



Karla Beatriz Cruz Martínez

Liliana Pérez López

**Dra. Mariana catalina Saucedo
Domínguez**

Cuadro comparativo







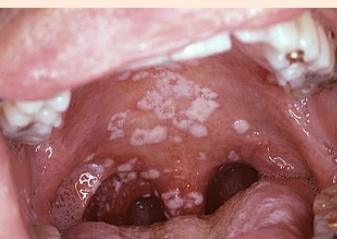

Sexualidad humana

3










“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de noviembre de 2023.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Nombre	Definición	Clasificación	Factores Epidemiológicos	Clinica	Diagnóstico	Tratamiento	Imágenes
Herpes simple	Afecta piel y mucosas y se caracteriza por vesículas que curan de manera espontánea y tienden a recurrir; no dejan inmunidad por lo que la infección dura toda la vida. Es producida por dos serotipos: VHS-1 y VHS-2.	Estomatitis: Gingivostomatitis herpética y herpes labial. Genital: Vulvovaginitis y balanitis herpética. Otros: Proctitis herpética y herpes perianal, paratizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eczema herpético.	No existen datos precisos sobre la incidencia y prevalencia. Afecta todas las razas y a ambos sexos. Se presenta a cualquier edad (20 y 25 años).	Hay síntomas 24 hrs antes, como sensación de ardor o quemadura y prurito leve. Después aparecen vesículas que están agrupadas en racimos, sobre una base eritematosa, estas pueden transformarse en pústulas, las cuales se rompen con facilidad dejando úlceras húmedas, superficiales de fondo blanco o grisáceo, de forma redondeada u oval y costas meliocrinas, las cuales se acompañan de ardor y prurito leve. Otros tipos: herpético. Aparece en los dedos. En niños se adquiere por autoinoculación de infección bucal. En adultos es por contacto digíto-genital durante las relaciones sexuales.	Se basa principalmente en la clínica del paciente. Citodiagnóstico de Tzanck, en donde se realiza una impronta de las lesiones teñidas con Giemsa. Biopsia, en donde se obtiene a partir de una vesícula intacta.	-Tratamiento local: Aciclovir crema 5% Enjuague antiséptico + dordrato de difenhidramina, gingivostomatitis -Tratamiento sistémico: Aciclovir 200mg5 veces al día	
Sífilis	Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por una espiroqueta, Treponema pallidum.	-Chancro -Secundarismo: Sífilis maculosa o roséola sífilítica Sífilis papulosa Sífilis papulocrosta Sífilis papulonecrosa o psoisiforme Sífilis guberosiva o condilomas planos -Relapso Sífilis tardía benigna y neurosífilis	Es de distribución mundial Tiene factores que elevan su incremento como: Uso de drogas como la cocaína y el crack El intercambio de relaciones sexuales por drogas Múltiples compañeros sexuales Cambios en las conductas sexuales y el trabajo sexual En México: Los grupos más afectados son solteros de ambos sexos entre 15 y 25 años, estudiantes, personas que viajan con frecuencia o quienes se dedican al trabajo sexual.	-Chancro: Aparece de 2-3 semanas después de la inoculación del treponema y desaparece de manera espontánea en 3-6 semanas sin dejar cicatriz. -Secundarismo: Las manifestaciones sistémicas de la infección aparecen hasta 6 semanas o 6 meses después. Afectan piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además de síntomas generales. 1 Sífilis maculosa o roséola sífilítica Hay erupción macular con lesiones lentoculares rosadas, asintomáticas y de aparición súbita que predominan en tronco, cuello y raíz de miembros, aunque no afecta la cara. Desaparecen en 2-4 semanas y en ocasiones dejan manchas hipocrómicas residuales en cuello. 2 Sífilis papulosa Afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo cobrizo y a menudo están rodeadas de un collar de escama fina. Las pápulas pueden ser escasas o múltiples, aisladas o confluentes, de color rojo pálido, induradas y siempre asintomáticas. 3 Sífilis papulocrosta Se ve en el sitio de implantación del pelo, piel cabelluda, nariz y región perioral, las pápulas se encuentran cubiertas por costras meliocrinas, lesiones muy infectantes. 4 Sífilis papulonecrosa o psoisiforme Las pápulas están cubiertas por escama blanquecina de aspecto psoisiforme, pero la psoisias no tiene pápulas y se presenta sobre todo en salientes óseas. 5 Sífilis guberosiva o condilomas planos Se observa en sitios húmedos y calientes, como en límites de piel y mucosas de región anogenital y en pliegues, las pápulas que se erosionan en sitios húmedo no forman costra y resultan asintomáticas e infectantes. -Relapso: Es un secundarismo limitado, con pocas lesiones, sin sintomatología asociada y de menor duración, por lo que se confunden con procesos banales. 1 Sífilis tardía benigna La lesión es el nódulo que en ocasiones evoluciona a goma, se reblandece y necrosa, dando lugar a extensas áreas de destrucción tisular que no tienden a la curación espontánea.	-El campo oscuro Se utiliza para el diagnóstico en la sífilis temprana, ya que el treponema es abundante. -Reacciones serológicas Se clasifican en no treponémicas y treponémicas. Las no treponémicas buscan anticuerpos no específicos llamados reaginas, (VDRL) y las reacciones treponémicas son más específicas, ya que son sensibles a anticuerpos contra antígenos treponémicos.	Doxiciclina: 100 mg VO cada 12 h	
