

Lesió ulcerada genital

ITS que cursen amb lesions ulcerades

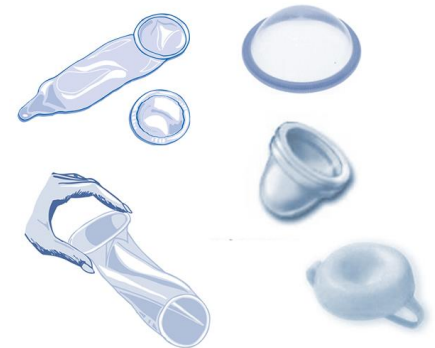
Docent: Sandra Paredes Garcia

Infeccions de transmissió sexual que originen úlceres genitals, anals o perianals

Síndrome	ITS	Agent biològic	Tipus	Transmissió sexual	Curació
Úlcera genital	Herpes genital	Herpes simplex tipus 1 i 2 (VHS-1 i VHS-2)	Virus	Sí	No
	Sífilis	Treponema pà·lidum	Bactèria (espiroqueta)	Sí	Sí
	Xancride o xancre tou	Haemophilus Ducrey	Bactèria	Sí	Sí
	Linfogranuloma veneri (LGV)	Chlamydia trachomatis L1-L2 i L3	Bactèria	Sí	Sí
	Linfogranuloma inguinal	Klebsiella granulomatis	Bactèria	Sí	Sí

ACTITUD DIAGNÒSTICA I PREVENTIVA

- ❑ Realitzar els següents **estudis** a tota persona que presenti una **úlçera genital**:
 - Estudi serològic ITS (consentiment informat): sífilis, VIH, hepatitis B
 - Estudi microbiològic ITS: clamídia i gonococ
 - PCR per tipificació de VHS-1 i VHS-2 si se sospita
- ❑ Segons les pràctiques sexuals o la clínica:
 - Serologia VHC, VHA
 - Cultiu per tricomonas en exsudat o secreció vaginal
- ❑ Oferir vacunació contra l'hepatitis B o A+B
- ❑ **Aconsellament i educació sanitària** (pràctiques sexuals segures): ús de mètodes barrera

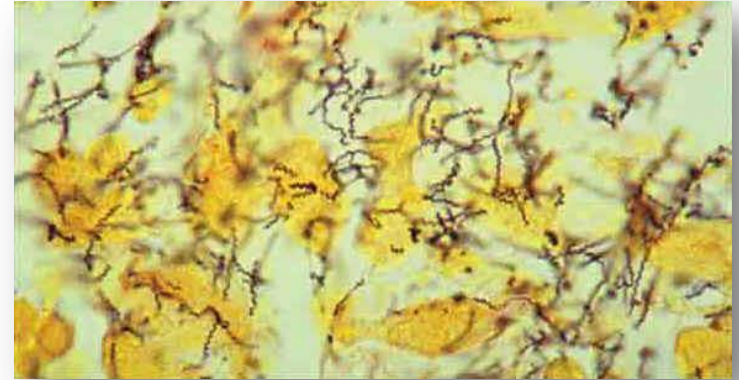


SÍFILIS

SÍFILIS

ETIOLOGIA

- ❑ *Treponema pallidum* (spirocheta)
- ❑ Reservori exclusivament humà
- ❑ Font d'infecció: lesions a pell i mucoses de persones infectades
- ❑ Vies de transmissió:
 - **Sexual:** per contacte directe amb lesions sifilítiques durant les relacions sexuals (vaginals, anals i orals) no protegides
 - **Vertical:** mare-fill (via transplacentària durant l'embaràs)
 - **Hemàtica:** Transfusió, transplantament

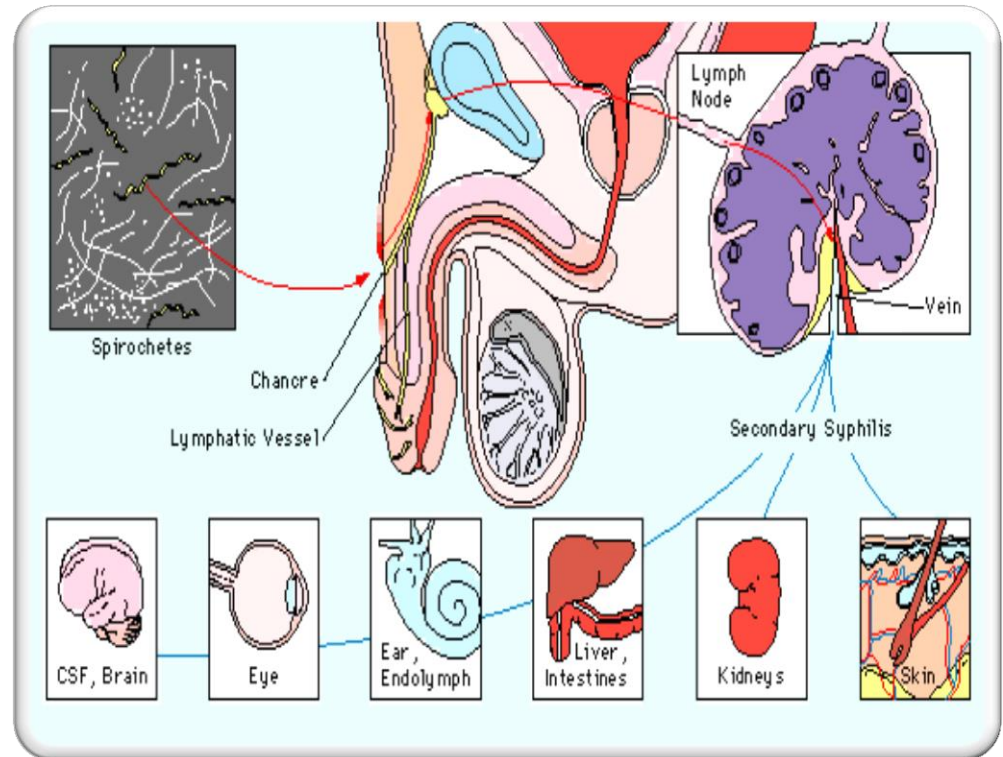


La sífilis **facilita** la transmissió
de la infecció pel **VIH**

SÍFILIS

PATOGENIA

- Introducció per microtraumes a la pell o mucoses
- Lesions a la zona d'inoculació
- Disseminació limfàtica generalitzada
- Acantonament en ganglis limfàtics i paret vascular (endarteritis)
- Infecció sistèmica



SÍFILIS

HISTÒRIA NATURAL DE LA INFECCIÓ

Contacte i infecció: Incubació 21 dies (3-90 dies)

☐ **Sífilis precoç**

○ **Primària**

- Xancre i adenopaties (duració 1-6 setmanes)
- 3 a 8 setmanes (resolució del xancre)

