



ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- JEANEFER PAOLA MORENO MOLINA
- MIR I
- CENTRO DE SALUD SARDOMA
- 2024

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Conjunto de patologías de etiología infecciosa (virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos) que dan lugar a diversos cuadros clínicos y donde la transmisión sexual reviste un especial interés epidemiológico aunque pueda transmitirse a través de otros mecanismos.

Algunas cursan con periodos asintomáticos, en el que también puede transmitirse la enfermedad.

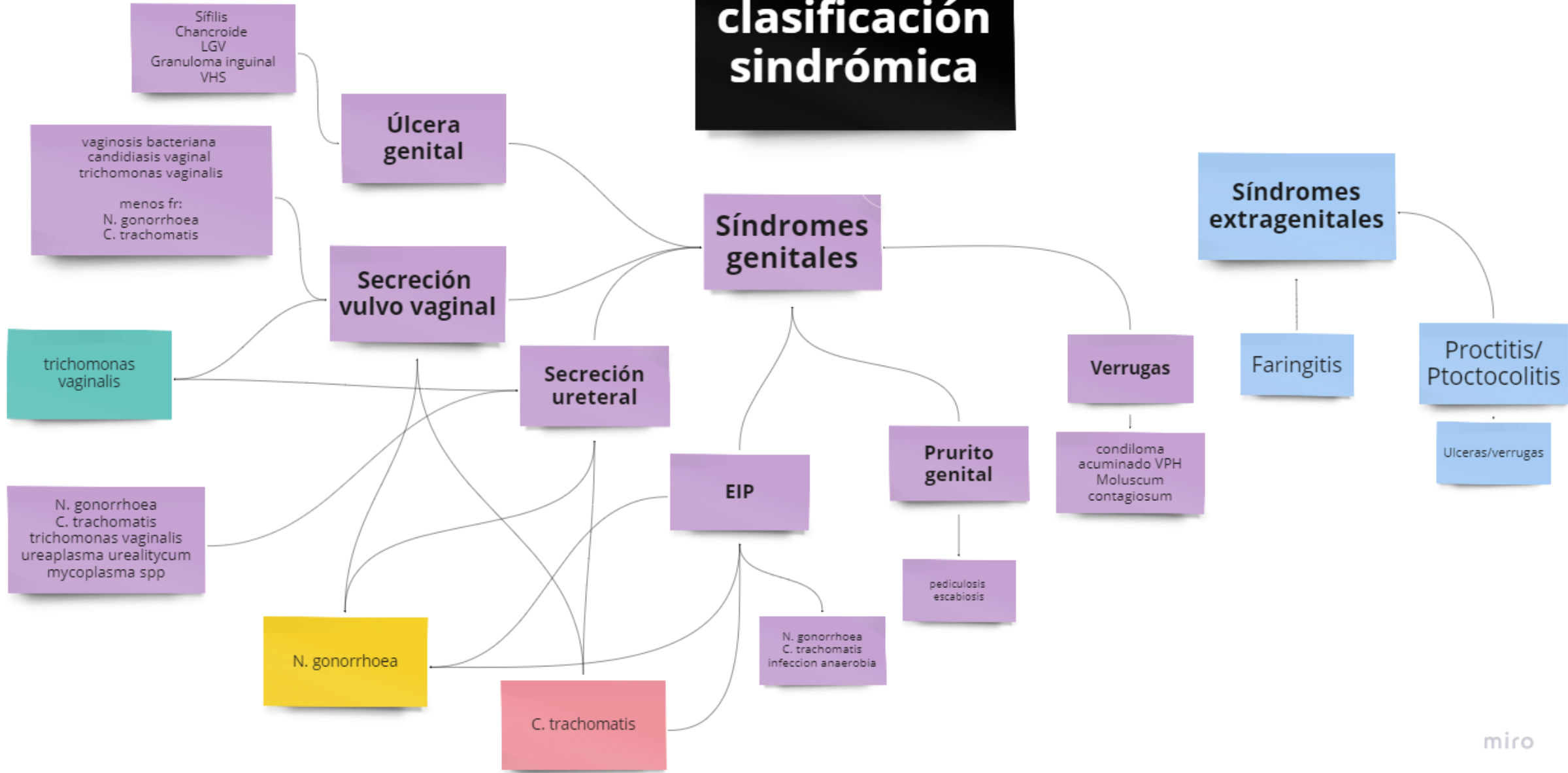
Las ITS son un problema importante de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

AGENTE ETIOLÓGICO

BACTERIAS Neisseria gonorrhoeae	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, Bartholinitis, Skeneitis, infección gonocócica diseminada
Treponema pallidum	Sífilis
Chlamydia trachomatis serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, artritis reactiva sexualmente adquirida (SARA)
C. trachomatis serotipos L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo
Ureaplasma urealyticum	Uretritis
Mycoplasma genitalium Gardnerella vaginalis Haemophilus influenzae	Uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica Vaginosis, enfermedad inflamatoria pélvica Uretritis Chancro blando
Haemophilus ducreyi Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinal (Donovanosis) Uretritis

Virus herpes simple	Herpes genital, herpes neonatal, meningitis aséptica
papilomavirus	Condylomata acuminata, papiloma de laringe, cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene.
Molusco contagiosum	Molluscum contagiosum
VIH 1-VIH2	Infección por VIH. Sida
VHB- VHA	Hepatitis aguda
Hongos Candida ssp	Vulvovaginitis, balanitis Vaginitis, uretritis, cervicitis Amebiasis Giardiasis
Protozoos Trichomonas vaginalis Entamoeba histolytica* Giardia lamblia*	

clasificación sindrómica



EPIDEMIOLOGÍA

La información epidemiológica poblacional sobre las ITS en España proviene de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE. - EDO)

Inicialmente vigilancia epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita (1997).

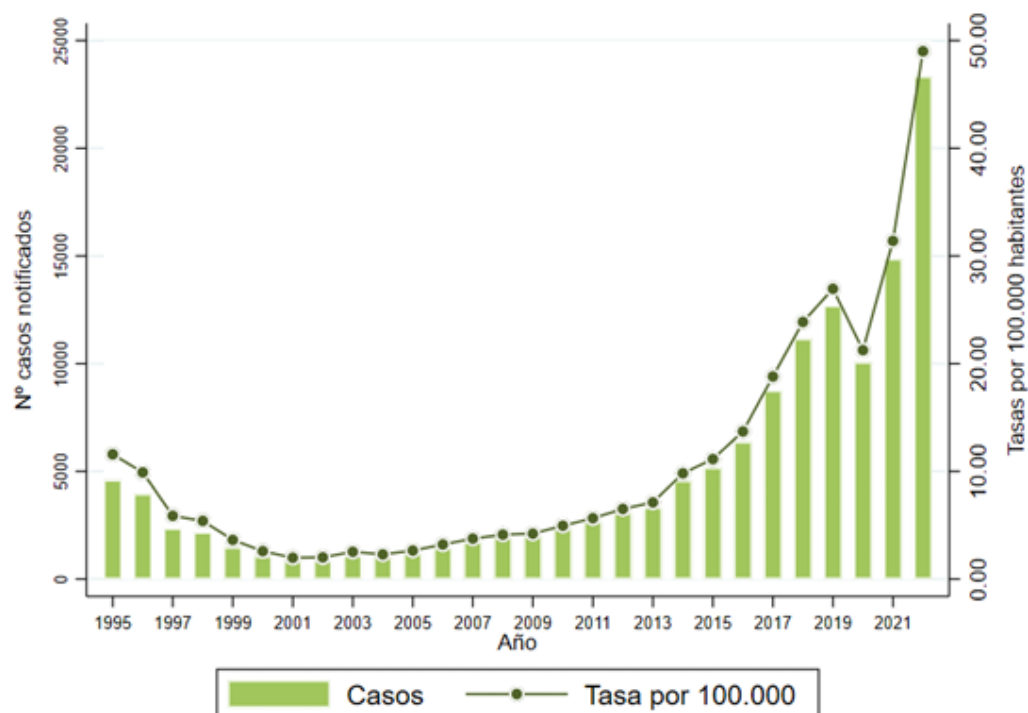
La información sobre la infección por *Chlamydia trachomatis* se obtenía a través del Sistema de Información Microbiológica SIM hasta 2013.

En 2015 por Orden Ministerial se modifica el listado de enfermedades a vigilar.

DECLARACIÓN OBLIGATORIA

-
1. Infección por *Chlamydia trachomatis* (serovares D-K)
 2. Linfogranuloma venéreo (LGV) (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares (L1, L2 y L3)
 3. Sífilis
 4. Sífilis congénita
 5. Infección gonocócica).

