

Las infecciones de transmisión sexual

P. Andrés Domingo

Ginecóloga. Jefa de División corresponsable del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Servicio de Promoción y Prevención de la Salud del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud. Docente en la Universidad de Alcalá. Madrid



Resumen

En este artículo se aborda la importancia que las enfermedades de transmisión sexual tienen sobre la salud de la población mundial, por su incidencia y prevalencia y por las repercusiones que tienen sobre la salud, fundamentalmente en poblaciones más vulnerables, adolescentes, mujeres y niñas y niños víctimas de agresiones sexuales y, en especial, en los países más pobres.

Pueden contraerse por personas de cualquier edad, raza y medio social. Con este nombre se han agrupado más de 20 entidades patógenas diferentes que sólo tienen en común el hecho de poder transmitirse durante las relaciones sexuales. Son causadas por virus, bacterias, protozoos y parásitos. En el artículo, se revisan las más relevantes por su frecuencia o por la intensidad del daño causado.

LAS ITS se deben diagnosticar y tratar con prontitud, para erradicar su propagación y evitar complicaciones y secuelas. La prevención es la herramienta fundamental para evitar la propagación y la metodología por excelencia es la educación sexual. Proveer a las y los jóvenes de conocimientos para vivir su sexualidad con goce y disfrute y sin riesgos para la salud es un objetivo digno que ennoblece cualquier programa de salud para adolescentes.

Palabras clave: ITS; Prevención; Educación sexual.

Key words: STD; Prevention; Sexually education.

Abstract

This article treats about the importance that the sexually transmitted diseases have on the health of the world's population. Especially its incidence, prevalence and consequence on the health of the most vulnerable people: adolescents, women, girls and boys that have suffered a sexual assault, especially in poor countries. Sexually transmitted diseases may be contracted by people of any age, race and social standing. More than 20 different diseases are known as STD, they have all in common that they are transmitted during the sexual intercourse. They are caused by viruses, bacteria, protozoa and parasites. This article reviews the most relevant ones for its frequency and intensity of the damage caused.

STD must be diagnosed and treated early in order to avoid its propagation. The sexual education is the fundamental tool of the prevention of STD. The young people must be provided with the knowledge to live their sexuality with enjoyment and without risk for their health. This is a worthy objective that ennobles any adolescent health program.

Pediatr Integral 2013; XVII(3): 185-196

Introducción

En el año 1998, la Organización Mundial de la Salud aprobó la utilización del término ITS (infecciones de transmisión sexual) para

agrupar las infecciones sintomáticas (enfermedades) y asintomáticas, con el objetivo de facilitar su prevención y su detección precoz para evitar consecuencias irreversibles.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una epidemia en la mayor parte de los países del mundo. Las y los adolescentes y jóvenes constituyen la

población más vulnerable para padecer y transmitir las ITS. A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años.

Según las últimas publicaciones de la OMS así como recientes estimaciones, se calcula que el 25% de las y los jóvenes sexualmente activos a nivel mundial están afectados por alguna enfermedad de transmisión sexual; por lo que, es un problema médico y de salud pública de gran magnitud. Y su incidencia aumenta fundamentalmente en mujeres y jóvenes, estimándose que la mitad de los nuevos casos ocurren en personas de 15 a 24 años.

Importancia de las ITS

Cuando las ITS no se tratan pronto y adecuadamente, tienen secuelas graves para la salud de quien las padece y para su descendencia, pues algunas se transmiten de madre a hijo/a.

Entre las ITS, especialmente la gonorrea y la *Chlamydia*, puede causar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en las mujeres infectadas, produciendo daños irreversibles en las trompas de Falopio. Entre el 55 y el 85% de las EIP no tratadas producen esterilidad o dan lugar a embarazos ectópicos que, en países poco desarrollados y con precarios sistemas de salud, son causa frecuente de hemorragia seguida de muerte. En países más desarrollados, el diagnóstico temprano evita las muertes, pero produce secuelas de por vida, como dolores pélvicos crónicos y coitalgia.

Las ITS en las mujeres embarazadas pueden afectar a la salud de la madre y del lactante. Contribuyen al nacimiento de niños/as prematuros y con bajo peso. La sífilis y la infección por herpes genital pueden causar abortos espontáneos, muerte prenatal o perinatal. La gonorrea y la infección por *Chlamydia* pueden extenderse a los ojos del recién nacido y dañarles la vista si no se les trata. Pueden contraer infecciones graves como neumonía por *Chlamydia* y afectación del sistema nervioso central, como en el caso de la sífilis.

Hoy sabemos con certeza que el cáncer de cérvix uterino es causado por el virus del papiloma humano (VPH), otra

infección de transmisión sexual que generalmente cursa asintomática para las mujeres y que sólo es detectable mediante citología, colposcopia y biopsia del cuello uterino. Es el primer tumor maligno de causa infecciosa bien conocido.

ONUSIDA⁽¹⁾ informa de un descenso de más del 50% en los casos de nuevas infecciones en 25 países. No obstante, en el año 2011 se estima que el número de personas infectadas era de 34,2 millones, siendo una pandemia en África subsahariana.

Factores de vulnerabilidad y prácticas de riesgo

En la actualidad no se habla de grupos poblacionales de riesgo sino de prácticas de riesgo para adquirir una ITS y potencialmente propagarla. Se trata de esta forma de no excluir ni estigmatizar a ninguna persona por su edad (adolescentes), opción sexual (homosexuales) o forma de sobrevivir (prostitución). Estas prácticas de riesgo se resumen en mantener relaciones genitales sin el uso del preservativo⁽²⁾.

No es el hecho biológico de ser adolescente lo que provoca una prevalencia mayor para las ITS, sino los condicionantes vitales, educacionales, culturales, sociales, psicológicos y sexuales que envuelven a los y las adolescentes y que estructuran sus prácticas sexuales.

Se puede afirmar que las y los adolescentes son más vulnerables frente a las ITS porque saben muy poco sobre ellas, les falta información y la que tienen está sesgada por los prejuicios, creen que sólo se contaminan si tienen sexo con determinado estereotipo de persona. Utilizan condones irregularmente, ya que muchas de sus relaciones coitales son espontáneas e inmediatas. Las encuestas nos confirman que inician relaciones coitales cada vez más precozmente y tienen mayor riesgo de exposición porque cambian frecuentemente de pareja sexual⁽³⁾. En algunas poblaciones comienzan las relaciones sexuales con adultos desconocidos y se constata una frecuencia creciente de abusos sexuales y violaciones entre mujeres jóvenes, adolescentes y niñas y niños⁽⁴⁾.

A todo ello hay que añadir que tienen más dificultad que los adultos en buscar y encontrar un tratamiento eficaz, en acudir al médico que es el

mismo que el de su familia a la que no quieren contarle los hechos, por lo que suelen utilizar tratamientos sin control médico, que recomiendan los amigos. Otra dificultad a la que deben enfrentarse es decírselo a la pareja y afrontar los hechos que envuelven el contexto y sus consecuencias.

