

# Enfermedades Infecciosas

## Tema 32. Enfermedades de Transmisión Sexual



## Enfermedades Venéreas

**1. Gonococia**

**2. Sífilis**

**3. Chancro blando**

**4. Linfogranuloma venéreo**

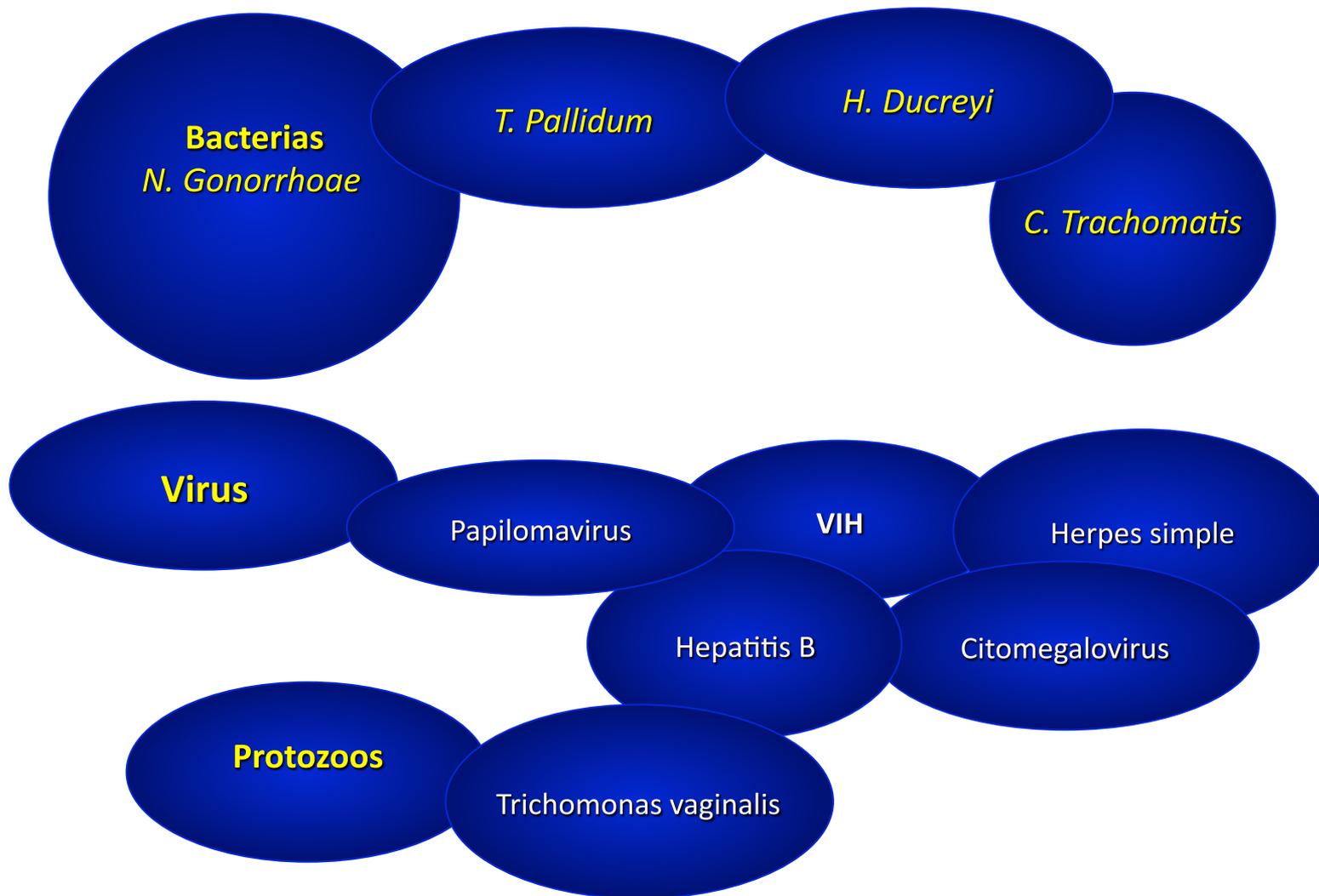
**5. Granuloma inguinal**

**E.T.S. → I.T.S.**

Todas las Enfermedades Infecciosas en las que la **Transmisión Sexual** tiene importancia epidemiológica.

