



**Carolina Hernández Hernández y 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: gingivoestomatitis 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 -Básicamente 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>

PREVENCION

-Los pacientes con herpes no deben tener relaciones sexuales mientras las lesiones estén presentes y seis días después a su desaparición

IMÁGENES



-Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, *Treponema Palladium*.

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

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 *T. Palladium* 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 la *treponema* no logra atravesar la placenta; cuando hay infección de ésta lo que se producen son abortos

DIAGNOSTICO

-El campo oscuro se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana, ya que la *treponema* 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

TRATAMIENTO

-En sífilis primaria, secundaria y latente temprana. Como desde su aparición, el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina

Sífilis

-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 linfóide, produciendo un trombo y peri linfangitis
-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 linfogranuloma tosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, aunque en algunos casos en que la primera etapa dura más del 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 un tratamiento quirúrgico.

IMÁGENES

Linfogranuloma Venereo



Granuloma inguinal

- El granuloma inguinal (GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle
- Producida por un bacilo 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 preganglionar formando una lesión granulomatosa llamada pseudobubón, la cual se necrosa y ulcera

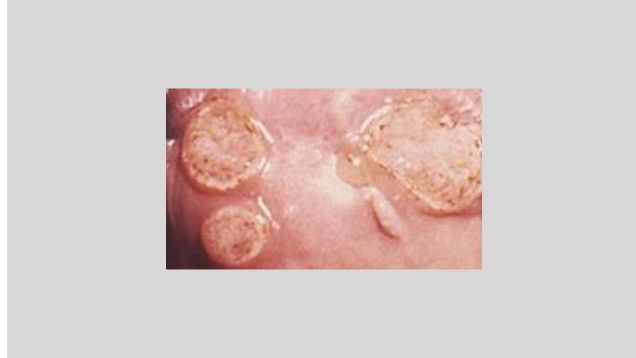
DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del *C. granulomatis* en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan.

TRATAMIENTO

- 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

IMÁGENES



Chancroide

- Chancroide, chancro blando o infección de Ducrey, es una infección genital, poco frecuente en México
- Causada por el *Haemophilus ducreyi*, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.

EPIDEMIOLOGIA


- 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.

CUADRO CLINICO

- 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

DIAGNOSTICO

- 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 ofloxacino 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/ L</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

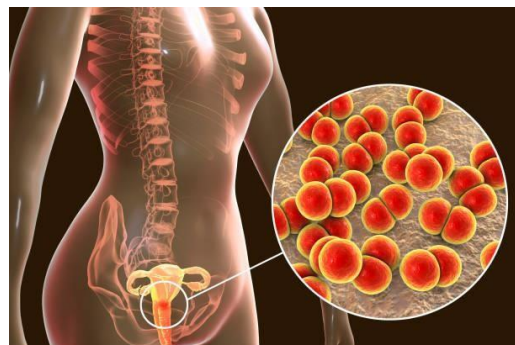
DIAGNOSTICO

- 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



Clamidiasis vaginal

-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.

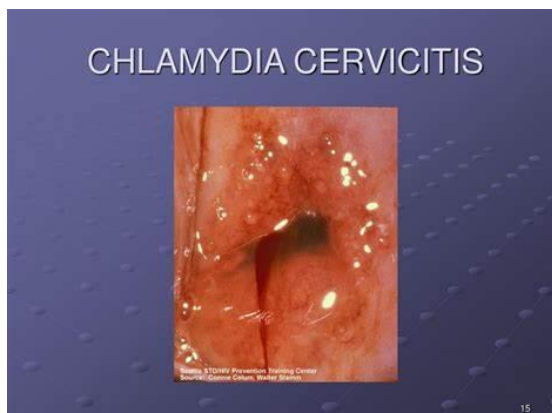
DIAGNOSTICO

- 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



Tricomoniasis vaginal

- 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

	<p>CUADRO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -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>DIAGNOSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 astilo y el ojo -El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes <p>TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 <p>IMÁGENES</p> 
<p>Vaginosis bacteriana</p>	<ul style="list-style-type: none"> -vaginitis inespecífica, vaginitis por <i>Haemophilus vaginalis</i>, vaginitis por <i>Corynebacterium</i>, vaginitis por <i>Gardnerella</i> -Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: <i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>peptoestreptococos</i>, <i>bacteroides</i>, <i>Eubacterium</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i> y <i>Mobiluncus</i> <p>CUADRO CLINICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -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>DIAGNOSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -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

