



Edwin Alejandro Morales Velasco


**Dra. Mariana Catalina Saucedo
Domínguez**

**Cuadro comparativo de Infecciones
de Transmisión Sexual**

Sexualidad humana

3° "A"

ENFERMEDAD	DEFINICION
<p>Herpes simple (VHS)</p>	<p>-Afecta piel y mucosas, se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recidivar, no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida -Es producida por dos serotipos: VHS-1 y VHS-2</p> <p>EPIDEMIOLOGIA -No se tienen datos precisos sobre la incidencia y prevalencia -No es obligatorio su reporte -Afecta a todas las razas y a ambos sexos, se presenta a cualquier edad -El VHS-1 por lo general afecta el rostro, mientras que el VHS-2 lo hace con los genitales -En la mayoría de los casos el herpes genital sólo produce lesiones a nivel local</p> <p>ETIOPATOGENIA -(VHS-1 y 2) pertenece a la familia de los Herpesviridae -Tienen un genoma que codifica más de 50 polipéptidos -En general aquellas personas que tienen anticuerpos para VHS-1 no presentan lesiones genitales. -El ciclo de vida del virus del herpes tiene tres etapas: infección y reproducción, latencia y transformación celular -Durante la fase inicial de la infección, el virus se replica tanto en las células de los ganglios como en el resto del tejido nervioso contiguo, y se disemina a los tejidos blandos -No se conoce con exactitud el mecanismo de reactivación</p> <p>CUADRO CLINICO 1) Estomatitis: gingivostomatitis herpética, herpes labial. -Los casos leves se manifiestan con múltiples úlceras superficiales pequeñas y puntiformes que afectan las superficies de las mucosas orales queratinizantes -El herpes oral quizá haga recidiva en labio -El herpes labial recidivante es la forma más frecuente de herpes recidivante -El herpes intraoral recidivante es mucho más raro 2) Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética. -síntomas premonitorios 24 h antes -sensación de ardor o quemadura y prurito leve -La evolución es aguda y el proceso se resuelve en una o dos semanas 3) Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético -El panadizo herpético aparece en los dedos -VIH por herpes genital</p> <p>DIAGNOSTICO -Basicamente clínico -Cuando la clínica no es suficiente, sobre todo en dermatología, se utiliza con frecuencia el citodiagnóstico de Tzanck -La biopsia que se debe obtener de manera ideal a partir de una vesícula intacta.</p> <p>TRATAMIENTO -Tratamiento local. el que en general resulta mejor es el aciclovir al 5% en crema -Tratamiento sistémico. En términos generales, los antivirales inhiben la síntesis del DNA viral, con lo que impiden su replicación</p>

	<p>PREVENCION - Los pacientes con herpes no deben tener relaciones sexuales mientras las lesiones estén presentes y seis días después a su desaparición</p> <p>IMÁGENES</p> 
<p>Sífilis</p>	<p>- Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, <i>Treponema pallidum</i>.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA - Infección de distribución mundial - Factores por incremento son el uso de drogas como la cocaína y el crack - En México, según datos de la Secretaría de Salud, la tasa de sífilis ha ido disminuyendo</p> <p>CUADRO CLINICO - Esquema morgan La línea gruesa horizontal marca el horizonte clínico y separa a la sífilis sintomática de la asintomática o latente, y la línea gruesa vertical determina la separación entre la sífilis temprana, antes de los dos años, y la sífilis tardía, después de ese periodo - La infección inicia con la introducción del <i>T. pallidum</i> que se trasmite por contacto directo de las mucosas o por la piel si existe solución de continuidad - En la mayoría de los casos el paciente permanece asintomático durante dos a tres meses después del chancro - Periodo llamado secundarismo - El chancro aparece en el sitio de inoculación - Sífilis tardía benigna - La sífilis prenatal o neonatal se adquiere durante la gestación, a partir del cuarto mes, ya que antes el <i>treponema</i> no logra atravesar la placenta; cuando hay infección de ésta lo que se producen son abortos</p> <p>DIAGNOSTICO - El campo oscuro se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana, ya que el <i>treponema</i> es abundante, sobre todo en el chancro, los condilomas planos o sífilides papuloerosivas, las placas mucosas y las lesiones periorificiales de la sífilis perinatal, así como en el cordón umbilical</p> <p>TRATAMIENTO - En sífilis primaria, secundaria y latente temprana. Como desde su aparición, el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina</p>

