

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Vallejo Hernández R, Rosa G ME, Ortega Polar E, Gómez González del Tánago P, Panadero Carlavilla FJ

RESUMEN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual, aunque también se pueden transmitir por uso compartido de jeringas, a través de la sangre o por transmisión vertical a través del canal del parto. La tasa de incidencia sigue siendo alta entre la población, por ello, y para intentar minimizar esta cifra es importante hacer hincapié en la educación sexual, en especial en los adolescentes y promover el uso de método de barrera (preservativo) para evitar el contagio.

- **Vallejo Hernández R, Rosa G ME, Ortega Polar E, Gómez González del Tánago P, Panadero Carlavilla FJ.** Enfermedades de transmisión sexual (ETS): *Panorama Actual Med* 2018; 42(413): XXX-XXX

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las ETS en el momento actual, está aumentando de forma permanente y de manera exponencial, considerando además la aparición de nuevas modalidades de presentación clínica de algunas enfermedades clásicas. Existen poblaciones más susceptibles que otras, tanto en cuanto al riesgo de adquirir una ETS, como en lo referente a la posibilidad de desarrollar complicaciones en el curso de la misma y/o secuelas irreversibles a largo plazo. Toda persona sexualmente activa puede presentar una ETS, pero en la actualidad se consideran poblaciones más vulnerables a los adolescentes, homosexuales, sujetos transgénero, usuarios de drogas y trabajadores sexuales de ambos sexos.

En este artículo se van a abordar aspectos generales de estas patologías. El Virus de La Inmunodeficiencia Humana (VIH), se va a mencionar por ser considerada ETS aunque debido a la amplitud del tema y a los grandes avances en los últimos años se mencionará en otro artículo de forma independiente.

URETRITIS Y CERVICITIS

La presencia de secreción mucosa, purulenta o mucopurulenta en uretra o cérvix en cualquier persona sexualmente activa sugiere la posibilidad de que exista una ETS. Las uretritis en el varón son frecuentemente sintomáticas, pero tanto las cervicitis como las uretritis en mujeres suelen ser asintomáticas o con escasa sintomatología.

Tradicionalmente las uretritis y cervicitis se clasifican como gonocócicas, (producidas por *Neisseria gonorrhoeae*), y no gonocócicas. Entre las no gonocócicas, la producida por *Chlamydia trachomatis* es la más frecuente, seguida de la causada por micoplasmas (*Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*). Otros agentes etiológicos pueden ser *Trichomonas vaginalis*, virus herpes simple (VHS), adenovirus, *Haemophilus influenzae* y algunos hongos; muy excepcionalmente, se detectan uretritis por *Escherichia coli* relacionadas con la práctica de coito anal.

Entre las manifestaciones clínicas de la uretritis encontramos la secreción o descarga uretral que suele ser de aspecto purulento en la uretritis gonocócica y de aspecto claro, mucoso, en la uretritis por *C. trachomatis*.



Uretritis gonocócica



Cervicitis

Puede acompañarse de síntomas en relación con la micción, sobre todo disuria y polaquiuria.

En la cervicitis, cuando existen síntomas, podemos observar aumento del flujo vaginal, dolor en hipogastrio, dispareunia, amenorrea, sangrado posmenstrual o poscoital. Es necesario tener en cuenta el inicio de los síntomas, ya que si los síntomas son agudos suele ser por causa gonocócica, cuyo período de incubación es de 2 a 5 días, mientras que en las uretritis no gonocócicas suele ser de 7 a 14 días. En la uretritis gonocócica tan solo un pequeño porcentaje de los casos es asintomático (1-3%), mientras que en la no gonocócica este porcentaje puede llegar hasta el 50%. No debemos despreciar un porcentaje elevado de casos, (hasta el 30-50% según algunos autores) en los que se producen uretritis de etiología mixta, gonococia y no gonocócica, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento.

En la exploración física del varón suele existir una secreción uretral espontánea, mucopurulenta o purulenta, escasa o abundante. Eritema del meato

con/sin dolor irradiado a epidídimo y/o testículos. En la exploración física de la mujer podemos encontrar, secreción cervical mucopurulenta, ectopia cervical y/o sangrado endocervical aunque en la mitad de las mujeres no se presentan síntomas.

Unas de las complicaciones más importantes de las uretritis en varones son las epididimitis y orquitis, aunque estas son infrecuentes (menos del 3%) en las uretritis no gonocócicas o por *C. trachomatis*. Otra complicación que puede ocurrir es la aparición de un síndrome de Reiter por diseminación hematogena desde las mucosas infectadas, aunque este hecho es poco probable (1-2%).

