

Infecciones de transmisión sexual: manejo dermatológico.

MARY CARMEN FERREIRO

Resumen:

Las infecciones de transmisión sexual son entidades comunes en la población sexualmente activa y aproximadamente un 50% son asintomáticas; por ello es importante hacer despistaje a gran escala. Se presenta una guía práctica para su manejo, dividiéndolas en aquellas que se manifiestan por secreción, úlceras genitales y lesiones proliferativas, utilizando un sistema combinado de aproximación sindrómica y etiológica.

Palabras clave: *infecciones de transmisión sexual, enfermedades de transmisión sexual, sífilis, gonorrea, micoplasma, clamidia, vaginosis bacteriana, sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo, tricomoniasis, VPH, condiloma acuminado, molusco contagioso*

Sexually transmitted infections: dermatological handling

Abstract:

Sexually transmitted infections are common entities in the sexually active population, and approximately 50% are asymptomatic. Therefore, It is important to make large-scale screenings. We present a practical guide for their management, dividing them into those that are manifested by discharge, genital ulcers, and proliferative lesions, using a combined system of syndromic and etiological approximation.

Key words: *sexually transmitted infections, sexually transmitted diseases, syphilis, gonorrhoea, mycoplasma, chlamydia, bacterial vaginosis, chancroid, lymphogranuloma venereum, trichomoniasis, HPV, condyloma acuminata, molluscum contagiosum*

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) representan un problema de salud pública a nivel mundial a pesar de los esfuerzos que se han realizado para proveer información sobre prevención, riesgo y formas de presentación, debido a que requieren cambios en los patrones de conducta que a su vez están estrechamente relacionados a factores sociales, económicos y psicológicos. Para lograr un impacto en este grupo de patologías se requiere la acción de todos los eslabones de la cadena de salud. Este artículo pretende aportar una forma práctica y sencilla de enfrentar este problema basada en la experiencia tanto asistencial, como docente y de investigación en nuestra unidad de I.T.S., que esperamos sea de utilidad para los especialistas y médicos generales.

Según el reporte de la Organización Mundial de la Salud realizado en 2008 se estimaron 498.9 millones de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.) en el mundo: 105.7 millones de casos de *C. trachomatis*; 106.1 millones casos de *N. gonorrhoeae*; 10.6 millones de casos de *sífilis* y 276.4 millones de *T. vaginalis*. Por otra parte, se estimó que durante ese año fueron infectados 100.4 millones de adultos con *C. trachomatis*; 36.4 millones con *N. gonorrhoeae*; 36.4 millones con *sífilis* y 187 millones con *T. vaginalis*. En las Américas, el número total de nuevos casos de las cuatro I.T.S. se estimó en 125.7 millones: 26.4 millones de casos de *C. trachomatis*, 11 millones casos de *N. gonorrhoeae*, 2.8 millones de casos de *sífilis* y 85.4 millones de *T. vaginalis*¹.

Para ese momento concluyeron que las I.T.S., aparte del VIH, no son consideradas como una prioridad de salud pública por la mayoría de los gobiernos. Los recursos y personal asignados para

Profesor – Jefe Unidad Infecciones de Transmisión Sexual, Servicio-Cátedra de Dermatología, Sede Hospital Universitario de Caracas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
ferreiomarycarmen@gmail.com

su vigilancia, programas de prevención y tratamiento son deficientes. Sugieren que para remediar dicha situación deben tomarse acciones que también ayudarían a apoyar el logro de los objetivos de desarrollo del milenio por reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y reducir la incidencia del VIH; esto requerirá un esfuerzo concertado por los gobiernos nacionales, organizaciones internacionales, organismos de financiación y los individuos¹.

Según datos del Centro para Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) en ese país se registran más de 19,7 millones de nuevos casos de ITS anualmente. Mientras que la mayoría de estas I.T.S. no causan enfermedades severas, algunas tienen el potencial para causar problemas de salud graves, especialmente si no se diagnostican y tratan tempranamente. Los jóvenes (15-24 años) son los más frecuentemente afectados, siendo responsables de la mitad (50%) del total de los nuevos casos, aun cuando representan sólo el 25% de la población sexualmente activa ^{2,3}.

Como abordar un paciente en el que se sospeche una ITS

Interrogatorio

Quizás uno de los momentos más difíciles al evaluar un paciente con posible I.T.S. es cuando realizamos el interrogatorio. En relación a la historia sexual; debe realizarse siempre en una primera consulta, en consultas preventivas y en todo paciente con signos de sospecha como secreción o flujo, ulcera genital u oral, lesiones proliferativas, o en cualquier persona que sospeche que puede tenerla. Nos permite evaluar el riesgo y dar recomendaciones para su reducción, especialmente respecto a enfermedades no curables, repercusión en la pareja y/o descendencia, además de orientar cuáles áreas anatómicas se deben evaluar y escoger el mejor método diagnóstico a utilizar.

Es importante, al momento de conversar con el paciente, no tener ideas preconcebidas sobre su orientación sexual, debemos separar nuestras propias opiniones sobre prácticas sexuales; la consulta debe orientarse hacia los riesgos de I.T.S. , las condiciones que llevan a riesgo de adquirirlas y la forma o modo como manejarlos. Las relaciones sexuales y de pareja a nivel personal son estrictamente individuales; las combinaciones son infinitas, se trata de evaluar el riesgo, lograr que el paciente entienda su situación para que pueda tomar decisiones encaminadas a disminuirlo o eliminarlo, si es posible.

El CDC sugiere las cinco "P" como guía², las preguntas que generalmente realizamos en nuestra práctica clínica siguen una secuencia fija de acuerdo a las respuestas de nuestros pacientes. En la Tabla 1 se presenta un ejemplo de ellas.

