

Protocolo de diagnóstico e tratamento das  
INFECCIÓNS DE TRANSMISIÓN SEXUAL  
Área Sanitaria de Ferrol



Protocolo de diagnóstico e tratamento das  
**infeccións de transmisión sexual (ITS)**

Área Sanitaria de Ferrol

Autores:

Dr. Manuel Veiga Tuimil  
Facultativo do Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia

Dra. Ana Mariño Callejo  
Facultativa da Unidade de Infecciosas - SIDA. Servizo de Medicina Interna

Dr. José Fco. García Rodríguez  
Facultativo da Unidade de Infecciosas - Servizo de Medicina Interna

Dra. Cristina De las Heras Sotos  
Facultativa do Servizo de Dermatoloxía

Dr. Benigno Monteagudo Sánchez.  
Facultativo do Servizo de Dermatoloxía

Dr. Andrés Rodríguez Alonso  
Xefe de Sección do Servizo de Uroloxía

Dra. Cruz Grandal Amor  
Facultativa de Atención Primaria

Dr. Emilio García Fernández  
Facultativo do Servizo de Pediatría

Dr. José Manuel López Rodríguez  
Médico Forense – Subdirector da Subdirección do Instituto de Medicina Legal  
(IMELGA) de Ferrol

Coordinadora do proxecto:

Dra. María D. Rodríguez Mayo.  
Facultativa do Servizo de Microbioloxía

## Índice

Introdución .....	8
Recomendacións xerais.....	9
1.- Enfermidades caracterizadas por: uretrite, cervicite, farinxite, proctite...	12
1.A.- Uretrite no home .....	12
• Etioloxía infecciosa	
• Sintomatoloxía clínica	
• Criterios diagnósticos	
• Confirmación etiolóxica	
• Diagrama diagnóstico de uretrite .....	13
• Uretrite gonocócica .....	14
○ Diagnóstico	
• Uretrites non gonocócicas .....	14
○ Uretrite por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
▪ Diagnóstico etiolóxico	
○ Uretrite por Micoplasmas xenitais .....	15
▪ <i>Ureaplasma urealyticum</i>	
▪ <i>Mycoplasma genitalium</i>	
○ Uretrite de etioloxías pouco frecuentes .....	15
○ Uretrite posgonocócica	
○ Infeccións uretrais asintomáticas .....	16
• Tratamento da uretrite.....	16
• Tratamento das parellas sexuais .....	17
• Seguimento dos pacientes .....	17
• Complicacións da uretrite .....	17
1.B.- Uretrite e cervicite na muller .....	18
• Uretrite .....	18
○ Diagnóstico	
• Cervicite .....	18
○ Etioloxía	
○ Diagnóstico	
○ Diagrama diagnóstico da cervicite .....	19
○ Cervicite gonocócica .....	20
○ Cervicite por <i>Chlamydia trachomatis</i>	
○ Outras cervicites	
○ Tratamento	
▪ Cervicite gonocócica	
▪ Cervicite non gonocócica ( <i>Chlamydia trachomatis</i> ) .....	21
○ Tratamento das parellas e contactos sexuais .....	21
○ Complicacións: enfermidade inflamatoria pelviana .....	22
▪ Etioloxía	
▪ Diagnóstico	
▪ Tratamento empírico	

1.C.- Infeccións extraxenitais .....	23
• Farinxite .....	23
○ Diagnóstico	
○ Tratamento	
• Proctite, proctocolite e enterite .....	23
○ Etioloxía	
○ Diagnóstico .....	24
○ Tratamento	
○ Seguimento	
• Infección gonocócica diseminada .....	24
○ Diagnóstico	
○ Tratamento	
○ Endocardite e meninxite gonocócica .....	25
2.- Infeccións que cursan con fluxo vaxinal ou vaxinite .....	26
• Etioloxía .....	26
○ Vaxinose bacteriana	
○ Candidiase vulvovaxinal	
○ Trichomoniose .....	27
○ Outras vulvovaxinites	
○ Vulvovaxinites non infecciosas	
• Algoritmo diagnóstico da vulvovaxinite na muller adulta .....	28
• Diagnóstico .....	29
• Vulvo-vaxinite nas nenas	
○ Algoritmo diagnóstico da vulvovaxinite infantil .....	29
• Tratamento da vulvo-vaxinite .....	30
Recollida de mostras para o diagnóstico microbiolóxico de uretrite, cervicite, vaxinite e infeccións extraxenitais: <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> e Micoplasmas xenitais .....	31
• Exsudado uretral	
• Exsudado endocervical	
• Exsudado vaxinal .....	32
• Exsudado farínxeo	
• Exsudado anorrectal	
• Abscesos (glándula de Bartolino, intraabdominais...) endometrio, culdocentese, epidídimo, líquido testicular, etc.	
• Líquido articular, líquido amniótico, urina para diagnóstico de prostatite (técnica de Meares-Stamey)	
3.- Enfermidades que se caracterizan por úlceras xenitais .....	33
• Algoritmo diagnóstico de úlceras xenitais	
3.A.- Herpes xenital .....	34
• Diagnóstico	
• Tratamento .....	35
○ Episodio de herpes xenital inicial	
○ Tratamento episódico da recorrencia	

o Tratamento supresivo	
o Herpes xenital no embarazo	
o Herpes neonatal	
3.B.- Sífilis .....	37
• Sífilis primaria	
• Sífilis secundaria	
• Sífilis latente	
• Sífilis terciaria	
Diagnóstico .....	38
• Diagnóstico de certeza	
• Diagnóstico indirecto de presunción: tests serolóxicos	
• Diagnóstico da neurolúes .....	39
Algoritmo de derivación de pacientes .....	40
Tratamento	
• Fundamentos	
• Sífilis primaria e secundaria	
• Sífilis latente .....	41
• Sífilis terciaria	
• Neurosífilis	
• Seguimento do paciente .....	42
• Sífilis en pacientes VIH positivos .....	43
o Sífilis primaria e secundaria	
▪ Seguimento	
o Sífilis latente	
▪ Seguimento .....	44
3.C.- Chancroide ou chancro branco .....	45
• Diagnóstico	
• Tratamento	
3.D.- Linfogranuloma venéreo .....	46
• Diagnóstico	
• Tratamento	
3.E.- Granuloma inguinal .....	47
• Diagnóstico	
• Tratamento	
Recollida de mostras para diagnóstico de úlceras xenitais .....	48
• Exsudado das úlceras	
• Procedemento	
• Herpes simple	
• <i>Treponema pallidum</i>	
• Cultivo de <i>Haemophilus ducreyi</i>	
• Granuloma inguinal: donovanose	
• Linfogranuloma venéreo	
4.- Infección por VIH .....	49

• Diagnóstico de laboratorio	
• Diagrama diagnóstico da infección por VIH .....	50
• Cadros clínicos de alerta diagnóstica	
• Prevención e profilaxe .....	51
5.- Infeccións de transmisión sexual previbles con vacinas .....	53
5.A.- Hepatite A .....	53
• Prevención	
• Profilaxe postexposición	
5.B.- Hepatite B .....	54
• Diagnóstico	
• Manexo dos pacientes e tratamento	
• Prevención .....	55
○ Vacinación preexposición	
○ Profilaxe postexposición .....	56
○ Consideracións especiais	
5.C.- Hepatite C .....	57
• Prevención	
• Consideracións especiais	
○ Embarazo	
○ Infección polo VIH	
6.- Infeccións producidas polo virus do papiloma humano .....	58
6.A.- Verrugas anoxenitais (Condilomas acuminados)	
• Diagnóstico	
• Tratamento	
○ Pautas alternativas .....	59
○ Tratamento durante o embarazo	
• Manexo das parellas.....	59
6.B.- Infección por HPV en cérvix, vaxina e recto .....	60
6.C.- Vacina fronte ao HPV .....	61
• Tipos de vacina	
7.- Infestacións por ectoparasitos .....	62
7.A.- Pediculose: <i>Pediculus pubis</i> .....	62
• Tratamento	
7.B.- Sarna: <i>Sarcoptes Scabiei</i> ( Escabiose) .....	62
• Tratamento	
8.- Agresión sexual .....	63

8.A.- Agresión sexual a adultos e adolescentes .....	64
• Exame físico	
• Recollida de mostras	
• Profilaxe das ITS. ....	65
• Seguimento	
8.B.- Abuso sexual na infancia .....	66
• Toma de mostras para diagnóstico microbiolóxico .....	67
• Significado do diagnóstico de ITS en nenos antes da puberdade	
• Profilaxe das ITS	
• Profilaxe postexposición .....	68
• Seguimento dos pacientes .	
Anexo: Informe de medicina legal .....	69
Bibliografía .....	70



## INTRODUCCIÓN

Coa aparición da epidemia do VIH produciuse, no primeiro mundo, un descenso na incidencia das infeccións de transmisión sexual, pero na actualidade, probablemente pola relaxación no uso de medidas de prevención, atopámonos ante un claro incremento destas doenzas.

Por outra banda, na nosa área sanitaria observamos unha certa falla de organización ou protocolo á hora da diagnose e do seguimento dos pacientes afectados por infeccións de transmisión sexual. Sen esquecermos que os cambios que está a sufrir a poboación, como consecuencia dos movementos migratorios dos últimos anos, poden levar á aparición de enfermidades que até agora eran pouco frecuentes no noso país.

Por estes motivos decidimos levar a cabo este proxecto coa finalidade de:

- a) En primeiro lugar, concienciar o persoal da nosa área sanitaria dun problema sanitario de primeira orde e do papel fundamental que xogan na prevención e control das infeccións de transmisión sexual, mediante:
  1. Educación para a prevención e consello sobre as prácticas de risco.
  2. Procura activa de persoas con prácticas de risco, con ou sen síntomas, para que acudan aos servizos sanitarios.
  3. Diagnóstico e tratamento das persoas infectadas.
  4. Valoración, tratamento e consello aos contactos sexuais das persoas infectadas con ITS.
  5. Vacinación das persoas con risco de adquisición de infeccións de transmisión sexual.
  
- b) En segundo lugar, mellorar o acceso dende Atención Primaria ao diagnóstico etiolóxico, dificultoso polas características especiais dos microorganismos implicados e especialmente cando as pacientes son mulleres porque se engade a necesidade de métodos máis invasores para recollida de mostras.

## RECOMENDACIÓNS XERAIS

1. A **historia clínica** debe contemplar:
  - 1.a.- Anamnese xeral (vacinas, enfermidades de base...).
  - 1.b.- Anamnese sobre os hábitos sexuais, facendo fincapé en:
    - Núm. de contactos sexuais.
    - Data do último contacto.
    - Medidas de prevención utilizadas.
    - Tipo de prácticas sexuais de cara a poñer de manifesto a existencia de infeccións extraxenitais (farinxite gonocócica, proctite...)
  - 1.c.- Anamnese específica segundo tipo de infección de transmisión sexual que se sospeite.
2. **Exploración física**:
  - 2.a.- Exploración básica xeral.
  - 2.b.- Exploración física específica en función de cada ITS.
3. É necesario establecer o **diagnóstico etiolóxico** das ITS, e o seu éxito depende de:
  - 3.a.- Recollida das mostras máis axeitadas
  - 3.b.- Transporte das mostras
  - 3.c.- Procesado inmediato

É conveniente tratar cada caso de xeito individualizado pero a mellor maneira de garantir o diagnóstico é que as mostras para cultivo ou exame microscópico directo sexan recollidas polo persoal do Servizo de Microbioloxía antes de iniciar o tratamento.
4. Nestes pacientes realizaremos sempre **estudo, profilaxe se procede e seguimento doutras enfermidades de transmisión sexual** xa que con frecuencia se asocian, transmitíndose máis dun patóxeno. Algúns deles poden dar lugar a infeccións asintomáticas ou presentar unha sintomatoloxía xeral que pode non ser sospeitosa de enfermidade de transmisión sexual:
  - 4.a.- VIH
  - 4.b.- Hepatite B
  - 4.c.- Hepatite C, discutible xa que a transmisión sexual só se dá nun número pequeno de casos
  - 4.d.- Hepatite A, especialmente en homosexuais, sexo oral ou antecedente de viaxes a zonas de alta prevalencia
  - 4.e.- Sífilis
5. De non realizar un diagnóstico e tratamento correcto, co tempo, xorden **complicacións**: prostatite, enfermidade inflamatoria pélvica, esterilidade, epididimite, artrite, sepse por *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis secundaria, latente, neurolúes...; transmisión vertical: VIH, sífilis conxénita, etc.
6. Existen grupos de poboación con características diferenciais a ter moi en conta:
  - **Muller embarazada**: polo risco adicional de transmisión intrauterina e perinatal ao feto, tal e como contemplan os protocolos vixentes na nosa

comunidade, a toda muller embarazada débesele realizar seroloxía de VIH, sífilis, HBsAg. Tamén, cando existan prácticas de risco, investigar infeccións por *Chlamydia trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, etc.

- **Adolescentes:** vacinar fronte á hepatite B se non foi previamente inmunizado. Vacinación fronte ao virus do papiloma humano segundo a política que estea vixente. É fundamental a educación e consellos para reducir o risco de ITS e realizar estudo de infeccións asintomáticas na consulta médica.
- **Nenos:** algunhas enfermidades cando se adquiren despois do período neonatal (descartada a transmisión vertical) transmitense exclusivamente por contacto sexual, xa que logo, son ao 100% **indicativas de abuso sexual** (gonorrea, sífilis e chlamydia...). Noutros casos como a vaxinite a asociación con contacto sexual non é clara, dependendo sobre todo do patóxeno illado.
- **Homosexuais masculinos:** teñen un risco alto de infección polo VIH e outras ITS víricas ou bacterianas. De xeito rutineiro debemos realizar:
  - Seroloxía fronte ao VIH e á sífilis.
  - Descartar infección uretral, farínxea ou rectal por *N. gonorrhoeae*.
  - Descartar a infección uretral e rectal por *Chlamydia trachomatis* (non se recomenda a realización de test diagnósticos en mostras farínxeas).
  - Algúns autores aconsellan tamén seroloxía para o virus herpes símplex 2.
  - De momento non se recomenda estudo rutineiro de infección anal por virus do papiloma humano.
  - Deben ser vacinados fronte ao virus da hepatite A e B.
  - En pacientes con múltiples parellas sexuais aconséllase realizar estudos máis frecuentes: intervalos de tres a seis meses.
- **Homosexuais femininas:** existen poucos datos sobre o risco de ITS, que probablemente varíe en función do tipo de infección e práctica sexual.
  - Hai maior risco de infección xenital polo virus herpes símplex 1.
  - É posible a transmisión de sífilis e de HPV.
  - Descoñécese o grao de transmisión de *Chlamydia tracomatis*.
  - En mulleres que tamén practican sexo con homes aplícanse as normas xerais desta guía.

7. **Estudo e seguimento das parellas/contactos sexuais** dos pacientes afectados. É moi importante convencer o paciente da necesidade de informar á/ás parellas sexuais para someterse ao estudo correspondente.
8. Ademais do tratamento específico é necesario ensinarlle ao paciente as **medidas de prevención** que debe tomar:
  - 8.a.- Abstinencia durante o tempo correspondente a cada tipo de infección
  - 8.b.- Medidas de barreira
9. É especialmente importante manter a **confidencialidade** á hora de

notificarlles os resultados a estes pacientes.

10. Estas enfermidades teñen importantes **connotacións psicosociais** que deben ser tidas en conta porque algúns pacientes necesitan apoio psicolóxico ou psiquiátrico.
11. **Notificación á Saúde Pública:** as infeccións de transmisión sexual constitúen un problema sanitario de primeira orde polo que moitas delas están suxeitas a declaración. Na Atención Primaria quen a ten que levar a cabo é o propio facultativo e no ámbito hospitalario pode facerse a través do Servizo de Medicina Preventiva.

## 1.- ENFERMIDADES CARACTERIZADAS POR URETRITE, CERVICITE, FARINXITE, PROCTITE...

### 1.A.- URETRITE NO HOME

A uretrite é a ITS máis frecuente no sexo masculino. É a infección por *Chlamydia trachomatis* a máis prevalente no mundo desenvolvido.

Defínese como unha síndrome caracterizada por disuria (dor miccional), prurito no meato urinario e secreción uretral mucoide, mucopurulenta ou purulenta. En ocasións a infección pode ser asintomática.

#### Etioloxía infecciosa

Adoita estar causada por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*. Tamén é frecuente a uretrite por *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma genitalium* (10-40%). As uretrites doutras etioloxías son menos frecuentes: *Trichomona vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus spp.*, Adenovirus, Enterobacterias (coito anal), Virus Herpes Simplex 1-2, *Cándida spp.* Até un 20-30% corresponden a uretrites de etioloxía descoñecida.

#### Sintomatoloxía clínica

1. Secreción uretral (80%): mucoide, mucopurulenta ou purulenta, de contía variable. Pode producirse de xeito espontáneo ou só mediante expresión uretral. A secreción adoita ser máis abundante na uretrite gonocócica.
2. Disuria (50%), prurito na uretra peneana e meato. Outros síntomas menos frecuentes son polaquiuria e urxencia miccional.
3. A uretrite é asintomática no 1-3% dos homes con infección gonocócica e até o 50% nas infeccións por *Chlamydia trachomatis*.

#### Criterios diagnósticos

- Historia de secreción uretral ou disuria.
- Exame físico: demostración de secreción uretral mucoide, mucopurulenta ou purulenta.
- Leucocitos polimorfonucleares (LPMN) na secreción uretral: >5 LPMN/c 1000X. En pacientes sen secrecións recoller os 5-10 ml iniciais da urina (despois de 4-8 horas sen miccionar) e centrifugar: >15 LPMN /c 400X.

