

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Infecciones de Transmisión Sexual

Muchas de las infecciones cursan de manera subclínica o asintomática, pueden ser recurrentes, o autolimitadas

Las ITS no son mutuamente excluyentes, sino que se favorecen unas a otras.

La coexistencia de varias de ellas en un mismo paciente en el mismo momento es habitual

Bacterias Gonococo, chlamydia (varios serotipos), ureaplasma, mycoplasma, sífilis, *Haemophilus duncreyi*, *Klebsiella granulomatis*

Virus VPH, VIH, herpes, VHB, VHA, VHC (*), moluscum

Parásitos Protozoos: Trichomonas Ectoparásitos: ladillas, sarna

(*): creciente relación VIH-VHC

Enfermedades de Transmisión Sexual

- **Uretritis**
- **Ulceras genitales**
- **Vaginitis**
- **Verrugas genitales**
- **Parásitos**
- ***Chlamydia***

Caso. Acude un varón de 23 años refiriendo que presenta desde hace 2 días escozor uretral con secreción purulenta uretral, después de una relación sexual con una pareja no habitual hace 7 días. No refiere más síntomas. El paciente presenta en la exploración secreción uretral purulenta, sin úlceras genitales ni adenopatías regionales



Caso. Acude un varón de 23 años refiriendo que presenta desde hace 2 días escozor uretral con secreción purulenta uretral, después de una relación sexual con una pareja no habitual hace 7 días. No refiere más síntomas. El paciente presenta en la exploración secreción uretral purulenta, sin úlceras genitales ni adenopatías regionales



URETRITIS

¿Podemos sospechar el agente etiológico?



URETRITIS presencia de disuria y descarga/secreción uretral.

Etiología

Germen causal	porcentaje
Gonococo	30-40%
<i>Chlamydia</i>	20-50%
Ureaplasma Mycoplasma	10-30%

Un 10-30% de hombres heterosexuales y un 40-60% de mujeres con criterios de **cervicitis** tienen una infección mixta por gonococo y chlamydia

Localización de la enfermedad gonocócica extragenital asociada

- La afectación rectal se observa en el 25% de los casos
- La afectación faríngea suele ser asintomática y se da en el 20% de los casos

La afectación extragenital presenta mayores dificultades para la erradicación con el tratamiento

Diagnóstico de la uretritis

El diagnóstico es clínico.

- La UGC tiende a tener un período de incubación más corto y una clínica más florida, con mayor cantidad de secreción uretral purulenta.

- La secreción uretral se presenta en el 75% de hombres con UGC y en el 11-33% de hombres con UNG. La secreción uretral espontánea es más indicativa de UGC, la purulenta se observa en un 50% de las UGC y en el 25% de las UNG y la clara y mucosa es sugestiva de UNG

No se puede asociar un tipo de secreción uretral con un solo germen, ninguna característica de la misma es específica

Por ello, es imposible hacer un diagnóstico etiológico exacto por la clínica.

Diagnóstico de la uretritis

Exudado uretral.

permite la realización de

- Gram (permite visualizar diplococos –gonococo-)
- tests rápidos de diagnóstico –IFD de *Chlamydia*–
- cultivos para gonococo, *Chlamydia* y *Ureaplasma*

Valorar la realización de exudado vaginal y endocervical en parejas de varones con uretritis o ante la persistencia de vaginitis de repetición

Tratamiento de la Uretritis gonocócica. Historia

Cefixima 400 mgr oral en dosis única (>97%)

o

Ceftriaxona 125 mg IM dosis única (>99%)

o

Ciprofloxacino 500 mg oral dosis única (>99%)

u

Ofloxacino 400 mg oral dosis única (>98%)

o

Levofloxacino 250 mg oral dosis única

Datos de estudios ramdomizados y controlados

Tratamiento de la uretritis

Gonococo: Resistencia a quinolonas (que ya no se usan) y resistencia a cefalosporinas (cefixima y ceftriaxona)

