

Infecciones de Transmisión Sexual

Diana Corona Mata

FEA Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

GC-26 Virología Clínica y Zoonosis IMIBIC

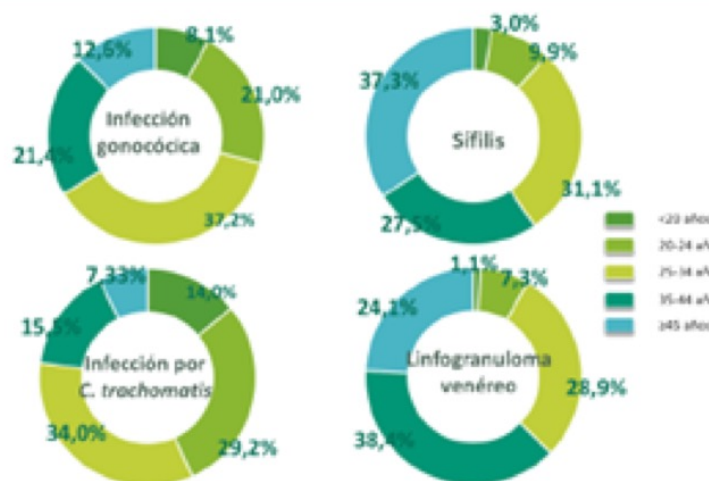
CIBERINFEC

diana.corona.sspa@juntadeandalucia.es

Importancia Infecciones Transmisión Sexual

- Alta prevalencia y aumento de la incidencia
- Importancia por transmisión comunitaria
- Consideradas Enfermedad de declaración obligatoria (EDO) Sífilis, Clamidia, Gonorrea, Linfogranuloma, VIH, Hepatitis B y C
- Objetivo estratégico de la OMS para 2030 (Integrado en el Plan de Eliminación VIH, ITS, hepatitis virales)
- Planes Nacionales y Autonómicos para prevención, diagnóstico y tratamiento ITS en España
- Dificultad de diagnóstico por: Estigma, curso asintomático, no identificación de los síntomas...

Total de casos notificados en 2019



Distribución casos según edad

Aumento en jóvenes menores de 35 años

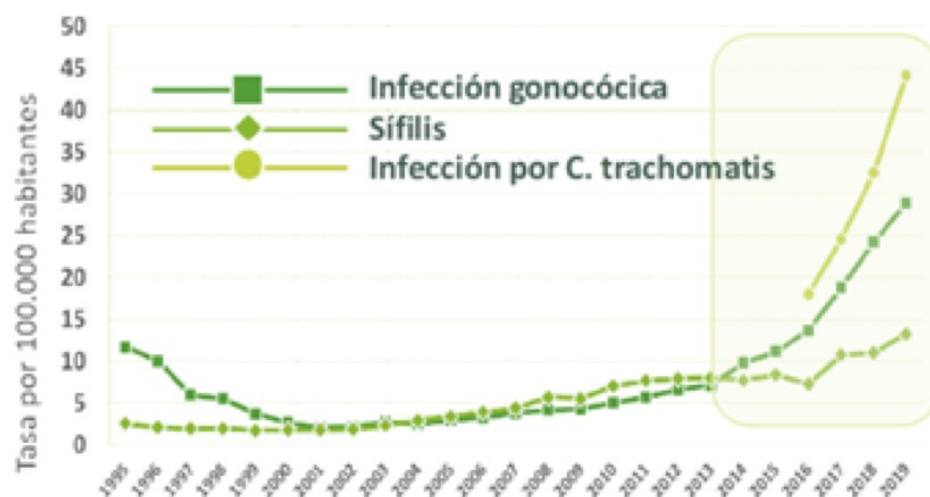
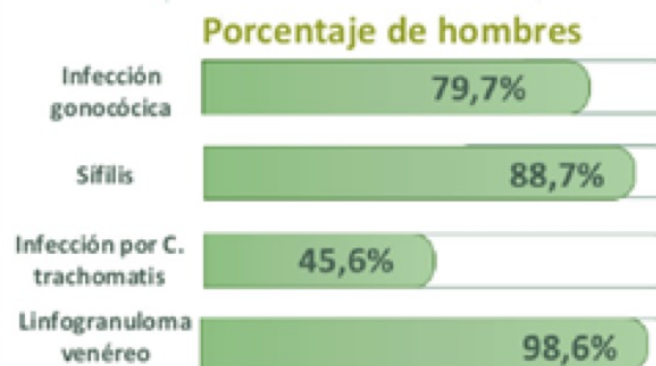
Incremento continuo de las tasas

Puntos claves

Mayor afectación en hombres, excepto *C. trachomatis*



SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2019



Porcentaje anual de cambio

Infección gonocócica	2013-2019	+25,2%
	2011-2016	=0,1%
Sífilis	2016-2019	+18,4%
	2013-2019	+34,5%

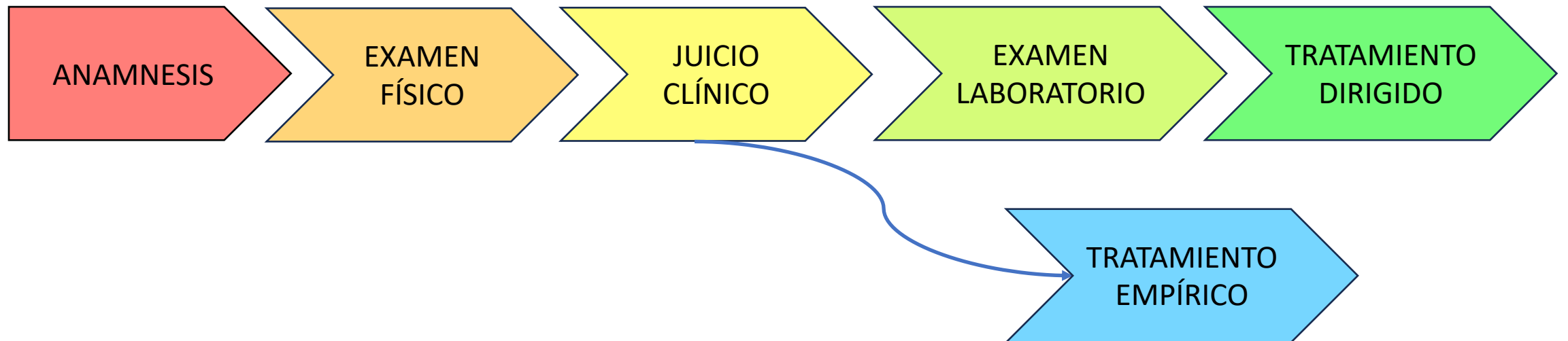
Factores que contribuyen al desarrollo de infecciones del tracto genital:

- Relaciones sexuales no protegidas (método barrera)
- ITS concomitante
- Desconocimiento estado serológico
- Afectación de la barrera mucocutánea
- En pacientes con VIH/Hepatitis virales crónicas, no alcanzar la supresión virológica (I=I)
- No empleo de vacunación
- Consumo de drogas asociadas al sexo: Chemsex

Microorganismos implicados

BACTERIAS	VIRUS	PROTOZOOS	ARTRÓPODOS	HONGOS
Neisseria gonorrhoeae	VPH VHS 1-2	Trichomonas vaginalis	Phthirus pubis	Candida spp
Chlamydia	VIH	Entamoeba histolytica	Sarcoptes scabiei	
Treponema pallidum	VHA VHB VHC	Giardia lamblia		
Haemophilus ducreyi	Molluscum			
Mycoplasma/Ureaplasma				

Proceso diagnóstico



Infecciones del Tracto genital

Úlceras

Verrugas genitales

Uretritis/Cervicitis

Vulvovaginitis

Proctitis/Proctocolitis

Ectoparásitos



SIFILIS

Características

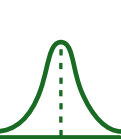


- *Treponema pallidum* productor de la sífilis: ITS con múltiples estadios.
- Bacilo (espiroqueta). Reservorio humano
- MECANISMO DE TRANSMISIÓN:
 - Sexual (oral-genital o genital-genital, raramente con el beso), de una pareja sexual con sífilis primaria, secundaria o en fase latente temprana (especialmente cuando existen placas mucosas, condilomas planos o chancro).
 - El microorganismo pasa a través de la mucosa o piel erosionada.

