

Jornada Educación Continua

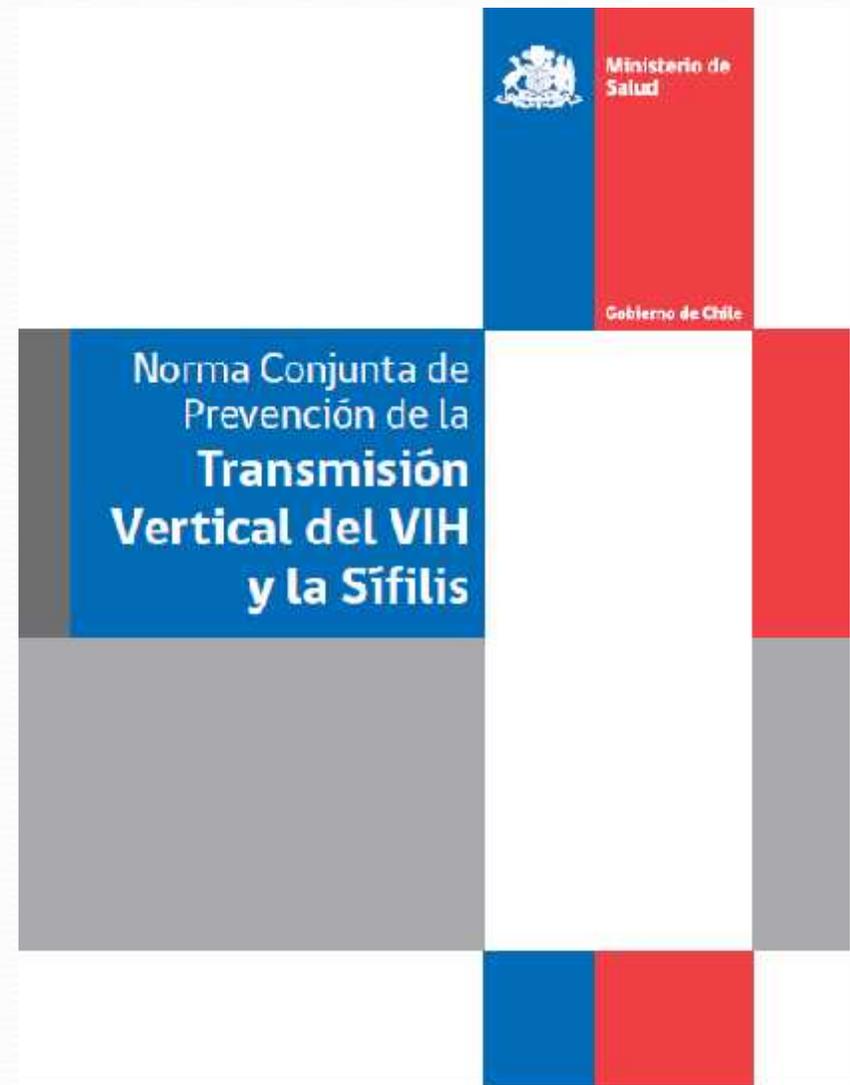
Diagnóstico y Manejo de

Infecciones de Transmisión Sexual

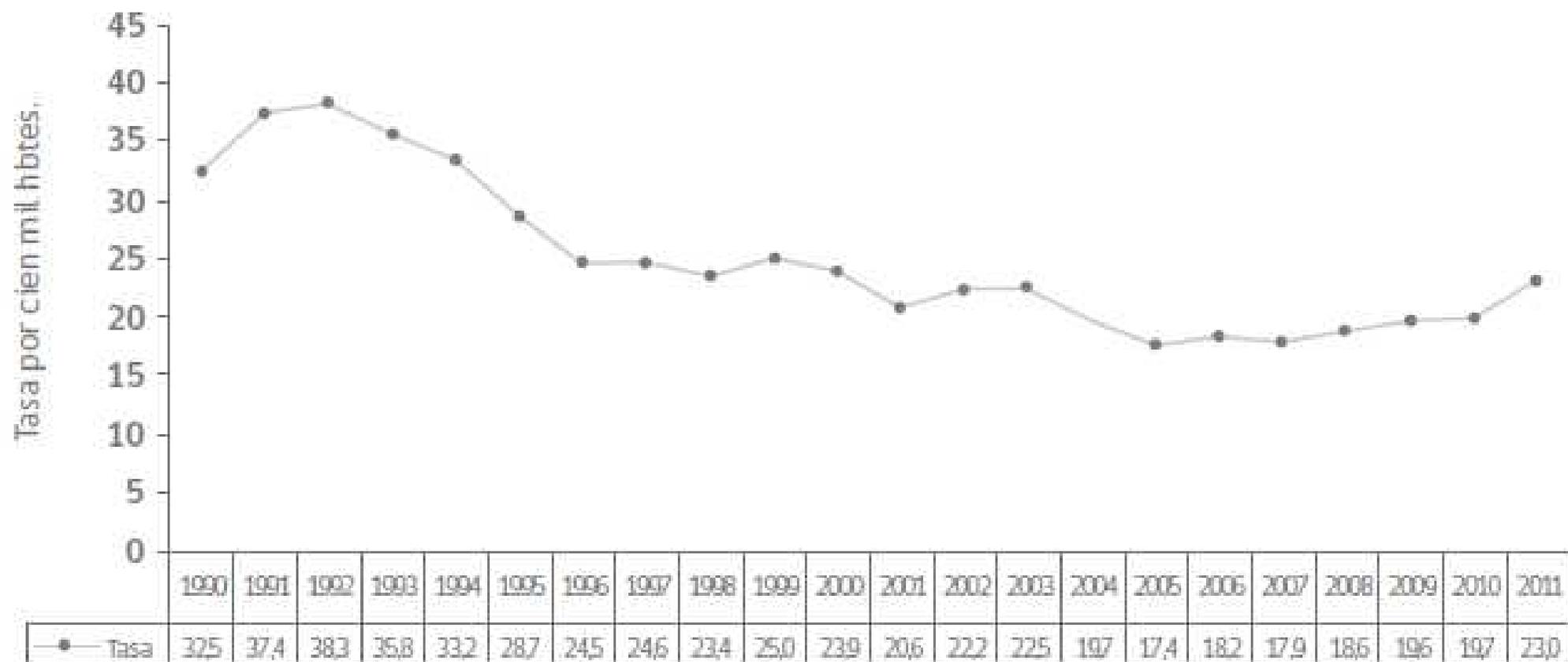
Dra. Catalina Bley B.
Dermatóloga Hospital Regional Rancagua