Para el tratamiento se utiliza actualmente poliantibioterapia

Ceftriaxona 250 mg/ i m/ Dosis única + Azitromicina 1g (o 2g) /dosis única oral

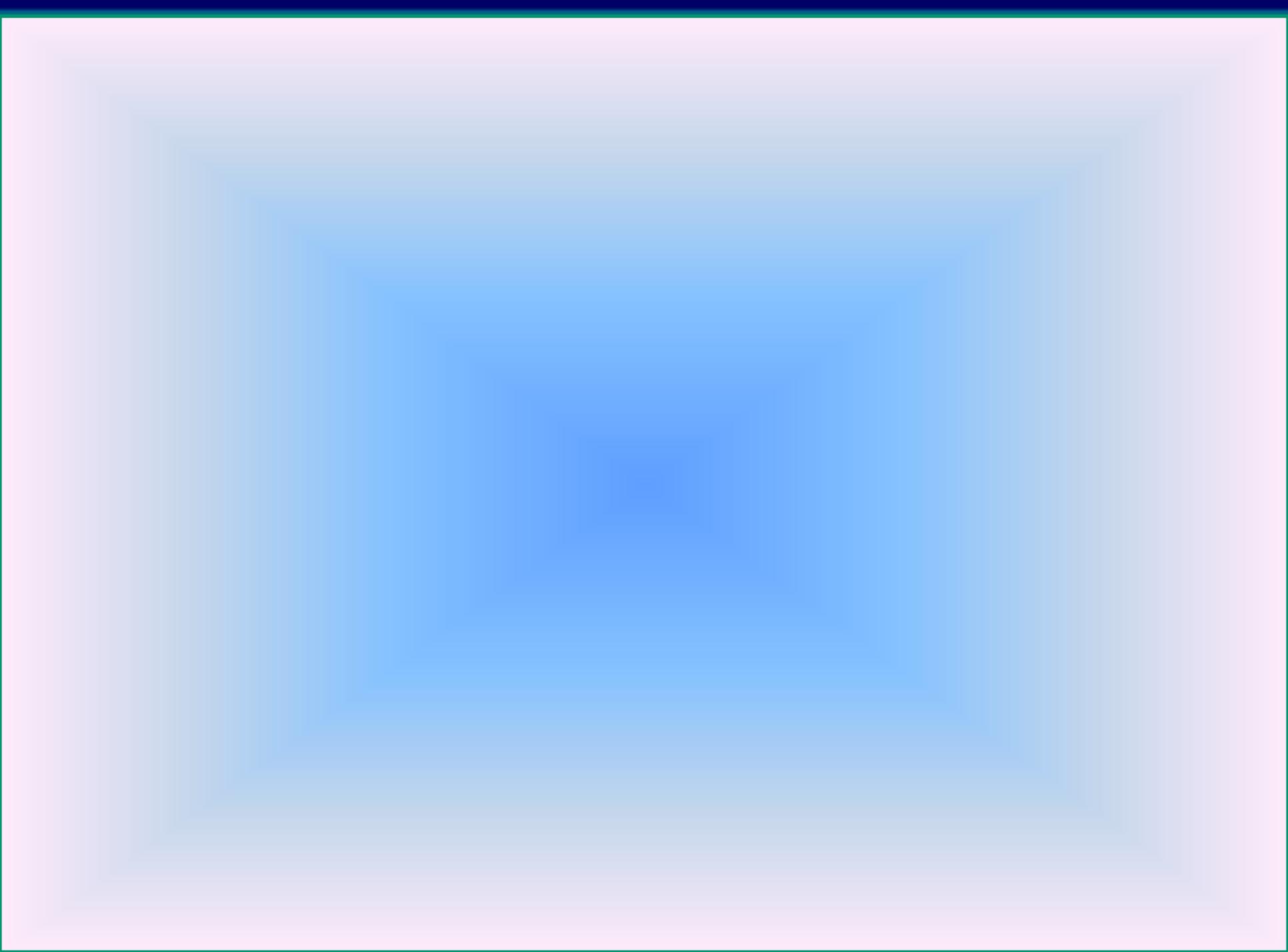
Puede valorarse como alternativa:

Cefixima 400 mg vo/ Dosis única + Azitromicina 1g (o 2g) /dosis única oral

Uretritis no gonocócica:

Azitromicina 1 g/ dosis única o Doxiciclina 100 mg/ 12h/ 7 d

Actualmente el tratamiento empírico de la uretritis coincide con el tratamiento de la uretritis gonocócica, ya que cubre también el tratamiento de la uretritis no gonocócica



Caso. Solicita consulta un varón de 20 años, que refiere malestar general con fiebre, de 2 días de evolución, con lesiones dolorosas en pene. Se le reinterroga e indica que nunca ha tenido lesiones genitales anteriormente y que ha mantenido relaciones con su pareja habitual pero además relaciones con otra pareja hace 5 días. En la exploración presenta vesículas múltiples, dolorosas en prepucio, con algunas adenopatías pequeñas dolorosas inguinales.



Caso. Solicita consulta un varón de 20 años, que refiere malestar general con fiebre, de 2 días de evolución, con lesiones dolorosas en pene. Se le reinterroga e indica que nunca ha tenido lesiones genitales anteriormente y que ha mantenido relaciones con su pareja habitual pero además relaciones con otra pareja hace 5 días. En la exploración presenta vesículas múltiples, dolorosas en prepucio, con algunas adenopatías pequeñas dolorosas inguinales.



HERPES GENITAL

Primoinfección

Enfermedad	Incubación (días)	Lesión Inicial	Características de la úlcera	Características de las adenopatías inguinales	Otros síntomas
Herpes simple I-II	2-7	Vesícula	Vesículas múltiples, pequeñas y agrupadas que evolucionan a úlceras planas superficiales y blandas. Generalmente dolorosas	Adenopatías múltiples bilaterales pequeñas, dolorosas No inflamatorias Recidivantes	Mialgias y cefalea
Sífilis	21 (9-90 días)	Pápula	Única, indurada, no dolorosa Profunda, base limpia Cura espontáneamente	Adenopatías bilaterales Duras Eritema en la zona No dolorosas	Asintomático
Chancroide	2-12	Mácula Pápula Pústula	Irregular, purulenta Límites mal definidos No indurada Dolorosas, múltiples	50% casos unilateral Blanda puede fluctuar Dolorosa Puede formar un cráter y supurar	Dolor local
Linfogranuloma venéreo	5-21 (3 días a 6 semanas)	Pápula Pústula Vesícula	Generalmente no se ve Pequeña y plana (<5 mm) Indolora, no indurada Cura espontáneamente de forma rápida	Adenopatías adheridas entre si y a la piel adyacente con fluctuación y supuración, Forman eventualmente bubones Uni o bilateral, dolorosa	Mialgia, fiebre, malestar general
Granuloma inguinal	1-12 semanas	Pápula	Extensa y friable Granulación del tejido progresiva e indolora Límites marcados, eritematosa	A los 1-2 meses aparecen pseudobubones, granuloma inguinal subcutáneo	Sangra fácilmente

HERPES GENITAL

El herpes genital tiene un diagnóstico básicamente clínico.

