



Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en adultos

ACTUALIZACIÓN DE LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO

2015

SOCIEDAD ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

COMISIÓN DIRECTIVA 2015-2016

PRESIDENTE

Mirta Fortino

VICE PRESIDENTE

Julio Gil

SECRETARIA GENERAL

Cristina Pascutto

PRO SECRETARIO GENERAL

Ariel Sehtman

SECRETARIA CIENTÍFICA

Graciela Pizzariello

PRO SECRETARIA CIENTÍFICA

Lucila Donatti

TESORERO

Italo Aloise

PRO TESORERO

Miguel A. Mazzini

SECRETARIO DE ACTAS

Marcelo Label

VOCALES TITULARES: Jorge Laffargue, Sonia Rodríguez Saa, Beatriz Gómez, Silvina C. González, Gabriela Álvarez Pérez, Miguel I. Fridmanis. **VOCALES SUPLENTE:** Sergio R. Lombardi, Jorge Turienzo, Marcela Bozzini, Martín Lorient, Matías F. Stringa.

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN: *TITULARES,* Mario A. Marini, Manuel F. Giménez, Miguel A.J. Allevato, *SUPLENTE.* Lilian Fossati, Marta La Forgia.

SECCIONES: **Ptes. Bahía Blanca:** Fátima Rénis, **Bonaerense:** Horacio Graffigna, **Chaco:** Alicia Quenardelle, **Comahue:** Pablo Pagano, **Córdoba:** Cristian Danielo, **Corrientes:** Gladys C. Soto, **Jujuy:** Santiago Cheli, **La Plata:** María A. Vereá, **Litoral:** Roberto Garramuño, **Mar del Plata:** Agustín González Cocorda, **Mendoza:** Lilliam Ruiz, **Misiones:** M. Gabriela González Campos, **Rosario:** Ana G. Molteni, **Salta:** Bruna Bassino, **San Juan:** Carlos González Díaz, **San Luis:** Sandra Ponce, **Sgo. del Estero:** María Florencia Rico, **Tucumán:** Beatriz Gómez.

En el año 2004, siendo miembros de la Comisión ETS- SIDA de la SAD, realizamos un documento sobre el tratamiento de las ETS en adultos que ahora estamos poniendo al día.

Lejos de disminuir, la incidencia de las ETS aumenta en forma permanente, además de la aparición de nuevas modalidades de presentación clínica de algunas enfermedades clásicas.

Existen poblaciones más susceptibles que otras, tanto en el riesgo de adquirir una ETS, como el poder desarrollar complicaciones mayores en el curso de la misma y/o secuelas irreversibles en el largo plazo.

Toda persona sexualmente activa puede presentar una ETS, pero en la actualidad se consideran poblaciones más vulnerables a los adolescentes, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), sujetos trans, usuarios de drogas y trabajadores sexuales de ambos sexos. Las recomendaciones aquí vertidas tienen por objeto suministrar una guía terapéutica que simplifique el tratamiento de las ETS sin ser rígida ni totalmente estándar en su instrumentación; corresponde considerar las circunstancias clínicas de cada individuo frente a una misma enfermedad, como así también la prevalencia local de cada una de estas patologías. Estos aspectos modifican en muchas ocasiones la respuesta terapéutica a un mismo esquema de tratamiento, debido a variaciones en la sensibilidad a los medicamentos por parte de los diferentes microorganismos.

Se excluyen en esta actualización dos ETS: las producidas por Herpes virus (HSV) y por Papiloma virus humano (HPV), ya que estos temas son actualmente consensuados en forma multidisciplinaria y se publicarán simultáneamente en otro documento.

Se agregan los esquemas terapéuticos de urgencia necesarios en la prevención de ETS en aquellas personas que hayan sufrido un episodio de violencia sexual

Aclaremos que estas pautas se elaboran en base a la experiencia internacional y a la nuestra propia en el seguimiento de estas enfermedades durante muchos años, reflejada en anteriores publicaciones, presentando nuestros esquemas actuales en uso.

Junio 2015

Dra. Alcira Bermejo

Dra. Viviana Leiro

Dr. Ricardo Casco

Dr. Mario Oxilia

ETS EN ADULTOS

PAUTAS DE TRATAMIENTO

ETS EROSIVAS

SÍFILIS

Enfermedad sistémica producida por el *Treponema pallidum*, bacteria no cultivable. Se diagnostica a partir de su visualización por campo oscuro de las lesiones húmedas (treponemoscopia) y/o por serologías: VDRL cuantitativa (no treponémica – útil para detección de casos) y TPPA o FTA abs (pruebas treponémicas – solicitadas para confirmar una VDRL reactiva).

