

# URETRITIS Y ÚLCERAS GENITALES

PROTOCOLOS HUSE.  
CURSO ATB 2016.



Leire Gil. Especialista M.I  
Centro de Atención a Infecciones de transmisión Sexual.  
HUSE Abril 2016

# Caso clínico núm. 1

---

Varón de 64 años, con disuria y dudosa secreción uretral de 3 meses de evolución, tratado de forma repetida con ciprofloxacino en MAP con recidiva del cuadro. Acude para valoración....





1. Tratar con amoxi-clav por posible resistencia
2. Recoger urocultivo y esperar a resultado
3. Completar anamnesis: relaciones /conducta sexual
4. Recoger sedimento, urocultivo si no se ha estudiado antes y exudado uretral
5. 3 y 4

- **ANAMNESIS:**

Relaciones HTSX/ HSH, relaciones no protegidas, síntomas en la pareja sexual y tratamiento simultáneo ante sospecha de ITS.

- **SEDIMENTO Y UROCULTIVO:**

Ante síntomas recidivantes o predominio de clínica urinaria.

- **TOMA DE EXUDADO URETRAL**

Diagnóstico de certeza , dx microbiológico, antibiograma para tratamiento dirigido.

# Caso clínico núm 2

---

Mujer 28 años:

- Clínica urinaria.
- Sedimento 10-15 leucos, urocultivo repetidamente negativo.
- Clínica persistente a pesar de tratamiento con fosfomicina.





1. Rotación ATB. Los UC son negativos por los múltiples tratamientos
2. ATB profiláctico tras RS
3. Derivar a Urología
4. Completar anamnesis: otros síntomas, tipos de relación sexual
5. 4 y exploración ginecológica

- **ANAMNESIS:**

Relaciones no protegidas, síntomas para dx diferencial patología ginecológica (EIP) y en la pareja sexual.

- **EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA y TOMA DE MUESTRAS:**

descartar secreción cervical / cervicitis a la exploración

# Uretritis/cervicitis

## Uretritis/ cervicitis gonocócica : *Neisseria gonorrhoeae* 25%

Clínica: Sintomática +++

Otras *Neisserias* saprófitas

Gram más de 5 leucocitos + DGN/ Cultivos /PCR

(no aprobada por FDA para sitios extragenitales, como única prueba, requiere

**CONFIRMACIÓN!!**



## Uretritis /cervicitis no gonocócica

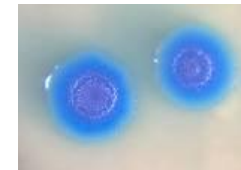
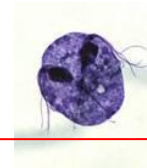
➤ *C. trachomatis* 15-55%

➤ *Trichomonas vaginalis* 4%

➤ *M. Genitalium* 9-25%

➤ HSV, adenovirus, *haemophilus*....

➤ 30% sin filiar

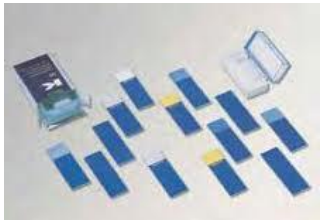
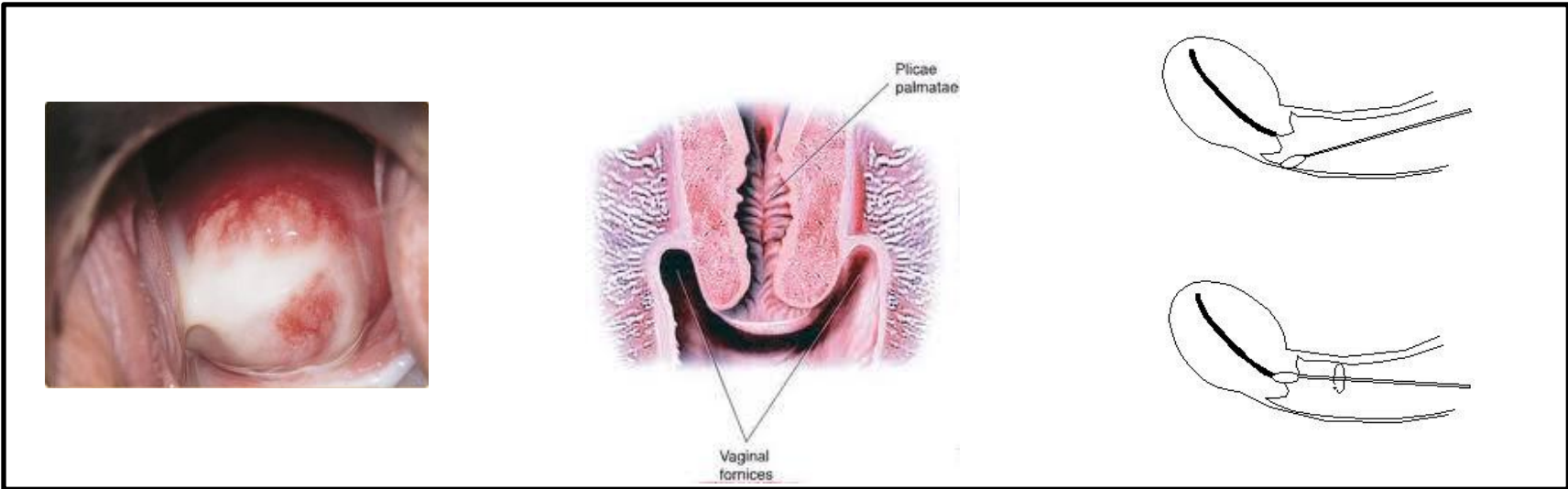


