

**DOCUMENTO BASE GUÍA PRACTICA CLINICA OSECAC CLI-93****Conceptos Iniciales**

Globalmente, se han estimado 499 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en 2008, con pocas variaciones con respecto a 2005 (448 millones de personas infectadas). Se observaron variaciones en relación con la incidencia por germen; la tasa global de infecciones por *Chlamydia trachomatis* en 2005 fue de 101.5 millones de casos contra 105.7 millones en 2008 (4.1% de aumento); para *Neisseria gonorrhoeae* las cifras respectivas fueron de 87.7 y 106.1 millones (21%); para la sífilis no se describieron modificaciones, mientras que la cantidad de casos de infección por *Trichomonas vaginalis* fue de 248.5 millones (2005) y 276.4 millones (2008), con un cambio de 11.2%. En Argentina se ha informado que el porcentaje de sífilis en trabajadores sexuales y en hombres que tienen sexo con hombres (MSM) es mayor con respecto a la de la población general, excediendo un 20%.

Actualmente se han modificado algunos tratamientos debido al aumento de la resistencia observada, tanto a nivel mundial como en Argentina, en especial por gonococo resistente a quinolonas. Según el reporte de vigilancia epidemiológico (2012), se informó que de 404 casos testeados, 49 fueron resistentes a ciprofloxacina, siendo 100% sensibles a cefalosporinas de tercera generación.

Con respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) adquirida a nivel mundial, los nuevos casos han disminuido un 33% (2.3 millones con respecto a 2001), pero hay un aumento de los casos totales. Se estima que 35.3 millones de personas viven con la enfermedad en todo el mundo. También se ha informado una disminución de las muertes relacionadas con sida (2.3 millones en 2005 contra 1.6 millones en 2012), así como de la transmisión vertical (35% en 2012 con respecto a 2009).

Las ITS se transmiten a través de las relaciones sexuales sin protección, de la madre al hijo, por compartir jeringas en personas que usan drogas intravenosas, por transfusión de sangre o hemoderivados o a través de accidentes corto-punzantes (en menor frecuencia). Las complicaciones potenciales incluyen enfermedades crónicas, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), dolor pélvico crónico, aborto, parto prematuro, muerte perinatal, infecciones posparto, aumento de la mortalidad materno-fetal, infertilidad, cáncer de cérvix. En los niños se señalan bajo peso al nacer, infecciones y malformaciones congénitas (lesiones oculares, pulmonares, auditivas, óseas, neurológicas).

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Patricia Giráldez
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	21/05	05/06

Agentes Causales de ITS	
<p>Bacterias</p> <p><i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Klebsiella granulomatis</i></p>	<p>Virus</p> <p>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Virus del herpes simple tipo 2 (HSV2) Virus del papiloma humano (HPV)</p>
<p>Otros: parásitos (<i>Trichomonas vaginalis</i>), hongos (<i>Candida spp.</i>)</p>	

Evaluación Inicial

- Definir el síndrome clínico, los antecedentes personales y datos epidemiológicos, la utilización o no de preservativo y datos de los contactos sexuales:
- Determinar antecedentes de vacunación previa
- Determinar antecedentes epidemiológicos
- Exámenes complementarios: serologías para ITS (VDRL cuantitativa, hepatitis B [anti core B, HbSAg], hepatitis C, ELISA para VIH, previo consentimiento informado), cultivos, imágenes, biopsias.
- Consejería en reducción de riesgo, promoción de uso de preservativo
- Identificación y tratamiento de los contactos

Se recomienda definir la conducta a través del síndrome clínico de los pacientes.

Vulvovaginitis por *Candida spp.*

En la evaluación inicial de una paciente con flujo genital, al realizar el examen físico se descarta cuerpo extraño y en la colposcopia se determina si hay signos de inflamación cervical, lo cual indica una cervicitis.

La vulvovaginitis por *Candida spp.* es provocada por estos hongos comensales que colonizan la piel y los tractos gastrointestinal y genital. Puede aislarse del aparato genital femenino distal en un 20% a 30% de las personas. El 75% de las mujeres tendrán en su vida un episodio y en un 40% a 45% se describe recurrencia.

Generalmente es causada por *Candida albicans* (80%), pero puede producirse por otras especies, de las cuales *Candida glabrata* es la más frecuente, con menor proporción de *Candida parapsilosis* y *Candida tropicalis*. Los factores de riesgo comprenden el inicio de la actividad sexual, el inmunocompromiso, la diabetes, el uso de estrógenos y la administración de antibióticos.