-otras alternativas son doxiciclina 100 mg VO cada 12 h, o tetraciclina 500 mg VO cada 6 h durante 30 días. Otra opción es la ceftriaxona,250 mg IM por 14 días o azitromicina 500 mg/día
 -En los pacientes con lesiones tardías, se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico a dosis bajas, para evitar la cicatrización brusca con fibrosis que pudiera producir daño a órganos importantes e incluso la muerte

IMÁGENES



-Es una infección sistémica, de transmisión sexual, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis
 -Predomina en el hombre

FISIOPATOLOGIA

-Los serotipos L1, L2 y L3 de la Chlamydia trachomatis afectan sobre todo el folículo linfoide, produciendo un trombo y perilinfangitis
 -El ganglio linfático es invadido por neutrófilos y macrófagos, formando granulomas y microabscesos estrellados, que son una característica histológica del LGV.

CUADRO CLINICO

-La primera etapa ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, cuando aparece la lesión primaria, que puede iniciar como pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática, por lo que rara vez es vista por el médico, ya que pocos pacientes lo consultan
 -En la segunda etapa, la fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos en que la primera etapa dura más de lo común, coinciden ambas
 -La tercera etapa es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse, pues sólo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases tempranas de la infección

DIAGNOSTICO

-El diagnóstico debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón
 -Diagnóstico diferencial es la lesión inicial tiene menor tamaño que el chancro sífilítico, carece de base indurada y es más dolorosa. El examen de campo oscuro y el VDRL son negativos.

Linfogranuloma venéreo

TRATAMIENTO

-En la infección no complicada se recomienda utilizar 500 mg de tetraciclina cada 6 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h o eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días. También es factible dar una dosis única de 1 g de azitromicina.

-En las mujeres con infección pélvica inflamatoria se recomienda alargar el tratamiento de dos a tres semanas

-Si están embarazadas se prefiere usar amoxiciclina 500 mg cada 8 h por 7 a 10 días. Las complicaciones requieren además un tratamiento quirúrgico.

IMÁGENES

Linfogranuloma Venereo



-El granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle

-Producida por un cocobacilo gramnegativo llamado *Calymmatobacterium granulomatis*, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas

EPIDEMIOLOGIA

-Se presenta con mayor frecuencia en países subtropicales y tropicales

-Predomina en varones en una proporción de 2.5 a 1

-el *Calymmatobacterium granulomatis* pertenece a la familia Enterobacteriaceae que reside en el intestino.

CUADRO CLINICO

-Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días

-Inicia con una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados,

su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad

-La lesión llega a ulcerarse, crecer, hacerse más profunda y diseminarse por autoinoculación

-A diferencia del linfogranuloma venéreo, cuando hay afección inguinal, ésta inicia en la región periganglionar formando una lesión granulomatosa llamada seudobubón, la cual


se necrosa y úlcera


DIAGNOSTICO

-El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del *C. granulomatis* en

el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan

Granuloma inguinal

	<p>TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Antibiótico soluble en lípidos que tenga grandes concentraciones en el interior de la célula -El trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días y la tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas -En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas <p>IMÁGENES</p> 
<p>Chancroide</p>	<p>-Chancroide, chancro blando o infección de Ducrey, es una infección genital, poco frecuente en México</p> <p>-Causada por el <i>Haemophilus ducreyi</i>, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.</p> <p>EPIDEMIOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es una infección de distribución mundial -Mayor incidencia en climas cálidos -Su mayor incidencia ocurre entre los 25 y 30 años de edad y se presenta casi de manera exclusiva en hombres -Se cree que la mujer es más bien portadora. <p>CUADRO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un periodo de incubación de 24 a 48 h promedio -Aparecen pápulas únicas o múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran, formando el chancro blando, constituido por úlceras circulares u ovaladas, poco profundas, de bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso -En el hombre es evidente en el frenillo -Al igual que en el LGV, la piel que recubre al absceso está roja y delgada, por lo que con frecuencia forma fístulas <p>DIAGNOSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es indispensable hacer diagnóstico diferencial con aquellas lesiones que producen úlceras en genitales, como sífilis, LGV, herpes simple y granuloma inguinal -Debe recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo -En la tinción de Gram se observa el cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados que semejan un “banco de peces”