2016

Normas de Manejo



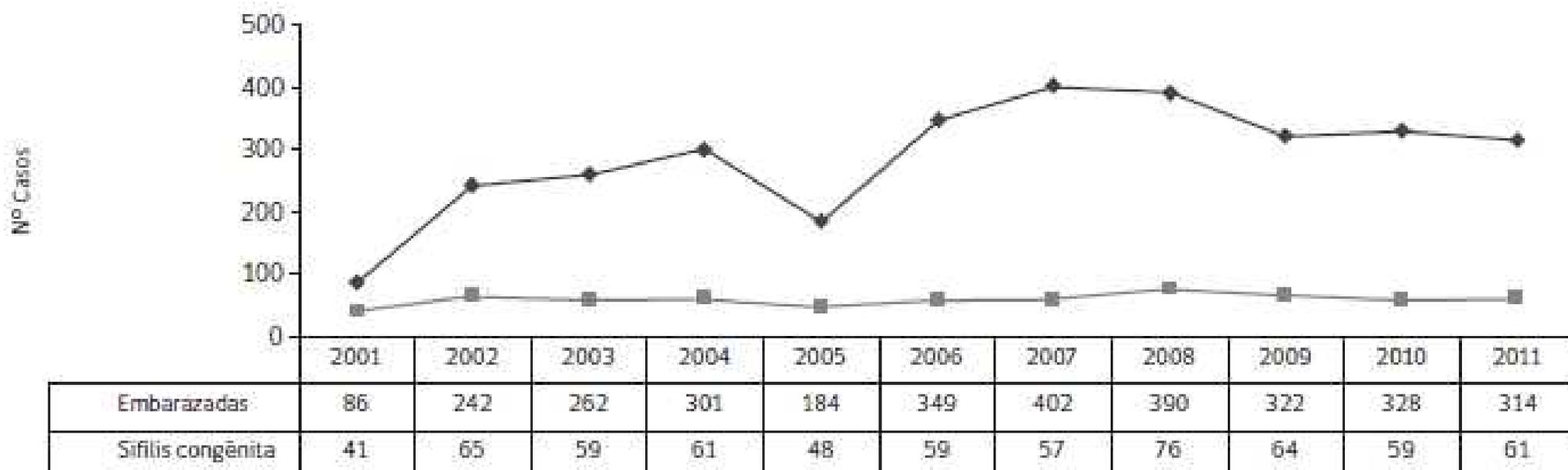
Tasas de Incidencia de Sífilis.
Chile, 1990- 2011(&)



