

# **ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)**

## **Autores:**

DR. VICENTE ANERI MÁS. Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.  
Hospital Clínico Universitario de Málaga.

DR. RICARDO J. BOSCH GARCÍA. Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.  
Hospital Clínico Universitario de Málaga.  
Profesor Titular de Dermatología Facultad de Medicina de Málaga.

Teléfono: 617906474. [vanerim@ole.com](mailto:vanerim@ole.com)  
C/ Carril del Fotógrafo N° 10. “Los Rubios”.  
Rincón de la Victoria. Málaga. 29730.

## **INDICE**

I. INTRODUCCIÓN:

II. CLASIFICACIÓN SINDROMICA DE LAS ETS

Etiología

Epidemiología

Clínica

Diagnostico

Tratamiento, de cada una de ellas

BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

Dado que el objetivo de este capítulo es intentar dar a conocer las claves diagnósticas y terapéuticas de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más frecuentes abordaremos la clasificación de dichas enfermedades desde un punto de vista clínico y sindrómico, muy útil en el ejercicio de la medicina de urgencias.

Así, una manifestación clínica, ya sea un síntoma o un signo, lo encuadraremos dentro de un grupo específico de procesos con varias posibilidades etiológicas. La identificación del agente causal lo realizaremos mediante pruebas de laboratorio, examen directo, tinciones especiales, IFD, cultivos y serologías.

Hay que reseñar que las ETS pueden producir alteraciones a nivel genital (lo más frecuente) pero también a nivel extragenital, lo que será tratado en los distintos capítulos de este manual según su clínica y localización.

## II. CLASIFICACIÓN SINDROMICA DE LAS ETS

### I. ALTERACIONES GENITALES

#### 1. *Úlceras.*

- A- Herpes genital: VHS
- B- Sífilis: Treponema Pallidum
- C- Chancro blando: Haemophilus Ducreyi.
- D- Granuloma inguinal o venéreo: Calymmatobacterium Granulomatis.
- E- Linfogranuloma venéreo: Chlamydia Trachomatis.
- F- Otras: Leishmaniasis; Amebiasis.

#### 2. *Inflamación. Exudado. Supuración.*

- A- Uretral: uretritis.
- B- Varón:
  - 1- Glande y prepucio: Balanopostitis.
  - 2- Prostatitis, epididimitis, orquitis.
- C- Mujer:
  - 1- Vulva: vulvitis.
  - 2- Vagina: vaginitis.
  - 3- Cuello uterino: cervicitis.
  - 4- Salpingitis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

### 3. Otras:

#### A- Proliferaciones:

- 1- Condilomas acuminados.
- 2- Molluscum Contagiosum.

#### B- Prurito genital:

- 1- Pediculosis Pubis.
- 2- Escabiosis.

## II. ALTERACIONES EXTRAGENITALES.

1. Aparato digestivo: ano, recto, boca, faringe.
2. Oftalmología.
3. Procesos generales.
4. Afecciones perinatales.

## 1. ÚLCERAS

### A- HERPES GENITAL

#### EPIDEMIOLOGÍA

Actualmente se considera la causa más frecuente de ulceración genital de origen infeccioso. Sólo alrededor de un 10% de quienes son seropositivos conoce el hecho de que han estado expuestos, y que pueden ser contagiosos. Esto se debe a que la mayoría de los casos se presentan de una forma subclínica o que no se reconocen como herpes genital. Casi siempre la transmisión se produce por el coito durante períodos de diseminación asintomática.

#### ETIOLOGÍA

El VHS-2 es la causa más frecuente de herpes genital, pero el VHS-1 puede explicar hasta un 20% de las infecciones.

#### CLÍNICA

El período de incubación del herpes genital oscila entre 2 – 20 días con un promedio de 7 – 10 días después de la exposición.

Las lesiones surgen como múltiples vesículas pequeñas, dolorosas y agrupadas sobre una base eritematosa. Esas vesículas se erosionan en el transcurso de varios días formándose ulceraciones.

Con frecuencia aparece edema de los genitales externos y adenopatía inguinal muy hipersensible, no fluctuante. Suelen aparecer síntomas constitucionales en el 50 – 80% de los pacientes.

Sin ningún tratamiento, la gravedad de las ulceraciones alcanza un máximo a los 10 ó 12 días y cicatrizan en unas 3 ó 4 semanas.

Es característico que los episodios de recurrencia del herpes genital sean menos graves y con involución rápida y que suelen ir precedidos de varios síntomas prodrómicos como dolor, ardor, escozor o picor 1 – 4 días antes. Entre los factores que favorecen las recurrencias destacan el estrés psicológico, menstruación y traumatismos por fricción local.

## DIAGNÓSTICO

La clínica de vesículas agrupadas que dan lugar a erosiones agrupadas, en especial cuando se acompaña de adenopatía ipsilateral hipersensible, es muy sugerente.

Puede confirmarse mediante un frotis de Tzanck a partir de una vesícula no rota, o bien mediante cultivo viral, reacción en cadena de la polimerasa para buscar DNA viral, IFD de muestra de tejido lesionado, biopsia de piel mostrando cuerpos de inclusión y células gigantes multinucleadas. Los estudios serológicos no revisten gran interés en el diagnóstico precoz de la infección.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la primoinfección consiste en :

Aciclovir 200 mg x 5 14 días ó

Famciclovir 250 mg x 3 5 días ó

Valaciclovir 500 mg x 2 10 días.

