

Tratamiento empírico de las ITS en las salas de urgencias

Resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* en nuestro medio

Dra. Núria Borrell Solé
S. Microbiología Clínica y CAITS
HUSE
nuria.borrell@ssib.es

Aproximación sindrómica

■ Úlceras genital

■ Herpes genital: HVS

■ Chancroide: *Haemophilus ducreyi*

■ Sífilis: *Treponema pallidum*

■ LGV (Lymphogranuloma venereo): *Chlamydia trachomatis*

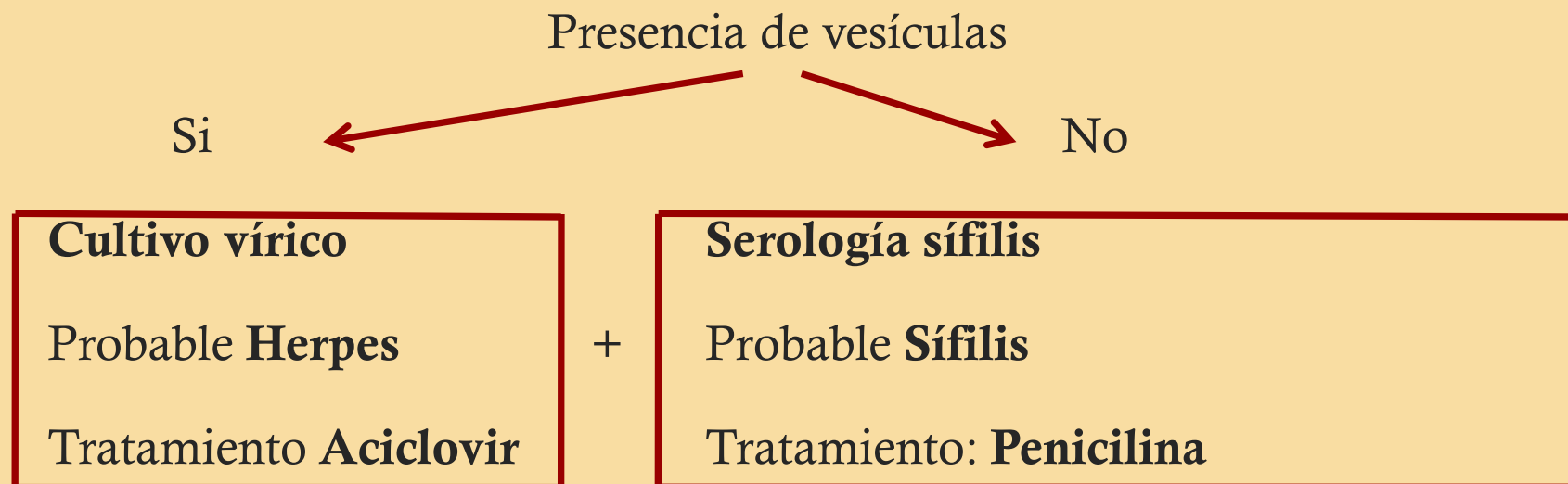
■ Granuloma inguinal: *Klebsiella granulomatis*

■ Uretritis

■ Secreción vaginal

Úlcera genital

CDC 2010



- Revisión en 7-10 d
- Considerar tratamiento de parejas sexuales y *Counseling* ITS + VIH
- *Screening* VIH

Úlcera genital: Herpes

■ Diagnóstico

- Clínica: dolor, vesículas, ganglios inguinales dolorosos bilaterales
- Toma de muestra para cultivo vírico

■ Tratamiento

■ 1st episodio:

- aciclovir 400 mg/8h po x 10d o valganciclovir 500mg/12h po x 5d
- En VIH famciclovir 125 mg/12h po x 5d

■ Recurrencias: aciclovir 800/12h mg po 5d

■ Embarazo: mismo tratamiento

■ Parejas sexuales

- Sintomáticas: mismo tratamiento
- Asintomáticas: *counseling*

Úlcera genital : Chancroide

- **Diagnóstico**
 - **Clínico:** dolor, ganglios inguinales grandes y doloroso (bubones)
 - **Laboratorio:** exudado úlcera sospecha chancroide (cultivo, Gram)
- **Tratamiento:** azitromicina 1g po o ceftriaxona 250 mg im (dosis única)
- **Embarazo mismo tratamiento**
- **Siempre tratar contactos sexuales últimos 10 d**
- **Alternativas:**
 - Eritromicina 500mg/6h po x 7d (válido en embarazo)
 - Ciprofloxacino 500mg/12h po x 3d