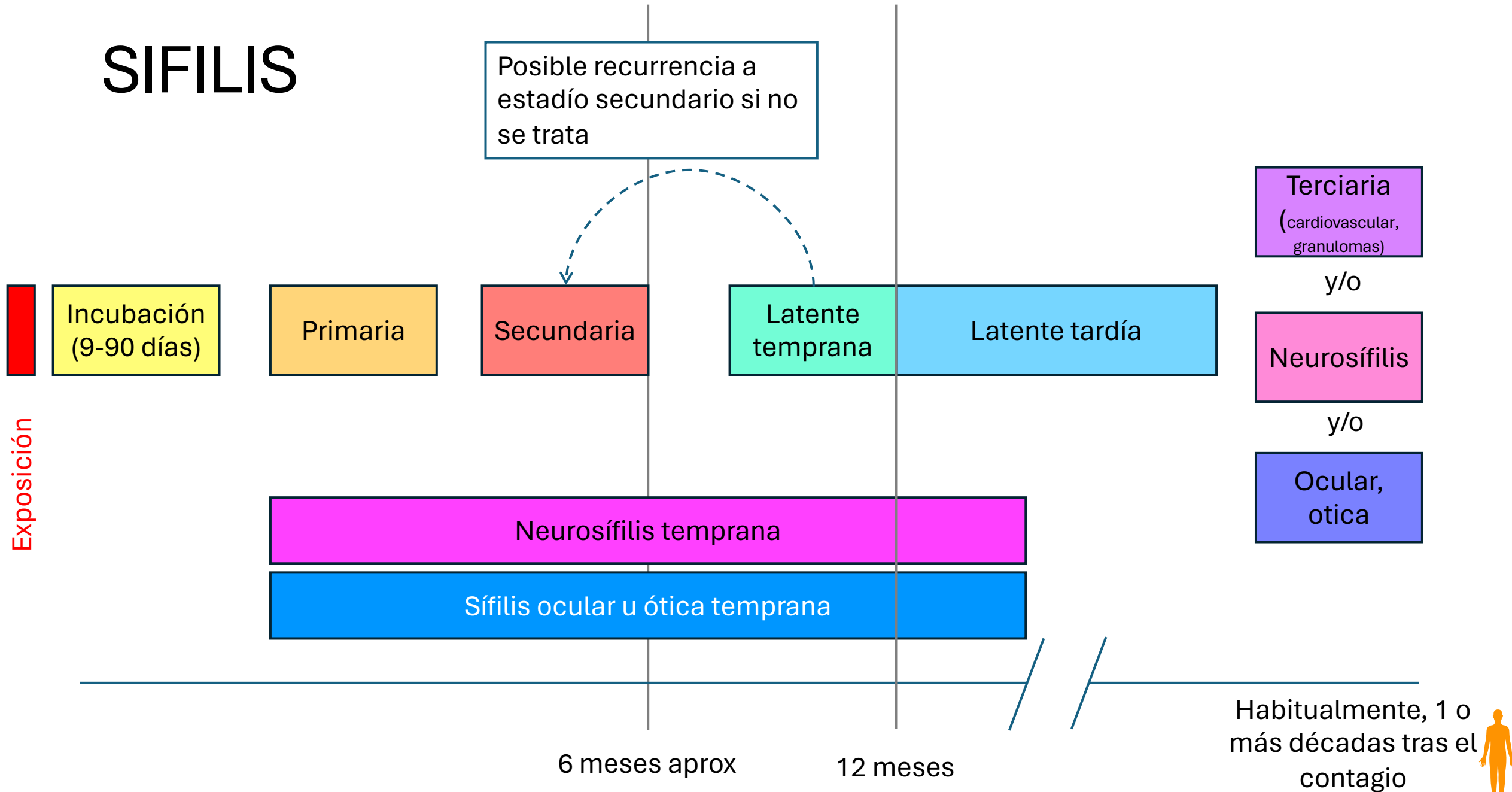


Características

- PERIODO DE INCUBACIÓN: 2-6 semanas (hasta 3 meses)
- PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD: en estadíos primario y secundario.
- Dificultad diagnóstica: 50% asintomáticos. Gran cortejo de síntomas diferentes. Bacilo no cultivable. Compleja interpretación de la serología.
- Tratamiento sencillo: muy sensible a penicilina.
- Situaciones especiales: gestantes, sífilis congénita, secundarismos (“gran simuladora”, neurolúes, alérgicos a penicilinas).



SIFILIS



Sífilis primaria

PRIMARIA
3-4 semanas

- Chancro (úlceras) no doloroso e indurado en el lugar de la infección
- Adenopatías satélites no supuradas
- Curación espontánea <6 semanas



Sífilis secundaria

SECUNDARIA
6 sem-6 meses

- Lesiones mucocutáneas (90-97%): Máculas distribución amplia (incluidas palmas-plantas). Zonas intertriginosas o húmedas: condilomas planos
- Adenopatías generalizadas (50-85%)
- Malestar (13-20%)
- Odinofagia
- Febrícula



Exantema



Condilomas planos sifilíticos



SECUNDARIA
6 sem-6 meses

Alopecia parcheada



Lengua en pradera segada



Sífilis secundaria: otras formas

- Manifestaciones oculares: uveítis
- Posible afección SNC (meningitis: cefalea, meningismo, parálisis pares craneales)
- Hepatitis sifilítica (colestasis GGT/FA y Transaminasas) (granulomas)
- Pulmonar
- Renal
- Articular, ósea



Sífilis latente

- Tras la mejoría espontánea del periodo secundario, llega una fase asintomática.
- Durante el 1º año (sífilis latente temprana) puede haber recaídas del secundario (25%)
- ¿Recaída vs reinfección?
- Más allá del año, Sífilis latente tardía



Sifilis terciaria

- 10-15 años después de la primoinfección (en un 30% de los no tratados)
 - NEUROSÍFILIS parenquimatoso (parálisis general progresiva, tabes dorsal)
 - SIFILIS CARDIOVASCULAR (aortitis)
 - GOMAS (granulomas) en huesos, piel, tejidos blandos, cualquier órgano.



