

# Infecciones de transmisión sexual



## A. Comunción Artieda

Dermatóloga en el Centro de Diagnóstico Médico. Madrid.  
Programa de Prevención de ITS y VIH. Madrid Salud

### Resumen

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública. Desde el año 2005 y, sobre todo, en los últimos 5 años, la incidencia de las ITS está aumentando de forma muy llamativa. En las gráficas por edad, el grupo de menores de 19 años son una población con una mayor prevalencia de diversas ITS, son un grupo muy vulnerable.

Vamos a describir las ITS más prevalentes en nuestro medio: cómo se transmiten, a quién afectan, cómo podemos detectarlas y tratarlas. Además, es muy importante abordar la educación afectivo-sexual desde edades tempranas y tratarlo con naturalidad, tanto con los padres como con los adolescentes, para mejorar la formación e información.

Es muy importante que los profesionales de la salud estén al día, sepan realizar una detallada historia clínica para abordar de forma integral la salud afectivo-sexual de nuestro paciente. Conocer las guías de diagnóstico y tratamiento actualizadas, para mejorar la atención a nuestros pacientes. Aprovechar la consulta para consejo adaptado.

### Abstract

*Sexually Transmitted Diseases (STDs) are a considerable public health problem. Since 2005 and particularly in the last five years, the incidence of STDs has significantly increased. In the graphs by age, the group under 19 years old is a population with a large number of STDs, and thus, being a highly vulnerable group.*

*This article describes the most prevalent STDs in our environment, how they are transmitted, who they affect, and how we can diagnose and treat them. Additionally, it is very important to introduce early sex education, dealing with it in both parents and adolescents, in a natural way, so as to improve education and information.*

*It is of great relevance that health professionals are up to date, knowing how to conduct a detailed clinical history to comprehensively address the affective-sexual health of our patient. Similarly, they must know the updated diagnostic and treatment guidelines to improve the care of our patients, and take advantage of the consultation for tailored counseling.*

**Palabras clave:** Infecciones de transmisión sexual; Prevención; Juventud; Educación afectivo-sexual.

**Key words:** Sexual transmitted diseases; Prevention; Youth; Affective-sexual education.

### OBJETIVOS

- Conocer las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio.
- Realizar una historia clínica detallada sobre salud sexual.
- Diagnosticar las infecciones de transmisión sexual más frecuentes a través de técnicas diagnósticas.
- Prestar atención a los tratamientos actualizados.

### Introducción

Las infecciones de transmisión sexual son infecciones que se transmiten durante las relaciones sexuales, aunque, en ocasiones, no son la única forma de transmisión.

Pueden contagiarse por sexo vaginal, anal y/o sexo oral y algunas se transmiten por contacto cutáneo (piel-piel) durante las relaciones sexuales. Están producidas por: bacterias, virus, ectoparásitos y protozoos.

Hablar de infecciones de transmisión sexual incluye abordar la prevención y educación afectivo-sexual no solo en los adolescentes, sino también a otros niveles: familia, instituciones educativas, sociedad, instituciones sanitarias, para así mejorar el bienestar de los adolescentes, con el último fin de que crezcan con autonomía, respeto y libertad y así ser personas equilibradas y responsables en su vida y en sus relaciones<sup>(1)</sup>.

Tienen unas características físicas, como una ligera inmadurez en el sistema inmune y, en el caso de las chicas, una tendencia a ectopia cervical, así como una baja producción de moco cervical que les hace propensos a infectarse de algunas ITS.

Además, tienen comportamientos que favorecen las ITS, como son: inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales coitocentristas, baja percepción del riesgo y esto aumenta, si hay consumo de alcohol y drogas, la posibilidad de comportamientos de riesgo para contraer una ITS<sup>(2)</sup>.

## Prevención

**Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en: educación sanitaria, promoción del sexo seguro, detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, investigación de los contactos sexuales de los pacientes, inmunización frente a las ITS para las que se dispone de vacuna y vigilancia epidemiológica.**

El mejor método para evitar el contagio de ITS en las relaciones sexuales es el uso de preservativo de forma consistente, en todas las relaciones y desde el principio de la penetración. Algunas ITS, como veremos, no se evitan al 100% con el preservativo, porque pueden aparecer en zonas que no cubre el preservativo. También es importante limitar el número de parejas sexuales, así como concienciar que las ITS no tienen que dar síntomas.