Úlcera genital: Sífilis

■ Diagnóstico

■ Clínico

- **Primaria:** úlcera no dolorosa, adenopatías bilaterales no dolorosas
- **Secundaria:** fiebre, adenopatías generalizadas y *rash* cutáneo incluyendo palmas and plantas
- **Manifestaciones tardías:** cualquier sistema orgánico
- **Neurosífilis:** hirocefalia, meningitis +/- parálisis nervios craneales [II, VI, VII, VIII (pérdida audición aguda)]

■ Laboratorio: pruebas treponémicas y no treponémicas

- **Suero: RPR (+ tras 3-5 semanas de infección)**
 - 80% + en Primaria / 99% + en Secundaria / Seguimiento
 - Falso +: embarazo, infección vírica, LGV, paludismo agudo, TBC, Lepra
- **LCR: >5 leucos/mm³ (linfocitos)/ proteínas N o ligero ↑ /VDRL+**

Úlcera genital : Sífilis

- **Tratamiento**

- **Primaria, Secundaria y Latente precoz (<1 año):**

- Penicilina G benzatina 2.400.000 UI im dosis única**

- **Alternativas en alergia a penicilina (menos efectiva)**

- **Doxiciclina 100 mg/12h po x 14d**
 - **Ceftriaxona 1g/24h im x 10-14d**
 - **Azitromicina 2g po dosis única**

- **Tratar contactos sexuales últimos 3 meses**

Úlcera genital : LGV

- Diagnóstico
 - Clínico: No dolorosa, gran adenopatía unilateral (bubón)
 - Laboratorio: Estudio *C. trachomatis* en úlcera o material punción bubón
- Tratamiento: doxiciclina 100g/12h po x 21d
- Alternativa incluyendo embarazo
 - Eritromicina 500mg/6h po x 21d
- Tratar contactos sexuales últimos 2 meses
 - Azitromicina 1g po dosis única
 - Doxiciclina 100g/12h po x 7d

Úlcera genital: Granuloma inguinal

■ Diagnóstico

- Clínico: No dolorosas, no adenopatías iniciales (aparecen 1-2 meses pseudobubones)
- Laboratorio: Biopsia de úlcera para histológicamente visualizar cuerpos de Donovan

■ Tratamiento

- Doxiciclina 100mg/12h po > 21d o hasta resolución

■ Alternativas

- Eritromicina 500mg/6h po > 21d o hasta resolución (en embarazo considerar + gentamicin 1 mg/Kg/8h iv)
- Azitromicina 1g /semanal po > 21d o hasta resolución
- Cotrimoxazol 800/160 mg/12h > 21d o hasta resolución
- Tratar solo contactos sexuales sintomáticos de los últimos 2 meses

Urethritis

- Urethritis gonocócica (UG) : *Neisseria gonorrhoeae*
- Urethritis no gonocócica (UNG):
 - *C. trachomatis*
 - *Trichomonas vaginalis*
 - *M. genitalium*
 - HSV
 - *U. urealiticum*

Uretritis

- **Clínica:** exudado uretral mucoso o purulento, disuria, prurito uretral
- **Laboratorio:** Toma de muestra uretral para estudio ITS / Sedimento orina
- **Tratamiento empírico UG+UNG**
ceftriaxona 250 mg im + azitromicina 1g po en dosis única
- **Alternativas en alérgicos a betalactámicos: azitromicina 2g po dosis única**
- Siempre tratar contactos sexuales últimos 3 meses
- **Persistencia o recurrencia**
 - Considerar resistencia de *C. trachomatis*: doxiciclina 100 mg/12h po x 7-14d
 - Reinfeción
 - Considerar otros agentes etiológicos: *Trichomonas* , *Mycoplasmas* y tratar con: metronidazole 2g po + doxiciclina 100mg/12h po x 7-14d

