

Tabla 1: Etiología de las lesiones ulceradas genitales**Procesos más frecuentes**

| | |
|----------------|----------------------------|
| Herpes genital | VHS 1-2 |
| Sífilis | <i>Treponema pallidum</i> |
| Chancroide | <i>Haemophilus ducreyi</i> |

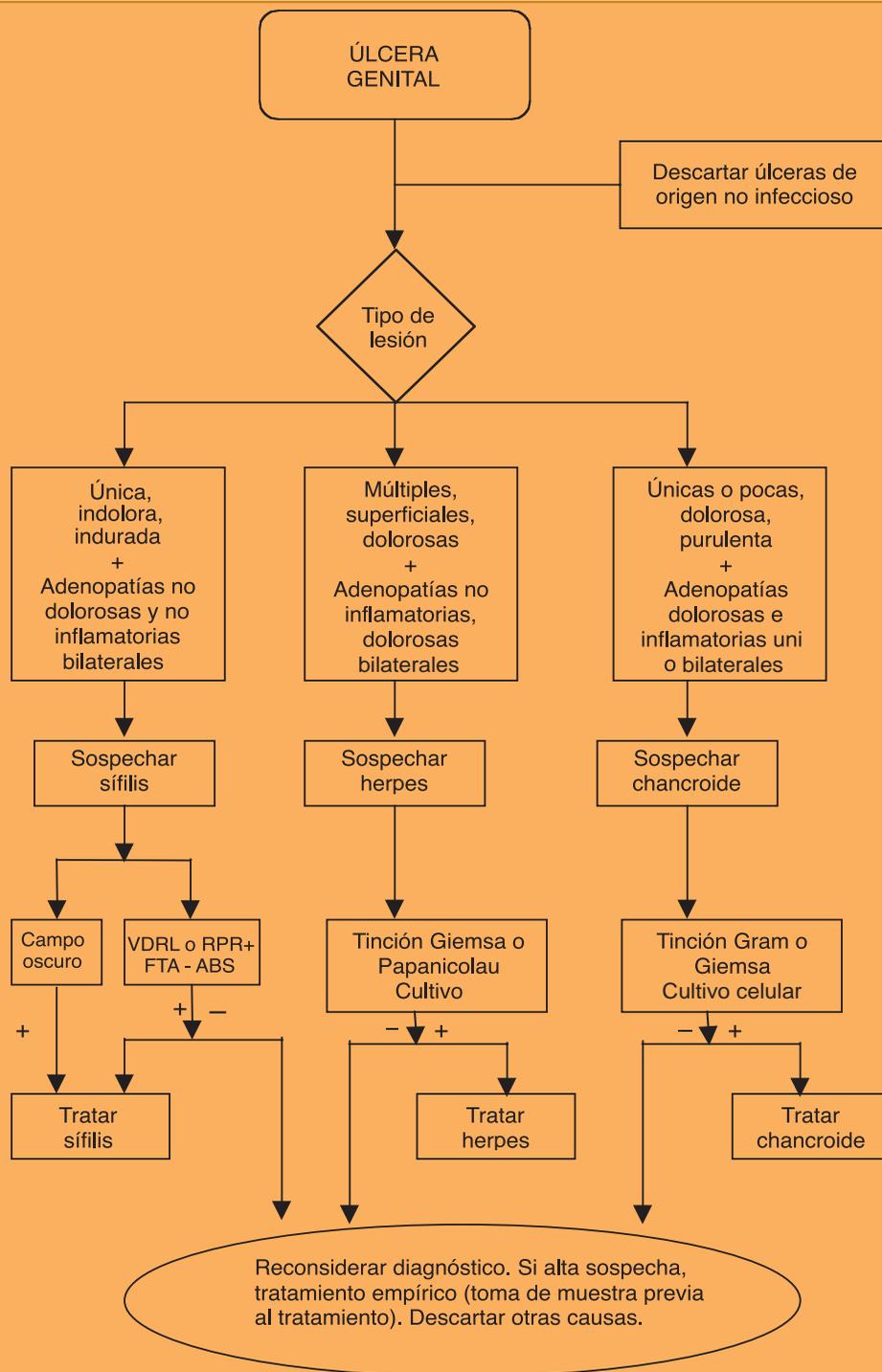
Procesos menos frecuentes

| | |
|------------------------|--|
| Linfogranuloma venéreo | <i>Chlamydia trachomatis</i> L1,L2,L3 |
| Granuloma inguinal | <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> |