	<p>TRATAMIENTO -ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días, eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días, azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM en dosis única</p> <p>IMÁGENES</p> 
<p>Citomegalovirus</p>	<p>-El CMV pertenece a la familia de los Herpesviridae -A menudo es asintomático en pacientes inmunocompetentes -El CMV llega a diseminarse de forma intermitente a partir de fluidos corporales (orina, semen, lágrimas y saliva) de personas infectadas</p> <p>EPIDEMIOLOGIA -El CMV tiene distribución mundial -Al parecer, las recurrencias del CMV están influenciadas por la edad de la primera relación sexual, el total de años de vida sexual activa y el tiempo de relaciones sexuales antes del primer embarazo</p> <p>CUADRO CLINICO -En la mayoría de los casos, la infección por CMV es asintomática -en los pacientes inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, como hepatitis B o VIH, produce sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general</p> <p>DIAGNOSTICO -La mayor de las veces la infección por CMV no se diagnostica -Es factible detectar la infección mediante serología -Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/μL</p> <p>TRATAMIENTO -En pacientes con inmunidad normal, prácticamente no produce sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento -Para el manejo específico de la infección por CMV en estos pacientes, es recomendable implementar algunas de las estrategias que se describen en el cuadro 12-5.</p> <p>IMÁGENES</p>



Gonorrea vaginal

- La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente
- La población más afectada es la que se encuentra entre los 18 a 25 años; la prevalencia de la infección es de 5% en los grupos de jóvenes sexualmente activos
- La *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo aerobio gramnegativo cuyo único huésped natural es el ser humano

CUADRO CLINICO

- El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días
- Se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso, purulento
- La afección de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección, la cual se manifiesta por tumefacción dolorosa

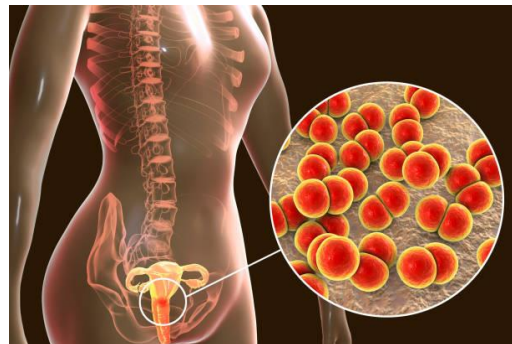
DIAGNOSTICO

- Examen microscópico del gonococo
- Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler
- Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular.
- Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin
- Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomado del paciente
- Detección mediante PCR

TRATAMIENTO

- Cefixima 400 mg VO (dosis única), o bien, ceftriaxona 250 mg IM (dosis única), o bien, ciprofloxacina 500 mg por vía oral (dosis única), o bien, ofloxacina 400 mg VO en dosis única

IMÁGENES



-Infección por Chlamydia, después de haberse manifestado como patología de la córnea y la conjuntiva

EPIDEMIOLOGIA

- La incidencia de las infecciones genitales por Chlamydia en las adolescentes
- La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%.
- Los factores de riesgo que se asocian con la infección por Chlamydia son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por Chlamydia

CUADRO CLINICO

- Desarrollo de cervicitis discreta
- El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente
- A partir de una cervicitis, la Chlamydia logra alcanzar al endometrio; en consecuencia, se producirá una anexitis, es decir, un cuadro de EPI que pudiera llegar a generar esterilidad.