* Pruebas no treponémicas (PNT): Detectan anticuerpos no específicos llamados reaginas, dirigidos contra antígenos lipoidales que se desprenden a causa del daño celular y posiblemente de los mismos treponemas. Las PNT pueden dar falsos positivos que no se correlacionan con la enfermedad. Estas pruebas son la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory),USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica). En Argentina, el antígeno más utilizado es el de la USR, aunque es comúnmente llamado VDRL.

* Pruebas treponémicas (PT): Detectan anticuerpos específicos dirigidos contra proteínas del *T. pallidum*. Estas pruebas confirmatorias son la TP-PA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*), MHA-TP o HA-TP (microhemaglutinación o hemaglutinación), FTA-abs (inmunofluorescencia), y EIA o ELISA (Enzimoimmunoensayo). En Argentina, las más utilizadas son la MHA-TP y la TP-PA.

Tratamiento:

La **Penicilina G parenteral** es la droga de elección en todas las etapas de la enfermedad. Las preparaciones (**benzatínica o cristalina**), la dosis y la duración del tratamiento, varían según la etapa (temprana o tardía) y las manifestaciones clínicas de la enfermedad (que haya o no compromiso ocular y/o neurológico). La eficacia es máxima y no existe resistencia. No hay acuerdo unánime en cuanto a la duración del tratamiento (cantidad de dosis). En nuestra experiencia, el tratamiento de cualquiera de las etapas de la Sífilis temprana debe ser hecho con **más de una dosis (una por semana) de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM, sin el agregado de solvente indoloro.**

Sífilis primaria, secundaria y latente temprana (infección de menos de un año):

Penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM 2 ó 3 dosis.

Con este esquema no se comunican fallas en el tratamiento y además nos permite poder seguir de cerca la respuesta clínica inmediata del paciente, favorecer controles de otras ETS (p. ej.: VIH), su seguimiento posterior y mejorar la posibilidad de acceso a los contactos. Sí asistimos pacientes en quienes una única dosis no resultó suficiente para la resolución de la enfermedad.

Se debe alertar al paciente la probabilidad del fenómeno de Jarisch - Herxheimer para evitar falsos diagnósticos de alergia al antibiótico; el tratamiento de esta contingencia es el reposo y antitérmicos de ser necesarios.

Recientes experiencias recomiendan con resultados aparentemente promisorios, que en caso de no poder inyectar **penicilina G benzatínica**, se utilice (aún en presencia de VIH) **amoxicilina vía oral, 3 gr por día más 750 mg de probenecid durante 14 días** (tanto en sífilis serológica temprana como tardía), habrá que esperar mayores evidencias.

El reconocimiento de la alergia a fármacos es problemático por la ausencia de técnicas diagnósticas que la confirmen. La determinación se basa en la anamnesis cuidadosa de antecedentes compatibles con una reacción por hipersensibilidad y en el caso altamente sospechoso, el especialista determinará las pruebas *in vitro* (determinación de Ig E específica, prueba de activación de basófilos o prueba de transformación linfoblástica) y/o *in vivo* (pruebas de provocación con exposición al fármaco).

Resulta de suma utilidad un buen interrogatorio al enfermo sobre la ingesta previa de algún beta lactámico ya que en nuestra experiencia la mayoría de los sujetos que se creen alérgicos, han recibido ya diversos derivados sin que la hipersensibilidad exista realmente y de hecho cuando así lo rescatamos del relato NO solicitamos las pruebas correspondientes y utilizamos la penicilina directamente sin que a la fecha hayamos tenido dificultades tras 30 años de experiencia. Frente a antecedentes probados de hipersensibilidad usamos las alternativas terapéuticas directamente y si el sujeto refiere nunca haber recibido penicilina o derivados en ese caso sí se piden las pruebas correspondientes antes del inicio del tratamiento.

Para **pacientes alérgicos** a derivados betalactámicos, las alternativas terapéuticas son:

Doxiciclina 100mg cada 12hs. por 14 días (oral)

ó

Tetraciclina 500mg cada 6 hs. por 14 días (oral).

La doxiciclina suele ser mejor tolerada que la tetraciclina, debido a la posología y a la intolerancia digestiva que ésta suele dar.

Otras alternativas terapéuticas con datos más limitados, pero con evidencias biológicas y farmacológicas que ameritan su uso son:

Ceftriaxona 1g IM o IV durante 10 - 14 días

ó

Azitromicina 2 g en monodosis (oral).

