

Enfermedades de transmisión sexual

R. Savall

Resumen

La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se incrementó a partir de la década de los sesenta debido a un aumento de la promiscuidad y a un cambio de las conductas en las relaciones sexuales.

Gonococia

Es las ETS más frecuente. En su patogenia cabe destacar que el reservorio son las mujeres, ya que la infección endocervical suele ser asintomática, y los varones homosexuales. Las formas clínicas que se observan son la genital, la anorrectal, la faríngea, la diseminada y la conjuntivitis. El diagnóstico se establece mediante tinción de Gram y cultivo del exudado, y no se dispone de ninguna prueba serológica. El tratamiento de elección es la penicilina.

Uretritis no gonocócica

Son las uretritis en las que no se encuentra *Neisseria gonorrhoeae*; suelen estar producidas por *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*. El diagnóstico se establece por exclusión. El tratamiento de elección son las tetraciclinas o los macrólidos.

Chancroide

Su prevalencia va en aumento debido a los viajes a zonas endémicas y a la inmigración. El diagnóstico es clínico (úlceras blandas dolorosas) y se debe realizar el diagnóstico diferencial con la sífilis (úlceras induradas dolorosas). El tratamiento con penicilina no es eficaz, a diferencia de la sífilis, y se recomienda administrar trimetoprima-sulfametoxazol o eritromicina.

Herpes genital

Es la úlcera genital más frecuente. La clínica diferencia entre una fase asintomática, la primoinfección y las recurrencias. No hay un diagnóstico serológico de infección aguda.

Se dispone de un nuevo antiviral, aciclovir, de uso tópico, pero sin experiencia por vía oral.

Sífilis

Los estadios clínicos son: estadio primario, secundario, latente y terciario. El diagnóstico se establece mediante pruebas sexológicas: treponémicas (específicas) y reagínicas (sensibles). Las pruebas reagínicas se realizan para el diagnóstico y las treponémicas para el seguimiento.

Vaginitis

La vaginitis por tricomonas es característica de las pacientes con promiscuidad sexual. El tratamiento de elección es el metronidazol, excepto en el embarazo.

En las vaginitis por candidas, *Candida albicans* es el germen más frecuente. El tratamiento en pauta única es difícil de recomendar. Algunos autores indican no tratar en ausencia de síntomas y tratar siempre a la pareja sexual, aunque esté asintomática.

Las vaginitis inespecíficas en las cuales se aísla *Gardnerella vaginalis* no tienen una patogenia específica y pueden estar involucrados otros gérmenes produciendo una infección mixta.

Comentario

Actualmente, las ETS se denominan infecciones de transmisión sexual (ITS) para diferenciar las enfermedades de transmisión sexual no infecciosas. En el artículo se hace una revisión en la era presida, característica que ha marcado el devenir de las ITS. En el aspecto epidemiológico, en la actualidad las infecciones virales, como el herpes genital o el papiloma, son más prevalentes que las bacterianas, como la gonococia o la sífilis. A la vez, los cambios demográficos, los viajes y la inmigración han cambiado el patrón de las enfermedades propias de países en desarrollo, como el chancro o el linfogranuloma¹.

Ya en el apartado de revisión de las diferentes situaciones clínicas cabe remarcar algunos aspectos que han cambiado, pero también otros que siguen siendo actuales y que marcan el tratamiento de estas enfermedades².

En las uretritis, hoy día se prefiere el término «uretritis aguda», no gonocócica, posgonocócica ni inespecífica, ya que se ha demostrado que hasta en un 10-30% de los casos la infección es mixta por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* o *U. urealyticum*³⁻⁴, y los síntomas y signos no permiten diferenciar el agente causal⁵. A partir de esta premisa, el

Aten Primaria. 1985;2:36-42.

Comentarios:

Josep M. Cots Yago.
Médico de Familia.
Coordina grupo infecciosas -GERMIAP.
Societat Catalana de MFiC.

Manuscrito recibido el 20 de febrero de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de febrero de 2005.

tratamiento óptimo consiste en asociar 2 fármacos: uno frente a gonococo (quinolona o cefalosporina) y uno frente a clamidia (azitromicina) en pauta monodosis y por vía oral⁶⁻⁷. Las resistencias de *N. gonorrhoeae* frente a la penicilina son del 10-70%, a las tetraciclinas del 32-54% y a ciprofloxacino del 6%⁸.

Las lesiones ulceradas genitales predominantes son las producidas por herpes genital. El diagnóstico diferencial se realizará con la sífilis y el chancro blando. Se dispone de pruebas serológicas de detección de anticuerpos antiherpes virus para identificar a los pacientes sintomáticos y a los portadores. En el herpes genital destacan las formas recurrentes por la poca efectividad erradicadora del tratamiento antiviral. El aciclovir oral administrado en diferentes pautas es el tratamiento de elección para disminuir los síntomas, pero no previene las recurrencias⁹. Las diferentes formas clínicas de la sífilis son las clásicas y el mejor treponemocida sigue siendo la penicilina¹⁰.

En las vaginitis, la predominante continúa siendo la candidiásica, con una patogenia no siempre de transmisión sexual y cuyo tratamiento de elección es un imidazol, como clotrimazol, en dosis única. No se recomienda el tratamiento de la paciente ni la pareja sexual si está asintomática, ya que no mejora la curación del proceso ni previene una posible recurrencia¹¹⁻¹². En las vaginitis por *Trichomonas vaginalis* o por *Gardnerella vaginalis*, el tratamiento de elección es el metronidazol; este fármaco se puede administrar a las pacientes embarazadas, ya que se ha demostrado que no es teratogénico¹³.

Bibliografía

1. Center for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases treatment 2002. MMWR. 2002;51(No. RR-6):1-80.
2. Miller K, Ruiz D, Graves C. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. Am Fam Physician. 2003;67:1915-22.
3. Miller W, Ford C, Morris M, Handcock M, Schmitza JL, Hobbs MM, et al. Prevalence of chlamydia and gonococcal infections among young adults in the United States. JAMA. 2004;291:2229-36.
4. Moran J. Gonorrhoeae. Clin Evid. 2003;10:1854-62.
5. Lyss S, Kamb ML, Peterman TA, Moran JS, Newman DR, Bolan G, and Respect Study Group. Chlamydia trachomatis among patients infected with and treated for Neisseria gonorrhoeae in sexually transmitted disease clinics in the United States. Ann Intern Med. 2003;139:178-85.
6. Campos-Outcalt D. Sexually transmitted disease: easier screening test, single-dose therapies. J Fam Pract. 2003;52:965-69.
7. Cots JM, Pérez Herrera MM, De la Poza M, Calvo E. Terapèutica de les malalties de transmissió sexual. En: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària dir. Recomanacions sobre l'ús d'antimicrobians a l'atenció primària. 4.^a ed. Barcelona: EDIDE; 2001. p. 62-77.
8. Otero L, Villar H, Vázquez JA, Vázquez F. Neisseria gonorrhoeae resistente a quinolonas: un nuevo problema de salud pública en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002;20:123-6.
9. Bazian L. Genital herpes. Clin Evid 2003;10:1842-53.
10. Golden MR, Marra CM, Colmes KK. Update on syphilis. Resurgence of an old problem. JAMA. 2003;290:1510-4.
11. Mitchell H. Vaginal discharge, causes, diagnosis, and treatment. BMJ. 2004;328:1306-8.
12. Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Walsh TJ, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis. 2004;38:161-89.
13. Anderson MR, Klink K, Cohrssen A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA. 2004;291:1368-79.