Se incluyen infecciones cuyo mecanismo de transmisión fundamental, aunque no exclusivo, es la vía sexual.

### Enfermedades de Transmisión Sexual



# Enfermedades de Transmisión Sexual

- **Úlcera genital.**
- **Secreciones.**

### Úlceras genitales

	Microorganismo	Ulceración	Adenopatías
<b>A. Herpes</b>	VHS 1 y 2	Múltiple y dolorosa	Bilaterales
<b>B. Lúes</b>	<i>T. Pallidum</i>	Indolora	Bilaterales
<b>C. Chancroide</b>	<i>H. Ducreyi</i>	Dolorosa	<b>Bubón</b>
<b>C. Granuloma inguinal Donovanosis</b>	<i>Klebsiella Calymmatobacterium granulomatis</i>	Lentamente progresiva, destructiva	Poco frecuente
<b>D. LGV</b>	<i>C. Trachomatis</i> (L1, L2 y L3)	Puede pasar desapercibida	<b>Bubón</b>

## Sífilis

- *Treponema Pallidum* (Espiroquetas).
- **Vía de transmisión:** sexual, transplacentaria (congénita), beso, inoculación accidental.

### 1. Sífilis Primaria: Chancro



### 2. Sífilis Secundaria



### 3. Sífilis Latente



### 4. Sífilis Terciaria



### Epidemiología

- Tras el descubrimiento del VIH disminuyó su incidencia.
- Actualmente aumentando.
- Resistencias al tratamiento de macrólidos (China, California).

## Clínica

### 1. Sífilis Primaria: Chancro

- PI: 14-21 días.
- Se disemina por los vasos linfáticos o por la sangre.
- **Úlcera cutánea indolora: Chancro sifilítico.**
- Localización: pene (surco balanoprepucial), cuello uterino, ano, recto (homosexuales), labio, mucosa oral...
- Adenopatía inguinal indolora no supurativa.

#### DD:

- *H. Ducreyi*, (Chancro blando).
- *Linfogranuloma venéreo*.
- **Herpes simple, traumatismo.**

## Clínica

### 2. Sífilis Secundaria

- Lesiones **muco-cutáneas generalizadas (sífilides)**  
+ Linfadenopatía generalizada.
- 15% persiste Chancro.
- **Síntomas generales.**
- Otras: **hepatitis, gastritis, proctitis, artritis, uveitis, condilomas planos, alopecia.**

# Sífilis

## 2. Sífilis Secundaria

### **L. cutáneas y mucosas**

- Roseola.
- Sifilides papulosas.
- Sifilides pigmentarias.
- Sifilides palmo-plantares.
- Condilomas planos.
- Alopecia «apolillada».
- Lesiones mucosas.

### Sífilis

#### 2. Sífilis Secundaria

Sífilis Primaria



Sífilis Secundaria



Sífilis Latente

- Latente precoz (1 año).
- Latente tardía.



**70% asintomáticos**  
Pruebas serológicas +

### Clínica

### 3. Sífilis Latente

Periodo latente de infección subclínica (años o décadas).



## Sífilis

### 3. Sífilis Terciaria

- **Neurosifilis asintomática:**
  - Alteraciones LCR.
- **Neurosifilis Sintomática:**
  - Sífilis meningovascular y meníngea.
  - Sífilis parenquimatosa:
    - Parálisis general progresiva.
    - **Tabes dorsal.**
- **Sífilis cardiovascular:**
  - Afecta a grandes vasos.
  - **Aortitis sifilítica**, insuficiencia aórtica, aneurismas...
- **Gomas (granulomas aislados o múltiples):**
  - Piel, sistema musculoesquelético, boca.
  - Hígado, estómago...
- **Oculares: uveítis, iritis...**

## Sifilis congénita

**Tibias en sable – nariz  
en silla de montar**



### Sífilis en VIH

1. La coinfección suele ser frecuente.
2. Mayor morbilidad, mayor riesgo de sífilis cutánea maligna.
3. Chancro de mayor tamaño.
4. Neurosífilis temprana.

