

Infecciones de transmisión sexual en adolescentes

Mercedes Caballero García^a, Eduardo Bardón Cancho^b, Sandra López Lledó^c.

^a Pediatra. Centro de Salud Ángela Uriarte (Servicio Madrileño de Salud), Madrid. España.

^b MIR-Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^c MFyC. Centro de Salud Ángela Uriarte (Servicio Madrileño de Salud), Madrid. España.

Bibliografía revisada hasta: 28-feb-2015

Fecha de publicación: 29-mar-2015

Guía-ABE_Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v.1.1/2015)

Cita sugerida: Caballero García M, Bardón Cancho E, López Lledó S. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v.1.1/2015). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 28-feb-2015; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción/ puntos clave

Los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable a padecer infecciones de transmisión sexual (ITS) por su estilo de vida e inadecuada percepción de riesgo en las conductas sexuales. La educación sexual es la herramienta fundamental para evitar su transmisión, modificar prácticas de riesgo, asumir hábitos saludables, utilizar métodos anticonceptivos barrera y no demorar el diagnóstico y tratamiento efectivos.

Se transmiten por contacto sexual genital y oral, siendo más fácil del hombre a la mujer, porque el área de superficie y el tiempo de exposición a los agentes patógenos es mayor. Se suman otros condicionantes biológicos que hacen que el cérvix, en edades tempranas, sea más susceptible a padecer determinadas infecciones y, más aún, si se asocia a ectopia cervical previa¹. Además, las ITS en la mujer son habitualmente asintomáticas, pueden ocasionar complicaciones graves (infertilidad, embarazos ectópicos, abortos, prematuridad, transmisión vertical al recién nacido, cáncer de cérvix) y, a diferencia del hombre, su diagnóstico es más difícil porque no suele presentar lesiones visibles.

A veces es necesario un seguimiento multidisciplinar por su gran variabilidad etiológica y clínica. Un mismo cuadro puede ser producido por diferentes microorganismos, de forma aislada o de manera conjunta, por lo que dificulta el tratamiento. Un mismo patógeno puede, a su vez, producir síndromes dispares, tener manifestaciones locales (VPH) y/o generales (sífilis) o exclusivamente sistémicas (VIH). Es frecuente encontrar diversas ITS en un mismo paciente, sobre todo si presenta lesiones genitales ulceradas.

Las infecciones virales, con prolongada infectividad, son más frecuentes en poblaciones de bajo riesgo y con escaso recambio de pareja. Por el contrario, las bacterianas presentan un periodo más corto y se observan en poblaciones de alto riesgo.

Cambios respecto a la versión anterior: se ha corregido algún error en la tabla 12 (candidiasis vulvovaginal).

Contenido (../..)			
1	Clasificación sindrómica y etiología de las ITS (ver...)		
2	Diagnóstico diferencial de las úlceras genitales (ver...)		
3	Diagnóstico diferencial entre uretritis/cervicitis gonocócica y no gonocócica (ver...)		
4	Diagnóstico diferencial de la leucorrea en la mujer (ver...)		
	Tratamiento antimicrobiano		
5	Herpes genital (ver...)	14	Vaginosis bacteriana (ver...)
6	Lúes (sífilis) (ver...)	15	Balanitis (ver...)

Contenido (../..)			
7	Chancroide (ver...)	16	Enfermedad inflamatoria pélvica (ver...)
8	LGV (ver...)	17	Orquiepididimitis (ver...)
9	Granuloma inguinal (ver...)	18	Proctitis (ver...)
10	Infección gonocócica (ver...)	19	Condilomas (ver...)
11	Infección no gonocócica (uretritis, cervicitis, faringitis) (ver...)	20	Pediculosis pubis (ver...)
12	Candidiasis vulvovaginal (ver...)	21	Sarna (ver...)
13	Trichomoniasis (ver...)		

1.- Clasificación sindrómica y etiología de las ITS (../..)			
Síndrome	Síntomatología		Microorganismos usuales
VIH/SIDA			<ul style="list-style-type: none"> ▪ VIH tipos 1 y 2²
Afectación hepática			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus de las hepatitis A, B y C ▪ <i>Treponema pallidum</i>, CMV, VEB
Úlceras genitales	Lesiones múltiples		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus herpes simple (VHS-1, VHS-2)
	Lesión dura, limpia e indolora		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sífilis (<i>T. pallidum</i>)
	Lesión purulenta y dolorosa		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chancroide o chancro blando (<i>Haemophilus ducreyi</i>) ▪ LGV (<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L3) ▪ Granuloma inguinal o donovanosis (<i>Klebsiella granulomatosis</i>)
Cervicitis / Uretritis	Secreción y prurito cervical / uretral Síndrome miccional		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> serotipos D-K ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ▪ <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i> ▪ <i>Trichomonas vaginalis</i>, adenovirus, virus herpes simple
Leucorrea	Secreción, prurito, escozor genital, vulvodinia, dispareunia, síndrome miccional	Vulvovaginitis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>T. vaginalis</i> ▪ <i>Candida albicans</i> y <i>Candida non-albicans</i> (<i>glabrata</i>, <i>tropicalis</i>, <i>parapsilosis</i>, <i>krusei</i>) ▪ VPH, VHS, <i>Streptococcus agalactiae</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>
		Vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gardenerella vaginalis</i>, <i>U. urealyticum</i> ▪ <i>Mycoplasma hominis</i> ▪ Anaerobios (<i>Mobiluncus</i>, <i>Prevotella</i>, <i>bacteroides</i>)

1.- Clasificación sindrómica y etiología de las ITS (../..)		
Síndrome	Sintomatología	Microorganismos usuales
	Balanitis, balanopostitis: secreción uretral, edema, eritema, escozor o prurito, síndrome miccional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Candida</i> spp.³ ▪ <i>T. vaginalis</i> ▪ Anaerobios, <i>S. agalactiae</i>, <i>S. pyogenes</i>, <i>G. vaginalis</i>, VHS, VIH, <i>T. pallidum</i>
Orqui-epididimitis aguda ⁴	Dolor intenso e inflamación del escroto, secreción uretral con/sin hidrocele secundario, fiebre, síndrome miccional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> ▪ <i>N. gonorrhoeae</i> ▪ Otros: <i>Trichomonas</i> spp., <i>T. pallidum</i>
Enfermedad inflamatoria pélvica ⁵	Secreción mucopurulenta. Dolor abdominal inferior, anexial y a la movilización cervical. Dispareunia. Sangrado vaginal. Leucocitosis, ↑VSG, ↑PrCR, Tª >38 °C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> serotipos D-K ▪ <i>N. gonorrhoeae</i> ▪ <i>U. urealyticum</i>, <i>M. genitalium</i>, <i>G. vaginalis</i> ▪ <i>S. agalactiae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, anaerobios (<i>bacteroides</i>) ▪ Bacilos entéricos Gram negativos
Infertilidad		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, VB-bacterias asociadas
Enteritis ⁶		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Giardia lamblia</i>
Proctocolitis ⁷ , enterocolitis		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Campylobacter</i>, <i>Shigella</i>, <i>Salmonella</i> ▪ <i>Entamoeba histolítica</i>
Proctitis ⁸		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> (serotipos LGV y no LGV) ▪ <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>T. pallidum</i> ▪ VSH, CMV (inmunodeprimidos)
Faringitis ⁹		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N. gonorrhoeae</i>, VHS, VPH, <i>T. pallidum</i>
Lesiones papulosas en genitales	Mamelonadas: verrugas genitales o condilomas ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VPH (30 tipos genitales, especialmente 6 y 11)
	Umbilicadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Molluscum contagiosum</i>
Neoplasias	Cáncer y displasias de células escamosas de cérvix ¹¹ , ano, vulva, vagina o pene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VPH (especialmente tipos 16, 18, 31 y 45)¹²
	Sarcoma de Kaposi, linfomas en cavidad-corporal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VHH-8 (virus herpes humano tipo 8)
	Leucemia células T	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VLHT-I (virus linfotrópico humano de células T)
Prurito por parásitos	Pediculosis pubis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Phthirus pubis</i>
	Sarna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sarcoptes scabiei</i>

