CAPÍTULO 14 – ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Capítulo 14

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Dr. Rodrigo Valenzuela G., Dr. Marcelo Alvear G.,
- Dr. Felipe Araya S., Dr. Sergio Soler S.

- Hospital San Juan de Dios de La Serena

Las enfermedades de transmisión sexual, por lo general lesiones cutáneas genitales, tanto en el hombre como en la mujer son una causa frecuente de consulta médica. Pueden reflejar enfermedades benignas, premalignas, malignas o infecciosas. Este tipo de lesiones generan en los pacientes ansiedad, miedo y vergüenza que muchas veces los llevan a no consultar o hacerlo de manera tardía. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las lesiones premalignas y malignas siempre deben considerarse en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, al analizar la etiología de todas las lesiones cutáneas genitales por las cuales los pacientes consultan a los profesionales de la salud se puede observar que una gran proporción corresponde a lesiones benignas principalmente de tipo infecciosas o simples variaciones anatómicas. El propósito de este capítulo es presentar una guía a médicos tanto especialistas y no especialistas, acerca del enorme universo de lesiones cutáneas genitales en el hombre por ITS, para tener una aproximación diagnóstica y de tratamiento oportuno, e indicar su derivación al especialista cuando el caso lo requiera.

En primera instancia, para enfrentar al paciente con una ITS se debe indagar en su historia clínica y factores de riesgo asociados: comportamiento sexual habitual, exposiciones sexuales de riesgo, antecedentes de viajes recientes, patologías de base y hábitos higiénicos. Insistir en la presencia de prurito, dolor, secreciones o existencia de otros trastornos de piel es fundamental. Se debe realizar un acucioso examen genital donde se describa detalladamente la lesión: única o múltiple, color, consistencia, inflamación o atrofia, secreciones, presencia de adenopatía inguinal, etc.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico diferencial se puede realizar tan sólo con el examen físico y sólo en una minoría será necesario recurrir a exámenes de laboratorio, microscopía o biopsia (1). Es por esto que los profesionales de la salud deben ser competentes al momento del examen genital. Tener un diagnóstico correcto y oportuno tendrá un gran impacto tanto para el paciente como para la comunidad:

- Tratar y prevenir la transmisión de ITS
- Diagnosticar enfermedades sistémicas graves, que requieran tratamiento
- Tratar y prevenir la progresión de enfermedades pre-malignas

Métodos de Prevención de ITS

- Abstinencia sexual
- Vacunación pre-exposición: VPH, VHB y VHA
- Condón masculino y/o femenino
- Circuncisión (VIH, VHS y VHP en hombres heterosexuales)
- Profilaxis PostExposicion: CDC guidelines
- Profilaxis PreExposicion: CDC guidelines

Screening en pacientes asintomáticos (2)

En mujeres: De forma anual screening para clamidias, gonorrea, VIH

En hombres: No se recomienda en hombres screening de clamidia y gonorrea, pero sí VIH

Asintomáticos con reciente exposición a ITS (2)

Examen físico: genitales y región perineal-anal, región inguinal, secreción uretral

Test rápido de VIH: Si es negativo, repetir a los 3-6 meses post exposición

Serología: anti-VHC, anti-HBs, HBsAg

RPR o VDRL: al momento de la consulta, y a los 3 meses de la exposición

HSV I y II: IgG y IgM con al menos una semana después de la exposición

Test para gonorrea y clamidia: secreción uretral o primera micción.

El enfoque actual de las ITS es sindromático, más que etiológico. En la mayoría de los casos, se recomienda un tratamiento empírico antes que tener el resultado de los análisis.

Úlceras genitales

Existen ulceras genitales de causa distinta a una ITS como, por ejemplo: infección bacteriana de piel, balanitis candidiásica complicada, Síndrome de Reiter, reacción fija a medicamento, Enfermedad de

Behcet.

Con respecto a las ITS, las más frecuentes son por herpes genital, linfogranuloma venéreo, cancroide, granuloma inguinal y sífilis, siendo característica en ésta última la ausencia de dolor (3).

Herpes genital

Corresponde a la causa más común de úlcera genital, cuyo agente etiológico es el *virus herpes simplex (VHS)*. Presenta dos variantes, el VHS-1, que tiende a causar más frecuentemente afecciones bucofaríngeas (herpes labial) y el VHS-2 que se encuentra más frecuentemente en afecciones genitales (herpes genital), además de ser más recurrente. Sin embargo, las prácticas sexuales han hecho que VHS-1 oral provoque herpes genital y el VHS-2 provoque lesiones bucales también. El herpes genital se transmite por contacto genital, oro-genital u oro-anal. El virus penetra a través de microabrasiones o soluciones de continuidad de la piel o mucosas, para finalmente localizarse en las neuronas. Su período de incubación varía de 2 a 20 días con un promedio de 7 días. El cuadro clínico se presenta como primoinfección, latencia y recurrencias (4).