Tabla 1
Esquema sugerido por el CDC para interrogatorio de pacientes con sospecha de ITS

CDC	UNIDAD ITS-HUC
Parejas	¿Tiene pareja fija? ¿Cuánto tiempo con la misma pareja? Hombre, Mujer, ambos. ¿Ha tenido contacto sexual con personas diferentes en el tiempo que son pareja? ¿Cuándo? ¿Cuántas veces? En el tiempo que son pareja. En el último año. En el último mes. ¿Hombre, mujer, ambos? ¿A cuál edad fue su primera relación sexual? Hombre, mujer ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido desde su primera vez? Si no los puede contar, ¿Cuántos en el último año?
Prácticas sexuales	¿Ha tenido contacto? Genital, anal y/o oral. ¿Cuál prefiere? ¿Lo realiza con su pareja y/o con otras parejas?
Protección ITS	¿Usa preservativo? Nunca A veces Ocasionalmente Con su pareja Con otras parejas Siempre
Pasado	¿Cuándo fue su pareja anterior? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cuánto tiempo pasó entre cada pareja? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos y a cuáles parejas corresponden? ¿Ha tenido períodos de separación de su pareja? ¿Cuándo? ¿Cuántas veces? ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual o tratamiento por esa causa? ¿Y su pareja? ¿Cuál? ¿Recibió tratamiento?
Prevención embarazo	¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Su compañera se encuentra embarazada? ¿Tiene control del embarazo?

Ya con estos datos estamos orientados en relación a las características del paciente a quien nos enfrentamos y podemos planificar nuestra estrategia de diagnóstico indagando la posibilidad de una enfermedad en período de incubación, latente, subclínica o clínica.

En este punto se interroga sobre el motivo de consulta:

- Si se trata de una inquietud sobre un contacto sexual que el paciente interpreta como “de riesgo” con persona desconocida, ocasional de quien desconoce condición de salud o parejas sexuales, de acuerdo a los períodos de incubación, infectividad e infecciosidad establecer un plan diagnóstico racional en cada caso.
- Si se trata de secreción uretral o flujo vaginal se debe establecer tiempo de evolución y características clínicas.
- Si se trata de ulcera genital se debe establecer la presencia o no de dolor y las características semiológicas.
- Si se trata de lesiones proliferativas establecer localización, tiempo de evolución, otras manifestaciones clínicas asociadas o asociadas.

Para reconocer las principales enfermedades de transmisión sexual^{4,5} debemos recordar sus agentes etiológicos que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2
Agentes relacionados con I.T.S.

<p>BACTERIANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Mycoplasma hominis, genitalium, urealyticum</i> • <i>Treponema pallidum</i> • <i>Haemophilus ducreyji</i> • <i>Klebsiella granulomatis</i> • <i>Gardnerella vaginalis</i> 	<p>VIRALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Virus Papiloma Humano</i> • <i>Virus Herpes Simple</i> • <i>Virus Hepatitis B</i> • <i>Virus Hepatitis C</i> • <i>Poxvirus</i> • <i>Virus Inmunodeficiencia Humana</i>
<p>PARASITARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichomona vaginalis</i> • <i>Ptirus pubis</i> 	<p>MICOTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Candida albicans</i>

Con fines didácticos podemos dividir las ITS de acuerdo a sus manifestaciones clínicas en cuatro grupos, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3
Clasificación de las I.T.S.

SECRECIÓN	Infección gonococcica Infección no gonococcica Vaginosis bacteriana Tricomoniasis Candidiasis
ÚLCERAS	Sífilis (chancro duro) Chancro blando Herpes genital Linfogranuloma venéreo Granuloma venéreo
PROLIFERATIVAS	Infección por VPH (condiloma acuminado) Sífilis(condiloma plano) Molusco contagioso
LATENTES O ASINTOMÁTICAS	Infección por VPH Infección por virus hepatitis B y C

Infecciones caracterizadas por secreción uretral/flujo vaginal:

Debemos tomar en cuenta que entre un 50-60% de pacientes que tiene este tipo de infecciones pueden ser asintomáticos, es por ello que toda pareja debe ser evaluada igualmente, en todo paciente que acuda a consultas rutinarias y que tenga actividad sexual, debe hacerse despistaje. En aquellos sintomáticos, principalmente en los varones, las características semiológicas de la secreción nos permiten orientar hacia la posible etiología: secreción abundante, purulenta y continua hacia infección gonocócica; sin embargo a partir de la segunda semana de evolución esta puede disminuir en cantidad y ocurrir aclaramiento. Si se trata de secreción escasa blanquecina o mucosa a predominio matutino debemos considerar la posibilidad de infección no gonocócica^{6,7}.

Para el diagnóstico se realiza extendido tomado por hisopado uretral en hombres y en mujeres del canal cervical, el cual se colorea con GRAM; considerándose criterio de uretritis más de 5 polimorfonucleares (PMN) por campo con objetivo de inmersión en hombres y de cervicitis >10 PMN en mujeres. La presencia de diplococos GRAM negativos es diagnóstica de Infección gonocócica en un 95-97% de los varones y en 60% de las mujeres. La

ausencia de diplococos nos orienta hacia el diagnóstico de infección no gonocócica. Se debe realizar cultivo en Thayer-Martin para *N. gonorrhoeae*, sin embargo las técnicas de biología molecular tienen alta sensibilidad y relativo fácil acceso; para *C. trachomatis* la regla de oro es el cultivo celular de Mc Coy pero es costoso y sobre todo difícil de realizar; igualmente se puede realizar inmunofluorescencia directa y PCR siendo estos de mayor accesibilidad^{7,8}. En las mujeres debemos realizar un examen directo o en fresco tomando muestra del fondo de saco posterior con solución fisiológica para identificar tres elementos: Células Clave o Clue Cells que son indicativas de Vaginosis Bacteriana, presencia de blastoconidias y pseudohifas, asociada con la forma patógena de *C. albicans*; se puede cultivar en medio Lactrimel o Sabouraud-Dextrosa-Agar, Micosel^{9,11,12} y en el caso de observar elementos móviles redondeados, ovalados o en forma de "salchicha" debemos pensar en tricomoniasis.