[▶ Tabla inicial](#)

2.- Diagnóstico diferencial de las úlceras genitales					
	Herpes genital ¹³	Sífilis primaria ¹⁴ (chancro)	Chancroide ¹⁵	LGV ¹⁶	Granuloma inguinal ¹⁷
Incubación / duración	2-7 d / 21 d recurrencias	10-90 d / 3-5 semanas	1-14 d / 4-6 semanas	3-21 d / 7-14 d (cura con rapidez)	1-12 semanas / crónica
Síntomas generales	Mialgias, cefalea, febrícula	Asintomático	Dolor local	Fiebre, cefalea mialgias, artralgias	Destrucción de tejidos locales
Lesión primaria	Vesícula	Pápula	Pústula	Pápula, pústula o vesícula	Pápula
N.º de lesiones	Múltiples, pequeñas	Única, raro múltiple	Múltiples confluentes	Única	Una o varias; extensa
Induración	No	Sí	No	Rara	Sí
Borde	Eritematoso	Redondo, engrosado	Irregular	Redondo, regular	Irregular, elevado
Profundidad	Superficial	Profunda / superficial	Excavada	±Superficial	Elevada
Base / secreción	Lisa, eritematosa / serosa	Lisa, limpia, roja / serosa o amarillo-grisácea	Amarilla, gris, sangrante / purulenta	Variable, no vascular / variable	Mamelonada, lisa, sangrante / serosa
Distribución	Vulva, cérvix, uretra, pene	Vulva, cérvix, recto, anal, perianal, pene, oral	Pene, vulva	Uretra, recto pene, vagina, cérvix	Oro-genital, ano, ingles, muslos; autoinoculación
Dolor / picor	Sí / frecuente	No / raro	Intenso / raro	Raro / raro	Raro / raro
Adenopatía	Bilateral, firme, móvil, dolorosa	Bilateral, indolora, móvil, firme	Uni o bilateral supurativa	Unilateral, supurativa	No, sólo si hay sobreinfección
Diagnóstico Ver también guía para la toma de una muestra balano prepucial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica: lesiones típicas ▪ Cultivo celular (S y E >99%)¹⁸ ▪ IF en células de raspado de la lesión¹⁹ ▪ PCR²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directo que muestre <i>T. pallidum</i> con microscopio de campo oscuro o IFD o PCR ▪ Indirecto: serológico ▪ Ac. reagínicos²¹ (RPR y VDRL) ↑S y ↓E ▪ Ac. treponémicos²² (FTA-ABS y TP-MHA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica típica + exclusión de otras ITS ▪ Cultivo en medio enriquecido (S 60-80%) ▪ Gram del aspirado de adenopatía ▪ PCR (S 85%, E 100%) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultivo en medio especial ▪ Serología con fijación de complemento (título ≥1/64 es diagnóstico) ▪ Micro-IF (título ≥1/512) ▪ PCR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen en microscopio de biopsia de la lesión con tinción Wright o Giemsa: cuerpos de Donovan en citoplasma ▪ Cultivo: difícil de aislar al germen ▪ IFI, ↑S y ↑E ▪ PCR no de rutina

[▶ [Tabla inicial](#)]

3.- Diagnóstico diferencial entre uretritis²³/cervicitis²⁴ gonocócica y no gonocócica		
	Uretritis / cervicitis gonocócica	Uretritis / cervicitis no gonocócica ²⁵
Etiología	<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>M. genitalium</i>
Incubación	2-5 días	7-14 días
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Varones: inicio brusco >80%, inflamación del meato uretral. Asintomáticos <10% Mujeres: ≤50% leucorrea y/o dolor abdominal bajo. Asintomáticas ≥50% 	Inicio gradual
Exudado ²⁶	Abundante / continuo / purulento / hemorrágico	Escaso / seroso / mucoide
Síndrome miccional	<ul style="list-style-type: none"> Varones: >50%, intenso; mujeres: 10-15% Piuria y/o hematuria en las tiras de orina 	Ocasional, leve. Raro piuria y hematuria. Urocultivo estéril
Diagnóstico Ver también guía para la toma de una muestra balano prepuccial	<ul style="list-style-type: none"> Examen en microscopio de exudado con tinción de Gram: diplococos Gram negativos intracelulares en PMNL (diagnóstico inmediato, en uretritis de varones sintomáticos S ≥95% y E 100%, pero en cervicitis o varones asintomáticos S ≤50%). Cultivo del exudado en medios selectivos (Thayer-Martin modificado) muy rentable en cervicitis y en localización extragenital (S 80-90%), no en muestras de orina. Antibiograma para estudio de sensibilidades antimicrobianas; en los últimos años han aumentado resistencias a cefalosporinas, quinolonas, tetraciclinas y azitromicina. PCR (distintas S según la muestra, útil en asintomáticos; S >95% en exudados ambos sexos y orina de varones, menor en orina de mujeres) 	<p><i>C. trachomatis</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tinción de Gram: no se visualiza gonococo y ≥5 PMML por campo x 1000 Cultivo²⁷ con líneas celulares (McCoy, Hela o BGMK), tratadas con cicloheximida (S 40-80%, E 100%) PCR (orina, uretral o vaginal) IFD (↑ VPP en poblaciones con ↑ prevalencia) EIA (S 60-80%, E 97-99%) <p><i>U. urealyticum</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cultivos en medios específicos: recuentos significativos >10⁴ ucc/ml en secreción uretral y >10³ ucc/ml en el sedimento de OPM²⁸ PCR

[▶ [Tabla inicial](#)]

