



Dra. N. Y. Arévalo, Dra. M. Dahbar,
Dr. R. Casco y col.
Act Terap Dermatol 2012; 35: 260

Infecciones de transmisión sexual

Dra. Nini Yesenia Arévalo*, **Dra. Myriam Dahbar****, **Dr. Ricardo Casco****,
Dra. Lucila Donatti**, **Dr. Miguel Allevato******

* MÉDICA BECARIA EXTRANJERA

** MÉDICO DE PLANTA

*** JEFE DIVISIÓN DERMATOLOGÍA.

DIVISIÓN DERMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTIN" (UBA).

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen siendo un problema de salud pública en el mundo. Sus consecuencias pueden ser potencialmente graves para la salud y en ciertos casos llevar a la muerte no sólo de la persona infectada sino incluso aumentando la morbi-mortalidad materno fetal. Acarrear además un considerable gasto de los recursos destinados a la salud en todos los países y Argentina no es la excepción.

Sus manifestaciones en la piel, mucosas y faneras convierten al dermatólogo en una pieza clave para el diagnóstico y tratamiento.

En este artículo se realiza la revisión sobre las pautas de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual más prevalentes. Se abarcan las propuestas de sociedades reconocidas mundialmente, y las de las argentinas generando de esta manera un marco comparativo que facilita apreciar las diversas opciones terapéuticas.

Esta primera parte se centrará en sífilis, gonorrea e infecciones por clamidias, tricomonas, también linfogranuloma venéreo y chancro blando. En una segunda entrega se abordarán ITS de origen viral.

SIFILIS

Es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Treponema pallidum* (subespecie pallidum) y caracterizada por fases clínicas secuenciales no siempre presentes; tiene un período de incubación de 2 a 3 semanas, en algunos casos de hasta 90 días; en su primera manifesta-

ción clínica el contagio puede ser adquirido por contacto sexual ó por vía vertical (congénito). El agente penetra a través de la mucosa o de la piel.^{1,2,3,4,5,6,7}

Sífilis temprana

• Primaria

Aparece dos o tres semanas (este tiempo es variable) después de la inoculación y está representada clínicamente por una lesión erosiva o úlcera (chancro) y adenopatía satélite regional.⁸ El chancro típico suele ser una erosión única, indolora, infiltrada (chancro duro) que no deja cicatriz tras su resolución. Sin embargo las lesiones pueden ser múltiples y dependería de la cantidad del inóculo, así como de las características anatómicas del sitio de localización.⁵

• Secundaria

Las lesiones dermatológicas de esta etapa, se presentan en 45-60 días (puede ser más prolongado) después de haber aparecido el chancro. Son generalizadas, múltiples, polimorfas, contagiosas y resolutivas. Compromete piel, mucosas, faneras y se acompañan de importantes manifestaciones generales y de serología reactiva.⁸

• Serológica precoz

Es el período comprendido entre la sífilis primaria y secundaria, libre de manifestaciones clínicas, pero con serología reactiva.⁸

Tratamiento

La penicilina G, administrada por vía parenteral, es el antibiótico de elección para el tratamiento de todas las formas de sífilis.^{1,2} La presentación utilizada, la dosis y la duración del tratamiento dependerán de la etapa y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.¹

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	Semanal	3**

*Se recomienda no utilizar solvente indoloro

** La guía de tratamiento CDC 2010 difiere en duración utilizándose dosis única.

Pacientes alérgicos a la penicilina (excepto mujeres embarazadas)

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg C/6 h	14 días
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	14 días
Minociclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	14 días
Ceftriaxone	1 g	intramuscular	Cada 24 h	10-14 días
Azitromicina*	2 g	oral	Dosis única	1 día

* No aconsejable, se reportaron resistencias bacterianas a este antibiótico.

Tratamiento de los contactos

De ser factible deben recibir tratamiento todos los contactos sexuales mientras se trata el caso índice, independientemente de la clínica y la serología.³

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	1

Sífilis tardía^{1,2,3}

Es la sífilis de más de un año de evolución. La falta de reconocimiento de la infección o la utilización de tratamientos no penicínicos o de duración insuficiente lleva al compromiso de distintos órganos, incluyendo la piel.

