



**Mi Universidad**

**Cuadro comparativo**

*Nombre del Alumno:*

*Gabriel de Jesús Martínez Zea*

*Sergio Rodrigo Flores Diaz*

*Nombre del tema: ITS*

*Nombre de la Materia: sexualidad humana*

*Nombre del profesor: DRA. Saucedo Domínguez Mariana Catalina*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

ITS	DEFINICION	ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	CLASIFICACION	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	IMAGEN
<b>HERPES SIMPLE</b>	La infección por el virus del herpes simple (VHS) 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.	Países desarrollados: cada año medio millón y se encuentran afectados 50 millones de entre 15 a 75 años de edad México: se desconoce cifra exacta (se piensa que pudiera ser mayor por falta de educación sexual) Se ha presentado un incremento por herpes genital producido por VHS-1 más del 30%	*Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial *Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética *Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético.	*Estomatitis: forma clínica rara, alrededor de 1% de las primoinfecciones por VHS-1 y VHS-2 se presentan como infección visible, con síntomas agudos, estas infecciones predominan sobre todo en niños pequeños, aunque también se han observado en adultos Casos leves se manifiestan con úlceras superficiales, pequeñas y puntiformes en encías u otros sitios como piel peribucal y labios *Herpes genital: la mayoría de los pacientes tienen síntomas premonitorios 24h antes como ardor o quemadura y prurito leve, después aparecen vesículas generalmente agrupadas en racimos sobre una base eritematosa, en algunos casos hay adenopatía regional unilateral o bilateral, dolorosa y síntomas generales.	El diagnóstico es básicamente clínico, casi siempre, las vesículas agrupadas sobre una base eritematosa o úlceras pequeñas con la misma disposición, precedidas de ardor y prurito, así como la historia de recurrencia, son suficientes para efectuarlo, cuando la clínica no es suficiente sobre todo en dermatología, se utiliza con frecuencia el citodiagnóstico de Tzanck o bien a través de la biopsia	Como parte del tratamiento, el paciente debe recibir información sobre la historia natural de la infección debido a su carácter recidivante, al alto nivel de transmisibilidad y la posibilidad de sobreinfección por otras ITS, en especial VIH. No existe tratamiento para erradicar el virus durante su fase latente. Tratamiento local: en general resulta mejor es el aciclovir al 5% en crema Tratamiento sistémico: El tratamiento de la primoinfección incluye 200 mg de aciclovir VO, cinco veces al día, 250 mg famciclovir VO, cada ocho horas o 1 g de valaciclovir VO cada 12 horas, todos por un periodo de 7 a 10 días.	

<p><b>SIFILIS</b></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>infección de distribución mundial, al parecer de origen americano con la aparición de la penicilina, en México la tasa de sífilis ha ido disminuyendo de 240 por 100000 habitantes de 1940-1949 a 2.1 por 100000 en 1997.</p>	<p>*sífilis tardía benigna: A pesar de no recibir tratamiento, sólo 30% de los pacientes desarrollará sífilis tardía sintomática o sífilis terciaria, la cual aparece dos a 20 años después de la inoculación *sífilis prenatal: 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>* esquema de Morgan *chancro *secundarismo *relapso</p>	<p>es indispensable comprobar la existencia del <i>treponema</i>, ya sea mediante la visualización del mismo en campo oscuro o por la determinación de anticuerpos en el suero del paciente 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>Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: el tratamiento de elección continúa siendo la penicilina; existen diversos esquemas útiles, penicilina procaínica se recomienda 1.2 millones de UI, IM cada 24h por 20 días Si el paciente es alérgico a la penicilina, otras alternativas son doxiciclina 100 mg VO casa 12 h o tetraciclina 500 mg VO cada 6h durante 30 días. Otra opción es ceftriaxona, 250 mg IM por 14 días, para mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6h durante 15 días y personas con VIH el tratamiento recomendado es penicilina benzatínica 2.4 millones de UI, IM una vez por semana a completar tres semanas</p>	
-----------------------	---	--	--	--	---	--	--

## LINFOGRANULOMA VENEREO

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección sistémica, de transmisión sexual, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis*.

