

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PAUTAS DE TRATAMIENTO - ACTUALIZACIÓN

2008

SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Comisión Directiva

2007-2008

| | |
|-----------------------|------------------|
| PRESIDENTE | Mario A. Marini |
| SECRETARIO GENERAL | Raúl Valdez |
| SECRETARIO CIENTÍFICO | Oswaldo Stringa |
| TESORERA | Rita García Díaz |
| SECRETARIO DE ACTAS | Javier Ubogui |

| | | |
|--------------------------|----------------------------|---|
| ORGANO DE FISCALIZACIÓN: | <i>Miembros Titulares:</i> | Alberto Woscoff León Jaimovich Daniel Ballesteros |
| | <i>Miembro Suplente:</i> | Amira Lehrer |

| | |
|---|---------------------------|
| DIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA: | Graciela Pizzariello |
| DIRECTORA DE ASUNTOS GREMIALES Y LEGALES: | Mónica Prida |
| DIRECTORA DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD E INTERNACIONALES | María del Carmen Boente |
| DIRECTOR DE PUBLICACIONES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN | Roberto Escalada |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 1: | Mónica Recarte |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 2: | Lucía Iturre de Aguirre |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 3: | Graciela del Carmen Vidal |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 4: | Pablo Pagano |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 5: | Nélida Raimondo |
| DIRECTORA REGIONAL ÁREA 6: | Ada Jalaris de Daroda |

SECCIONES

SOC. ARG. DE LEPROLOGÍA: Pte. Elisa Petri de Odriozola, BAHÍA BLANCA: Pte. Susana Barrera, BONAERENSE: Pte. Susana E. Aguilar; COMAHUE: Pte. Silvina D. Maldonado, CÓRDOBA: Pte. María E. González, CORRIENTES: Pte. Miguel Scappini, CHACO: Pte. Lilian Grassl, CHUBUT: Pte. Juana Vera, JUJUY: Pte. Beatriz Ferreyra, LA PLATA: Pte. María F. Schifini, LITORAL: Pte. Alicia García, MAR DEL PLATA: Pte. Roberto Dobrinin, MENDOZA: Pte. Rosa M. Ciancio, MISIONES: Pte. Adriana M. Prado, ROSARIO: Pte. Susana M. Margasin, SALTA: Pte. Elsa Aguisol de Cáceres, SAN JUAN: Pte. Armando G. Campos, SANTIAGO DEL ESTERO: Pte. Leonor S. Mercado de Scaglione, TUCUMAN: Pte. Beatriz Gómez.

DELEGACIONES

CATAMARCA: Dgda. Ana L. Brunner, SAN LUIS: Dgdo. Sergio Lombardi, SANTA CRUZ: Dgda. Roxana E. Luna, TIERRA DEL FUEGO: Dgda. María M. Pages de Calot.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PAUTAS DE TRATAMIENTO – ACTUALIZACIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un importante problema de Salud Pública aún no resuelto. Afecta a toda la población humana de cualquier edad, sexo o condición social. Se caracterizan por la morbilidad aguda que ocasionan, por las secuelas que pueden dejar y, por el efecto sobre la mujer gestante, el feto y el recién nacido.

Su expresión en el órgano cutáneo, mucoso y faneral, en el 90% de los enfermos, posiciona al dermatólogo, como es histórico, en un importante papel en el diagnóstico, tratamiento y control de ellas.

Otras especialidades también están comprometidas con estas infecciones: urología, ginecología y obstetricia, infectología, proctología, clínica médica, psiquiatría, servicios sociales, farmacia y fundamentalmente el laboratorio que con su ayuda podemos certificar diagnósticos y el posterior control de los tratamientos. Esta particularidad hace que las ITS deban abordarse en forma interdisciplinaria en el equipo de los trabajadores de la salud.

La aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/HIV) provocó a partir de la década de los ochenta un cambio en la actitud de las personas referente a su comportamiento sexual; el miedo al deterioro físico y a la muerte fueron los factores para esta modificación. El arribo de la terapia antirretroviral de alta eficacia, a fines de la década de los 90, cambió el pronóstico de la infección por el VIH, llevando al falso concepto en la población general de considerar al sida una enfermedad crónica y fácilmente controlable.

La constante migración, el turismo, la erotización de la sociedad actual, el inicio en edades cada vez más tempranas de la actividad sexual, el aumento de trabajadores sexuales de ambos sexos, el uso incontrolado de antibióticos que provoca la resistencia bacteriana a los esquemas de tratamientos convencionales y la falta de campañas masivas y prolongadas provoca un aumento incesante de las ITS y en la actualidad representa un reto arduo su dominio.

Continuando con la iniciativa de la Sociedad Argentina de Dermatología, lanzada en el año 2004, es que se realiza esta nueva actualización terapéutica en ITS, teniendo en cuenta los cambios ocurridos en los diferentes agentes etiológicos.

Encontrarán esquemas terapéuticos nuevos, manejo de pacientes índice y sus contactos sexuales, seguimiento en las distintas infecciones, además el manejo necesario y urgente para las personas que hayan sufrido abuso o violación sexual y la referencia del llamado manejo sindrómico para situaciones donde no se pueda contar con la infraestructura necesaria para el tratamiento etiológico.

Dr. Ricardo Casco

Dr. Mario Oxilia

ITS EN ADULTOS Y SÍFILIS CONGÉNITA

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL. PAUTAS DE TRATAMIENTO

La atención y posterior tratamiento de los pacientes con ITS constituyen un problema médico y social. Como en otras patologías, sólo hay que pensar que existen.

La prevención y el control de las ITS se basan en seis estrategias principales:

1. Educación y consejo de las personas en riesgo a través de cambios en la conducta sexual.
2. Identificación de personas asintomáticas y de las sintomáticas que no consultan.
3. Diagnósticos y tratamientos accesibles y efectivos.
4. Evaluación, tratamiento y consejo de los contactos sexuales.
5. Vacunación efectiva.
6. Notificación de los casos según la ley 15.465.

Las consultas se realizarán en un ambiente privado y confidencial, de esta manera los pacientes podrán mostrar y comentar todo aquello que padecen.

Se debe informar las desventajas de la automedicación local o general; eliminar la idea que “como no me duele ni veo, no tengo nada”, “si uso preservativo nada me puede suceder”; insistir con los controles posteriores al tratamiento, aun sin sintomatología.

Concientización en aquéllos que practican relaciones sexuales con distintas personas y el valor de los controles médicos y de laboratorio periódicos.

El paciente con una ITS desea un diagnóstico rápido, en lo posible en el día; la falta de contención provoca su pérdida, con el riesgo de la automedicación o la falta de tratamiento, transformándose en un portador asintomático de riesgo para la sociedad y el propio paciente.

Toda persona con diagnóstico o el antecedente de una ITS supone una conducta de riesgo y se deben descartar otras. Siempre se aconsejará la realización de la serología para el VIH, sin importar si la patología de consulta sea importante o no, repitiendo a los 3 ó 4 meses el estudio en caso que fuera no reactivo. Debemos sugerir la notificación del/los contactos sexuales para estudio, tratamiento y consejo, el uso del profiláctico y la abstinencia sexual el tiempo necesario, según la patología.

Los esquemas de tratamientos presentados son de consenso internacional, con algunas variantes para nuestro medio.