Consideraciones tratamiento *N. gonorrhoeae*

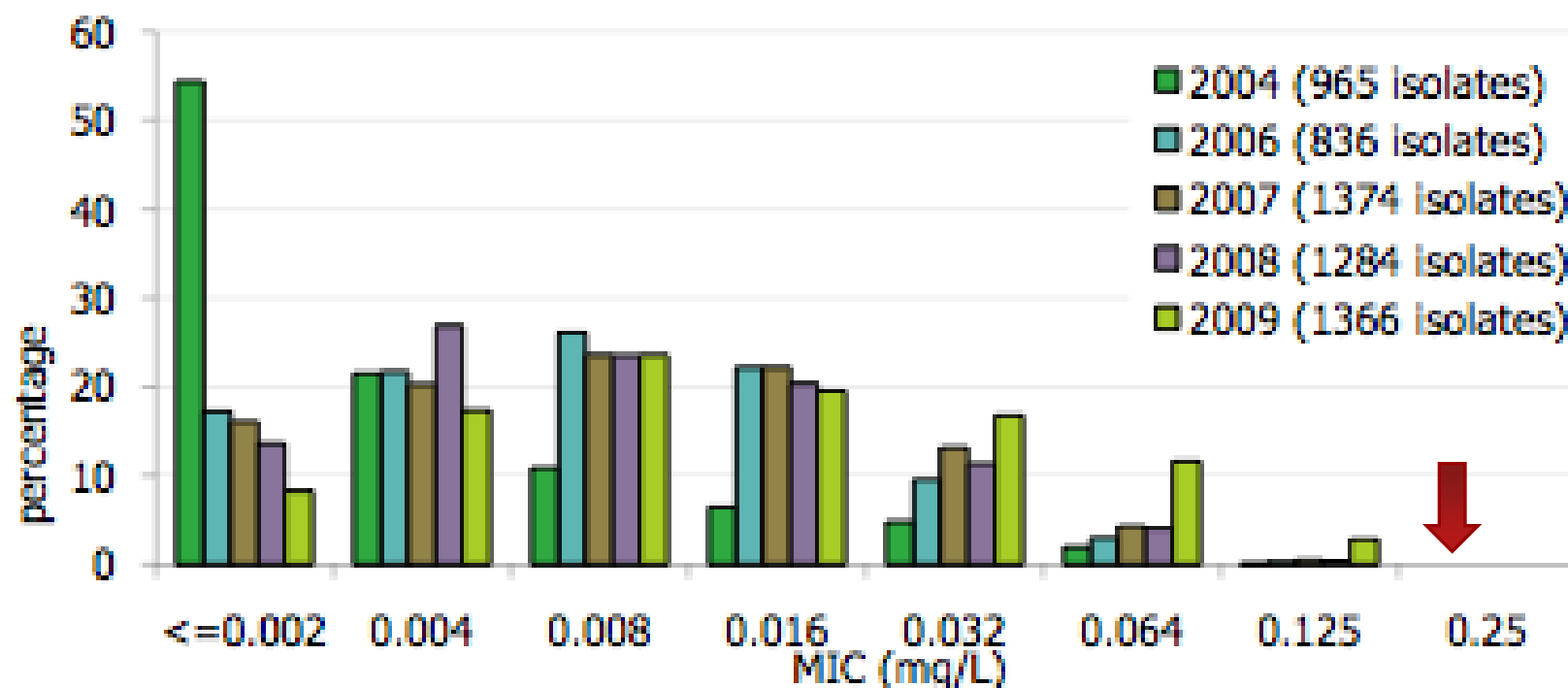
- Grupos de antibióticos útiles en *N. gonorrhoeae*
 - Betalactámicos: cefalosporinas de 3ª generación
 - Quinolonas
 - Tetraciclinas
 - Macrólidos: azitromicina (no estudiado de manera sistemática)
- En un 36% (2011) la única opción terapéutica según antibiograma fueron las cefalosporina de 3ª generación
- Incremento CMI en cefalosporinas de 3ª generación
 - Condicionó desde 2009 el incremento de dosis de 125mg a 250mg
 - Hoy en nuestro medio 19.6% de *N. gonorrhoeae* presentan bajo nivel de sensibilidad
- Tasas de S de *N. gonorrhoeae* condiciona elección de tratamiento empírico