Está presente en todo el mundo, pero prevalece en los trópicos de Asia, África, el Caribe y Golfo de México. Predomina en el hombre sin embargo las formas más crónicas y destructivas son más frecuentes de las mujeres.

Los serotipos L1, L2 y L3 de la *Chlamydia trachomatis* afectan sobre todo el folículo linfático, 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.

Se clasifica en tres etapas: La primera 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. La segunda etapa o fase linfogranulomatosa aparece después de dos a seis semanas de la lesión primaria, inicia con síntomas de inflamación local, aumento de volumen, a la exploración se palpa un ganglio duro, un tanto engastado en la piel en la mayoría de los casos no es doloroso. Tercera etapa: es la fase más destructiva de la infección, por lo general no llega a presentarse, pues solo ocurre por falta de tratamiento adecuado en las fases tempranas de la infección, aparece proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fístulas y edema genital graves, la mayoría de las veces en mujeres.

El diagnóstico debe comprobarse mediante el examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón, en los cuales (mediante la tinción de Giemsa) es posible observar las inclusiones intracitoplasmáticas. La mayoría de las veces la biopsia aporta pocos datos y la prueba de fijación del complemento tiene una sensibilidad de 70 a 80% cuando hay titulaciones mayores de 1:64. El método más sensible y específico es la titulación de anticuerpos fluorescentes de las pruebas ELISA.

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



## GRANULOMA INGUINAL

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.

Se presenta con mayor frecuencia en países subtropicales y tropicales como Brasil, India, el sudeste de China, la costa Occidental de África y las Indias Occidentales. Predomina en varones en una proporción de 2.5 a 1.

se cree que el *Calymmatobacterium granulomatis* pertenece a la familia Enterobacteriaceae que reside en el intestino

Tiene un periodo de incubación de 3 a 40 días, e 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. Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de adenopatía. En la mujer se presenta sobre todo en labios mayores y menores, así como en el pubis; en el hombre en pene, periné, pubis y región perianal, sobre todo en varones que mantienen relaciones homosexuales.

El diagnóstico de granuloma inguinal se hace con la demostración del *C. granulomatis* en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan, histiocitos que miden alrededor de 20 micras y tienen núcleo excéntrico y uno o varios bacilos aglomerados dentro del citoplasma; son visibles tanto en frotis como en tejidos con tinciones especiales como Giemsa, Wright o Warthin Starry.

Debido a que el *C. granulomatis* es un bacilo intracelular, es preciso utilizar un antibiótico soluble en lípidos que tenga grandes concentraciones en el interior de la célula, como el trimetoprim con sulfametoxazol o la tetraciclina. 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. Para aquellos pacientes poco apegados al tratamiento o con baja respuesta a los antibióticos convencionales se recomienda el uso de 1 g semanal de azitromicina, 1 g de ceftriaxona diario o norfloxacina, los cuales se continúan al menos hasta que las lesiones hayan cicatrizado



## CHANCROIDE

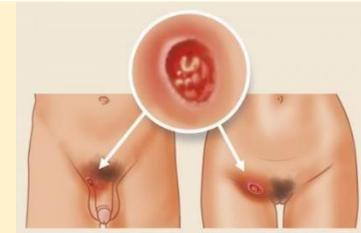
es una infección genital, poco frecuente en México, causada por el *Haemophilus ducreyi*, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas.

Es de distribución mundial con mayor incidencia en climas calidos, predomina en puertos de Europa, america latina, Asia ya africa. Mexico con 100 casos aproximadamente en el 2003 asociados con mala higiene, pobreza y drogadicción y su maor incidencia ocurre de 25 a 30 años casi de manera exclusiva en hombres

Después de un periodo de incubación de 24 a 48 h promedio (1 a 12 días), 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, el fondo de la úlcera puede ser sucio o tener abundante tejido de granulación que sangra con facilidad. De manera característica las lesiones son muy dolorosas. En el hombre es evidente en el frenillo, prepucio, surco balanoprepucial y glande; cuando se afecta el prepucio es común que se encuentre edema importante del mismo. Si llega a presentarse en la mujer, afecta labios, vestíbulo, clítoris, pared vaginal y, por extensión, introito, cérvix y región perianal

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

Aunque estudios in vitro han demostrado que el *H. ducreyi* es susceptible a múltiples antibióticos, estudios más recientes demuestran in vivo resistencias antimicrobianas a las tetraciclinas, ampicilina, cloranfenicol, sulfonamidas y kanamicina, por lo que se recomienda el uso de 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.