El uso y/o abuso de sustancias tóxicas como el alcohol y drogas, se ha visto que es causa importante de comportamientos de riesgo al disminuir la percepción de peligro y disminuir el uso de preservativo.

Está demostrado que una buena educación afectivo-sexual es una buena manera de formar y dar herramientas a los jóvenes para una sexualidad responsable<sup>(3)</sup>.

## Epidemiología

**Es importante conocer a quién afectan, cómo se contagian y cómo evitar las ITS, así como el estudio de contactos para un control eficaz de las ITS.**

- Las ITS pueden contagiarse:
- Por contacto directo piel-piel, en este caso, el preservativo no protege del todo. Un ejemplo son: los condilomas acuminados, los *molluscum* contagiosos, el herpes simple, la sífilis, la pediculosis y la escabiosis.
  - Por fluidos sexuales, como es el caso del VIH y la hepatitis B.
  - Por contacto íntimo con una mucosa infectada. Como la infección por: clamidia, gonococo, tricomonas, *mycoplasma genitalium* y sífilis.

Las mejores monitorizadas en nuestro país son las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), que son la infección

**Tabla I. Historia clínica**

- Antecedente de infecciones de transmisión sexual y de pruebas previas. Alergia a medicamentos
- Ingesta de alcohol y drogas
- Edad de primera relación con penetración
- ¿Con quién tiene relaciones sexuales?, ¿qué prácticas ha tenido?
- Uso de preservativo en las distintas prácticas
- Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses y último año
- Última vez que no utilizó el preservativo y en qué prácticas (importante para valorar el periodo ventana)
- Exploración física extensa y detallada

por: clamidia, gonococo, sífilis, linfogranuloma venéreo, hepatitis B y VIH<sup>(4)</sup>.

Desde el año 2005 y, sobre todo, desde el 2012, las ITS están aumentando en nuestro país. Los nuevos casos de VIH están estabilizados, descendiendo muy lentamente<sup>(5)</sup>.

## Historia clínica

Debemos hacer una historia clínica detallada y estructurada (Tabla I). Con todos los datos recogidos, haremos una valoración de riesgos y determinaremos qué pruebas diagnósticas son las más adecuadas.

Aprovecharemos la consulta para completar su estado de salud, si le hace falta alguna vacuna, anticoncepción y realizar un consejo adaptado.

## Infecciones de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio

### Virus de papiloma humano (VPH)

**Es la infección de transmisión sexual vírica más frecuente en nuestro país.**

Es un virus ADN sin cubierta que pertenece al género *Papillomavirus* dentro de la familia *Papillomaviridae*. Hay unos 40 genotipos que pueden infectar la zona genital. Algunos tienen poder oncogénico y están relacionados con: cáncer de cérvix, ano, vulva, vagina, pene y oro-faríngeo.

La mayoría de las infecciones se resuelven solas, por la inmunidad del individuo. Solo, en algunas ocasiones, progresan a lesiones premalignas y de ellas un pequeño porcentaje pueden evolucionar a cáncer<sup>(6)</sup>.

Nos centraremos en los condilomas acuminados, también llamados verrugas genitales, son una enfermedad de transmisión sexual frecuente en área genital. Se estima que afectan al 2-4% de la población. Están producidos en su mayoría por los genotipos 6 y 11.

### Clínica y diagnóstico de los condilomas acuminados

**En la mayoría de los casos es un diagnóstico clínico.**

Son lesiones papulosas, en muchas ocasiones con superficie papilomatosa, que pueden aparecer en distintas zonas del área genital, incluidas las mucosas. Pueden picar y pueden aparecer en áreas que no cubre el preservativo, como el pubis.

En ocasiones, para el diagnóstico utilizamos la dermatoscopia en lesiones únicas y/o pequeñas, para realizar el diagnóstico diferencial con fibromas o queratosis seborreicas.

La biopsia y estudio histológico se reserva para lesiones atípicas, cuando no responden a tratamientos o sospechamos lesión premaligna o maligna para su confirmación histológica.

