

Enfermedades de transmisión sexual en la práctica clínica

Seminario de Actualización en Medicina de Contacto - 22 de abril de 2022

Ponente: Dr. Vásquez Dalila

Redactó: Durazo-Méndez Esarely, Navarro-Gastélum Dalia Lizbeth

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se transmiten por contacto sexual en cualquier modalidad: anal, oral o vaginal. Frecuentemente son asintomáticas (50 %) y pueden dar lugar a distintas complicaciones entre las que se incluyen infecciones del tracto genital superior, enfermedad pélvica crónica, infertilidad y enfermedades crónicas como hepatitis o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El objetivo es identificar y tratar a todo paciente infectado antes que desarrollen complicaciones y también tratar a sus parejas sexuales para prevenir el contagio.

Epidemiología

En México y a nivel mundial, las ETS representan un problema de salud pública. A nivel nacional se encuentran dentro de las primeras causas de mortalidad. Sin embargo, en México hay un subregistro que dificulta saber con exactitud la prevalencia de este tipo de enfermedades.

Factores de riesgo

Se relacionan directamente con todo lo que incluye la actividad sexual, es decir, iniciar tempranamente las relaciones sexuales, una nueva pareja en los últimos 60 días, múltiples parejas sexuales o pareja con múltiples contactos sexuales, así como el uso inconsciente o nulo del condón, actividad sexual fuera de una relación monógama, sexo comercial, entre otros.

El enfoque para el diagnóstico y tratamiento de las ETS se basa en la enfermedad y los síndromes específicos de sus signos y síntomas.

Es necesario saber identificar las características del flujo vaginal, flujo uretral, la presencia de úlcera genital dolorosa o no dolorosa.

Clasificación

Con motivo de estudio, las ETS se clasifican y dividen en dos grupos:

1. Ulcerativas
 - a. Herpes genital
 - b. Sífilis
 - c. Chancro blando
 - d. Linfogramuloma venéreo
2. Secretoras
 - a. Tricomoniasis
 - b. Chlamydia
 - c. Gonorrea
 - d. Uretritis no gonocócica

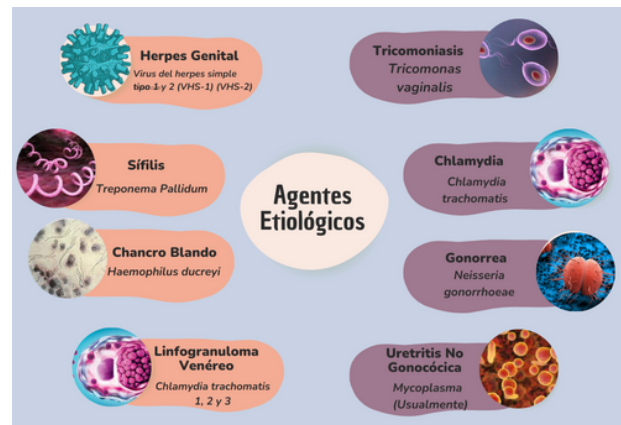


Figura 1. Agentes etiológicos de las enfermedades de transmisión sexual. (Autor: Carlos Corral)

Enfermedades ulcerativas

Herpes genital

Es la primera causa en Estados Unidos de úlcera genital, causada por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) (**Figura 1**).

INFORMES DE CONFERENCIA

La transmisión del VHS-1 es de boca a boca y causa lesiones en la boca o alrededor de ella. Sin embargo, a través del contacto orogenital se puede desarrollar el herpes genital. El ser humano es el único reservorio, con un periodo de incubación de 1-7 días (**Figura 2**). Por lo general, el VHS-1 suele ser asintomático o presentar síntomas de menor intensidad en comparación con el VHS-2.

El VHS-2 se transmite exclusivamente por contacto genital. El promedio de incubación es de 9 días y la característica es una o más úlceras dolorosas; forma vesículas que al reventarse se comportan como úlceras genitales con la particularidad de ser de borde limpio y con la posibilidad de encontrarse en cualquier parte de la región genital. El VHS-2 presenta síntomas prodrómicos como el hormigueo o parestesias en parte inguinal de miembros pélvicos, fiebre y/o artralgias. Puede llevar a desarrollar adenopatía y el tiempo de resolución es de 2 a 3 semanas.

El diagnóstico es clínico, pero también puede confirmarse bajo microscopio por medio de citología, ya sea por cultivo con el raspado directo de las lesiones o mediante pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT).