Desigualdad de género e ITS

Las mujeres jóvenes tienen condicionantes de género que facilitan la exposición y dificultan la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

Muchas mujeres no pueden decidir cuándo y cómo quieren tener relaciones sexuales con sus parejas, porque no tienen la autoridad ni el poder de decisión. Son sus parejas los que deciden si utilizan o no preservativos⁽⁵⁾.

A ello se suman otros condicionantes biológicos que hacen que las jóvenes sean más vulnerables a padecer ITS, a tratarse menos y a que las complicaciones y consecuencias sean más graves, porque el cerviz uterino es altamente sensible en edades precoces a la infección por *Chlamydia*, virus del condiloma y gonococo, como se ha demostrado en estudios de prevalencia de VPH.

En las mujeres, muchas ITS son frecuentemente asintomáticas o con síntomas clínicos muy sutiles y los signos clínicos son indetectables por la propia mujer por estar situados en cérvix, como el VPH, o la gonococia, y en vagina, como las úlceras leucíticas, a diferencia de los varones que tienen secreciones uretrales, condilomas y úlceras visibles en sus genitales⁽⁶⁾.

El contagio de las ITS y, sobre todo, del SIDA se produce más fácilmente del hombre hacia la mujer que al contrario, porque en el coito el área de superficie de exposición es mayor para la mujer y está expuesta a los agentes patógenos durante más tiempo⁽⁷⁾.

Prevención

La OMS desarrolla la estrategia de que prevenir es la mejor manera de hacer frente a las necesidades de los y las jóvenes. Ambos necesitan apoyo y ayuda de los adultos en todo lo que se refiere a educación sexual, información y evitación de conductas de alto riesgo en las relaciones sexuales⁽⁸⁾.

Dar información a los y las jóvenes no es promover la promiscuidad, sino fortalecer el respeto mutuo y las responsabilidades compartidas.

Cuando se detecta un comportamiento de riesgo para las ITS en cualquier adolescente, es el momento de actuar evaluando el riesgo real que tiene de padecer una enfermedad y de transmitirla, diagnosticando precozmente las que pudiera tener y tratando correctamente las que hubieran resultado positivas; de esta manera, detenemos el daño a largo plazo que puede sobrevenir sobre su salud en todas las áreas y especialmente en la sexual y reproductiva. Es el momento de aconsejar conductas sexuales que preserven su salud y la de sus compañeros/as sexuales y de facilitar un estudio de contactos rápido y asequible⁽⁹⁾.

Las estrategias de prevención recomendadas incluyen, además de evitar las conductas sexuales de alto riesgo, el incorporar prácticas sexuales protegidas o practicar sexo seguro (relaciones sexuales sin penetración, utilización del preservativo).

Es preciso informar sobre el gran beneficio protector del uso del condón en la prevención de todas las ITS, especialmente en la transmisión del SIDA. El preservativo masculino o femenino, utilizado desde el inicio de cualquier relación genital, protege adecuadamente la zona de exposición a cualquier agente infeccioso, sea virus, bacteria o protozoo. Quedan fuera de protección las áreas no cubiertas, vulva, región perianal, pubis, en las que el contagio se da por rozamiento de áreas no protegidas, como es el caso de: herpes vulvar, condilomas genitales, moluscum contagiosos, sarna o pediculosis pubis. ITS que, en cualquier caso, no han de quedar latentes, ya que son fácilmente diagnosticables por su sintomatología y por ser visibles para el propio sujeto que las padece.

Diagnóstico precoz y tratamiento apropiado

En caso de síntomas de infección o de contacto sexual con compañero/a diagnosticado de alguna ITS, es muy importante realizar el diagnóstico etiológico precoz, para lo cual es necesaria una correcta y

minuciosa anamnesis sobre sus prácticas sexuales y los síntomas referidos, una exploración física con observación de genitales externos e internos, región perianal y perineal y orofaringe si lo recomienda la anamnesis.

Se realizarán los test rápidos de laboratorio y la toma de muestras para pruebas complementarias, como cultivos y serología, para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible. Estas pruebas se pueden realizar como cribado en ausencia de sintomatología cuando se tiene constancia de que se están produciendo conductas y prácticas sexuales de riesgo⁽¹⁰⁾.

El tratamiento debe ser etiológico y según la pauta recomendada por los expertos, asegurándonos que el o la adolescente cumple el tratamiento correctamente y no se automedica ni el mismo ni sus contactos sexuales para evitar resistencia a las ITS causadas por gérmenes sensibles a los antibióticos.

Hay que facilitar la atención a su pareja o contacto sexual para bloquear la cadena de transmisión epidemiológica, mediante el diagnóstico y el tratamiento preciso.

Etiología

Se denominan enfermedades de transmisión sexual al conjunto de patologías causadas por diferentes agentes infecciosos y parasitarios, en las que el mecanismo de transmisión sexual tiene gran importancia epidemiológica, aunque no siempre es exclusivo de esta vía, como es el caso del VIH o la hepatitis B.

Son causadas por bacterias, virus, protozoos y parásitos. En la actualidad, se conocen más de 30 agentes patógenos que originan alrededor de 50 cuadros clínicos, con posibilidad de combinación, tanto de gérmenes causales como de sintomatología, por lo que el diagnóstico es cada vez más complicado y precisa de la colaboración entre distintas especialidades⁽¹¹⁾.

Epidemiología

Es muy complicado obtener datos fiables sobre la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, dado que hay patologías que no son de declaración obligatoria en todos los países.

Se calcula que la incidencia mundial de ITS curables excluyendo el VIH/SIDA y las otras de etiología vírica, es de 340 millones de casos nuevos al año, lo que supone el 10% de los adultos en edad reproductiva y que 1 de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año alguna ITS.

A finales del año 2010, según ONUSIDA, existen 34 millones de personas que viven infectadas por el VIH, casi el 50% son mujeres y 3,4 millones corresponden a niños y niñas menores de 15 años. De ellos, el 92% de las nuevas infecciones viven en el África subsahariana y se contagiaron porque al nacimiento, sus madres eran seropositivas. En el año 2010, se estima que se infectaron 2,7 millones de personas y que fallecieron 1,8 millones⁽¹⁾.

En el mundo, la vía de transmisión más frecuente es la sexual, seguida del uso de drogas inyectadas.

La evolución de la epidemia de SIDA en España puede considerarse favorable en los últimos años, ya que ha disminuido el número de casos de SIDA y de fallecimientos gracias al uso de los nuevos tratamientos antirretrovirales, aunque sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental y que presenta un retraso tardío en sus diagnósticos, ya que el 28% presentaban menos de 200 linfocitos CD4 al diagnóstico, lo que supone una inmunosupresión severa. Desde el inicio de la epidemia se han notificado 80.827 casos de SIDA⁽¹²⁾.

Con el nuevo sistema de registro, se notifican los casos de SIDA y las nuevas infecciones por VIH.

En 2010, fueron 2.907 los nuevos diagnósticos, aunque se presume más de un 30% de personas infectadas sin diagnosticar. Los hombres suponen el 82% de los nuevos diagnósticos. El 38% corresponden a personas originarias de otro país.

La vía de transmisión más frecuente fue la sexual, con el 46% para hombres que tienen sexo con hombres (HSH), un 33% a transmisión heterosexual (HTX) y un 6% al uso de drogas inyectadas.