Los síntomas más frecuentes son prurito, irritación o quemazón vulvar y flujo vaginal blanquecino, escaso, no maloliente.

Clasificación:

- No complicada: síntomas leves, episodios esporádicos o infrecuentes.
- Complicada: recurrencia (más de 4 episodios al año), embarazado, síntomas graves, pacientes inmunocomprometidas, infección por *Candida no albicans*.

Procedimientos diagnósticos: examen de flujo, examen en fresco y cultivo.

Tratamiento:

- Sólo se tratan las mujeres sintomáticas con cotrimazol (tabletas vaginales de 100 mg por 7 días, ó 2 veces por día por 3 días ó 500 mg en única aplicación). Los regímenes de 3 días han demostrado la misma efectividad que los tratamientos prolongados.
- La alternativa por vía oral (VO) es el fluconazol 150 mg o itraconazol 200 mg en dosis única.
- Recurrencia: 6 meses de supresión con fluconazol (100, 150 ó 200 mg por semana) o itraconazol (100 mg/día). Otras medidas incluyen el uso de lactobacilos. Es importante determinar la sensibilidad en caso de recurrencias.

Tricomonirosis

T. vaginalis es un protozoo móvil y flagelado que se transmite principalmente por vía sexual. Puede causar una infección sintomática o asintomática. Se ha asociado esta infección con diferentes cuadros clínicos como vaginitis, cervicitis, uretritis, EPI y, en embarazadas, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer. En los pacientes con infección por VIH, su prevalencia es mayor que en sujetos seronegativos; además, la infección por *T. vaginalis* puede aumentar la transmisión del VIH y la susceptibilidad a transmitirlo.

Los signos y síntomas clínicos incluyen eritema, edema, prurito vulvar frecuente, flujo amarillo-verdoso o grisáceo (75%; aunque puede ser de cualquier color), disuria (20% de las afectadas). En el examen colposcópico puede observarse puntillado hemorrágico, descrito como altamente sugestivo de la infección. También puede observarse eritema cervical y secreción purulenta. En los varones la sintomatología es poco florida; alrededor



del 50% de los pacientes son asintomáticos. Pueden presentar secreción uretral matutina que es menos abundante en comparación a la uretritis por gonococo. A veces se manifiesta con disuria.

Diagnóstico: las muestras aptas para ser utilizadas en el diagnóstico son la orina, el flujo vaginal y el exudado cervical. Los procedimientos incluyen el examen de flujo (pH > 4.5) y el examen fresco (parásitos móviles y flagelados en el 80% de los casos). También se dispone de pruebas rápidas para tricomonas y búsqueda de ácidos nucleicos. Además pueden observarse leucocitos, generalmente en gran cantidad, aunque en los pacientes asintomáticos pueden ser escasos.

Tratamiento:

- Metronidazol 2 g (dosis única). Alternativa: metronidazol dos veces al día por 7 días.
- Tinidazol: en mujeres y hombres: dosis única VO de 2 g o bien 2 dosis de 1 g en un solo día.
- *Se recomienda el tratamiento simultáneo de la pareja.*
- Fallos del tratamiento por cepas resistentes: metronidazol 2 veces al día por 7 días; ante un nuevo fallo: 2 g (única dosis) por 3 a 6 días.

En las embarazadas se indica metronidazol VO a partir del 2do trimestre. Durante el 1er trimestre: cotrimazol (tabletas vaginales de 100 mg) por 1 ó 2 semanas. El tinidazol es considerado categoría C en el embarazo.

Vaginosis Bacteriana

Es una infección endógena y la más común de las afecciones vaginales en mujeres en edad reproductiva. Su aparición se debe a alteraciones en la ecología vaginal en la cual el microorganismo predominante (*Lactobacillus* spp.) es reemplazado por una flora mixta que incluye alta concentración de bacterias pertenecientes al complejo GAAM (*Gardnerella vaginalis*, anaerobios, *Prevotella bivia*, *Prevotella* spp. y *Porphyromonas* spp.), *Mobiluncus* spp, *Peptostreptococcus* spp y *Mycoplasma hominis*.

Es una de las ITS más frecuentes; afecta principalmente a mujeres en edad fértil. Se estima una incidencia del 64% en mujeres de alto riesgo, es decir con 1 ó más de los siguientes factores: nueva pareja sexual en el último mes, múltiples parejas sexuales, presencia de otra ITS, uso de dispositivo intrauterino y sexo oral receptivo.