#### Confirmación etiolóxica

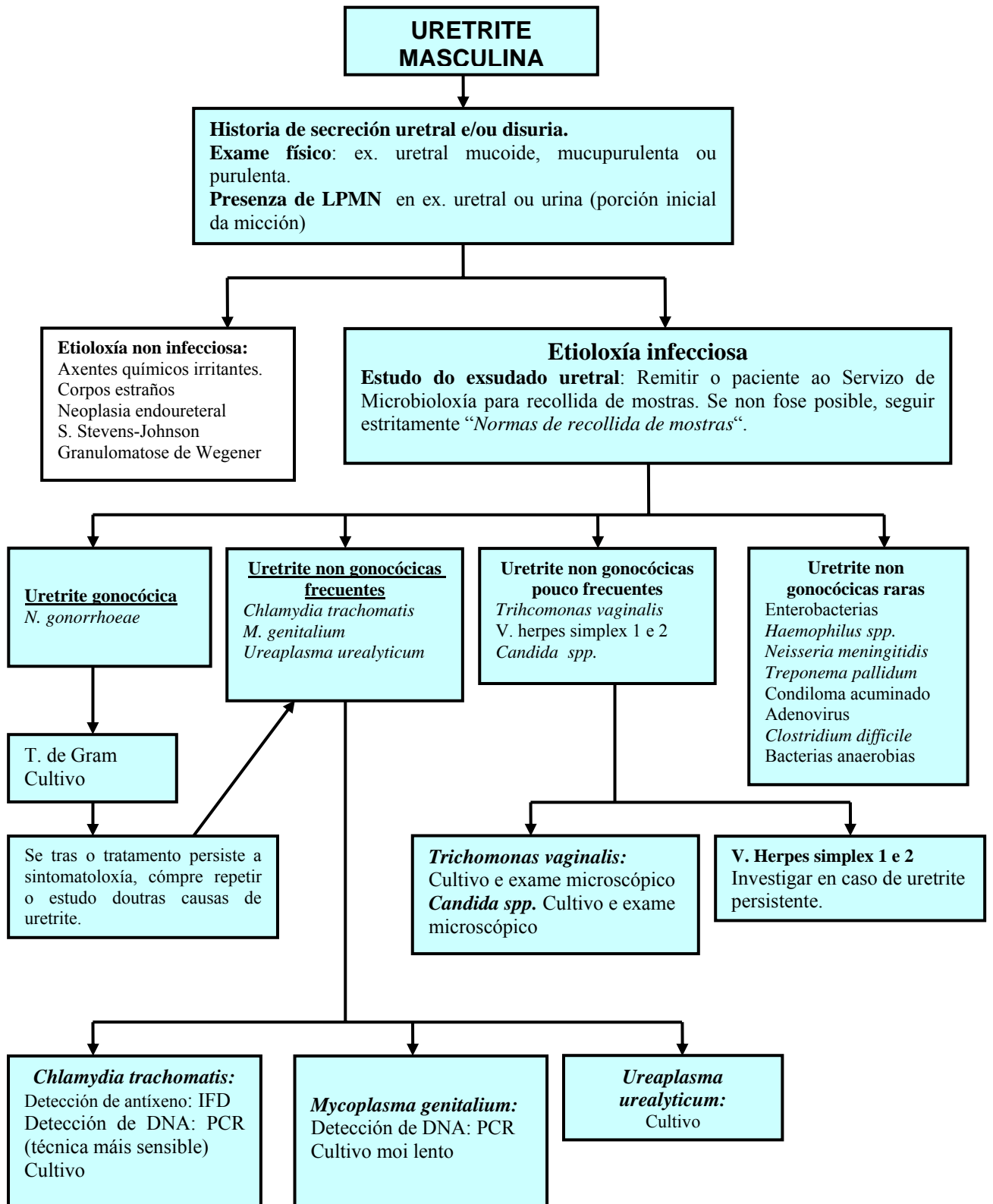
Recollida de **mostra de secreción uretral para cultivo e tinxido de Gram.**

**Exame do tinxido de Gram:**

- Diplococos Gramnegativos (DCGN) intraleucocitarios indican **uretrite gonocócica.**
- LPMN sen DCGN e cultivo de *N. gonorrhoeae* negativo **uretrite non gonocócica.**

É indispensable recoller correctamente a mostra e procesala de seguido, especialmente se queremos investigar *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* e/ou *N. gonorrhoeae*. Por iso o paciente será remitido ao Servizo de Microbioloxía. Se isto non fose posible, cómpre seguir estritamente as “Normas de recollida de mostrás”.

## Diagrama diagnóstico de uretrite



## Uretrite gonocócica

A uretrite causada por *Neisseria gonorrhoeae* representa aproximadamente o 25% das uretrites. A secreción uretral gonocócica adoita ser abundante, espesa e amarela. O período de incubación é de dous a seis días.

Arredor do 50% dos pacientes presentan unha infección concomitante por *Chlamydia trachomatis*, que adoita ser resistente aos fármacos habitualmente utilizados no tratamento da infección gonocócica.

### ○ Diagnóstico da uretrite gonocócica

1. **Tinxido de Gram da secreción uretral.** Obsérvanse diplococos Gram negativos no interior dos polimorfonucleares. A sensibilidade do tinxido de Gram achégase ao 100% nos casos sintomáticos e ao 50-70% nos asintomáticos. A especificidade en ambos os dous casos é case do 100% polo que os falsos positivos son excepcionais.
2. **O cultivo da secreción uretral ou da primeira urina** é o método de referencia para o diagnóstico microbiolóxico. A ser posible as mostras deben ser procesadas ao pé do enfermo. Os medios de conservación e transporte de mostras (medio de Amies) só garanten unha supervivencia de menos de seis horas. Por outra banda, a recuperación de *N. gonorrhoeae* en cultivo permite obter o estudo de sensibilidade, que é unha medida esencial no control da infección gonocócica e o seguimento epidemiolóxico da aparición de resistencias a antibióticos. En xeral recoméndase que para o tratamento empírico se use un antibiótico con menos do 5% de resistencias.
3. **Métodos de detección de DNA- PCR (reacción en cadea de polimerasa).** Pode paliar os problemas de transporte e conservación da mostra. É unha técnica de diagnóstico presuntivo que ten que ser confirmada por cultivo.

## Uretrites non gonocócicas

### ○ Uretrite por *Chlamydia trachomatis*

A uretrite por *Chlamydia trachomatis* representa o 15-40% das uretrites no home. Os serotipos máis prevalentes son o D e o K. O período de incubación é dunha a cinco semanas.

Os casos asintomáticos son máis frecuentes que nas uretrites gonocócicas. Cando son sintomáticos a secreción uretral é menos abundante e máis branca que nas gonocócicas.

### ▪ Diagnóstico etiolóxico

1. **Detección de antíxenos: inmunofluorescencia directa (IFD).** Usa anticorpos marcados con fluoresceína dirixidos contra antíxenos presentes nos corpos elementais de *Chlamydia trachomatis*. A mostra debe conter células epiteliais. É unha técnica rápida altamente específica pero pouco sensible en pacientes asintomáticos, só se achega ao 90% en pacientes sintomáticos.
2. **Cultivo celular** debido a súa condición de parasito intracelular obrigado. Segue sendo a técnica máis específica (100%) e, nalgúns países, a única admitida para confirmación de infeccións por *C. trachomatis* en caso de agresións sexuais.
3. **Amplificación de DNA - PCR e PCR en tempo real:** técnicas máis sensibles, consideradas como novo patrón de referencia. Son moi específicas pero pode

haber resultados falsos positivos. Poden utilizarse en calquera poboación e en mostras recollidas polos propios pacientes.

4. **Seroloxía:** en xeral non é útil no diagnóstico de uretrite, pola baixa antixenemia do devandito patóxico, a escasa presentación ante o sistema inmunitario cando a infección afecta só ás células do epitelio uretral e polas reaccións cruzadas coa *Chlamydia pneumoniae*.

- **Uretrite non gonocócica causada por micoplasmas xenitais: *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma genitalium***

***Ureaplasma urealyticum.*** Illouse nun 80% de pacientes con uretrite non gonocócica Chlamydia-negativa pero, por outra banda, entre o 5-20% dos homes sexualmente activos están colonizados por este xerme, sen producir sintomatoloxía.

O **diagnóstico microbiolóxico.** Establécese por cultivo cuantitativo de mostras uretrais de xeito que os recontos de colonias axuden a diferenciar entre colonización e infección. Considéranse valorables os recontos de *Ureaplasma urealyticum*  $>10^4$  ucc/ml na secreción uretral e  $>10^3$  ucc/ml na primeira fracción de urina.

***Mycoplasma genitalium.*** Causa entre o 16 e o 33% das uretrites non gonocócicas clamidia-negativas. Trátase dun microorganismo de difícil e moi lento cultivo polo que o diagnóstico establécese mediante a detección de DNA mediante PCR.

*Mycoplasma hominis* non causa uretrite.

Os micoplasmas perden viabilidade rapidamente, se as mostras non se conservan nos medios axeitados

- **Uretrite de etioloxías pouco frecuentes**

No 44% dos homes a infección por herpes xenital cursa con disuria e algúns presentan secreción uretral.

***Trichomonas vaginalis.*** Causa unha pequena porcentaxe (+/- 3%) de uretrite con sintomatoloxía idéntica á das outras uretrites non gonocócicas.

Bacilos Gram-negativos, principalmente enterobacterias, producen infeccións uretrais especialmente en pacientes diabéticos e naqueles que practican penetración anal.

Algúns investigadores atribúen casos de uretrite a *Branhamella catarrhalis*, *Haemophilus spp*, *G. vaginalis*, *Corynebacterium spp*, Adenovirus, etc.

- **Uretrite posgonocócica**

Trátase dunha uretrite que aparece nun paciente que presentou unha uretrite gonocócica tratada con éxito. No 80% dos casos está producida por *C. trachomatis*.

Na actualidade, sábese que os pacientes que sofren unha infección concomitante doutra etioloxía é debido a que a *N. gonorrhoeae* ten un período de incubación máis curto que outros patóxenos, o paciente padece unha uretrite gonocócica mentres os outros están en período de incubación. Se tratamos o paciente con



antibióticos betalactámicos que non teñen actividade fronte á *C. trachomatis* e *Mycoplasmas spp.*, a uretrite hase desenvolver tras unha ou dúas semanas sen sintomatoloxía.

- **Infeccións uretrais asintomáticas**

Algúns pacientes que non refiren síntomas poden ter signos de uretrite no exame físico. Noutros casos pódense illar patóxenos de transmisión sexual en pacientes que non teñen signos nin síntomas de uretrite.

### **Tratamento da uretrite**

Aproximadamente un 50 % das uretrites teñen unha etioloxía mixta (*N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* ). Por isto pode ser correcta a administración dun tratamento empírico que cubra ambos os dous xermes.

O tratamento comezase o máis precozmente posible, despois da recollida de mostras axeitadas para exame microbiolóxico. Nun 20-30% das uretrites non é posible establecer a etioloxía.

Os pacientes non tratados poden presentar remisión espontánea da sintomatoloxía nun prazo de semanas ou meses aínda que poidan seguir sendo contaxiosos. Nas infeccións por *C. trachomatis* constatouse a súa presenza durante un período de quince meses.

O illamento de *Ureaplasma urealyticum* en pacientes asintomáticos non constitúe indicación de tratamento.

### **Uretrite gonocócica: tratamento monodose**

#### **Tratamentos de elección:**

#### **1. Betalactámicos:**

- Cefixima 400 mg v.o.
- Ceftriaxona 125-250 mg IM.

#### **2. Quinolonas ( hai cepas resistentes):**

- Ciprofloxacino 500 mg v.o.
- Ofloxacino 400 mg v.o. Levofloxacino 250 mg v.o.

#### **3. Macrólidos:**

- Azitromicina 1-2 g v.o.

### **Uretrite non gonocócica (*Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*).**

#### **Tratamentos de elección:**

- Azitromicina: 1g, dose única
- Doxiciclina: 100 mg/12h/7 días

#### **Réximes alternativos:**

- Eritromicina base: 500 mg/6h/7 días, ou 500 mg/12h/14 días, ou 250 mg/6h/14 días.
- Eritromicina etilsuccinato: 800 mg/6h/7 días.
- Ofloxacino: 200 mg/12h/7 días, ou 400 mg/24h/7 días.
- Levofloxacino: 500 mg/24h/7 días.

### Tratamento das parellas sexuais

Deben ser examinados e tratados todos os contactos sexuais, incluídos os asintomáticos, que o home tivese nos sesenta días anteriores ao comezo dos síntomas ou o último contacto se pasaron máis de sesenta días. No caso de homes con uretrite gonocócica asintomática deben ser tratadas todas as parellas dos seis meses anteriores ao diagnóstico.

Naqueles homes heterosexuais nos que non se atopa a causa da uretrite debe investigarse a presenza de *Trichomonas vaginalis* nas secrecións vaxinais da súa parella.

### Seguimento dos pacientes

1. Abstinencia de relacións sexuais até unha semana despois de empezar o tratamento, sempre que desaparezan os síntomas.
2. É necesario descartar outras ITS asociadas: VIH, sífilis, hepatite...
3. Na uretrite gonocócica, o enfermo debe ser revisado aos 3-7 días despois de completar o tratamento.
4. Declarar a enfermidade aos Servizos de Saúde Pública segundo as normas vixentes.
5. Na uretrite non gonocócica a revisión farase aos 7-14 días despois de completar o tratamento para comprobar a curación clínica e confirmar a curación microbiolóxica mediante cultivo.
6. No caso de uretrite non gonocócica persistente ou recidivante, inicialmente ben tratada, instaurarase un novo ciclo antibiótico e o paciente será reexaminado aos 5-7 días. No caso de incumprimento do tratamento repetirase o mesmo que se pautou inicialmente.
7. No caso de recidivas non explicadas está indicado o exame en fresco e cultivo de secreción uretral para descartar *Trichomonas vaginalis*. No caso de sospeita ou confirmación tratar con:
  - Metronidazol (2 g orais en dose única) + eritromicina base (500 mg orais/6h/7 días) ou etilsuccinato de eritromicina (800 mg orais/6h/7 días).

**Se a evolución non fose óptima, remitirase o paciente ao Servizo de Uroloxía.**

### Complicacións da uretrite

*Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* poden causar **epididimite** en homes sexualmente activos.

Arredor dun 20 ou 30% dos homes con uretrite non gonocócica presentan **infección prostática** documentada aínda que normalmente asintomática. Responde ao tratamento convencional. O papel que xogan os axentes da uretrite non gonocócica na prostatite crónica non está dilucidado.

En aproximadamente un 4% dos pacientes con uretrite gonocócica e por *Chlamydia trachomatis* poden presentar unha **síndrome oculoxenital** con conxuntivite asociada que responde a tratamento antibiótico e debe diferenciarse da Síndrome de Reiter.

### 1.B.- URETRITE E CERVICITE NA MULLER

## Uretrite

É pouco frecuente. Caracterízase por disuria, sen sensación de tenesmo, e polaquiuria. Acompáñase de piúria con cultivo de urina negativo ou recontos bacterianos baixos, da orde de  $10^3 - 10^4$  ucc/ml, para bacterias convencionais que non se transmiten por contacto sexual.

Pode ser causada por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e moi raramente polo virus do herpes simple. A maioría dos estudos non asocian estatisticamente a *Ureaplasma urealyticum* coa uretrite na muller pero un grupo encontrou relación en recontos de  $>10^3$  ucc/ml.

Adoita coincidir con cervicite, moito máis frecuente, causada polos mesmos xermes.

### ○ Diagnóstico

Proceder do mesmo xeito que na uretrite do home.

## Cervicite

É unha inflamación do epitelio cilíndrico e do tecido subepitelial do endocérvix e do epitelio cilíndrico ectópico que poida haber no exocérvix. É o equivalente na muller á uretrite do home. Caracterízase por secreción mucopurulenta na canle endocervical. O endocérvix pode sangrar facilmente ao contacto coa torunda. En moitos casos é asintomática. Algunhas mulleres presentan fluxo vaxinal ou sangrados fóra da menstruación (por exemplo durante as relacións sexuais).

A leucorrea de máis de 10 leucocitos polimorfonucleares ( LPMN)/c de 1000X no fluído vaxinal, sen vaxinite inflamatoria, pode ser indicativa de infección cervical. Non se debe confundir coa ectopía cervical, tecido cilíndrico monoestratificado que se fai visible no exocérvix uterino.

Pode ser precursora da endometrite ou da enfermidade inflamatoria pelviana.

### ○ Etioloxía

- *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* son os responsables da maioría das infeccións nas que se identifica a causa.
- *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* e *Mycoplasma hominis*.
- *Trichomonas vaginalis*, Virus do Herpes Simple tipo 2.
- Microorganismos que non son de transmisión sexual: *Streptococcus spp.*, *Haemophilus spp.*, vaxinose bacteriana..., tamén poderían causala.

Na maioría dos casos non se illan xermes, sobre todo en mulleres de baixo risco de infección de transmisión sexual.

### ○ Diagnóstico

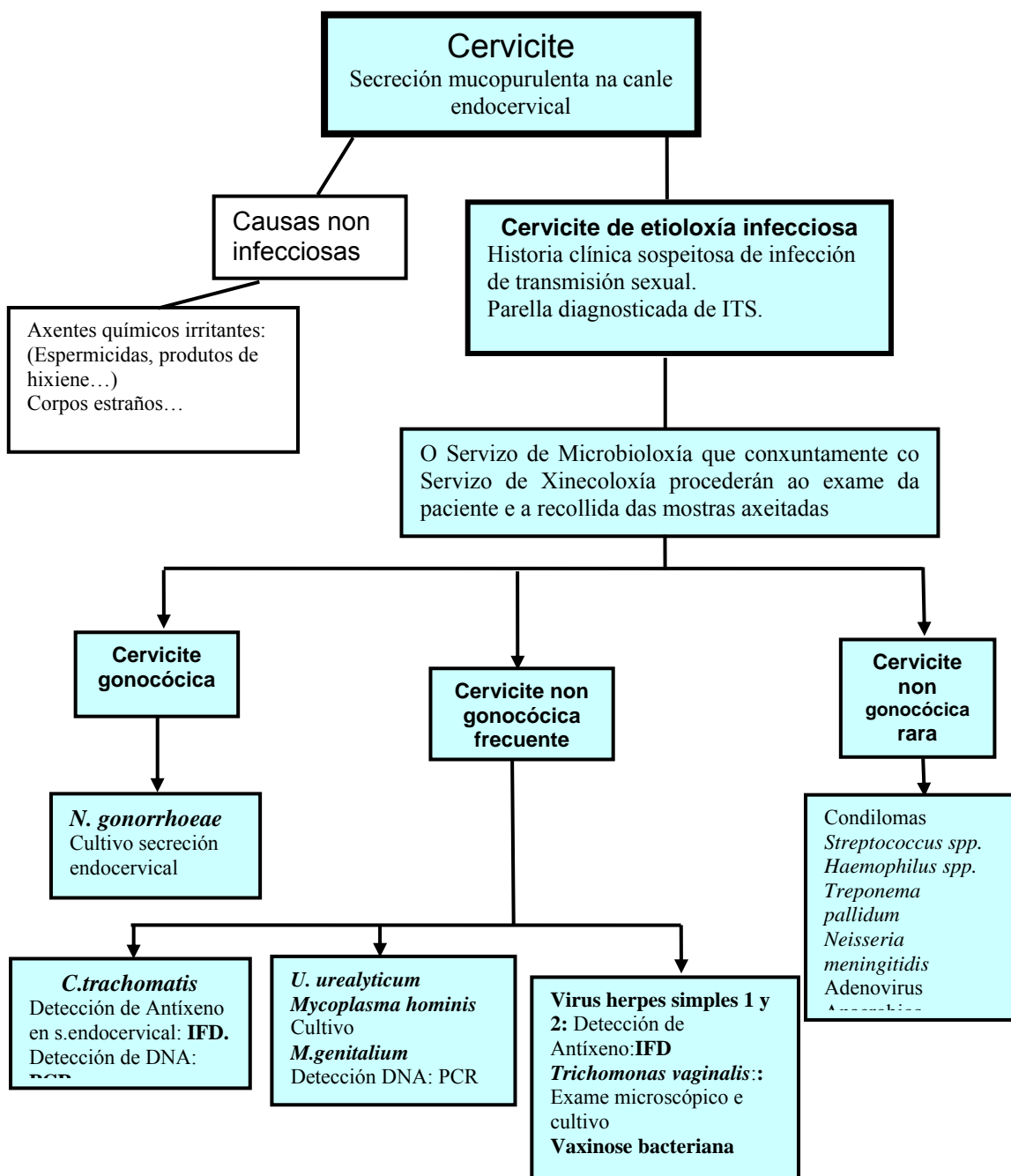
É fundamental poder establecer a etioloxía mediante exame microbiolóxico de:

- **Secrecións endocervicais** para detección dos microorganismos de transmisión sexual (*N.gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*...)
- **Secrecións do fondo de saco posterior da vaxina** para despistaxe doutros

axentes como *Trichomonas vaginalis*, *Candida spp...*

Do mesmo xeito que na uretrite do home é indispensable que a mostra sexa recollida e procesada inmediatamente, especialmente cando se quere investigar a presenza de *Mycoplasma*, *Ureaplasma* e *Neisseria gonorrhoeae*. Por iso remitiráselle ao Servizo de Microbioloxía que, en colaboración co Servizo de Xinecoloxía, procederá ao exame da paciente e á recollida das mostras. Se non fose posible, procederase tal e como se indica no apartado deste protocolo dedicado á “Recollida de mostras”.

o **Diagrama diagnóstico de cervicite**



o

#### ○ **Cervicite gonocócica**

1. **Tinxido de Gram da secreción endocervical.** Obsérvanse diplococos Gram negativos no interior dos polimorfonucleares. A sensibilidade e especificidade é moito menor que na uretrite.
2. **O cultivo da secreción endocervical.** É o método de referencia para o diagnóstico microbiolóxico. A ser posible as mostras deben ser procesadas ao pé do enfermo. Os medios de conservación e transporte de mostras (medio de Amies) só garanten unha supervivencia de menos de seis horas. Por outra banda a recuperación de *N. gonorrhoeae* en cultivo permite obter o antibiograma que é unha medida esencial no control da infección gonocócica e o seguimento epidemiolóxico da aparición de resistencias a antibióticos.
3. **Métodos de detección de DNA- PCR- (reacción en cadea de polimerasa).** Pode paliar os problemas de obtención da mostra (secreción vaginal recollida pola mesma paciente) transporte e conservación da mostra, pero ten que ser confirmada por cultivo.