Sifilis terciaria

Neurosífilis

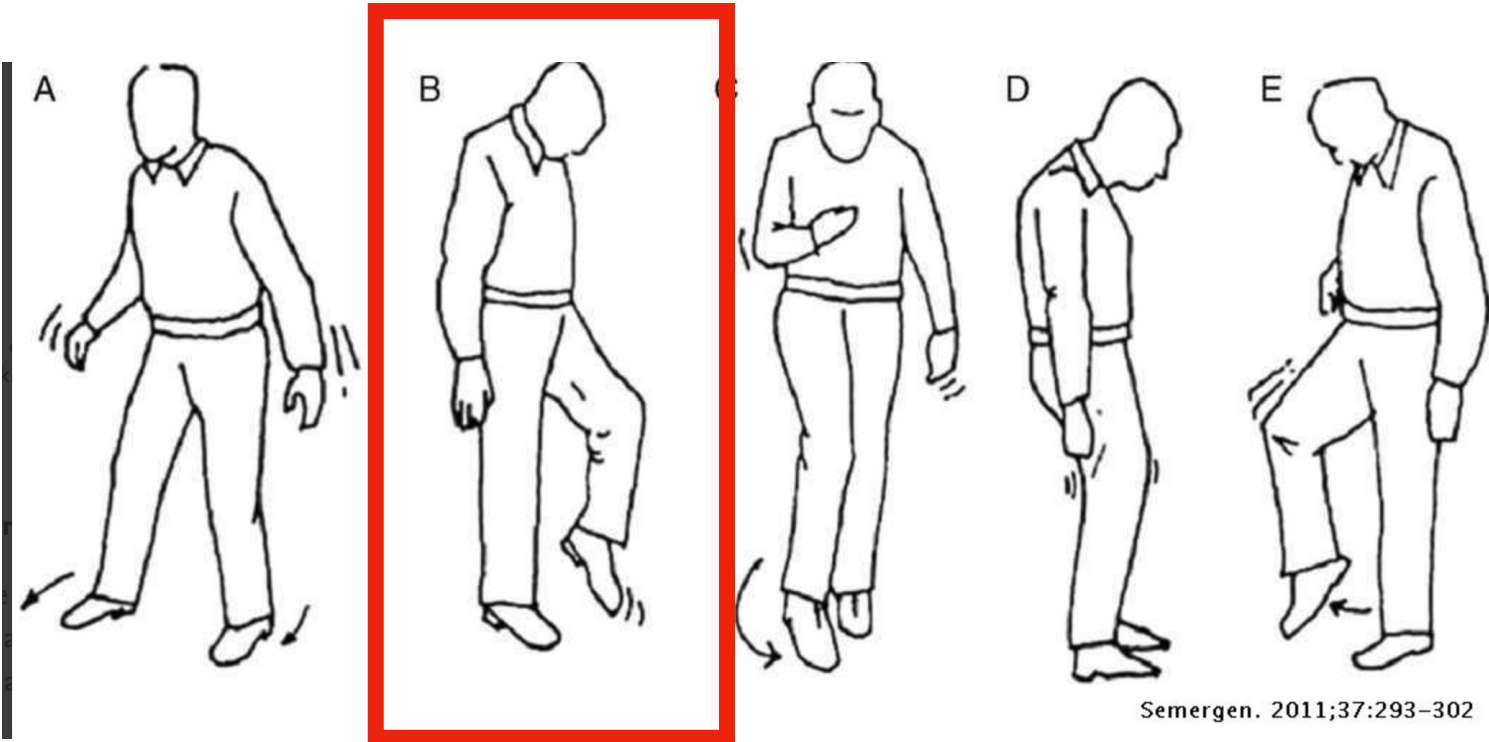
T. pallidum puede **infectar el SNC en cualquier etapa de la sífilis** y provocar neurosífilis.

Exploración neurológica y punción lumbar: todo paciente con sífilis y síntomas neurológicos. Oftálmicos, auditivos...

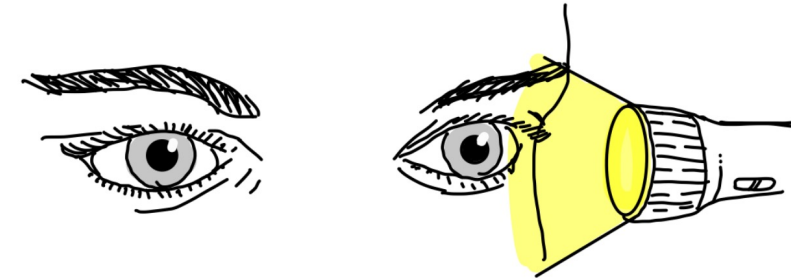
- Manifestaciones clínicas neurológicas precoces (primeros meses o años)
 - Meningitis con afectación de pares craneales (especialmente VI, VII y VIII)
 - Sífilis meningovascular, accidente cerebrovascular
 - Síndrome confusional agudo
- Manifestaciones neurológicas tardías ocurren 10 a > 30 años después de la infección.
 - Tabes dorsal (desmielinización de los cordones posteriores de la medulla espinal)
 - Parálisis general progresiva (meningoencefalitis crónica > demencia, paresia y parálisis)



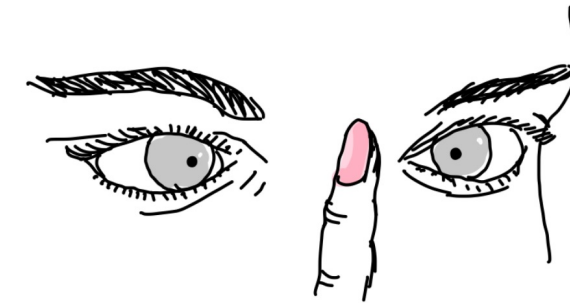
Neurosífilis



A) Marcha cerebelosa. B) Marcha sensitiva-tabética. C) Marcha espástica o «en segador». D) Marcha parkinsoniana. E) Marcha en estepaje.
Semergen. 2011; 37(6) 293—302



Pupils DO **NOT** constrict when exposed to bright light. (“light reflex”)



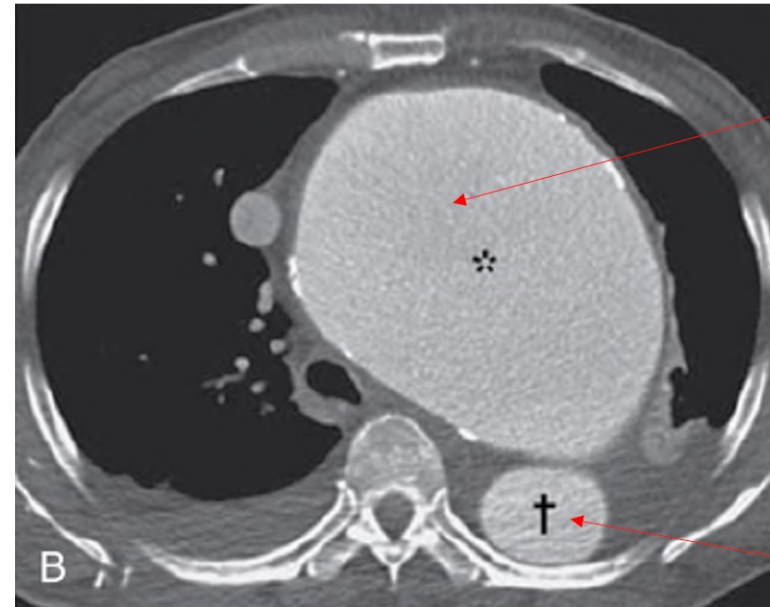
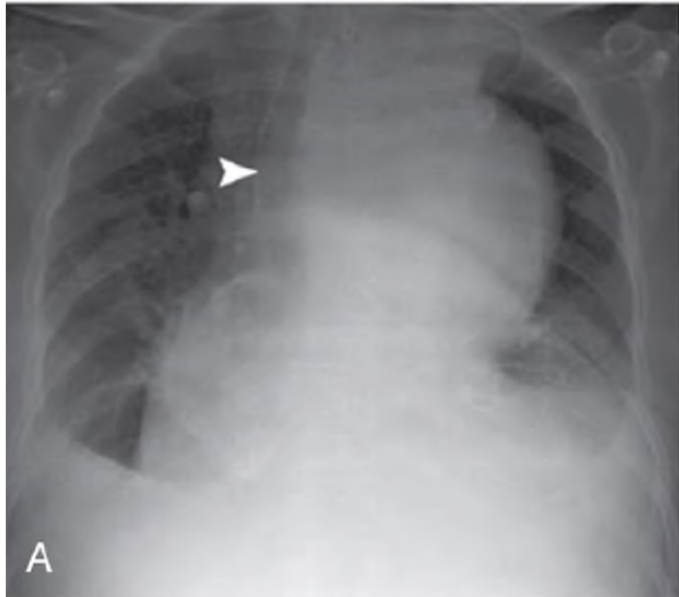
Pupils DO constrict on a near object. (“accommodation reflex”)