Primoinfección: La infección primaria por el VHS suele ser asintomática. En los casos sintomáticos el cuadro clínico se inicia con un pródromo caracterizado por prurito y ardor, asociado a una placa eritematosa localizada, posteriormente aparecen vesículas en número variable de 1 a 3 mm de diámetro. Puede presentarse con fiebre, decaimiento, linfadenopatía regional y disuria. Las vesículas, generalmente múltiples, se ubican en el glande, prepucio o cuerpo del pene. La ruptura de estas vesículas provoca la formación de erosiones superficiales dolorosas. Las lesiones se resuelven entre 10 a 14 días. Puede haber lesiones en el ano y la zona perianal. La excreción viral puede persistir por tres semanas.

Recurrencias: Las recurrencias se presentan en más de un 80% de los pacientes. Éstas tienen una evolución clínica más atenuada y un período de excreción viral más corto, además de tener un pródromo. Algunas recurrencias pueden ser asintomáticas, pero con eliminación de partículas virales que pueden transmitir la enfermedad. La recurrencia puede desencadenarse por estrés físico y emocional, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, relaciones sexuales, inicio del ciclo menstrual y fiebre mantenida. Los episodios recurrentes pueden prolongarse por sobreinfección bacteriana de las lesiones y por inmunodepresión

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la infección genital por VHS tiene una baja sensibilidad y especificidad, por lo que la confirmación de laboratorio de la infección y tipificación de VHS es esencial.

Se deben tomar muestras de la base de la lesión o de líquido de una vesícula. Dentro de las pruebas de diagnóstico se cuenta con:

-Test de Tzanck: Es un examen de citodiagnóstico donde se visualizan células gigantes multinucleadas típicas. Tiene baja especificidad y sensibilidad.

-Serología: Los anticuerpos IgM se evidencian en suero 4 a 7 días después de la infección y alcanzan un máximo en 2 a 4 semanas. Las IgG aparecen luego de 1-3 meses y persisten durante toda la vida, por lo que resultan útiles sólo cuando se tiene antecedente evidenciado de seronegatividad o se registra aumento de títulos en dos muestras con 15 días de diferencia.

-PCR: Corresponde a la prueba diagnóstica más específica, sin embargo, es de alto costo.

-Cultivo viral: Es el método *gold standard* para el diagnóstico de certeza. Sus inconvenientes son el costo y la demora en la obtención del resultado.

Tratamiento

El tratamiento del herpes genital dependerá del estadío clínico en el que se presente. El objetivo del tratamiento es reducir la sintomatología, ya que no lo erradica ni tampoco previene recurrencia (1).

Primoinfección: se debe utilizar tratamiento farmacológico por vía oral. El tratamiento tópico no ha demostrado buena efectividad clínica. El tratamiento debe ser indicado precozmente para reducir la formación de nuevas vesículas, la duración del dolor, el tiempo de cicatrización y la excreción viral, pero no previene las recurrencias de la enfermedad. Se inicia con Aciclovir 400 mg vía oral c/8 hrs por 7-10 días o Valaciclovir 1 gramo vía oral cada 12 hrs por 7-10 días.

Recurrencias: Existen múltiples esquemas, pero el más frecuentemente utilizado es Aciclovir 400 mg vía oral c/8 hrs por 5 días o Valaciclovir 500 mg vía oral cada 12 hrs por 3 días.

Recidivante: Se aplica terapia de supresión cuando se producen más de 6 brotes de herpes genital dentro de un año, logrando una eficiencia de 60-70%. Se inicia Aciclovir 400 mg vía oral c/12 hrs por 8-12 meses o Valaciclovir 1 gramo vía oral cada 24 hrs por 8-12 meses. En caso de recurrencias durante la terapia de supresión, debe suspenderse ésta y tratar como un cuadro agudo, luego debe reiniciarse la terapia de supresión.

El tratamiento a la pareja sexual se realiza sólo si hay sintomatología, y de todos modos se le debe ofrecer estudio serológico.

No hay evidencia suficiente sobre seguridad y eficacia de aciclovir y valaciclovir en embarazadas.

Linfogranuloma venéreo

Infección de origen bacteriano causado por *chlamydia trachomatis* serotipos L1L2L3, con un período de incubación de 3-30 días. Es propia de países tropicales y subtropicales en África, Asia, centro y Sud-América, y se ha descrito una mayor asociación a hombres homosexuales y a pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (1).

Su lesión primaria característica corresponde a una pápula no dolorosa ubicada en el pene que tiende a ulcerarse, es autolimitada y en la mitad de los casos pasa inadvertida por lo que los pacientes no alcanzan a consultar.

Dos a seis semanas después, el paciente puede evolucionar con dos síndromes diferentes: 1) El clásico *síndrome inguinal*, que consiste en la aparición de adenopatía inguinal o femoral unilateral, de consistencia dura con tendencia a la fistulización y 2) El *síndrome anorrectal* (manifestación más frecuente en países occidentales en la actualidad), donde existe proctitis asociado a lesiones anales. Se puede acompañar de fiebre, compromiso del estado general, artralgias y hepato-esplenomegalia. Las lesiones no tratadas originan cicatrices y fibrosis con obstrucción linfática que puede traducirse en elefantiasis de los genitales y en estenosis y fístulas uretrales y/o rectales (5).