La vaginosis bacteriana (VB) se asocia con distintas complicaciones obstétricas y ginecológicas (cistitis recurrente, infecciones posquirúrgicas ginecológicas, PAP anormal, aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, endometritis posparto). Las pacientes con VB pueden estar asintomáticas. Los signos y síntomas

típicos incluyen flujo vaginal abundante, frecuentemente olor a pescado y, con menor prevalencia, se describe ardor, irritación vulvovaginal escasa a moderada y prurito. Cuando hay compromiso del tracto vaginal superior, la paciente puede manifestar síntomas de dispareunia o de EPI.

Procedimiento Diagnóstico

La VB puede ser diagnosticada por la utilización de criterios clínicos o basados en el examen de Gram. Para el *score* de Nugent se requieren al menos 3 de los siguientes signos o síntomas: flujo blanco homogéneo poco viscoso, moderado, aspecto no inflamatorio (con escasos leucocitos), presencia de *clue cell* (sensibilidad 70% a 90%), o pH > 4.5, olor a pescado al agregar hidróxido de potasio al 10%, tinción de Gram con reemplazo parcial o total de *Lactobacillus* spp. por bacilos gramnegativos y cocobacilos gramnegativos.

Tratamiento

- Metronidazol 500 mg VO 2 veces por día por 7 días, o clindamicina crema 2% (una aplicación intravaginal al acostarse por 7 días), o metronidazol gel 0.75% (una aplicación intravaginal 2 veces por día por 5 días)
- Alternativa: metronidazol 2 g VO en una dosis, o clindamicina 300 mg VO, 2 veces por día por 7 días.
- No está recomendado el tratamiento de la pareja, excepto que tengas síntomas.
- Embarazadas: metronidazol 250 mg VO, 3 veces al día por 7 días, o metronidazol 2 g (única dosis), o metronidazol gel 0.75% intravaginal, 2 veces por día por 5 días. El metronidazol se indica a partir del 2do trimestre del embarazo.

EPI

Es un síndrome clínico que se presenta por infección ascendente de gérmenes cervicales, con uno o más de los siguientes eventos inflamatorios: endometritis, salpingitis, peritonitis pelviana o absceso tuboovárico.

La etiología comprende gonococo, clamidias y/o anaerobios. Ocasionalmente participan *G. vaginalis*, gramnegativos entéricos, *M. hominis*, *Streptococcus agalactiae*.

Los factores de riesgo incluyen adolescencia, múltiples parejas sexuales, colocación de dispositivo intrauterino, otras ITS, no uso de preservativo, duchas vaginales (más de 3 en un día)

Diagnóstico

- examen ginecológico completo
- laboratorio: hemograma, eritrosedimentación (VSG), *test* de embarazo, muestra endocervical
- ecografía o tomografía abdominal.
- el diagnóstico clínico tiene alto valor predictivo positivo cuando se lo compara con la laparoscopia. Este procedimiento permite el diagnóstico en el 95% de los casos. Es útil para la toma de muestra o la resolución quirúrgica de complicaciones (absceso) y permite aclarar las dudas diagnósticas con otros cuadros quirúrgicos.
- biopsia de endometrio: sólo ante duda diagnóstica
- laparotomía exploradora: ante duda diagnóstica o imposibilidad de realizar laparoscopia

Criterios diagnósticos

El tratamiento empírico para EPI deberá iniciarse en toda mujer joven sexualmente activa o en toda mujer con factores de riesgo para ITS si alguno de los criterios mínimos siguientes está presente en ausencia de otra causa que los provoque:

- *Dolor abdominal bajo, o*
- *Dolor a la movilización del cuello uterino*

Para aumentar la especificidad se utilizan criterios adicionales: temperatura > 38.3 °C; secreción vaginal o cervical anormal; VSG o PCR; infección cervical documentada por gonococo o clamidia

Pueden utilizarse criterios definitivos, cuando se requiera:

- ecografía transvaginal o tomografía que muestren trompas engrosadas con líquido en su interior, con líquido libre o sin él en la cavidad pelviana o complejo tubo-ovárico
- evidencia histopatológica de endometritis por biopsia de endometrio
- anormalidades laparoscópicas compatibles con EPI

Criterios de internación

- diagnóstico incierto (no pueden descartarse otras causas quirúrgicas)
- absceso tubo-ovárico
- paciente gravemente enferma, con temperatura elevada, náuseas y vómitos
- embarazo
- paciente no cumple o no tolera el tratamiento ambulatorio
- falta de respuesta al tratamiento ambulatorio en 72 horas
- paciente con grave inmunodeficiencia