## CITOMEGALOVIRUS

El citomegalovirus es un virus común. Una vez que contraes la infección, el citomegalovirus permanece en tu cuerpo de por vida

El citomegalovirus (CMV) tiene una distribución mundial, afecta a cerca de 50 % de la población de adultos mayores de 40 años, con mayor incidencia en poblaciones de bajo nivel socioeconómico.

En la mayoría de los casos, la infección por CMV es asintomática, pero 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. Cuando el estado inmunológico del paciente está muy deteriorado, hay impacto en el sistema digestivo, la retina (con ceguera), pulmones y SNC. En aquellos pacientes con VIH en estadios avanzados en quienes se ve una úlcera genital o rectal, crónica y dolorosa, debe descartarse el CMV, ya que después del VHS es la principal causa de úlceras. En muchas ocasiones ambos virus son responsables de las úlceras.

La mayor de las veces la infección por CMV no se diagnostica, ya que cuando son sintomáticas tienden a confundirse con cuadros febriles banales. Es factible detectar la infección mediante serología, también se pueden realizar cultivos de tejido afectado y, aunque son muy específicos, se realizan pocas veces debido a la dificultad que implica. Debe sospecharse CMV en úlceras crónicas de pacientes con VIH, sobre todo cuando el conteo de CD-4 es menor a 100 células/ $\mu$ L.

En pacientes con inmunidad normal, prácticamente no produce sintomatología, por lo que es innecesario dar tratamiento. Debido a que las complicaciones de CMV en personas con SIDA están asociadas con el conteo de CD4, es indispensable no omitir en ellos la terapia con antirretrovirales. Para el manejo específico de la infección por CMV en estos pacientes.



## GONORREA VAGINAL

La gonorrea o blenorragia es una ITS sexual muy conocida en la historia de la humanidad y aún vigente. Conocida desde la antigüedad, hay referencias a ella en los antiguos manuscritos chinos y el Antiguo Testamento bíblico, y debe su nombre a Galeno, quien en 130 d. C. introdujo el término “gonorrea”, del griego gonorroia. Corresponde a Neisser haber aislado en 1879 el germen que conocemos por su nombre

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.

o. 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, purulento. Es rara la uretritis y llega a observarse secreción purulenta del endocervix y de las glándulas de Skene. La afección 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”

El adecuado diagnóstico debe seguir los pasos listados a continuación: 1) Examen microscópico del gonococo (diplococo gramnegativo), el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal. 2) Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler (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 Tallen-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

El tratamiento que se recomienda en la actualidad para las infecciones no complicadas (genitales o extragenitales) es el siguiente: 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.



**CLAMIDIASIS VAGINAL**

En el contexto de las ITS, esta infección constituye un serio problema, el cual todavía está fuera del conocimiento de muchos pacientes y de algunos médicos

. Sólo en los últimos años, al disponer de medios diagnósticos oportunos, ha sido evidente cómo la infección por Chlamydia, después de haberse manifestado como patología de la córnea y la conjuntiva hasta los primeros años del siglo XX en Europa y todavía hoy en los países del tercer mundo (tracoma), se extendió hacia su manifestación a nivel genital, sobre todo en años recientes

. Se conocen 15 serotipos diferentes, 8 de los cuales producen infecciones sexuales habituales.

está el desarrollo de cervicitis discreta. En la mujer, la infección por Chlamydia a menudo es asintomática (70% de los casos). La localización primaria se encuentra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical. El epitelio glandular aparece hipertrofiado, con grandes papilas congestionadas, hemorrágicas y recubiertas por moco adherente. Sin embargo, esto sólo sucede en algunas ocasiones, se ha reportado un epitelio normal en 50% de los pacientes y de ectopia sólo en 7.5% de los casos positivos para Chlamydia. Por otra parte, sólo 10% de los pacientes manifiestan cervicitis y vulvovaginitis subaguda con flujo vaginal blanco amarillento, prurito, ardor y en ocasiones dispareunia. 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. Por fortuna sólo 25% de los casos de infección cervical conduce a anexitis