4.- Diagnóstico diferencial de la leucorrea en la mujer (../..)			
	Candidiasis (30%)	Tricomoniasis (10%)	Vaginosis bacteriana (40-50%) ²⁹
Etiología	<i>C. albicans</i>	<i>T. vaginalis</i>	<i>G. vaginalis</i> , otros
Vías de contagio	<ul style="list-style-type: none"> Autoinoculación. No habitual transmisión sexual, a veces prácticas de sexo oro-genital 	<ul style="list-style-type: none"> Transmisión sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Autoinoculación No habitual transmisión sexual
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> Sexo activo. Uso de antibióticos, hormonas o 	<ul style="list-style-type: none"> Múltiples parejas 	<ul style="list-style-type: none"> Sexo activo o pareja nueva

4.- Diagnóstico diferencial de la leucorrea en la mujer (../..)			
	Candidiasis (30%)	Tricomoniasis (10%)	Vaginosis bacteriana (40-50%) ²⁹
	anticonceptivos. Inmunosupresión. Diabetes ▪ Alteración inmunológica local		▪ Uso de DIU ▪ Alteración inmunológica local
Síntomas	▪ Irritación y prurito intenso vulvar ▪ Leucorrea, disuria, dispareunia	▪ Prurito leve-intenso ▪ Dolor abdominal bajo. Leucorrea, disuria, dispareunia	▪ No prurito ▪ Leucorrea
Signos	▪ Eritema y edema de vulva y vagina, fisuras y escoriaciones ▪ Mucosa eritematosa ▪ Leucorrea escasa	▪ Eritema vulvar, colpitis "fresa" ▪ Mucosa con petequias, leucorrea abundante	▪ No eritema vulvar, mucosa normal, leucorrea moderada
Leucorrea / olor / pH	▪ Blanca viscosa, adherente / Ninguno / <4,5	▪ Amarillo-verdosa espumosa / Maloliente / >4,5	▪ Blanca-gris homogénea / Pescado, maloliente / >4,5
Microscopio / exudado en fresco	▪ Añadir SSF (S 50%) o unas gotas de KOH 10% (S 70%): levaduras y pseudohifas	▪ Añadir SSF: protozoos flagelados móviles (S 45-70%, E 100%)	▪ Añadir SSF "Clue cells": células epiteliales vaginales cubiertas de cocobacilos
Tinción de Gram	▪ Pseudohifas, levaduras en crecimiento, PMNL (S 65%)	▪ Tricomonas, PMNL (tinción Giemsa: S 50%, E 100%)	▪ Bacilos curvados y cocobacilos Gram negativos
Otros diagnósticos	▪ Cultivo en medio <i>Sabouraud</i>	▪ Cultivo celular (medio Diamond) (S 85-98%, E 100%) ▪ PCR (S 90-99%, E 95-100%) ▪ IFD (S 75-90%, E 98-100%) ▪ Citología (hallazgo casual) ▪ Prueba del KOH a veces positivo	▪ Prueba del KOH al 10% positivo (al añadir unas gotas olor a aminas o "pescado") ▪ Citología ▪ Cultivo poco específico
Complicaciones	▪ Corioamnionitis. Prematuridad	▪ Endometritis. Salpingitis. EIP	▪ Endometritis postparto

[▶ [Tabla inicial](#)]

Tratamiento antimicrobiano

5.- Herpes genital			
Situación clínica	Tratamiento ^{30,31} (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Primoinfección ³²	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir³³ 400 mg/8 h, 5-10 d, VO • Embarazo: 10 d, seguido de la misma pauta desde la 36 semana de EG, hasta el parto • Si ≤45 kg: aciclovir 200 mg/5h, 5-10 d, VO ▪ Famciclovir^{34,35} 250 mg /8 h, 5-10 d, VO ▪ Valaciclovir³⁶ 1 g /12 h, 5-10 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 200 mg/5 h, 5-10 d, VO ▪ Valaciclovir 500 mg/12 h, 5-10 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si tienen síntomas ▪ Valorar historia previa en asintomáticos ▪ Recomendar abstinencia sexual durante pródomos y lesiones ▪ Si lesiones muy dolorosas: baños con agua salina y lidocaína al 5% tópica
Recidiva ³⁷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 400 mg/8 h o 800 mg/12 h, 5 d, VO ▪ Famciclovir 125 mg/12 h, 5 d, VO ▪ Valaciclovir 500 mg/12 h, 5 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 800 mg/8 h, 2 d, VO (corto) ▪ Valaciclovir 500 mg/12 h, 3 d, VO (corto) ▪ Valaciclovir 1 g/24 h, 5 d, VO ▪ Famciclovir 500 mg/1.^{er} d, seguido de 250 mg/12 h, 2.^o d, VO (corto) 	
Dosis de supresión ³⁸	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 200 mg/8 h o 400 mg/12 h, VO ▪ Famciclovir 250 mg/12 h, VO ▪ Valaciclovir 1 g/24 h, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valaciclovir 500 mg /24 h, VO (menos eficaz que otros regímenes en ≥10 brotes/año) 	

[▶ [Tabla inicial](#)]

6.- Lúes (sífilis)			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Temprana o precoz (primaria, secundaria y latente precoz, <1 año evolución)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI, IM, MD (1,2 millones UI en cada nalga) • En alérgicos, estaría indicada la desensibilización y tratamiento con penicilina ▪ ≤45 Kg: penicilina G Benzatina 50.000 UI/kg, IM, MD (máx. 2,4 millones UI) 	<p>En pacientes alérgicos a penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO ▪ Tetraciclina 500 mg/6 h, 14 d, VO ▪ Azitromicina 2 g, MD/semanal/2 dosis VO (por resistencias es preferible la doxiciclina; no utilizar en homosexuales varones) ▪ Ceftriaxona 1 g/24 h, IV/ IM, 10 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 3 últimos meses antes de la primoinfección, 6 meses previos de lesiones 2^{as} o en el último año o más, de sífilis latente tardía o estadio desconocido ▪ En sífilis precoz y contacto <90 días se trata aunque serología sea negativa; si >90 días se trata si no se puede hacer serología ni seguimiento
Tardía ³⁹ (latente tardía y terciaria, >1 año desde la primoinfección o duración desconocida)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI, IM, MD, semanal, 3 semanas ▪ ≤45 kg: penicilina G Benzatina 50.000 UI/kg IM, MD (máx. 2,4 millones UI), semanal, 3 semanas 	<p>Preferible desensibilización a penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 28 d, VO ▪ Tetraciclina 500 mg/6 h, 28 d, VO ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 28 d, VO ▪ Ceftriaxona 1 g/24 h, 10 d, IV/IM 	
Neurosífilis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina G sódica cristalina acuosa: 18-24 millones UI/24 h, IV en perfusión continua o fraccionada (3-4 millones UI/4 h IV), 10-14 d ▪ A lo anterior puede añadirse: Penicilina G benzatina, 2,4 millones UI, IM, semanal, 3 semanas en neurosífilis estadio avanzado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina procaína 2,4 millones UI/24 h, IM + probenecid 500 mg/6 h, 10-14 d, VO ▪ Ceftriaxona 2 g/24 h IM/IV, 14 d 	
Embarazo: aplicar el mismo régimen según el estadio	<p>En caso de alergia a la penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CDC recomienda desensibilización, ya que es el único fármaco que previene la transmisión fetal 	<p>En caso de alergia a la penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En sífilis temprana, el BASHH recomienda: eritromicina 500 mg/6 h, 14 d, VO y después del parto doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO. Alternativa: ceftriaxona 500 mg/24 h, 10 d, IM 	