El tratamiento de las reinfecciones:

Aciclovir 200 mg x 5 5 días ó 400 mg x 3 5 días ó 800 mg x 2 5 días.

Famciclovir 125 mg x 3 5 días.

Valaciclovir 500 mg x 2 5 días.

En cuanto al tratamiento tópico del herpes genital, éste va encaminado a evitar la irritación y la maceración por lo que no se recomienda la utilización de antivirales tópicos ni la

aplicación de productos grasos; Realizar tratamientos anticongestivos a modo de compresas o baños de sulfato de Zinc muy diluido; y realizar una cobertura antibiótica con cremas de ácido fusídico o gentamicina por ejemplo.

El tratamiento supresor diario se utiliza cuando aparecen más de 5 brotes al año de herpes genital. Dicho tratamiento reduce el número de recurrencias y el grado de diseminación sintomática pero no está demostrado que disminuya el riesgo de transmisión a una pareja sexual. Consiste en :

Aciclovir 400 mg x 2 6 – 12 meses

Famciclovir 250 mg x 2 6 - 12 meses

Valaciclovir 250 mg x 2 ó 500 mg x 1 (si menos de 10 episodios por año) ó  
1 gr x 1 (si más de 10 episodios por año).

## **B- SÍFILIS.**

### ETIOLOGÍA

Debida a la espiroqueta *Treponema Pallidum*.

### EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos años la incidencia a disminuido mucho en casi todos los países industrializados. La transmisión ocurre, en la mayoría de las ocasiones, por actividad sexual con una pareja que se encuentra en las etapas más tempranas de la enfermedad. Etapas tardías se relacionan con un riesgo mínimo de transmisión.

La sífilis primaria se presenta como una ulceración genital mientras que la sífilis secundaria y terciaria son formas diseminadas de la enfermedad presentándose como manifestaciones sistémicas.

### CLÍNICA

La lesión primaria, o chancro, empieza en el sitio de inoculación después de un período de incubación que oscila entre 9 y 90 días con un promedio de unas 3 semanas.

Aparece una pequeña mácula roja que evoluciona con rapidez hacia una pápula indolora y ulcerada. Esta úlcera típicamente es solitaria, pequeña y muestra una base limpia y brillante. Sus bordes son netos y se encuentran elevados e indurados.

Al cabo de una semana aparece una adenopatía regional no hipersensible (ganglio centinela) de consistencia gomosa y a menudo bilateral.

Sin tratamiento el chancro se resuelve en 3 a 8 semanas. Alrededor del 50% de los casos de sífilis primaria no tratada progresará hacia enfermedad secundaria y el otro 50 % entrará en fase de latencia.

### DIAGNÓSTICO

Se basa en la sospecha clínica y en la detección del microorganismo causal dentro de la úlcera. Las pruebas serológicas pueden no hacerse reactivas hasta 2 semanas después del inicio del chancro. Por el contrario, un estudio serológico positivo puede reflejar una infección sifilítica previa.

El *Treponema Pallidum* puede detectarse en el exudado seroso de la úlcera mediante examen en campo oscuro coloración inmunofluorescente directa.

### TRATAMIENTO

Sífilis primaria, secundaria o latente temprana:

Dosis única de Penicilina Benzatina 2.4 millones de unidades IM. En algunos casos se administran 6 viales más de Penicilina Benzatina 1.2 millones de unidades cada 5 días.

Si existe alergia a penicilinas: Doxiciclina 100 mg / 12 h 14 días.

Tetraciclina 500 mg / 6 h 14 días.

Eritromicina 500 mg / 6 h 14 días.

En embarazadas no se puede utilizar tetraciclinas ni eritromicina por lo que se debe intentar desensibilizaciones.

### SEGUIMIENTO

Deben practicarse serologías de mantenimiento a los meses 1, 3, 6 y 12 después del tratamiento. Los títulos de las pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) tienden a estar relacionados con la actividad de la enfermedad. Si aumentan (x4), a pesar de tratamiento, se debe estudiar en LCR. Las pruebas treponémicas (TPHA, FTA-abs) pueden mantenerse positivas indefinidamente.

## **C- CHANCRO BLANDO (CHANCROIDE)**

### ETIOLOGÍA

La enfermedad se origina por el bacilo anaerobio facultativo *Haemophilus Ducreyi*.

### EPIDEMIOLOGÍA

La transmisión del chancroide se relaciona a menudo con la prostitución.

### CLÍNICA

Tras un período de incubación que oscila entre 3 y 7 días aparece una pápula inflamatoria pequeña en el sitio de inoculación. Después de varios días se erosiona y aparece una úlcera profunda, muy dolorosa, de márgenes blandos e irregulares. La base de la úlcera es poco friable, y suele estar cubierta por exudado fétido de color amarillo grisáceo.

Tras una semana, en al menos un 50 % de los casos, aparece una adenopatía dolorosa y supurativa, a menudo unilateral.

Puede aparecer la formación de bubones supurativos en hasta un 25% de los enfermos, lo que puede progresar a rotura espontánea con ulceración inguinal profunda.

Aunque pueden ocurrir úlceras solitarias, lo característico en el chancroide es que se presenten 2 o más ulceraciones en posición opuesta debido a autoinoculaciones (úlceras satélite).