### Tratamiento de los condilomas acuminados

**Es una patología que crea mucha morbilidad y es motivo de consulta frecuente con gran carga emocional. Los tratamientos irritan y producen molestias.**

La elección del tratamiento depende de la localización, número de lesiones, tipo de lesiones y quien lo aplica (Tabla II).

Cuando las lesiones están brotando, debe realizarse un tratamiento de campo con inmunomoduladores o sinecatequinas. Cuando hay pocas lesiones, estables y en zona queratósica (piel), se suelen aplicar: crioterapia, ácido bi-tricloracético y podofilotoxina.

Es importante el seguimiento de los/las pacientes para un buen cumplimiento y tolerancia de los tratamientos.

**Tabla II. Tratamientos para condilomas acuminados**

<i>Modo de acción</i>	<i>Aplicación</i>
<b>Ablación</b> - Crioterapia - Láser de vaporización - Cirugía	<b>Aplicados en la consulta</b> - Métodos ablativos - Resina de podofilino - Ácido bi y tricloroacético
<b>Citotóxicos</b> - Podofilotoxina - Resina de podofilino - Ácido bi y tricloroacético	<b>Aplicados por el paciente</b> - Imiquimod - Sinecatequinas - Podofilotoxina
<b>Inmunomoduladores</b> - Imiquimod - Sinecatequinas	

### Úlceras genitales

Solución de continuidad en la piel o mucosa en área genital. Múltiples causas.

La tabla III describe las úlceras genitales debidas a ITS más frecuentes en nuestro medio, con sus principales características.

#### Herpes genital Epidemiología

**Es la causa de úlcera genital de transmisión sexual más frecuente en nuestro país.**

El herpes en área genital está causado por el herpes simple tipo II (VHS-II) en aproximadamente el 80% de los casos y el herpes simple tipo I (VHS-I), en el 20% de los casos, por sexo oral.

#### Clinica

En adolescentes, la primoinfección puede causar cuadros muy floridos: vesículas que evolucionan rápidamente a úlceras de pequeño tamaño de 1-2 mm, fondo limpio, borde eritematoso, muy dolorosas, distribuidas por área genital, acompañado de síndrome miccional, o pasar desapercibida, en la mayoría de los casos.

Una vez adquirida la infección, con o sin clínica, se mantiene de forma latente y puede haber recurrencias, siempre mucho menos sintomáticas y con menos clínica. En el caso del herpes tipo II, las recurrencias son más frecuentes, sobre todo en los primeros años de la infección<sup>(7)</sup>.

Las recurrencias cursan con la aparición de lesiones vesiculosas agrupadas, que evolucionan rápidamente a úlceras, dolorosas, pequeñas, que curan sin tratamiento en 7-8 días. Aparecen en la

misma zona y se acompaña de un pródromo de ardor-picor.

#### Diagnóstico

En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico. Existen pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR), son muy sensibles y específicos, cercanos al 100%, pero son caros y se usan en caso dudoso de diagnóstico diferencial de úlceras genitales.

Las serologías tipo específicas son útiles, sobre todo, para ver seroconversiones, con poca relevancia clínica al ser diagnósticos *a posteriori*<sup>(8)</sup>.

#### Tratamiento

Se utilizan antivirales: aciclovir, valaciclovir o famciclovir, sobre todo en caso de primoinfecciones, y también en caso de recurrencias frecuentes, más de 6 episodios al año suele usarse el tratamiento supresivo para evitar la aparición de los brotes. Debe comenzarse con el tratamiento en las primeras 24-48 h (Tabla IV).

Localmente, se utilizan fomentos de sulfato de cobre o zinc al 1 0/00 y poma-

das de antibióticos, para evitar las sobreinfecciones. Mupirocina o ácido fusídico son los más utilizados. Es importante hablar con el/la paciente, pues el herpes genital produce una importante carga de angustia, al pensar que lo van a tener para siempre. Hay que explicarles que puede brotarles de vez en cuando, pero que las recurrencias tienen tratamiento y que van a poder llevar una vida sexual normal, siendo cuidadosos y teniendo ciertas precauciones.

#### Sífilis Etiopatogenia

Causada por una espiroqueta *Treponema pallidum*, subfamilia *pallidum*. Su incidencia está aumentando desde el año 2005. Afecta, sobre todo, a hombres de 35 a 45 años.