Con respecto a otras infecciones, podemos decir que cada año a nivel mundial se han superado los 170 millones de tricomonas, 100 millones de *Chlamydia*s, 60 millones de gonococias,

30 millones del virus del papiloma humano, 20 millones de herpes genital y 3,5 millones de sífilis. La disminución de las ITS causadas por bacterias que responden bien a la antibiótico terapia eficaz se ha invertido en occidente en las últimas décadas y continúa aumentando de forma importante las de causa vírica, como la infección por papiloma virus que no responden a tratamiento farmacológico, a pesar incluso del supuesto cambio de conducta sexual que introdujo el conocimiento del SIDA.

Clasificación

La clasificación de las ITS en este artículo no se hará por los diferentes agentes causales, sino por los síntomas clínicos con los que debutan, siguiendo las indicaciones del CDC (*Center for Disease Control*) de Atlanta.

Se detallarán las más comunes en nuestro medio⁽¹³⁾.

Lo más frecuentemente es que las ITS produzcan alteraciones a nivel genital, aunque no es el único signo y no siempre revisten la misma importancia que los extragenitales. Por otra parte, diferentes patógenos pueden producir sintomatología similar, por lo que es imprescindible un buen diagnóstico diferencial entre ellas basado en conocimientos clínicos que nos permitan iniciar tratamientos adecuados en espera de la confirmación mediante pruebas diagnósticas específicas, de laboratorio, exámenes directos, tinciones especiales, inmunofluorescencia, cultivos y serologías.

Infección por VIH

Actualmente, el contacto sexual es la vía más común de transmisión del VIH a nivel mundial y también en España, donde ha disminuido la transmisión a través de hemoderivados y entre los usuarios de drogas por vía parenteral.

La infección por VIH puede ocurrir de forma asintomática y permanecer latente hasta manifestarse más tarde como un estado de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Este periodo varía entre pocos meses hasta 17 años y así viven las personas infectadas libres de enfermedad con replicación viral activa y, por tanto, con capacidad

de contagio que aumenta según avanza la enfermedad y se deteriora el sistema inmunitario.

El diagnóstico precoz mediante la realización de análisis de VIH y los tratamientos disponibles permiten que se deteriore menos el sistema inmunitario y disminuya la incidencia de infecciones oportunistas, como la tuberculosis, la neumonía por *Neumocystis* o la encefalitis por toxoplasma.

a. **Diagnóstico:** test de VIH mediante enzimoimmunoensayo rápido (20 minutos) y convencional. En caso de positividad, confirmar con Western blot o inmunofluorescencia. El 95% de los infectados presentan anticuerpos detectables a los 3 meses postinfección, por lo que debe explicitarse que una serología negativa antes de los 3 meses no descarta una infección. Las pruebas diagnósticas deben ofertarse a toda persona que practica o ha practicado actos de riesgo (penetración anal o vaginal y sexo oral sin protección, compartir jeringuillas), y deben realizarse en toda persona que ha sufrido una agresión sexual, que tiene síntomas de inmunodeficiencia, que ha sido diagnosticada de cualquier otra ITS y a toda mujer embarazada, no sólo para ofertarle tratamiento para ella misma, sino para disminuir la probabilidad real de contagio materno fetal⁽¹²⁾ (Tabla I).

b. **Tratamiento:** se debe ofrecer tratamiento a toda persona con síntomas de infección por VIH y a aquellas otras asintomáticas portadoras de Ac, con menos de 500.000 cel T D4/mm³, o una carga viral mayor de 10.000 x ml. El tratamiento pretende remitir la carga viral (menos de 50 copias/ml) a los 4-6 meses de iniciar el tratamiento, restaurar y preservar las funciones inmunológicas, mejorar la calidad de vida y reducir la morbimortalidad asociada al VIH.

Enfermedades que cursan con úlceras genitales

El herpes genital es la causa más frecuente de úlcera genital, seguida de sífilis y, menos frecuentemente, del chancroide.

El linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal casi no se diagnos-

tican en nuestro medio. En 1/3 de las úlceras no se identifica el agente etiológico, a pesar de aplicar todas las pruebas diagnósticas conocidas.

Para realizar el diagnóstico diferencial, es imprescindible tener en cuenta los datos epidemiológicos, contactos sexuales, periodos de incubación y diferencias clínicas, tanto de las lesiones ulcerosas como de la afectación general y de la evolución, así como otras etiologías no relacionadas con ITS, como las úlceras traumáticas y el exantema fijo medicamentoso.

Herpes genital

Generalmente es causado por el VHS tipo II, aunque cada vez aumenta la frecuencia del VHS-I, hasta el 20% de las infecciones genitales debido a la práctica de sexo oral. La seroprevalencia de infección en los países occidentales se sitúa alrededor del 20% de la población general.

La primoinfección puede ser asintomática o subclínica, por lo que está infradiagnosticada, hasta que debuta como vulvovaginitis o balanopostitis, con afectación en el lugar de contacto. Cursa con vesículas confluentes y dolorosas que se ulceran en pocos días en genitales externos, cérvix, uretra y recto. Puede provocar disuria, leucorrea y linfadenopatías regionales bilaterales. Puede complicarse con fiebre, cefalea, dolor abdominal, mal estado general, mialgia, neuropatía y meningitis.

Aunque los síntomas y las lesiones cutáneas desaparecen en 7 días, el virus permanece latente en los ganglios, desde donde se reactiva periódicamente. Los síntomas de las recidivas o recurrencias son similares a los de la primoinfección, aunque menos graves y sin alteración general⁽¹⁵⁾.

Se puede transmitir la infección en ausencia de lesiones cutáneas que, cuando existen, facilitan la coinfección por VIH.

El diagnóstico se realiza por visualización de las vesículas y úlceras genitales acompañadas de adenopatía ipsilateral hipersensible y por cultivo de VHS tipo I y tipo II.

Tratamiento. No existe un tratamiento que erradique el virus. Se pueden remitir síntomas y evitar recidivas mientras se realiza el tratamiento farmacológico (Tabla II).

Tabla I. Diagnóstico y tratamiento de úlceras genitales de transmisión sexual según protocolos clínicos de SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)

	<i>Herpes</i>	<i>Sífilis</i>	<i>Chancroide</i>
Lesión	Vesícula, úlcera, pápula	Úlcera y pápula	Pápula y úlcera
Borde	Eritematoso	Engrosado	Violáceo, inderterminado
Profundidad	Superficial	Superficial	Excavado con eritema
Base	Lisa y roja	Lisa, roja, brillante	Amarilla y sangrante
Secreción	Serosa	Serosa	Purulenta
Nº lesiones	Múltiples	Única, ocasionalmente múltiple	Única, a veces hasta 3 Rara vez múltiple
Localización	Labios, vulva, cérvix, pene Uretra, recto	Vulva, pene, anal, oral Perianal	Pene y vulva
Induración	Ninguna	Firme	Rara
Dolor	Intenso	Rara	Frecuente
Picor	Común	Raro	Raro
Adenopatías	Bilateral, dolorosas	Bilaterales, indoloras	Unilateral, dolorosas, pueden supurar
Incubación	2-7 días	De 10-90 días	1-14 días
Evolución	21 días	2-3 semanas	2-3 semanas
Diagnóstico	Cultivo, fluorescencia en cel. de en cel. raspado de lesión	Campo oscuro. VDRL RPR. FTA-ABS	Cultivo <i>Haemophilus ducreyi</i> Gram de pus Aspirado de adenopatía
Tratamiento.	Aciclovir Valaciclovir Fanciclovir	Penicilina benzatina Doxiciclina Tetraciclina	Azitromicina Ceftriaxona Ciprofloxacino Eritromicina

Sífilis

Se adquiere, en la mayoría de los casos, por contacto sexual directo con una persona en el estadio primario de la enfermedad, aunque el periodo secundario es el más contagioso por cursar con una gran cantidad de lesiones cutáneas contagiosas. La contagiosidad decrece a partir de los 2 primeros años de tener la infección y alcanza hasta el periodo de latencia, pero casi no es contagiosa en el periodo de sífilis tardía.

