

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (2ª parte)

### SUMARIO

|  |   |
|--|---|
| • INTRODUCCIÓN   | 1 |
| • OTROS SÍNDROMES CLÍNICOS PROVOCADOS POR LAS ITS      |   |
| - PROCTITIS  | 1 |
| - PROCTOCOLITIS  | 2 |
| - ENTERITIS  | 2 |
| - ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)                | 3 |
| - ENFERMEDADES VERRUGOSAS                              | 4 |
| - MISCELÁNEA   | 5 |
| • ABORDAJE DE LA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN PEDIATRÍA | 6 |
| • BIBLIOGRAFÍA   | 7 |
| • ANEXO 1  | 8 |



### OTROS SÍNDROMES CLÍNICOS PROVOCADOS POR ITS (2ª parte)<sup>1,2,3,4</sup>

#### PROCTITIS

La vía de contagio es la práctica de sexo anal receptivo, y los patógenos más frecuentemente implicados son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, Virus Herpes Simple El (VHS).

La clínica es consecuencia del proceso inflamatorio que afecta a la mucosa del recto y dependerá del germen implicado<sup>5</sup>.

- ***Neisseria gonorrhoeae***: los síntomas suelen ser inespecíficos (prurito o ardor anal, secreción mucoide, hemática o mucopurulenta).

- ***Chlamydia trachomatis* serotipos L1, L2 y L3, responsable del Linfogranuloma venereo (LGV)**: presenta clínica de forma aguda con aparición de una úlcera que produce hemorragia, tenesmo, estreñimiento y fiebre, también puede provocar fístulas y estenosis colorrectales crónicas, y si no se trata puede diseminarse vía sistémica<sup>6</sup>.

- ***Treponema pallidum***: suele ser asintomática en la zona anorrectal. A veces puede observarse la presencia de chancro perianal (generalmente indoloro) y adenopatías inguinales.

- **Virus del Herpes Simple (VHS)**: afecta al orificio anal y región perianal, con presencia de vesículas o úlceras agrupadas que producen dolor intenso, prurito, quemazón, tenesmo permanente y tendencia al estreñimiento por el dolor, así como fiebre y afectación general.

**Método diagnóstico:** en aquellos pacientes con síntomas y antecedentes de haber practicado sexo anal, realizar una exploración de la zona con anoscopia o rectosigmoidoscopia y recoger muestras de exudado rectal (ANEXO 1).

#### Realizar la búsqueda de los contactos sexuales<sup>1,7</sup>

En infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* la búsqueda de contactos se realiza en las dos semanas anteriores al diagnóstico en los pacientes sintomáticos, y 12 semanas en los asintomáticos desde su última pareja.

En *Chlamydia trachomatis*, incluido LGV, la búsqueda de contactos cuando se trata de lesiones de localización distinta a la uretra, es de 1 mes, previo al inicio de los síntomas. En pacientes asintomáticos la búsqueda de contactos es de 6 meses desde el diagnóstico.

En VHS no hay recomendaciones específicas para el estudio de contactos, salvo que la pareja tenga síntomas.

En los casos por *Treponema pallidum*, búsqueda de contactos que el paciente haya tenido durante los 90 días previos a la aparición de los síntomas.

Valorar la existencia de otras ITS y tratar también a las parejas sexuales.

### INTRODUCCIÓN

Este documento es continuación del *BOLCAN Infecciones de Transmisión Sexual primera parte*, y completa la información sobre el abordaje y manejo los principales SÍNDROMES CLÍNICOS que se corresponden con estas infecciones. En estos números no se ha incluido el Sd de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) por la extensión propia del tema.

Al final del documento se tratará el abordaje de la detección de una ITS en un niño prepuberal, lo que conlleva descartar un abuso sexual o considerar otros mecanismos de transmisión (perinatal, accidental por auto o heteroinoculación).

Recordar que las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen un grupo de patologías causadas por bacterias, virus o parásitos que provocan diversos cuadros clínicos. Constituyen un problema de Salud Pública, tanto por el número de pacientes afectados, como por las secuelas que pueden provocar y el gasto que conlleva su tratamiento y **que para poder abordarlas de forma adecuada, es importante:**

- **Realizar un diagnóstico correcto, preferiblemente a través del SÍNDROME CLÍNICO**, y con el apoyo de las pruebas complementarias correspondientes.

- **Descartar siempre la coinfección con otros patógenos.** Padece una ITS aumenta el riesgo de presentar otra.

- **Utilizar los tratamientos de elección recomendados.** Teniendo en cuenta que algunas ITS son bacterianas (gonococo) con elevados índices de resistencia para algunos antibióticos.

- **Realizar la búsqueda de los contactos sexuales del paciente con el fin de** delimitar la propagación de la enfermedad.