Tabla 2: Diagnóstico diferencial de las úlceras genitales

| Clínica | Incubación (días) | Lesión inicial | Características de las úlceras | Características de las adenopatías inguinales | Otros síntomas |
|------------------------|-------------------|-------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Herpes simple 2 | 2-7 | Vesícula | Vesículas múltiples, pequeñas y agrupadas que evolucionan a úlceras planas, superficiales y blandas. Generalmente dolorosas. | Adenopatías múltiples, bilaterales, pequeñas y dolorosas. No inflamatorias. Recidivantes. | Mialgias y cefaleas |
| Sífilis | 21 (9-90) | Pápula | Única, indurada, no dolorosa. Profunda. Base limpia. Cura espontáneamente. | Adenopatías bilaterales. Duras. Eritema. No dolorosas. | Asintomático |
| Chancroide | 2-12 | Mácula Pápula Pústula | Irregular Purulenta Bordes mal definidos No indurada Dolorosas Múltiples | 50% casos unilateral. Blanda, puede fluctuar. Dolorosa. Puede formar un cráter y supurar. | Dolor local |
| Linfogranuloma venéreo | 5-12 (3 d a 6 s) | Pápula Pústula Vesícula | Pequeña y plana. Indolora. No indurada. Cura espontáneamente de forma rápida. | Adenopatías adheridas con fluctuación y supuración. Pueden formar bubones. Uni o bilateral. Dolorosa. | Mialgia Fiebre Malestar general |
| Granuloma inguinal | 1-12 s | Pápula | Extensa y friable. Granulación del tejido progresiva e indolora. Límites marcados, eritematosa | A los 12 meses aparecen pseudobubones, granuloma inguinal subcutáneo. | Sangra con facilidad |

Tomada de Medina D., Munuera S., Rodríguez C., Pérez M. y de la Poza M. En Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. Grupos enfermedades infecciosas (2ª ed). Sociedades Catalana, Valenciana, Balear y Madrileña. Madrid. 2005.



Tomada de Medina D., Munuera S., Rodríguez C., Pérez M. y de la Poza M. En Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. Grupos enfermedades infecciosas (2ªed). Sociedades Catalana, Valenciana, Balear y Madrileña. Madrid. 2005.

Figura 1. Actitud ante una lesión genital ulcerada.

Tabla 3: Diagnóstico de laboratorio de la sífilis en sus diversos estadios

| Fase de sífilis | Pruebas diagnósticas |
|----------------------------------|--|
| Sífilis primaria | < 10 días de evolución Campo oscuro > 10 días de evolución Serología |
| Sífilis secundaria | Serología |
| Sífilis latente, precoz o tardía | Serología |
| Sífilis tardía | Serología, Rx tórax y estudio LCR |
| Sífilis congénita | Detección de IgM mediante FTA, estudio serológico óseo. |

Tomada de A.M. Cuenca Olivas en Jano. Tema monográfico. Enfermedades de Transmisión Sexual. Lesión ulcerada (I).