Pupila Argyll Robertson



Sifilis terciaria

Aortitis (insuficiencia aortica) y aneurisma de aorta



Aneurisma

Aorta Descendente



Gomas sifilíticas



Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:702-3

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(9):702-703



Gomas cavidad oral

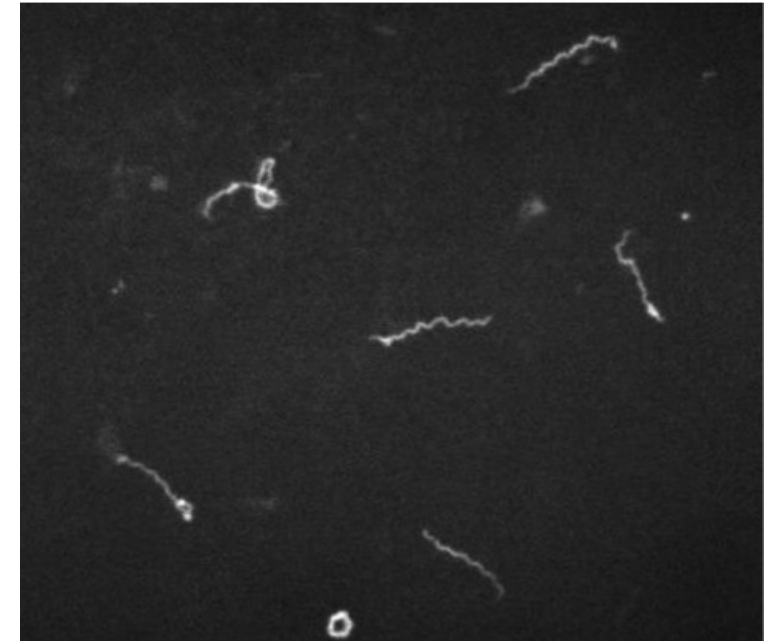


Situaciones especiales

- Embarazo: Riesgo de Sífilis congénita
- VIH: riesgo de progresión neurológica en inmunodeprimidos (CD4 < 350 cel/mm³)
- Alérgicos a penicilinas: Alternativas con tetraciclinas. En embarazadas: desensibilización a penicilinas
- Sífilis complicada: síntomas neurológicos o afectación órgano diana por sífilis terciaria.

Diagnóstico: Métodos

- MÉTODOS DIRECTOS
 - Microscopía de campo oscuro
 - **PCR**
- MÉTODOS INDIRECTOS
 - Pruebas No treponémicas (reagínicas, cardiolipina)
 - **RPR**
 - VDRL
 - Pruebas treponémicas (anticuerpos específicos)
 - EIA/CLIA
 - **TTPA/TPHA**
 - FTA/ABS



Microscopía Campo Oscuro

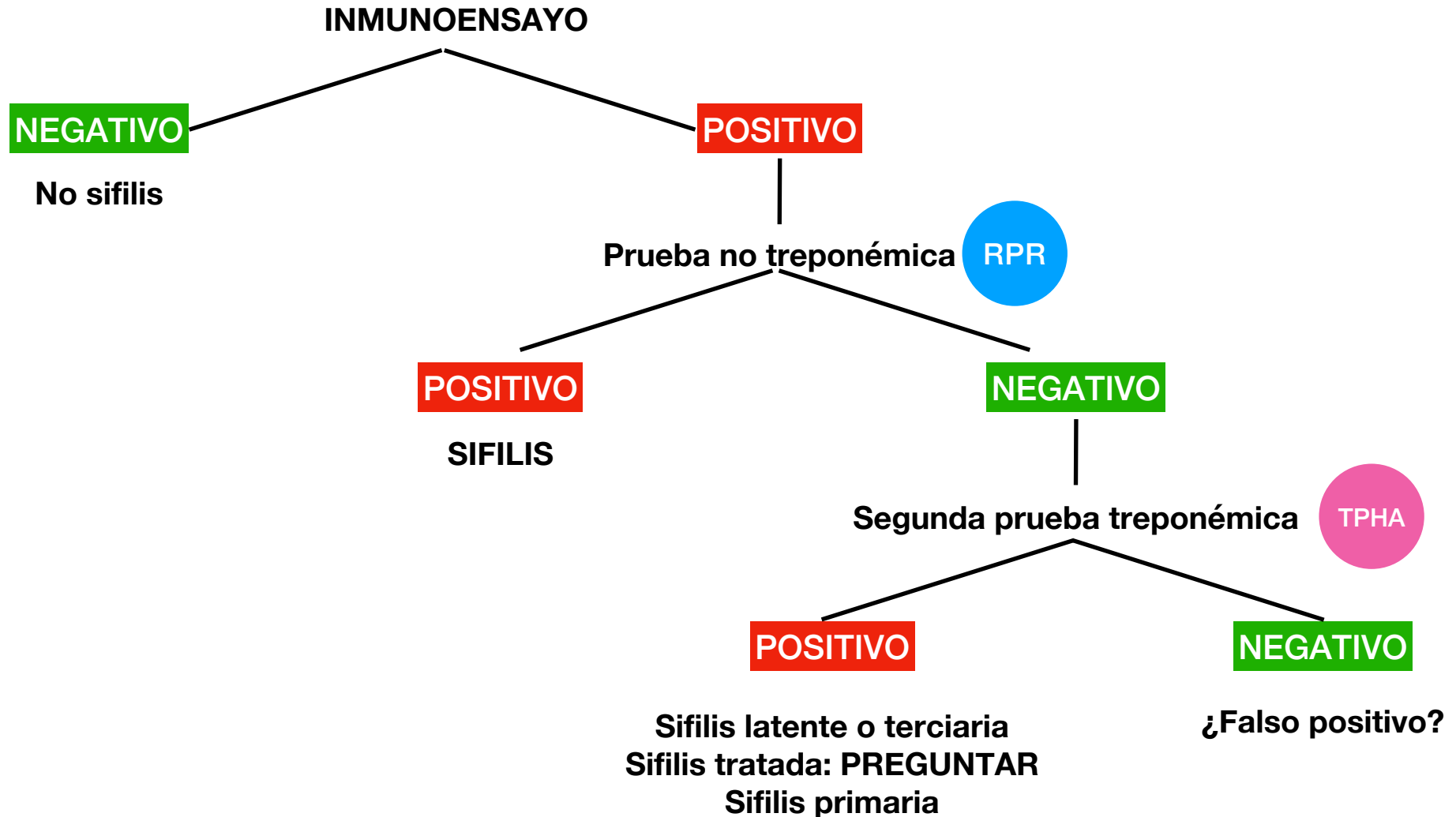


Métodos indirectos: serología

NO TREPONÉMICAS	TREPONÉMICAS
RPR. VDRL	EIA/CLIA. TPPA/TPHA FTA/ABS
Inespecíficas	Específicas: Anticuerpos
Positivas en fases ACTIVAS de la infección. SEMICUANTITATIVAS (títulos)	No relacionadas con la actividad de la infección. CUALITATIVAS (positivas negativas)
Diagnóstico y Seguimiento	Permanecen positivas de por vida
Efecto PROZONA	Automatizables. CRIBADO
FALSOS POSITIVOS (embarazo, enf. Autoimunes, ADVP)	Más sensibles que No treponémicas en sífilis primaria. Si resultados discordantes, usar una segunda prueba treponémica.