• Serológica tardía

Es la que se extiende mas allá de los 1 ó 2 años, no es contagiosa (no hay treponemas viables) y la serología tre-

ponémica y no treponémica no negativizan antes de los 2 años de tratada.⁸

• Terciaria u orgánica

Compromiso cutáneo (tubérculos, gomas), gomas en órganos internos (síndrome de masa ocupante), neurosífilis (síndrome meningovascular, tabes dorsal, paresia)², en general todos los órganos pueden estar afectados.

Los pacientes con sífilis tardía sintomática se debe realizar examen de LCR antes de iniciar el tratamiento.

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	4

*La guía de tratamiento de CDC 2010 difiere en duración utilizándose 3 dosis.

Alérgicos a la penicilina (excepto mujeres embarazadas*)

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg C/6 h	30 días
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg C/12h	30 días
Minociclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	30 días

*CDC 2010 recomienda desensibilización, con la paciente hospitalizada

Tratamiento de los contactos

De ser posible realizar el tratamiento en el mismo tiempo del caso índice.

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	1

Neurosífilis

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina G sódica*	12-24 millones UI	intravenosa	2 a 4 millones cada 4 horas	10 días

* Según la guía de tratamiento de CDC 2010: 18-24 millones U

Alérgicos a la penicilina (excepto mujeres embarazadas)

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg C/6 h	15 días* 30 días**
Doxiciclina o minociclina	200 mg	oral	200 mg C/12 h	15 días* 30 días**
Ceftriaxone	1 g	intramuscular	Cada 24 horas	10 días

*En sífilis temprana

**En sífilis tardía

Sífilis Congénita

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina cristalina	100.000 150.000 UI/Kg/d	intravenosa	50.000 U cada 8-12 hs	7 a 10 días

CONSIDERACIONES ESPECIALES

• Embarazo

La penicilina G parenteral es el único tratamiento con eficacia documentado para la sífilis durante el embarazo. En esta etapa, la sífilis será tratada de acuerdo al momento de la enfermedad en que se realice el diagnóstico (sífilis primaria, secundaria, serológica) con las mismas dosis de Penicilina G Benzatínica 2.400.000 UI enunciadas previamente.

Algunos autores realizan tratamiento con penicilina G sódica en el último mes de embarazo o ante amenaza de parto prematuro cualquiera sea la etapa de la sífilis.

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Penicilina cristalina	1,5 a 2 millones UI	intravenosa	Cada 4 hs	14 días

Con antecedente de alergia a la penicilina deben ser internadas y someterse a un tratamiento de desensibilización con dosis crecientes de la droga.^{1,3} Es un proceso inocuo y rápido, que puede ser realizado de forma oral o

de forma intravenosa. Aunque las dos formas, no han sido comparadas, la oral parece más segura y más fácil de realizar. Se debe hacer en un medio hospitalario debido a las reacciones alérgicas, aunque poco frecuentes, pero que pueden ocurrir. Se puede completar en cuatro horas, después de las cuales se administra la primera dosis de penicilina. Después de la desensibilización, se debe mantener a los pacientes con penicilina durante todo el tiempo que dure el tratamiento.⁹

• Pacientes VIH³

Sífilis temprana

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	Semanal	3

*Sin solvente indoloro

Sífilis serológica

Droga	Dosis	Vía de administración	Frecuencia	Total de dosis
Penicilina benzatínica*	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	4

*Sin solvente indoloro

GONOCOCIA^{1,2,10,11}

La gonococia o gonorrea es una enfermedad producida por una bacteria Gram-negativa diplococo *Neisseria gonorrhoeae*, un microorganismo que afecta a las mucosas de la uretra, endocérvix, el recto, la faringe y la conjuntiva. La transmisión es por contacto directo por inoculación de secreciones contaminadas de una membrana mucosa a otra.^{5,6}

Gonococia no complicada de cérvix, uretra, recto y faringe

Droga	Dosis diaria	Vía administración	Frecuencia
Ceftriaxone	250 mg	Intramuscular	Dosis única
Cefixime	400 mg	oral	Dosis única
Azitromicina	1g	oral	Dosis única

Gonococia Diseminada*

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Ceftriaxone	1 g	intramuscular	Cada 24 horas	24-48 horas
Cefotaxima	1 g	endovenoso	Cada 24 horas	24-48 horas

*El tratamiento debe continuarse durante 7 días, pero puede ser cambiado 24-48 horas después de que los síntomas mejoren, a uno de los siguientes regímenes orales: cefixima 400 mg dos veces al día. No es aconsejable usar fluorquinolonas debido a la alta resistencia bacteriana.