[▶ [Tabla inicial](#)]

7.- Chancroide⁴⁰		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, VO (≤ 45 kg: 20 mg/kg, máximo 1 g, MD, VO) ▪ Ceftriaxona 250 mg MD, IM (de elección en el embarazo) (≤ 45 kg: 50 mg/kg, MD, IM) (fallos en coinfección por VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 7 d, VO (embarazo) ▪ Ciprofloxacino 500 mg/12 h, 3 d, VO (no en embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 10-14 d previos del comienzo de los síntomas

[▶ [Tabla inicial](#)]

8.- LGV⁴¹		
Tratamiento ³¹	Alternativa / situaciones especiales (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 3 semanas, VO (no en embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 3 semanas, VO (embarazo) ▪ Azitromicina 1 g, MD, semanal, 3 semanas, VO (embarazo clase B, FDA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los últimos 2 meses. (azitromicina 1 g, MD, VO)

[▶ [Tabla inicial](#)]

9.- Granuloma inguinal⁴²		
Tratamiento ³¹	Alternativa / situaciones especiales (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 3-4 semanas VO (no en embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, semanal, 3-4 semanas, VO ▪ Ciprofloxacino 750 mg/12 h, 3-4 semanas VO (no embarazo ni lactancia) ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 3 a 4 semanas, VO (embarazo) ▪ TMP-SMX 160/800 mg/12 h, 3 semanas, VO (no embarazo) ▪ Gentamicina 1 mg/kg/8 h, IM/IV⁴³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 2 meses previos ▪ No hay indicación clara de tratar a las parejas si no hay síntomas

[▶ [Tabla inicial](#)]

10.- Infección gonocócica⁴⁴ (../..)			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Debido a la frecuente coinfección con <i>C. trachomatis</i> se aconseja el tratamiento mixto de rutina en todas las variantes de infección gonocócica ⁴⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: azitromicina 1 g MD, VO (o doxiciclina 100 mg/12 h), 7 d, VO ▪ ≤45 kg: azitromicina 20 mg/kg, máx. 1 g, MD, 7 d, VO o doxiciclina 2 mg/kg/12 h (máx. 100 mg dosis), 7 d, VO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, en los contactos sexuales de las 2 semanas previas en sintomáticos y de los 3 meses previos en asintomáticos. Si no pareja en los últimos 2 meses, rastrear la última pareja sexual. En expuestos hacer cribado en uretra, cérvix, recto u orofaringe ▪ Abstención sexual hasta 7 d después de haber iniciado el tratamiento y estar ambos asintomáticos
Infección de uretra, cérvix, recto y faringe no complicadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: ceftriaxona⁴⁶ 250 mg, MD, IM (embarazo) ▪ ≤45 kg: ceftriaxona 125 mg, MD, IM ▪ En todos los pacientes se recomienda una evaluación a los 3-7 d de finalizado el tratamiento para confirmar la curación o identificar fracasos por resistencias, especialmente los que han recibido antibióticos alternativos a ceftriaxona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefixima 400 mg MD, VO (embarazo y en contraindicación o rechazo vía IM) (fracasos recientes en sexo anal. No dar en faringitis) <ul style="list-style-type: none"> • ≤45 kg: 8 mg/kg, máx 400 mg, MD,VO) ▪ Azitromicina 2 g, MD, VO (alergia a Cef y/o faringitis) ▪ Espectinomicina 2 g, MD, IM (embarazo o alergia a Cef) ▪ Quinolonas, sólo si antibiograma previo, en alergia a Cef y/o faringitis: <ul style="list-style-type: none"> • ciprofloxacino 500 mg MD, VO • ofloxacino 400 mg MD, VO <p>Conjuntivitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: ceftriaxona 1 g, MD, IM ▪ ≤45 kg: ceftriaxona 50 mg/kg (max. 1 g), MD, IM <p>Meningitis o endocarditis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: ceftriaxona 1-2 g/12 h, IV/IM 10-14 d en meningitis y al menos 4 semanas en endocarditis ▪ ≤ 45 kg: ceftriaxona 25 mg/kg/12 h (max. 2 g/d), IV/IM, 10-14 d en meningitis o 28 d en endocarditis 	

10.- Infección gonocócica⁴⁴ (../..)			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Infección gonocócica diseminada (septicemia y artritis) ⁴⁷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: ceftriaxona 1-2 g/d, IM/IV, 7 d ▪ ≤45 kg: ceftriaxona 50 mg/kg /d (max. 1 g) IV/IM, 7 d ▪ O hasta 24-48 h después de la mejoría clínica, y si se cambia a cefixima 400 mg/12 h VO hasta completar 7 d, es aconsejable conocer previamente su sensibilidad en antibiograma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefotaxima 1 g/8 h, IV, 7 d ▪ Ceftizoxima 1 g/8 h, IV, 7 d ▪ Espectinomina 2 g/12 h, IM, 7 d ▪ O hasta 24-48 h después de la mejoría clínica, y si se cambia a cefixima 400 mg/12h VO hasta completar 7 d, es aconsejable conocer previamente su sensibilidad en antibiograma 	

[▶ [Tabla inicial](#)]

11.- Infección no gonocócica⁴⁸				
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones	
Uretritis NG, cervicitis NG, y faringitis NG ⁴⁹	General	<ul style="list-style-type: none"> ▪ >45 kg: azitromicina 1 g, MD, VO, de elección (alternativa: doxiciclina 100 mg/12 h, 7 d, VO) ▪ ≤45 kg: eritromicina 50 mg/kg/d, cada 6 h, 14 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 7 d, VO ▪ Ofloxacino 200 mg/12 h, 7 d, VO ▪ Ofloxacino 400 mg/24 h, 7 d, VO ▪ Levofloxacino 500 mg/d, 7 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, en sintomáticos en las parejas de las 4 semanas previas. Si son asintomáticos en las de los 6 meses previos ▪ En expuestos hacer cribado en uretra, cérvix, recto u orofaringe
	Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 7 d, VO (o 250 mg/6 h, 14 d, VO) ▪ Azitromicina: 1 g, MD, VO ▪ Amoxicilina 500 mg/8 h, 7 d, VO (puede producir reactivación de la infección) 		
	Recurrente / persistente ⁴⁹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 2 g, MD, VO + azitromicina 1 g, MD, VO (si no se ha usado en el episodio inicial) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tinidazol 2 g, MD, VO (o moxifloxacino 400 mg, MD, 7 d) + azitromicina 1 g, MD, VO (si no se ha usado en el episodio inicial) 	