En el caso de esta última droga tener en cuenta la existencia de mutaciones cromosómicas de *T. pallidum* asociadas a resistencia y por eso se reserva su indicación para pacientes no infectados por el VIH que no puedan recibir los esquemas clásicos y que puedan ser controlados con facilidad para confirmar la curación; tampoco se recomienda su uso en HSH (alta prevalencia de resistencia). Siempre que no se utilice **penicilina parenteral** habrá que realizar un seguimiento serológico muy estrecho luego del tratamiento, ante la posibilidad de falla terapéutica. También puede ser de utilidad cuando no se puede dilatar el tratamiento ante una lesión erosiva altamente sospechosa de sífilis (se debe cortar la cadena epidemiológica) o en los casos del hallazgo de una VDRL reactiva, sin antecedentes ni clínica de infección en uno de los contrayentes al tramitar el Certificado Prenupcial, para poder autorizar el matrimonio (si hubiera sospecha firme de alergia a penicilina), en caso de no existir esta situación se indica una dosis de **penicilina G benzatínica 2.400.000 U**.

A todo paciente con diagnóstico de sífilis se le debe ofrecer la serología para VIH.

En Sífilis primaria, secundaria o latente temprana: no está recomendado realizar punción lumbar (PL) de rutina.

Seguimiento post tratamiento

- Control con VDRL o RPR cuantitativa (siempre usar el mismo método en cada paciente y de ser posible en el mismo laboratorio) al mes, 3, 6, 9 y 12 meses y continuar luego los controles una vez por año.
- Cuanto más temprana sea la etapa de inicio del tratamiento antes se negativizará el laboratorio.
- Más del 15 % de los pacientes tardan más de un año en descender 2 diluciones.
- Con antecedentes de Sífilis previa, es mayor el tiempo requerido para disminuir los valores de la serología.
- Si al año no se observa este descenso: se evaluará reinfección o falla terapéutica y tras descartar compromiso neurológico se indicará nuevamente - penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM 3 dosis.
- No realizar el control con pruebas treponémicas (sólo en un 15 % de los pacientes se hacen no reactivas varios años después y no permiten diferenciar reinfección en pacientes con enfermedad previa).
- Se considera reinfección, aún sin clínica evidente de Sífilis, si durante el seguimiento por laboratorio se produjera un aumento de 2 tubos en forma secuencial, (ej. 8 diluciones y en el siguiente control 32 diluciones).

Sífilis latente tardía (*tiempo desconocido de existencia que se supone de más de un año de duración*):

Tratamiento: **penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM semanal, más de 3 dosis**

En los pacientes con alergia comprobada a la penicilina:

Doxiciclina 100mg cada 12hs. por 28 días o tetraciclina 500mg cada 6 hs. por 28 días

En la **Sífilis latente tardía** el tratamiento se realiza para prevenir complicaciones. Posiblemente estos pacientes sólo desciendan los títulos de VDRL por debajo de los previos al inicio de tratamiento pero pocas veces se tornan definitivamente negativos (debido a la antigüedad de la enfermedad en el momento de su detección).

Sífilis y embarazo:

La penicilina es la única droga con eficacia documentada para el tratamiento de la infección en la **embarazada**; se indica en las dosis habituales y en caso de alergia a la droga, se realiza la desensibilización previa (acuerdo universal en este punto).

Neurosífilis o enfermedad sífilítica ocular (retinitis o neuritis óptica):

Clínica y/o líquido cefalorraquídeo anormal caracterizado por al menos una de las siguientes alteraciones: proteínorraquia, pleocitosis o VDRL reactiva.

Penicilina G cristalina 18-24 millones de unidades/día, IV c/4hs. o en infusión continua, durante 10 días.

En pacientes con alergia a **penicilina** se sugiere, si bien los datos clínicos son insuficientes:

Ceftriaxona 2g/día IM o IV por 10-14 días.

La posibilidad de reacción cruzada con betalactámicos es muy escasa. El tratamiento para sífilis oftálmica es el mismo que para Neurosífilis, aun en ausencia de alteraciones en la PL y el paciente debe ser controlado conjuntamente con un oftalmólogo.

Recomendaciones actuales para la realización de punción lumbar:

- signos o síntomas neurológicos, oftálmicos u otológicos;
- evidencia de sífilis terciaria;
- fallas del tratamiento (clínico o serológico) con las dosis adecuadas de penicilina G benzatínica.

Seguimiento post tratamiento:

Repetir el estudio de LCR cada 6 meses hasta que los parámetros se normalicen; si a los 2 años esto no ocurre, se sugiere retratamiento.

La VDRL y el valor de proteínas pueden demorar más tiempo en normalizarse.

Neurosífilis y co – infección por el VIH:

La mayoría de los pacientes con **sífilis y VIH** responden adecuadamente a los esquemas terapéuticos para sífilis primaria, secundaria y latente temprana. Las pleocitosis y proteinorraquia en LCR son comunes en la infección por VIH, por lo que en ausencia de síntomas o signos de compromiso neurológico el tratamiento será el mismo que para los enfermos VIH negativos.