**Tratamiento:** valorar la administración de analgesia vía oral e iniciar tratamiento antibiótico empírico (Tabla 1).

**Tabla 1.** Tratamiento de la Proctitis<sup>8,9,10</sup>

| GERMEN   |                               | Tratamiento de 1ª elección   | Tratamiento alternativo  |
|--|-------------------------------|--|--|
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i>   |                               | Ceftriaxona 500 mg (im) DU<br>+<br>Azitromicina 1g (vo) DU   | Cefixima 400 mg (vo) DU<br>+<br>Azitromicina 1g (vo) DU<br><b>Alternativa a la azitromicina:</b><br>Doxiciclina 100 mg/12h (vo) 7 días<br><b>Alergia a cefalosporinas:</b><br>Ofloxacino 200 mg/12h (vo) 14 días |
| <i>Chlamydia trachomatis</i>   |                               | Doxiciclina 100 mg/12h (vo) 7 días<br>Azitromicina 1g (vo) DU  | Eritromicina 500 mg/12h (vo) 14 días<br>Ofloxacino 400 mg/12h (vo) 7 días  |
| Sífilis primaria, secundaria y latente precoz<br>(menos de 1 año de evolución) |                               | Penicilina G Benzatina (im) 2.400.000 UI DU  | <b>Alergia a betalactámicos:</b><br>Doxiciclina 100 mg / 12 h (vo) 14 días<br><b>Otras alternativas:</b><br>Ceftriaxona im, 500 mg / 24 h (vo) 10-14 días<br>Azitromicina 2 gr (vo) DU                           |
| Herpes simplex   | Infeción primaria             | Aciclovir 400 mg / 8 h (vo) 7-10 días<br>Aciclovir 200 mg / 5 h (vo) 7-10 días   | <b>Falta de adherencia al tratamiento:</b><br>Valaciclovir 1 gr / 24 h (vo) 7-10 días<br>Famciclovir 250 mg / 8 h (vo) 5 días  |
|  | Episodios agudos recidivantes | Aciclovir 800 mg / 8 h (vo) 2 días<br>Famciclovir 1 gr / 12 h (vo) 1 día<br>Valaciclovir 500 mg / 12 h (vo) 3 días     | Aciclovir 200-400 mg / 5 h (vo) 5 días<br>Famciclovir 125 mg / 12 h (vo) 5 días<br>Valaciclovir 500 mg / 12 h (vo) 5 días  |
|  | Herpes recurrentes            | Aciclovir 400 mg / 12 h (vo) 6-12 m<br>Famciclovir 250 mg / 12 h (vo) 6-12 m<br>Valaciclovir 500 mg / 24 h (vo) 6-12 m |  |

## PROCTOCOLITIS<sup>4</sup>

El proceso inflamatorio afecta al recto y sigma que en el caso de ser por ITS puede adquirirse por la práctica de sexo oral o por contacto oral-anal. Los patógenos más frecuentemente implicados son: *Shigella spp*, *Campylobacter spp*, *Salmonella spp*, *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium spp*, *Citomegalovirus* (CMV), y cada vez con más frecuencia se detectan serotipos de LGV de *Chlamydia trachomatis*.

**Clínica:** a los síntomas mencionados en la proctitis se le añaden diarreas sanguinolentas, dolor, distensión abdominal, fiebre y malestar general.

**Método diagnóstico:** además de la recogida de muestras de la zona anal, se deben realizar coprocultivos, parásitos en heces y detección de toxina de *C. difficile* en heces (ANEXO 1).

**Realizar la búsqueda de los contactos sexuales como en el caso anterior.**

**Tratamiento:** no manipular alimentos, ni atender a niños o pacientes hospitalizados o vulnerables hasta que dos muestras sucesivas de heces o material rectal tomadas tras 48 h de terminar el tratamiento antimicrobiano sean negativas para estos patógenos (el intervalo entre la recogida de muestras debe ser de al menos, 24 h entre ellas). Valorar analgesia oral e iniciar tratamiento antibiótico empírico (Tabla 2). Valorar la existencia de otras ITS.

**Tabla 2.** Tratamiento de la Proctocolitis<sup>8</sup>

| GERMEN  | Tratamiento 1ª elección   | Tratamiento alternativo               |
|---|---|---------------------------------------|
| <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>Shigella</i>                     | Eritromicina 500 mg/6h (vo) 7 días<br>Azitromicina 500 mg/24h (vo) 3 días   | Ciprofloxacino 500 mg/12h (vo) 5 días |
| Linfogranuloma venereo<br><i>Chlamydia trachomatis</i> (L1,L2,L3) | Doxiciclina 100 mg/12h (vo) 21 días<br>Azitromicina 1g (vo) DU cada 7 días x 21 días                                      | Eritromicina 500 mg/6h (vo) 21 días   |
| <i>Entamoeba histolytica</i>                                      | Metronidazol 750 mg/ 8h (vo) 10 días seguido de Yodoquinol 650 mg/ 8h (vo) 20 días<br>Paromomicina 500 mg/ 8h (vo) 7 días |                                       |

## ENTERITIS

La inflamación de esta ITS afecta al intestino delgado (yeyuno, duodeno e íleon). Puede adquirirse por la práctica de sexo oro-anal. El microorganismo más frecuentemente implicado en personas sanas es *Giardia lamblia*, considerada como enfermedad de declaración obligatoria (EDO), pero también *Cryptosporidium spp*.