Fuente: ENOS-DEIS - MINSAL

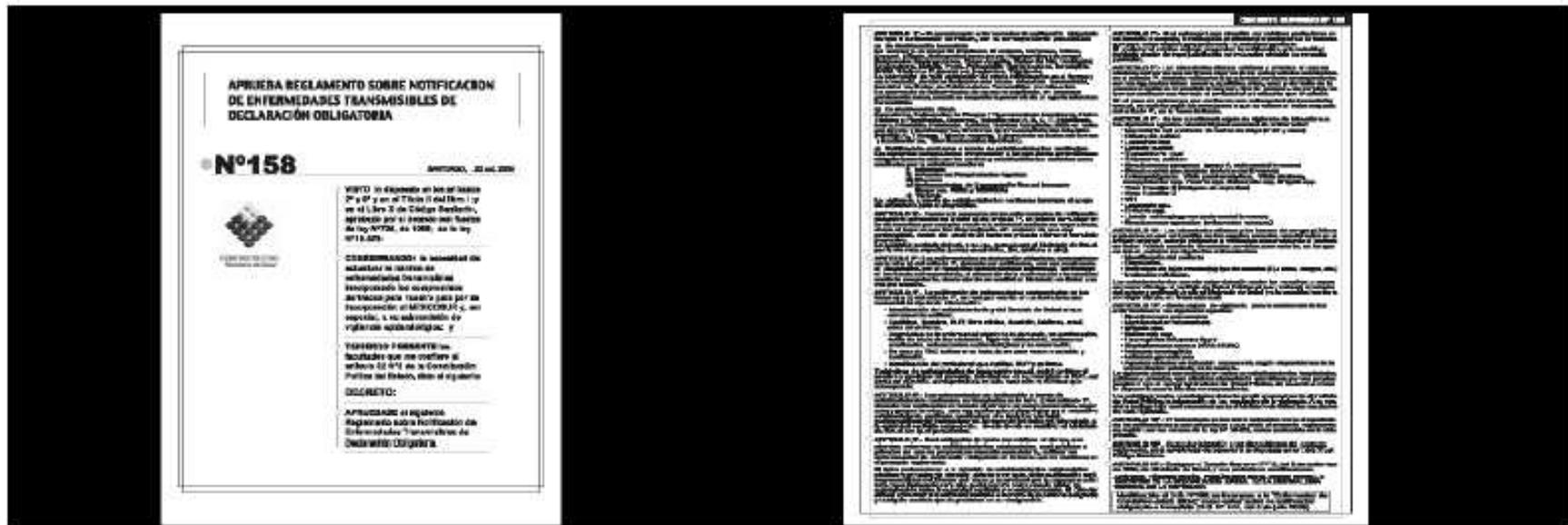
(a): datos provisorios

Casos de Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita. Chile 2001-2011 (&)



Fuente: ENO-DEIS - MINSAL. (&) Datos Provisorios año 2011.

Modelo Legislativo: DS 158: Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria 22.10.2004 (Modif. N°13)



Infección por VIH, sífilis y gonorrea son de vigilancia obligatoria universal, de notificación diaria.
VIH es agente de Vigilancia de laboratorio, ¿*Treponema pallidum*?
Neisseria gonorrhoeae es de vigilancia de resistencia antimicrobiana

Manejo Sindromático ITS



Manejo de Sospecha ITS

- En caso de sospecha de ITS:
 - Siempre tratar con esquemas de manejo sindromático.
 - Siempre solicitar serología VDRL, VIH y VHB-C.
 - Siempre controlar y tratar a la pareja y contactos.

Manejo Sindromático ITS

- Permite el manejo de la mayoría de las ITS en APS
- Está orientado a tratar el síntoma
- Es altamente sensible (amplio espectro)
- Se basa en flujogramas
- Trata al paciente en la primera consulta
- Cuando es posible trata con monodosis (adherencia)
- Permite educar y orientar al paciente