○ **Secundària** Afectació mucocutània, MEG, febre, afectació ocular

- Es resol en 3 a 12 setmanes

○ **Latent precoç**

- Fins a 1 any després de la infecció
- Asimptomàtica

☐ **Sífilis tardia**

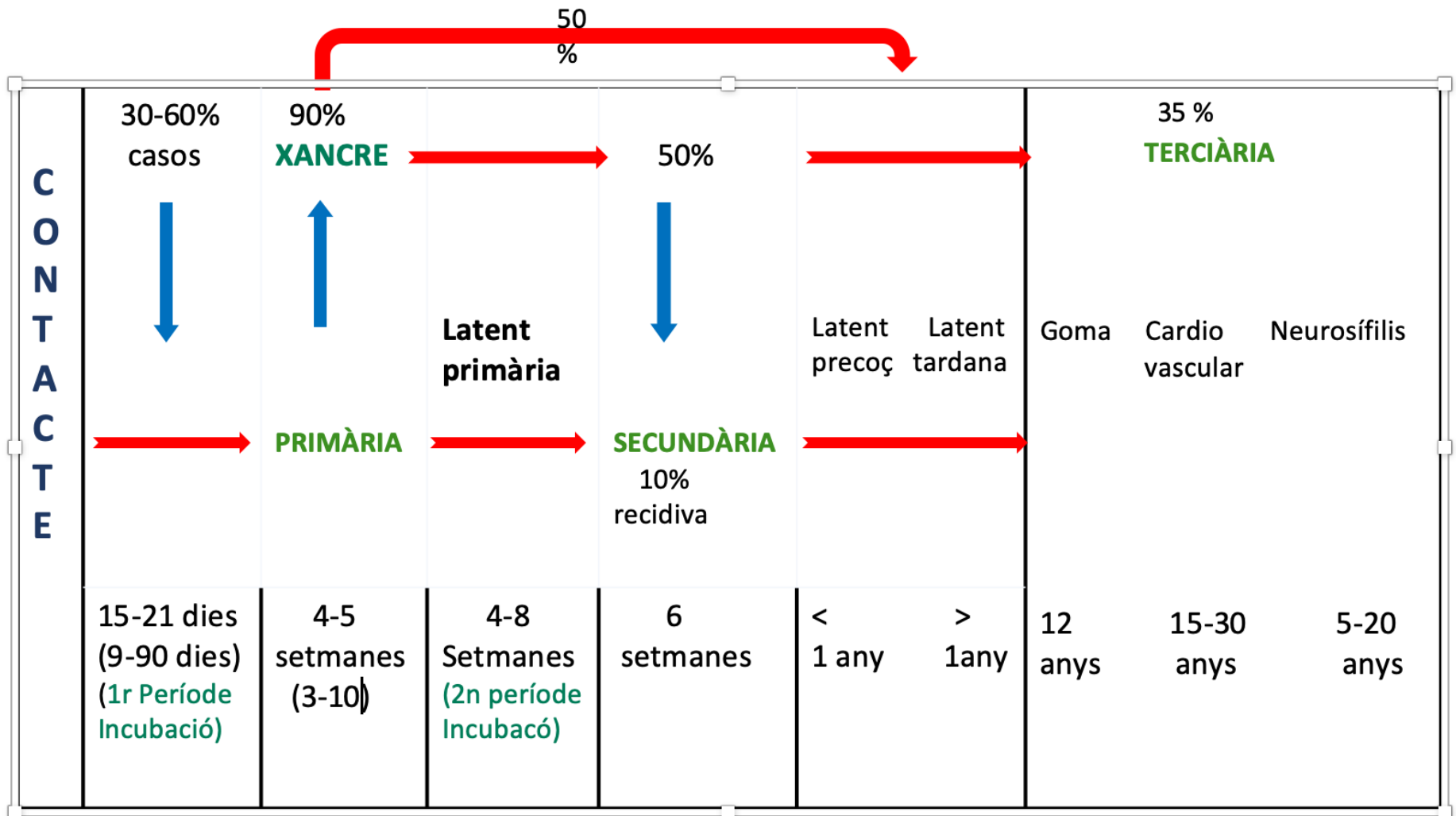
○ **Latent tardana**

- Posterior a 1 any després de la infecció.
- Asimptomàtica

○ **Terciària** → 20-40 anys Neuro/cardiosífilis, gomes sifilítiques

SÍFILIS

HISTÒRIA NATURAL DE LA INFECCIÓ



SÍFILIS

SÍFILIS PRIMÀRIA

XANCRE SIFILÍTIC

Localització

- Genitals externs
- Zona anal o perianal
- Cavitat oral

Característiques

- Lesió ulcerada
- Habitualment única
- No dolorosa
- Indurada

Cura espontàniament a les 3-8 setmanes

Adenopaties

- Múltiples
- Indurades
- No inflamatòries



SÍFILIS

SÍFILIS SECUNDÀRIA

4-8 setmanes
(màxim 6)

❑ Manifestacions cutànies: **MOLT CONTAGIOSES**

Rash maculopapulós generalitzat no pruriginós amb descamació a la perifèria de la màcula (-collaret de Bielt-)

- **Rosèola sifilítica**
- **Sifílides palmo plantars**
- **Alopècia en plaques**
- **Condiloma lata o pla**
- **Plaques mucoses**

Xancre resolt en la majoria dels casos però pot coexistir en pacient VIH

- ### ❑ Manifestacions sistèmiques: Febre, MEG, anorèxia, meningisme, uveítis, coriorretinitis, linfadenopaties perifèriques, neuritis, hepatitis, glomerulonefritis, esplenomegàlia...

La gran simuladora

SÍFILIS

SÍFILIS SECUNDÀRIA



SÍFILIS

SÍFILIS SECUNDÀRIA



SÍFILIS

MANIFESTASSIONS CLÍNiques SEGONS L'ESTADI

Estadi	Manifestacions clíniques	Període d'incubació
Latent	Asimptomàtica	Precoç < 1 any Tardana > 1 any
<u>Terciari</u>		
Sífilis cardiovascular	Aneurisma aòrtic, regurgitació aòrtica, estenosi artèria coronària	10-30 anys
Neurosífilis	Asimptomàtica Simptomàtica: cefalees, vertígens, alteracions del caràcter, demència, atàxia, signe d'Argyl Robertson	2-20 anys
Gomes	Formacions necròtiques a la pell, a l'os, al teixit subcutani o a les vísceres	1-45 anys (mitjana de 15 anys)

SÍFILIS

MANIFESTACIONS CLÍNiques: NEUROLÚES

- ❑ Anamnesi completa: Antecedent de lues
 - ❑ Manifestacions
 - **Meningitis sifilítica:** cefalea, vòmits, nàusees, afectació pc...
 - **Sífilis menigovascular:** sospitar en pacient jove amb AVC (oclusió ACM)
 - **Lesió parenquimatosa:**
 - Paràlisis general
 - Alteracions del caràcter
 - Atàxia
 - Confusió, convulsions
 - Tabes dorsal
 - Signe de Argyll Robertson
-
- ❑ Si dubtes raonables → CEX Neuro per fer PL



SÍFILIS

DIAGNÒSTIC

MÈTODES DIRECTES:

- Es basen en la detecció de *Treponema pallidum* a les lesions mucoses, teixits i ganglis limfàtics (sobretot a la sífilis primària i secundària)
- No es realitzen en tots els laboratoris

MICROSCOPIA AMB CAMP FOSC

Detecció en el xancre, senzilla i ràpida, però requereix microscopi de camp fosc, observació immediata i experiència de l'observador (disponible a Drassanes)

PCR

Útil detecció de *Treponema pallidum* en lesions de **cavitat oral** o en altres localitzacions que poden estar contaminades per treponemes sapròfits. De moment, ús no generalitzat

MÈTODES INDIRECTES:

- Es basen en la detecció d'anticossos contra el *Treponema Pallidum*
- Tests treponèmics
- Tests no treponèmics, reagítics o cardiolipínics



SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Mètodes indirectes

- **TESTS TREPONÈMICS:** Detecten anticossos **específics** contra antígens d'estructura:
 - EIA/**CLIA** (enzimoimmunoassaig) anticossos IgG+IgM: **SCREENING**
 - IgM positivitzen a la 2^a setmana post infecció
 - IgG positivitzen a la 5^a setmana post infecció
 - **TPHA** (TrePonema Hemaglutination Antibodies) **CONFIRMATORI**
 - TPPA (TrePonema Particles Agglutination)
 - FTA-abs (antiTreponema Antibodies absorption)
 - Test ràpids

Marca luètica: aquests tests seran **positius tota la vida**, encara que s'hagin tractat correctament

SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Mètodes indirectes

- ❑ **TESTS NO TREPONÈMICS, REAGÍNICS O CARDIOLIPÍNICS:** Detecten anticossos **inespecífics** contra antígens de cèl·lules infectades per Treponema

- **RPR** (Ràpid Plasma Reagin Test) **CONTROL**
- VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory)

Poc sensible en les primeres fases de la sífilis

QUANTIFICACIÓ:

- Indica **activitat** de la malaltia i possibilitat **d'infectar**
- Poden ser positius molt temps, acaben **negativitzant** o quedant a nivells molt baixos

Falsos positius:

Malalties reumatològiques, embaràs, neoplàsia, edat avançada, altes infeccions

Falsos negatius:

Sífilis secundària i sífilis latent precoç per **efecte prozona** (si concentració molt elevada d'Ag)

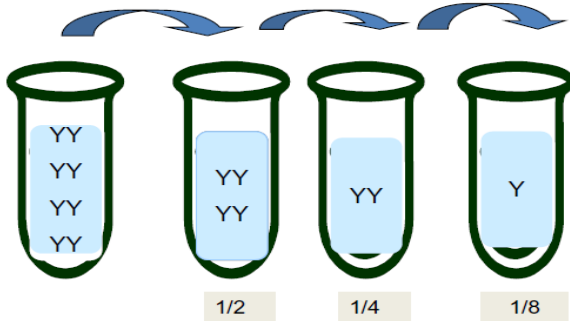
SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Mètodes indirectes

Quantificació:

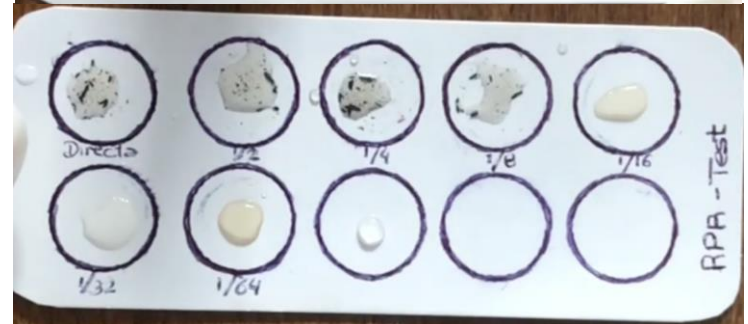
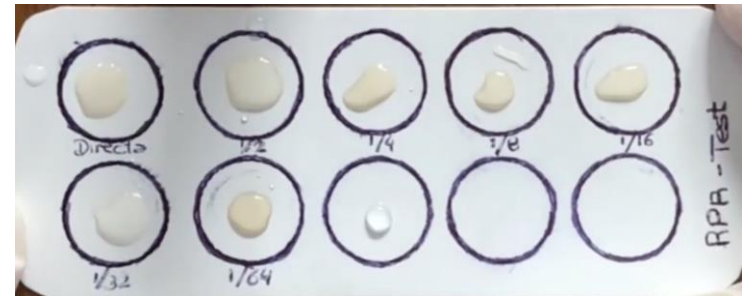
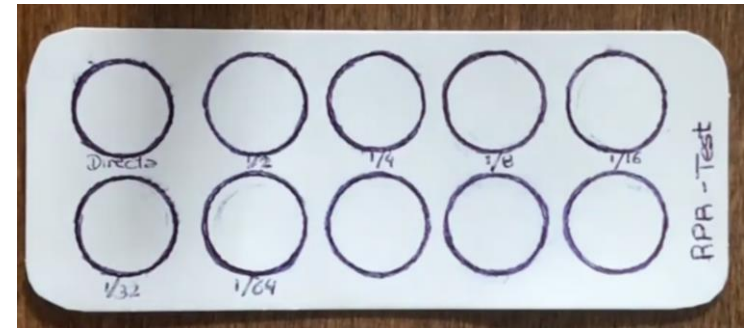
PROVES D'AGLUTINACIÓ RPR i VDRL

RPR/ VDRL POSITIU: SEMPRE S'HA DE QUANTIFICAR



TÍTOL= DILUCIÓ

DILUCIONS A LA
MEITAT



SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Interpretació resultats

TREPONÈMIQUES

Falsos **NEGATIUS**

- Anticipació, període finestra
- Immunodepressió
- Tractament precoç

REAGÍNIQUES

Falsos **NEGATIUS**

- Anticipació, període finestra
- Fenomen prozona (coinfecció VIH)
- Immunodepressió
- Tractament precoç
- Consum de OH

Falsos **POSITIUS**

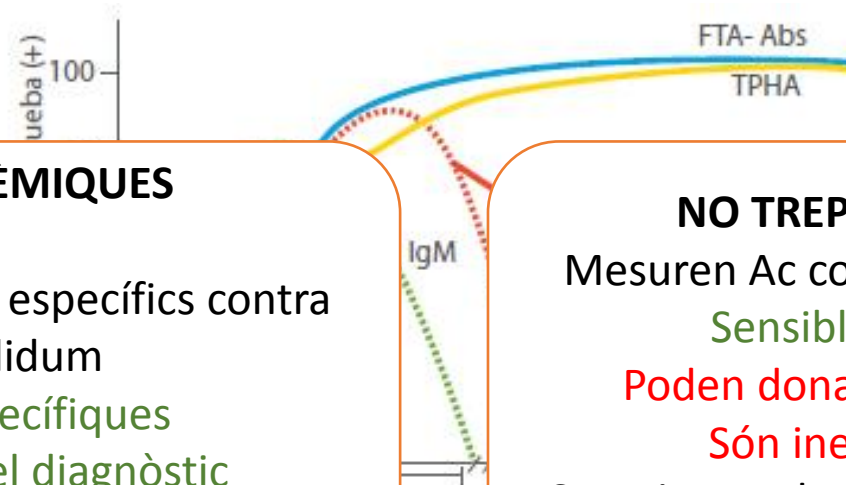
- Edat avançada
- Hepatitis, varicel·la, VIH, Mononucleosi
- Lyme, altres treponemes, TBC, Lepra, paludisme
- Vacunes recents
- Embaràs
- LES, Síndrome antifosfolipídic
- Neoplàsies
- UDVP

SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Mètodes indirectes

Treponèmiques: **T**_{PHA}, **T**_{PPA}, **F****T**_{A-abs} y **T**ests ràpids

Reagíniques: **V****D****R**_L y **R**_P**R**



TREPONÈMIQUES

Mesuren antigen específics contra
T. Pallidum
Molt específiques
Confirmen el diagnòstic
Són positives Tota la vida

NO TREPONÈMIQUES

Mesuren Ac contra la cardiolipina
Sensibles i barates
Poden donar falsos positius
Són inespecífiques
Serveixen pel control de la malatia

Estadio clínic de sífilis	lesión primaria		lesión secundaria	
	primario	secundario	latente (asintomático)	terciario

Fuente: Peeling R, Ye H. Diagnostic tool for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. Bull World Healthly Org. 2004 Jun;82(6):439-46.

SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Mètodes indirectes

Mostra: Sèrum

ESTUDI BACTERIOLÒGIC

Treponema pallidum. Ac específics (CLIA)	Positiu
Treponema pallidum. Ac específics (TPHA)	Positiu (+++)
Treponema pallidum. Ac reagínics (RPR)	Positiu. Títol = 1/32

Mostra: Sèrum

ESTUDI BACTERIOLÒGIC

Treponema pallidum. Ac reagínics (RPR)	Positiu. Títol = 1/8
--	-----------------------------

Notificació de proves:

Treponema pallidum. Ac específics (CLIA): No procedeix. Pacient diagnosticat.

SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Interpretació resultats

CLIA	Treponèmiques	Reagíniques	Interpretació
+	+	>1/16	Sífilis primària Sífilis secundària Sífilis latent precoç
+	+	<1/16	Sífilis primària recent Sífilis latent tardana Sífilis tractada
+	-	+	Possible fals positiu
+	+	-	Sífilis primària molt recent Sífilis latent tardana Sífilis tractada
+	-	-	Possible fals positiu

SÍFILIS

DIAGNÒSTIC: Interpretació resultats

Període	Treponèmiques	Reagíniques	Pot infectar?
Des del contacte fins a l'aparició del xancre	-	-	NO
Sífilis primària	+/- Positivitzen als dies de l'aparició del xancre. Més sensible TPPA i EIA amb IgM	+/- Positivitzen a les 2-3 setmanes de l'aparició del xancre). Títols en creixement, poden ser baixos si analítica precoç	SÍ
Sífilis secundària	+	+ títols elevats >1/16	SÍ
Sífilis latent precoç	+	+ títols elevats en descens	SÍ/NO
Sífilis latent tardana	+	+ títols en descens, baixos i amb el temps negativitzen	NO
Sífilis terciària	+	+ títols molt baixos (títols alts prediuen alteracions en LCR)	NO
Sífilis tractada	+	+ títols molt baixos <1/16 o negatius	NO

SÍFILIS

TRACTAMENT

SÍFILIS PRIMÀRIA, SECUNDÀRIA O LATENT PRECOÇ:

Coneixem xancre, secundarisme luètic o tenim analítica negativa de fa menys d'un any

Penicil·lina G benzatina 2'4 milions d'unitats IM en dosi única
(1'2 milions d'unitats en cada natja)

Dones gestants 3r trimestre i pacient VIH → repetir segona dosi als 8-10 dies

Al·lèrgia a la penicil·lina:

Doxiciclina 100mg/24h oral x 14 dies

Eritromicina 500mg/6h oral x 14 dies

Azitromicina 2g dosi única oral

Ceftriaxona 500mg/24h im x 10 dies



Dones gestants + al·lèrgia a penicil·lina: tractament **HOSPITALARI** per dessensibilització i posterior tractament amb penicil·lina

SÍFILIS

TRACTAMENT

SÍFILIS LATENT TARDANA, LATENT DE DURADA DESCONEGUDA O TERCIÀRIA (EXCEPTE NEUROSÍFILIS):

Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions d'unitats IM
(1'2 milions d'unitats en cada natja)
3 dosis separades una setmana

Al·lèrgia a la Penicil·lina:

Doxiciclina 100mg/12h oral 21-28 dies

Eritromicina 500mg/6h oral 28 dies

Si s'interromp la pauta → REINICIAR

Dones gestants + al·lèrgia a penicil·lina: tractament **HOSPITALARI** per dessensibilització i posterior tractament amb penicil·lina

SÍFILIS

TRACTAMENT EPIDEMIOLÒGIC

Tractament de la o les **PARELLES SEXUALS** dels darrers **90 dies** d'una persona amb sífilis **infecciosa**:

Penicil·lina G benzatina, 2.4 milions d'unitats IM
(1.2 milions en cada natja), **en dosi única**

Doxiciclina 100 mg cada 12 hores o 200 mg cada 24 hores per via oral durant 14 dies (contraindicada durant l'embaràs i la lactància)



SÍFILIS

TRACTAMENT EPIDEMIOLÒGIC

SÍFILIS PRIMÀRIA
SÍFILIS SECUNDÀRIA
SÍFILIS LATENT PRECOÇ
(<1ANY)
PARELLES SEXUALS

Penicil·lina G benzatina 2'4 milions d'unitats
IM en dosi única

SÍFILIS LATENT TARDANA
(>1ANY)
SÍFILIS TERCIÀRIA
SÍFILIS LATENT IDETERMINADA

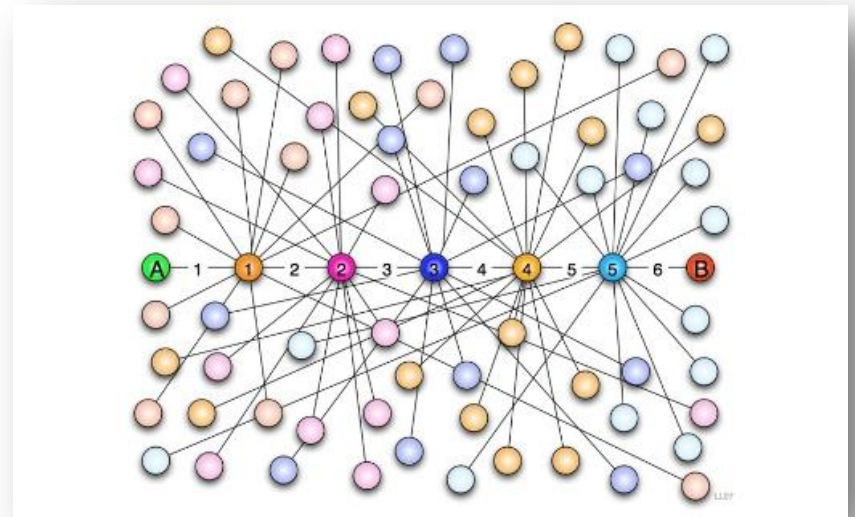
Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions d'unitats
IM
3 dosis separades una setmana

SÍFILIS

ESTUDI DE CONTACTES

- Cal estudiar i tractar les parelles sexuals dels darrers:
 - 3 mesos (sífilis primària)
 - 6 mesos (sífilis secundària)
 - 12 mesos (sífilis latent precoç)

Estudiar les parelles sexuals el més precoç possible.
Si els resultats són NEGATIUS cal repetir-los als 2-3 mesos.
Si NO és possible el seguiment cal valorar el tractament epidemiològic.



