

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Sumario

- **INTRODUCCIÓN**
- **DIAGNÓSTICO**
- **ITS QUE PRODUCEN URETRITIS, CERVICITIS, PROCTITIS Y/O FARINGITIS**
 - Chlamydia
 - Gonorrea
- **ITS QUE PRODUCEN ÚLCERAS**
 - Herpes genital
 - Sífilis
 - Chancro blando
 - Linfogranuloma venéreo
- **INFECCIONES QUE PRODUCEN SECRECIÓN VAGINAL**
 - Tricomoniasis
 - Vaginosis bacteriana
 - Vulvovaginitis por Candida
- **OTRAS**
 - Condilomas (verrugas genitales por VPH)

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

Para evitar el incremento de ITS, la clave está en la prevención

En este INFAC se revisa el manejo y tratamiento de las ITS recogidas en el sumario, excluyendo el VIH, hepatitis e infecciones entéricas. También se incluyen otras patologías muy frecuentes en la consulta diaria, que aun no siendo propiamente ITS, se suelen abordar junto a éstas debido a su localización genital (vaginosis bacteriana y vulvovaginitis por Candida).

DIAGNÓSTICO

Ante un paciente con una posible ITS, se debe realizar³:

- **Historia clínica** que debe recoger el motivo de la consulta, los síntomas principales, y la historia sexual. Además, se

deben valorar las posibles conductas de riesgo: parejas sexuales, prácticas sexuales, protección contra las ITS y antecedentes de ITS.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo. El fracaso en el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS puede producir importantes complicaciones y secuelas: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infertilidad, embarazos ectópicos, cánceres anogenitales y morbilidad neonatal. Existe además un elevado grado de asociación de las ITS clásicas con la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): las ITS incrementan el riesgo de transmisión sexual del VIH^{1,2}.

Las infecciones gonocócicas, la sífilis y otras ITS disminuyeron en Europa a finales de los años 80 y principios de los 90, como consecuencia de las campañas de prevención del SIDA. No obstante, desde la segunda mitad de los 90 el número de estas infecciones se ha incrementado considerablemente, y el País Vasco no ha sido ajeno a este cambio^{1,2}.

Tabla 1. Centros especializados en ITS

Centros ITS	Dirección	Teléfono y horarios de consulta
Bizkaia CS Bombero Etxaniz	C/ Plaza Bombero Etxaniz, 1 48010 Bilbao	De lunes a viernes por la mañana. La cita previa se puede solicitar en el nº de teléfono 946 00 69 69 de 8.30 h a 13.30 h de lunes a viernes
Gipuzkoa Plan SIDA	C/ Avda Navarra, 4 20013 Donostia	Martes y jueves de 10 h a 13.30 h. La cita previa se puede solicitar en los nº de teléfono: 943 00 64 64 ó 943 00 64 57, de 8 h a 13.30 h de lunes a viernes
Araba Hospital Txagorritxu	C/ José Abxotegi, s/n 01009 Vitoria-Gasteiz	Martes de 16 a 18 h. La cita previa se puede solicitar en el nº de teléfono 945 00 71 00

El manejo adecuado de las ITS se basa en cinco aspectos básicos: diagnóstico, tratamiento, evaluación de contactos sexuales, educación y notificación del caso³. Todo ello da la oportunidad no sólo de proporcionar un tratamiento eficaz disminuyendo la aparición de complicaciones y secuelas, sino que permite detectar conductas sexuales de riesgo y prevenir su aparición. Para hacer frente a todos estos aspectos se crearon los centros especializados en ITS (ver tabla 1) donde, además, se realizan revisiones periódicas y cribado en personas que ejercen la prostitución o que presentan situaciones de riesgo de ITS. No se solicita documentación, la atención es gratuita y se garantiza una estricta confidencialidad, lo que permite la accesibilidad a un número elevado de usuarios².

- **Examen físico** de los genitales y región anal. En las mujeres, además exploración vaginal y cervical. Se debe hacer también una inspección general de la piel, de la cavidad oral y faringe, y búsqueda de adenopatías inguinales, cervicales y axilares.
- **Pruebas de laboratorio:** se debe tener acceso a pruebas serológicas de VIH, sífilis y hepatitis B, A y C pruebas específicas para la detección de *Neisseria gonorrhoeae*, Chlamydia, Trichomonas, Virus *Herpes simplex*, Candida y microscopía para pruebas directas (tinción de Gram y extensión en fresco) de secreciones uretrales y vaginales.