La vaginosis bacteriana es la causa más frecuente de flujo vaginal. Se caracteriza por disminución de la flora lactobacilar y sobrecrecimiento de la flora anaerobia constituida principalmente por: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Prevotellas*, *Mycoplasma hominis* y *Atopobium vaginae*. La mitad de los casos son asintomáticos y la otra mitad se presenta con flujo homogéneo, pH alcalino, olor a "pescado" que se desencadena con la prueba de aminas que se realiza con la aplicación de unas gotas de KOH al 10% a la muestra de la secreción. Se asocian a complicaciones gineco-obstétricas como parto prematuro, corionioamnionitis, endometritis, incremento de riesgo a adquisición de I.T.S. y cáncer de cuello uterino.

A continuación se presenta un resumen esquemático de la aproximación diagnóstica ante un paciente con secreción o flujo vaginal. (Figura 1)

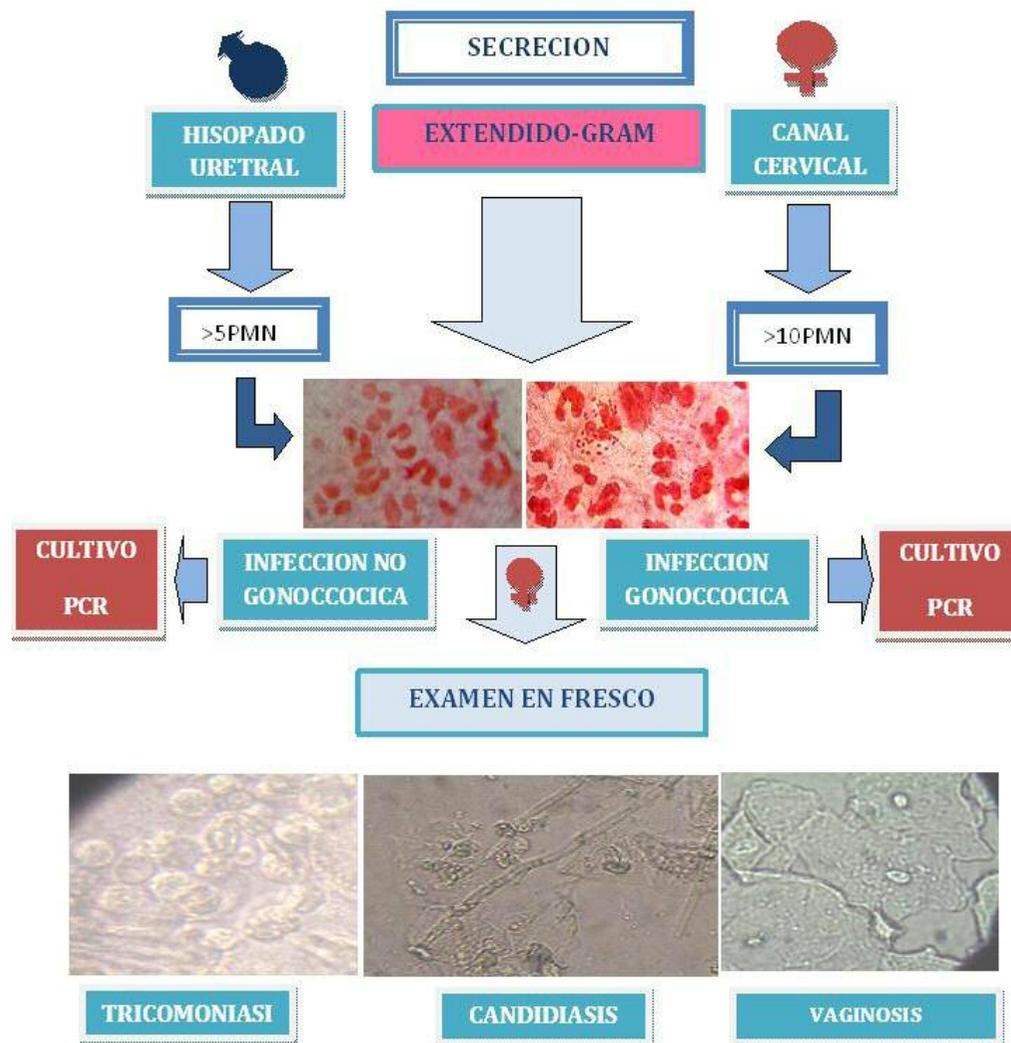


Figura 1. Resumen esquemático de la aproximación diagnóstica ante un paciente con secreción o flujo vaginal.

TRATAMIENTO

En relación al tratamiento es importante tomar en cuenta la gran capacidad que ha tenido la *N. gonorrhoeae* para desarrollar resistencia antimicrobiana⁷; debe utilizarse Ceftriaxone 250mg Intramuscular en una dosis y debido al 30% de asociación con Infección No-Gonococcica se debe agregar azitromicina 1gr o doxiciclina 100 mg dos veces al día por 7-10 días, pautas establecidas por el CDC en el 2010 y que aún siguen vigentes.