[▶ [Tabla inicial](#)]

12.- Candidiasis vulvovaginal⁵⁰			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Candidiasis (<i>C. albicans</i>) no complicadas	<p>Pautas con azoles en cremas vaginales tópicas u óvulos IVG, una aplicación al acostarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miconazol crema 2% (5 g)/d, 14 d ▪ Clotrimazol crema 2% (5 g)/d, 3-6 d ▪ Sertaconazol crema 2% (5 g)/d, 7 d ▪ Clotrimazol crema 10% (5 g), MD ▪ Clotrimazol óvulo 100 mg/d, 6 d ▪ Clotrimazol óvulo 500 mg, MD ▪ Fenticonazol óvulo 200 mg/d, 3 d ▪ Fenticonazol óvulo 600 mg, MD ▪ Sertaconazol óvulo 500 mg, MD <p>Pautas por VO, valorar en persistencia (no en embarazo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluconazol 150 mg, MD, en ayunas ▪ Itraconazol 200 mg/12 h, 1 día, o 200 mg/d, 3 d 	<p>Candidiasis albicans recidivante⁵¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inducción: azoles tópicos al acostarse + VO. Óvulos: clotrimazol 100 mg/d, 12 d o 500 mg/semanal, 2 semanas • fenticonazol VO 600 mg/96 h, 3 d (1, 5 y 9 d). Crema: clotrimazol 2% 1/d, 12 d. Vía oral: fluconazol 150 mg/72 h, 3 d, VO (1, 4 y 7 d), VO ▪ Mantenimiento: óvulos + VO⁵², 6-12 m: clotrimazol óvulo (500 mg/semana) + fluconazol (150 mg/semana), VO ▪ Probióticos (<i>Lactobacillus</i>) IVG: 5-10 d/mes, 3 meses⁵³ <p>Candidiasis albicans grave⁵⁴. Azol VO o tópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluconazol 150 mg/72 h, 2 dosis (1 y 4 d), VO ▪ Clotrimazol óvulo IVG: 100 mg/d, 6 d o 500 mg/72 h, 2 dosis (1 y 4 d); valorar añadir crema tópica 7-14 d <p>Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Azoles cremas tópicas, 7-10 d <p>Pacientes inmunodeprimidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antimicóticos convencionales, 10-14 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No recomendado en asintomáticos ▪ Los tratamientos tópicos son efectivos aplicados en región vulvar e IVG. En vulvitis es preferible crema a óvulo
Candidiasis complicada	<p>Candidiasis no-albicans⁵⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Azoles tópicos vaginales o VO (distintos de fluconazol), 7-14 d ▪ Recurrencias: Ácido bórico 600 mg, cápsula de gelatina IVG/24 h, 14 d (no en embarazo) 		

Ver también [vulvovaginitis](#)

[▶ Tabla inicial](#)

13.- Trichomoniasis		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 2 g, MD, VO (embarazo, categoría B de la FDA) (no en hombres) ▪ Tinidazol 2 g, MD, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO, (no más eficaz que MD) (embarazo) ▪ Tinidazol 2 g/24 h, 3-5 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, incluidos asintomáticos ▪ Abstinencia sexual hasta 48 h de fin del tratamiento
Ver también vulvovaginitis		

[▶ [Tabla inicial](#)]

14.- Vaginosis bacteriana⁵⁶			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Si síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol gel 0,75% (5 g) IVG/d, 5 d ▪ Metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO o 250 mg/8 h, 7 d, VO (embarazo) ▪ Metronidazol óvulo IVG 500 mg/d, 5 d ▪ Clindamicina crema 2% (5 g) IVG/d, 7 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 2 g, MD, VO ▪ Tinidazol 2 g/d, 2 d, VO ▪ Tinidazol 1 g/d, 5 d, VO ▪ Clindamicina óvulo IVG 100 mg/d, 3d ▪ Clindamicina 300 mg /12 h, 7 d, VO (embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No recomendado ▪ Lavados locales con soluciones antisépticas (bencidamina) o aplicación de crema protectora con óxido de zinc ▪ Evitar irritantes locales, ropa sintética o interior apretada
Recurrencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 500 mg/12 h, 10-14 d, VO ▪ Metronidazol gel 0,75% (5 g), IVG/d, 10 d, seguida de 2 veces /semana, 4-6 meses ▪ Metronidazol 2 g/d, 1 vez al mes, 4-6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Probióticos (<i>Lactobacillus</i>) IVG: 5-10 d/mes, 3 meses⁵⁷ 	
Ver también vulvovaginitis			

[▶ [Tabla inicial](#)]

15.- Balanitis	
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • <i>C. albicans</i> : azoles tópicos cremas vaginales/12 h, 7 d, hasta 2-3 d sin síntomas • <i>C. non-albicans</i> : azoles tópicos /12 h, 14-21 d, hasta 2-3 d sin síntomas • <i>Streptococcus</i>: penicilina V: 500 mg/12 h, 10 d, VO o amoxicilina 500 mg/12 h, 10 d, VO • Anaerobios (eritema, edema, erosiones y mal olor): metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO • <i>T. vaginalis</i>: metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO • VHS: aciclovir 400 mg/8 h, 5-10 d, VO 	Sí, si persiste

[▶ [Tabla inicial](#)]

16.- Enfermedad inflamatoria pélvica⁵⁸			
Situación clínica	Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Tratamiento ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 250 mg, MD, IM + doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO +/- metronidazol 500 mg/12 h, 14 d, VO (si procedimiento instrumental 2-3 semanas previas o vaginosis) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefotaxima 500 mg, MD, IM + doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO +/- metronidazol 500 mg/12 h, 14 d, VO ▪ Ofloxacino 400 mg/12 h, 14 d, VO (si la prevalencia en la comunidad y el riesgo individual de gonorrea es bajo) + metronidazol 400 mg/12 h, 14 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 2 últimos meses o la pareja más reciente si >2 meses. Puede tener síntomas de uretritis en el 50% de los casos
Tratamiento parenteral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefoxitina 2 g/6 h, IV (hasta 24 h después de la mejoría clínica) + doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO o IV ▪ Clindamicina 900 mg/8 h, IV + gentamicina 2 mg/kg IV o IM (dosis de carga) seguido de 1,5 mg/kg/8 h (se puede utilizar 3-5 mg/kg/24 h) ▪ Ambos hasta 24-48 h después de mejoría clínica y analítica. Después, doxiciclina 100 mg/12 h o clindamicina 450 mg/6 h VO (si hay absceso tubárico) hasta completar 14 d en total 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina/ácido clavulánico 1-2 g/200 mg/6-8 h, IV + doxiciclina 100 mg/12 h, IV o VO 	

[▶ [Tabla inicial](#)]

17.- Orquiepididimitis^{59, 60}		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 250 mg, MD, IM (si sospecha gonococo) + doxiciclina 100 mg/12 h, 10-14 d, VO ▪ Ofloxacino 200-400 mg/12 h, 14 d, VO + doxiciclina 100 mg/12 h, 10-14 d, VO 	<p>Si alergia a Cef o tetraciclinas, o más probable bacterias entéricas (sexo anal, procedimiento instrumental urológico o en >35 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levofloxacino 500 mg/24 h, 10-14 d, VO ▪ Ofloxacino 200-400 mg/12 h, 10-14 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 2 últimos meses o pareja más reciente si >2 meses. Hasta finalizar tratamiento utilizar preservativo.

