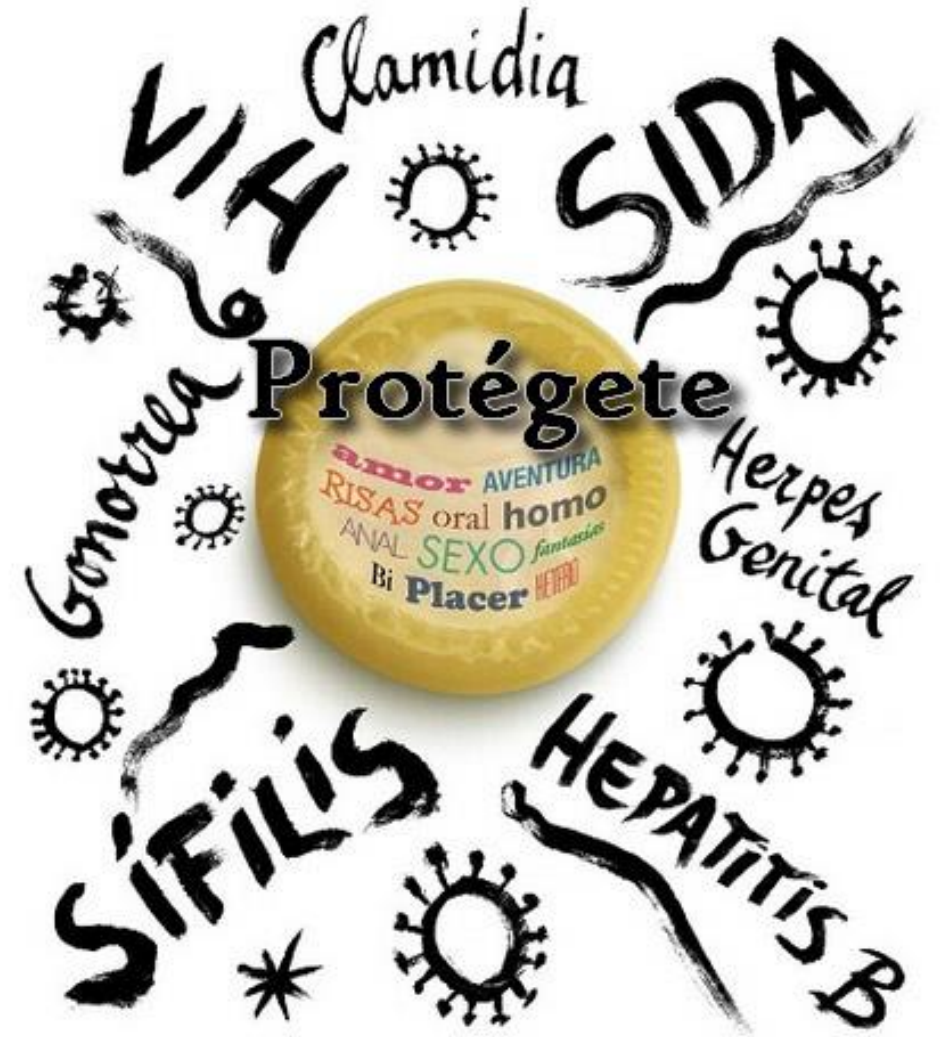

Infecciones de Transmisión Sexual



Esquema

- Concepto
- Epidemiología de las ITS
- Abordaje general de las ITS
- Principales síndromes clínicos
 - Uretritis/Cervicitis
 - Proctitis
 - Ulceras
 - Verrugas y Virus del Papiloma Humano
- Viruela M (antes Mpox, Viruela del mono)
- Sífilis (Lúes)

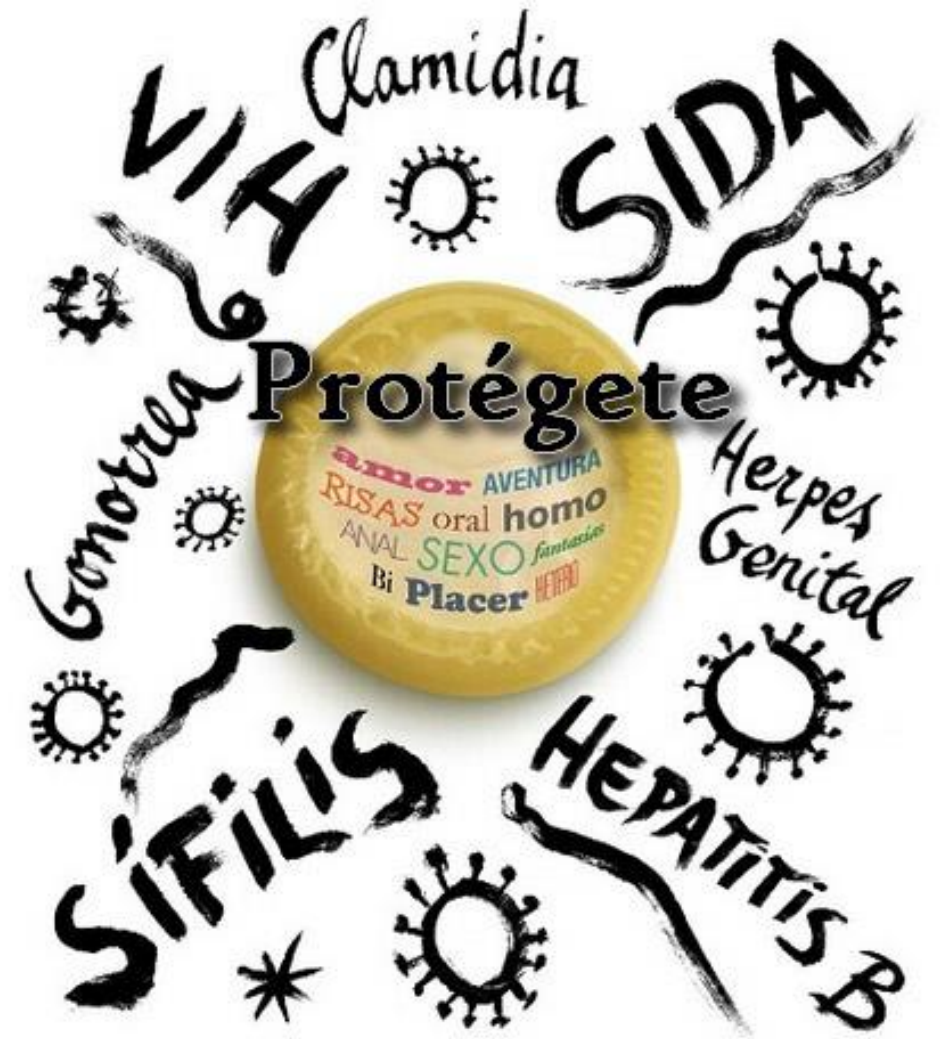


Concepto

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) engloban una variedad de síndromes clínicos e infecciones causadas por patógenos adquiridos por contacto sexual.

ITS, y no ETS

Epidemiología



- 376 millones de personas al año, contraen alguna de estas cuatro ITS: clamidiosis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis

Tabla 10: Situación epidemiológica de la infección gonocócica, sífilis, infección por *C. trachomatis* y LGV. España, 2022

Indicadores	Infección gonocócica	Sífilis	Infección por <i>C. trachomatis</i>	Linfogranuloma venéreo
Nº de CCAA que notifican	19	19	16	14
Número casos notificados	23.333	8.141	26.518	912
Tasa por 100.000 habitantes*	49,00	17,10	62,38	2,29
Razón hombre: mujer	4,0	8,1	1,1	64,1
Porcentaje de hombres	79,9%	89,0%	51,8%	98,5%
Porcentaje de casos en menores de 25 años	28,3%	10,3%	37,6%	7,1%
Tasa entre 20-24 años por 100.000 habitantes*	198,23	27,75	315,68	2,53

*Calculada para el conjunto de Comunidades Autónomas que disponen de sistema de vigilancia y que notificaron en 2022

Figura 7. Infección gonocócica.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016-2022

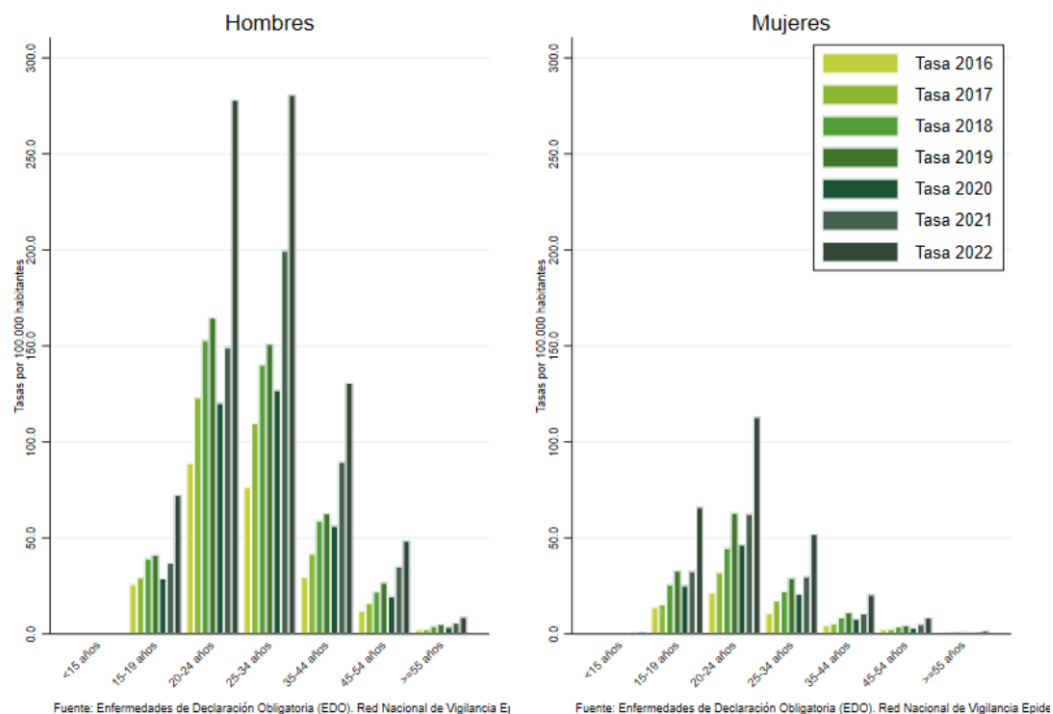
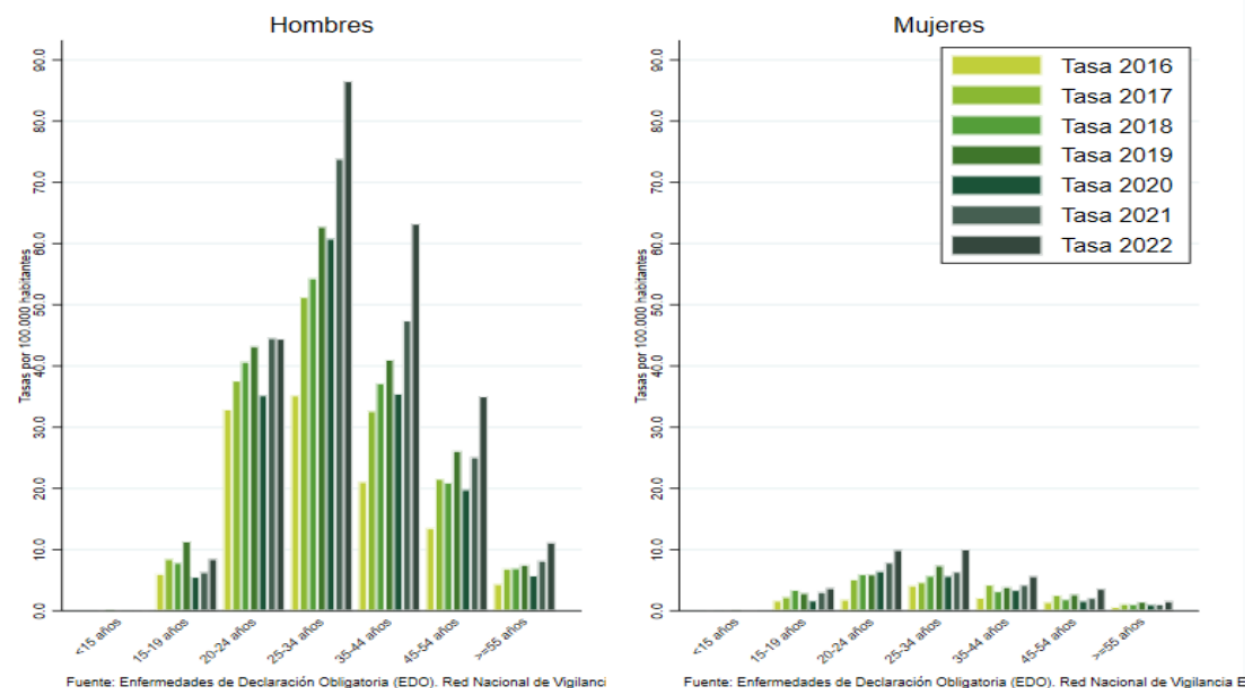