#### Clinica

Enfermedad que cursa en estadios clínicos:

- *Sífilis primaria*: úlcera o chancro duro. Indurada, indolora, suele ser única, asociada a adenopatía unilateral. La úlcera aparece en la zona de inoculación de la espiroqueta y dura un mes, curando espontáneamente. Puede aparecer en cualquier área sexual, incluida boca y labios. Es una ITS que se puede transmitir por sexo oral. El preservativo no protege del todo.
- *Sífilis secundaria*: se produce por diseminación hematogena de la infección. Suele aparecer a los 2-3 meses de la infección, con la aparición de un *rash* en tronco, morbiliforme, no pruriginoso, denominado roséola sífilítica, y la aparición de lesiones maculosas o maculopapulosas, incluso con queratosis en la periferia (denominados clavos), afec-

**Tabla III. Características de las úlceras genitales por infecciones de transmisión sexual**

	<i>Herpes</i>	<i>Sífilis</i>	<i>Linfogranuloma venéreo</i>
<b>Agente</b>	Virus herpes simple	<i>Treponema pallidum</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i> (L1, L2, L3)
<b>Periodo de incubación</b>	3-7 días	9-90 días	3-7 días
<b>Tacto</b>	Blanda	Indurada	Blanda
<b>Dolor</b>	Sí	No	Variable
<b>Base</b>	Roja y lisa	Roja y lisa brillante	Variable
<b>Bordes</b>	Eritematoso	Bien delimitados	Elevados

**Tabla IV. Tratamiento de herpes genital**

**Primoinfección herpética**

- Aciclovir: 400 mg vía oral, 3 veces al día de 7 a 10 días
- Famciclovir: 250 mg vía oral, tres veces al día de 7-10 días
- Valaciclovir: 1 g vía oral, dos veces al día de 7-10 días

**Tratamiento supresivo**

- **Aciclovir:** 400 mg vía oral, 2 veces al día
- **Valaciclovir:** 500 mg vía oral, una vez al día
- **Valaciclovir:** 1 g vía oral, una vez al día
- **Famciclovir:** 250 mg vía oral, 2 veces al día

tando característicamente a palmas y a plantas. Se puede acompañar de astenia, febrícula y adenopatías generalizadas.

En este estadio pueden aparecer múltiples cuadros cutáneos, se llama “la gran imitadora”. Son características las placas mucosas de la lengua y las sífilides en genitales (ambas lesiones son contagiosas por contacto directo). Puede producir cuadros psoriasiformes, pitiriasis rosada *like*, alopecia en cuero cabelludo “apolillada”, entre otros cuadros clínicos<sup>(9)</sup>.

- *Sífilis latente:* cuando hay serología positiva sin clínica.
- *Neurosífilis:* afectación del SNC y LCR. Sospechar en cualquier estadio de la sífilis, cuando aparecen cefaleas frecuentes, síntomas oftalmológicos u óticos<sup>(10)</sup>.

**Diagnóstico**

En la sífilis primaria, las serologías pueden ser negativas, se utilizan técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) del chancro o el campo oscuro, para visualización directa del treponema (mucho menos sensible).

**Serologías de la sífilis**

Actualmente, se utiliza de **screening** una prueba de enzoinmunoanálisis (EIA) IgG, IgM que es una prueba treponémica muy sensible y específica. Las pruebas treponémicas son las primeras en positivar y permanecen casi de por vida.

Las pruebas reagínicas se utilizan para observar respuesta al tratamiento y posibles reinfecciones, y tienen que titularse. Se considera respuesta si disminuyen dos o más diluciones en un año y, reinfección, si los títulos aumentan dos o más diluciones.

**Tratamiento**

Sigue siendo la penicilina G benzatina a dosis de 2.400.000 UI im, una dosis en la sífilis primaria, secundaria y sífilis latente de menos de un año, y tres dosis, una a la semana, en la sífilis latente de más de un año o de tiempo indeterminado.