EROSIONES Y ÚLCERAS GENITALES

SÍFILIS

Enfermedad infectocontagiosa producida por el *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*; tiene un período de incubación aproximado de 2 a 3 semanas, en casos de hasta 90 días. Se establecen dos estadios epidemiológicos, pronósticos y terapéuticos: sífilis precoz o temprana y sífilis tardía.

SÍFILIS TEMPRANA O PRECOZ:

Abarca los **períodos primario y secundario**; es contagiosa por la presencia de treponemas viables en las lesiones. Se la conoce como “la gran simuladora” por semejarse a un número importante de patologías de las que hay que diferenciarla. Las lesiones en general curan sin secuelas, incluyendo la respuesta serológica y requiere tratamientos más cortos. Se considera que su duración es de un año.

Siguiendo a la sífilis secundaria la infección entra en una forma clínicamente silente llamada **sífilis**

serológica que abarca hasta las manifestaciones de la sífilis terciaria. Se denomina sífilis serológica temprana a la que se encuentra dentro del año de la infección; los títulos de VDRL iguales o mayores a 32 dil corresponderían a este estadio.

| | |
|------------------|------------------------------|
| SIFILIS TEMPRANA | PRIMARIA |
| | SECUNDARIA |
| | SEROLÓGICA TEMPRANA O PRECOZ |

Sospecha clínica:

Sífilis primaria: erosión generalmente única e indolora (chancro) con o sin adenomegalia regional.

Sífilis secundaria: lesiones cutáneas y mucosas (máculas, pápulas, erosiones), en especial en cara, tronco, palmas, plantas y pliegues; y/o síntomas generales; y/o compromiso del SNC (meningitis).

Sífilis serológica: pruebas de VDRL o RPR reactivas (exámenes preocupacionales de salud, prenupciales, ingresos institucionales, libreta sanitaria).

Procedimientos diagnósticos:

Treponemoscopia (campo oscuro, inmunofluorescencia directa): al demostrar el agente etiológico es de alta sensibilidad y especificidad en manos de personal entrenado. El campo oscuro es menos confiable en lesiones de boca y ano (es ideal la inmunofluorescencia directa)

VDRL o RPR: son pruebas muy sensibles, pero inespecíficas, ya que demuestran anticuerpos anticardiolipina. Se usan como pruebas de tamizaje y como se correlacionan con la actividad de la enfermedad, para el seguimiento. La VDRL se hace reactiva a partir de los 7 a 10 días de la aparición del chancro (*período pre-serológico*), por lo que el único medio diagnóstico en esta fase es el campo oscuro.

Pruebas treponémicas: una VDRL reactiva debe confirmarse con pruebas treponémicas (FTA abs, MHA Tp) para el diagnóstico de cualquier tipo de sífilis. Se solicitará junto con una nueva VDRL.

Tratamiento:

La penicilina es el antibiótico de elección para el tratamiento de todas las formas de sífilis ya que no hay registrados fracasos con su uso, en las dosis adecuadas para cada estadio.

- ✓ PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular, 3 dosis, sin utilizar solvente indoloro.
En alérgicos a penicilina fehacientemente comprobado:
- ✓ TETRACICLINA 500 mg por vía oral cada 6 horas durante 15 días. No se deben ingerir lácteos y derivados.
- ✓ DOXICICLINA vía oral 100mg cada 12 horas durante 15 días.
- ✓ MINOCICLINA vía oral 100mg cada 12 horas durante 15 días.
- ✓ CEFTRIAXONE vía intramuscular 1g diario durante 10 días.
- ✓ AZITROMICINA 2 g en dosis única; sólo en los pacientes no infectados con el VIH ni en embarazadas en los que no hubiera otra alternativa terapéutica y con controles posteriores estrictos, ya que recientemente se han registrado casos de resistencia a este antibiótico.

Tratamiento de los contactos:

Investigar y tratar, según los resultados, todos los contactos del caso considerando 3 meses más de la aparición del chancro, 6 meses más de la aparición de las manifestaciones del secundarismo y un año de la sífilis serológica temprana. Las personas asintomáticas con VDRL no reactiva recibirán una dosis única de PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U.

Seguimiento:

Clínico y serológico a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses.

SÍFILIS TARDÍA:

Es la sífilis de más de un año de evolución. La falta de reconocimiento de la infección o la utilización de tratamientos no penicilínicos o de duración insuficiente lleva al compromiso de distintos órganos, incluyendo la piel: sífilis terciaria. Es precedida por un período variable, sin manifestaciones clínicas, pero activo, denominado sífilis serológica tardía.

No es contagiante, con excepción de la transmisión materno – fetal, pero compromete distintos órganos con lesiones cicatrizales, incluyendo la persistencia de títulos bajos de VDRL luego de la terapéutica. Es importante la participación del especialista del órgano afectado. El tratamiento impide que el deterioro orgánico siga su proceso.

SIFILIS TARDÍA

SEROLÓGICA TARDÍA

SÍFILIS TERCIARIA

Sospecha clínica:

Sífilis serológica tardía: VDRL o RPR reactivas, en general con títulos menores a 32 dil con pruebas específicas reactivas.

Sífilis terciaria: compromiso cutáneo (tubérculos, gomas); y/o aortitis; y/o gomas en órganos internos (síndrome de masa ocupante); y/o neurosífilis (síndrome meningovascular, tabes dorsal, paresia).

Procedimientos diagnósticos:

A los ya descriptos en casos se agrega la histopatología y el diagnóstico por imágenes.

Tratamiento:

- ✓ PENICILINA G BENZATÍNICA 2.400.000 U, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular, 4 dosis, sin utilizar solvente indoloro.
En alérgicos a penicilina, fehacientemente comprobado:
- ✓ TETRACICLINA 500 mg por vía oral cada 6 horas durante 30 días. No se deben ingerir lácteos y derivados.
- ✓ DOXICICLINA vía oral 100mg cada 12 horas durante 30 días.
- ✓ MINOCICLINA vía oral 100mg cada 12 horas durante 30 días.

Tratamiento de los contactos:

Según el resultado de la clínica y la serología

Seguimiento:

Clínico y serológico a los 6, 12 y 24 meses.

NEUROSÍFILIS:

El *T. pallidum pallidum* tiene alta afinidad por el tejido nervioso y lo invade desde el inicio de la infección, pudiéndose manifestar por distintos síndromes floridos o bien solapados. El tratamiento penicilínico en la sífilis temprana es efectivo para prevenir el compromiso neurológico. Se considera que existen pacientes asintomáticos con riesgo de desarrollar **neurosífilis**, razón por la cual es importante su detección.

Sospecha clínica:

Signosintomatología neurológica; paciente con diagnóstico de sífilis con compromiso ocular, otológico o neurológico.

Procedimientos diagnósticos:

En caso de sospecha clínica se debe realizar la evaluación neurológica y el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR).

La punción lumbar está indicada en pacientes asintomáticos en las siguientes situaciones:

1. Sífilis terciaria en ausencia de síntomas neurológicos.
2. Pacientes con sífilis serológica tardía que serán tratados con esquemas no penicilínicos.
3. Pacientes infectados con VIH con recuentos de linfocitos T CD4+ iguales o inferiores a 350 por mm³.
4. Fallas en el tratamiento (persistencia de títulos altos de VDRL).

La demostración en LCR de VDRL reactiva y/o proteinorraquia por encima de 45 mg por 100 cm³ y/o 6 o más leucocitos por mm³ se considera suficiente para el diagnóstico de neurosífilis.