Figura 14. Sífilis
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016-2022



**Figura 21. Infección por *Chlamydia trachomatis*.
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo, 2016-2022**

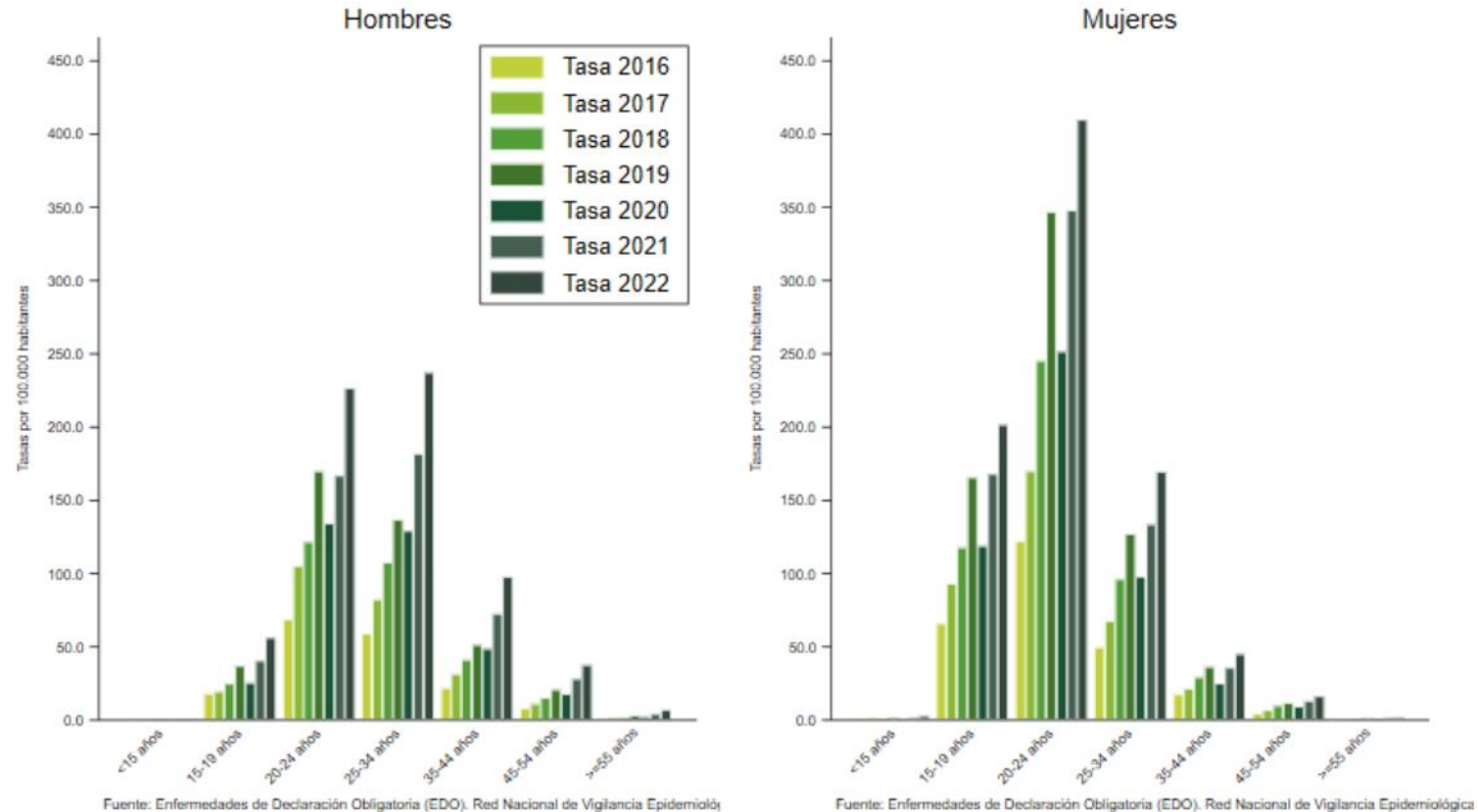
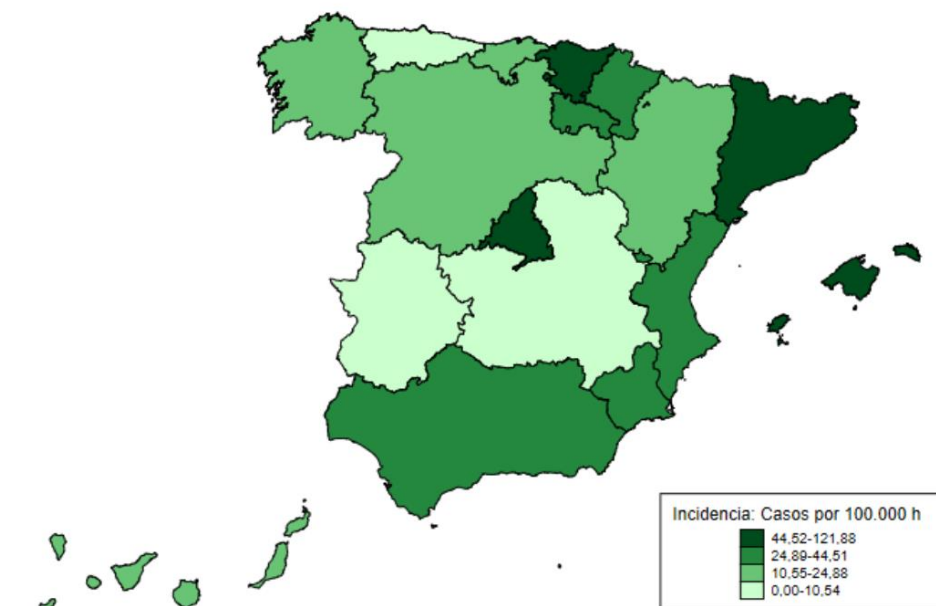
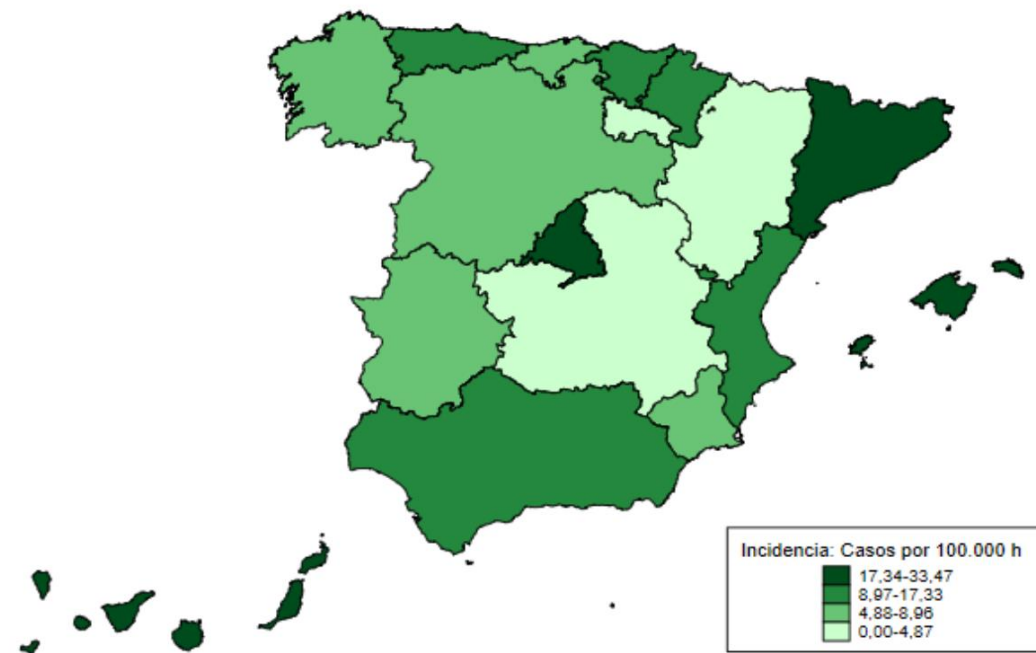


Figura 2. Incidencia de infección gonocócica por Comunidad Autónoma, 2022
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 9. Incidencia de sífilis por Comunidad Autónoma, 2022
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica



Sociedad

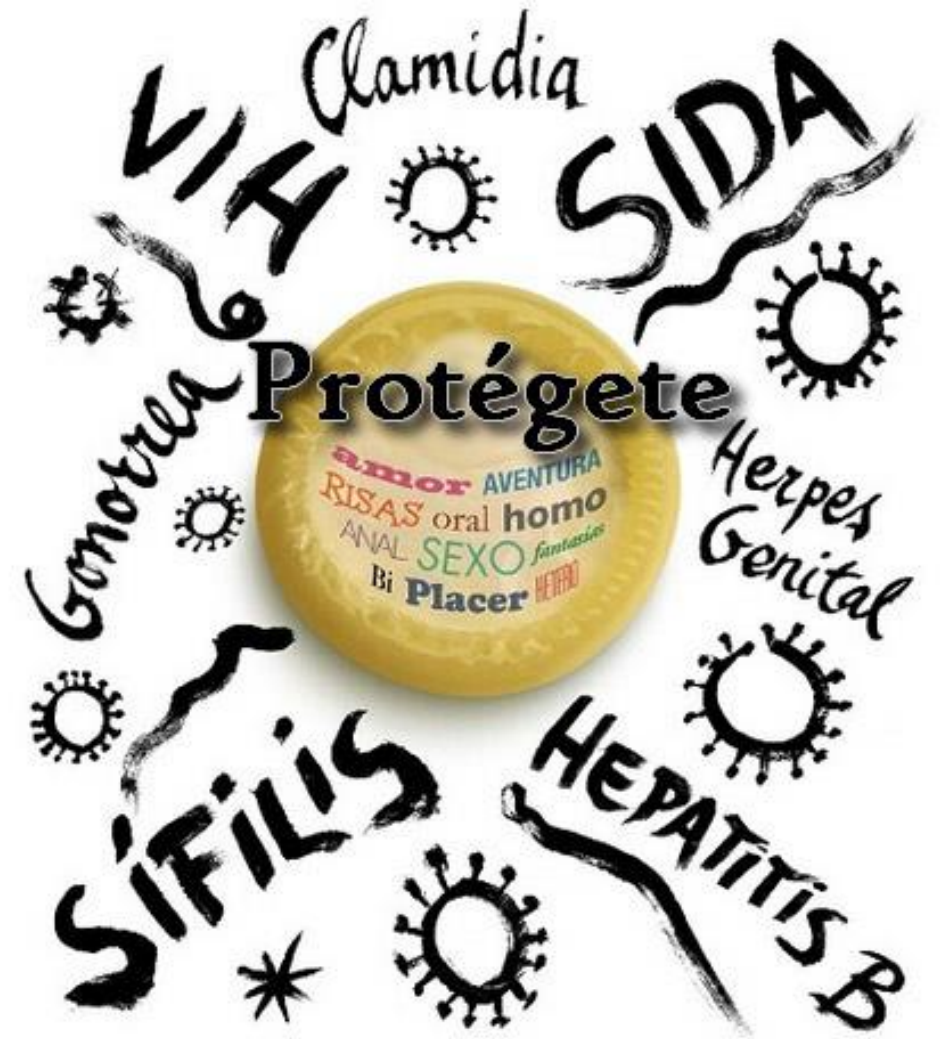
EDUCACIÓN · MEDIO AMBIENTE · IGUALDAD · SANIDAD · CONSUMO