#### ○ **Cervicite por *Chlamydia trachomatis***

1. **Detección de antíxenos: inmunofluorescencia directa (IFD).** Usa anticorpos marcados con fluoresceína dirixidos contra antíxenos presentes nos corpos elementais de *Chlamydia trachomatis*. A mostra debe conter células epiteliais. É unha técnica rápida altamente específica pero pouco sensible nos casos asintomáticos.
2. **Cultivo celular.** Debido á súa condición de parasito intracelular obrigado. Segue sendo a técnica máis específica (100%) e nalgúns países a única admitida para confirmación de infección por *C. trachomatis* en caso de agresións sexuais.
3. **Amplificación de DNA - PCR e PCR en tempo real.** Son as técnicas máis sensibles, consideradas como novo patrón de referencia. Son moi específicas pero pode haber resultados falsos positivos. Poden utilizarse en calquera poboación e en mostras recollidas polas propias pacientes.
4. **Seroloxía.** Non é útil no diagnóstico de uretrite e cervicite.

#### ○ **Outras cervicites**

Os micoplasmas perden viabilidade rapidamente, especialmente se as mostras non se conservan nos medios axeitados como o caldo 10B con urea e arxinina engadida para o illamento de *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis*. A conservación de *M. genitalium* para a realización de PCR farase en medio 2-SP.

#### ○ **Tratamento da cervicite**

Dada a natureza desta entidade na que se mesturan infeccións de transmisión sexual con outras, cómpre que sempre que sexa posible se instaure un tratamento etiolóxico.

#### **Cervicite gonocócica: tratamento monodose**

1. **Betalactámicos:**
  - Cefixima 400 mg, v.o.
  - Ceftriaxona 125-250 mg, IM
2. **Quinolonas** ( hai cepas resistentes):

- Ciprofloxacino 500 mg, v.o.
- Ofloxacino 400 mg, v.o.
- Levofloxacino 250 mg, v.o.

### 3. Macrólidos:

- Azitromicina 1-2 g, v.o.
- 

**Embarazo:** non utilizar tetraciclinas nin quinolonas. O tratamento de elección sería ceftriaxona (En caso de alerxia podería administrarse azitromicina ou unha dose única de espectinomicina 2g IM).

### **Cervicite non gonocócica (*Chlamydia trachomatis*)**

#### **Tratamentos de elección:**

- Azitromicina: 1g, dose única, v.o.
- Doxiciclina: 100 mg/12h /7 días, v.o.

#### **Réximes alternativos:**

- Eritromicina base: 500 mg/6h/7 días, ou 500 mg/12h/14 días, ou 250 mg/6h/14 días, v.o.
- Eritromicina etilsuccinato: 800 mg/6h/7 días, v.o.
- Ofloxacino: 200 mg/12h/7 días, ou 400 mg/24h/7 días, v.o.
- Levofloxacino: 500 mg/24h/7 días, v.o.

**Embarazo:** non utilizar tetraciclinas nin quinolonas.

- Azitromicina 1g, dose única, v.o.

Alternativas:

- Eritromicina base: 500 mg/6h/7 días, ou 250 mg/6h/14 días, v.o.
- Eritromicina etilsuccinato: 800 mg/6h/7 días, ou 400mg/6h/14 días, v.o.

#### o **Tratamento das parellas e contactos sexuais**

Deben ser examinados e tratados todos os contactos sexuais, incluídos os asintomáticos, que tivese nos sesenta días anteriores ao comezo dos síntomas ou o último contacto se pasaron máis de sesenta días. No caso de mulleres totalmente asintomáticas deben ser tratadas todas as parellas dos seis meses anteriores ao diagnóstico.

Seguimento das pacientes

1. Abstinencia de relacións sexuais até unha semana despois de empezar o tratamento, sempre que desaparezan os síntomas.
2. É necesario descartar outras ITS asociadas: VIH, sífilis, hepatite...
3. De confirmarse a cervicite debe declararse aos Servizos de Saúde Pública segundo as normas que estean vixentes.
4. A revisión farase aos 7-14 días despois de completar o tratamento para comprobar a curación clínica e confirmar a curación microbiolóxica. É especialmente importante nas pacientes embarazadas polas repercusións sobre a nai e o neonato se a infección persiste.
5. Na cervicite persistente ou recidivante, valorarase a posible reexposición a unha ITS, as alteracións da flora vaxinal (vaxinose bacteriana ) así como o tratamento feito pola parella
6. Reinstaurarase o tratamento inicial, se este non se realizou correctamente ou se o paciente se expuxo outra vez a parella sexual previa non tratada.
7. A toda muller cunha ITS, débesele realizar unha citoloxía cérvicovaxinal se non se lle fixo no último ano:
  - a. Se é normal, repetirase ao ano seguinte .

- b. Se é anormal, remitirase a paciente á Unidade de Patoloxía Cervical e Colposcopia do Servizo de Xinecoloxía para completar o estudo.
8. Non está indicado realizar o estudo do virus do papiloma humano en mulleres con citoloxías cérvicovaxinais normais.

o **Complicacións: enfermidade inflamatoria pelvica**

As ITS na muller predispoñen ao desenvolvemento da **ENFERMIDADE INFLAMATORIA PELVICA** que habitualmente afecta ás trompas de Falopio, útero, ovarios e estruturas adxacentes. As formas clínicas inclúen diversas combinacións de endometrite, salpinxite, abscesos tubo-ováricos e pelviperitonite. Pode dar lugar a abscesos noutras localizacións intraabdominais.

A esterilidade, o embarazo ectópico e a dor pelviana crónica son secuelas frecuentes.

**Etioloxía**

*Chlamydia trachomatis* e/ou *Neisseria gonorrhoeae* están implicadas na maioría dos casos, habitualmente en asociación con máis bacterias (*Streptococcus agalactiae*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus spp.*, enterobacterias, microorganismos anaerobios...).

**Diagnóstico**

O exsudado endocervical é útil para o cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* e investigación de *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasmas spp.* Para a investigación doutros microorganismos necesítanse mostras obtidas por métodos invasores (laparoscopia...).

**Tratamento empírico:**

Réxime antibiótico	Paciente hospitalizada	Réxime antibiótico	Paciente non hospitalizada
<b>Levofloxacino + Metronidazol</b>	400mg /12h IV 500 mg /8h IV } Até a melloría	<b>Ofloxacino ou levofloxacino + Metronidazol</b>	400 mg / 12h/14 día VO 500mg / 8h /14 días VO
<b>Cefoxitina + Doxiciclina</b>	2 g /6h IV 100mg /12h VO ou IV } Até a melloría	<b>Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazol</b>	250 mg / dose única IM 100 mg/12h/14 días VO 500mg / 8h / 14 días VO
<b>Amoxicilina/ Ac.clavulánico + Doxiciclina</b>	1g /200mg /6h IV 100mg /12h VO ou IV } Até a melloría		

## 1.C.- INFECCIÓN EXTRAXENITAIS

### Farinxite

Xeralmente causada por *Neisseria gonorrhoeae*, aínda que a afectación farínxea por *Chlamydia trachomatis* (máis rara ) incluírase no réxime terapéutico.

#### ○ Diagnóstico

Cultivo de exsudado farínxeo en medios selectivos para *Neisseria gonorrhoeae*. Non está indicada a realización de probas diagnósticas para *Chlamydia trachomatis*.

#### ○ Tratamento

É mais difícil de erradicar que as infeccións doutras localizacións, moi poucos réximes terapéuticos conseguen curacións superiores ao 90%.

#### Pauta recomendada

**Ceftriaxona** 125 mg IM en dose única

ou

**Ciprofloxacino** 500 mg VO en dose única

} + pauta de tratamento para *C. trachomatis*  
(ver tratamento de cervicite ou uretrite)

**Alternativa en embarazadas alérxicas** a betalactámicos. **Spectinomicina 2g** IM en dose única.

Tratamento de parellas e seguimento: igual que nos pacientes afectados de uretrite ou cervicite.

### Proctite, proctocolite e enterite

A proctite é unha inflamación do recto que pode ir asociada á proctalxia, tenesmo ou diarrea. Dáse sobre todo en persoas que practican sexo anal como receptores.

A proctocolite asóciase con síntomas de proctite, diarrea, dor abdominal e inflamación da mucosa do colon a máis de 12 cm por riba da marxe anal.

A enterite cursa con diarrea e dor abdominal sen signos de proctite ou proctocolite. Dáse en persoas que practican sexo oral-anal

#### ○ Etioloxía

*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. pallidum* e virus do herpes símpex son os patóxenos implicados con máis frecuencia na transmisión sexual.

#### ○ Diagnóstico

A avaliación destas síndromes debe incluír un procedemento diagnóstico axeitado: recto-sigmoidoscopia, exame de feces e cultivo de mostras obtidas das lesións.

Pode ser necesario analizar múltiples mostras de feces para encontrar *Giardia* e preparacións especiais de feces para diagnóstica a criptosporidiase e microsporidiase.



Na proctite aguda tras unha relación sexual con recepción anal débese realizar rectoscopia e avaliar posibilidades de infección por virus herpes símpex, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e *T. pallidum*.

#### ○ **Tratamento**

A decisión terapéutica basearase no diagnóstico etiolóxico.

#### **Pauta recomendada.**

**Ceftriaxona** 125 mg IM en dose única + **Doxiciclina** 100 mg VO / 12 h / 7 días.

Os pacientes con sospeita ou documentación de infección por virus herpes trataranse igual que no herpes xenital (ver máis adiante).

#### ○ **Seguimento**

Débese basear na etioloxía específica e a gravidade dos síntomas. A reinfección pode ser difícil de distinguir do fracaso terapéutico.

As parellas sexuais deben ser examinadas para as infeccións entéricas diagnosticadas no caso índice.

#### **Infección gonocócica diseminada**

É o resultado dunha bacteriemia por *Neisseria gonorrhoeae*. Normalmente cursa con petequias, lesións pustulosas na pel de partes acras, artralxia asimétrica, tenosinovite ou artrite séptica. Ás veces complícase con perihepatite e máis raramente con endocardite ou meninxite.

#### ○ **Diagnóstico**

- Hemocultivos convencionais.
- LCR.
- Mostra obtidas por aspiración das petequias e lesións pustulosas.

#### ○ **Tratamento**

Débese descartar endocardite e meninxite, e tratarase a posible coinfección por *C. trachomatis*, a menos que sexa descartada polas probas oportunas.

#### **Réxime recomendado**

Ceftriaxona 1 g IM ou IV / día.

#### **Alternativas**

Cefotaxima 1 g IV / 8 horas.

Ciprofloxacino 400 mg IV / 12 horas.

Levofloxacino 250 IV / día.

Espectinomicina 2 g IM / 12 horas.

Todas estas pautas deben continuarse até vinte e catro ou corenta e oito horas despois de conseguir a melloría dos síntomas, pasando a calquera dos réximes seguintes até completar polo menos sete días de tratamento.

Cefixime 400 mg vía oral /12 horas.

Ciprofloxacino 500 mg vía oral / 12 horas.

Levofloxacino 500 mg vía oral / 24 horas.

Estudio e tratamento das parellas nas que a infección pode ser asintomática.

- **Endocardite e meninxite gonocócica**

**Réxime recomendado**

Ceftriaxona 1-2 g IV / 12 horas, catro semanas para endocardite e 10-14 días para meninxite.

## 2.- INFECCIÓN QUE CURSAN CON FLUXO VAXINAL OU VAXINITE

A vaxinite caracterízase por aumento do exsudado vaxinal ou prurito e irritación vulvar con ou sen mal olor vaxinal. **A maioría das vaxinites non son infeccións de transmisión sexual.** Como norma xeral nin candidiase vaxinal nin vaxinose bacteriana se consideran infeccións de transmisión sexual.

### Etioloxía

#### ○ Vaxinose bacteriana

É unha alteración (disbacteriose) da flora vaxinal normal composta principalmente por *Lactobacillus spp.* que é substituída por un sobrecrecemento de microorganismos anaerobios (*Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Mobiluncus spp.*) *Mycoplasmas spp.* e *Gardnerella vaginalis*.

Constitúe a causa máis frecuente de fluxo vaxinal e mal olor, aínda que o 50% das mulleres afectadas son asintomáticas.

Pódese diagnosticar con criterios clínicos:

1. Fluxo fino, branco ou agrisado, que recobre homoxeneamente as paredes vaxinais.
2. Presenza dun 20% de células chave (células vaxinais recubertas de microorganismos que borran a membrana celular) no exame microscópico en fresco.
3. pH vaxinal maior de 4,5.
4. Olor a aminas (a peixe) cando a mostra de exsudado vaxinal se lle engade KOH ao 10%.

A presenza de tres criterios considerase diagnóstica. Non se recomenda tratamento nin investigación rutineira dos contactos sexuais, pois o tratamento das parellas no inflúe na recorrencia. Non é necesario seguir a paciente cando os síntomas desaparecen.

#### ○ Candidiase vulvovaxinal

A gran maioría son producidas por *Candida albicans* (90%), pero poden ser causadas por outras cándidas como *C. glabrata* ( arredor dun 5% ) é importante diagnosticalas xa que presentan resistencia a antifúngicos azoles, *C. Tropicalis*...

Os síntomas típicos son prurito, inflamación vaxinal, dispareunia, disuria externa e fluxo vaxinal anómalo, con aspecto de requexo adherido ás paredes vaxinais. Ningún dos síntomas é específico.

O pH vaxinal é normal (menor de 4,5)

No exame en fresco do fluxo vaxinal pódense ver as hifas ou pseudohifas características ou lévedos xerminando. Se engadimos unhas gotas de KOH ao 10% facilítase a identificación das cándidas. A *C. glabrata* non forma hifas nin pseudohifas e o diagnóstico é máis difícil. Cando no exame en fresco non se ven

lévedos pero se sospeita candidiase débese realizar un cultivo, moito máis sensible. Non se recomenda o tratamento das parellas sexuais salvo no caso de que exista infección recorrente ou unha balanite candidiásica.

- **Trichomoniose**

É unha infección causada polo protozoo *Trichomonas vaginalis*. A transmisión é habitualmente sexual. A maioría das mulleres infectadas presentan unha secreción amarela-verdosa, difusa e cheirenta con irritación vulvar. Ás veces son asintomáticas ou presentan síntomas mínimos. Poden existir portadoras asintomáticas durante longos períodos de tempo. É habitual que coexista unha cervicite tricomoníásica e o cérvix uterino ten un aspecto característico de amorodo.

No exame en fresco do fluxo vaxinal pódense identificar as trichomonas móbiles, pero ten unha sensibilidade que rolda o 60% aínda que a especificidade é do 98%. O cultivo é máis sensible.

Debese tratar as parellas sexuais, que evitarán as relacións sexuais até que se curen, aproximadamente unha semana. Non é necesario o seguimento naquelas mulleres nas que desaparecen os síntomas tras o tratamento.

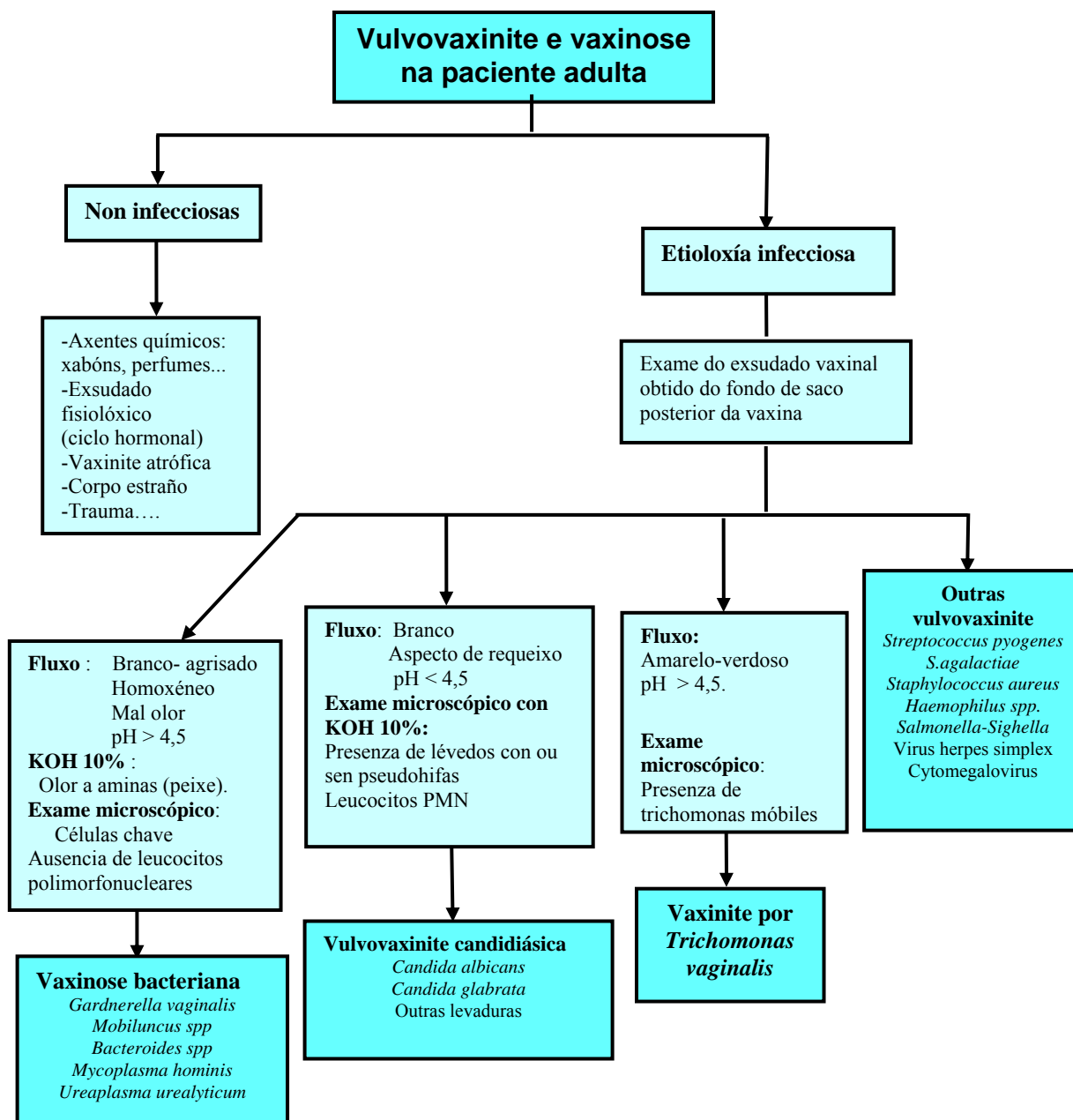
- **Outras vulvovaxinite**

Causadas por *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, virus herpes símplex.