Clínica: Paucisintomática

Gram más de 5 leucocitos/ Cultivos /PCR / cuantificación...



# TOMA DE MUESTRA VAGINAL Y ENDOCERVICAL



+



vaginal



+



+

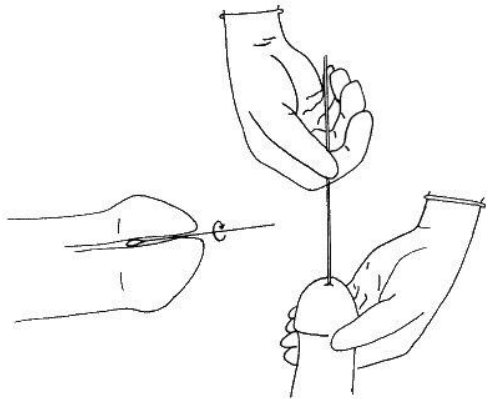
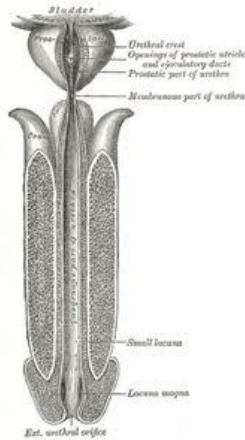


+



endocervical

# TOMA DE MUESTRA URETRAL



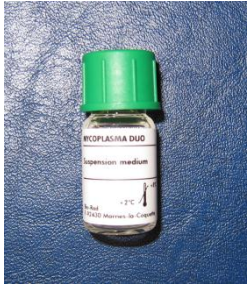
+



+



+



## Régimenes de elección:

### ➤ Tratamiento empírico en pacientes sintomáticos:

Infección uretral /endocervical:

**Ceftriaxona 250mgIM + Azitromicina 1gr v.o**

### ➤ Tratamiento dirigido ante cultivos positivos en pacientes asintomáticos (realizados por screening) o pacientes sintomáticos que no se hayan tratado previamente en primera visita:

- Infección uretral /cervical no gonocócica: **Azitromicina 1 gr v.o MD**
- Infección uretral /endocervical gonocócica: **Ceftriaxona 250 mg IM MD + Azitromicina 1 gr**

-Infección uretral/vaginal/endocervical por Trichomonas: **Metronidazol 2gr (250mg 8 comp) o Tinidazol 2gr (500mg 4 comp) v.o en MD**

- Entrevista clínica a las 3 semanas

### Complicaciones

- **Uretritis recurrente**
- **Orquiepididimitis**
- **Prostatitis**
- **Diseminación hematológica/ Sme de Reiter.**
- **EIP**

# Caso nº 3

---

Hombre de 26 años. Sin antecedentes de interés

- Úlcera no dolorosa en el pene de 3-4 semanas de evolución
- Relaciones sexuales sin preservativo (última, 6 semanas antes)
- Adenopatías inguinales bilaterales, blandas, no adheridas, de pequeño tamaño



# ¿Qué prueba complementaria nos confirmaría el diagnóstico?

---

1. Serología virus herpes simple 1 y 2
2. Serología luética
3. Cultivo bacteriano
4. PCR para Virus del papiloma humano

# Actitud

- Serologías:
  - Sífilis
    - **TPHA positivo**
    - **RPR 1/64**
  - **VIH, VHC, VHB: negativas**
- Campo oscuro de la úlcera



# Caso núm. 4

---

- Varón 29 años. Natural de Bolivia.
- Lesiones de < 1 semana de evolución en pene.
- Edema importante con parafimosis. Dos erosiones en el dorso con aspecto necrótico. Dolor intenso. Adenopatías inguinales.
- No fiebre.