[▶ [Tabla inicial](#)]

18.- Proctitis	
Tratamiento ³¹	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento igual que infección gonocócica ▪ Si úlceras perianales descartar VHS o LGV y tratar según sospecha o confirmación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí

[▶ [Tabla inicial](#)]

19.- Condilomas⁶¹		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Aplicados por el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podofilox (podofilino) gel o solución 0,5%/12 h, 3 d, seguidos de 4 d sin tratamiento. Se puede repetir este ciclo 4 veces. Útil en lesiones no queratinizadas (no usar en ano ni cérvix). No en embarazo ▪ Imiquimod crema 5%, 3 noches alternas/semana, máximo 16 semanas. Lavar 6-8 horas después de aplicar. No en lesiones internas. No en embarazo <p>De aplicación en consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crioterapia con nitrógeno líquido cada 1-2 semanas. Útil en lesiones queratinizadas ▪ Podofilina resina 10-25%, 1-2 veces/semana (lavar en 1-4 h) ▪ Ácido tricloroacético (ATC) o dicloroacético (ABC) 80-90%, semanal. Se puede repetir durante 6-8 semanas, no necesita ser lavado ▪ Escisión quirúrgica: láser de CO₂, curetaje o electrocirugía. Útil en lesiones queratinizadas y múltiples pediculadas, pequeñas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verrugas cervicales: biopsia y consulta con especialista para descartar lesión de alto grado ▪ Verrugas vaginales: crioterapia con nitrógeno líquido o láser de CO₂ o ATC o ABC al 80-90% ▪ Verrugas en meato uretral: crioterapia o podofilina 10-25% ▪ Verrugas anales: crioterapia, ATC o ABC al 80-90% o resección quirúrgica ▪ Verrugas vulvares y en genitales externos: válido cualquiera de las técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, valoración y exploración en busca de lesiones y si existen, tratarlas

[▶ [Tabla inicial](#)]

20.- Pediculosis pubis⁶²		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Todos se deben repetir a los 5-7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permetrina loción 1,5%, aplicar y lavar 10 minutos tras la aplicación. Preferido en embarazo ▪ Piretrina + butóxido piperonilo, aplicar y lavar 10 minutos tras la aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malation loción 0,5% aplicar durante 12 h y lavar después, repetir a los 7 d. No en embarazo ▪ Ivermectina 250 mcg/kg, y repetir en 2 semanas, VO. No en embarazo ▪ Ivermectina 200 mcg/kg, 3 dosis separadas, 7 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si contacto sexual en el mes previo. Abstención sexual y contacto corporal hasta curación de ambos/ ▪ Lavar ropa interior y de cama >50 °C o en bolsa cerrada de plástico 1 semana

[▶ [Tabla inicial](#)]

21.- Sarna		
Tratamiento ³¹ (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permetrina crema 5%, en todo el cuerpo, lavar tras 8-14h. Se puede repetir/7 d x 2 veces ▪ Ivermectina 200 mcg/kg, VO. Repetir en 2 semanas. No en embarazo (clase C FDA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lindano crema 1%, en todo el cuerpo, lavar tras 8 h. No en embarazo, lactancia, dermatitis extensa, sarna con pústulas ▪ Prurito: antihistamínicos VO y/o corticoides tópicos de potencia media 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si contacto sexual en el mes previo. Abstención sexual y contacto corporal hasta curación de ambos ▪ Lavar ropa interior y de cama >50 °C
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sarna costrosa o forma noruega: escabicida tópico/d, 7 d, seguido de 2 veces/semana, hasta curación + Ivermectina 200 mcg/kg, VO, días: 1, 2, 8, 9, 15, 22 y 29 		

[▶ [Tabla inicial](#)]

Referencias bibliográficas

- Bignell C, *et al.* on behalf of the European STI Guidelines Editorial Board. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 2013;24 85-92.
- Brockmeyer NH, STI-Treatment Pocket Guide. [Treatment recommendations for selected sexually-transmitted infections \(STI\) of the German STI-Society for the Promotion of Sexual Health](#). English edition. 2014/2015.
- Cancelo MJ, y cols. [Protocolo SEGO de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales](#). *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56(5):278-84.
- CDC Grand Rounds. [The Growing Threat of Multidrug-Resistant Gonorrhea](#). *MMWR*. 2013;62(6):103-6.
- Fuchs W, *et al.* [Sexually transmitted infections \(review\)](#). *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2014;12:451-64.
- Grabe M, *et al.* Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology (EAU), 2014. Disponible en http://uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR.pdf
- Lazaro N. Sexually Transmitted Infections in Primary Care. RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group. Royal College of General Practitioners. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Second Edition 2013. Disponible en <http://www.rcgp.org.uk>
- Oduyebo OO, *et al.* The effects of antimicrobial therapy on bacterial vaginosis in non-pregnant women (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD006055.
- Workowsky KA, *et al.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Sexually transmitted diseases treatment guidelines](#). *MMWR*. 2010;59 (RR.12):1-110.

Abreviaturas: **Ac:** anticuerpo. **BASHH:** British Association for Sexual Health and HIV. **CDC:** Center for Disease Control. **Cef:** Cefalosporinas. **CMV:** citomegalovirus. **d:** día. **DIU:** dispositivo intrauterino. **DSTIG:** German STI-Society. **EAU:** European Association of Urology. **EIA:** enzyme immunoassay. **EIP:** Enfermedad inflamatoria pélvica. **E:** especificidad. **FDA:** Food and Drug Administration. **FTA-ABS:** Prueba de fluoresceína con absorción de anticuerpos treponémicos. **IF:** inmunofluorescencia. **IFD:** inmunofluorescencia directa. **IFI:** inmunofluorescencia indirecta. **IM:** vía intramuscular. **IP:** inmunoperoxidasa. **ITS:** infección de transmisión sexual. **IVG:** intravaginal. **LGV:** linfogranuloma venéreo. **MD:** Monodosis. **Micro-IF** microinmunofluorescencia. **NIH:** National Institute of Health. **OPM:** orina 1.ª micción. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa. **PMNL:** polimorfonucleares. **PrCR:** proteína C reactiva. **PPR:** prueba reagínica rápida. **S:** Sensibilidad. **SIDA:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **SNC:** Sistema nervioso central. **SSF:** salino fisiológico. **TMP-SMX:** trimetoprim-sulfametoxazol. **TP-MHA:** prueba de hemoaglutinación pasiva de partículas de *T. pallidum*. **ucc:** unidades cambiadoras de color. **UG:** uretritis gonocócica. **UNG:** uretritis no gonocócica. **VB:** vaginosis bacteriana. **VDRL:** venereal disease research laboratory. **VEB:** virus Epstein Barr. **VHS:** virus herpes simple. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VPH:** virus del papiloma humano. **VO:** vía oral. **VPP:** valor predictivo positivo. **VSG:** Velocidad de sedimentación globular.