Puede realizarse una tinción de Giemsa o Wright a partir de las vesículas, un cultivo celular o una inmunofluorescencia directa (IF), pero son técnicas poco útiles en la práctica clínica al ser lentas y poco accesibles.

- Es una enfermedad recurrente
- Hay portadores asintomáticos
- Puede seguir un curso asintomático, tanto en la primoinfección como en las recurrencias, pero siempre es contagioso
- Las recurrencias suelen ser menos severas y curar antes
- En el portador VIH suele presentarse más como una recurrencia que como una primoinfección, con más severidad, extensión y duración.

Es criterio de SIDA el herpes mucocutáneo crónico (> 1 mes de evolución)

Debe precisarse si el cuadro es de una primoinfección o si es una recurrencia pues el tratamiento es diferente

Primoinfección herpética

Se caracteriza por fiebre, cefaleas, malestar y mialgias y a nivel genital dolor, picor, disuria uretral con/sin exudado vaginal, adenopatías inguinales dolorosas.

Las lesiones se caracterizan por ser múltiples y distribuidas bilateralmente en los genitales externos y en distintos estados evolutivos: vesículas, pústulas y úlceras eritematosas dolorosas.

En mujeres se localizan en cérvix y uretra en el 80% de casos.

La evolución y la clínica son similares en la primoinfección herpética independientemente de estar causado por VHS1 o VHS2.

Tratamiento de la Primoinfección herpética genital

Tratamiento:

Recomendado	{	Aciclovir 400 mg/ 8h/ 7-10d Aciclovir 200 mg x 5 dosis/ d/ 7-10d
Alternativas	{	Famciclovir 250 mg/ 8h/ 7-10d Valaciclovir 1g/ 12h/ 7-10 d

Puede alargarse más de 10 días si la curación no es completa

Además hay que recordar que deben descartarse otras ITS
(serologías de sífilis, VIH, VHB, VHA, VHC)

Otras situaciones en caso de enfermedad herpética:

Episodios recurrentes

Aciclovir 400 mg/ 8h/ 5d

Aciclovir 800 mg/ 12h/ 5d

Famciclovir 125 mg/ 12h/ 5d

Alternativa: Valaciclovir 500 mg/ 12h/ 5d

Terapia supresiva (si más de 6 episodios al año)

Aciclovir 400 mg/ 12h

Famciclovir 250 mg/ 12 h

Valaciclovir 1 g/ 24 h

Alternativa: Valaciclovir 500 mg/ 24 h

Pareja sexual

Poco estudiado el aciclovir profiláctico.
Preservativo en las relaciones sexuales

Gestante

Aciclovir en formas severas.
Cesárea electiva.



Caso. El paciente del caso anterior acude a los 7 días con las lesiones en resolución y con una analítica normal. Vuelve 7 días después (14 días desde la primera consulta) refiriendo que presenta una úlcera genital nueva que no le duele. No refiere haber mantenido relaciones desde la primera visita. En la exploración se observa una úlcera única dura no dolorosa en zona balanoprepucial, limpia. En la analítica que se le realizó el día después de consultar por el herpes genital la serología era negativa para otras ITS.



Caso. El paciente del caso anterior acude a los 7 días con las lesiones en resolución y con una analítica normal. Vuelve 7 días después (14 días desde la primera consulta) refiriendo que presenta una úlcera genital nueva que no le duele. No refiere haber mantenido relaciones desde la primera visita. En la exploración se observa una úlcera única dura no dolorosa en zona balanoprepucial, limpia. En la analítica que se le realizó el día después de consultar por el herpes genital la serología era negativa para otras ITS.



Es un caso de SIFILIS PRECOZ O PRIMARIA, en la que la serología todavía es negativa por haberse realizado de forma precoz

Interpretación de test en la sífilis

Tests reagínicos	Tests treponémicos	Interpretación	Actitud
-	-	Ausencia de sífilis Sífilis primaria muy precoz	Como en el caso
+	-	Posible falso positivo	Repetir a los 15 - 20 días
+	+	Sífilis no tratada Sífilis tratada recientemente Sífilis tratada incorrectamente Reinfección	Contacto: < 1 años sífilis precoz > 1 años sífilis tardía
-	+	Sífilis primaria precoz Sífilis secundaria con fenómeno de prozona Sífilis tratada Sífilis no tratada, latente	Valorar la clínica Diluir suero para determinar el test reagínico Si existe duda, tratar

Pruebas treponémicas o específicas

Los más utilizados: reacción de inmovilización, test de Nelson o TPI, el test de hemaglutinación indirecta TPHA o MHA-TP y el test de inmunofluorescencia indirecta FTA-ABS.

El FTA-ABS: se positiviza a partir del mes del contagio y permite trabajar con inmunoglobulinas IGG e IGM, posibilita valorar la actividad de la enfermedad.

Es positivo en un 90% de los casos en cualquiera de las fases de sífilis. El TPHA se positiviza después que el FTA.

Confirman el diagnóstico de sífilis.

Interpretarse cuidadosamente, porque después del tratamiento siguen siendo positivas

Pruebas reagínicas, cardiolipínicas o indirectas

Las más habituales son: VDRL (venereal disease research laboratory) y RPR (rapid plasma reagin).

Positivos: 75% de sífilis primarias, 75% de latentes y tardía y prácticamente en el 100% de las secundarias.

Los sueros positivos deben cuantificarse.

La titulación se modifica con la respuesta al tratamiento.

Se considera el límite entre normal y patológico el valor 1/8.

