



Infecciones de transmisión sexual en adolescentes

Mercedes Caballero García^a, **Ignacio Callejas Caballero**^b, **José T. Ramos Amador**^c.

^a Pediatra AP. Centro de Salud Palma Norte. Servicio Madrileño de Salud.

^b Servicio de Pediatría. Centro de Salud Paseo Imperial. Servicio Madrileño de Salud.

^c Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud

Fecha de actualización: 10-05-2023 (v.2.0/2023)

Cita sugerida: Caballero García, M, Callejas Caballero, I, Ramos Amador, JT. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes (v.2.0/2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10-05-2023; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción/ puntos clave

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de Salud Pública mundial por su alta prevalencia, propagación creciente en los últimos 20 años e impacto sobre la salud. Las principales medidas para su control son la prevención, así como el diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo. Los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable a padecerlas y transmitir las por su estilo de vida e inadecuada percepción de riesgo en las conductas sexuales. La educación sexual integral y la prevención son las herramientas fundamentales para evitar su transmisión, modificar prácticas de riesgo, asumir hábitos saludables y utilizar métodos anticonceptivos barrera.

Las ITS se transmiten por contacto sexual genital, anal, oral o directo de piel y mucosas, 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 y aunque la infección persista de forma latente, pueden ocasionar complicaciones graves y secuelas a corto, medio y largo plazo (enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, dispareunia, infertilidad, embarazo ectópico, aborto, prematuridad, transmisión vertical al recién nacido, cáncer de cérvix). A diferencia del hombre, su diagnóstico es más complicado porque no suele presentar lesiones visibles. Últimamente han aumentado los casos de cáncer anal, pene y orofaríngeo en hombres.

En ocasiones 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 conjunta, lo que dificulta el tratamiento. Un mismo patógeno puede, a su vez, producir síndromes dispares, ocasionar manifestaciones locales (VPH) y/o generales (sífilis) o exclusivamente sistémicas (VIH). Es frecuente encontrar varias ITS en un mismo paciente, sobre todo si presenta lesiones genitales ulceradas.

Cambios respecto a la versión anterior:

Actualización de tratamientos de las ITS y de bibliografía. Se incluye la viruela del mono.

Abreviaturas al final del trabajo

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...)
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...)	22	Viruela del mono (ver...)

1.- Clasificación sindrómica y etiología de las ITS (.../..)		
Síndrome	Sintomatología	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 tipo1, VHS tipo2)
	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 granulomatis</i>) Viruela del mono

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> ▪ VHS-1, VHS-2
	Leucorrea	Vulvovaginitis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>T. vaginalis</i> ▪ VPH, VHS 1 y 2 ▪ <i>Ureaplasma urealyticum</i> ▪ <i>Mycoplasma genitalium</i> ▪ <i>Candida albicans</i> y <i>Candida non-albicans</i> (<i>glabrata</i>, <i>tropicalis</i>, <i>parapsilosis</i>, <i>krusei</i>)
		Vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>U. urealyticum</i> ▪ <i>Mycoplasma hominis</i> ▪ Anaerobios (<i>Mobiluncus</i>, <i>Prevotella</i>, <i>Bacteroides</i>)

[▶ Tabla inicial](#)

1.- Clasificación sindrómica y etiología de las ITS (../..)		
Síndrome	Sintomatología	Microorganismos usuales
	Balanitis, balanopostitis aguda: secreción uretral, edema, eritema, escozor o prurito, síndrome miccional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>T. vaginalis</i> ▪ <i>T. pallidum</i> ▪ <i>C. trachomatis</i> ▪ <i>N. gonorrhoeae</i> ▪ VHS 1 y 2 ▪ VIH ▪ <i>Candida spp.</i>³ ▪ Anaerobios (<i>G. vaginalis</i>, <i>Bacteroides spp</i>) ▪ Aerobios (<i>S. agalactiae</i>, <i>S. pyogenes</i>, <i>S. aureus</i>)
Epididimitis / Orquitis aguda ⁴	Dolor intenso e inflamación escrotal, 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 spp.</i>, <i>T. pallidum</i>
Enfermedad inflamatoria pélvica ⁵	Leucorrea mucopurulenta. Dolor abdominal inferior, anexial y a la movilización cervical. Dispareunia. Sangrado vaginal. Leucocitosis, ↑VSG, ↑PrCR, T ^a >38 °C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> serotipos D-K ▪ <i>N. gonorrhoeae</i> ▪ <i>M. genitalium</i>, <i>T. vaginalis</i>, <i>U. urealyticum</i> ▪ <i>S. agalactiae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, anaerobios (<i>Bacteroides fragilis</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>

Proctocolitis⁷, enterocolitis		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Campylobacter, Shigella, Salmonella</i> ▪ <i>Entamoeba histolítica</i>
Proctitis⁸		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>C. trachomatis</i> (serotipos LGV y no LGV) ▪ <i>N. gonorrhoeae, T. pallidum</i> ▪ VHS 1 y 2, CMV (inmunodeprimidos)
Faringitis⁹		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N. gonorrhoeae, VHS 1 y 2, VPH, C. trachomatis, T. pallidum</i>
Lesiones papulosas en genitales	Mamelonadas: condilomas ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VPH (30 tipos genitales, especialmente 6 y 11)¹¹
	Umbilicadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Molluscum contagiosum</i>
Lesiones pápulo-vesículo-costrosas en área genital y/o extragenital	Fiebre, cefalea, mialgias, linfadenopatías regionales, astenia. Lesiones en piel, mucosas, conjuntiva y córnea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viruela del mono¹²
Neoplasias	Cáncer y displasias de cérvix, vulva, vagina, pene, anal/rectal y orofaríngeo (cavidad oral, faringe y laringe) ¹³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VPH (riesgo oncogénico alto: tipos 16, 18; riesgo intermedio 31, 33, 45, 52 y 58)
Prurito y exantema por ectoparásitos	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 genital¹⁴	Sífilis primaria¹⁵ (chancro)	Chancroide¹⁶	LGV¹⁷	Granuloma inguinal¹⁸
Incubación / duración	2-7 d / 21 d recurrencias	10-90 d / 3-6 semanas (rango 1-12 semanas)	1-14 d / 3-6 semanas	3-30 d / 7-14 d (curación rápida)	1-12 semanas / crónica
Síntomas generales	Mialgias, cefalea, fiebre o 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	Única, ocasional múltiple (mujeres)	Única	Una o múltiples; extensa
Induración	No	Sí	No	Rara	Sí
Borde	Eritematoso	Redondo, engrosado	Irregular	Redondo, regular	Irregular, elevado
Profundidad	Superficial	Superficial	Excavada	±Superficial	Sobreelevada
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, recto	Vulva, cérvix, pene, anal, perianal, recto, oral	Pene, vulva	Uretra, recto pene, vagina, cérvix	Genital, anal, oral, ingles, muslos. Autoinoculación
Dolor / picor	Sí / frecuente	No / inusual	Intenso / raro	Variable / raro	Raro / raro
Adenopatía	Bilateral, dura, móvil, dolorosa	Bilateral, indolora, móvil, dura	Suele ser unilatral, supurativa	Uni o bilateral, supurativa. En mujeres puede ser intraabdominal/ retroperitoneal	No, sólo si hay sobreinfección
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica: lesiones típicas ▪ PCR en frotis de lesión¹⁹ ▪ Cultivo celular²⁰ ▪ Detección de Ag por IF o ELISA en frotis de lesión²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directo : Examen con microscopio de campo oscuro o IFD o PCR ▪ Indirecto: Serológico <ul style="list-style-type: none"> ○ Ac. reagínicos (RPR y VDRL)²² ○ Ac. treponémicos²³ (FTA-ABS y TP-MHA) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clínica típica + exclusión de otras ITS ▪ PCR frotis lesión ▪ Cultivo en medio especial ▪ Gram del aspirado de adenopatía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PCR en lesión ▪ Cultivo en medio especial ▪ Serología con fijación de complemento (título ≥1/64) ▪ Micro-IF (título ≥1/512) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen con microscopio de frotis de la lesión con tinción Giemsa: cuerpos de Donovan en citoplasma ▪ Cultivo: difícil de aislar al germen ▪ IFI ▪ PCR en lesión, no disponible en todos los países

[▶ Tabla inicial](#)