En la cervicitis la complicación más frecuente es el desarrollo de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), asociada con las cervicitis producidas por *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*, y que podría suponer un cuadro infeccioso grave, o incluso tener transcendencia de cara a la fertilidad futura de la paciente

Para el diagnóstico es necesario tomar muestras del exudado genital y realizar serologías para descartar la coexistencia de otras ETS.

Respecto al **tratamiento de las uretritis y /o cervicitis conócicas** es ideal realizar el antibiograma para detectar la sensibilidad o la resistencia del agente etiológico a los antibióticos. El tratamiento de primera elección es **ceftriaxona, 250 mg IM**, dosis única. La ceftriaxona es segura y efectiva en todos los sitios anatómicos (urogenital, anorrectal y faríngeo). En pacientes **alérgicos a cefalosporinas se emplea azitromicina 2 g vía oral** dosis única (muchas veces con intolerancia digestiva). Los pacientes co-infectados con el VIH se tratan del mismo modo.

Se tratarán todos los contactos sexuales recientes aún sin sintomatología o clínica. Se debe investigar posibles parejas sexuales del paciente con las que éste haya mantenido relaciones en las 6 semanas

anteriores a la aparición de los síntomas. Estos pacientes no requieren seguimiento médico posterior al tratamiento.

Para el **tratamiento de las uretritis y/o cervicitis no gonocócicas**, el agente etiológico más frecuente es *Chlamydia trachomatis*, aunque el tratamiento indicado también cubriría una infección por *Mycoplasma* o por *Ureaplasma*. Podremos utilizar **azitromicina, vía oral** 1g única dosis ó **doxiciclina, vía oral** 100 mg 2 veces al día durante 7 a 10 días. El tratamiento alternativo es eritromicina 500 mg vía oral 4 veces al día durante 7 o levofloxacino 500 mg vía oral una vez al día durante 7 días. Estos pacientes no requieren seguimiento médico posterior al tratamiento si no existe persistencia de los síntomas.

ÚLCERAS GENITALES

Las úlceras son pérdidas de continuidad de la piel y/o las mucosas. Cuando se localizan en los genitales son generalmente manifestaciones de una ETS, siendo las más frecuentes el herpes simple y la sífilis. En países tropicales, y excepcionalmente en países desarrollados, pueden ser causadas por chancroide o chancro blando, granuloma inguinal o donovanosis y linfogranuloma venéreo (LGV). Aunque menos frecuentemente, las úlceras genitales pueden deberse a causas no infecciosas, entre las que hay que descartar las enfermedades autoinmunes (enfermedad de Crohn, de Behçet o los pénfigos) o por dermatosis metabólicas.

CHANCROIDE (CHANCRO BLANDO, ULCUS MOLLE)

Se produce por *Haemophilus ducreyi* cuyo período de incubación es de 3-7 días. Entre las manifestaciones clínicas se encuentran la presencia de una pápula roja que se convierte en pústula y luego en una úlcera redonda u oval de borde irregular, sensible y dolorosa. Pueden aparecer úlceras satélites. En el 50% de los casos hay adenitis inguinal uni o bilateral fluctuante con posible supuración.



Chancroide

En la exploración física es posible observar una o más úlceras que se localizan en el introito vaginal o labios en la mujer, o en glande y prepucio en varones. Las úlceras suelen ser muy dolorosas y es frecuente la existencia de un eritema con los bordes excavados. Pueden aparecer linfadenopatías inguinales uni o bilaterales; que presentan eritema suprayacente, dolor y fluctuación ocasional.

No existe una prueba diagnóstica específica que determine sin apelativos la existencia de un chancroide pero ante la sospecha es necesario realizar serologías para ETS (VIH, sífilis y hepatitis B), así como pruebas microbiológicas para detectar *Chlamydia*, *Gonorrhea* o *Virus del Herpes Simple*.

Hay diferentes opciones de tratamiento: **azitromicina vía oral**, 1 gramo, única dosis ó **ceftriaxona intramuscular, 250 mg única dosis** ó ciprofloxacino vía oral, 500 mg cada 12 horas durante 3 días ó eritromicina vía oral, 500mg oral, cada 8 horas durante 7 días. La enfermedad se considera curada cuando resuelven totalmente todas las lesiones.

Deben ser tratados los contactos sexuales de hasta 10 días antes del inicio de la enfermedad del paciente índice, aun en ausencia de síntomas, deberán ser tratados con cualquiera de los tratamientos propuestos anteriormente. La mujer puede ser portadora asintomática.

GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)

Infección granulomatosa crónica de genitales y piel circundante. Esta enfermedad es habitualmente de transmisión sexual, aunque existen casos pediátricos, atribuidos a transmisión a través del canal del parto. Su etiología es *Klebsiella granulomatis* con un período de incubación de 50 días. Entre las manifestaciones clínicas encontramos una lesión inicial que es una pápula o nódulo firme que se abre formando una úlcera bien delimitada, con bordes inclinados en pendiente, e indolora. Esta lesión puede evolucionar hacia la curación o hacia la destrucción de los tejidos circundantes, extendiéndose con rapidez. Suele acompañarse de la existencia de adenitis. En la exploración física se han descrito 4 variantes:

- **Ulcerogranulomatosa**, con un tejido de granulación exuberante y rojizo que produce sangrado al roce.
- **Hipertrófica**, con lesiones exofíticas de aspecto verrucoso.
- **Necrótica**, con úlceras profundas y abundante destrucción tisular.
- **Esclerótica**, caracterizada por fibrosis extensa a veces con estenosis uretral. Suele afectar al pene o vulva, aunque a veces se localiza también en región perianal.



El tratamiento es **azitromicina** (de primera elección): 1 g por semana vía oral durante tres semanas o hasta cicatrización completa ó doxiciclina: 200 mg por día vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa ó ciprofloxacino: 750 mg c/12 hs vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa. ó eritromicina: 500 mg c/4 hs vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa ó trimetoprima-sulfametoxazol (160/800mg): 2 por día vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa.

Deberían ser tratadas todas aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con un enfermo de donovanosis dentro de los 60 días de inicio de los síntomas. Se discute la indicación de un tratamiento en contactos asintomáticos.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LINFOGRANULOMA INGUINAL, ENFERMEDAD DE NICOLÁS-FAVRE)

Ulceración genital con linfadenopatía producida por *Chlamydia trachomatis*, serotipos L1, L2 y L3 con un periodo de incubación de 3-30 días. En las manifestaciones clínicas cabe destacar la presencia de una pápula indolora que evoluciona a una úlcera, con escasa expresión clínica, que habitualmente cura en una semana sin dejar cicatriz y cuya localización suele ser vagina, uretra o recto. Entre 2-6 semanas después del inicio de la lesión primaria se produce afectación linfática, dando lugar a dos posibles síndromes clínicos: el inguinal que se caracteriza por adenitis inguinal y/o femoral uni o bilateral, con ganglios duros y dolorosos, que se juntan formando áreas de fluctuación y pliegues (signo del surco) y el anorrectal se caracteriza por la presencia de proctocolitis dolorosa que suele cursar con tenesmo, diarrea o estreñimiento, heces con sangre y pus. Durante el estadio secundario puede existir afectación general con malestar, fiebre discreta, mialgias y artralgias.

Sin tratamiento, la infección crónica conduce a abscesos, fístulas peri-rectales, cicatrices residuales y estenosis del recto. La linfangitis progresiva evoluciona a edema crónico y fibrosis esclerosante que pueden dar lugar a elefantiasis por obstrucción linfática.

Se suele tratar con **doxiciclina vía oral**, 100 mg cada 12 horas, durante 21 días. El tratamiento alternativo sugerido: es **eritromicina base vía oral**, 500 mg cada 6 horas durante 21 días o azitromicina, 1 gramo vía oral semanal durante 3 semanas. Los pacientes se consideran curados cuando hay una resolución completa de signos y síntomas. Siempre se debe ofrecer al paciente la posibilidad de realizar serologías para VIH y Sífilis. El tratamiento de los posibles contactos se considera para todas aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con un enfermo de LGV dentro de los 60 días de inicio de los síntomas y aún en ausencia de manifestaciones, debe ser tratada profilácticamente con una única toma de azitromicina 1 gramo vía oral o doxiciclina vía oral, 100 miligramos cada 12 horas durante 7 días.

HERPES GENITAL



Infección vírica crónica caracterizada por una lesión primaria, seguida de período de latencia y tendencia a reaparecer en forma localizada. Su etiología es Virus herpes simple (VHS), tipos 1 (herpes labial y /o genital) y 2 (herpes genital) y cuyo período de incubación es de 3-14 días. Entre las manifestaciones clínicas hay que diferenciar si es primoinfección, debido a que, con frecuencia es asintomática o se caracteriza por la presencia de lesiones vesiculares que progresan a úlceras dolorosas. Se puede asociar a adenitis local y síntomas generales. En las recurrencias las lesiones suelen presentarse en la misma localización, aunque no siempre, que en la primoinfección aunque son más leves, menos extensas y de duración menor. Afectan al área

anogenital. Las recurrencias disminuyen con el tiempo y son más severas en mujeres. El VHS 1 recurre menos que el VHS 2.