## Diagnóstico

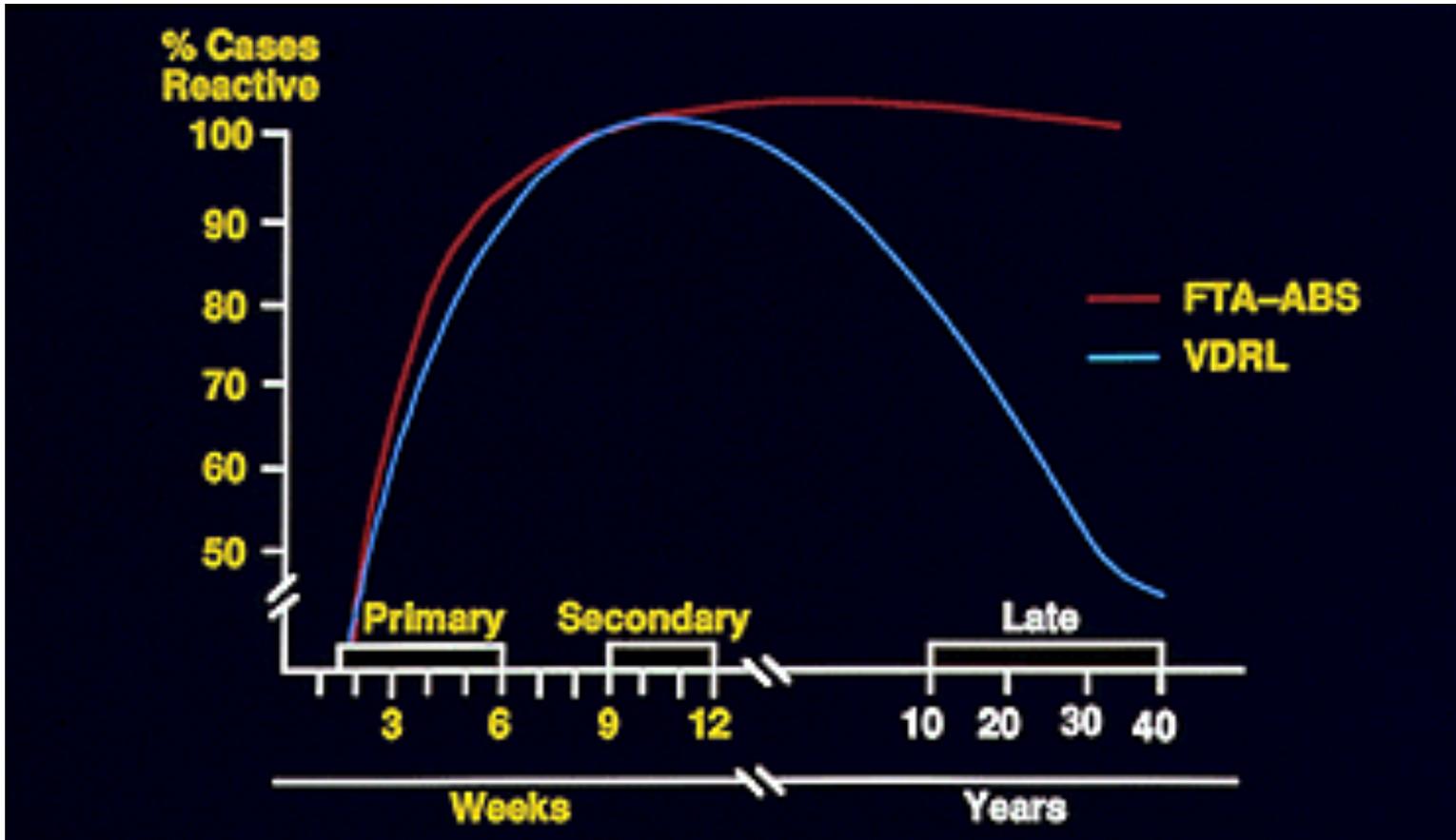
### 1. Identificación Treponema:

Examen campo oscuro, IFD, histología.

### 2. Serología:

- **IgG and IgM contra complejo antigénico:** cardiolipina-lecitina-colesterol: RPR, VDRL.
  - Falsos positivos: VIH, embarazo, E. autoinmunes, TBC, UDVP.
- **AC contra antígenos de *T. Pallidum* nativo o recombinante:** TPHA, FTA-ABS, **pruebas de cribado:** «Treponema screen».

