

ITS



Antoni Arévalo Genicio, Gemma Férriz i Villanueva, Sonia Martínez Carmona, Montse Mullol Tarragona, Marta Arcarons Martí, Angels Casaldaliga Solà, Carolina Burgos Díez.

MFyC, Grupo de Dermatología CAMFiC



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Index:

- Urethritis.
- Sífilis:
Primària.
Secundària.
- Úlceres
- Infecció per VPH:
Condilomes

- Casos clínics

- Dubtes

URETRITIS

Montse Mullol Tarragona



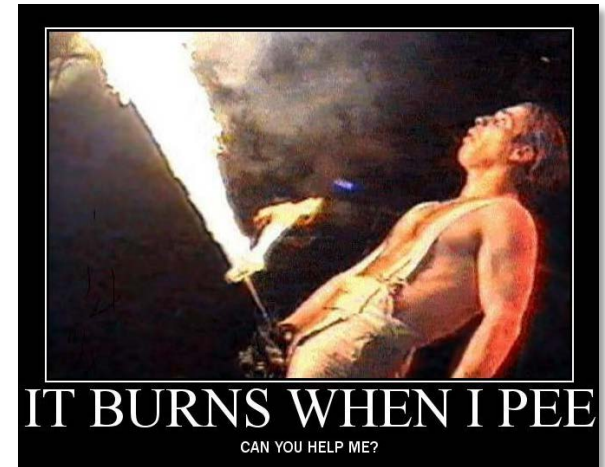
Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



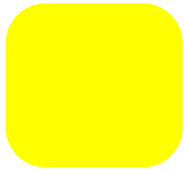
CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Cas clínic :

- **Descripció:** Pacient ♂ de 35 anys, vacunat de VHA i VHB, sense AMC, ni AP destacables.
- **EA:** va a URG del CAP per dolor uretral (sensació de “cremor o agulles” al orinar) i exudat uretral purulent desde fa 24h.
- **EF:** afebril, exudat uretral groguenc espes, ADP inguinals bilaterals no doloroses <1cm, no dolor escrotal, no lesions cutànies mucoses.
- **Historial sexual recent :** RRSS HSH SP (SO i SA insertiu) fa 5 dies.



**Davant la clínica,
Quin és el diagnòstic més probable?**



Infecció urinària



Sífilis primària



Uretritis bacteriana



Uretritis irritativa de contacte

**Davant la clínica,
Quin és el diagnòstic més probable?**

☐ Infección urinaria

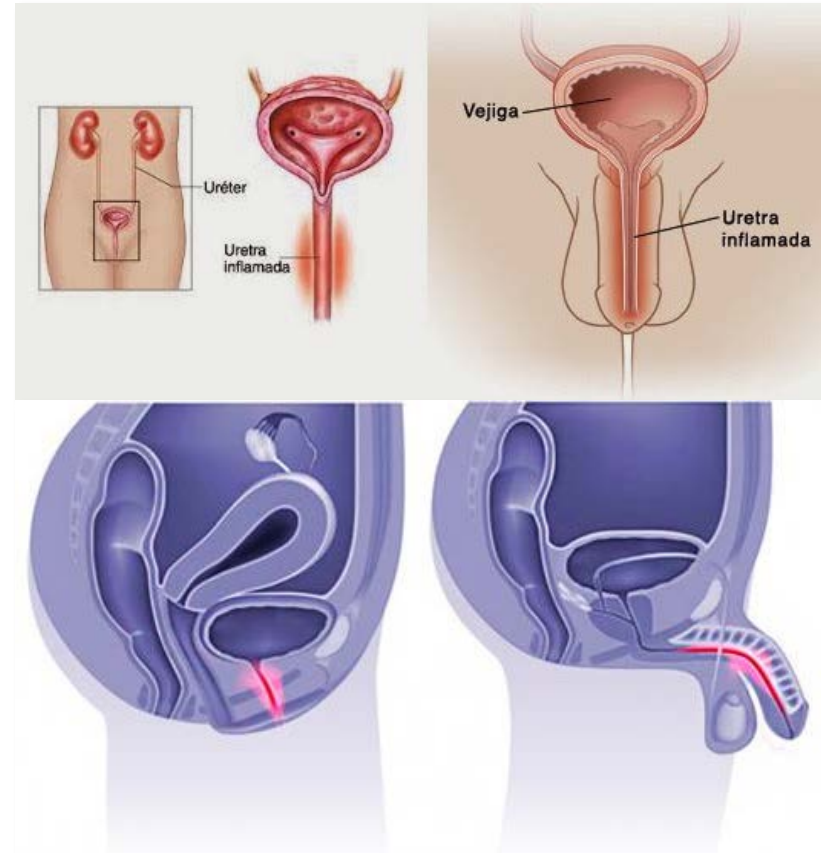
☐ Sífilis primaria

☒ **Uretritis bacteriana**

☐ Uretritis irritativa de contacto

Uretritis. Clínica

- Inflamació de la uretra
- **Exudat uretral** (seròs o purulent)
- Hematuria
- **Dolor uretral amb la micció**
- Pruija
- Hematuria
- Adenopatíes inguinals



Urethritis. Diagnòstic diferencial



Urethritis Infecciosa (NG,
CT, MG, UU, TV,
Adenovirus, VHS1-2,
Haemophilus...)