Es causada por el *Treponema pallidum* que traspasa la piel hasta la dermis, donde se multiplica y alcanza los vasos sanguíneos. Desde allí se disemina por vía sanguínea y por vía linfática.

Clínica. Se clasifica en adquirida y congénita. A su vez, la sífilis adquirida se subdivide en precoz, cuando la infección es de menos de un año de evolución y tardía cuando es superior a un año⁽¹⁶⁾.

1. **Sífilis precoz:** se subdivide en 3 formas: sífilis primaria, secundaria y latente.

Tabla II. Tratamiento del herpes genital

<i>Primoinfección</i>	<i>Recurrencias</i>
Aciclovir 400 mg vía oral cada 8 horas durante 7/10 días o hasta remisión	Aciclovir 200 mg 5 veces al día durante 5 días
Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día durante 7/10 días o hasta remisión	Aciclovir día 400 mg 3 veces al día o durante 5 días
Valaciclovir 1 g oral cada 12 h o durante 7/10 días	Valaciclovir 500 mg/12 h x 5 días 5 Valaciclovir 1 g día durante 5 días
Fanciclovir 250 mg oral cada 8 horas o durante 7/10 días	Fanciclovir 125 mg 2 veces al día o durante 5 días

- **Primaria:** se define por la presencia de una lesión ulcerosa solitaria e indolora de bordes duros, bien delimitada, que aparece tras un periodo de incubación de 3 semanas, que crece hasta 1 cm de diámetro y que comienza espontáneamente su cicatrización a las 2 semanas hasta desaparecer espontáneamente al cabo de 6 semanas. La localización del chancro es en región genital y

perianal y depende de las diferentes prácticas sexuales. Después de la aparición del chancro, se producen adenopatías regionales, generalmente inguinales bilaterales e indoloras, cuya evolución es similar a la del chancro, desapareciendo una semana después. Aproximadamente el 50% de los casos no tratados evolucionan a sífilis secundaria y la otra mitad hacia sífilis latente.

Tabla III. Tratamiento de la sífilis

Sífilis primaria, secundaria y latente precoz de menos de 1 año de evolución:

- Penicilina benzatina 2,4 millones unidades i.m. monodosis

Sífilis latente tardía de más de un año de evolución o de duración desconocida**O sífilis terciaria incluyendo cardiovascular y gomosa**

- Penicilina G benzatina 7,2 millones u i.m. En 3 dosis de 2,4 millones cada semana

Pacientes alérgicos a la penicilina y no gestantes y sólo tras excluir neurosífilis y sífilis congénita:

- DOXICICLINA 100 mg oral cada 12 horas durante 1 mes
- TETRACICLINA 500 mg oral cada 6 horas durante 1 mes

Pacientes alérgicos a penicilinas con neurosífilis, sífilis congénita y mujeres embarazadas

- Desensibilización hospitalaria

- *Secundaria*: la piel es el órgano más afectado en este periodo. Se manifiesta como una erupción cutáneo-mucosa muy florida que puede imitar cualquier dermatosis, pero con unos rasgos característicos: son lesiones no dolorosas que afectan a piel, mucosas, plantas de pies y manos. Suelen remitir espontáneamente entre 2 a 12 semanas.

En esta fase, también es frecuente la afectación sistémica y la visceral. Puede afectar al hígado, produciendo ictericia y esplenomegalia. Cuando afecta al riñón se manifiesta con proteinuria, pudiendo provocar glomerulonefritis. Si hay afectación ósea, da lugar a periostitis. Cefaleas por inflamación meníngea. Cursa con fiebre, mal estado general y linfadenopatías generalizadas.

- *Latente*: se caracteriza por la ausencia de manifestaciones clínicas evidentes, pero existe positividad serológica y anticuerpos frente al treponema. Si no se trata en esta fase, 1/3 de los pacientes progresan a sífilis tardía sintomática, también llamada sífilis terciaria.

2. **Sífilis tardía**: se produce cuando la infección dura más de 1 año. Puede ser latente muchos años o hacerse sintomática con lesiones mucocutáneas (lesiones gomosas), óseas, viscerales (cardiovascular) y neurales (neurosífilis).

Diagnóstico:

1. **Directo**: se identifica en el microscopio el *Treponema pallidum* obtenido del chancro.

2. **Indirecto mediante test serológicos**: se basa en la detección de Ac. en el suero.

- Ac. inespecíficos: son pruebas de alta sensibilidad y de baja especificidad. Las comunes son RPR y VDRL. Son siempre positivas en pacientes con sífilis secundaria. Se utilizan para el muestreo de grandes poblaciones y para el control del tratamiento pues negativizan entre 6 y 12 meses. No confirman la presencia de infección porque dan muchos falsos positivos.
- Específicos o treponémicos: FTA-ABS, TPHA, TPPA. No dan falsos positivos al utilizar como antígeno el treponema. Permanecen positivas por tiempo indefinido.

Tratamiento. Pautas recomendadas (Tabla III)⁽¹³⁾.

Enfermedades que cursan con uretritis y cervicitis

La uretritis en los varones es el síndrome más común dentro de las ITS que, tras un claro descenso a nivel mundial, ha experimentado un aumento en las últimas décadas, tanto en España como en el resto de países desarrollados.

Según su etiología se clasifican en gonocócicas y no gonocócicas, siendo éstas las más frecuentes de nuevo en los países desarrollados. Cursa con disuria y secreción mucopurulenta uretral. Existe un 40% de gonococias asociadas a *Clamydias* y, además de estas últimas, hay que considerar otros gérmenes, como el ureaplasma y el micoplasma. Cuando no son tratadas adecuadamente pueden causar epididimitis y prostatitis.

En las mujeres la enfermedad producida por estos gérmenes es la cervicitis que puede cursar asintomática o con secreción mucopurulenta, y hemorragia del canal cervical con sangrado intermenstrual y coitorragia. La leucorrea y la disuria son los síntomas más frecuentes.

Cuando no se trata adecuadamente puede ascender y dar lugar a una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), causando: endometritis, salpingitis, parametritis, ooforitis, absesos tuboováricos o peritonitis y, a largo plazo, embarazos ectópicos e infertilidad.