Tratamiento:

- ✓ PENICILINA G SODICA: 12 a 24 millones U por vía endovenosa (2 a 4 millones U cada 4 horas), durante 10 días, seguidas de PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U, una ampolla cada 7 días por vía intramuscular, 3 a 4 dosis, sin utilizar solvente indoloro.
- ✓ CEFTRIAXONE vía intramuscular 1g / día durante 14 días.

Seguimiento:

Clínico y serológico a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses. Control del LCR cada 6 meses hasta los 2 años.

RETRATAMIENTO:

- ✓ Reinfeción.
- ✓ Persistencia o recurrencia de los síntomas y signos.
- ✓ Aumento en 4 veces los títulos de VDRL (2 diluciones).
- ✓ Falla en el descenso 4 veces de la serología (2 diluciones).

VDRL reactiva persistente (cicatriz serológica):

En muchos pacientes, en especial con sífilis tardía con tratamiento adecuado, no se obtiene la desaparición de los anticuerpos anticardiolipina, presentando títulos bajos de VDRL. Descartando la presencia de compromiso de SNC no tiene terapéutica.

Sífilis e infección por HIV:

Los pacientes con sífilis temprana sin compromiso neurológico (clínico y/o laboratorio) responden correctamente a los esquemas anteriores. Como ya se ha señalado, la azitromicina está proscrita.

Sífilis en la embarazada:

Durante el embarazo, la sífilis será tratada de acuerdo al diagnóstico (sífilis primaria, secundaria, serológica, terciaria) con las mismas dosis de penicilina G benzatínica. Algunos autores continúan prescribiendo durante el último mes de embarazo o ante amenaza de parto prematuro, penicilina G sódica por vía intravenosa 1,5 a 2 millones cada 4hs. durante 14 días.

Las embarazadas con antecedentes de alergia a la penicilina serán internadas para realizar la desensibilización con dosis crecientes de penicilina, el día correspondiente a la aplicación.

Seguimiento:

Clínico y serológico mensual hasta el parto, luego según el estadio.

Sífilis prenatal o congénita

Se considera sífilis congénita en:

- ✓ Todo aborto espontáneo en madre con sífilis.
- ✓ Todo el recién nacido o mortinato con alteraciones compatibles con la infección.
- ✓ Todo aquel mortinato o recién nacido de madre con cualquier estadio de infección, que haya sido tratada con antibióticos no penicilínicos, sin control adecuado o que fuera insuficientemente tratada.
- ✓ Todo aquel recién nacido o mortinato cuya madre no haya sido tratada durante el embarazo.

Cualquiera de estas situaciones deberá ser notificada a las autoridades de salud pública como caso de sífilis congénita.

El recién nacido vivo será evaluado con VDRL cuantitativa (no de sangre de cordón umbilical), treponemoscopia de las lesiones en piel o mucosas, examen del LCR, radiografías de huesos largos, tórax y pruebas de la función hepática. A los niños mayores se agrega el estudio de las funciones oftalmológica y auditiva (sífilis prenatal tardía).

Tratamiento:

- ✓ Penicilina cristalina 100.000 a 150.000 U kg/d, (50000 endovenosa c/ 8-12hs) durante 7 a 10 días.

CHANCRO BLANDO (Chancroide)

Infección genital ulcerativa producida por un bacilo gram negativo, el *Haemophilus ducreyji*. Es raro en centros urbanos, encontrándose casos esporádicos en nuestro país.

Luego de un período de incubación de entre 1 y 3 días aparece una vésico-pústula que rápidamente se ulcera y disemina por contigüidad. Las úlceras son múltiples (aunque puede verse lesión única) de aspecto sucio, muy dolorosas, con olor característico.

La adenopatía regional se considera una complicación del cuadro y es de carácter inflamatorio, con adherencia a planos superficial y profundo. Puede drenar por varias fistulas o por una sola boca y del material expulsado puede aislarse el agente etiológico; el proceso se acompaña de una linfagitis regional. La asociación con el *Treponema pallidum* se llama chancro mixto o de Rollet.

En el sexo femenino pueden existir portadoras asintomáticas.

Sospecha clínica:

Múltiples ulceraciones dolorosas y olorosas.

Confirmación diagnóstica

Demostración del *H. ducreyji*; puede aislarse de las lesiones con cierta dificultad y más problemático aún es el cultivo.

Tratamiento:

- ✓ AZITROMICINA vía oral, 1g, única dosis.
- ✓ CEFTRIAXONE intramuscular, 250 mg única dosis.
- ✓ CIPROFLOXACINA vía oral, 500 mg cada 12 horas durante 3 días.
- ✓ ERITROMICINA vía oral, 500mg oral, cada 8 horas durante 7 días.

Puede requerirse la aspiración del contenido purulento de los ganglios.

Pacientes infectados con el VIH:

Se utilizan los mismos esquemas de tratamiento, pero durante períodos más prolongados.

Embarazo y lactancia:

✓ ERITROMICINA vía oral, 500 mg por vía oral, cada 8 horas durante 7 días.
Está contraindicada la ciprofloxacina.

Tratamiento de los contactos:

Deberán ser tratados con cualquiera de los esquemas enunciados, aún en ausencia de síntomas, quienes se hayan relacionado hasta 10 días antes de comenzar con enfermedad clínica.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Producido por la *Chlamydia trachomatis*, tipos L 1, 2 y 3. Es una bacteria intracelular obligada, linfotropa, con un período de incubación de 3 semanas. Presenta 3 etapas en su desarrollo:

Estadio primario de tipo erosivo o chancriforme, fugaz e indoloro; el **secundario** con alteraciones en ganglios linfáticos regionales, que se adhieren entre sí y al plano superficial (piel eritematoviolácea) y que pueden fistulizar por múltiples orificios. Años después, la destrucción ganglionar puede comprometer estructuras internas provocando fístulas que pueden abrirse en regiones anales, vaginales y piel, con destrucción del tejido y adherencias: **período tardío o terciario**. La asociación sifilopradémica es la coinfección con *T. pallidum pallidum*.

Sospecha clínica:

Raro de observar el chancro herpetiforme; las adenomegalias son muy sugestivas.

Procedimientos diagnósticos:

Cultivo de *C. trachomatis* del material purulento de ganglio. Histopatología de las lesiones terciarias. Serología específica. PCR de tejidos.

Tratamiento:

✓ DOXICICLINA: vía oral, 100 mg cada 12 horas, durante 21 días.

Tratamientos alternativos:

- ✓ ERITROMICINA vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 21 días.
- ✓ OXITETRACICLINA vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 21 días.
- ✓ AZITROMOCINA vía oral 1g por semana 3 semanas.

Puede requerirse aspiración del contenido purulento de los ganglios.

Tratamiento de los contactos

Deben ser individualizados con un término de 60 días anteriores a la aparición de los síntomas consultados por el paciente, buscando el agente etiológico y recibirán igual tratamiento.

Pacientes infectados con el VIH:

Se utilizan los mismos esquemas, aunque algunos pacientes podrán requerir períodos más prolongados de tratamiento.

Embarazo y lactancia:

- ✓ ERITROMICINA vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 21 días.
- ✓ AZITROMOCINA vía oral 1 g por semana 3 semanas (pocos datos sobre su seguridad y eficacia).