### Diagnóstico



## B. Lúes, falsos positivos

Pruebas no treponémicas	Pruebas treponémicas
<p>Infección viral</p> <p>Artritis reumatoide</p> <p>Lupus eritematoso sistémico</p> <p>Enfermedad aguda o crónica</p> <p>Embarazo</p> <p>Inmunización reciente</p> <p>Drogadicción</p> <p>Lepra</p> <p>Malaria</p>	<p>Pioderma</p> <p>Tumores cutáneos</p> <p>Acné común</p> <p>Micosis</p> <p>Úlceras crurales</p> <p>Artritis reumatoide</p> <p>Psoriasis</p> <p>Lupus eritematoso sistémico</p> <p>Embarazo</p> <p>Drogadicción</p> <p>Herpes genital</p>

Tipo de Sífilis	Pacientes sin alergia a la Penicilina	Pacientes con Alergia Confirmada a Penicilina
Primaria, Secundaria o Latente precoz	Penicilina G. benzatina (dosis única 2,4 mU, I.M.).	Clorhidrato de tetraciclina (500 mg P.O., 4 veces al día) o doxiciclina (100 mg PO, cada 12 horas), 2 semanas.
Latente tardía o de duración incierta, Cardiovascular o Terciaria benigna	<p>Punción Lumbar.</p> <p><b>LCR normal:</b> Penicilina G. benzatina (2,4 mU, semana/3 semanas).</p> <p><b>LCR patológico:</b> tratar como neurosífilis.</p>	<p>Punción Lumbar.</p> <p><b>LCR normal y paciente no infectado con VIH:</b> Clorhidrato de tetraciclina (500 mg P.O., 4 veces al día) o doxiciclina (100 mg P.O., cada 12 horas), 4 semanas.</p> <p><b>LCR normal y paciente infectado con VIH:</b> desensibilización y tratamiento con Penicilina. Si no es posible, asegurar el tratamiento.</p> <p><b>LCR patológico:</b> tratar como neurosífilis.</p>
Neurosífilis (asintomática o sintomática)	<p>Penicilina G. sódica G (18–24 mU/día IV, 3–4 mU, cada 4 horas o infusión continua), 10–14 días.</p> <p>Penicilina G. procaína (2,4 mU/día, I.M.) más probenecid oral (500 mg, cada 4 horas), 10–14 días.</p>	Desensibilización y tratamiento con Penicilina.
Sífilis en embarazadas	Según el estadio.	Desensibilización y tratamiento con Penicilina.

# Estudios limitados: Ceftriaxona

## Reacción de Jarisch-Herxheimer

### Úlceras genitales

	Microorganismo	Ulceración	Adenopatías
<b>A. Herpes</b>	VHS 1 y 2	Múltiple y dolorosa	Bilaterales
<b>B. Lúes</b>	<i>T. Pallidum</i>	Indolora	Bilaterales
<b>C. Chancroide</b>	<i>H. Ducreyi</i>	Dolorosa	<b>Bubón</b>
<b>C. Granuloma inguinal Donovanosis</b>	<i>Klebsiella Calymmatobacterium granulomatis</i>	Lentamente progresiva, destructiva	Poco frecuente
<b>D. LGV</b>	<i>C. Trachomatis</i> (L1, L2 y L3)	Puede pasar desapercibida	<b>Bubón</b>

## **C. Chancro blando o chancroide**

- Periodo de incubación corto: 3 días.
- Úlcera fondo sucio, purulento, dolorosa, base blanda.
- Localizada surco balanoprepucial, frenillo, prepucio.
- En la mujer puede ser intravaginal (!!).
- Por autocontagio aparecen lesiones múltiples.
- Adenopatía inguinal (40%), única, unilateral, dolorosa, periadenitis, fistuliza, nuevo chancroide.

## C. Chancro blando o chancroide

### Tratamiento

- **Azitromicina**, 1 g oral, en dosis única.
- **Ceftriaxona**, 250 mg, IM, en dosis única.
- **Ciprofloxacino**, 500 mg, dos veces día/3 días.
- **Eritromicina**, 500 mg, tres veces al día/7 días.