Figura 1. Incidencia de infección gonocócica
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2022



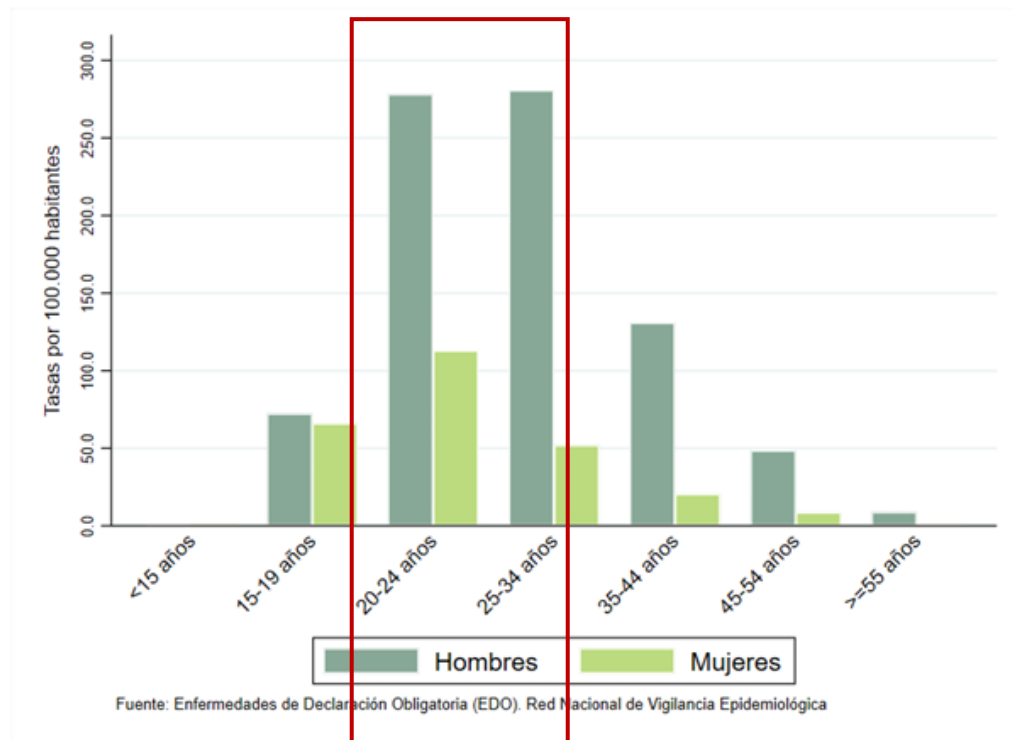
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

INFECCIÓN GONOCÓCICA

- En mundo, la OMS calcula que en 2020 se produjeron 82 millones de nuevos casos.
- La incidencia anual de gonococia en 28 países de la UE/EEA en 2018 fue de 26,4 casos/105 habitantes (100.673 casos)
- Las tasas más altas: Reino Unido, Irlanda, Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia.
- En España, en 2022 se notificaron 23.333 casos de infección gonocócica (tasa: 49,00 por 100.000 habitantes)

INFECCIÓN GONOCÓCICA

Figura 4. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022



- El 79,9% (18.564 casos) fueron varones y la razón hombre: mujer fue de 4,0.
- Por edad y sexo, las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad.
- Las más elevadas en hombres se observaron entre los 25 y 34 años (280,83 casos por 100.000), seguidas del grupo de 20-24 años (278,27 casos por 100.000).
- En las mujeres, las tasas más elevadas se observaron entre los 20 y 24 años (113,04 por 100.000), seguidas del grupo de 15-19 años (66,12 casos por 100.000)

GALICIA

Figura 1. Incidencia (c/10⁵h) anual de infección gonocócica declarada en Galicia de 1984 a 2022 (esquerda) e de 2000 a 2022 (dereita).

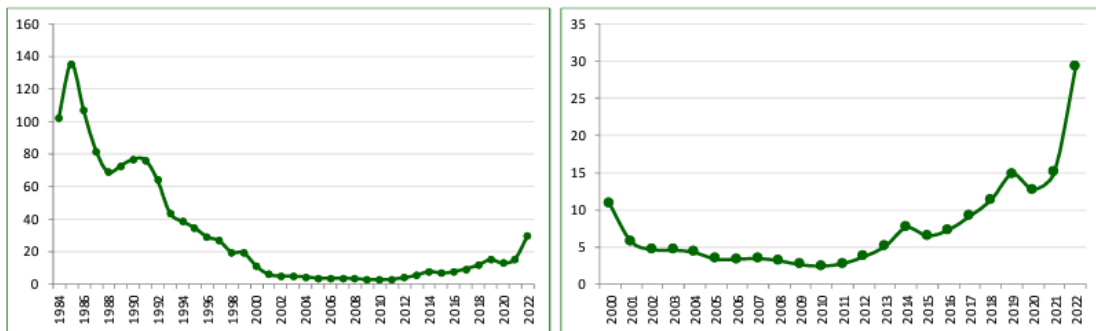


Figura 2. Incidencia (c/10⁵h) de infección gonocócica declarada en Galicia en 2019, 2020, 2021 e 2022, por grupo de idade en varóns (esquerda) e mulleres (dereita).

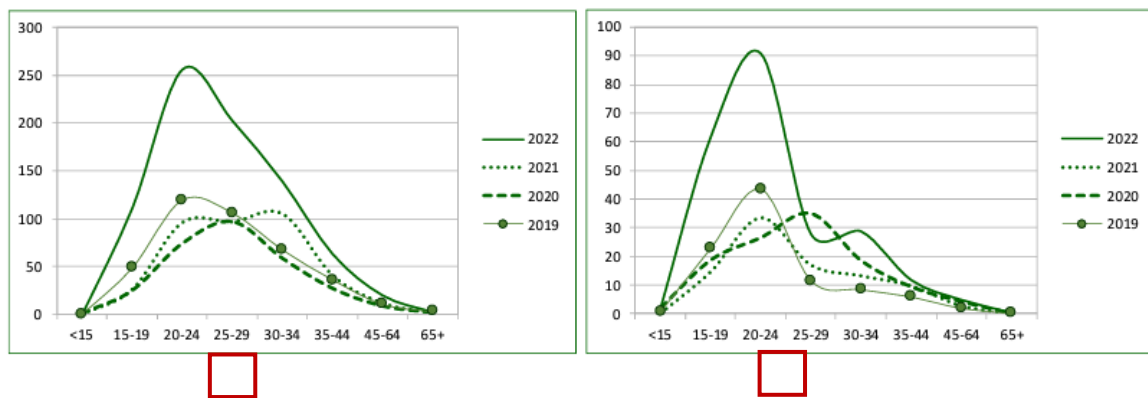


Figura 3. Distribución xeográfica da incidencia (c/10⁵h) de infección gonocócica declarada en 2022 en Galicia, por AS en varóns (esquerda) e mulleres (dereita)

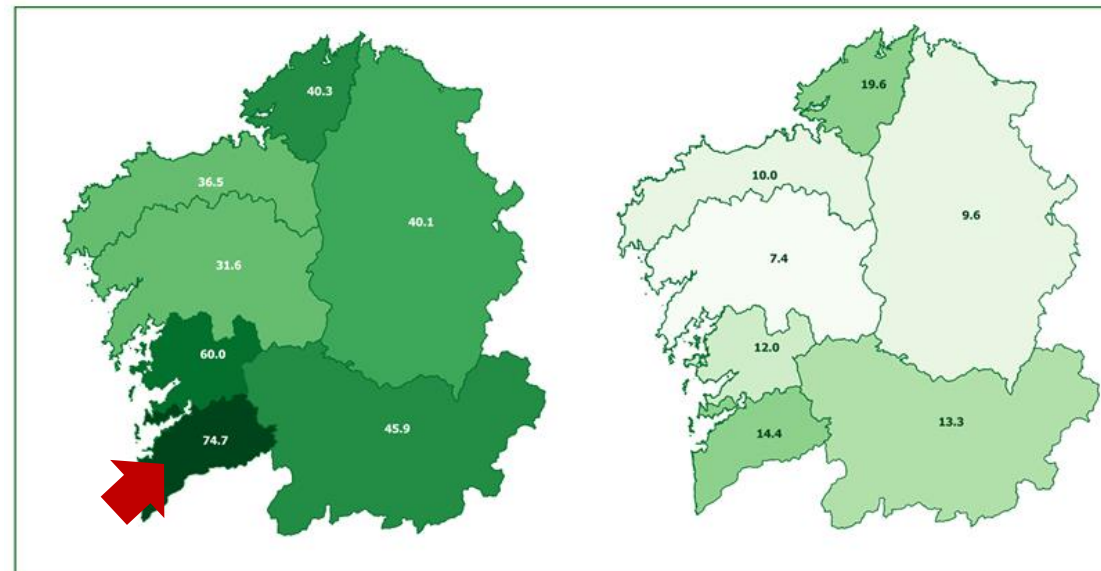
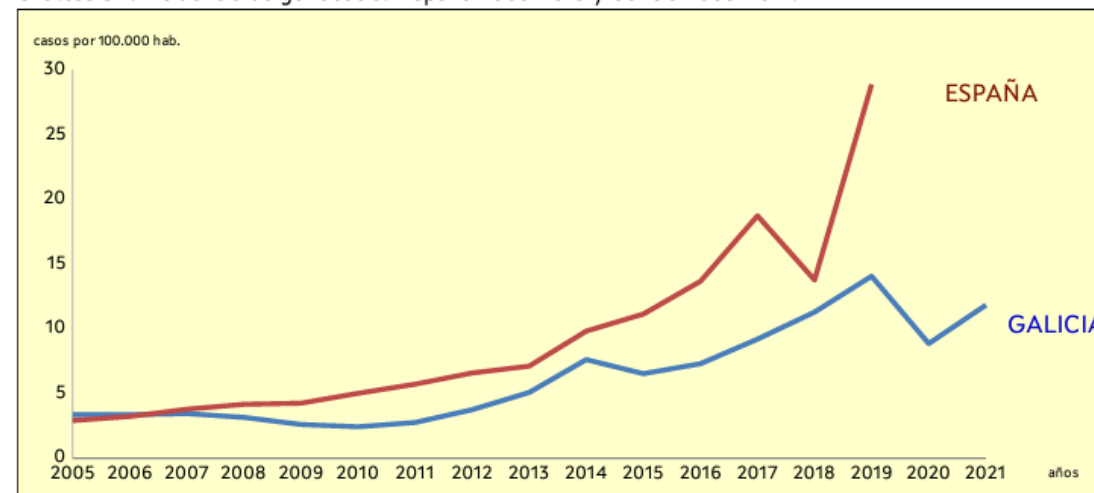


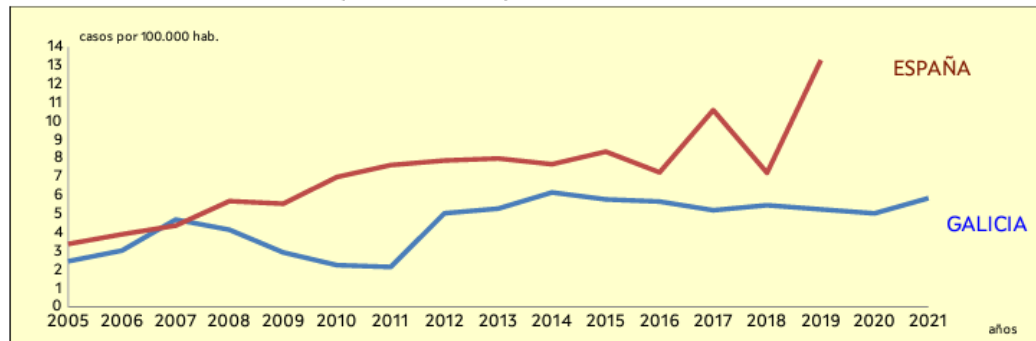
Gráfico 54. Incidencia de gonococia. España 2005-2019 y Galicia 2005-2021.



Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

SÍFILIS

Gráfico 52. Incidencia de sífilis. España 2005-2019 y Galicia 2005-2021.



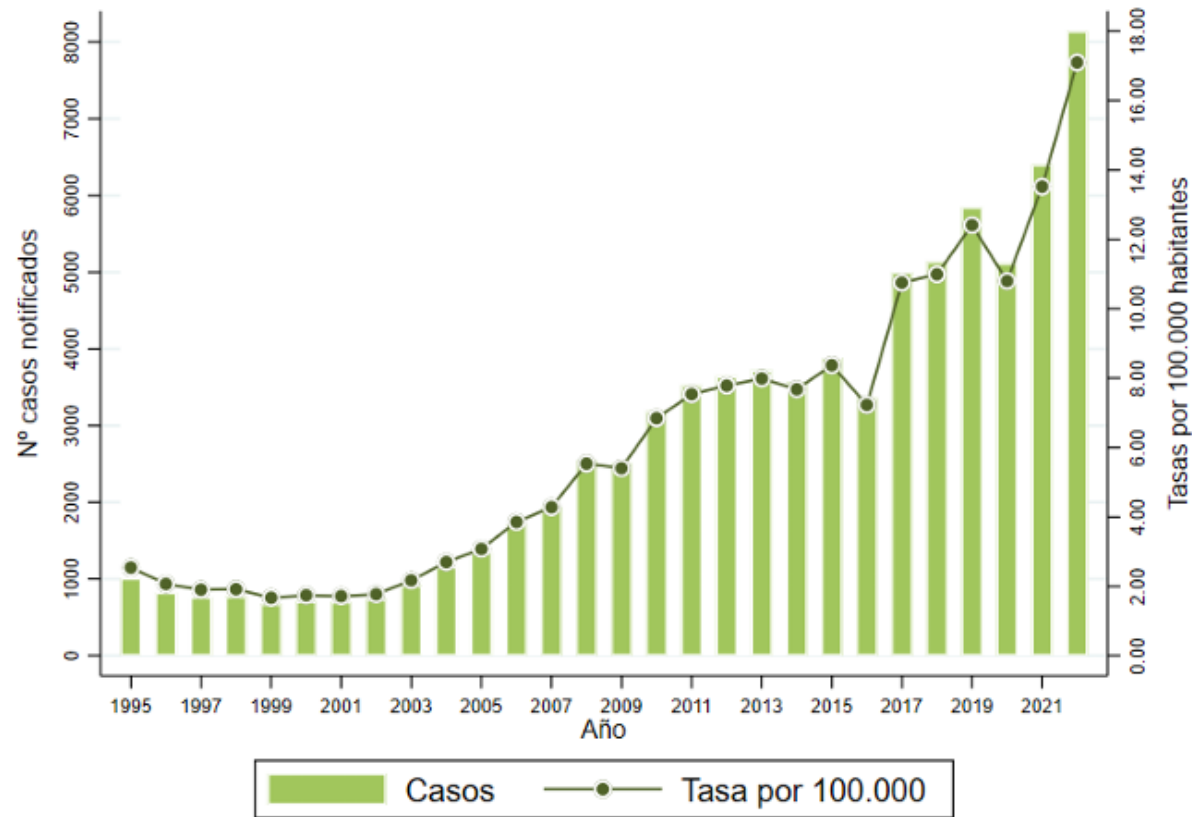
Fuente: DXSP e ISC III. Elaborado por la DXSP

- Según la OMS, en 2020 se infectaron 7,11 millones de personas.
- EN 2018 EU/EEA las tasas más altas fueron comunicadas por Malta, Luxemburgo, Reino Unido y España.
- En España, hay un ascenso desde 2001 tasa de 1,77 casos/105 habitantes (700 casos). En 2019 tasa de 13,3 casos/105 habitantes.
- En Galicia 2021 una tasa de 5,9 casos/105 habitantes.

SITUACIÓN EN ESPAÑA: SÍFILIS

Figura 8. Incidencia de sífilis.

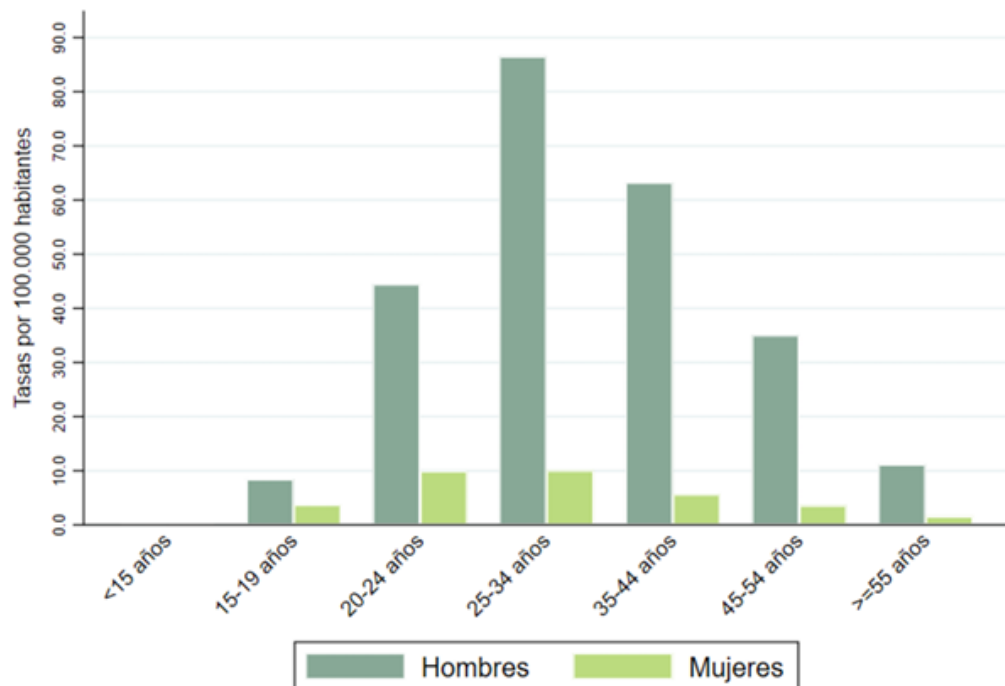
Número de casos y tasas por 100.000 hab. España, 1995-2022



- En 2022 se notificaron 8.141 casos de sífilis (tasa: 17,10 por 100.000 habitantes).

Figura 11. Sífilis.

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022



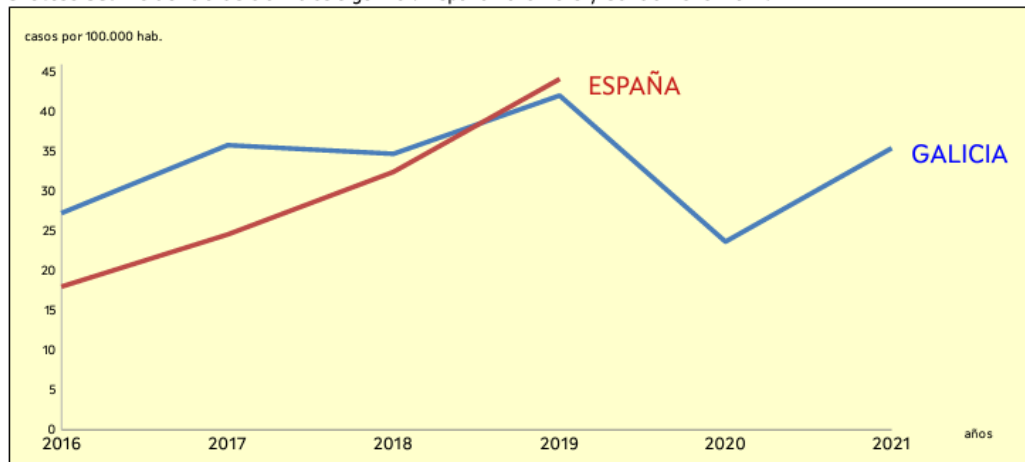
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SITUACIÓN EN ESPAÑA: SÍFILIS

- Por edad y sexo, las mayores tasas se produjeron entre los 25 y 34 años en hombres (86,54 casos por 100.000) y entre los 25 y 34 años en mujeres (10,07 por 100.000).
- El segundo grupo de edad más afectado fue el de 35 a 44 años en los hombres (63,25 casos por 100.000) y el de 20 a 24 años en las mujeres (9,96 casos por 100.000)

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Gráfico 55. Incidencia de clamidiasis genital. España 2016-2019 y Galicia 2016-2021.