En la exploración física encontramos la presencia de vesículas sobre un área eritematosa que persisten entre 4-15 días antes de cicatrizar. En las mujeres pueden localizarse en cuello uterino y la vulva, aunque no es infrecuente en región perineal o pubis. En los hombres, las lesiones aparecen en el glande o en el prepucio. En ambos sexos, la infección puede afectar al ano y recto, así como a la boca. Puede existir afectación ganglionar. Entre las principales complicaciones cabe destacar la

sobreinfección y la aparición de neuralgias posherpéticas. El diagnóstico se realiza mediante cultivo de las lesiones, aunque la gran mayoría de las ocasiones, la visualización de una lesión típica es suficiente para establecer el diagnóstico. El tratamiento depende del episodio clínico:

- **Primer episodio clínico:** Aciclovir 400 mg, 5 veces al día durante 7-10 días ó famciclovir 250 mg, tres veces al día durante 7-10 días o valaciclovir 1000 mg, dos veces al día durante 7- 10 días.
- **Terapia episódica :** Aciclovir 400 mg, tres veces al día durante 5 días ó aciclovir 800 mg, tres veces al día durante 2 días o famciclovir 125 mg, dos veces al día por durante 5 días o famciclovir 1000 mg, dos veces al día durante 1 día o valaciclovir 1000 mg, diario durante 5 días o valaciclovir 500 mg, dos veces al día durante 3 días.
- **Terapia supresora :** Aciclovir 400 mg, dos veces al día o famciclovir 250 mg, dos veces al día o valaciclovir 500 mg, una vez al día o valaciclovir 1000 mg, una vez al día. La terapia supresora debe instaurarse en aquellos pacientes que presentan más de 6 recurrencias anuales; desencadenadas habitualmente por situaciones de estrés o de inmunosupresión, aunque ésta sea transitoria

(infección gripal, sarampión, etc.). Una vez que se inicia la terapia supresora, ésta debe mantenerse al menos 6-12 meses, y posteriormente reevaluar el cuadro, o bien retirar la supresión y ver la evolución en los meses siguientes.

SÍFILIS

Infección producida por una espiroqueta (*Treponema pallidum*) que penetra en el organismo a través de las mucosas intactas o de pequeñas lesiones del epitelio. La mayoría de los casos se adquiere por contacto sexual, aunque también puede darse la transmisión vertical de la madre al feto o al recién nacido y, excepcionalmente, infección por transfusión sanguínea. El riesgo de contagio, al tener relaciones sexuales con una persona infectada, oscila entre el 10 y 60% dependiendo del periodo de la infección y de la práctica sexual. Entre las manifestaciones clínicas hay que diferenciar dos estadios: Sífilis Precoz y sífilis Tardía.

- Sífilis precoz:

- **Periodo primario:** Chancro sifilítico: Úlcera que aparece en el lugar de la inoculación, después de un periodo de incubación de 3 a 4 semanas aproximadamente. Esta lesión suele ser una úlcera indolora, indurada, redondeada u oval, de bordes elevados bien delimitados, cubierta por un exudado amarillo-grisáceo. Se acompaña de adenopatías uni ó bilaterales indoloras, duras, de consistencia elástica. El chancro involuciona, sin dejar cicatriz, en 4 a 6 semanas. Si el paciente no es tratado, aproximadamente el 50% de los casos evolucionará a una sífilis en periodo secundario y el resto a una sífilis en periodo de latencia.
- **Periodo secundario:** Comienza a las 6-8 semanas de la aparición del chancro o, si éste ha pasado desapercibido, a los 3-6 meses desde el contagio. La piel es el órgano más afectado y también existe afectación de mucosas; a veces puede acompañarse de artralgias, febrícula, cefaleas y malestar general. Este periodo es de alta contagiosidad. Se pueden apreciar las siguientes manifestaciones: **Roseola sifilítica:** exantema formado por lesiones maculosas, de color rosa pálido, no pruriginoso, que se localiza en tronco y extremidades. **Sifilides papulosas:** exantema papuloso, rojo oscuro, puede extenderse por tronco y extremidades, aunque tiene predilección por plantas y palmas donde suelen ser induradas y presentar un collarite de descamación periférica de las lesiones (clavos sifilíticos). Es muy típica la localización palmoplantar en esta enfermedad **Condilomas planos:** Aparecen a los 3-6 meses de la infección. Son lesiones papilomatosas planas de color rojo oscuro. Se localizan en zonas húmedas: área genital, perianal, ingles, axilas y zonas de pliegues. **Alopecia sifilítica:** cuando afecta a cuero cabelludo se manifiesta en forma de alopecia en placas.
- **Periodo de latencia precoz:** Fase asintomática en la que solo hay datos serológicos de la infección. Esta fase se define como la existencia de pruebas serológicas positivas en el año posterior a la adquisición de la sífilis. En esta fase es potencialmente infectante.