- **Vulvovaxinites non infecciosas**

Vaxinite atrófica, cervicite, retención dun tampón ou dun preservativo, irritación química, alerxia, pólipos endocervicais... Sempre se debe realizar unha exploración clínica axeitada para descartalas.

o Algoritmo diagnóstico das vulvovaxinites na muller adulta



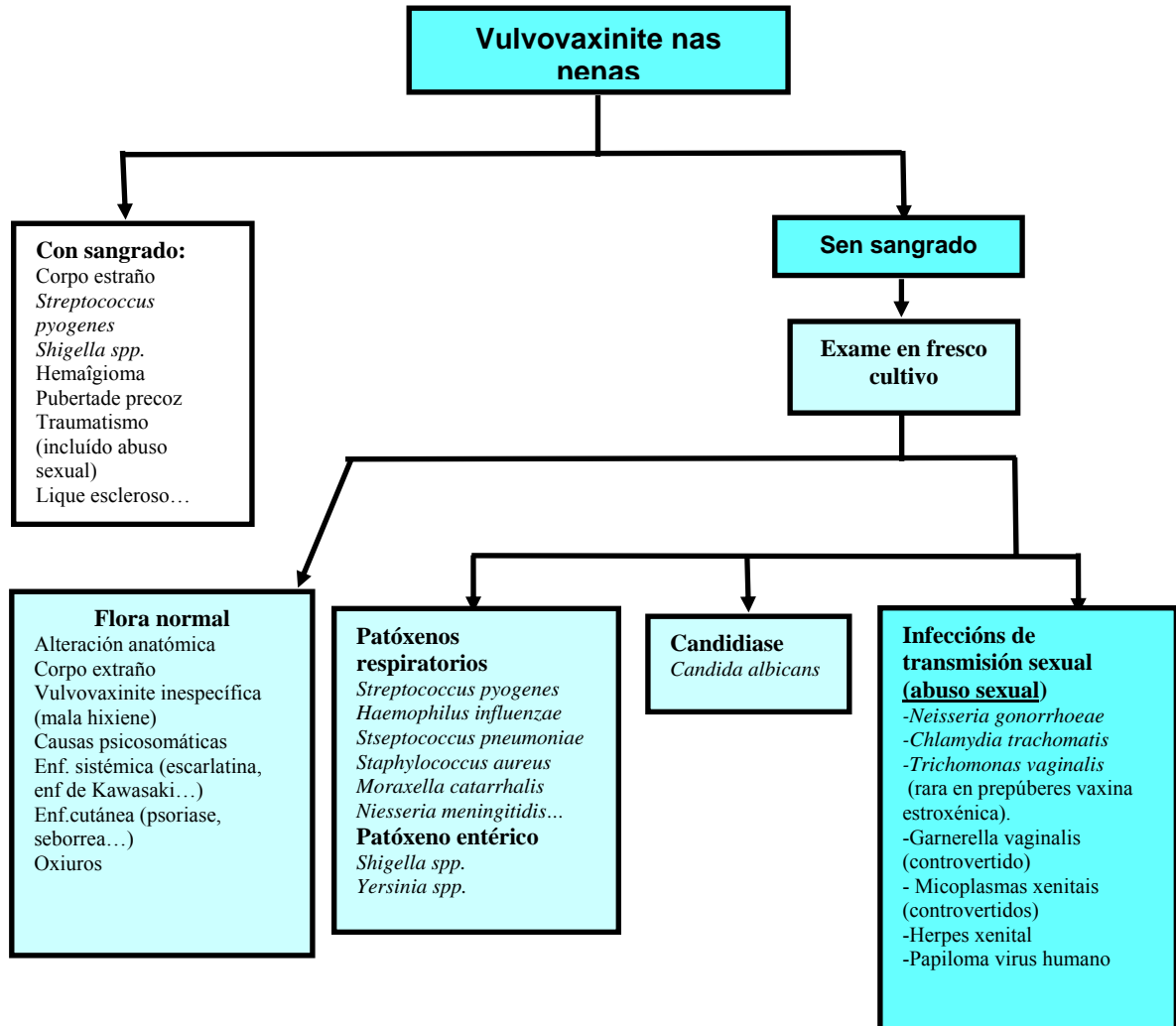
### Diagnóstico

En moitos casos a historia clínica, a exploración, a determinación do pH vaxinal e o exame en fresco, con e sen KOH ao 10%, permítenos achegarnos a un diagnóstico etiolóxico presuntivo. Cando non se consegue, débese recorrer ao **estudo microbiolóxico do exsudado vaxinal**, moito máis sensible para *Candida spp* e *Trichomonas vaginalis*, que nos permite ademais identificar outras etioloxías como os micoplasmas e bacterias menos frecuentes.

Ver o apartado de recollida e conservación de mostrás.

## Vulvovaxinite nas nenas:

### Algoritmo diagnóstico da vulvovaxinite infantil



## Tratamento da vulvovaxinite:

Etioloxía	Tratamento de elección	Tratamento alternativo	Tratamento das recorrencias	Tratamento no embarazo
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<b>Metronidazol</b> 2g VO en dose única ou <b>Metronidazol</b> VO 500mg /12h / 7 días	<b>Tinidazol</b> , 2g VO en dose única ou <b>Cotrimazol</b> óvulos (100 mg /día / 6 días )	<b>Metronidazol</b> VO 500mg /12h / 7 días,	<b>Metronidazol</b> VO 500mg / 12h / 7 días
<i>Candida albicans</i>	<b>Clotrimazol</b> en crema ( 5g día / 7-14 días ) ou en óvulos (100 mg / día / 7 días ou 500 mg en dose única )	<b>Fluconazol</b> 150 mg en dose única ou <b>Itraconazol</b> 400 mg en monodose ou 200 mg / día / 3 días	Doses semanais de: <b>Clotrimazol</b> (500 mg intravaxinal ) ou <b>Fluconazol</b> 150 mg VO	<b>Clotrimazol</b> en crema 2% ( 5g / 7-14 días ) ou óvulos (100mg / día / 7 días ) Pacientes sintomáticas
<i>Candida glabrata</i> e outras <i>Candidas non albicans</i>	Non usar fluconazol <b>Itraconazol</b> 400 mg en monodose ou 200 mg / día / 3 días			<b>Clotrimazol</b> en crema 2% ( 5g / 7-14 días ) ou óvulos (100mg / día / 7 días ) Pacientes sintomáticas
Vaxinose bacteriana	<b>Metronidazol</b> VO 500 mg /12h / 7 días	<b>Doxiciclina</b> VO 100mg / 12h / 8 días ou <b>Ampicilina</b> 500mg / 6 h / 8 días ou <b>Metronidazol xel</b> 500mg / día/ 7 días ou <b>Clindamicina tópica</b> 1 óvulo/ 3 noites ou crema / 7 noites	<b>Metronidazol</b> VO 500 mg / 12 h / 7-10 días	<b>Metronidazol</b> VO 250 mg /8h / 7días
<b>Vulvovaxinite infantil</b>	<b>Tratamento etiolóxico en función do patóxeno identificado.</b>			

## RECOLLIDA DE MOSTRAS PARA O DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓXICO DE URETRITE, CERVICITE, VAXINITE E INFECCIÓN EXTRAXENITAIS: infeccións por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e micoplasmas xenitais

As mostras deberán ser recollidas e procesadas inmediatamente polo que o mellor é contactar previamente co Servizo de Microbioloxía e que o paciente acuda ao devandito Servizo. Se isto non fose posible, deberán utilizarse unicamente hisopos de plástico ou arame coa parte distal de material sintético: alxinato cálcico, raión ou dracon (endexamais de algodón e madeira).

O medio de transporte indicado para conservación de *Neisseria gonorrhoeae* é o medio de Amies: Difco CultureSwab, **COPAN - Amies W / O CH®** (dispoñible na nosa área sanitaria ) ou BBL-CultureSwab EZ (non utilizar outros hisopos porque non está confirmado que permitan a súa conservación). **As mostras gardaranse a temperatura ambiente e deberanse procesar o antes posible**, a demora en ningún caso excederá as seis horas xa que en caso contrario a porcentaxe de recuperación de *N. gonorrhoeae* diminúe drasticamente.

Para estudo de *Chlamydia trachomatis* as mostras recolleranse utilizando o kit de recollida de mostras que consta duns hisopos específicos para cada mostra (endocérvix ou uretra), un *porta* de inmunofluorescencia cun círculo no que se inoculará a mostra rotando o hisopo e unha ampola de fixador que se romperá botando o líquido sobre a mostra.

As mostras para estudo de micoplasmas xenitais deben inocularse inmediatamente nos frascos de caldo 10B con urea-arxinina (**caldo Mycoplasma R1®** - BioMérieux) polo que é necesario poñerse en contacto co Servizo de Microbioloxía.

### Exsudado uretral

Se o paciente presenta moito exsudado, pode recollese da uretra distal cun hisopo (recoller dúas mostras) con medio de transporte **COPAN- Amies W/O CH®** para detección de gonococo.

Se o paciente non presenta exsudado, tras un mínimo de dúas horas sen miccionar, o hisopo (utilizar un hisopo fino específico) introducirase na uretra 2 – 4 cm. Rotalo suavemente. Retirar o hisopo e introduci-lo no medio de transporte xa indicado. Un segundo hisopo inocularase no **caldo Mycoplasma R1®**.

Utilizando o **kit para *Chlamydia trachomatis*** (hisopo fino) recoller unha terceira mostra, rotando para asegurarse de recoller células epiteliais, procedendo tal como se indicou antes. Conservar a temperatura ambiente.

### Exsudado endocervical

Utilizar un espéculo sen lubricante, eliminar as secrecións vaxinais exocervicais cunha torunda, posteriormente introducir unha segunda torunda na canle endocervical (1-2 cm) rotándoa contra a parede deste. Retirar a torunda sen tocar a superficie vaxinal e introduci-la no medio de transporte **COPAN- Amies W/O CH®**. Recoller outra mostra con hisopo e inocular no **caldo Mycoplasma R1®**.

Recoller unha terceira mostra utilizando o **kit de *Chlamydia trachomatis*** (hisopo groso ou cepillo de citoloxía), inoculalo no *porta* e fíxalo co metanol que



acompaña ao *porta*.

### **Exsudado vaxinal**

Utilizar un espéculo sen lubricante e recoller a mostra do fondo do saco vaxinal posterior cunha torunda **COPAN- Amies W/O CH®** e unha segunda para estudo de micoplasmas que inocularemos en **caldo Mycoplasma R1®**.

A mostra podería ser recollida pola propia paciente se só queremos descartar patóxenos habituais e se a instruímos correctamente. Introducir o hisopo na vaxina até o fondo de saco posterior, rotalo e retiralo introducindo no medio de transporte.

Nas pacientes pediátricas se é necesario recoller unha mostra vaxinal utilizarase un hisopo fino.

### **Exsudado farínxeo**

Cun depresor inmovilizar a lingua e rotar o hisopo contra as amígdalas e farinx posterior coidando de non tocar na úvula nin nas superficies da boca. Introducir o hisopo no medio de transporte de **COPAN- Amies W/O CH®** para estudo de gonococo enviar inmediatamente ao laboratorio. Non está indicado realizar probas diagnósticas para *Chlamydia trachomatis*

### **Exsudado anorrectal**

Introducir o hisopo até pasar o esfínter anal, rotalo durante 10-30 segundos e retiralo. Se está contaminado con feces elimínalo e repetir a operación con outro hisopo. Posteriormente introducilo no medio de transporte **COPAN- Amies W/O CH®** e envíalo ao laboratorio.

Recoller unha segunda mostra utilizando un **kit de C. trachomatis**.

### **Abscesos (glándula de Bartolino, intraabdominais...) endometrio, culdocentese, epidídimo, líquido testicular, etc.**

Recoller a mostra por aspiración con xiringa en condicións de esterilidade e introducila nun medio de transporte para anaerobios e patóxenos de transmisión sexual específico para mostras recollidas por punción **-vial Port-A-Cult®** - sen introducir aire. Se a mostra foi recollida con hisopo utilizar un **frasco Port-A-Cult para torundas®** (Becton-Dickinson) introducindo o hisopo até o fondo.

### **Líquido articular, líquido amniótico, urina para diagnóstico de prostatite (técnica de Meares–Stamey)**

Utilizar un frasco estéril e enviar inmediatamente ao laboratorio de microbioloxía. O **líquido articular** pódese introducir nun frasco de hemocultivo pero é conveniente que unha parte se procese de forma convencional xa que *N. gonorrhoeae* é sensible ao polietanol sulfonato sódico (SPS) que se utiliza como anticoagulante nos frascos de hemocultivos.

### 3.- ENFERMIDADES QUE SE CARACTERIZAN POR ÚLCERAS XENITAIS

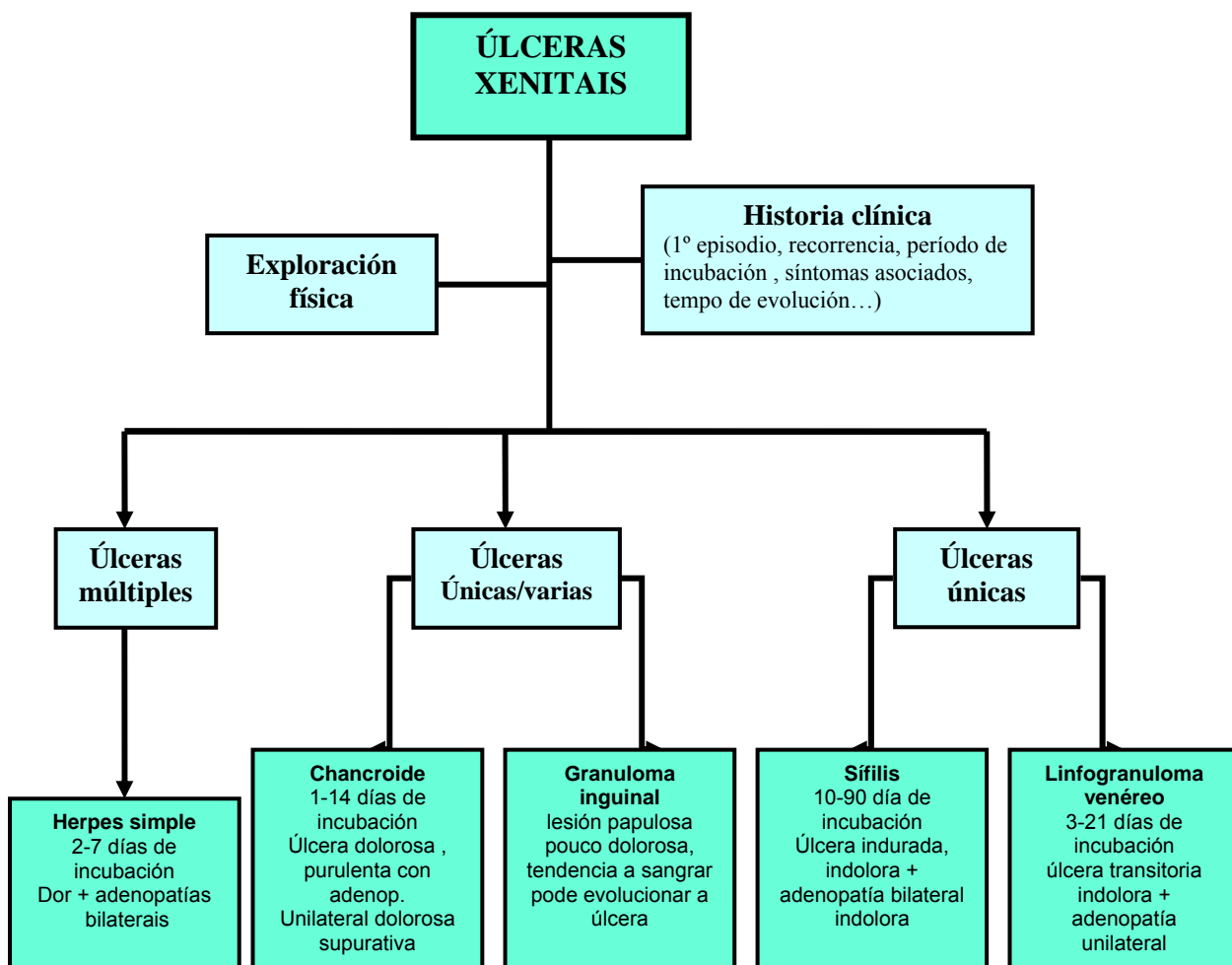
Cando nos enfrontamos a un paciente con úlceras xenitais (UX) é recomendable intentar chegar sempre ao diagnóstico etiolóxico. Aproximadamente nun 25% dos casos isto non se consegue malia contar cun estudo completo e a realización de probas complementarias.

Nalgunhas ocasións, hai que iniciar un tratamento empírico baseado na presentación clínica e nas circunstancias epidemiolóxicas.

No momento de examinar o paciente con úlceras xenitais hai que ter en conta o seguinte:

1. Poden coexistir varias infeccións, polo que todos os pacientes con úlceras xenitais deben ser avaliados para sífilis e herpes xenital, así como para chancroide en zonas de alta prevalencia.
2. Herpes xenital, a sífilis e o chancroide predispoñen para a transmisión do VIH.
3. Non todas as UX están causadas por enfermidades de transmisión sexual.

#### Algoritmo diagnóstico de úlceras xenitais



**O paciente remitirase ao Servizo de Microbioloxía para recollida de mostras e en caso necesario tamén ao Servizo de Dermatoloxía**  
(non é conveniente demorar a consulta xa que as lesións se modifican co tempo)

### 3.A.- HERPES XENITAL

É a causa máis frecuente de úlceras xenitais en persoas sexualmente activas. O herpes xenital está causado polo virus herpes símples tipo 1 ou 2 (VHS-1 e VHS-2).

Na maioría dos casos están producidos por VHS-2 (70-90%), aínda que estudos recentes demostraron un aumento da incidencia de VHS-1 (10-30%).

A primoinfección ten un período de incubación de 2-7 días, seguido dun pródromos caracterizados por ardor, dor e eritema coa posterior aparición de múltiples vesículas e erosións dolorosas na rexión xenital, que poden estenderse á zona perineal e perianal. Adoita acompañarse de adenopatías bilaterais dolorosas, febre e afectación do estado xeral.

As recidivas posteriores poden ser subclínicas ou de menor intensidade. Habitualmente aparecen 3-5 vesículas, que evolucionan a erosións e costras, desaparecendo nunha semana. A maioría das pacientes afectadas non lembran antecedentes de infección xenital por herpes.

Á hora de atender a un paciente con herpes xenital é necesario informalo axeitadamente sobre a natureza crónica e recorrente da enfermidade, así como das medidas para evitar a súa transmisión. Para iso hai que ter en conta o seguinte:

- Pódese producir transmisión sexual do VHS durante períodos asintomáticos. A posibilidade de transmisión é especialmente elevada durante os doce primeiros meses tras a adquisición do virus.
- As recorrencias e diseminación subclínica son menos frecuentes na infección por VHS-1 que na producida por VHS-2.
- A frecuencia das recorrencias de herpes xenital diminúe co tempo en moitos pacientes.
- O tratamento antiviral sistémico controla os signos e os síntomas pero non erradica o virus latente nin afecta ao risco, frecuencia ou severidade das recorrencias.

#### Diagnóstico

- **Inmunofluorescencia directa:** detección da presenza do virus en células obtidas do leito das lesións mediante anticorpos monoclonais marcados con fluoresceína. Esta técnica é máis sensible canto máis recentes son as lesións. Método de diagnóstico utilizado de xeito rutineiro na nosa área.
- **Detección de ADN.** reacción de cadea de polimerasa – PCR.
- **Cultivo celular.**
- **Seroloxía:** a presenza de anticorpos fronte a SHV-2 (infeccións adquiridas por transmisión sexual) implica infección anoxenital, pero a presenza de anticorpos fronte á VH-1 é máis difícil de interpretar xa que a maioría das persoas con anticorpos fronte á SHV-1 os adquiren por infeccións orais.