Consulta de medicamentos en Pediatría:



Notas aclaratorias

¹ Especialmente por *C. trachomatis*, VPH, VIH y *N. gonorrhoeae*.

² Actualmente el contacto sexual es la vía más común de transmisión. La infección latente asintomática presenta replicación viral activa y capacidad de contagio. Generalmente se detectan Ac a las 3-12 semanas tras la infección. El test de cribado (EIA) debe realizarse ante prácticas sexuales de riesgo, agresión sexual,

- diagnóstico de otra ITS o embarazo y de confirmación con Western-blot, y en determinados casos PCR de DNA o de RNA.
- ³ Exudado blanquecino en el surco balano-prepucial, úlceras y lesiones pustulosas.
 - ⁴ Dolor e inflamación del epidídimo (epididimitis) con o sin [orquitis](#) de <6 semanas, los agentes causales más frecuentes en <35 años son *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*. Se acompañan de uretritis como factor predisponente, asintomáticas o mal tratadas.
 - ⁵ Si el exudado tiene aspecto normal y no se observan PMNL en el examen en fresco su diagnóstico es incierto.
 - ⁶ Se manifiesta con diarrea y dolor abdominal, con o sin signos de proctocolitis o proctitis.
 - ⁷ Puede asociar a la sintomatología de la proctitis, diarrea o dolor abdominal.
 - ⁸ Asintomática o presenta prurito, dolor anorrectal, tenesmo y secreción de exudado purulento.
 - ⁹ Por *N. gonorrhoeae*, habitualmente asintomática.
 - ¹⁰ En inmunodeprimidos las lesiones pueden ser extensas y de gran tamaño.
 - ¹¹ En más del 95% de los casos se demuestra la existencia de VPH. Se implican cofactores que facilitarían su desarrollo: otras ITS (VHS-2, *T. vaginalis*, *N. gonorrhoeae*), anticonceptivos orales, tabaquismo, número de hijos y, especialmente, estado de inmunosupresión. En la actualidad existen dos vacunas para la prevención del cáncer cervicouterino y verrugas genitales: una bivalente (contra los tipos 16 y 18, causantes del 70% del cáncer de cérvix) y otra tetravalente (contra los tipos mencionados y el 6 y 11, que causan el 90% de las verrugas genitales). Indicadas para mujeres entre los 9 y 26 años; es esencial que se administren previo al inicio de la actividad sexual. Las vacunas no son terapéuticas. Así mismo, la tetravalente está autorizada en varones entre 9-26 años para prevenir las verrugas genitales y el desarrollo posterior de displasia y cáncer anales.
 - ¹² Es la ITS más prevalente en adolescentes y jóvenes de ambos sexos. La incidencia máxima se sitúa entre 20-24 años, siendo la adolescencia la población de mayor riesgo. Infecta áreas que sufren microtraumatismos durante las relaciones sexuales, lo que facilita su propagación. Ocasionalmente, la transmisión puede ser digital→genital→digital. Suelen ser asintomáticas o presentar síntomas inespecíficos (dispareunia y vulvodinia). Pueden ser sólo detectables por colposcopia mostrándose como lesiones acetoblancas.
 - ¹³ Han aumentado las infecciones por VHS tipo 2 y 1 en adolescentes y mujeres <25 años de países desarrollados, por sexo oro-genital. La primoinfección puede ser asintomática, especialmente en varones, y contagiar a sus parejas. La serología no se realiza como método de screening, sí en situaciones especiales y en la evaluación de otras ITS. La eliminación del virus en las recidivas va disminuyendo con el tiempo.
 - ¹⁴ En población con cambio en las prácticas sexuales, homosexuales o consumo de drogas. Úlceras ano-genitales deben considerarse sifilíticas mientras no se demuestre lo contrario.
 - ¹⁵ Frecuente en África, América del Sur y zonas tropicales. Raro en países industrializados. Descartar otras ITS, si son negativas repetir serología de lúes y VIH a los 3 meses (periodo ventana).
 - ¹⁶ Excepcional en Europa. La lesión inicial en piel suele pasar desapercibida. En la 2.ª fase, el plastrón adenopático inguinal se acompaña de sintomatología general.
 - ¹⁷ En áreas tropicales, subtropicales y, a veces, en el sudeste de EE. UU. Afecta más a hombres y homosexuales.
 - ¹⁸ Alta rentabilidad diagnóstica. Los resultados tardan 4-7 días.
 - ¹⁹ Diagnóstico rápido, ↑ S y E. Distingue entre VHS-1 y VHS-2.
 - ²⁰ En encefalitis alta rentabilidad diagnóstica en LCR, considerada el gold-standard. El resultado se obtiene en 24 horas. No permite distinguir entre VHS-1 y VSH-2, pues amplifica una región común a ambos.
 - ²¹ Son reactivos a las 4 o 5 semanas después de la infección y son siempre positivos en pacientes con sífilis secundaria. Se utilizan para el diagnóstico presuntivo y seguimiento del tratamiento, pues negativizan entre 6 y 12 meses después de un tratamiento eficaz.
 - ²² Son de confirmación. Su reactividad comienza en la 3.ª semana y es por tiempo indefinido.
 - ²³ Secreción uretral purulenta, mucopurulenta o blanquecina o síndrome miccional (urocultivo negativo a uropatógenos) y evidencia en el examen directo del exudado, teñido con Gram, de ≥5 PMNL por campo