Urethritis NO Infecciosa
(Sustancias irritantes,
alergias, traumatismos,
estenosis, tumores...)

Bona anamnesi: ¿RRSS?

Uretritis infecciosa. Diagnòstic diferencial

Més freqüent

•Gonorrea (NG):

- Exudat purulent
- Incubació 2-7 d
- Asimptomàtica (en 70% ♀ i en 10% ♂)

•Clamidia (CT):

- Exudat seropurulent
- Incubació 2-6 sem
- Asimptomàtica (en 80% ♀ i en 50% ♂)

•*Mycoplasma genitalium* (MG)

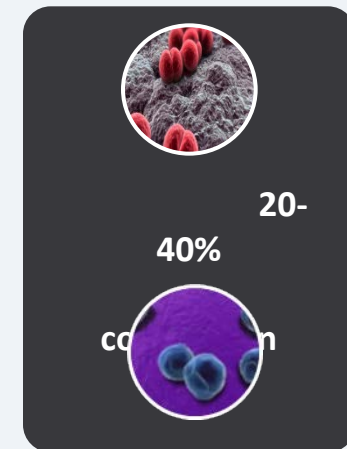
•*Ureaplasma urealyticum* (UU)

•*Trichomonas vaginalis* (TV)

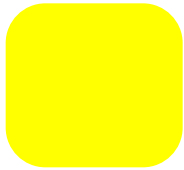
•Adenovirus

•VHS1 y VHS2

•*Haemophilus influenzae*...



Davant la clínica, Quines proves demanaries?



Cap . No és necessari



Tira reactiva de orina



PCR uretral + cultiu uretral per a NG + PCR faríngia + PCR rectal



PCR uretral + Cultiu uretral per a NG + PCR faríngia + PCR rectal + Serologies (VIH, Sífilis i virushepàtics)

Davant la clínica, Quines proves demanaries?

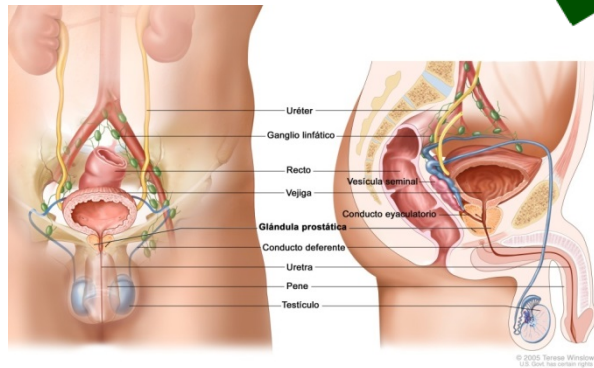
Ninguna. No es necesario

Tira reactiva de orina

PCR uretral + Cultivo uretral para NG + PCR faríngea + PCR rectal

PCR uretral + Cultiu uretral per a NG + PCR faríngea + PCR rectal + Serologies (VIH, Sífilis i virushepàtics)

Urethritis. Proves complementàries ♂



amb exudat:



- PCR-uretral
Clamidia +
Gonococo
- Cultiu uretral
Gonococ



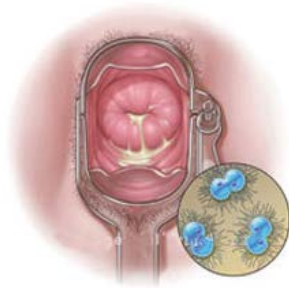
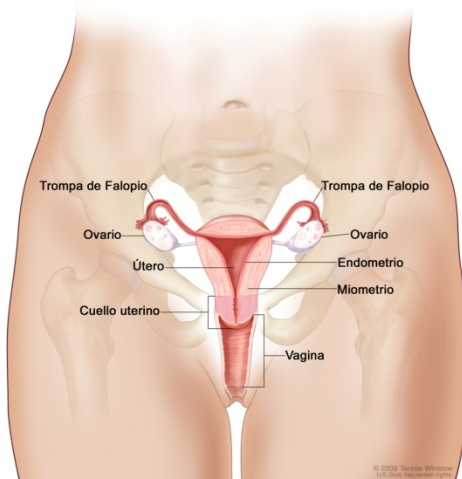
**Sense exudat
o contactes:**



- PCR-Orina
Clamidia i
Gonococo [Orina
del primer raig (>2h
sense orinar)]

Uretritis. Proves complementàries ♀

Cervicitis ♀ o contacte:



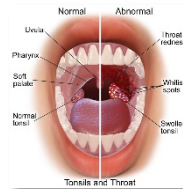
- PCR-vaginal o endocervical
Clamidia + Gonococ
- Cultiu endocervical Gonococ (si
molt exudat)
- Cultiu vaginal



- Orina del primer
chorro (>2h sin
orinar)
- PCR-Orina
Clamidia y
Gonococo

Urethritis. Proves complementàries (resta de cribatge d' ITS)

- Si sexe oral:



Faringe posterior i criptes amigdalines



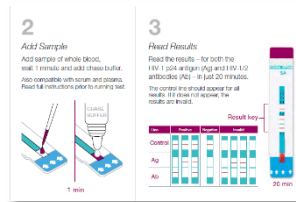
- PCR-faringe CT i NG

- Si sexe anal:



- PCR-rectal CT i NG

- Si disponible, valorar:



- **Test Rápido HIV** (ALERE Ag y Ac (S y E 94-100%))

http://www.youtube.com/watch?v=SLvkhCXxajQ&feature=player_embedded

- Altres proves importants (no olvidar):



- VIH
- Sífilis
- VHA, VHB, VHC (segons el risc)

Proves complementàries. Cribat en pacients asimptomàtics

DONES ♀♂ ♀♀

Inspecció visual per la detecció de condilomes anogenitals

Estudi de Tricomonas, Gardnerella, Candidiasis vulvovaginal	PCR i Cultivo en mostra vaginal (ideal inspecció directa del Fluxà vaginal)
Estudi de Gonococo y Clamidia	PCR en mostra vaginal o endocervical
Serologies : VIH i Sífilis i VHC	Ac i /o Ag VIH RPR o VDRL (reagínicas) i TPHA o FTA (treponémicas) VHC IgG (si relacions sexuals amb menstruació)
Asegurar estat vacunal VHB	HBsAc i anti HBc

HOMES HETEROSEXUALS ♂♀

Inspecció visual per la detecció de condilomes anogenitals

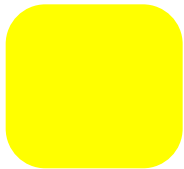
Estudi de Gonococo i Clamidia	PCR en mostra de orina (primer raig)
Serologías: VIH i Sífilis	Ac i/o Ag VIH; ELISA; RPR o VDRL (reagínicas) i TPHA o FTA (treponémicas)
Asegurar estat vacunal VHB	HBsAc i anti HBc

HOMES QUE TENE SEXE AMB HOMES (HSH) ♂♂

Inspecció visual per la detecció de condilomes anogenitals

Estudio de Gonococo i Clamidia	PCR en mostra de orina (primer raig) + mostra rectal + mostrafaríngea
Serologías: VIH i Sífilis i VHC	Ac i /o Ag VIH; ELISA RPR o VDRL (reagínicas) i TPHA o FTA (treponémicas)
Asegurar estat vacunal VHB i VHA	HBsAc i anti HBc; VHA IgG

Davant la clínica, Quin tractament donaries?



Ciprofloxacino 500 mg VO 1/12 h, 21 dies



Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500mg IM



Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO 1/8 h, 7dies



No tractar fins tenir resultats de les proves

Davant la clínica, Quin tractament donaries?

☐ Ciprofloxacino 500 mg VO 1/12 h, 21 días

☒ **Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500mg IM**

☐ Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO 1/8 h, 7 días

☐ No tratar hasta tener resultados de pruebas

Uretritis.Tractament

Si sospita de MTS SEMPRES TRACTAR en la consulta de forma empírica:

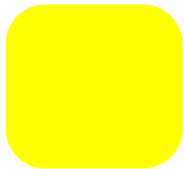
- Ceftriaxona 500 mg IM + Azitromicina 1 g VO (o Doxiciclina 500 mg/12 h, 7 d, si alergia a Azitromicina)
- Azitromicina 2 g VO DU (si alergia a Penicilina o Cefalosporinas)

URETRITIS PER NG	URETRITIS PER CT	URETRITIS PER MG
• Azitromicina 1 g VO + Ceftriaxona 500 mg IM	• Azitromicina 1 g VO	• Azitromicina 500 mg/d VO (1 día) i després Azitromicina 250 mg/d VO (4 dies)
• Azitromicina 2 g VO DU • Az 1 g VO + Cefixima 400 mg VO DU • Az 1 g VO + Espectinomicina 2 g IM UD ** • Az 1 g VO + Cefotaxima 500 mg IM UD	• Doxiciclina 100 mg VO 1/12 h (7 d) * • Eritromicina 500 mg/12h VO (10 d) • Ofloxacino 200 mg/12h VO (7 d) *	• Moxifloxacino 400 mg/d VO (14 d)

* NO us en embaràs ni lactancia

** Medicació estrangera

Quines altres mesures recomenaries?



Abstinència de relacions sexuals 1-2 setmanes i Consell sobre mesures de sexe segur



Avisar als contactes sexuals de les últimes setmanes per a cribat i tractament si es confirma una MTS



Seguiment del pacient i comprovació de erradiació con nova PCR a les 5 setmanes post tractament



Totes són certes

Quines altres mesures recomanaries?