Infección por *Clamydia trachomatis*

Se manifiesta asintomática en el 80% de los casos. El periodo de incubación oscila entre 7 y 12 días. Infecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes⁽¹⁷⁾. Su frecuencia en Europa es del 4% en mujeres, lo que significa el triple que la gonococia. El riesgo que reviste en ausencia de tratamiento es la epididimorquitis en el varón y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en las mujeres (hasta un 40%), produciendo dolor pélvico crónico y lesión tubárica. Un 20% de las mujeres que desarrollaron EIP quedan estériles y un 8% tienen gestaciones ectópicas. En las mujeres embarazadas, puede transmitirse al neonato, dando lugar a conjuntivitis y neumonía. La OMS estima que la incidencia en el mundo por *Clamydia* es de 50 millones de casos al año.

Diagnóstico. El cultivo celular en muestras procedentes de endocérnix en mujeres y de uretra en varones tiene una especificidad del 100% pero es poco sensible por la dificultad en la recogida de las muestras. Dada la complejidad de aislamiento del germen se realizan técnicas de detección de antígenos mediante fluorescencia directa (DFA), enzimo-inmuno-ensayo (EIA) y técnicas de amplificación del ADN.

Tratamiento. Véase tabla IV.

Infección por gonococo

Está causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo que tiene tropismo por la mucosa uretral, del endocérnix y el recto.

La infección genital es asintomática hasta en el 50% de los casos. Produce leucorrea y secreción mucopurulenta

por endocérnix y, en el caso de los varones, supuración amarillenta por uretra tras 6 días de incubación con picor y escozor en meato urinario. En un porcentaje importante, causa como complicación infecciones del tracto genital superior, dando lugar a una EIP⁽¹⁸⁾.

La infección puede ser anorrectal, frecuentemente asintomática, que a veces se presenta como prurito anal, tenesmo rectal y secreción purulenta de exudado, y también orofaríngea en función de los actos sexuales practicados.

Hasta en un 30%, por inmunodeficiencia o ausencia de tratamiento, se produce septicemia gonocócica, que cursa con: fiebre, mal estado general, artralgias migratorias, lesiones cutáneas e incluso afectación de corazón, huesos, hígado y meninges.

Si la padece una mujer embarazada, puede afectar al recién nacido, cursando con: conjuntivitis, edema de párpados y secreción amarillo-verdosa a los 2 ó 5 días del nacimiento, que puede conducir a ceguera y sepsis, incluyendo artritis y meningitis.

Diagnóstico:

1. Es imprescindible realizar cultivo del exudado de uretra, endocérnix y ano, también de orofaringe si la clínica lo aconseja. En caso de infección diseminada, el hemocultivo es positivo en un 40% de los casos y en líquido articular en un 20%.
2. Tinción con Gram del exudado purulento. Permite visualizar al momento la *Neisseria* como diplococos gramnegativos intracelulares rodeados de polimorfonucleares.

Tratamiento de la infección gonocócica no complicada según CDC Atlanta de 2010 (Tabla V).

Enfermedades que cursan con leucorrea

En los varones los diferentes gérmenes causales pueden producir inflamación del glande y del prepucio.

Cursa con ardor y escozor del pene, coitalgia y con eritema del glande y secreción.

En las mujeres se manifiestan como *vulvovaginitis* con sintomatología más florida que en los varones en los que cursa asintomática en un alto porcentaje de casos.

Tabla IV. Tratamiento de las infecciones por *Clamidia trachomatis*

Recomendadas	
– Azitromicina 1 gramo oral monodosis o	
– Doxiciclina 100 mg oral/12 horas durante 7 día	
Alternativas	
– Ofloxacino 300 mg oral/12 horas durante 7 días o	
– Eritromicina base 500 mg oral/6 h durante 7 días o	
– Eritromicina etilsuccinato 800 mg oral/8 h durante 7 días	

Tabla V. Tratamiento de las gonococcias no complicadas⁽¹³⁾

Recomendadas	Alternativas
Cefixima 400 mg oral monodosis	Otras CEFALOSPORINAS en monodosis:
Ceftriaxona 125 mg i.m. monodosis	Ceftizosima 500 mg, cefotaxima 500 mg, Cefotixina 2 g con probenecid
Coinfección por <i>Clamydias</i>	Espectinomina 2 g i.m. monodosis
Azitromicina 1 g oral monodosis	Quinolonas en monodosis:
Doxiciclina 100 mg/12 h oral durante 7 días	Norfloxacino 800 mg
	Lomefloxacino 400 mg

Tabla VI. Tratamiento de candidiasis vulvovaginal

Tratamientos locales vulvares e intravaginales
Butaconazol 2% crema Intravag x 3 noches
Miconazol óvulos 100 mg x 7 noches, o 200 mg x 3 noches, o 1.200 mg una sola noche
Miconazol crema al 2% 5 g/ivag 7 noches o al 4% 5 g ivag/noche x 3 noches
Clotrimazol crema al 1% 5 g/ivag 7 noches o al 2% 5 g vag/noche x 3 noches
Tratamiento oral en candidiasis recidivantes
Fluconazol 150 mg una dosis semanal desde 4 semanas hasta 6 meses

Las vulvovaginitis se acompañan de secreción vaginal, que es el motivo más frecuente de consulta ginecológica⁽¹⁹⁾. Cursan con prurito, molestias locales, disuria y dispareunia, aunque, según la etiología, pueden ser asintomáticas. La más frecuente, 40-50%, es la vaginosis bacteriana (VB), seguida por la candidiasis con un 20-25% y del 15-20% por trichomoniasis. El 10% restante incluye otras vaginitis, no todas infecciosas, como la atrófica y la producida por cuerpos extraños.

La trichomoniasis es la única infección de las tres que se transmite exclusivamente por vía sexual por inoculación del germen, la candidiasis y VB admiten otras vías de contagio, por autoinoculación y alteraciones en el sistema inmunológico a nivel local.

Candidiasis vulvovaginal

Está causada por la *Candida albicans* en el 80-90% de los casos. El síntoma

predominante es el prurito, acompañado a veces de dolor y ardor vulvovaginal, con secreción espesa y blanca.

En el 5% de las mujeres se cronifica como candidiasis recidivante, que se define por 4 o más episodios en 1 año. Suele relacionarse con: diabetes mellitus, embarazo, antibioticoterapia, malnutrición, inmunosupresión o tratamientos con corticoides.

Diagnóstico:

- Frotis en fresco: se ven en el microscopio hifas con una sensibilidad del 50%.
- Tinción Gram: sobre el exudado vaginal se demuestra la presencia de esporas e hifas.
- Cultivo, necesario en caso de resistencia y recurrencia o recidivas sin factores de riesgo conocidos.