El tratamiento de elección es por vía oral; valaciclovir, 2 veces al día por 7-10 días. El tratamiento tópico está contraindicado ya que no disminuye la virulencia ni mejora el pronóstico.

Sífilis

Es la segunda causa de úlceras genitales en Estados Unidos, causada por *Treponema pallidum* (**Figura 1**) con un periodo de incubación de 9-90 días (**Figura 2**).

Es muy extensa y se clasifica en dos grandes grupos:

1. Precoz (antes de un año)

Durante la infección la úlcera característica dura de 1 a 2 semanas y posteriormente se convierte en latente (menor a un año).

2. Tardía (después de un año)

Conlleva el desarrollo de secuelas o complicaciones cardiovasculares o neurológicas. Es una enfermedad que avanza muy lentamente.

El promedio de incubación es de 21 días y las características de la úlcera incluyen su aparición en áreas donde hay fricción; se presenta en primera instancia como una pápula indolora que erosiona rápidamente y muchas veces puede pasar desapercibida, posteriormente progresa a un chancro indurado e indoloro. Proximal a este es posible encontrar adenopatía no dolorosa. La enfermedad tiene un tiempo de resolución de 2 a 3 semanas clínicamente; sin embargo, los treponemas se diseminan por todo el organismo por vía linfática o vía hemática.

El diagnóstico depende de la fase en que se encuentra la enfermedad; pero el diagnóstico directo consiste en ver la espiroqueta en campo oscuro mediante el microscopio.

Los diagnósticos indirectos incluyen:

- Pruebas no treponémicas, que se utilizan para dar seguimiento de la enfermedad
 - VDRL que mide anticuerpos en contacto con la bacteria. Una dilución >1:8 es un resultado positivo.
- Pruebas treponémicas, que se utilizan para hacer el diagnóstico
 - *Treponema pallidum* hemoaglutinación (TPHA): es muy específica para hacer el diagnóstico.
 - FTA-ABS: no es de elección por su alto costo y complejidad para encontrar el treponema.

El tratamiento de elección es la penicilina G parenteral en todas sus presentaciones. No hay un consenso para las dosis, sin embargo, actualmente se administra en dosis de repetición de 2.4 millones cada semana por 3 semanas. La alternativa en pacientes alérgicos a penicilina G es doxiciclina 200 mg/día por 15 días o en caso de una sífilis tardía, el tratamiento se prolonga por 28 días.

Chancro blando o chancroide

A causa de un bacilo gram negativo, *Haemophilus ducreyi* (**Figura 1**). Se presenta en áreas tropicales y se asocia a bajo nivel económico así como poca higiene. Su periodo de incubación es de 3-7 días (**Figura 2**).

No tiene síntomas prodrómicos como fiebre o artralgias y se presenta como una pápula eritematosa o vesiculopustular, que en un período de 24 a 48 hrs. progresa a una lesión ulcerada. Puede ser única o múltiple, con bordes no indurados, irregulares y que pueden medir de 1 mm hasta 2 cm. Es una lesión sucia con secreciones amarillentas y/o grisáceas que en su base posee tejido de granulación. La principal característica del chancroide es un dolor intenso y desarrollo de adenopatía inguinal próxima al sitio de lesión.

Para hacer el diagnóstico, el estándar de oro es el cultivo. Sin embargo, no es frecuente y tiene un alto costo.

Una alternativa es el examen directo bajo tinción gram, aunque la mayoría de las veces el diagnóstico se hace por exclusión, con la presencia de 1 o más úlceras dolorosas con adenopatía regional.

El tratamiento de elección es la azitromicina 1 gr vía oral en dosis única. En caso de alergia a azitromicina se puede dar ceftriaxona 250 mg IM dosis única, ciprofloxacino o eritromicina.

Las complicaciones de la enfermedad ante la falta de tratamiento incluyen cicatrices genitales extensas, que ocasionan fístulas rectales o urogenitales en el sitio de las linfadenopatías. El mecanismo es mediante la formación de una masa de ganglios (bubón) que son supurativos y fistulizados. Por esta razón son muy importantes el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Linfogranuloma venéreo

Tiene origen por la infección de un bacilo gram negativo, *Chlamydia trachomatis*; concretamente los serotipos 1, 2 y 3 (**Figura 1**). Los síntomas se pueden etapificar por estadios:

- Estadio 1: Aproximadamente de 3 días, se caracteriza por una lesión en el sitio de entrada que puede ocasionar una pequeña molestia, sin embargo, puede pasar inadvertido debido a su rápida cicatrización.
- Estadio 2: De 2-4 semanas, se puede presentar en los hombres como ganglios dolorosos unilaterales o bilaterales. Por otro lado, en las mujeres puede ocasionar lumbalgia, dolor pélvico, lesiones en el cérvix o parte superior de la vagina y linfadenopatía.
- Estadio 3: Se caracteriza por la curación de las heridas, sin embargo, hay presencia de fístulas persistentes que ocasionan edema y úlceras cutáneas.