**Clínica:** Se manifiesta como un cuadro de náuseas y vómitos, diarrea, distensión abdominal, flatulencia, pérdida de peso y fiebre, pero sin signos en la exploración de proctitis o proctocolitis.

**Método diagnóstico:** cultivo en fresco de las heces (lo ideal son tres muestras de heces recogidas en días alternos).

**Tratamiento:** incluye las precauciones entéricas mencionadas anteriormente en relación a la manipulación de alimentos y contacto con personas vulnerables hasta que las muestras de heces sean negativas, ya que la transmisibilidad ocurre durante todo el periodo que dura la infección, que suele ser de varios meses. En estos casos iniciar tratamiento empírico (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tratamiento de la Enteritis<sup>8</sup>

| GERMEN                 | Tratamiento 1ª elección              | Tratamiento alternativo |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| <i>Giardia lamblia</i> | Metronidazol 250 mg / 8h (vo) 5 días | Albendazol 400 mg/ 24h  |

## ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Infección e inflamación aguda del aparato genital superior femenino, que se adquiere por vía ascendente desde los genitales inferiores. Alrededor del 85% de los casos de EPI son secundarios a ITS y vaginosis bacteriana (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp*, *Mycoplasma genitalium*), y en un 15% de los casos podemos encontrar microorganismos respiratorios o intestinales que colonizan el área genital.

Factores de riesgo para presentar una EPI: antecedente de ITS no tratada, primeras relaciones sexuales por debajo de los 25 años, tener más de una pareja sexual, no utilizar protección, las duchas vaginales (alteran la flora de la zona), portadoras de DIU (las tres primeras semanas tras la colocación) y antecedente de legrado uterino.

**Se puede presentar como distintos síndromes clínicos:** salpingitis, endometriosis, ooforitis, abscesos tubo-ováricos, peritonitis, perihepatitis (Síndrome de Fitz-Hugh Curtis) de distinta intensidad, con clínica leve-asintomática o grave. En la clínica podemos encontrar signos y síntomas como dolor pélvico, uni o bilateral, constante o intermitente, dispareunia, alteraciones menstruales, sangrado postcoital, disuria, flujo maloliente y fiebre. Esta infección puede provocar esterilidad en 1 de cada 8 mujeres que la padezcan.

**El diagnóstico** se realiza en función de la clínica y las pruebas complementarias (hemograma, VSG, PCR, cultivo de secreción vaginal, biopsia endometrial, ecografía transvaginal, TAC).

Existen unos criterios diagnósticos definidos<sup>8,11</sup>:

- Criterios mínimos: Hipersensibilidad en el bajo abdomen, dolor uterino o anexial o dolor a la movilización cervical.

- Criterios adicionales para aumentar la especificidad: fiebre >38,3°, aumento de PCR o VSG, leucocitosis en el frotis en fresco vaginal, leucorrea anormal vaginal, evidencia de laboratorio de *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis* en endocervix.

Si bien los criterios definitivos son:

- Evidencia histopatológica de endometritis en la biopsia endometrial
- Ecografía transvaginal o RMN, mostrando engrosamientos, abscesos tubáricos o del complejo tubo-ovárico con o sin líquido libre en cavidad
- Anormalidades laparoscópicas compatibles con EPI

**Realizar la búsqueda de los contactos sexuales** y descartar en ellos la posible infección con gonococo, *Chlamydia* e VIH.

El tratamiento empírico está indicado en mujeres sexualmente activas con factores de riesgo y la presencia de los criterios mínimos referidos (hipersensibilidad en el bajo abdomen, dolor uterino o anexial ó dolor a la movilización cervical).

Alrededor del 50% de las infecciones son mixtas gonococo-clamidia, y a la mínima sospecha debe administrarse el tratamiento empírico que cubra ambos gérmenes (Tabla 4), por las posibles secuelas que pueden dejar en la salud reproductiva de la mujer. Evitar las relaciones hasta que el paciente índice haya completado el tratamiento y en cualquier caso, utilizar métodos anticonceptivos de barrera.

Existen clasificaciones clínicas de la EPI que en función de su extensión han permitido tomar decisiones sobre el ámbito de Atención Primaria u Hospitalaria (Monif 1982), si bien actualmente estas decisiones se apoyan en las pruebas de imagen (ecografía transvaginal, laparoscopia, TAC, RNM...).

**Tabla 4.** Tratamiento de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) en Atención Primaria<sup>8</sup>

| PRESENTACIÓN               | Tratamiento 1ª elección   | Tratamiento alternativo   |
|----------------------------|---|---|
| <b>EPI leve o moderada</b> | Ceftriaxona 500 mg (i.m) DU<br>ó<br>Cefixima 400 mg (v.o) DU<br>+<br>Doxiciclina 100 mg/12h (v.o) 14 días<br>±<br>Metronidazol 500 mg /12h (v.o) 14 días* | Cefotaxima 2 g (i.m) DU<br>+<br>Probenecid 1 g (v.o) DU<br>+<br>Doxiciclina 100 mg/12h (v.o) 14 días<br>±<br>Metronidazol 500 mg /12h (v.o)14 días<br><br><b>Alergia a cefalosporinas:</b><br>Ofloxacino** 400 mg/12h (v.o) 14 días<br>+<br>Metronidazol 500 mg /12h (v.o)14 días |

\*Añadir metronidazol en caso de abscesos, sospecha de infección por *Trichomonas* o instrumentación ginecológica en las 3 semanas previas.