Tratamiento. Los tratamientos tópicos son efectivos aplicados intravaginalmente y en región vulvar. Los derivados azólicos son más efectivos que la nista-

Tabla VII. Tratamiento de la vaginosis bacteriana

- Metronidazol 500 mg oral/12 h durante 7 días o
- Metronidazol gel 0,75% en crema vaginal, 5 g noche por 5 noches
- Clindamicina al 2% crema vag, 5 g noche durante 7 noches
- Clindamicina óvulos de 100 mg noche durante 3 noches

Pautas alternativas

- Tinidazol 2 g oral/24 h x 2 días o 1 g oral/24 h x 5 días
- Clindamicina 300 mg vía oral/12 horas durante 7 días

tina. El ketoconazol e itraconazol son cómodos de usar por vía oral, pero no son tratamientos de elección en vulvovaginitis no complicadas por su hepatotoxicidad. Está contraindicada la vía oral en las embarazadas. Sin embargo, para candidiasis recidivantes se puede utilizar la vía oral (véase tabla VI).

Vaginosis bacteriana

Representa una alteración del equilibrio del ecosistema bacteriano vaginal, con una concentración total de microorganismos que se multiplican por 100, con aumento de los anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y *Mobilincus*.

Se cuestiona que el único mecanismo de transmisión sea la vía sexual.

El síntoma más característico es una secreción blancogrisácea maloliente y en ocasiones espumosa que no produce irritación en la mayoría de los casos. La VB se relaciona con la endometritis posaborto, con el aborto tardío, el parto pretérmino, la rotura prematura de membranas, la endometritis posparto, los abscesos posquirúrgicos.

Diagnóstico:

- Clínico: se fundamenta en la presencia de al menos 3 de los criterios de Amsey: secreción vaginal característica, pH superior a 4,5. Olor a aminas (pescado) y células clave o *Clue-cells* en el frotis.
- Laboratorio: el Gram y la citología. No se recomienda cultivo por su baja especificidad.

Tratamiento. No hay consenso en si debe ser tratada la infección cuando es asintomática. Está claro que deben tratarse todas las pacientes sintomáticas y aquellas programadas para intervenciones ginecológicas (legrado, histerectomía...), y todas las embarazadas con o sin sintomatología que estén infectadas (Tabla VII).

Trichomoniasis

La *Trichomonas* es un protozoo que se inocula directamente en la vagina por transmisión sexual.

Es asintomática en el 50% de los casos. Cursa con leucorrea maloliente de color amarillo verdoso y espumosa y, a medida que aumenta la respuesta inflamatoria, aumenta el dolor vaginal, el prurito, la dispareunia, la hemorragia poscoital e incluso aparecen molestias pélvicas hipogástricas que traducen la evolución desde una vulvovaginitis, cervicitis, hasta una endometritis y salpingitis.

Diagnóstico:

- Frotis vaginal en suero fisiológico: se identifica el protozoo flagelado por sus movimientos.
- Cultivo vaginal y citología: suele ser un hallazgo en paciente asintomática. Confirmar en frotis.

Tratamiento. Es imprescindible el tratamiento de la pareja para evitar reinfecciones. Evitar tratamiento por vía oral en los 3 primeros meses de embarazo.

- Metronidazol: 2 g vía oral, dosis única.
- Metronidazol: 500 mg/12 horas durante 7 días.

Verrugas genitales. Condilomas

De todas las ITS es la más prevalente entre jóvenes de ambos sexos y la que más alarma social provoca cuando se diagnostica, ya que en las mujeres es agente causal del cáncer de cérvix y en ambos sexos del cáncer de ano⁽²⁰⁾.

En el mundo se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras del VPH (virus del papiloma humano) y de ellas 27 millones tienen condilomas. En España se calcula que entre un 3 a 6% de mujeres son portadoras del VPH, o sea, entre 700.000 y 1.400.000, lo que significa que unas 450.000 tendrían condilomas acuminados.

La incidencia máxima de aparición de las lesiones es entre 20 y 24 años, siendo la adolescencia la población de más alto riesgo. A partir de los 35 años se produce una aclaración del virus, quedando únicamente de un 5-10% de portadoras. Vuelve a aumentar la proporción a partir de los 50 años.

La persistencia de la infección y la evolución a lesiones cancerosas es mayor en mujeres y hombres VIH positivos.

Es un virus DNA del que hay más de 120 subtipos identificados. Los subtipos 6 y 11 casi siempre producen condilomas acuminados y son virus de bajo riesgo que prácticamente nunca van a producir cáncer. Sin embargo, los subtipos 16 y 18 son los que tienen más riesgo de cáncer. El tipo 16 se encuentra positivo en el 50% de los cánceres de cérvix, pero no todas las mujeres positivas para este subtipo desarrollan cáncer. Los subtipos 31, 33, 35 se consideran de riesgo intermedio.

El periodo de incubación medio es de 3 meses con un rango de 3 semanas a 9 meses lo que, unido a que cursa como infección asintomática, lo convierte en un problema epidemiológico de primera magnitud, ya que el VPH tiene avidez por los epitelios escamosos, infectando mucosas genitales y todo el tracto genital inferior: cuello uterino, vagina, vulva, labios mayores y menores, clítoris, meato urinario, periné, perianal, ano, uretra, canal anal, glándula, prepucio, cuerpo del pene, escroto e ingles. Infecta todas aquellas áreas que sufren microtraumatismos durante las relaciones sexuales, lo que hace muy difícil impedir su propagación.

Clínica. La infección mayoritariamente permanece latente, sin causar lesión histológica.

En la mayoría de los casos, se manifiesta como una infección subclínica asintomática en cervix y vagina y en caso de afectación vulvar y de introito, presenta síntomas inespecíficos, como dispareunia y dolor vulvar. Estas lesiones sólo son detectables mediante colposcopia y penoscopia, mostrándose como lesiones acetoblancas múltiples, generalmente en mucosas, glándula, introito, vagina y cérvix. Este tipo de lesiones está más asociada a subtipos de alto riesgo.

La manifestación clínica más conocida son los condilomas acuminados, ve-

rrugas en forma de coliflor, con proyecciones digitiformes, muy vascularizadas y con distinto grado de queratinización. Generalmente se asocian a subtipos de bajo riesgo.

Las pápulas, pigmentadas o no, que son pequeñas, planas y lisas, solas o asociadas a condilomas acuminados, generalmente se asocian a subtipos de alto riesgo.

El VPH es responsable causal del 100% de los cánceres de cuello uterino, del 90% de los cánceres del canal anal y del 40% de los cánceres de vulva y pene. Se está estudiando su relación con los cánceres de orofaringe. Se sospecha la participación de otros cofactores que facilitan el desarrollo del cáncer, como la presencia continuada de VHS II, o la toma de anticonceptivos orales, el tabaquismo, otros virus, otras ITS y sobre todo un estado de inmunosupresión.

La acción oncogénica del VPH es unas 1.000 veces superior sobre cerviz que sobre vagina y vulva.

Diagnóstico:

- Clínicamente por inspección genital, penoscopia, colposcopia, anoscopia, vulvosocopia.
- Citología: alteraciones morfológicas de las células infectadas.
- Biopsia dirigida para estudiar la alteración sobre todo si se sospecha lesión en cérvix uterino y para hacer el diagnóstico diferencial con otras neoplasias genitales.
- Hibridación *in situ* para conocer los serotipos de alto riesgo o por amplificación genómica. PCR.