- **Sífilis tardía:** Los casos de sífilis precoz no tratada pasaran a una fase de latencia tardía. En este supuesto, alrededor de un 30% conservarán ambas pruebas reagínicas y treponémicas positivas en ausencia de síntomas, y otro 30% podría desarrollar una sífilis terciaria.
- **Sífilis latente tardía (o de duración incierta):** no hay manifestaciones clínicas; el diagnóstico es serológico. Esta fase se define como sífilis adquirida hace más de un año. No es contagiosa por lo que no supone riesgo para los contactos sexuales recientes.
- **Sífilis terciaria:** En la actualidad resulta rara la evolución a esta fase de la sífilis. La pueden desarrollar aproximadamente el 40% de los casos no tratados. Aparece muchos años después del contagio (de 3 a 12 años) y pueden verse afectados uno o más órganos. Durante este periodo la infección es poco contagiosa. Las manifestaciones serán muco-cutáneas, óseas, viscerales o

neurológicas .La lesión clásica en este periodo es la aparición de “gomos”, lesiones nodulares que pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, aunque en este periodo la enfermedad presenta una especial predilección por el sistema neurológico, observándose lesiones en medula espinal y cerebro, aunque también afectación cardiaca y de grandes vasos (aneurismas luéticos, aectacion aortica, etc.)



El diagnóstico directo se basa en la detección del *Treponema pallidum* en las lesiones o ganglios linfáticos en períodos precoces de la sífilis. Las técnicas de diagnóstico directo son la microscopía de campo oscuro, Inmunofluorescencia Directa (IFD) y las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR). La microscopía de campo oscuro es un método útil para el diagnóstico de la sífilis primaria en fases iniciales del chancro, aunque no es aplicable a muestras anorectales. En cuanto al diagnóstico serológico se realiza mediante pruebas treponémicas y no treponémicas:

- **Pruebas no treponémicas:** Estas pruebas no diferencian el *T. pallidum* de otros treponemas. Miden IgG y IgM simultáneamente frente a sustancias producidas por los tejidos dañados por el treponema o por otras enfermedades. Las más utilizadas son el Rapid Plasma reagin test (RPR) y el Venereal Disease Research Laboratory (VDRL).
- **Pruebas treponémicas:** Estas pruebas detectan anticuerpos específicos contra antígenos procedentes de estructuras del *T. pallidum*. Existen los siguientes tipos: *Fluorescent treponemal absorption test* (FTA-Abs) o la *FTA-Abs DS* (con doble tinción); *Treponema Pallidum haemagglutination assay* (TPHA); *Treponema Pallidum particle agglutination test* (TPPA); Enzimoinmunoanálisis (EIA de IgG y/o IgM); *Treponema pallidum chemiluminescent assay* (CLIA).

En el cribado de sífilis se propone la determinación mediante EIA de anticuerpos anti- lúes IgG o bien anti-lúes IgG + IgM y posterior realización de una prueba no treponémica (RPR ó VDRL ó ambas) para seguimiento del paciente y de otra treponémica para confirmación de resultados obtenidos por el EIA (FTA ó TPPA ó TPHA), siguiendo las recomendaciones europeas y americanas. A todo paciente con diagnóstico de sífilis se le debe ofrecer la serología para VIH.

El tratamiento sigue siendo la **bencilpenicilina (penicilina G) parenteral**, que es de elección en todas las etapas de la enfermedad. Las preparaciones (benzatínica o cristalina), la dosis y la duración del tratamiento, varían según la etapa (temprana o tardía) y las manifestaciones clínicas de la enfermedad (que haya o no compromiso ocular y/o neurológico). Se suele utilizar bencilpenicilina benzatínica 2.400.000 U IM (1 dosis semanal durante 2-3 semanas).

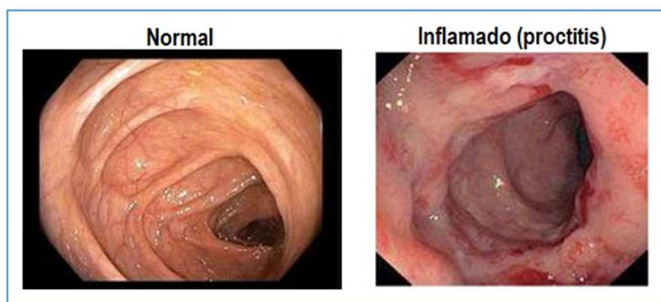
Para pacientes alérgicos a betalactámicos y derivados se utiliza doxiciclina 100mg cada 12h durante 28 días (oral) ó tetraciclina 500mg cada 6 h durante 28 días (oral).

SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO

- Control con VDRL o RPR cuantitativa (siempre usar el mismo método en cada paciente y de ser posible en el mismo laboratorio) al mes, 3, 6, 9 y 12 meses y continuar luego los controles una vez por año.
- Cuanto más temprana sea la etapa de inicio del tratamiento antes se negativizará el VDRL o el RPR.
- Más del 15 % de los pacientes tardan más de un año en descender 2 diluciones al aplicar el test de laboratorio. Si al año no se observa este descenso: se evaluará la existencia de una reinfección o bien un fallo terapéutico. En esta situación, y tras descartar la presencia de compromiso neurológico se indicará nuevamente - penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM 3 dosis.
- Se considera reinfección, aún sin clínica evidente de Sífilis, si durante el seguimiento por laboratorio se produjera un aumento de las diluciones de los test no reagínicos en forma secuencial, (ej. 8 diluciones y en el siguiente control 32 diluciones).

PROCTITIS

Inflamación del recto que puede ser o no de transmisión sexual. Ante una consulta con sintomatología que sugiera una posible proctitis es necesario investigar las prácticas sexuales del paciente para orientar el diagnóstico hacia un posible ETS. Entre las proctitis desencadenadas por una ETS más frecuentes se encuentran la gonococia rectal, la sífilis ano-rectal, y la infección por *C. trachomatis*, virus herpes o virus del papiloma humano (VPH). Las manifestaciones clínicas suelen ser dolor o molestia anorrectal,



tenesmo, sangrado, estreñimiento o diarrea y en ocasiones secreción de moco y/o pus, y lesiones verrucosas perianales en el caso de una infección por HPV. En la exploración suele aparecer un ligero eritema y/o secreción mucopurulenta de la mucosa rectal visualizada con anoscopio. Hay que valorar la situación de la piel, incluyendo palmas y plantas

(secundarismo sífilítico); y también la existencia de adenopatías, pápulas, chancros, condilomas, úlceras o secreciones en la zona perianal. El tratamiento se realiza en base al agente causante de la proctitis y se encuentra englobado y explicado en los apartados específicos.

VULVOVAGINITIS

Las vulvovaginitis son una de las causas más habituales de consulta en mujeres. Entre las causas de vulvovaginitis, sólo la producida por *T. vaginalis* puede considerarse de transmisión sexual. Otras, como la vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*) o la candidiásica no suelen serlo, de hecho no se consideran ETS como tales, si bien es cierto que la vaginosis aparece de manera más frecuente en mujeres con varias parejas sexuales

VULVOVAGINITIS POR TRICOMONAS

Representa el 5-15% de los diagnósticos en mujeres que consultan con una clínica de ETS. Su etiología es *Trichomonas vaginalis*. Puede cursar de forma asintomática hasta en el 50% de los casos. También puede manifestarse como un dolor vulvovaginal y dispareunia, prurito y mal olor. En la exploración suele aparecer una secreción vaginal anormal, variable en consistencia e intensidad. Flujo característico amarillo-verdoso y con burbujas. A veces se puede encontrar un cérvix eritematoso y congestivo, que se ha dado en llamar “cérvix frambuesa” (2% de las ocasiones). El elemento diagnóstico más útil y asequible en la identificación de la tricomoniasis vaginal es el examen en fresco de la secreción vaginal,

que permite visualizar fácilmente, hasta en el 90% de las mujeres sintomáticas, el movimiento de las Trichomonas.

Todas las pacientes diagnosticadas de tricomoniasis deben ser tratadas, independientemente de que



existan manifestaciones clínicas o no. La frecuente infección de los conductos de Skene y la uretra hacen que un tratamiento tópico pueda ser ineficaz, por lo que se debe indicar un tratamiento sistémico. Existe unanimidad, como así lo expone una reciente revisión *Cochrane* respecto a que el tratamiento de elección es el **metronidazol**, recomendándose dosis única de 2 g por vía oral (85-87% de erradicaciones). Como pauta alternativa se indica el metronidazol a dosis de 500 mg dos veces al día durante 7 días (85-95% de erradicaciones). No existe una alternativa efectiva al metronidazol, por lo que en caso de alergia a este

fármaco se recomienda la desensibilización al fármaco, o como peor opción, la utilización de paromomicina.

VERRUGAS GENITALES POR INFECCION DE VPH (CONDILOMA ACUMINADO)

La infección por el VPH (virus del papiloma humano) es una ETS muy frecuente, y puede ocurrir al inicio de la vida sexual. Se conocen unos 100 tipos de VPH, de los que 40 aproximadamente son capaces de infectar la región genital. Según su riesgo oncogénico, se clasifican como: a) VPH de bajo riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72, 81) que están asociados a las verrugas genitales, y b) VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82), relacionados con el cáncer de cérvix, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe. Los tipos 6 y 11 se asocian a papilomatosis respiratoria recurrente juvenil. Los condilomas acuminados están habitualmente producidos por el VPH tipo 6 y 11, aunque se ha descrito posible coinfección con tipos de VPH de alto riesgo oncogénico. El período de incubación suele ser entre 3 semanas a 8 meses.