SÍFILIS

REACCIÓ DE JARISH-HERXHEIMER

- ❑ Quadre febril amb artràlgies, miàlgies, cefalea...
- ❑ Aparició sobtada a les 24 hores d'iniciar el tractament
- ❑ Tractament: Repòs i antitèrmics
- ❑ Causa: destrucció massiva d'espiroquetes
- ❑ 1/3 sífilis primària i 2/3 sífilis secundària
- ❑ La gestant que rebi tractament contra la sífilis durant la segona meitat de l'embaràs, i que presenti una reacció de Jarisch-Herxheimer, té un risc més alt de part prematur.



SÍFILIS

SEGUIMENT CLÍNIC

- ❑ Monitoratge dels títols dels tests cardiolipínics (RPR o VDRL)

- Als **1, 3, 6 i 12** mesos en la **sífilis precoç**
- Als **1, 3, 6, 9, 12 i 24** mesos en la **sífilis precoç** i coinfecció pel **VIH**
- Als **3, 6, 12 i 24** mesos en la **sífilis tardana**
- En cas d'embaràs, a les **28-32 setmanes** i en el moment del **part**, o **mensualment** fins al part si el **risc de reinfecció és alt**

- ❑ **Evitar les relacions sexuals** fins a **completar el tractament** o fins que els títols dels tests cardiolipínics hagin disminuït fins valors acceptables
- ❑ Les proves treponèmiques i reagíniques poden ser **positives a nivells baixos tota la vida** (important informar el pacient per evitar repeticions innecessàries de tractament)

SÍFILIS

SEGUIMENT CLÍNIC

- Increment dels títols inicials (VDRL/RPR) **4** vegades o 2 dilucions → **recaiguda o reinfecció**
- Si als **6-12 mesos** el títol **NO** ha disminuït **4** vegades o 2 dilucions → **estudi LCR** (si no hi ha hagut reinfecció)
- Si no presenta simptomatologia i els tests cardiolipínics es mantenen baixos o estables durant 12 mesos → **curat**

SÍFILIS

PREVENCIÓ

La sífilis **no deixa immunitat** protectora.
Una persona que ha tingut sífilis es pot reinfectar

Prevenció primària i secundària:

- Reduir número de parelles sexuals
- Utilitzar preservatiu en totes relacions sexuals amb penetració (vaginal, oral i anal)



- ✓ **Cal fer detecció i cribratge d'altres ITS a tota persona amb sífilis**
 - VIH, Hepatitis B, Clamídia i Gonococ
- ✓ Cal oferir detecció de sífilis a tota persona amb una altra ITS
- ✓ **Oferir vacunació contra l'hepatitis B o A+B si procedeix.**

SÍFILIS

NOTIFICACIÓ: Malaltia Declació Obligatòria

prsf320 - Seguiment problemes de salut

Dades clíniques IT prOves Prescripció Agenda paciEnts vacUnes Catàlegs aLtres aJuda docuMentació Suport

PROVA PROVA PROVA (HOME, 31 ANYS) PPRR083113000

Notes prèvies Introduir/Modificar nota Notes del dia Curs Clínic AE Seguiment Clínic Compartit ACTIUS INACTIUS I.Q. A.F (S) NOCs

Sprf305_d - Detall del problema

Detall

Codi CIM10: A51.9 Descripció Clínica: SÍFILIS PRECOÇ, SENSE ALTRA ESPECIFICACIÓ

Data Alta: 19/05/2015

Lateralitat:

Comentari:

Data Seguiment:

Malalties

Data Pri
Síntom
Data Sos

Avís

Aquesta és una malaltia de declaració obligatòria individual. Si es tracta d'un antecedent patològic premeu el botó "Antecedent". Si la malaltia és activa premeu el botó "Declarar" i s'enviarà electrònicament al Departament de Salut la declaració del problema SÍFILIS PRECOÇ, SENSE ALTRA ESPECIFICACIÓ amb data d'inici:

Avís

Cal omplir enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual

Obrir enquesta Cancel·lar

(*) Si es modifica la data d'inici, es modificaran en consonància si cal, les dates de primers símptomes, data de sospita i data de confirmació.

S'ha donat d'alta el principi actiu POLIVIDONA.

05/03/2015 14:00 - DAVID LOPEZ HERAS - MEDICINA DE FAMILIA

Valors de variables de data 05/03/2015 i hora 14:00 : Pressió Arterial Sistòlica:110;

05/03/2015 14:49 - LOPEZ HERAS, DAVID -

Producte: OCULOTECT 50MG/ML 20 ENVASES 0,4ML COLIRIO SOLUCION ENVASE UNIDOSIS. Per la seguretat del tractament

srfrsdf

NEO DE TIROIDES

SÍFILIS, NO ESPECIFICADA

Valoració crònica

DETALL DEL PROBLEMA NOU PROBLEMA COMENTARI

Data Alta: 19/05/2015 Nanda: Codi: A51.9

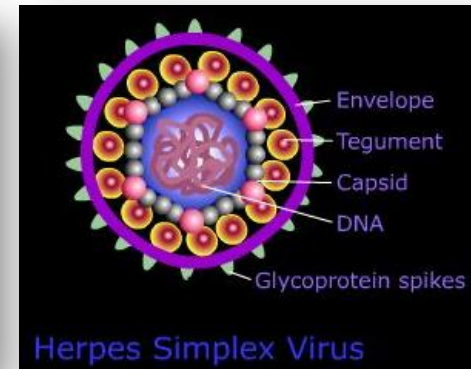
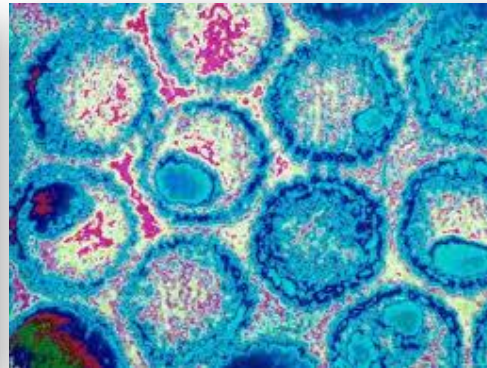
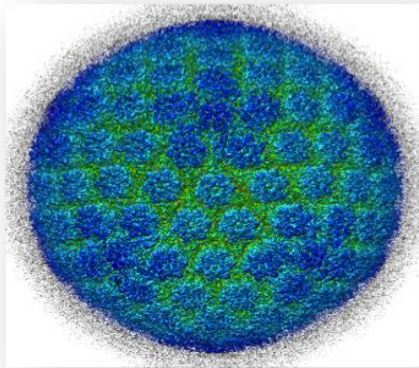
Descripció: SÍFILIS PRECOÇ