Tratamiento. No existe un tratamiento específico que erradique el DNA viral. La elección del tratamiento depende del tamaño y extensión de las lesiones y se dirige a su erradicación para disminuir la transmisión. **En embarazo están contraindicados el 5-fluorouracilo y el podofilino** por sus efectos teratógenos. Imiquimoid y el sinecatechin no tienen probado su uso en el embarazo (Tabla VIII).

Vacunas preventivas. Existen 2 vacunas comercializadas con partículas virus like:

Una es Gardasil® para los subtipos 6, 11, 16 y 18, cuyo objetivo es prevenir a largo plazo el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a medio plazo disminuir las lesiones precursoras de cáncer y a

Lesiones cervicales	Crioterapia, asa de diatermia o láser
Lesiones mucosas, vaginal, anal y uretral	Crioterapia, láser y Ac. tricloroacético
Lesiones vulvares y en genitales externos	Podofilinotoxina al 0,5% hasta 4 semanas Imiquimoid crema al 5% hasta 16 semanas Sinecatechin al 15% hasta 16 semanas Crioterapia semanal hasta erradicación Resina de podofilino al 25% Ac. tricloroacético o bicloroacético Electrocoagulación o láser de CO ₂

corto plazo, las verrugas genitales. Otra es Cervarix® con los subtipos 16 y 18 por lo que su objetivo se centra en la prevención del cáncer de cérvix. Ambas aportan protección cruzada frente a otros serotipos, como el 31 y el 45 potencialmente cancerígenos. Los subtipos 16 y 18 son responsables del 70% aproximadamente de todos los Ca de cérvix por lo que se espera el desarrollo de nuevas vacunas con más subtipos implicados.

Se recomienda vacunar a las niñas entre 9 y 14 años, antes de la exposición al virus, aunque no está contraindicada la vacuna en caso de seropositividad por lo que se pretende extender su uso hasta los 26 años.

Enfermedades causadas por ectoparásitos
Pediculosis pubis

Está causada por el *Pthirus pubis*, que se transmite por contacto corporal próximo y con ropa de cama. En adultos se parasita el vello pubiano, pero en algunas personas se extiende por todo el vello corporal, parasitando hasta cejas y pestañas. Los huevos (liendres) se adhieren al vello. Puede ser asintomática o cursar con prurito por hipersensibilidad. En la superficie interna de los muslos pueden aparecer manchas azuladas producidas por las picaduras.

Diagnóstico. Es clínico por la visualización del parásito y sus huevos.

Tratamiento. Desarrolla fácilmente resistencia al tratamiento. Las lociones son más efectivas que los champús y se debe aplicar en todo el vello, incluidos la barba y bigote. Debe repetirse el tratamiento 3 a 7 días más tarde. Debe lavarse la ropa de cama, interior y pijamas a 60°.

- Permetrina al 1% en crema y lavar 10 minutos después.

- Piretrinas con piperonil butóxido durante 10 minutos.
- Lindane al 1% en solución o gel en champú sobre la zona afectada, se deja actuar 4 minutos y luego se aclara. Contraindicado en gestantes, en periodo de lactancia y en menores de 2 años.

Sarna o escabiosis

Producida por la especie hominis del parásito *Sarcoptes scabiei*. Puede afectar cualquier parte del cuerpo, siendo el contagio piel a piel. Provoca una lesión en piel, muy pruriginosa llamada surco acarino, que son las galerías que excavan los ácaros donde ponen sus huevos y nacen nuevos parásitos. Los excrementos, al contactar con los capilares, producen una reacción de hipersensibilidad que da lugar al prurito de predominio nocturno que puede tardar de 4 a 6 semanas en desarrollarse y que se corresponde con un erupción micropapulosa que abarca grandes extensiones de piel.

Las lesiones afectan fundamentalmente a manos y pies, las más características están en los surcos interdigitales de las manos, también en muñecas y codos, axilas, abdomen, genitales y mamas.

Diagnóstico. La clínica y las lesiones son características pero es necesario demostrar el parásito extrayéndolo de las lesiones con la punta de un bisturí y observándolo al microscopio.

Tratamiento. Evitar el contacto corporal con otras personas hasta finalizar el tratamiento:

- Crema de permetrina al 5%, aplicado en todo el cuerpo salvo en cabeza durante 8 a 14 horas.
- Ivermectina 250 picog/kg vía oral y repetir a las 2 semanas.
- Loción de lindano al 1% aplicado en todo el cuerpo durante 8 horas. No

utilizar en niños menores de 2 años ni en embarazadas.

- Lavar para descontaminar la ropa de cama y las prendas interiores a temperatura de 60°C.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** ONUSIDA OMS. Situación de la epidemia del SIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Diciembre 2010. Disponible en internet en: <http://www.unaids.org>
- 2.** FPFE. Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA: grupos específicos, necesidades concretas. Federación de Planificación Familiar e España. Madrid. Octubre 2003.
- 3.** Advocates for Youth. 2011. Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach. Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- 4.** Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage. *Int Fam Plan Perspect.* 2006; 32(2): 79-88.
- 5.* Ahmed Obaid T. La promesa de igualdad. Estado de la Población Mundial. Fondo de Población de Naciones Unidas; 2005.
- 6.** Jaime P, Montero J, Montero MJ, Waisman V. Cuadernos: Salud y Derechos sexuales y Reproductivos, Nº 1. Las mujeres en los países en desarrollo. Madrid: Federación de Planificación familiar de España; Febrero 2012.
- 7.** Caro D for the Interagency Gender Working Group. A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd edition). Washington, DC: Population Reference Bureau; 2009.
- 8.*** Center for Reproductive Rights. An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools. New York: CRR; 2008.
- 9.*** García JF, Pérez E, Perpiña J. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En: Buil C, Lete I, Ros R, eds. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 539-79.
- 10.*** Cevallos C, Collado S, Moran M, Rico J, Verdejo J. Informe Técnico para profesionales sanitarios. Servicio Madrileño de Salud; 2012.
- 11.*** Carreras R, Checa MA, Fusté P, Basil C, Villanueva R, Payá A, Ollé C. Enfermedades

de transmisión sexual. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología.* 2001; 30: 4-73.

- 12.*** Día Mundial contra el SIDA. Diciembre 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.msc.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/vigilancia/home/htm>
- 13.*** Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. *MMWR.* 2010; 59(Nº, RR-12).
- 14.*** Bouza E, Hellín T, Rodríguez A, Ribera E. Enfermedades de transmisión sexual. En: Protocolos clínicos de SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). Disponible en la red: www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm
- 15.*** Vidart JA, Olmos L, Comino R, Rey Calero J. Enfermedades de transmisión sexual por virus. *Boletín informativo SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).* 2002: 12-23.
- 16.* Vidart JA, Coronado PJ, Escudero M. Infecciones del tracto genital inferior I. Agentes bacterianos y otros. En: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción.* Tomo 2. Madrid: Ed. Medica Panamericana; 2003. p. 1174-80.
- 17.** Perpiña J, García JF, Pérez E. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia. En: Buil C, Lete I, Ros R, eds. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 581-621.
- 18.*** Olmos L, Vidart JA, Comino R, Rey Calero J, Guerra A. Enfermedades de transmisión sexual bacterianas. *Boletín informativo SEGO* abril 2002: 13-26.
- 19.** Sánchez JM, Sánchez M. ETS y vulvovaginitis. En: Cañete ML, ed. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. Albacete; 2003. p. 519-535.
- 20.** Quilez M, Rabella N, Margal N. Infecciones del tracto genital inferior. II. Agentes víricos. En: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción.* Tomo 2. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2003. p. 1181-8.
- 21.* Cortes J. Enero 2007. Documento de Consenso de las Sociedades Científicas. Vacunas Profilácticas frente al VPH.