Consideraciones tratamiento

N. gonorrhoeae ECDC 2009

Figure 2: Distribution of MIC for ceftriaxone, 2004–09



% de *N. gonorrhoeae* Sensibles en nuestro medio

	2008	2009	2010	2011
Penicilina	37.5	37.8	18.5	12.5
Cefalosporin 3^a generación	100	100	100	100
Ciprofloxacino	35.7	27.0	22.2	33.9
Tetraciclinas	25.0	32.4	14.8	12.5
Total cepas	28	37	27	56

Secrección vaginal

- Más difícil establecer una aproximación Sindrómica por:
 - Baja sensibilidad en signos y síntomas de vaginitis vs cervicitis
 - Presencia de infecciones asintomáticas
- CERVICITIS
 - *N. gonorrhoeae*
 - *C. trachomatis*
- INFECCIÓN VAGINAL
 - *Trichomonas vaginalis*
 - Vaginitis candidiasica (No ITS)
 - Vaginosis bacteriana (No ITS)

Secreción vaginal

■ Clínica

- Cervicitis: exudado mucopurulento (raro), cérvix erosionado o de sangrado fácil, sangrado intermenstrual o durante el coito
- Vaginitis: exudado vaginal, prurito

■ Laboratorio: exudado vaginal ± exudado endocervical

- Vaginal: GRAM, hisopo exudado vaginal con medio transporte
- Endocervical: GRAM, hisopo exudado vaginal con medio transporte, vial para *Mycoplasmas* y vial para *C. trachomatis*

■ Tratamiento sindrómico

- Sospecha cervicitis: ceftriaxone 250 mg im + azitromicin 1g po dosis única
- Vaginitis: metronidazole 2 g po ± clotrimazol vaginal 200mg/d x 3d

CONCLUSIONES

Tratamiento empírico ITS

■ ÚLCERA GENITAL

- **Herpes:** aciclovir 400 mg/8h po 10d o valganciclovir 500mg/12h x 5d
- **Sífilis:** penicilina G benzatina 2.400.000 UI im dosis única
- **Si sospecha LGV:** doxiciclina 100mg/12h x 21d

■ URETRITIS

- **Tratamiento combinado UG+UNG:**
ceftriaxone 250 mg im + azitromicin 1g po dosis única
- **No utilizar quinolonas como tratamiento empírico por alta tasa de R**

■ CERVICITIS = Uretritis

ceftriaxone 250 mg im + azitromicin 1g po dosis única

- **Toma de muestras antes de iniciar tratamiento empírico y remitir paciente para seguimiento y confirmación diagnóstica en AP o CAITS**

BIBLIOGRAFÍA

- Alacalá B., Arreaza L., Salcedo C., Borrell N., Cacho J., Cuevas C, Sauca G., Vázquez F., Vázquez JA. Molecular characterization of ciprofloxacin resistance in gonococcal strains in Spain. *Sex. Transm. Dis.* 2003; 30: 395-398.
- Bignell C. 2009 *European (IUSTI/ WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults*. *International Journal of STD & AIDS* 2009; 20: 453-457
- Bouza E. *Enfermedades de transmisión sexual*. Protocolos clínicos S. E. I. M. C. Accesible on line
<http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/proto8.htm>

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*, 2010. MMWR 2010; 59 (RR-12):40-61.
- Cole MJ., Unemo M., Hoffmann S., Chisholm SA., Ison CA., van der Laar MJ. The European gonococcal antimicrobial surveillance programme, 2009. Euro. Surveill. 2011;16 (42). Accesible on line <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19995>
- Ohnishi M., Golparian D., Shimuta K., Saika T., Hoshina S., Iwasaku K., Nakayama S., Kitawaki J., Unemo M. Is *Neisseria gonorrhoeae* initiating a future era of untreatable gonorrhoea?: detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone. A. Agents Chemother. 2011; 55: 3538-3545
- Shahmanesh M., Moi H., Lassau F., Janier M. 2009 European Guideline on the management of male non-gonococcal urethritis. International Journal of STD & AIDS 2009; 20:458-464.