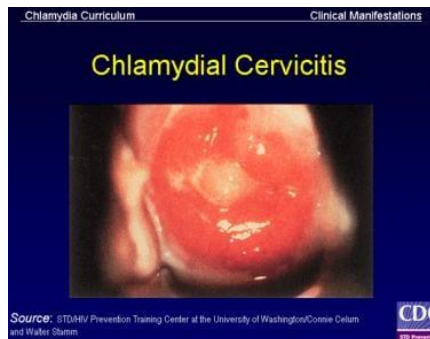
DIAGNOSTICO

- A partir de una cervicitis, la Chlamydia logra alcanzar al endometrio; en consecuencia, se producirá una anexitis, es decir, un cuadro de EPI que pudiera llegar a generar esterilidad.
- Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales.
- La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo

TRATAMIENTO

- Las opciones para el médico son las siguientes: azitrocina 1 g por vía oral (dosis única)
- doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, ofloxacina 300 mg VO durante 7 días, o levofloxacina 500 mg VO durante 7 días, o bien, eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días


IMÁGENES



- La tricomoniasis vaginal es causada por Trichomona vaginalis,
- Su periodo de incubación es de tres a 28 días
- El protozooario no tiene mitocondrias pero posee organelos (hidrosomas) capaces de liberar hidrógeno gaseoso, lo cual confiere el característico aspecto espumoso del exudado
- El protozooario es capaz de sobrevivir al exterior y se ha aislado del agua de piscinas y de agua no clorada, por tanto, la transmisión puede ser no sexual

Clamidiasis vaginal

Tricomoniasis vaginal

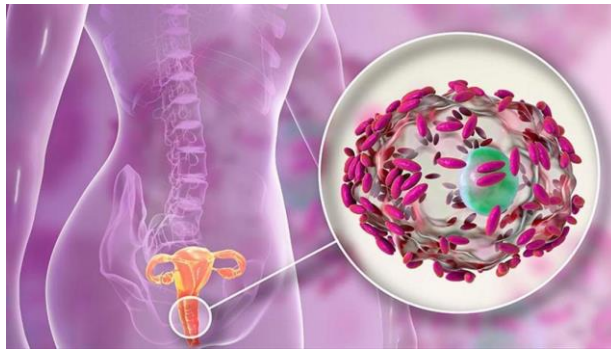
	<p>CUADRO CLINICO -De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida -La exploración vaginal o la introducción del espejo vaginal llegan a ocasionar dolor -La infección interesa al epitelio pavimentoso pero no así al glandular. Si la inflamación es intensa, sobre el cérvix se observa un aspecto llamado colpitis macular o cervicitis</p> <p>DIAGNOSTICO -Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles -Preparados de tinciones: May-Grunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el asostilo y el ojo -El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes</p> <p>TRATAMIENTO -Metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días -Metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días -Metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días -Metronidazol 2 g VO en dosis única</p> <p>IMÁGENES</p> 
<p>Vaginosis bacteriana</p>	<p>-vaginitis inespecífica, vaginitis por Haemophilus vaginalis, vaginitis por Corynebacterium, vaginitis por Gardnerella -Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: Gardnerella vaginalis, peptoestreptococos, bacteroides, Eubacterium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum y Mobiluncus</p> <p>CUADRO CLINICO -Presentan la queja de secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas (olor “a pescado”) -El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable -El cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico</p> <p>DIAGNOSTICO -olor vaginal “a pescado” de la secreción vaginal, en especial después del coito -secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales -Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (clue cells) y ausencia notable de leucocitos</p>

-La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (sniff-test) despide un olor fétido
-La presencia de tres de estos criterios es suficiente para establecer el diagnóstico de Vaginosis

TRATAMIENTO

-Metronidazol, Dosis: 1) 500 mg VO dos veces al día durante 7 días, o bien, 2) administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días, o bien, 3) dosis única de 2 g por vía oral. La tasa global de curación va de 75 a 84% con los esquemas anteriores.
-Clindamicina, es otra opción, misma que resulta eficaz en los siguientes esquemas: 1) un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días, o bien, 2) cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días, o bien, 3) un óvulo de 100 mg por vía vaginal al acostarse durante tres días.

IMÁGENES



-Las micosis vulvovaginales son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica
-La especie *Candida albicans* es de fácil hallazgo en la flora vaginal, es un germen habitual o exclusivo del ser humano y coloniza tracto gastrointestinal, vagina y piel

CUADRO CLINICO

-se suele tratar de una vulvovaginitis de aparición brusca, asociada con flujo vaginal blanco, espeso y consistencia "cremosa" acompañado de prurito vulvar
-Quizá haya dolor vaginal, dispareunia, eritema con ardor e irritación vulvar que a veces se extiende hasta el ano
-la exploración física de la vulva y de la vagina se encuentran lesiones eritematosas, secas y maculares, a menudo con lesiones por rascado