La manifestación clínica más conocida de la infección por VPH son las verrugas genitales o condilomas acuminados, aunque la mayoría de las infecciones son subclínicas o latentes. La gran mayoría de los condilomas acuminados son lesiones bien delimitadas, como pápulas exofíticas o pediculadas, pudiendo ser también planas. Suelen ser asintomáticas, aunque en ocasiones aparece irritación y dolor, especialmente alrededor del ano. En la mayoría de los casos las verrugas aparecen a los 2-3 meses de la infección. La respuesta inmune suele dar lugar a una remisión clínica mantenida y la infección se resuelve sin

secuelas. Pueden observarse recurrencias de los condilomas en zonas previamente tratadas.

En la exploración es necesario realizar búsqueda de verrugas o condilomas en genitales externos (vulva, glande y meato uretral, prepucio y surco balanoprepucial, tallo del pene, escroto y región anal) e internos (introito, vagina, cérvix). En los hombres fundamentalmente se localiza en las zonas de roce durante la relación sexual: en el 50% de los casos en frenillo, surco balano-prepucial, glande y prepucio, en el 15% en uretra anterior y en el 35% en escroto, y áreas perigenital, anal y perianal. Un tercio de las mujeres con condilomas vulvares, también los presentan en vagina, y de éstas, el 20% además en cérvix. La localización anal de verrugas, tanto en hombres como en mujeres, no implica necesariamente coito

anal. Desde el punto de vista de la exploración, hay que tener en cuenta que estas lesiones pueden localizarse en la zona de transformación del canal anal, la unión ano-rectal situada a unos 2 centímetros dentro del canal anal, la cual no está accesible a una exploración perianal de rutina. Es en este el lugar donde de la infección del VPH puede ocasionalmente transformarse en una lesión intraepitelial escamosa (SIL), con características similares al SIL de cérvix, pudiendo ser precursor del cáncer anal.

Una infección de estas características puede generar en los pacientes sentimientos de ansiedad, frustración, depresión; sobre todo si las recurrencias son frecuentes. Es posible el desarrollo de lesiones premalignas y malignas (cáncer cervical o anal): La probabilidad de desarrollar un cáncer está aumentada en aquellos pacientes que son portadores crónicos de subtipos de alto riesgo del virus, siendo el VPH una condición necesaria, pero no suficiente para desarrollarlo. Asimismo depende del tipo de VPH, siendo el 16 y 18 responsables de cerca del 70% de los casos de lesiones precancerosas y cáncer uterino. Los hallazgos de la citología, mediante el test de Papanicolaou (diagnóstico precoz de cáncer), se clasifican en normales o anormales; estos últimos incluyen, lesiones escamosas de alto grado (HSIL), lesiones escamosas de bajo grado (LSIL), alteraciones de origen incierto (ASC-US), y adenocarcinoma in situ (AIS). En el caso de las neoplasias asociadas al VPH, la persistencia viral y no la presencia del virus es el factor que lleva al desarrollo de la enfermedad.

El tratamiento se lleva a cabo mediante **crioterapia** con nitrógeno líquido o con crisonda, o **podofilina** en solución al 5 %. El líquido se lo aplica el mismo paciente en los condilomas dos veces al día durante 3 días, se dejan pasar 4 días sin tratamiento y luego se repite según sea necesario. Hasta en 4 ocasiones como máximo (sólo está indicado en los condilomas genitales y está contraindicado en las mujeres embarazadas). También es posible el uso de podofilina del 10 % al 25 % en un compuesto de tintura de benzoína: el médico la aplica a los condilomas y se retira al cabo de 1 a 4 horas, repitiendo la operación una vez por semana hasta que sea suficiente o hasta un máximo de 6 aplicaciones (la podofilina está contraindicada en las mujeres embarazadas), o **ácido tricloroacético** en solución al 80 %-90 %: se aplica sólo en los condilomas y se espolvorea con talco o bicarbonato sódico para eliminar el ácido sobrante, repitiendo la operación una vez por semana hasta que sea suficiente o hasta un máximo de 6 aplicaciones, o **electrodesecación** o **electrocauterización** (contraindicadas en pacientes con marcapasos y lesiones localizadas en la zona de transición de la piel perianal con la piel perineal).