### DIAGNÓSTICO

Se fundamenta en la exclusión de sífilis y herpes, y en el aislamiento del agente causal en el cultivo. Se puede realizar tinción de Gram del exudado de la úlcera para visualizar *H. Ducreyi* aunque la reacción en cadena de la polimerasa es más sensible y específica para ello.

El microorganismo también puede demostrarse en muestras de tejido mediante coloración de Giemsa.

### TRATAMIENTO

- Azitromicina 1 gr VO dosis única
- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única
- Ciprofloxacino 500 mg / 12 h 3 a 5 días. Este tratamiento está contraindicado en embarazo, lactancia o menores de 18 años de edad. En estas circunstancias la alternativa es Amoxi – Clavulánico 500/125 mg / 8 h 7 días ó Eritromicina 500 mg / 6h 1semana.

Los ganglios linfáticos fluctuantes mayores de 5 centímetros de diámetro deben drenarse mediante aspiración o incisión y drenaje.

## **D- GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSIS)**

### ETIOLOGÍA

*Calymmatobacterium Granulomatis*.

### EPIDEMIOLOGÍA

ETS crónica, rara en Europa. Esta enfermedad tiene capacidad de destrucción extensa, e incluso mutilante, de los genitales. A veces presenta diseminación hematológica a diversos órganos corporales.

### CLÍNICA

Existe un período de incubación que oscila entre 8 días y 12 semanas siendo con mayor frecuencia de unas 2 semanas.

Existen 4 formas morfológicas de presentación de la enfermedad lo que complica su diagnóstico.

La variedad más frecuente es la ulcero vegetativa, en la que se producen ulceraciones grandes, blandas indoloras y muy friables con un borde arrollado de color carne. También podemos encontrar una variedad nodular otra hipertrófica y otra cicatricial.

Aunque la linfadenopatía verdadera es rara en el granuloma inguinal, la enfermedad puede diseminarse hacia los tejidos de alrededor de los ganglios linfáticos, lo que produce una periadenitis.

Sin tratamiento puede originar grandes destrucciones con formación de tejido cicatricial o tumefacciones tipo elefantiasis de piernas o genitales externos.

### DIAGNÓSTICO

Debido a que el agente causal es extremadamente difícil de cultivar el diagnóstico se basa en la visualización directa del microorganismo dentro de vacuolas citoplasmáticas de macrófagos (cuerpos de Donovan) de muestras tomadas del borde de la úlcera.

## TRATAMIENTO

Doxiciclina 100 mg / 12 h. Hasta cicatrización.

Trimetopín Sulfametoxazol 160-800 mg / 12h. Hasta cicatrización.

Alternativas:

Eritromicina 500 mg / 6h; Ciprofloxacino 750 mg / 12h; Ofloxacino 400 mg / 24 h. Las Quinolonas dan muy buen resultado si existe coinfección con VIH.

## **E- LINFOGRANULOMA VENÉREO**

### ETIOLOGÍA

Infección rara y esporádica causada por Chlamydia Trachomatis serotipos L1, L2 y L3. Es mucho más frecuente en varones, y en gran parte se transmite por portadores asintomáticos del sexo femenino.

### CLÍNICA

Tras un período de incubación que oscila entre 3 – 40 días aparece una pápula o pápulo-vesícula pequeña e indolora que rápidamente se erosiona para formar una úlcera superficial. De forma característica esta úlcera pasa desapercibida en la mayoría de los enfermos. Cicatriza en algunos días sin dejar secuelas.

2 a 6 semanas después de la lesión primaria aparece inflamación muy dolorosa de los ganglios inguinales o femorales o ambos, que incluso pueden supurar y a veces romperse.

Existe un signo muy singular del linfogranuloma venéreo que consiste en una indentación entre los grupos de ganglios agrandados, que sigue la trayectoria del ligamento inguinal, pero sólo aparece en el 15 – 20 % de los pacientes.

Las mujeres y homosexuales pueden padecer un síndrome genitoanorrectal con proctocolitis que puede seguirse por abscesos perirrectales, ulceraciones, fístulas y estrecheces rectales.

### DIAGNÓSTICO

Se basa en la clínica y en la serología con una prueba de fijación del complemento con resultados positivos a un título mayor de 1:64.

Aún es difícil el cultivo y tipificación de la Chlamydia a partir de los ganglios agrandados.

## TRATAMIENTO

Doxiciclina 100 mg / 12h hasta curación clínica.

Alternativa : Eritromicina 500 mg / 6 h hasta curación.

Se suele realizar aspiración de los ganglios fluctuantes, o la incisión y drenaje de abscesos, o ambos procedimientos para aliviar el dolor.

## **F- OTRAS**

### **1- LEISHMANIASIS.**

#### ETIOLOGÍA

Es una infección por un protozoo que se transmite por la picadura de un mosquito simúlido hembra

#### CLÍNICA

Después de un período de incubación que va de 1 semana a varios meses, aparecen pápulas, nódulos o placas en el sitio de inoculación. Las lesiones , gradualmente, se erosionan formando úlceras que típicamente están bien circunscritas, induradas y no son hipersensibles.

Puede aparecer prurito leve y adenopatía regional moderada. Las lesiones tienden a la resolución espontánea con formación de una cicatriz atrófica despigmentada.

#### DIAGNÓSTICO

Visualización directa del parásito en el frotis o biopsia de piel. Se observan inclusiones intracelulares dentro de los histiocitos.