Se utilizan para:

- despistaje o screening**
- monitorización de la respuesta al tratamiento**
- diagnóstico de neurosífilis (VDRL + en LCR).**

**La sífilis primaria se trata con
Penicilina G Benzatina 2.4 millones de U im en dosis única**

La efectividad de la penicilina para el tratamiento de la sífilis se comprobó a través de la clínica incluso antes de la realización de ensayos clínicos controlados

Datos que apoyen alternativas a la penicilina en el manejo de la sífilis primaria y secundaria son muy limitados.. Sin embargo, en caso de no embarazo, algunos tratamientos pueden ser efectivos:

- Doxiciclina: 100 mg vo/12 h/14 días
- Tetraciclina: 500 mg vo /6 h/14 días

**Azitromicina dosis única
2 gr
comparable con dosis única
de Penicilina G benzatina**

Single-dose azitromycin versus peniciliana G benzathine for the treatment of early syphilis

N Eng J Med 2005;353:1236-124

Azitromicina 2g oral en única dosis se ha comprobado que es efectiva para sífilis primaria y secundaria, pero debido a la resistencia del *T. Pallidum* a la azitromicina y otros macrólidos, no puede indicarse como fármaco de primera línea

Monitorización o seguimiento de la respuesta al tratamiento de la sífilis (RPR o VDRL) -

- Buena respuesta si disminuye 4 veces el denominador (2 diluciones) -

Sífilis precoz (primaria y secundaria)

Control a los 6 y 12 meses

Sífilis latente y terciaria sin neurosífilis

Los controles pueden hacerse cada 6 meses hasta el segundo año.

Se negativiza hacia los 5 años

Neurosífilis (asintomática o sintomática)

Control de LCR cada 6 meses hasta que se normalice.

Se negativiza hacia los 5 años

Caso. Se le solicita analítica a una embarazada de 4 semanas de gestación. Acude 7 días después y presenta una analítica normal salvo por presentar VDRL (+) a título 1/32 con FTA (+). No refiere sintomatología y la exploración en normal sin observarse úlceras. Indica que en un embarazo previo hace 4 años la analítica fue normal.

Caso. Se le solicita analítica a una embarazada de 4 semanas de gestación. Acude 7 días después y presenta una analítica normal salvo por presentar VDRL (+) a título 1/32 con FTA (+). No refiere sintomatología y la exploración es normal sin observarse úlceras. Indica que en un embarazo previo hace 4 años la analítica fue normal.

Es un caso de SIFILIS LATENTE, caracterizada por presentar serología (+) sin clínica.

TARDIA

Ante una sífilis latente debe precisarse el tiempo de evolución pues el tratamiento varía:

- **Latente precoz:** si la conversión serológica se ha producido en el último año
- **Latente tardía:** si la conversión se ha producido hace más de 1 año o se desconoce cuándo

Tratamiento:

- Latente precoz: **Penicilina G benzatina 2.4 millones Un im /dosis única**
- Latente tardía: **Penicilina G benzatina 2.4 millones Un im / semanal / 3 sem**

Caso. Varón de 34 años que acude porque presenta lesiones en tronco desde hace alrededor de 1 semana. Ha sido visto en 2 servicios de urgencias y le han diagnosticado de eccema y prurigo, y está con corticoides tópicos

Se le pregunta sobre contactos sexuales y refiere varios contactos sexuales con parejas distintas homo y heterosexuales.



Caso. Varón de 34 años que acude porque presenta lesiones en tronco desde hace alrededor de 1 semana. Ha sido visto en 2 servicios de urgencias y le han diagnosticado de eccema y prurigo, y está con corticoides tópicos

Se le pregunta sobre contactos sexuales y refiere varios contactos sexuales con parejas distintas homo y heterosexuales.

¿Qué pregunta es relevante en este caso?

Si una persona presenta una úlcera en el pene (vulva) y algunas semanas más tarde aparece una erupción, debe ser evaluada inmediatamente para descartar la presencia de sífilis

Se sospecha **Sífilis Secundaria** y se pauta tratamiento con penicilina

Penicilina G benzatina
2.400.000 UI IM. dosis única

Microscopía de campo oscuro

Se solicita analítica con serología.



HISTORIA NATURAL DE UNA SÍFILIS NO TRATADA

Sífilis primaria (Chancro sifilítico)

Dura e1 a 6 semanas, con localización en pene o labios mayores (puede tener localización extragenital según las prácticas sexuales).
Cura espontáneamente.

Periodo asintomático

Periodo de 6 semanas a 6 meses tras el cual un 50% presenta una sífilis secundaria y el otro 50% pasa a fase latente

Sífilis secundaria

Fase con fiebre, mialgias, malestar general y linfadenopatías.
El 80% tiene afectación mucocutánea con
Lesiones maculopapulosas con collarete de descamación periférico,
de inicio en tronco, y que afecta después a cara, manos y plantas.
Pueden aparecer condilomas planos.

Sífilis latente

Sífilis caracterizada por seroactividad sin evidencia de enfermedad
Se considera:

- Latente precoz: menos de 1 año desde el inicio
(algunos autores lo alargan a 2 años)
- Latente tardía: más de 1(ó 2) año desde el inicio,
o de tiempo desconocido

Sífilis terciaria

La presentan aproximadamente 1/3 de los pacientes no tratados.
Aparecen lesiones destructivas.
Existen 3 tipos: - Neurosífilis - Sífilis cardiovascular
- Gomas

Otras úlceras genitales de etiología infecciosa

Chancro blando

Es raro en nuestro medio. Propio de países tropicales poco desarrollados
El diagnóstico se realiza mediante serología por fijación de complemento en título mayor de 1:64.