El diagnóstico se hace por examen físico y estudios serológicos de detección de anticuerpos o por medio de PCR.

El tratamiento de elección es doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días; es de suma importancia realizar un buen seguimiento del paciente por la gran extensión del tratamiento. Actualmente, un nuevo margen terapéutico consiste en azitromicina 1 gr vía oral 1 vez a la semana por 3 semanas, la cual demuestra un 97 % de eficacia.

Enfermedades secretoras

Tricomoniasis

Como consecuencia del protozooario *Trichomonas vaginalis* (**Figura 1**) y constituye la tercera causa de vaginosis a nivel mundial. La enfermedad es asintomática en el 50 % de las mujeres y en el 70 al 80 % de los hombres. Tiene un periodo de incubación de 4 a 7 días aproximadamente (**Figura 2**).

INFORMES DE CONFERENCIA

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son flujo vaginal abundante amarillo-verdoso, mal oliente, que ocasiona prurito, dispareunia y disuria debido a la uretritis. En la exploración física se observa eritema y puntillero fino en el cérvix. En los hombres ocasiona cualquier tipo de inflamación como uretritis, epididimitis y prostatitis.

El diagnóstico consiste en el examen en fresco donde se observa el flagelo característico de este protozoo, además de cultivo y pruebas rápidas. Por otro lado, el tratamiento de elección es el metronidazol en 2 posibles esquemas: el corto, que tiene más posibilidad de fallas en cuestión de eficacia, o el largo, que tiene muchos síntomas irritativos y poco tolerables por el paciente. Con base a esto, se opta por 2 gr vía oral en dosis única.

Chlamydia

Es la primera causa de infección bacteriana de las enfermedades de transmisión sexual; a causa del bacilo gram negativo *Chlamydia trachomatis* (Figura 1). Cuenta con un periodo de incubación de 7 a 21 días (Figura 2). La mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero en algunos casos se presentan síntomas de inflamación, tales como uretritis, prostatitis, epididimitis en hombres y, en mujeres, salpingitis, cervicitis o perihepatitis. Una complicación a largo plazo es la infertilidad femenina. El estándar de oro diagnóstico es el cultivo vaginal para chlamydia. También se utilizan los estudios serológicos como anticuerpos anti-chlamydia. El tratamiento de elección es doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días. De igual manera, se utiliza azitromicina en esquema corto de 1 gr vía oral en dosis única, ya que suele ser muy tolerable por los pacientes.

Gonorrea

Es la segunda causa de enfermedad de transmisión sexual de origen bacteriano. Se ocasiona por diplococos gram negativos *Neisseria gonorrhoeae* (Figura 1), que tiene un periodo de incubación de 2 a 7 días (Figura 2).

Los síntomas tanto en hombre y mujer incluyen la uretritis, con una secreción acuosa, amarillenta característica; de igual manera puede presentarse sangrado vaginal intermitente. El diagnóstico es por tinción gram y el tratamiento de elección es ceftriaxona 500 mg intramuscular en dosis única cuando el paciente pesa menos de 150 kg o 1 gr cuando pesa más de 150 kg.

Uretritis no gonocócica

Representa usualmente el 10 % de las enfermedades de transmisión sexual y se debe usualmente a *Mycoplasma* (Figura 1). Los síntomas son epididimitis, prostatitis y balanitis aunque, a largo plazo puede manifestarse como artritis. El diagnóstico es por exclusión; se tienen que descartar las demás infecciones secretoras mediante el uso del microscopio, donde se observan 5 o más leucocitos polimorfonucleares y la ausencia de diplococos gram negativos. Para *Mycoplasma* se puede utilizar la técnica de amplificación de ácidos nucleicos. El tratamiento de elección es azitromicina 500 mg dosis única seguido de 250 mg al día por 4 días.