1. Herpes simple genital.
2. Sífilis primaria.
3. Linfogranuloma venéreo.
4. Chancroide.

# Herpes simple genital

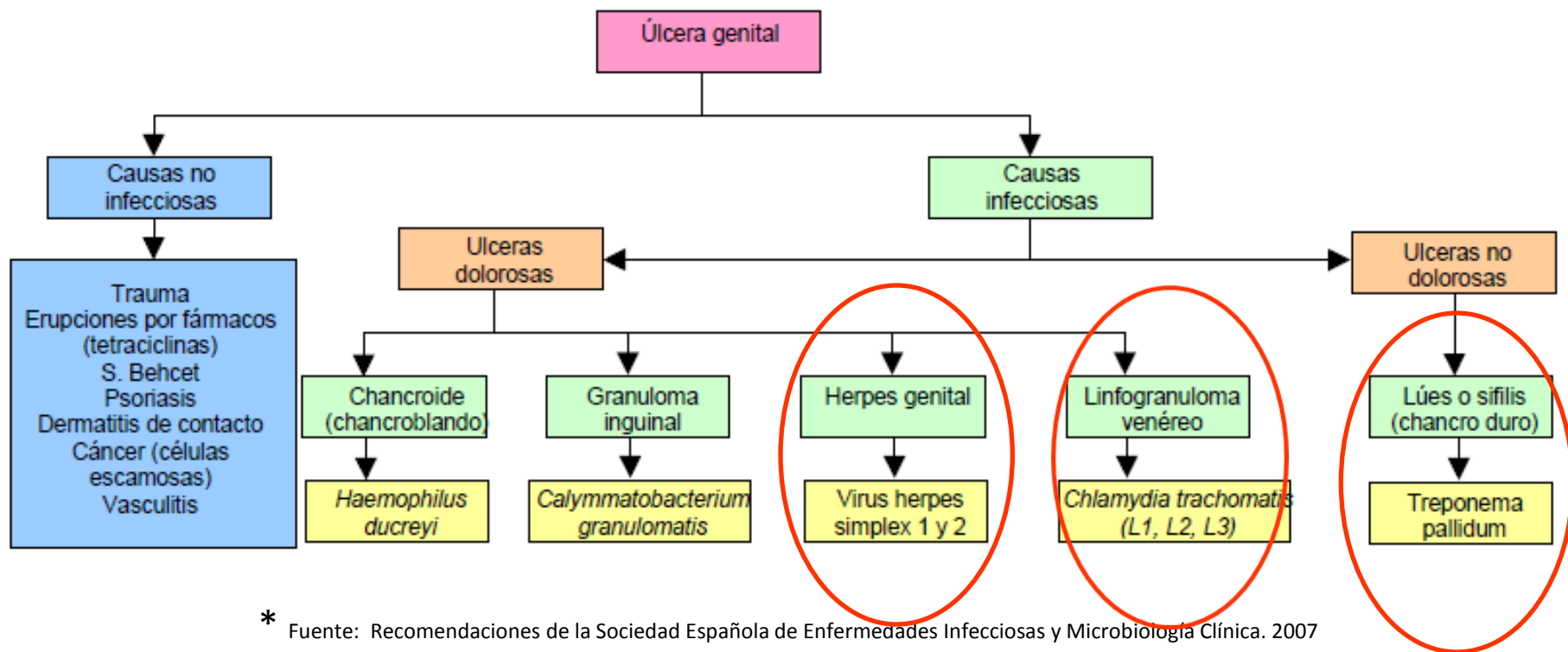
---

- VHS tipos 1 y 2
- Frecuentemente infección subclínica. PRIMOINFECCIÓN
- 89% tendrán al menos una recurrencia.
- Posibilidad de contagio incluso en fase asintomática.
- Complicaciones extragenitales raras.
- **Aumenta la posibilidad de contagio de VIH-1.**
- Dx: Cultivo, PCR. Serologías inespecíficas