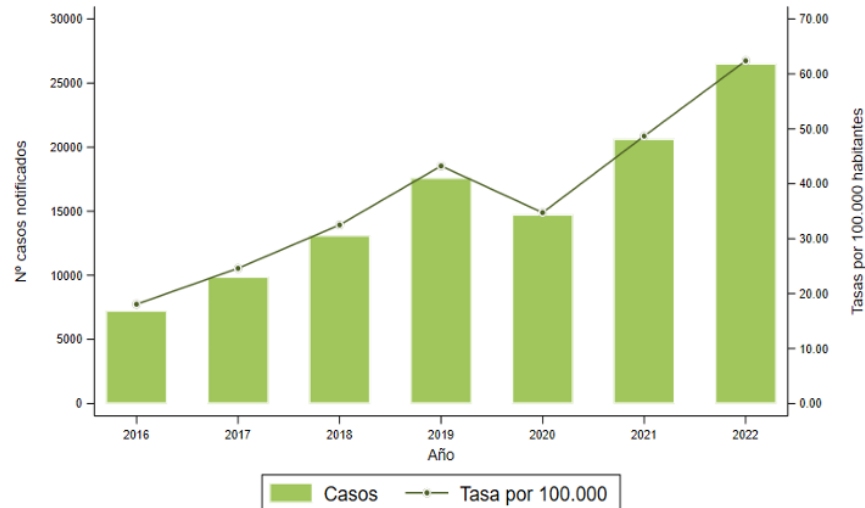


(SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DO SERVIZO GALEGO DE SAÚDE)

- La OMS calcula que en 2020 se produjeron en todo el mundo 129 millones de nuevos casos.
- En Europa, la clamidiasis es la ITS más declarada. En 2018, se notificaron 406.406 casos, lo que representó una tasa de 146 casos/105 habitantes.
- En España en 2019 17.718 casos (tasa de 44,2 105 habitantes).
- La mayoría de los casos se produce en población de 20 a 24 años (28 %) y del sexo femenino

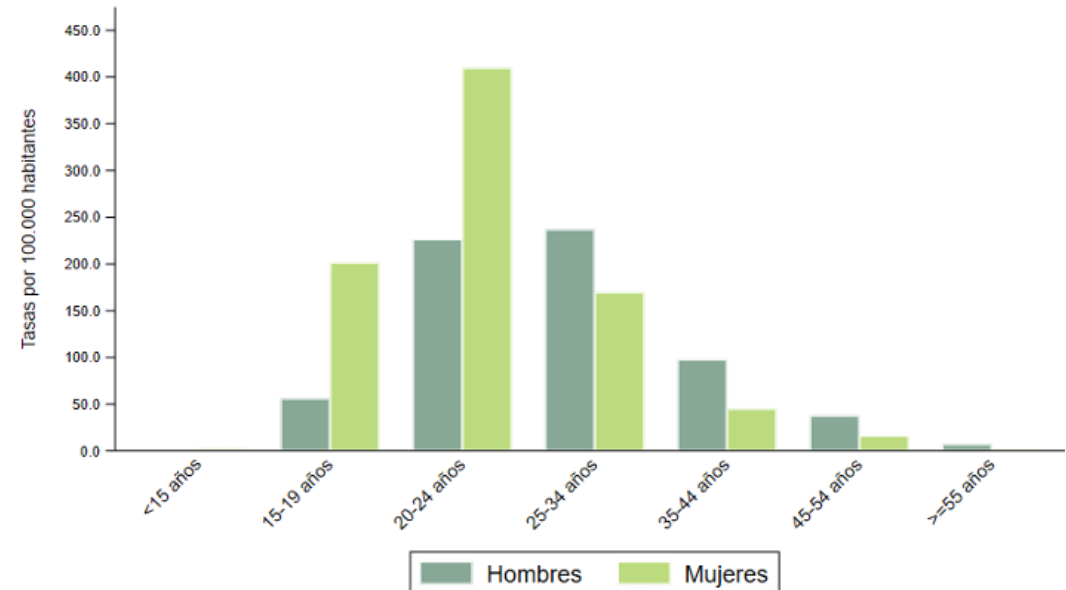
CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Figura 15.- Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por *Chlamydia trachomatis* en España, 2016-2022



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 18. Infección por *Chlamydia trachomatis*. Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022

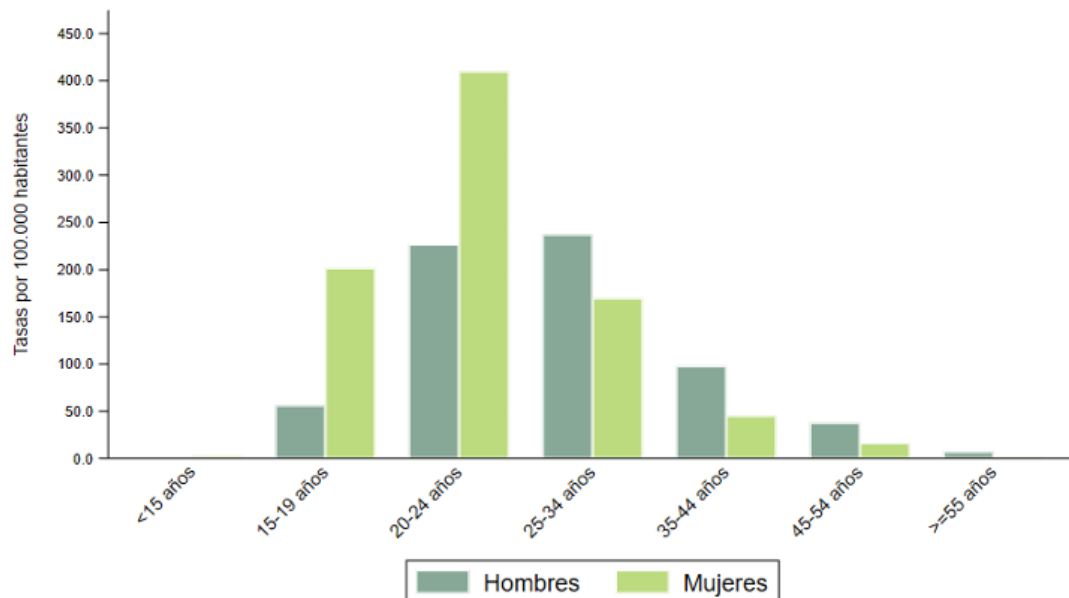


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SITUACIÓN EN ESPAÑA: CHLAMYDIA TRACHOMATIS LGV

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA

**Figura 18. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2022**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 9. Número de casos y porcentaje de casos de linfogranuloma venéreo por edad y sexo, 2022

Grupos de edad	Sexo		Total N (%)
	Hombre N (%)	Mujer N (%)	
15-19 años	6 (0,7)	6 (42,9)	12 (1,3)
20-24 años	49 (5,5)	4 (28,6)	53 (5,8)
25-34 años	326 (36,3)	2 (14,3)	328 (36,0)
35-44 años	272 (30,3)	1 (7,1)	273 (30,0)
45-54 años	159 (17,7)	0 (0,0)	159 (17,4)
55 años o más	86 (9,6)	1 (7,1)	87 (9,6)
Total	898 (100,0)	14 (100,0)	912 (100,0)

EPIDEMIOLOGÍA

- No se dispone de datos a nivel estatal del (VPH) y del herpes genital.
- Se estima que la prevalencia mundial de VPH es del 11,7%(IC 95%: 11,6-11,7)
- El herpes genital es la segunda ITS más frecuente en el mundo, por detrás del condiloma acuminado, y la primera causa de úlcera genital en la población sexualmente activa en España.
- Estudios recientes evidencian un cambio en la epidemiología del herpes genital, aumentando la prevalencia del VHS-1 en España como agente causante mujeres jóvenes.
- En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia y la reinfección por el virus de la hepatitis C (HSH, pacientes VIH + y asociado a *Chemsex*)

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS

- **FACTORES DE RIESGO**
 - a) Tener menos de 25 años.
 - b) Mantener contacto sexual con persona con una ITS.
 - c) Mantener relaciones sexuales con diferentes parejas.
 - d) Tener una nueva pareja sexual en los últimos meses.
 - e) Antecedentes previos de ITS.
 - f) Profesionales de la prostitución y sus clientes.
 - g) Consumo de drogas y/o alcohol, especialmente asociados a las relaciones sexuales.
 - h) Uso inconsistente del preservativo con parejas casuales.
 - i) Ser víctima de violencia sexual.
-



CRIBADO EN POBLACIÓN DE RIESGO

-
- Personas sexualmente activas integrantes de colectivos con alta prevalencia de ITS **(A-II)**.
 - Pacientes VIH (evaluación inicial y anual) más frecuentemente dependiendo de la valoración individual del riesgo **(A-II)**.
 - En mujeres embarazadas en el 1º trimestre y, si resulta negativa, repetirla antes de iniciarse el parto y en el momento del parto según la situación y prácticas de riesgo de la mujer. **(B-II)**.
 - La periodicidad del cribado dependerá de la valoración individual del riesgo. (A-II).
 - **CRIBADO:**
 - **Detección de Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis en todas las localizaciones susceptibles en función del tipo de prácticas sexuales (A-II).**
 - **SEROLOGIAS: VIH, lúes, VHB y VHC a todos los pacientes con factores de riesgo y del VHA a HSH o pacientes con prácticas de riesgo para esta infección.**
 - **Infección por VPH.**

Educación sanitaria

- La información sobre el sexo seguro, salud sexual, formas de transmisión y riesgo de determinadas prácticas sexuales así como de eficacia y limitaciones del preservativo **(A-III)**.
- Riesgo de las diferentes prácticas sexuales (oral, genital, rectal).
- Preservativo: eficacia, limitaciones (por ej.: no ofrece protección completa contra el virus herpes simple -VHS- o el VPH) y uso correcto del mismo.
- Agente causal, transmisión y tratamiento (dosis, duración, posibles efectos secundarios, importancia del cumplimiento y de no compartir la medicación con la pareja)
- Explicar la necesidad de abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la finalización del tratamiento y en su caso hasta que el contacto haya sido estudiado y tratado.



ESTUDIO DE CONTACTOS

INFECCIÓN	PERIODO DE TIEMPO PARA NOTIFICACIÓN A CONTACTOS	TTO EPIDEMIOLÓGICO
C. trachomatis (incluido LGV)	Varón con clínica: 1 mes, previo al inicio de los síntomas. Resto de casos índice 6 meses	si
Gonorrea	Varón con clínica: 2 semanas. previo al inicio de los síntomas. Resto de casos índice: 3 meses	si
E.I.P.	Intervalos de Chlamydia y gonococo si detectados: 6 meses	si
Primaria Secundaria Latente precoz	3 meses previos al inicio de la clínica 1 año 1-2 años **Serología de sífilis en la 1º visita, a las 6 semanas y a los 3 meses del último contacto sexual con el caso índice	Si, particularmente cuando no se puede garantizar el seguimiento serológico
Herpes genital	No hay un periodo específico. No hay recomendaciones específicas para el estudio de contactos, salvo que la pareja tenga síntomas	Si el caso índice lo desea, pareja actual
Molluscum	No necesaria la evaluación de contactos.	
T. vaginalis	1 mes (en la mayoría de los varones la infección se resuelve espontáneamente en 2 semanas)	si
Escabiosis	2 meses, previos al inicio de los síntomas	Si, contactos sexuales
VIH	Si se puede estimar la fecha probable de la infección, estudiar a todos los contactos a partir de la misma y en los 3 meses previos. Si esto no es posible, retroceder hasta la fecha de la última serología negativa. En caso contrario, retroceder en la vida sexual activa del caso índice tanto como sea posible	Profilaxis post exposición cuando esté indicada.

