

CAPÍTULO XI

Enfermedades de transmisión sexual en urgencias

*Juan Guillermo Chalela, MD
Jefe, de Sección de Dermatología
Fundación Santa Fe de Bogotá*

Aunque recientemente las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han aumentado tanto en su prevalencia como en su intensidad, la forma lenta de instauración, la escasa sintomatología inicial y la lentitud en la aparición de signos, hacen que las personas consulten poco a los servicios de urgencias por estas patologías.

Enfermedades tales como las verrugas virales genitales o el virus papiloma y su presentación clínica genital y anal, las hacen de mayor importancia en este campo. La sífilis, la gonorrea, el chancro duro y el linfogranuloma venéreo se han considerado, lo mismo que sus complicaciones y su importancia serológica y de laboratorio, a pesar que durante un tiempo y gracias al conocimiento de su terapéutica, descendieron en incidencia, de nuevo y con el advenimiento del SIDA, han vuelto a incrementar su prevalencia y secuencia; a estas entidades se les deben sumar las úlceras genitales, las uretritis, vaginitis, el síndrome de dolor genital, el herpes genital, los condilomas anales y genitales, además de las manifestaciones cutáneas y sistémicas del SIDA.

Las ETS constituyen un problema de salud pública. La OMS estimó que en 1995 había más de 333 millones de personas afectadas con ETS en el mundo. Las edades más corrientes de aparición están entre los 15 y los

44 años, lo que ha hecho pensar que para el año 2005, la economía puede bajar en producción en un 4% por culpa del SIDA.

EXAMEN FÍSICO

En general el interrogatorio no difiere del normal de cualquier historia clínica, pero los pacientes, por razones culturales, se inhiben un poco más en cuanto a dar ciertos datos, a veces muy relevantes en la historia clínica. La consulta externa es diferente de la situación en urgencias, porque casi siempre el paciente llega remitido por otro colega que ha sospechado una ETS. El interrogatorio debe hacerse corto, con las preguntas estrictamente necesarias, sin estigmatizar al paciente, en la búsqueda epidemiológica de primera instancia; esta parte se debe hacer cuando se haya establecido confianza con el paciente o cuando los exámenes sexológicos se hayan completado.

El interrogatorio debe contener las siguientes preguntas básicas: antecedentes personales, hábitos sexuales, prácticas sexuales, número y tipo de contactos sexuales anteriores, alergias a fármacos, hábitos tóxicos (alcohol, cigarrillo, alucinógenos). Es importante establecer el tiempo de iniciación de la enfermedad actual y en el examen físico identificar no sólo la lesión motivo de la consulta, sino la

búsqueda de lesiones cutáneas, genitales ginecológicas y anales.

Una vez hecho un buen examen físico que incluye boca, piel cabelluda y organomegalias (adenopatías, hepatomegalia y esplenomegalia), se debe proceder con los exámenes bacteriológicos que en urgencias no pasarán de una citología, frotis de flujos o secreciones y examen por campo oscuro.

En condiciones muy específicas se deben ordenar radiografías de tórax o de huesos. En ciertos casos es muy importante informar a los (las) compañeros (as) sexuales sobre los signos y síntomas del paciente, guardando las debidas precauciones sobre su intimidad.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en urgencias dependen estrictamente del tipo de consulta, de los riesgos que tenga el paciente, de los aspectos demográficos, del tipo de prácticas del paciente y, obviamente, de las lesiones que presente en el momento de la consulta.

Las pruebas más importantes, en términos generales, son:

Coloración de Gram: para secreciones uretrales, vaginales, de endocérvix y de recto.

Citología: para secreciones vaginales, lesiones vesiculosas o ampollosas en el herpes y para condilomas.

Pruebas para clamidia, hepatitis C y B y prueba VIH, cuando sea posible realizarla. Ya en la consulta externa se deben recordar las pruebas para hepatitis, serología para sífilis, clamidia y VIH.

LESIONES ESPECÍFICAS

ÚLCERAS GENITALES

Constituyen la causa más común de consulta a urgencias. Numerosas enfermedades se caracterizan por la aparición de úlceras genitales:

Herpes Genital: úlcera de corta duración, recurrente, dolorosa, a veces pruriginosa, pequeña, poco indurada y muchas veces acompañada de adenopatías regionales. El herpes, en la mayoría de los casos, se caracteriza por tener pródromos.

