

Actualización en urgencias para el médico de familia



Volumen 3
Clínica II

72. Enfermedades de transmisión sexual

Mª del Mar Díaz Sánchez | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Ntra Sª de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Cristina Beatriz Prieto Justicia | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

Índice

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES

2. SÍNDROME DE ÚLCERAS GENITALES

- 2.1. Herpes genital
- 2.2. Sífilis
- 2.3. Chancroide

3. SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL

- 3.1. Gonococia
- 3.2. Clamidia

4. SÍNDROME DE SECRECIÓN VAGINAL. VULVOVAGINITIS

- 4.1. Candidiasis vulvovaginal
- 4.2. Trichomonas vaginalis
- 4.3. Vaginosis bacteriana

5. SÍNDROME DE VERRUGAS GENITALES

- 5.1. Condiloma acuminado. Virus del papiloma humano (VPH)
- 5.2. Molluscum contagiosum

6. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)

BIBLIOGRAFÍA

ESQUEMAS DIAGNÓSTICOS

RESUMEN

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES

Bajo la denominación de **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)** se engloba a una variedad de síndromes clínicos e infecciones causadas por patógenos, tanto bacterias como virus, parásitos u hongos, que pueden adquirirse y transmitirse a través de la actividad sexual.

La importancia de estas enfermedades no sólo radica en su elevada incidencia y en las complicaciones y secuelas que pueden producir de no realizarse un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, sino que, además, el hecho de tener una ETS es un importante factor de riesgo para padecer una segunda, existiendo una elevada interrelación con el **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**. Por ello, ante cualquier paciente con una ETS es obligado ampliar estudio de otras patologías, tales como virus de hepatitis B y C, así como sífilis y VIH.

Clasificación:

- **Síndrome de úlceras genitales.**
 - Herpes genital.
 - Sífilis.
 - Chancroide.
- **Síndrome de secreción uretral.**
 - Gonococia.
 - Clamidia.
- **Síndrome de secreción vaginal.**
 - Candidiasis.
 - Tricomoniasis.
 - Vaginosis bacteriana.
- **Verrugas genitales.**
 - Condilomas acuminados.
 - Molluscum contagiosum.
- **Síndrome de infección inflamatoria pélvica.**

2. SÍNDROME DE ÚLCERAS GENITALES

Ante las múltiples causas, tanto infecciosas como no infecciosas, de las úlceras genitales es fundamental una anamnesis detallada, así como la exploración de la piel en su totalidad:

- **Infecciosas:**
 - Herpes genital (70-80% de los casos).
 - Sífilis (5%).
 - Chancroide.
 - Granuloma venéreo.
 - Granuloma inguinal.

- **No infecciosas:**

- Traumática o irritativa: durante el coito, lesión con cremallera.
- Exantema fijo medicamentoso, que suele manifestarse típicamente como una lesión ampollosa que deja una erosión superficial marronácea.
- Asociadas a enfermedades sistémicas, como enfermedad de Beçhet y de Reiter. Rara vez presentarán la úlcera genital como único síntoma.
- Neoplasias. Ante una úlcera persistente o recurrente sobre una lesión de largo tiempo de evolución, hay que descartar carcinoma ulcerado.
- Enfermedades dermatológicas, como el pénfigo.
- Idiopáticas.

2.1. Herpes genital

2.1.1. Etiología

Más frecuentemente causado por VHS-2 (70-90%), aunque la incidencia por VHS-1 está aumentando debido a las prácticas orogenitales.

La transmisión se produce por contacto directo, principalmente en el coito, durante los periodos de diseminación asintomáticos, con un periodo de incubación de 3-7 días.

2.1.2. Clínica

Aunque la primoinfección herpética pasa desapercibida en un 75% de los casos, la sintomática se caracteriza por fiebre, anorexia, aparición de múltiples lesiones vesiculosas genitales dolorosas, con adenopatías locorregionales bilaterales también dolorosas y disuria.