Conclusión

Como médicos de primer contacto, es necesario aprender a identificar, diferenciar clínicamente los dos grupos de lesiones que se mencionaron anteriormente, y complementar con los estudios de gabinete correspondientes. Desafortunadamente, se comprende que estos no siempre estarán disponibles en los centros de salud. Sin embargo, con una correcta identificación de la semiología de la lesión, es posible iniciar un tratamiento rápido y oportuno. Es de suma importancia no pasar por alto dichas enfermedades e informar a la comunidad al respecto, para así evitar la transmisión y las reinfecciones.

INFORMES DE CONFERENCIA

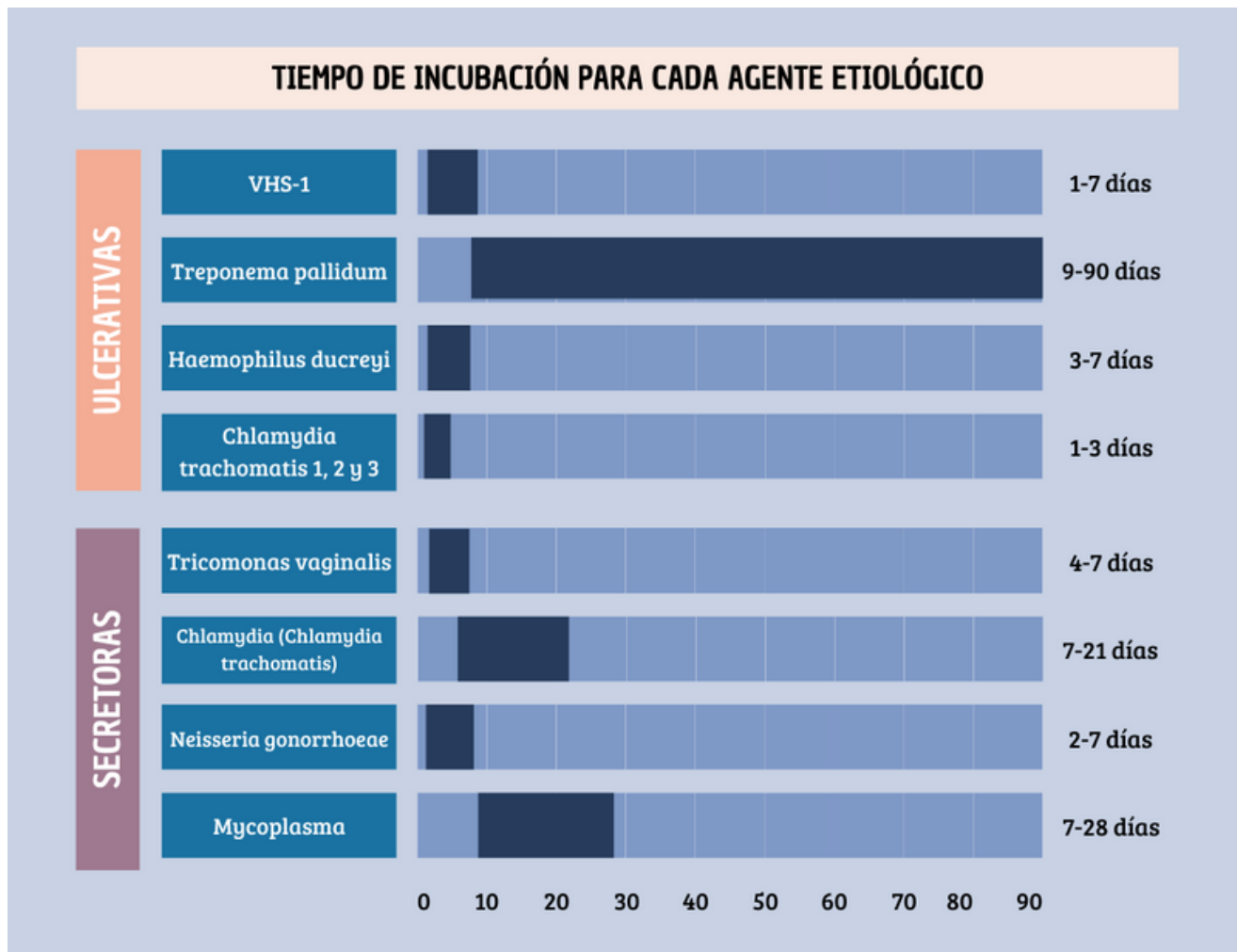


Figura 2. Tiempo de incubación para cada agente etiológico. (Autor: Carlos Corral)