3.- Diagnóstico diferencial entre uretritis²⁴ /cervicitis²⁵ gonocócica y no gonocócica		
	Uretritis / cervicitis gonocócica	Uretritis / cervicitis no gonocócica²⁶
Etiología	<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>C. trachomatis</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>M. genitalium</i> , <i>T. vaginalis</i> , VHS
Incubación	2-5 días	7-14 días
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Varones: inicio brusco >80%, inflamación del meato uretral. Asintomáticos 10-30 %, sobre todo si la infección es oral o anal Mujeres: ≤50% leucorrea y/o dolor abdominal bajo. Asintomáticas ≥50% 	<ul style="list-style-type: none"> Inicio gradual Asintomáticos 10-50 % en varones y 80% en mujeres, sobre todo si la infección es oral o anal
Exudado ²⁷	Abundante / continuo / purulento / hemorrágico	Escaso / seroso / mucoso
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	<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%). PCR en secreción uretral, vaginal, endocervical, rectal, anal y faríngeo. Menos rentable en orina mujer. Útil en asintomáticos 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. 	<p><u>C. trachomatis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> PCR (orina, uretral, cérvix, recto, faringe) Técnica "Gold standard" Tinción de Gram: negativa y ≥5 PMML por campo x 1000 aumentos Cultivo²⁸ con líneas celulares (McCoy, Hela o BGMK), tratadas con cicloheximida (S 40-80%, E 100%) <p><u>U. urealyticum:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> PCR Cultivos en medios específicos: recuentos significativos >10⁴ ucc/ml en secreción uretral y >10³ ucc/ml en el sedimento de OPM²⁹ <p><u>Mycoplasma genitalium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> PCR Cultivo específico, crecimiento muy lento. Responsable de 40% de UNG persistente o recurrente. Altas resistencias en monoterapia con azitromicina <p><u>Trichomonas vaginalis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> PCR Examen en microscopio de exudado en fresco: protozoos flagelados móviles Cultivo específico (medio Diamond)

[▶ Tabla inicial](#)

4.- Diagnóstico diferencial de la leucorrea en la mujer (../..)			
	Candidiasis (30%)	Tricomoniasis (10%)	Vaginosis bacteriana (40-50%)³⁰
Etiología	<i>C. albicans</i>	<i>T. vaginalis</i>	<i>G. vaginalis</i> , otros
Vías de contagio	<ul style="list-style-type: none"> Autoinoculación 	<ul style="list-style-type: none"> Transmisión sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Autoinoculación
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> Uso de antibióticos, corticoides, hormonas o anticonceptivos Inmunosupresión. Diabetes. Alteración inmunológica local Ropa sintética ajustada Higiene defectuosa (por exceso o defecto) Humedad mantenida (piscina) Fricción perineal (ejercicio) Rasurado, depilación 	<ul style="list-style-type: none"> Múltiples parejas 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de DIU Alteración inmunológica local Sexo activo o pareja nueva
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Irritación y prurito intenso vulvar Leucorrea, disuria, dispareunia 	<ul style="list-style-type: none"> Prurito leve-intenso Dolor abdominal bajo. Leucorrea, disuria, dispareunia, sangrado poscoital 	<ul style="list-style-type: none"> No prurito Leucorrea
Signos	<ul style="list-style-type: none"> Eritema y edema de vulva y vagina, fisuras y escoriaciones Mucosa eritematosa Leucorrea escasa 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema vulvar, colpitis "en fresa" Mucosa con petequias, leucorrea abundante 	<ul style="list-style-type: none"> No eritema vulvar, mucosa normal Leucorrea moderada
Leucorrea / olor / pH	<ul style="list-style-type: none"> Blanca viscosa, adherente / Ninguno / <4,5 	<ul style="list-style-type: none"> Amarillo-verdosa espumosa / Maloliente / >4,5 	<ul style="list-style-type: none"> Blanca-gris homogénea / Pescado, maloliente / >4,5
Microscopio / exudado en fresco	<ul style="list-style-type: none"> Añadir SSF o unas gotas de KOH 10% : levaduras y pseudohifas 	<ul style="list-style-type: none"> Añadir SSF: protozoos flagelados móviles 	<ul style="list-style-type: none"> Añadir SSF "Clue cells": células epiteliales vaginales cubiertas de cocobacilos
Tinción de Gram	<ul style="list-style-type: none"> Seudohifas, levaduras en crecimiento, PMNL 	<ul style="list-style-type: none"> Tricomonas, PMNL (tinción Giemsa, ↑ E) 	<ul style="list-style-type: none"> Bacilos curvados y cocobacilos Gram negativos
Otros diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> Cultivo en medio <i>Sabouraud</i> 	<ul style="list-style-type: none"> PCR Cultivo celular (medio Diamond) Citología (hallazgo casual) 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba del KOH al 10% positivo (al añadir unas gotas olor a aminas o "pescado") Citología Cultivo poco específico
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Corioamnionitis. Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> Endometritis. Salpingitis. EIP. Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> Endometritis posparto

[▶ Tabla inicial](#)

Tratamiento antimicrobiano³¹

5.- Herpes genital			
Situación clínica	Tratamiento³² (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Primoinfección ³³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir³⁴ 400 mg/8 h, 7-10 d, VO (embarazo) ▪ Famciclovir^{35,36} 250 mg /8 h, 7-10 d, VO ▪ Valaciclovir³⁷ 1 g /12 h, 7-10 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 200 mg/6 h, 7-10 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si tienen síntomas ▪ Valorar historia previa en asintomáticos. ▪ Informar del riesgo de excreción viral durante periodos asintomáticos, sobre todo en casos por VHS-2 y durante los siguientes 12 meses tras primoinfección. ▪ Recomendar abstinencia sexual durante pródromos y lesiones ▪ Si lesiones muy dolorosas: baños con agua salina y lidocaína al 5% tópica
Recidiva ³⁸	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 800 mg/12 h, 5 d, VO ▪ Aciclovir 800 mg/8 h, 2 d, VO ▪ Famciclovir 1g /12 h, 1 d, VO ▪ Famciclovir 500 mg/1.^{er} d, seguido de 250 mg/12 h, 2^o-3^{er} d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 400 mg/8 h, 5 d, VO ▪ Famciclovir 125 mg /12 h, 5 d, VO ▪ Valaciclovir 500 mg/12 h, 3 d, VO ▪ Valaciclovir 1 g/24 h, 5 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Recidiva</u>: a partir del 4^o mes de la primoinfección, menos clínica sistémica y a nivel local manifestaciones inespecíficas como irritación, edema, costras o agrietamiento ▪ <u>Supresión</u>: si ≥6 recidivas/año, afectación calidad de vida, ↓ de riesgo de transmisión en gestantes o complicaciones: herpes generalizado, hepatitis, encefalitis, HIV. Duración: 6-12 meses
Dosis de supresión ³⁹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 400 mg/12 h, VO ▪ Valaciclovir 1 g/24 h, VO ▪ Famciclovir 250 mg/12 h, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valaciclovir 500 mg /24 h, VO (menos eficaz que otros regímenes en ≥10 brotes/año) 	
Infección diseminada/ grave. Neumonitis Hepatitis ⁴⁰	Tratamiento hospitalario		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 5-10 mg/kg/8 h, IV, máx 800mg dosis, 7-14 d 		
SNC: ⁴¹ meningitis, encefalitis, mielitis transversa	Tratamiento hospitalario		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir 10-15 mg/kg//8 h, IV, máx 800mg dosis, 14-21 d 		

[▶Tabla inicial](#)

6.- Lúes (sífilis)			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa ⁴² / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Temprana (primaria, secundaria y latente precoz <1 año de evolución)</p> <p>Incluido embarazo y VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI, IM, MD (1,2 millones UI en cada nalga) ▪ ≤45 Kg: penicilina G Benzatina 50.000 UI/kg, IM, MD (máx. 2,4 millones UI) <p>Hay evidencia que en embarazo una dosis terapéutica adicional de Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI, IM, MD, una semana después de la 1ª dosis puede ser beneficiosa para prevenir la sífilis fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En alérgicos a penicilina, toda sospecha debe ser estudiada. Está indicada la desensibilización, pero si no es posible: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina⁴³ 100 mg/12 h, 14 d, VO (no en embarazo) ▪ Tetraciclina 500 mg/6 h, 14 d, VO (no en embarazo) ▪ Ceftriaxona⁴⁴ 1 g/24 h, IV/ IM, 10 d <p><u>En alergia a penicilina en el embarazo el CDC</u> recomienda desensibilización y tratamiento con penicilina, ya que es el único fármaco con evidencia que previene la transmisión fetal</p>	<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 d se trata aunque serología sea negativa; si >90 d se trata si no se puede hacer serología ni seguimiento ▪ Se debe informar sobre los síntomas de la reacción de Jarisch-Herxheimer que puede ocurrir en las primeras 24 horas tras el inicio del tratamiento ▪ La terapia antitreponémica de elección en neurosífilis es la penicilina G sódica cristalina acuosa IV. La penicilina administrada IM puede no lograr concentraciones treponémicas adecuadas en LCR ▪ Realizar revisión clínica a los 10-14 d para objetivar desaparición de síntomas y controles serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6 y
<p>Tardía⁴⁵ (latente tardía >1 año de evolución, terciaria o de cronología incierta)</p> <p>Incluido embarazo y VIH</p>	<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 	<ul style="list-style-type: none"> • En alérgicos a penicilina, toda sospecha debe ser estudiada. Está indicada la desensibilización, pero si no es posible: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 28 d, VO (no en embarazo) ▪ Tetraciclina 500 mg/6 h, 28 d, VO (no en embarazo) ▪ Ceftriaxona 1 g/24 h, IV/IM, 10 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar revisión clínica a los 10-14 d para objetivar desaparición de síntomas y controles serológicos (pruebas no treponémicas) a los 6 y