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL >

Las infecciones de transmisión sexual siguen disparadas: la gonorrea crece un 42% y la sífilis un 24%

21/10/2024

Abordaje general de las ITS



Abordaje general de las ITS

- Valoración del riesgo individual de tener una ITS: **Hª clínica sobre hábitos sexuales**
 - Preguntas abiertas, sin presuponer nada, sin emitir ningún juicio de valor
 - En base a esta hª sexual , determinar la **necesidad de realizar cribado de ITS**
 - Oportunidad para realizar **educación sanitaria** (información sobre sexo seguro, mecanismos de transmisión de ITS, riesgos de diferentes prácticas sexuales,..)
 - Se debe **revisar la vacunación** de la hepatitis A, B , Mpox y VPH.
 - Ante el dx de una ITS:
 - 1. Descartar la presencia de otras ITS (Siempre descartar infección por VIH)
 - 2. Estudio de contactos: evitar la reinfección del caso índice y cortar la cadena de transmisión
 - 3. Valorar la indicación de profilaxis preexposición al VIH
-

Historia sexual

- Valoración del riesgo individual de tener una ITS: **Hª clínica sobre hábitos sexuales**
- Preguntas **abiertas**, sin presuponer nada, **sin emitir ningún juicio de valor**
- Ha mantenido relaciones sexuales en el último año
- Mantiene relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos
- Tiene pareja estable(relación al menos durante 6 meses).
- La relación es abierta o cerrada.
- Mantiene o ha mantenido sexo oral, anal, insertivo , pasivo, versátil, vaginal,....
- Se protege en las relaciones : orales, anales, vaginales,.....
- Con que frecuencia usa protección: siempre, a veces, nunca..(criterio para uso de métodos de barrera)
- Ha pagado o le han pagado por mantener relaciones sexuales
- Utiliza algún tipo de sustancias para mantener relaciones sexuales(uso de Chem sex, y Slam sex)
- Utiliza aplicaciones móviles para establecer contactos sexuales. Sexo en grupo?

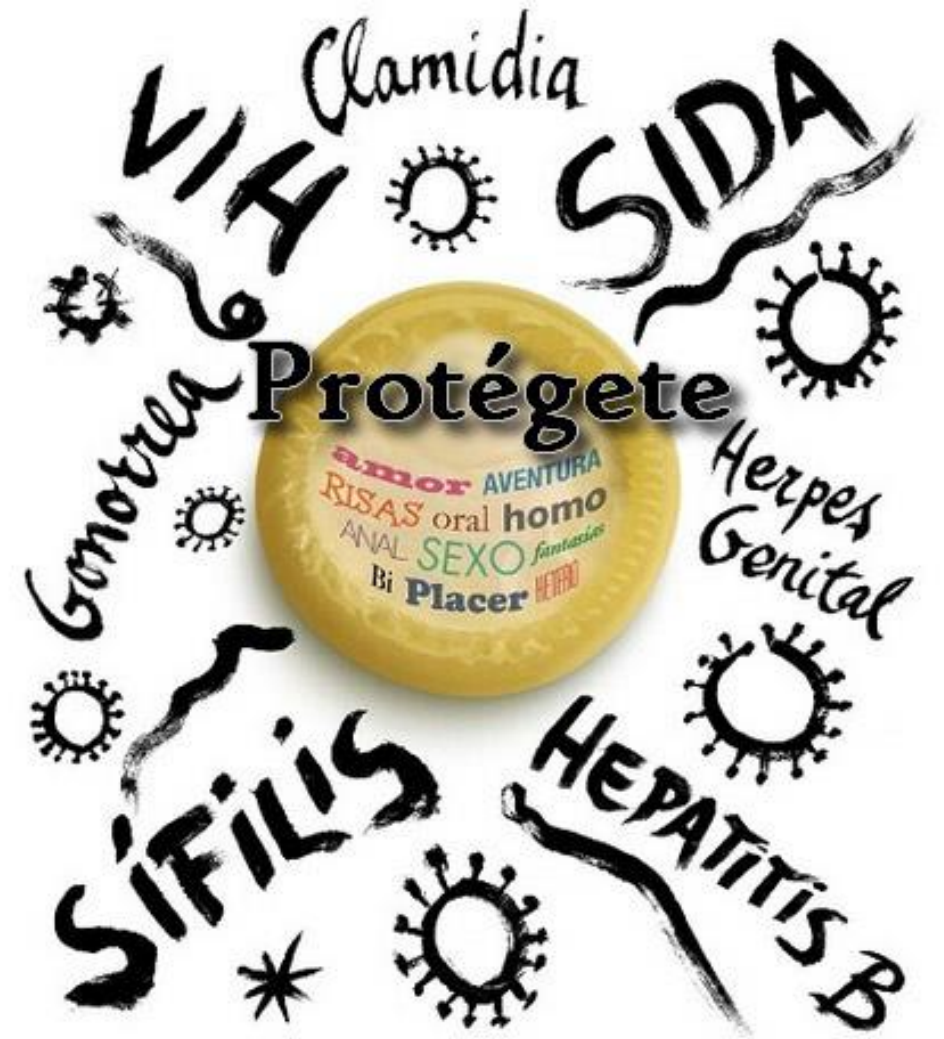
Exploracion física

1. General
 2. Orofaringe: úlceras
 3. Adenopatías en diferentes territorios, sobre todo región inguinal, pero también laterocervical, occipital,...
 4. Examen de piel y mucosas, en especial palmas y plantas
 5. Examen genital
 6. Examen anal: Inspección anal, y valorar tacto rectal. Si hay que tomar muestra de exudado, realizarla antes del tacto rectal.
-

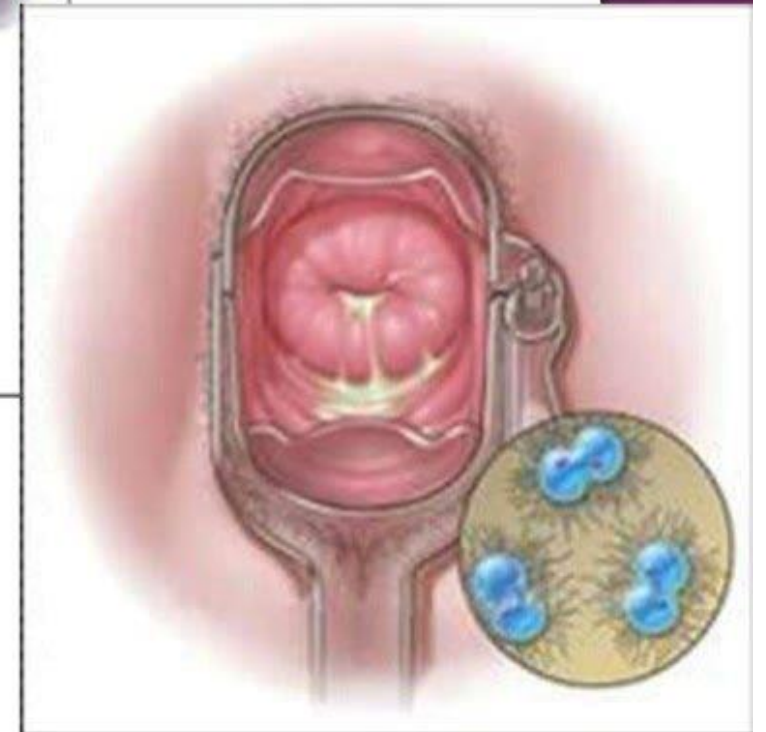
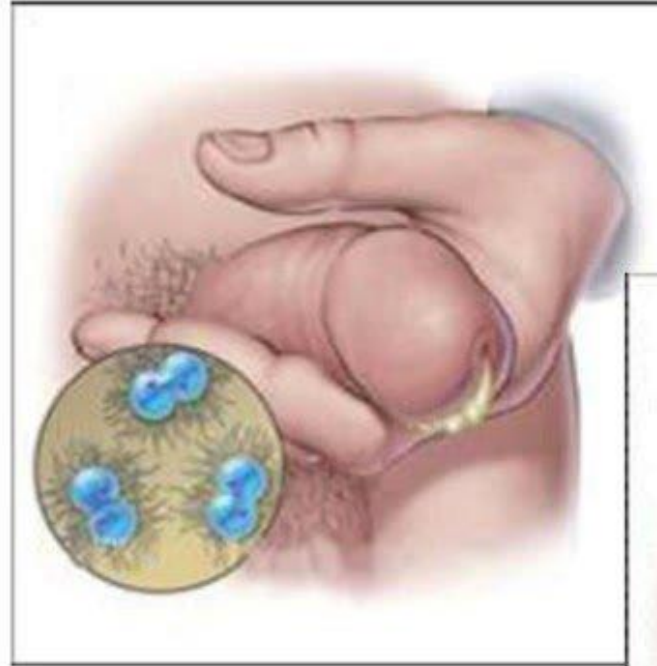
Exploraciones complementarias dirigidas

1. Realizar toma de muestra mediante **PCR de ITS** en función de la práctica sexual: muestra de exudado faríngeo(sexo oral), exudado rectal(sexo anal), muestra de la primera orina o de exudado uretral si hay exudado, y muestra de exudado cervical.
 2. Esta PCR determina la presencia de Gonococo, *Chlamydia trachomatis*(serovares L1-L3(LGV) o serovares V), *Trichomona vaginalis* y *Mycoplasma genitalium*
 3. Si presenta una ulcera: PCR del exudado de la ulcera (detecta sífilis, Chlamydias, Herpes virus tipo 1 y 2, Mpox,..)
 4. Se debe realizar serología VIH, VHC, VHB (HBsAg, HBcAc, y anti HBs), e Ig G VHA para saber si esta inmunizado frente al VHA.
 5. Técnicas fuera de uso: Microscopio de campo oscuro, GRAM de la muestra para valorar diplococos,..
-

Principales Síndromes clínicos



1. Urethritis / cervicitis



Urethritis/cervicitis

- Infección de la uretra que se manifiesta por picor, escozor, y generalmente producción de un exudado blanco-amarillento. Preguntar sobre todo al levantarse en la mañana.
 - La cervicitis sería la inflamación a nivel del cuello uterino, con frecuencia es asintomática. Puede provocar aumento del flujo vaginal, cambios en sus características organolépticas, dolor, dispareunia,...
 - **Etiología:** Gonococo, Chlamydias, Trichomonas y Mycoplasma genitalium. Papel más dudoso Haemophilus influenzae
 - **Tto empírico:** ceftriaxona 1 gr im junto doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas durante 7 días. Tras el resultado de la PCR multiplex se puede hacer un tratamiento dirigido.
-

Urethritis/cervicitis . Etiología

- GONOCOCCO

- Cocobacilo Gram negativo aerobio
- Exudado **purulento**, se puede extender -> orquioepididimitis, vesiculitis, prostatitis,...
- Ocasionalmente conjuntivitis, tenosinovitis articular,...
- En la mujer cervicitis purulenta, pero 50% asintomáticas.
- Extensión a EPI y a Perihepatitis: Sdr de Fitz-Hugh-Curtis

- CHLAMYDIA TRACHOMATIS

- Bacteria gran negativo, de crecimiento intracelular obligado
 - Exudado generalmente **claro**
 - Urethritis y cervicitis serovares D-K
 - Complicaciones pueden ser tardías y de **naturaleza inmunológica** (artritis reactiva, síndrome de Reiter, tenosinovitis, entesitis o bursitis). En el neonato puede producir ophthalmia neonatorum
-

Uretritis/cervicitis . Etiología

- MYCOPLASMA GENITALIUM

- Familia de las bacterias *Mycoplasmataceae*.
- No es visible mediante gram por la ausencia de pared celular y es muy difícil de cultivar
- Uretritis en hombres y cervicitis en mujeres, generalmente asintomática
- Alta frecuencia de resistencias, que determina la complejidad del tto

- TRICHOMONAS VAGINALIS

- Protozoo flagelado, no sobrevive fuera del hospedador
 - Uretritis, epididimitis, prostatitis, en varones
 - “Cervix en fresa” , punteado rojizo característico del cervix
 - Asintomática en 80% varones, y 50% mujeres
 - Dx : Examen en fresco, o bien PCR
-