Conjuntivitis Gonococia

Droga	Dosis diaria	Vía administración	Duración
Ceftiaxone	250 mg	intramuscular	Dosis única

Gonococia y embarazo*

Droga	Dosis diaria	Vía administración	Duración
Ceftiaxone	250 mg	intramuscular	Dosis única

*Las quinolonas y tetraciclinas están contraindicadas.

Gonococia e infección por el VIH:

Responden a los mismos esquemas terapéuticos.

URETRITIS NO GONOCÓCICAS^{1,2,13}

La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria intracelular obligada, relacionada con patologías del tracto genital, respiratorio, articular y ocular. Es recomendable estudiarla cuando los síntomas de una gonococia curada no desaparecen, o haya ardor miccional, esterilidad en ambos sexos o pareja portadora. Otros agentes bacterianos son los mycoplasmas: *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma genitalium*.²

Tratamiento recomendado

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	7-10 días
Azitromicina*	1 g	oral	C/ 24 h	Dosis única

*2 g dosis única en caso de coinfección de *chlamydia* y *gonococia*

Tratamiento alternativo

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Ofloxacina	800 mg	oral	400 mg C/12 h	7-10 días
Levofloxacino	500 mg	oral	500mg C/24 h	7-10 días
Eritromicina etilsuccinato	2 g	oral	500 mg C/6 h	7 días
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg C/6 h	7-10 días
Minociclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	7-10 días

Embarazo*

Tratamiento recomendado

Droga	Dosis diaria	Vía administración	Frecuencia	Duración
Amoxicilina	1,5 g	oral	500mg C/8 h	7 días
Azitromicina	1 g	oral	Cada 24 horas	10-14 días

Tratamiento alternativo

Eritromicina etilsuccinato	2 g	oral	500 mg C/6h	7 días
----------------------------	-----	------	-------------	--------

*Las tetraciclinas y quinolonas están contraindicadas

TRICHOMONAS VAGINALIS^{1,2,14}

La tricomoniasis es causada por un parásito protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis*.

Puede provocar uretritis, colpitis, vaginitis, dispareunia, aumento de flujo vaginal y por la reacción inflamatoria que produce localmente, mayor riesgo de transmisión del VIH. Puede coexistir con *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que por ser fagocitadas por el parásito, se comenzará el tratamiento para la Trichomona y a continuación el correspondiente a la uretritis por gonococo y/o chlamydia.

TRATAMIENTO RECOMENDADO

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Duración
Metronidazol o Tinidazol	2 g	oral	Dosis única

Tratamiento alternativo

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Metronidazol	1 g	oral	500 mg C/12 h	7 días

Los pacientes durante el tratamiento deben evitar el consumo de alcohol. La abstinencia de consumo de alcohol debe continuar durante 24 horas después de la finalización de metronidazol o 72 horas después de la finalización de tinidazol.

Tratamiento de los contactos: siempre deben tratarse, aun en ausencia de síntomas.

Tricomoniasis y embarazo:

Metronidazol: En mujeres embarazadas asintomáticas se indicará después de 37 semanas de gestación. En las sintomáticas no sólo deben ser consideradas para el tratamiento con metronidazol independientemente de la etapa del embarazo, sino también para el asesoramiento en relación con el uso del condón y el riesgo continuo de transmisión sexual; deben ser tratadas con metronidazol 2 g en una dosis única en cualquier etapa del embarazo.

La seguridad de tinidazol en mujeres embarazadas, no ha sido bien evaluada.

LINFOGRANULOMA VENEREO^{1,2,15}

El linfogranuloma venéreo (LGV) es causado por *Chlamidia trachomatis* serotipos L1, L2 o L3. Una úlcera genital autolimitada o pápula a veces se produce en el sitio de inoculación. El linfogranuloma venéreo es una infección invasiva, sistémica, y si no se trata a tiempo, el LGV puede causar proctocolitis, fístulas crónicas, cáncer colorrectal y las estenosis.