SÍNDROMES DE ITS COMUNES, SUS PATOLOGÍAS Y SUS AGENTES ETIOLÓGICOS

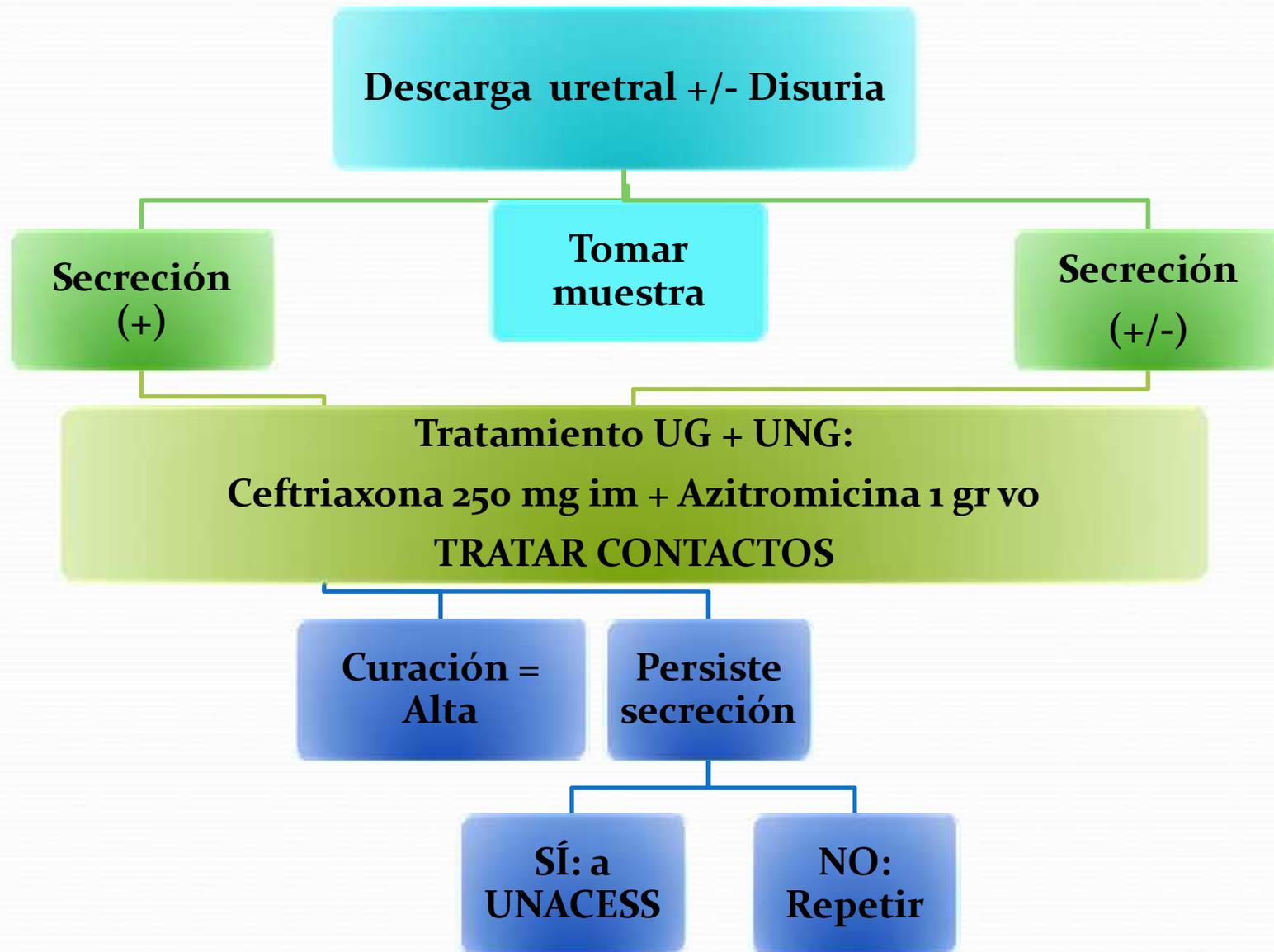


SÍNDROME CLINICO	PATOLOGÍAS ASOCIADAS	PRINCIPAL AGENTE ETIOLÓGICO
Descarga Uretral	Uretritis	<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • Mycoplasma • Ureaplasma urealyticum • Otros
	Epididimitis	
Descarga vaginal	Cervicitis muco purulenta	<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis. • Candida albicans • Tricomonas vaginalis • Bacterias asociadas a la VB • Otros
	Vulvovaginitis	
	Vaginosis bacteriana	

Lesiones ulcerativas genitales	Herpes	<ul style="list-style-type: none"> • Virus herpes simple tipo 1 y 2 (VHS-1, VHS-2)
	Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Treponema pallidum.
	Chancroide	<ul style="list-style-type: none"> • Haemophilus ducreyi
	Linfogranuloma venéreo	<ul style="list-style-type: none"> • Chlamydia L1, L2 y L3
Lesiones vegetantes genitales	Condiloma Acuminado	<ul style="list-style-type: none"> • Virus Papiloma Humano (VPH)
	Condiloma plano sífilítico	<ul style="list-style-type: none"> • Treponema pallidum.
	Molusco contagioso	<ul style="list-style-type: none"> • Poxvirus

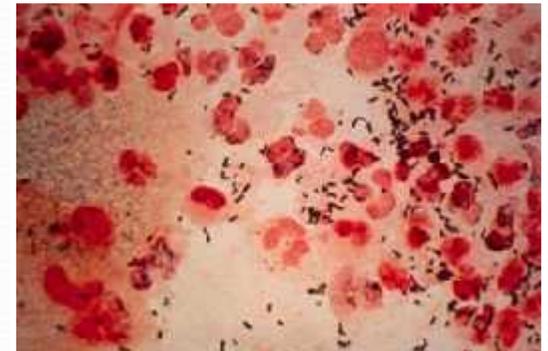
Síndrome de descarga uretral - cervicovaginal





Gonococo

- Inflamación uretral causada por *Neisseria gonorrhoeae*:
 - Diplococo gram (-),
 - Grupo más afectado entre 15-54 años
 - Se adhiere a epitelio uretral, endocervix, vagina, recto, faringe y conjuntiva.
- Clínica: incubación 3-5 días (rango 1-20), transmisibilidad de meses o años
 - Hombres:
 - 90% sintomáticos
 - Mujeres:
 - Asintomáticas (portadoras)
 - Secreción cervical purulenta – Disuria
 - PIP
- **Alta resistencia a Ciprofloxacino y Penicilinas**



Gonorrea

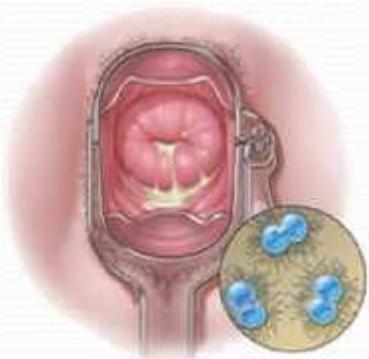
- Diagnóstico

- En hombres:



- Diplococos Gram(-) intracelulares en secreción.
 - Diplococos Gram(-) extracelulares hace sospechar la presencia de infección gonocócica
 - Confirmación con cultivo en Thayer Martin.

- En mujeres



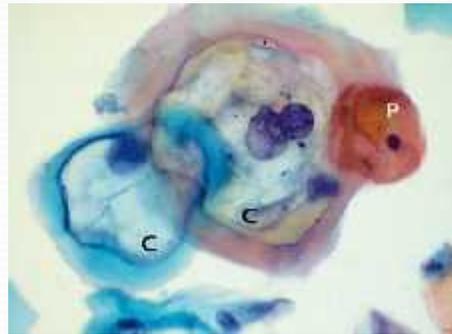
- Diagnóstico requiere cultivo de secreción endocervical en medio selectivo (Thayer-Martin).
 - Gram no tiene sensibilidad para el diagnóstico.
 - **Laboratorio de flujo en embarazadas siempre.**