GRANULOMA INGUINAL (donovanosis)

Producido por la *Klebsiella granulomatis* (antes *Calymmatobacterium granulomatis*), entero bacteria de un largo período de incubación (2 a 3 meses). Cursa con úlceras indoloras, sin adenopatía regional, aunque puede presentar lesiones hipertróficas, necróticas o esclerosas. Algunos autores no la consideran una verdadera ITS. La bacteria es difícil de cultivar y el diagnóstico se alcanza por la visualización de los cuerpos de Donovan en biopsias.

Tratamiento

- ✓ DOXICICLINA vía oral, 100 mg cada 12 horas, durante 21 días.

Tratamientos alternativos

- ✓ AZITROMICINA vía oral, 1g por semana durante 21 días.
- ✓ CIPROFLOXACINA vía oral 750 mg 2 veces por día durante 21 días.
- ✓ ERITROMICINA vía oral 500 mg 4 veces por día durante 21 días.
- ✓ TRIMETROPRIMA-SULFAMETOXASOL (160mg-800mg) vía oral cada 12 horas durante 21 días.

Pacientes coinfectados con el VIH:

Cualquiera de las opciones de 1ª elección. Algunos pacientes pueden requerir aminoglucósidos parenterales:

- ✓ GENTAMICINA vía intravenosa, 1 mg/kg cada 8 horas.

Embarazo y lactancia:

- ✓ ERITROMICINA vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 21 días.

Tratamiento de los contactos:

Todas aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con un enfermo de donovanosis dentro de los 60 días de inicio de los síntomas deben controlarse. Se discute la indicación de un tratamiento en ausencia de síntomas de la enfermedad.

HERPES GENITAL

Infección crónica producida por los herpes virus humanos tipo 2 y menos frecuentemente el 1 (HSV 2 y HSV 1), común en la población sexualmente activa. La **primoinfección** no siempre se presenta con la clínica típica; algunos síntomas pueden ser: mal estado general, cefaleas, estados gripales o inflamaciones genitales inespecíficas. El diagnóstico es por la sospecha clínica y se confirma por la serología, en especial la demostración de la fracción Ig M para herpes.

Las **recurrencias** son menos frecuentes con el HSV 1 y se caracterizan por vesículas que se rompen en pocas horas dejando erosiones aisladas o confluentes, con sensación de ardor; considerar además otras lesiones inespecíficas como eritema y fisuras. En la mayoría de los casos la infección debuta con la primer recurrencia.

Hay que considerar que el contagio puede ocurrir aun sin manifestaciones clínicas, principalmente en el primer año de la infección.

Sospecha clínica:

Lesiones recurrentes (eritema, fisuras, vesículas y erosiones) con sensación de ardor.

Procedimientos diagnósticos:

Citodiagnóstico: sensibilidad del 60 %, no distingue infección por HSV 1, HSV 2 o VZV.

Detección antigénica de las glicoproteínas: sensibilidad del 80 %.

Cultivo del virus: sensibilidad del 90%.

Detección del ADN viral: más sensible que el cultivo, su uso se restringe al diagnóstico del compromiso del sistema nervioso.

Serología: útil para el diagnóstico de primoinfección, en la evaluación de los contactos asintomáticos y de la embarazada.

Tratamiento:

Las terapéuticas disponibles hoy en día no eliminan la infección, sino que acortan el período clínico y reducen la diseminación asintomática del virus. En todos los casos deberá comenzarse dentro de las primeras 24 a 36 horas del brote. Se debe educar al paciente acerca de su situación para ayudarlo a enfrentar la infección y prevenir el herpes neonatal, se le ofrecerán las alternativas de tratamiento y la necesidad de informar a sus contactos. Aunque no existen evidencias definitivas de su seguridad, se insistirá en la utilización del preservativo.

Primoinfección

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 4 veces por día, durante 7 a 10 días.
- ACICLOVIR, vía oral 200 mg 5 veces por día durante 7 a 10 días.
- VALACICLOVIR, vía oral 1 g 2 veces por día, durante 7 a 10 días.
- FAMCICLOVIR, vía oral 250 mg 3 veces por día, durante 7 a 10 días.

Episodios recurrentes

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 3 veces por día, durante 5 días.
- ACICLOVIR, vía oral 800 mg 2 veces por día, durante 5 días.
- ACICLOVIR, vía oral 800 mg 3 veces por día, durante 2 días.
- VALACICLOVIR, vía oral 500 mg 2 veces por día, durante 3 días.
- VALACICLOVIR, vía oral 1 g 1 vez por día, durante 5 días.
- FAMCICLOVIR, vía oral 125 mg 2 veces por día, durante 5 días.
- FAMCICLOVIR, vía oral 1 g 2 veces por día, durante 1 día.

Tratamiento supresor

Cuando hay más de 6 episodios por año o si lo solicita el enfermo, considerando la diseminación asintomática, se puede recurrir al empleo de antivirales durante períodos prolongados. Las dosis diarias aconsejadas pueden ser aumentadas en caso de brotes durante el tratamiento, hasta conseguir el control de las lesiones y luego se regresa a las dosis aconsejadas.

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 2 veces por día.
- VALACICLOVIR, vía oral 1 g 1 vez por día.
- VALACICLOVIR, vía oral 500 mg 1 vez por día.
- FAMCICLOVIR, vía oral 250 mg 1 vez por día.

Infección generalizada

Ante un brote severo, mal estado general, compromiso de distintos órganos (SNC, meningitis, hepatitis, neumonitis, infección diseminada):

- ACICLOVIR endovenoso 5 a 10 mg/kg cada 8 hs durante 10 días, en internación.

Pacientes infectados con el VIH:

Pueden presentar episodios dolorosos, profundos (úlceras), en genitales o perianales, diseminación de las lesiones, aumento de la eliminación del HSV y del VIH a través de las lesiones y deterioro inmunológico. Las drogas son igualmente efectivas, pero las dosis son mayores a las habituales.

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 3 veces por día, durante 5 a 10 días.
- VALACICLOVIR, vía oral 1 g 2 veces por día, 5 a 10 días.
- FAMCICLOVIR, vía oral 500 mg 2 veces por día, 5 a 10 días.

En el caso de no poder utilizar la vía oral (intolerancia, gravedad del cuadro, falta de absorción), se puede recurrir a:

- ACICLOVIR, vía intravenosa 5 a 10 mg/kg peso cada 8 horas, durante 10 días.

Si hay resistencia al ACICLOVIR:

- FOSCARNET 40mg /kg peso por vía intravenosa cada 8 horas.

Embarazo:

Las mujeres seronegativas para HSV deberán evitar relaciones sexuales el último trimestre con hombres seropositivos o con nueva pareja.

Ante la detección de lesiones activas se puede indicar ACICLOVIR a partir de la semana 36 de gestación, esto además prevendrá la recurrencia de brotes y en etapas cercanas al parto evita la transmisión perinatal.

Primoinfección:

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 4 veces por día, durante 7 a 10 días.

Episodios recurrentes:

- ACICLOVIR, vía oral 400 mg 3 veces por día, durante 5 días.

HERPES NEONATAL (sospechado o confirmado):

Compromiso cutaneomucoso:

ACICLOVIR 20–25 mg/kg de peso por 14 días.

Compromiso del SNC:

ACICLOVIR 20–25 mg/kg de peso por 21 días.

DESCARGA GENITAL (SECRECIONES GENITALES)

Producida por varios agentes con gran afinidad por el epitelio de las mucosas genitales. Son causa de secuelas como la esterilidad y el embarazo ectópico. Algunos patógenos pueden causar infección a distancia en otros órganos a partir del foco genital.