Las recurrencias son de menor intensidad en los síntomas generales, aunque de mayor en los síntomas locales. En la mujer, las lesiones se localizan inicialmente en el cuello del útero, y, en sucesivos brotes, en vulva, periné y vagina. En hombre, en glande o cuerpo del pene.

Las lesiones pueden aparecer también en región anal o perianal, cursando con dolor, tenesmo, prurito, secreción, adenopatías bilaterales y, a veces, síntomas generales.

2.1.3. Diagnóstico

- Frotis de Tzanck, a partir de vesícula no rota.
- Cultivo celular: tomar muestra de las vesículas en los dos primeros días de su aparición.
- PCR de virus herpes simple.

2.1.4. Tratamiento

Tabla 72.1. Tratamiento herpes genital			
	Aciclovir	Valaciclovir	Famciclovir
Primoinfección	400 mg/8 h/7-10 días 250 mg/5 veces al día/14 días	1000 mg/12h/10 días	250 mg/8 h/5 días
Recurrencias	400 mg/8 h/5 días 800 mg/12 h/5 días 800 mg/8 h/2 días	500 mg/12 h/3 días 1000 mg/24 h/5 días	125 mg/12 h/5 días 1000 mg/12 h/1 día 500 mg dosis única, seguida de 250 mg/12 h/2 días
Terapia supresora (más de cinco brotes al año)	400 mg/12 h	500 mg/24 h 1000 mg/24 h	250 mg/12 h
Inmunocomprometidos (tratar hasta desaparición de lesiones)	400 mg/5 veces al día	1000 mg/12 h	500 mg/12 h

2.2. Sífilis

2.2.1. Etiología

Enfermedad de transmisión predominantemente sexual, con un periodo de incubación de 21 días, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Es posible también el contagio transplacentario, por contacto con lesiones cutáneas o, excepcionalmente, por transfusiones sanguíneas en fase bacteriémica.

2.2.2. Clínica

- **Sífilis primaria:** se caracteriza por la aparición del chancro, lesión patognomónica solitaria e indolora, de forma redondeada y color rojo intenso, con consistencia cartilaginosa, que en hombres suele aparecer en pene y en mujeres en labios mayores, siendo un 5% de localización extragenital. Siempre se acompaña de adenopatías duras, bilaterales, indoloras y no supuradas.
- **Sífilis secundaria:** conocida como la “gran simuladora” por la gran variedad de lesiones que pueden presentar.
 - Piel (90%): máculas o pápulas rosáceas generalizadas, no pruriginosas, con afectación palmoplantar (clavos sífilíticos). Puede aparecer alopecia areata.
 - Síndrome constitucional (70%).

.....se han eliminado las páginas 1231 a 1241....

Es fundamental clínico, basado en los criterios de Hager modificados según la SEGO. El único método fiable es la laparoscopia, que permite la visualización directa así como la toma de cultivos, reservándose para aquellas pacientes con diagnóstico dudoso o cuando fracasa el tratamiento convencional.

6.4. Tratamiento

Es importante el inicio precoz ante la sospecha, ya que disminuye la aparición tanto de complicaciones como secuelas. Existen varias líneas de tratamiento, en función de la gravedad del cuadro:

- **Leve-moderado:**
 - Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única + doxiciclina 100 mg cada 12 horas + metronidazol 500 mg cada 12 horas, ambos durante 14 días.
 - Levofloxacin 500 mg cada 24 horas + metronidazol 500 mg cada 12 horas, ambos durante 14 días por vía oral.
- **Grave:** cuando no sea posible excluir causa quirúrgica o en caso de absceso tuboovárico, embarazo, gravedad clínica, fiebre elevada, incapacidad para el seguimiento o para la realización de tratamiento oral, o ante ausencia de respuesta tras 48-72 horas de tratamiento oral. Precisa hospitalización.
 - Cefoxitina 2 g IV cada 6 horas + doxiciclina 100 mg vo/iv cada 12 horas.
 - Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas + gentamicina a dosis inicial de dosis inicial de carga de 2 mg/kg, después 1,5 mg/kg cada 8 horas.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco JL, Blanco JR, Camino X, Curran A, Merchante A, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. GeSIDA. 2017.
- Borrel JM, Díaz A, Herrera A, Sánchez L, Sanmartín E. Guía de buena práctica clínica en infección de transmisión sexual. OMC. 2015.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Urgencias ginecológicas. En: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guías diagnósticas y protocolos de actuación. Elsevier; 2015. p 955-63.
- Marín H, De Miguel B, López F, García R. Infecciones de transmisión sexual. En: Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica 12 de octubre. Madrid: MSD; 2016. p 659-70.
- Molero García JM, Gómez García M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. AMF. 2017; 13 (7): 383-393.

ESQUEMAS DIAGNÓSTICOS

Esquema I. Diagnóstico diferencial úlceras genitales					
	VHS	Sífilis	Chancroide	LGV	GI
Etiología	VHS-2, VHS-1	Treponema pallidum	Haemophilus ducreyi	Chlamydia trachomatis (serotipos L1-L3)	Klebsiella granulomatis
Incubación	3-7 días	10-90 días (media de 3 semanas)	1-14 días	3-21 días	2 días -24 semanas
Lesión elemental	Vesícula, úlcera, pápula	Úlcera, pápula	Úlcera, pápula	Pápula, úlcera, pústula	Pápulas o nódulos, úlcera
Borde	Eritematoso	Engrosado	Violáceo, indeterminado	Variable	Irregular, bien definido
Profundidad	Superficial	Superficial	Excavado con eritema	Superficial	Profunda
Base	Lisa y roja	Lisa, roja y brillante	Amarilla y sangrante	Variable	Rojo carne, sangrante
Secreción	Serosa	Serosa	Purulenta	Variable	Serosanguinolenta
Número	Múltiples	Única	Única	Única	Única o múltiple
Morfología	Agrupadas. Base eritematosa	Redondeada. Borde engrosado	Irregular	Herpetiforme	Úlcero-granulomatosa. Crecimiento lento
Induración	Ninguna	Firme	Rara	Ninguna	Friable
Dolor	Frecuente	Raro	Frecuente	Variable	Raro
Picor	Común	Raro	Raro	Raro	Excepcional
Distribución	Mujeres: labios, cérvix, uretra, recto. Hombres: Pene, uretra, recto	Vulva, pene, anal, oral y perianal	Pene, vulva	Uretra, pene, recto	Prepucio, surco balanoprepucial, glande. Labios menores y pubis.
Adenopatías	Bilaterales, dolorosas	Bilaterales, no dolorosas	Unilaterales, dolorosas, pueden supurar	Uni/bilaterales, dolorosas y supurativas	Indoloras
Diagnóstico	Frotis de Tzanck, cultivo, PCR	Campo oscuro. Serología	Cultivo. Tinción de Gram	Cultivo, serología	Tinción de Giemsa, histología
Tratamiento	Aciclovir, vía oral o IV	Penicilina G Benzatina 2.400.000UI, IM	Ceftriaxona 250 mg, IM Azitromicina 1 g, VO	Doxiciclina 100 mg/12 h/21 días	Doxiciclina 100 mg/12 h/21 días
Tratamiento de contactos	No	Estudio, tratamiento según estadio	Sí	Sí	Sí

Esquema II. Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis.