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

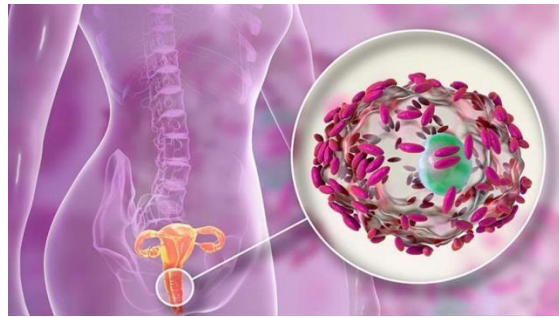
TRATAMIENTO

-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.

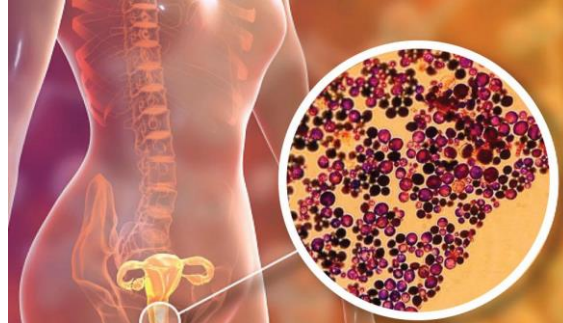
b. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días.

- 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

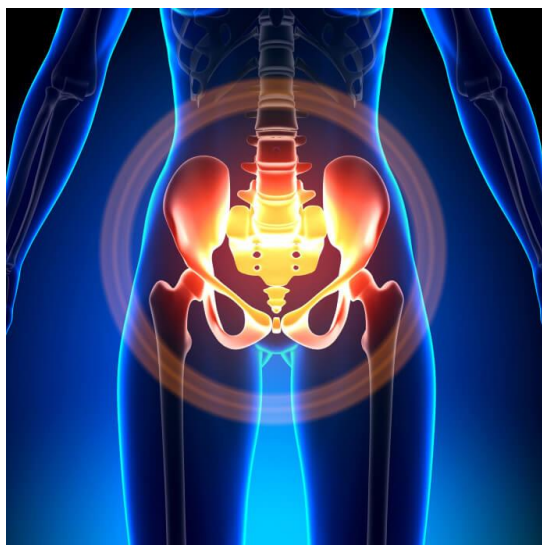
CUADRO CLINICO

- 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

Enfermedad pélvica inflamatoria

-Análisis de laboratorio de rutina



	<p>-Análisis bacteriológicos -Laparoscopia</p> <p>TRATAMIENTO -ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días -levofloxacin 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días -cefoxitina 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.</p>
<p>Condilomas acuminados</p>	<p>-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 relacionan con el cáncer cervical hasta en 90%, sobre todo los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66</p> <p>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 de ácido acético para ser apreciadas</p> <p>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</p> <p>TRATAMIENTO -En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación</p>

del VPH
-se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previenen los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH

IMÁGENES



-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.

MANIFESTACIONES CLINICAS

-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
-Son lesiones que tienen una superficie lisa, una base ancha y, en ocasiones, son exudativas.

DIAGNOSTICO

-Al igual que en los condilomas acuminados, el diagnóstico se establece por la inspección de las lesiones

TRATAMIENTO

-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

Condilomas planos

IMAGENES



Actas Dermosifilogr. 2023;114:165

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A, B Y C

-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

IMAGENES



INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

-Aunque es cierto que esta infección afecta de manera principal a varoneshomosexuales, han ocurrido grandes e importantes cambios en cuanto al comportamiento de lapandemia 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 subfamiliade los lentivirus

VIAS DE TRANSMISION

-El VIH sólo sobrevive en los fluidos corporales dentro de un ser humano vivo. Una vezque 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 noseguras
-transmisión sanguínea, cuando se transfunde sangre o sus derivados infectadoscon 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 personaasintomática se basan en la detección de los anticuerpos al VIH, la más conocida es la deELISA
-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 yDetermine para el diagnóstico en sangre.

IMAGENES



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 antirretrovirales disponibles México

IMÁGENES



BIBLIOGRAFIA

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

https://books.google.com.mx/books/about/Sexualidad_humana.html?id=Sr6CAAAQBAJ&redir_esc=y