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

- **Generales:** fiebre, malestar, pérdida de peso, artralgias/artritis, cefalea, alteraciones visuales/auditivas o sensitivas.
- **Orofaringe:** odinofagia, exudados y lesiones.
- **Piel/faneras:** Exantema (incluyendo palmas y plantas). Lesiones actuales o pasadas
- **Genital:**
 - -Hombre: Secreción y sus características, prurito o dolor miccional, lesiones mucosas y evolución desde el inicio, dolor/ tumefacción testicular.
 - -Mujer: Descarga vaginal, dispareunia, FUR, alteraciones menstruales (dismenorrea o sangrado intercoital), dolor pélvico o abdominal bajo.
- **Anal:** dolor, ritmo deposicional, supuración/ descarga y características de las mismas, hematoquecia.

Examen Físico

- **Cabeza y cuello:** zonas de alopecia, cuando se sospeche lúes secundaria.
- **Oftalmológica:** descartar, conjuntivitis, queratitis, uveítis y patología retiniana, si hay sintomatología
- **Orofaringea:** verrugas, leucoplasia oral vellosa, candidiasis oral, lesiones ulcerativas, sarcoma de Kaposi u otras lesiones orolinguales.
- Adenopatías loco-regionales.
- **Genitales:** lesiones cutáneas y/o mucosas, eritema, eczema, vesículas, úlceras, costras o verrugas.
 - Hombres: características de la secreción uretral: purulenta, hemorrágica, mucosa y signos de meatitis. Palpación de los testículos y epidídimo, apreciándose tamaño, morfología y sensibilidad.
 - Mujer: vulva, especulo (sin lubricante) flujo vaginal y el estado de la mucosa cervical. Exploración pélvica bimanual (síntomas genitales o dolor abdominal bajo).
- **Ano y región perianal**
 - Valoración externa: lesiones sospechosas de VPH, herpes, lúes o clamidia (LGV).
 - Valoración interna: (relaciones anales y/o datos clínicos sugestivos de patología) tacto rectal.
- **Piel:** se buscarán fundamentalmente lesiones de un posible secundarismo luético, máculas y pápulas, sin olvidar la exploración de las palmas de las manos y plantas de los pies; y las zonas de alopecia.
- **Articulaciones:** artritis (mono o pauci-articular).

URETRITIS / CERVICITIS

- Las ITS son la causa más frecuente de uretritis y cervicitis de origen infeccioso.
- Es frecuente la coinfección de varios agentes, estando principalmente implicados
- *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Clínica + fr: disuria, disconfort y secreción uretral mucosa, mucopurulenta o purulenta, asintomáticos.

El origen no gonocócico de la infección cursará habitualmente con clínica menos florida.

Las cervicitis frecuentemente asintomáticas, siendo sus principales signos el exudado cervical mucopurulento o el sangrado cervical durante la recogida de muestras o relaciones sexuales.



Infección por gonococo

- **Etiología:** diplococo gramnegativo *N. gonorrhoeae*
- Transmisión se produce de forma directa por la inoculación de secreciones infectadas desde una membrana mucosa a otra
- PI: 2 a 7 días
- La infección es asintomática en el 70% de las mujeres y 10% en los hombres.

Mujeres

Cervicitis: aumento de la secreción vaginal mucopurulenta (leucorrea) (50%). Dolor abdominal bajo (25%) metrorragia o menorragia Disuria (12%) Infección rectal por paso transmucoso de la infección genital o por prácticas anales. EPI

Hombres

Uretritis: exudado uretral inicialmente mucoso y después purulento (80%) +disuria (50%) y, raramente dolor testicular y/o del epidídimo. Exudado anal(< 7%), con dolor.

Orquiepididimitis

Infección faríngea es asintomática en más del 90% de los casos afectación cutánea, artralgias, artritis, tenosinovitis y sepsis.

Infección por *Chlamydia*

- **Etiología:** *Chlamydia C. trachomatis D-K*
- Bacteria gramnegativa intracelular obligada.
- La infección se produce por inoculación directa de las secreciones genitales infectadas, afecta a las membranas mucosas de los genitales, pero también de la conjuntiva, la faringe o el recto.
- PI: 2 a 6 semanas
- Asintomática en el 70-80% de las mujeres y el 50% de los hombres

Mujeres	Hombres
flujo vaginal, sangrado poscoital o intermenstrual, dolor abdominal bajo, dispareunia y disuria.	uretritis, con exudado uretral mucoso o mucopurulento escaso y disuria.
EPI, dolor pélvico crónico y patología tubárica y embarazo ectópico(8%).	Orquitis-epididimitis e infertilidad.
Afectación faríngea y rectal suelen ser asintomáticas, Artritis reactiva Infertilidad	

DIAGNÓSTICO:

Clínica+ EF compatible + técnicas microbiológicas.

- Cultivo (antibiograma)
- Detección de ácidos nucleicos (de elección PCR a tiempo real) en exudado uretral/cervical, (especialmente importante en el caso del gonococo previo a tratamiento permite realización de antibiograma)
- Gram (diagnóstico ante la presencia de 5 ó más leucocitos/campo) pudiéndose iniciar tratamiento dirigido ante uretritis gonocócica con la simple visualización de diplococos Gram negativos)

Tabla 1 Recogida de muestras

Localización	Preparación	Toma de muestras	Contenedor	Comentario
Uretra	En mujeres, limpiar con gasa estéril o torunda	Si hay secreción, recoger en la torunda. Si no, insertar 2-3 cm una torunda fina y rotar 5-10 segundos	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	El paciente no debe haber orinado las 2 horas previas a la toma de la muestra
Cérvix	Introducir espéculo sin lubricar. Limpiar el moco cervical con una torunda seca y desecharla	Insertar la torunda 2-3 cm en el canal cervical y rotar 5-10 segundos	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	No en prepuberales (tomar muestra del vestíbulo vaginal) ni en hysterectomizadas (tomar muestra de orina o vaginal)
Anal/rectal	Canal libre de heces	Introducir la torunda 2-3 cm en el canal, rotar durante 10-30 segundos. Si se observa contaminación fecal, desechar y obtener otra muestra	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	En HSH y VIH con diarrea tomar muestra adicional para estudio de patógenos entéricos
Faringe	Utilizar depresor lingual para una correcta visualización	Pilares tonsilares, faringe posterior y zonas ulceradas, inflamadas o con exudado. Rotar la torunda 5-10 segundos	TAAN: torundas específicas y contenedores específicos	No contaminar con microbiota de mucosas y lengua
Vagina	Introducir espéculo sin lubricar. En cribado puede realizarse automuestra a ciegas	Tomar muestra de la zona donde haya más secreción	Cultivo gonococo: torunda con medio de transporte tipo Sutart-Amies con carbón activado. TAAN: torunda específica y contenedor específico	Óptimo para <i>Candida</i> , <i>Trichomonas</i> y vaginosis. PCR de <i>C. trachomatis</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> para cribado

TAAN: técnica de amplificación de ácidos nucleicos.

Fuente: adaptada de Galán Montemayor et al.¹⁶.

Criterios diagnósticos de notificación al Sistema de Información Microbiológica

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Aislamiento	Exudado uretral, exudado vaginal, exudado cervical, exudado rectal, líquido peritoneal, líquido articular, orina, exudado nasofaríngeo
	Detección genoma	
	Visualización	Diplococos Gram negativos intracelulares en exudado uretral (varón)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Aislamiento	Exudado uretral, exudado vaginal, exudado cervical, exudado rectal, úlcera genital, exudado conjuntival (sólo válida en recién nacido), exudado nasofaríngeo, esperma, ganglio (serotipos L1-L3)
	Detección antígeno por IFD	
	Detección genoma	Exudado uretral, exudado vaginal, exudado cervical, exudado rectal, úlcera genital, exudado conjuntival (sólo válida en recién nacido), exudado nasofaríngeo, esperma, orina, ganglio (serotipos L1-L3)

TRATAMIENTO

- Evitar las relaciones sexuales con penetración hasta pasados los 7 días de haber iniciado el tratamiento farmacológico o que se haya verificado la curación
- Las personas que han tenido una ITS deben recibir consejo y educación sanitaria para que adopten conductas sexuales seguras y utilicen métodos de barrera (preservativo masculino o femenino, barreras orales) de manera correcta y sistemática en sus prácticas sexuales (vaginales, orales y anales).
- Ante la sospecha de un síndrome uretral, realizar la recogida de las muestras e iniciar tratamiento empírico.
- Estudio de contactos

TRATAMIENTO

	DE ELECCIÓN	ALTERNATIVO	ALERGIA A PENICILINAS
Uretritis /cervicitis gonocócica no Complicadas	Ceftriaxona 500 mg IM MD + Azitromicina 1 gr vo MD	-Si no se dispone de cefalosporinas IM: Cefixima 400 mg vo MD + Azitromicina 2 gr vo MD -Si fallo de tratamiento o resistencias detectadas a cefalosporinas: Ceftriaxona 1 gr IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD ó Gentamicina 240 mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD	Gentamicina 240mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD
Uretritis/ cervicitis no gonocócica	Doxiciclina 100 mg /12h 7 días vo	- Azitromicina 1 gr vo MD -Si se aislara M. genitalium : Azitromicina 500 mg vo MD + 250 mg/ 24 h 4 días	
Uretritis persistente/ recurrente	Si se prescribió en un primer momento doxiciclina: Azitromicina 500 mg MD + 250 mg/ 24h vo 4 días - Si se prescribió en un primer momento azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/24h vo 7-14 días -Si se trata de pacientes heterosexuales, añadir en ambos casos Metronidazol 400 mg/12h vo 5 días para cobertura de T. vaginalis	-Si se aislara M. genitalium resistente a azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/12h 7-14 días vo	

BEG 2023; vol. XXXIII, nº 1. Dirección xeral de saúde pública – DXSP

CADRO 1:

TRATAMENTO DA INFECCIÓN GONOCÓCICA NON COMPLICADA DE URETRA, CÉRVIX, RECTO E FARINXE EN ADULTOS E ADOLESCENTES RECOMENDADO EN GALICIA³

Ceftriaxona (500 mg, unha dose, intramuscular) e azitromicina (2 g, unha dose, oral).