En las localizaciones endocervical, faríngea y anal los síntomas son leves o no existen. Más raramente la infección puede generalizarse con localizaciones diversas (articulaciones, pelvipерitonitis, perihepatitis, etc).

Sospecha clínica:

Presencia de material purulento o cristalino en genitales, disuria, dolor abdominal bajo, dolor en hipocondrio derecho, dolores articulares, etc.

Confirmación diagnóstica:

Demostración del gonococo por tinción de Gram o Azul de Metileno (uretritis aguda) y otros patógenos, contraste de fase cultivo (otras localizaciones) o antígenos de clamidia, prueba de las aminas (vaginosis).

GONOCOCIA

Infección producida por la *Neisseria gonorrhoeae*, bacteria gram negativa. En general, luego de un período de incubación de entre 2 a 7 días, aparece en el hombre dolor y ardor en zona genital y una descarga mucopurulenta, de intensidad variable. En las localizaciones endocervicales, faríngea y anal los síntomas son escasos o están ausentes.

El uso indiscriminado de antibióticos, las mutaciones de diferentes cepas con tratamientos múltiples, produjeron cepas resistentes a fármacos antes útiles en el control de la enfermedad.

Tratamiento:

Gonococia no complicada de **cérvix, uretra, recto y faringe:**

- ✓ CEFTRIAXONE, vía intramuscular 250 mg única dosis.
- ✓ CEFIXIME, vía oral 400 mg única dosis.
- ✓ CIPROFLOXACINA, vía oral 500 mg única dosis.

Se recomienda la asociación de tratamiento para clamidia.

No es aconsejable el uso de fluorquinolonas en la población de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH).

Tratamientos alternativos:

- ✓ AZITROMICINA, vía oral 2 g única dosis.

Gonococia diseminada:

- ✓ CEFTRIAXONE 1g/d intramuscular.
- ✓ CEFOTAXIMA 1 g/d endovenoso.

Este esquema se empleará durante 24–48 horas y se continuará con:

- ✓ CEFIXIME 400 mg cada 12 horas hasta la mejoría clínica en aproximadamente una semana.

CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA:

- ✓ CEFTRIAXONE, vía intramuscular 250 mg única dosis.

Tratamiento de los contactos: todos los contactos sexuales recientes deben ser evaluados y tratados, aun sin sintomatología clínica.

Gonococia e infección por el VIH:

Responden a los mismos esquemas terapéuticos.

Gonococia y embarazo:

- ✓ CEFTRIAXONE, vía intramuscular 250 mg única dosis.
- Las quinolonas y tetraciclinas están contraindicadas.

INFECCIONES NO GONOCÓCICAS

La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria intracelular obligada, relacionada con patologías del tracto genital, respiratorio, articular y ocular. Luego de un período de incubación de 14 a 21 días, la sintomatología en región genital es leve, con escasa descarga cristalina en el hombre. Es recomendable estudiarla cuando los síntomas de una gonococia curada no desaparezcan, ardor miccional, esterilidad en ambos sexos, pareja portadora.

Otros agentes bacterianos son los mycoplasmas: *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*.

Tratamiento:

- ✓ DOXICICLINA, vía oral 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.
- ✓ AZITROMICINA, vía oral 1 g única dosis.
- ✓ AZITROMICINA, vía oral 2 g única dosis, en caso de coinfección de chlamydia y gonococia.
- ✓ OFLOXACINA 400 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.
- ✓ LEVOFLOXACINA 500 mg 1 vez por día durante 7 días.

Tratamiento de los contactos: deben ser evaluados y tratados los contactos recientes, aun sin sintomatología clínica.

Clamidiosis y embarazo:

- ✓ ERITROMICINA base, vía oral 500 mg 4 veces por día durante 14 días (poca tolerancia).
- ✓ AMOXICILINA, vía oral 3 veces por día durante 7 días.
- ✓ AZITROMICINA, vía oral 1 g única dosis.

Las tetraciclinas y quinolonas están contraindicadas durante la gestación.

La *Trichomonas vaginalis*: es un parásito flagelado, considerado como otro agente etiológico de ITS que puede provocar uretritis, colpitis, vaginitis, dispareunia, aumento de flujo vaginal y por la reacción inflamatoria que produce localmente, mayor riesgo de transmisión del VIH. Puede coexistir con *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que por ser fagocitadas por el parásito, se comenzará el tratamiento para la Trichomona y a continuación el correspondiente a la uretritis por gonococo y/o chlamydia.

Tratamiento:

METRONIDAZOL vía oral, 2 g dosis única.

Tratamiento alternativo

- ✓ METRONIDAZOL, vía oral 500 mg 2 veces por día, durante 7 días.

Tratamiento de los contactos: siempre deben tratarse, aun en ausencia de síntomas.

Tricomoniasis y embarazo:

Metronidazol: se evaluará la posibilidad terapéutica, indicándose luego de las 37 semanas de gestación (droga categoría B), 2 g única dosis, vía oral.

El tinidazol es de categoría C, no es conveniente en embarazadas.

VAGINOSIS BACTERIANA

Patología relacionada con la *Gardnerella vaginalis*, anaerobios, *Mycoplasma hominis*, que provocan un aumento de flujo vaginal, olor "sui generis" (odor fish), inflamación de las paredes vaginales y el cérvix, produciendo dispareunia y un mayor riesgo a la infección por el VIH.

Tratamiento:

METRONIDAZOL vía oral 500 mg 2 veces por día, durante 7 días.

METRONIDAZOL gel al 0.75%, 5 g con aplicador intravaginal cada noche, por 5 días.

CLINDAMICINA crema al 2%, 5 g con aplicador intravaginal cada noche, por 5 días.

Tratamientos alternativos:

CLINDAMICINA vía oral, 300 mg cada 12 horas durante 7 días.

CLINDAMICINA tabletas vaginales, 100 g cada noche durante 3 días.

No se puede considerar una verdadera ITS, las parejas sexuales no necesitan realizar tratamiento.

VAGINOSIS Y EMBARAZO:

CLINDAMICINA vía oral, 300 mg cada 12 horas durante 7 días.

METRONIDAZOL vía oral, 250 mg 3 veces por día, durante 7 días (a partir de las 37 semanas de gestación).

Siempre se realizará la consulta con el obstetra.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

La *Candida albicans* es un hongo resistente a la acidez vaginal, se encuentra en el 10 al 20% de las mujeres sexualmente activas, pudiéndose asociar con otras ITS; es más invasiva en forma de hifa, desarrollando vaginitis manifestada por prurito, irritación local, flujo blanco adherente, enrojecimiento local, dispareunia. Aunque se encuentra en el tracto genital inferior femenino en bajas concentraciones, puede aumentar en ocasiones como en la inmunosupresión por el VIH, diabetes, aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales o por el uso de productos irritativos.

Tratamiento:

FLUCONAZOL vía oral, 150 mg, dosis única.

Este tratamiento oral se puede asociar al tratamiento tópico intravaginal con azólicos:

- ✓ CLOTRIMAZOL tabletas vaginales de 100 mg una vez al día, por 7 días.
- ✓ CLOTRIMAZOL tabletas vaginales de 100 mg 2 veces por día, por 3 días.
- ✓ MICONAZOL crema vaginal al 2%, una aplicación diaria durante 7 días.
- ✓ NISTATINA tabletas vaginales, 100.000 unidades, una aplicación diaria durante 14 días.