Para vaginosis bacteriana^{13,14,15} no ha habido cambios en los esquemas terapéuticos: metronidazol 500 mg dos veces al día por vía oral por 7-10 días o metronidazol gel 0.75%, aplicador por vía vaginal antes de acostarse durante siete días o clindamicina crema 2%, aplicador por vía vaginal antes de acostarse durante siete días. Un nuevo régimen alternativo de metronidazol es 2 grs por vía oral una vez al día durante dos días o tinidazol 1gr por vía oral una vez al día. En nuestra práctica el primer esquema es el de mejor respuesta siempre y cuando se establezcan las causas para la alteración de la microflora vaginal.

Para Tricomoniasis tampoco ha habido cambios en las pautas con metronidazol 2 grs vía oral o tinidazol en una sola dosis; en nuestra práctica preferimos un esquema de 500 mg tres veces al día por 7-10 días que permite garantizar concentración adecuada en uretra y tejido glandular, las parejas de pacientes infectados con *T. vaginalis* también deben ser tratadas con el mismo régimen^{15,16,17}.

Infecciones caracterizadas por úlceras:

Dentro de este grupo de infecciones las más frecuentes son: el chancro Sifilitico o chancro duro o lesión primaria, el chancro blando y el herpes genital; causas más raras son el linfogranuloma venéreo y granuloma venéreo¹⁸.

El chancro sifilitico es la expresión clínica de la invasión del *Treponema pallidum* a través de la piel, se presenta en los lugares de contacto principalmente mucoso, durante la actividad sexual. Se manifiesta como una úlcera indolora de fondo limpio, bordes sellados, indurada. Pueden encontrarse linfadenopatías regionales uni o bilaterales no dolorosas; en un 30% de los pacientes puede coexistir con manifestaciones de la fase secundaria de la sífilis. El diagnóstico se realiza por observación directa de la bacteria en una muestra tomada de la linfa de la úlcera y visualización microscópica de las espiroquetas en campo oscuro; en la actualidad existe el PCR que tiene alta sensibilidad. En cuanto al tratamiento sigue siendo la Penicilina Benzatínica a dosis de 2.4 MU intramuscular semanal por 3 semanas; en los pacientes alérgicos a penicilina se puede utilizar doxiciclina 100 mg cada 12 hrs por 10-14 días y en embarazadas se debe realizar desensibilización intra hospitalaria^{19,20,21,22}.

El Chancro Blando es producido por el *Haemophilus ducreyji*, se caracteriza por úlcera dolorosa, de fondo sucio o purulento, bordes eritematosos en una primera fase, luego socavados, en algunos casos con aspecto de "fístulas de avance" (Figura 2).

Puede haber varias úlceras en imagen especular o por auto-inoculación en las superficies de contacto. En algunas ocasiones, ocurre un proceso inflamatorio en la porción periférica de los nódulos linfáticos que reciben el nombre de bubón y se caracterizan por ser unilobulares y sus bordes son mal limitados. El diagnóstico se basa en la identificación del germen; podemos observarlo mediante extendido con coloración de GRAM y GIEMSA como bacilos cortos, gram negativos en "empalizada" o en "bancos de peces", también en cultivo agar Mueller-Hinton o agar gonococo base suplementado y vancomicina o por PCR^{23,24}.

En relación al Herpes Genital, tenemos tres formas clínicas: Primoinfección herpética, herpes recurrente y herpes simple crónico. Desde el punto de vista semiológico, las lesiones elementales son vesículas de contenido claro de configuración herpetiforme o en racimos. En el caso de la primoinfección herpética son bilaterales y simétricas con gran dolor local, regional, linfadenopatías generalizadas, fiebre y toque al estado general, resolución espontánea en 30-40 días; se presenta con el primer contacto con el Virus Herpes Simple. Cuando ha habido contacto previo y se establece respuesta inmunológica a la infección con presencia de partículas virales en los ganglios posteriores de la médula espinal puede ocurrir reactivación presentándose herpes recurrente que se caracteriza por vesículas de configuración herpetiforme localizadas, unilaterales, dolorosas que se erosionan fácilmente; tiene tendencia a la resolución espontánea en un período de 5-7 días. El herpes simple crónico se presenta en pacientes inmunosuprimidos, principalmente en asociación con el VIH; se caracteriza por úlceras de bordes pigmentados con brazos o islas de repitelización, poco dolorosas con poca tendencia a la resolución espontánea, por lo cual pueden tener una evolución de semanas o meses; en los pacientes seropositivos para VIH con bajos recuentos de CD4 tienden a ser extensas, bilaterales, simétricas; mientras que en los pacientes con inmunosupresión por otras causas, como por drogas, tienden a ser localizadas pero con las mismas características²⁵.

El Linfogranuloma Venéreo (LGV) es producido por *Clamidia trachomatis* tipo L1, L2, L3 se presenta en tres fases: la fase primaria caracterizada por una pápula en forma de botón que posteriormente se ulcera con aspecto herpetiforme; la fase secundaria o Síndrome inguinal que se caracteriza por adenitis regional con tendencia a formación de abscesos con fístulas por encima y por debajo del ligamento de Poupart, presentando su característica semiológica más importante como lo es el Signo del Pliegue; la fase terciaria o Síndrome ano-rectal que a su vez tiene dos fases una aguda caracterizada por proctocolitis, hiperplasia intestinal e hiperplasia perirectal y otra crónica con abscesos, fístulas, retracción y estenosis, ocurriendo elefantiasis vulvar o escrotal. El diagnóstico del LGV se basa en el empleo de técnicas moleculares sobre muestras obtenidas de la ulceración o adenopatía²⁶. Las formas terciarias han tenido un repunte en el número de casos en los últimos años en hombres que tienen sexo con hombres, VIH positivos^{27,28}.