Tabla 4: Diagnóstico serológico de la sífilis. Pruebas serológicas

| Tests no treponémicos o reagínicos | Tests treponémicos |
|---|---|
| VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) | Inmunofluorescencia: FTA-ABS (Fluorescent treponema antibody-absortion) |
| RPR (Rapid Plasma Reagin) | Hemaglutinación:MHA-TP Inmovilización:TPI |

Útiles como cribado y seguimiento. Sus títulos de anticuerpos se correlacionan con la actividad de la enfermedad. Positivo a partir de la dilución 1/8. Es de esperar que se negativicen después del tratamiento, en algunos pacientes los anticuerpos pueden permanecer a bajos títulos durante largos periodos e incluso siempre. El VDRL es positivo a partir de la sexta semana. Se detecta en el 75% de sífilis primarias, el 75% de latentes y tardía y prácticamente en el 100% de las secundarias. Los sueros positivos deben titularse (título límite 1/8). VDRL es muy específico pero poco sensible en neurosífilis.

Realizados después de un test de cribado positivo son diagnósticos. Se correlacionan mal con la actividad de la enfermedad. No deben usarse para seguir la respuesta al tratamiento. El FTA-ABS es positivo al mes de contagio. Se detecta en un 90-100% de los casos en cualquiera de las fases de sífilis. La mayoría de pacientes con tests treponémicos positivos permanecerán positivos durante toda su vida (entre un 15-25% de pacientes tratados en su primera fase pueden revertir serológicamente a negativos en 2-3años).

Tomada de Medina D., Munuera S., Rodríguez C., Pérez M. y de la Poza M. En Manual de Enfermedades Infecciosas en AP. Sociedades Catalana, Balear, Madrileña y Valenciana de MFyC. Infecciones de transmisión sexual. 2ª Ed. Madrid 2005.

Tabla 5: Interpretación de los tests serológicos de la sífilis

| Tests reagínicos | Tests treponémicos | Interpretación | Actitud |
|------------------|--------------------|--|---|
| - | - | Ausencia de sífilis. Sífilis primaria muy precoz. | |
| + | - | Posible falso positivo. | Repetir a los 15-20 días. |
| + | + | Sífilis no tratada. Sífilis tratada recientemente. Sífilis tratada incorrectamente. Reinfección. | Contacto: < 2 años sífilis precoz. >2 años sífilis tardía. |
| - | + | Sífilis primaria precoz. Sífilis con fenómeno prozona. Sífilis tratada. Sífilis no tratada, latente o tardía. | Valorar la clínica. Diluir suero para determinar el test reagínico. Si existe duda ,tratar. |

Sífilis de antigüedad incierta: se considera sífilis precoz, si títulos VDRL>/ 1:32.

Un cambio en los títulos en cuatro veces es equivalente al cambio en dos diluciones (pe. de 1:16 a 1:4 o de 1:8 a 1:32).

Tomada de Medina D., Munuera S., Rodríguez C., Pérez M. y de la Poza M. En Manual de Enfermedades Infecciosas en AP. Sociedades Catalana, Balear, Madrileña y Valenciana de MFyC. Infecciones de transmisión sexual. (2ª ed.). Madrid 2005.

Tabla 6: Falsos positivos de los tests serológicos de sífilis

Causas de falsos positivos en la serología luética

| | Causas infecciosas | No infecciosas |
|-------------------------|--|--|
| En general | Enfermedades por mycobacterias. Enfermedades por espiroquetas. Mononucleosis. Enfermedades por protozoos. | Embarazo. Drogadicción. Enfermedades del tejido conectivo. |
| Pruebas no treponémicas | Bacterianas: Neumonías. Enfermedades por Chlamydia spp. Endocarditis bacteriana. RickETSiosis. Chancroide. | Vírica: Vacunas. Infección VIH. Hepatitis vírica. Varicela. Sarampión. |
| | | Edad avanzada. Cáncer avanzado. Hepatopatía crónica. Mieloma múltiple. Politransfundidos. Error de técnica. |
| Pruebas treponémicas | | Diabetes. Individuos sanos. |

Tomada de Medina D., Munuera S., Rodríguez C., Pérez M. y de la Poza M. En Manual de Enfermedades Infecciosas en AP. Sociedades Catalana, Balear, Madrileña y Valenciana de MFyC. Infecciones de transmisión sexual. (2ª ed.). Madrid 2005.