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 endocérnix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. Un resultado negativo no descarta la infección. 2) Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales. Su sensibilidad y especificidad son inferiores a las del cultivo y variables, según la técnica empleada. 3) La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo; dichas pruebas se basan en una reacción enzimática (polimerasa, ligasa, etc.), que multiplica hasta millones de veces un fragmento génico. Existen varias técnicas: PCR, LCR (ligase chain reaction), TMA (translated mediated amplification), etc. con una sensibilidad equivalente a

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



Foto 2. Lesiones verrucosas superficiales de mucosa genital

la del cultivo pero sobre todo muy fáciles de emplear.

<p><b>TRICOMONIASIS</b></p>	<p>La tricomoniasis vaginal es causada por <i>Trichomona vaginalis</i>, un protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta sui generis, de presentación frecuente en la patología del tracto genital inferior</p>	<p>Su periodo de incubación es de tres a 28 días. Se reproducen de manera longitudinal y se alimentan del exudado y de las células del epitelio, al cual se adhieren con facilidad. Se cree que estos protozoos podrían competir con los lactobacilos por la utilización del glucógeno, con lo que obstaculizarían la síntesis del ácido láctico y contribuirían a aumentar el pH.</p>	<p>El humano presenta tres especies: <i>Trichomonas vaginalis</i>, la única patógena del aparato urogenital y los comensales <i>Trichomonas tenax</i> de la boca y <i>Trichomonas hominis</i> del intestino.</p>	<p>Aparece inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida, de color amarillo verdoso y acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia, el PH suele ser superior de 5.5. Si la inflamación es intensa, sobre el cérvix se observa un aspecto llamado colpitis macular o cervicitis “en fresa”, en el que hay manchas múltiples redondeadas, rojas, irregulares, yodo-negativas, cada una de las cuales resulta de la confluencia de varios puntos rojos y sobresalen de la mucosa indemne pero hiperémica o sobre una mucosa diseminada de puntos rojos</p>	<p>Hay tres factores a considerar para realizar un diagnóstico apropiado: 1) Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles. 2) Preparados de tinciones: MayGrunwald-Giemsa, acridina naranja o Papanicolaou, donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas; permiten observar también el astilo y el “ojo”. 3) El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes.</p>	<p>El tratamiento de la vaginitis por <i>Trichomona</i> se puede resumir como sigue: 1) metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días, o 2) metronidazol 500 mg VO dos veces al día por 5 días, o 3) metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días, y por último 4) metronidazol 2 g VO en dosis única. Debe de tratarse de manera simultánea a la pareja sexual.</p>	
-----------------------------	---	--	--	--	--	--	---

## VAGINOSIS BACTERIANA

Se define como un síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia

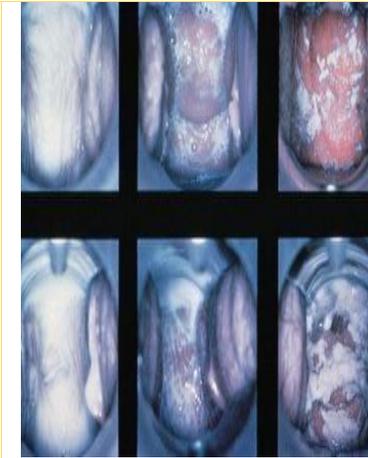
Un total de 6322 mujeres contestaron la encuesta epidemiológica y proporcionaron muestras vaginales. La prevalencia de VB fue de 23,7% (IC95%: 22,6-24,7) y se asoció con tener un mayor número de parejas sexuales en los últimos 12 meses

Los gérmenes implicados con más frecuencia en las vaginosis son: Gardnerella vaginalis, peptoestreptococos, bacteroides, Eubacterium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum y Mobiluncus

Las pacientes con vaginosis bacteriana a menudo 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. En cambio, los compañeros sexuales de las mujeres con vaginosis bacteriana suelen ser asintomáticos; sin embargo, se ha podido aislar Gardnerella vaginalis en infecciones urinarias en hombres y también en casos de corioamnioitis

1) olor vaginal “a pescado” de la secreción vaginal, en especial después del coito. 2) secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales. 3) Microscopia de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice (clue cells) y ausencia notable de leucocitos. En los casos graves se observan las células índice hasta en 20% de la muestra.<sup>14</sup> 4) La añadidura de hidróxido de potasio (KOH) a las secreciones vaginales (sniff test) despiden un olor fétido.