Algoritmo inverso



Diagnóstico neurosífilis

- Punción lumbar (LCR)
 - Pacientes con síntomas neurológicos
 - Síntomas oculares
 - Síntomas auditivos
 - Fracaso terapéutico

**Aumento de
celularidad y
proteíorraquia +/-
VDRL + en LCR**

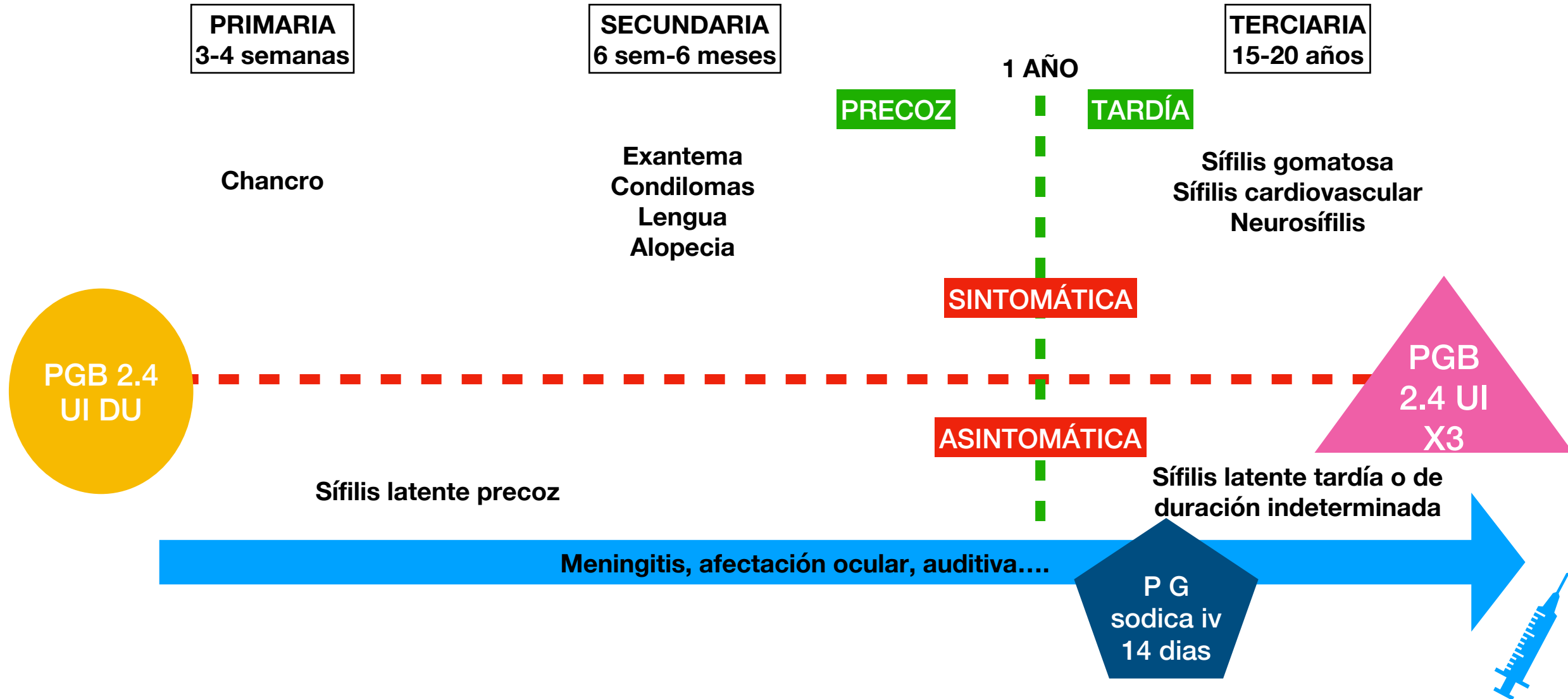
**Un LCR normal no
descarta la NRL lúes**

TRATAMIENTO

- **SIFILIS PRIMARIA Y SECUNDARIA** (no embarazadas) incluidos PVVIH
 - Penicilina benzina 2.400.000 UI i.m. **DOSIS UNICA** (DE ELECCIÓN)
 - Alérgicos: doxicilina 100 mg/12 horas v.o. x14 días
- **SIFILIS LATENTE** (no embarazadas) incluidos PVVIH
 - Penicilina benzina 2.400.000 UI i.m. **3 DOSIS (una por semana)**
 - Alérgicos: doxicilina 100 mg/12 horas v.o. x28 días
- **NEUROSÍFILIS**
 - Penicilina G sódica 1,8-2,4/4 horas **iv 14 días**



TRATAMIENTO



Seguimiento

- Confirmar adherencia a tratamiento y evaluar respuesta serológica.
- Serología luética en los meses 3, 6 y 12 tras tratamiento. Considerar chequeo de VIH y otras ITS en la visita a los 3 meses del tratamiento (periodo ventana)
- La respuesta a tratamiento se monitoriza con la medida de RPR: un descenso de diluciones (p.ej 1/8 >1/2) indica respuesta adecuada a tratamiento.
- Marcadores serológicos RPR pueden permanecer positivos >12 meses tras tratamiento.
- Si no hay respuesta serológica: plantear fracaso de tratamiento y posibilidad de neurolúes>>>> Indicado examen Líquido Cefalorraquídeo
- **IMPORTANTE: ESTUDIO DE CONTACTOS Y TRATAMIENTO DE LAS PAREJAS!!!**

HERPES GENITAL (VHS)

- Agente: Virus Herpes simplex tipos 1 y 2
- VHS-1 afecta habitualmente a labios, nariz y zonas próximas (herpes labial) y puede afectar a zona genital y anogenital
- VHS-2 causa infección principalmente en región genital
- MECANISMO DE TRANSMISIÓN
 - Contacto estrecho con vesículas de herpes simple y a través de secreciones en las que esté presente el virus aunque no se visualicen lesiones dérmicas

CLINICA



VHS



VHS



DIAGNÓSTICO

ESPECÍMEN	TEST	CONSIDERACIONES
Exudado de la base de la úlcera o líquido de las vesículas (romper), en sangre, saliva, LCR y biopsias	TAAN mediante PCR VHS	Positivo: Infección por VHS Negativo: Valorar otros agentes productores de úlceras genitales

***Serología mediante técnicas de ELISA o Inmunoblot: Uso muy limitado. La seroconversión puede tardar varias semanas, se recomienda tomar 2º muestra de suero a las 12 semanas de la exposición. Los Ac IgM frente a VHS-1 y 2 no son específicos del tipo y pueden ser positivos durante los episodios de herpes genital u oral recurrente.



DxD ITS: Sífilis, Linfogranuloma venéreo, donovanosis o chancroide (raros)
DxD otras entidades: VVZ (inmunodeprimidos), lesiones intraepiteliales escamosas, carcinomas, Enf. Becet, Enf. Crohn (plantear biopsia)

TRATAMIENTO

DOLOR + FIEBRE
ANALGESIA ORAL
+/- LIDOCAÍNA
TOPICA

**PRIMER
EPISODIO:**
Valaciclovir 500
mg/8h 7-10 días

RECURRENCIAS
Valaciclovir 500
mg/8h 3-5 días

3º EPISODIO
Valaciclovir
500 mg/8h
3-5 días

**4º EPISODIO
TERAPIA
SUPRESIVA**



Riesgo
transmisión
vertical.
Plantear
terapia
supresora

Evitar contacto sexual hasta resolución de síntomas.