Diagnóstico

El diagnóstico de este cuadro es difícil por su escasa clínica y por falta de exámenes de certeza. Se basa en la sospecha clínica, la información epidemiológica, y la exclusión de otras causas de proctocolitis, linfadenopatía inguinal o úlceras genitales o rectales.

Como método complementario se puede recurrir a cultivo, a la Inmuno fluorescencia directa (IFD) o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cuando esté disponible, sobre muestras de fluido purulento aislado de ulcera, adenopatía o recto.

Tratamiento

El tratamiento se basa en antibióticos sistémicos, donde lo más utilizado es administrar Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 hrs por 21 días (5). Como alternativas a la Doxiciclina:

- Eritromicina 500 mg vía oral c/6 hrs por 21 días (esquema utilizado en embarazadas) -Azitromicina 1 gr vía oral al día por 21 días -Tetraciclina 500 mg vía oral c/6 hrs por 21 días

Se debe tratar a toda pareja sexual de los casos en los últimos 30 días desde el inicio de la sintomatología

Chancroide

También llamado chancro blando, corresponde a una infección bacteriana cuyo agente etiológico es *haemophilus ducreyi*. Es poco frecuente en Chile, suelen presentarse casos en zonas portuarias por contacto sexual con personas procedentes de zonas tropicales donde esta patología es endémica. Su período de incubación es de 4 a 7 días (1).

La lesión característica de este cuadro es una pápula, única o múltiple, dolorosa con halo eritematoso que va evolucionando rápidamente a pústula y luego se forma una úlcera la cual no posee bordes irregulares, agudos y no indurada. Su base friable con tejido de granulación cubierta por un exudado y edema prepucial. En el hombre se localiza en el surco balano prepucial, frenillo, glande, prepucio y cuerpo del pene (6).

Diagnóstico

Para su diagnóstico, la clínica es crucial, y se deben utilizar los siguientes criterios:

- úlceras genitales dolorosas más adenopatías.
- no hay infección por treponema pallidum.
- no hay infección por virus herpes.

Como estudio complementario diagnóstico, se puede realizar cultivos (poco disponible) y PCR (no validada aún)

Tratamiento

El tratamiento se basa en antibióticos sistémicos (6), con:

- Azitromicina 1 gr vía oral dosis única
- Ciprofloxacino 500 mg vía oral c/12 hrs x 3 días ó
- Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única o (esquema en embarazadas)
- Eritromicina 500 mg vía oral c/8 hrs por 7 días. (esquema en embarazadas)

Se debe reevaluar al paciente en 1 semana, ya que a los 3 días los síntomas remiten y la úlcera en 7 días se cura. Este proceso es más lento en lesiones de mayor volumen, en pacientes no circuncidados y en VIH (+)

Se debe tratar a toda pareja sexual de los casos en los últimos 10 días desde el inicio de la sintomatología

Granuloma inguinal (Donovanosis)

Infección bacteriana de tipo granulomatosa crónica de genitales y piel circundante. Su agente etiológico corresponde a *klebsiella granulomatis*. Tiene un período de incubación de aproximadamente 2-3 meses. Es endémica de algunas regiones tropicales y subtropicales (3).

Su lesión característica inicialmente es una pápula o nódulo firme que se abre formando una úlcera bien delimitada e indolora. Esta puede evolucionar hacia la curación o hacia la destrucción con extensión rápida, lenta o intermitente de una úlcera profunda, serpiginosa, con o sin lesiones epiteliales hipertróficas. Puede existir diseminación hematógena a hígado, bazo y huesos, aunque es poco frecuente. No presenta adenitis (1).

Diagnóstico

Es difícil obtener un cultivo de esta lesión, y el diagnóstico requiere la visualización en muestra de lesión cutánea bajo microscopia de los cuerpos de Donovan.

Tratamiento

El tratamiento de elección es con Azitromicina 1 gr. una vez por semana o 500 mg por día durante 21 días. Como alternativa se administra también Doxiciclina 100 mg, dos veces al día durante 21 días , o Ciprofloxacino 750 mg dos veces al día durante 21 días, ó Eritromicina 500 mg cuatro veces al día durante 21 días (7).

Se debe tratar a toda pareja sexual de los casos en los últimos 60 días desde el inicio de la sintomatología

Sífilis/chancro sifilítico

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa sistémica de evolución crónica, de origen bacteriano cuyo agente etiológico es el *treponema pallidum*. Su principal mecanismo de transmisión es por vía sexual cuando hay lesión presente, sin embargo, también puede transmitirse vía transplacentaria, intraparto, transfusión sanguínea e inoculación accidental. En Chile gracias a los programas de prevención y tratamiento precoz la tasa de sífilis ha variado de 73,6 en 1980 hasta llegar a 19,7 por 100.000 habitantes el 2010 (2). Sin embargo, últimos estudios han mostrado nuevamente un alza de la incidencia de sífilis tanto en hombres como mujeres en todos los rangos de edad.

El curso de la enfermedad según los hallazgos clínicos se ha dividido en una serie de etapas

superpuestas que se utilizan para ayudar a guiar el tratamiento y el seguimiento.