DIAGNOSTICO

-El examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas
-La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada (alrededor de 25%)
-Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas
-El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio Sabouraud o en medio de Nickerson

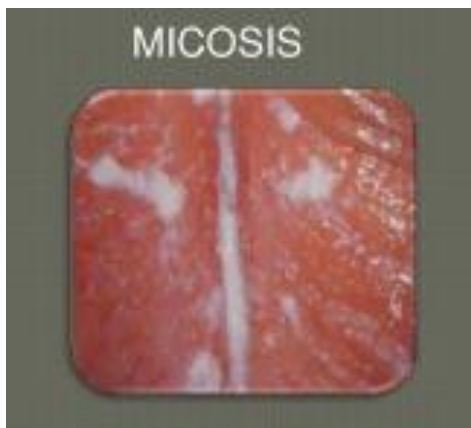
TRATAMIENTO

- Butoconazol, crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 3 días.
- Clotrimazol:
a. Crema al 1%, 5 g por vía intravaginal durante 7 a 14 días.
b. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días.
- Miconazol:

Micosis vaginal

- a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.
- b. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días.
- Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 14 días.
- Ticonazol, crema al 6.5%, 5 g, por vía intravaginal en dosis única.
- Terconazol:
 - a. Crema al 0.4%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días.
 - b. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días.
- Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas.

IMÁGENES



-Afección común en la mujer con actividad sexual, que agrupa varias entidades clínicas correspondientes a la evolución de un proceso genital, que comienza por una cervicitis, seguida por una endometritis y después de una salpingitis

FISIOPATOLOGIA

- La patogénesis de las infecciones gonocócicas y clamidiales en la EPI aún no ha sido del todo dilucidada
- tienen la capacidad de adherirse a receptores de membrana de las células epiteliales uretrales y endocervicales por las proteínas de superficie de sus membranas externas y, sobre todo, por sus pili
- Las salpingitis por *C. trachomatis* se deben a los serotipos D, E, F, G, H, I, J y K, ocho serotipos diferentes, también responsables de conjuntivitis y uretritis

CUADRO CLINICO

- La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara
- resulta engañoso, pseudoapendicular si se localiza en la fosa ilíaca derecha, o pseudovesicular debido a una perihepatitis asociada (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).
- Los signos de irritación peritoneal a menudo son discretos y se limitan a algunas náuseas.
- Los otros signos que pueden asociarse son inconstantes: leucorrea en 50% de los casos, fiebre superior o igual a 38° C en 48% de las pacientes, metrorragias en 40% (que traducen la existencia de una endometritis) y, por último, signos urinarios en 20% de las enfermas

DIAGNOSTICO

- Análisis de laboratorio de rutina

Enfermedad pélvica inflamatoria

- Análisis bacteriológicos
- Laparoscopia

TRATAMIENTO

- ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días
- levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días
- cefotixina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente
- ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días.

IMÁGENES



- Dicha infección, también conocida como verrugas anogenitales, “crestas”, papilomas venéreos o verrugas venéreas, es causada por los virus del papiloma humano (VPH)
- estos virus pertenecen al género Papillomavirus de la familia Papovaviridae
- Los VPH se le relacionan con el cáncer cervical hasta en 90%, sobre todo los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66

MANIFESTACIONES CLINICAS

- La infección por VPH tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas, subclínicas y Latentes
- La manifestación clínica más común es el condiloma o verruga, el cual comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de “cresta de gallo” o grandes masas en forma de “coliflor”.
- Las manifestaciones subclínicas son imposibles de constatar a la simple inspección, pues por lo general son lesiones en placa y múltiples, que requieren de la prueba del ácido acético para ser apreciadas


DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las lesiones
- La citología, colposcopia e histopatología, microscopia electrónica, detección del DNA viral mediante la PCR y la detección del antígeno (Ag) viral