Sífilis: las úlceras de la sífilis pueden ser de corta duración, hasta 90 días, no recurren, son fundamentalmente asintomáticas, aunque duelen ligeramente al tacto, casi siempre únicas, no pruriginosas, induradas, pequeñas y producen adenopatías regionales.

Chancroide: lesiones de corta duración, no hacen recurrencia, son muy dolorosas, secretantes, con eritema a su alrededor y se acompañan de adenopatías satélites, las cuales tienen tendencia a ulcerarse y a simular la úlcera genital.

Granuloma inguinal: son lesiones de muy larga duración, asintomáticas pero con tendencia a destruir la zona, de borde infiltrado y sin adenopatías regionales.

Linfogranuloma venéreo: produce lesiones dolorosas, de corta evolución, pequeñas, acompañadas de adenopatías satélites muy grandes que confluyen hasta formar verdaderos bubones que son eritematosos y se ulceran o destruyen en forma generalizada.

Leishmaniasis: sus lesiones son de larga duración, ligeramente pruriginosas, de borde bien definido, superficie limpia, de tamaño

pequeño, con ocasionales adenopatías y sin historia de ETS.

Amebiasis cutánea: las lesiones son de larga duración, aparecen sucias, dolorosas, induradas o infiltradas, de tamaño variable y con adenopatías regionales.

Enfermedad de Behçet: las lesiones son recurrentes, de tamaño variable, dolorosas, de aspecto aftoide y sin adenopatías regionales.

Enfermedad de Crohn: produce lesiones de tamaño variable, recurrentes, dolorosas y no se acompañan de adenopatías.

Facticia (autoinfringida): se presentan como lesiones dolorosas, pruriginosas, infectadas, variable en su tamaño y con adenopatías regionales si hay infección.

GONORREA (BLENORRAGIA)

Se caracteriza por la presencia de una descarga uretral dolorosa, de color verdoso o blanco, que puede presentarse en forma permanente hasta por una o dos horas, en el hombre. En la mujer la uretra y el cervix, pero no la vagina, pueden exhibir la misma secreción que a veces se observa en la zona anal.

En los homosexuales la descarga es anal, cuya mucosa aparece eritematosa, friable, dolorosa y se asocia con ligeras adenopatías. La faringe puede ser hiperémica o mostrar aumento del tamaño de las amígdalas. El examen directo de la secreción y el cultivo constituyen las pruebas diagnósticas.

El tratamiento depende de la susceptibilidad a los antibióticos, pero en términos generales los protocolos de terapia son:

- cefixime 400mg por vía oral + azitromicina 1 g por vía oral o doxiciclina 100 mg, 2 veces al día por 7 días;

- ceftriaxona 125 mg IM + azitromicina o doxiciclina en las mismas dosis, por 7 días;
- ciprofloxacina 500 mg por vía oral + azitromicina o doxiciclina;
- ofloxacina 400 mg por vía oral + azitromicina o doxiciclina.

En casos de alergias, espectinomicina 2 g IM.

Durante el embarazo, cefixime 400 mg por vía oral o ceftriaxona 125 mg por vía IM o spectinomicina 2 g IM.

URETRITIS NO GONOCÓCICA

Es una de las más comunes ETS en el hombre, y se acompaña de numerosas complicaciones, como las epididimitis, y en las mujeres de dolor pélvico, infertilidad y embarazo ectópico. La evaluación clínica de esta afección se debe hacer con base en una historia y un examen físico muy completos, revisando descargas uretrales, disuria y síntomas concomitantes; se deben practicar frotis y cultivo de la secreción uretral, en búsqueda de diplococos intracelulares, gérmenes Gram positivos o negativos, células inflamatorias y sedimento urinario anormal.

Los gérmenes más comúnmente asociados con esta enfermedad son: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomona vaginalis*, *Staphylococcus saprofiticus*, *Hemofilus* spp, *Bacteroides ureolyticus*.

Hay varias formas de uretritis en las cuales no se observan gérmenes, como en el caso de la enfermedad de Reiter.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se refiere a la infección del útero, las trompas de Falopio y las estructuras pélvicas adyacentes, no asociada con cirugía o embarazo, e incluye:

endometritis, salpingitis, salpingo-ooforitis, anexitis, parametritis, piosalpinx, abscesos tubo-ováricos, peritonitis pélvica, peri-hepatitis y periapendicitis. Suele presentarse en mujeres jóvenes con varios compañeros sexuales o con DIU mal colocado, fumadoras, que usan duchas vaginales frecuentemente o que tienen infecciones gonocócicas o vaginitis bacteriana.