#### TRATAMIENTO

Aunque muchas lesiones se resuelven solas de han utilizado diversos tratamientos como antimoniales pentavalentes o Itraconazol de 100 a 200 mg día.

## 2- AMEBIASIS

### ETIOLOGÍA

Protozoo Entamoeba Histolytica.

### EPIDEMIOLOGÍA

Típicamente es una enfermedad del colon endémica en muchos países tropicales. Además del tubo digestivo, el parásito puede afectar a otros sistemas corporales. Las lesiones genitales ulcerosas pueden depender de contaminación cutánea por material fecal infectado.

### CLÍNICA

Generalmente se manifiesta como una úlcera hipersensible, serpiginosa de bordes bien delimitados y con un anillo eritematoso indurado alrededor. La base de la úlcera es friable y sangra fácilmente por contacto. Suele haber un exudado hemopurulento fétido y una linfadenopatía regional.

### DIAGNÓSTICO

Visualización directa del parásito en fresco con solución salina de raspados de la superficie o exudado de la úlcera.

### TRATAMIENTO

Metronidazol 500 – 1000 mg / 8 h. 10 días.

Como alternativa la Emetina a dosis de 1 mg / Kg de peso / día I.M. 10 días.

Llegado este punto tenemos que decir que ante toda ulceración genital siempre debemos descartar varias enfermedades de etiología NO INFECCIOSA de entre las que destacan la Enfermedad de Behcet, la Enfermedad de Crohn, el Liquen Plano, neoplasias ulceradas o ulceraciones facticias (autoprovocadas).

Tabla de diagnóstico diferencial de las úlceras genitales

	SÍFILIS	CHANCROIDE	HERPES SIMPLE	G.INGUINAL	L.G.V.
Etiología	T. Pallidum	H. Ducreyi	VHS I y II	C. Granulom	C. Trachom.
Período de Incubación	10-90 días	1-14 días	2-7 días	1-12 semanas	1-4 semanas
Nº lesiones	Única	Múltiples	Múltiples	Una o varias	Única
Morfología	Redonda-oval	Geográfica	Vesículas Agrupadas	Pápulas	Pápula, vesícula, pústula
Aspecto	Erosión	Úlcera	Úlcera	Prominente	Superficial
Secreción	Serosa	Purulenta	Serosa	Serosa	Variable
Consistencia	Dura	Consistente	No	Cicatriz	No
Dolor	Raro	Intenso	Frecuente	No	Infrecuente
Superficie	Lisa, brillante	Rugosa, sucia	Irregular	Mamelonada	
Adenopatía	Uni o bilateral Múltiple, Indolora	Unilateral única, Dolorosa, Fluctuante	Bilater.50% Única, Dolorosa	Rara	Unilater.60% Dolorosa dura

## 2. INFLAMACIÓN. EXUDADO. SUPURACIÓN

### A- URETRAL = URETRITIS

A-1- GONOCÓCICA: Neisseria Gonorrhoeae (GONORREA)

A-2- NO GONOCÓCICA: Chlamydia Trachomatis; VHS; Mycoplasma Hominis; Ureaplasma Urealyticum; etc.

### **A-1- GONORREA. URETRITIS GONOCÓCICA.**

#### ETIOLOGÍA

Neisseria Gonorrhoeae. Es un diplococo gram negativo que se agrupa en parejas y no forma esporas.

## EPIDEMIOLOGÍA

Ha disminuido considerablemente en la última década aunque sigue siendo la ETS que se comunica con mayor frecuencia. La vía de transmisión más habitual es la sexual pero también se describen casos por transmisión durante el parto (conjuntivitis gonocócica).

Tenemos que sospechar abuso sexual siempre que se aísle *N. Gonorrhoeae* en vagina, recto o faringe de niños.

## CLÍNICA

El gonococo tiene afinidad por las mucosas, especialmente las tabicadas de epitelio columnar, por lo que puede afectar a uretra, faringe, recto, glándulas de Bartholino, cuello de útero, endometrio, trompas de Falopio, ovario y a veces peritoneo. También pueden infectarse los ojos del recién nacido durante el parto. Por todo esto dividiremos la clínica en:

*INFECCIÓN GENITAL*: la uretritis es la forma de infección más frecuente en el varón, presentando, de 2 a 8 días después del contagio, sensación de picor y escozor en meato urinario, disuria y polaquiuria seguido de una secreción uretral serosa al inicio que posteriormente se vuelve amarillo-verdosa. En la mujer se puede presentar un cuadro de uretritis o endocervicitis de síntomas inespecíficos, con descarga vaginal, polaquiuria, disuria, etc, aunque en la mayor parte de los casos en mujeres son asintomáticas. Es relativamente frecuente la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) compuesta por, salpingitis, parametritis y peritonitis localizada. En un 30% de pacientes con EIP se produce la perihepatitis gonocócica ( enfermedad de Fitz – Hugh – Curtis).

*INFECCIÓN ANORRECTAL*: esta modalidad va en aumento. No afecta a zonas de intestino por encima del recto. Se aprecia en varones homosexuales y también en mujeres ya sea por autoinfección o por la práctica de relaciones sexuales anales. Frecuentemente es una infección asintomática que puede presentarse en forma de prurito anal, tenesmo rectal y secreción de exudado purulento y en ocasiones pesadez y dolor irradiado a pelvis y periné.