Comentari:

Netejar dades Guardar

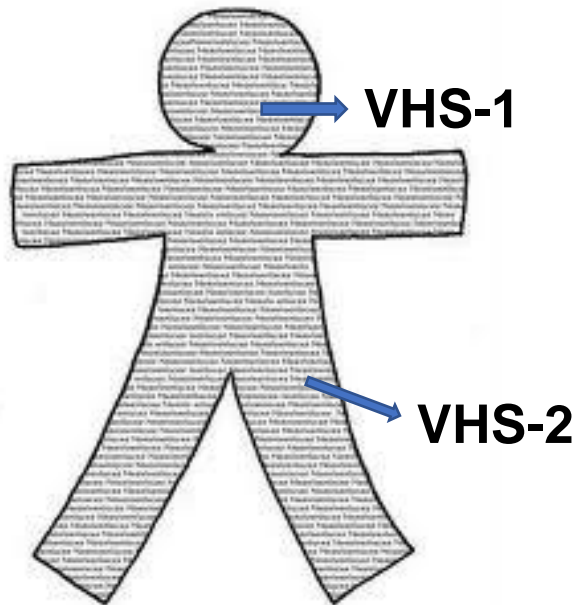
AL·LÈRGIES VAC. PEND. PROPOSAT A GRUPAL

HERPES GENITAL



HERPES GENITAL

- L'herpesvirus humà (VHS) és un virus ADN que pertany a la família Herpesviridae, i que té dos serotips: el **VHS-1** i el **VHS-2**.



**És la causa més freqüent
d'úlceres genital**

VHS-1

- Agent causal de la majoria de les lesions localitzades a **llavis**, mucosa oral, faringe o còrnia
- També pot causar lesions genitals (estan augmentant)

VHS-2

- Agent causal més freqüent de les lesions herpètiques **genitals** (70-80%)
- També lesions extragenitals, com cavitat oral
- Més greu, més recurrències i major infectivitat

HERPES GENITAL

TRANSMISSIÓ

- Transmissió per **contacte directe amb la pell, mucoses o secrecions** d'una persona infectada, encara que no tingui lesions aparents
- El “transmissor” pot haver tingut clínica d'herpes o no (no saber que és transmissor)
- Contagi durant les **relacions sexuals** (vaginals, anals o orals) però també **autoinoculació** o **transmissió vertical** (part)
- La transmissió **d'home a dona** és més infectiu que no a l'inrevés
- Elevat percentatge de **transmissions** en període **asimptomàtic**
- Molt contagiós, incurable, alta prevalença
- MOLT** estigma, molt poques complicacions
- Important insistir en abstinència des de l'inici de pròdroms

HERPES GENITAL

HISTÒRIA NATURAL

- ❑ **Infecció primària**: Infecció per VHS1 o VHS2 adquirida recentment sense Ac per infecció prèvia de cap dels 2 serotips. Pot ser simptomàtica o asimptomàtica
- ❑ **Infecció no primària**: Infecció per VHS 1 o 2 recent i amb Ac contra l'altre VHS previs. La clínica pot ser més lleu i de menor durada.
- ❑ **Recurrències**: Després de la infecció primària el VHS roman en fase de latència als ganglis nerviosos sensitius i es reactiva periòdicament. Reactivació de la clínica amb excreció del virus. Més freqüent amb VHS2

Excreció o disseminació vírica

- Succeeix en fases asimptomàtiques (sovint la transmissió es dona en aquestes fases)
- Més freqüent quan VHS-2 és l'agent causal
- Durant 12 primers mesos de la infecció primària VHS2
- Quan els episodis simptomàtics són freqüents
- Entre la setmana abans i la setmana després de l'episodi simptomàtic
- En pacients infectats per VIH

HERPES GENITAL

CLÍNICA

HERPES GENITAL PRIMARI

DOLOR

- Període d'incubació **2-12 dies**
- Manifestacions generals inicials: malestar general, cefalea, miàlgia, febre
- Síntomes acompanyants: disúria, secreció ureteral o vaginal
- Manifestacions locals: formigueig, picor, cremor o dolor en la zona afectada
- Aparició de lesions:
Eritema → vesícula → butllofa → erosió → úlcera → crosta
Localització: coll uterí, vulva, gland, prepuci o penis; natges, cuixes, regió perianal, anus o recte

Adenopatia inguinal dolorosa i bilateral

Curació als 16-20 dies sense tractament



HERPES GENITAL

CLÍNICA

Recurrències

Similar al primer episodi però **més lleu** i sense clínica general

Afectació de la **mateixa zona** anatòmica que la primoinfecció

Adenopatia inguinal **unilateral**

Curació als **8-12** dies sense tractament

Més freqüents en infecció per **VHS-2**

>1/2 dels casos → recurrències als 4-8 mesos

1r any: 4-10 episodis de recurrència

Factors associats a la recurrència: cicle menstrual, estrés psíquic, malaltia, febre, contacte sexual, cirurgia, alguns fàrmacs, etc.



HERPES GENITAL

DIAGNÒSTIC



Test d'amplificació d'àcids nucleics (TAAN)

- Tècnica d'elecció: **PCR**
- Recollida de mostra directament de la vesícula o úlcera rasant amb escovilló **vermell** (dolorós): cal prendre la mostra en el primer contacte a urgències
- Permet identificar el **tipus** (VHS-1 o VHS-2)
- Ens indica **activitat actual** local

Serologia

- **No** indicat pel diagnòstic
- Indica **contacte** amb l'herpes, no activitat
- Indicat en **dubtes diagnòstics** (úlcera recurrent amb mètodes directes (PCR) negatius de forma repetida
- Resultat negatiu: exclou diagnòstic (negatiu si precoç)
- Resultat positiu: diagnòstic possible però no segur

- El diagnòstic és **CLÍNIC!**
 - Serologies **NO** aporten informació útil
 - El tractament depèn de clínica, severitat i estigma
 - Si dubtes → PCR

HERPES GENITAL

DIAGNÒSTIC

❑ Detecció: a qui?