Bibliografía recomendada

- Olmos L, Vidart JA, Comino R, Rey Calero J, Guerra A. Enfermedades de transmisión sexual bacterianas. *Boletín informativo SEGO,* abril 2002: 13-26.

Trascripción de mesa redonda entre 4 expertos en ETS, desde los campos de la dermatología, la epidemiología y la ginecología abordando las causas más frecuentes de ETS en Atención Primaria.

- Vidart JA, Olmos L, Comino R, Rey Calero J. Enfermedades de transmisión sexual por virus. *Boletín informativo SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).* 2002: 12-23.

Magnífica puesta al día sobre los aspectos más importantes de las ITS con más relevancia a nivel mundial, con las opiniones personales de expertos en dermatología, ginecología y medicina preventiva.

- Bouza E, Hellín T, Rodríguez A, Ribera E. Enfermedades de transmisión sexual. En: Protocolos clínicos de S.E.I.M.C. (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica). Disponible en la red www.seimc.org/protocolos/clinicos/proto8.htm

Protocolos actualizados y revisados en referencia a los publicados por CDC de Atlanta con las fórmulas farmacológicas existentes en nuestro medio. Es una guía completa de actuación en todas las ITS conocidas.

- Carreras R, Checa MA, Fusté P, Basil C, Villanueva R, Payá A, Ollé C. Enfermedades de transmisión sexual. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología.* 2001; 30: 4-73.

La revista completa está dedicada a ITS con revisión de conceptos, actualidad epidemiológica, diagnósticos y pautas terapéuticas recomendadas en todas las infecciones conocidas. Incluye guía de actuación preventiva y recomendaciones a la pareja.

- García JF, Pérez E, Perpiña J. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: generalidades y prevención. En: Buil C, Lete I, Ros R, eds. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 539-79.

Capítulo que desarrolla con amplitud la incidencia y prevalencia de las ETS en los jóvenes y adolescentes, y las conductas de riesgo y los factores biológicos, sicosociales, educativos y ambientales que hacen de los y las adolescentes la población más vulnerable para padecer y transmitir las ITS más importantes por su repercusión sobre la salud.

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. *MMWR.* 2010; 59(Nº, RR-12).

Imprescindible guía de tratamiento utilizada como modelo de referencia a nivel mundial. Está disponible en la red para consultas: www.cdc.gov/mmwr.

Caso clínico

Yolanda tiene 16 años y acude a su médico acompañada de su madre porque desde hace 6 días ha comenzado con dolor y quemazón vulvar y sensación de disuria. En este año ha tenido 3 episodios de cistitis. Buena estudiante. No tiene pareja. Suele salir los fines de semana con amigas hasta tarde en la noche. Dice no tomar alcohol, no fumar y no consumir drogas.

Antecedentes familiares: madre hipertensa. Abuela materna Ca. de mama a los 64 años. Padre sano. Hermano de 28 años sano.

Antecedentes personales: no alergias conocidas. Menarquia: 12 años. Reglas irregulares 3/45-60. Está tomando la píldora desde hace 1 año para regular sus ciclos.

Hace 5 semanas dejó de tomar la píldora por olvido de más de 2 días cuando pasó el fin de semana en casa de una amiga en un pueblo de Madrid. Desde entonces no tiene la menstruación. Nunca antes había tenido estos síntomas.

En la **inspección genital** se observa vulva enrojecida y con lesiones de rascado. El introito se halla erosionado y con aspecto infectado cubierto de secreción blanco-amarillenta.

En la **exploración general** se aprecia garganta enrojecida sin ulceraciones. Presenta adenopatías inguinales móviles y no dolorosas a la palpación.

Pruebas solicitadas en urgencias: gravindex (negativo). Sedimento urinario (normal). Se solicita frotis vaginal y urocultivo con antibiograma, si procede.

Se **prescriben** lavados vulvares con antiséptico local y pomada antifúngica a la espera de resultados.

Se recomienda reiniciar tratamiento con anticoncepción hormonal oral según pauta indicada por la ginecóloga.

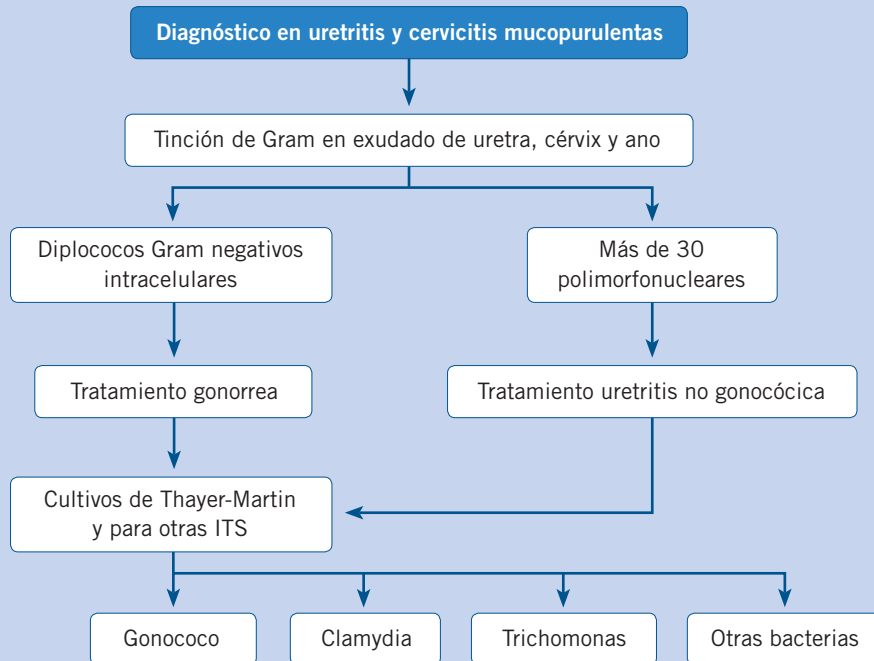
Se cita el mismo día en enfermería para completar historia sexual y hacer consejo, si precisa.

Evolución: a los 10 días y según resultados se instaura tratamiento con clotrimazol y se solicita serología y cultivos para ITS y citología.

Se hace consejo sobre prevención de ITS, se recomienda uso de preservativo mientras no tenga pareja estable o su pareja sea estudiada. Se recomienda vacunación de hepatitis B.

Se decide citar cada 3 meses coincidiendo con receta de anticonceptivo para continuar consejo sobre ITS y VIH, hábitos saludables y educación para la salud sexual.

Algoritmo diagnóstico en uretritis y cervicitis mucopurulentas



Algoritmo diagnóstico de vulvovaginitis que cursa con leucorrea