Tratamiento

- Ambulatorio: ceftriaxona 250 mg IM única dosis + doxiciclina 100 mg 2 veces por día por 14 días ± metronidazol 2 g diarios VO por 7 días.
- Alternativas: ciprofloxacina 1 gramo/día por 14 días + doxiciclina 100 mg cada 12 hs + metronidazol 500 mg cada 12 h ó levofloxacina 500 mg/día por 14 días + metronidazol 500 mg cada 12 h por 7 días
- Internación: ampicilina-sulbactam 3 g cada 6 horas + doxiciclina 100 mg cada 12 horas o clindamicina 900 mg cada 8 horas + gentamicina 1.5 mg/kg/día. Puede completarse por VO por 14 días con doxiciclina o clindamicina.
- Cirugía: en pacientes graves que no mejoran al 3er a 5to día de terapéutica y en caso de absceso tubo-ovárico.
- *Siempre: Terapia empírica de la pareja para clamidias y gonococo.*

Uretritis en el Varón

Los síntomas de uretritis en los hombres típicamente incluyen secreción uretral, picazón del pene o sensación de hormigueo y disuria. El diagnóstico se puede hacer si al menos uno de los siguientes está presente: secreción, un resultado positivo en una prueba de esterasa leucocitaria en la primera orina, o por lo menos 10 leucocitos por campo de alto poder en sedimento de la orina. Los patógenos primarios asociados con la uretritis son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

Tratamiento

- Antibióticos (dosis única): cefixime 400 mg, ceftriaxona 250 mg IM.
- Clamidias: doxiciclina 100 mg cada 12 h por 7 días, o azitromicina 1 g monodosis
- Abstinencia sexual o uso de preservativo. Tratar a la pareja

Úlcera Genital

La VDRL cuantitativa o cualitativa se confirma con pruebas treponémicas (repetir si es negativa con alta sospecha si se solicitó dentro de los 14 días de aparición del chancro, y sobre todo en pacientes VIH positivos en los que se ve mayor retraso). En sujetos con úlcera genital solicitar VIH, HbsAg, anticore IgM, campo oscuro y pruebas treponémicas.

Sífilis

La sífilis se transmite por inoculación directa en las mucosas variando su transmisibilidad entre el 10% y el 60%. La enfermedad se caracteriza por diversos estadios clínicos: primaria (lesión en mucosas), secundaria (compromiso de piel y mucosas), latente (formas asintomáticas) y terciaria (compromiso tardío de diversos órganos). Una consecuencia importante en las embarazadas no tratadas es la sífilis congénita por transmisión vertical.

- Sífilis primaria o reciente:
 - chancro o ulcera indolora, de bordes no despegados y fondo limpio.
 - linfadenopatía regional
- Sífilis secundaria:
 - lesiones cutáneo-mucosas sobre todo tronco, cara y plantas; condilomas; síntomas generales, linfadenopatía regional; meningoencefalitis
- Asintomática o latente:
 - temprana: menos de un año
 - tardía: mayor a un año. Sólo se detectan pruebas en laboratorio.
- Terciaria: aortitis, gomas, neurolúes.

Neurosífilis

La invasión del sistema nervioso central por *T. pallidum* es común en adultos con sífilis primaria y secundaria, pero sólo se desarrolla enfermedad clínica (neurosífilis) en un limitado número de casos luego de la administración de un tratamiento adecuado para esos estadios. La neurosífilis puede presentarse con manifestaciones neurológicas (meningitis) y oftálmicas (iridociclitis, uveítis, neuritis óptica) pero también pueden observarse formas asintomáticas, sobre todo en caso de sífilis latente tardía que no fue tratada correctamente en etapas tempranas. Otra manifestación de compromiso del sistema nervioso central es el fallo terapéutico, justificado por la persistencia de *T. pallidum*. El diagnóstico se basa en el estudio del líquido cefalorraquídeo a través de una punción lumbar. La VDRL reactiva es específica pero poco sensible. El recuento de glóbulos blancos es usualmente superior a $5/\text{mm}^3$. Por lo tanto el diagnóstico se confirma en caso de obtener una VDRL reactiva, pero puede sospecharse si es negativa y se observa pleocitosis. La punción lumbar está sugerida en pacientes con sífilis para evaluar la presencia de compromiso del sistema nervioso en las siguientes situaciones:

1. Manifestaciones neurológicas u oftálmicas
2. Signos de sífilis terciaria
3. Fallo terapéutico
4. Sífilis latente tardía en presencia de infección por VIH con bajo recuentos de CD4

Tratamiento

- Primaria, secundaria latente menor a un año: penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM, dosis única (en VIH: igual plan; en embarazadas: 2 dosis). En alérgicos: doxiciclina 100 cada mg 12 h por 14 días.
- Secundaria latente mayor a un año, desconocida o terciaria: penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM por 3 dosis. En los alérgicos: doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 4 semanas.