Valaciclovir 500/24h 6
meses

CHANCROIDE

- Agente etiológico: *Haemophilus ducreyi*
- Número de casos en descenso, brotes epidémicos (Caribe, Sudamérica, Africa)
- CLINICA
 - Periodo de incubación corto: 3-10 días
 - Úlceras únicas o múltiples, dolorosas, de fondo purulento y bordes blandos socavados
 - Adenopatías unilaterales, fijas, dolorosas, con tendencia a la fistulización
 - Lesiones extragenitales

CHANCROIDE

DIAGNÓSTICO

- Microscopía poco sensible y específica
- Cultivo: identificación de *H. ducreyi*, Sensibilidad <80%
- NAAT por PCR

TRATAMIENTO

- Ceftriaxona (250 mg im) o azitromicina (1g v.o.) dosis única
- Drenaje de adenopatías fluctuantes
- Tratamiento de contactos sexuales de los 10 días previos a la aparición de los síntomas

LINFOGRANULOMA VENÉREO

- Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3
- Especie endémica en los Trópicos
- Transmisión únicamente por vía sexual
- Brotes en Europa desde 2003

CLÍNICA

- Incubación de 3-30 días
- Úlcera transitoria, indolora, indurada
- Adenopatías unilaterales, dolorosas, con tendencia a la fistulización
- **IMPORTANTE:** Cuadros gastroentéricos en forma de COLITIS, PROCTOCOLITIS (simula una EII, fiebre, dolor abdominal, sangrado rectal, tenesmo, pérdida de peso)



DIAGNÓSTICO

- TAAN por PCR (diferencia LGV de CT no –LGV) (úlceras, líquido exudado, ano)

TRATAMIENTO

- Doxicilina 100 mg v.o. cada 12 horas 21 días
- Alternativa: Azitromicina 1g/semanal durante 3 semanas

Test
post-
curación
+21 días
fin tto

Tratamiento adyuvante:

- Drenaje de adenopatías fluctuantes
- Tratamiento de los contactos sexuales 60 días antes
- Seguimiento hasta resolución de síntomas
- No contacto sexual hasta curación

REPASO ULCERAS GENITALES

Sospecha Herpes Genital

Vesículas, úlceras,
dolorosas, adenopatías,
cervicitis, uretritis, fiebre

Aciclovir 400 mg/8h 7-10 d
Famciclovir 500 mg/12h 7-
10 días
Valaciclovir 1g/12 h 7-10 d´

Sospecha LGV

Úlcera indurada, no
dolorosa. Proctocolitis

Doxicilina 100 mg c/12h
21 días

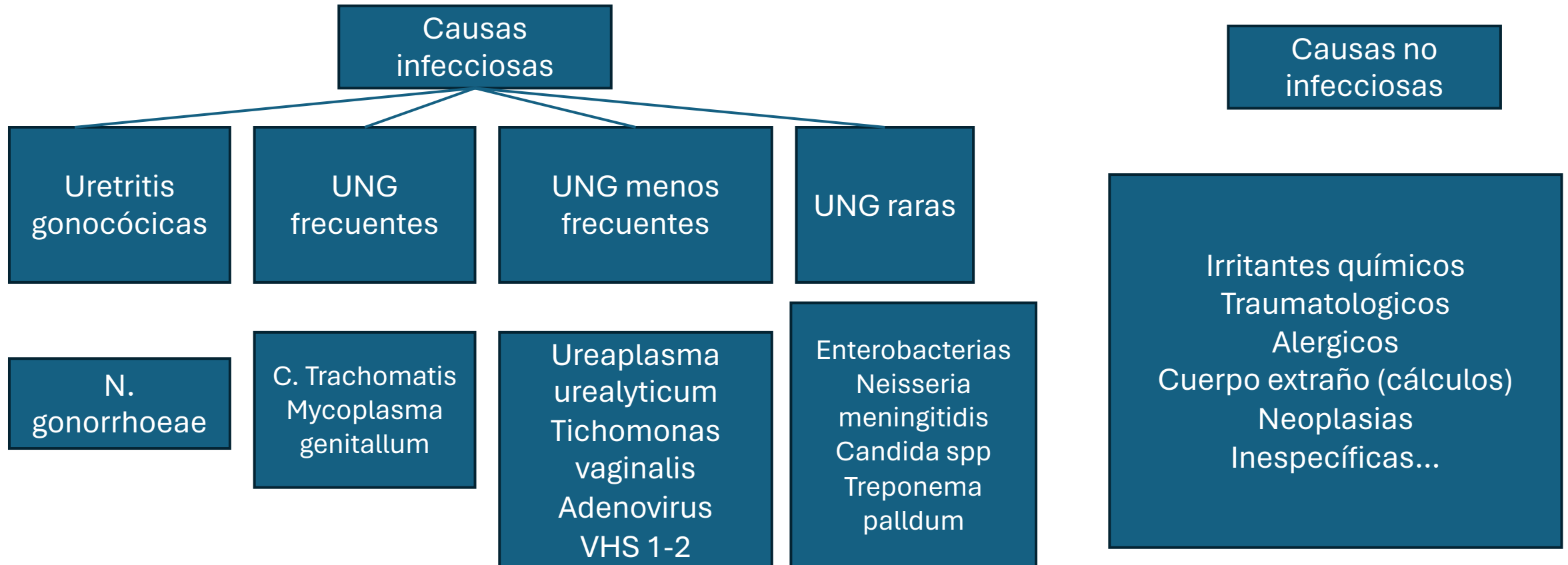
Sospecha Sífilis
(chancro)

Úlcera indurada, no
dolorosa.
Secundarismo:
exantema, o múltiples.
Ojo NRL lues

PGB 2.4 MU im dosis
única (1º, 2º), dosis x3
(Latente tardía)
P G sódica 24 MU iv 14
días (NRL lues)

ITS exudativas: URETRITIS

- Inflamación de la uretra generalmente de causa infecciosa, y en la mayoría de casos, por transmisión sexual. Supuración evidente mucopurulenta por uretra



URETRITIS. CLÍNICA

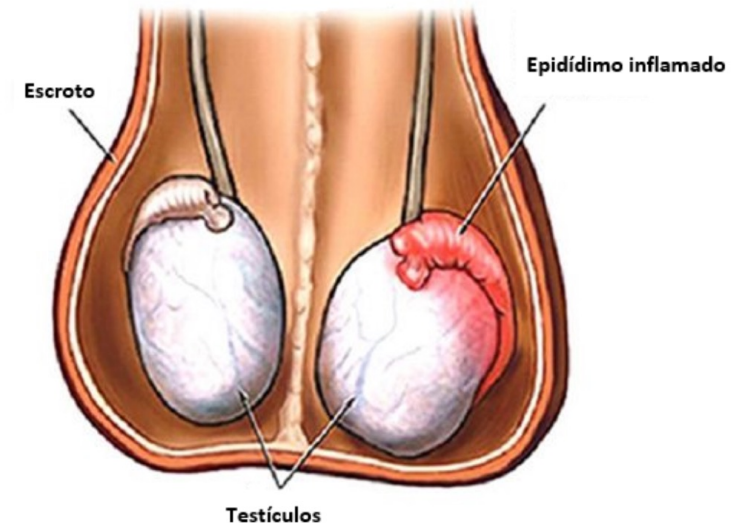
URETRITIS GONOCÓCICAS	URETRITIS NO GONOCÓCICAS
<ul style="list-style-type: none">• Pº incubación 2-5 días (hasta 2 semanas)• Disuria intensa, secreción purulenta y meatitis (si afecta a uretra posterior: tenesmo, disuria, hematuria)• Asintomaticas <3%• Complicaciones: orquiepididimitis, vesiculitis seminal, prostatitis, conjuntivitis, estenosis uretral, diseminación hematológica (artritis, meningitis, endocarditis...)	<ul style="list-style-type: none">• Pº de incubación: 21 días• Poca disuria, exudado claro, mucoso o acuoso, escaso (gota post-micción)• Asintomáticas hasta el 50%• Complicaciones; orquiepididimitis, artritis, tenosinovitis, Sd, Reiter