Tabla 7: Pautas terapéuticas de la sífilis

Sífilis primaria, secundaria y latente precoz

| Recomendado | Alternativa |
|--|--|
| Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM/ semana x 3. | Doxiciclina 100 mg/12 h/21 días. o Tetraciclina 500 mg/6 h/28 días. o Penicilina G benzatina a la dosis descrita, después de ser desensibilizado. |

Sífilis terciaria, latente tardía

| Recomendado | Alternativa |
|---|--|
| Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM Dosis única (50.000 UI/Kg IM dosis única). | Doxiciclina 100 mg/12 h/15 días. o Tetraciclina 500 mg/6 h/14 días. o Ceftriaxona 1 g IM/24 h/8-10 días. |

| Recomendado | Alternativa |
|--|--|
| Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM/ semana x 3. | Doxiciclina 100 mg/12 h/21 días. o Tetraciclina 500 mg/6 h/28 días. o Penicilina G benzatina a la dosis descrita, después de ser desensibilizado. |

Neurosífilis o afectación de pares craneales

| Recomendado | Alternativa |
|--|---|
| Penicilina Procaína 2.400.000 UI IM/24 h + Probenecid 500 mg vo/6 h/14 días. | Desensibilización a penicilina y tratamiento con la dosis descrita. o Ceftriaxona 2 g/IM/24 h/14 días. |