Linfogranuloma Venéreo	Se considera como una infección sistémica de transmisión sexual que es ocasionada por los Serotipos L1,L2 y L3 de Chlamydia trachomatis.	Serotipos: L1, L2 y L3.	Se encuentra presente en todo el mundo. Prevalencia más en Asia, África, el Caribe y Golfo de México. Tiene mayor frecuencia en: -Adolescentes. -Adultos jóvenes. -Personas de bajo nivel socioeconómico.	La primera etapa ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, inicia como pápula, vesícula herpiforme o pequeña erosión, dura poco y es asintomática. La segunda etapa es una fase linfogranulomatosa, la piel se observa roja y dematiada, se forma una lesión que no cicatriza y dura varias semanas. La tercera etapa es la fase más destructiva ya que aparece proctitis, estenosis rectal, abscesos perianales, fistulas y edema genital.	-Exudado de lesiones o de la pus extruido por punción del bubón. -ELISA -PCR -En diferencial: la lesión tiene menor tamaño que el chancro sífilítico, carece de base indura y dolorosa y el VDRL son negativos.	-Tetraciclina 500 mg de cada 6 hrs. -Doxiciclina 100 mg cada 12 hrs. -Eritromicina 500 mg cada 6 h durante 21 días.	
Granuloma inguinal	Es una infección crónica granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle; se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas. Es ocasionada por Calymmatobacterium granulomatis.	No hay clasificación	Tiene una mayor prevalencia en: -Países subtropicales y tropicales como Brasil, India, Sudeste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales. -Predomina en varones.	Tiene un periodo de incubación 3 a 40 días. Hay la presencia de una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes definidos, lisos y elevados. La úlcera es un poco dolorosa. En la mujer se presenta en labios mayores y menores y pubis. En los hombres se presenta en pene, penes, pabos y región perianal. La lesión llega a ulcerarse, crecer, hacerse más profunda y diseminarse por autoinoculación.	-Estudio histopatológico: infiltrado inflamatorio en macrófagos y neutrófilos. -Demostración de C. granulomatis en el interior de las células.	-Trimetoprim con sulfamoxazol 160/800 cada 12 hr por 15 días. -Tetraciclina 500 mg cada 6 hr por 3 semanas. -En embarazadas: eritromicina 500 mg cada 6 hr por 2 semanas.	
Chancro duro	Es una infección de Ducey, infección genital, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas. Es ocasionada por Haemophilus ducreyi.	Chancro duro. Chancro de Hunter. Chancro verdoso. Chancro blando.	Es distribución mundial. Hay mayor incidencia en climas cálidos. Predomina en Europa, América, Asia y África. En México hubo más de 1000 casos en 2003. Cofactor de la transmisión del VIH. Hay mayor incidencia entre 25 y 30 años. Se presenta en mayormente en hombres.	Tiene un periodo de incubación de 24 a 48 hr. Aparecen pápulas únicas y múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran. En los Hombres afecta el frenillo, prepucio, surco balanoprepucial y glande. En la mujer afecta labios, vestíbulo, clitoris, pared vaginal y por extensión introito, cérvix y región perianal. La piel que recubre al absceso está roja y delgada, lo que forma fistulas.	Obtener secreción del bubón para realizar tinción Gram y cultivo. Tinción Gram: se observa cocobacilo gramnegativo, pleomórfico en conglomerados.	-Ciprofloxacina 500 mg c/12 hr V.O -Ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días. -Eritromicina 500 mg VO c/6 h por 7 días. -Azitromicina 1 g V.O o ceftriaxona 250 mg IM dosis única.	