Esta infección tiene un periodo de incubación de 3 a 4 semanas. En la fase primaria, la lesión genital, conocida como chancro sifilítico, se caracteriza por aparecer en el punto de inoculación del treponema. Es una lesión única, indolora, con aspecto de pápula roja pequeña o erosión superficial con costra que en pocas semanas se hace ovalada, indurada y solevantada, con una superficie erosionada que exuda líquido seroso. Puede ubicarse en surco balano-prepucial, glande, o el cuerpo del pene y puede estar asociada con adenopatía regional única o múltiple, indolora; en mujeres es más peligroso debido a potencial ubicación en genitales internos. Sin tratamiento su remisión espontánea ocurre en 2-5 semanas, sin embargo, toda lesión debe tratarse por el riesgo de cronicidad de la infección y por la replicación activa en el sitio de inoculación (1).

La fase secundaria de la sífilis corresponde a la diseminación hematógena del t*reponema pallidum*, y se manifiesta dentro de los 6 primeros meses después de la infección, habitualmente 6 a 8 semanas. Esta etapa corresponde a la más contagiosa por poseer alto recuento bacteriano y se caracteriza por gran variabilidad de lesiones en piel y mucosas. En los genitales por ser áreas húmedas y calientes se desarrollan condilomas planos y se presentan como pápulas o nódulos húmedos, redondeadas u ovaladas, de base ancha, de color grisáceo perlado y a menudo coalescentes, con olor característico. Los parches mucosos, en forma de placas blanquecinas húmedas, se ubican también en mucosa genital y bucal. Es característico de esta fase también lesiones papulares palmo-plantares, adenopatías generalizadas, condiloma latum, sintomatología sistémica: fiebre, compromiso del estado general, mialgias, cefalea, etc. Este cuadro remite aproximadamente en 1-3 meses (8).

Existe la fase de sífilis secundaria latente, que es aquella en donde el microorganismo está presente en el cuerpo, pero de forma asintomática. Puede durar años, pero en inmunodeprimidos (p.e. VIH) puede durar semanas. Se clasifica en temprana si dura menos de 1 año, y tardía si dura más de 1 año. Sin tratamiento aproximadamente un tercio desarrollará sífilis terciara (8).

La Sífilis terciaria es aquella fase de la enfermedad, avanzada, donde existen manifestaciones clínicas sistémicas de mayor morbi-mortalidad afectando a distintos sistemas, tales como el sistema cardiovascular (endoarteritis aórtica), sistema nervioso (Atresia/Tabes dorsal, compromiso de pares craneanos, deterioro cognitivo), y aparición de síndrome gomatoso (granulomas) con compromiso en cualquier parte del cuerpo

Diagnóstico

El diagnostico de sífilis se realiza a través de antecedentes epidemiológicos, el examen físico y pruebas de serología no treponémicas (VDRL, RPR). Estas últimas en caso de resultar positivas,

implica realizar pruebas serológicas treponémicas (MHA-TP, FTA-ABS) que son las que confirmarán el diagnóstico. Cabe destacar que las pruebas treponémicas permanecen positivas siempre, por lo que no tienen utilidad en el seguimiento de la enfermedad, ya que son IgG. Por lo anteriormente mencionado es que para el seguimiento y evaluación del tratamiento se utilicen las pruebas del VDRL y RPR (9).

A la semana de aparición del chancro, el 30% tiene serología positiva, mientras que a las 3 semanas el 90% es seropositivo. En la sífilis secundaria hay serología positiva en el 100%.

Existen falsos positivos: embarazo, enfermedades reumatológicas como LES y AR, mujer en edad fértil, uso de vacunas múltiples, mieloma múltiple.

Existen falsos negativos: Efecto Prozone (En sífilis con alta carga bacteriana, el reactivo no diluye bien y se bloquean los anticuerpos), Inmunodeprimidos, Período de ventana de infección.

Tratamiento

El manejo de la enfermedad lo constituye el uso de antibióticos sistémico, con el fin de prevenir sus graves complicaciones tales como la neuro sífilis. El esquema recomendado es:

Para sífilis primaria, sífilis secundaria y latente precoz:

- Penicilina benzatina 2.400.000 UI vía intramuscular dosis única.

En caso de alergia a Penicilina:

- Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 hrs por 14 días
- Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 hrs por 14 días

Para sífilis latente tardía o desconocida:

- Penicilina benzatina 2.400.000 UI vía intramuscular semanal por 3 semanas.

En caso de alergia a Penicilina:

- Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 hrs por 28 días
- Tetraciclina 500 mg vía oral cada 6 hrs por 28 días

Para sífilis terciaria sin neuro sífilis:

- Penicilina benzatina 2.400.000 UI vía intramuscular semanal por 3 semanas.

En caso de alergia a Penicilina:

- Ceftriaxona 2 gramos al día por 14 días
- Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 hrs por 28 días

Si existe compromiso de neuro sífilis:

- Penicilina Sódica 18-24.000.000 UI endovenoso por 14 días.

El seguimiento debe realizarse con test no treponémicos cada 6 meses (1).