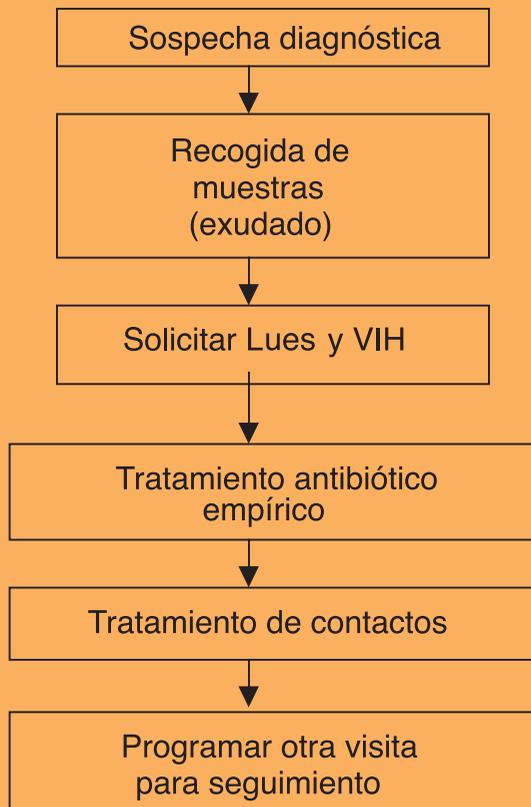
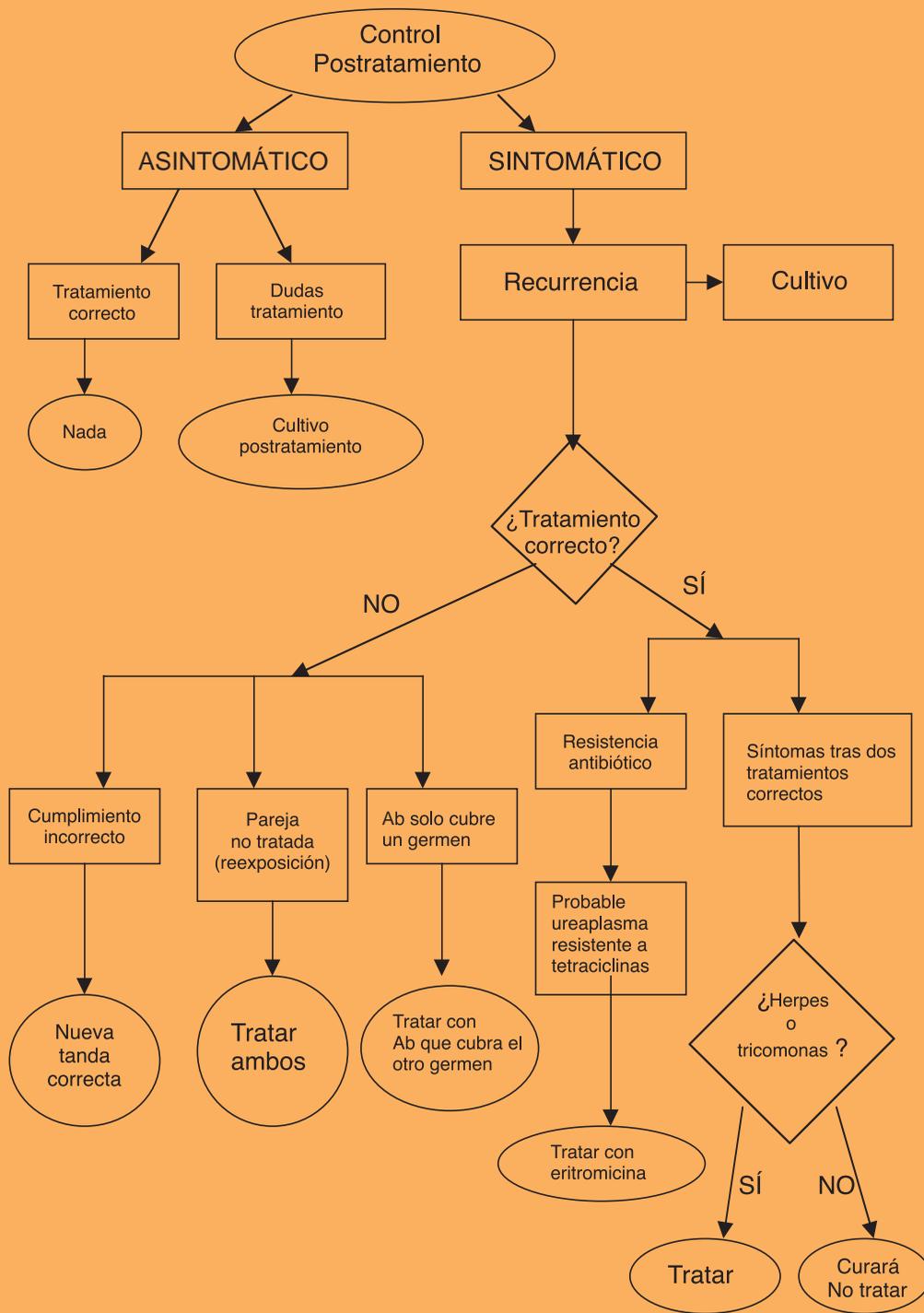


Figura 2. Manejo de las uretritis/cervicitis.



Tomado de: "Recomendaciones en Enfermedades infecciosas" ETS. Pilar Carceller et al.SVMFiC

Figura 3. Seguimiento del paciente con cervicitis/uretritis.

Tabla 8: Pautas de tratamiento de la cervicitis/uretritis

| Tratamiento | Alternativa | + | Tratamiento | Alternativa |
|--|--|---|----------------------------------|--|
| Ceftriaxona 125 mg/im/dosis única | Cefixima 400mg/dosis única Cefuroxima axetil 1g/dosis única | | Doxiciclina 100 mg/12 h x 7 días | Eritromicina etilsucinato 800 mg 6 h/7 días |
| Ciprofloxacino (500 mg/dosis única) | Ofloxacino 400 mg/dosis única Norfloxacino 800 mg/dosis única | + | Azitromicina 1 g/dosis única | Eritromicina base 500 mg/6 h/7 días Ofloxacino 300 mg/12 h/7 días |
| Azitromicina (1 g/dosis única) | Espectinomicina 2 g/im/dosis única | | | Tetraciclinas 500 mg/6 h/7 días |

