



Universidad del sureste
campus Comitán
Lic. Medicina humana



Dra. Mariana Catalina Saucedo Domínguez

Sexualidad Humana

Cuadro comparativo

Mauricio Antonio Pérez Hernández

Luis Brandon Velasco Sánchez

Yarely Arlette Morales Santiz

SÍNDROMES ULCERATIVOS

Tipo de ITS	Definición	Epidemiología	Agente causal	Cuadro clínico	diagnostico	tratamiento	prevención	Afectación
Herpes simple	Es la causa más común de úlceras genitales en países desarrollados, afectad piel y mucosas se caracteriza por vesículas no dejando inmunidad.	<ul style="list-style-type: none"> •No tiene datos precisos incidencia y prevalencia. •Afecta a todas las razas y ambos sexos y a cualquier edad. •Menos frecuente antes de los 4 meses de vida. •Edad promedio 20-25 años. •VHS-1: ocupa el 30% •VHS-2: de 8 a 10 recurrencias •Mujeres embarazadas complicaciones: aborto espontaneo, trabajos parto prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino e infección neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> •El virus del herpes simple(VHS 1-2) •VHS-1: AFECTA ROSTRO(por arriba de la cintura) •VHS-2 lo hace de los genitales. (por debajo de la cintura). •VHS-3: Virus de la varicela zoster. •VHS-4: Epstein-Barr •VHS-5: citomegalovirus. •VHS-6: virus de la roséola infantil •VHS-7: virus herpético humano. •VHS-8: virus herpético humano tipo 8 asociado con sarcoma de Kaposi. 	<ul style="list-style-type: none"> • La infección por virus del herpes simple se clasifica en: • Estomatitis: gingivoestomatitis herpética, herpes labial. • Genital: vulvovaginitis y balanitis herpética. • Otros: proctitis herpética y herpes perianal, panadizo herpético, queratoconjuntivitis, herpes diseminado y eccema herpético. • Las características clínicas y la evolución de la infección dependen del estado inmunitario del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> •Citodiagnóstico de Tzanck con Giemsa, muestra cel. Gigantes multinucleadas. •Biopsia de una vesícula intacta. •Saber el serotipo que tiene el PX. •Pruebas serológicas. •Cultivo de tejidos en medio celular. Se debe de tomar de lesiones recientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • En juagues antisépticos • 200 mg de Aciclovir VO cinco veces al día. • 250 mg famciclovir VO Cada 8 horas • 1g de valaciclovir VO cada 12 horas. • Todos por un periodo de 7 a 10 días. • Citar >5 días del inicio del Tx. 	Evitar tener relaciones sexuales mientras las lesiones esté presentes Y >6 días de su desaparición.	<ul style="list-style-type: none"> • Varón: glande, cuerpo del pene, prepucio, escroto, periné y ano. • Mujer: monte de venus, labios mayores y menores, clítoris, cérvix y periné

SÍNDROMES ULCERATIVOS

Tipo de ITS	Definición	Epidemiología	Agente causal	Cuadro clínico	diagnostico	tratamiento
Sífilis	Infección sistémica de evolución subaguda o crónica que cursa con periodos asintomáticos.	<ul style="list-style-type: none"> • 1980-1989 hay un incremento de sífilis primaria y secundaria y la congénita en los países desarrollados. • Fx contribuyentes; uso de drogas (cocaína y crack) intercambio de relaciones sexuales por drogas, múltiples compañeros sexuales, cambios en las conductas sexuales y trabajo sexual • Mujeres que dan a luz a un RN con sífilis padecen de alguna ITS, por no llevar control prenatal adecuado. • México secretaria de salud: < de 240 por 100000 habitantes en el decenio 1940-1949 a 2.1 por 100000 en 1997. • Grupos más afectados solteros, estudiantes, personas que viajan o quienes se dedican al trabajo sexual. 	Treponema Pallidum	<p>(2 años)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chancro 2. Secundarismo 3. Relapso 4. Tardía <p>(complicaciones): benigna, cardiogenica y nerosifilis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Campo oscuro o determinación de anticuerpos en el suero del px. • Reacciones seroleuticas treponemicas y no treponemicas: (VDRL Y FT) • Hacer estudio de caso. • Toma de suero. • Pruebas de sífilis • Hacer VDRL • Tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatinica se aplican 2.4 millones de UI, IM en una solo dosis. • Doxiciclina 100 mg Vo c/12 hrs • Tetraciclina 500 mg Vo c/6hrs durante 30 días.