<p>Neurosífilis (incluyendo afectación ocular y auditiva)</p>	<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 ○ El tratamiento anterior se continúa con Penicilina G benzatina, 2,4 millones UI, IM, semanal, 3 semanas, para equiparar la duración total del tratamiento al de la sífilis latente tardía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina procaína G 2,4 millones UI/24 h, IM + probenecid oral 500 mg/6 h, 10-14 d, VO ○ El tratamiento anterior se continúa con Penicilina G benzatina, 2,4 millones UI, IM, semanal, 3 semanas, para equiparar la duración total del tratamiento al de la sífilis latente tardía ▪ Ceftriaxona 1-2 g/24 h, IV/IM, 10-14 d 	<p>12 meses en sífilis temprana y a los 6, 12 y 24 meses en la tardía</p>
---	--	---	---

[▶ Tabla inicial](#)

<p>7.- Chancroide⁴⁶</p>		
<p>Tratamiento (elegir uno)</p>	<p>Alternativa / situaciones especiales (elegir uno)</p>	<p>Pareja / observaciones</p>
<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) 	<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. ▪ Fallos con cualquier pauta en coinfección por VIH

[▶ Tabla inicial](#)

<p>8.- LGV ⁴⁷</p>		
<p>Tratamiento</p>	<p>Alternativa / situaciones especiales (elegir uno)</p>	<p>Pareja / observaciones</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 3 semanas, VO (no en embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, semanal, 3 semanas, VO (embarazo) ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 3 semanas, VO (embarazo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los últimos 2 meses. (azitromicina 1 g, MD, VO)

[▶ Tabla inicial](#)

9.- Granuloma inguinal⁴⁸		
Tratamiento	Alternativa/situaciones especiales (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, semanal, >3 semanas VO, hasta curar lesiones ▪ Azitromicina 500mg/d, >3 semanas VO, hasta curar lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, > 3 semanas VO, hasta curar lesiones (no en embarazo) ▪ Eritromicina 500 mg/6 h, 3 a 4 semanas, VO (embarazo) ▪ TMP-SMX 160/800 mg/12 h, 3 semanas, VO (no embarazo) 	<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 gonocócica⁴⁹. Infección por <i>C. trachomatis</i>⁵⁰			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Infección gonocócica local de uretra, cérvix, recto y faringe no complicadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 500 mg , MD, IM (embarazo) <hr/> <p>Conjuntivitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 1 g, IM, MD <ul style="list-style-type: none"> ○ Lavado de ojos con SSF 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gentamicina 240mg IM, MD + Azitromicina 2 g, MD, VO (en alergia a Cef) ▪ Cefixima 800 mg MD, VO (embarazo y en rechazo o contraindicación vía IM) (fracasos recientes en sexo anal. No administrar en faringitis) ▪ Quinolonas, sólo si se realiza antibiograma previo de sensibilidad, en alergia a Cef y/o faringitis: Ciprofloxacino 500 mg MD, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o el último contacto, si hace más de 60 días. Hasta 6 meses en el caso de parejas de varones asintomáticos y mujeres sintomáticas con uretritis no gonocócica. En expuestos, hacer cribado en uretra, orina, cérvix, recto u orofaringe. Descartar coinfecciones por otros gérmenes. ▪ Abstinencia sexual hasta 7 d después de haber iniciado el tratamiento y estar ambos asintomáticos ▪ Verificar la curación en cualquier localización, pero es imperativo en infecciones faríngeas,

<p>Debido a la frecuente coinfección gonocócica con <i>C. trachomatis</i> y si no se puede excluir, se aconseja el tratamiento conjunto empírico de rutina en todas las variantes de infección gonocócica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100mg/12h, 7 d, VO <ul style="list-style-type: none"> ○ Preferible a azitromicina, si hay adecuada adherencia terapéutica, debido al aumento de resistencias a azitromicina 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, VO ▪ Levofloxacino 500mg/MD, 7d, VO 	<p>fracasos terapéuticos (sospecha de incumplimiento, reinfecciones por parejas no tratadas, adquisición en áreas de alta resistencia o tratamientos alternativos). En estos casos se debe realizar control microbiológico: cultivo con antibiograma ≥ 3 d o PCR ≥ 3 semanas. Realizar PCR de control en 3 meses en todos los casos debido a las altas tasas de reinfección.</p>
--	---	--	--

[▶ Tabla inicial](#)

11.- Infección no gonocócica ^{51, 52}			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">General (uretritis, cervicitis, faringitis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 7 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 1 g, MD, VO ▪ Azitromicina 500mg, MD, VO el día 1+250mg, MD, VO, los días 2 a 5 <p>Si se aísla <i>M.genitalium</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si es resistente a macrólidos o no está disponible el test de resistencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 7d, VO + Moxifloxacino⁵³ 400mg,MD, 7d, VO ▪ Si es sensible a macrólidos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina 100 mg/12 h, 7d, VO + Azitromicina 1g, MD, VO seguido de Azitromicina 500 mg, MD, 3d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o el último contacto, si hace más de 60 días. Hasta 6 meses en el caso de parejas de varones asintomáticos y mujeres sintomáticas con uretritis no gonocócica. <p>En expuestos hacer cribado en uretra, orina, cérvix, recto u orofaringe</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina: 1 g, MD, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina 500 mg/8 h, 7 d, VO 	

[▶ Tabla inicial](#)

12.- Candidiasis vulvovaginal⁵⁴			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Candidiasis no complicadas (<i>C. albicans</i>)⁵⁵</p>	<p>Pautas con azoles en cremas tópicas vulvares e IVG u óvulos IVG, una aplicación al acostarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clotrimazol crema 2% (5 g)/d, 3 d ▪ Clotrimazol óvulo 100 mg/d, 6 d ▪ Clotrimazol óvulo 200 mg/d, 3 d ▪ Clotrimazol óvulo 500 mg, MD <p>Pautas por VO, valorar en persistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluconazol⁵⁶ 150 mg, MD, VO 	<p><i>C. albicans</i> recidivante⁵⁷</p> <p>Inducción + mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inducción (tópico o VO): <ul style="list-style-type: none"> ○ Tópico: <ul style="list-style-type: none"> -Clotrimazol 2% crema (5g) /d, 12 d ○ - Clotrimazol óvulo 100 mg/d, 12 d. ○ Vía oral: <ul style="list-style-type: none"> -Fluconazol 150 mg /72 h, 3 dosis, VO ▪ Mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fluconazol (150 mg/semana), VO, 6 meses ○ Clotrimazol óvulo 500 mg/d, semanal, 6 meses <p>▪ Si el tratamiento anterior no es factible se recomiendan tratamientos tópicos intermitentes.</p> <p>Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento VO contraindicado ▪ Azoles cremas tópicas, 7-10 d ○ Clotrimazol óvulo 100 mg d, 6 d <p>Inmunodepresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antimicóticos convencionales 10-14 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No recomendado el tratamiento en la pareja asintomática, aunque la mujer tenga infecciones recurrentes ▪ No se deben tratar mujeres colonizadas por candidas asintomáticas, incluso embarazo ▪ El cultivo vaginal sólo debe realizarse si síntomas. En casos recurrentes solicitar fungigrama ▪ Evitar irritantes locales, ropa apretada y sintética, compresas de fibra. Si se utilizan jabones, preferibles neutros ▪ La evidencia a corto plazo de la utilización de probióticos, VO o IVG, como coadyuvante al tratamiento antimicótico convencional, es baja o muy baja. No hay evidencia de que prevengan la candidiasis a largo plazo.
<p>Candidiasis complicadas⁵⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por <u><i>C. albicans</i></u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clotrimazol óvulo 100 mg/d, 7-14 d. Valorar añadir azol crema tópica 7-14 d ▪ Fluconazol 150 mg /72h, 2 dosis, VO ▪ Alergia a imidazoles: Nistatina óvulo 100.000 U/ d/14d <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por <u><i>C. no-albicans</i></u>⁵⁹: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clotrimazol óvulo 100 mg/d, 14 d. ▪ Itraconazol 200mg/d, 3d, VO ▪ Nistatina óvulo 100.000 U/ d/14d ▪ En recurrencias: <ul style="list-style-type: none"> -Derivación a especialista -Ácido bórico 600 mg, óvulo de gelatina IVG/d, 14-21 d (no en embarazo). 	<p>Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento VO contraindicado ▪ Azoles cremas tópicas, 7-10 d ○ Clotrimazol óvulo 100 mg d, 6 d <p>Inmunodepresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antimicóticos convencionales 10-14 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evidencia a corto plazo de la utilización de probióticos, VO o IVG, como coadyuvante al tratamiento antimicótico convencional, es baja o muy baja. No hay evidencia de que prevengan la candidiasis a largo plazo.