\*\*No hay estudios con levofloxacino.

## ENFERMEDADES VERRUGOSAS

### Virus del papiloma humano (VPH)

Es la ITS más frecuente a nivel mundial. Se calcula que más de 290 millones de mujeres están infectadas por virus del papiloma humano (VPH). El 80% de las mujeres sexualmente activas han estado expuestas a la infección por VPH en algún momento de su vida. Se transmite por cualquier tipo de contacto sexual y la capacidad de transmisión es muy elevada. El contagio se produce con más frecuencia en los primeros años de actividad sexual, un 20-30% en las mujeres menores de 30 años.

Existen factores de riesgo para contraer la infección por VPH: edad temprana de inicio en las relaciones sexuales, número de parejas sexuales del paciente y sus parejas, tabaquismo y la no utilización del preservativo. El riesgo estimado de contagio tras una relación sexual sin protección con una persona infectada oscila entre el 40 y el 80 %. Por otro lado, hay que tener en cuenta las situaciones de inmunodepresión y la coexistencia de otras ITS, toma de anticonceptivos orales y la ectopia cervical, frecuente en adolescentes.

Los serotipos del VPH se diferencian en cutáneos y mucosos, según su tropismo por estos tejidos:

- **Los cutáneos** dan lugar fundamentalmente a verrugas cutáneas y plantares.
- **Los mucosos afectan a las mucosas ano-genital y aerodigestiva.** Estos últimos según su trascendencia clínica se dividen en dos grandes categorías:
  - **VPH de bajo riesgo (BR)** responsables de las verrugas genitales y la papilomatosis respiratoria recurrente. El 90% de las verrugas genitales (condilomas acuminados) y de las papilomatosis respiratorias recurrentes, están producidas por los tipos 6 y 11.

**Las verrugas genitales o condilomas acuminados:** el 90 % de los casos están producidos por los tipos 6 y el 11 del VPH de BR. Son tumores genitales benignos, únicos o múltiples, que se localizan en la mujer en los labios mayores y menores, vagina, cérvix, zona perianal o periné, y en el hombre en prepucio, frenillo o glande, siendo menos frecuente en el escroto. Si aparecen en la región anal se suele asociar a personas que realicen prácticas de sexo anal.

El periodo de incubación oscila entre 3 semanas y 8 meses, pudiendo llegar hasta los 18 meses o más. La mayoría de los casos son asintomáticos.

**Método diagnóstico:** por visualización de las lesiones, precisando a veces el dermatoscopio o el colposcopio (muy pequeñas). Si hay dudas se realizará biopsia. En las verrugas cervicales se debe realizar biopsia previa al tratamiento, con citologías anormales.

**Tratamiento:** La elección del tratamiento depende del número y distribución de las lesiones. Tratamiento empírico en Tabla 5 (puede provocar molestias y reacciones locales). Valorar la derivación a consulta especializada, si se precisa escisión quirúrgica de las lesiones.

El uso adecuado de preservativo ha demostrado reducir el riesgo de infección (30-60%).

- **VPH de alto riesgo (AR)**, se les atribuye la etiología del 5% de todos los cánceres, estando implicados en el 100% de los cánceres de cérvix y en el 90% de los cánceres de ano, 40% de los cánceres de pene, vulva y vagina y en torno a un 12% del cáncer de orofaringe y del 3% del cáncer oral (alrededor del 70% de los casos producidas por los tipos 16 y 18).

**Tabla 5.** Tratamiento de los Condilomas Acuminados<sup>7,9,10</sup>

| CONDILOMAS  | TRATAMIENTO de elección<br>(aplicado por el paciente)  | TRATAMIENTO de elección<br>(aplicado en consulta)  |
|---|--|--|
| <b>Verrugas genitales externas</b><br>(tratamiento aplicados por el paciente) | <p><b>Podofilotoxina tópica</b> (solución al 0,5% o crema al 0,15%) cada 12 horas, 3 días y 4 días de descanso (repetir 4 ciclos la solución, 5 ciclos la crema)</p> <p><b>Imiquimod tópico, 5%</b> (crema) al acostarse, 3 veces/semana (máximo 16 semanas)</p> | <p><b>Podofilino 15-25%</b> 1-2 veces por semana</p> <p><b>Acido tricloroacético 80-90%</b>, una aplicación por semana durante 6-8 semanas (No recomendado en áreas extensas)</p> <p><b>Crioterapia con nitrógeno líquido</b> (3 ciclos en consulta cada 2-4 semanas)</p> <p><b>Escisión quirúrgica de las lesiones</b> (GR A)</p> <p><b>Láser de CO2.</b></p> |
| <b>Linfogranuloma venereo</b><br><i>Chlamydia trachomatis</i> (L1,L2,L3)      | <b>Acido tricloroacético</b> , una aplicación por semana   | <b>Crioterapia con nitrógeno líquido</b> (3 ciclos en consulta cada 2-4 semanas)<br><b>Láser de CO2</b>  |