Citomegalovirus	Pertenece a la familia de los Herpesviridae, por lo que comparte, con el resto de los virus herpes, el ser una infección de por vida con periodos de latencia.	Primaria Secundaria Congénita Perinatal	Es de distribución mundial, afecta el 50 % de la población de adultos mayores de 40 años, y tiene una mayor incidencia en poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Sus ocurrencias 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.	La infección por CMV suele ser asintomática, pero en los pacientes inmunosuprimidos o con alguna otra ITS, como hepatitis B o VIH, produce una sintomatología similar a una mononucleosis infecciosa, con adenopatía, fiebre y ataque al estado general. Presenta un estado inmunológico muy deteriorado y hay impacto en el sistema digestivo, la retina (con ceguera), pulmones y SNC.	Se puede detectar la infección mediante serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado. Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/μL.	Los pacientes con inmunidad normal, no producen sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento. SIDA está asociada con el conteo de CD4, es indispensable no oritir en sílos la terapia con antiretrovirales. -Valancidovir VO 900 mg c/12 h por 21 días 900 mg c/24 h -Ganciclovir Dispositivo de liberación intracelular (Vitraset) Cada 8 meses puede ser acompañado o no de 1 g VO c/8 h, 220 días -Foscarnet IV, cañete central 60 mg/kg/12 h 90 mg/kg/24 h por 14 días o más	
Gonorrea vaginal	La gonorrea es una ETS que puede causar infección en los genitales, el recto y la garganta.	No hay clasificación	Debe su nombre a Galeo, quien en 130 d. C. introdujo el término "gonorrea", del griego gonorrhoia. La población más afectada es la que se encuentra entre los 8 a 25 años; la prevalencia de la infección es de 5% en los grupos de jóvenes sexualmente activos. La infección no confiere inmunidad, por lo que son frecuentes las infecciones repetidas. La transmisión de la infección se produce por contacto sexual, con excepción de la oftalmoblenarrea del recién nacido.	El periodo de incubación de la infección comprende entre 2 y 10 días. En las formas declaradas, se observa una vulvovaginitis de intensidad variable con flujo vaginal amarillo verdoso y purulento. Es rara la uretrocervicitis y llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene. La afectación de las glándulas de Bartholin en ocasiones es el primer signo de la infección, la cual se manifiesta por tumefacción dolorosa. La infección se propaga en sentido ascendente, dando lugar a salpingitis y peritonitis pélvica; tales complicaciones se definen en conjunto como "infección pélvica inflamatoria" (EPI).	El adecuado diagnóstico debe seguir los pasos listados a continuación: 1) Examen microscópico del gonoceo (diplococo gramnegativo), el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal. 2) Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Loeffler (azul de metileno alcalino). 3) Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos semejantes a granos de café, algunas veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular. 4) Cultivo en medio de agar chocolate o de Tellen-Martin. 5) Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomado del paciente (método rápido) o sobre un extendido de material cultivado (método retardado). 6) Detección mediante PCR.	-Cefixima 400 mg VO dosis única. -Ceftriaxona 250 mg IM dosis única. -Ciprofloxacina 500 mg por vía oral dosis única. -Ofloxacina 400 mg VO en dosis única.	
Clamidiasis vaginal	La Chlamidiasis se transmite al tener relaciones sexuales de forma vaginal, anal u oral sin protección con una persona infectada por C. trachomatis, o bien de madre a hijo durante el parto.	Chlamydiae, Pneumoniae y Trachomatis	1) Las infecciones genitales por Chlamydia en adolescentes es superior a la de las mujeres adultas (9 a 25% frente a 4 a 12%). 2) La frecuencia de las formas asintomáticas puede alcanzar 80%. 3) Los factores de riesgo que se asocian con la infección por Chlamydia son el consumo de tabaco, los antecedentes de infecciones por Chlamydia pareja sexual reciente y la ectopía cervical.	En la mujer, la infección por Chlamydia es asintomática. La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical. El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestivas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente. Por otra parte, solo 0% de los pacientes manifiestan cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia.	1) El cultivo se realiza en células de McCoy o HeLa 229 tratadas. Es la única técnica que detecta organismos vivos pero su realización es delicada; se realiza con muestras de endocervix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. Un resultado do negativo no descarta la infección. 2) Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales. 3) La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo.	Azitromicina 1 g por vía oral (dosis única). Doxiciclina 500 mg VO dos veces al día durante 7 días. Ofloxacina 300 mg VO durante 7 días. Lerofloxacina 500 mg VO durante 7 días. Eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días.	 <small>Fig. 2 Lesión erosiva causada por Chlamydia</small>