Metronidazol, antibiótico con actividad excelente contra los microorganismos anaerobios pero deficiente contra los lactobacilos, es el fármaco de elección para vaginosis bacteriana. 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



## MICOSIS VAGINAL

Las micosis vulvovaginales son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica

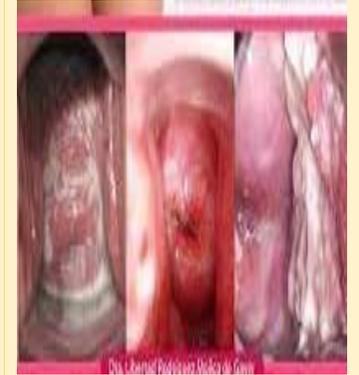
alrededor de 75% de las mujeres presentan durante su vida sexual al menos una micosis vaginal

. 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. La difusión de la *Candida* hacia la vagina puede provenir del recto o de focos cutáneos, así como también por contacto sexual o a través de fomites.<sup>1</sup>

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. En ocasiones se observa disuria por contacto de la orina con el epitelio vulvar y vestibular inflamado. A la exploración física de la vulva y de la vagina se encuentran lesiones eritematosas, secas y maculares, a menudo con lesiones por rascado. Con frecuencia el orificio vulvar y vaginal se encuentran recubiertos por pseudomembranas blancuzcas adheridas a la mucosa. El cérvix esta enrojecido y presenta vascularidad aumentada y con la pseudomembrana

: 1) el examen microscópico de la secreción diluida en solución fisiológica que revela presencia de blastosporas y micelios con pseudohifas. 2) La prueba de Papanicolaou, que tiene una precisión diagnóstica moderada (alrededor de 25%). 3) Con la coloración de Gram se evidencian hifas y esporas grampositivas. 4) El examen de cultivo representa el método diagnóstico más sensible y seguro en medio Sabouraud o en medio de Nickerson. El cultivo puede identificar el tipo de levadura en 24 a 48 h

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



**EPI**

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) constituye una afección común en la mujer con actividad sexual, que agrupa varias entidades clínicas correspondientes a la evolución de un proceso genital

Se estima que de 10 a 20% de las mujeres con gonococia desarrollan en un momento dado una salpingitis, casi siempre durante la primera parte del ciclo menstrual

. 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

En 30% de los casos, es unilateral y quizá se acompañe de dispareunia. En ocasiones resulta engañoso, pseudoapendicular si se localiza en la fosa ilíaca derecha, o pseudovesicular debido a una perihepatitis asociada (síndrome de FitzHugh-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

Análisis de laboratorio de rutina. Sólo en 45% de los casos, la biometría hemática muestra una hiperleucocitosis con polinucleosis y en 75% de los casos una velocidad de sedimentación globular superior a 15 mm en la primera hora. También es factible determinar otros marcadores bioquímicos de inflamación, como la proteína c reactiva. Análisis bacteriológicos. El diagnóstico bacteriológico de las salpingitis por *Chlamydia* puede realizarse ya sea de forma directa mediante técnicas de detección del germen o de forma indirecta por detección y titulación de los anticuerpos anti-*Chlamydia* por microinmunofluorescencia o por inmunoenzimología. Ecografía. Suele ser normal en la fase inicial aguda. En la fase supurativa avanzada puede mostrar una colección en anexos (absceso tubo ovárico). Laparoscopia. Ningún signo es del todo