Uretritis no gonocócica

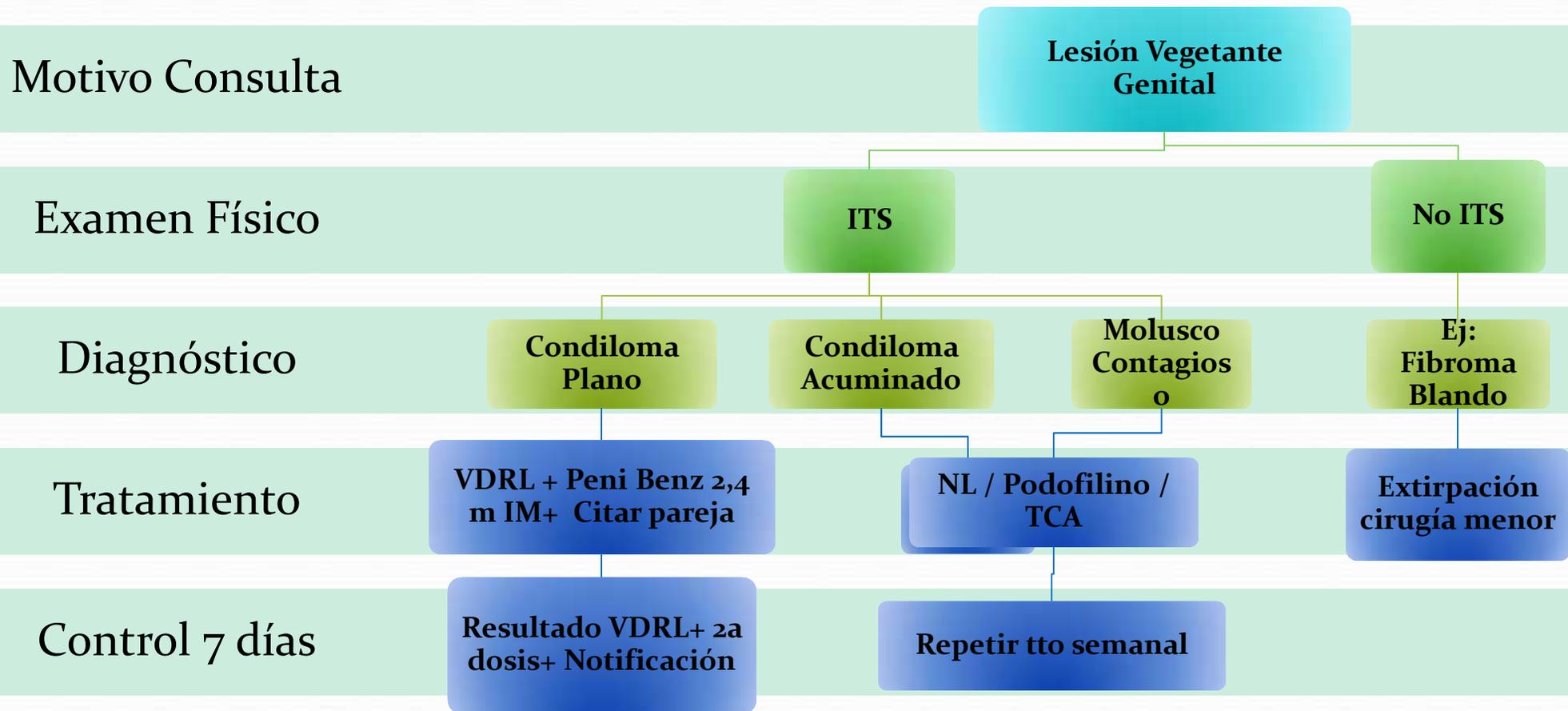
- Agentes etiológicos de UNG:
 - **Chlamydia tracomatis (30-50%)**
 - Ureaplasma urealyticum (25%)
 - Otros:
 - Bacterias: H. Influenzae, Streptococcus Agalactiae, Gardnerella Vaginalis,
 - Virus: Herpes Simplex, Citomegálico, Adenovirus, Papiloma Humano
 - Parásitos: Trichomonas Vaginalis, Esquistosomas.
 - Hongos: Cándida Albicans
- **Puede estar asociada a gonorrea hasta en 40%.**
- MINSAL implementará técnicas dg lab.



Síndrome de lesión vegetante



Síndrome de Lesión Vegetante



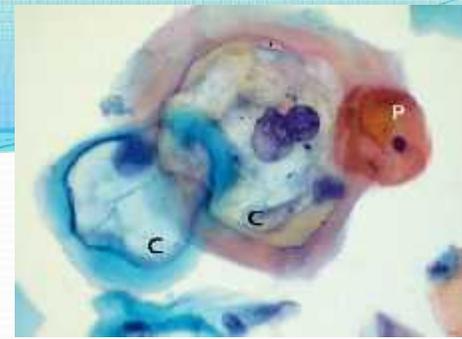
Síndrome de Lesión Vegetante

- Toda mujer con condilomatosis vulvar debe realizarse PAP anual independiente de su edad.
- ¿Cuándo derivar?
 - Condilomas que no respondieron al tratamiento con aplicación semanal (1 vez por semana) de:
 - TCA 90%
 - Podofilino 20 – 30%
 - Lesiones ulceradas.
 - Lesiones con crecimiento tumoral rápido.
 - Diagnóstico dudoso.
 - Obstrucción canal parto: derivar a ARO