- Investigar existència d'infecció per VHS en persones que presentin síndrome **d'ulceració genital**
- **Cribratge serològic** de VHS a persones amb **contacte sexual** amb persones amb antecedent d'herpes genital, especialment **dones embarassades**
- Es recomana confirmació i tipificació VHS-1 o VHS2 en **infecció primària** (diagnòstic, pronòstic, maneig clínic i aconsellament)
- **No** es recomana en persones **asimptomàtiques**

HERPES GENITAL

MESURES PREVENTIVES

- ❑ La contagiositat és alta durant el primer any, sobretot en la infecció pel VHS-2. (fase simptomàtica i entre episodis)
- ❑ Es recomana **no tenir relacions sexuals mentre hi hagi lesions herpètiques o símptomes prodròmics en la zona afectada**
- ❑ Protecció del preservatiu és limitada en el cas de l'herpes genital.
 - Metaanàlisis (n 5384) mostra reducció del 30% de la transmissió d'herpes amb l'ús del preservatiu en el 100% de les relacions sexuals
- ❑ Han de ser **avaluades i rebre tractament les parelles sexuals simptomàtiques**; les parelles **sexuals asimptomàtiques poden ser avaluades (serologia a VHS-1 i VHS-2) i rebre aconsellament i estudi ITS** si es considera necessari

Tota persona amb herpes genital ha de ser avaluada per altres ITS: VIH, *Treponema pallidum*, VHB, *Chlamydia trachomatis* D-K i *Neisseria gonorrhoeae*

HERPES GENITAL

TRACTAMENT

ASPECTES GENERALS

- L'herpes genital NO es pot eliminar
- Pot ser necessari analgèsia i ansiolítics
- Altres mesures
 - Evitar roba ajustada (pressió damunt les lesions)
 - Ingesta de líquid (reduir el risc de retenció d'orina i millorar la disúria)
- Les pautes poden variar en funció del tipus d'episodi i la condició del pacient (embaràs, coinfecció VIH)

El tractament:

- Accelera la curació de les lesions
- Disminueix la intensitat dels símptomes
- Impedeix complicacions
- Redueix el risc de transmissió
- NO disminueix el risc de recidiva

VIA ORAL

El benefici del tractament serà màxim quan iniciem el tractament 72h abans de l'aparició de les lesions

HERPES GENITAL

TRACTAMENT

PRIMER EPISODI

- Aciclovir 200 mg 5 vegades al dia per via oral, durant 5 dies
- Aciclovir 400 mg cada 8 hores per via oral, durant 5 dies
- Valaciclovir 1 g cada 12 hores per via oral durant 5 dies
- Famciclovir 250 mg cada 8 hores per via oral durant 5 dies

Ajustar per FG

Si les lesions o la clínica no millora en 5 dies es pot allargar la pauta uns dies més

Primer episodi en dona embarassada

- Aciclovir 400 mg cada 8 hores per via oral durant 5 dies (Major experiència Aciclovir)

Primer episodi en infecció VIH

- Aciclovir 400 mg 5 vegades al dia per via oral i durant 7-10 dies
- Valaciclovir 1 gr cada 12 hores per via oral durant 10 dies
- Famciclovir 250-750 mg cada 12 hores via oral durant 10 dies

Molt important controlar la replicació del VIH amb ARV

HERPES GENITAL

TRACTAMENT

EPISODI RECURRENT

- Aciclovir 200 mg 5 vegades al dia per via oral, durant 5 dies
- Aciclovir 400 mg cada 8 hores per via oral, durant 5 dies
- Valaciclovir 500 mg cada 12 hores per via oral durant 3- 5 dies
- Famciclovir 125 mg cada 12 hores per via oral durant 5 dies

Herpes recurrent en la dona embarassada

- Valorar acuradament la necessitat segons la clínica
- **Aciclovir** 400 mg cada 8 hores per via oral durant 5 dies
- Major experiència Aciclovir.

Iniciar el tractament el més **precoç** possible: el pacient ha de tenir recepta/medicació a casa per iniciar el tractament a l'inici dels símptomes

Molt important controlar la replicació del VIH amb ARV

Herpes recurrent infecció amb VIH

- Aciclovir 400 mg 5 vegades al dia per via oral i durant 5-10 dies
- Valaciclovir 1 g cada 12 hores per via oral durant 5- 10 dies
- Famciclovir 500 mg cada 12 hores via oral durant 5- 10 dies

HERPES GENITAL

TRACTAMENT

Tractament supressiu:

- Aciclovir 400 mg cada 24 hores via oral diari
- Aciclovir 400 mg cada 12 hores via oral diari (recomanat quan hi ha més de 12 brots/any)
- Valaciclovir 500 mg cada 24 hores via oral diari
- Famciclovir 250 mg cada 12 hores via oral diari

Tractament supressiu infecció amb VIH:

- L'eficàcia del tractament és menor que en el pacient no VIH
- Aciclovir 400-800 mg cada 8-12 hores via oral diari
- Valaciclovir 500 mg cada 12 hores via oral diari
- Famciclovir 500 mg cada 12 hores via oral diari

Herpes recidivant: més de 4-6 episodis en un any.

Tractament supressiu:

Tractament diari amb antivíric per disminuir/eliminar les recurrències.

Valorar-ho quan el pacient presenta 6 o més episodis d'herpes en un any.

Al parar el tractament el pacient pot tornar a tenir recidives.

Durada d'un any, que es pot allargar.

Experiència amb
Aciclovir fins 7 anys i
Valciclovir i Famciclovir
fins 1 any.

HERPES GENITAL

TRACTAMENT

Elecció del fàrmac:

- Igualtat d'eficàcia
- Diferència de preu
- Diferència de posologia



FÀRMAC	POSOLOGIA	PREU	€/dia
Aciclovir	400mg/8h o 200 mg/4h	9,8€ 25 comp de 200 mg	2,5€
Valaciclovir	1 g/ 12 h	48,49€ 21 comp d'1 g	4,8€
Famciclovir	250 mg/8 h	65,5 € 21 comp de 250 mg	9€

LINFOGRANULOMA VENERI

Chlamydia trachomatis L1, L2, L3

LINFOGRANULOMA VENEREO



Región del perineo masculino



LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

Limfogrànuloma inguinal o malaltia de Durand-Nicolas-Favre.

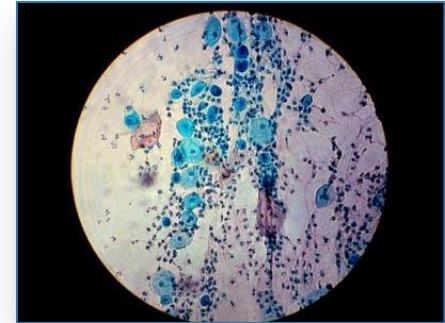
Chlamydia trachomatis L1, L2, L3

L'LGV és una ITS endèmica de països tropicals i subtropicals de l'Àfrica, Amèrica del Sud i Àsia. **Des de l'any 2004, l'LGV s'ha expandit a Europa en forma de brots de proctitis en homes infectats pel VIH i que tenien relacions sexuals amb altres homes.**

Font d'infecció: exsudats de les lesions obertes de les persones infectades.

Es contrau per **relacions sexuals no protegides** (anals, vaginals o orals) i també per **l'ús compartit de joguines sexuals contaminades**.