*INFECCIÓN OROFARÍNGEA*: generalmente asintomática. Puede cursar con enrojecimiento faríngeo y discretas molestias localizadas.

*INFECCIÓN DISEMINADA:* hasta en un 30 % de los pacientes y es consecuencia de la diseminación gonocócica desde un foco primario mal tratado o asintomático. La septicemia gonocócica cursa con fiebre, malestar general, artralgias migratorias, y lesiones cutáneas como petequias, pápulas o pústulas hemorrágicas. Después surge una afección visceral siendo las articulaciones, endocardio y meninges las más frecuentes.

*INFECCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS:* después de 3 a 5 días del nacimiento se presenta edema de párpados con abundante secreción amarillo-verdosa espesa y conjuntivitis.

## DIAGNÓSTICO

Visualización de diplococos gramnegativos intraleucocitarios en frotis de exudado uretral después de la tinción de Gram. Cultivo de Thayer – Martin. En una infección diseminada los hemocultivos pueden ser positivos hasta en un 40% de los casos y los cultivos de líquido articular en un 20%.

## TRATAMIENTO

Antes de comenzar un tratamiento antigonocócico debemos considerar varios aspectos como la localización anatómica de la infección, la prevalencia en la zona de cepas de *N. Gonorrhoeae* resistentes y la posibilidad de coinfección con *C. Trachomatis*.

- *Infección gonocócica no complicada:*

Ceftriaxona 125 mg I.M. dosis única. Otras pautas son:

Cefixima 400 mg V.O. dosis única

Ciprofloxacino 500 mg V.O. dosis única

Ofloxacino 400 mg V.O. dosis única

Azitromicina 2 gr V.O. dosis única

Siempre se realiza tratamiento para *Chlamydia Trachomatis* con Doxiciclina 100 mg V.O. cada 12 horas durante 7 días o Azitromicina 1 gr dosis única.

Si existe alergia, intolerancia o reacciones adversas se utiliza Espectinomicina 2 gr I.M.

Si embarazo se emplea Cefixima 400 mg V.O. ó Ceftriaxona 125 mg I.M. ó Espectinomicina 2 gr I.M. No se puede utilizar las quinolonas durante el embarazo ni lactancia ni en menores de 18 años.

- *Infección gonocócica diseminada*: siempre será tratamiento hospitalario con Ceftriaxona 1 gr I.M. o I.V. / 24 h. Como alternativas: Cefotaxima 1 gr I.M. / 8 h ó Ceftizoxima 1 gr I.V. / 8h. Todos los regímenes se continúan 24-48 horas después de la mejoría.

- *Infección gonocócica diseminada en niños*: Ceftriaxona 25-50 mg / Kg I.V. ó I.M. / 24 h 7 días (si meningitis 10-14 días). Cefotaxima 25 mg / Kg I.V. ó I.M. 7 días (si meningitis 10-14 días).

- *Oftalmía gonocócica*: Ceftriaxona 25-50 mg / Kg I.V. Ó I.M. máximo 125 mg.

- *Gonocócia rectal*: Ceftriaxona 250 mg I.M. ó Penicilina G procaína acuosa 4.8 millones de U.I. I.M. + Probenecid 1 gr. Si alergia a penicilina o cefalosporinas se utiliza Espectinomicina 2 gr I.M.

- *EIP*: Cefoxitina 2 gr I.M. + Probenecid 1 gr V.O. + Doxiciclina 100 mg V.O. 14 días. Alternativamente Ceftriaxona 250 mg I.M. + 14 días de Doxiciclina 100 mg V.O.

- *Endocarditis y meningitis gonocócica*: Ceftriaxona 1-2 gr I.V. / 12 h.

## **A-2- URETRITIS NO GONOCÓCICA**

### **ETIOLOGÍA**

Son muchas las posibilidades etiológicas dentro de este epígrafe pero destacan sobre todo la Chlamydia Trachomatis, Ureaplasma Urealyticum y Mycoplasma Genitalium. También es debido a Trichomona Vaginalis, VHS, Adenovirus y Bacteroide Ureolyticum.

### **CLÍNICA**

Este proceso se define como una inflamación de la uretra sin datos microscópicos de gonorrea. El síndrome se presenta a menudo de manera asintomática o con síntomas mínimos consistentes en una secreción o gota matinal aislada, generalmente clara y sólo a veces purulenta, frecuentemente estimulada

por la propia compresión del conducto uretral y con escasos síntomas acompañantes, o bien disuria y sensación de quemazón más o menos importante

#### DIAGNÓSTICO

Puede diagnosticarse mediante la visualización de 5 o más leucocitos por campo con alto poder en la coloración de Gram de un frotis de exudado intrauretral, o por medio de una prueba de esterasa de leucocitos positivo en orina.

#### TRATAMIENTO

El recomendado consiste en Azitromicina 1 gr V.O. dosis única ó Doxiciclina 100 mg / 12h durante 7 días.

Como alternativo está la Eritromicina base 500 mg / 6 h durante 7 días ó Eritromicina Etilsuccinato 800 mg / 6 h x 7 días ú Ofloxacino 300 mg / 12h x 7 días.

En caso de *Trichomona vaginalis* el tratamiento sería Metronidazol 2 gr. V.O. dosis única o bien 500 mg / 12 h x 7 días.