No recomienda el uso de podofilino, podofilotoxina ni imiquimod en el embarazo

**La vacunación sistemática frente al VPH<sup>12</sup>** se considera actualmente la intervención más eficaz y efectiva para el control de la diseminación de la infección y la prevención de las secuelas que asocian las lesiones crónicas que produce el VPH (displasia/cáncer). Sin embargo, las vacunas sólo protegen frente a los VPH en pacientes no infectadas, es decir, previenen la infección de los virus que contiene (eficacia profiláctica) pero no modifican la historia natural de las infecciones en curso por los tipos de VPH incluidos en las vacunas (no han demostrado eficacia terapéutica), por lo que el potencial preventivo es mayor cuando se aplican a personas no expuestas. La vacunación frente al VPH está incluida actualmente en el calendario vacunal oficial para las niñas de 12 años de edad.



## MISCELANEA

### FARINGITIS GONOCÓCICA

El germen más frecuentemente involucrado en la faringitis por ITS es *Neisseria gonorrhoeae*, aunque siempre hay que estudiar posible coinfección por *Chlamydia*, sífilis o VIH. La mayor parte de las infecciones gonocócicas faríngeas son asintomáticas.

**El diagnóstico** se dirige a pacientes y contactos que practican sexo oral, con recogida de muestras (ANEXO 1).

**Tratamiento:** estas infecciones son más difíciles de erradicar que las infecciones urogenitales y anogenitales, y para asegurar la erradicación el tratamiento debe realizarse in situ. Recomendar la abstención de relaciones sexuales hasta 7 días después del tratamiento y hasta que las parejas sexuales hayan sido tratadas (Tabla 6).

**Tabla 6.** Tratamiento de la Faringitis Gonocócica<sup>8,9,10</sup>

| PRESENTACIÓN          | ANTIBIÓTICO 1ª elección                                       | ANTIBIÓTICO alternativo   |
|-----------------------|---|---|
| Faringitis gonocócica | Ceftriaxona 500 mg (i.m) DU<br>+<br>Azitromicina 1 g (v.o) DU | <b>Alérgicos a betalactámicos:</b><br>Gentamicina 240 mg (i.m) DU<br>+<br>Azitromicina 2 g (v.o) DU |

### OFTALMIA NEONATORUM<sup>13</sup>

#### Conjuntivitis de inclusión

Causada por *Chlamydia trachomatis* (serotipo D al K). Entre un 50-70% de los niños nacidos de madres con infección por *C. trachomatis* adquirirán la infección si no reciben tratamiento profiláctico al nacer, de ellos el 18-50% desarrollarán conjuntivitis. Los síntomas suelen aparecer entre 5 y 14 días tras el nacimiento, con afectación unilateral o bilateral, e incluyen enrojecimiento del ojo, inflamación de los párpados y secreciones con pus, no suele haber afectación corneal.

#### Conjuntivitis gonocócica

*Neisseria gonorrhoeae* puede causar conjuntivitis. Se transmite desde la madre portadora de la infección sin tratamiento en el momento del parto. Si no se realiza profilaxis neonatal, tiene una incidencia aproximada entre el 30 y 42% en recién nacidos de madres infectadas. *N. gonorrhoeae* tiene la capacidad de penetrar el epitelio corneal, produciendo afectación hiperaguda, bilateral, enrojecimiento, presencia de pus espeso en los ojos e inflamación de los párpados. Se presenta de 2 a 4 días tras el nacimiento. Se puede asociar a infecciones graves como bacteriemia o meningitis en los recién nacidos.

#### Conjuntivitis herpética

Los virus Herpes simplex tipo 1 y 2 pueden causar conjuntivitis neonatal y daño grave ocular. La madre le puede transmitir estos virus al recién nacido durante el parto y aparecer entre el 6º y 14º día de vida. Sin embargo, la conjuntivitis por herpes es menos común que las conjuntivitis previas. Se ha de sospechar si aparecen vesículas cutáneas periorbitarias o bucales aunque pueden no estar presentes. Los síntomas suelen incluir enrojecimiento de los ojos e inflamación de los párpados con algo de pus.

Para el diagnóstico de las conjuntivitis generalmente bastan los criterios clínicos, pero están indicados los cultivos en los pacientes con síntomas graves, inmunocomprometidos, ojo vulnerable, o cuando hay una mala respuesta a la terapia inicial (ANEXO 1)<sup>14</sup>.