Cando a administración intramuscular non sexa posible ou a rexeite o doente, a alternativa é:

Cefixima (400 mg, unha dose, oral) e azitromicina (2 g , unha dose vía oral).

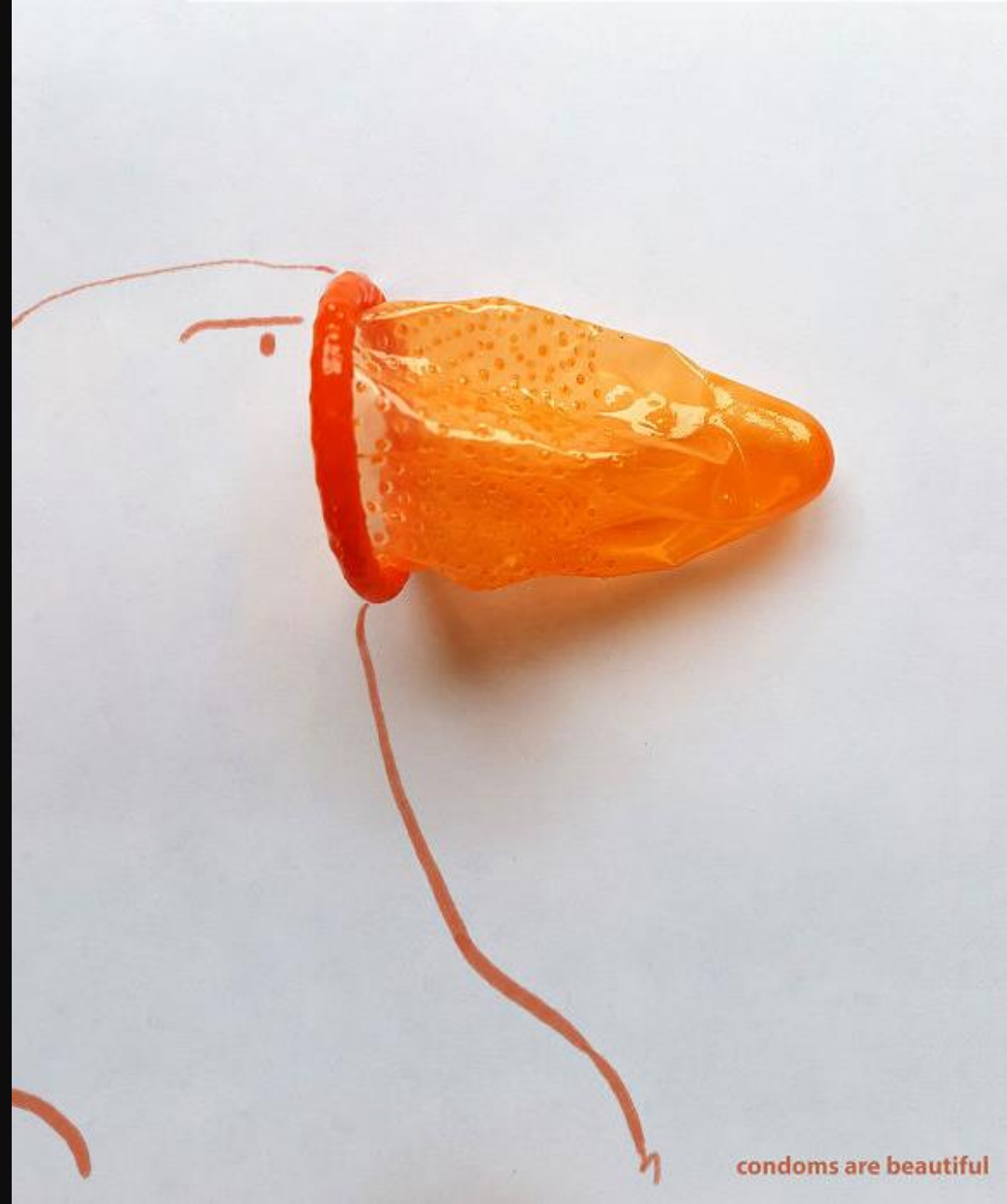
Polo R, Palacios R, Barberá MJ, Blanco JL. PANEL DE EXPERTOS DE GeSIDA.2017

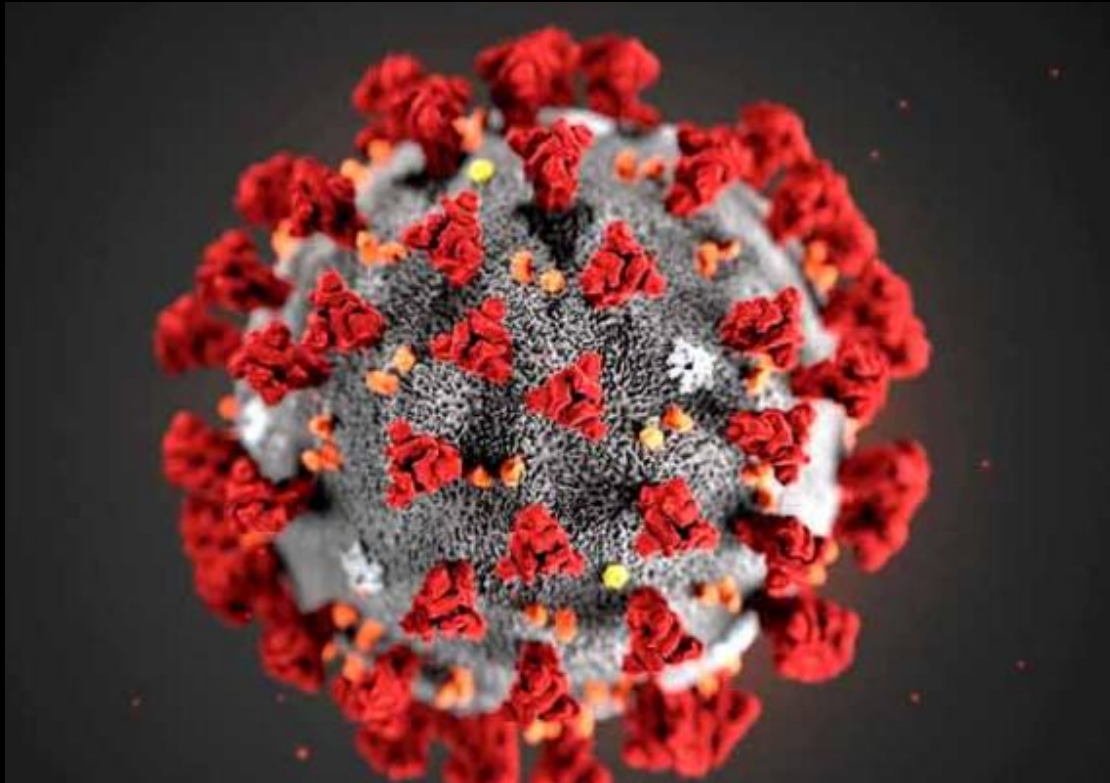
RECOMENDACIONES

- Descartar prostatitis o EIP como complicaciones asociadas
 - Se recomienda iniciar tratamiento sintrómico en la primera visita en pacientes en los que no se pueda asegurar el seguimiento (C-III).
 - En el caso de infección por gonococo y debido a la creciente resistencia a cefalosporinas y los fallos de tratamiento detectados, se recomienda el tratamiento dual como elección ante las infecciones gonocócicas no complicadas **(B-II)**.
-
- En el caso de la cervicitis o UNG, la doxiciclina pasa a ser el régimen de elección **(A-II)**.
 - Ante el aislamiento de *Mycoplasma genitalium* se aconseja pauta prolongada de azitromicina o moxifloxacino **(B-II)**.
 - Las parejas sexuales del paciente de los 2 meses previos deberán ser evaluadas y tratadas con el mismo régimen que el paciente, aconsejándose abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas **(C-III)**.

ÚLCERA GENITAL

- Las úlceras genitales pueden deberse a causas infecciosas y no infecciosas, siendo la causa más frecuente las infecciones de transmisión sexual.
 - La prevalencia de los diferentes patógenos depende del área geográfica.
 - El diagnóstico es difícil debido a la frecuente coexistencia de diferentes microorganismos.
 - La presencia de úlceras genitales es un factor de riesgo de transmisión del VIH.
-





HERPES GENITAL

- Infección viral crónica causada por el virus herpes simple
- VHS-1 y VHS-2.
- **Transmisión:** contacto directo piel, mucosas o secreciones de la persona infectada, sintomático asintomático,
- PI: 4- 7 días
- Primoinfección: generalmente asintomática.
- **Complicaciones:** Raras en individuos inmunocompetentes, aunque están descritos casos de meningitis aséptica, lesiones extragenitales y retención urinaria.
- **Recidivas:** más numerosas en VHS-2 .



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **Lesiones:** Pápulas eritematosas y vesículas en los genitales externos o zonas anexas, (pueden ser bilaterales y tienden a confluir formando úlceras). Evolucionan a costras.
- Curación en 15-20 días, aunque durante 2-3 semanas pueden aparecer nuevas lesiones con similar evolución.
- Suelen palpase adenopatías regionales dolorosas

DIAGNÓSTICO

El test de Tzanck (TT) (examen directo)



Permite confirmar infección por VHS-1 VHS-2 o varicela-zóster.



Muestra: contenido líquido de las vesículas herpéticas o del frotis de la base de las lesiones úlcero-costrosas.