SÍNDROMES ULCERATIVOS

Tipo de ITS	Definición	Epidemiología	Agente causal	Cuadro clínico	diagnostico	tratamiento
<p align="center">Linfogranuloma venéreo</p>	<p align="center">Infección sistémica, de ITS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presente en todo el mundo, pero prevalece en los trópicos de Asia, África, Caribe y el Golfo de México. • Predomina en hombre. • Las formas más crónicas y destructivas frecuentes en mujeres. • Afecta a adolescentes, adultos jóvenes y personas socioeconómicamente baja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serotipos L1, L2, L3 de la Chlamydia Trachomatis. • Afectando el folículo linfático produciendo trombo y perilinfagitis, formando granulomas y microabscesos estrellados. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ra etapa de inicio entre 3-12 días; Inicia con pápula, vesícula herpetiforme o pequeña erosión. • Segunda etapa: >2-6 semanas de la lesión primaria adenitis inguinal a menudo unilateral. • Inflamación local, aumento de volumen, ganglio duro, engastado de la piel. • Fiebre y malestar general. • Formando una fístula que no cicatriza o bubón "signo de surco" • Tercera etapa: proctitis, estenosis rectal, abscesos perineales, fístulas y edema genital grave, sx genito-ano-rectal, úlceras indoloras con base fibrosa. • En ocasiones hay también manifestaciones de uretritis, cervicitis o como una infección rectal, diarrea sanguinolenta y tenesmo. • HOMBRE: glande, surcos balanoprepuciales, escroto y uretra • MUJER: la cara interna de los labios, la pared posterior de la vagina y el cuello del útero 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen directo del exudado. • Prueba ELISA. • REACCIÓN EN cadena polimerasa • Cultivo de la chlamydia. 	<ul style="list-style-type: none"> • CLÍNICO. • Examen directo del exudado. • Prueba ELISA. • REACCIÓN EN cadena polimerasa • Cultivo de la chlamydia.

SÍNDROMES ULCERATIVOS

Tipo de ITS	Definición	Epidemiología	Agente causal	Cuadro clínico	diagnostico	tratamiento
<p align="center">Granuloma inguinal</p>	<p>(GI) o donovanosis es una infección crónica, granulomatosa que afecta región ano genital y la ingle, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • frecuencia en países subtropicales y tropicales • Predomina en varones en una proporción de 2.5 a 1. • existen dos vías de transmisión, por contacto sexual anorrectal o por contacto con secreciones contaminadas con heces 	<p>Cocobacilo Gramnegativo llamado Calymmatobacterium granulomtis pertenece a la familia enterobacteriaceae que reside en el intestino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incubación de 3-40 días. • Inicia con pápula firme o nódulo no tan firme con incremento de su tamaño formando una úlcera, con tejido granulomatoso, eritematoso con sangrado fácil. • Úlcera poco dolorosa acompañado de adenopatía. • Si se ulcera > se disemina> se fibrosa y desarrolla hiperplasia epitelial vegetante. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • DX de demostración del C.granulomatis en el interior de células, llamados cuerpos de Dónovan (con frotis de Giemsa, whigth o warthin starry). • Estudio histopatológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 g de azitromicina.