En el régimen A se administra: 1) ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días, o 2) levofloxacina 500 mg VO una vez al día durante 14 días, con opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días. El régimen B incluye: 1) cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO de manera concurrente, o 2) ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días. Si se trata de una paciente hospitalizada también hay dos opciones de tratamiento: en el régimen A se administra; 1) cefoxitina 2 g IV cada seis horas o 2) cefotetán 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas. En el régimen B se indica: 1) 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.



específico de las  
infecciones  
uteroanexiales  
agudas; se admite  
que la certeza clínica  
no sobrepasa el 65%  
de los casos. La  
laparoscopia está  
indicada en casos de  
duda diagnóstica o de  
fracaso de una  
antibioticoterapia de  
prueba al cabo de 48  
horas

## CONDILOMAS ACUMINADOS

Dicha infección, también conocida 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

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

El diagnóstico de la infección por VPH por lo general es clínico, a través de la inspección de las lesiones; sin embargo, debido a que existen también manifestaciones subclínicas y latentes, es importante que el proveedor de servicios de salud sepa que en la actualidad están disponibles una serie de técnicas diagnósticas que permiten realizar un diagnóstico oportuno y eficaz de esta infección, para de esta manera prevenir el cáncer genital o anal asociado con el VPH.

1) crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas; 2) podofilina al 10-25% aplicado una vez a la semana y recomendar lavado de la zona de dos a cuatro horas después de la aplicación; 3) ácido tricloroacético al 80-90% aplicado una vez a la semana; 4) remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación quirúrgica. Otras alternativas son la cirugía láser o aplicación de interferón intralesional.



## CONDILOMAS PLANOS

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.

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. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud contemporánea .

La característica principal de este tipo de condiloma, como su nombre lo indica, es que 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. 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

Al igual que en los condilomas acuminados, el diagnóstico se establece por la inspección de las lesiones, pero es de suma importancia que ante este tipo de condiloma el médico sugiera a la persona realizarse una 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

Si se constata la presencia de *Treponema pallidum* y se sospecha que los condilomas son parte del secundarismo sífilítico, entonces el paciente debe recibir 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.



Atlas Dermatológico, 2021, 12, 4, 815

## INFECCION POR VIRUS DE EPATITIS C

La hepatitis C es una infección del hígado causada por el virus de la hepatitis C. Esto se transmite a través del contacto con sangre de alguien infectado. Hay muchas formas en que se puede contagiar la hepatitis C.

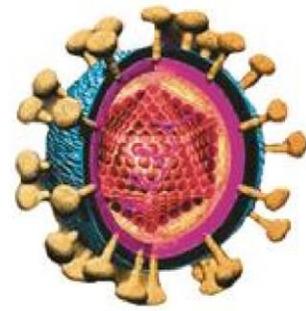
Según datos del CDC, en la actualidad 3.9 millones de personas están infectadas por el VHC y, de ellas, se estima que unas 2.7 millones padecen la infección crónica. Además, se calcula que cada año morirán de 8 000 a 10 000 personas por hepatopatías crónicas como las relacionadas con VHC y se espera que en la próxima década estas cifras se multipliquen por cuatro.<sup>51</sup> 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.

en la actualidad, las principales causas son compartir agujas o jeringas no esterilizadas, sobre todo en usuarios de drogas inyectables, la exposición ocupacional y en los últimos años ha aumentado de manera considerable la transmisión materno-fetal y sexual; siendo esta última la que es de interés central aquí, pues es de capital importancia considerarla como una ITS que puede ser transmitida cuando no se sostienen relaciones sexuales seguras y protegidas, y sobre todo porque en su fase aguda esta infección suele ser asintomática. De modo que el VHC llega a permanecer en el organismo humano por varios años hasta que se desarrolla la hepatitis crónica o una complicación de ésta, que es por lo general cuando el paciente se acerca a los servicios de salud.

Se puede diagnosticar la infección por VHA mediante la presencia de anticuerpos: antiVHA IgM y antiVHA IgG; donde los anticuerpos de tipo IgM implican infección reciente o fase aguda de la infección, mientras que los del tipo IgG son detectados de forma indefinida, una vez superada la fase aguda 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 nucleósidos) y 1 mg cada 24 horas VO (para pacientes con historia de tratamiento previo con nucleósidos).
- Emtricitabina: 200 mg cada 24 horas VO. • Tenofovir: 300 mg cada 24 horas VO



Virus de la Hepatitis C (VHC)

## 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, en cambio el VIH2 es más frecuente en el Continente Africano, aunque se han reportado algunos casos de infección por este último en Europa y América. Ambos virus generan la misma sintomatología y se detectan por las mismas pruebas diagnósticas.