[▶ Tabla inicial](#)

13.- Trichomoniasis		
Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO, en mujeres (también indicado en embarazo) ▪ Metronidazol 2 g, MD, VO, en hombres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tinidazol 2 g/MD, VO Hombres y mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, incluidos asintomáticos ▪ Abstinencia sexual hasta 48 h de fin del tratamiento

[▶ Tabla inicial](#)

14.- Vaginosis bacteriana⁶⁰			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
Si síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO (embarazo) ▪ Metronidazol gel 0,75% (5 g) IVG/d, 5 d ▪ Clindamicina crema 2% (5 g) IVG/d, 7 d 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clindamicina 300 mg /12 h, 7 d, VO (embarazo) ▪ Clindamicina óvulo IVG 100 mg/d, 3d. ▪ Tinidazol 2 g/d, 2 d, VO ▪ Tinidazol 1 g/d, 5 d, VO 	<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 ▪ No hay suficiente evidencia para la utilización de probióticos como coadyuvante al tratamiento convencional ⁶¹

[▶ Tabla inicial](#)

15.- Balanitis/Balanopostitis	
Tratamiento (elegir uno)	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Candidiásica: Clotrimazol o Miconazol crema 2% /12 h, 7 d (14 d si <i>C. non-albicans</i>) hasta 2-3 d sin síntomas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si existe componente inflamatorio importante: imidazol tópico + hidrocortisona al 1% ○ Si presenta síntomas severos: Fluconazol 150 mg, MD, VO ○ Si alergia a imidazol o sospecha de resistencia: <ul style="list-style-type: none"> - Nistatina tópica⁶², 100.000 U /g /12-24 h, 7-10 d, hasta 2-3 d sin síntomas ▪ Aerobios, según severidad de síntomas elegir vía tópica o VO : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ácido fusídico tópico 2%/8h o mupirocina 2% tópico /12h, 7 d ○ Cefadroxilo 500mg /12 h, 7 d, VO ○ Si alergia a β-Lactámicos : Eritromicina 500 mg/8h, 7d, VO ○ Si existe componente inflamatorio importante, asociar al tratamiento tópico hidrocortisona tópica 1% 12h, 7 d ▪ Anaerobios (eritema, edema, erosiones y mal olor), según severidad de síntomas elegir vía tópica o VO : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clindamicina tópica /12h, 7d ○ Metronidazol tópico /12h, 7 d ○ Metronidazol 500 mg/12 h, 7 d, VO ○ Amoxicilina/ ac.clavulánico: 500mg/125mg/8h, 7d, VO ▪ <i>T. vaginalis</i>: Metronidazol 2 g, MD, VO ▪ <i>N. gonorrhoeae</i>: Ceftriaxona 500 mg, MD, IM ▪ <i>C. trachomatis</i>: Doxiciclina 100 mg/12h, 7 d, VO ▪ VHS tipo 1 y 2: Aciclovir 400 mg/8 h, 7-10 d, VO ▪ VPH: tratamiento de condilomas ▪ <i>T. pallidum</i>: Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI, IM, MD (1,2 millones UI en cada nalga) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Para el diagnóstico, realizar cultivo del exudado balanoprepucial. Estudio de ITS ○ La candidiásica es la más frecuente. No se considera una ITS. Se debe individualizar cada caso. ○ Tratar a la pareja, según germen causal ○ Higiene: lavados con SSF y emolientes. Evitar jabones

[▶ Tabla inicial](#)

16.- Enfermedad inflamatoria pélvica ⁶³			
Situación clínica	Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<p>Tratamiento ambulatorio</p> <p>(casos leves, moderados-leves deben mejorar en <72 h, de lo contrario pasar a parenteral)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 0,5-1g, MD, IM + doxiciclina 100 mg/12 h, 14 d, VO + metronidazol 500 mg/8-12 h, 14 d, VO 	<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 <p>Si alergia anafiláctica a β-Lactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levofloxacino⁶⁴ 500 mg/12 h, VO (si la prevalencia en la comunidad y el riesgo individual de gonorrea es bajo) + metronidazol 500 mg/12 h, VO o clindamicina 450mg/6h, 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
<p>Tratamiento parenteral, hospitalario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 1-2 g/ 24 h IV + doxiciclina 100 mg/12 h, IV o VO (si tolera) + metronidazol 500 mg/8-12 h, IV o VO (si tolera), 14 d ▪ Al menos 4 d y durante al menos 2 d después de mejoría clínica y analítica y siempre que sea posible en función de la sensibilidad de los aislamientos, continuar con tratamiento ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ β-Lactámico con actividad anaerobioicida : Cefoxitina 2 g/6 h, IV o Amoxicilina/ácido clavulánico 1-2 g/200 mg/6-8 h, IV o Ertapenem 1g/ 12-24 h IV o Piperacilina/tazobactam 4 g/0.5 g/8h IV (si mala respuesta) o Meropenem 1g/8h, IV (si shock séptico) + doxiciclina 100 mg/12 h, IV o VO (si tolera), 14 d <p>Si alergia anafiláctica a β-Lactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clindamicina 900 mg/8 h, IV + gentamicina 2 mg/kg IV o IM (dosis de carga) seguido de mantenimiento 1,5 mg/kg/8 h o dosis diaria de 3-5 mg/kg <p>○ Ambos, al menos 4 d y durante al menos 2 d después de la defervescencia.</p> <p>Continuar con :</p> <p>Clindamicina 450 mg/6 h, VO, 14 d o doxiciclina 100 mg/12 h, VO + metronidazol 500mg/8-12h hasta completar 14 d en total</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxiciclina y metronidazol tienen similar biodisponibilidad VO que IV. ▪ La duración del tratamiento se recomienda un mínimo de 14 días. Dependerá en cada caso concreto de la evolución clínica, presencia de abscesos y del drenaje quirúrgico de los mismos.

[▶ Tabla inicial](#)

17.- Epididimitis/Orquiepididimitis ^{65, 66}		
Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Si sospecha de infección gonocócica o por clamidia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 500 mg, MD, IM + doxiciclina 100 mg/12 h, 10 d, VO • Si sospecha de infección gonocócica, clamidia o bacterias entéricas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 500 mg, MD, IM + Levofloxacino 500 mg/24 h, 10 d, VO 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se sospecha solo bacterias entéricas (sexo anal, procedimiento instrumental urológico y se ha descartado gonococo por Gram) o si alergia a Cef o tetraciclinas : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levofloxacino 500 mg/24 h, 10 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	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento igual que infección gonocócica o por Clamidia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxona 500 mg, MD, IM + doxiciclina 100 mg/12 h, 7d, VO (la doxiciclina se extenderá a 3 semanas si hay presencia de secreción sanguinolenta, úlceras perianales o en mucosas, o tenesmo rectal, y PCR rectal de clamidia positivo) ▪ Si úlceras perianales descartar además de LGV, VHS y <i>T. pallidum</i>. Tratar según sospecha o confirmación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, de los 2 últimos meses deber ser evaluados y tratados, en infección por gonococia/clamidia. ▪ Ver apartados de LGV, VHS o sífilis si se confirman.