## Tratamento

### ○ **Episodio de Herpes xenital inicial:**

- Aciclovir: 400 mg vía oral / 8 horas, 7-10 días.
- Aciclovir: 200 mg vía oral, cinco veces ao día, 7-10 días.
- Famciclovir: 250 mg vía oral / 8 horas, 7-10 días.
- Valaciclovir: 1 g vía oral / 12 horas, 7-10 días.

O tratamento das recorrencias pode darse: 1) durante os pródromos; 2) o primeiro día do comezo das lesións para aliviar ou acurtar a súa duración ou 3) de forma continua para reducir a frecuencia das recorrencias, indicado naqueles pacientes con seis ou máis recorrencias ao ano.

### ○ **Tratamento episódico da recorrencia**

- Aciclovir: 400 mg vía oral / 8 horas, 5 días.
- Aciclovir: 800 mg vía oral 12 horas, 5 días.
- Aciclovir: 800 mg vía oral / 8 horas, 2 días.
- Famciclovir: 125 mg vía oral / 12 horas, 5 días.
- Famciclovir: 1 g vía oral / 12 horas, 1 día.
- Valaciclovir: 500 mg vía oral / 12 horas, 3 días.
- Valaciclovir: 1 g vía oral ao día, 5 días.

### ○ **Tratamento supresivo**

- Aciclovir: 400 mg vía oral / 12 horas.
- Famciclovir: 250 mg vía oral / 12 horas.
- Valaciclovir: 500 mg vía oral ao día.
- Valaciclovir: 1 g vía oral ao día.

Nas formas de enfermidade severa como infección diseminada, pneumonía, hepatite ou complicacións do SNC débese administrar tratamento intravenoso con Aciclovir 5-10 mg/Kg cada oito horas de dous a sete días ou até que se observe melloría clínica, seguido de tratamento por vía oral até completar un total de dez días.

Os pacientes HIV positivos poden ter episodios máis severos, atípicos e prolongados, con eliminación do virus máis duradeira. As doses recomendadas son algo maiores, e prolongadas entre cinco e dez días no tratamento episódico. Se as lesións persisten hai que sospeitar resistencias e deberíase obter cultivo para estudo de resistencias. Alternativas de tratamento poden ser Foscarnet 40 mg/Kg / 8 horas ou Cidofovir.

### ○ **Herpes xenital no embarazo**

Débese prever a adquisición do HSV xenital durante o último trimestre do embarazo e evitar a exposición do feto ás lesións herpéticas durante o parto. Evitar relacións no terceiro trimestre coa parella que se sospeite ou teña lesións herpéticas xenitais, ou sexo oral se ten herpes oral.

- É indicación de cesárea electiva.
- Existen poucos datos sobre a seguridade de Aciclovir (preferido como tratamento), Valaciclovir e Famciclovir durante o embarazo.

- **Herpes neonatal**

Os acabados de nacer expostos durante o parto deben ser observados de preto. Algúns autores aconsellan realizar cultivos de mucosas antes das manifestacións clínicas e outros tratamento con Aciclovir se existiu risco de transmisión. Se existe herpes neonatal, débese tratar axiña por vía intravenosa.

### 3.B.- SÍFILIS

É unha enfermidade de transmisión sexual sistémica causada pola espiroqueta *Treponema pallidum*. Ten unha evolución intermitente con fases activas e latentes: **estadio primario** (chancro ou úlcera xenital ); **secundario** (rash cutáneo, lesións mucocutáneas e adenopatías); **latente** (sen síntomas) detéctase pola seroloxía, e divídese en **sífilis latente precoz**, adquirida no ano previo, e **tardía** ou de duración indeterminada; **infección terciaria** (manifestacións oftálmicas, cardíacas, auditivas ou lesións gomosas do sistema nervioso central) e **neurolúes**.

#### Sífilis primaria

Causa crecente de úlcera xenital. Tras un período de incubación de 2-3 semanas aparece unha pápula indolora, que aumenta de tamaño e se ulcera en poucos días. Esta lesión, coñecida como **chancro**, consiste nunha úlcera redondeada indurada e indolora, non purulenta e asociada a adenopatías rexionais bilaterais, tamén indoloras. Cura espontaneamente nunhas semanas ( entre unha e seis).

O chancro localízase normalmente no pene e nos beizos maiores pero pode ter outras localizacións dependendo das prácticas sexuais e mesmo pasar desapercibido, especialmente cando se localiza no cérvix nas mulleres ou na rexión perianal e rectal (localización frecuente en homes homosexuais).

#### Sífilis secundaria

Padécena aproximadamente o 50% dos pacientes. Caracterízase por febre, dor muscular, malestar xeral e adenopatías xeneralizadas. Unha porcentaxe importante de pacientes desenvolven afectación mucocutánea e exantema maculopapuloso con descamación na periferia das lesións que adoita comezar polo tronco e posteriormente se estende ao resto do corpo afectando mesmo ás palmas das mans e ás plantas dos pés. Este exantema pode afectar ás mucosas e ao coiro cabeludo (alopecia en placas).

#### Sífilis latente

Trátase dun período asintomático de duración variable que normalmente se detecta mediante os test serolóxicos.

A duración desta fase é variable e pode ser de varios anos.

#### Sífilis terciaria

Prodúcese nun terzo dos pacientes que non foron tratados nas primeiras fases. Pode presentarse até 40 anos despois do contaxio. Hai tres formas principais de presentación:

- **Neurosífilis:** a infección do sistema nerviosos central prodúcese moi pouco tempo despois do contaxio polo que pode aparecer unha meninxite aos catro meses da infección pero en xeral é unha manifestación da sífilis tardía e as formas de presentación son tabes dorsal, sífilis meningovascular e parálise xeral progresiva.
- **Sífilis cardiovascular:** aortite sifilítica, aneurisma e insuficiencia aórtica.
- **Gomas:** nódulos ou placas inflamatorias con destrución local. Afectan principalmente ao óso e á pel.

## Diagnóstico

**Diagnóstico de certeza.** → Detección de *Treponema pallidum* nas lesións.

- **Exame microscópico en campo escuro** do material obtido do chancro no que se observan as espiroquetas móbiles. Este método só é útil para lesións xenitais xa que non permite diferenciar os treponemas patóxenos dos saprófitos da boca e rexión anal. O exame ten que facerse nos primeiros minutos tras a recollida da mostra debido á enorme vulnerabilidade dos treponemas.
- **Inmunofluorescencia directa**, en material recollido do chancro úsanse anticorpos marcados con fluoresceína para visualizar os treponemas.
- **Detección de DNA → PCR**, en xeral utilizado nos centros de referencia. De especial interese no diagnóstico de neuroúlús.

### **Diagnóstico indirecto de presunción: tests serolóxicos**

Baséase na detección de anticorpos fronte a diferentes antíxenos:

- **Tests non treponémicos (VDRL e RPR).** Detectan anticorpos IgG e IgM dirixidos contra antíxenos lipídicos non específicos (cardiolipina, lecitina e colesterol ) producidos polas células danadas pola infección ou polo treponema. En xeral correlaciónanse coa enfermidade activa. A súa cuantificación permite establecer os niveis de reactividade basais sobre os que se pode seguir a evolución da enfermidade tanto na eficacia do tratamento (diminución e mesmo negativización dos títulos) como posibles reinfeccións (aumento significativo dos títulos). Os pacientes tratados en estados iniciais diminúen até desaparecer nun ano. En pacientes tratados en períodos tardíos poden persistir títulos baixos sen que isto signifique un fracaso terapéutico. Son técnicas moi sensibles pero os falsos positivos son bastante frecuentes.
- **Test treponémicos (EIA , TPHA e FTA-Abs)** detectan anticorpos específicos dirixidos contra antíxenos do treponema. Teñen unha alta especificidade, permanecen reactivos durante toda a vida polo que carecen de interese para o seguimento do tratamento. Non se correlacionan coa actividade da enfermidade.

**Sensibilidade das probas serolóxicas diagnósticas nas distintas fases da enfermidade:**

Fase	Duración	VDRL	RPR	EIA	TPHA	FTA-Abs
Período de incubación	10-90 días	-	-	-	-	-
Sífilis primaria	1-5 semanas	78%	86%	97	85	85
Sífilis secundaria	2-6 semanas	100	100	97	100	100
Sífilis latente	>1 ano	95	98	97	100	100
Sífilis terciaria	2-40 anos	71	73	?	94	96

**Diagnóstico da neurolúes**

Baséase na combinación dos resultados dos tests serolóxicos no sangue, bioquímica do LCR, VDRL no LCR, produción intratecal de anticorpos con ou sen manifestacións clínicas e detección de DNA do *Treponema pallidum* no LCR:

- Presenza de **células no LCR**: >5 leucocitos / $\mu$ l
- **VDRL** no LCR, é pouco sensible pero moi específico. Un resultado do test positivo (se non existiu contaminación co sangue na extracción do LCR) co cadro clínico axeitado é diagnóstico de neurolúes.
- **Produción intratecal de anticorpos**: nos casos en que VDRL é negativo esta proba mellora a sensibilidade:

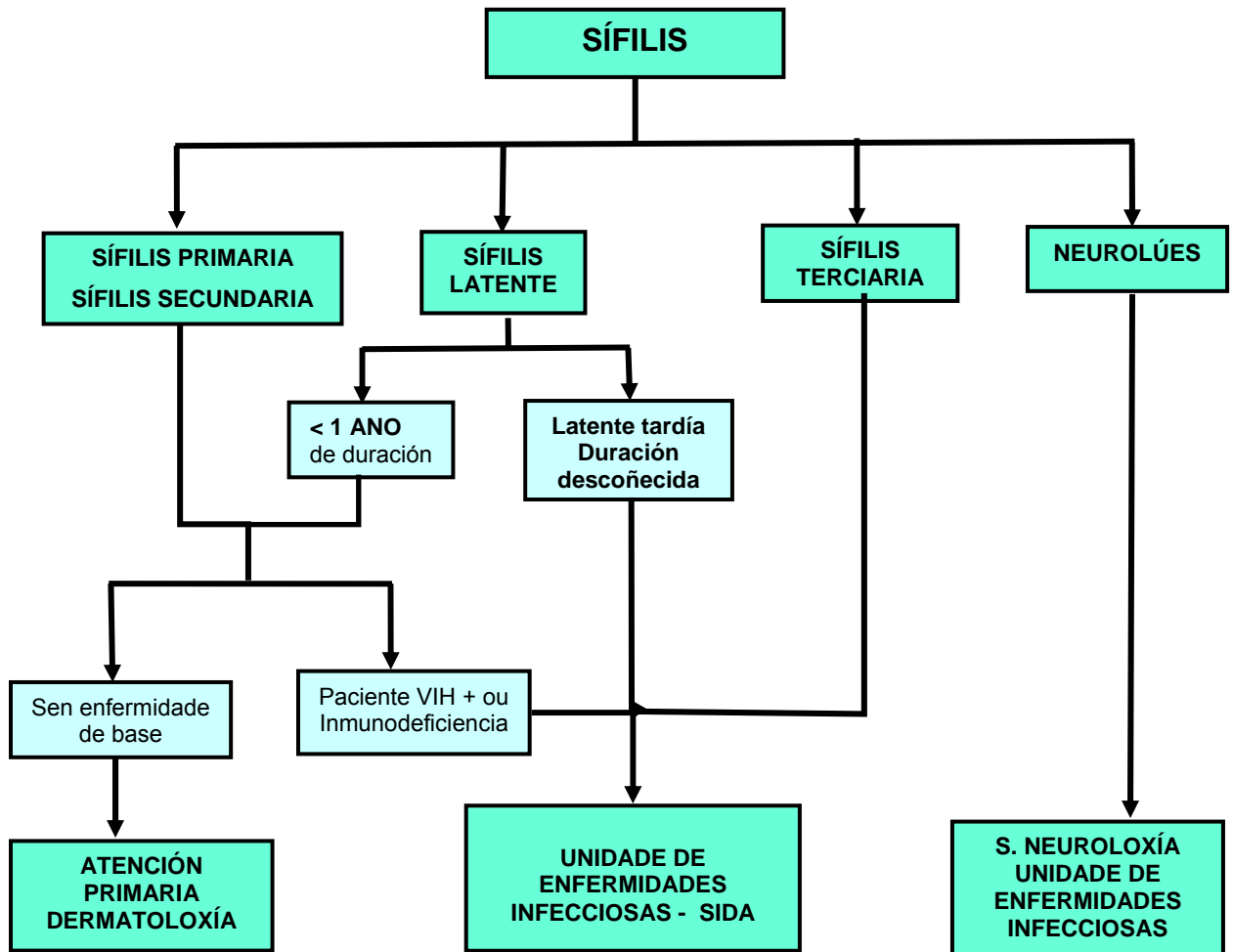
$$\text{Índice de TPHA} = \frac{\text{Título de TPHA en LCR}}{\text{cociente de albumina}}, \text{ se } >100 \rightarrow \text{Neurolúes}$$

$$\text{Cociente de albumina} = \frac{\text{Albumina en LCR}}{\text{Albumina sérica}} \times 1000$$

- **FTA negativo en LCR** para algúns autores descarta a neurolúes
- **Detección de DNA por PCR**. É moi específica e sensible.



## Derivación de pacientes



## Tratamento

### Fundamentos

A **penicilina G parenteral** é o antibiótico de elección en todos os estados da enfermidade. A dose e duración dependerán das manifestacións clínicas e da fase clínica. A reacción de Jarisch-Herxheimer (febre, cefalea, mialxia...) pode ocorrer nas primeiras 24 horas do tratamento.

### Sífilis primaria e secundaria

Tratamento de elección	Casos especiais
<p><b>Adultos:</b> Penicilina Benzatina 2,4 millóns de unidades IM, en dose única.</p> <p><b>Nenos:</b> valorar se é unha sífilis conxénita ou adquirida tras o parto. Descartar neurosífilis despois dun mes de idade</p> <p><b>Penicilina Benzatina</b> 50.000 unidades/Kg IM, até a dose de adulto 2,4 millóns unidades IM, en dose única.</p>	<p><b>Pacientes alérxicos á penicilina:</b> Doxiciclina 100 mg VO / 12 horas, 14 días , ou Tetraciclina 500 mg VO / 6 horas, 14 días, ou Ceftriaxona 1 g IM o IV / día, 8-10 días.</p> <p><b>Pacientes embarazadas alérxicas á penicilina,</b> Desensibilizar e tratar con penicilina Único tratamento que está probado para previr a sífile conxénita.</p>

### Sífilis latente

Débense examinar ben as mucosas e descartar infección polo VIH, sífilis terciaria e afectación ocular. Se existen síntomas ou signos de afectación neurolóxica, fallo no tratamento ou infección polo VIH, está indicado o exame do LCR. Algúns autores aconsellan o exame de LCR nos casos de sífilis latente con títulos de RPR ou VDRL  $\geq$  1:32 ou en pacientes VIH positivos con CD4 < 350.

Diferenciamos dous estadios: sífilis latente inicial (menos dun ano dende o contaxio) e sífilis latente tardía (máis dun ano) ou descoñecida.

Tratamento de elección	Casos especiais
<p><b>Sífilis latente inicial</b></p> <p><b>Adultos:</b>  <b>Penicilina Benzatina</b> 2,4 millóns unidades IM, dose única.</p> <p><b>Nenos:</b> <b>Penicilina Benzatina</b> 50.000 U /Kg IM, até 2,4 millóns unidades IM, en dose única.</p>	<p><b>Alérxicos:</b>  <b>Doxiciclina</b> 100mg/12h, VO, 14 días  <b>Tetraciclina</b> 500mg VO / 6h, 14 días  <b>Ceftriaxona</b> 1g IV ou IM/ d, 8-10 días</p> <p>As <b>embarazadas</b> desensibilizar e tratar con penicilina.</p>
<p><b>Sífilis latente tardía ou de duración descoñecida</b></p> <p><b>Adultos:</b>  <b>Penicilina Benzatina</b> 2,4 millóns de unidades IM /semana/ 3 semanas.</p> <p><b>Nenos:</b>  <b>Penicilina Benzatina</b> 50.000 unidades /Kg/IM/semana durante tres semanas (total 150.000 unidades/Kg até unha dose total do adulto).</p>	<p><b>Alérxicos:</b></p> <p><b>Doxiciclina</b> 100 mg vía oral / 12 horas ou tetraciclina 500 mg vía oral / 6 horas, 28 días.  <b>Ceftriaxona</b> podería ser una alternativa, pero non está claro en que dose e con que duración</p> <p><b>Embarazadas</b> con alerxia á penicilina deben ser desensibilizadas e tratadas con penicilina</p>

### Sífilis terciaria

Débese examinar LCR antes de iniciar o tratamento. Algúns autores aconsellan tratar a sífilis cardiovascular igual que a neurosífilis.

### Neurosífilis

A afectación do SNC pode ocorrer en calquera estado da enfermidade. Se hai sospeita clínica débese examinar o LCR. As manifestacións oculares débense tratar igual.

Tratamento de elección	Casos especiais
<p><b>SÍFILIS TERCIARIA</b></p> <p><b>Adultos:</b>  <b>Penicilina benzatina</b> 2,4 millóns de U, IM/sem/3 sems.</p> <p><b>Nenos:</b>  <b>Penicilina Benzatina</b> 50,000 U/Kg IM/ sem/3 semanas</p>	<p><b>Alérxicos:</b>  <b>Doxiciclina</b> 100mg/12h, VO, 28 días  <b>Tetraciclina</b> 500mg VO / 6h, 28 días  <b>Ceftriaxona</b> 1g IV ou IM/ día, duración non definida</p> <p>As embarazadas desensibilizar e tratar con penicilina.</p>
<p><b>NEUROSÍFILIS</b></p> <p><b>Penicilina G</b>, 18-24 millóns de U / día , IV/ 4 horas ou en infusión continua, 10-14 días  <b>Alternativa:</b> <b>Penicilina procaína</b> 2,4 millóns unidades IM / día máis Probenecid 500 mg oral / 6 horas, ambas por 10-14 días.</p>	<p><b>Alérxicos:</b>  <b>Ceftriaxona</b> 1g IV ou IM/ día, 10-14 días  As embarazadas desensibilizar e tratar con penicilina</p>

## Seguimento

- En todo paciente con sífilis débese descartar infección polo VIH. Na sífilis primaria repetir seroloxía do VIH despois de tres meses se a primeira foi negativa.
- Salvo que existan signos ou síntomas suxestivos de afectación neurolóxica ou oftálmica non está recomendado o exame rutineiro do LCR na sífilis primaria e secundaria.
- É importante recordar que os pacientes que estiveron afectados de sífilis e realizaron un tratamento correcto manteñen, probablemente durante toda a súa vida, as probas serolóxicas treponémicas (TPHA, EIA ou FTA-Abs) positivas.
- O seguimento do tratamento baséase nas probas non treponémicas: VDRL e RPR.
- A transmisión ocorre só cando existen lesións mucocutáneas. As parellas con exposición sexual a un paciente de sífilis en calquera estado serán examinadas e tratadas:
  - Persoas con exposición dentro dos noventa días previos ao diagnóstico de sífilis primaria, secundaria ou latente precoz, poden estar infectadas e ter os tests serolóxicos negativos. Débese repetir ao cabo dun mes aproximadamente.
  - Persoas expostas máis de noventa días antes do diagnóstico de sífilis primaria, secundaria ou latente precoz debería tratarse de xeito presuntivo se non se dispón de seroloxía ou se sospeitan problemas para o seguimento
- Pode ocorrer fallo terapéutico con calquera réxime. Débese reexaminar clínica e seroloxicamente aos seis e doce meses do tratamento. Pacientes con persistencia ou aparición de síntomas e signos, ou con aumento de catro veces os títulos das probas non treponémicas, probablemente non responderon ao tratamento ou se reinfectaron. Descartar infección polo VIH, neurolúes e retratar.
- Naqueles pacientes nos que non descenden os títulos catro veces aos seis meses non está claro o manexo; debe repetirse a seroloxía, descartar infección polo VIH e neurosífilis. Se sospeitamos dificultades no seguimento, está recomendado retratar. O tratamento sería con Penicilina Benzatina 2,4 millóns unidades IM/semana/3 semanas, se non presentan neurosífilis. Se os títulos seguen sen descender tras isto, non está indicado facer máis nada.
- Se o paciente esqueceu unha dose, en sífilis latente tardía ou sífilis de duración indeterminada e non pasaron máis de dez ou catorce días a partir da última dose, completárase pauta. Noutros casos ou en embarazadas volverase a iniciar todo o tratamento.
- En sífilis tardías débese repetir a cuantificación dos títulos de probas non treponémicas aos seis, doce e vinte e catro meses. Débense retratar aqueles casos con LCR normais, se os títulos iniciais se incrementan catro veces, se un título inicial de  $\geq 1:32$  non descende catro veces ou se desenvolven síntomas e signos suxestivos de sífilis.
- Na neurolúes débese repetir estudo de LCR cada seis meses até que sexa normal. Se os leucocitos non descenderon ao sexto mes ou o LCR non é

normal aos dous anos, débese reconsiderar retratar.