Hay un rango grande de manifestaciones clínicas que se caracterizan por dolor abdominal bajo, descargas vaginales anormales, metrorragia, sangrado poscoital, sangrado uterino anormal, disuria, fiebre, náusea o vómito. El diagnóstico se hace por la clínica y se consolida con la serología, VSG elevada, leucocitosis o PCR positiva. Ocasionalmente el diagnóstico se hace por laparoscopia.

El tratamiento de la EPI se efectúa según la causa, pero generalmente se fundamenta en regímenes antimicrobianos. Si la paciente está hospitalizada se suele prescribir cefoxitin 2 g por vía IV cada 6 horas + doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas, régimen que se mantiene por 48 horas, para luego continuar la doxiciclina cada 12 horas por 14 días.

Otro protocolo es con clindamicina 900 mg IV cada 8 horas + gentamicina 2 mg/kg IV o IM inicialmente, y luego 1,5 mg/kg cada 8 horas. A este régimen se le puede adicionar metronidazol.

Si la paciente es ambulatoria, ofloxacina 400 mg VO 2 veces al día por 14 días, luego clindamicina 450 mg VO 4 veces al día o etronidazol 500 mg VO 2 veces al día por 14 días.

BALANITIS

La balanitis es la inflamación del glande. Tiene ciertas condiciones predisponentes tales como la falta de circuncisión, la pobre o la

excesiva higiene y el tener varios (as) compañeros (as) sexuales. Las balanitis son producidas por Candida, Estreptococo, Gardnerella, Bacteroides, Tricomonas, sífilis, TBC, amebiasis, herpes genital, papiloma virus. Otras causas son el liquen escleroso y atrófico, la balanitis xerótica obliterans, la balanitis circinada de Reiter, lesiones premalignas, pénfigo, erupción fija por drogas, dermatitis de contacto alérgico, psoriasis, trauma.

Clínicamente se manifiesta como eritema brillante, mucosa friable que sangra fácilmente, dolor, secreción blanquecina y maceración húmeda de la zona. El diagnóstico es muy difícil desde el punto de vista clínico, por lo cual se deben hacer exámenes, cultivos y biopsia; el dermatólogo debe estar presente en el manejo de esta patología.

CONDILOMAS GENITALES Y ANALES

Tal vez una de las más frecuentes lesiones de ETS en el momento. Son producidas por papiloma virus humano, siendo los HPV 6 y 11 los más comunes; los HPV 16 y 18 están ligados a la posibilidad de cáncer de cuello uterino o de glande y prepucio. Se caracteriza por la aparición de verrugas genitales, acuminadas o papulosas, hiperqueratósicas, que a veces son difíciles de tratar. Se puede aplicar ácido acético al 3% o al 5%, que hace más evidente la lesión. Las lesiones son únicas o múltiples, a veces pigmentadas, y hay formas muy tumorales que semejan una coliflor de gran tamaño. En la mujer la lesión puede ser vulvar, anal o la llamada papilomatosis vestibular.

En urgencias no se realizan exámenes de laboratorio, pero la clínica en general debe hacer sospechar la enfermedad. El tratamiento se hace en la consulta externa e incluye varias modalidades tales como podofilina, podofilotoxina, ácido tricloroacético, 5 fluoracilo,

crioterapia, imiquimod, cidofovir, escisión quirúrgica, electrocirugía, láser e interferón. Durante el embarazo todos estos medicamentos están contraindicados (a excepción de crioterapia), por lo que se debe hacer cesárea y evitar la posibilidad de papilomatosis laríngea en el recién nacido.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Producido por el Poxvirus es un cuadro muy frecuente en pacientes con algún grado de inmunosupresión, hasta el punto de que hoy en día se piensa que cualquier paciente adulto con molusco contagioso debe ser estudiado a fondo. Se caracteriza por micropápulas brillantes, de color piel, con umbilicación central, las cuales al “exprimir las” dejan ver una secreción blanquecina saliendo por el centro.

La incubación dura entre 14 y 50 días luego de una relación infectiva y se localiza en pene, escroto y área púbica en el hombre y en vulva, zona anal, perianal y pubis en la mujer. Son asintomáticas, pero tienden a autocontagiarse lo que lleva al paciente a consultar. El tratamiento es la destrucción de la lesión con crioterapia, curetaje o antralina.