- Existen 39.5 millones de personas viviendo con la infección por VIH en todo el mundo, de los cuales 2.3 millones son personas menores de 15 años.
  - Cada día ocurren 11 000 nuevos casos de infección por VIH en el mundo.
  - Alrededor de la mitad de las personas que se infectan a diario están ubicadas entre los 15 y 24 años de edad.
  - Se calcula que para el 2020 habrán fallecido por VIH 68 millones de personas.

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. De igual manera, el VIH no se transmite por contacto casual (es decir, tocar a alguien que está infectado o cosas que esa persona haya utilizado ni al compartir utensilios para comer o beber ni tras usar los mismos retretes o agua para lavarse.

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, que se utiliza para el escrutinio inicial, mientras que para confirmar el diagnóstico se suele emplear la prueba llamada Western blot.

No hay cura para la infección por el VIH. Con todo, habida cuenta del acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH y de las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico tratable que permite que las personas que han contraído el virus puedan vivir muchos años con buena salud.



<p><b>SIDA</b></p>	<p>El sida es la enfermedad ocasionada por el VIH</p>	<p>Las nuevas infecciones por VIH se han reducido en un 59% desde el pico alcanzado en 1995. En 2022, 1,3 millones [1 millón-1,7 millones] de personas se infectaron por el VIH, frente a 3,2 millones [2,5 millones-4,3 millones] en 1995. Las mujeres y las niñas representaron el 46% de todas las nuevas infecciones en 2022.</p>		<p>Cuando la infección por VIH progresa a tal grado que provoca un deterioro significativo del sistema inmunológico, aparecen las enfermedades oportunistas, las cuales quizá tarden 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.</p>	<p>Son varias las pruebas que se recomiendan realizar en una persona con infección por el VIH, siendo las más importantes la carga viral de VIH y el conteo linfocitario que incluya la subpoblación de linfocitos CD3, CD4 y CD8. Estos exámenes permiten determinar en qué momento de la infección se encuentra la persona para así establecer el tratamiento antirretroviral oportuno.</p>	<p>Aún no existe una cura para la infección por VIH. Sin embargo, cada vez hay disponibles nuevos medicamentos antirretrovirales que prometen una mayor y mejor calidad de vida para las personas afectadas.</p>	<p>A</p> 
--------------------	---	---	--	---	---	--	--

## BIBLIOGRAFIA

- Infección por citomegalovirus - síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022, 18 mayo). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/cmV/symptomscauses/syc-20355358>
- Lopez-Torres, L., Chiappe, M., Cárcamo, C., Garnett, G. P., Holmes, K. K., & García, P. J. (2016). Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en veinte ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 448.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2350>
- SEXUALIDAD HUMANA (1.a ed.). (2008). ivan arango de montis.
- Siegel, J. (2020, 30 septiembre). ¿Se puede transmitir la hepatitis C a través del contacto sexual? Can Hep C be Transmitted Through Sexual Contact? <https://es.healthservicesntx.org/blog/can-hep-c-be-transmitted-through-sexual-contact>

- *Tricomoniasis*. (s. f.). McGraw Hill Medical.

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1445&ionid=96521063#:~:text=E1%20humano%20presenta%20tres%20especies,y%20Trichomonas%20hominis%20del%20intestino.>

- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, 13 julio). *VIH y sida*. [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids?gclid=CjwKCAiA9dGqBhAqEiwAmRpTC0rW7zQEnwnsyn7I2gtXPmG1AwjviP\\_FQXxhbdOQ0JJ1IQhbg0AfRoCwIIQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids?gclid=CjwKCAiA9dGqBhAqEiwAmRpTC0rW7zQEnwnsyn7I2gtXPmG1AwjviP_FQXxhbdOQ0JJ1IQhbg0AfRoCwIIQAvD_BwE)