Después de horas del tratamiento puede aparecer la complicación aguda llamada Jarish Herxheimer, que se caracteriza por fiebre, escalofríos, mialgias, cefalea, taquicardia, hiperventilación, vasodilatación y leve hipotensión. La reacción ocurre en el 10% a 25% de los pacientes, más frecuentemente en pacientes con sífilis temprana. En general los síntomas se limitan dentro de las 12 a 24 horas y puede tratarse con antipiréticos.

Retratamiento

- Persistencia o recurrencia de signos y síntomas.
- Incremento de 4 veces en los títulos de VDRL
- Falta de descenso de 4 veces la VDRL a los 9 a 12 meses.

Deben tratarse todos los contactos dentro de los 90 días del caso índice y testearse todos aquellos con contacto más allá de los 90 días

Herpes Genital

Entre el 20% y el 60% de los adultos sexualmente activos tiene anticuerpos contra HSV2. Desde el advenimiento de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se observó que la causa más frecuente de úlceras genitales en el mundo entero es la causada por dicho virus (80%).

La clínica involucra ardor y quemazón, seguidos de vesículas y luego úlceras pequeñas dolorosas, de bordes blandos, con adenopatías regionales tensas, firmes y dolorosas. La localización más frecuente incluye úlceras vulvovaginales y cervicitis mucopurulenta (mujeres) y el pene en los hombres.

El diagnóstico se efectúa por ELISA o inmunofluorescencia (sensibilidad 80%). Entre otros métodos se cita al citodiagnóstico de Tzänck.



Tratamiento

- Primer episodio: aciclovir 400 mg (3 veces por día) ú 800 mg (2 veces por día). Alternativa: valaciclovir 500 mg, 2 veces por día o valaciclovir 1 g una vez por día. Duración: 7 a 10 días.
- Recurrencias: tratamientos cortos de 3 a 5 días. Iniciar inmediatamente dentro de los 24 h de los pródromos.
- Prevención de la recurrencia: en caso de presentar seis o más episodios por año, aciclovir 400 mg 2 veces por día o valaciclovir una vez por día por períodos prolongados. Iniciar dentro de los 24 h de los pródromos.

Herpes y Embarazo

Cerca del 2% de las mujeres susceptibles adquieren la infección durante el embarazo. Entre las mujeres que tienen recurrencia de la enfermedad, del 16% a 82% puede experimentar un episodio en el embarazo. El riesgo de transmisión vertical durante la infección primaria en el embarazo es de 30% a 50%: entre las mujeres que tienen lesiones recurrentes al momento del parto, el porcentaje de transmisión es de un 3%. En las mujeres sin lesiones visibles al momento del parto, el riesgo de transmisión estimado es menos del 1%.

La seguridad del aciclovir o valaciclovir no se conoce, pero en más de 700 casos de exposición al aciclovir durante el primer trimestre, no se han incrementado los eventos adversos neonatales. La cesárea electiva ha demostrado disminuir la transmisión vertical y se indica cuando la mujer tiene lesiones activas, ante pródromos o cuando hay ruptura prematura de membranas.

Linfo granuloma Venéreo

Es una forma clínica de infección producida por *C. trachomatis*. Se presenta como úlceras o pápulas de localización genital o anal que desaparecen espontáneamente dando lugar a adenopatías inguinales bilaterales supuradas. El diagnóstico se realiza por la búsqueda de *C. trachomatis* en el material de supuración utilizando cultivos, inmunofluorescencia o amplificación de ADN. El tratamiento se realiza con doxiciclina 100 mg VO cada 12 h ó eritromicina 500 mg VO cada 6 h, ambos por 21 días.

Chancroide

Se presenta como una úlcera única, rara vez múltiple localizada en pene y vulva. A diferencia de la sífilis, su base no es indurada, presenta secreción purulenta y es dolorosa. Se asocia con adenopatías inguinales unilaterales que pueden supurar. Su período de incubación es de 14 días. El diagnóstico se confirma por el aislamiento de *Haemophilus ducreyi* en el material purulento de la úlcera o el ganglio. Para su tratamiento se recomienda el uso de azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM, ambos en dosis única. Se desconoce la prevalencia en nuestro país.

Epididimitis Transmitida por Contacto Sexual

Se presenta en pacientes sexualmente activos, en general menores de 35 años, con tumefacción testicular e hidrocele. Las causas más frecuentes son clamidias y gonococo. En pacientes MSM o mayores de 35 años o con antecedentes de sexo anal sin protección, los gérmenes involucrados son las enterobacterias.