	AGENTE CAUSAL	EPIDEMIOLOGIA	CLINICA	CLASIFICACION	DIAGNOSTICO	TRARAMIENTO
GONORREA VAGINAL	Neisseria gonorrhoeae	<ul style="list-style-type: none"> • Población afectada entre los 18 a 25 años • Prevalencia es de 5% en jóvenes sexualmente activos • Mayor en mujeres que hombres • Transmisión por contacto sexual • Oftalmoblenorrea: el recién nacido en el parto por el canal vaginal infectado 	<ul style="list-style-type: none"> • INCUBACION: 2 a 10 días • LUECORREA: Amarillo verdoso purulento • 1 signo: Bartholinitis Uretrocervicitis del endocervix • COMPLICACION: EPI • Infección propagada de forma ascendente 		<ul style="list-style-type: none"> • Examen microscópico del gonococo • Examen bacteriológico con tinción de Löffler • Tinción de Gram (Granos de café) • Cultivo en medio de agar chocolate o de Tallen-Martin. • Inmunofluorescencia Frotis (rápido) Cultivo (lento) • PCR 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 VAGINALIS	Chlamydia trachomatis	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia mayor en adolescentes (mujeres) • 80% Asintomáticas • factores de riesgo: Tabaquismo, ectopia cervical • Transmisión: Contacto sexual / Madre a hijo durante el parto 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % mujeres es asintomática • LEUCORREA: Blanco amarillento espeso (Cervicitis y Vulvovaginitis) • Localización 1ra a nivel del epitelio cilíndrico endocervical • Prurito, ardor y dispareunia • Complicación: EPI 	15 serotipos diferentes 8 causan infecciones sexuales	Muestras de la pareja (2) <ul style="list-style-type: none"> • cultivo en células de McCoy o HeLa 229 tratadas (Un resultado negativo no descarta la infección) • Las técnicas directas de inmunoenzimología • PCR, LCR 	<ul style="list-style-type: none"> • azitrocina 1 g por vía oral • (dosis única)doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 7 días • ofloxacina 300 mg VO durante 7 días • levofloxacina 500 mg VO durante 7 días, o bien • eritromicina 500 mg VO cuatro veces al día durante 7 días.

CANDIDIASIS	Candida albicans	<ul style="list-style-type: none"> • Causa más frecuente de consulta ginecológica • 75% lo presentan durante su vida sexual activa • Germen de la flora vaginal exclusivo del ser humano • Coloniza tracto gastrointestinal , vagina y piel • Transmisión: Contacto sexual, a través de fómites / Recto o focos cutáneos 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción: Blanco espeso, Cremoso, aspecto de requesón. • Vulvovaginitis • Prurito vulvar • Dolor vaginal • Dispareunia • Disuria • Lesiones eritematosas secas y maculares 		<ul style="list-style-type: none"> • Examen microscópico • PAP • Tinción de Gram • Cultivo <p>Hombre: Balanopostitis Manchas eritematosas, aterciopeladas en glande y prepucio con descamación y prurito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos antifúngicos (Fluconazol, capsula 150 mg dosis única 4 semanas) • Azoles • (Fluconazol 150 mg o mensual ketoconazol dosis de 100 mg 1 vez a la semana por 6 meses) • Evitar exceso de humedad.
TRICOMONIASIS	Trichomona Vaginalis	<ul style="list-style-type: none"> • Protozoo flagelado anaerobio productor de una inflamación purulenta • Periodo de incubación: 3-28 días • Reproducción de manera logitudinal / Alimento del exudado y células de epitelio • Utilización de glucógeno e 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación vaginal • Eritema, prurito, ardor y dispareunia • pH > 5.5 • Menor en hombres • Balanopostitis • Hemospermia 		<ul style="list-style-type: none"> • Examen en fresco • Tinciones May-Grunwald-Giemsa (acridina naranja o PAP) • Cultivo (No tan Necesario) 	<p>Metronidazol: D. 500 mg V.O 2 veces al día/ 7 días</p> <p>Hombres 2g de metronidazol VO DU</p> <p>Alternativo para M y H Tinidazol en DU de 2g vía oral</p>

		<p>obtaculizan la síntesis de ácido láctico y aumento de PH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto espumoso: No posee mitocondrias, pero si organelos (hidrosomas) capaces de liberar H gaseoso • Capaz de sobrevivir en el exterior • Transmisión: Puede ser no sexual 				
VAGINOSIS BACTERIANA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gardnerella vaginalis ➤ peptoestreptococos, bacteroides, ➤ Eubacterium, Mycoplasma hominis, ➤ Ureaplasma urealyticum y Mobiluncus 	<ul style="list-style-type: none"> • Un síndrome cx por la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia • Ausencia de PM 5 • No hay reacción inflamatoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Ardor • Prurito • Cervix / Vagina/ Vulva normal • Pareja asintomática • Infección urinaria en hombres • Carioamiotis • Secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas con OLOR A PESCADO 	•	<ul style="list-style-type: none"> • Un olor fétido después del coito • Secreciones de color gris y cubre una capa delgada de la pared vaginal <p>Prueba de KOH (sniff-test)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol V.O 500 mg/ 7 días • Metronidazol Gel 0.75% 5g (aplicador lleno via intravaginal 1 día/ 5 días) • Clindamicina en crema vaginal 2% 1 días / 7 días, capsulas u ovulos.