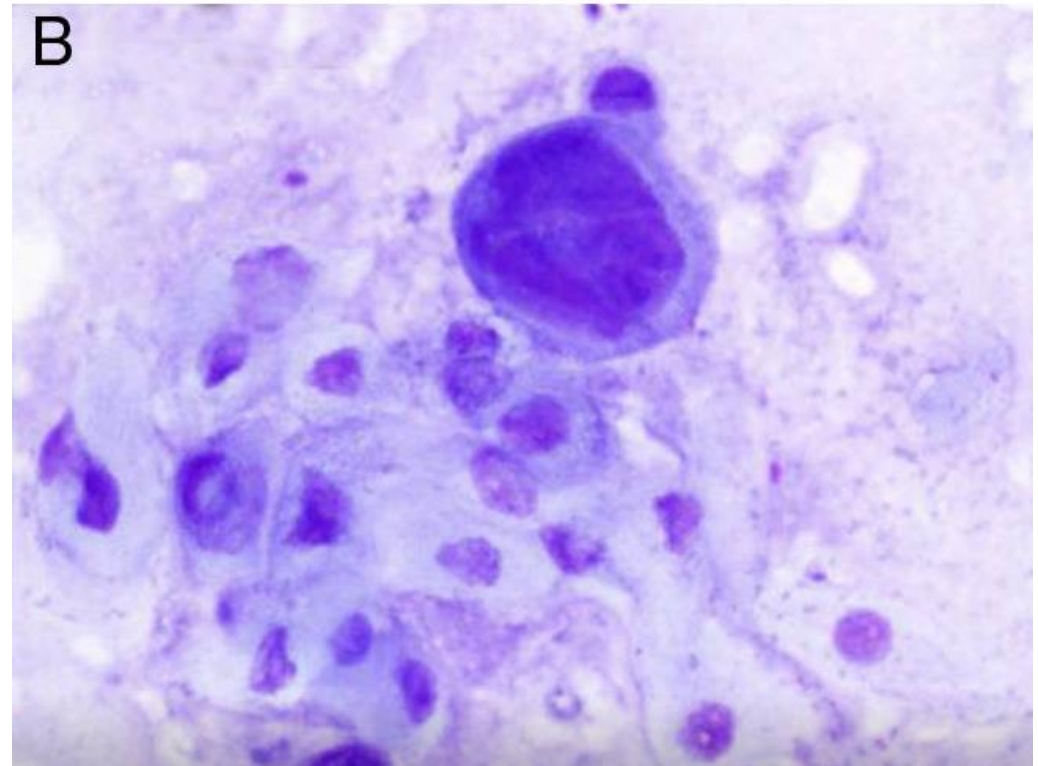


Tinción: Giemsa o azul de toluidina.



método sencillo y económico de confirmar de forma rápida el origen herpético de una lesión cutánea,

Células gigantes multinucleadas con inclusiones intracitoplasmáticas



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico del herpes genital es poco sensible, los métodos citológicos son inespecíficos y los de detección antigénica no permiten la diferenciación entre serotipos. (recaídas)

Puede ser útil la serología específica que detecta IgG frente a cada serotipo

S: (80-98%). E: (96%)

Cultivo: Sensibilidad baja

PCR es muy sensible y específica

TRATAMIENTO: PRIMER EPISODIO

- Pautar analgesia, lavar con solución salina y utilizar cremas con [lidocaína](#) al 2-5% alivia el dolor y las molestias.
- Debe tratarse siempre con fármacos antivirales.
- El tratamiento oral reduce la duración y gravedad de los episodios, pero no altera la historia natural de la enfermedad.
- No tiene ningún beneficio adicional utilizar tratamiento antiviral tópico. Se ha asociado a resistencias.
- El tratamiento debe iniciarse antes de la confirmación mediante pruebas diagnósticas.
- La elección del fármaco dependerá de los costes y de la facilidad de cumplimentación por parte del paciente.
- Puede requerir hospitalización en casos graves (meningitis, inmunodeprimidos, etc.).

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	NO VIH	VIH
INFECCIÓN GRAVE	Aciclovir IV 5-10 mg/kg/8 h 5-10 días	
PRIMER EPISODIO	Aciclovir vo 400 mg/8h 7-10 días Famciclovir vo 250 mg/8h, 7-10 días. Valaciclovir vo 500 mg 12h, 7-10 días.	Aciclovir vo 400 mg/8h 7-10 días Famciclovir vo 250-500 mg/8h, 7-10 días Valaciclovir vo 500-1 gr/12h, 7-10 días
RECURRENCIAS	Aciclovir vo 400 mg/8h, 5 días ó Aciclovir vo 800 mg/8h, 2 días	Aciclovir 400 vo mg/8h, 5-10 días
	Famciclovir vo 1g/12h, 1 día.	Famciclovir vo 500 m g/12h, 5-10 días
	Valaciclovir vo 500 mg/12 h, 3 días. ó Valaciclovir vo 1g/día, 5 días	Valaciclovir vo 1 g/12 h, 5-10 días.

TRATAMIENTO SUPRESIVO

TRATAMIENTO	NO VIH	VIH
SUPRESIVO	Aciclovir vo 400 mg/12h 6-12 meses	Aciclovir vo 400-800 mg/12h u 8h, 6-12 meses
	Famciclovir vo 250 mg/12h	Famciclovir vo 500 mg/12h
	Valaciclovir vo 500 mg/día	Valaciclovir vo 500 mg/12h
SUPRESIVO-GESTANTES	Aciclovir vo 400 mg/8h	
	Valaciclovir vo 500 mg/12h	
		Si gestantes VIH con serología positiva pero sin lesiones genitales, no se recomienda tratamiento

TRATAMIENTO SUPRESOR: Pacientes con 6 o más episodios de recurrencia al año, aunque el tratamiento puede ser beneficioso para personas con menos episodios anuales en casos especiales



SÍFILIS

- **Enfermedad infecciosa sistémica**, de transmisión sexual, vertical y sanguínea)
- Etiología: *Treponema pallidum*
- **PI:10-90 días** (media de 28 días)
- Periodos de transmisibilidad :
 - Sífilis primaria, secundaria y latente precoz.
- Diseminación por vía hematógena (y/o linfática), se extiende a diferentes órganos.
- **Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO)** en España en todas las comunidades autónomas



PRIMARIA: lesión UNICA ulcerada o chancro, de borde indurado, no dolorosa. (puerta entrada) en mucosas y/o piel

+/- adenopatías regionales.

La lesión permanece 1 y 6 semanas y desaparece sin cicatriz. Es altamente contagiosa.



SECUNDARIA: manifestaciones cutáneas, que en su forma más característica es un exantema no pruriginoso que afecta frecuentemente a palmas y plantas.



Según los ECDC, la **sífilis adquirida precoz** es la adquirida en el año previo e incluye la sífilis primaria, secundaria y latente precoz.

TERCIARIA: Un 30-40% de los no tratados pueden desarrollar sífilis terciaria. . Aparece 2-40 años desde la primoinfección. Mucocutánea (gomos), ósea, cardiovascular o neurológica (neurosífilis)

LATENTE: Periodo libre de síntomas o signos, duración variable. (serología es positiva)

Tabla 5. Manifestaciones clínicas de la neurosífilis (Kingston M, 2015; Ropper AH, 2019; Marra CM, 2019).

Forma clínica	Afectación	Tiempo desde infección	Clínica
Asintomática	Meningitis leve.	Desde 6ª semana de infección.	Asintomática.
Neurosífilis meningovascular	Inflamación de arterias grandes o medianas del encéfalo o médula espinal.	Entre los 5-10 años.	Pueden ser causa de ictus.
Neurosífilis parenquimatosa	Meningoencefalitis crónica que destruye el parénquima cortical.	Entre los 15-20 años.	Deterioro conductual progresivo puede simular trastorno mental o demencia.

- **Sífilis latente precoz:** aquella que presenta menos de 1 año de evolución (ECDC, 2018), o menos de 2 años (OMS, 2007), confirmada con una serología previa negativa o cuadro clínico compatible con sífilis primaria o secundaria en el año precedente a la consulta médica. Este estadio es clave en el seguimiento de las poblaciones denominadas “nucleares” (OMS, 2007).
- **Sífilis latente tardía o indeterminada:** cuando confirmada una serología positiva a sífilis, no hay constancia previa de serología negativa o esta es superior a 1 año de evolución, en definitiva, toda sífilis latente que no puede clasificarse como precoz.

Métodos indirectos: Pruebas serológicas

NO TREPONÉMICAS (RPR/VDRL)	TREPONÉMICAS FTA-ABS
Reactividad a Ag de <i>cardiolipina-colesterol-lectina</i> . No son específicas, útiles en cribado.	Detección de Ab dirigidos contra Ag treponémicos específicos.
S: 78-86% para primaria, 100% para secundaria y 95-98% para terciaria. E 85-99%.	S: 84% para primaria y S:100% otras etapas. E:96%.
Cuantitativas Un título > o igual 1/16 = infección activa Suelen negativizar con la curación(al año en sífilis primaria, 2 años en sífilis secundaria y 5 años en sífilis terciaria.)	Cualitativas Se informan como "reactivas" o "no reactivas".
Actividad de la enfermedad, curso clínico y efectividad del tratamiento.	Positivas de por vida en aproximadamente el 80% de los pacientes
POSITIVAS 7 a 10 días después del inicio de la aparición del chancro.	REACTIVAS 7 a 10 días después de la aparición del chancro

Métodos directos

- En algunos laboratorios puede realizarse el diagnóstico directo
- Técnicas: microscopia de campo oscuro, inmunofluorescencia directa o PCR
- PCR: Permiten estudiar lesiones extragenitales donde puedan existir treponemas comensales, así como también en tejidos, LCR, humor vítreo o líquido amniótico. DX: sífilis congénita y en la neurosífilis
- VENTAJA: permite el diagnóstico inmediato, incluso antes de la seroconversión

Microscopia de campo oscuro

- Es necesaria una buena toma de muestra y una rápida visualización (<30min).
- FN: aplicación de antisépticos, antibióticos u otros productos en la lesión.