*CDC. Ann Intern Med., 2002.*

### Úlceras genitales

	Microorganismo	Ulceración	Adenopatías
<b>A. Herpes</b>	VHS 1 y 2	Múltiple y dolorosa	Bilaterales
<b>B. Lúes</b>	<i>T. Pallidum</i>	Indolora	Bilaterales
<b>C. Chancroide</b>	<i>H. Ducreyi</i>	Dolorosa	
<b>C. Granuloma inguinal Donovanosis</b>	<i>Klebsiella Calymmatobacterium granulomatis</i>	Lentamente progresiva, destructiva	Poco frecuente
<b>D. LGV</b>	<i>C. Trachomatis</i> (L1, L2 y L3)	Puede pasar desapercibida	

### D. Linfogramuloma venéreo

#### 3 fases:

- Pápula o úlcera herpetiforme: cura sin secuelas.  
Aparece a los 3-30 días del contagio.
- Adenopatía unilateral: puede drenar durante semanas.  
Frecuentemente clínica sistémica.
- Genitales hipertróficos y linfedema.

## D. Linfogranuloma venéreo

### Tratamiento

- Doxiciclina durante 21 días.
- Aspiración del bubón.
- Alternativas: eritromicina, cloramfenicol, rifampicina.

## **D. Linfogranuloma venéreo**

### **Brotes de patología rectal**

- Proctitis en varones homosexuales.
- Duración de la clínica entre 3 y 60 días.
- Sin tratamiento puede producir fístulas y estenosis.
- Brote de Barcelona, primer caso en 2005.  
En un semestre 2007-2008 → 21 casos.
- La mitad inmigrantes del este de Europa y Latinoamérica

# Enfermedades de Transmisión Sexual

- **Úlcera genital.**
- **Secreciones.**

# 1. Uretritis

Uretritis gonocócica	Uretritis no gonocócica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causada por <b><i>N. Gonorrhoeae</i></b>.</li> <li>• PI: 1-10 días.</li> <li>• Uretra: disuria y exudado purulento, abundante, presente en el meato sin realizar expresión.</li> <li>• 5-10% asintomáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las uretritis no causadas por <i>N. Gonorrhoeae</i>.</li> <li>• <b><i>C. Trachomatis, Ureplasma Urealyticum, Trichomonas Vaginalis, Herpes Simple, Mycoplasma Hominis.</i></b></li> <li>• PI: 2-35 días.</li> <li>• Exudado mucopurulento o claro, menos profuso que en UGC.</li> <li>• Sólo el 11-33% refieren exudado.</li> <li>• Instauración de forma subaguda. La disuria es muy discreta.</li> </ul>

## 2. Vaginitis

### Vulvovaginitis

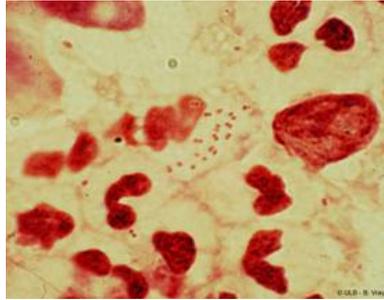
Conjunto de enfermedades infecciosas y otros trastornos inflamatorios que afectan la mucosa vaginal y a menudo secundariamente la vulva; es frecuente la secreción vaginal.

## Secreción vaginal

- *Candida spp*
- Vaginosis bacteriana.
- *T. Vaginalis*.
- *N. Gonorrhoeae*.
- *C. Trachomatis*.
- Primer episodio de herpes simplex virus...

La cervicitis con frecuencia es asintomática, pero puede producir infertilidad, EPI y complicaciones a largo plazo.

## Diagnóstico



1. **Clínica:** exploración 2 horas después de la micción:
  - Eritema alrededor del meato, exudado.
2. **Toma de muestras:** Tinción de Gram, cultivo.
3. **Serologías.**
4. **Sondas de ADN, PCR.**
5. **Inmunofluorescencia:** sensible, alta tasa de falsos positivos.
6. **Enzimoimmunoensayo:** baja sensibilidad, alta tasa de falsos positivos.

Gonocócica	No gonocócica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona 250 mg I.M.</li> <li>• Cefixima 400 mg/oral.</li> <li>• Ciprofloxacino 500 mg/oral.</li> <li>• Ofloxacino 400 mg/oral.</li> <li>• Azitromicina 2 g/oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina 100 mg/12 horas/7 días.</li> <li>• Azitromicina: 1 gramo/dosis única.</li> <li>• Ofloxacino: 300 mg/12 horas/7 días.</li> <li>• Eritromicina: 500 mg/6 horas/7 días.</li> </ul>