ECTOPARASITOSIS



La **pediculosis pubis** es una infección producida por un ectoparásito, el *Phthirus pubis*. Se caracteriza por la presencia de máculas rojas pruriginosas localizadas en la parte inferior del abdomen, pubis y muslos. El signo más frecuente de infestación es la presencia de las liendres adheridas a la base del pelo (**ladillas**). Para el diagnóstico se suele utilizar la lupa donde se observan las liendres.

En la **escabiosis** o **sarna** el parásito es el *Sarcoptes scabiei*. Su período de incubación es de 2 a 6 semanas antes del inicio de síntomas en personas sin exposición previa. La manifestación clínica suele ser prurito intenso, erupción cutánea papular. Las localizaciones más frecuentes son las superficies flexoras de codos, axilas, manos, surcos interdigitales, muñeca, ingles, superficie dorsal del pie, genitales, nalgas y pliegues glúteo e inguinal. La sarna noruega, que se produce en personas inmunodeprimidas y ancianos, se manifiesta por intensa hiperqueratosis con frecuentes fisuras y sobreinfección secundaria. En ocasiones requiere biopsia para su diagnóstico. El diagnóstico se establece mediante la observación de

ácaros, huevos o heces al microscopio tras raspar las lesiones con una hoja de bisturí y mezclar con solución de aceite mineral.

El tratamiento para la pediculosis y escabiosis es el mismo y puede por tanto emplearse **ivermectina** loción al 0.5%, aplicada en zonas corporales afectadas con enjuague a los 10 minutos ó PERMETRINA crema al 5 %, aplicada en las áreas afectadas con lavado a las 6-8 horas. Como tratamiento alternativo se utiliza ivermectina vía oral 6 mg, 2 comprimidos juntos: única toma día 1 y repetir a los 15 días. Medidas imprescindibles son la limpieza de las prendas, de las ropas de cama y toallas, así como el tratamiento simultáneo de los convivientes.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Debido a la extensión del tema y a las innovadoras técnicas sobre todo a nivel terapéutico requiere mención en otro artículo que intentaremos publicar más adelante. Como pinceladas cabe destacar que se trata de un retrovirus cuyo órgano diana es el sistema inmunológico humano, haciendo que las defensas sean cada vez más bajas y aunque no es completamente una enfermedad de transmisión sexual, una de las vías de contagio son las relaciones sexuales. El virus presente en los fluidos sexuales de hombres y mujeres infectados puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homosexuales o heterosexuales, sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral. Una persona infectada con SIDA siente fatiga, además se presentan infecciones oportunistas como candidiasis oral, tuberculosis pulmonar o carcinoma invasivo de cuello uterino en la mujer, entre otras. El tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados.

BIBLIOGRAFÍA

- **Bignell C; IUSTI/WHO.** 2009 European (IUSTI/WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS.* 2009; 20(7): 453-7. doi: 10.1258/ijsa.2009.009160.
- **Bosch F, de Sanjosé S.** The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Dis Markers.* 2007; 23(4): 213-27.
- **de Vries HJ, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections; European Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; Union of European Medical Specialists; European Centre for Disease Prevention and Control; European Office of the World Health Organisation.** 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29(1): 1-6. doi: 10.1111/jdv.12461.
- **French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, van Voorst Vader P, Young H; IUST.** IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *Int J STD AIDS.* 2009; 20(5): 300-9. doi: 10.1258/ijsa.2008.008510.
- **Hellín T, Rodríguez-Pichardo A, Ribera E.** Enfermedades de transmisión sexual, 2ª ed. In: Bouza E ,coord. *Protocolos Clínicos SEIMC Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*; VIII. Madrid; 2007. Disponible en: <http://www.seimc.org/>
- **Lautenschlager S, Kemp M, Christensen JJ, Mayans MV, Moi H.** 2017 European guideline for the management of chancroid. *Int J STD AIDS.* 2017; 28(4): 324-9. doi: 10.1177/0956462416687913.
- **Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CY, Barker G, Radcliffe K.** 2015 UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. *Int J STD AIDS.* 2016; 27(4): 251-67. doi: 10.1177/0956462415615443.
- **O'Farrell N, Moi H; IUSTI/WHO European STD guidelines Editorial Board.** European guideline for the management of donovanosis, 2010. *Int J STD AIDS.* 2010; 21(9): 609-10. doi: 10.1258/ijsa.2010.010245.
- **Patel R, Alderson S, Geretti A, Nilsen A, Foley E, Lautenschlager S, Green J, van der Meijden W, Gomberg M, Moi H; IUSTI/WHO Europe.** European guideline for the management of genital herpes, 2010. *Int J STD AIDS.* 2011; 22(1): 1-10. doi: 10.1258/ijsa.2010.010278
- **Villa L L Cos, Petta C A, Andrade R P, Ault K A, Giuliano A R, et al.** Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6; 271-78.