El **tratamiento recomendado:**

Azitromicina 1g/ dosis única o Ceftriaxona 250 mg/ im/ dosis única

Granuloma inguinal (Donovanosis)

Es una enfermedad endémica de las zonas tropicales
Es una enfermedad ulcerosa crónica, indolora y progresiva que afecta a los linfáticos de la zona genital y perianal. En el tejido se identifican los llamados cuerpos de Donovan

El **tratamiento recomendado:**

Doxiciclina 100 mg/ 12 h o Cotrimoxazol 800/160 mg/ 12 h durante más de 3 semanas hasta la curación de las lesiones.

Otras úlceras genitales de etiología infecciosa

Linfogranuloma venéreo

Producido por la *Chlamydia Trachomatis* serotipos L₁, L₂ y L₃ (principalmente L₂).

Puede contraerse también por fómites y en laboratorio.

Se produce un síndrome inguinal, con adenopatías inguinales dolorosas, que confluyen por periadenitis dando lugar a un conglomerado ganglionar que fluctúa y puede ulcerarse.

Pueden producirse **proctitis muy severas** en pacientes con relaciones anales (recientes brotes en España)

El tratamiento recomendado: Doxiciclina 100 mg/ 12h/ 21d.





Caso. Solicita consulta una mujer de 28 años que refiere molestias al orinar (intensa disuria). No refiere tenesmo ni polaquiuria. No refiere haber presentado fiebre.

En la anamnesis refiere flujo y al explorar se observa intensa inflamación y alguna úlcera vaginal con mal olor vaginal con exudado.

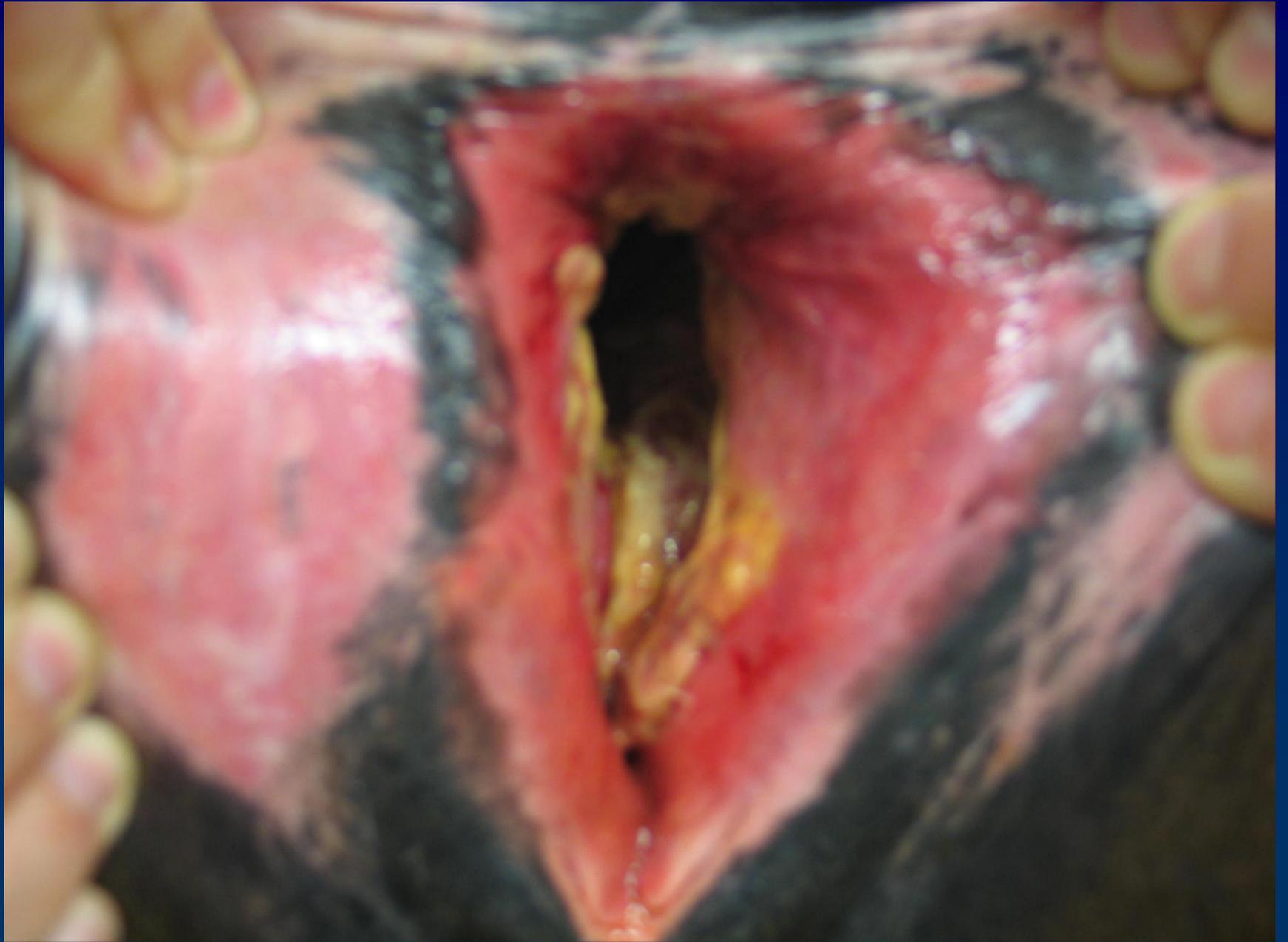
Ante la sospecha de vaginitis, ¿qué prueba en la consulta nos puede orientar hacia la etiología?