Abstinencia de relaciones sexuales 1-2 semanas y consejo sobre medidas de sexo seguro



Avisar a los contactos sexuales de las últimas semanas para realizar cribado y tratamiento si se confirma una ITS

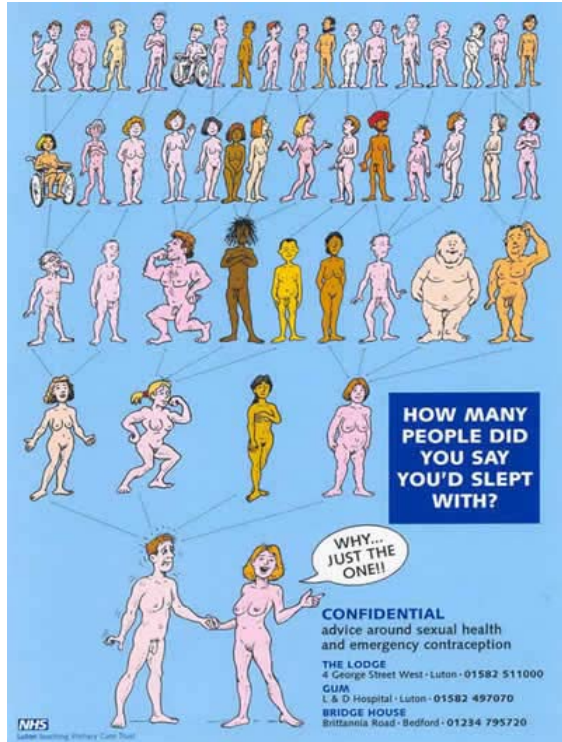


Seguimiento del paciente y comprobación de curación con nueva PCR a las 5 semanas post tratamiento



Totes són certes

Urethritis. Estudi de contactes



¡SEMPRE tractar als contactes!

Urethritis per NG i Urethritis per CT

Parelles de 3 mesos previs al inici de
síntomes

Cas clínic. Seguiment

- Es visita en la consulta de Referent de MTS del Centre d' Atenció Primària

- **Resultats:**

- Cultiu uretral: NG + (S a Ceftriaxona, R a Ciprofloxacino)
- PCR uretral: NG +, CT +
- PCR faríngea i rectal: NG -, CT -
- Serologies : VIH -, VHC-, Sífilis -
- PCR orina i faríngea (4-5 setmanes post tractament): NG -, CT -

- **Diagnòstic definitiu : URETRITIS GONOCÒCCICA I PER CLAMIDIA**

- Es notifica (es fa declaració obligatòria i enquesta epidemiològica)

- **Estudi de contactes** : localitzat al contacte , fem cribat i el tractem empíricament amb Azitromicina 1g VO + Ceftriaxona 500 mg IM. El resultat de proves del contacte són:

- PCR faríngea: NG +, CT +
- Resto de proves -

SÍFILIS (PART 1)

Sònia Martínez Carmona



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Cas clínic

• Descripció:

Pacient que ve per presentar des de fa 2 dies lesió en el solc balanopreputcial ulcerat, amb induració, no dolorós, 9 mm Ø, amb les vores aixecades lleugerament i zona eritematosa central amb una àrea més groguenca. No refereix haver pres cap mena de medicació fa poc o aplicat productes tòpics.

• EF :

Afebril, ADP inguinals bilaterals no dolorosos > 1cm, no dolor escrotal, no altres lesions mucoses cutànies.

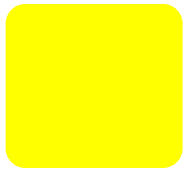
• Historial sexual reciente:

RRSS MSM CP (SA insertivo) però SP (SO insertivo i receptiu), fa 10 dies.



Cas clínic

**Davant la clínica,
¿quin és el diagnòstic més probable?**



Xancre sifilític



Herpes genital



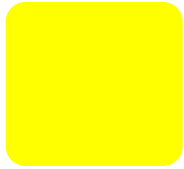
Úlcera traumàtica



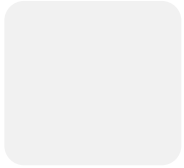
Cap de les anteriors

Cas clínic

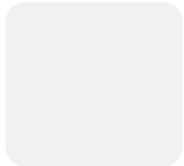
**Davant la clínica,
¿quin és el diagnòstic més probable?**