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Doxiciclina	200 mg	oral	100 mg C/12 h	21 días
Eritromicina	2 g	oral	500 mg C/6 h	21 días
Azitromicina	1 g	oral	semanal	3 semanas
Tetraciclina	2 g	oral	500 mg C/6 h	21 días

Tratamiento de los contactos

Las personas que han tenido contacto sexual con un paciente que tiene linfogranuloma venéreo dentro de los 60 días previos a la aparición de los síntomas en aquel, deben ser examinados y recibir igual tratamiento.

Pacientes infectados con el VIH:

Se utilizan los mismos esquemas, aunque algunos pacientes podrán requerir períodos más prolongados de tratamiento.

Embarazo y lactancia

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Eritromicina	2 g	oral	500 mg C/6 h	21 días
Azitromicina*	1 g	oral	semanal	3 semanas

* Pocos datos sobre su seguridad y eficacia

CHANCRO BLANDO^{1,2,16}

Es una infección aguda contagiosa por la piel o las mucosas de los genitales, causada por un bacilo Gram negativo, el *Haemophilus ducreyii* y se caracteriza por úlceras dolorosas, inflamación, con posterior supuración de los ganglios linfáticos inguinales.

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Azitromicina	1 g	oral	semanal	Única dosis
Ceftriaxone	250 mg	intramuscular	Cada 24 horas	Única dosis
Ciprofloxacino	1 g	oral	500 mg C/ 12 h	3 días
Eritromicina	2 g	oral	500 mg C/6 h	7 días

Pacientes infectados con el VIH:

Se utilizan los mismos esquemas de tratamiento.

Embarazo y lactancia*

Droga	Dosis diaria	Vía de administración	Frecuencia	Duración
Eritromicina	1.5 g	oral	500 mg C/8 h	7 días

*Está contraindicada la ciprofloxacina.

Tratamiento de los contactos:

Aún en ausencia de síntomas, deben ser tratados con los esquemas anteriores quienes se hayan relacionado con el caso índice, hasta 10 días antes de comenzar éste con enfermedad clínica. □

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers of Disease Control and Prevention - Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. *MMWR* 2010; 59:1-116.
2. Consenso sobre infecciones de transmisión sexual SAD. Pautas de tratamiento Actualización. 2008; 1-21
3. Pautas de tratamiento para sífilis-2008 sector ITS- Hospital F.J. Muñiz. *Dermatología Argentina* 2008; 12: 188-189.
4. Fich F. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis. *Dermatología Argentina* 2008; 12:182-187.
5. Bermejo A, Leiro V. Sífilis. El desafío permanente. 2011; 157-159
6. Kingston M, French P, Col. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. *International Journal of STD & AIDS* 2008; 19: 729-740
7. Lautenschlager S. Cutaneous Manifestations of Syphilis Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7 (5): 291-304
8. Marini M. Sífilis en Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del SIDA. edit Marymar S.A. 1999; 15-50
9. Samalvides cuba F, Banda Flores CL. Sífilis en la gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56:202-208
10. Thompson L. Tratamiento de la gonorrea en adolescentes y adultos. *Rev Chil Infect* 2000; 17(2): 158-160
11. Bignell C, FitzGerald M. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. *International Journal of STD & AIDS* 2011; 22: 541-547
12. Stary A. Enfermedades de transmisión sexual en Bologna, J.; Jorizzo J.; Rapini, R.; et al: *Dermatología*. 1a Edic. Edit Elseiver. España, 2004; 1271-1294.
13. Shahmanesh M, Moi H, Lassau F, y col. 2009 European Guideline on the Management of Male Non-gonococcal Urethritis. *International Journal of STD & AIDS* 2009; 20: 458-464.
14. Domeika M, Zhuravskaya L, Savicheva A. Guidelines for the laboratory diagnosis of trichomoniasis in East European countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2010; 24, 1125-1134
15. De Vries H.J, Morre S.A, White J.A. European guideline for the management of lymphogranuloma venereum, 2010. *International Journal of STD & AIDS* 2010; 21: 533-536.
16. Mohammed T, Olumide Y.M, Chancroid and human immunodeficiency virus infection- a review. *International Journal of Dermatology* 2008, 47, 1-8.

.....

La fama verdadera y permanente no se puede encontrar sino en lo que promueve la felicidad de la humanidad.

SUMMER