En el enfoque de estos pacientes se debe descartar torsión testicular e interrogar sobre uretritis previas. El diagnóstico incluye el examen directo y cultivo de secreción para gonococo, la determinación para clamidias, los anticuerpos monoclonales (si están disponibles) y el urocultivo (orina no centrifugada para descartar bacilos gramnegativos).

Tratamiento

- Ceftriaxona 250 mg IM monodosis + doxiciclina 100 mg cada 12 h por 10 días.
- Tratamiento para enterobacterias: ciprofloxacina o levofloxacina 750 mg durante 10 a 14 días ó ampicilina-sulbactam/amoxicilina-ácido clavulánico o cefalosporina de 3ra generación.
- *La pareja debe recibir tratamiento para clamidia y gonococo.*

Infecciones por HPV

El HPV tiene alrededor de 90 genotipos, de los cuales las cepas 6 y 11 se asocian con verrugas genitales, en tanto las variantes 16 y 18 se relacionan con neoplasias intraepiteliales y cáncer anogenital. Clínicamente pueden presentarse como condilomas con alguna de las siguientes formas:

1. Acuminados: con forma de coliflor, vascularizados y con distintos grados de queratinización
2. Papulosos: de color moreno

3. **Máculas:** de difícil visualización. Suelen identificarse con tinción con ácido acético. Se presentan en zonas con traumatismo sexual observándose en genitales externos (pene, vulva, escroto y periné) y en región perianal en caso de relaciones sexuales anales. También pueden localizarse en cérvix, útero y uretra.

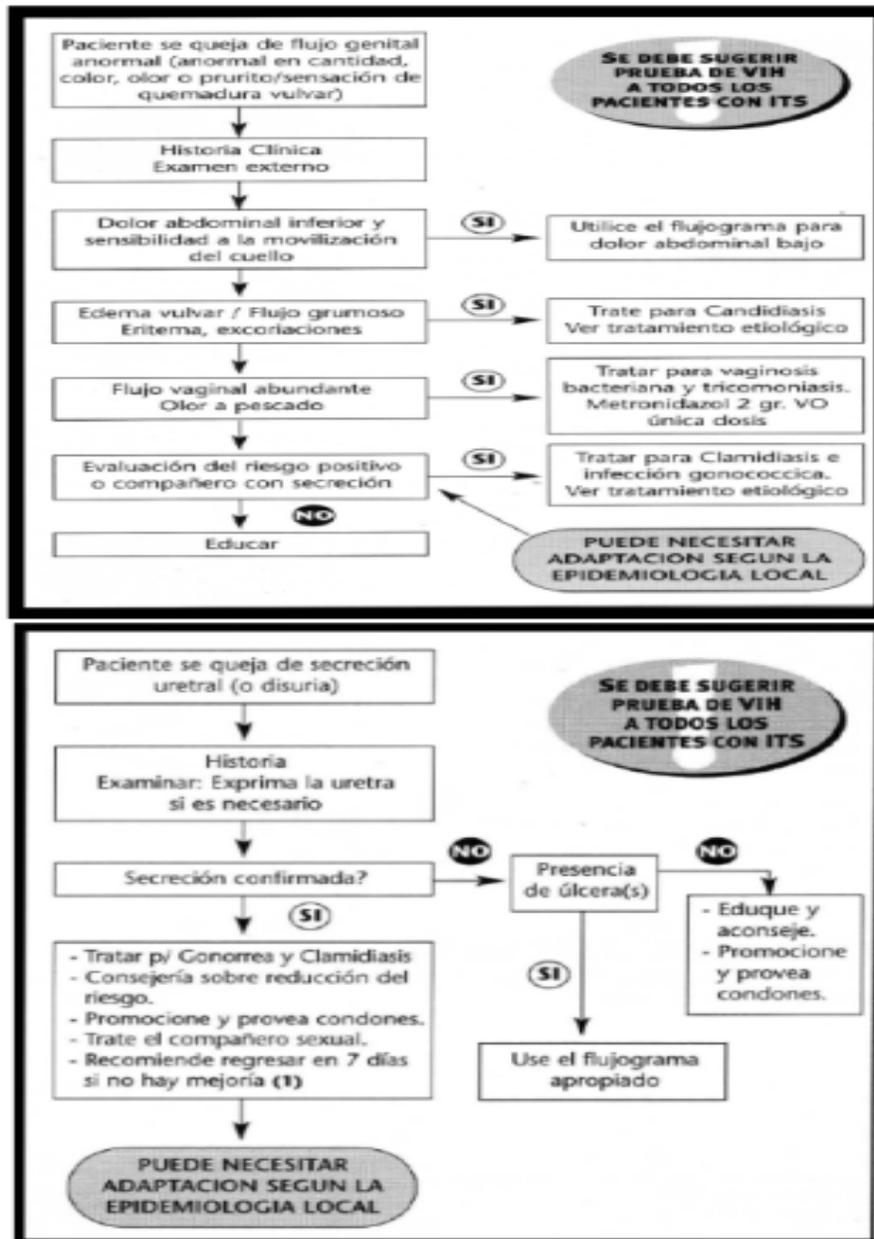
Para el diagnóstico puede utilizarse la tinción con ácido acético al 5% y observando las lesiones con un colposcopio. Esta técnica, sin embargo, tiene escasa sensibilidad y especificidad. El diagnóstico definitivo se hace por medio de los hallazgos histológicos, las técnicas inmunohistoquímicas o la amplificación de ADN que permite identificar el genotipo viral.