Una causa rara de úlcera genital por agentes de transmisión

sexual es el Granuloma Venéreo o Donovanosis producido por la *Klebsiella granulomatis*; estas úlceras se caracterizan por su fondo granuloso y los bordes "en solapa" pero pueden presentarse como cuatro variantes clínicas: úlcero-granulomatosa, hipertrófica o tipo verrugoso, necrótica o esclero-cicatricial. En un 1-2% de los casos puede ocurrir transformación neoplásica de estas lesiones. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de bacilos con coloración bipolar utilizando coloración de GIEMSA, en el interior de macrófagos que se denominan Cuerpos de Donovan en frotis

por aposición y/o biopsia. Debido a que su cultivo es difícil y las técnicas de biología molecular no son de fácil disponibilidad, es el procedimiento diagnóstico más utilizado^{29,30,31}.

En relación al tratamiento de las úlceras por agentes de transmisión sexual, en el siguiente cuadro, modificado de una publicación anterior³², se presentan los esquemas de tratamiento con mejor respuesta. (Figura 2)

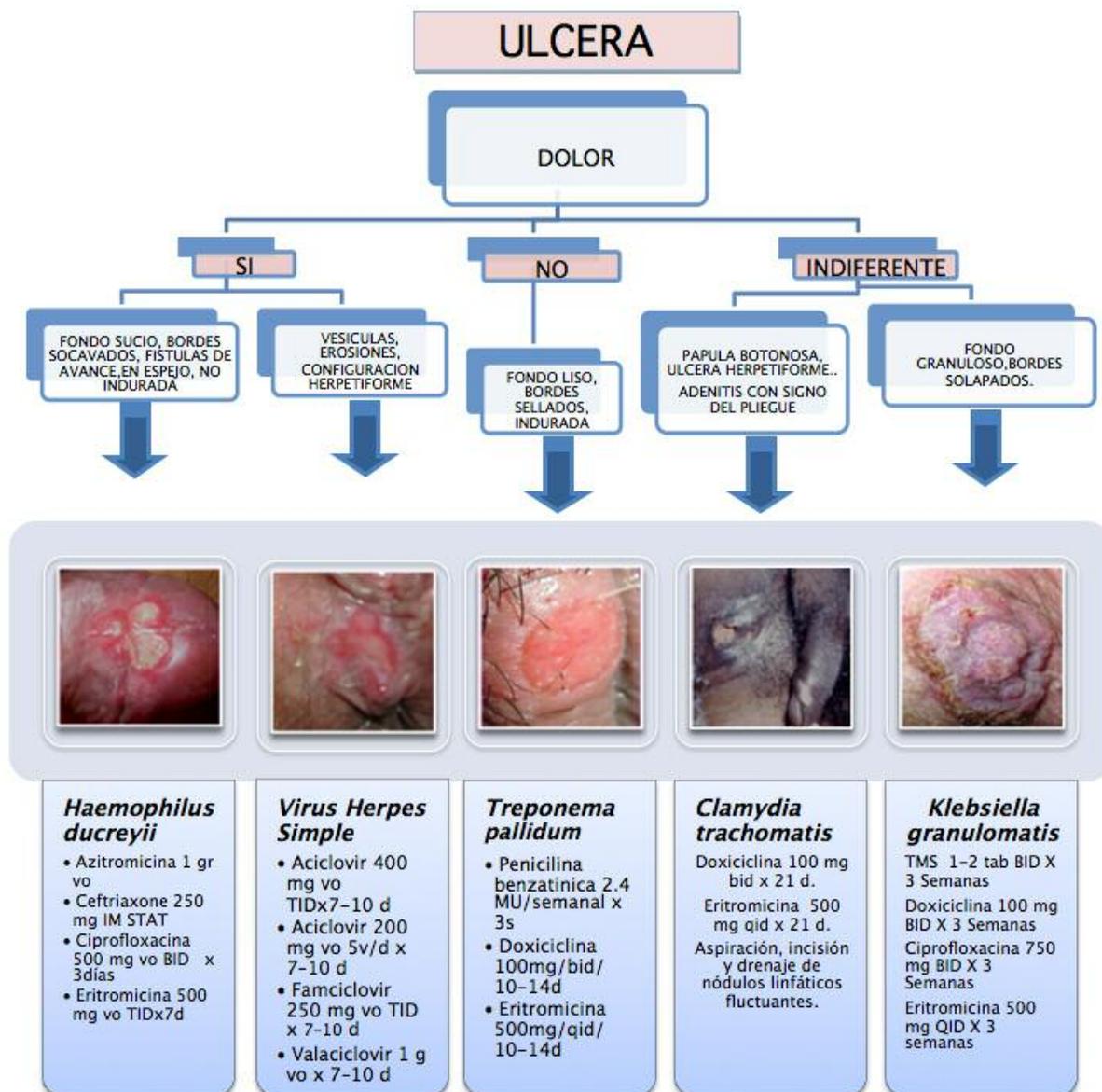


Figura 2.

