

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.

[Introducción-epidemiología-infección por VIH y SIDA-
gonorrea o blenorragia-infecciones por clamidia-utretritis
inespecíficas-chancroide-linfogranuloma venereo-sífilis-
herpes genital]

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

INTRODUCCIÓN

La importancia del diagnóstico temprano y exacto de las infecciones de transmisión sexual (ITS) permite un tratamiento adecuado y evita las consecuencias que pueden causar.

Las ITS son actualmente reconocidas como causa común de infertilidad y embarazos ectópicos, como agentes etimológicos de diversas neoplasias genitales, y como factores de riesgo para infecciones por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). De hecho, el diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo de las ITS son recomendables.

Desafortunadamente, el diagnóstico de la ITS no siempre es fácil. Las manifestaciones clínicas pueden variar en forma considerable y las opciones de manejo pueden confundirnos.

EPIDEMIOLOGÍA

Hasta principios de los 80's, las infecciones venéreas se limitaban a la sífilis y la gonorrea.

Recientemente, el campo de las ITS se ha expandido y actualmente hay más de 50 gérmenes y síndromes reconocidos y transmitidos por contacto sexual.

Los grupos de mayor riesgo en la actualidad principalmente son los adolescentes y adultos jóvenes por su exposición a múltiples compañeros sexuales y consecuentemente a múltiples ITS.

Las consecuencias a largo plazo de las ITS son más serias en las mujeres que en los hombres ya que en muchas ocasiones los signos y síntomas de las ITS en la mujer pasan inadvertidos ó con pocos síntomas por lo que permanecen sin tratamiento y posteriormente condicionan infertilidad así como embarazos ectópicos.

INFECCION POR VIH, Y SIDA

1. Epidemiología. Los primeros casos de SIDA fueron identificados en 1978 y clasificado por sus signos y síntomas como síndrome en 1980. Fue identificado inicialmente en 5 homosexuales previamente sanos que vivían en Los Angeles, Cal. Los grupos de mayor riesgo son los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres.
2. Biología. El agente causal es un retrovirus T-linfotrófico (VIH-1) que infecta a los linfocitos T por contacto sexual ó por transfusión sanguínea. En muchos pacientes se observa una inversión de la relación linfocitos T facilitadores - células supresoras. Se ha postulado en el hombre la transmisión sexual del VIH a través de la migración a los vasos sanguíneos del tracto genital de leucocitos y monocitos infectados. La seropositividad de VIH se observa más frecuentemente en pacientes con antecedentes de otra ITS.
3. Prevención. Las medidas están encaminadas a evitar el contacto con el VIH presente en fluidos corporales como son el semen y la sangre. La prevención con "sexo seguro" utilizando el condón, que ha probado ser una barrera efectiva contra el VIH. El uso de agujas desechables en pacientes adictos a las drogas ha disminuido importantemente la transmisión del VIH en este grupo de riesgo. También el tener únicamente una sola pareja sexual reduce importantemente el riesgo de enfermedad.
4. Diagnóstico. La infección es documentada por aislamiento del virus libre en fluidos celulares, identificando material genético del VIH-1 en material celular, identificando antígenos virales en fluidos celulares ó identificando anticuerpos VIH en suero u otros fluidos corporales, mediante las pruebas de ELISA, Western Blot ó CD4.
5. Manifestaciones Urológicas. La nefropatía asociada al VIH se caracteriza clínicamente por una proteinuria severa con progresión rápida a la insuficiencia renal. La neoplasia más común asociada al SIDA es el sarcoma de Kaposi de genitales, el cual se presenta aproximadamente en el 20% de los pacientes con SIDA. Tumores testiculares de células germinales y linfomas han sido reportados en pacientes con SIDA. Una alta incidencia de ITS se ha reportado en pacientes VIH infectados.
6. Tratamiento. Aún no se ha encontrado cura para el SIDA, el tratamiento está encaminado a resolver las infecciones oportunistas que se presentan en el transcurso de la enfermedad y algunos agentes farmacológico que interfieren en el ciclo de vida del VIH como son la Zidovudina (AZT), el interferón y las interleukinas.

GONORREA O BLENORRAGIA

La gonorrea ó blenorragia es causada por un diplococo gramnegativo. Preferentemente infecta las superficies mucosas como son la uretra, el cérvix, recto y faringe. La uretritis es el síndrome más común visto en el hombre. Una descarga uretral o secreción por la uretra, y disuria (ardor para orinar) aparecen generalmente una semana después del contacto, pero aproximadamente un 5% de los pacientes nunca desarrollan signos o síntomas.

En la era de los antibióticos, las secuelas a largo plazo como los abscesos y las fístulas por uretritis gonocócica son poco frecuentes. La estenosis, epididimitis y prostatitis se ven ocasionalmente. Otras complicaciones locales vistas ocasionalmente son la piodermitis y linfangitis del pene.

En la mujer, la cervicitis gonocócica se caracteriza por un exudado purulento y un cérvix friable. La dispareunia, disuria y dismenorrea son síntomas frecuentes en la mujer pero aproximadamente el 50% cursan asintomáticas. La esterilidad y la enfermedad pélvica inflamatoria son secuelas a largo plazo causadas por la enfermedad. Se recomienda para su tratamiento el uso de cefalosporinas de tercera generación, quinolonas y espectomicina.