Clínica



Manejo



- **Tratamiento lesiones:** eliminar verrugas sintomáticas.
 - **Verrugas externas:** peneanas, vaginales, perianales y anales.
 - **Autoaplicadas por el o la paciente:**
 - Podofiloxina al 0.5%: noche 3 días, descanso 4 días
 - Imiquimod crema al 5%: 3 noches por sem, dejar por 6 a 10 horas y lavar, 16 sem
 - **Aplicadas por profesional:** médico, matrn/a, enfermera
 - Crioterapia con nitrógeno líquido: Aplicación cada 1-2/sem
 - Podofilino al 10% - 30% en solución alcohólica, semanalmente hasta resolución.
 - Ácido Tricloroacético al 80% - 90%: local una vez por semana hasta resolución.
 - Escisión quirúrgica: tangencial con tijeras, afeitado de lesiones, curetaje y electrocirugía.
 - **Meato urinario:** nitrógeno líquido o podofilino 10% - 30%
 - **Embarazada:** no podofilino ni imiquimod.

Vacuna VPH

- Gardasil: tetravalente 6,11,16,18.
- Vacuna ha disminuido prevalencia de VPH genital en estudios poblacionales, incluso en pacientes no vacunados.
- Se ha incluido pacientes VIH+.
- Se puede plantear vacunación de pacientes con condilomas de difícil tratamiento (off label).



Síndrome de úlcera genital



Síndrome de Úlcera Genital

Clínica

Úlcera genital +/-
Dolor

Examen Físico

Erosiones/ Vesículas
dolorosas pequeñas

Úlcera genital:
Dolorosa o no
Con o sin
adenopatías

Tratamiento

Herpes:
ACV o ValACV+ Analgésicos
+VDRL

Penicilina Benz 2,4 mIM
VDRL
Tto contactos

Control 7 días

Evaluar
mejoría y
VDRL

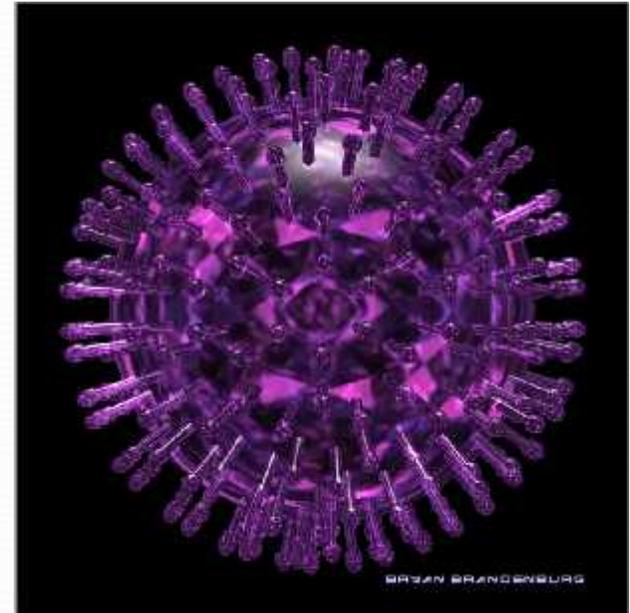
Evaluar
mejoría, VDRL
y completar tto

Conducta según
mejoría

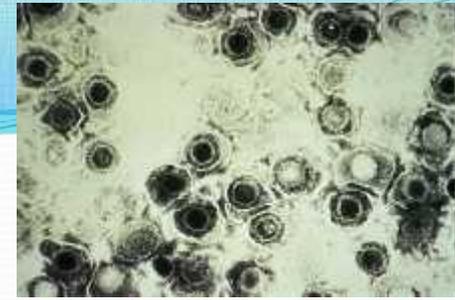
Mejoría:
Terminar tto

No Mejoría:
Derivar
UNACCESS

Herpes Genital



Generalidades



- Virus Herpes Simple (VHS) se mantiene latente:
 - VHS-1: más frecuentemente Herpes Labial.
 - VHS-2: más frecuentemente Herpes Genital.



Cuadro clínico

- **VHS-2** se transmite por contacto directo genital, oro-genital u oro-anal (soluciones de continuidad).
- **Primoinfección:**
 - Asintomática.
 - Múltiples lesiones características.
- **Reactivaciones:**
 - Trauma local, estrés, inmunocompromiso.
 - Pródromo: prurito, ardor, eritema.
 - Vesículas de 1-3 mm de diámetro, que al romperse forman erosiones superficiales dolorosas.
 - Resuelven entre 10 a 14 días. Puede asociarse a fiebre, decaimiento, linfadenopatía regional y disuria.
- La excreción viral puede persistir por tres semanas.
- Manejo precoz (no derivar para tratamiento).