Infecciones caracterizadas por lesiones proliferativas:

Tal vez esta no sea la forma más apropiada de distinguir este grupo de entidades, pero desde el punto de vista práctico nos permite incluir tres diagnósticos diferenciales de infecciones comunes y que cuando se presentan como manifestación atípica pueden confundirse. En este grupo incluimos la Infección por Virus Papiloma Humano (VPH), Sífilis Secundaria y Molusco Contagioso. (Figura 3)

La Infección por VPH (Figura 4) es el primer motivo de consulta por ITS, se calcula que el 80% de la población sexualmente activa tuvo, tiene o tendrá esta enfermedad; alrededor del 80% de los infectados resolverán la infección por sí mismos o con la ayuda del tratamiento, un 20% presentarán infección persistente con mayor riesgo de desarrollar carcinoma especialmente si se asocia a virus de alto riesgo oncogénico y/o a otras ITS (sinergismo epidemiológico). Desde el punto de vista clínico podemos clasificarla como:

Latente: piel normal con evidencia citológica o por biología molecular de la presencia del VPH, se calcula que corresponde al 50% de los infectados. Refleja replicación citoplasmática del virus, no hay enfermedad pero sí transmisión de la infección.

Subclínica: piel normal o con alteraciones leves como eritema o aumento del cuadrículado, definida por la evidencia de áreas geográficas o puntiformes blanco tiza, bien delimitadas al aplicar solución de ácido acético 3-5% por al menos 30 segundos. Hallazgos citológicos y/o biología molecular indicativos de la presencia del VPH. Refleja replicación nuclear y citoplasmática del

virus con pocos cambios epiteliales, infección y enfermedad activa, además de transmisión.

Clínica: pápulas, placas verrugosas o vegetantes dependiendo la ubicación en piel o mucosas en los casos con **Condiloma Acuminado**; pápulas y placas de aspecto leucoplásico en la **Papilomatosis Oral**; pápulas foliculares en las áreas pilosas y pápulas hiperpigmentadas, grisáceas, aplanadas en la **Papulosis Bowenoide**.

Desde el punto de vista diagnóstico es sencillo en las formas sintomáticas; en las formas latentes o subclínicas también lo es si tenemos un alto índice de sospecha basado en la epidemiología aplicando las técnicas de citología y biología molecular. En esta enfermedad, el mayor problema lo supone el tratamiento debido a que no disponemos de opciones que permitan eliminar el virus, sólo procedimientos para la destrucción de la piel infectada ya sea por procedimientos físicos (electrocirugía, criocirugía), químicos (Ácido tricloro acético 80-90%) o estimulantes de la respuesta inmune (DNCB, Imiquimod). La elección de las combinaciones se sustenta en dos principios básicos como lo son la disminución de la carga viral, activar procesos de apoptosis y activar la respuesta inmune para favorecer el reconocimiento del virus; además de identificar áreas con infección latente para disminuir las recurrencias que en un espacio de 2-3 años, tiempo de duración de la infección activa en la mayoría de los pacientes, serán el primer problema a combatir. Las vacunas profilácticas contra VPH (bivalente o tetravalente) han demostrado ser efectivas en la prevención del cáncer de cuello uterino y deben seguir siendo aplicadas a gran escala dentro de los esquemas de vacunación rutinarios^{33,34,35,36,37,38}.



Figura 3

Hemos incluido la Sífilis Secundaria bajo la presentación de Condilomas Planos y el Molusco contagioso en este grupo principalmente como diagnósticos diferenciales debido a la alta frecuencia de las tres entidades. Debemos recordar que los Condilomas Planos se presentan como placas o parches periorificiales, húmedos, que van desde el aspecto opalino o leuco-plásico hasta el vegetante; altamente contagiosos por la profusión de espiroquetas en estas lesiones, desaparecen espontáneamente en un periodo de 3-12 meses. En esta forma clínica las serologías son positivas, por lo tanto deben realizarse rutinariamente en todo paciente con lesiones en las localizaciones mencionadas y en todo paciente con clínica sugestiva de VPH³⁹.

En cuanto al Molusco Contagioso producido por un Poxvirus, es una entidad ampliamente conocida por los dermatólogos y cuando se presenta con la clásica pápula color piel con umbilicación central, el diagnóstico es sencillo, pero en la infección por VPH con afección folicular, frecuente debido a las prácticas comunes de afeitado del área genital, puede haber confusión. Es importante en estos casos realizar curetaje de una lesión y examen

directo con visualización del cuero del molusco; hemos encontrado casos de asociación de ambas virosis.

En conclusión, las infecciones de transmisión sexual abarcan un gran número de enfermedades que por sus formas de presentación son motivos de consulta frecuentes en Dermatología. En el presente artículo nos esforzamos en dar un enfoque práctico y sencillo para su reconocimiento y manejo. Las condiciones que permiten su transmisión y persistencia en la población, así como el sinergismo epidemiológico entre ellas^{40,41}, que obligan a considerarlas en cada paciente que es evaluado para prevenir las complicaciones asociadas. Debido a esto, a todo paciente con vida sexual activa debe realizársele despistaje de ITS por serologías : VDRL, VIH, Virus Hepatitis B y C una o dos veces por año de acuerdo al recambio de parejas sexuales. Adicionalmente, en las mujeres debe realizarse despistaje para VPH por citología anual además de incluir despistaje para los agentes que se manifiestan por secreción y en los hombres que tienen sexo con hombres incluir la citología anal anual, especialmente los seropositivos VIH en terapia anti-retroviral o no para despistaje de cáncer ano-rectal. ●