Urethritis/cervicitis . Diagnóstico

- **De presunción** por la clínica y exploración física. → Tto empírico
- **Tc dx de elección**: TAAN mediante PCR (exudado o orina) y/o cultivo de exudado cervical y uretral.
(especificar que se realice en medios selectivos Thayer-Martin para el Gonococo).
- **Tc en desuso**: Gram del exudado y visualización al Microscopio óptico:
Gram con diplococos Gram negativos intracelulares puede dirigir tratamiento a Urethritis gonocócica.
(muy sensible y específico en el varón). O visualización en fresco → Dx de Trichomonas



Microorganismo	Clínica	Otras	Diagnóstico	Tratamiento
<i>Neisseiria gonorrhoeae</i>	• Uretritis aguda • Asintomática 50% mujeres. Cervicitis (no vaginitis)	• Complicaciones: orquioepididimitis, prostatitis, vesiculitis seminal, prostatitis crónica, EIP • Proctitis, tonsilitis adenopatía, conjuntiviitis • Infección gonocica diseminada: bacteriemia, artritis (tenosinovitis) y lesiones cutáneos. Endocarditis, meningitis (FR: deficit de C5-C9, menstruación, puerperio.) • Embarazo: parto prematuro, coriomnionits, Conjuntivitis “ophthalmia neonatorum”, meningitis artritis	TAAN (PCR multiplex) Tinción de Giemsa (solo para uretritis) Cultivo Thayer –Martin.	Ceftriaxona 1 gr im (siempre que se se haya descartado <i>Chlamydia trachomatis</i>) Control post tratamiento recomendado en faringe y cervicitis
<i>Chlamydia trachomatis (Sero var D- K)</i>	• Uretritis subaguda/cervicitis • Asintomática Hombre 50%, 70-80% mujeres	• Hombre: prostatitis, vesiculitis orquioepidedimitis, esterilidad. • Mujer: Endometriosis, salpingitis o EIP. • Complicaciones tardías inmunológicas (1-4 semanas), Artritis reactiva (HLAB 27), síndrome de Reiter. • EIP+ perihepatitis (Fitz Hugh Curtis) • Neonatos: conjuntivitis (ophthalmia neonatorum) nasofaringitis y neumonía • Tracoma: queratoconjuntivitis folicular crónica	TAAN (PCR multiplex)	• Doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas 7 días(en rectal y cervical de elección) • Azitromicina 1 gr vo dosis unica • En la cervicitis hacer test de reinfección a los 3 meses.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	• Mujeres: Leucorrea, disuria sangrado • Hombres: Uretritis de evolución subaguda	• Hombres uretritis persistente raramente proctitis • Mujeres: endometritis, EIP, corioamnionitis, parto prematuro y aborto espontáneo, • Uretritis recurrente y persistente	TAAN (PCR multiplex)posibilidad de hacer el genotipo de R a azitromicina	• Doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas 7 días más: una de las dos opciones: • Azitromicina 500 mg primer día y luego 250 mg 4 días más O • Moxifloxacino 400 mg vo al día 7 días • Control post tratamiento en todos los pacientes!!
<i>Trichomonas vaginalis</i>	• Uretritis persistente • Cervicovaginitis (“Cervix en fresa”) • Hombres asintomaticos (80%), mujeres asintomáticas (50%)	• Epididimitis, y prostatitis	PCR Multiplex Cultivo de exudado cervical/vaginal o uretral	• Metronidazol 2 gr vo dosis única • Control postratamiento en inmunodeprimidos..

URETRITIS

Ceftriaxona 1 gr im+ doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas 7 días
(o azitromicina 1 gr vo C24 horas seguido de 500 mg vo 2 días más)

Exudado: Examen fresco, tinción de Gram, cultivo en medio de Thayer Martin y TAAN para *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*

Gonococo
C. Trachomatis

No cambio tratamiento

Mycoplasma genitalium

Sensible a Macrólidos

Pautar Doxiciclina
+azitromicina
1g el 1º día
500 mg/d 3 días

Resistente a
Macrólidos

Pautar doxiciclina +
moxifloxacino
400 mg/día 7 días

Trichomonas vaginalis

Pautar metronidazol
Mujer 500 mg/12h 7 d
Hombre dosis única 2 gr

Tto de las parejas sexuales de los 2 meses previos al dx. Relaciones protegidas o abstinencia sexual hasta resolución

2. Proctitis

Proctitis



- Inflamación de la mucosa rectal, que cursa con dolor, tenesmo y secreción rectal mucosa, purulenta o sanguinolenta.
- A veces ,malestar general y fiebre, a veces asintomático. Incluir la proctitis infecciosa en el Dx diferencial de la EII
- **Etiología:** Gonococo, Chlamydias, serovares V-K o serovares L1-L3(Linfogranuloma venereo) , Sífilis y VHS tipo I y II. M Pox. Otros: Salmonella, Shigella, Campylobacter, Entamoeba, Clostridium difficile.
- Cribado sistemático(PCR) en las personas con sexo anal por alta frecuencia de infecciones asintomáticas
- **Tto empírico:** ceftriaxona 1 gr im junto doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas durante 7 días. Tras el resultado de la PCR multiplex se puede hacer un tratamiento dirigido. SI LGV Doxiciclina 1c/12h 21 días. **Tto de los contactos**

3. Úlceras genitales

Úlceras genitales

- Origen infeccioso o no infeccioso(Enf de Behcet, Enf de Crohn, neoplasias,..)
 - Dx diferencial amplio
 - **Etiología→ enfermedad**
 - VHS tipo 1 y tipo 2→ Herpes genital
 - Treponema pallidum→ Sifilis 1ª, Chancro sifilítico
 - Chlamydia trachomatis serovares L1-L3→ Linfogranuloma venereo
 - Haemophilus ducrey→Chancroide
 - Klebsiella granulomatis→Donovanosis o Granuloma inguinal
 - Diagnóstico: Características clínicas, Técnicas de PCR, biopsia de la ulcera (Cuerpos de Donovan)
-

Úlceras genitales: Herpes simple

- Distribución mundial
- Causa más común de úlcera genital. Generalmente VHS-2, también VHS-1
- Infección primaria: La infección se desarrollará tras un periodo de incubación que puede variar entre 2 y 12 días, consistirá en la aparición de vesículas/úlceras dolorosas múltiples de aspecto arracimado, acompañadas de síntomas generales (fiebre, cefalea mialgias, malestar general) y linfadenopatía . Puede dar meningitis aséptica
- Infección recurrente: Reaparición de las lesiones vesiculares, aunque se producirán en menor número y con menos síntomas generales que la infección primaria. La frecuencia de las recurrencias dependerá de la severidad y duración de la infección primaria, el serotipo de VHS (más frecuente el VHS-2) y el estado inmunitario del huésped.
- Tras curación , puede existir excreción asintomática del virus → infección de parejas y de neonatos en el parto



Úlceras genitales: Herpes genital

- **Herpes simple:** Aparecen vesículas agrupadas, con imágenes policíclicas agrupadas, que rápidamente se erosionan y pasan a úlceras de 1-2 mm. con borde eritematoso y dolorosas, que evolucionan a costra.
- Con frecuencia hay historia previa de lesiones similares que aparecen en el mismo sitio y curan solas.
- Puede cursar con adenopatías e incluso con dolor importante en las primoinfecciones



Úlceras genitales: Sífilis 1^a

- **Sífilis primaria:** La lesión característica es el chancro duro. Consiste en una pápula que progresivamente va aumentando de tamaño y se convierte en una lesión ulcerada de aproximadamente 1-2 cm de diámetro con bordes infiltrados.
- La lesión se suele localizar en el surco balano-prepucial pero también puede aparecer en la zona perianal, en la mucosa oral o en la vulva.
- Característicamente se trata de una lesión poco o nada dolorosa, que aparece en el plazo de 2-4 semanas tras el contacto sexual de riesgo y desaparece espontáneamente.
- Es frecuente la aparición de adenopatías, inguinales, indoloras



Úlceras genitales: Linfogranuloma venéreo (LGV)

- **Chlamydia Trachomatis serovares L1-L2-L3**

- La clínica más frecuente es la de proctitis o una úlcera poco específica que desaparece(infección primaria).
- De forma secundaria: lesiones ulceradas únicas o múltiples perianales, en algunos casos adenopatías inguinales supurativas, dolorosas, e incluso afectación sistémica en forma de malestar general o fiebre.
- Más del 95% de los casos descritos en Occidente son en HSH con un elevado porcentaje de coinfección por VIH y VHC.



Úlceras genitales: Mpox

- Virus de la viruela del mono
- Lesiones clásicas en forma de pseudopustulas
- Sin embargo, pasan por diferentes estadios: macula-papula-vesícula-pseudopustula-ulcera
- Esto complica el dx diferencial
- Con frecuencia acompañadas de lesiones en otros territorios, adenopatías inflamatorias, edema, y síntomas sistémicos.



	Características clínicas	Localización	Diagnóstico	Tratamiento
Herpes genital	Lesiones vesiculares→ ulceras pequeñas, múltiples y dolorosas	Distribución mundial	1.Habitualmente PCR fondo ulcera 2.Técnica de Tzanck,raspado muestra cels gigantes multinucleadas	Aciclovir 400/6h Famciclovir 500/12h Valaciclovir 1 gr/8h 7 días en primoinfección 3-5 días en recurrencias
Chancro sifilitico	Lesión única, indurada, infiltrativa, no dolorosa	Distribución mundial	1.Test de sífilis, puede ser negativo 2. PCR ulcera	Benzetacil 2.4 millones UI IM dosis única
Linfogranuloma venereo	Lesion única, dolorosa, con adenopatías periféricas, pueden fistulizar	Inicialmente en países del Trópico, actualmente universal, más frecuente HSH	1.PCR Ulcera	Doxiciclina 100mg/12h 21 días
Chancroide (<i>Haemophilus ducrey</i>)	Ulceras dolorosas genitales, friables, exudado grisáceo Asocia linfadenopatias dolorosas	Africa Asia,Caribe y Latinoamerica Rara en países occidentales	1. PCR ulcera	Azitromicina 1 gr via oral o Ceftriaxona 250 mgIM
Granuloma inguinal (Donovanosis o Granuloma venéreo) <i>Klebsiella granulomatis</i>	Ulceras indoloras en zonas de contacto Suelen ser Múltiples Crecen y destruyen tejidos	Países tropicales y subtropicales Rara en occidente	1.PCR 2 Biopsia : inclusiones intracitoplásmicas en baston(Cuerpos de Donovan)	Azitromicina 1g/sem x 4- 6 sem o bien Doxiciclina 100/12h 21 d

4. Verrugas

Verrugas

- Dos tipos de verrugas (producidas por el Virus del Papiloma Humano):
 - Verrugas simples(en las manos ,cara,...)
 - Verrugas genitales o anales, generalmente son condilomas acuminados
- Molluscum contagioso(Poxvirus): No son de transmisión exclusiva sexual, frecuentes en niños, se adquieren por contacto. Mas frecuentes en adultos inmunodeprimidos
- Lesiones pustulosas por Mpox



Virus del Papiloma Humano

- El VPH es un virus ADN bicatenario habiéndose identificado más de 200 genotipos. Se estima que más de un 80% de las personas sexualmente activas contraerán la infección por VPH alguna vez en la vida. Afecta a hombres y mujeres jóvenes, su incidencia está relacionada con la actividad sexual.
- Los VPH 6, 11 son responsables de las verrugas anogenitales, lesiones benignas muy comunes. Los de alto riesgo oncogénico (VPH 16 y 18) originan lesiones displásicas, consideradas el precursor directo de gran cantidad de neoplasias, especialmente de cuello de útero, ano y orofaringe.
- La infección es generalmente transitoria consiguiéndose un aclaramiento habitualmente en un año. Sin embargo, en pacientes con sistema inmune deteriorado (VIH o trasplantados puede ser mayor).
- La infección por un serotipo no protege del resto. El diagnóstico se realiza mediante mediante PCR.