La falla al tratamiento probablemente se presenta cuando los títulos de los test no treponémicos no disminuyen 4 veces a los 6 meses o cuando la sintomatología persiste. Todos ellos deberían someterse a estudio de VIH.

La transmisión ocurre solo en presencia de lesiones, sin embargo, cualquier persona expuesta a un caso debe ser evaluada y someterse a análisis serológicos.

Pacientes con sífilis primaria, secundaria y latente precoz, las parejas sexuales de los últimos 90 días previo al diagnóstico deben tratarse, pese a ser seronegativos.

Tratar a todos aquellos con más de 90 días desde el diagnóstico, en caso de que no esté disponible los test serológicos de la pareja sexual o si no se tenga certeza de la adherencia y seguimiento de la pareja.

En el caso de sífilis terciara o latente tardía, se recomienda que parejas que tuvo de largo plazo deben someterse a estudio sifilíticos (9).

Descarga uretral (uretritis)/ cervicitis

En este grupo se incluye a aquellas patologías que generan salida de secreción uretral espontánea o posterior a la micción, acompañándose de forma variable con eritema alrededor del meato, disuria.

Existen causas no infecciosas como lo son el edema post -instrumentación de la vía urinaria, estenosis, síndrome de Reiter, litiasis uretral, etc.

Sin embargo, la mayoría de las veces, la causa es por una ITS de origen bacteriano. Dentro de ellas se encuentran aquellas por etiología gonocócica y aquellas no gonocócicas donde se incluye a chlamydia, ureaplasma y micoplasma spp (1).

En mujeres habitualmente el cuadro es menos sintomático que en hombres

Chlamydia

Provocado por organismo intracelular Chlamydia trachomatis serotipos D-K, con un período de incubación de 3-21 días. Frecuentemente la uretritis por chlamydia coexiste con uretritis gonocócica, por lo tanto, el tratamiento empírico debe incluir como objetivos ambos gérmenes (2).

El diagnóstico es principalmente clínico, pese a que es frecuente que curse de forma asintomática. En hombres provoca clásicamente secreción uretral clara, ardor uretral y prurito uretral. Por otro lado, también puede presentarse como orquitis, epididimitis, o más raramente prostatitis.

Como exámenes complementarios debe realizarse cultivo de secreción uretral para lograr identificar germen y estudiar su sensibilidad. Es frecuente que no se logre identificar ningún germen en uretritis no gonocócica, siendo el más frecuente la chlamydia, seguido de micoplasma y ureaplasma, que por lo general son parte de la flora comensal, que pueden volverse patógenos en determinados momentos.

El cuadro en mujeres suele ser asintomático y en algunos casos: uretritis, cervicitis y proceso inflamatorio pélvico.

Gonorrea

El agente etiológico es Neisseira gonorrhoeae, con un período de incubación de 2-6 días. Frecuentemente existe coinfección con chlamydia trachomatis (2).

El diagnóstico suele ser clínico, y a diferencia de la uretritis no gonocócica, aquí la mayoría son sintomáticos. Se presenta con sintomatología urinaria de almacenamiento y profusa secreción uretral purulenta. A largo plazo puede desarrollarse estenosis uretral. Otro cuadro menos frecuente es la epididimitis y más raramente la prostatitis.

En mujeres el cuadro mayoritariamente asintomático, y en algunos casos puede presentarse como uretritis, cervicitis, proceso inflamatorio pélvico.

En cuanto a los exámenes complementarios el gold standart es el cultivo de secreción uretral (cultivo de Thayer Martin o de agar-chocolate) para identificar el germen y estudiar su sensibilidad antibiótica.

Tratamiento

Se debe asumir que las uretritis gonocócicas y no gonocócicas habitualmente coexisten por tanto el

tratamiento antibiótico debe contemplar cubrir ambos gérmenes (1).

Pacientes y sus parejas sexuales deben tener abstinencia sexual hasta que el tratamiento sea completo (para aquellos cuyo tratamiento sea la dosis única, la abstinencia debe ser de 7 días)

- Ceftriaxona 250 mg intramuscular por una dosis + Azitromicina 1 gramo via oral por una dosis / Doxiciclina 100 mg c/12 hrs x 7 días.
- Cefixime 400 mg via oral, dosis única (si no hay ceftriaxona disponible) + Azitromicina 1 gramo o Eritromicina 500 mg via oral cada 6 hrs x 7 días, o Levofloxacino 500 mg via oral una dosis diaria x 7 días.
- En embarazo: Sin diferencias

Se recomienda realizar seguimiento y control con cultivo a los 3 meses aquellos pacientes en los que se sospechó gonorrea.

En los casos de las embarazadas debe realizarse control a los 3 meses con cultivo independientemente si contagió de gonorrea o chlamydias.

Con respecto a las parejas sexuales, todos deben ser evaluados por médico, y deben ser tratados todos aquellos que tuvieron relaciones sexuales 60 días previo al inicio de los síntomas. Si no ha tenido relaciones sexuales hace más de 60 días, se debe tratar a la última pareja sexual (1).