# úlceras genitales

Figura 5. Diagnóstico microbiológico de las úlceras genitales



\* Fuente: Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2007

Entidad	Agente	Periodo incubación	Lesión inicial	Características de la úlcera	Adenopatía	Clínica
<b><u>Herpes genital</u></b>	VHS 1 VHS 2	3-6 días (21 evolución de la lesión)	Vesícula	Múltiples, superficiales, lisas con bordes eritematosos. No induradas. Dolorosas. 1-2mm diámetro	Bilaterales, dolorosas recidivantes	Mialgias, Cefalea Fiebre, Prurito





Entidad	Agente	Periodo incubación	Lesión inicial	Características de la úlcera	Adenopatía	Clínica
<b><u>Sífilis primaria</u></b>	<i>Treponema pallidum</i>	2-4 s (curación espontánea de la lesión)	Pápula única o múltiple	No dolorosa, bien definida, profunda, base lisa eritematosa y brillante.	Bilaterales, dolorosas o no,	No clínica general



Entidad	Agente	Periodo incubación	Lesión inicial	Características de la úlcera	Adenopatía	Clínica
<b>LFV</b> (úlceras HTSX. HSH en forma de proctitis)	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1, L2 o L3	3-21 días	Pápula, pústula, vesícula	Úlcera plana superficial, puede ser fugaz, estar o no indurada, bordes variables, de 2-10mm diámetro	Dolorosas unilaterales, inguinales o femorales adheridas entre sí y a la piel adyacente (bubones)	Malestar, fiebre



Entidad	Agente	PI	Lesión inicial	Características de la úlcera	Adenopatía	Clínica
<p><b>Xancroide</b> (chancro blando) África,Asia, Latinoamérica,Pa ises tropicales)</p>	<p><b><i>Haemophilus ducreyii</i></b></p> 	<p>4-7 dias 2-3 s. ev</p>	<p>Màcula, pàpula, pústula</p>	<p>Una o más úlceras Profundas Basepurulenta y friable .No indurado .De2-20mm diámetro</p>	<p>50%casos biateral, dolorosas, blandas pudiendo fluctuar/ supurar/dejar cràter</p>	
<p><b>Granuloma inguinal</b> (regiones tropicales y subtropicales)</p>	<p><b><i>Klebsiella granulomatis</i></b></p> 	<p>3-180d</p>	<p>Pàpula, vesícula</p>	<p>Única/múltiple Indurada. Extensas, limpias y granulosas. Bordes elevados. Evoluciona a curación o destrucción.</p>	<p><b>No adenopatias</b> 1-2meses posibilidad de pseudobubones (granuloma inguinal subcutaneo).</p>	<p>Dolor (si sobreinfección)</p>

Entidad	Confirmación diagnóstica	Tratamiento
<b><u>Herpes genital</u></b>	Cultivo celular o PCR en exudado de úlcera	<u>Primer episodio:</u> Aciclovir 400mg/8h x 10 días - VIH: Famciclovir 250 mg VO/8h x 7-10 días <u>Recurrencias:</u> Aciclovir 400mg/ 8h x 5 días - VIH: Aciclovir 400 mg VO/8h x 5-10 días o Famciclovir 125 mg VO/12h x 5 días o Valaciclovir 1 g/12h x 5-10 días. <u>Tratamiento supresivo si &gt; 6 brotes al año :</u>
<b><u>Sífilis primaria</u></b>	Examen en campo oscuro (puede ser la única forma de diagnóstico en sífilis primaria.) Serología luética compatible	<u>De elección:</u> Penicilina G benzatina 2.400.000 UI im dosis única (50.000 UI/kg) <u>Alternativa:</u> Doxiciclina 100mg/12h x 14 días
<b><u>Linfogranuloma venéreo</u></b>	PCR chlamydia en exudado de úlcera (exudado rectal en casos de proctitis)	<u>De elección:</u> Doxiciclina 100 mg/12h x 21 días. <u>Alternativa:</u> Eritromicina base 500mg/6h x 21 días ó Azitromicina 1g/semana x 21 días



Entidad	Confirmación diagnóstica	Tratamiento
<b><u>Xancroide (chancro blando)</u></b>	Tinción de Gram o Giemsa en exudado de úlcera Cultivo muy complejo.	<p><u>De elección</u> : Azitromicina 1g dosis única o Ceftriaxona 250 mg im dosis única.</p> <p>VIH: eritromicina 500 mg cada 8 horas durante 7 días</p> <p>EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES: ceftriaxona o eritromicina</p>
<b><u>Granuloma inguinal</u></b>	Estudio histológico de úlcera.	<p><u>De elección</u>: Doxiciclina 100 mg/12h o Cotrimoxazol 800/160 mg/12h x &gt;3 semanas (hasta curación de la lesión)</p> <p><u>Alternativa</u>: Eritromicina 500 mg/6h o Ciprofloxacino 750 mg/12h x o Azitromicina 1g /setmana x &gt;3 semanas (hasta curación de la lesión)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>EMBARAZADAS Y MADRES LACTANTES: Eritromicina sola o en combinación con gentamicina.</li> </ul>