ITS QUE PRODUCEN URETRITIS, CERVICITIS, PROCTITIS Y/O FARINGITIS

Son patologías que se caracterizan por la presencia de secreción mucosa o mucopurulenta en el área afectada. Debido a que pueden cursar de forma asintomática (especialmente en mujeres), tanto el cribado de las personas en riesgo como el seguimiento de los contactos es esencial para el control de estas ITS⁴.

La etiología es variada, y en función de los patógenos implicados se clasifican en dos grandes grupos⁵:

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

La infección por *C. trachomatis* es la ITS bacteriana más frecuente en el mundo occidental. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes (< 25 años). Es asintomática en aproximadamente el 70-80% de las mujeres y el 50% de los hombres y las consecuencias de la infección, como en casi todas las ITS, son más graves en las mujeres.

ITS QUE PRODUCEN ÚLCERAS

La mayoría de las úlceras genitales, acompañadas de adenopatías regionales, en pacientes sexualmente activos están causadas por herpes genital y sífilis. La incidencia de otras ITS que producen esta clínica como el chancroide, el linfogranuloma venéreo o el granuloma inguinal es tan escasa que su diagnóstico es excepcional^{4,6}.

Herpes genital (VHS-1 y VHS-2 del *Herpes simplex*)

En nuestro medio es la causa más frecuente de úlcera genital (70-80% de los casos). El herpes genital es una enfermedad viral crónica causada por los tipos VHS-1 y VHS-2 del *Herpes simplex* que cursa con úlceras múltiples y dolorosas. La mayoría de los casos de herpes genital recurrente están causados por el VHS-2, pero el VHS-1 es responsable de más del 50% de los primeros episodios⁵.

La mayoría de las personas infectadas no llegan nunca a desarrollar sintomatología (infección asintomática), pero pueden infectar a otras personas. La infección se transmite por contacto directo con el virus ya sea a través de las lesiones, o por la excreción viral asintomática que presentan de forma intermitente las personas infectadas por el VHS, y que es la responsable de la mayor parte de los contagios.

El **primer episodio clínico** puede deberse a: una infección primaria, una infección inicial no primaria (infección previa en otra localización por otro tipo de herpes) o a una recurrencia.

El acceso a estas pruebas es importante porque permite, por un lado, diferenciar entre distintas patologías difíciles de distinguir clínicamente (vaginosis, tricomoniasis, candidiasis y cervicitis en la mujer, o presentaciones atípicas del herpes genital y la sífilis) y, por otro lado, permite detectar infecciones múltiples, muy frecuentes en las ITS (por ejemplo, el 20% de los casos de sífilis y 25% de las infecciones gonocócicas suelen presentar al menos otra ITS simultáneamente), y finalmente permite identificar enfermedades asintomáticas pero con consecuencias graves (por ejemplo la infección por Chlamydia).

El periodo de incubación de *C. trachomatis* es de 2-3 semanas, pero puede extenderse hasta 6 semanas, mientras que el del gonococo es más corto (2-6 días). En la infección por gonococo, la tinción Gram del exudado uretral (con presencia de diplococos gramnegativos intracelulares) es suficiente para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. **La gonorrea es una enfermedad de declaración obligatoria.**

Siempre que se solicite estudio de gonococo se debe pedir también estudio de Chlamydia, sífilis y VIH^{4,5}.

En muchas 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), por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos.

Si no se trata, la infección puede producir consecuencias serias como la EIP, la cual puede ser causa de embarazo ectópico e infertilidad. En ausencia de tratamiento la infección puede remitir en un plazo de semanas o meses, aunque el sujeto, probablemente, siga siendo contagioso^{4,5}. Ver tratamiento en la tabla 2.

La infección primaria aparece tras un periodo de incubación de 2-14 días. Los síntomas comienzan con hormigueo o dolor en la zona, seguido de la aparición de ampollas que al romperse producen úlceras dolorosas; éstas se curan en aproximadamente 10 días. Durante la 2^a-3^a semana aparecen adenopatías inguinales dolorosas, y en más de la mitad de los casos hay síntomas sistémicos.

Las manifestaciones clínicas de las **recurrencias sintomáticas** son menos intensas que en el caso anterior⁵. Son más frecuentes con el VHS-2 y su número disminuye con el paso del tiempo aunque existe una marcada variabilidad interindividual.