Candidiasis en el hombre: balanitis o uretritis (rara):

- ✓ FLUCONAZOL vía oral, 150 mg dosis única.

Candidiasis y embarazo:

- ✓ CLOTRIMAZOL tabletas vaginales, 100 mg una aplicación diaria durante 7 días.
- ✓ NISTATINA tabletas vaginales, 100.000 unidades, una aplicación diaria durante 14 días.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVIANA

Síndrome producido por el ascenso de gérmenes del tracto genital inferior femenino secundario a uno o más de los siguientes: endometritis, salpingitis, absceso tubo ovárico y/o peritonitis pelviana.

Sospecha clínica:

Dolor abdominal bajo; dolor anexial y a la movilización del cuello uterino; cervicitis mucopurulenta; fiebre mayor a 38° C; absceso pelviano a la palpación bimanual.

Procedimientos diagnósticos:

Examen ginecológico completo.

Hemograma demostrando leucocitosis.

Velocidad de sedimentación globular, elevada en dos tercios de las pacientes.

Prueba de embarazo para descartar embarazo ectópico.

Muestra endocervical: elemento orientador, pero no de certeza, investigando chlamydia y gonococo.

Ecografía ginecológica.

Criterios diagnósticos:

Se indicará tratamiento a toda mujer sexualmente activa con los siguientes criterios: dolor abdominal bajo o dolor a la movilización del cuello uterino, en ausencia de otra causa que los provoque. Los siguientes criterios adicionales aumentan la especificidad:

- Temperatura mayor a 38,3° C.
- Descarga vaginal o cervical patológicas.
- Velocidad de sedimentación globular elevada o Proteína C reactiva.
- Infección cervical por gonococo y/o chlamydia, documentadas.

Los criterios definitivos en casos de duda son:

- Trompas engrosadas con líquido en su interior, con o sin líquido libre en la cavidad pelviana o absceso tubo-ovárico, demostrados por ecografía transvaginal o resonancia nuclear magnética.
- Endometritis confirmada por biopsia.
- Anormalidades laparoscópicas compatibles con enfermedad inflamatoria pelviana.

Criterios de internación:

- Dudas diagnósticas.
- Absceso tubo – ovárico.
 - Compromiso importante del estado general: temperatura elevada, náuseas, vómitos.
 - Embarazo.
 - Sospecha de falta de cumplimiento del tratamiento.
 - Intolerancia o falla del tratamiento ambulatorio.
 - Pacientes con inmunosupresión severa.

Tratamiento:

1. Compromiso leve (tratamiento ambulatorio):
 - a. CEFTRIAXONE 250 mg intramuscular, dosis única + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días + METRONIDAZOL 500 mg cada 12 horas durante 14 días (optativo).
 - b. CEFOXITINA 2 g intramuscular, dosis única + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días + METRONIDAZOL 500 mg cada 12 horas durante 14 días (optativo).
 - c. Otras cefalosporinas de tercera generación + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días + METRONIDAZOL 500 mg cada 12 horas durante 14 días (optativo).
2. Compromiso moderado a severo (paciente hospitalizado):
 - a. CEFOXITINA 2 g intravenoso cada 6 horas + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días.
 - b. CLINDAMICINA 900 mg endovenoso cada 8 horas + GENTAMINCINA 2 mg/kg/día, intramuscular o intravenoso (dosis de carga), disminuyendo a 1,5 mg/kg/día cada 8 horas. Preferible en casos de absceso tubo – ovárico.
 - c. Ampicilina/sulbactam 3 g intravenoso cada 6 horas + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días.

Quirúrgico: falta de respuesta en pacientes graves o con absceso tubo – ovárico.

Seguimiento:

Las pacientes serán evaluadas en la disminución del dolor abdominal y la movilización del cuello uterino, a las 72 horas de iniciado el tratamiento. Luego de 4 a 6 semanas se investigarán gonococo y chlamydia. Considerar las secuelas: dolor crónico, esterilidad, embarazo ectópico.

Tratamiento de los contactos:

Se hará tratamiento empírico para gonococo y chlamydia.

Enfermedad inflamatoria pelviana e infección por el VIH:

Se deben extremar los estudios para descartar el absceso tubo – ovárico. No se justifica la internación por sólo su condición de base.

Enfermedad inflamatoria pelviana y embarazo:

Ante la sospecha de EPI serán internadas y tratadas con esquemas parenterales:

CLINDAMICINA 900 mg endovenoso cada 8 horas + GENTAMINCINA 2 mg/kg/día, intramuscular o intravenoso (dosis de carga), disminuyendo a 1,5 mg/kg/día cada 8 horas.

EPIDIDIMITIS TRANSMITIDA SEXUALMENTE

Sospecha clínica:

Tumefacción testicular y/o epidídimo doloroso e hidrocele agudos en hombres sexualmente activos, con

o sin el antecedente de uretritis previa.

Procedimientos diagnósticos:

Clínico

Investigación de patógenos de uretra.

Urocultivo para descartar infección por bacilos gram negativos.

Tratamiento:

Debe instituirse inmediatamente después de obtener las muestras de laboratorio para evitar las secuelas (infertilidad y dolor crónico).

- ✓ CEFTRIAXONE 250 mg única dosis por vía intramuscular + DOXICICLINA 100 mg cada 12 horas durante 14 días.
- ✓ OFLOXACINA 300 mg vía oral cada 12 horas, durante 10 días.
- ✓ LEVOFLOXACINA 500 mg vía oral una vez al día, durante 10 días.

VERRUGAS GENITALES (condilomas acuminados)

Infección producida por varios tipos de virus papiloma humano (HPV) con tropismo mucoso. Su frecuencia está en aumento por las causas ya señaladas de incremento de las ITS y por el mejor conocimiento de su presentación clínica y el empleo de métodos diagnósticos más sensibles. Pueden manifestarse como eritema mucoso, acetoblanco positivo con puntillado vascular, pápulas y vegetaciones (condilomas acuminados). Los aislados más comúnmente a nivel anogenital son los HPV 6-11 y 16-18, estos últimos relacionados principalmente con atipias epiteliales y el desarrollo de carcinomas genitales, según la predisposición del paciente.

Sospecha clínica:

Balanitis recurrentes.

Pacientes con múltiples parejas u otras ITS.

Contacto de paciente con infección por HPV.

Lesiones sobrelevadas o verrugosas en mucosas.

Confirmación diagnóstica:

En general con el diagnóstico clínico es suficiente. Observar la zona de boca, para descartar compromiso en esa localización.

- Genitoscopia: la aplicación de ácido acético diluido (3-5%) en la zona genital, seguida de la inspección con una lupa, ayuda a identificar la enfermedad subclínica y lesiones planas que a menudo no se detectan a simple vista. No se aplica en lesiones intrauretrales.
- Citología exfoliativa y colposcopia.
- Biopsia: se utiliza para:
 - Confirmar las lesiones acetoblanco antes de iniciar el tratamiento, ya que no siempre se deben a HPV.
 - En casos de duda diagnóstica.
 - En lesiones pigmentadas para descartar papulosis bowenoide.
 - En grandes lesiones, para excluir los cambios malignos antes de tratar con podofilina, porque este agente puede inducir cambios histológicos sugestivos de carcinoma.
- Uretroscopia y/o cistoscopia: son apropiadas cuando se encuentran lesiones acetoblanco o verrugas típicas en el meato uretral.
- Anoscopia: se utiliza para el diagnóstico de lesiones intraanales. Si las verrugas se encuentran por encima de la línea de dentado, la sigmoidoscopia es obligatoria.