**Uretritis y cervicitis**

**Inflamación con o sin secreción de uretra y cuello de útero, respectivamente.**

En el caso de las cervicitis, muchas son asintomáticas. En el caso de los varones jóvenes, las uretritis casi siempre son una ITS. Se contagian por contacto directo con una mucosa infectada. El preservativo protege si se utiliza bien.

**Etiología**

**Clásicamente, se dividen en uretritis o cervicitis gonocócicas y no gonocócicas.**

Dentro de las no gonocócicas, la *Chlamydia trachomatis* es la etiología más frecuente. Seguida de *Mycoplasma genitalium* en el caso de las uretritis.

***Nesisseria gonorrhoeae***

Diplococo gran negativo, anaerobio intracelular. Puede infectar el epitelio columnar de: uretra, cérvix, faringe, recto y conjuntiva. Al igual que la clamidia.

***Chlamydia trachomatis***

La clamidia es la bacteria de transmisión sexual más frecuente en nuestro país. Afecta, sobre todo, a mujeres menores de 26 años<sup>(11)</sup>.

**Clínica**

Características, periodo de incubación y síntomas (Tabla V). En el caso del gonococo, el periodo de incubación es corto y suele ser más sintomático, sobre todo en uretra, produciendo supuración purulenta.

La clamidia en uretra y, sobre todo, en cérvix, es muy poco sintomática. Si ambas infecciones no se tratan, pueden desembocar en complicaciones por afectación del aparato genital femenino, con cuadros de: salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica y, a largo plazo, problemas de fertilidad.

Cuando afecta al recto puede ocasionar proctitis, con tenesmo, dolor y exudado con moco, sangre y pus. En faringe suelen ser poco sintomáticas.

**Diagnóstico**

***Gonococo***

Tinción de Gram de los exudados, con la aparición de diplococos intracelulares en forma de granos de café (en uretra y cérvix). Técnicas de PCR de faringe, uretra u orina (primer chorro), cérvix o vagina y recto.

El cultivo de exudado (uretra, cérvix, faringe y/o recto) es importante para la realización de antibiograma. Se utiliza un cultivo de Thayer Marti modificado.

***Clamidia***

Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos, la más extendida es la PCR. Toma de muestras en las localizaciones expuestas<sup>(12)</sup>.

**Tabla V. Características de los síndromes urogenitales por clamidia y gonococo**

<b><i>Chlamydia trachomatis</i></b>	<b><i>Neisseria gonorrhoeae</i></b>
<b>P. incubación: 10-21 días</b>	<b>P. incubación: 3-5 días</b>
<b>Uretritis:</b>	<b>Uretritis:</b>
- 30% asintomáticas	- 95% sintomática
- Secreción transparente	- Supuración purulenta
- Disuria, urgencia	- Disuria y urgencia
<b>Cervicitis:</b>	<b>Cervicitis:</b>
- 70-80% asintomáticas	- 20-50% asintomáticas
- Exudado cervical aumentado	- Exudado cervical purulento
- Dispareunia y sangrado postcoital	- Dispareunia y sangrado postcoital
- Cistitis de repetición	- Cistitis de repetición

## Tratamiento

**Debe realizarse diagnóstico etiológico, para evitar tratamientos empíricos<sup>(13)</sup>.**

En ocasiones, sobre todo, ante sintomatología de uretritis, se sigue utilizando tratamiento empírico para aliviar molestias (Algoritmo de manejo de uretritis).

### Tratamiento de infección gonocócica

Existen diferentes pautas según guías y países. En España, suele utilizarse ceftriaxona 500 mg im, como primera elección. El tratamiento ha ido cambiando ante el aumento de la resistencia a distintos antibióticos en los últimos años<sup>(14)</sup>.

### Infección por clamidia

Actualmente, el tratamiento de elección es la doxiciclina 100 mg cada 12 h 7 días. Hasta hace poco, también era de elección azitromicina 1 g monodosis, pero están aumentando las resistencias a azitromicina por su uso indiscriminado<sup>(15)</sup>.

### Importante recordar

Cuando diagnosticamos una ITS como la sífilis, la clamidia o el gonococo es muy importante intentar localizar y tratar a los contactos estrechos para así cortar la cadena de transmisión. Pues muchas de ellas no siempre producen síntomas.