#### SEGUIMIENTO URETRITIS

Debemos realizar un control 4 a 7 días después del tratamiento y un cultivo 2 meses después del mismo para comprobar persistencia o reinfección.

De manera habitual debemos realizar un examen a la pareja sexual del infectado e iniciar tratamiento si es necesario.

Si persisten los síntomas debemos realizar un cultivo para gonococo y antibiograma y examinar a la pareja.

En caso de embarazo (gonococo, Chlamydia, sífilis) haremos un control al final del primer mes de embarazo y otro en época prenatal.

### **B- VARÓN**

#### B-1- GLANDE Y PREPUCIO: BALANOPOSTITIS

- a) *Cándida Albicans*
- b) Otros agentes infecciosos

#### B-2- PROSTATITIS. EPIDIDIMITIS. ORQUITIS.

## **B-1- BALANOPOSTITIS**

La balanitis se define como inflamación del glande. Generalmente en varones no circuncidados se afecta también al prepucio por lo que se denomina balanopostitis, es decir, inflamación de glande (balanitis) y del prepucio (postitis).

Dentro de las causas de las balanopostitis, además de las causas infecciosas, existe un porcentaje nada despreciable producidos por causas no infecciosas y que más adelante comentaremos.

Las balanopostitis son más frecuentes en varones no circuncidados, quizá como resultado de una higiene no adecuada y de irritación por el esmegma. No debemos de olvidar que los padecimientos médicos subyacentes pueden predisponer a balanopostitis.

### **B-1-a) BALANITIS POR CÁNDIDA**

Se originan principalmente por *Cándida Albicans*, pero otras especies de *Cándida* pueden ocasionar síntomas.

Puede aparecer ardor y escozor del pene con eritema generalizado de glande y prepucio horas después del coito con una mujer que tiene vulvitis por *Cándida* pero hay que decir que en la mayoría de los casos los síntomas no son tan agudos.

Es posible que haya discreto enrojecimiento del glande y prepucio, y secreción blanuzca por debajo de este último. Es típico el caso de glande eritematoso con superficie seca y brillante. Además pueden apreciarse pápulas de pequeño tamaño, irregulares y erosionadas así como una erupción microvesicular dispersa, a menudo con placas de color blanco.

El tratamiento consiste en lociones de sulfato de cobre o zinc, higiene adecuada y aplicación de antimicóticos específicos como el Cotrimazol, Econazol o Miconazol.

### **B-1-b) BALANITIS BACTERIANAS**

- *Estreptococos* del grupo B. Puede observarse una balanitis eritematosa con o sin exudado.

- *Gardnerella Vaginallis*: irritación del prepucio y glande, eritema macular y secreción con olor a pescado por debajo del prepucio. El tratamiento consiste en Metronidazol y lavados con solución salina por debajo del prepucio.

- *Anaerobios*: en varones circuncidados se han relacionado con balanitis y uretritis inespecíficas. Las infecciones mixtas por *Bacteroides Melaninogenicus* y otras especies de *Bacteroides* son frecuentes. El tratamiento con Metronidazol es el más adecuado.

- Sífilis: hay una etapa entre el chancro primario en el pene y la aparición de formas diversas de sífilis secundaria en que se encuentran lesiones maculo-papulosas y con descamación en el glande que suelen ser evanescentes.

- Tuberculosis: son lesiones granulomatosas papulosas que pueden aparecer en cualquier forma de tuberculosis.

#### B-1-c) BALANITIS PROTOZOARIAS

- Trichomona Vaginalis: en especial en pacientes con fimosis. Tratamiento con Metronidazol.

- Amibiasis: causa muy rara, sobre todo se da en países tropicales.

#### B-1-d) BALANITIS VIRALES

- Herpes genital: una forma primaria grave de herpes genital puede producir una balanitis necrosante. Algunas balanitis recurrentes con mínimas vesículas, antes consideradas como inespecíficas, podrían ser de origen herpético.

- Virus del Papiloma Humano (VPH): las verrugas genitales a menudo afectan al glande, prepucio y sitios por debajo de este último. Los condilomas acuminados clásicos no se consideran balanitis pero muchas infecciones por VPH pueden aparecer sobre balanitis en varones.

### **B-2- PROSTATITIS. EPIDIDIMITIS. ORQUITIS**

Se puede producir afectación de próstata, epidídimo, vesículas seminales y testículos por los mismos agentes que producen uretritis y que se han tratado de forma inadecuada o insuficiente.

### **C- MUJER**

#### C-1- VULVITIS. VAGINITIS

- a) Vaginosis bacteriana (40-50%)
- b) Candidiasis vulvovaginal (20-25%)
- c) Vaginitis por Trichomonas (15-20%)
- d) Otras.

#### C-2- CERVICITIS

#### C-3- SALPINGITIS. EIP.

## **C-1- VULVITIS. VAGINITIS.**

### **C-1-a) VAGINOSIS BACTERIANA**

#### **ETIOLOGÍA**

Gardnerella Vaginallis. También intervienen unas bacterias anaerobias. De la simbiosis de ambas se produce este síndrome.

#### **CLÍNICA**

Se produce una leucorrea blancogrisácea, maloliente (a pescado) que a veces es espumosa. El olor se hace más notorio tras relaciones sexuales.

#### **DIAGNÓSTICO**

Mediante examen directo del exudado en donde se aprecia ausencia de polimorfonucleares, ausencia o disminución de Lactobacilos, y aparición de las células “clue”, que son células del epitelio vaginal con gran cantidad de microorganismos adheridos.