ITS

Enfermedad	Definición	Aspectos epidemiológicos	Clasificación	Cuadro clínico	Diagnóstico	Tratamiento	Imagen
Tricomoniasis vaginal	<ul style="list-style-type: none"> Es causada por <i>Trichomona vaginalis</i>, un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta. Es de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior. Su periodo de incubación es de tres a 28 días. 	<ul style="list-style-type: none"> La tricomoniasis es responsable hasta del 30% de las infecciones de transmisión sexual no virales. La mayor frecuencia es en mujeres de 16 a 35 años. Puede ser asintomática, lo que facilita su transmisión. 		<ul style="list-style-type: none"> De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida. La secreción generada por el proceso infeccioso suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia. 	<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 hinciones: May-Grünwald-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. 	<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 única 	
Vaginosis bacteriana	<p>Un síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia. No existe una reacción inflamatoria en este síndrome lo que la distingue de las vaginitis. Los gémenes implicados con más frecuencia son: <i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>peptostreptococos</i>, bacteroides, <i>Eubacterium</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i> y <i>Mobiluncus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> La vaginosis bacteriana es la causa más frecuente de flujo vaginal anormal en las mujeres en edad de procrear. Las mujeres más afectadas son las que mantienen relaciones sexuales. La enfermedad se asocia al uso insuficiente del preservativo. 		<p>Secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas olor "a pescado". El ardor o el prurito, el cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico.</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. Microscopía de las secreciones muestran a menudo aumento del número de células índice y ausencia notable de leucocitos. La adición de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales despiden un olor fétido. 	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazol 500 mg VO dos veces al día durante 7 días Administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días 3 Dosis única de 2 g por vía oral. Clindamicina Un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días Cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días Un óvulo de 100 mg por vía vaginal al acostarse durante tres días 	
Micosis vaginal	<p>La especie <i>Candida albicans</i> es de fácil hallazgo en la flora vaginal, es un germen habitual o exclusivo del ser humano y coloniza tracto gastrointestinal, vagina y piel. La difusión de la <i>Candida</i> hacia la vagina puede provenir del recto o de focos cutáneos, así como también por contacto sexual o a través de fómites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los principales factores predisponentes son la gestación, los tratamientos con antibióticos y la diabetes mellitus. <i>Candida albicans</i> es la especie más frecuente, pero en países de África y Asia la frecuencia de <i>Candida</i> no <i>C. albicans</i> es más elevada. 		<p>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. En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas. La prueba de Papanicolaou. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. Comprimidos de aplicación intravaginal, 100 mg durante 7 días. Miconazol: a. Crema al 2%, 5 g por vía intravaginal durante 7 días. Óvulos vaginales, 200 mg durante 3 días. Nistatina, tabletas vaginales, 100 000 unidades durante 4 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. Óvulos vaginales, 80 mg durante 3 días. Fluconazol, cápsulas de 150 mg en dosis única, cada semana, por 4 semanas. 	
EPI (Enfermedad Pélvica Inflamatoria)	<p>EPI constituye una 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tener múltiples parejas sexuales. Mantener relaciones sexuales con alguien que tiene más de una pareja sexual. Tener relaciones sexuales sin preservativo. Lavarse la vagina regularmente, lo que altera el equilibrio entre las bacterias buenas y las dañinas en la vagina y podría enmascarar los síntomas. 		