**Tabla 7.** Profilaxis y tratamiento de la oftalmia neonatorum<sup>15</sup>

|  | ANTIBIÓTICO 1ª elección  |
|--|--|
| Profilaxis* de oftalmía neonatorum por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> | Eritromicina tópica (pomada oftálmica al 0,5%) DU<br>Hidrocloruro de tetraciclina tópica, (pomada oftálmica 1%) DU |
| Conjuntivitis hiperaguda por <i>Neisseria gonorrhoea</i> **  | <b>Derivación hospitalaria urgente a oftalmología</b><br>Ceftriaxona 25-50 mg/kg (máximo 125 mg) (i.v o i.m) DU    |
| Conjuntivitis por <i>Chlamydia trachomatis</i> ***   | <b>Derivación hospitalaria</b><br>Azitromicina 20 mg/kg/d DU (v.o) 3 días  |
| Conjuntivitis herpética (Herpes simplex 1 y 2)****   | <b>Derivación hospitalaria</b><br>Aciclovir 60 mg/kg/d en 3 dosis, (i.v) 14-21 días                                |

\* Se recomienda administrar la profilaxis de aplicación tópica a ambos ojos inmediata tras el nacimiento, aunque retrasarla 50 a 120 minutos, respetando el tiempo de contacto piel con piel, favorece el vínculo madre-hijo y no afecta a la eficacia.

\*\* Lavados oculares con suero fisiológico cada hora hasta desaparecer la secreción purulenta. No es útil ni necesario tratamiento tópico.

Investigar a la madre por posible ITS.

\*\*\* No necesita tratamiento tópico. Investigar a la madre por posible ITS

\*\*\*\* Investigar a la madre por posible ITS

**ABORDAJE DE LA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL EN PEDIATRÍA**

El abuso sexual infantil (ASI) es aquel que realiza un adulto sobre un menor de edad con una actividad sexual, que además de desconocer, no presta su consentimiento. Todos los médicos que atienden a menores, tanto pediatras como médicos de familia (MFyC) deben tener los conocimientos y las herramientas necesarias para la detección, protección y cuidado de las víctimas de abusos sexuales, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH).

A nivel de AP, una vez tenemos la sospecha de abuso/agresión sexual, tanto por la parte médica o de enfermería, y en conjunto como equipo, el protocolo actual es claro al respecto. Hay que realizar una derivación urgente al hospital de referencia para su valoración por parte de otras especialidades como ginecología o medicina legal y forense, **sin realizar en AP ninguna actuación al respecto salvo: anamnesis, realizar o no el parte de lesiones, que si no se ha realizado en ese momento mediante una exploración visual somera que no ponga en riesgo las posibles pruebas forenses**, se realizará después con envío a juzgado de guardia, informe médico, notificación al trabajador social y garantizar la seguridad y la integridad del paciente y su adecuado transporte al centro de referencia<sup>16</sup>.

Una vez llegado al hospital, se iniciarán una serie de medidas y actuaciones: entre ellas, las destinadas a la prevención y profilaxis de ITS. La obtención de muestras biológicas se realizará siempre bajo la supervisión o tutela de un forense.

**PREVENCIÓN Y PROFILAXIS DE ITS en el contexto de abuso sexual**

Según los estudios realizados de prevalencia existen **infecciones con una alta probabilidad de encontrarlas** en este tipo de delitos y que implicarían un diagnóstico de abuso sexual, como son la **sífilis, *Chlamydia trachomatis*** (excepto en menores de 3 años, que pudiera ocurrir de forma accidental o congénita, al nacimiento, y que son causa de conjuntivitis e infecciones respiratorias), ***Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis***<sup>3</sup>.

**Seguimiento diagnóstico**

El primer control se realizará entre los 7-15 primeros días tras el abuso, para valoración clínica y toma de muestras si se precisara.

Si se diagnosticara alguna ITS en las muestras previas a la profilaxis realizada en la asistencia hospitalaria, se debe actuar como si se hubiera diagnosticado en otro contexto.

Se realizarán controles clínicos, serológicos y toma de muestras (si precisa) a las 6 semanas y a los 3 y 6 meses.

- Para clamidia, gonorrea y tricomonas realizar una toma de exudado faríngeo, vaginal, uretral y rectal para su investigación ante su sospecha.
- Para la sífilis, se realizará serología a los 3 meses, aunque se puede realizar antes (2-4 semanas) si hay alta sospecha en agresor o entornos de alta prevalencia.
- La infección por VIH tiene una incidencia media-alta, y también debería realizarse su seguimiento diagnóstico realizando serologías a los 2, 4 y 6 meses junto con VHB y VHC<sup>17</sup>.

**Tratamiento empírico profiláctico:** para iniciarlo, se debe cumplir un espacio temporal de < 72 h, casos en los que se han tomado muestras o a petición de la familia, teniendo como objetivo cubrir aquellas infecciones más frecuentes así como el VIH con una pauta de profilaxis post-exposición según edad. A pesar de que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en su guía de 2015<sup>3</sup>, “no recomiendan el tratamiento preventivo para los niños que han sido agredidos o abusados sexualmente” por la baja incidencia de ITS en estos casos, menor riesgo de infección y en general se puede garantizar el seguimiento. Se recomienda individualizar cada caso.

En los casos que se valore realizar el tratamiento antibiótico empírico para clamidia, gonorrea y tricomonas (Tabla 8).

**Otros microorganismos:** sólo se recomienda tratamiento ante la aparición de síntomas, salvo en el caso de la profilaxis para el VIH, que debe valorarse individualmente y consensuarse con la familia e iniciar, a ser posible antes de las 6 h post-exposición y siempre antes de las 72 h. y mantener la profilaxis durante 28 días, a pesar de que la primera PCR sea negativa<sup>1</sup>.