Se consideran más probables las complicaciones cuando:

- El recuento de linfocitos T CD4+ es menor a 350/ml y/o la RPR es mayor o igual a 32 dils (3.1 más posibilidades de neurolúes). En el caso de VDRL no se especifica el valor cuantificado, pero teniendo en cuenta que suele ser equivalentes un título menor que la RPR, tal vez podría considerarse 64 dils, pero en la práctica también se interpreta el riesgo a partir de los 32 dils.
- Con recuento de linfocitos T CD4+ menores a 200/ml se requiere más tiempo para la normalización de los parámetros serológicos periféricos y del LCR.

Aun así, la presencia simultánea de VIH en ausencia de síntomas neurológicos, no justifica la PL.

Manejo de contactos

La transmisión sexual del *T. pallidum* ocurre sólo en presencia de lesiones cutáneas o mucosas húmedas; como éstas pueden pasar desapercibidas, toda persona que haya

estado en contacto sexual directo con un paciente con sífilis deberá ser evaluado clínica y serológicamente, y se tratará de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Contacto sexual o de riesgo con enfermo de sífilis primaria, secundaria o latente temprana dentro de los 90 días previos al diagnóstico (sin clínica y con VDRL o RPR no reactivas):

Penicilina G benzatínica 2.400.000 U IM (tratamiento profiláctico).

2. Contacto sexual o de riesgo con enfermo de Sífilis primaria, secundaria o latente temprana más alejado de los 90 días previos al diagnóstico (sin clínica y con serología no reactiva): **No requiere tratamiento.**

Si no se puede realizar el control serológico: **tratamiento profiláctico.**

3. Contacto sexual o de riesgo con enfermo de Sífilis latente de duración desconocida (latente tardía) se evaluarán clínica y serológicamente y se tratarán según esos hallazgos.

Para identificar contactos con riesgo de contagio, se debe tener en cuenta un periodo previo de 90 días si la lesión del caso índice es compatible con una sífilis primaria, 6 meses si los síntomas son compatibles con sífilis secundaria y 1 año si es una sífilis latente temprana.

El alta definitiva de la enfermedad se otorga tras 2 VDRL no reactivas consecutivas con 6 meses de diferencia.

CHANCRO BLANDO. Chancroide.

Infección genital ulcerativa producida el *Haemophilus ducreyji*, bacilo gram negativo de difícil cultivo.

Tratamientos. Hay diferentes opciones:

AZITROMICINA vía oral, 1 gramo, única dosis

ó

CEFTRIAXONA intramuscular, 250 mg única dosis

ó

CIPROFLOXACINA vía oral, 500 mg cada 12 horas durante 3 días

ó

ERITROMICINA vía oral, 500mg oral, cada 8 horas durante 7 días

La **azitromicina** y el **ceftriaxona** presentan la ventaja de ser administradas una única vez y además en la actualidad se han referido casos aislados de disminución parcial de la sensibilidad del chancroide a **ciprofloxacina** y **eritromicina** por lo que estos dos últimos esquemas deben evitarse en lo posible.

El dolor comienza a disminuir a las 48 horas aproximadamente de recibida la medicación y a la semana se observa la cicatrización de las ulceraciones; este tiempo puede ser un poco más prolongado según las condiciones locales (p. ej. en los hombres con prepucio puede demorar más que en los postectomizados).

Los bubones (adenopatías inguinales fluctuantes) son más lentas en su recuperación y en algunos casos pueden, además, requerir evacuación por punción.

La enfermedad se considera curada cuando resuelven totalmente las lesiones. Siempre ofrecer serologías para VIH y sífilis.

Consideraciones especiales:

La **ciprofloxacina** está contraindicada de durante el embarazo y la lactancia.

Los pacientes infectados con el VIH pueden requerir un tratamiento más prolongado.

Manejo de contactos

Deberán ser tratados con cualquiera de los esquemas enunciados, los contactos sexuales de hasta 10 días antes del inicio de la enfermedad del paciente índice, aun en ausencia de síntomas. **La mujer puede ser portadora asintomática.**

LINFOGRANULOMA VENEREO (LGV).

Es producido por la *Chlamydia trachomatis*, serovariedades L1, L2 y L3, bacterias intracelulares obligadas, linfotropas. Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo a la población expuesta.

En los sujetos heterosexuales se observan bubones inguinales, mientras que en las mujeres con contacto anal o en los HSH, se observan erosiones anales, acompañando a una proctocolitis aguda y sin bubones (*Chlamydia* L2b).

Tratamiento:

DOXICICLINA vía oral, 100 mg cada 12 horas, durante 21 días.

Tratamiento alternativo sugerido:

ERITROMICINA base vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 21 días.

ó

Azitromicina, 1 gramo vía oral semanal durante 3 semanas; podría ser útil por su acción frente a la Chlamydia.

Los pacientes se consideran curados cuando hay una resolución completa de signos y síntomas.

Siempre ofrecer serologías para VIH y Sífilis.