Tratamiento:

No hay tratamientos que destruyan o inhiban al virus, por lo que existen dos tipos de estrategias terapéuticas:

- a) Las que actúan sobre las lesiones: **destruyéndolas** (ácido tricloroacético, electrocoagulación, criocirugía, etc.) o **inhibiendo la proliferación del epitelio infectado** (podofilina, 5

fluoruracilo). En general son realizadas en consultorio por el médico.

- b) Aumentando la respuesta inmunológica del hospedero (interferón, imiquimod). Se usan para las lesiones externas y el imiquimod es aplicado por el paciente.

El tratamiento estaría indicado para las lesiones clínicamente visibles y se debe informar al enfermo la posibilidad de recidivas. La elección se basa en las presentaciones clínicas, la localización, las necesidades del paciente y la experiencia del médico con el método.

- ✓ Es conveniente realizar tratamientos combinados (ej: tricloroacético + podofilina).
- ✓ Rotar los tratamientos, cuando la respuesta es escasa.
- ✓ Derivar al especialista, según zona afectada, para completar estudios:

- ✓ Pacientes con lesiones anales sin relaciones sexuales por esta vía, serán enviados al proctólogo luego de la desaparición de las lesiones a fin de descartar localización interna. Es preferible el uso de crioterapia, ácido tricloroacético y la cirugía.
- ✓ Hombres que tienen sexo con hombres con lesiones anales pueden ser estudiados por el proctólogo con o sin lesiones visibles.
- ✓ Las mujeres serán derivadas al ginecólogo para descartar compromiso en vagina y cérvix mediante citología exfoliativa, colposcopia y biopsia.

Tratamientos realizados por el médico:

I. Destructivos:

1) Físicos:

- a) Electrocoagulación.
- b) Criocirugía
- c) Radiofrecuencia.
- d) Cirugía.
- e) Vaporización por Láser.

2) Químicos:

- a) Ácido tricloroacético al 80-90 % aplicación semanal.

II. Citotóxicos:

- a) Podofilina 25-30% preferentemente en tintura de benjuí compuesta. Las preparaciones envejecen, es conveniente renovarlas cada 6 meses.

Los tratamientos médicos destinados a tratar las verrugas uretrales en general, deberán ser utilizados con precaución y sólo deben utilizarse cuando las verrugas son de fácil acceso.

III. Inmunomoduladores

- a) Interferón alfa-2b intralesional para lesiones recalcitrantes que no responden a otros tratamientos.

Tratamientos realizados por el paciente: (indicados en lesiones externas)

I. Citotóxicos:

- a) 5 Fluoruracilo aplicado semanalmente durante 3 semanas, evitando la exposición de la piel escrotal.
- b) Imiquimod al 5% crema (genitales externos y perianales), Tres veces por semana en días alternos, por la noche, lavar a las 8 hs. Se aplica estrictamente en las lesiones, con poca cantidad de fármaco, durante 12 a 16 semanas.

Vacunas:

Hay dos vacunas de reciente aparición ya aprobadas, la bivalente para los tipos 16-18 y otra tetravalente que agrega en los tipos 6-11. Están indicadas en mujeres jóvenes entre los 9 a 26 años considerando que todavía no han tenido contacto con el virus; es una vacuna de prevención, no curativa.

En nuestro medio el momento óptimo de aplicación de esta vacuna femenina sería a los 12 años, unos tres años antes de que las adolescentes tengan su primera relación sexual, para no perder dos años de inmunidad. Las mujeres de hasta 26 años que hayan tenido relaciones sexuales se vacunarán si la citología exfoliativa y la colposcopia son normales y que el ginecólogo compruebe que no está infectada

por el HPV. Las mujeres que opten por utilizarla no deben dejar de hacerse los controles ginecológicos, ni evitar usar preservativos.

La vacuna es a base de un "virus like" que produce la formación de anticuerpos 40 veces superior a la infección provocada por el HPV.

Tratamiento de los contactos: serán controlados en búsqueda de lesiones y eventual tratamiento. Como en otras ITS, el uso del profiláctico es necesario mientras duren las lesiones aconsejándose 2 a 3 meses posteriores a la desaparición de las mismas.

Seguimiento:

Controles genitoscópicos trimestrales hasta el año luego de la desaparición de las lesiones.

Infección por HPV e infección por el VIH:

Hay un aumento de eliminación de ambos virus y los pacientes tienen mayor probabilidad de transformación carcinomatosa, por lo que el control será exhaustivo y permanente.

Embarazo:

Están contraindicados imiquimod, podofilotoxina y podofilina. Se pueden utilizar según la localización ácido tricloroacético, criocirugía, cirugía convencional y láser.

La cesárea es una indicación relativa y se realiza en casos de lesiones visibles con riesgo de obstruir el canal de parto o sangrado importante.

ECTOPARASITOSIS

No son consideradas como verdaderas ITS, aunque esta vía puede ser una forma de contagio.

Escabiosis

- ✓ Ivermectina vía oral 6 mg, 2 comprimidos juntos, repetir a los 7 días.
- ✓ Permetrina crema al 5 % aplicada en todo el cuerpo por la noche, días 1 y 8.
- ✓ Lindano loción al 1% aplicado en todo el cuerpo por la noche, días 1 y 8.

Además: limpieza de las prendas, ropas de cama y toallas. Tratamiento simultáneo de los convivientes.

Pediculosis del pubis

- ✓ Lindano loción al 1% aplicado en las áreas afectadas con lavado a los 10 minutos, días 1 y 8.
- ✓ Permetrina crema al 5 % aplicada en las áreas afectadas con lavado a los 10 minutos, días 1 y 8.

Pediculosis de las pestañas: aplicación en el borde de las pestañas de vaselina o aceite mineral, 2 a 3 veces por día.

En el **embarazo** se indicará azufre precipitado al 6%, debido a que Lindano (Categoría C), Permetrina (Categoría B) e Ivermectina (Categoría C) están contraindicados.

PROFILAXIS TRAS VIOLACIÓN O ABUSO SEXUAL

Toda víctima de una violación sexual, debe ser tratada dentro de las primeras 24 horas, teniendo en cuenta las patologías que frecuentemente afectan a los adultos sexualmente activos.

Se tratará profiláctica y/o terapéuticamente para sífilis, gonorrea, chlamydia y tricomonas. En condiciones ideales se tratará de realizar la toma de muestras antes de iniciar la medicación.

ACCIONES EN LA ATENCIÓN DE UNA VÍCTIMA DE VIOLACIÓN O ABUSO SEXUAL

Toma de muestras (sólo ante la posibilidad o sospecha de violación o de contacto con fluidos del agresor).

Serología para VIH (ELISA).