### **Sífilis en pacientes VIH positivos**

Aínda que se observaron respostas serolóxicas non habituais (títulos serolóxicos maiores que os esperados, falsos negativos e retardo na aparición de seroreactividade), as probas treponémicas e non treponémicas pódense interpretar igual para a maioría dos pacientes coinfectados polo VIH.

Os pacientes VIH positivos con sífilis en fases iniciais poden ter un risco maior de complicacións neurolóxicas e de fallos terapéuticos. É necesario un seguimento postratamento máis estreito.

#### ○ **Sífilis primaria e secundaria en pacientes con infección polo VIH**

**Penicilina Benzatina** 2,4 millóns unidades IM, en dose única.

Algúns autores recomendan Penicilina Benzatina 2,4 millóns de unidades IM /semana/3 semanas, como na sífilis latente tardía ou de duración descoñecida.

Como as alteracións do LCR son frecuentes en pacientes VIH positivos, algúns autores recomendan analizar sempre o LCR e intensificar o tratamento en caso de sospeita de neurosífilis.

En casos de **alergia** á penicilina igual manexo que en VIH negativos:

Doxiciclina 100 mg vía oral / 12 horas, 14 días ou **Tetraciclina** 500 mg vía oral / 6 horas, 14 días ou **Ceftriaxona** 1 g IM ou IV / día, 8-10 días.

Embarazadas con alergia á penicilina deben ser desensibilizadas e tratadas con penicilina.

### **Seguimento**

Débese reexaminar clínica e seroloxicamente aos 3, 6, 9, 12 e 24 meses do tratamento. Nos casos que cumpren os criterios de fallo terapéutico (pacientes con persistencia ou aparición de síntomas e signos, ou con aumento de catro veces os títulos das probas non treponémicas) débese descartar neurolúes e retratar. Nos que non descenden os títulos catro veces aos 6-12 meses débese descartar tamén neurosífilis e retratar. Se o LCR é normal a maioría de autores aconsellan retratar con Penicilina Benzatina 2,4 millóns unidades IM/semana/3 semanas.

#### ○ **Sífilis latente en pacientes VIH positivos**

Os pacientes con **sífilis latente de +/- 1 ano de evolución** (se adquiriron a infección no ano previo, exposición neste tempo, síntomas inequívocos de sífilis primaria ou secundaria neste tempo, seroconversión) débense manexar igual que os VIH negativos. Débense examinar ben mucosas e descartar sífilis terciaria e afectación ocular. Se existen síntomas ou signos de afectación neurolóxica, fallo de tratamento ou infección polo VIH, está indicado examinar o LCR. Algúns autores aconsellan examinar LCR en toda sífilis latente con títulos non treponémicos  $\geq 1:32$  ou en pacientes VIH positivos con CD4 < 350.

En adultos: **Penicilina Benzatina** 2,4 millóns unidades IM, 3 doses.

En pacientes con **sífilis latente tardía ou de duración descoñecida** débese analizar sempre o LCR antes de iniciar o tratamento.

**Penicilina Benzatina** 2,4 millóns de unidades IM /semana/ 3 semanas.

Na alerxia á penicilina non existe experiencia de pautas alternativas e aconséllase desensibilizar e tratar con penicilina. Estudos limitados suxiren que a ceftriaxona podería ser efectiva, pero a dose e duración do tratamento non foron definidas.

### **Seguimento**

Débese reexaminar clínica e seroloxicamente aos 6, 12, 18 e 24 meses do tratamento. Se hai persistencia ou aparición de síntomas e signos, ou aumento de catro veces os títulos das probas non treponémicas, débese descartar neurolúes e retratar. Nos que non descenden os títulos catro veces aos 12-24 meses débese descartar tamén neurosífilis e retratar:

Penicilina Benzatina 2,4 millóns unidades IM/semana/3 semanas.

### 3.C.- CHANCROIDE OU CHANCRO BRANDO

O chancroide ou chancro brando está causado por *Haemophilus ducreyi*, bacilo gram negativo anaerobio facultativo de crecemento lento e difícil.

É unha enfermidade frecuente en parte de África e no sueste asiático, sendo endémica en moitos países en vías de desenvolvemento. A vía de infección é case exclusivamente o contacto sexual con pacientes promiscuos infectados, con úlceras xenitais.

Tras un período de incubación de 1-14 días aparece unha pápula eritematosa que evoluciona rapidamente a pústula e logo a unha úlcera dolorosa, ben delimitada, xeralmente con base purulenta e bordos brandos socavados. Con frecuencia desenvólvense varias úlceras que conflúen. Adoita acompañarse de linfadenopatía unilateral dolorosa, que pode ser supurativa.

#### Diagnóstico

- Detección de DNA por PCR: sensibilidade do 95%.
- Tinxido de Gram: bacilos gram-negativos pleomórficos, imaxe de “banco de peixes”. Pouco sensible.
- Cultivo en medios especiais: lento e cunha sensibilidade inferior ao 80%.

#### Tratamento

Cura a infección, resolve os síntomas clínicos e prevé a transmisión a outros.

**Azitromicina:** 1 g oral, dose única.

**Ceftriaxona:** 250 mg IM, dose única.

**Ciprofloxacino:** 500 mg oral /12 horas, 3 días.

**Eritromicina:** 500 mg oral / 8 horas, 7 días.

O paciente debe ser reexaminado entre o terceiro e o sétimo día de tratamento para ver a resposta. O tempo necesario para a resolución das úlceras depende do tamaño; as grandes poden requirir máis de dúas semanas. A resolución das adenopatías é máis lenta que as úlceras e poden necesitar aspiración ou drenaxe por incisión. Se non hai melloría clínica, débense considerar outros procesos (sífilis, VIH, etc.). As parellas deben ser avaliadas e tratadas, aínda que non teñan síntomas, se tiveron contacto nos dez días previos ao comezo dos síntomas do paciente. Os pacientes VIH positivos poden responder peor e necesitar pautas de tratamento de maior duración.

### 3.D.- LINFOGRANULOMA VENÉREO

O linfogranuloma venéreo (LGV) é unha infección de transmisión sexual pouco frecuente producida por *Chlamydia trachomatis*, endémica nalgunhas zonas de África, Asia e América do Sur e esporádica noutras partes do mundo.

Clinicamente caracterízase pola aparición, tras un período de incubación de 3-21 días, dunha lesión papulosa asintomática que se ulcera e cura rapidamente sen deixar cicatriz acompañada dun conglomerado adenopático unilateral doloroso e inflamatorio, que pode drenar a través de traxectos fistulosos múltiples.

#### Diagnóstico

- Títulos séricos de anticorpos altos fronte a *Chlamydia trachomatis*.
- Detección de DNA por PCR e xenotipado no exsudado da lesión.
- Cultivo celular do exsudado da úlcera.
- Inmunofluorescencia directa é pouco sensible.

#### Tratamento

Se hai unha sospeita fundada, débense tratar con:

**Doxiciclina:** 100 mg vía oral / 12 horas, 21 días.

**Eritromicina:** 500 mg vía oral / 6 horas, 21 días.

**Azitromicina:** 1 g vía oral / semana, 3 semanas.

As parellas con contactos nos sesenta días antes do comezo dos síntomas do paciente deben ser avaliadas e débeselles ofrecer o tratamento, antes indicado, durante sete días.

Nos pacientes VIH positivos é posible que se requira prolongar o tratamento e que a resolución dos síntomas sexa máis lenta.

### 3.E.- GRANULOMA INGUINAL

O granuloma inguinal ou donovanose é unha infección bacteriana crónica e pouco frecuente producida polo bacilo gram negativo *Klebsiella granulomatis*, endémica en países tropicais.

Non se coñece exactamente a duración do período de incubación. Caracterízase por unha lesión papulosa, pouco sintomática, de aspecto carnosos e tendencia a sangrar, que aumenta lentamente en semanas ou meses, e pódese ulcerar. Só aparecen adenopatías inguinais nun 20% dos casos.

#### Diagnóstico

- **Exame microscópico de tinxidos de Giemsa ou Wright** do exsudado da lesión para a observación de “**Corpos de Donovan**” que son inclusións citoplasmáticas en grandes células mononucleares e histocitos.
- O cultivo é difícil e laborioso.
- **Detección de DNA por PCR** só nalgúns laboratorios de referencia.

#### Tratamento

**Doxiciclina:** 100 mg vía oral/ 12 horas.

**Azitromicina:** 1 g oral / semana.

**Ciprofloxacino:** 750 mg vía oral / 12 horas.

**Eritromicina:** 500 mg vía oral / 6 horas.

**TMP-SMX** (160 mg /800 mg) vía oral / 12 horas.

O tratamento debe continuarse cando menos tres semanas; até que as lesións estean completamente curadas.

As parellas con contactos nos sesenta días antes do comezo dos síntomas do paciente deben ser avaliadas e ofrecerlles tratamento.

O tratamento de elección no embarazo é a eritromicina.



## RECOLLIDA DE MOSTRAS PARA O DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓXICO DAS ÚLCERAS XENITAIS

### Exsudado da/s úlcera/s

As mostras teñen que ser recollidas necesariamente no Servizo de Microbioloxía e, excepcionalmente, nos casos en que se sospeite herpes xenital por persoas adestradas sempre en contacto co devandito servizo.

### Procedemento

- Limpar a superficie da lesión cunha gasa humedecida en soro salino.
- Hai que ter en conta o tipo de microorganismo que se pretende investigar.

### Herpes simple

**Para IFD** (método rápido). Se a lesión está en fase de vesícula hai que rompela e se está en fase de costra eliminala. Posteriormente cun hisopo de dracon, a poder ser, mollado con soro fisiolóxico, recoller o líquido da vesícula e rotar na base da lesión para obter células. Realizar unha extensión nun porta específico para inmunofluorescencia, fixar a mostra con acetona.

**Para cultivo celular e detección de DNA** proceder como no caso anterior pero introducir o hisopo nun medio de transporte específico para conservación de virus.

### *Treponema pallidum*

Diagnóstico directo. **Exame microscópico en campo escuro.** Ten que ser realizado exclusivamente no Servizo de Microbioloxía e só é válido para lesións xenitais, xa que non diferencia os treponemas patóxenos dos saprófitos que existen na boca ou no ano. Espremar a base do chancro e recoller nun porta o exsudado, engadir unha gota de soro fisiolóxico morno (+/- 37°C). Examinar o microscopio con campo escuro inmediatamente para observar as espiroquetas móbiles.

**Detección de DNA: PCR, especialmente en LCR.** Dispoñible en Centros de Referencia.

Diagnóstico indirecto. Soro para estudo serolóxico

### Cultivo de *Haemophilus ducreyi*

Recoller a mostra por aspiración ou cun hisopo evitando o sangrado. Inocular os medios de cultivo e realizar unha extensión nun porta para tinxido de Gram.

### Granuloma inguinal: donovanose

Son mellores as mostras tomadas por **biopsia** ou **raspado** do bordo activo da lesión ou ben do **tecido de granulación** da úlcera. Colocalas sobre un *porta* e deixar secar ao aire para **tinxido de Giemsa**.

### Linfogranuloma venéreo

Débese aspirar a úlcera ou a adenopatía para obter exsudado purulento. Estendelo nun porta para **IFD** (pouco sensible). É preferible a detección de DNA por PCR.

## 4.- INFECCIÓN POR VIH: DIAGNÓSTICO, CONSELLO E DERIVACIÓN

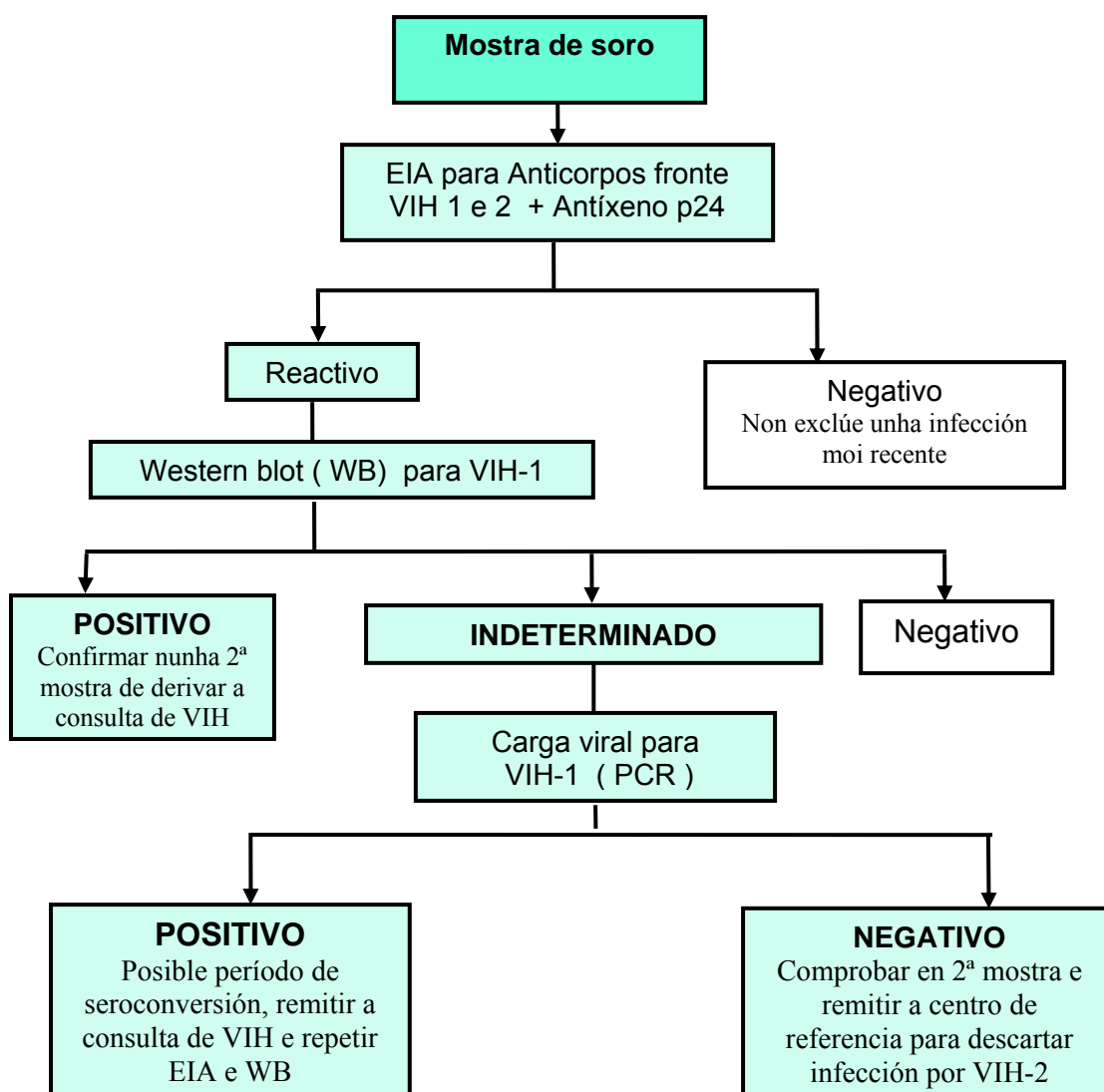
A infección polo VIH progresa a partir dun estado de latencia clínica ou asintomático até a SIDA no transcurso duns meses até dezasete anos. Sen tratamento case todos terminarán desenvolvendo SIDA. Establecer un diagnóstico precoz é esencial porque:

1. Os tratamentos existentes frean a deterioración do sistema inmune e diminúen a morbilidade e a mortalidade;
2. Existen medidas preventivas para as infeccións asociadas (*Pneumocystis jiroveci*, toxoplasmose, tuberculose, pneumonía pneumocócica);
3. Os consellos aos pacientes infectados poden axudar a diminuír a transmisión.

### Detección da infección polo VIH: diagnóstico de laboratorio

1. **Detección de antixeno e anticorpos fronte ao VIH 1 e 2 mediante EIA** (as técnicas de última xeración detectan ambos os dous).
2. **Confirmación da presenza de anticorpos fronte ao VIH 1 cun test de Western blot.**

### Diagrama diagnóstico da infección por VIH



A infección polo VIH-2 débese sospeitar en persoas con factores epidemiolóxicos de risco: orixinarios do este de África; transfusións naqueles países; contacto con parellas VIH-2 positivas; pacientes cun cadro clínico suxestivo de infección polo VIH, pero con *screening* por EIA positivo e con *Western blot* para VIH-1 cun patrón indeterminado de bandas gag e pol en ausencia de bandas de env ou carga viral negativas.

**A toda persoa afectada dunha ITS deben realizárselle probas para detectar a infección polo VIH. O paciente debe dar o seu consentimento de forma escrita ou verbal, e quedar constancia na historia clínica**

### **Cadros clínicos de alerta diagnóstica**

#### **Infección aguda**

- Síndrome mononucleósica con monotest negativo.
- Síntomas: febre, farinxite, *rash* cutáneo ou mialxias de máis de tres días de duración.

En caso de sospeita de infección aguda con determinación de anticorpos negativos débese realizar carga viral (por PCR) do VIH e **derivar o paciente á “Unidade de VIH”**. **Algúns pacientes poden beneficiarse do tratamento antirretroviral**. Unha carga viral positiva debería confirmarse por Western blot para documentar a seroconversión.

**Os pacientes diagnosticados de infección polo VIH** serán derivados a consulta de Enfermidades Infecciosas-SIDA, onde se procederá a realizar unha historia clínica, exploración física, analítica con hemograma, bioquímica, seroloxía para CMV, toxoplasmore, sífilis, virus de hepatite A, B e C, linfocitos CD4, carga viral, Mantoux, Rx tórax, *screening* doutras ITS (*N. gonorrhoeae*, *C. Trachomatis*,...) mediante estudo de secrecións uretrais, farínxeas, etc. e nas mulleres exploración xinecolóxica recollendo mostras de secrecións endocervicais e vexinais para o devandito estudo e *screening* de carcinoma de colo de útero. Débese vacinar fronte a hepatites A e B, pneumococo, tétanos e gripe anual, así como administrar profilaxe de infeccións en función dos resultados analíticos e protocolos establecidos.