Manejo de contactos:

Todas aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con un enfermo de LGV dentro de los 60 días de inicio de los síntomas debería controlarse y aún en ausencia de manifestaciones ser tratada profilácticamente con una única toma de **azitromicina** 1 gramo vía oral o **doxiciclina** vía oral, 100 miligramos cada 12 horas durante 7 días.

GRANULOMA INGUINAL (Donovanosis).

Enfermedad ulcerativa infrecuente, producida por una bacteria Gram negativa intracelular, muy difícil de cultivar, la *Calymmatobacterium granulomatis*. El diagnóstico se hace frente al hallazgo de los cuerpos de Donovan (tinción con tinta china).

Tratamientos. Hay diferentes opciones:

AZITROMICINA (de primera elección):

1 g por semana vía oral durante tres semanas o hasta cicatrización completa.

ó

DOXICICLINA:

200 mg por día vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa.

ó

CIPROFLOXACINA:

750 mg c/12 hs vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa.

ó

ERITROMICINA:

500 mg c/4 hs vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa.

ó

TRIMETOPRIMA.-SULFAMETOXASOL (160MG/800MG):

2 por día vía oral durante 21 días o hasta cicatrización completa.

Consideraciones especiales:

- Durante el embarazo se debe utilizar azitromicina o eritromicina.
- En la co-infección con VIH cualquiera de las opciones de 1ª elección. Eventualmente aminoglucósidos parenterales: gentamicina vía intravenosa, 1 mg/kg cada 8 horas.

La enfermedad se considera curada con la resolución de las lesiones.

Siempre ofrecer serologías para VIH y sífilis.

Manejo de contactos

Todas aquellas personas que hayan mantenido relaciones sexuales con un enfermo de Donovanosis dentro de los 60 días de inicio de los síntomas deberán controlarse. Se discute la indicación de un tratamiento en contactos asintomáticos.

SECRECIONES GENITALES

URETRITIS GONOCÓCICA

Producida por la *Neisseria gonorrhoeae*, bacteria Gram negativa intracelular, que permite ser cultivada (Thayer Martin) y además realizar antibiograma. Muchas veces se encuentra en portadores asintomáticos: en el tracto genital femenino, en fauces de ambos sexos y a nivel anal en mujeres y HSH.

Tratamiento:

La droga que decida emplearse se utiliza en monodosis. Es ideal realizar el antibiograma para detectar la disminución de la sensibilidad o la resistencia de los antibióticos sugeridos; cuando no pueda realizarse se indica como primera opción:

CEFTRIAXONA, 250 mg IM, única vez.

La **ceftriaxona** es segura y efectiva en todos los sitios anatómicos (urogenital, anorrectal y faríngeo).

De no poderse solicitar antibiograma, hoy es siempre de primera elección.

Además es la única droga con sensibilidad al gonococo que alcanza la mayor concentración útil en **faringitis gonocócicas** (98,9% de efectividad).

Tratamientos alternativos:

Si no se dispone de **ceftriaxona**, siempre que no haya compromiso de fauces y se trate de Gonorrea urogenital o anorrectal no complicada se pueden utilizar otras cefalosporinas por vía IM:

CEFOTAXIMA 500 mg. IM

*El CDC desde 2014 también recomienda como alternativa en casos no complicados y sin compromiso de fauces:

CEFIXIMA 400 mg vía oral dosis única

+

AZITROMICINA 500 mg vía oral dosis única.

Sin embargo sugerimos no utilizar cefalosporinas por vía oral frente a gonorrea en nuestro país.

De existir alergia a cefalosporinas la opción actual en Argentina es:

AZITROMICINA 2 g vía oral dosis única (muchas veces con intolerancia digestiva).

*El CDC en sus actualizaciones en 2014 sobre tratamiento de ETS, en base al análisis de situación de resistencia actual en EUA de la gonorrea a diferentes antibióticos, evalúa una disminución creciente de la concentración inhibitoria mínima (CIM) de la **cefixima** frente al gonococo, previendo que en poco tiempo se pueda instalar una resistencia definitiva a la misma como ya ocurrió con penicilina y más recientemente con las quinolonas.

Esta disminución de sensibilidad de la **cefixima** podría provocar lo mismo en la **ceftriaxona**, actualmente la más eficaz del grupo cefalosporinas en gonorrea. Por esta cusa NO recomiendan entonces, en su territorio, el uso de monoterapia.

Recomendación en EUA:

GENTAMICINA 240 mg IM dosis única
+
AZITROMICINA 1 g vía oral dosis única.

Es necesario realizar cultivos y antibiogramas con medidas de CIM para estar prevenidos, aunque aún en la Argentina no se observan estos cambios.