Lesiones vegetativas: Condiloma acuminado (verruga genital)

Infección causada por algunos serotipos de *virus papiloma humano* (HPV). Es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente, con más de 630 millones de infectados en el mundo. Los resultados muestran una prevalencia de 16 por 100 mujeres (1).

Su periodo de incubación varía de 1 a 6 meses, y puede permanecer latente sin lesión por un período prolongado desde meses hasta años. El contagio se produce por contacto de piel sana con piel infectada en la relación sexual. No existe documentación de contagio por sangre o algún otro fluido corporal. El VPH rara vez evoluciona a cáncer cervicouterino, cáncer de pene, cáncer anal o tumor de Bushke-Lowenstein (1).

La mayor parte (90%) de las verrugas genitales y anales son causadas por HPV tipos 6,11 a diferencia de las neoplasias malignas asociadas a HPV de tipo 16 y 18 que dan cuenta del 70% de cánceres cervicouterinos. Actualmente no existe evidencia de que las verrugas genitales evolucionen a cáncer cervicouterino (10).

La mayoría de las infecciones por HPV (90%) son asintomáticas, subclínicas o no detectables. Las lesiones son pápulas rosadas o de color piel, crecen como proliferaciones filiformes en su superficie que le dan un aspecto de coliflor. Pueden ser condilomas exofíticos cutáneos o mucosos, condilomas papulosos mucocutáneos, condilomas espiculados, planos ó maculares. Suelen ser pruriginosas, o menos común dolorosas o friables. Se desarrollan principalmente en superficies húmedas y su ubicación depende del lugar de inoculación y puede ser en el prepucio, glande, meato urinario y uretra (10).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, y debe examinarse el área genital, meato urinario, pubis, región inguinal y región anal. Sin embargo, en determinadas situaciones se aconseja realizar biopsia:

1. Diagnóstico dudoso.
2. Lesiones no responden o se agravan durante la terapia.
3. En paciente inmunocomprometido.
4. Si las lesiones son duras, hiperpigmentadas o ulceradas.

La histopatología muestra células escamosas con halo perinuclear. No existe mayor beneficio en identificar VPH, así como tampoco realizar PCR de VHP.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar verrugas sintomáticas. Se debe tener claro que la eliminación de las verrugas genitales no implica la eliminación del VPH, ya que éste puede alojarse en piel sana, es por esto que el VPH es frecuentemente recurrente. Se pueden subdividir en aquellos realizados por el propio paciente o por el personal médico (1):

1. Ácido tricloroacético al 80-90% aplicado por especialista entrenado, a cada lesión y luego dejar secar, de forma semanal.

2. Tintura de Podofilino al 10-30% en solución alcohólica, por médico o matrona entrenada, en cada lesión. Lavar zona aplicada con agua 1-4 horas después. Se puede aplicar de forma semanal. No utilizar más de 0.5 cc de solución o superficie mayor a 10 cm2. Contraindicado en embarazadas.

3. Crioterapia con nitrógeno líquido solo por médico dermatólogo entrenado en su uso, cada 1-2 semanas según sea necesario.

4. Escisión quirúrgica por “shaving” (afeitado), escisión tangencial con tijeras, curetaje y

electrocoagulación.

5. Podofilotoxina al 0,5 a 1% (gel tópico) para ser auto aplicado por paciente, con enseñanza del médico de la forma de aplicarlo. 2 veces al día por 3 días, descansar 4 días (4 ciclos)

6. Crema de Imiquimod crema al 5% para ser auto aplicado por paciente en la noche 3 veces por semana, en días alternos, dejar por 6 a 10 hrs y lavar, por un período de hasta 16 semanas. No debe usarse en embarazadas. Tiene un éxito de clearence de verrugas del 50% a las 10 semanas. El tratamiento de cauterización con uso previo de Imiquimod tiene mejores resultados clínicos que la resección solamente.

En aquellas verrugas condilomatosas que aparecen en el meato urinario:

- Crioterapia o excisión
- Tintura de Podofilino al 10-30% en solución alcohólica, por médico o matrona entrenada, en cada lesión. De forma semanal, y siempre hay que dejar secarse.

En aquellas verrugas condilomatosas que aparecen intrauretrales:

- Excisión: a través de pinzas de biopsia fría mediante un cistoscopio, idealmente logrando cauterizar la base de la verruga para que no sangre.
- Fulguración con láser: Nd: YAG laser
- Instilación intrauretral con 5-FU: sirve como método de prevención de recurrencias una vez ya tratadas las verrugas. RAM: disuria, estenosis meatal, meatitis, irritación escrotal, úlceras uretrales. 1 vez a la semana por 6 semanas

Luego del tratamiento se debe controlar con cistoscopía a los 3-6 meses

Todos los pacientes deben controlarse a los 3 meses del tratamiento, ya que en ese periodo es donde se presentan la mayor cantidad de recurrencias

Las terapias en uso pueden reducir, pero no eliminar la infectividad, pudiendo recurrir en algunos casos. No hay evidencia definitiva que un tratamiento sea superior a otros, o que un tratamiento sea más efectivo para todos los pacientes o todos los tipos de condiloma.