GONORREA

- Agente etiológico: *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo G-intracelular)
- Transmisión sexual. Incremento de los diagnósticos en nuestro país. Aumento del número de casos. Incidencia mayor en jóvenes varones

GONORRREA

- CLINICA: Infección en genitales, uretritis y cervicitis (sintomáticas), recto y faringe (mayormente asintomáticas).
- Secreción uretral, disuria, secreción vaginal, dispareunia y cervicitis. Conjuntivitis purulenta. Síntomas anorrectales: secreción, irritación, dolor a la defecación, síntomas urinarios.
- Complicaciones: **orquiepididimitis** / prostatitis / EPI / enfermedad diseminada: rash macular con pústulas necróticas, **artritis séptica**. Meningitis o endocarditis (raro)



GONORREA: diagnóstico y tratamiento

ESPECÍMEN	TEST	CONSIDERACIONES
Orina, exudado uretral, vaginal, rectal o faringeo	TAAN mediante PCR NG	
Orina, exudado vaginal, rectal, uretral, faríngeo) Líquido estéril (líquido articular, LCR)	Gram y Cultivo	Alta sensibilidad y especificidad en muestras de exudados sintomáticas, p.ej. Uretritis. Menos sensible (<50% en asintomáticos). Hemocultivos pueden ser positivos en enf. Diseminada.

Ceftriaxona 1 g im dosis única.

Aumento de resistencias a Quinolonas (>30%)

Si alérgicos a penicilinas: Gentamicina 240 mg im + Azitromicina 1 g v.o.

Sin no puede excluirse infección por CT: AÑADIR DOXICILINA 100/12 H 7 DÍAS

CLAMIDIA

- Agente etiológico: Chlamydia trachomatis
- En España, incidencia mayor en mujeres
- Frecuentemente asintomática

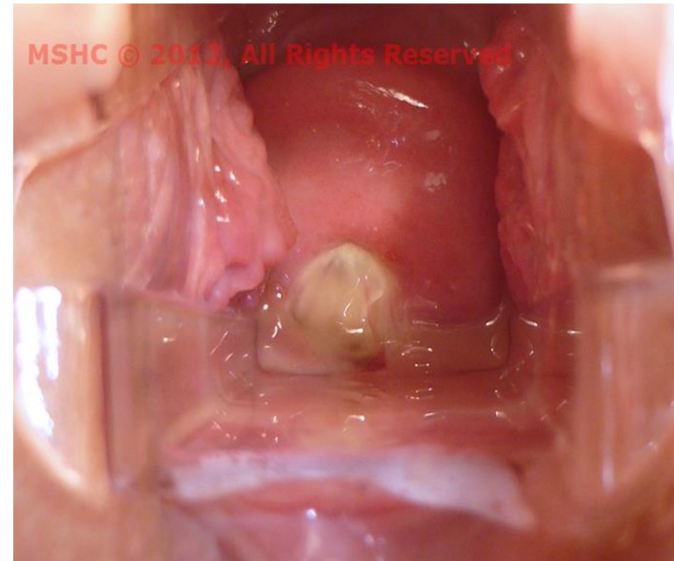
MSHC © 2012, All Rights Reserved



All Rights Reserved



MSHC © 2012, All Rights Reserved



CLAMIDIA: clínica

- **Uretritis:** Disuria, secreción uretral
- **Cervicitis:** secreción vaginal, dispareunia, sangrado intermenstrual, sangrado postcoital, dolor pélvico (pensar en EPI>>> infertilidad)
- Dolor testicular
- **Proctitis**

- **Complicaciones: orquiepididimitis, Enfermedad Pelvica Inflamatoria**, infertilidad, embarazo ectópico, rotura prematura de membranas, RN bajo peso. **Artritis reactiva. Conjuntivitis.**
Perohepatitis.

CLAMIDIA: diagnóstico y tratamiento

ESPECÍMEN	TEST	CONSIDERACIONES
Orina, exudado uretral, vaginal, rectal o faringeo	TAAN mediante PCR CT	

Doxicilina 100 mg cada 12 horas 7 días.
Azitromicina 1g v.o. en la mujer embarazada.

Sin no puede excluirse infección por NG: AÑADIR CEFTRIAXONA 1 G IM du

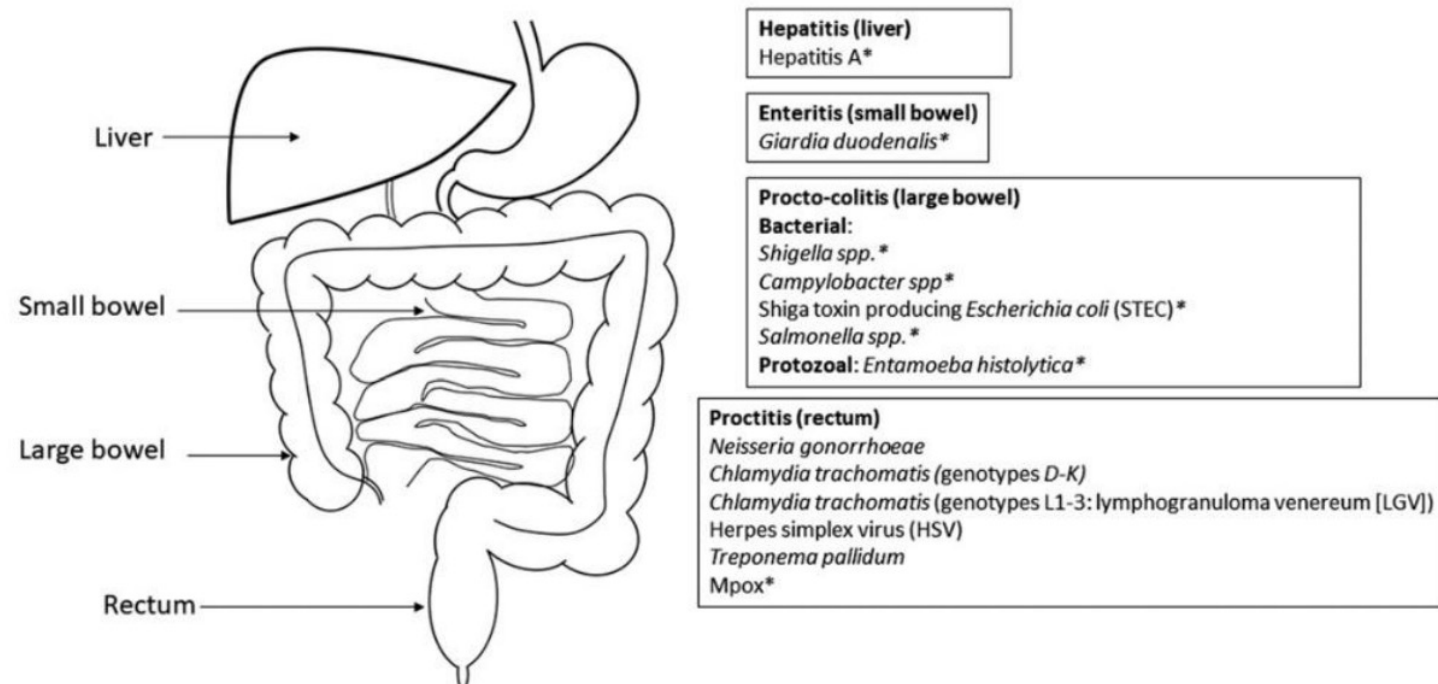
PROCTITIS/PROCTOCOLITIS

Definimos la proctitis como la inflamación del recto, proctocolitis recto / colon y enteritis inflamación del intestino delgado. Procesos inflamatorios, sobre todo agudos, provocados por patógenos que se pueden transmitir cuando se practica sexo anal receptivo o fisting en proctitis y proctocolitis o sexo oro-anal en la enteritis.