[▶ Tabla inicial](#)

19.- Condilomas ⁶⁷		
Tratamiento (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 indicado en embarazo ▪ Imiquimod crema 5%, 3 noches alternas/semana, máximo 16 semanas. Lavar 6-8 horas después de aplicar. No en lesiones internas. No indicado 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"> ▪ <u>Verrugas vulvares y en genitales externos:</u> si fracaso terapéutico recurrir al tratamiento de consulta especializada ▪ <u>Verrugas cervicales:</u> biopsia y consulta con especialista para descartar lesión de alto grado ▪ <u>Verrugas vaginales:</u> crioterapia con nitrógeno líquido o láser de CO₂ o ATC o ABC al 80-90% ▪ <u>Verrugas en meato uretral:</u> crioterapia o podofilina 10-25% ▪ <u>Verrugas anales:</u> crioterapia, ATC o ABC al 80-90% o resección quirúrgica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, valoración y exploración en busca de lesiones y si existen, tratarlas

[▶ Tabla inicial](#)

20.- Pediculosis pubis ⁶⁸		
Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permetrina crema 1%, aplicar y lavar 10 minutos tras la aplicación. Repetir a los 7 días. Indicado en embarazo ▪ Piretrina + butóxido piperonilo, aplicar y lavar 10 minutos tras la aplicación. Repetir a los 7 días. Indicado en embarazo. 	<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 µg / kg, MD, VO, en ayunas y con agua. Tiene actividad ovicida limitada. Requiere una segunda dosis a los 14 d para su erradicación. No indicado en embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si contacto sexual en el mes previo. Abstención sexual y contacto corporal hasta curación de ambos ▪ Depilación en pareja ▪ Lavar ropa interior y de cama a 60 ° C o guardar en bolsa cerrada de plástico 1 semana

[▶ Tabla inicial](#)

21.- Sarna		
Tratamiento (elegir uno)	Alternativa / situaciones especiales	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permetrina crema 5%, en todo el cuerpo, desde el cuello, evitando contacto con mucosas. Lavar tras 8-14h y repetir en 7-10 d ▪ Ivermectina 200 µg/kg, MD, VO, en ayunas y con agua. Dosis máx. 18 mg (18.000 µg). Tiene actividad ovicida limitada. Requiere una segunda dosis a los 14 d para su erradicación. No indicado en embarazo ▪ Ivermectina 1% crema. Se aplica por todo el cuerpo, incluso debajo de uñas, palmas y plantas. Lavar tras 8-14h. Repetir en 1 semana si persisten síntomas. No indicada en embarazo 	<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 ▪ Vaselina azufrada al 6%, 200g (preparado magistral). Se recomienda limpieza y baño previo. Se aplica por todo el cuerpo (incluso debajo de uñas, pliegues, palmas y plantas) durante 12 horas, 3 noches consecutivas. Ducharse a la mañana siguiente. Ponerse ropa limpia y cambiar ropa de la cama. Se puede repetir a los 7 d. Su uso está limitado por el mal olor. Puede producir irritación local y coloración en la piel y ropa. Indicado en embarazo. ▪ Prurito: persiste 2-4 semanas después de que la sarna haya desaparecido. Antihistamínicos VO y/o corticoides tópicos de potencia media. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sí, si contacto sexual en el mes previo. Intentar tratamiento simultáneo, para evitar recaídas. Abstención sexual y contacto corporal hasta curación de ambos ▪ Medidas higiénicas para prevenir la reinfección (mantener las uñas cortas y limpias) ▪ Lavar ropa interior y de cama 60 ° C o guardar en bolsa cerrada de plástico 1 semana ▪ Mobiliario tapizado que haya estado en contacto directo con la piel (sofás, asientos del coche, cojines, peluches...): pasar la aspiradora o evitar el contacto 7 d ▪ Para prevenir recurrencias tratar a todos los convivientes y valorar repetir tratamiento a los 7 d
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sarna costrosa o forma noruega: permetrina crema 5% 7 d, seguido de 2 veces/semana, hasta curación + Ivermectina 200 µg/kg, MD, VO, días: 1, 2, 8, 9, 15; 22 y 29 en casos severos 		

[▶ Tabla inicial](#)

22.- Viruela del mono		
Tratamiento	Tratamiento sintomático	Pareja / observaciones
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tratamiento ambulatorio es sintomático y de soporte, incluyendo la prevención y tratamiento de las infecciones bacterianas secundarias. Es prioritario detectar potenciales complicaciones y minimizar secuelas. Seguimiento estrecho en los grupos de riesgo⁶⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento, en habitación individual, de contacto y secreciones respiratorias (aérea y gotas)⁷⁰ • El tratamiento antiviral⁷¹ y la vacunación tienen disponibilidad limitada <ul style="list-style-type: none"> -Indicaciones de la vacunación⁷² • Tratamiento hospitalario : <ul style="list-style-type: none"> - Afectación corneal u otras lesiones oculares - Situaciones que impidan una hidratación o ingesta adecuada (lesiones faríngeas) -Sobreinfección extensa de lesiones cutáneas (celulitis, piomiositis) -Afectación cutánea grave, o con lesiones coalescentes de gran superficie - Alteraciones analíticas - Insuficiencia respiratoria - Proctitis con afectación severa (dolor, diarrea, rectorragia). Si complicaciones valoración por cirugía - Fiebre persistente - Sepsis - Shock hipovolémico - Confusión - Encefalitis - Meningoencefalitis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fiebre</u>: -Paracetamol 1g/6-8 h, VO (máx 4g/24 h; máx 2g/24 h, si enfermedad hepática) ▪ <u>Dolor</u> : -Paracetamol 1g/6-8 h, VO (máx 4g/24 h; máx 2g/24 h, si enfermedad hepática) <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno: 400mg/8 h, VO ▪ <u>Afectación ocular</u>: lágrimas artificiales Antibióticos tópicos (Tobramicina o Ciprofloxacino colirio) y/u orales para evitar sobreinfección bacteriana de la conjuntiva o córnea. Evitar cicatrices ▪ <u>Lesiones cutáneas</u>: mantener secas y limpias (higiene con agua y jabón 1-2 veces/día). Uso de antiséptico tópico (povidona yodada diluida, gluconato de clorhexidina al 1%). Cubrir lesiones exudativas. En costras adheridas aplicar vaselina en capa fina tras la higiene. Evitar cicatrices ▪ <u>Lesiones ulceradas genitales</u>: baños de asiento con agua salina templada. Aplicación de fomentos fríos (infusiones de camomila) o crema anestésica ▪ <u>Sobreinfección bacteriana de las lesiones</u>: <ul style="list-style-type: none"> -Antibióticos tópicos o sistémicos (Cefadroxilo 1g/12h, 5-10 d, VO. -Si alergia a Cef: Clindamincina 300-600mg /8h/7-10 d, VO, o sospecha de SARM: Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800/12h, 5-10d, VO) - Solución tópica a base de sulfatos de zinc y cobre ▪ <u>Lesiones perianales</u>: <ul style="list-style-type: none"> -Solución tópica a base de sulfatos de zinc y cobre ▪ <u>Proctitis</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Antiinflamatorios orales, corticoides tópicos o sistémicos, antibióticos tópicos u orales si sobreinfección bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los contactos estrechos ⁷³ no realizarán cuarentena, aunque deben extremar las precauciones y reducir las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla durante 21 días tras la exposición. Esto incluye la abstención de mantener contactos sexuales durante este periodo. ▪ <u>Medidas no farmacológicas</u>: <ul style="list-style-type: none"> -Lavado de manos regularmente, y tras tocar las lesiones -Usar ropa amplia y de algodón -Evitar contacto con las lesiones ▪ Los platos y utensilios para comer no deben compartirse. Lavarlos con agua caliente y jabón. ▪ Las superficies y objetos contaminados deben limpiarse con lejía. ▪ La ropa, ropa de cama, toallas, etc., se debe lavar en una lavadora con agua caliente (60°C) y detergente. No es necesario el uso de lejía. Cuidado con la manipulación de la ropa, evitar sacudirla. No debe lavarse con el resto de ropa de casa.