Otras consideraciones a tener en cuenta una vez realizados los pasos previos son la comprobación del estado vacunal, con recomendación activa por parte de los CDC de vacunar a estos niños y niñas a partir de los 9 años con la vacuna del VPH, anticoncepción de emergencia en niñas que así lo requieran y asegurar el seguimiento posterior multidisciplinar por parte de medicina preventiva/pediatría social, pediatra de cabecera, Unidad de Salud Mental (USM) y Servicios Sociales (SS) en unidades especializadas en la atención a niños o adolescentes víctimas de delitos sexuales<sup>1,17,18</sup>.

**Tabla 8.** Profilaxis de ITS en el contexto de un abuso sexual

| Tratamiento Empírico  | ANTIBIÓTICO 1ª elección   |
|---|---|
| <p><i>Neisseria gonorrhoeae</i><br/> <i>Chlamydia trachomatis</i><br/> <i>Trichomonas vaginalis</i></p> | <p style="text-align: center;"><b>Ceftriaxona 500 mg (i.m) DU</b><br/>                     +<br/> <b>Azitromicina 1g o 15 mg/kg en menores de 25 kg (v.o) DU</b><br/>                     ±<br/> <b>Metronidazol*</b><br/>                     Niños: 15 mg/Kg/día, cada 8 (v.o) 7 días<br/>                     Adolescentes: 500 mg /12h (v.o) 7 días</p> |

Metronidazol sólo se administraría si se demuestra o hay alta sospecha de *T. vaginalis* en el agresor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GeSIDA), Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GeITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017). <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/gesida-guias-clinicas-ITS-201703.pdf>
2. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). Proce-imientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.
3. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2015; 64(RR-03):1-137. [<http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>]
4. de Vries HJ, Zingoni A, White JA, Ross JD, Kreuter A. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. Int J STD AIDS. 2014 Jun;25(7):465-474
5. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 2011. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
6. Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, et al. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2010; 29:917-25.
7. Grupo de trabajo. Atención Primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en in-fecciones de transmisión sexual. ISBN: 978-84-694-4798-7. Dep legal : M-26510-2011
8. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. Millán Cantero H, et al. Infecciones de Transmisión Sexual. Julio 2018 [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guia-TerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado\\_pdf.asp?idApartado=447](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guia-TerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado_pdf.asp?idApartado=447)
9. The EuroSTIpocket 2019. IUSTI website as of June 2019. <http://iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>
10. Fistera. Tratamiento empírico de las infecciones genitourinarias e infecciones de transmisión sexual. Fecha ultima revisión 18-12-2018. Consultado 08-04-2020
11. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002.MMWR 2002;51(No. RR-6):48-52
12. Martín Peinador Y, Lupiani Castellanos MP, Jiménez Alés R. Infección por virus del Papiloma Humano (VPH). Vacunas Profilácticas. Indicaciones. Abril de2019.<https://aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/contenido/documentos-del-gpi>
13. Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria Unitat d'Oftalmologia Pediàtrica Servei d'Urgències de Pediatria Servei de Neonatologia. Hospital Vall d'Hebron. Diciembre 2019
14. Manual MSD. Trastornos conjuntivales y esclerales <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-oftálmicos/trastornos-conjuntivales-y-esclerales/generalidades-sobre-la-conjuntivitis>
15. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. Trueba Lawand a et al. Infecciones Oftalmológicas en Pediatría. Julio 2018 [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guia-TerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado\\_pdf.asp?idApartado=440](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guia-TerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado_pdf.asp?idApartado=440)
16. Protocolo de coordinación e intervención ante el maltrato infantil entre AP y el CHUIMI. Sepexpal. Disponible en: <http://www.sepexpal.org/download/protocolos/MaltratoInfantil.pdf>
17. Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2/2020). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <https://guia-abe.es/>
18. Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-275. Disponible: [https://www.aepap.org/sites/default/files/pags\\_267-276\\_abuso\\_sexual\\_infantil.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/pags_267-276_abuso_sexual_infantil.pdf)
19. The Australasian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian STI Management Guidelines for use en Primare care. <http://www.sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/gonorrhoea#diagnosis>

**Autores:** Pilar Lupiani Castellanos, Eduardo Valerio Hernández, Laura Sante Fernández, Erica Montes Gómez, María Altabás Betancor, Mercedes Plasencia Núñez, Fidelina de la Nuez Viera.