PROCTITIS	PROCTOCOLITIS	ENTERITIS
Neisseria gonorrhoeae (NG)	Shigella spp	Giardia lamblia
Chlamydia trachomatis (CT) Genotipo D-K, L1-L3 (LGV)	Campylobacter jejuni	Cryptosporidium spp
Virus herpes simple I y II	Salmonella spp	
Treponema pallidum	Clostridium difficile	
	Cryptosporidium spp	
	Citomegalovirus (CMV)	

PROCTITIS/PROCTOCOLITIS en ITS

Syndromes and aetiology of sexually transmitted enteric infections



*Notifiable organism

Robust evidence for sexual transmission of: hepatitis E, *Cryptosporidia spp.*, *Strongyloides stercoralis*, microsporidiosis, intestinal spirochaetosis and *Enterobius vermicularis* is lacking and are outside of the scope of this guideline

PROCTITIS: CLINICA

- NG/CT pueden ser asintomáticos
- LGV proctitis aguda muy sintomática (puede progresar a proctocolitis)
- Si síntomas: proctalgia, tenesmo, secreción rectal mucosa/purulenta/sanguinolenta, +/- fiebre y malestar general.
- Exploración física:
 - Ulceras (LGV, lúes, herpes)
 - Edema y eritema
 - Secreción rectal

PROCTOCOLITIS: CLINICA

La proctocolitis se presenta como un cuadro de diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, acompañado de fiebre y malestar general. Con signos clínicos igual que la proctitis pero que afectan al colon (hasta la unión recto sigmoidea).

ENTERITIS: CLINICA

La enteritis se caracteriza por náuseas y vómitos, diarrea, distensión abdominal, flatulencia, pérdida de peso y fiebre. A la exploración, la mucosa rectal no presenta signos inflamatorios.

TRATAMIENTO EMPÍRICO

PROCTITIS	PROCTOCOLITIS	ENTERITIS por Giardia
<p>En pacientes con síntomas y signos de proctitis aguda o en ausencia de resultados microbiológicos se debe realizar un tratamiento empírico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Doxiciclina 100 mg 1 comprimido cada 12 horas durante 7 días.- Ceftriaxona 1 g IM una dosis.	<p>En pacientes con síntomas de proctocolitis y que han viajado recientemente a zonas geográficas prevalentes de amebiasis (o que hayan mantenido relaciones sexuales con personas procedentes de esta zonas) se puede indicar el tratamiento con:</p> <ul style="list-style-type: none">- Metronidazol 500-750 mg/cada 8 horas entre 7-10 días	<p>Tinidazol 2 gr vía oral monodosis o Metronidazol 250 mg cada 8 horas durante 5 días.</p>
<p>En caso de sospecha de:</p> <ul style="list-style-type: none">- VHS: indicar además valaciclovir 500 mg cada 12 horas de 5-10 días.- Sífilis: indicar también Penicilina Benzatina 2.400.000 U una dosis IM.	<p>Sospecha LGV: Doxiciclina 100 mg/12 horas v.o. 21 días</p>	

***** Si sospecha o diagnóstico LGV: Doxicilina 100/12 durante 21 DIAS!!!

VULVOVAGINITIS

Las vulvovaginitis se caracterizan por secreción, molestias y prurito vulvar o vaginal, pudiendo frecuentemente cursar de manera asintomática. Entre las de causa infecciosa y por orden de frecuencia, destacan la vaginosis bacteriana, la vulvovaginitis por cándida y la tricomoniasis, con diferentes tipos de exudado vaginal según su etiología

- Tricomoniasis: ITS----- Tratamiento de la pareja
- Vaginosis bacteriana y Candida no se consideran ITS

VULVOVAGINITIS

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMO IMPLICADO	TIPO DE EXUDADO VAGINAL	TRATAMIENTO
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Prevotella spp</i> , <i>Porphyromonas spp</i> , <i>Bacteroides spp</i> , <i>Peptostreptococcus spp</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mobiluncus spp</i> , <i>Fusobacterium spp</i> , <i>Atopobium vaginae</i>	Moderado, blanco-grisáceo, homogéneo, adherente, maloliente	Metronidazol 500 mg/12 horas 7 días o tópico al 0.75% 5 gr/ 24h, 5 días b) Alternativa: crema vaginal de Clindamicina 2% 5 gr 1 vez día/ 7 días o Tinidazol 1gr/ 7 días v.o.
Candidiasis	<i>Candida albicans</i> . <i>Candida</i> no albicans: <i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. parapsylosis</i> , <i>C. kefyr</i> , <i>C. lusitaniae</i>	Escaso-moderado, blanco-grisáceo., grumoso, inoloro	Clotrimazol: 500mg óvulo vaginal MD / ó 200 mg óvulos/24h x 3 días – Clotrimazol crema intravaginal al 1% 7-14 días - Alternativa: Fluconazol 150 mg vo MD
Tricomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Aumentado, amarillo-verdoso, espumoso, maloliente (pescado)	Metronidazol o Tinidazol 2 gr MD vo

VERRUGAS GENITALES

- Lesiones benignas asintomáticas.
 - Molluscum contagiosum
 - Virus papiloma humano
 - Sifilis secundaria (condilomas planos, condiloma lata)



ECTOPARÁSITOS

- Pediculosis pubis (*Ladillas*)
 - Incubación 3 semanas (15-25 días)
 - Maculas eritematosas y muy pruriginosas. Visualización de la liendre o la ladilla
 - Permetrina tópica 1% (medidas higiénicas)



ECTOPARÁSITOS

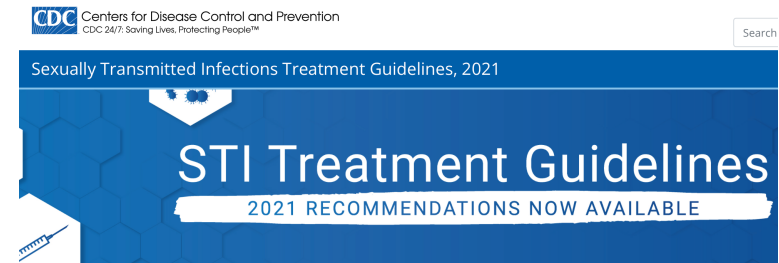
- **Sarcoptes scabiei (Sarna)**
 - Incubación de 2-6 semanas
 - Prurito intenso, lesiones cutáneas, afectación general (respeta cabeza). Surcos lineales (pliegues, espacios interdigitales)
 - Sarna noruega: muy resistente a tratamiento tópico, manifestación como hiperqueratosis y sobreinfección
 - Permetrina 1% topica. Si Resistencia, ivermectina oral



Herramientas de consulta



<https://stiatlas.org/Index.aspx>



<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>



<https://sti.guidelines.org.au>



DOCUMENTO DE CONSENSO
SOBRE DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL EN ADULTOS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES

(ACTUALIZACIÓN MARZO 2017)

https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf



Nos vemos en los seminarios

diana.corona.sspa@juntadeandalucia.es