Tabla 9: Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis

| | Vaginosis bacteriana | Vaginitis candidiásica | Vaginitis por tricomonas |
|----------------------|----------------------|------------------------|---|
| SÍNTOMAS | | | |
| Prurito | No | Intenso | Esporádicamente |
| Disuria | No | Externa | Interna-Externa |
| Irritación vulvar | Ausente | Marcada | Moderada |
| Relación menstrual | Ninguna | Pre-menstrual | Post-menstruación |
| Dispareunia | No | Sí | Sí |
| Otros | Malestar abdominal | - | Hemorragia postcoital, malestar abdominal |
| SIGNOS | | | |
| Eritema labios | No | Sí | Sí |
| Lesiones satélite | No | Sí | No |
| Afectación exocérvix | No | No | Aspecto aframbuesado con hemorragias puntiformes (> resolución con colposcopia) |
| FLUJO VAGINAL | | | |
| Cantidad | Moderado | Mínimo | Abundante |
| Consistencia | Homogéneo | Grumoso, requesón | Espumoso |
| Color | Blanco-grisáceo | Blanco | Amarillento-verdoso |
| Olor | Pescado | No | Maloliente |
| Ph | > 4,5 | < 4,5 | > 5,0 |

Tabla 10: Métodos diagnósticos en vulvovaginitis*

| | Vaginosis bacteriana | Vaginitis candidiásica | Vaginitis por tricomonas |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Examen en fresco (M.O.) | - | Hifas y levaduras, algunos leucocitos | Tricomonas móviles, abundantes leucocitos |
| KOH 10% (M.O.) | - | Hifas y levaduras | - |
| Tinción de Gram (M.O.) | Células clave (células del epitelio escamoso recubiertas de cocobacilos) | - | - |
| Ph¹ | > 4,5 | < 4,5 | > 5,0 |
| Test aminas (olor tras gota de KOH) | Olor a "pescado" | - | +/- |
| Cultivo | No necesario | En recurrencias o dudas | Si dudas |
| Serología | No | No | No |

*En negrita, los métodos de elección para cada entidad.

¹Técnica de medición sencilla, se pueden utilizar las tiras colorimétricas usadas para diagnóstico de infecciones de orina. Colocar la tira en la vagina o en la muestra de exudado vaginal. Lo normal es encontrar en la vagina un PH ácido entre 3,0 y 4,5.

Tabla 11: Pautas de tratamiento de las vulvovaginitis

| | |
|---------------|--|
| Recomendado | Metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. Metronidazol gel 0,75% una aplicación intravaginal (5 gr) cada 24 horas durante 5 días. Clindamicina crema 2% una aplicación intravaginal (5 gr) antes de acostarse durante 7 días. |
| Alternativo | Metronidazol 2 gr v.o. en una sola dosis. Clindamicina 300 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. Clindamicina óvulos 100 gr intravaginal antes de acostarse durante 3 días. |
| Embarazadas | Metronidazol 250 mg v.o. cada 8 horas durante 7 días. Clindamicina 300 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. |
| Asintomáticas | Sólo tratamiento de embarazadas. |
| Recurrencias | Metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. |
| Pareja sexual | No tratar. |

Tabla 12: Clasificación de las vulvovaginitis

| Características | No complicadas (necesario la presencia simultánea de los 4 factores) | Complicadas (sólo es necesario la presencia de uno de los factores) |
|-----------------|--|--|
| Presentación | Esporádica, infrecuente | Recurrente (≥ 4 por año) |
| Hospedador | Inmunocompetente | Diabetes no controlada, enfermedad debilitante, gestación e inmunodepresión. |
| Microbiología | Candida albicans | Candida no albicans |
| Severidad | Leve, moderada | Severa |