### Comité Editorial

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Presidenta</b>   | Fidelina de la Nuez Viera (Farmacéutica y Jefa de Sección de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación).  |
| <b>Vocales</b>      | Mercedes Plasencia Núñez (Farmacéutica). María Altabas Betancor (Médico de Familia). Ana Teresa López Navarro (Farmacéutica). Elena López Muñoz (Farmacéutica). Ángela Martín Morales (Farmacéutica). M <sup>a</sup> Elidia Guerra Rodríguez (Farmacéutica). Olaya Pedreira González (Farmacéutica) |
| <b>Coordinadora</b> | Erika Montes Gómez (Médico de Familia).   |

**Edita:** Dirección General de Programas Asistenciales / SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

**ISSN:** 1889-0938. **Depósito Legal:** GC 1102-2008.

Todas las publicaciones editadas se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de la Salud: <http://goo.gl/VdDK4Y>



## ANEXO 1. Procedimientos de recogida de muestras y test diagnósticos realizados habitualmente en nuestro medio<sup>1,2,3,19</sup>

|                           | Infección   | Muestra   | Test o método diagnóstico   |
|---------------------------|---|---|---|
| Proctitis                 | <i>N. gonorrhoeae</i>   | En pacientes asintomáticos, es suficiente tomar la muestra con un hisopo rectal. Sin embargo, si el paciente tiene síntomas ano-rectales, la mejor práctica es que el médico examine con un proctoscopio y después recoja la muestra con el hisopo.   | Cultivo<br>PCR* para bacterias  |
|                           | <i>C. trachomatis</i>   | <b>Muestra de exudado rectal para estudio de gonococo y clamidia</b><br><br>- Introducir después del esfínter anal.<br>- Rotar durante 10-30 segundos<br><br>Si hay restos fecales desechar las primeras torundas. Introducir la torunda después del esfínter anal, rotar durante 10-30 segundos.<br><br>El envío de la muestra debe ser inmediato, de no poder ser así emplear torundas con medio de transporte, y mantener a temperatura de 35-37°C hasta su procesamiento. | <b>PCR* para Chlamydias</b> que detecten serotipo (L1-L3) específicos de LGV  |
|                           | <i>Herpes simple</i>  | <b>Muestra de exudado</b> en caso de úlcera de herpes, en medio de transporte de virus  | <b>PCR*</b> Herpes  |
|                           | <i>T. pallidum</i>  | <b>Muestras serológicas</b><br><br><b>Muestra de exudado</b> en caso de úlcera, en medio de transporte de virus   | <b>Pruebas directas</b> del exudado de la úlcera para realizar PCR multiplex que detecta <i>T. pallidum</i><br><br><b>Pruebas indirectas</b><br><br>- <b>Pruebas no treponémicas</b> (reagínicas): <b>RPR y VDRL</b><br>- <b>Pruebas treponémicas</b> : TPHA TPPA; FTA-Abs y EIA. |
| Proctocolitis y Enteritis | A lo anterior añadir <i>Cryptosporidium spp</i> y <i>C. difficile</i>   | <b>Muestra de heces</b>   | <b>Coprocultivo</b><br><b>Determinación parásitos en heces</b><br><b>Detección de toxina de C. difficile en heces</b>   |
| EPI                       | <i>N. gonorrhoeae</i><br><i>C. trachomatis</i><br><i>Gardnerella vaginalis</i><br><i>Prevotella spp</i><br><i>Mycoplasma genitalium</i> | <b>Muestra de exudado endocervical</b> (el vaginal no es adecuado para su investigación )   | <b>Cultivo</b><br><b>PCR para bacterias</b><br><b>PCR para Chlamydias</b>   |
| Faringitis                | <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>   | <b>Muestra faríngea</b><br>Esta muestra solo es útil para búsqueda gonococo Remitir a laboratorio antes de 24h.   | <b>Cultivo</b><br><b>PCR*</b> para bacterias<br><b>PCR para Chlamydias</b>  |
|                           | <i>T. pallidum</i>  | <b>Muestras serológicas</b><br><br><b>Muestra de exudado en caso de úlcera</b> , en medio de transporte de virus  | <b>Pruebas directas</b> del exudado de la úlcera para realizar PCR multiplex que detecta <i>T. pallidum</i><br><br><b>Pruebas indirectas</b><br>- <b>Pruebas no treponémicas</b> (reagínicas): <b>RPR y VDRL</b><br>- <b>Pruebas treponémicas</b> : TPHA TPPA; FTA-Abs y EIA.     |
| Conjuntivitis             | <i>N. gonorrhoeae</i>   | <b>Muestra de exudado conjuntival</b><br>Remitir a laboratorio antes de 24h.  | <b>Cultivo</b><br><b>PCR*</b>   |
|                           | <i>C. trachomatis</i>   |   | <b>PCR para Chlamydias</b>  |
|                           | <i>Herpes simple</i>  | <b>Muestra de exudado conjuntival</b> en medio de transporte de virus   | <b>PCR*</b> Herpes  |

\*PCR: Reacción de polimerasa en cadena. Es una de las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) capaces de detectar y cuantificar la presencia de pequeñas cantidades de ADN del patógeno; \*\*S: sensibilidad; E: especificidad; \*\*\* LGV.

### Recomendaciones generales para la recogida de muestras en las ITS

- **Utilizar torunda CON medio de transporte** para: cultivo y gram y examen en fresco (tener en cuenta que si hay demora en el envío de las muestras, el examen en fresco tiene un rendimiento muy bajo).
- **Utilizar torunda SIN medio de transporte** si se solicita PCR. En caso de sospecha de ITS por virus se debe remitir torunda en medio de transporte de virus.