<ul style="list-style-type: none"> La salpingitis aguda es el único cuadro que posee una sintomatología clara. Mujer joven que consulta por un dolor de localización habitual en hipogastrio y fosas ilíacas. Las salpingitis gonocócicas presentan un cuadro sintomático que suele ser grave, con la triada típica: fiebre, dolor pélvico agudo y leucorrea mucopurulenta. Se distinguen de las salpingitis por <i>Chlamydia</i> que suelen ser poco llamativas e incluso a veces por completo asintomáticas, de evolución subaguda o crónica, y que provocan una destrucción tubárica con pocos síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de laboratorio de rufina. Otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína c reactiva. Dentro de los estudios de ITS deben solicitarse otras serologías: <i>Treponema pallidum</i> Haemagglutination assay (TPHA), VDRL, serología para VIH-1 y 2, AgHB y anticuerpo antiVHC. Análisis bacteriológicos, por PCR microimmunofluorescencia o por inmunoenzimología (ELISA). Ecografía. Laparoscopia 	<p>Regimen A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oftioxacina 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. <p>El régimen B:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente. Ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente). 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>Si se trata de una paciente hospitalizada en el régimen A se administra:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefoxitina 2 g IV cada seis horas Cefotetan 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas. <p>En el régimen B:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 900 mg IV cada 8 h, más gentamicina dosis de carga IV o IM (2mg/kg de peso corporal), seguida por una dosis de sostén (1.5mg/kg) cada 8 horas. 	
Condilomas acuminados	<ul style="list-style-type: none"> También se conoce como verrugas anogenitales, "crestas", papilomas venéreos o verrugas venéreas Es causada por los virus del papiloma humano (VPH), del que se han reconocido a la fecha más de 130 tipos; 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. 	<p>Los condilomas anogenitales están entre las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes y afectan hasta el 1,7 % de la población general y hasta el 25 % de los pacientes VIH positivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Condilomas acuminados Condilomas planos 	<ul style="list-style-type: none"> 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. La fase latente de la infección es prácticamente asintomática y sólo es posible constatarla por medio de estudios de laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Citología Colposcopia e histopatología Microscopía electrónica Detección del DNA viral mediante la PCR Detección del antígeno (Ag) viral 	<ul style="list-style-type: none"> En la actualidad no hay disponible algún tratamiento específico que permita la erradicación del VPH. Sin embargo, ya se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección, aunque por ahora sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH. 	
Condilomas planos	<ul style="list-style-type: none"> Pueden ser originados por dos microorganismos específicos: <i>Treponema pallidum</i> y VPH. En el caso de este último, así como origina condilomas acuminados, algunos de sus subtipos dan lugar a la aparición de los condilomas planos. En cambio, el <i>Treponema pallidum</i> propicia la aparición de este tipo de condilomas dentro de las manifestaciones del secundarismo sífilítico. 	<p>La frecuencia de condiloma plano determinado por citología fue del 11.06 por ciento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Condilomas acuminados Condilomas planos 	<ul style="list-style-type: none"> La característica principal tiene un aspecto plano 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. Todas estas características lo diferencian del condiloma acuminado. Los condilomas planos, al margen del sexo de los pacientes, suelen aparecer en la cavidad oral, genitales, ano y piel cercana a estas zonas. 	<ul style="list-style-type: none"> Inspección de las lesiones Serología para sífilis (VDRL) a fin de descartar o establecer la presencia de esta entidad, si el análisis es negativo (no reactivo) se confirma la existencia de VPH. 	<p>El paciente debe recibir tratamiento específico para sífilis, para 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>	
Infección por virus de hepatitis C	<p>Los virus de la hepatitis A, B y C son virus hepatotropos, tienen como órgano blanco al hígado. Puede llegar a ser transmitido a través de las relaciones sexuales desprotegidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. HEPATITIS B: El VHB, a diferencia del VHA, es un virus DNA, que pertenece a la familia de los hepadnavirus. HEPATITIS C: El VHC es un virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus. 	<p>VHA VHB VHC</p>	<p>Ictericia, junto con fatiga, náuseas, fiebre y dolores musculares.</p>	<p>VHA mediante la presencia de anticuerpos: anti VHA IgM y anti-VHA IgG</p> <p>El VHB se realiza por medio de la PCR, que es un marcador directo de la replicación viral.