Los fármacos antivíricos no tienen capacidad para erradicar la infección por VHS, ya que no afectan a las poblaciones virales que se encuentran en periodo de latencia. El tratamiento del herpes genital varía en función de la fase clínica que presente el paciente, ya sea primoinfección o recurrencia. Ver tratamiento en la tabla 2.

Sífilis (*Treponema pallidum*)

La sífilis es una infección sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. **Es una enfermedad de declaración obligatoria.**

En el País Vasco se ha observado un incremento de casos a partir de 2003 con predominio de varones (95.6%), con tendencia homosexual en un 89,5%. El 29% presentan además infección por VIH².

Tabla 2. Tratamiento farmacológico de las infecciones de transmisión sexual^{4-7, 9}

TRATAMIENTO ELECCIÓN/ ALTERNATIVO	EMBARAZO	CONTACTOS SEXUALES/SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
URETRITIS, CERVICITIS (<i>Chlamydia trachomatis</i>)			
<p>Elección: Azitromicina 1 g oral dosis única ó Doxiciclina: 100 mg/12h oral 7 días.</p> <p>Alternativo: Eritromicina 500 mg/6h oral 7 días ó Claritromicina 250 mg/12h oral 7 días.</p>	<p>Azitromicina 1 g oral dosis única ó Amoxicilina 500 mg /8 h oral 7 días ó Eritromicina 500 mg/6 h oral 7 días (contraindicada la sal de estolato).</p> <p>Contraindicados: doxiciclina y quinolonas.</p>	<p>Seguimiento: no está indicado control post-tratamiento salvo en embarazadas (a las 3-4 semanas). Se recomienda efectuar de nuevo pruebas de detección a las mujeres a los 3-12 meses.</p> <p>Parejas sexuales: examinar a todos los contactos sexuales en los 60 días previos o última pareja aunque hayan pasado más de 60 días. La pareja habitual debe seguir el mismo tratamiento que el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar preservativo durante 7 días tras la toma de monodosis o hasta la finalización del antibiótico.
GONORREA (<i>Gonococo- Neisseria gonorrhoeae</i>)			
<p>Elección: Ceftriaxona 125-250 mg IM dosis única (requiere visado Inspección).</p> <p>Alternativo: Cefixima: 400 mg oral dosis única.</p>	<p>De elección: Ceftriaxona 125 -250 mg IM dosis única (requiere visado Inspección).</p> <p>Alternativa: Cefixima 400 mg oral en dosis única.</p> <p>En alergia a betalactámicos: Espectinomocina 2g IM dosis única.</p>	<p>Seguimiento: no está indicado control post-tratamiento salvo en embarazadas (a las 3-4 semanas). Se recomienda efectuar de nuevo pruebas de detección a las mujeres a los 3 meses.</p> <p>Parejas sexuales: examinar a todos los contactos sexuales en los 60 días previos o última pareja aunque hayan pasado más de 60 días. La pareja habitual debe seguir el mismo tratamiento que el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Se recomienda tratar también la frecuente coinfección con <i>C. trachomatis</i>: añadir azitromicina 1 g oral dosis única.
HERPES GENITAL (HSV-1 y HSV-2 del <i>Herpes simplex</i>)			