Tabla 13: Tratamiento de las vulvovaginitis

| | |
|---------------|--|
| Recomendado | Clotrimazol óvulos 500 mg intravaginal monodosis. Clotrimazol óvulos 100 mg intravaginal durante 7 días. Clotrimazol óvulos 100 mg intravaginal cada 12 horas durante 3 días. Clotrimazol crema 1% intravaginal (5 gr) durante 7 a 14 días. |
| Alternativo | Fluconazol 150 mg v.o. monodosis. Itraconazol 200 mg v.o. cada 12 horas durante 1 día. Itraconazol 200 mg v.o. cada 24 horas durante 3 días. |
| Embarazadas | Clotrimazol óvulos 100 mg intravaginal durante 7 días. Clotrimazol crema 1% intravaginal (5 gr) durante 7 días. |
| Asintomáticas | No tratar. |
| Recurrencias | Clotrimazol óvulo 500 mg intravaginal postmenstrual durante 6 meses. Fluconazol 150 mg v.o. cada semana durante 6 meses. Ketoconazol 100 mg v.o. cada día durante 6 meses. |
| Pareja sexual | Clotrimazol crema o fluconazol v.o. igual pauta que en la mujer. |
| Balanitis | No tratar. |
| Asintomático | |

Tabla 14: Tratamiento de vaginitis por tricomonas

| | |
|---------------|--|
| Recomendado | Metronidazol 2 gr v.o. monodosis. |
| Alternativo | Metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. |
| Embarazadas | Metronidazol 2 gr v.o. monodosis. |
| Asintomáticas | Metronidazol 2 gr v.o. monodosis. |
| Recurrencias | Metronidazol 500 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días. Metronidazol 2 gr v.o. durante 5 días. |
| Pareja sexual | Tratar sintomáticas y asintomáticas. Metronidazol 2 gr v.o. monodosis. |

Tabla 15: Recomendaciones generales para pacientes con vulvovaginitis

- Si presenta picor en genitales o flujo anormal, debe consultar con su médico de familia o ginecólogo.
- No use antisépticos para la higiene de genitales, ni duchas vaginales, desodorantes, perfumes, ni geles especiales.
- El lavado de la zona genital lo realizará con agua y jabón simple diluido.
- Evite prendas de vestir oclusivas y use ropa interior de tejidos transpirables, preferiblemente de algodón.
- No se automedique usando cremas u óvulos.
- Acuda a las revisiones periódicas para la realización de citologías.

Tabla 16: Tratamiento de la infección genital por Papilomavirus humano (VPH)

| | |
|-----------------------------|--|
| Aplicado por el paciente | Podofilino 0,5% solución dos veces al día durante 3 días, seguido de 4 días sin terapia. Se pueden repetir 4 ciclos Imiquimod 5% crema tres veces por semana antes de acostarse mientras persista la lesión, un máximo de 16 semanas. |
| Aplicado por el profesional | Podofilino 10-25% en resina. Ácido tricloro acético. Crioterapia con nitrógeno líquido. Cirugía. |
| Alternativas | Interferon intralesional. Cirugía con láser. |
| Gestantes | La seguridad del podofilino y el imiquimod no está bien establecida. |

Tabla 17: Diagnóstico clínico de la enfermedad pélvica inflamatoria

Criterios mayores:

- Dolor abdominal inferior.
- Dolor a la movilización cervical.
- Dolor a la exploración anexial.

Criterios menores:

- Temperatura > de 38°C.
- Leucocitosis > 10.000.
- VSG elevada.
- Cultivo positivo para gonococo y clamidia.
- Gram (+) para gonococo u observación por IFD de clamidia.

Tabla 18: Pautas de tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria

Elección:

- Ofloxacino 400 mg/v.o/12 h/14 días
- o
- Levofloxacino 500 mg/v.o/24 h/14 días con o sin
- Metronidazol 500 mg/v.o/12 h/14 días

Alternativa:

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única
- o
- Cefoxitina 2 g IM dosis única con Probenecid 1 g/v.o/ administrado al mismo tiempo que la dosis IM de Cefoxitina
- +
- Doxiciclina 100 mg/v.o/12 h/14 días con o sin
- Metronidazol 500 mg/v.o/12 h/14 días