En la última década, la prevención de la infección por el HPV se ha convertido en una realidad con el desarrollo de dos vacunas disponibles comercialmente. La vacuna bivalente contra el HPV 16 y 18 (Cervarix ®) y la vacuna tetravalente contra el HPV 6, 11, 16, y 18 (Gardasil ®) han sido probadas en ensayos aleatorios controlados con placebo y han demostrado ser seguras inmunogénicamente y altamente eficaz. (Cervarix ®) aprobada por la FDA para mujeres no embarazadas entre 9 y 25 años.

(Gardasil ®) aprobada por la FDA para hombres y mujeres no embarazadas entre 9 y 26 años. Diversos ensayos han demostrado la eficacia de las vacunas contra la infección persistente y contra el desarrollo de lesiones intraepiteliales del tracto genital. Además, la vacuna tetravalente ha demostrado ser altamente eficaz contra el desarrollo de verrugas genitales causadas por los serotipos 6 y 11.

La vacuna se administra con un esquema de 3 dosis para obtener una inmunidad adecuada: la 1ª al momento cero, la 2ª al mes y la 3ª a los seis meses de la primera dosis. El momento ideal de vacunación debería ser previo al inicio de relaciones sexuales. Es fundamental completar las 3 dosis para garantizar la efectividad de la vacuna. Por el momento en estudios no se ha demostrado beneficios terapéuticos de las vacunas HPV una vez establecida la infección. Cabe mencionar que las vacunas no reemplazan el screening anual de cáncer cervicouterino (11).

Molusco contagioso

Infección genital viral causada por contacto directo por *pox virus*. Tiene una incidencia del 5% y su período de incubación es de 6 a 8 semanas. Su lesión característica consta de pápulas traslúcidas, hemisféricas, de superficie lisa y centro ligeramente deprimido, con un orificio a través del cual se puede extrudir un material blanquecino y cremoso. En pacientes con VIH son lesiones extensas. Por lo general es asintomática, pero no es infrecuente que genere leve prurito (12).

Dentro del arsenal terapéutico se incluye crioterapia, curetaje. Sin embargo, ninguna de las alternativas de tratamiento ha demostrado ser significativamente más efectiva respecto a la otra.

Parásitos

Pithriasis pubis

Ectoparasitosis cuyo agente etiológico es el insecto *phthirus pubis*. A menudo el paciente sólo manifiesta ver liendres o ladillas. Las ladillas pueden ser confundidas por los pacientes con costras en las zonas de prurito. El contagio es por contacto directo con piel infectada, ropa o cama del caso (1)

El signo más frecuente de infestación es la presencia de las liendres adheridas a la base del pelo en el pubis. Si hay dudas diagnósticas tras la inspección visual, las liendres y ladillas pueden ser observadas con una lupa.

Clínicamente se caracteriza por presentar máculas rojas pruriginosas, lesiones por grataje, sangre

en ropa. El prurito es más frecuente de noche o en temperaturas cálidas. Su ubicación varía entre pubis, regiones vecinas, menos frecuente: axilas, bigote, barba, pestañas, cejas.

El tratamiento de esta infección es igual que pediculosis: Aplicar loción de Permetrina al 1% en zona afectada y lavar al cabo de 10 minutos y se debe repetir a la semana. Como alternativa puede utilizarse Piretroides al 0,02% + Butóxido de piperonilo 2,5%. Las parejas sexuales, así como los demás miembros del hogar que han tenido contacto con dl paciente en los últimos 30 días desde iniciado los síntomas también deben recibir tratamiento para prevenir infestación recurrente (13).

La ropa de cama, vestuario y toallas deberían ser lavadas con agua caliente o aislarlas por 72 horas.

Escabiosis

Esta infección corresponde a una ectoparasitosis causada por *sarcoptes scabiei (hominis)*. Es una ITS específica del ser humano cuyo mecanismo de transmisión es por contacto directo, piel – piel (95%), ropa – piel (5%).

La principal característica clínica es el prurito de predominio nocturno. Se puede manifestar con diversos tipos de lesiones cutáneas, siendo sólo dos específicas: las vesículas perladas y el surco acarino (erosiones lineales serpiginosas de 1 a 15 mm de longitud es manifestación externa del túnel que forma la hembra en el estrato córneo). Como lesiones secundarias se pueden observar nódulos, pápulas, escamas, vesículas-bulas, costras, excoriación por grataje. Se ubican en glande, escroto y pene. El prurito es por hipersensibilidad, y puede durar hasta 6 meses después del tratamiento (3).

El diagnóstico es principalmente clínico, con los antecedentes epidemiológicos y en ciertas ocasiones puede requerirse el uso de laboratorio, acaro test e histología. Se debe diferenciar de cuadros similares como la dermatitis de contacto, dermatitis atópica, picadura de insectos, urticaria y piodermitis.