DIAGNÓSTICO

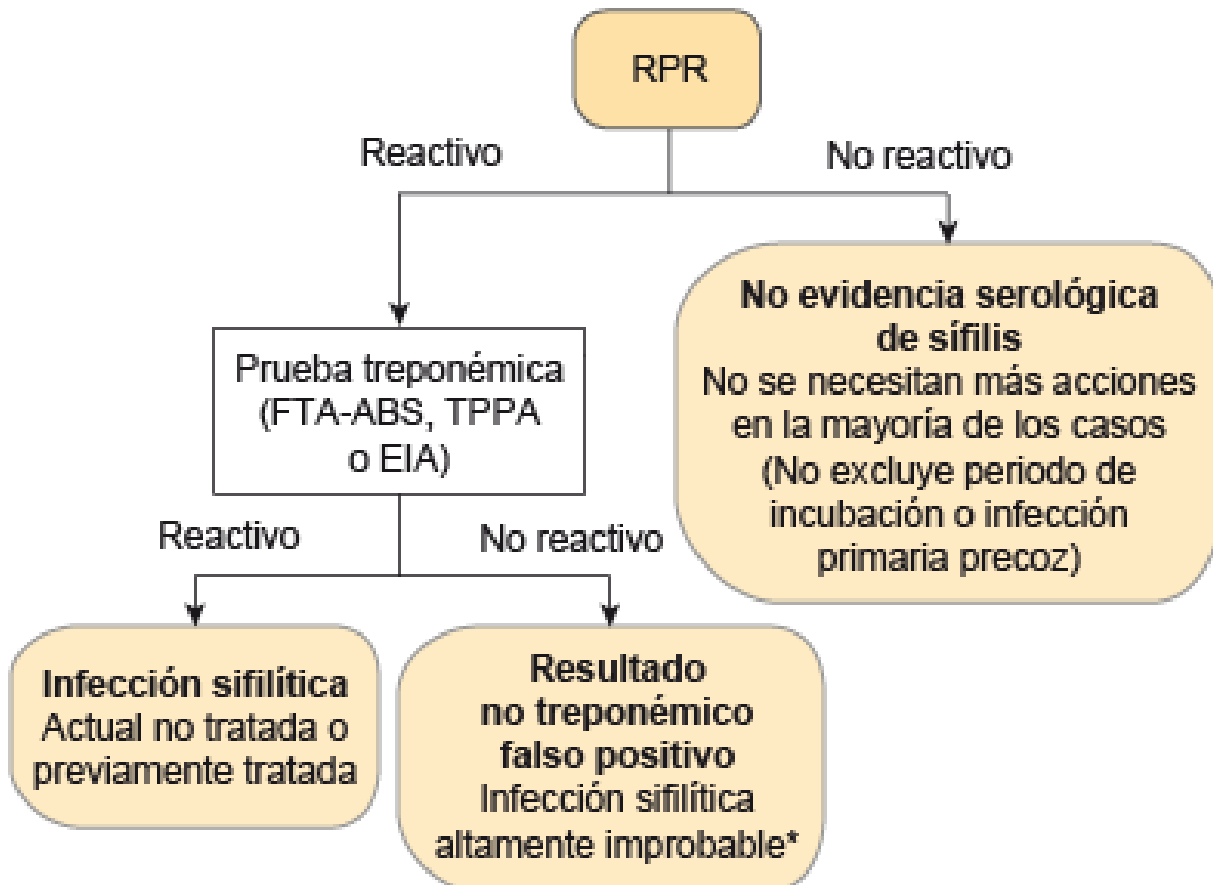


Tabla 7. Interpretación de pruebas diagnósticas.

Reagínicas (VDRL/RPR)	Treponémicas (FTA)	Interpretación
-	-	Ausencia de sífilis. Sífilis primaria muy precoz (<3-4 semanas).
+	-	Falso positivo (otros treponemas).
+	+	Sífilis en cualquier estadio de tratamiento, con tratamiento iniciado reciente o tratamiento incorrecto. Reinfección (VDRL/RPR con títulos altos en aumento).
-	+	Sífilis primaria precoz. Sífilis secundaria. Sífilis latente tardía. Sífilis tratada correctamente. Falso positivo (otros treponemas).

TRATAMIENTO SÍFILIS

	TTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVO	SEGUIMIENTO
PRIMARIA, SECUNDARIA O LATENTE PRECOZ	Penicilina G benzatina 2.4 millones de UI I. (dosis única)	- Doxiciclina (100 mg/12h durante 2 semanas) - Azitromicina (2 g en dosis única)	Control clínico y serológico (prueba no treponémica) 6 y 12 meses. - Pacientes con sífilis latente las pruebas no treponémicas se harán: 6, 12 y 24 meses
LATENTE TARDÍA, DE DURACIÓN DESCONOCIDA O TERCIARIA	Penicilina benzatina 2.4 millones de UI I.M./semana (3 semanas (días 0, 7 y 14))	- Doxiciclina (100 mg/12h durante 4 semanas)	Controles serológicos (pruebas no treponémicas) 6, 12, y 24 meses 8
NEUROSÍFILIS Y SÍFILIS OFTÁLMICA Y ÓTICA	Penicilina G sódica 3-4 millones UI (I.V cada 4 horas o 18-24 millones en infusión continua, ambas durante 10-14 días)	Penicilina G procaina 2.4 millones de UI I.M al día más probenecid (500 mg/6 horas) durante 10-14 días. - En los alérgico a la penicilina se recomienda la desensibilización y posterior tratamiento con penicilina - Ceftriaxona (2 g I.V. al día durante 10-14 días)	Evaluación del LCR cada 6 meses hasta lograr la total normalidad del LCR

Table 1 Treatment of syphilis in adults

Early syphilis (Primary, Secondary and Early latent, i.e. acquired <1 year previously)

First-line therapy option:

- Benzathine penicillin G (BPG) 2.4 million units intramuscularly (IM) (one injection of 2.4 million units or 1.2 million units in each buttock) on day 1

Second-line therapy option:

- Procaine penicillin 600 000 units IM daily for 10–14 days, i.e. if BPG is not available

Bleeding disorders:

- Ceftriaxone 1g intravenously (IV) daily for 10 days
- Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally for 14 days

Penicillin allergy or parenteral treatment refused:

- Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally for 14 days

Late latent (i.e. acquired ≥ 1 year previously or of unknown duration), cardiovascular and gummatous syphilis

First-line therapy option:

- BPG 2.4 million units IM (one injection 2.4 million units single dose or 1.2 million units in each buttock) weekly on day 1, 8 and 15

Second-line therapy option:

- Procaine penicillin 600 000 units IM daily during 17–21 days, i.e. if BPG is not available

Penicillin allergy or parenteral treatment refused:

- Some specialists recommend penicillin desensitization as the evidence base for the use of non-penicillin regimens is weak.
 - Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally during 21–28 days.
-

Neurosyphilis, ocular and auricular syphilis

First-line therapy option:

- Benzyl penicillin 18–24 million units IV daily, as 3-4 million units every 4 hours for 10–14 day

Second-line therapy option:

- If hospitalization and IV benzyl penicillin is impossible
- Ceftriaxone 1–2 g IV daily for 10–14 days
- Procaine penicillin 1.2–2.4 million units IM daily AND probenecid 500 mg four times daily, both for 10–14 days

Penicillin allergy:

- Desensitization to penicillin followed by the first-line regimen

Pregnancy

First-line option for treatment of early syphilis (i.e. acquired <1 year previously):

- BPG 2.4 million units IM single dose (or 1.2 million units in each buttock)

Second-line therapy option:

- Procaine penicillin 600 000 units IM daily for 10–14 days, i.e. if BPG is not available

Penicillin allergy.

- Desensitization to penicillin followed by the first-line regimen

HIV-infected patients

Treatment of syphilis in patients with concomitant HIV infection

- Treatment should be given as for non-HIV-infected patients.
-

LINFOGRANULOMA VENÉREO



- Etiología Chlamydia trachomatis, genotipo L1-3
- PI: 3- 30 días.
- **Lesión primaria:** aparece en el sitio de inoculación después del contacto, pústula indolora que se ulcera. (cura sin cicatriz). se localiza en parte superior de la vagina, uretra o recto.
- **Estadio secundario:** Después de 3-6 meses aparece afectación linfática que se manifiesta como un síndrome inguinal o anogenitorrectal acompañado de adenopatías unilaterales, fiebre, artromialgias y malestar general.
- Ocasionalmente, se producen artritis, neumonitis, hepatitis, eritema nodoso y eritema multiforme.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

- **DIAGNÓSTICO:**

- Clínico
- Cultivo: aislamiento *C. Trachomatis*
- PCR. ID serovariedad

- **TRATAMIENTO:**

- Doxiciclina 100 mg/12horas durante 21 días
- Alternativas eritromicina 500 mg/6h 21 días o azitromicina 1 gr/semanal durante 3 semanas
- Se recomienda el estudio sistemático de LGV a todos los HSH que refieran prácticas anales receptivas en los 6 meses previos **(A-II)**.
- Existe una asociación significativa entre el VIH y el LGV **(A-I)**.

REFERENCIAS

Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, Geretti A, Nilsen A, Lautenschlager S, et al. 2017 European guidelines for the management of genital herpes. *Int J STD AIDS*. diciembre de 2017;28(14):1366-79.

Unemo M, Ross J, Serwin A, Gomberg M, Cusini M, Jensen J. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 29 de octubre de 2020;095646242094912.

Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *Acad Dermatol Venereol*. marzo de 2021;35(3):574-88.
Borrel Martínez JM, Rodríguez Vicente JM. Guía de buena práctica clínica en infecciones de transmisión sexual. Madrid: OMC IM & C; 2011.

Molina JPM. ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Besa Castellà M, Agustí Benito C, Roca Saumell C, Mascort Roca JJ. Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (I). *Epidemiología. Síndrome secretor. Atención Primaria*. mayo de 2023;55(5):102597.

Polo R, Palacios R, Barberá MJ, Blanco JL. PANEL DE EXPERTOS DE GeSIDA.