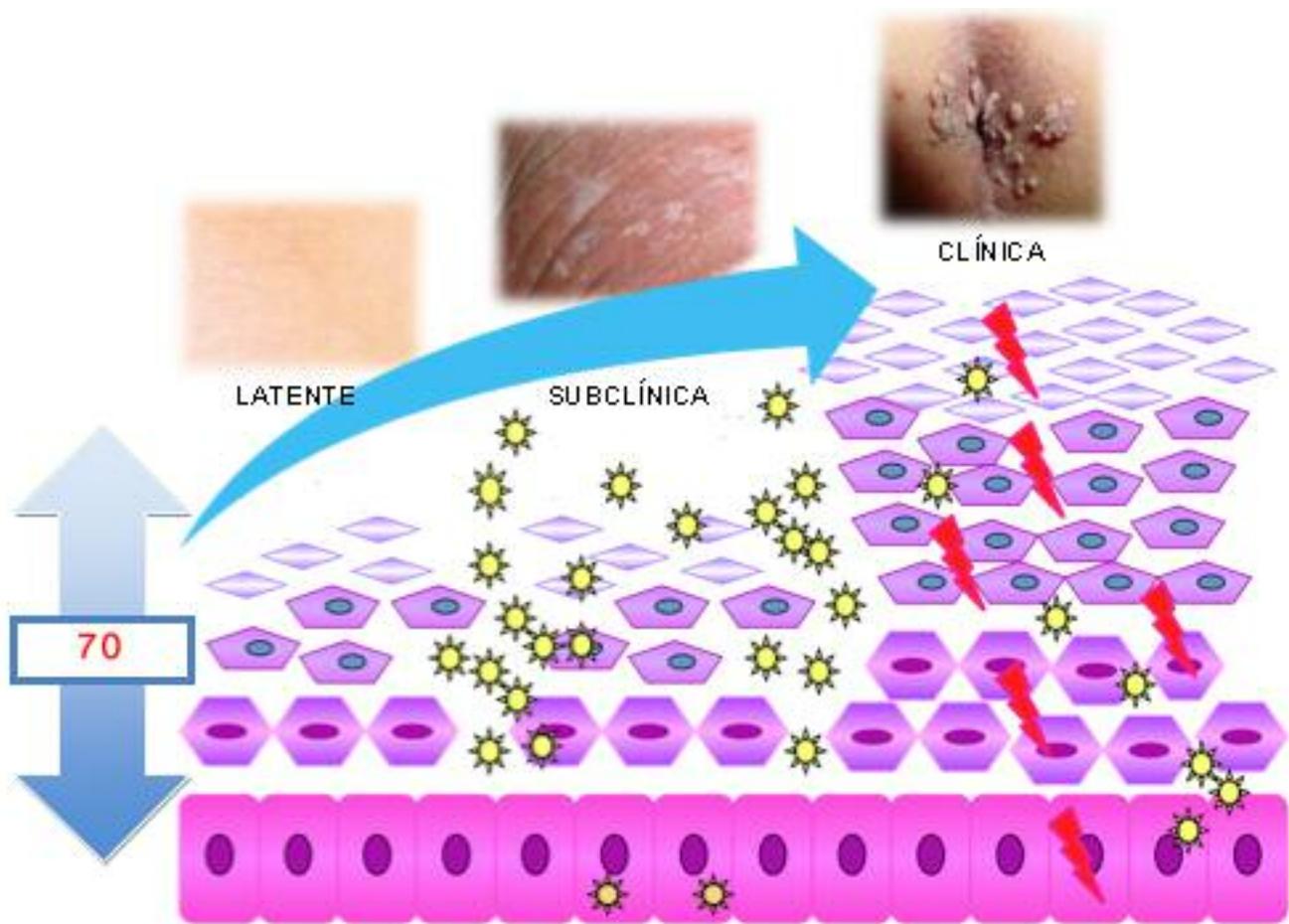


Figura 4. Esquema evolutivo de infección por VPH

Referencias

1. WHO. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Bulletin of the WHO; 2012;1-20.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR. 2010; 59(No. RR-12):58–61.
3. Katz AR, Lee MV, Wasserman GN. Sexually Transmitted Disease (STD) Update: A Review of the CDC 2010 STD Treatment Guidelines and Epidemiologic Trends of Common STDs in Hawai'i. Hawaiian journal of medicine & public health, march 2012, vol 71, no 3.
4. Celum C.L. Sexually transmitted infections and HIV: epidemiology and interventions. Top HIV Med. 2010 Oct-Nov; 18(4):138-42. Review.
5. Workowski K.A. Sexually transmitted infections and HIV: diagnosis and treatment. Top Antivir Med. 2012 Apr-May; 20(1):11-6.
6. Detels R, Green A.M., Klausner J.D., Katzenstein D., Gaydos C., Handsfield H., Pequegnat W., Mayer K., Hartwell T.D., Quinn T.C. The incidence and correlates of symptomatic and asymptomatic Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections in selected populations in five countries. Sex Transm Dis. 2011 Jun;38(6):503-9.
7. Patel A.L., Chaudhry U., Sachdev D., Sachdeva P.N., Bala M., Saluja D. An insight into the drug resistance profile & mechanism of drug resistance in Neisseria gonorrhoeae. Indian J Med Res. 2011 Oct; 134:419-31.
8. Ozüberk O.Ö., Gökhamentoğlu S., Özçelik B., Ekmekçiöğlü O.. Investigation of Chlamydia trachomatis with Cell Culture, DFA and PCR Methods in the Genital Swab Samples of Symptomatic Patients. Mikrobiyol Bul. 2013 Jan; 47(1):79-86.
9. McGowin C.L., Anderson-Smits C.. Mycoplasma genitalium: an emerging cause of sexually transmitted disease in women. PLoS Pathog. 2011 May; 7(5): e1001324. doi: 10.1371/journal.ppat.1001324. Epub 2011 May 26. Review.
10. Shipitsyna E., Savicheva A., Sokolovskiy E., Ballard R, Domeika M., Unemo M., Jensen J. Guidelines for the Laboratory Diagnosis of Mycoplasma genitalium Infections in East European Countries. Acta Derm Venereol. 2010 Sep;90(5):461-7. doi: 10.2340/00015555-0929.
11. Vázquez F., Lepe A., Otero L., Blanco A., Aznar J. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (2007). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26(1):32-7.
12. Martínez G.M.J. Microbiologic diagnosis of sexually transmitted diseases: Part II. STD of viral origin. Rev Chilena Infectol. 2010 Feb; B27(1):60-4.
13. Brotman R.M. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. J Clin Invest. 2011 Dec; 121(12):4610-7.
14. Allsworth J.E., Peipert J.F. Severity of bacterial vaginosis and the risk of sexually transmitted infection. Am J Obstet Gynecol. 2011 Aug;205(2):1-13.
15. Burtin P., Taddio A., Ariburnu O., et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 1995; 172:525–529.
16. Coleman J.S., Gaydos C.A., Witter F. Trichomonas vaginalis vaginitis in obstetrics and gynecology practice: new concepts and controversies. Obstet Gynecol Surv. 2013 Jan;68(1):43-50.
17. Sivaranjini R., Jaisankar T.J., Thappa D.M., Kumari R., Chandrasekhar L., Malathi M., Parija S.C., Habeebullah S. Trichomoniasis: How do we diagnose in a resource poor setting?. Indian J Sex Transm Dis. 2013 Jan;34(1):25-31.
18. Roett M.A., Mayor M.T., Uduhiri K.A. Diagnosis and Management of Genital Ulcers. Am Fam Physician. 2012 Feb 1;85(3):254-262.
19. Ho E.L., Lukehart S.A. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. J Clin Invest. 2011 Dec;121(12):4584-92.