<p>PRIMER EPISODIO Aciclovir 400 mg/8 h oral 7-10 días ó Famciclovir 250 mg/8 h oral 7-10 días ó Valaciclovir 1 g/12 h oral 7-10 días.</p> <p>RECURRENCIAS Tratamiento episódico Aciclovir 800 mg/8 h oral 1 día ó Valaciclovir 1 g/24 h oral 5 días.</p> <p>Supresión (6-12 meses) Aciclovir 400 mg/12 h oral ó Famciclovir 250 mg/12 h oral ó Valaciclovir 1 g/24 h oral.</p>	<p>No están autorizados ya que no hay suficientes datos sobre la no teratogenicidad de los antiherpéticos.</p> <p>Bajo riesgo de afectación neonatal (< 35 semanas).</p>	<p>Parejas sexuales: tratar a parejas sintomáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Iniciar el tratamiento al comienzo de los síntomas, lo antes posible. – Recordar que las personas infectadas sin sintomatología pueden infectar a otras personas. – Tratamiento episódico: casos leves o poco frecuentes. – Dar tratamiento de supresión con > 6 recurrencias/año, recurrencias graves, complicaciones o en inmunocomprometidos.
SIFILIS (<i>Treponema pallidum</i>)			
<p>Primaria, secundaria y latente precoz Elección: Penicilina G-benzatina 2,4 mill UI IM dosis única.</p> <p>Alergia a penicilina: Doxiciclina 100 mg/12 h oral 14 días.</p> <p>Alternativa: Eritromicina 500 mg/6 h oral 14 días ó Ceftriaxona 1 g/24 h IM 7 días (precaución posible hipersensibilidad cruzada).</p>	<p>Penicilina G-benzatina 2,4 mill UI IM dosis única.</p> <p>Alergia a penicilina: Desensibilizar y tratar con ésta.</p>	<p>Seguimiento: serología (RPR) a los 6, 12 y 24 meses. En sífilis tardía investigar posible afectación cardiovascular, ocular y neurológica.</p> <p>Parejas sexuales: análisis clínico y serológico a todas las parejas de los últimos 3, 6, 12 y 24 meses en chancro primario, lesiones del secundarismo, sífilis latente precoz y sífilis tardía respectivamente. Si resultado negativo repetir a las 6 semanas y 3 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar test de VIH debido a la frecuente asociación entre ambas infecciones. En caso de prueba negativa inicial debe repetirse a los 3 meses. – Recordar la posible aparición de la reacción de <i>Jarisch Herxheimer</i> en las 24 h posteriores al tratamiento debido a la destrucción masiva de treponemas. – Evitar los contactos sexuales hasta que las úlceras sifilíticas se hayan curado por completo. – El haber tenido sífilis no protege de padecerla de nuevo.
<p>Latente tardía y terciaria Elección: Penicilina G-benzatina 2,4 mill UI/semana IM 3 semanas.</p> <p>Alergia a penicilina: Doxiciclina 100 mg/12 h ó 200 mg/24 h oral 28 días.</p>	<p>Penicilina G-benzatina 2,4 mill UI vía IM 3 semanas.</p> <p>Alergia a penicilina: Desensibilizar y tratar con ésta.</p>		
LINFOGRANULOMA VENÉREO (serotipos invasivos L1, L2 y L3 de <i>Chlamydia trachomatis</i>)			
<p>Elección: Doxiciclina 100 mg/12 h oral 21 días o hasta desaparición de lesiones.</p> <p>Alternativo: Eritromicina 500 mg/6 h oral 21 días ó Azitromicina 1 g/semana oral 3 semanas.</p>	<p>Eritromicina 500 mg/6 h oral 21 días.</p> <p>Contraindicada: doxiciclina.</p>	<p>Seguimiento: hasta resolución clínica (3-6 semanas).</p> <p>Parejas sexuales: tratamiento empírico en parejas de los 60 días previos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – En ocasiones son necesarios varios ciclos de tratamiento alternando los antibióticos.