Consideraciones especiales

- **Conjuntivitis gonocócica:** **CEFTRIAXONA** 250 mg IM dosis única más **AZITROMICINA** 2 g vía oral única dosis. Se recomiendan lavados salinos del ojo afectado y consulta al oftalmólogo.
- En caso de coexistencia de **Gonococo y Trichomona** tratar previamente esta última con una única dosis de **METRONIDAZOL** 2 gr vía oral o **TINIDAZOL** de la misma forma y luego la Gonorrea de la manera habitual.
- En mujeres **adolescentes y hasta los 25 años**, considerar solicitar también búsqueda de *Chlamydia* y en caso de no disponer de esta posibilidad, dada la mayor vulnerabilidad de esta población a las secuelas en caso de padecerla (infertilidad), considerar medicar en forma asociada **CEFTRIAXONA**, 250 mg IM, única vez y **AZITROMICINA** 1 g vía oral dosis única.
- Los pacientes co-infectados con el **VIH** se tratan del mismo modo.

Seguimiento post tratamiento

Frente a gonorrea anorrectal o urogenital tratada de acuerdo a los esquemas sugeridos, no se requieren controles posteriores si desaparecen los síntomas. Si se usó **ceftriaxona**, tampoco se requiere controlar las fauces.

Si persisten los síntomas se evaluará reinfección o existencia de otros gérmenes.

Contactos sexuales

Todos los contactos sexuales recientes deben ser evaluados y tratados, aun sin sintomatología o clínica.

URETRITIS NO GONOCÓCCICA (UNG)

Se sospecha cuando en el examen directo no se observan diplococos Gram negativos intracelulares. El agente etiológico más frecuente es *Chlamydia trachomatis* (15-40% de los casos). En caso de no detectarse *C. trachomatis*, se deben considerar otros patógenos como *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*.

Chlamydia trachomatis

TRATAMIENTOS

AZITROMICINA, vía oral 1g única dosis
ó

DOXICICLINA, vía oral 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.

Tratamientos alternativos

ERITROMICINA BASE 500 mg vía oral 4 veces por día durante 7 días

ó

ERITROMICINA ETILSUCCINATO 800 mg vía oral 4 veces por día durante 7 días

ó

LEVOFLOXACINA 500 mg vía oral una vez por día durante 7 días

u

OFLOXACINA 300 mg vía oral 2 veces por día durante 7 días.

Seguimiento post tratamiento

La desaparición de los síntomas sugiere cura de la enfermedad mientras que de persistir disuria o secreción uretral se debe evaluar la existencia de otros gérmenes.

En la actualidad la causa más común de persistencia de los síntomas sería la presencia de *Mycoplasma genitalum* sobre todo en aquellos hombres tratados previamente con **doxiciclina**; en esta eventualidad la **azitromicina** 1 gramo en única dosis es eficaz, pero de continuar los síntomas se recomienda **moxifloxacina** 400 mg por día por 7 días.

En HSH la *Trichomona vaginalis* es muy frecuente como causal de uretritis, así como también en hombres heterosexuales en áreas con elevada prevalencia del parásito.

El tratamiento en estos casos es:

METRONIDAZOL 2 gr vía oral monodosis;

ó

TINIDAZOL 2 gr vía oral monodosis.

Siempre ofrecer serologías para VIH y sífilis.

PROCTITIS

Es la inflamación del recto que puede asociarse con dolor ano-rectal, tenesmo o descarga rectal. Ocurre principalmente en personas que mantienen relaciones anales receptivas sin protección. Las etiologías más frecuentes son: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (incluida serovar del LGV), *T. pallidum* y HSV. Los tratamientos serán de acuerdo al germen encontrado.

SECRECIÓN GENITAL FEMENINA. CERVICITIS

Las causas de cervicitis son: **Chlamydia** (serovariedad D a K) o **Gonorrea**. Las mujeres menores de 25 años son las más afectadas, por lo que siempre que se sospeche cervicitis deben investigarse **Gonococo y Chlamydia**. Más raramente puede deberse a **Trichomona** o **herpes**.

Siempre ofrecer serologías para VIH y sífilis.

GONORREA

En caso de cervicitis no complicada el tratamiento es el mismo que para el hombre.

Consideraciones especiales

- En el **embarazo**, la Gonorrea se trata con ceftriaxona 250 mg IM única dosis.
- En caso de co – infección de **Chlamydia y gonococia: AZITROMICINA**, vía oral 2g única dosis, siempre que se descarte compromiso faríngeo.

ó

Ceftriaxona IM 250 mg única dosis + doxiciclina 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días (**en ausencia de embarazo**)

CHLAMYDIA

TRATAMIENTO

Igual que en el hombre.

AZITROMICINA, vía oral 1g única dosis;

ó

DOXICICLINA, vía oral 100 mg 2 veces por día durante 7 a 10 días.