El tratamiento dependerá del número de lesiones, su localización, las preferencias del paciente y la disponibilidad de recursos. Los tratamientos tópicos con podofilina pueden ser aplicados por el propio paciente mientras que si se utiliza ácido tricloroacético deben ser administrados por el médico. En caso de requerirse la remoción de la lesión puede recurrirse a la cirugía convencional o a técnicas como criocirugía o láser.

Algoritmo según el Síndrome Clínico

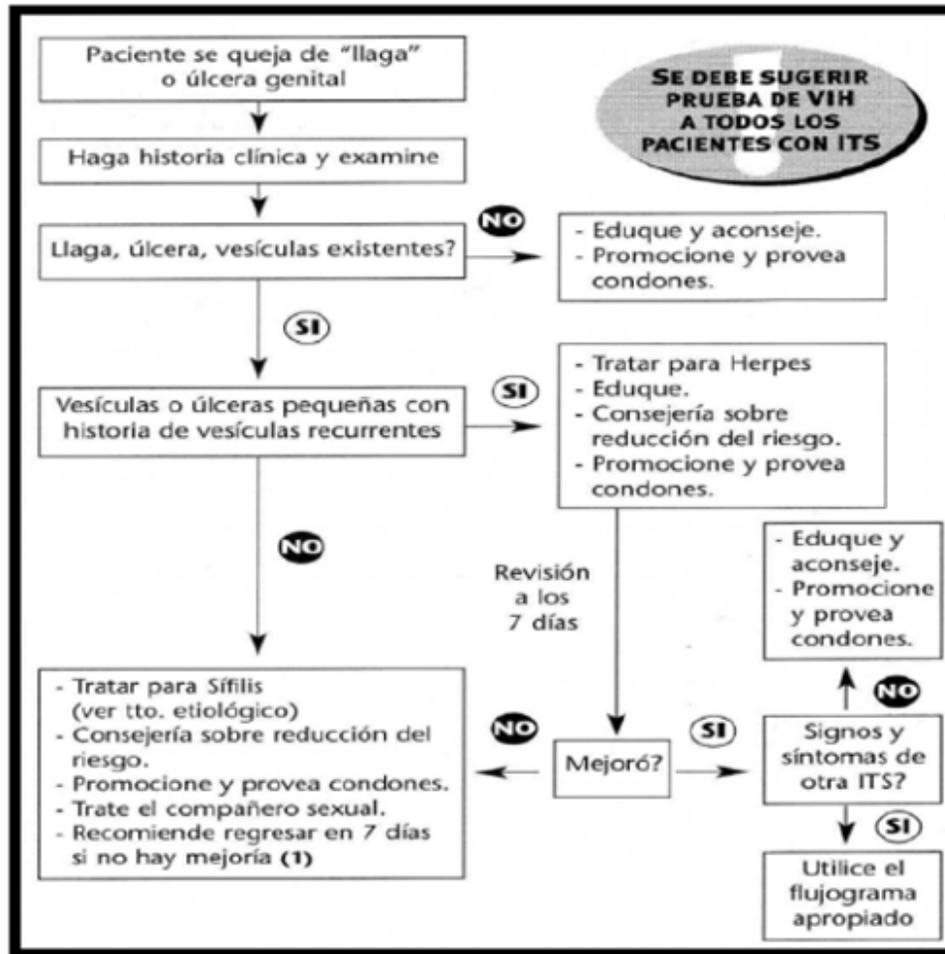
En cada diagrama de flujo se describen los pasos para un diagnóstico sindrómico y se propone un tratamiento empírico. Los tratamientos podrán ser modificados de acuerdo con las alternativas de drogas disponibles en cada lugar. Los síndromes principales de ITS son:

- Flujo vaginal
- Secreción uretral
- Ulceras genitales
- Edema escrotal
- Dolor abdominal bajo

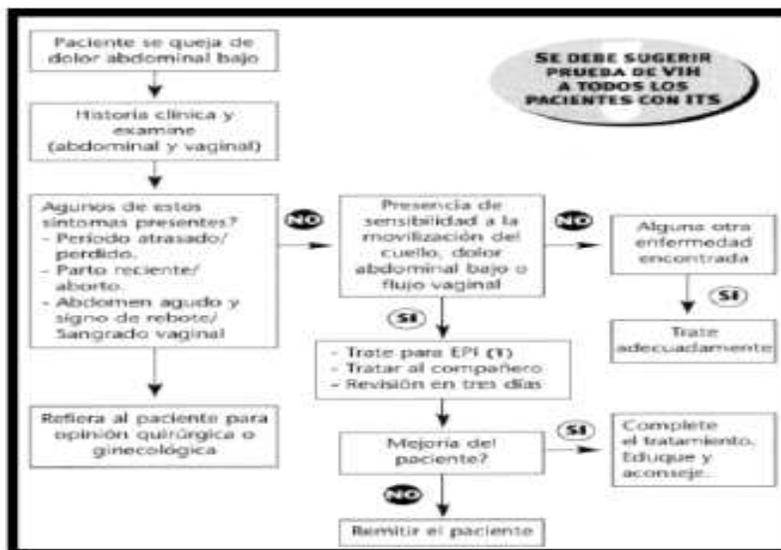


Arriba: paciente con flujo vaginal. Abajo: paciente con uretritis. Tratamientos empíricos: Ceftriaxona 250 mg o cefixima 400 mg monodosis + doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días ó azitromicina 1 g monodosis. Considerar metronidazol 2 g dosis única, en caso de la mujer con flujo vaginal. Solicitar serologías para VIH, sífilis, hepatitis B y C. Es importante testear o dar tratamiento a sus contactos.

Evaluación de úlcera genital



Realizar raspado de la lesión para realizar citodiagnóstico de Tzanck para herpes en lesiones dolorosas o fondo de campo oscuro en caso de sífilis. Si las técnicas fueran negativas, realizar biopsia para determinar patología no infecciosa o infecciosa menos frecuente. Solicitar serologías para VIH, VDRL cuantitativa, hepatitis B y C. Es importante testear o dar tratamiento a sus contactos.



Ceftriaxona 250 mg IM única dosis o cefixima 400 mg monodosis + doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 a 14 días con o sin metronidazol 500 mg cada 8 horas. Tratar a la pareja. Solicitar serologías para VIH, sífilis, hepatitis B y C. Es importante testear o dar tratamiento a sus contactos.

Otras Consideraciones en el Manejo de Pacientes con ITS

Los pacientes que consultan por una determinada ITS deben ser estudiados en busca de coinfecciones transmitidas de la misma forma. Esto implica infección por VIH (ELISA y eventualmente confirmación por Western Blot), sífilis (VDRL y FTA-Abs), hepatitis B (HbSAg y anticore HB), hepatitis A (HAV IgG) y hepatitis C (anticuerpos anti HCV).

Algunas de estas enfermedades son prevenibles por vacunas, por lo que se recomienda indicarlas en los pacientes que no las hayan recibido o que no tengan signos de enfermedad previa o en caso que las serologías se han negativas.

Vacuna	Esquema
Hepatitis B	3 dosis (0,1 y 6 meses)
Hepatitis A	2 dosis (0 y 6 meses)
HPV	Mujeres 9 a 26 años Bivalente (16-18) 3 dosis (0,1y 6 meses) Cuadrivalente (6-11-16-18) 3 dosis (0,2 y 6 meses)

- Vacunas contra la hepatitis B para la población general (3 dosis: 0, 1 y 6 meses.)
- Vacuna bivalente contra HPV: en niñas de 11 años en 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
- Vacuna contra hepatitis A: adulto que tenga serología negativa (IgG)

Bibliografía

1. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines – 2010. CDC
2. Monitoreo-Vigilancia de la resistencia a los Antibióticos 2011. Argentina Datos 2012.
3. Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012.
4. Global report UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.
5. Treatment of sexually transmitted infections in Women. Infect Dis Clin N Am 2008