#### **Infección crónica precoz**

##### **1. Síntomas vixía.**

- Orofarínxeos:
  - Candidase oral
  - Leucoplasia pilosa oral
  - Xinxivite necrohemorráxica
- Cutáneo-mucosas
  - Dermartite seborreica
  - Hipertricose e tricomegalia
  - Herpes simple recorrente
  - Herpes Zoster
  - Varicela diseminada
  - Moluscum contaxioso
  - Condilomas

## 2. Alarmas clínicas.

- ITS actual ou previa
- Tuberculose
- Pneumonía
- Displasia de cérvix
- Adenopatías inexplicadas

## 3. Alarmas analíticas.

- Linfopenia persistente
- Trombopenia

## Prevención e profilaxe

- É importante o consello e educación sanitaria destes pacientes para evitar a transmisión do VIH
- A toda paciente embarazada débesele realizar seroloxía de VIH. Se é positiva tratarase de forma axeitada para previr a transmisión vertical e aconsellaráselle non dar lactación.
- Aquelas persoas que foron contactos dun paciente VIH + ou con risco de exposición, deberían ser informadas, respectando sempre a confidencialidade, e proceder á valoración da administración de profilaxe, tendo en conta:
  - Non existen evidencias directas da eficacia da profilaxe.
  - Tempo de resposta: dende o accidente até as setenta e dúas horas.
  - Non hai unha pauta antirretroviral concreta.
  - Hai que facer unha valoración do risco:
    - RISCO APRECIABLE : RECOMENDABLE**  
Recepción anal con exaculación, sen preservativo, con rotura ou mal uso.
    - RISCO BAIXO: A CONSIDERAR**  
Recepción vaxinal con exaculación, sen preservativo, con rotura ou mal uso.  
Recepción anal sen exaculación.  
Recepción vaxinal sen exaculación.  
Penetración anal sen preservativo, con rotura ou mal uso.  
Sexo oroxenital receptivo con exaculación, sen preservativo ou mal uso.

## **5.- INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL PREVISIBLES CON VACINAS**

Dispónse de vacinas fronte ao virus da hepatite A, hepatite B e virus do papiloma humano.

### **5.A.- HEPATITE A**

A hepatite A non é unha enfermidade de transmisión sexual, transmítese por vía fecal-oral, por contacto persoa-persoa, ou consumo de comidas ou augas contaminadas, pero hai maior risco de adquisición por contacto sexual en homosexuais, sexo oral, ADVP e viaxeiros internacionais nos que a vacina é a forma máis efectiva de previr a transmisión.

Pode ser asintomática en nenos e dar a clínica propia dunha hepatite en até o 80% dos adultos. Adoita ser autolimitada, non se cronifica e é raro que provoque fallo hepático. Ten un período de incubación duns 28 días (rango 10-50 días), e o virus elimínase nas feces dende dúas semanas antes a unha semana despois do comezo da clínica.

O diagnóstico é serolóxico: a presenza de anticorpos Ig M fronte a virus A é indicativa de infección recente.

O tratamento consiste en medidas de soporte, sen restricións na dieta nin na actividade.

#### **Prevenición**

A prevención baséase na utilización da vacina e a administración intramuscular de inmunoglobulinas. A vacina administrada vía IM en dúas doses produce unha resposta inmune en practicamente todos os pacientes.

As inmunoglobulinas teñen unha efectividade maior do 85% cando se administran por vía IM antes ou nas dúas semanas seguintes á exposición ao virus A.

A vacina postexposición está indicada nos homosexuais, ADVP e en persoas con hepatite crónica por virus B e/ou C.

O estudo da susceptibilidade á infección antes de vacinar estará xustificado naquelas poboacións cunha prevalencia de infección alta (por exemplo persoas de idade > 40 anos que naceron en zonas endémicas). A vacina non está indicada nunha persoa xa inmune, xa que logo pode ser máis económico facer unha criba dos pacientes susceptibles, que vacinar por sistema a todos os casos.

Non é necesario facer seroloxía posvacinação, porque a inmensa maioría das persoas responden ben á vacina.

#### **Profilaxe postexposición**

Nas persoas non vacinadas expostas ao virus A débese administrar unha dose IM de inmunoglobulinas (0,02 ml/Kg) o máis axiña posible, e non despois das dúas semanas da exposición. Se está indicada a vacinación, pódese administrar ao mesmo tempo nun sitio anatómico diferente.

Consideracións especiais: os pacientes con hepatite crónica e/ou infección polo VIH poden ter unha menor resposta protectora e menor concentración de anticorpos.

## 5.B.- HEPATITE B

O período de incubación, dende a exposición até o comezo dos síntomas, vai de seis semanas até seis meses. A infección pode ser asintomática, autolimitada, ou crónica. O risco de cronicidade está inversamente relacionado coa idade, e nos pacientes crónicos o risco de desenvolver cirrose ou carcinoma hepatocelular é dun 15-25%.

O virus da hepatite B transmítese por exposición percutánea ou de mucosas a sangue infectado ou fluídos corporais que conteñen sangue.

As estratexias para eliminar a transmisión do virus da hepatite B baséanse en:

1. Prevención da transmisión perinatal realizando o test de HBsAg a toda muller embarazada e a inmunoprofilaxe aos acabados de nacer de nais HBsAg positivas.
2. Vacinación rutineira dos acabados de nacer.
3. Vacinación de nenos e adolescentes até os 18 anos de idade, se non estaban vacinados.
4. Vacinación de adultos con risco de infección, se non estaban vacinados.

### Diagnóstico

O diagnóstico de infección aguda ou crónica é serolóxico e fundaméntase na detección de:

#### Antíxenos:

**HBsAg** (antíxeno de superficie), presente na infección aguda e crónica e **HBeAg** presente nas fases de replicación viral.

#### Anticorpos:

**AntiHBc totais e IgM** (Ac. fronte ao core). A positividade de IgM é indicativo de infección aguda.

**AntiHBs** (anticorpos fronte ao antíxeno de superficie) prodúcese despois de resolta a infección e é o único marcador presente despois da inmunización.

**Anti-HBe:** Ac fronte ao antíxeno HBe.

#### DNA viral

#### Patrón serolóxico das distintas fases da enfermidade

Estadio da infección	DNA viral	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc Total	IgM	AntiHBe	AntiHBs
Período de incubación	+	-	-	-	-	-	-
P. Incubación tardío	+	+	+/-	-	-	-	-
Infección aguda	+	+	+	+	+	-	-
Inf. Aguda HBsAg neg.	-	-	-	+	+	-	-
Infección recente (convalecencia)	+/-	-	-	+	+	+	+;++
Infección crónica	+	+	+	+	+/-	-	-
Portador san de HBsAg	-	+	-	+	+/-	+	-
Infección pasada ou remota	-	-	-	+	-	-	+/-
Resposta á vacina	-	-	-	-	-	-	+

### **Manexo dos pacientes HBsAG positivos**

Débase repetir a determinación de HBsAg aos seis meses, se segue a ser positiva e o anti-HBc IgM é negativo indica cronicidade. As persoas con infección crónica polo virus da hepatite B deben ser **remitidas a unha consulta especializada** no manexo.

Os pacientes con HBsAg positivo deben informar da súa condición ás súas parellas, médicos, dentistas... ; protexer as súas feridas e non doar sangue para evitar a transmisión. Non deben tomar bebidas alcohólicas e evitar fármacos hepatotóxicos.

As parellas sexuais de pacientes HBsAg positivo deben ser informadas sobre métodos para evitar a exposición a fluídos orgánicos infectados (condón, etc.).

Os contactos domiciliarios, sexuais ou ADVP deben ser identificados. Os non vacinados deben ser avaliados para coñecer a susceptibilidade e proceder a vacinalos, administrando a primeira dose inmediatamente despois de extraer o sangue para seroloxía. Os parcialmente vacinados completarán a vacinación, e os correctamente vacinados non precisan máis tratamento.

### **Tratamento**

O tratamento antiviral levarase a cabo en **unidades especializadas**.

### **Prevenición**

Dispónse de inmunoglobulinas e vacina fronte ao virus da hepatite B. As inmunoglobulinas dan unha protección temporal (3-6 meses) e indícanse na profilaxe postexposición xunto coa vacina en persoas non vacinadas previamente, ou administrada soa nos pacientes non respondedores á vacina. A dose recomendada da inmunoglobulina hepatite B é de 0,06 ml/Kg.

A vacina da hepatite B contén HBsAg producido en lévedos por tecnoloxía do DNA recombinante e confire protección fronte ao virus da hepatite B cando se emprega pre e postexposición. Débase administrar IM no músculo deltoides e pódese dar de xeito simultáneo con outras vacinas.

Detéctanse anticorpos no 30-55% dos pacientes despois da primeira dose, 75% despois da segunda e 90% despois da terceira, e a inmunidade persiste até quince ou vinte anos. Non é necesario determinar o nivel de anticorpos en persoas inmunocompetentes nin repetir dose de vacina de recordo.

Xeralmente tolérase ben, pode aparecer dor local e algo de febre nalgúns pacientes.

#### **o Vacinación preexposición**

Recoméndase en todo adolescente non vacinado e en adultos non vacinados, con risco de infección polo virus B: persoal sanitario, ADVP, homosexuais, VIH positivos, etc.

A detección de anticorpos para valorar a susceptibilidade prevacunación pode estar xustificada para reducir custos naquelas poboacións cunha alta prevalencia de infección (ex. >20%-30%): ADVP, homosexuais, conviventes non vacinados, contactos sexuais ou compartir agullas con persoas HBs Ag positivo.

A determinación de anticorpos posvacinación para determinar a resposta serolóxica non é necesaria de forma rutineira para adolescentes e adultos.

Recoméndase naquelas persoas con risco persistente e elevado de reexposición (traballadores sanitarios). Tamén en pacientes VIH positivos, outros inmunodeprimidos, ADVP, en parellas sexuais de pacientes HBsAg positivos para determinar a necesidade de revacinar ou utilizar outros métodos de protección fronte á infección polo virus da hepatite B.

Caso de estar indicada a avaliación da resposta inmunolóxica, débese realizar dous meses despois da última dose da vacina, por métodos que permitan cuantificar o nivel de protección de anticorpos anti-HBs = 10mIU/ml. As persoas con niveis de anti-HBs < 10mIU/ml despois da primeira serie de vacinación deberían ser revacinadas cunha serie de tres doses, seguido da determinación de anti-HBs dous meses despois da terceira dose. As que non responden débense considerar susceptibles á infección polo virus da hepatite B e aconsellaránselles medidas de precaución para previr a infección e a necesidade de inmunoglobulinas postexposición fronte ao virus da hepatite B.

#### ○ **Profilaxe postexposición**

1. **Exposición a fonte HBsAg positiva.** Pacientes non vacinados ou que non responden á vacina deberían recibir inmunoglobulinas e vacina nas primeiras 24 h postexposición a sangue ou fluídos dunha fonte HBsAg positiva. A primeira dose da vacina débese administrar simultaneamente ás inmunoglobulinas noutro punto de inxección intramuscular, logo completar o programa de vacinas. As persoas vacinadas e que responderon considéranse protexidas e non necesitan máis actuación. As vacinadas que non coñecen o seu nivel de anticorpos deben recibir unha dose de vacina única.
2. **Exposición a fonte con estado de HBsAg descoñecida.** As persoas non vacinadas e expostas a sangue ou fluídos corporais dunha fonte con estado de HBsAg descoñecida deben ser vacinadas, iniciando a primeira dose nas primeiras 24 horas da exposición. As persoas expostas que non completaron todas as doses da vacinación deben completalas e as que están ben vacinadas non requiren máis tratamento.

#### ○ **Consideracións especiais**

Toda paciente embarazada debe ser testada para HBsAg, independentemente do seu estado previo ou de se foi vacinada.

A infección polo VIH pode diminuír a resposta á vacina. Os pacientes VIH positivos deben ser estudados para coñecer a resposta de Anti-HBs un ou dous meses despois de completar a terceira dose de vacina. A administración de dobre réxime da dose convencional de antíxeno e a administración de doses adicionais de vacina poderían aumentar a resposta.



## 5.C.- HEPATITE C

O risco de transmisión por vía sexual é baixo, estimouse entre un 1-5% das persoas con contacto sexual estable e prolongado durante anos cun paciente positivo. En persoas acabadas de infectar o RNA do virus pode ser detectado no sangue na 1-3 semana postexposición. O tempo para a aparición dos anticorpos fronte ao virus C oscila entre oito e nove semanas, e aos seis meses detéctanse no 97% das persoas infectadas. A infección crónica desenvólvese no 60-85% dos casos. As persoas infectadas deben ser remitidas a unha consulta especializada para valorar a actividade da infección e as posibilidades de tratamento.

### Prevencción

Non existe vacina e a profilaxe con inmunoglobulinas non é efectiva. Ás persoas con risco de transmisión débeseles realizar estudo serolóxico:

- Persoas con transfusión de sangue ou transplante de órgano sólido antes de xullo de 1992
- Receptores de factores de coagulación producidos antes de 1987.
- Pacientes en diálise de forma prolongada.
- Aqueles con síntomas ou signos de enfermidade hepática.

As persoas infectadas deben ser informadas sobre como previr a transmisión a outros, sobre como protexerse do dano hepático engadido por outras causas, e sobre a necesidade de valoración médica da actividade crónica e posibilidades de tratamento.

### Consideracións especiais

#### ○ Embarazo

Non se recomenda realizar seroloxía para virus C de forma rutineira nas embarazadas. Naquelas con factores de risco para adquirir a infección polo virus da hepatite C débese realizar seroloxía para coñecer o seu estado e ás positivas informais da posibilidade, baixa, de transmisión perinatal (5%), sobre todo se a viremia é alta ou está coinfectada polo VIH e de que non existe un tratamento eficaz para previr a transmisión perinatal. A transmisión pola lactación é moi rara, pero sería aconsellable evitala no caso de sangrado polas mamilas. Os acabados de nacer de nais con infección polo virus C deben ser estudados para posible transmisión vertical.

#### ○ Infección polo VIH

Todos os pacientes VIH positivos deben ser estudados para coñecer a infección polo virus C. Unha pequena porcentaxe de coinfectados non desenvolven anticorpos fronte ao virus C, así nos pacientes con hepatopatía de orixe incerta é oportuno realizar determinacións de RNA do virus C. O curso da enfermidade hepática é máis rápido nos coinfectados, de aí a necesidade de valorar tratamento en consultas especializadas.

## 6.- INFECCIÓN PRODUCIDAS POLO VIRUS DO PAPILOMA HUMANO

Existen máis de 100 xenotipos de HPV, dos que arredor de 35 poden infectar a rexión anoxenital. Constitúe a infección de transmisión sexual máis prevalente, até un 70% da poboación entra en contacto ao longo da vida, pero tamén se pode contaxiar dende lesións nas mans, perinatal e probablemente por fómite. A maioría destas infeccións son asintomáticas ou subclínicas e só un 1% aproximadamente desenvolven a enfermidade.

A enfermidade xenital por HPV pode manifestarse:

1. **Verrugas anoxenitais** tamén chamadas “**condilomas acuminados**”, relacionadas cos xenotipos 6 e 11, son lesións macroscópicas con formas verrugosas, papulosas, pediculadas, etc.
2. **Lesións subclínicas con alteracións celulares** en distintos estadios relacionadas co desenvolvemento de cancro de colo de útero e anorrectal, provocadas polos xenotipos oncoxénicos chamados de alto risco: 16,18,31,33, 35...

O tratamento está encamiñado a eliminar as lesións producidas pola enfermidade xa que non existe ningún capaz de erradicar a infección viral.

### 6.A.- VERRUGAS ANOXENITAIS (CONDILOMAS ACUMINADOS)

#### Diagnóstico

Establécese por inspección visual e pódese confirmar por biopsia, aínda que normalmente non é necesario. Non está indicada a utilización do diagnóstico molecular (PCR).

#### Tratamento

Persegue a eliminación das lesións e diminuír o número e intensidade das recidivas. Consiste no uso de citotóxicos tópicos, inmunomoduladores e técnicas cirúrxicas .

Tratamentos recomendados para aplicar polo propio paciente

- **Imiquimod en crema ao 5%**. É un modificador da resposta inmune de uso tópico que produce un efecto antiproliferativo que conduce á involución das lesións e á diminución da carga viral. Aplícase sobre as lesións tres días á semana antes de ir durmir, deixando actuar durante seis ou oito horas e despois lavar e secar coidadosamente. Pode provocar irritación local.
- **Podofilotoxina 0.5% en solución ou en xel**. Inhibe a mitose celular provocando a necrose da lesión. Aplicar cada doce horas durante tres días consecutivos, descansar catro días e repetir até a desaparición das lesións (máximo catro semanas ).

Tratamentos recomendados aplicados por persoal sanitario:

- **Crioterapia**. Mediante a aplicación de nitróxeno líquido produce necrose epidérmica e da dermes superficial e trombose da microcirculación. Aplicar mediante *spray*, hisopo de algodón ou criosondas, cada sete ou dez días até eliminación das lesións. É unha técnica sinxela, barata e con poucos efectos adversos.

- **Ácido tricloracético (TCA) e bicloroacético 80-90%.** Menos eficaz que os anteriores e presenta maior número de recorrencias.

- **Pautas alternativas**

- Resina de podofilino, en desuso
- Cirurxía con láser de CO2
- Escisión cirúrxica, só en lesións moi extensas
- Interferón intralesión

- **Tratamento durante o embarazo**

Pódese esperar a súa resolución espontánea ou demorar o tratamento até despois do parto, pero se as lesións están na canle do parto trátanse con crioterapia.

### **Manexo das parellas**

Non é necesario o exame específico das parellas homes ou mulleres dos pacientes diagnosticados de infección / enfermidade por HPV, con excepción das que practiquen coito anal receptivo. As parellas femininas acudirán as revisións xinecolóxicas habituais.

## 6.B.- INFECCIÓN POR HPV EN CÉRVIX, VAXINA E RECTO

A criba da poboación como prevención do cancro de cérvix permite una selección eficaz das pacientes a tratar e optimizar o momento máis axeitado para o tratamento. Consiste nun estudo citolóxico e os casos con alteracións se derivan as Unidades de Patoloxía Cervical e Colposcopia do Servizo de Xinecoloxía onde se completará o estudo con detección de ácidos nucleicos de HPV (PCR).

As mulleres que presentan diagnóstico de CIN II ou III producidos por un xenotipo de HPV oncoxénico (16, 18, 31, 33, 35...) son susceptibles de tratamento. As infectadas por xenotipos con pouca ou nula actividade oncoxénica só o serán en condicións de fracaso inmunolóxico.

Non existe ningún protocolo de cribado de poboación con risco de patoloxía anal (persoas que practiquen o sexo anal receptivo). Os criterios de selección de pacientes para tratamento son semellantes, pero as probas de bioloxía molecular para detección de HPV en mostras anorrectais non están avaliadas.

## 6.C.- VACINA FRONTE O HPV

O cancro de colo uterino é causado polo virus do papiloma humano (VPH). Existen tipos de baixo risco oncoxénico (VPH-BR) e tipos de alto risco oncoxénico (VPH-AR).

A infección polos tipos de baixo risco oncoxénico pode producir cambios benignos, lesións citolóxicas de baixo grao, verrugas xenitais e papilomatose respiratoria recorrente.

Os tipos de alto risco poden producir lesións citolóxicas de baixo grao, lesións citolóxicas de alto grao que son as precursoras do cancro de cérvix e outros cancros anoxenitais menos comúns (vulva, vaxina, pene e ano). Habitualmente o tempo que transcorre entre a infección inicial e o desenvolvemento de cancro invasor é de décadas.

No noso medio ao 70% dos cancros de colo uterino débense aos VPH-AR 16 e 18, e 90% dos condilomas son causados polos VPH-BR 6 e 11.

As vacinas contra o VPH supoñen unha oportunidade para diminuír a infección polo VPH e as súas secuelas. O obxectivo a longo prazo da vacina é a prevención do cancro invasor do colo de útero, a curto prazo é a prevención das lesións preinvasoras. A vacina tetravalente tamén previría os condilomas acuminados e a papilomatose respiratoria recorrente.

### Tipos de vacina

1. **Vacina bivalente** (Cervarix). Virus VPH 16 e 18. Vía IM, 0,5 ml aos 0,1 e 6 meses.
2. **Vacina tetravalente** (Gardasil) Virus VPH 6, 11, 16 e 18. Vía IM, 0,5 ml aos 0, 2 e 6 meses.