También se pueden realizar cultivos del exudado.

#### **TRATAMIENTO**

Metronidazol 500 mg/ 12 h V.O. 7 días.

Alternativo: Metronidazol 2 gr V.O. dosis única; cremas de Clindamicina 2% intravaginal durante 7 noches.

### **C-1-b) VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA**

Es en extremo frecuente, difundida y afecta a todos los estratos sociales.

La clínica comprende prurito, ardor, irritación, dolor, disuria, dispareunia y cambios de la secreción que se acompaña de signos físicos típicos como eritema, edema, excoriación y formación de pústulas y fisuras labiales.

La mucosa vaginal muestra un aspecto eritematoso, con lesiones de muguet y la exocervicitis o endocervicitis son raras.

El diagnóstico depende de la correlación entre la historia clínica, exploración física y un frotis o cultivo positivos.

El tratamiento comprende la aplicación de derivados azólicos como Miconazol o Clotrimazol en tabletas vaginales de 200 mg durante 3 noches seguidas o en crema durante 7 noches. Con el tratamiento tópico se consigue la curación del 90% de las vaginitis candidiásicas.

El tratamiento oral: Fluconazol 150 mg V.O. dosis única ó 50 – 100 mg / día V.O. de 3 a 7 días. En inmunodeprimidos 50 mg / día V.O. de 7 a 14 días.

Como alternativa el Itraconazol 100 – 200 mg / día V.O. 7 – 14 días e incluso una terapia corta de 200 mg / día V.O. 2 o 3 días.

#### C-1-c) VAGINITIS POR TRICHOMONAS

Aparece leucorrea abundante, espumosa, amarillo verdosa y en casos agudos intensos se aprecia punteado hemorrágico en cérvix y paredes vaginales. Además se acompaña de picor, coitalgia y edema vulvar. Existen formas subagudas o crónicas asintomáticas o con escasa sintomatología que pueden transportar el microorganismo durante largos periodos de tiempo.

El diagnóstico se basa en el examen directo del exudado.

El tratamiento consiste en Metronidazol 2 gr V.O. dosis única o 500 mg / 12 h V.O. 7 días.

#### C-2- CERVICITIS

Es la contrapartida de la uretritis en el varón, aunque su diagnóstico es más complicado ya que la clínica es común a varios procesos en distinta localización.

##### ETIOLOGÍA

Fundamentalmente Chlamydia Trachomatis (+ frecuente), Neisseria Gonorrhoeae y Herpesvirus Simple.

##### CLÍNICA

Generalmente asintomática o a veces leucorrea. Se puede apreciar mucopus en el canal endocervical y hemorragia de la mucosa.

##### DIAGNÓSTICO

Presencia de mucopus y/o existencia de células inflamatorias en citología de canal endocervical.

##### TRATAMIENTO

Azitromicina 1 gr V.O. monodosis ó Doxiciclina 100 mg / 12 h 7 días.

Alternativas: Ofloxacino 300 mg / 12 h V.O. 7 días;

Eritromicina Base 500 mg / 12 h V.O. 7 días;

Eritromicina Etilsuccinato 800 mg / 6 h V.O. 7 días.

### **C-3- SALPINGITIS. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP)**

Se consideran una complicación de uretritis y cervicitis que adquiere gran importancia por la repercusión sanitaria y sus secuelas que pueden llegar a la infertilidad. La EPI hace referencia a una infección de endometrio, trompas de Falopio u otras estructuras anexiales y peritoneo, generalmente por vía ascendente desde la región cervical o vagina.

Se considera factor de riesgo para contraer EPI el tener muchas parejas sexuales y la utilización de DIU.

#### **ETIOLOGÍA**

Fundamentalmente Chlamydia Trachomatis. También Mycoplasma Hominis, Ureaplasma Urealyticum, Neisseria Gonorrhoeae y asociación de flora mixta anaerobios y aerobios.

#### **CLÍNICA**

Solemos encontrar dolor abdominal bajo, que se exagera con la movilización del psoas, cervicitis mucopurulenta, inflamación de los anejos, disuria, leucorrea, fiebre y malestar general.

#### **DIAGNÓSTICO**

Se lleva a cabo por la historia clínica, la exploración física y datos de laboratorio incluyendo cultivos microbiológicos. Se puede realizar una laparoscopia confirmatoria. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden presentarse como un abdomen agudo.

#### **TRATAMIENTO**

- En pacientes ingresados: Cefoxitin 2 gr I.V. / 6 h ó Cefotetán 2 gr I.V. / 12 h + Doxiciclina 100 mg I.V. ó V.O. / 12 h.

Otra pauta es Clindamicina 900 mg I.V. / 8 h + Gentamicina 2 mg / kg I.M. ó I.V. seguida de 1.5 mg /kg / 8 h.

- En pacientes ambulatorios: Ofloxacino 400 mg V.O. / 12 h 14 días + Clindamicina 450 mg V.O. / 6 h ó Metronidazol 500 mg V.O. / 12 h. 14 días.

Otra pauta es Cefoxitin 2 gr I.M. + Probenecid 1 gr V.O. dosis únicas + Doxiciclina 100 mg / 12 h 14 días. Alternativa a esta pauta se ría Ceftriaxona 250 mg I.M. u otra Cefalosporina de 3ª generación + Doxiciclina 100 mg /12 h V.O. 14 días.