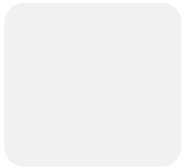
Xancre sifilític



Herpes genital

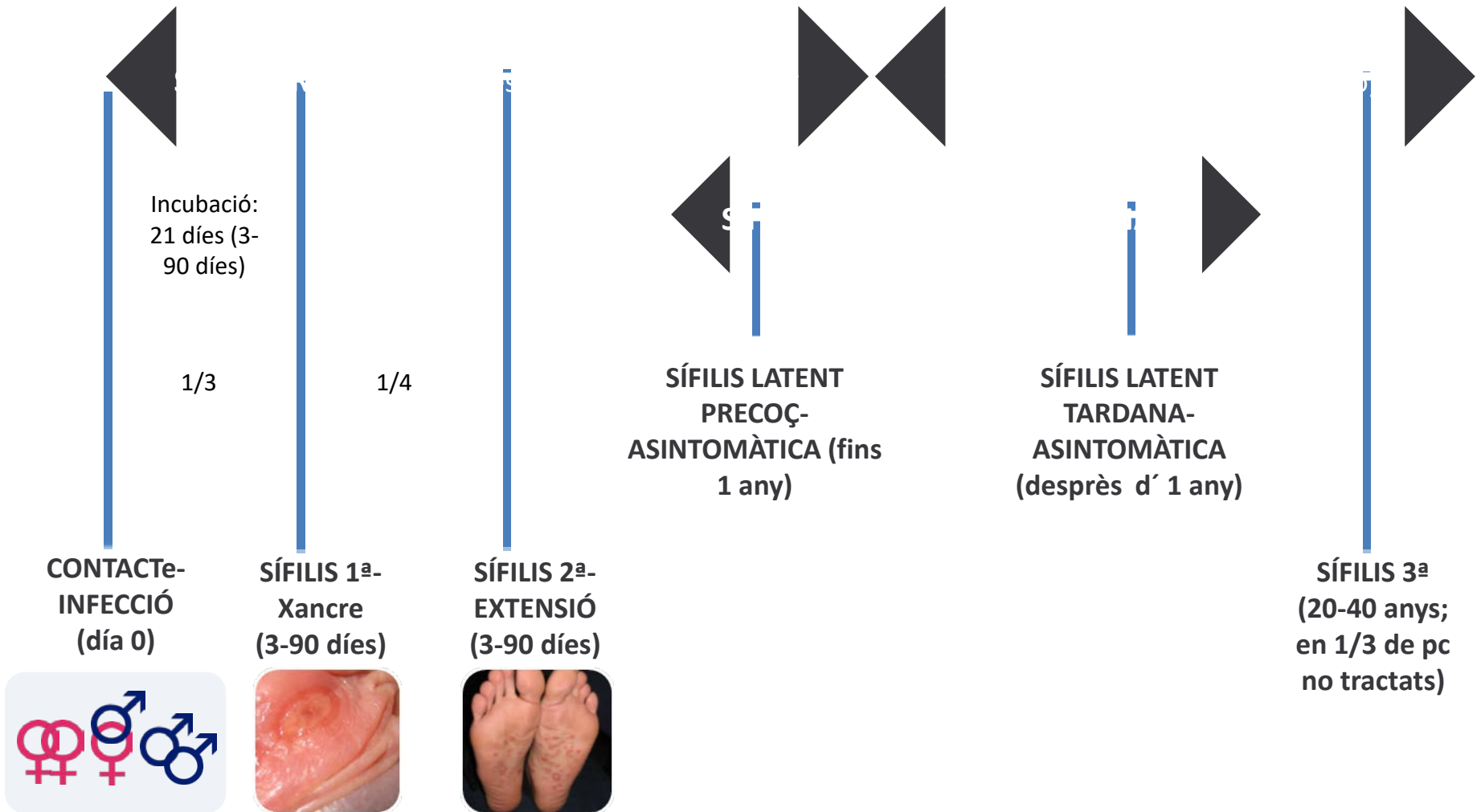


Úlcera traumática



Ninguna de las anteriores

Sífilis. Història natural



Úlcera genital. Diagnòstic diferencial (1)



Úlcera genital infecciosa
(VHS1-2, Sífilis, LGV,
Haemophilus ducreyi, *Klebsiella*
granulomatis, Estafilococos,
Cándidas...)



Úlcera genital NO Infecciosa
(Traumatismos, sustancias
irritantes, eritema fijo
pigmentario, Enf. Behçet,
tumores...)

Bona anamnesi: ¿RRSS?

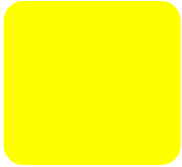
Úlcera genital. Diagnòstic diferencial:

Més freqüent

HERPES GENITAL	XANCRE SIFILÍTIC	LINFOGRANULOMA VENERI	XANCRE TOU (XANCROIDE)	GRANULOMA INGUINAL
VHS 1 i/o VSH 2	Treponema Pallidum	Chlamydia trachomatis L1,L2,L3	Haemophilus ducreyi	Klebsiella gralunomatis
- Úlceres múltiples, superficials, <1cm, agrupades sobre fons eritematós - Vesícules → erosions → úlceres - Miàlgies, MEG, febre - Dolor ++ - ADP bilaterals doloroses	- Lesió única, profunda, vores ben definides, sobre base llisa de consistència dura - Màcula → pàpula → úlcera → curació espontànea - NO dolor - ADP bilaterals NO doloroses	- Lesió única - Pàpula plana → úlcera → cura ràpid - MEG, febre, proctocolitis - Dolor variable - ADP uni/bilateral, doloroses, supuren, fistulitzen, s'ulceren TTM: Doxiciclina 100mg vo/12h x 21d	- Úlcera única/múltiples, tova, irregular, necròtica, dolorosa, purulenta - Dolor ++ - ADP unilaterals, doloroses, supuren TTM: ceftriaxona 250mg IM DLI o	- Úlcera única/múltiples - Lesió ulcerogranulomatosa sagna fàcil - Granuloma subcutani - NO dolor - NO ADP - Evolució crònica - Tropical TTM: Doxiciclina
				

Cas clínic

Davant la sospita diagnòstica, ¿Què faries a continuació?