Además siempre que diagnosticamos una ITS hay que realizar en el despistaje de otras incluyendo, serología de VIH y sífilis, y hepatitis B si no está vacunado, teniendo en cuenta el periodo ventana. Así como tomas locales de orina, vagina y/o cérvix, faringe, recto, según las prácticas que haya tenido el adolescente sin protección.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

## Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio de la autora.

1.\*\* Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al. Recomendaciones sobre el consejo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, realizado en la

consulta de Atención Primaria pediátrica. Rev Pediatr Aten Primaria (Internet). Citado el 29 de enero de 2022. 2014; 16: 237-45.

2.\*\* Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Rueda Sánchez M, Delia G, Chavero Méndez B, Alvargonzález Arrancudiaga M, et al. Risk factors associated with sexually transmitted infections and HIV among adolescents in a reference clinic in Madrid. PLoS ONE. 2020; 15: e0228998. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228998>.

3.\*\* OMS. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021.

4.\*\* Situación de las infecciones de transmisión sexual en España 2019. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2019. Madrid: CNE-Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida-Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación 2021. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/SIFILIS/infografia ITS2019.pdf>.

5.\* Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2020. Actualizado el 30 de junio de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3b8SEZg>.

6.\*\* Bhatia N, Lynde C, Vender R, Bourcier. Understanding genital warts: epidemiology, pathogenesis, and burden of disease of human papillomavirus. J Cutan Med Surg. 2013; 17: S47-54.

7.\* Macho-Aizpurua M, Imaz-Pérez M, Álava-Menica JA, Hernández-Ragpa L, López-de-Munain-López MJ, Cámara-Pérez MM, et al. Characteristics of genital herpes in Bilbao (Northern Spain): 12-year retrospective study. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2021; 39: 234-40. DOI: 10.1016/j.eimc.2020.04.014.

8.\*\* Genital Ulcers: Differential Diagnosis and Management. Roett MA. Am Fam Physician. 2020; 101: 355-61.

9.\*\* O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. BMJ. 2019; 365: 14159. DOI: 10.1136/bmj.14159. Erratum in: BMJ. 2019; 366: 14746.

10.\* Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. N Engl J Med. 2020; 382: 845-54. DOI: 10.1056/NEJMra1901593.

11.\*\* Yuguero O, Fernández-Armenteros JM, Vilela Á, Aramburu J, Laín R, Godoy P. Young Population in Spain. Preliminary Results of a Screening Programme for Chlamydia in an Asymptomatic. Front Public Health. 2021; 9: 615110. DOI: 10.3389/fpubh.2021.615110.

12.\*\* Janssen KJH, Dirks JAMC, Dukers-Muijters NHTM, Hoebe CJPA, Wolffs PFG. Review of Chlamydia trachomatis viability methods: assessing the clinical diagnostic impact of NAAT positive results.

Expert Rev Mol Diagn. 2018; 18: 739-47. DOI: 10.1080/14737159.2018.1498785.

13.\*\* Bartoletti R, Wagenlehner FME, Bjerklund Johansen TE, Köves B, Cai T, Tandogdu Z, et al. Management of Urethritis: Is It Still the Time for Empirical Antibiotic Treatments? Eur Urol Focus. 2019; 5: 29-35. DOI: 10.1016/j.euf.2018.10.006.

14.\* Salmerón P, Viñado B, Arando M, Alcoceba E, Romero B, Menéndez B, et al. Neisseria gonorrhoeae antimicrobial resistance in Spain: a prospective multicentre study. J Antimicrob Chemother. 2021; 76: 1523-31. DOI: 10.1093/jac/dkab037.

15.\*\* Lau A, Kong FYS, Fairley CK, Templeton DJ, Amin J, Phillips S, et al. Azithromycin or Doxycycline for Asymptomatic Rectal Chlamydia trachomatis. N Engl J Med. 2021; 384: 2418-27. DOI: 10.1056/NEJMoa2031631.

16. Andrés Domingo P. Infecciones de transmisión sexual. Pediatr Integral. 2017; XXI: 323-33.

## Bibliografía recomendada

- Guidance for School-Based HIV/STD Prevention.

Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/fundedprograms/1807/resources/PS18-1807-GUIDANCE508.pdf>.

- Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del Estudio HBSC en España.

Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2018/HBSC\\_Comparativo2002\\_2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2018/HBSC_Comparativo2002_2018.pdf).

- Historia sexual CDC (A Guide to Taking a Sexual History).

Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf>.

- Prevención y control de las ITS en España.

Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe\\_Revision\\_Planes ITS\\_CCAA\\_2021.pdf](https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Revision_Planes ITS_CCAA_2021.pdf).

- Guía ABE. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes.

Disponible en: [https://www.guiabee.es/files/pdf/Guia-ABE2\\_ITS\\_adolescentes\\_v.1.1\\_%5b2015%5d.pdf](https://www.guiabee.es/files/pdf/Guia-ABE2_ITS_adolescentes_v.1.1_%5b2015%5d.pdf).

- Bednarczyk RA. Addressing HPV vaccine myths: practical information for healthcare providers. Hum Vaccin Immunother. 2019; 15: 1628-38. DOI: 10.1080/21645515.2019.1565267.

- Fortenberry JD. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. Up to date. Literature review current through. 2022.

Actualizado el 23 de mayo de 2022.

- Guías europeas de bolsillo de las ITS. Disponible en: <https://iusti.org/wp-content/uploads/2020/07/PocketGuideline2019.pdf>.
- Estudio cualitativo sobre salud sexual en jóvenes. Disponible en: [- sionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/SaludSexualJovenes\\_Informe-Definitivo\\_2019.pdf.
  - Guías CDC de tratamiento de ITS. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>.](https://www.sanidad.gob.es/profe-</a></li>
</ul>
</div>
<div data-bbox=)

- Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia24a.pdf>.

## Caso clínico

Adolescente mujer-cis, que acude preocupada por la aparición de “heridas” en vulva, desde hace 24 h, con gran dolor y molestias al orinar.

### Historia clínica

Paciente sin antecedentes personales de interés. Tiene pareja chico, desde hace 3 meses. 3 parejas sexuales en el último año. Lleva un año teniendo relaciones sexuales con penetración.

Sin antecedentes personales de ITS. Utiliza preservativo, no siempre. No consumo de otras drogas, excepto consumo de alcohol esporádico. No practica sexo oral, pero a ella sí se lo han practicado.

### Exploración física

Múltiples úlceras de 1-2 mm distribuidas por ambos labios mayores y menores, con borde eritematoso y fondo fibrinoso, no induradas. Diagnóstico clínico: primoinfección herpética.

### Pruebas complementarias

Se completa el estudio de ITS realizando una serología de VIH y de sífilis. Se realizan tomas cervicovaginales. PCR para clamidia y gonococo en cérvix. Fresco y gram del exudado vaginal, cultivo general, cultivo de cándida. Resultados: serología VIH y sífilis negativas. Tomas cervicovaginales normales o negativas.

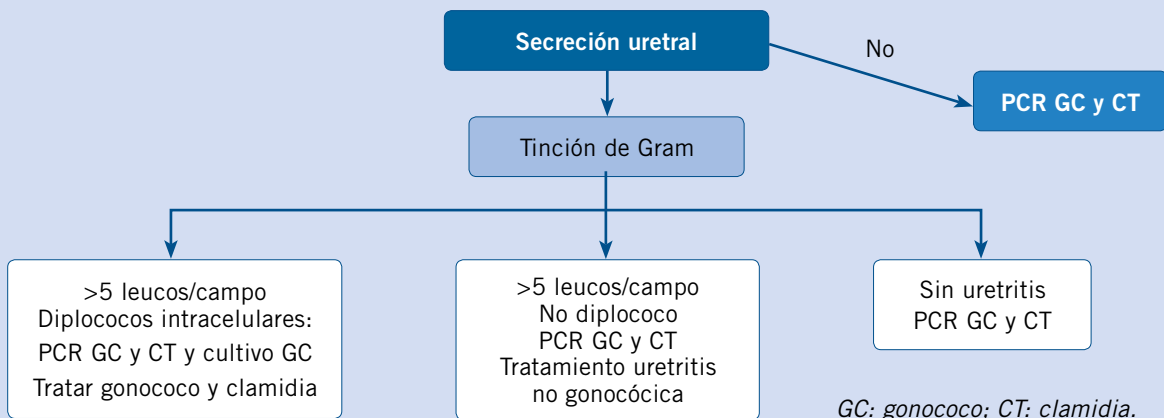
Vacunada de hepatitis B al nacimiento y del virus de papiloma humano con la vacuna tetravalente a los 12 años.