As dúas vacinas teñen unha elevada eficacia, cunha protección próxima ao 100% aos 3,5 anos, tanto na prevención de infeccións transitorias e persistentes, como no desenvolvemento de lesións citolóxicas asociadas a eses tipos virais.

Nos ensaios clínicos ningún dos suxeitos presentou efectos adversos importantes. Os síntomas no lugar da punción (rubor, dor ...) son mais frecuentes no grupo da vacina que no de placebo. Os efectos xerais (cefalea, fatiga, síntomas gastrointestinais) son leves ou moderados e nunha proporción similar ao grupo de

placebo.

Están indicadas en mulleres de 9 a 26 anos, nas que se demostrou que son seguras e inmunoxénicas. Idealmente deben administrarse antes do comezo da actividade sexual, polo que se recomendan antes dos 12 anos de idade. As mulleres de máis idade, incluso aquelas que iniciaron xa a actividade sexual, poden beneficiarse da vacina pois é pouco probable que se infecten por todos os tipos incluídos na mesma. Se existe infección previa por algún dos virus da vacina esta non sería protectora contra o devandito virus. A administración da vacina a mulleres que xa pasaron a infección é segura.

Aínda que parece segura no embarazo, non se debe administrar mentres non se dispoña de máis datos. Pódese administrar con seguridade durante a lactación.

Pódese usar en pacientes inmunodeprimidas debido a enfermidade ou a medicación, pero a resposta inmune podería ser menor. Pódense administrar ao tempo que outras vacinas.

A vacinación de homes actualmente é controvertida. Estanse realizando estudos de fase III que permitirán aclarar as indicacións da vacina neste grupo.

## 7.- INFESTACIÓNS POR ECTOPARASITOS

### 7.A.- PEDICULOSE : *Pediculus pubis*

Habitualmente transmítese por contacto sexual. O paciente consulta por prurito en zona pubiana ou máis extensa e pola presenza de parasitos adultos e lendias no pelo pubiano.

#### Tratamento

Tratamento de elección	Tratamento alternativo
<b>Permetrin 1%</b> en crema, aplicar e deixar actuar 10 min., aclarar con auga  ou  <b>Piretrinas con piperonil butóxido</b> , aplicar e deixar actuar durante 10 min., lavar.	<b>Malation 0.5%</b> loción, aplicar 8-12 h e lavar. Usar se outros tratamentos fallan  ou  <b>*Ivermectin 250 µg/Kg</b> en dose única, repetir ao cabo de dúas semanas.  <b>Lindane</b> , non está indicado como tratamento de primeira liña pola toxicidade.

\*Non comercializado en España. Pódese obter como medicación estranxeira

Débase tratar a roupa, incluída a roupa da cama.

Os pacientes con *Pediculus pubis* deben ser estudados para outras ITS e evitarán as relacións sexuais até finalizar o tratamento e seren reexaminados. Trataranse as parellas sexuais do mes previo á aparición dos síntomas.

### 7.B.- SARNA: *Sarcoptes scabiei*

O síntoma fundamental é o prurito. En adultos é de transmisión sexual pero non en nenos.

A Sarña Norueguesa é unha infestación moi agresiva que se dá en pacientes inmunodeficientes, debilitados ou desnutridos, pacientes tratados con corticoides, receptores de transplante de órganos, HIV positivos, discapacitados físicos e psíquicos, enfermidades hematolóxicas malignas, etc.

#### Tratamento

**Permetrin 5%** en crema, aplicar por todo o corpo dende o colo até os pes. Deixar actuar durante 8-14 horas.

Ou

**Ivermectin** (Non comercializado en España. Pódese obter como medicación estranxeira) 200 µg/Kg V.O., repetir as dúas semanas.

Como tratamento de segunda liña pola toxicidade: **Lindane 1%** en loción.

A roupa de vestir e de cama debe ser descontaminada. As parellas sexuais e persoas moi próximas no mes previo deben ser tratadas.

## 8.- AGRESIÓN SEXUAL

Fálase de agresión sexual cando hai acceso carnal con outra persoa, sexa por vía vaginal, anal ou oral, mediante unha parte corporal ou un obxecto, con uso de medios, instrumentos ou modos que supoñan forza, intimidación, prevalencia de superioridade ou engano. É dicir, unha relación sexual sen consentimento e pola forza.

Ante calquera caso de agresión sexual que acuda ao hospital avisarase inmediatamente ao médico forense de garda, xa que será o responsable da historia médico-legal e da recollida, custodia e envío das mostras biolóxicas. Isto é fundamental xa que disto depende a resolución dos casos.

**A abordaxe é multidisciplinar:** médico (médico forense, xinecólogo, cirurxián xeral, pediatra... segundo as características da vítima), xudicial, policial, psicolóxico e social.

- Ao médico forense correspóndelle a realización da historia médico-legal completa e a obtención de mostras biolóxicas para posteriores análises químicas, toxicolóxicas e biolóxicas.
- Clínico (xinecólogo, pediatra, cirurxián...) colaborará co forense facendo un informe preciso das lesións físicas (mapa de lesións), tratamento destas, recollida de mostras, valoración de embarazo e no diagnóstico e profilaxe das infeccións de transmisión sexual.

**A finalidade da asistencia médica e médico-legal.**

- Atención aos traumas físicos e psíquicos: tratamento das lesións e apoio psicolóxico.
- Recollida de mostras para a investigación forense.
- Prevención do embarazo.
- Profilaxe das infeccións de transmisión sexual: diagnóstico, prevención e tratamento.

Neste protocolo trataremos o tema das agresións sexuais especialmente no que se refire á prevención das ITS. A documentación dos achados, recollida de mostras para a investigación forense, prevención de embarazo, así como o tratamento das lesións non son obxecto deste protocolo pero é preciso que nos refiramos a eles en determinados momentos.

## 8.A.- AGRESIÓN SEXUAL A ADULTOS E ADOLESCENTES

Nos adultos sexualmente activos a detección de ITS tras unha agresión sexual é máis importante para o manexo médico e psicolóxico do paciente que polas implicacións legais, xa que a infección puido ser adquirida antes da agresión.

En mulleres que sufriron unha agresión sexual as ITS máis frecuentes son tricomoníase, vaxinite bacteriana, gonococia e infección por *Chlamydia trachomatis*, pero a súa presenza tras unha agresión non significa necesariamente que sexa adquirida durante esta.

### Exame físico

1. A anamnese, o exame clínico e a obtención de mostras das vítimas de agresión sexual debería ser levada a cabo dunha maneira que non constitúa unha nova agresión. Tanto o cuestionario médico como o policial e os exames físicos e psicolóxicos iniciais deben realizarse nunha única sesión, nun lugar tranquilo e co tempo necesario.
2. O exame físico será levado a cabo conxuntamente por médico forense e por un clínico experto que actuará de forma amable, obxectiva e sen prexuízos para minimizar o trauma engadido que supón a exploración. Ás veces é recomendable a presenza dunha testemuña feminina ou escollida en función do sexo da vítima, ou mesmo un familiar se fose un adolescente.
3. Explicarase ao paciente de forma concisa o protocolo a seguir e a finalidade de cada actuación.
4. Realizarase un informe médico detallado por escrito con copia arquivada, mapa anatómico de lesións e material fotográfico.

### Recollida de mostras

**Mostras para investigación forense.** Serán recollidas polo médico forense ou baixo a súa directa supervisión:

- Roupas do paciente relacionadas coa agresión (cada peza de roupa nunha bolsa de plástico independente).
- Mostras das superficies corporais cun hisopo seco ou humedecido en soro fisiolóxico para a detección de seme e estudos de DNA
- Agresión oral: mostra da boca a altura do segundo premolar inferior.
- Agresión anal: toma do interior do esfínter anal e da zona perianal.
- Agresión vaxinal:
  - **Secreción endocervical** con hisopo.
  - **Lavado vaxinal** con 5 cc de soro fisiolóxico que se fará aspirando con xiringa especialmente do fondo de saco posterior da vaxina.
  - Calquera zona con supostas manchas de seme.
  - Mostras das unllas do paciente (pel do agresor).
  - Peiteado pubiano por posible pelo do agresor...
  - Mostra indubidada da vítima que será un hisopo con frotis de mucosa oral nos casos que non houbo agresión oral, ou unha mostra de sangue se a houbo.

**Mostras para estudo microbiolóxico.** Recolleranse despois das mostras forenses, pero aproveitando cada exploración, en función do tipo de agresión e seguindo as normas que se expuxeron con anterioridade neste protocolo.

- Agresión oral: **mostra farínxea** para estudo de *Neisseria gonorrhoeae*.



- Agresión anal: **frotis anorrectal** para estudo de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, virus herpes simple. O estudo do virus do papiloma humano é discutible.
- Agresión vaxinal: **exsudado endocervical** para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, virus herpes simple e virus do papiloma humano. **Exsudado vaxinal** para *Trichomonas vaginalis* e se houberen datos compatibles con vaxinite para estudo de vaxinose bacteriana, micoplasmas xenitais e *Candida* spp. **Mostra de soro** para estudo serolóxico do HIV, Hepatite B , C e Sífilis.

### Profilaxe das ITS

1. **Vacina da hepatite B.** A primeira dose administrárase no primeiro exame se o paciente non estaba vacinado. As seguintes doses administráranse 1-2 e 4-6 meses despois.
2. **Profilaxe postexposición para VIH.** Describiuse a transmisión de VIH tras agresións sexuais co que parece que estaría indicado despois de valorar o risco en función do tipo de agresión (agresión oral o risco sería baixo, pero a penetración vaxinal ou anal, a exaculación, as lesións traumáticas, a existencia doutras ITS aumentarían considerablemente o risco). Valorar as características da agresión que poidan favorecer a transmisión do VIH.  
Consultar ao especialista en VIH se sería aconsellable a profilaxe, a pauta recomendada, así como a toxicidade e os factores en contra.
3. **Tratamento antibiótico empírico para *N.gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, vaxinose bacteriana e *Trichomonas vaginalis*:**  
**Ceftriaxona** 125 mg IM en dose única  
**Metronidazol** 2 g VO en dose única  
**Azitromicina** 1g VO en dose única  
**Doxiciclina** 100 mg VO dúas veces ao día durante sete días.

A eficacia deste tratamento para previr as infeccións tras unha agresión sexual non foi avaliada.

### Seguimento

Os exames seguintes supoñen unha oportunidade para:

1. Detectar novas enfermidades de transmisión sexual adquiridas durante ou despois da agresión sexual.
2. Completar a vacinación fronte a hepatite B se estaba indicada.
3. Completar o tratamento das ITS e consello sobre elas.
4. Monitorizar os efectos da agresión así como a adherencia ao tratamento profiláctico.
5. No caso de que nalgún destes controis se detectase algunha patoloxía que poida ser atribuída a agresión sexual ( HB, VIH,...) será notificada ao Xulgado de Garda segundo o formato de informe que figura no anexo a este protocolo. Isto é moi importante xa que a cualificación penal agrávase se ademais da agresión sexual se produce o contaxio dunha enfermidade.

## 8.B.- ABUSO SEXUAL NA INFANCIA

O abuso sexual na infancia (ASI ) pódese definir como a implicación dun menor en actividades sexuais para as que non está preparado nin pode comprender dado o seu grao de desenvolvemento ou madurez e, polo tanto, non pode dar o seu consentimento, ou ben que violan a lei ou os tabús sociais. É unha realidade grave, infradiagnosticada e, polo xeral, pobremente resolta polos distintos profesionais encargados, tanto sanitarios como doutros ámbitos. O seu diagnóstico é difícil e baséase, case sempre, no relato do neno, sendo necesario saber recoñecer os signos de alarma e actuar de forma coordinada cun equipo multidisciplinar.

Cando un neno é vítima dun abuso sexual hai que establecer un protocolo de actuación, xa que existe un risco incrementado de adquirir unha enfermidade de transmisión sexual como resultado da agresión. Doutra banda, **o diagnóstico dunha enfermidade de transmisión sexual nun neno antes da puberdade adoita indicar a existencia de abuso sexual e obriga á súa denuncia diante das autoridades competentes.**

Os factores que inflúen na adquisición dunha ITS secundaria ao abuso sexual durante a infancia son a prevalencia desas infeccións na poboación adulta, o número de agresores, o tipo e frecuencia de contacto físico entre agresor ou agresores e neno, a infectividade de cada xerme, a susceptibilidade do neno á infección e a administración ou non de tratamento profiláctico.

Independentemente do anterior, sempre que se produce un abuso sexual a un menor, o máis indicado é iniciar as profilaxes postexposición e o seguimento clínico da vítima.

A abordaxe destes pacientes é complexa e demasiado extensa para ser tratada nesta guía, pero no Servizo de Pediatría existe un protocolo moi completo de actuación.

**Toma de mostras para diagnóstico microbiolóxico** (sempre despois de recoller as mostras forenses):

1. De pel e mucosas que poidan estar afectadas pola infección. As mostras vaxinais (proceder tal como se indicou anteriormente) son máis axeitadas que as cervicais en nenas prepúberes. Os estudos que se realizarán deben incluír: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, sífilis, VIH, VHS, virus do papiloma humano, vaxinose bacteriana, *Trichomonas vaginalis* e *Pediculus pubis*.
2. De sangue, para estudos serolóxicos fronte ao VHB, VHC e VIH. Tamén é recomendable, sempre que sexa posible, realizar unha avaliación serolóxica do agresor.

**Significado do diagnóstico das infeccións de transmisión sexual en nenos e nenas antes da puberdade**

ITS confirmada	Diagnóstico de abuso sexual
Gonococia	certo
Sífilis	certo
Infección polo VIH	certo
<i>Chlamydia trachomatis</i>	certo
Herpes xenital tipo 2	certo
Herpes xenital tipo 1	moi sospeitoso
<i>Trichomonas vaginalis</i>	moi sospeitoso
Condiloma acuminado	moi sospeitoso

## Profilaxe das ITS

**Nenos prepúberes:** non están ben establecidas as indicacións das profilaxes antibióticas tras o abuso sexual neste grupo de idade. Poderían considerarse os factores anteriormente citados que implican un maior risco de transmisión, ou ben dar profilaxes en todos os casos.

**Nenos pospúberes:** debe realizarse sempre profilaxe, sobre todo se non transcorreron máis de setenta e dúas horas a partir da agresión. No caso da sífilis daríase tratamento (non profilaxe) para unha posible sífilis precoz.

## Profilaxe postexposición

Xerme / ITS ou condición	NENOS		ADOLESCENTES	
	Fármaco	Dose	Fármaco	Dose
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cefixima	8 mg/kg (máximo 400 mg) VO en dose única	Cefixima	400 mg VO en dose única
	Ceftriaxona	125 mg, IM en dose única	Ceftriaxona	125 mg / IM
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina	20 mg/kg (máx. 1 g), VO, en dose única	Ciprofloxacino	500 mg, VO en dose única
	Eritromicina	50 mg/kg/día, c/6 h, VO, 10-14 días	Azitromicina	1 g VO en dose única
			Doxiciclina	100 mg c/12 h, VO, 7 días
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol	15 mg/kg/día, c/8 h, VO, 7 días	Metronidazol	2 g, VO dose única
Sífilis	Penicilina G benzatina	50.000 U/kg (máximo, 2.400.000 U), IM, dose única	Penicilina G benzatina	2.400.000 U, IM, dose única
			Doxiciclina	200 mg/día, c/12 h, VO 14 días
VHB	Vacina VHB + HBIG (segundo estado vacinal)			
VIH	Antirretrovirais segundo as circunstancias			
Contracepción de urxencia (antes descartar embarazo)			Etinilestradiol	100-120 mcg/doses, VO, en 2 doses

## Seguimento dos pacientes

Recoméndase seguimento até os doce meses.

Se nalgún momento se detectan marcadores positivos, seroconversión, ou síntomas suxestivos de hepatite, infección polo VIH (febre, exantema, perda de peso, linfoadenopatía... nas primeiras doce semanas postexposición ) ou calquera outra ITS, hai que realizar as correspondentes probas diagnósticas e, nalgúns casos, iniciar o tratamento adecuado.

En caso de que nalgún destes controis se detectase algunha patoloxía que poida ser atribuída a agresión sexual (HB, VIH,...) notificaráselle ao xulgado de garda segundo formato de informe que figura no anexo a este protocolo. Isto é moi importante xa que a cualificación penal agrávase se ademais da agresión sexual se produce o contaxio dunha enfermidade.

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

Datos do hospital e do facultativo

Polo presente escrito, doulle coñecemento de que en relación coa suposta  
agresión sexual sufrida por  
D/Dna.....

.....,  
que foi atendida neste centro , en data....., deu positivo para as  
seguintes probas serolóxicas:

PROBAS

DATA DE REALIZACIÓN

---

-----

---

-----

---

-----

---

-----

....., .....de.....de.....

Asdo.- Dr/Dra

SR/SRA. XÚÍZ/A/ MAXISTRADO/A DE GARDA DE.....

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Centers of Disease Control and Prevention. *Sexual Transmitted Diseases Treatment Guidelines* 2006. MMWR 2006; 55 (RR11):1-94.
- 2- Cercenado E, Cantón R, editores. *Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales . Procedimientos en Microbiología Clínica*. Madrid : Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2007. Disponible en : <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>
- 3- Centers of Disease Control and Prevention. Screening test to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* Infections-2000. MMWR 2002;51 (Nº RR-15): 1-38.
- 4- Isenberg HD, editor. *Clinical Microbiology Procedures Handbook*. 2ª ed. Washinton DC: American Society for Microbiology; 2005.
- 5- Mitchell H. *Vaginal discharge. Causes, diagnosis and treatment*. BMJ 2004; 328:1306-8.
- 6- Gilson RJC, Mindel A. *Sexually transmitted infections*. BMJ 2001;322:1160-4.
- 7- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Vaginitis. Obstet Ginecol 2006;1107:1195-1206.
- 8- Holmes KK. *Enfermedades de transmisión sexual: resumen y estudio clínico*. En: Braunwald , Fauci , Kasper y cols. Harrison Principios de medicina interna. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill.Interamericana, 2002. p. 994-1005.
- 9- *Agresión Sexual. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: SEGO, 2005.
- 10- García Algar O, Mur Sierra A. *Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual*. An Esp Pediatr. 2001; 54(3): 267-71.
- 11- American Academy of Pediatrics. Nancy Kellog and the Comitte on Chile Abuse and Neglect. *The Evaluation of Sexual Abuse in Children*. Pediatrics 2005; 116: 506-512.
- 12- Hammerschlag M. *Sexually Transmitted Diseases in sexually abused children: medical and legal implications*. Sex. Transm. Inf. 1998; 74:167-174.
- 13- Robinson A J, Watkeys J E, Ridgway G L. *Sexually transmitted organisms*

- in sexually abused children. Arch. Dis. Child. 1998; 79: 356-358.*
- 14- Comino R, Cararach M, Cortés J y cols. *Prevención del cáncer de cérvix uterino.* En: Documentos de Consenso SEGO 2006. Madrid: Meditex, 2007.
  - 15- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, y cols. *Quadrivalent human papillomavirus vaccine. Recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP).* MMWR 2007;56(RR02):1-24.
  - 16- Muñoz N, Bosch FX, De Sanjosé S y cols. *Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer.* N Engl J Med 2003;348:518-27.
  - 17- Puig-Tintoré LM, Cortés J, Castellsangue X, y cols. *Prevención del cáncer de cuello uterino ante la vacunación frente el virus del papiloma humano.* Prog Obstet Ginecol 2006, 49(supl 2):5-62.

Servizo Galego  
de Saúde



Secretaría Xeral  
Servizo Galego de Saúde

Protocolos

05  
D