Virus del Papiloma Humano

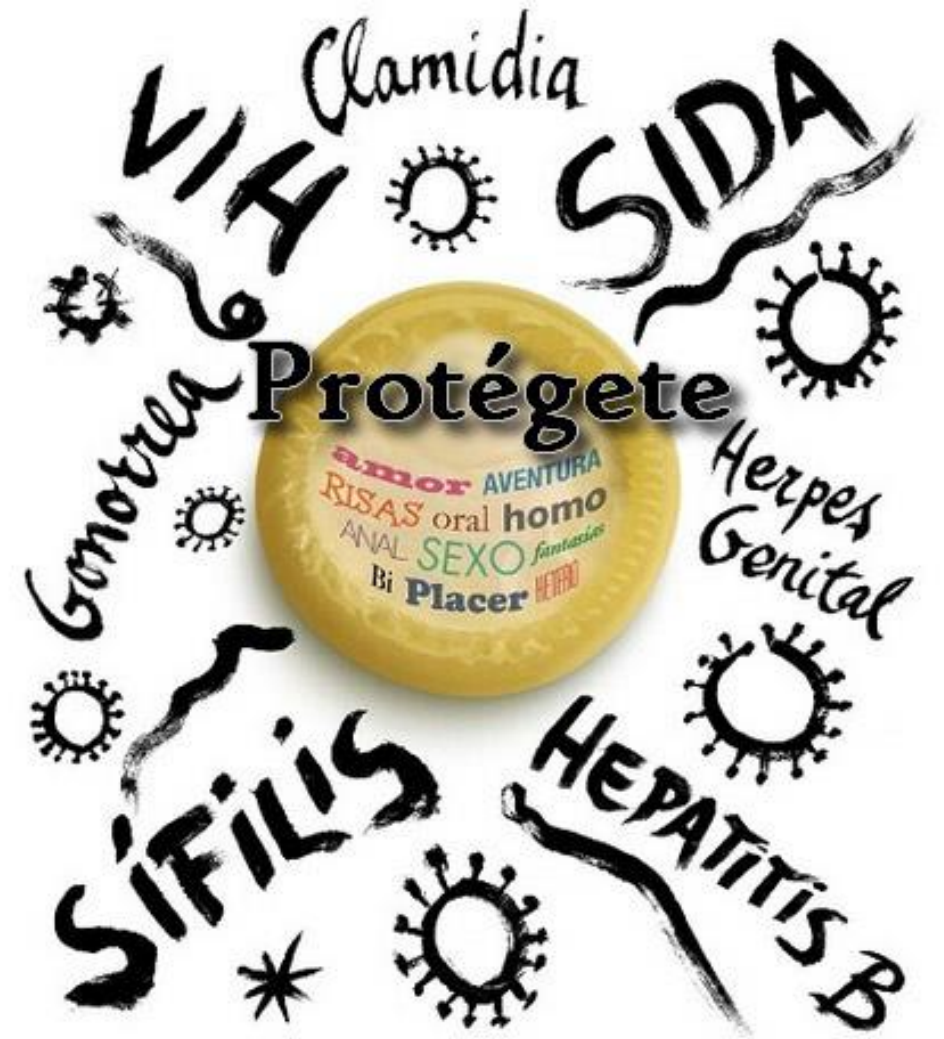
- La prevención de la infección por virus del papiloma humano se basa en medidas generales:

Preservativo (protección parcial), Circuncisión, Limitar el número de parejas y abstinencia sexual.

- La vacuna evita la infección persistente y constituye la mejor herramienta frente a las neoplasias y verrugas anogenitales. Gardasil-9® (frente a VPH serotipos: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) . Aprobada en Niños/niñas a los 12 años, HSH < 45 años, VIH < 45 años, mujeres con displasia cervical
- El tratamiento de las verrugas genitales se puede realizar con agentes inmunomoduladores (imiquimod y sinecatequinas), agentes citotóxicos (podofilotoxina), crioterapia, ácidos tricloracético y bicloroacético, escisión quirúrgica y electrocoagulación.
- **ES UNA ITS!!!→HAY QUE DESCARTAR EL RESTO DE ITS**



Viruela M(Mpox)



Viruela M(Mpox). Actualización

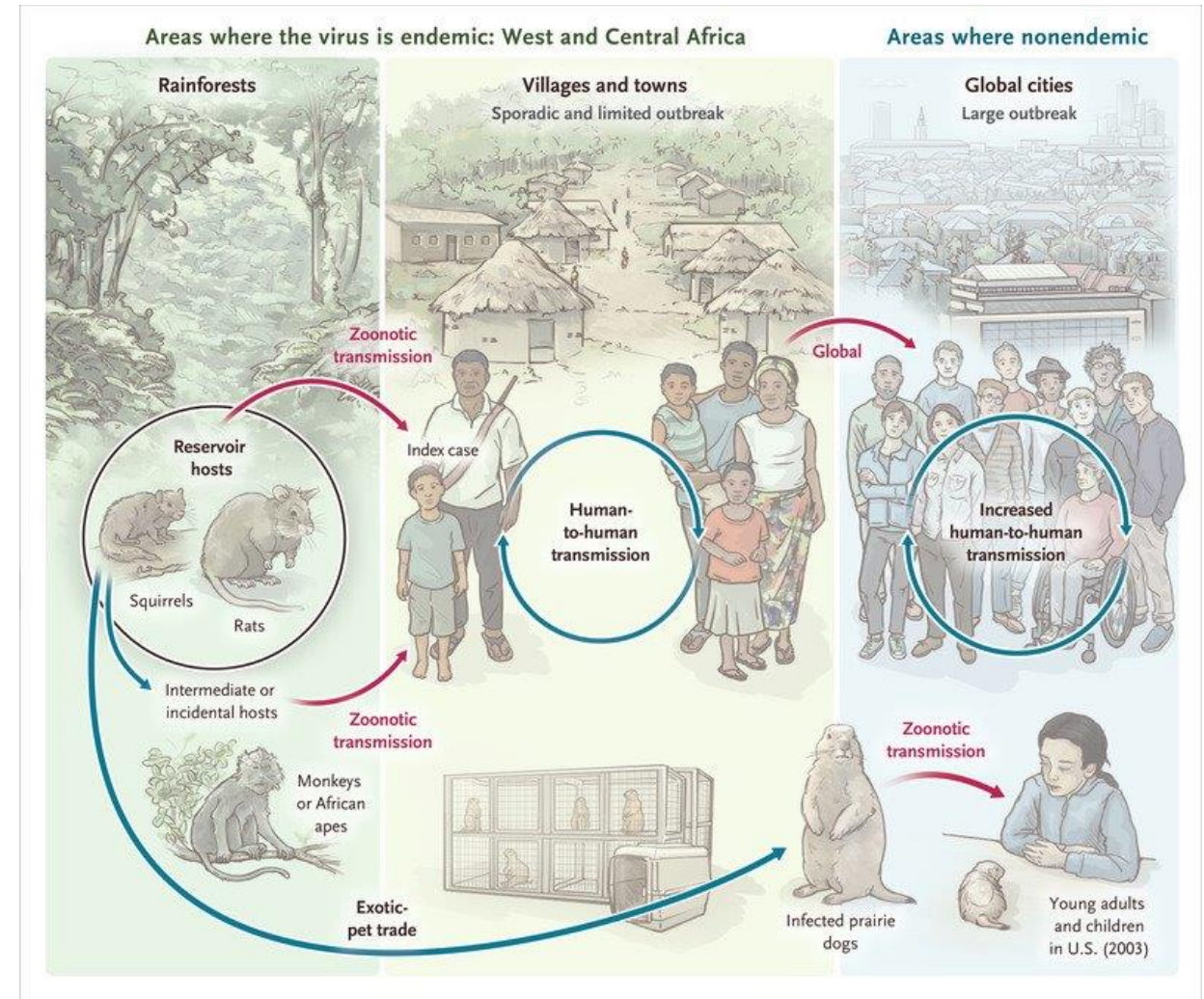
- inicio del brote en abril de 2022, se han registrado 8,178 casos confirmados hasta agosto de 2024. Las comunidades más afectadas son Madrid, con 2,770 casos (34.2% del total), Cataluña, con 2,452 casos (30.3%), y Andalucía, con 997 casos (12.3%).
 - 334 nuevos casos hasta agosto de 2024, superando los 323 casos reportados durante todo 2023
 - En agosto de 2024: 18 nuevos casos
 - 98% de los afectados son hombres, con una mediana de edad de 37 años.
 - El 81% de los contagios se atribuyen a contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales
 - 78% de los casos corresponden a hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres.
 - 89% de los casos no estaban vacunados o su estado vacunal era desconocido,
-

Viruela M(Mpox)

- Virus de la familia Poxviridae, género Orthopoxvirus.
 - Dos clados : **Clado I** el de la cuenca del Congo (África Central), y el **clado IIa y IIb**, en África Occidental. Este último fue el responsable del brote de junio de 2022 que paso a Europa, y se extendió por España(2º país con mayor número de casos). El brote de 2024 actual proviene del Congo, es el Clado I, más virulento, 1 solo caso en Europa en Suecia hasta septiembre de 2024. Ningún caso en España hasta sept 2024.
 - Zoonosis. Reservorio: Amplia gama de roedores (ratones, conejos, hamsters, marmotas, jerbos, ardillas, puercoespinas), perros de la pradera. Los monos se infectan de forma esporádica al igual que los seres humanos.
 - Periodo de incubación de 6 a 13 días, a veces hasta 21 días. Clave si existe antecedente de contacto con un caso
-

Viruela M(Mpox)

- Transmisión animal a humano por contacto directo o con animales vivos o muertos, por mordedura o arañazo por el contacto con fluidos corporales o lesiones de un animal infectado.
 - Transmisión persona a persona. Contacto directo con las lesiones cutáneas, a través de fómites como ropa de cama o de vestir o por la exposición a gotas respiratorias durante el contacto cara a cara.
- El brote del 2022 afectó fundamentalmente a HSH (89%) y en cerca de una tercera parte de los casos la transmisión se produjo junto con una ITS. Se ha detectado presencia del virus en el semen.



Viruela M(Mpox)

PERIODO INVASIVO

- Lesión única o múltiple en lugar de inoculación:
Pseudopústula
- Dolorosa, sobre todo en ano, con edema circundante y linfadenopatía regional
- Mas graves y necróticas en inmunodeprimidos

PERIODO ERUPTIVO

- 7-10 días después, aparición de lesiones en otras localizaciones
- Evolución: macula-pápula-vesícula-pústula y costra
- Pruriginosas, lesiones en diferentes estadios de desarrollo
- Resolución de 2 a 5 semanas tras inicio de los síntomas



Viruela M(Mpox)

- **Diagnóstico:** PCR del fondo de la lesión(romper la vesícula para tomar la muestra)
- **Tratamiento:** Sintomático.
- Solo casos graves con clínica neurológica u ocular **tecovirimat 14 días**
- **Profilaxis postexposición:**

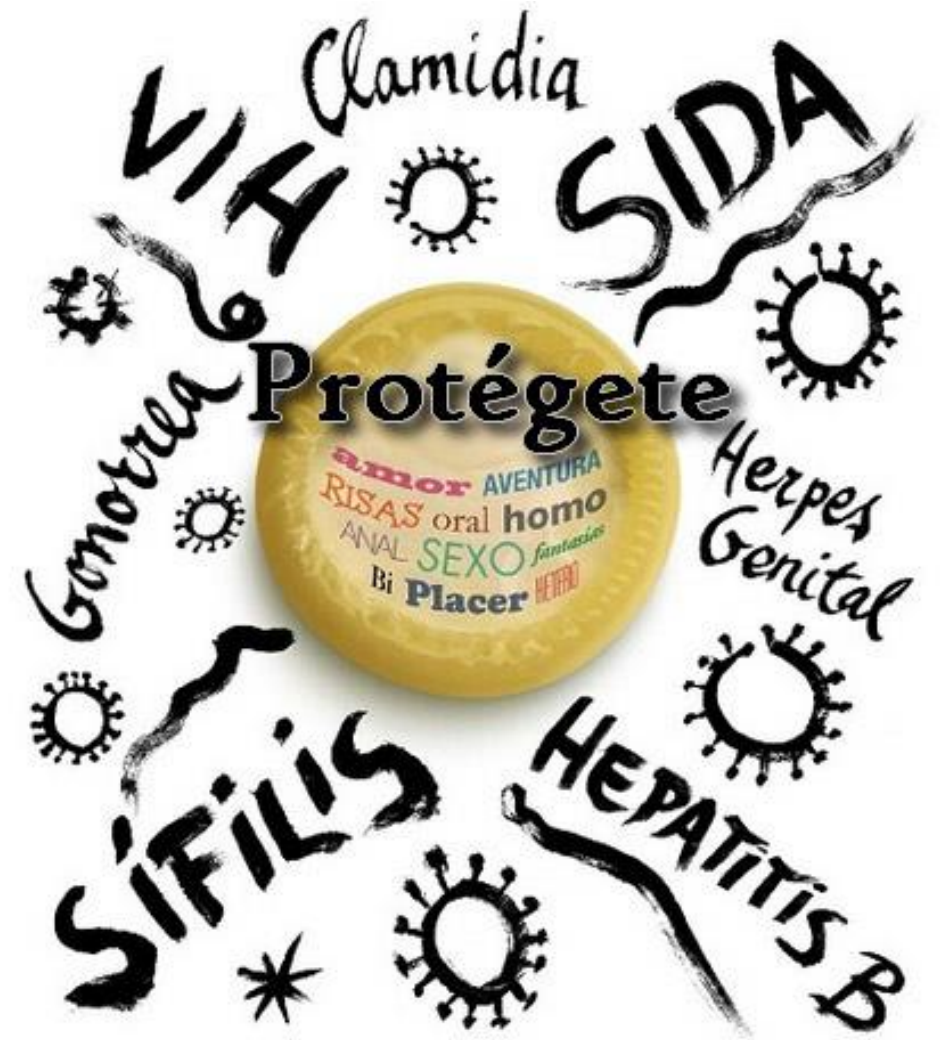
Vacunación con Imvanex. Los primeros 4 días puede prevenir la aparición de la enfermedad y la vacunación en los 14 días siguientes puede reducir la gravedad de la enfermedad.