TRATAMIENTO ELECCIÓN/ ALTERNATIVO	EMBARAZO	CONTACTOS SEXUALES/SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
CHANCRO BLANDO (<i>Haemophilus ducreyii</i>)			
<p>Elección: Azitromicina 1 g oral dosis única.</p> <p>Alternativo: Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.</p>	<p>Ceftriaxona 250 mg vía dosis única ó Eritromicina 500 mg/6 h oral 7 días.</p> <p>Contraindicado: quinolonas.</p>	<p>Seguimiento: revisión a los 3-7 días del inicio del tratamiento. La curación de las úlceras puede tardar hasta 2 semanas y la de la adenopatía hasta 2-3 semanas más.</p> <p>Parejas sexuales: tratar a las parejas sexuales de los 10-15 últimos días aunque estén asintomáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – El tratamiento consigue la erradicación del <i>H. ducreyii</i>.
TRICOMONIASIS (<i>Trichomonas vaginalis</i>)			
<p>Elección: Metronidazol o Tinidazol 2 g oral dosis única.</p> <p>Recurrencias: Metronidazol 500 mg/12 h oral 7 días ó Tinidazol 2 g oral dosis única.</p> <p>Fracaso terapéutico: Tinidazol 2 g /24 h oral 3-5 días.</p>	<p>Metronidazol 2 g oral dosis única.</p>	<p>Seguimiento: no es necesario.</p> <p>Parejas sexuales: estudiar todos los contactos sexuales.</p> <p>Utilizar preservativo hasta que ambos miembros de la pareja hayan sido tratados y estén asintomáticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Por no existir alternativa al tratamiento con nitroimidazoles de <i>T. vaginalis</i>, en los pacientes que presenten hipersensibilidad a estos fármacos, se debe optar por la desensibilización. – Recordar la posible aparición del efecto antabús con tinidazol y metronidazol. – Metronidazol gel intravaginal no es eficaz.
VAGINOSIS BACTERIANA			
<p>Elección: Metronidazol 500 mg/12 h oral 7 días ó Metronidazol gel 0.75% 5 g intravaginal antes de acostarse 5 días ó Clindamicina crema 2% 5 g intravaginal antes de acostarse 7 días.</p> <p>Recurrencias: Tratamiento durante 10-14 días.</p> <p>Alternativo: Clindamicina 300 mg/12 h oral 7 días ó 100 mg óvulos antes de acostarse 3 días.</p>	<p>Tratar a las que presenten síntomas así como aquellas que aún estando asintomáticas tengan riesgo de parto prematuro:</p> <p>Metronidazol 500 mg/12h oral 7 días ó Clindamicina 300 mg/12h oral 7 días.</p> <p>No dar tratamiento tópico.</p>	<p>Seguimiento: no es preciso, salvo en embarazadas (control post-tratamiento a las 4 semanas).</p> <p>Parejas sexuales: no se recomienda tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Si se dan varios episodios al año se debe intervenir sobre distintos hábitos que pueden favorecer la aparición de esta patología, como el uso de duchas vaginales. – Las mujeres que utilizan metronidazol oral tienen una incidencia mayor de vaginitis candidiásica tras finalizar el tratamiento.
VULVOVAGINITIS POR CÁNDIDA (<i>Candida albicans</i>)			
<p>Elección: Clotrimazol 1% crema intravaginal 5 g/día 7 días ó 500 mg comp vaginal dosis única ó 100 mg 1 comp vaginal /día 7 días ó 100 mg 2 comp vaginal /día 3 días ó Miconazol 2% crema intravaginal 5 g/día 7 días ó Miconazol 100 mg 1 óvulo/día 7 días. Ampliar a 7-14 días en <i>C. glabrata</i> y a 14-21 días en vulvitis y balanitis.</p> <p>Alternativo: Fluconazol 150 mg oral dosis única.</p> <p>Hipersensibilidad a azoles: nistatina, ciclopiroxolamina.</p> <p>Recurrencias: (≥4 episodios sintomáticos al año): Tratamiento tópico imidazólico 7-14 días ó Fluconazol 100-150-200 mg oral cada 3 días, un total de 3 dosis (días 1, 4, 7).</p>	<p>Únicamente tratamiento tópico vulvar y/o intravaginal con imidazólico 7 días.</p>	<p>Parejas sexuales: no es necesario el tratamiento.</p> <p>Algunas parejas masculinas (especialmente en pacientes diabéticos o con inmunocompromiso celular) pueden presentar cuadros sintomáticos de balanitis o balanopostitis candidiásica que precisan tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Mayor incidencia durante el embarazo, especialmente en la 2ª mitad del mismo. – Realizar el tratamiento farmacológico tras lavado y secado cuidadoso de la región vulvar y periné. – Se puede producir fracaso terapéutico por resistencia de <i>Candida spp</i> a aquellos azoles que se han usado reiteradas veces, incluso en ocasiones sin receta médica. – La aplicación de azoles en preparaciones de base oleosa puede alterar las propiedades de los preservativos de látex y diafragmas, facilitando su rotura. – El fluconazol o itraconazol oral pueden interactuar con múltiples fármacos. – El tratamiento supresivo de mantenimiento es efectivo para reducir las recurrencias: una dosis de fluconazol (100-150-200 mg) oral semanalmente durante 6 meses.
CONDILOMAS ACUMINADOS O VERRUGAS GENITALES (<i>Virus Papiloma Humano - VPH</i>)			
<p>Elección: Podofilotoxina 0,5% solución: 1 pincelada/12 h 3 días seguido de 4 días sin tratamiento. Repetir este ciclo hasta 4 veces ó Imiquimod 5% crema: 1 aplicación nocturna 3 veces/semana, (máximo 16 semanas) ó Cirugía, láser, crioterapia con nitrógeno líquido: repetir cada 1-2 semanas.</p>	<p>No se ha establecido seguridad de podofilotoxina e imiquimod durante el embarazo.</p>	<p>Seguimiento: evaluar a los 3 meses tras el tratamiento (recurrencias frecuentes durante este periodo).</p> <p>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.</p>	