Període d'incubació pot variar de 3 a 30 dies.

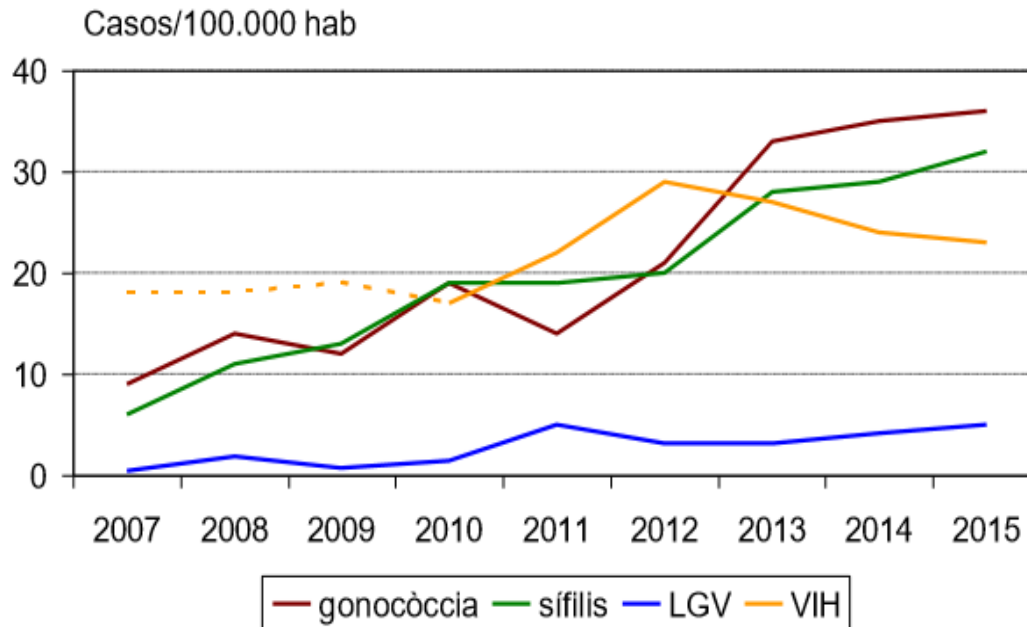


Tant per la seva complexitat diagnòstica com de maneig clínic, es considera que el LGV és criteri de derivació a unitats monogràfiques o hospitalàries d'ITS

LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

INCIDÈNCIA

Incidència del LVG, sífilis, gonocòccia i VIH.
Residents a Barcelona, 2007-2015



Dades de l'Agència de Salut Pública de
Barcelona



LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

MANIFESTACIONS CLÍNiques

Tot i que pot haver-hi formes asimptomàtiques d' LGV, la majoria de casos es presenten en forma de **proctitis aguda molt simptomàtica**:

- Dolor anorrectal
- Tenesme rectal
- En ocasions: febre i malestar general

A l'exploració, signes de proctitis aguda:

- Úlcera a regió perianal o canal anal, no dolorosa i no indurada
- Secrecció rectal mucosa, purulenta o ensangonada



LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

DIAGNÒSTIC i SEGUIMENT CLÍNIC

- Sospita clínica
- Context epidemiològic
- Detecció mitjançant PCR sobre mostra anal o rectal (específica i genotipatge dels serovars L1,L2,L3)

S'ha de fer seguiment de l'evolució del pacient fins a la curació (usualment, a les 3-6 setmanes); es recomana fer un test post-tractament per a verificar la curació de la infecció (PCR i genotipatge dels serovars)

LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

TRACTAMENT

**Doxiciclina 100 mg/12h per via oral, durant 21 dies
(3 setmanes)**

En cas d'al·lèrgia a les tetraciclines, embaràs o lactància materna, es pot emprar:

Eritromicina 500 mg/6h per via oral, durant 21 dies.

Durant l'embaràs i el període de lactància, s'ha d'usar l'eritromicina base

Un altre tractament alternatiu és

**Azitromicina en pauta d'1g a la setmana per via oral,
durant 2-3 setmanes**

LINFOGRANULOMA VENERI (LGV)

ESTUDI DE CONTACTES

Es recomana avaluar i tractar totes les parelles sexuals que la persona hagi tingut en el període dels **30 dies** abans de l'inici dels símptomes (4 setmanes).

El tractament dels contactes es pot realitzar amb l'administració de:

Doxiciclina 100 mg/12h per via oral durant 7 dies o bé
Azitromicina 1 g en dosi única per via oral (o eritromicina)

Notificació

El LGV és una malaltia de declaració obligatòria individualitzada (MDI), és a dir amb complementació de l'enquesta epidemiològica corresponent a la declaració de les ITS

**Cal fer detecció d'altres ITS a tota persona amb LGV
(VIH, Hepatitis B, Clamidia D-K i Gonococ)**

Oferir vacunació contra l'hepatitis B o A+B

XANCRE TOU

Haemophilus ducrey



XANCRE TOU O XANCROIDE

- Produït per *Haemophilus ducrey* (infecció molt poc freqüent a Europa, la majoria dels casos són importats)
- **Clínica:** úlcera única, dolorosa, coberta d'un exsudat purulent de color gris o groc, que sagna fàcilment quan es toca i amb adenopatia inguinal supurativa que pot arribar a ulcerar-se (bubó)
- **Diagnòstic:** cultiu de les mostres obtingudes de les lesions o TAAN (PCR) (no gaires laboratoris disposen d'aquesta tècnica)
- **Tractament d'elecció:**
 - Ceftriaxona 250 mg per im dosis única o
 - Azitromicina 1 g vo dosi única
 - Alternatives: eritromicina 500 mg cada 8 h per via oral durant 7 dies, o bé ciprofloxacino 500 mg cada 12 h per via oral durant 7 dies
- Cal fer cribratge d'altres ITS (serologies i estudi de clamídia i gonococ)

ENTIDAD	MICROORGANISMO CAUSANTE	CARACTERÍSTICAS DE LAS ÚLCERAS	NÚMERO DE LESIONES	DOLOR	ADENOPATÍAS
HERPES GENITAL	Virus Herpes Simple tipo 1 (VHS-1) Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2)	Superficiales, vesiculares, pequeñas (<1cm), agrupadas, sobre base eritematosa	Normalmente múltiples	Dolorosas	Inguinales, bilaterales y dolorosas.
SÍFILIS	<i>Treponema Pallidum</i>	En sífilis primaria "chancro": úlcera con margen bien definido, sobre base lisa de consistencia dura.	Normalmente única.	Indolora	Regionales, bilaterales e Indoloras.
LINFOGRANULOMA VENEREO	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L2a o L3	Aparece en el lugar de inoculación. En zona anal: proctocolitis con secreción rectal mucosa/hemorrágica.	Única	Indolora	Regional, indolora
CHANCROIDE	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlceras de 1-2 cm diámetro, base amarillenta-grisácea, margen mal definido.	Múltiples	Dolorosas	Inguinales dolorosas que tienden a abscesificarse y fistulizarse



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Moltes gràcies!