# TOMA DE MUESTRA ÚLCERA GENITAL



+



+

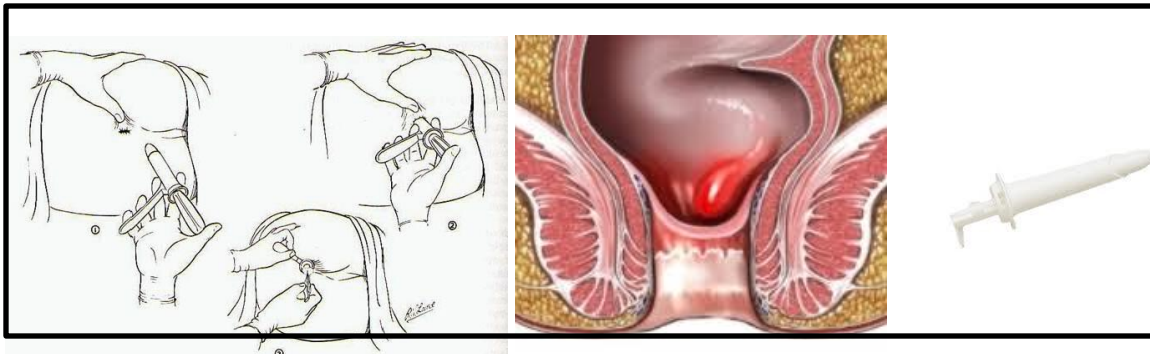


# TOMA DE MUESTRAS ITS

- Serologías VIH VHB VHC LUES. IgG VHA
- Toma guiada por hábitos sexuales



PCR chlamydia y  
Cultivo VHS



Cultivo gral (incluye gonococo)

**1.- Ante paciente con sintomatología rectal sin poder recoger muestras o como tratamiento empírico:**

Ceftriaxona 250mg IM MD + Doxiciclina 100mg 1comp/12h durante 7 días

**Tratamiento dirigido ante cultivos positivos en pacientes asintomáticos** (realizados por screening/ estado de portador asintomático) **o pacientes sintomáticos que no se hayan tratado previamente en primera visita:**

-Proctitis por Chlamydia: **Doxiciclina 100mg 1comp/12h durante 7 días.**

\* VIH + se debe considerar LGV :Doxiciclina 100mg 1comp/12h durante 21 días

-Proctitis gonocócica: Ceftriaxona 250 mg IM MD.+ Azitromicina 1gr MD

-Proctitis por VHS: Primer episodio: Aciclovir 400mg/8h x 10 días

\* VIH: Famciclovir 250 mg VO/8h x 7-10 días. Recurrencias: Mismo régimen 5 días

-Sifilis primaria/secundaria anorrectal: Penicilina 2.400.00 uI IM MD

-Infección anal por VPH Crioterapia o podofilino tópico lesiones externas. Derivación a Cirugía colorrectal ante sospecha de condilomas internos condilomas perianales en pacientes inmunodeprimidos o HSH)

## Tratamiento infecciones faríngeas

1.- Ante paciente con riesgo de ITS y sintomatología faríngea sin poder recoger muestras de forma dirigida o como tratamiento empírico:

**Ceftriaxona 250mg IM MD + Azitromicina 1gr vo**

2.- Ante infección no complicada por *N. gonorrhoeae*:

**Ceftriaxona 250mg IM MD + Azitromicina 1gr vo**

3.- Infección por *Chlamydia*: Azitromicina 1 gr v.o



# Mensajes para llevar....

Ante un diagnóstico de ITS es **esencial**:

1.- Descartar otras ITS **serologías para VIH LUES VHB VHC** (e IgG VHA en caso de HSH para valorar vacunación). Periodo ventana.

Habrá que valorar toma de muestra faringea/uretral/ endocervical/ anal según prácticas sexuales de riesgo, aunque el paciente esté asintomático a estos niveles.

2.- **Intentar hacer el diagnóstico etiológico del cuadro** de forma previa a iniciar tratamiento empírico.

3.- Tratamiento dirigido a las parejas sexuales del paciente, aunque estén asintomáticas