La úlcera sifilítica (chancro) aparece principalmente en los genitales externos, la vagina, el ano o el recto. También puede localizarse en los labios y en la boca. Las mujeres embarazadas pueden transmitir la enfermedad al feto (sífilis congénita)⁵.

La infección atraviesa varios estadios clínicos. La **sífilis primaria** aparece aproximadamente 21 días tras la exposición como una lesión indurada no purulenta, solitaria e indolora (chancro) en el lugar de inoculación. La **sífilis secundaria** se desarrolla de 4 a 10 semanas después del chancro primario, y en el 70% de los pacientes aparece un exantema que puede durar desde varias semanas a un año si no se trata. La erupción cutánea es muy variable (por eso se le ha llamado a la sífilis «la gran simuladora»), y a veces puede ser casi inapreciable. Tras 2-12 semanas sin tratamiento la sífilis secundaria entra en la fase de latencia, caracterizada por la ausencia de manifestaciones clínicas, pero con datos serológicos de infección. Se considera fase de **latencia precoz** cuando la infección se ha producido en los últimos doce meses y fase de **latencia tardía** cuando se ha producido hace más de 12 meses o se desconoce el momento del contagio^{5,7}. Por último, algunos pacientes desarrollan la fase de **sífilis terciaria**, con diversas manifestaciones clínicas (afectación neurológica-neurosífilis, cardiovascular, etc.).

Estas infecciones se asocian con un incremento del riesgo de infección por VIH

El comienzo del tratamiento es esencial en la sífilis primaria, secundaria y latente precoz que son los periodos contagiosos.

Para el diagnóstico, además de las manifestaciones clínicas se deben realizar pruebas de laboratorio^{5, 6,8}:

Pruebas serológicas: A) Pruebas no treponémicas (VDRL o RPR): detectan anticuerpos no específicos por lo que pueden dar falsos positivos (otras infecciones, inmunizaciones recientes, embarazo, etc.) o falsos negativos (el 25% de los pacientes no son reactivos a estas pruebas). Necesitan siempre confirmación con una prueba treponémica. Son marcadores de infectividad y reinfección y se utilizan para el control y la evolución del tratamiento, ya que sus títulos descienden (y, en ocasiones, se negativizan) después de éste.

B) Pruebas treponémicas (EIA, FTA-ABS, TPHA...): detectan anticuerpos específicos y se usan para confirmar el diagnóstico. No son útiles para el seguimiento ya que normalmente permanecen positivos independientemente del tratamiento o del estado de actividad de la enfermedad.

En pacientes sintomáticos con lesiones sugestivas de sífilis primaria o secundaria se pueden usar **métodos de detección directa** (p.ej. PCR) de treponemas en el exudado de la lesión. Son pruebas definitivas para asegurar el diagnóstico de la sífilis de manera temprana, antes de la positivización de las pruebas serológicas. Ver tratamiento en la tabla 2.

Linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*)

Causado por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*, serotipos que son más invasivos y afectan principalmente al tejido linfático. Presenta una incidencia muy baja excepto en algunas regiones de India y África sub-sahariana. Sin embargo, a partir de 2004, se han observado brotes en diferentes países europeos, en los que todos los casos han aparecido en homosexuales que han presentado un síndrome rectal y han estado coinfectados con otras ITS.

La lesión primaria, que aparece tras un periodo de incubación de 3-30 días, es una pápula o vesícula no dolorosa en glándula o vagina que cura rápidamente. Tras 2-6 semanas aparece adenopatía femoral o inguinal dolorosa (si la inoculación es en el pene o vagina) que drena un exudado purulento, o bien un cuadro de proctitis con exudado y rectorragia sin adenopatías (si la inoculación es rectal).

Es una infección invasiva que si no se trata puede dar lugar a fistulas colorrectales crónicas^{5,6}. Ver tratamiento en la tabla 2.

Chancro blando (*Haemophilus ducreyji*)

El chancroide está causado por *Haemophilus ducreyji*. Aunque es una patología muy poco frecuente en nuestro medio, es muy prevalente en África sub-sahariana, sureste asiático y en menor grado en los países caribeños.

Produce 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 tienen una evolución de 2-3 semanas⁵. Ver tratamiento en la tabla 2.