- **Profilaxis preexposición:**

Se recomienda la vacunación en las personas que no hayan pasado la enfermedad con mayor riesgo de exposición:

- Personas que mantienen prácticas sexuales de alto riesgo, fundamentalmente pero no exclusivamente GBHSH (gays, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres) incluidas dentro de las indicaciones de la profilaxis preexposición al VIH (PrEP) o con infección por VIH en seguimiento en consultas hospitalarias y que no hayan pasado la enfermedad.
- Personas con riesgo ocupacional como personal sanitario en consultas especializadas en atención de ITS/VIH a personas con prácticas de alto riesgo y personal de laboratorio que manejan muestras potencialmente contaminadas con virus MPX o personal que se encarga de la limpieza de superficies en locales específicos donde se mantienen relaciones sexuales de riesgo

Sífilis (Lúes)



Sífilis (Lúes)

- Etiología
 - Patogenia
 - Etapas clínicas
 - Métodos diagnósticos
 - Tratamiento

 - Neurosífilis
-

Sífilis (Lues): Etiología y Epidemiología

1. **Treponema pallidum**, familia Spirochaetaceae, descubierto en 1905, 10-13 micras de largo, 0,15 micras de ancho, difícil de visualizar al MO, si con M de campo oscuro

2. Incremento de casos continuo desde el 2000. GBHSH suponen el 46% casos de S1 y S2 en 2021.

En mujeres incremento del 700% desde 2012, y un 55% de 2020 a 2021

Un 45% HSH con S1 o S2 tienen VIH

3. **Trasmisión directa por contacto con lesiones**, generalmente con el sexo, y a través de la placenta(Sif congenita). Muy raro por transfusión de hemoderivados, porque se realiza screening y porque no sobrevive >24-48h en los bancos de sangre

Requiere exposición a lesiones abiertas con microorganismos:

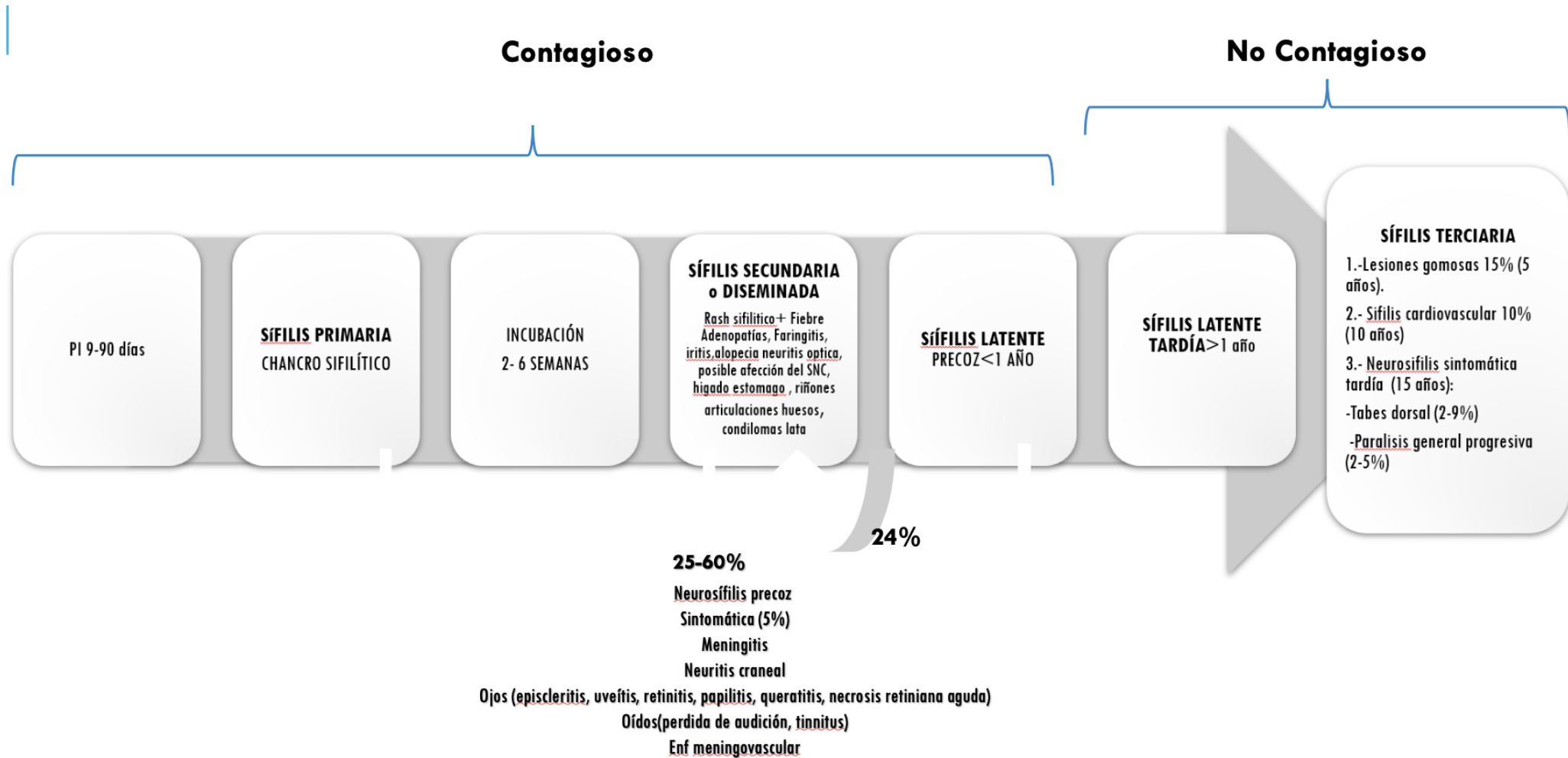
Chancro, parches mucosos, condiloma lata

NO lesiones de S2 con piel intacta

Probabilidad de contagio tras contacto con persona con sífilis 30%



Sífilis (Lues): Etapas clínicas

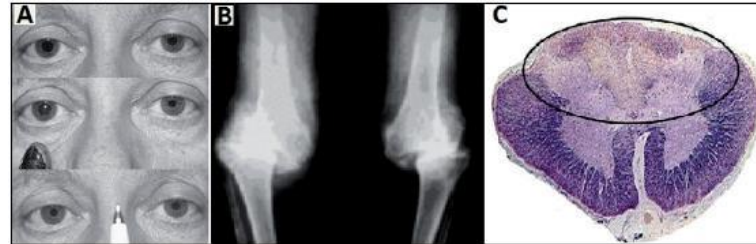
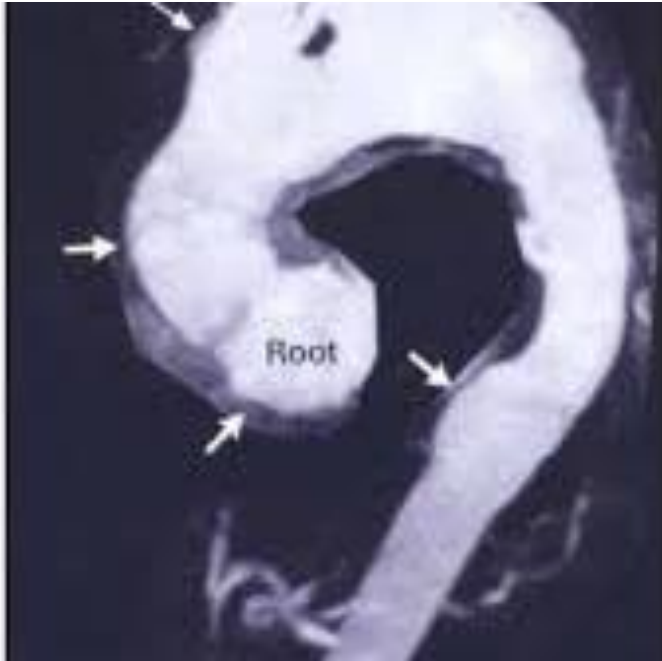


Sífilis (Lues): Etapas clínicas

Sífilis 1ª : Chancro

Sífilis 2ª: Rash o roséola sifilítica
Parches mucosos, condiloma lata,..

Sífilis terciaria



Sífilis congénita

- Resultado de la transmisión vertical (gestación, parto).
- Lesiones a partir del 4º mes de gestación.
- Aborto prematuro, muerte fetal o infección latente.
- Sífilis congénita temprana (<1 año): síntomas osteocondrales, mucocutáneos, hepatomegalia, meningitis, rinitis.
- Sífilis congénita tardía (>1 año): artropatía recurrente en rodillas, sordera, queratitis, atrofia óptica, tibias en sable, nariz en silla de montar, maxilares mal desarrollados o incisivos separados (Dientes de Hutchinson).



Sífilis latente o asintomática

- Personas asintomáticas, que se diagnostican al realizar los test de sífilis
 - Sífilis latente precoz, han transcurrido menos de 1 año desde el ultimo test de sífilis, que era negativo
 - Sífilis latente tardía, ha transcurrido más de 1 año, desde el ultimo test de sífilis, que era negativo.
 - La S. latente precoz se considera con potencial de contagiosidad. Se trata con una dosis única Benzetacil 2,4 millones IM
 - La S latente tardía, no suele ser contagiosa, se trata con tres dosis de Benzetacil 2.4 millones IM/semana x tres semanas.
-

Diagnóstico de la Sífilis: métodos directos

Microscopio de campo oscuro

- Visualización directa de los treponemas móviles.
- Exudado de lesiones activas.
- Se precisa de microscopista experto.
- Ya no se utiliza.

PCR

- Lesiones (úlceras, dérmicas).
- Muy específica.
- No sirve para LCR ni sangre.

Treponema pallidum no puede ser cultivado en medios de cultivo

Diagnóstico de la Sífilis: métodos serológicos

PRUEBAS REAGÍNICAS

- **VDRL** (Venereus Disease Research Laboratory): LCR
- **RPR** (Rapid Plama Reagin)
- Positivas a partir del 10-15 días. Sensibilidad menor en la primaria. Secundaria y latente 100%.
- Falsos positivos (enfermedades autoinmunes), negativos (fenómeno prozona)

Sirve para el diagnóstico y seguimiento!!