TRATAMIENTO

- En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación

Condilomas acuminados

	<p>del VPH -se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH</p> <p>IMÁGENES</p> 
<p>Condilomas planos</p>	<p>-Los condilomas planos, como ya se mencionó en las causas de los principales síndromes de ITS, pueden ser originados por dos microorganismos específicos: Treponema pallidum y VPH.</p> <p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p> <p>-tiene un aspecto plano, es decir, comienza como una pequeña pápula que crece extendiéndose hacia los lados y alcanza un tamaño muy variable, desde unos pocos milímetros hasta algunos centímetros</p> <p>-Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas.</p> <p>DIAGNOSTICO</p> <p>-Al igual que en los condilomas acuminados, el diagnóstico se establece por la inspección de las lesiones</p> <p>TRATAMIENTO</p> <p>-Tratamiento específico para sífilis, con el cual deben desaparecer las lesiones; de lo contrario se sospecha la etiología por VPH y es necesario proceder con el tratamiento local ya descrito para los condilomas acuminados</p>

IMÁGENES



-Los virus de la hepatitis A, B y C son virus hepatotropos
-Cualquiera de estos tres virus llega a ser transmitido a través de las relaciones sexuales desprotegidas

Infección por el virus de hepatitis A

-La infección por VHA se considera en general una infección benigna y la mayoría de quienes se infectan alcanzan una recuperación absoluta o presentan formas asintomáticas de la infección

Infección por el virus de hepatitis B

-El VHB, a diferencia del VHA, es un virus DNA, que pertenece a la familia de los hepadnavirus; su genoma está constituido por 3.2 Kb y tiene una distribución circular]

Infección por el virus de hepatitis C

-La cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones más significativas de esta infección

-El VHC es un virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus y está constituido por 9.4 Kb y tiene una distribución lineal

DIAGNOSTICO

-Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: anti-VHA IgM y anti-VHA IgG

-algunas ocasiones cursa de manera asintomática.

El VHB, por otra parte, es un virus muy pequeño, la complejidad de su genoma ha Permitido

-El diagnóstico de la infección por VHC se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC). En el pasado existían dos pruebas para realizarlo

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A, B Y C

IMÁGENES



INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

-Aunque es cierto que esta infección afecta de manera principal a varones homosexuales, han ocurrido grandes e importantes cambios en cuanto al comportamiento de la pandemia del VIH

-El VIH es el virus que causa el sida

-existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo

-El VIH es un virus RNA que pertenece a la familia de los retrovirus y a la subfamilia de los lentivirus

VIAS DE TRANSMISION

-El VIH sólo sobrevive en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo. Una vez que la sangre y otros fluidos corporales están fuera del cuerpo, el VIH subsiste sólo unos pocos segundos

-se adquiere por transmisión sexual, al tener relaciones sexuales sin protección o no seguras

-transmisión sanguínea, cuando se transfunde sangre o sus derivados infectados con VIH

-transmisión vertical, es decir, de una madre infectada a su hijo, durante el embarazo, parto o amamantamiento

DIAGNOSTICO

-Las pruebas más utilizadas para establecer el diagnóstico de VIH en una persona asintomática se basan en la detección de los anticuerpos al VIH, la más conocida es la de ELISA

-Asimismo, hay disponibles pruebas rápidas, las más utilizadas son la OraSure® y la OraQuick® para el diagnóstico de la infección por el VIH en saliva, y la Hema-Strip® y Determine® para el diagnóstico en sangre.

IMÁGENES



SIDA

-El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH
-En la actualidad se reconoce que el curso de la infección por VIH está caracterizado por episodios de enfermedad que quizá estén seguidos por una recuperación y periodos asintomáticos

PRUEBAS DE MONITOREO

-las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8

TRATAMIENTO

-Aún no existe una cura para la infección por VIH
-Disminuir la carga viral, que es la cantidad de virus que tiene en la sangre una persona infectada con VIH
-Mejorar el sistema inmunitario, en especial elevando la cantidad de linfocitos T-CD4
-Es recomendable que la prescripción del tratamiento antirretroviral sea realizada por médicos con experiencia en este manejo, esto a fin de disminuir las fallas terapéuticas y los efectos tóxicos de estos fármacos
-El cuadro 12-8 lista los antirretrovirales disponibles en México

IMÁGENES



BIBLIOGRAFIA

Sexualidad humana. (2023). Google Books.([Iván Arango de Montis](#))

https://books.google.com.mx/books/about/Sexualidad_humana.html?id=Sr6CAAQBAJ&redir_esc=y