[▶ Tabla inicial](#)

Referencias bibliográficas

1. Bettuzzi T, Jourdes A, Robineau O, Alcaraz I, Manda V, Molina JM, *et al.* 2021. Ceftriaxone compared with benzylpenicillin in the treatment of neurosyphilis in France: a retrospective multicentre study. *Lancet Infect Dis.* 2021; 21:1441–1447.
2. Cámara J, Serra J, Ayats J, Bastida T, Carnicer-Pont D, Andreu A, *et al.* Molecular characterization of two high-level ceftriaxone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates detected in Catalonia Spain. *J Antimicrob Chemother.* 2012; 67: 1858-60.
3. Cao Y, Su X, Wang Q, *et al.* A multicenter study evaluating ceftriaxone and benzathine penicillin G as treatment agents for early syphilis in Jiangsu, China. *Clin Infect Dis* 2017; 65: 1683–8.
4. Di Spirito F, Pantaleo G, Di Palo MP, Amato A, Raimondo A, Amato M. Oral Human Papillomavirus Benign Lesions and HPV-Related Cancer in Healthy Children: A Systematic Review. *Cancers (Basel).* 2023 ; 15(4):1096.
5. Edwards SK, Bunker CB, Ziller F, van der Meijden WI. 2013 European guideline for the management of balanoposthitis. *Int J STD AIDS.* 2014; 25(9):615-26.
6. Fernández R, Coordinadora del grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. [en línea][consultado el 22/04/2023] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_578_Antimicrobianos_Aljarafe_2018.pdf
7. Frost HM, Wilson ML, Roosevelt GE. Improving Management of Suspected Chlamydia and Gonorrhoea in Adolescents with a Rapid Diagnostic Test. *Pediatr Qual Saf.* 2023; 8(1):e634.
8. Horner P, Blee K, O'Mahony C, Muir P, Evans C, Radcliffe K; Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV. 2015 UK National Guideline on the management of non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS.* 2016; 27(2):85-96.
9. Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthankar A, Stott C, McBrien B, Tipple C, Turner A, Sullivan AK; Members of the Syphilis guidelines revision group 2015; Radcliffe K, Cousins D, FitzGerald M, Fisher M, Grover D, Higgins S, Kingston M, Rayment M, Sullivan A. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *Int J STD AIDS.* 2016; 27(6):421-46.
10. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS.* 2016 ; 27(5):333-48.
11. Mensa J, Soriano A, López-Suñe E, Zboromyrska Y, Llinares P, Barberán J. Enfermedad inflamatoria pélvica y absceso tuboovárico. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona. 31ª edición. Antares, 2021. p. 693-5.
12. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación en el brote actual de viruela del mono. 22 de agosto de 2022. [en línea] [consultado 22/04/2023]. Disponible en:
 - a. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/Monkeypox/docs/Estrategia_vacunacion_Monkeypox_trasCSP.pdf
13. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, *et al.* Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clin Infect Dis.* 2016; 62(4): e1–e50.
14. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, Geretti A, Nilsen A, Lautenschlager S, *et al.* 2017 European guidelines for the management of genital herpes. *Int J STD AIDS.* 2017; 28 (14):1366-1379.
15. Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS.* 2018; 29(2):108-114.
16. Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. Updated 26 August 2022 v12 (publishing.service.gov.uk) [en línea] [consultado el 22/04/2023] Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1100600/recommendations-for-pre-and-post-exposure-vaccination-during-a-monkeypox-incident-26-august-2022.pdf
17. Saldanha N. STIs in adolescents: Chlamydia, gonorrhoea, mycoplasma genitalium, and HPV. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2020 ; 50(7):100835.
18. Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte RV, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 8 (8):CD010285.
19. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, *et al.* 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015 Jul; 29(7):1251-7. doi: 10.1111/jdv.13181.

20. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, *et al.* Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis.* 2017; 17(8):e235-e279.
21. Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, *et al.* World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Program (WHO GASP): review of new data and evidence to inform international collaborative actions and research efforts. *Sex Health.* 2019; 16(5):412-425.
22. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021. [en línea][consultado el 22/04/2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2019.pdf>
23. Van Schalkwyk J, Yudin MH; Infectious Disease Committee. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 ; 37 (3):266-274.
24. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, *et al.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021; 70(4):1-187.
25. Xie HY, Feng D, Wei DM, Mei L, Chen H, Wang X, *et al.* Probiotics for vulvovaginal candidiasis in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 11(11):CD010496.
26. Zhou P, Gu Z, Xu J, Wang X, Liao K. A study evaluating ceftriaxone as a treatment agent for primary and secondary syphilis in pregnancy. *Sex Transm Dis.* 2005; 32(8):495-8.
27. Zimmermann P, Curtis N. Monkeypox—What Pediatricians Need to Know. *Pediatr Infect Dis J* 2022; 41:1020–1031.

Abreviaturas: **Ac:** anticuerpo. **BASHH:** British Association for Sexual Health and HIV. **CDC:** Center for Disease Control. **Cef:** Cefalosporinas. **CMI:** concentración mínima inhibitoria. **CMV:** citomegalovirus. **d:** día. **DIU:** dispositivo intrauterino. **DSTIG:** German STI-Society. **E:** especificidad. **EAU:** European Association of Urology. **EIA:** enzyme immunoassay. **EIP:** Enfermedad inflamatoria pélvica. **ELISA:** Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay. **EMA:** Agencia europea de medicamentos. **EPI:** equipo de protección individual. **FDA:** Food and Drug Administration. **FTA-ABS:** Prueba de fluoresceína con absorción de anticuerpos treponémicos. **g:** gramo. **IF:** inmunofluorescencia. **IFD:** inmunofluorescencia directa. **h :** hora. **HG:** herpes genital. **HSH:** hombres que tienen sexo con hombres. **IFI:** inmunofluorescencia indirecta. **IM:** vía intramuscular. **IP:** inmunoperoxidasa. **ITS:** infección de transmisión sexual. **IV:** vía endovenosa. **IVG:** intravaginal. **LGV:** linfogranuloma venéreo. **Máx.:** máximo **µg:** microgramos. **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. **SARM:** *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. **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.

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*. Suelen ir precedidas de uretritis 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 verrugas pueden ser extensas y de gran tamaño.

¹¹ La infección por VPH es la ITS más prevalente en adolescentes y jóvenes de ambos sexos. La incidencia máxima se sitúa entre 20-24 años, siendo los adolescentes la población de mayor riesgo. Infecta áreas que sufren microtraumatismos durante las relaciones sexuales, lo que facilita su propagación.

¹² Enfermedad zoonótica, endémica en África central y occidental, causada por el virus monkeypox (MPXV), virus DNA de doble cadena perteneciente al género *Orthopoxvirus*. Hasta hace unos meses los casos esporádicos en otros países estaban vinculados a algún caso importado o tras contacto directo (incluyendo consumo) o indirecto con mamíferos infectados (roedores o primates) de zonas endémicas. Se ha documentado transmisión por vía transplacentaria. En el brote actual de 2022 el mecanismo de transmisión mayoritario ha sido el contacto físico estrecho (fundamentalmente sexual en HSH) y directo con lesiones en la piel, fluidos corporales, gotas respiratorias grandes, o indirecto, con objetos contaminados utilizados por personas infectadas.

Clínicamente es menos grave que la viruela, presenta síntomas leves o moderados, y suele ser autolimitada en 2-4 semanas. En embarazadas, niños < 8 años o inmunodeprimidos las complicaciones son más frecuentes y pueden incluir infecciones cutáneas bacterianas secundarias, bronconeumonía, queratitis, sepsis, encefalitis y meningoencefalitis.

El periodo de incubación es de 5 a 21 días. La transmisibilidad coincide con los primeros síntomas y es mayor cuando aparecen las lesiones exantemáticas características. El cuadro clínico inicial incluye fiebre, cefalea, dolor lumbar, mialgias, linfadenopatías regionales y astenia intensa. Entre 1 y 5 días después aparece una erupción centrífuga que evoluciona simultáneamente (en la misma fase) y tiende a concentrarse en cara, tronco, extremidades, palmas y plantas. Puede afectar a mucosa oral, genital, zona perianal y rectal (proctitis), conjuntival, palpebral y córnea. Las lesiones varían en tamaño y número, evolucionan secuencialmente de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras, que secan y caen.

Se diagnostica por PCR del virus en frotis de lesiones cutáneas o exudados.

¹³ En más del 95% de los casos de cáncer y displasias de cérvix 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. Inicialmente suelen ser asintomáticas o presentar síntomas inespecíficos (dispareunia y vulvodinia). Pueden ser sólo detectables por colposcopia mostrándose como lesiones acetoblancas Existen dos vacunas comercializadas: una bivalente (serotipos 16 y 18, responsables del 70% del cáncer de cérvix) y otra nonavalente (serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) con la que se evitarían las verrugas genitales, el 90% de cáncer de cérvix, el 90% de cáncer anorrectal y el 70 % de cáncer infeccioso orofaríngeo. Es esencial que se administren antes del inicio de la actividad sexual. Indicadas en ambos sexos entre 9 y 26 años, para interrumpir la cadena de contagio, en especial si existe inmunodepresión (VIH, inmunodeficiencias, trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos) o pertenencia a grupos de riesgo (prostitución, homosexuales, mujeres con tratamiento escisional de cérvix a cualquier edad). La vacunación no es terapéutica, no está contraindicada en caso de seropositividad y no exime de continuar con el cribado citológico para el cáncer de cérvix.