El 90% de las vaginitis son producidas:

- *Candida albicans*
- *Trichomona vaginalis*
- Vaginosis (etiología múltiple: *gardnerella*, *peptoestreptococcus*, *bacteroides*, *mobiluncus*, *mycoplasma*)

El pH vaginal (puede realizarse con la tira de orina) es distinto según la etiología:

- *Candida albicans* : pH < 4,5
- *Trichomona vaginalis*: pH 5-6
- Vaginosis: pH >4,5



		Vaginitis candidiásica	Vaginitis Trichomonas	Vaginosis bacteriana
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Relacion menstrual - Irritacion vulvar - Disuria - Mal olor - Prurito 	<p style="text-align: center;">Premenstrual</p> <p style="text-align: center;">Marcada</p> <p style="text-align: center;">Externa</p> <p style="text-align: center;">Ausente</p> <p style="text-align: center;">Intenso</p>	<p style="text-align: center;">Habitualmente presentes</p> <p style="text-align: center;">Ninguna</p> <p style="text-align: center;">Moderada</p> <p style="text-align: center;">Interna-externa</p> <p style="text-align: center;">Presente</p> <p style="text-align: center;">No</p>	<p style="text-align: center;">50% Asintomáticas</p> <p style="text-align: center;">Rara en mujeres sexualmente inactivas</p> <p style="text-align: center;">Postmenstrual</p> <p style="text-align: center;">Ausente</p> <p style="text-align: center;">Ausente</p> <p style="text-align: center;">Pescado</p> <p style="text-align: center;">No</p>
Signos	<p>Exudado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características - Color - pH (con tira de orina) 	<p style="text-align: center;">Adherido a pared</p> <p style="text-align: center;">Leucorrea</p> <p style="text-align: center;">Escaso, grumoso, prurito</p> <p style="text-align: center;">Blanco</p> <p style="text-align: center;">pH <4.5</p>	<p style="text-align: center;">Leucorrea</p> <p style="text-align: center;">Abundante, grumoso, espumoso,</p> <p style="text-align: center;">Amarillo-verdoso</p> <p style="text-align: center;">pH = 5.6</p>	<p style="text-align: center;">Adherido a pared vaginal uniformemente</p> <p style="text-align: center;">No inflamatorio moderado, homogéneo,</p> <p style="text-align: center;">Blanco-grisáceo</p> <p style="text-align: center;">pH > 4.6</p>
Transmisión sexual		No	Si Pareja asintomática generalmente	Dudosa
Asociada a			RPM Prematuridad	RPM Prematuridad Endometritis postparto Celulitis post técnicas invasivas (biopsia endometrial, colocación de DIU, cesárea, histerectomía, histerosalpingografía, legrado uterino)
RPM: Rotura Prematura de Membranas				

En el exudado, en la extensión en fresco se detecta Trichomonas

El tratamiento de la Vaginitis por Trichomonas se realiza con Nitroimidazoles

Oral: Curación del 90-95% Tópico: curación baja al 50%

Tratamiento de Vaginitis por Trichomonas

De elección

Metronidazol 2g/ vo/ dosis única

Alternativa

Metronidazol 500 mg/vo/12h/ 7d

Pareja sexual SI

Metronidazol 2g/v.o /dosis única

Asintomáticas SI

Metronidazol 2g/v.o /dosis única

Embarazo SI

- Metronidazol 2gr. /v.o /dosis única

- Clotrimazol 100mg/vag/14d

Recurrencias Retratar:

- Metronidazol 500 mg/12h./7días

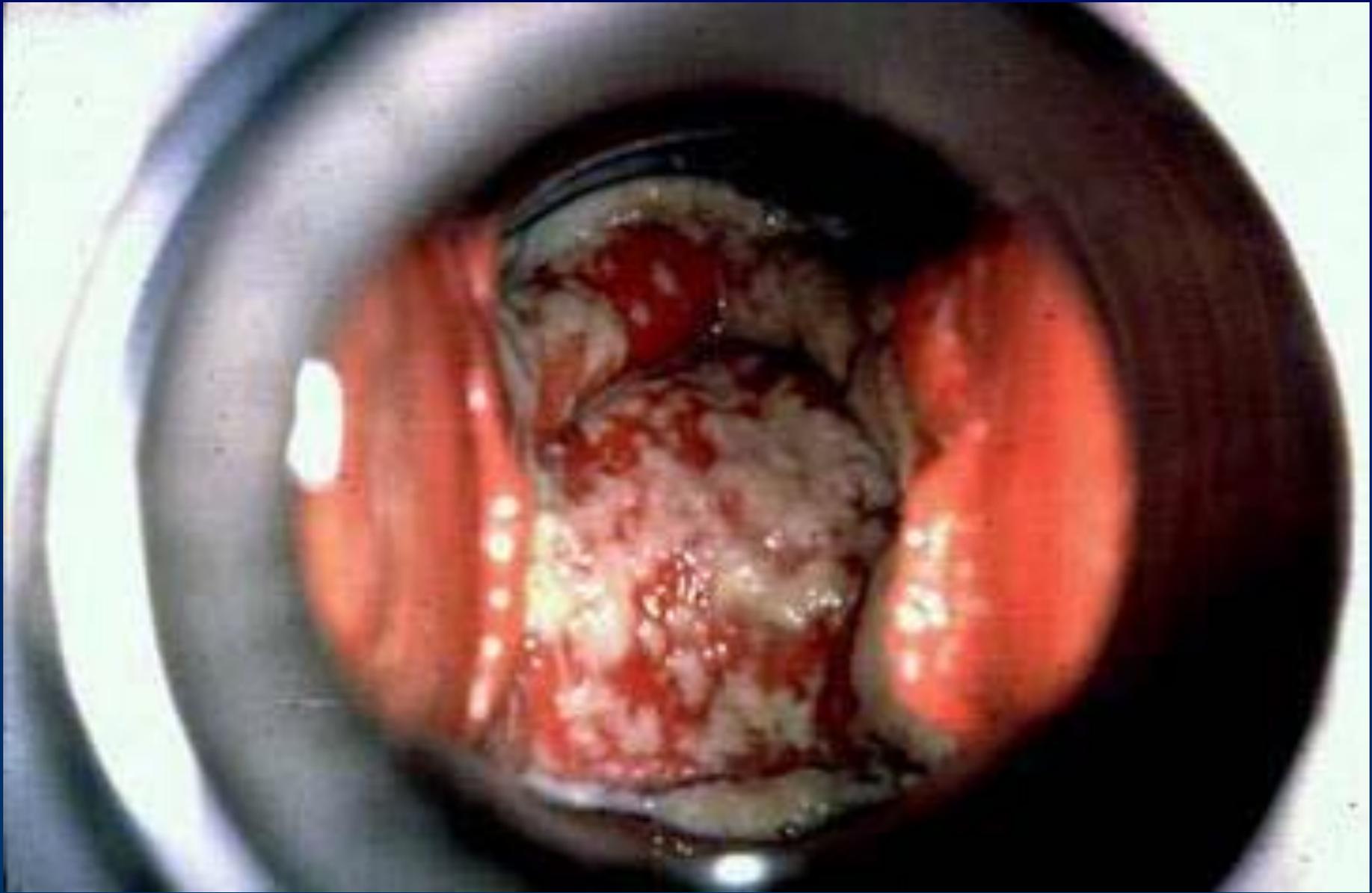
- Metronidazol 2gr./vo/5 días



Caso. Una paciente de 32 años sin antecedentes de interés. Refiere intenso prurito vaginal desde hace días, con aumento de flujo vaginal. En la anamnesis refiere haber presentado en varias ocasiones vaginitis por *Candida*. En la exploración se ve importante exudado vaginal blanquecino, sin verse úlceras y sin presentar mal olor.







Caso. Una paciente de 32 años sin antecedentes de interés. Refiere intenso prurito vaginal desde hace días, con aumento de flujo vaginal. En la anamnesis refiere haber presentado en varias ocasiones vaginitis por candida. En la exploración se ve importante exudado vaginal blanquecino, sin verse úlceras y sin presentar mal olor.

Impresiona de vaginitis por candida. Y ante la anamnesis de haber tenido en varias ocasiones debe plantearse el exudado vaginal.

No está indicado el exudado si es clara la sospecha de candida y es el primer episodio

El pH vaginal (tira de orina) es $< 4,5$ en caso de vaginitis por candidas y puede orientar hacia la etiología

Debe iniciarse tratamiento tópico. No está justificado hacer tratamiento oral de inicio (por su potencial efecto hepatotóxico, aunque es bajo con los tratamientos actuales).

En caso de mala evolución se puede plantear tratamiento oral.

Tratamiento de Vaginitis candidiásica

De elección

Clotrimazol vaginal 500 mg monodosis (*En afectación leve*)

Clotrimazol vaginal 200 mg x 3 noches (*En afectación moderada*)

Alternativas

Fluconazol vo 150 mg monodosis

Itraconazol vo 400 mg monodosis

Pareja sexual

Solo en caso de balanitis:

- Clotrimazol crema 1%/12h x 7 días

- Miconazol crema 1% /12h x 7 días

Asintomáticas

No se trata

Embarazo

Solo usar azoles

Recurrencias

Si aisladas: pauta de 3 noches

Si frecuentes: - 7 a 14 días tratamiento tópico

- Fluconazol 100-150- 200 oral 3 días (días 1, 4 y 7).

Si muy frecuentes: Fluconazol 100-150-200 mg cada semana durante 6 meses

VAGINITIS BACTERIANA

En 40-50% de mujeres sin vaginitis y con flora vaginal normal se aísla *Gardnerella vaginalis*, de modo que no es criterio suficiente para el diagnóstico.

Diagnóstico de vaginitis bacteriana

Criterios de Amstel:

- 1.-Ph vaginal >4.5 ;
- 2.-Presencia de Clue cells;
- 3.-Liberación de aminas con o sin la adición de KOH 10% con el resultado de olor a pescado.;
- 4.-Flujo homogéneo aumentado