Tratamiento Herpes genital

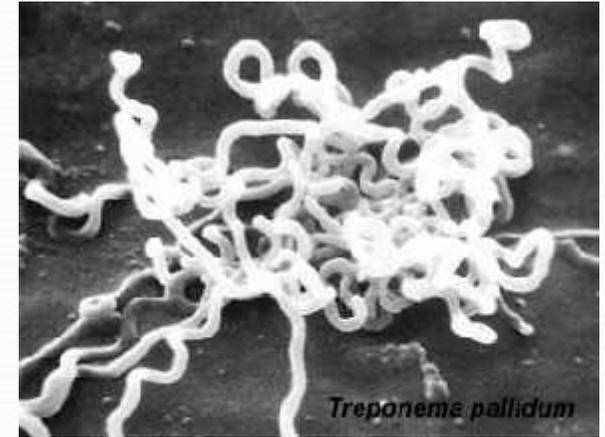
- Primer Episodio:
 - Aciclovir 400mg cada 8 horas por 7 días.
 - Inicio precoz del tratamiento.
- Episodio Recurrente:
 - Aciclovir 400mg cada 8 horas por 5 días.
- Recidivante: más de 6 veces por año.
 - Terapia de supresión:
 - Aciclovir 400 mg. Oral 2 veces al día por 8 meses
 - Valaciclovir 500 mg. Oral al día por 8 meses
- **NO SIRVE el tratamiento con Aciclovir en crema.**

Sífilis



Sífilis

- Enfermedad sistémica causada por **Treponema pallidum**:
 - Bacilo gram negativo largo, delgado.
 - Enrollado en forma helicoidal, espiral o en sacacorchos.
 - Infección exclusiva del ser humano.
- Mecanismo de transmisión:
 - Sexual, vertical, sanguíneo (raro), inoculación directa.



Diagnóstico de Sífilis

- **Sífilis Primaria:**

- Presencia de una o más úlceras genitales y/o extragenitales, indurada, habitualmente no dolorosa (chancros)
- Serología no treponémica reactiva (**VDRL, RPR**) o antecedente de contacto con un caso confirmado.



Sífilis Primaria

- Incubación : 4 semanas (entre 9 y 90 días)
- Manifestaciones clínicas:
 - CHANCRO PRIMARIO:
 - Aparece en el punto de inoculación, como una pequeña erosión que se ulcera.
 - Única, indolora, con bordes bien definidos, base indurada.
 - Secreción serosa en su superficie.
 - Adenopatía regional no dolorosa, única o múltiple
 - Sin tratamiento desaparece de 3 a 8 semanas



Diagnóstico de Sífilis

- **Sífilis Secundaria:**

- Serología no treponémica reactiva en dilución igual o mayor a 1:4 con presencia de una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:
 - Lesiones mucocutáneas localizadas o difusas
 - Compromiso del estado general similar a un estado gripal
 - Adenopatías múltiples no dolorosas



Sífilis secundaria

- **Manifestaciones mucosas:**
 - Condilomas planos (región vulvar, perianal)
 - Pápulas, nódulos, parches mucosos (placas blanquecinas húmedas bucal- genital)
 - Boqueras y otras
- **Manifestaciones sistémicas:**
 - Oculares, auditivas.
 - Renales, hepatitis, artralgias.
- **Laboratorio:** serología es siempre reactiva
 - - VDRL/RPR: títulos elevados (>1:16)
 - - FTA-Abs / MHA-TP: reactivos
 - - Treponema pallidum por microscopía directa
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Erupción por drogas y virus
 - P. Rosada – Psoriasis - C. Acuminados
 - Herpes simplex simplex.



Diagnóstico de Sífilis

- **Sífilis Latente Precoz**

- Serología no treponémica reactiva sin síntomas ni signos actuales con uno o más de los siguientes antecedentes:
 - Seroconversión ocurrida durante los últimos 12 meses.
 - Contacto sexual con un caso de sífilis confirmada durante los últimos 12 meses.

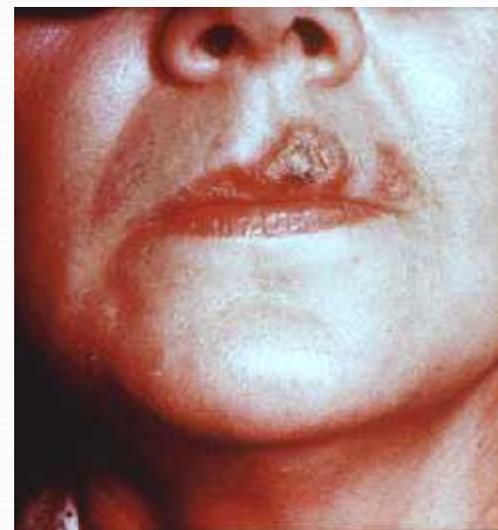
- **Sífilis Latente Tardía**

- Serología no treponémica reactiva, sin síntomas ni signos actuales con uno o más de los siguientes antecedentes:
 - Seroconversión ocurrida en un tiempo mayor a 12 meses.
 - Contacto sexual con un caso de sífilis confirmada en un tiempo mayor a 12 meses.

Diagnóstico de Sífilis

- **Sífilis Terciaria**

- Presencia de una o más de las siguientes manifestaciones compatibles con sífilis terciaria y serología treponémica y/o no treponémica reactiva:
 - Compromiso cardiovascular como Aortitis, Estenosis ostium coronario, y otros.
 - Lesiones granulomatosas o gomas en cualquier tejido o víscera.
 - No es contagiosa en esta etapa.



Diagnóstico de Neurosífilis

- **Neurosífilis**

- Presencia de VDRL reactivo (cualquier dilución) en líquido cefalorraquídeo, con o sin sintomatología neurológica.

- **Indicación de Punción Lumbar**

- En todo paciente con sífilis y síntomas neurológicos, oftalmológicos (uveítis, retinitis) y otológicos.
- En tratamiento fallido en forma recurrente.
- En paciente VIH positivo con VDRL >1:16 y CD4<350.
- RN sospecha sífilis congénita.