</p> <p>VHC se realiza a través de la detección serológica de anticuerpos a esta infección (anti-VHC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> En la actualidad aún no existe un tratamiento farmacológico específico para erradicar al VHA o controlar la infección por este virus. Ocurre algo similar en cuanto al VHB, por ello el objetivo del tratamiento va encaminado a evitar la progresión de la infección. Existen hasta el momento varios medicamentos recomendados para el tratamiento de la infección crónica por VHB:50 Interferón: 5 a 10 millones de UI 3 veces/semana por vía subcutánea. Lamivudina: 100 o 150 mg cada 24 horas VO. Adefovir: 10 mg cada 24 horas VO. Entecavir: 0.5 mg cada 24 horas VO (para pacientes sin historia de tratamiento previo con nucleosídeos) y 1 mg cada 24 horas VO (para pacientes con historia de tratamiento previo con nucleosídeos). Emtricitabina: 200 mg cada 24 horas VO. Tenofovir: 300 mg cada 24 horas VO. El objetivo del tratamiento de la infección por VHC es evitar las complicaciones, dada la imposibilidad de erradicar por completo el VHC 	
VIH	<ul style="list-style-type: none"> El VIH es el virus que causa el sida; existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH1 es el más conocido y el responsable de la mayoría de los casos de sida en el mundo. En la patogénesis de la infección por VIH un aspecto significativo es la destrucción de linfocitos cooperadores CD4, que trae consigo la pérdida de la competencia del sistema inmunológico. 	<p>El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH es el resultado de un conjunto de relaciones funcionales, en el cual participan coordinadamente todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluyendo los servicios médicos privados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Fiebre Inflamación de los ganglios del cuello Malestar Erupción cutánea 	<ul style="list-style-type: none"> 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, que se utiliza para el escrutinio inicial. Para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada Western blot diagnóstico de esta infección, como la detección del antígeno P24, RNA de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus, entre otras. 	<ul style="list-style-type: none"> No hay cura para el VIH, pero puede controlarlo con tratamiento para el VIH. El tratamiento para el VIH (terapia antirretroviral, TARV o ART) implica tomar medicamentos según las indicaciones de un proveedor de atención médica. Este tratamiento reduce la cantidad de VIH en su cuerpo y ayuda a que se mantenga sano. 	
SIDA	<p>El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando la infección por VIH progresa a tal grado que provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas, las cuales quizá tardan en aparecer desde unos meses hasta más de 10 años después de la infección inicial y quizá sean ligeras, moderadas o graves, lo que depende sobre todo de las características del virus infectante y de algunos factores relacionados con el huésped. 	<ul style="list-style-type: none"> Tener relaciones sexuales, anales o vaginales, sin preservativo. Padecer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana. Hacer un consumo nocivo de bebidas alcohólicas o drogas en el contexto de las relaciones sexuales. 		<ul style="list-style-type: none"> Marcadores Candidiasis orofaríngea, traqueal o bronquial. Coccidiomycosis diseminada o extrapulmonar. Carcinoma cervical invasor. Criptococosis extrapulmonar. Criptosporidiasis intestinal crónica. Coriorretinitis por CMV o cualquier otra infección por CMV (con excepción de hígado, bazo y ganglios linfáticos). Encefalopatía por VIH. Herpes simple: úlceras mucocutáneas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar. Isosporidiasis intestinal crónica. Sarcoma de Kaposi. Linfoma de Burkitt. Linfoma inmunoblástico. Linfoma primario del cerebro. Infección por complejo <i>Mycobacterium avium</i>-intra celular (MAC) o <i>Mycobacterium kansasii</i> extrapulmonares. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. Infección por otras micobacterias (diseminadas o extrapulmonares). Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>. Neumonía recurrente (dos o más episodios en 1 año). Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Bacteriemia recurrente por <i>Salmonella</i>. Síndrome de desgaste asociado con VIH. Toxoplasmosis cerebral 	<p>Conteo linfocitario que incluya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aún no existe una cura para la infección por VIH. Hay dos tipos de tratamientos para el VIH: El primer grupo es un conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar las enfermedades oportunistas; El segundo lo conforma una serie de medicamentos antirretrovirales que tratan la infección por el VIH en sí misma. 	

Bibliografía:

Sexualidad humana / [ed.] Iván Arango de Montis. --México : Editorial Manual Moderno, 2008.