**Al
menos
3**

TRATAMIENTO DE LA VAGINITIS BACTERIANA

Durante el tratamiento deben evitarse las duchas vaginales

De elección

Metronidazol vo 500 mg/12h//7 días

Alternativas

Clindamicina crema 2% 5gr/noche x 7 noches

Metronidazol gel 0.75% 5gr/24 h x 5 días

Clindamicina vo 300 mg/12h x 7 días

Pareja sexual NO

Asintomáticas Solo en caso de instrumentación

Embarazo

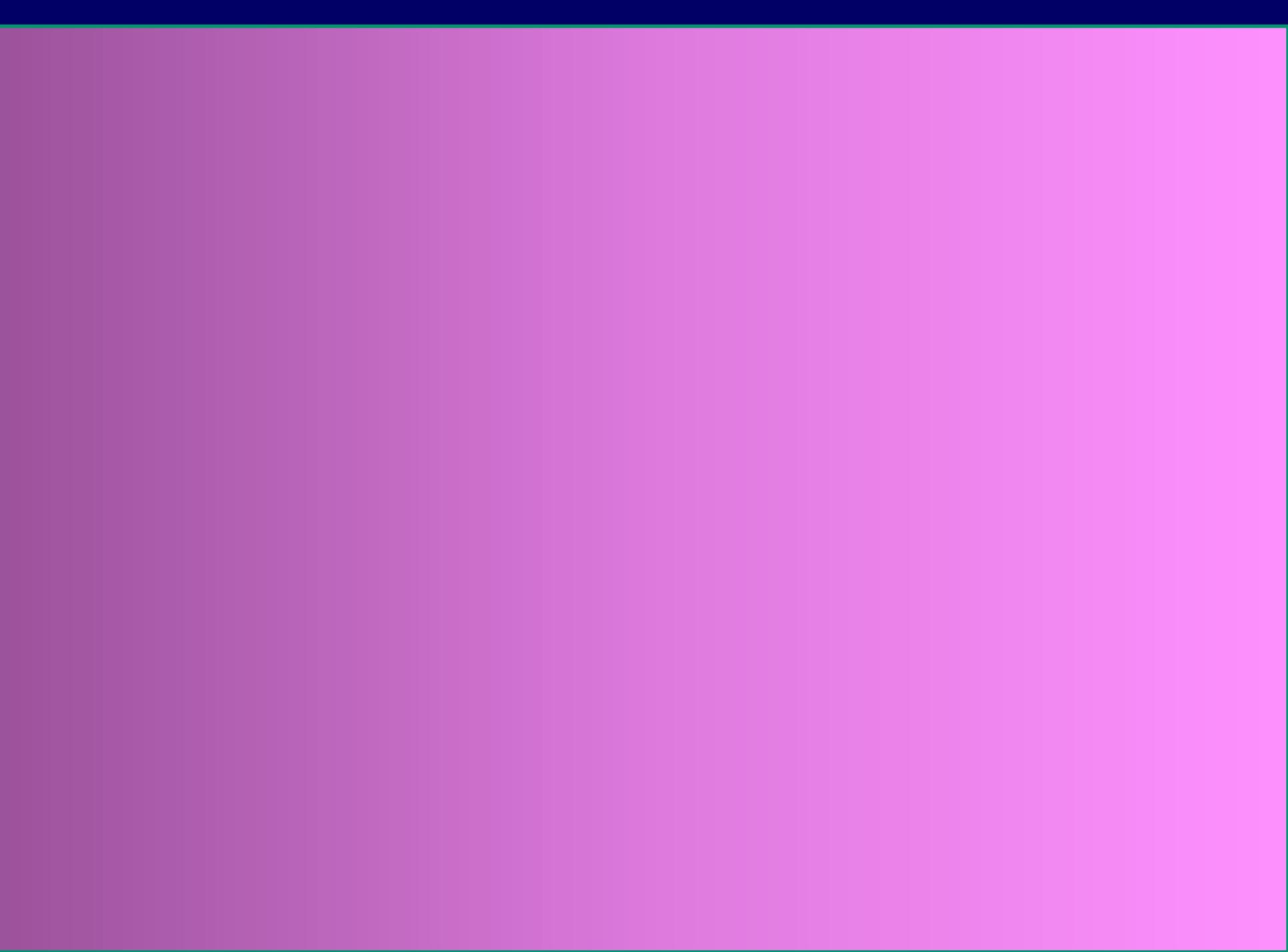
- Sintomáticas: SI

- Asintomáticas: Controvertido

Mismas pautas
que no embarazo

Recurrencias

Metronidazol (aumentando la dosis)



Caso. Solicita atención un paciente con múltiples lesiones verrugosas en borde balanoprepucial. Indica que lleva mucho tiempo con ellas, pero que han aumentado.



Caso. Solicita atención un paciente con múltiples lesiones verrugosas en borde balanoprepucial. Indica que lleva mucho tiempo con ellas, pero que han aumentado.



Caso. Solicita atención un paciente con múltiples lesiones verrugosas en borde balanoprepucial. Indica que lleva mucho tiempo con ellas, pero que han aumentado.



Las VERRUGAS GENITALES son actualmente el diagnóstico más frecuente al hablar de ITS.

En el diagnóstico diferencial se engloban:

- *Moluscum contagiosum* (similar a cualquier localización cutánea)**
- Condilomas acuminados**
- Condilomas planos de la sífilis secundaria: corresponden a la fase secundaria de la sífilis**



Condilomas

Papiloma Virus (VPH)

Condilomas: Serotipos más frecuentes 6, 11

Ca. de mucosas: Serotipos 16, 18 (vacuna bivalente)

Presenta una gran contagiosidad.

Los enfermos la transmiten en 60-70% a sus parejas sexuales.

TRATAMIENTO

Se emplean técnicas conservadoras (resecciones parciales con crioterapia o laserterapia, cirugía, etc.) o tratamientos con imiquimod, así como interferón (con resultados discretos), presentando frecuentes recidivas pese al tratamiento.

En USA desde 2011 se recomienda la vacunación con vacuna tetravalente en ♀ y ♂ adolescentes



INFECCION POR CHLAMYDIA

Extraordinario aumento según diversos estudios.

En algunos países se realiza cribaje sistemático en mujeres jóvenes sexualmente activas dada su alta prevalencia.

Provoca una cervicitis, habitualmente asintomática.

Su importancia está relacionada con su gran relación con la Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

Su tratamiento es similar al de la uretritis en el varón producida por Chlamydia