Tratamiento

- **VDRL o RPR reactivo en cualquier dilución:**
 - Dar primera dosis de PNC 2,4 mill IM.
 - Confirmar diagnóstico con:
 - Síntomas del paciente
 - Serología de contactos sexuales
 - Prueba treponémica
 - Antecedente de serologías previas
- **SIEMPRE** estudiar a los contactos sexuales.

Tratamiento

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	2 semanas consecutivas
PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	15 días
Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	15 días
Ceftriaxona *	1 gr.	intramuscular	cada 24 horas	10 días

Sífilis Latente Tardía

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina benzatina	2.400.000 UI	intramuscular	semanal	3 semanas consecutivas
PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	30 días consecutivos
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	30 días consecutivos

Tratamiento

Embarazadas alérgicas a penicilina: En embarazadas alérgicas a Penicilina el tratamiento es Eritromicina, de acuerdo a la etapa de la enfermedad en que sean diagnosticadas.

Sífilis Primaria, Sífilis Secundaria, Sífilis Latente Precoz

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg	Oral	Cada 6 horas	15 días consecutivos

Sífilis Latente Tardía

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Eritromicina	500 mg	Oral	Cada 6 horas	30 días consecutivos

El tratamiento con Eritromicina no cruza la placenta, por lo que no trata la infección fetal. Sólo se usa en Embarazada no en otros alérgicos a PNC.

Tratamiento

Neurosífilis

Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Penicilina sódica	3.000.000 a 4.000.000 UI	endovenoso	cada 4 horas	14 días consecutivas
PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA (EXCEPTO EMBARAZADAS)				
Tetraciclina	500 mg.	oral	cada 6 horas	30 días consecutivos
Doxiciclina	100 mg.	oral	cada 12 horas	30 días consecutivos
Ceftriaxona	2 gr.	Intramuscular o endovenoso	cada 24 horas	14 días consecutivos

Seguimiento Serológico

- **VDRL** en los meses 1^o - 3^o - 6^o y 12^o post tratamiento.
 - Se debe realizar el VDRL o RPR en el mismo laboratorio.
- Los contactos sexuales de pacientes con sífilis deben ser citados a control, evaluados y tratados.
- **Paciente adecuadamente tratado se define como:**
 - **Sífilis precoz:** Disminución en 2 o más diluciones al mes post tratamiento.
 - **Sífilis Tardía:** Por imposibilidad de evidenciar disminución de las diluciones se evalúa respuesta al tratamiento según evolución clínica.
- **Fracaso del tratamiento y/o reinfección se define como:**
 - **Sífilis precoz:** la mantención o aumento de las diluciones.
 - **Sífilis tardía:** el aumento de 2 o más diluciones evidencia siempre reinfección.

Seguimiento Serológico

- TRATAR PRECOZ ya que iniciar un tto con una serología antigua puede dar una falsa dilución de inicio de tto y alterar las diluciones esperadas en los control posteriores.
 - Ejemplo:
 - VDRL 1:8 (12/1/2014)
 - PNC 2,4 mill (4/03/2014) y (11/03/2014)
 - VDRL control **1:16** (11/04/2014)
 - **VDRL 1:64 (3/03/2014)**

Notificación

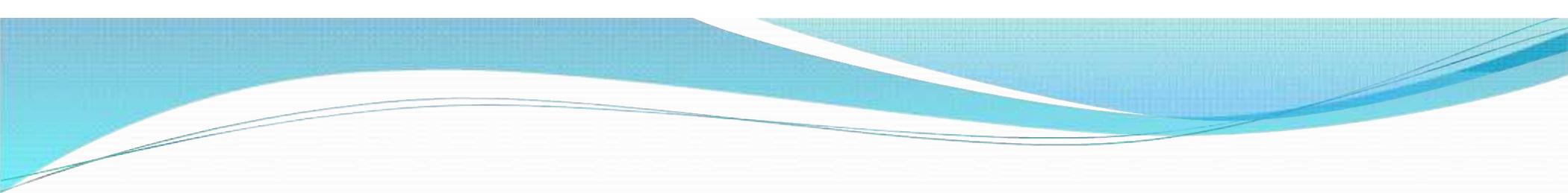
- Todos los casos confirmados deben notificarse con boletín ENO.
- Cualquier profesional puede hacer el ENO.
- Deben registrarse en carnet de control:
 - Fechas y dilución de VDRL.
 - Fechas y dosis de PNC.
 - Control o no de contactos, serologías y tto.
- Entregar esta información al paciente para que otros profesionales puedan tener conocimiento del diagnóstico y manejo.

Manejo Víctimas Violencia Sexual

- **Ceftriaxona**, 250 mg en dosis única IM +
- **Azitromicina** 2 g en dosis única VO +
- **Metronidazol** (o Tinidazol) 2 g en dosis única VO +
- **Vacuna para Hepatitis B** (si el paciente no tiene antecedentes de vacunación previa)

- Para mejorar la tolerancia gástrica se recomienda que la ingesta de metronidazol se realice con posterioridad a la atención y en el domicilio del o la consultante.

- Evaluar el riesgo de VIH para tratamiento con antirretrovirales.



Gracias