El tratamiento debe realizarse al paciente y a todo el grupo familiar y contactos. Se utiliza Permetrina en crema al 5% (aplicar en todo el cuerpo desde el cuello y lavar al cabo de 8-14 horas). Aplicar durante 3 noches y dar 4 días de descanso, para repetir durante 3 noches más (es quema 3-4-3). Como alternativa puede utilizarse Ivermectina 200 µg/kg oral, y repetir dosis en 2 semanas. Además, debe indicarse medidas de desinfestación tales como lavar la ropa potencialmente contaminada a elevada temperatura (>50ºc) o mantenerla en una bolsa de plástico al menos 72 horas (14).

VIH-hepatitis

Las infecciones de transmisión sexual causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus hepatitis A-B-C tienen un comportamiento (salvo VHA) de patología crónica, cuya principal sintomatología es más bien sistémica y multi-orgánica, con manifestaciones genitales escasas o inespecíficas. El diagnóstico se realiza a través de test de serología, descritos al inicio de este capítulo y su tratamiento y seguimiento, requiere ser estudiado en otro apartado.

Lesiones por infecciones no ITS

Balanitis bacteriana

Es un cuadro clínico caracterizado por la inflamación del glande y prepucio (balanopostitis), que, según el tipo de bacteria responsable, presentará distintos signos y síntomas. El diagnostico se realiza por la clínica y además de test de tinción Gram y cultivo sub-prepucial (3).

En caso de ser una infección por anaerobios se observa secreción purulenta de mal olor bajo el prepucio, edema prepucial y erosiones superficiales y linfonodos inguinales dolorosos. Su manejo es con Clindamicina tópica en crema dos veces por día hasta haber resuelto la infección o Metronidazol 400mg vía oral dos veces por día por una semana. En caso de ser una infección por aerobios (s. *aureus*, *s. pyogenes*) se observan cambios inflamatorios variables como edema y eritema local. Su manejo es con Mupirocina tópica o Cloxacilina oral (1).

Balanitis candidiásica

Infección genital causada en un 95% por *cándida albicans*, y ocasionalmente por otras especies. Esta infección fúngica es más frecuente en mujeres que en hombres. En el hombre, puede manifestarse como balanitis, que suele ser más frecuente en los no circuncidados.

Las infecciones genitales por cándida en hombres son generalmente adquiridas sexualmente, aunque sólo un pequeño porcentaje de las parejas de mujeres con vulvovaginitis candidiásica presentan balanitis. La mayor parte de los hombres presenta una infección asintomática, aunque se puede manifestar como pápulas o pústulas sobre base eritematosa, en glande, prepucio y/o surco balanoprepucial con secreción blanca grumosa y prurito, desde una intensidad leve hasta intensa irritación y edema del glande. Su diagnóstico es principalmente clínico y su tratamiento es con antimicóticos. Se utilizan imidazólicos tópicos como Clotrimazol 1% en crema 2 veces al día por 10 días o Fluconazol 150 mg vía oral en dosis única en casos resistentes o en Diabetes Mellitus (DM)

(15).

Si hay recurrencia del cuadro, se debe descartar DM, uso de antibiótico de amplio espectro, inmunodeficiencia, y descartar reinfección de pareja sexual.

Bibliografía

1. French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, van Voorst Vader P, Young H: 2008 European guidelines on the management of syphilis. Int J Std Aids. 2009;20:300-9

2. Salvo A. Infecciones de transmisión sexual en Chile.

3. Centers for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015.MMWR recomm rep. 2015 dec 17;59(rr-12):1-110.

4. Normas de manejo y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Ministerio de Salud, Conasida, Santiago, 2008.

5. Hook EW, Marra CM. Acquired syphilis in adults. N Eng J Med. 1992; 326 (16):1060-68.

6. de Vries H, Morré S, White J. 2010 European Guideline on the Management of Lymphogranuloma Venereum. IUSTI European STD Guidelines. 2010.

7. Kemp M, Christensen JJ, Lautenschlager S, Vall Mayans M. Draft: 2010 European (IUSTI/WHO) guideline for the management of chancroid. IUSTI / WHO European STD guidelines. 2010.

8. O'Farrell N. 2010 European guideline on donovanosis. IUSTI / WHO European STD guidelines. 2010.

9. Scheinfeld N. Update on the treatment of genital warts. Dermatol Online J. 2013 Jun 15;19(6):18559.

10. Ma B, Maraj B et al. Emerging human papillomavirus vaccines. Expert Opin Emerg Drugs. 2012 December; 17(4): 469–492.

11. Viera MH, Amini S, Huo R, Konda S, Block S, Berman B. Herpes simplex virus and human papillomavirus genital infections: new and investigational therapeutic options. Int J Dermatol. 2010 Jul;49(7):733-49.

12. van der Wouden JC, van der Sande R, van Suijlekom-Smit LW, Berger M, Butler CC, Koning S. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD004767.

13. British Association of Sexual Health. Clinical Effectiveness Group. United Kingdom National Guideline on the Management of Phthirus pubis infestation. 2007.

14. Mounsey KE, Holt DC, McCarthy J, et al. Scabies: molecular perspectives and therapeutic implication in the face of emerging drug resistance.Future Microbiol 2008;3:57–66.

15. Vohra S, Badlani G. Balanitis and balanoposthitis. Urol Clin North Am 19:143-147, 1992