### Diagnóstico clínico: primoinfección herpética

Se instaura tratamiento con valaciclovir a dosis de 1 g, cada 12 h 7 días. Localmente, fomentos con sulfato de zinc al 1 0/00 dos veces al día y ácido fusídico en crema.

Resolución de las lesiones en 10 días.

## Algoritmo de manejo de uretritis



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es). Para conseguir la acreditación de

formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Infecciones de transmisión sexual

25. Durante las relaciones sexuales, en el sexo oral pene-boca, ¿qué ITS se pueden contagiar?, señale la respuesta CORRECTA:

- a. La *Chlamydia trachomatis*, pues puede infectar el epitelio columnar de la faringe.
- b. El gonococo, pues puede infectar el epitelio columnar de la faringe.
- c. El herpes, es una infección que se contagia por contacto directo con las lesiones vesiculosas.
- d. La sífilis, por contacto directo, tanto el chancro como las placas mucosas, son lesiones contagiosas.
- e. Todas las anteriores.

26. Refiriéndonos a las cervicitis y uretritis, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. En muchas ocasiones, sobre todo en el caso de las cervicitis, son asintomáticas.
- b. La clamidia y el gonococo son la etiología de transmisión sexual más frecuentes en nuestro medio.
- c. La clamidia afecta, sobre todo, a varones mayores de 35 años.
- d. Es muy importante intentar determinar la etiología para un tratamiento dirigido.
- e. Es importante localizar a los contactos para cortar la cadena de transmisión.

27. En relación a los condilomas acuminados, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Están producidos en su mayoría por los genotipos 6 y 11.
- b. El diagnóstico suele ser clínico, ayudado, en ocasiones, con el dermatoscopio. El estudio histológico se reserva para lesiones atípicas o dudosas.
- c. Existen varios tratamientos y depende del número de lesiones, localización y tiempo de evolución, entre otros factores, para indicar uno u otro por parte del profesional.
- d. El preservativo no protege del todo.
- e. Todas las respuestas son correctas.

28. ¿Cuál de las siguientes es la infección de transmisión sexual MÁS FRECUENTE como causa de uretritis en un varón joven en nuestro medio?

- a. *Ureaplasma urealyticum*.
- b. *Chlamydia trachomatis*.
- c. *Ureaplasma parvum*.
- d. *Treponema pallidum*.
- e. *Mycoplasma genitalium*.

29. Con respecto a la sífilis, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Está causada por una espiroqueta.
- b. La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de una úlcera indurada e indolora.
- c. El tratamiento de elección es la penicilina G benzatina en la sífilis primaria y secundaria.
- d. La respuesta al tratamiento se mide con las pruebas treponémicas.
- e. La sífilis latente se define como serología de sífilis positiva sin clínica.

## Caso clínico

30. Con respecto al herpes genital, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Puede ser producido por el herpes simple tipo I o II.
- b. El preservativo no protege del todo.
- c. La primoinfección puede ser muy florida.
- d. Es la causa de úlcera genital más frecuente en nuestro medio.
- e. Las úlceras son indoloras.

31. En cuanto al tratamiento de la primoinfección herpética, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Debe instaurarse en las primeras 24-48 h.
- b. Se utilizan antivirales como valaciclovir a dosis elevadas.
- c. Se aconseja fomentos con sulfato de zinc.
- d. Se aconsejan antibióticos tópicos, como el ácido fusídico.
- e. Todas las anteriores son correctas.

32. En la historia clínica de una paciente con herpes en área genital, señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Es importante preguntar con quién ha tenido relaciones sexuales y que prácticas ha realizado.
- b. Se deben pedir serologías, teniendo en cuenta el periodo ventana, si ha tenido prácticas de riesgo.
- c. El herpes genital está producido siempre con el VHS tipo II.
- d. Es importante preguntar por hábitos tóxicos y antecedentes personales de infecciones de transmisión sexual.
- e. Aprovecharemos la consulta para hacer consejo adaptado.