- microscópico x 1000, o piuria (≥ 15 PMNL en la muestra del centrifugado del OPM por campo x 400) o prueba de esterasa leucocitaria positivo en OPM.
- ²⁴ Secreción cervical mucopurulenta, purulenta amarillenta (presencia PMNL) o blanquecina, sangrado y edema en la zona de ectopia cervical y hemorragia ocasional poscoital o intermenstrual. Tinción de Gram del exudado: ≥ 30 PMNL por campo microscópico x 1000 en gonocócica y ≥ 20 PMNL en no-gonocócica..
- ²⁵ En los países desarrollados es la causa más frecuente de ITS no viral en adolescentes y jóvenes. Asintomática en el 80% de los casos, inhabitual aislar gérmenes.
- ²⁶ Recoger toma antes de micción; puede ser necesario exprimir uretra o cepillado endouretral. Si no existe secreción uretral recoger OPM para tira de orina, cultivo y Gram.
- ²⁷ Al ser una bacteria intracelular obligada, las muestras deben contener células epiteliales (raspado uretral o endocervical) y necesitan condiciones rigurosas de transporte. Se confirma por la identificación de las inclusiones citoplasmáticas características teñidas con Giemsa o ac monoclonales fluorescentes. El CDC la considera técnica de referencia y por requerimiento legal puede ser la única prueba diagnóstica para evaluar abusos sexuales.
- ²⁸ La cuantificación del microorganismo se realiza mediante la inoculación de las muestras en caldo de urea con realización de diluciones seriadas y expresión del título de crecimiento alcanzado en ucc/ml.
- ²⁹ Síndrome clínico polimicrobiano en el que la flora vaginal normal (*Lactobacillus* spp.) es reemplazada por bacterias aerobias y anaerobias, alterando el equilibrio del ecosistema bacteriano.
- ³⁰ El tratamiento reduce la duración de la sintomatología y el periodo de eliminación del virus.
- ³¹ La elección depende de la identificación y sensibilidad del microorganismo causal, peso, alergias o embarazo. Siempre que sea posible, se tratará con dosis única de medicamento para asegurar el cumplimiento (infecciones gonorreicas, clamidias y trichomonas). Si se sospecha gonorrea o infección por clamidia, deben tratarse ambas (tratamiento mixto). Las cremas y óvulos IVG pueden disminuir la eficacia del preservativo y diafragma.
- ³² Tratar durante 7-10 d. Hay autores que recomiendan 5 d. Se puede prolongar hasta desaparición de lesiones.
- ³³ Comprimidos de 200 mg y 800 mg.
- ³⁴ Valaciclovir y famciclovir tienen mejor biodisponibilidad que aciclovir.
- ³⁵ Comprimidos de 125, 250, 500 y 725 mg.
- ³⁶ Comprimidos de 500 mg y 1 g.
- ³⁷ El tratamiento episódico eficaz requiere comenzar antes de pasadas 12h del inicio de la lesión o durante el pródromo que precede a algunos brotes. Hay autores que utilizan pautas cortas.
- ³⁸ ≥ 6 recidivas/año. Reduce la frecuencia de recidivas en un 70-80%. Además, indicado en complicaciones: herpes generalizado, hepatitis, encefalitis y VIH. Duración: 6-12 meses.
- ³⁹ Estudio de LCR antes de iniciar tratamiento para descartar neurosífilis.
- ⁴⁰ Las adenopatías fluctuantes (pseudobubón) se deben drenar.
- ⁴¹ El plastrón adenopático inguinal (bubón) debe drenarse para evitar úlceras inguinales.
- ⁴² Duración del tratamiento hasta que curen las lesiones.
- ⁴³ Se añade a la pauta establecida por VO si no hay evidencia de mejoría esperada.
- ⁴⁴ Debido al incremento en las resistencias a Cef, especialmente VO, el CDC y NIH están realizando un ensayo clínico, actualmente en fase IV, con nuevas combinaciones de antibióticos: gentamicina 240 mg IM MD + azitromicina 2 g, VO, MD, que ha mostrado una efectividad del 100% y gemifloxacino 320 mg VO + azitromicina 2 g, VO, MD, con una eficacia de 99,5%, pero con leves efectos secundarios gastrointestinales. Se está valorando incluirlos en la próxima guía clínica como alternativa a ceftriaxona, por alergia o fracaso terapéutico.
- ⁴⁵ Reduce el desarrollo de resistencias a antibióticos, de infertilidad, EIP y otras complicaciones.
- ⁴⁶ Es necesario conocer el patrón local de sensibilidad antimicrobiana del *gonococo* para la elección de antibiótico. Existen varios planes de salud pública en el mundo que monitorizan sus resistencias antimicrobianas para evitar

- su propagación. La pauta actual es ceftriaxona IM, MD, si no hay alergia o resistencia: el CDC aconseja 250 mg y las guías europeas (BASHH, EAU, DSTIG) 0,5-1 g. Además, algunos autores europeos añaden dosis de azitromicina más elevadas (1,5-2 g, VO, MD).
- ⁴⁷ Algunas cepas pueden causar mínima infección genital y originar infección diseminada.
- ⁴⁸ Considerar tratamiento para gonococo si su prevalencia en la población es alta
- ⁴⁹ La uretritis persistente después de un tratamiento con doxiciclina podría estar causado por *M. genitalium* o, *U. urealyticum* resistente. Si ha existido una buena adhesión al tratamiento y se descarta la reinfección, habría que cubrir además *T. vaginalis* (hacer examen vaginal a sus parejas) e incluir metronidazol 2 g, MD, VO.
- ⁵⁰ Tratar sólo si sintomatología.
- ⁵¹ ≥ 4 episodios sintomáticos/año. Realizar cultivos (*C. no-albicans* en 10-20% de casos). Duración 6-12 meses.
- ⁵² Se deben vigilar las enzimas hepáticas, por el potencial riesgo de hepatotoxicidad.
- ⁵³ Diferentes ensayos clínicos aleatorizados han evaluado su eficacia en la prevención de las recidivas, tras el tratamiento de antifúngicos. Restauran el equilibrio de la flora y pH vaginal, mediante la producción de ácido láctico. Es una alternativa prometedora y los resultados deben ser confirmados en nuevos estudios bien diseñados. En pacientes con alto riesgo de recidivas o con alergias e intolerancias a antifúngicos es razonable recomendar la prescripción de *lactobacillus* (cepas *fermentum*, *rhamnosus*, *plantarum* o *acidophilus*).
- ⁵⁴ Eritema y edema vulvar extenso, fisuras y excoiación.
- ⁵⁵ Resistencias intrínsecas y/o adquiridas a antifúngicos empleados habitualmente
- ⁵⁶ Se trata en embarazos asintomáticos, instrumentación urogenital o portadoras de DIU.
- ⁵⁷ Aunque hay estudios no concluyentes (la revisión Cochrane 2009 aún no los recomienda y aconseja nuevos ensayos) otros avalan su papel como prevención de recidivas, adyuvante al tratamiento antibiótico e incluso como sustituto al mismo. Las pautas recomendadas son similares a la candidiasis vaginal recurrente.
- ⁵⁸ Con sospecha clínica se inicia el tratamiento. Enviar al hospital si urgencia quirúrgica (peritonitis o absceso).
- ⁵⁹ Enviar al hospital si no puede descartarse torsión (ecografía testicular con doppler), infarto testicular, absceso, tumor o mala respuesta al tratamiento.
- ⁶⁰ Medidas generales: reposo, frío local, suspensorio escrotal y antiinflamatorios/analgésicos.
- ⁶¹ No existe un tratamiento específico que erradique el DNA viral. La elección del tratamiento depende de la localización, tamaño y extensión de las lesiones. En general, se utilizan varios tratamientos, puesto que el índice de no respuesta completa y de recidiva es alto con todos ellos por separado.
- ⁶² El parásito desarrolla con facilidad resistencia a los pediculicidas. Si está localizado en pestañas, aplicar pomada oftálmica en los márgenes palpebrales con método oclusivo, cada 12 horas, 10 días.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.



[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2015. ISSN: 2174-3568.