Actitud expectant. Es resoldrà amb el temps



Tractar en consulta



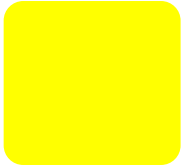
Tractar en consulta + sol·licitar PCR úlcera per VHS1-2 (si disponible) + serologies VIH / Sífilis



Tractar en consulta + sol·licitar PCR úlcera per VHS1-2 (si disponible) + serologies VIH / Sífilis + PCR faringe / orina CT / NG

Cas clínic

Davant la sospita diagnòstica, ¿Què faries a continuació?



Actitud expectant. Es resoldrà amb el temps



Tractar en consulta



Tractar en consulta + sol·licitar PCR úlcera per VHS1-2 (si disponible) + serologies VIH / Sífilis

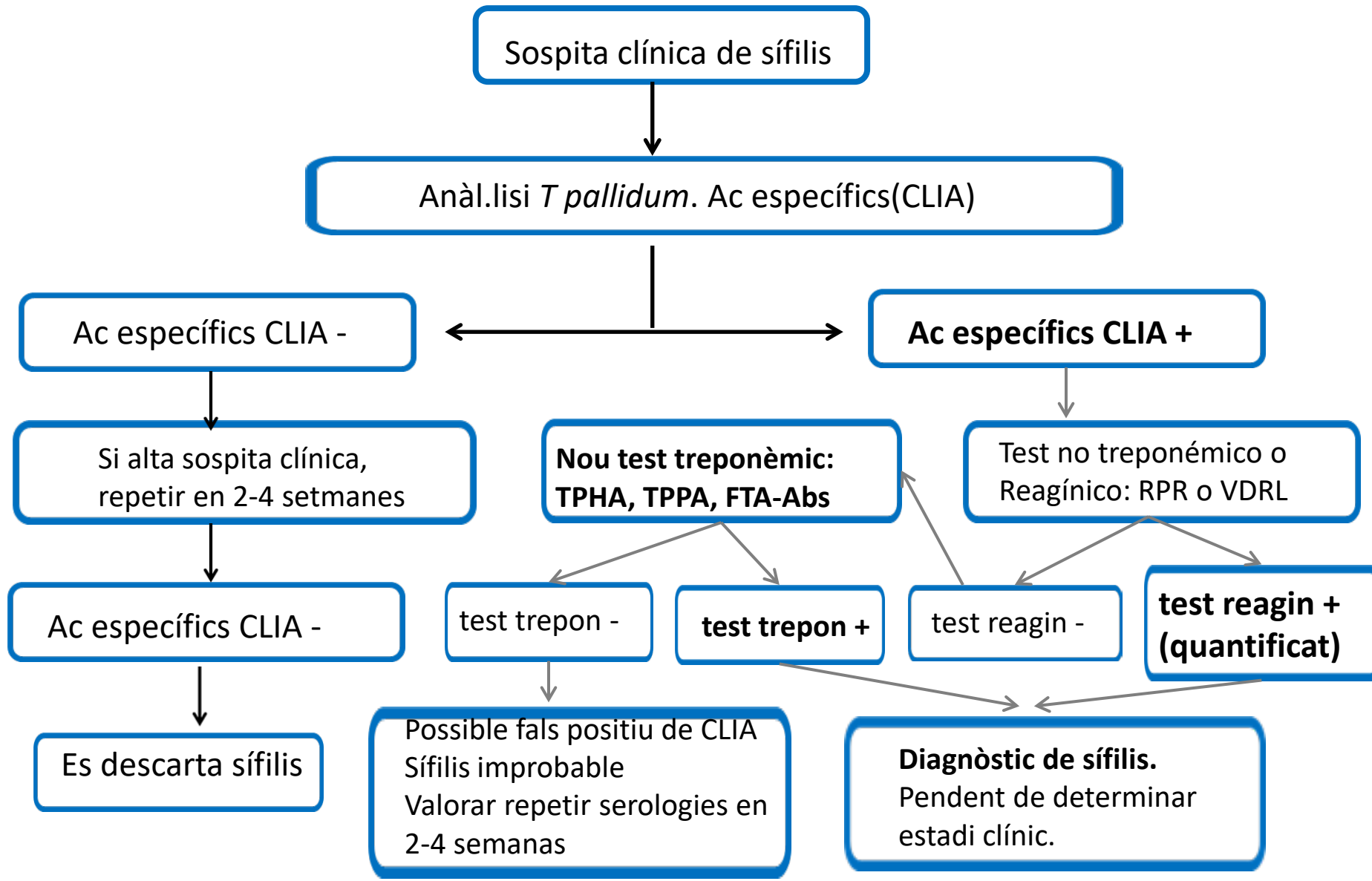


Tractar en consulta + sol·licitar PCR úlcera per VHS1-2 (si disponible) + serologies VIH / Sífilis + PCR faringe / orina CT / NG

Sífilis. Diagnòstic serològic

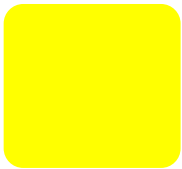
NO TREPONÈMIQUES o REAGÍNIQUES (RPR o VDRL)	TREPONÈMIQUES (TPHA, TPPA, FTA-Abs, EIA)
• NO específiques <i>T. pallidum</i>. • Positivitzen a les 2-3 setmanes després de l'aparició del xancro. • Falsos Positius: edat avançada, VIH, TBC, MC hepàtica, drogues. • Correlació amb activitat Monitorització resposta tractament. • Sempre s'han de presentar quantificades (1/2, 1/4, 1/8, 1/16 de,) • Negativitzen després del tractament.	• Específiques <i>T. pallidum</i>. • Prova treponémica negativa DESCARTA sífilis. • Positivitzen a les 2 setmanes després de l'aparició del xancro (abans que les proves reagíniques) • Falsos Positius: malaltia periodondal, MNI, colagenopatías, drogues. • No correlació amb activitat, no valoren resposta al tractament i no es quantifiquen. • Romanen positives tota la vida, independentment de la fase i del tractament. • Són les que usualment es determinen en les proves ràpides.