Tratamientos alternativos:

ERITROMICINA base 500 mg vía oral 3 o 4 veces por día durante 7 días;

ó

ERITROMICINA etilsuccinato 800 mg vía oral 4 veces por día durante 7 días;

ó

LEVOFLOXACINA 500 mg vía oral una vez por día durante 7 días;

u

OFLOXACINA 300 mg vía oral 2 veces por día durante 7 días.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Durante el **embarazo** el tratamiento sugerido clásicamente es: **ERITROMICINA base**, vía oral 800 mg 4 veces por día durante 7 días (poca tolerancia) o **AMOXICILINA**, vía oral 3 veces por día durante 7 días. En la actualidad se acepta el uso de **AZITROMICINA**, vía oral 1 g única dosis durante el embarazo como una alternativa segura y efectiva.

Contactos sexuales

Todos los contactos sexuales recientes deben ser evaluados y tratados, aún sin sintomatología clínica.

Siempre ofrecer serologías para VIH y sífilis.

TRICHOMONAS

La *Trichomona* es un parásito protozoario considerado como la causa de ETS no viral más frecuente. Se observa en fresco y por cultivo.

Tratamiento:

METRONIDAZOL vía oral, 2 g única dosis;

ó

TINIDAZOL vía oral, 2 g única dosis.

Tratamiento alternativo:

METRONIDAZOL, vía oral 500 mg 2 veces por día, durante 7 días.

SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO

Debido a la alta tasa de reinfección en mujeres, luego del tratamiento deben ser estudiadas nuevamente dentro de los 3 meses. No se considera necesario en los hombres.

Contactos sexuales

Siempre deben tratarse, aún en ausencia de síntomas.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- **Embarazo:** con *trichomoniasis* sintomática: **METRONIDAZOL**, vía oral, 2g única dosis.
- Durante la **lactancia** (elevada excreción de metronidazol) algunos médicos suspenden la misma durante 12 a 24 horas postratamiento.

VAGINOSIS BACTERIANA

Alteración de la flora vaginal normal, con disregulación del complejo GMM (Gardnerella, anaerobios, M hominis y Mobilincus s/p. Se trata a las mujeres sintomáticas.

No se trata de una verdadera ETS pero al ser la vaginosis más común en mujeres sexualmente activas, debe siempre tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales de las secreciones genitales femeninas.

TRATAMIENTOS

METRONIDAZOL vía oral 500 mg 2 veces por día durante 7 días;

ó

METRONIDAZOL gel al 0.75%, 5 gr. intravaginal cada noche durante 5 días;

ó

CLINDAMICINA crema al 2%, 5 g intravaginal cada noche durante 5 días.

Tratamientos alternativos

TINIDAZOL vía oral, 2 g uno por día durante 2 días;

ó

TINIDAZOL vía oral, 1 g por día durante 5 días;

ó

CLINDAMICINA vía oral, 300 mg cada 12 horas durante 7 días;

ó

CLINDAMICINA tabletas vaginales, 100 g cada noche durante 7 días.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En el embarazo se recomienda:

METRONIDAZOL vía oral, 500 mg 2 o 3 veces por día durante 7 días;

ó

CLINDAMICINA vía oral, 300 mg cada 12 horas durante 7 días.

- En las mujeres co – infectadas con el **VIH** pueden ser más frecuentes las recidivas.

Contactos sexuales

No se requiere el tratamiento en pacientes asintomáticos.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL (CVV)

La CVV puede ser clasificada en: **complicada** (presencia de 4 ó más episodios de CVV en un año) y **no complicada** (casos esporádicos). La mayoría de los casos son producidos por *Candida albicans*, pero también puede ser la causal *Candida glabrata*.

TRATAMIENTOS

En las **VVC no complicadas** son útiles las formulaciones tópicas intravaginales por períodos cortos (2-3 días); los azoles son más efectivos que la nistatina. Cualquiera de estos esquemas tiene la misma utilidad:

Clotrimazol 200 mg intravaginal durante 3 días;

ó

Clotrimazol 500 mg intravaginal en monodosis;

ó

Miconazol 2% crema 5 g intravaginal en durante 5 días;

ó

Miconazol óvulos 400 mg intravaginal en durante 3 días;

ó

Tioconazol óvulos 300 mg intravaginal en monodosis;

ó

Fluconazol vía oral, 150 mg única dosis + tratamiento tópico intravaginal.

Las **CVV complicadas** en general responden bien a los tratamientos individuales, pero presentan recidivas frecuentes (4 ó más episodios anuales). En estos casos se recomienda prolongar la duración de la terapia tópica inicial (ej. 7 a 14 días) y si es oral, fluconazol 100, 150 ó 200 mg cada 3 días (con un total de 3 dosis), prolongando de esta manera la remisión antes de iniciar lo que se denomina el régimen de mantenimiento.

Régimen de mantenimiento: la alternativa más utilizada es **FLUCONAZOL** vía oral 100 o 150 o 200 mg por semana, durante no menos de 6 meses.