VDRL cuantitativa
 IgM e IgG antiHBc.
 Ig G antiHCV.
 Hemograma.
 Pruebas de función hepática y renal (en caso de tener que indicar tratamiento antirretroviral).
 Cultivo de orina.
 Subunidad β -HCG.
 Hisopado vaginal para extendido en fresco sobre portaobjeto.
 Hisopado vaginal en medio de Thayer - Martin para cultivo de flujo vaginal (niñas).
 Hisopado vaginal con hisopo y medio especial para *Chlamydia trachomatis* (niñas).
 Hisopado vaginal con hisopo estéril, secado del mismo, colocación en frasco estéril rotulado y conservación entre -20 y -70 °C para búsqueda de espermatozoides y determinación de ADN.
 Hisopado endocervical en pacientes con actividad sexual para búsqueda de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.
 Hisopado anal, hisopado uretral, hisopado de cavidad oral. (Realizarlas ante la posibilidad o sospecha de contacto de esas zonas con humores del agresor).
 Recolección de restos orgánicos en superficies manchadas con hisopo estéril embebido en solución fisiológica, secado y colocado en frasco estéril rotulado (conservación entre -20 y -70 °C).
 Almacenamiento de ropa con sospecha de contaminación por fluidos en papel madera cerrado rotulados con datos de la víctima y fecha, firma del profesional y testigos (en - 20-70 °C)

Tratamiento:

Tratamiento de las lesiones corporales y/o genitales.

- ✓ PENICILINA G BENZATÍNICA vía intramuscular 2.400.000 U, 1 ampolla (sin antecedentes de alergia a penicilina) + AZITROMICINA vía oral 2 g única dosis + METRONIDAZOL vía oral, 2 g única dosis.
- ✓ PENICILINA G BENZATÍNICA vía intramuscular 2.400.000 U, 1 ampolla (sin antecedentes de alergia a penicilina) + CEFTRIAXONA 250 mg única dosis intramuscular + DOXICICLINA 100 mg vía oral, 2 veces por día durante 10 días + METRONIDAZOL vía oral 2 g única dosis.

Con antecedentes de alergia a penicilina se sugiere aplicar CEFTRIAXONE vía intramuscular 500 mg en asociación con cualquiera de los anteriores esquemas.

- ✓ Tratamiento antirretroviral (ideal antes 2 h y hasta 72 h) durante 4 semanas:
- ✓ Tratamiento básico: 2 inhibidores nucleósidos (sexo oral).
- ✓ Tratamiento ampliado: 2 inhibidores nucleósidos + 1 inhibidores no nucleósidos o 1 inhibidor de proteasa (sexo vaginal o anal receptivo).

El tratamiento de elección es: AZT + 3TC 1 comp. cada 12 h y 3 cápsulas de efavirenz por la noche, antes de acostarse.

- ✓ Se ofrecerá anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel 150 mg, 1 comprimido.
- ✓ Gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B: 0,06 ml/kg (Fco. ampolla de 3 y 5 ml).
- ✓ Vacuna Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses).
- ✓ Vacuna antitetánica.

Seguimiento:

A las 2 y las 4 semanas:

- ✓ Hemograma.
- ✓ Pruebas de función hepática y renal.
- ✓ VDRL cuantitativa.
- ✓ Test de embarazo.

A las 6 semanas:

- ✓ Serología VIH.
- ✓ Serología VHB.

A las 12 semanas:

- ✓ Serología VIH.
- ✓ Serología VHB.

- ✓ Serología VHC.

A las 24 semanas:

- ✓ Serología VIH.
- ✓ Serología VHC.

Si en el transcurso del seguimiento aparece un cuadro compatible con una primoinfección por VIH, sospechar una infección aguda y pedir **antígeno p24** y **carga viral**. Si se confirma esta presunción, habría que continuar con el tratamiento antirretroviral que beneficiaría su pronóstico en el futuro.

Es fundamental el apoyo y tratamiento psicológico de la persona afectada y su entorno.

La denuncia la realiza la víctima si es mayor de edad. Los responsables del menor o discapacitado o la institución médica: se sospecha que los responsables legales son los victimarios.

MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS

El manejo sindrómico de las ITS permite soluciones inmediatas en centros de atención básica de la salud; es simple, de bajo costo detiene y disminuye la transmisión de estas enfermedades. Debe adaptarse a las condiciones particulares de cada región.

Se consideran flujogramas para descarga genital en hombres y mujeres, soluciones de continuidad (úlceras genitales), dolor abdominal bajo, edema de escroto, adenomegalias inguinales y conjuntivitis neonatal.

Soluciones de continuidad

- ✓ Erosiones y vesículas recurrentes: tratar y educar para herpes. Si en 7 días no mejora tratar como sífilis.
- ✓ Erosión única: tratar para sífilis. Si en 7 días no mejora tratar para chancro blando.

Descarga genital femenina

- ✓ Edema vulvar o flujo grumoso: blanco, adherente tratar para candida.
- ✓ Riesgo de ITS: tratar para gonococo, chlamydia y tricomoniasis.
- ✓ Sin riesgo de ITS: tratar para vaginosis.

Descarga genital masculina

- ✓ Tratar para gonococo y chlamydia.

Edema agudo de escroto

- ✓ Descartar torsión de testículo o traumatismo.
- ✓ Tratar para gonococo y chlamydia.

Dolor abdominal bajo en mujer

- ✓ Sensibilidad a la movilización del cuello, dolor abdominal bajo o flujo vaginal: tratar para EPI ambulatoria. Si no mejora en 3 días remitir a ginecología.

Adenomegalia inguinal

- ✓ Con erosiones presentes: tratar según flujograma.
- ✓ Sin erosiones presentes: tratar para linfogranuloma venéreo y chancro blando.

Conjuntivitis neonatal

Edema palpebral bilateral o unilateral con edema y secreción mucopurulenta: tratar para gonorrea y chlamydia a la madre y al niño. Si no mejora en 3 días, remitir al oftalmólogo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Centers of Disease Control and Prevention – Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006

Kissinger P, Mohammed H, Richardson-Alston G, et al. Patient-delivered partner treatment for male urethritis: a randomized, controlled trial. Clin Infect Dis 2005;41:623-629.

Romanowski B, Valtrex HS230017 Study Group, Marina RB, Roberts JN. Patients' preference of valacyclovir once-daily suppressive therapy versus twice-daily episodic therapy for recurrent genital herpes: a randomized study. Sex Transm Dis 2003;30:226-231.

Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ, et al. Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. N Engl J Med 2004;351:154-158.

Vigliolia P, Woscoff A. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. López Libreros Editores SRL. Buenos Aires, 1997.

Marini M, Oxilia M. Las Enfermedades de Transmisión Sexual en los Tiempos del Sida. Editorial Marymar S.A. Buenos Aires, 1999.

Centers of Disease Control and Prevention – Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002 (N^o4-RR6).

Marra CM, Maxwell CL, Smith SL et al. Cerebrospinal Fluid Abnormalities in Patients with Syphilis: Association With Clinical and Laboratory Features. The Journal of Infectious Diseases 2004; 189(3):369-378.

Azithromycin Treatment Failures in Syphilis Infectious-San Francisco, California, 2002 - 2003. MMWR 2004, 53(9):197-198.

Increases in fluoroquinolone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* Among Men Who Have Sex With Men. United States, 2003 and Revised Recommendations for Gonorrhoeae Treatment, 2004. MMWR 2004, 53(16):305-338.

1^{ra} Conferencia de Consenso. Tema: HPV. 27 de junio de 1998. Buenos Aires. Sociedad Argentina de Dermatología.

Guía de manejo de las infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Resolución Ministerial N° 1078, 8 de Octubre de 2004.

Ficha para la atención de niñas/os y adolescentes en situación de abuso sexual infantil (ASI) y/o violación. www.sagij.org.ar/newsite/doc/protocolo.doc