EPI

Agente causal	Epidemiológicos	Cuadro clínico	Clasificación	Diagnostico	Tratamiento
C. trachomatis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 a 20% de las mujeres con gonococia lo desarrollan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Único cuadro que posee una sintomatología clara 	E, F, G, H, I, J y K, ocho serotipos diferentes	Análisis de laboratorio de rutina	A)Ofloxacina 400 mg VO, dos veces al día durante 14 días
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aumenta entre los 15 y 25 años 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El 30% de se acompaña dispareunia, se localiza en la fosa ilíaca derecha 		Análisis bacteriológicos	A)Levofloxacin 500 mg VO una vez al día durante 14 días
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las cepas de gonocos tienen la capacidad de adherirse a membranas como uretrales y endocervicales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signos: : leucorrea en 50%, fiebre superior o igual a 38° C en 48%, metrorragias en 40%, signos urinarios en 20% 		Ecografía: normal en fase en fase aguda, con absceso en tubo ovárico grave	A)Opción de metronidazol 500 mg VO cada 12 h durante 14 días
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gonococo se propagaría, a partir del endocervix hacia el útero y las trompas de Falopio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se busca factores de riesgo típicos de las ITS y antecedentes 		Laparoscopia	B)Cefoxitina 2 g IM, más probenecid 1 g VO
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se desarrollan casi siempre durante la primera parte del ciclo menstrual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indagarse acerca del método anticonceptivo empleado 			B)Ceftriaxona 250 mg IM (o cefalosporina equivalente), más Doxiciclina 100 mg VO dos veces al día durante 14 días
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsables de conjuntivitis y uretritis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En la exploración abdominal, dolor o una resistencia hipogástrica, examen vaginal tal vez muestre vaginitis o cervicitis con un exudado turbio o purulento 			Hospitalizada
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ciclo complejo que dura de 48 a 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palpación pélvica a menudo provoca dolor en uno o en ambos fondos de saco laterales vaginales 			A)Cefoxitina 2 g IV cada seis horas
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolorosa la movilización uterina, existe una masa lateral al útero 			A)cefotetán 2 g IV cada 12 h, más doxiciclina 100 mg vía endovenosa u oral cada 12 horas
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Salpingitis gonocócicas, con a tríada típica: fiebre, dolor pélvico agudo y leucorrea mucopurulenta 			B)clindamicina 900 mg IV cada 8 h, más gentamicina dosis de carga IV o IM

CONDILOMAS ACUMINADOS

Agente causal	Epidemiológicos	Cuadro clínico	Clasificación	Diagnostico	Tratamiento
Papillomavirus de la familia Papovaviridae	❖ Causada por los virus del papiloma humano (VPH)	❖ Conocidas como verrugas anogenitales, "crestas"	Tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58 y 66	Prueba del ácido Acético, para ser apreciadas	En la actualidad no hay disponible algún tratamiento
	❖ En varones homosexuales	❖ Condiloma o verruga,	Más frecuente 16 y 18	Por lo general es clínico con inspección	Se cuenta con una vacuna, sólo previene los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH
	❖ En cualquier tipo de epitelio escamoso	❖ Elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez		Citología, colposcopia e histopatología	Objetivo del tratamiento de los condilomas es la destrucción de las lesiones
	❖ Relación sexual desprotegida	❖ Pueden ser filiformes forma de "coliflor"		Microscopia electrónica	Podofilotoxina al 5% en crema, dos veces al día por tres días
	❖ Periodo de incubación de seis semanas a dos años	❖ Cubiertos por una secreción semipurulenta		Detección del DNA viral mediante la PCR	Imiquimod al 5% en crema, tres veces a la semana por 16 semanas
	❖ VPH se le relacionan con el cáncer cervical hasta en 90%	❖ M: alrededor del clítoris, labios mayores y menores, para luego extenderse al periné y los márgenes del ano		Detección del antígeno (Ag) viral	Crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas
		❖ H: Pene a nivel del frenillo, surco balanoprepucial, mucosa del glande, prepucio y uretra; en escroto, perineo, pubis, márgenes del ano, canal anal y recto			Podofilina al 10-25% aplicado una vez a la semana y recomendar lavado de la zona
		❖ Son lesiones en placa y múltiples,			Ácido tricloroacético al 80-90% aplicado una vez a la semana
		❖ Fase latente de la infección es prácticamente asintomática			Remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación quirúrgica

