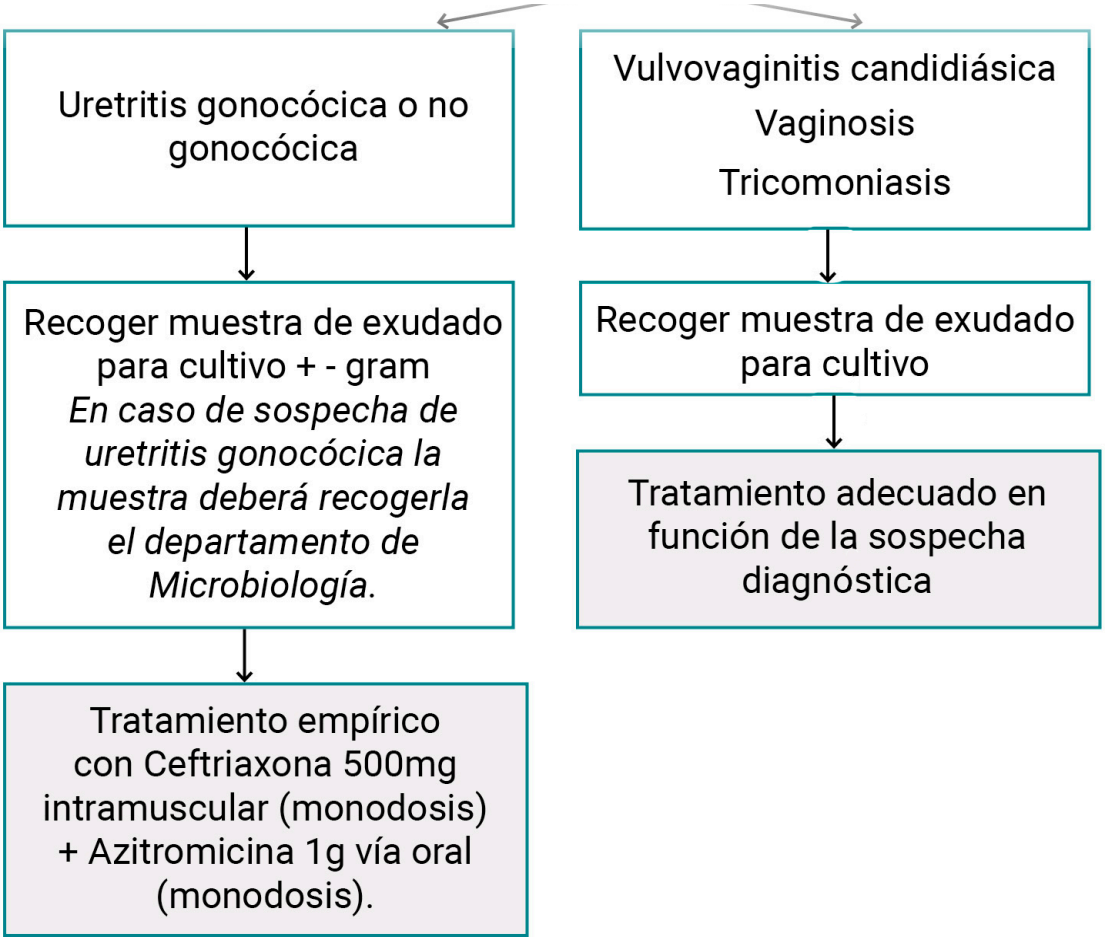
Vulvovaginitis candidiásica	**Vaginosis**	**Tricomoniasis**
• Clotrimazol 500mg vía vaginal, monodosis. • Fluconazol 150mg vía oral, monodosis	Clotrimazol 500mg vía vaginal, monodosis.	Metronidazol 2g vía oral, monodosis.
No tratar a la pareja sexual	No tratar a la pareja sexual	Tratamiento de la pareja sexual. Se recomienda abstinencia sexual hasta 7 días pasados la toma de antibiótico.

Otros:

- **Infección por VPH**: Sobre las lesiones externas Imiquimod crema al 5% 3 noches a la semana, lavando las zonas por la mañana, durante 16 semanas; o Podofilotoxina en crema al 0.15% 2 veces al día 3 días a la semana, hasta 4 semanas. Se recomienda revisión ginecológica para cibrado de displasia de cérvix/anal.
- **Sífilis secundaria, terciaria y latente**: Penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, 1 semanal durante 3 semanas. Alternativas con: Doxiciclina (100mg/12 horas vía oral durante 28 días) o Tetraciclina (500mg/6 horas vía oral durante 28 días) aunque en alérgicos a penicilinas se recomienda la desensibilización. Tratar a la pareja sexual.
- **Neurosífilis**: Penicilina G 3-4 MUI endovenoso cada 4 horas durante 10-14 días.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO




Uretritis gonocócica o no gonocócica
Recoger muestra de exudado para cultivo + - gram
En caso de sospecha de uretritis gonocócica la muestra deberá recogerla el departamento de Microbiología.
Tratamiento empírico con Ceftriaxona 500mg intramuscular (monodosis) + Azitromicina 1g vía oral (monodosis).
Vulvovaginitis candidiásica
Vaginosis
Tricomoniasis
Recoger muestra de exudado para cultivo
Tratamiento adecuado en función de la sospecha diagnóstica

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez EF, Bisbal O, Gómez PC, Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 7a edición.
2. Aznar- Martín J., Blanco-Galán MA. et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. SEIMC. Procedimientos en Microbiología Clínica Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2007. 1-34 p.
3. Villar SS, Romero B. Transmision Sexual (Its) Protocolos De. 2017.
4. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del plan nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la academia española de dermatología y venereología (AEDV) y de la sociedad española de infectología pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35(7).