HERPES GENITAL

Es una entidad cada vez más frecuente y más difícil de manejar. Requiere descartar numerosos diagnósticos diferenciales. Es producida por el herpes simple 2 (HSV-2), tiene una prevalencia de 30% de todas las ETS, teniendo en cuenta que hasta el 55% de los individuos sanos pueden tener serología positiva para HSV-2. Clínicamente se caracteriza por ser recidivante, siendo la primera presentación la forma más sintomática y difícil de tratar, mientras que las formas recidivantes suelen ser menos sintomáticas y se acompañan de prodromos verdaderos.

Las lesiones se inician con sensación de ardor y dolor en la zona, ligero malestar general, rara vez febrícula y dolores óseos; luego hay eritema cutáneo y posteriormente la aparición de pequeñas vesículas uniloculares, brillantes, que se van uniendo hasta formar zonas de vesículas confluentes, sobre área eritematosa y con frecuencia acompañadas de adenopatías regionales. A veces las lesiones se extienden al área perianal, escroto, vulva, mucosa vaginal y cuello uterino. El diagnóstico es esencialmente clínico, pero se pueden observar las inclusiones virales. El tratamiento se hace por consulta externa con antivirales específicos como el aciclovir y el alaciclovir.

SÍFILIS

Aunque su frecuencia y prevalencia descendieron con el advenimiento de la penicilina, desde la aparición del SIDA la enfermedad ahora reaparece. Producida por el *Treponema pallidum*, se divide en sífilis reciente, temprana, infecciosa o precoz y sífilis tardía no infecciosa.

La forma primaria se caracteriza por la aparición del chancro de Hunter, un chancro generalmente único, asintomático pero doloroso a la presión con las manos, acompañado de adenopatías regionales; la localización normal es genital pero a veces se ve una localización extragenital, como serían la boca, ano o dedos de las manos.

La forma secundaria se caracteriza por lesiones cutáneas maculares (roseola), papulares (condiloma plano, rupias, sífilides nigracantes), nódulos y lesiones papulo-ulcerosas o gomas sífilíticas.

En la fase terciaria de la sífilis aparecen las formas gomosas en la piel, tubérculos y las formas neurológicas. Tanto el estudio serológico como el tratamiento se hacen en la consulta externa y no son de manejo en urgencias.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Acosta J, Prieto F, Rodríguez D, et al. Situación actual de las enfermedades de transmisión sexual en Colombia 1976-2000. *Biomédica* 2000; 22: 77-89.
2. Bessinger GT, Conologue TD, Krivda SJ, Turiansky GW. Violaceous plaques in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Arch Dermatol* 2003; 139:215-220.
3. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/STD risks in young men who have sex with men who do not disclose their sexual orientation—six U.S. cities, 1994-2000. *JAMA* 2003; 289:975-977.
4. Fitzgerald DW, Behets FM. Women's health and human rights in HIV prevention research. *Lancet* 2003; 361:68-69.
5. Freedman D. Sexually transmitted diseases. Present problems-future prospects. *Dermatol Clin* 1998; 16:649-54.
6. French L, French PD, Johnson AM. A cognitive behavioral intervention to reduce sexually transmitted infections among gay men: randomised trial. *BMJ* 2001; 322:1451-1456.
7. Gerberding JL. Clinical practice. Occupational exposure to HIV in health care settings. *N Engl J Med* 2003; 348:826-833.
8. Gilson J, Mindel A. Recent advances in sexually transmitted infections. *BMJ* 2001; 322:1160-1164.
9. Hittleman J, Llorente A, Matzen E. High rates of behavioral problems in perinatally HIV-infected children are not linked to HIV disease. *Pediatrics*. 2003; 111:384-393.
10. Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK, et al. Mucopurulent cervicitis and *Mycoplasma genitalium*. *J Infect Dis* 2003; 187:650-657.
11. Marini M, Oxilia M. Las enfermedades de transmisión sexual en los tiempos del SIDA. Editorial Marymar. Buenos Aires, 1999.
12. Pourbohloul B, Brunham RC. Targeted mass treatment for syphilis with oral azithromycin. *Lancet* 2003; 361:313-314.
13. Vera L, López N, Orozco L, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Col* 2001; 26: 16-23.
14. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, et al. Bacterial vaginosis is a strong predictor of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection. *Clin Infect Dis* 2003; 36:663-668.
15. Workowski KA, Levine WC, Wasserheit JN, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia. U.S. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: an opportunity to unify clinical and public health practice. *Ann Intern Med* 2002; 137:255-262.