INFECCION POR VIH

Agente causal	Epidemiológicos	Cuadro clínico	Clasificación	Diagnostico	Tratamiento
Virus RNA	En 1983 el virus de inmunodeficiencia humana, VIH	Sobrevive en los fluidos corporales	Existen dos variedades: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1	Detección de los anticuerpos al VIH	Combinaciones de medicamentos antirretrovirales
Familia de los retrovirus y a la subfamilia de los Lentivirus	Existen 39.5 millones de personas con este virus	No se transmite por contacto visual	VIH-1 existen tres grupos: M, N y O M es el principal	Prueba llamada Western blot	
	2.3 millones son personas menores de 15 años	Se encuentra tanto en algunas células constituyentes del organismo, como las de la sangre y en secreciones o fluidos genitales	Ocho subtipos: A, B, C, D, F, G, H, J	Detección del antígeno P24, RNA de VIH por PCR cualitativa, cultivo de virus	
	11 000 nuevos casos de infección por VIH	Transmisión sexual	Grupos N y O son distintos del grupo M	Pruebas rápidas OraSure® y la OraQuick®	
	2020 habrán fallecido por VIH 68 millones de personas	Transmisión sanguínea		VIH en saliva, y la Hema-Strip® y Determine®	
	Principal a varones homosexuales	Transmisión vertical: madre infectada a su hijo, durante el embarazo		ELISA o pruebas rápidas	
	VIH-2 es más frecuente en el Continente Africano	Síndrome retroviral agudo			
		Linfadenopatía, Placas blancas provocadas por candidiasis oral, Herpes zóster, Diarrea, Cansancio ,Fiebre con sudoración intermitente			

HEPATITIS A, B Y C

Agente causal	Epidemiológicos	Cuadro clínico	Clasificación	Diagnostico	Tratamiento
A género hepatovirus, familia picornavirus	Cada año ocurren 1.4 millones, México es considerado como una zona endémica	Se reproduce en el hígado y llega a estar presente, además de en el hígado, en bilis, sangre y heces fecales	A, B, y C	Presencia de anticuerpos: anti VHA IgM y anti-VHA IgG	Vacunas disponibles contra el VHA y VHB
	Más frecuente en adultos, ancianos y personas con hepatopatía previa	Infección benigna, recuperación absoluta, coinfección con otros virus hepatotropos			Vacuna contra VHA se administra en dos dosis separadas de 6 a 12 meses
		VHA no causa infección a largo plazo (crónica), sólo provoca infección aguda			
B virus DNA, familia de los hepadnavirus	350 millones de personas están infectadas, EUA se calcula que existen 1 250 000 de personas infectadas	Consecuencias son el desarrollo de cirrosis y de carcinoma Hepatocelular		Es un virus muy pequeño	Vacuna contra el VHB requiere de 2 o 3 dosis
	La mayoría de ellas viven en Asia, México existe una prevalencia de 0.44%			Detección del antígeno de superficie (HBsAg)	Interferón, Lamivudina, Adefovir, Entecavir,
	Mueren entre 250 000 y 270 000 individuos al año,			Estudio serológico	
C virus RNA de cadena sencilla, similar a los flavivirus	Actualidad 3.9 millones de personas están infectadas, 2.7 millones padecen la infección crónica	Principales causas son compartir agujas o jeringas no esterilizadas, transmisión materno-fetal y sexual		Detección serológica de anticuerpos a esta infección	Biterapia mediante interferón α pegilado en combinación con ribavirina
	Se calcula que cada año morirán de 8 000 a 10 000 personas por hepatopatías crónicas	Relaciones sexuales seguras y protegidas		Análisis de inmunotransferencia	Dos tipos de interferones alfa pegilados: el peginterferón α -2b, cuya dosis es 0.5 o 1 μ g/kg de peso corporal, y el peginterferón α -2a, cuya dosis es de 180 μ g
	Se calcula que en la próxima década de multipliquen	Cirrosis y el carcinoma hepatocelular son las complicaciones		Prueba de RNA de VHC por PCR cuantitativa	

Bibliografía: sexualidad humana, Arango de Montis, Iván , México D.F. Editorial El manual moderno ; 2008