Existen situaciones donde la infección es producida por otras especies de candida. Son más frecuentes en mujeres postmenopáusicas, en diabéticas y en mujeres con **VIH**. En estos casos se debe realizar el cultivo para identificar la especie de *candida* responsable. Las *candidas* no *albicans* deben ser tratadas con regímenes locales u orales (NO fluconazol) por siete a 14 días.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Durante el **embarazo** sólo se indicará tratamiento tópico:
CLOTRIMAZOL tabletas vaginales, 100 mg una aplicación diaria durante 7 días.
- Candidiasis en el hombre: balanitis o uretritis (rara):

FLUCONAZOL vía oral, 150 mg, dosis única.

- En las pacientes co-infectadas con **VIH** los episodios de CVV pueden ser más frecuentes, dependiendo del grado de inmunosupresión. Los tratamientos son los mismos, prolongando en el tiempo los esquemas de ataque y el tratamiento supresor.

ECTOPARASITOSIS

Pediculosis del pubis y Escabiosis

La pediculosis del pubis se adquiere por vía sexual y lo mismo ocurre con frecuencia con la escabiosis en los adultos.

Tratamientos

IVERMECTINA loción al 0.5%,

aplicada en zonas corporales afectadas con enjuague a los 10 minutos

ó

PERMETRINA crema al 5 %,

aplicada en las áreas afectadas con lavado a las 6-8 horas.

Tratamiento alternativo:

IVERMECTINA vía oral 6 mg, 2 comprimidos juntos: única toma día 1 y repetir a los 15 días.

Medidas imprescindibles: limpieza de las prendas, ropas de cama y toallas. Tratamiento simultáneo de los convivientes.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- En el **embarazo** y la **lactancia** se indicará sólo tratamiento local: azufre precipitado al 6% o permetrina tópica. La ivermectina está contraindicada.
- Pediculosis de las pestañas: retiro de los parásitos y ungüentos oftálmicos o vaselina delineando los márgenes palpebrales 2 veces al día, durante 10 días. También se puede indicar ivermectina oral.

PROFILAXIS TRAS UN ASALTO SEXUAL

Toda víctima de un asalto sexual, debe ser tratada profiláctica y/o terapéuticamente dentro de las primeras 24 horas teniendo en cuenta las patologías que frecuentemente afectan a los adultos sexualmente activos: sífilis, gonorrea, *chlamydia*, *trichomonas* y VIH. En condiciones ideales se tratará de realizar la toma de muestras antes de iniciar la medicación, en caso de no ser esto posible se indicará alguno de los siguientes esquemas:

PENICILINA BENZATÍNICA vía intramuscular 2.400.000, 1 ampolla

+

CEFTRIAXONA vía intramuscular única dosis

+

DOXICICLINA vía oral 100 mg 2 veces por día durante 10 días o **AZITROMICINA** vía oral 1 g por única vez

+

METRONIDAZOL vía oral, 2 g única dosis

Con antecedentes de alergia a penicilina se sugiere aplicar **CEFTRIAXONA** vía intramuscular 500 mg, en asociación con cualquiera de los esquemas anteriores.

Se hará profilaxis para **HVB** (excepto que exista inmunización previa completa) y para VIH (según las recomendaciones profilácticas locales o consultar a Infectología).

Se debe informar a la víctima que ante posibilidad de embarazo tras el ataque sexual, existe la posibilidad de administrar la medicación de anticoncepción de urgencia, dentro de las 72 primeras horas (reduce el riesgo de embarazo en un 75%).

BIBLIOGRAFIA:

1. www.cdc.gov/std/.../2014/2014-std-guidelines-peer-reviewers-08-20-20.
2. Primer Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual SADI. Buenos Aires. 11 de noviembre 2011.
3. Ocular syphilis among HIV-infected patients: a systematic analysis of the literature Tucker J., Li J., Robbins G., Davis B. *et ál*, *Sex Transm Infect.* 2011; 87:4-8.
4. MMWR. Recommendations and Reports 2015; June 5, 64 (3).
5. Chancros sífilíticos en el nuevo milenio: 217 (casos) razones para pensar en sífilis. Vera I., Fernández Pardal P., Leiro L, Bermejo A. *Dermatol. Argent.*, 2012, 18: 442-451.
6. Incidence and antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from patients attending the national *Neisseria gonorrhoeae* reference laboratory of Hungary. Brunner A., Nemes-Nikodem E., Mihalik N., *et ál*. *BMC Infectious Diseases* 2014, 14:433.
7. High-dose oral amoxicillin plus probenecid is highly effective for syphilis in patients with HIV infection. Tanizaki R., Nishijima T, Aoki T, Teruya K. *et ál*. *Clin Infect Dis.* 2015; 61:177-83.