¹⁴ Es una infección crónica de por vida y la causa más frecuente de úlcera genital. Ha aumentado en los últimos años en adolescentes y jóvenes. VHS-1 y VHS-2 pueden producir herpes genital. La mayoría de los casos de recurrencias están causados por VHS-2 y las lesiones son inespecíficas, eritematosas, erosiones o fisuras. Las infecciones por VHS-1 han aumentado en mujeres <25 años de países desarrollados y en homosexuales, por sexo oro-genital. La primoinfección puede ser asintomática, especialmente en varones, y contagiar a sus parejas. El diagnóstico clínico debe confirmarse con test de laboratorio, aunque éste no debe retrasar el inicio del tratamiento. Un resultado negativo no excluye su diagnóstico. La serología no se realiza como método de screening, ya que diagnostica infecciones crónicas, sí en situaciones especiales y en la evaluación de otras ITS. Los Ac IgM no son tipo específicos y pueden ser positivos durante episodios recurrentes.

¹⁵ 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.

¹⁶ Endémica en África, Asia, América del Sur y zonas tropicales. Ha aumentado en EE.UU. en los últimos años. Su presentación puede ser atípica y el diagnóstico debe ser confirmado por pruebas de laboratorio, y exclusión clínica tras serologías negativas para lúes, VIH y otras ITS.

¹⁷ Endémica en zonas de África, Asia, Sudamérica y el Caribe. Ha aumentado en los últimos años en otros países. Hay tres estadios en la enfermedad. La lesión inicial en la mucosa genital o piel adyacente suele pasar desapercibida. En el 2.º estadio, el plastrón adenopático inguinal (bubón) se acompaña de un gran componente inflamatorio y de sintomatología general. En el 3.º se han descrito complicaciones locales como ulceraciones y elefantiasis genital, y el síndrome anorrectogenital (proctitis o proctocolitis similar a una enfermedad inflamatoria intestinal).

¹⁸ En áreas tropicales, subtropicales, zonas de China, India y sudeste de EE. UU. En otros países van apareciendo casos importados. Afecta más a hombres y homosexuales (lesiones en genitales, recto y orofaringe). En mujeres se han descrito lesiones en genitales externos e internos. Puede haber diseminación hematológica y linfática. La curación espontánea puede dar lugar a cicatrices y erosión progresiva de los tejidos afectados.

¹⁹ Es considerada el gold-standard. En infecciones del sistema nervioso central (encefalitis, meningitis) es de alta rentabilidad diagnóstica en LCR y en infecciones sistémicas (herpes neonatal). El resultado se obtiene en 24 horas. Permite distinguir entre VHS-1 y VSH-2. Puede fallar, especialmente en ausencia de lesiones activas, pero no indica ausencia de infección por VHS, porque la excreción viral es intermitente.

²⁰ Permite la tipificación del virus y conocer la sensibilidad antiviral. Es algo menos S que PCR, pero mantiene ↑ E. Los resultados dependen de condiciones de traslado, rapidez con que se inocule la muestra, cultivo celular utilizado y la carga viral presente (mayor en primoinfecciones y lesiones recientes). Es por tanto, compleja, lenta, laboriosa y cara.

²¹ Detecta el antígeno viral y no precisa de la viabilidad del virus presente en la muestra. Diagnóstico rápido y barato pero de menor S que PCR y el cultivo, aunque su E es alta. No distingue entre VHS-1 y VHS-2.

²² Son reactivos a las 4 o 5 semanas después de la infección y son siempre positivos en pacientes con sífilis secundaria. ↑ S. Se utilizan para el diagnóstico presuntivo y seguimiento del tratamiento, pues disminuyen significativamente su titulación entre 6 y 12 meses, tras un tratamiento eficaz.

²³ Son de confirmación. ↑ E. Su reactividad comienza en la 3.ª semana y se mantienen positivos de por vida.

²⁴ 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 $\times 1000$, o piuria (≥ 15 PMNL en la muestra del centrifugado del OPM por campo $\times 400$) o prueba de esterasa leucocitaria positivo en OPM.

²⁵ 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 $\times 1000$ en gonocócica y ≥ 20 PMNL en no-gonocócica.

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

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 gonorréicas, 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 El tratamiento reduce la duración de la sintomatología, el periodo de eliminación del virus y la severidad de las recurrencias.

³³ El tratamiento tiene mayor efectividad si se inicia durante pródromos y primer día de la aparición de la clínica. Se puede prolongar si la curación es incompleta después de 10 días de terapia.

³⁴ Comprimidos de 200 mg y 800 mg.

³⁵ Valaciclovir y Famciclovir tienen mejor biodisponibilidad oral que Aciclovir.

³⁶ Comprimidos de 125, 250, 500 y 750 mg.

³⁷ Comprimidos de 500 mg y 1 g.

³⁸ El tratamiento debe iniciarse antes de las 12h desde su aparición o durante el pródromo que precede a algunos brotes.

³⁹ ≥ 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.

⁴⁰ La hepatitis es una manifestación infrecuente de la infección diseminada por VHS. Debe sospecharse en mujeres embarazadas con fiebre y hepatitis grave inexplicada, aunque no presenten lesiones cutáneas. Se debe iniciar un tratamiento empírico precoz con aciclovir IV hasta la confirmación de PCR en sangre. Se asocia a insuficiencia hepática fulminante y una elevada mortalidad (25%).

⁴¹ La duración del tratamiento dependerá de la gravedad de la infección y de la respuesta terapéutica. En meningitis es 10-14 días y en encefalitis 2-3 semanas, para evitar recurrencias. La sospecha clínica elevada es suficiente para iniciar el tratamiento, ya que el retraso en su comienzo influye negativamente en el pronóstico. El uso de corticoides es controvertido.

⁴² Es fundamental seguimiento estrecho clínico y serológico en personas que reciben terapia alternativa, especialmente en VIH y embarazo.

⁴³ Se recomienda medidas de protección solar por fotosensibilidad. El paciente tomará siempre el medicamento en el transcurso de una comida, acompañado de un vaso grande de agua (200 ml) y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse para evitar esofagitis y úlceras esofágicas de decúbito.

⁴⁴ En alérgicos a la penicilina la probabilidad de reacción cruzada con Cef. de 3ª generación es insignificante. Ceftriaxona se podría utilizar en pacientes en los que la desensibilización a penicilina no es posible, en caso de no disponer penicilina G acuosa o en pacientes con alergia retardada a la penicilina. Sin embargo, el CDC defiende que aunque es efectiva en el tratamiento de la sífilis hay escasa evidencia científica disponible para establecer la dosis y duración óptimas del tratamiento en cada estadio. Aconseja consultar siempre con un especialista.

⁴⁵ Estudio de LCR antes de iniciar tratamiento para descartar neurosífilis.

⁴⁶ Las adenopatías fluctuantes (pseudobubón) se deben drenar.

⁴⁷ El plastrón adenopático inguinal (bubón) debe drenarse para evitar úlceras inguinales.

⁴⁸ Duración del tratamiento hasta que curen las lesiones.

⁴⁹ Debido al incremento en las resistencias a Cefalosporinas, especialmente por VO, quinolonas, azitromicina y tetraciclinas hay varios planes de seguimiento de salud pública en el mundo para evitar su propagación. Es necesario conocer el patrón local de sensibilidades antimicrobianas del gonococo para la elección de antibiótico y dosis.

⁵⁰ Reduce el desarrollo de resistencias a antibióticos, de infertilidad, EIP y otras complicaciones.

⁵¹ Considerar tratamiento conjunto empírico para gonococo si su prevalencia en la población es alta.

⁵² 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.

⁵³ No administrar en <18 años, ni en alteración función hepática o riesgo cardiaco (QT largo).

⁵⁴ Tratar sólo si sintomatología.

⁵⁵ Episodios esporádicos o no frecuentes y leves producidos por *C. albicans* en mujeres no inmunocomprometidas. Los tratamientos tópicos y orales son igualmente eficaces. No existen recomendaciones para seleccionar una u otra vía excepto las preferencias de la paciente, el coste-beneficio o los antecedentes de reacciones adversas a algún producto utilizado.