20. Bissessor M., Chen M. Syphilis, the great mimicker, is back. Aust Fam Physician. 2009 Jun; 38(6):384-7.
21. Hawkes S.J., Gomez G.B., Broutet N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(2):e56713. doi: 10.1371/journal.pone.0056713. Epub 2013 Feb 28. Review.
22. Sidana R., Mangala H.C., Muruges S.B., Ravindra K. Prozone phenomenon in secondary syphilis. Indian J Sex Transm Dis. 2011 Jan;32(1):47-9.
23. Lewis D.A. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis, and Management. Sex Transm Infect 2003;79:68–71.
24. Diane M. Janowicz DM, Li W, Bauer ME. Host-pathogen Interplay of Haemophilus ducreyi Curr Opin Infect Dis. 2010 February ; 23(1): 64–69.
25. Azwa A., Barton S.E. Aspects of herpes simplex virus: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care. 2009 Oct; 35(4):237-42.
26. Mabey D., Peeling R.W. Lymphogranuloma venereum. Sex Transm Infect 2002;78:90–92.
27. Haar K, Dudareva-Vizule S, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Sailer A, Jansen K, Henrich B, Ulrich M. Lymphogranuloma Venereum in Men Screened for Pharyngeal and Rectal Infection, Germany. Emerg Infect Dis. 2013 March; 19(3): 488–492.
28. Lamb C.A, Lamb El, Mansfield J.C., Sankar K.N. Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. Frontline Gastroenterol. 2013 Jan; 4(1):32-40.
29. Bezerra S.M., Jardim M.M., Silva V.B. Granuloma inguinale (Donovanosis). J An Bras Dermatol. 2011 May-Jun;86(3):585-6.
30. Velho P.E, Souza E.M, Belda Junior W. Donovanosis. Braz J Infect Dis. 2008 Dec;12(6):521-5. Review.
31. Sardana K, Garg V.K, Arora P, Khurana N. Malignant transformation of donovanosis (granuloma inguinale) in a HIV-positive patient. Dermatol Online J. 2008 Sep 15; 14(9):8.
32. Ferreira M.C, Rodriguez M.A, Pérez-León C. Ulceras genitales Dermatología Venezolana. 2004; 42(3)4.
33. Stanley M.A. Epithelial cell responses to infection with human papillomavirus. Clin Microbiol Rev. 2012 Apr;25(2):215-22.
34. Dunne E.F, Markowitz L.E. Genital human papillomavirus infection. Clin Infect Dis. 2006 Sep 1; 43(5):624-9.
35. Yanofsky V.R, Patel R.V, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. J Clin Aesthet Dermatol. 2012 Jun; 5(6):25-36.
36. Stanley M.A. Genital human papillomavirus infections: current and prospective therapies. J Gen Virol. 2012 Apr; 93(Pt 4):681-91.
37. Cardoso J.C, Calonje E. Cutaneous manifestations of human papillomaviruses: a review. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2011 Sep; 20(3):145-54.
38. Tchernev G. Sexually transmitted papillomavirus infections: epidemiology pathogenesis, clinic, morphology, important differential diagnostic aspects, current diagnostic and treatment options. An Bras Dermatol. 2009 Jul-Aug; 84(4):377-89.
39. Deshpande D.J, Nayak C.S, Mishra S.N, Dhurat R.S. Verrucous condyloma lata mimicking condyloma acuminata: An unusual presentation. Indian J Sex Transm Dis. 2009 Jul;30(2):100-2.
40. Wasserheit J.N. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis. 1992 Mar-Apr; 19(2):61-77. Review.
41. Fleming D.T, Wasserheit J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999 Feb; 75(1):3-17. Review.

Colega Dermatólogo

Hoy en día la revista Dermatología Venezolana representa un medio de difusión académica moderno, abierto y amplio donde podemos publicar nuestros trabajos científicos, el acceso en la web permite que sus experiencias sean vistas en cualquier parte del mundo.

Lo invitamos a ingresar a www.revistadermatologiavenezolana.org, inscribirse como autor y revisor y enviar sus manuscritos on-line.