PRUEBAS TREPONÉMICAS

- Ac IgG e IgM. Alta especificidad y sensibilidad.
- FTA-ABS: absorción de anticuerpos antitreponémicos fluorescentes (FTA-ABS)
- Microaglutinación para detectar anticuerpos contra T. Pallidum (MHA. TP)
- Ensayo de hemaglutinación (TPHA)
- Enzimoinmunoensayo de T. Pallidum (TP-EIA)
- Inmunoensayo de luminiscencia (CLIA)

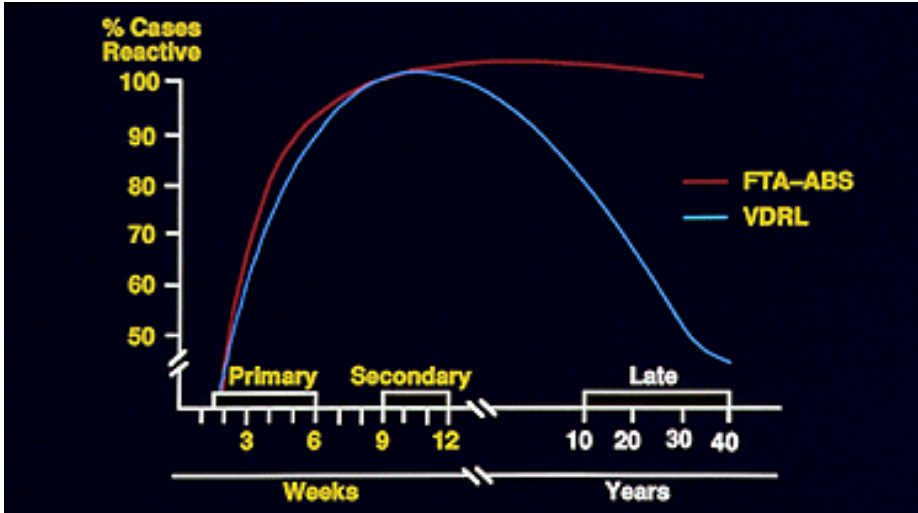
Se mantiene positivo de por vida!!

Tabla 6. Fases de la sífilis y sensibilidad de las pruebas diagnósticas

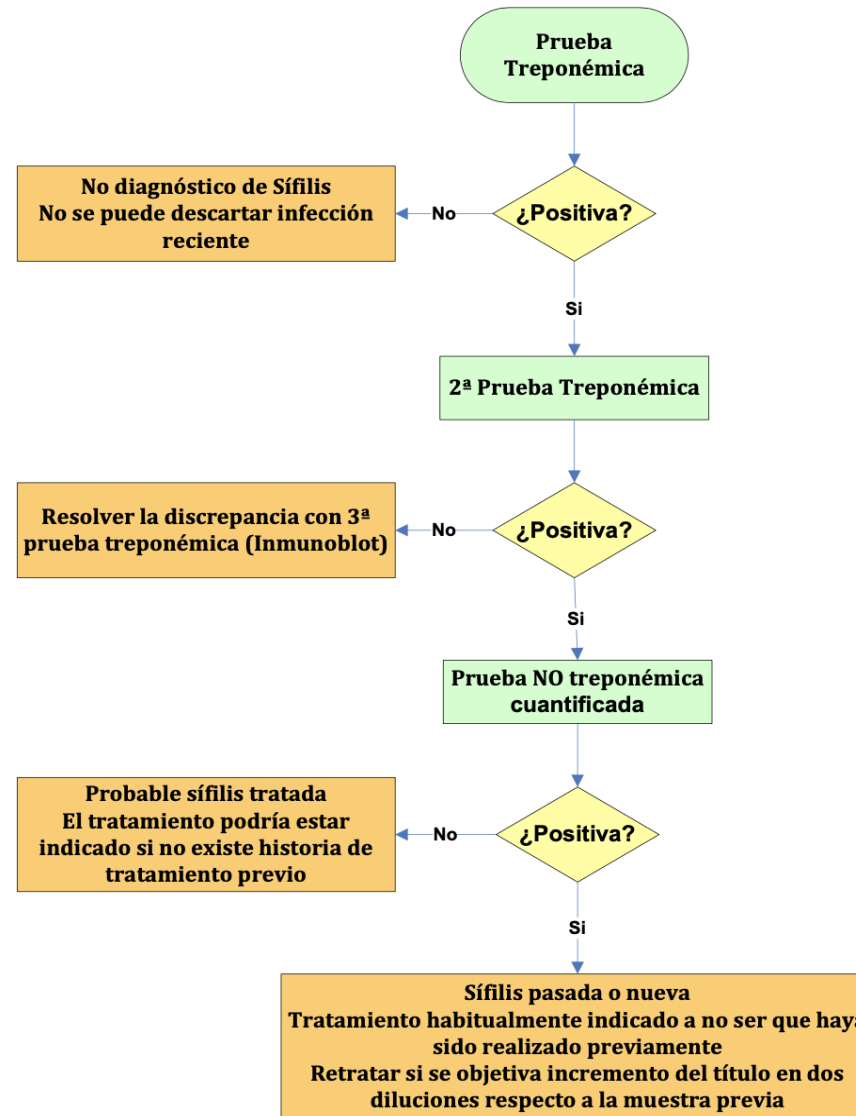
Fase	Duración	Sensibilidad pruebas serológicas (%)					Comentario
		VDRL	RPR	EIA / CLIA*	TPHA	FTA	
Incubación	10-90 días (media 21)	-	-	-	-	-	Periodo entre el contacto y el chancro.
Primaria	3-8 semanas	78	86	97	76	84	Chancro en el lugar de la infección. Resolución espontánea.
Secundaria	3-12 semanas	100	100	100	100	100	Un 25% de los no tratados desarrolla signos a las 4-10 semanas de aparecer el chancro.
Latencia temprana	1 ^{er} año	95	98	100	100	100	Serología positiva sin evidencia clínica.
Latencia tardía y terciaria	> 1 ^{er} año o duración indeterminada	71	73	94	94	96	La diferenciación en un año es arbitraria. 1 año es criterio de IUSTI**.

* La sensibilidad puede variar en función del ensayo comercial utilizado.

**International Union against Sexually Transmitted Infection.



Diagnóstico de la Sífilis: métodos serológicos



Diagnóstico de la sífilis: métodos serológicos

	Prueba treponémica negativa	Prueba treponémica positiva
RPR/VRDL negativo	No tiene sífilis Sífilis primaria muy temprana <u>Sífilis</u> en periodo de incubación	<u>Sífilis</u> primaria muy temprana <u>Sífilis</u> secundaria con fenómeno de <u>prozona</u> <u>Sífilis</u> tardía no tratada Sífilis tratada
RPR/VRDL positivo	Falso positivo <u>reagínica</u> ○ Falso negativo treponémico muy poco común	Diagnóstico de sífilis Otras enfermedades treponémicas

Tratamiento de la sífilis

SÍFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA, LATENTE PRECOZ

- **PENICILINA BENZATINA 2,4 MILL. UI im dosis única.**
- Alternativas: Doxiciclina 100 mg cada 12 horas 14 días.
- Ceftriaxona 2 gr im o iv 10-14 días.

SÍFILIS LATENTE TARDÍA Y SÍFILIS TERCIARIA (NO NEUROSÍFILIS)

- **PENICILINA BENZATINA 2,4 MILL. UI IM 1 VEZ A LA SEMANA 3 SEMANAS**
- Alternativa: Doxiciclina 100 mg 1 comp vo cada 12 horas 28 días o ceftriaxona 2 gr im cada 24 horas durante 14 días.

NEUROSÍFILIS Y SÍFILIS OCULAR Y ÓTICA

- **PENICILINA G SODICA 18-24 MU /DÍA(4 MILL UI CADA 4 HORAS) DURANTE 14 DÍAS**
- Alternativa: Ceftriaxona 2 gr im durante 14 días o Doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas durante 28 día.

Reacción de Jarisch Hexheimer: Reacción febril aguda que ocurre en las primeras 24 horas tras el tratamiento de cualquier infección por espiroquetas. 10-35%.

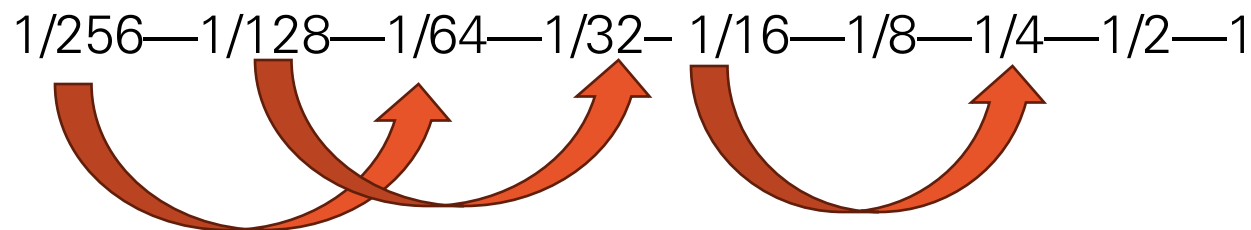
Tratamiento de la sífilis en alérgicos a Penicilina

- **Desensibilizar a penicilina en embarazadas y neurolúes y sífilis ocular y ótica. Si no es posible....**
 - ✓ **Neurolúes: Ceftriaxona 2 gr iv cada 24 horas durante 14 días o doxiciclina 100 mg 1 comp cada 12 horas oral durante 28 días.**
 - ✓ **Embarazadas ceftriaxona 2 gr. iv cada 24 horas 14 días o azitromicina 2 gr en dosis única. ¡¡NO usar doxiciclina en una gestante!!**

Seguimiento de la sífilis

CURACIÓN DE LA SIFILIS:

- Descenso de al menos dos diluciones(4 títulos) en el valor de RPR o su negativización, al año de haber completado el tto



- En S1 y S2 el descenso del título sucede en el 80% en < 6 meses tras el tto, un 20% no responde hasta 1 año del tto
 - En S latente puede no producirse la respuesta de los test reagínicos
 - Con frecuencia se produce un descenso del título sin completar la negativización de este trascurrido 1 año del tto: **estado de serofast**
-

Seguimiento de la sífilis

FRACASO DEL TTO DE LA SIFILIS:

- Aumento de al menos dos diluciones(4 títulos) en el valor de RPR en cualquier momento de la evolución, y una vez descartemos reinfección por la H^a clínica
- Si la sintomatología de la sífilis primaria o secundaria permanece o reaparece a las dos semanas del tratamiento
- Cuando la respuesta serológica al tto correcto y tras el intervalo adecuado(12 meses en S1y S2, 24 meses en S latente, y en S1 yS2 en PVVIH 24 meses), no alcanza el descenso de dos diluciones en el RPR