Sífilis. Algoritmo diagnòstic serològic



Cas clínic

**Davant la sospita diagnòstica,
¿que tractament recomanaries?**



Ceftriaxona 500 mg IM (1 dosi)



Penicilina G Benzatina 2,4 millions UI IM (1 dosi)



Penicilina G Benzatina 2,4 millions UI IM (3 dosi; 1 dosi setmanal)



+



Cas clínic

**Davant la sospita diagnòstica,
¿que tractament recomanaries?**

Ceftriaxona 500 mg IM (1 dosis)

Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (1 dosi)

Penicilina G Benzatina 2,4 millones UI IM (3 dosis; 1 dosis semanal)

+

Sífilis. Tractament



	Primària, Secundària, Latent precoç i Contactes	Latent tardana Latent indeterminada	Neurosífilis o Terciària
Elecció	• Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis) *	• Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis; 1 / semana)	DERIVAR A HOSPITAL
Alternatives	• Doxiciclina 100 mg/12h vo (14d)** • Teràpia desensibilitzadora a Penicil.lina (en Hospital)	• Doxiciclina 100 mg/12h VO (28 d) ** • Teràpia desensibilitzadora a Penicilina (en Hospital)	

* Avisar de possible reacció de Jarisch-Herxheimer (apareix a les 4-12h postinjecció per destrucció d'espíroquetes; febre, mialgies o aparició de més lesions) Es tracta amb repós i paracetamol

** No en gestantes

SÍFILIS (PART 2)

Gemma Ferriz i Villanueva



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Cas clínic

• Descripció:

Home de 38 anys, homosexual, sense antecedents patològics d'interès, que consulta per erupció cutània lleugerament pruriginosa i sensació distèrmica no termometrada de 10 dies d'evolució. Fa 2 mesos va presentar una úlcera genital que es va resoldre espontàniament.

• EF:

BEG, afebril, exantema maculopapular eritematós generalitzat que afecta a palmells de les mans i a plantes dels peus. ADP generalitzades.

• **Historia sexual recent:** Refereix relacions sexuals de risc durant el darrer any (sexe oral i anal sense preservatiu).



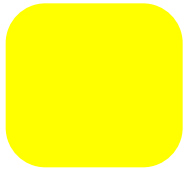
AMF 2010;6(6):330-337

Cas clínic



Cas clínic

**Davant aquesta clínica,
Quin és el diagnòstic més probable?**



Pitiriasis rosada de Gibert



Picades d'insecte



Sífilis secundària



Psoriasi en gotes

Cas clínic

**Davant aquesta clínica,
Quin és el diagnòstic més probable?**

☐ Pitiriasis rosada de Gibert

☐ Picadas de insecto

☒ **Sífilis secundària**

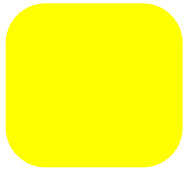
☐ Psoriasis en gotas

Sífilis secundària. Diagnòstic diferencial

PSORIASIS GUTTATA	PITIRIASI ROSADA	SÍFILIS SECUNDÀRIA	LIQUEN PLA	EXANTEMA VÍRICO
- Plaques eritematoses 0,5-1,5 cm - Marge net - Descamació nacarada - Asimptomàtica	- Placa Heràldica: placa ovalada de 2,5 cm solitària, eritematosa - Descamació marginal - Asimptomàtica - Al cap de 5-10 dies: lesions similars però més petites: 1-3cm	- Exantema maculopapular - No pruriginós (10-15%) pruriginós - No descamació - En palmas y plantas (collarete de Bielt) - Lesions del mateix tamany ben definides i simètriques	- Pàpules eritematoviolàcies confluents, brillants 1-10 mm - Estries blanquinoses (E. de Wickham) - Descamació fina - Distribución simètrica - Molt pruriginoses	- Exantema maculopapular - Infància - Context epidemiològic - Signes i símptomes acompanyants (febre)
Localització: ✓ Cares extensores articulacions, cuir pilós ✓ Zona lumbar baixa i periumbilical. ✓ Respecta palmells i plantes - Dx clínic - Curs autolimitat 3-4m	Localització: ✓ Placa Heràldica: tòrax o abdomen ✓ Resta: distribució en arbre de pascua - Pitiriasis palmoplantar (20%) - Dx clínic - Curs autolimitat. 5-10 semanas	Localització: ✓ Tronc, extremitats ✓ Afectació palmoplantar - Dx serològic - Resolució 3-12 semanas	Localització: - Generalitzada amb predilecció per cara ventral de canells i turmells - Dx clínic - Curs crònic amb exacerbacions periòdiques	Localizació: ✓ Tronco i extremitats ✓ Pot afectar palmells i plantes - Dx clínic
				

Cas clínic

Front la sospita diagnòstica, quina actitud recomanaries?