INFECCIONES QUE PRODUCEN SECRECIÓN VAGINAL

Debido a la sintomatología que suele acompañarlas, son el motivo más frecuente de consulta en mujeres. De las tres patologías que producen secreción vaginal sólo una de ellas, la tricomoniasis, es una ITS; las otras dos (vaginosis bacteriana, vulvovaginitis por *Candida*) son producidas por desequilibrios en la flora del ecosistema vaginal⁴.

Tricomoniasis

Su incidencia ha disminuido de forma importante en nuestro medio. No obstante, también es cierto que al menos el 50% de las infecciones en la mujer y más del 90% en el hombre cursan de forma asintomática, motivo por el cual se podría infravalorar su incidencia⁴. Ver tratamiento en la tabla 2.

Tabla 3. Características del flujo vaginal según la causa⁹

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa	Indiferente
Tricomoniasis	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente

Vaginosis bacteriana

Es la causa más prevalente de secreción vaginal y/o mal olor. No está claro si se transmite a través de las relaciones sexuales.

El objetivo del tratamiento es eliminar la sintomatología que refiere la paciente; por tanto, los hallazgos microbiológicos en mujeres asintomáticas no tienen por qué ser tratados, excepto cuando la mujer va a ser sometida a intervenciones quirúrgicas que afecten a su aparato genital y probablemente en portadoras de DIU para evitar complicaciones en tracto genital alto⁴. Ver tratamiento en la tabla 2.

OTRAS

Condilomas acuminados o verrugas genitales (Virus Papiloma Humano VPH)

La infección por VPH es la ITS más prevalente, se estima que el 50-75% de las personas sexualmente activas adquirirán la infección por HPV en algún momento de su vida, sin embargo, solo el 1% de las personas infectadas desarrollará patología producida por este virus⁴. Los agentes etiológicos más frecuentes son los tipos 6 y 11, los cuales se asocian con lesiones benignas: condilomas o verrugas anogenitales. Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 se asocian con el desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) y carcinoma de cérvix⁵.

Vulvovaginitis por Candida

Es una patología muy frecuente en la mujer. Causada en al menos un 90% de los casos por *Candida albicans*.

El objetivo del tratamiento es la curación de la sintomatología que produce, ya que *Candida spp* puede formar parte de la flora vaginal normal, sin dar lugar a patología, por tanto sólo se debe prescribir tratamiento a las mujeres sintomáticas⁴. Ver tratamiento en la tabla 2.

Las verrugas genitales pueden presentarse como lesiones exofíticas (condilomas acuminados), papulares, queratósicas o maculares. 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. Si no se tratan, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente, permanecer o aumentar en tamaño y número. El objetivo del tratamiento es que las lesiones visibles desaparezcan. No está indicado tratar las infecciones subclínicas.

Los tratamientos pueden reducir pero probablemente no eliminar la infectividad del VPH^{5,6}. Ver tratamiento en la tabla 2.

Agradecimientos: agradecemos a Josefina López de Munain, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

- López de Munain J, Esteban V, Rueda JR, Ezpeleta G, Cámara MM, Arrillaga A, Lorenzo JM, Camino X. Las infecciones de transmisión sexual. Situación en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe de evaluación D-07-03: Osteba.
- El resurgir de las Infecciones gonocócicas y sífilis. Boletín Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2008; 23:13-14. Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net> (Accedido el 25/11/2009).
- López de Munain J, Cámara MM. El resurgir de las Enfermedades de Transmisión sexual: Enfoque de los pacientes. JANO. 2004; LXVII(1544): 2053-2058.
- Ballesteros Martín J. Enfermedades de transmisión sexual: actualización de su abordaje. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007;31:39-54.
- Infecciones de transmisión sexual. Boletín de Uso Racional del Medicamento del Servicio Cántabro de Salud. 2008(1):1-12. Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?id=4&id2=19> (Accedido el 14-09-2009).
- CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR. 2006;55 (No. RR-11).
- Wasik M, Djuric M. A review of common sexually transmitted diseases. Formulary. 2009;44:78-85.
- Ooi C. Testing for sexually transmitted infections. Aust Prescr. 2007;30:8-13.
- Vulvovaginitis. Guías Clínicas Fisterra. 2008. Disponible en <http://www.fisterra.com/fisterra/> (Accedido el 23/11/2009).

Fecha de revisión bibliográfica: noviembre 2009

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Garbiñe López, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloqui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99