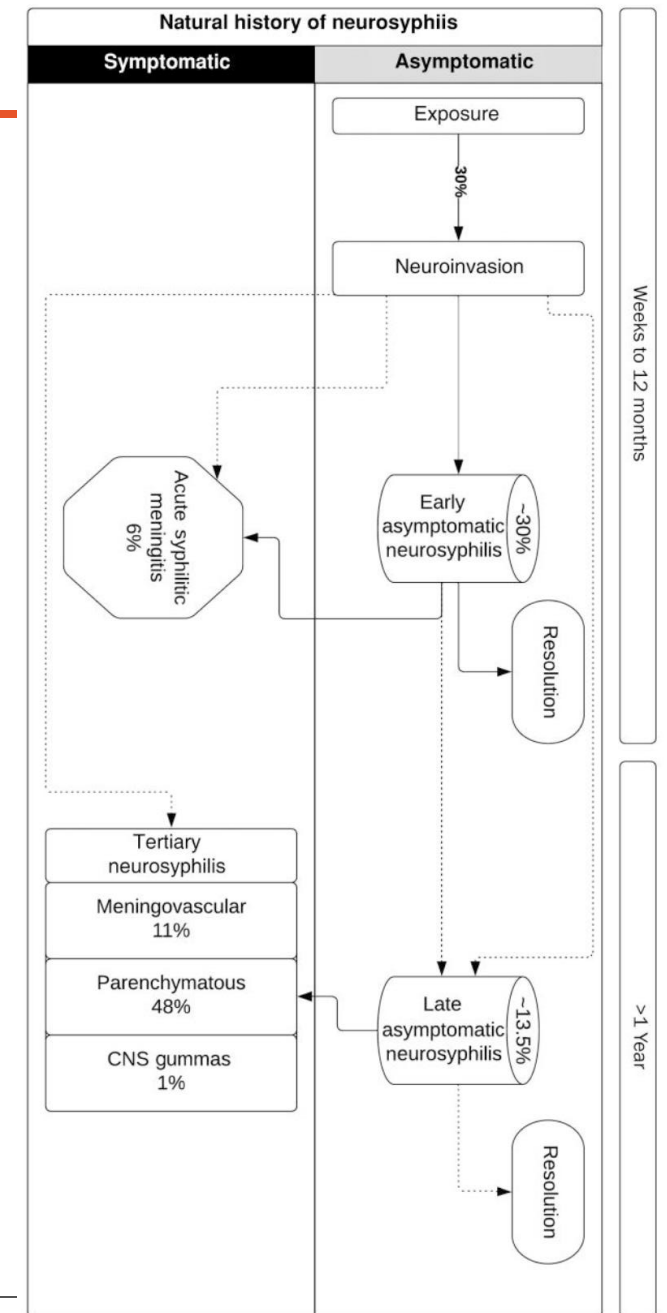
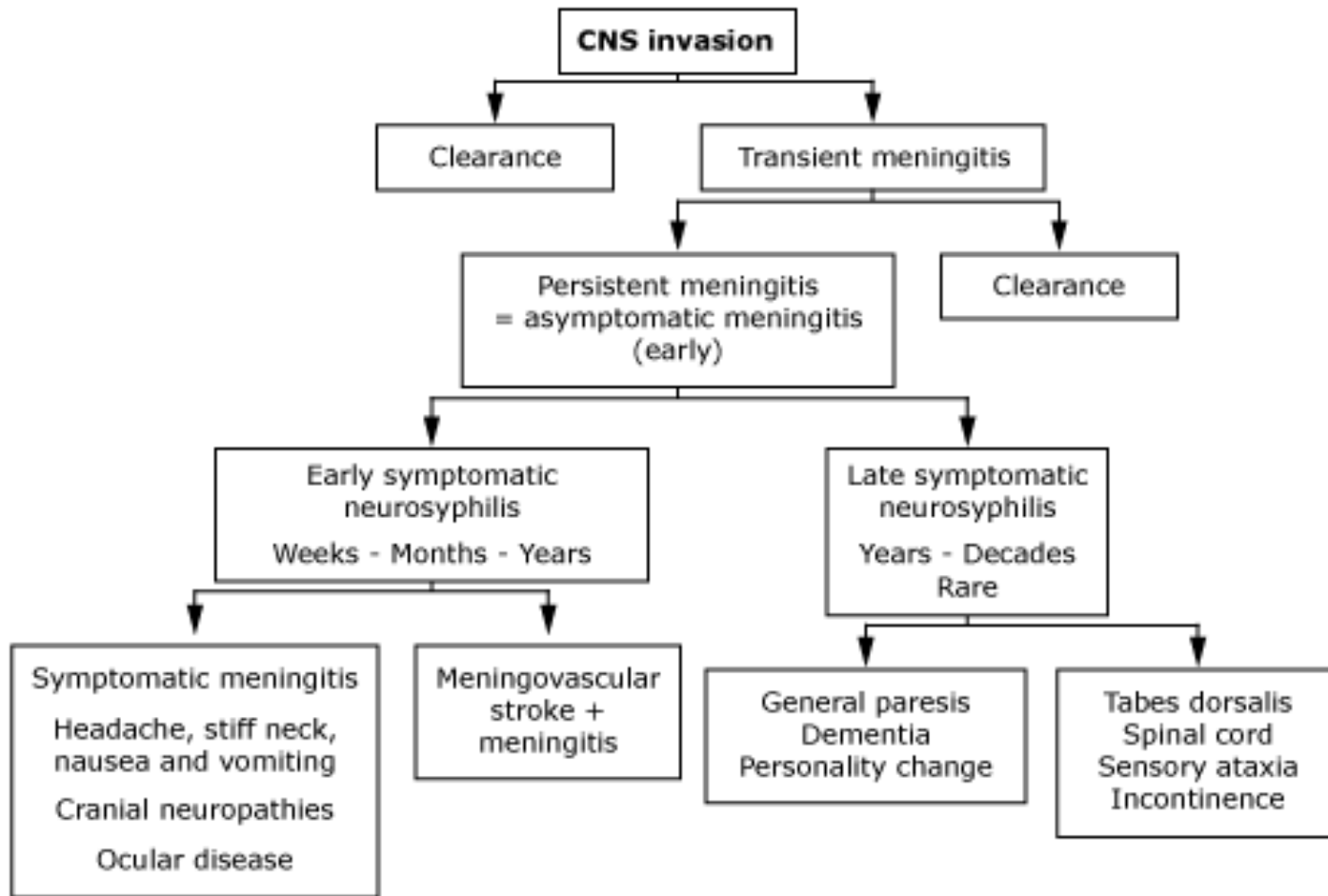
Si se descarta reinfección por la H^a clínica, habrá que considerar realizar Punción lumbar para descartar Neurolues antes de retratar

Neurosífilis

- Infección del SNC por *Treponema pallidum*
 - Puede suceder en cualquier estadio de la infección
 - S precoz: meningitis asintomática o sintomática o enfermedad meningovascular
 - S tardía, afectación del parénquima cerebral y medula espinal: parálisis general y tabes dorsal
 - Para el Dx. de neurosífilis es necesario realizar Punción lumbar y analizar LCR:
 - En LCR no tiene validez la técnica de PCR, **el test dx en LCR es el VDRL**
 - Sera Dx si ante sospecha clínica presenta **VDRL LCR positivo**
 - Si VDRL es negativo, es criterio de Neurolues la presencia > 5 leucoc/mm³ y/o la elevación de las proteínas en LCR > 50 mg/dL
-

Neurosífilis

Natural history of neurosyphilis



Neurosífilis

- El diagnóstico se basa en:
 - la historia clínica
 - el examen físico
 - la realización de los test treponémicos y reagínicos en suero
 - el análisis del LCR
 - Tc de neuroimagen (ocasionalmente)
-

Neurosífilis: Indicaciones de Punción lumbar

1. Pacientes con sífilis y síntomas neurológicos. **No indicado en sífilis ocular y ótica**
 2. Pacientes con sífilis cardiovascular o gomosa, siempre hacer PL
 3. Pacientes con incremento de 4 títulos tras recibir tto adecuado según la etapa de la sífilis diagnosticada(hacer el test tras dos semanas del previo), y una vez descartada reinfección
 4. Pacientes que no alcanzan el descenso de 4 títulos en los test reaginicos, tras recibir tto adecuado según la etapa de S, y transcurridos el periodo de tiempo adecuado(12 meses en S1y S2, 24 meses en S latente, y en S1 yS2 en PVVIH 24 meses)
-

Sífilis . Estudio de contactos

Contactos

- Todas las personas con contacto con personas que han sido diagnosticadas de sífilis en los 90 días previos al diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente precoz → **Incluso si la serología es negativa!!!**
- Si han pasado más de 90 días y tenemos serología negativa puede no tratarse.

Notificar a los contactos según la fase de la sífilis:

- Sífilis primaria: 3 meses previos
 - Sífilis secundaria: 6 meses previos
 - Sífilis latente precoz: 1 año.
-

Ejemplos

	Clinica	Serologia	Revisión de H ^a clinica	DX
Caso 1	Asintomático	RPR +1/8 TPHA positivo en sept 2024	Previo en enero de 2024 CLIA negativo	
Caso 2	Rash en tronco	RPR +1/4 TPHA positivo	No antecedentes de serología de Lues	
Caso 3	Úlcera en pene dura e indolora	CLIA positivo y TPHA positivo RPR negativo	HSH sexo oral no protegido	
Se repite serología al mes		CLIA positivo TPHA positivo RPR +1/2		

Ejemplos

	Clinica	Serologia	Revisión de H ^a clínica	DX
Caso 1	Asintomático	RPR +1/8 TPHA positivo en sept 2024	Previo en enero de 2024 CLIA negativo	Sífilis latente de menos de 1 año de duración
Caso 2	Rash en tronco	RPR +1/4 TPHA positivo	No antecedentes de serología de Lues	Sífilis secundaria
Caso 3	Úlcera en pene dura e indolora	CLIA positivo y TPHA positivo RPR negativo	HSH sexo oral no protegido	Probable Chancro sífilítico
Se repite serología al mes		CLIA positivo TPHA positivo RPR +1/2		Se confirma Sífilis 1 ^a

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de Hª clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años		

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de Hª clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años	Sífilis indeterminada tardía o Sífilis tratada y curada	Si no existe evidencia de haber sido tratada, tto con 3 dosis de Benzetacil 2,4 mill/sem

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de Hª clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años	Sifilis indeterminada tardía o Sifilis tratada y curada	Si no existe evidencia de haber sido tratada, tto con 3 dosis de Benzetacil 2,4 mill/sem
Caso 5	Mujer 27 años heterosexual Fiebre y malestar general 2 semanas	RPR 1/16 FTABS +	Parto hace 10 meses Serología negativa No otras parejas sexuales		

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de Hª clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años	Sífilis indeterminada tardía o Sífilis tratada y curada	Si no existe evidencia de haber sido tratada, tto con 3 dosis de Benzetacil 2,4 mil/sem
Caso 5	Mujer 27 años heterosexual Fiebre y malestar general 2 semanas	RPR 1/16 FTABS +	Parto hace 10 meses Serología negativa No otras parejas sexuales	Sífilis probablemente secundaria	Tto con dosis única de Benzetacil 2,4 mil IM

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de H ^a clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años	Sifilis indeterminada tardía o Sifilis tratada y curada	Si no existe evidencia de haber sido tratada, tto con 3 dosis de Benzetacil 2,4 mill/sem
Caso 5	Mujer 27 años heterosexual Fiebre y malestar general 2 semanas	RPR 1/16 FTABS +	Parto hace 10 meses Serología negativa No otras parejas sexuales	Sifilis probablemente secundaria	Tto con dosis única de Benzetacil 2,4 mil IM
Caso 6	Su pareja actual asintomática	CLIA positivo FTABS positivo RPR negativo	No otras serologías previas Relaciones esporádicas con otra mujer desde hace 3 años		

Ejemplos

	Clínica	Serologia	Revisión de H ^a clínica	DX	Actitud
Caso 4	Varón 35 años Asintomático Estudio para FIV	CLIA y FTABS positivos RPR negativo	Pareja actual con CLIA negativo Relación anterior a los 20 años	Sífilis indeterminada tardía o Sífilis tratada y curada	Si no existe evidencia de haber sido tratada, tto con 3 dosis de Benzetacil 2,4 mil/sem
Caso 5	Mujer 27 años heterosexual Fiebre y malestar general 2 semanas	RPR 1/16 FTABS +	Parto hace 10 meses Serología negativa No otras parejas sexuales	Sífilis probablemente secundaria	Tto con dosis única de Benzetacil 2,4 mil IM
Caso 6	Su pareja actual asintomática	CLIA positivo FTABS positivo RPR negativo	No otras serologías previas Relaciones esporádicas con otra mujer desde hace 3 años	Sífilis latente indeterminada	Tto con 3 dosis de Benzetacil IM/3 sem

Varón de 24 años, HSH, refiere relaciones orales no protegidas en los 6 últimos meses, afirma no tener sexo anal. Acude por malestar general, dolor de garganta con febrícula y un rash leve en tronco en la última semana. ¿Qué actitud es la más correcta?

1. Realizaría serologías de Lues , VIH, VHA, VHB y VHC y esperaría resultados. Le explicaría que se abstuviera de tener relaciones sexuales hasta establecer el diagnóstico.
2. Impresiona de un rash por sífilis secundaria, y pautaría tratamiento con Benzetacil 2.4 millones IM/semana, durante 3 semanas consecutivas
3. Tomaría muestra de PCR a nivel faríngeo, orina, y serologías VIH, Lues, VHA, VHB y VHC y esperaría resultados. Le explicaría que se abstuviera de tener relaciones sexuales hasta establecer el diagnóstico.
4. Sospecharía un rash por fármacos, y pautaría un antihistamínico y metilprednisona 40 mg IM, y observaría evolución de las lesiones



Mujer de 24 años, que ha tenido múltiples parejas en los últimos 2 años y que consulta por disuria y leucorrea. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece más correcta?

1. Descartaremos gestación y pautaremos un tto empírico
 2. Realizaremos una toma de muestra a nivel del cervix y pondremos ovulos de miconazol para cubrir la candidiasis vaginal, que es la causa más probable de sus molestias
 3. Realizaremos toma de muestras en función de sus prácticas sexuales, realizaremos estudio para descartar otras ITS y pautaremos un tratamiento empírico en base a la Historia clínica.
 4. Pautaremos fosfomicina en monodosis porque la paciente tiene una ITU
-