INFECCIONES POR CLAMIDIA

La *chlamydia trachomatis* ha sido reconocida como una causa importante de ITS en los últimos 15 años.

La chlamydia causa entre una tercera parte y la mitad de las uretritis no gonocócicas y está presente de 15 a 35% de los pacientes con gonorrea. Los síntomas inician 1 a 2 semanas posteriores al contacto con la bacteria. La disuria (ardor al orinar) y una descarga uretral acuosa ó mucosa (slida de secreción por la uretra) están presentes, sin embargo un 20% de los pacientes cursan asintomáticos. En la mujer, se observa una descarga mucopurulenta en el cérvix y aproximadamente dos tercios son asintomáticas.

La epididimitis, el síndrome de Reiter, la proctitis son observadas como complicaciones frecuentes en el hombre. La enfermedad pélvica inflamatoria, esterilidad y embarazo ectópico se presentan en mujeres no tratadas.

El tratamiento es a base de tetraciclinas macrólidos y quinolonas.

UTRETRITIS INESPECÍFICAS

Las uretritis inespecíficas son causadas por un gran variedad de organismos (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Haemophilus ssp.*, *Trichomonas vaginalis*, Herpes simplex, Adenovirus). Un 40% son causadas por *Chlamydia trachomatis*. Debido a que la mayoría de los pacientes responden a la terapéutica habitual, rutinariamente no se realiza un diagnóstico etiológico exacto. Ocasionalmente la *trichomona vaginalis* es encontrada; esta puede ser diagnosticada al observar al microscopio la muestra de la primera parte de la orina. El Herpes virus se presenta en un escaso número de ocasiones, especialmente en lesiones primarias herpéticas. Uno de los problemas más comunes en la práctica es la recurrencia ó persistencia de las uretritis inespecíficas, siendo la etiología más común la reinfección por una pareja no tratada ó un nuevo contacto. El tratamiento esta encaminado a recibir un mínimo de 2 semanas con quinolonas.

CHANCROIDE

Es causado por un cocobacilo gramnegativo *Haemophilus ducreyi*.

Las características de la lesión chancroide es la presencia de una úlcera única ó múltiple, muy dolorosa y profunda no indurada, de base necrótica acompañándose de adenitis inguinal la cual puede progresar a bubones con tractos fistulosos simulando al linfogranuloma venéreo.

Debido a la dificultad de su diagnóstico por cultivo y la falta de pruebas serológicas específicas, el diagnóstico se basa en las observaciones clínicas.

Su tratamiento es a base de cefalosporinas y tetraciclinas.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

Es una úlcera genital causada por serovariedades del *Chlamydia trachomatis* L-1, L-2 Y L-3. Es común en los trópicos. Posterior a una incubación de 1 a 3 semanas se observa una lesión ulcerosa genital teniendo una variedad de presentaciones clínicas desde una lesión pequeña asintomática hasta grandes lesiones chancroides. Muchas de las lesiones involucionan ó son pequeñas y si no son tratadas adecuadamente desarrollan adenopatía inguinal con formación de bubones y fístulas crónicas.

El diagnóstico se realiza cultivando la Chlamydia en secreciones de las úlceras. El tratamiento es a base de tetraciclinas.

SÍFILIS

El agente causal de la sífilis es el *Treponema pallidum*, una espiroqueta que puede ser observada al microscopio de campo oscuro en lesiones primarias o secundarias pero que no es cultivable.

El diagnóstico se basa en pruebas serológicas como el VDRL.

El chancro de la sífilis primaria aparece generalmente 3 semanas posteriores al contacto sexual, la lesión peneana se puede localizar en cualquier sitio siendo una úlcera indolora, con bordes indurados y base limpia, acompañándose ocasionalmente de adenitis inguinal.

Sin tratamiento, la lesión primaria cura en forma espontánea en 2 semanas, apareciendo 2 ó 3 meses más tarde la sífilis secundaria caracterizada por mialgias, fiebre, adenopatías, síndrome nefrótico, hepatitis, rash cutáneo, sífilides y condiloma lata.

El tratamiento es a base de penicilina benzatínica, doxiciclina.

HERPES GENITAL

El Herpes virus simple tipo 1 y 2 han sido reconocidos como los agentes causales de lesiones en genitales. La infección va seguida de la inoculación a los bordes mucocutáneos, replicación e infiltración viral de las proyecciones nerviosas sensitivas estableciéndose en los núcleos neuronales en forma latente.

Clinicamente producen disuria, sensación urgente, descarga uretral ó vaginal que preceden a la aparición de vesículas con base eritematosa. Las vesículas son generalmente dolorosas y tienden a agruparse formando úlceras. Las lesiones pueden durar de 11 a 13 días acompañándose de adenopatía inguinal, signos y síntomas sistémicos.

Deberá realizarse un diagnóstico diferencial con chancroide, sífilis, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. El aislamiento del herpes virus de tejido cultivado es el método más sensible o para su diagnóstico; la hibridación de ADN, la citología, el método de ELISA y el perfil TORCH también son útiles en el diagnóstico del padecimiento.

El tratamiento es a base de antivirales.