### **3. OTRAS**

#### **A- PROLIFERACIONES**

A-1- CONDILOMAS ACUMINADOS

A-2- MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

#### **A-1- CONDILOMAS ACUMINADOS**

Son formaciones verrugosas que se localizan casi siempre en genitales, pues su contagio es, casi exclusivamente, por contacto sexual.

#### **ETIOLOGÍA**

Papilomavirus Humano (HPV) tipo 6 y 11. Es un virus DNA perteneciente a la familia Papovaviridae.

#### **CLÍNICA**

Tras un período de incubación de 2 semanas a 8 meses aparecen lesiones verrugosas, blandas y rosadas, a menudo múltiples que se pueden unir formando masas de superficie irregular, asintomáticas, en la región ano-genital.

Cuando son masas gigantes o se localizan en región anal pueden producir problemas mecánico-obstructivos. Los condilomas acuminados gigantes pueden ser localmente invasivos, lo que se conoce como Condilomatosis Gigante o Tumor de Buschke-Löwenstein. Otras posibles complicaciones serían el sangrado, la sobreinfección, la aparición de carcinoma escamoso y de carcinoma de cérvix y útero.

#### **DIAGNÓSTICO**

Fundamentalmente clínico. Podemos realizar biopsia cutánea e incluso técnicas de PCR.

#### **TRATAMIENTO**

Disponemos de varias terapéuticas tanto médicas como quirúrgicas.

- Médicas: Incluye los *cáusticos* como la resina de podofilino al 10-25% (cada 3 o 7 días), podofilotoxina 0.5% en alcohol / 12h durante 3 días, ácido tricloroacético al 50-100%,etc; y los *inmunomoduladores* como Imiquimod 5 % crema 3 días a la semana.
- Quirúrgicas: criocirugía, electrocirugía, láser de CO2 y extirpación quirúrgica convencional.

## **A-2- MOLLUSCUM CONTAGIOSUM**

Es una afección viral benigna, autoinoculable que de manera excepcional se transmite por contacto sexual, apareciendo entonces en genitales o áreas eróticas.

### ETIOLOGÍA

Virus DNA del grupo de los Poxvirus.

### CLÍNICA

Pápulas semiesféricas umbilicadas menores de 1 centímetro de diámetro con un color blanco amarillento o rosado. A veces se irritan y eczematizan.

### TRATAMIENTO

Curetaje, electrocoagulación, crioterapia, aplicaciones de retinoides, fenol, nitrato de plata, etc.

## **B- PRURITO GENITAL**

B-1- PEDICULOSIS PUBIS (LADILLAS)

B-2- ECABIOSIS (SARNA)

### **B-1- PEDICULOSIS PUBIS (LADILLAS)**

Aunque también se transmite por ropas, el contagio de Phthirus Pubis es habitualmente por contacto sexual y puede coexistir con otra enfermedad venérea que siempre tenemos que investigar.

Aparece un prurito muy intenso, a veces insoportable. En sujetos con poca higiene suele haber impetiginización o eczematización.

Como tratamiento en general basta con 2 aplicaciones de Permetrina 1.5% en loción o champú / 12 h 5 a 7 días. Hay que desinsectar las ropas. Si la pediculosis afectara a pestañas debe usarse pomada oftálmica de fisostigmina al 0.025% (óxido amarillo de mercurio).

## **B-2- ESCABIOSIS (SARNA)**

Se transmite habitualmente por contacto directo íntimo, con frecuencia durante relaciones sexuales, pero también es posible el contagio por medio de vestidos o ropa de cama.

### ETIOLOGÍA

El ácaro *Sarcoptes Scabiei*.

### CLÍNICA

Prurito generalizado que respeta cara y cuero cabelludo, de predominio nocturno y a menudo con carácter familiar.

A la exploración destacan signos específicos como las vesículas perladas o los surcos acarinos localizados generalmente en espacios interdigitales, muñecas, manos, fosas antecubitales, pene, glúteos, plantas de pies, codos y axilas. Existen signos inespecíficos como erosiones y excoriaciones, con costras por impetiginización o eczematización, y nódulos rojoparduzcos duros y persistentes, sobre todo en genitales (sarna nodular).

### TRATAMIENTO

Actualmente el más eficaz es la Permetrina 5% en crema aplicado en todo el cuerpo durante 8-12 horas y retirarlo con lavado. Repetir a la semana si persisten los síntomas.

Otros son las lociones o cremas de benzoato de bencilo 10-25%, Lindane 1%, Crotamitón 10%.

Se puede utilizar en casos resistentes un tratamiento vía oral de Ivermectina en dosis única (evitar en ancianos).

La ropa y los enseres de cama utilizados durante el tratamiento deben lavarse en agua muy caliente

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Winkelmann: Dermatología. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica. Ed, 1995.
- Armijo M, Camacho F: Tratado de Dermatología Vol. II. Madrid, Grupo Aula Médica Ed., 1998.
- Freedman D: Clínicas Dermatológicas Vol. 4. Enfermedades transmitidas por contacto sexual. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana Ed. 1998.
- Perea EJ: Enfermedades de transmisión sexual. Doyma Ed, 1993.
- Arndt KA. Manual of Dermatologic Therapeutics. Boston. Little, Brown and Co. Ed. 1995.