	Candidiasis	Trichomonas	Vaginosis bacteriana
Etiología	Cándida albicans, glabrata, tropicalis	Trichomonas vaginalis	Gardnerella vaginalis, ureaplasma, mycoplasmas
Factores de riesgo	Diabetes, inmunosupresión, corticoides, edad avanzada...	Múltiples parejas sexuales, duchas vaginales, no uso de preservativo, otras ITS...	Múltiples parejas sexuales, duchas vaginales, no uso de preservativos, baja flora vaginal en lactobacilos...
Clínica	Prurito intenso, irritación, dispareunia	Prurito, leucorrea leve, dolor a la palpación, hemorragia postcoital...	Mal olor, secreción
Secreción	Blanca tipo "cuajada", cremosa, adherente	Amarillo-verdosa, espumosa, maloliente	Blanco-grisácea, homogénea, espesa, maloliente
Eritema vulvovaginal	Si	Si, cérvix en frambuesa	No
Relación con el ciclo	Premenstrual	Inicio de menstruación o posterior	Sin relación
Prueba de olor (KOH)	Ausente	Sí / No	A pescado
pH exudado vaginal	<4'5	≥5	≥4'5
Tinción de Gram	Poco útil	No útil	Útil
Examen microscópico	Pseudohifas y células de levadura	Formas móviles de parásitos flagelados. Leucocitos aumentados	Clue cells
Tratamiento de elección	Clotrimazol 500 mg DU o 200 mg/3 días + clotrimazol crema al 2% Miconazol óvulos Fluconazol 150 mg vía oral	Metronidazol 2 g vía oral DU Tinidazol 2 g vía oral DU	Metronidazol 500 mg/12 h/7 días, o gel vaginal 5 días Clindamicina crema 2% durante 7 días
Transmisión sexual	No	Sí	No siempre
Tratamiento de la pareja	Salvo balanitis: tópico	Sí	Salvo balanitis y recurrencias

Resumen Capítulo 72

ETS

 **Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)** a un conjunto de síndromes clínicos o cuadros infecciosos que pueden adquirirse y transmitirse a través de las relaciones sexuales, con gran importancia en nuestra práctica clínica dado el incremento de su incidencia en los últimos años. Podemos agrupar las ETS en:

SÍNDROME DE ÚLCERAS GENITALES

HERPES GENITAL

Principalmente causado por el VHS-2. Se caracteriza por la aparición de lesiones vesiculosas múltiples, dolorosas, con adenopatías bilaterales también dolorosas. El diagnóstico se realiza mediante el frotis de Tzanck, cultivo o PCR del virus. Para el tratamiento se utiliza aciclovir, valaciclovir o famciclovir, dependiendo la dosis según se trate de primoinfección, recurrencia o terapia supresora.

*** SÍFILIS**

Causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*. Existen diferentes estadios: sífilis primaria, caracterizada por la aparición del chancro, lesión patognomónica solitaria e indolora, acompañada de adenopatías bilaterales no dolorosas; sífilis secundaria, con gran variedad de manifestaciones, siendo la más frecuente la aparición de máculas o pápulas no pruriginosas que afectan a palmas y plantas; y sífilis terciaria. En todos los estadios puede aparecer neurosífilis. Para el diagnóstico disponemos de las pruebas no treponémicas (RPR y VDRL), que se negativizan tras uno o dos años de la infección, incluso sin tratamiento; y pruebas treponémicas (FTA-Abs y TPPA), que permanecen positivas de por vida. El tratamiento de elección es la penicilina G por vía parenteral, en diferentes dosis según estadio.

CHANCROIDE

Causada por el cocobacilo gramnegativo *Haemophilus ducreyi*. Se caracteriza por la aparición de una úlcera única en el hombre y múltiple en la mujer, dolorosa, con supuración, acompañada de bubones (adenopatías inguinales que pueden ulcerarse). El diagnóstico se realiza mediante cultivo o tinción de Gram. Puede tratarse con múltiples antibióticos, incluidos ceftriaxona, quinolonas y macrólidos.

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL.

GONOCOCIA

Causada por el diplococo gramnegativo *Neisseria Gonorrhoeae*. Se manifiesta en varones en el 80% de los casos como uretritis anterior aguda, siendo asintomático en mujeres. El diagnóstico definitivo es el aislamiento en cultivo. El antibiótico de elección es la ceftriaxona en dosis 500mg IM, debiendo asociar azitromicina por su elevada coinfección con clamidia.