⁵⁶ Interacciona con múltiples fármacos, al igual que Itraconazol. Se deben vigilar las enzimas hepáticas, por el potencial riesgo de hepatotoxicidad. Riesgo de aborto espontáneo y malformaciones congénitas en los primeros meses de embarazo.

⁵⁷ ≥4 episodios sintomáticos/año, documentados con cultivos (*C. no-albicans* en 10-20% de casos), con resolución parcial de los síntomas. Valorar posibles factores de riesgo (diabetes, uso previo frecuente de antibióticos, ropa ajustada o de licra, ferropenia, inmunosupresión, estrés, DIU, diafragmas, esponjas vaginales,...).

⁵⁸ Episodios recurrentes o severos, producidos en ocasiones por especies diferentes a *C. albicans*, en hiperestrogenismo o en mujeres inmunocomprometidas (infección VIH, tratamiento con corticoides, etc). Se caracterizan por eritema y edema vulvar extenso, fisuras y excoriación.

⁵⁹ Especies diferentes a *C. albicans* (*C. glabrata*, *C. Krusei*, *C. tropicalis*, *C. kephyr* y otras) responden peor a los antifúngicos azólicos convencionales (resistencias intrínsecas y/o adquiridas o cruzadas entre azoles tópicos y orales).. El tratamiento óptimo es aún desconocido (CDC), incluso con los nuevos azoles (voriconazol, rilopirox y eberconazol) . *C. Krusei* es intrínsecamente resistente a fluconazol y flucitosina, puede responder a azoles tópicos. El tratamiento de *C. glabrata* puede ser complicado. Es responsable del 10-15% de las candidiasis y ser susceptible a los azoles disponibles aunque con CMIs elevadas, por lo que se recomienda 14 días de tratamiento. Hay resistencias a voriconazol. En multiresistencia pueden ser efectivos tratamientos tópicos 14 días: óvulos IVG de ácido bórico 600mg/ d o crema IVG de flucitosina al 17%/d, sola o asociada a anfotericina B 3% (fórmulas magistrales). Se puede continuar con terapia de mantenimiento: nistatina óvulo 100.000 U d, de 3 a 6 meses.

⁶⁰ Se trata en embarazos asintomáticos, instrumentación urogenital o portadoras de DIU.

⁶¹ Aunque hay artículos que avalan su eficacia preventiva en recidivas, como coadyuvante al tratamiento antibiótico e incluso como terapia de reemplazo, sus conclusiones no son categóricas porque hay gran variedad de estudios y probióticos utilizados. Otros revisiones no son concluyentes (Cochrane 2009, CDC) y no los recomiendan, aconsejando nuevos ensayos clínicos.

⁶² No comercializada en España. Puede emplearse una fórmula magistral en pasta al agua.

⁶³ Debido a la dificultad del diagnóstico y al daño potencial para la salud reproductiva de la mujer, ante la sospecha clínica de EPI con evidencia o no de infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae* y/o *C.trachomatis*, se debe administrar tratamiento precozmente. Tratamiento ambulatorio en estadio I: salpingitis aguda sin pelviperitonitis. Enviar al hospital para tratamiento parenteral si no mejoría en <72 h tras tratamiento oral ambulatorio, embarazo o urgencia quirúrgica (estadio II: salpingitis aguda con pelviperitonitis, estadio III: formación de absceso tubo-ovárico y estadio IV: rotura de absceso y peritonitis generalizada).

⁶⁴ Moxifloxacino 400mg /24 h, VO, en lugar de levofloxacino si se aísla *M.genitalium*. No en <18 años, ni en alteración función hepática o riesgo cardiaco (QT largo).

⁶⁵ Enviar al hospital si no puede descartarse torsión (ecografía testicular con doppler), infarto testicular, absceso, tumor o mala respuesta al tratamiento.

⁶⁶ Medidas generales: reposo, frío local, suspensorio escrotal y antiinflamatorios/analgésicos.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ 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 h, 10 d.

⁶⁹ Inmunodeprimidos (incluyendo personas con infección VIH con CD4 <200 células/ml), mujeres embarazadas, niños <8 años, neumonía, deshidratación, personas con enfermedades cutáneas crónicas o agudas (quemados) con elevado riesgo de sobreinfección, severidad de lesiones cutáneas.

⁷⁰ Hasta curación completa de las lesiones cutáneo-mucosas (cicatrización, caída de las costras y formación de una nueva capa de piel). Uso de mascarilla quirúrgica, especialmente si síntomas respiratorios, y en el resto de los convivientes si prestan cuidados. Minimizar interacciones con otras personas. Evitar contacto con animales, contacto físico y relaciones sexuales hasta que las lesiones hayan curado por completo. La OMS recomienda el uso de preservativo en las relaciones sexuales durante las primeras 12 semanas tras finalizar el aislamiento.

⁷¹ Indicado en casos severos. Hay escasa experiencia y no hay ensayos clínicos que demuestren su efectividad. **Tecovirimat** (no comercializado en España) es el único con indicación para infecciones por *Orthopoxvirus*, incluida MPXV, autorizado por la EMA en 01/2022. Su administración es oral. No está aprobado su uso en niños con peso <13 kg. **Cidofovir** (comercializado en España): no hay datos disponibles de su efectividad en humanos con MPXV, pero sí frente a poxvirus *in vitro* y en animales. Solo su utilización antes de la aparición de la erupción, en contactos de alto riesgo, puede prevenir la mortalidad. Su administración es intravenosa, en régimen hospitalario y está asociada a nefrotoxicidad grave. Precisa hiperhidratación intravenosa con solución salina y asociar probenecid oral (medicamento extranjero). Indicación fuera de ficha técnica (uso "off label"). No autorizado en < 18 años por la EMA.

⁷² Se dispone de una vacuna de tercera generación contra la viruela, que también previene MPX, por ser genéticamente similares. En Europa se comercializa con la marca **Imvanex®** (aprobada para su uso por la EMA en 2013 en ≥ 18 años) y en Estados Unidos como **Jynneos®** (en 2019). Es un virus vivo modificado de la viruela vacunoide Ankara- Barian Nordic. Se debe administrar dentro de los 4 días posteriores a la exposición con un caso confirmado de MPXV para prevenir la infección y si se administra entre los 4 y 14 días puede modificar el curso de la enfermedad. La pauta de vacunación es de dos dosis con un intervalo de al menos 28 días (vía subcutánea: 0.5ml en zona deltoidea. Si limitaciones de suministro → vía intradérmica: 0,1ml, sin diluir, en cara anterior del antebrazo; vía subcutánea: 0.5ml, en embarazadas, población infantil <18 años e inmunodeprimidos). Actualmente la vacunación se **prioriza** en los siguientes grupos de riesgo:

-**Profilaxis preexposición**: personas que no hayan pasado la enfermedad con anterioridad y que mantienen prácticas sexuales de alto riesgo. Fundamentalmente, pero no exclusivamente, hombres GBHSH (gays, bisexuales y HSH) incluidas en las indicaciones de la profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP) o con infección por VIH en seguimiento en las consultas hospitalarias. Se comenzará a vacunar a las personas que no hayan recibido la vacuna frente a la viruela con anterioridad y que cumplan con alguno de los siguientes criterios: alto intercambio de parejas sexuales (10 o más parejas en el último año o 3 parejas en los últimos 3 meses), acudir a lugares específicos para practicar sexo en grupo, haber presentado ITS en el último mes.

-**Profilaxis posexposición** de contactos estrechos de casos confirmados, sobre todo aquellos con alto riesgo de enfermedad grave (población infantil < 18 años, embarazadas en cualquier trimestre de gestación e inmunodepresión, incluyendo infección por VIH con CD4 <200 células/ml), así como personal sanitario y de laboratorio en contacto con casos confirmados y que hayan tenido alguna incidencia en el uso del EPI.

No se dispone de datos de seguridad y eficacia en embarazadas, durante la lactancia y en población <18 años. Sin embargo, la enfermedad puede ser más grave y causar secuelas. Su administración se debe considerar, tras evaluación individualizada del beneficio/riesgo, por el personal sanitario y con consentimiento previo.

⁷³ Se consideran a las personas en contacto con un caso confirmado desde el comienzo del periodo de transmisibilidad (momento de aparición de los primeros síntomas, que precede en 1-5 días a la aparición del exantema).

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. 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://infodoctor.org/gipi/>

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

Con la colaboración de:

el
gipi



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5