CLAMIDIA

Causada por *Chlamydia Trachomatis*. En mujeres suele ser asintomática, siendo una de las causas más frecuentes de EIP. En varones suele cursar como uretritis anterior aguda, siendo la complicación más habitual la epididimitis. El frotis de exudado uretral o cuello de útero es el método más fiable de diagnóstico. El tratamiento de elección es la azitromicina, pudiendo tratarse también con doxiciclina o eritromicina.

SÍNDROME DE SECRECIÓN VAGINAL.

CANDIDIASIS

Causada en el 85% de los casos por *Cándida Albicans*, rara vez se trata de una ETS. Los síntomas principales son el prurito, edema y eritema vulvar, y aumento de flujo vaginal, cremoso y blanquecino. El diagnóstico de elección es la demostración microscópica de pseudohifas, células de levadura o ambas. El tratamiento de elección es el clotrimazol tópico intravaginal, siendo conveniente el uso concomitante de crema antifúngica. No es necesario el tratamiento de la pareja sexual.

TRICOMONIASIS

Causada por el protozoo *Trichomonas Vaginalis*. Se presenta clínicamente como leucorrea espumosa amarillenta, maloliente, así como eritema vaginal y cérvix en frambuesa. Debemos sospecharla cuando el inicio de los síntomas coincide durante o después de la menstruación, o cuando se presente dolor espontáneo a la palpación genital. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante cultivo. El tratamiento de elección es el metronidazol, pudiendo usarse también el tinidazol. Siempre hay que tratar a la pareja.

VAGINOSIS BACTERIANA

Causada por el cocobacilo gramnegativo *Gardnerella Vaginalis*, solo una parte de los casos son de transmisión sexual. Se caracteriza por el aumento de flujo vaginal, blanco-grisáceo, maloliente (olor típico a pescado con la adición de KOH), con escaso prurito. Es patognomónica la visualización de clue cells en el fresco. El tratamiento de elección es el metronidazol o la clindamicina, usándose el tinidazol como alternativa. No es necesario tratar a la pareja sexual.

VERRUGAS GENITALES

CONDILOMAS ACUMINADOS

Causados por los genotipos 6 y 11 del VPH. Son lesiones papulosas, blandas y sésiles, que suelen agruparse en grupos de 5 a 15 lesiones. El diagnóstico puede ser tanto clínico, ayudando el ácido acético a identificar las lesiones, como por estudios citológicos, inmunohistoquímicos o virológicos. Existen múltiples líneas de tratamiento, tanto autoaplicables, como la podofilotoxina o el imiquimod, como aplicables por personal sanitario, como crioterapia o cirugía. Existen 3 tipos de vacunas diferentes para prevenir la infección por dichos genotipos.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Infección viral benigna, rara vez transmitida por contacto sexual, siendo el subtipo MCV-2 el más prevalente en las ETS. Se caracteriza por la aparición de pápulas umbilicadas no pruriginosas, que suelen presentarse agrupadas en número variables. El diagnóstico es clínico. Aunque suelen desaparecer de manera espontánea, el tratamiento va desde la crioterapia o el curetaje, a la aplicación de potasa al 5% en agua.

SÍNDROME DE INFECCIÓN INFLAMATORIA PÉLVICA

 Inflamación o infección de los órganos de la pelvis menor causada por microorganismo de transmisión sexual o de la flora habitual. El diagnóstico es clínico, basado en los criterios de Hager, siendo necesario que se cumplan todos los criterios mayores (dolor en abdomen inferior, a la movilización cervical y exploración de anejos, historia de actividad sexual y ecografía no sugestiva de otras patologías) y al menos un criterio menor (fiebre, leucocitosis, elevación de VSG o demostración de clamidia o gonococo en exudado). Existen múltiples líneas de tratamiento, en función de la gravedad del cuadro, siendo necesario en ocasiones el ingreso hospitalario para la administración de tratamiento intravenoso.