Derivació preferent al servei de dermatologia de referència



Tractament empíric



Determinació serologia luètica



Determinació serologia luètica i altres MTS (VIH, VHB, VHC..)

Cas clínic

**Front la sospita diagnòstica,
quina actitud recomanaries?**

Derivació preferent al servei de dermatologia de referència

Tratamiento empírico

Determinación serología luética

Determinació serologia luètica i altres MTS (VIH, VHB, VHC..)

Sífilis. Diagnòstic serològic

NO TREPONÈMIQUES o REAGÍNIQUES (RPR o VDRL)

- NO específiques *T pallidum*
- Positivitzen a les 2-3 setmanes de l'aparició del xancre
- Falsos Positius: edat avançada, VIH, TBC, MC hepàtica, drogues
- Correlació amb activitat
- Monitorització resposta tractament.

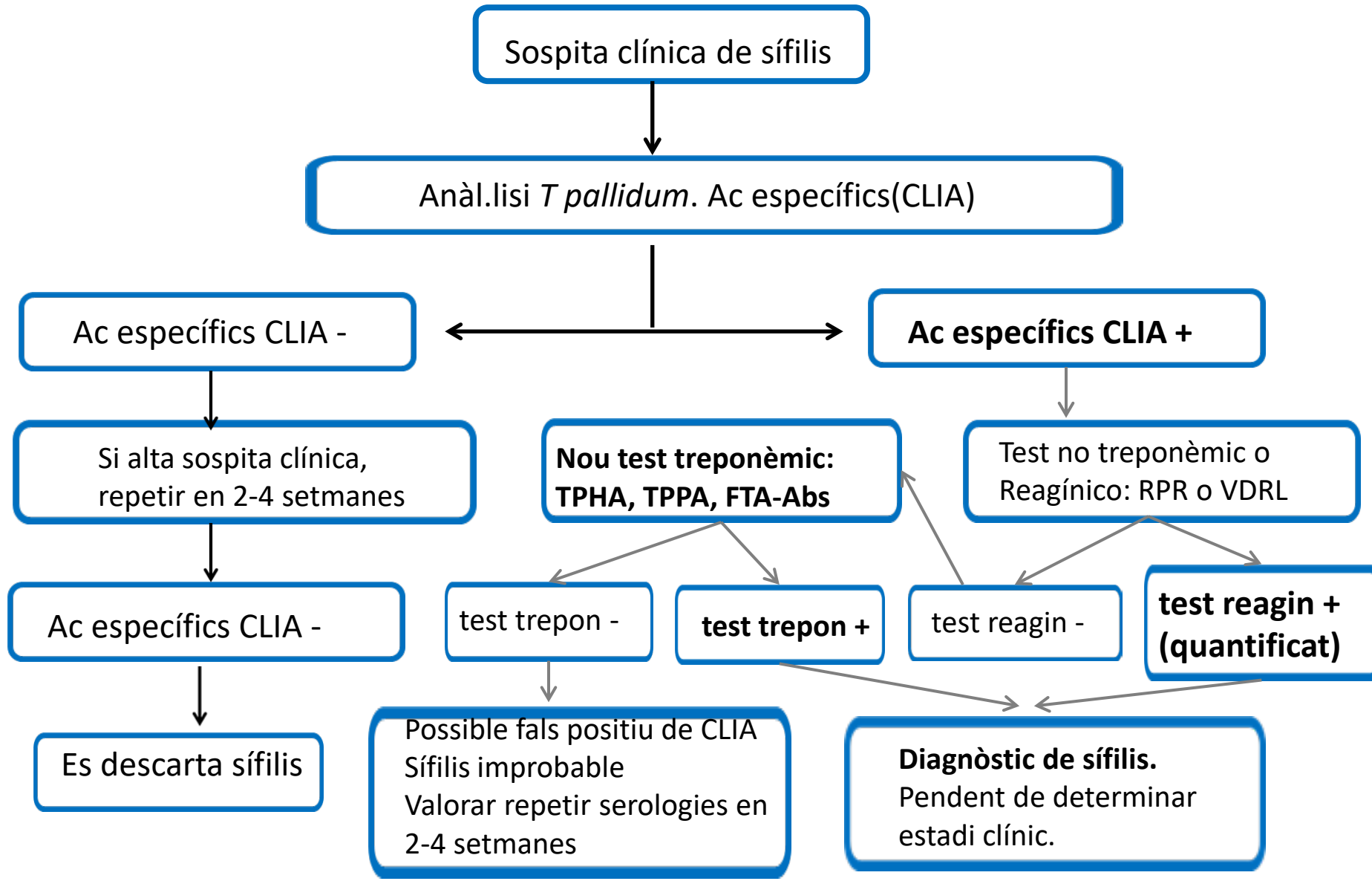
Sempre s'han de presentar quantificades (1/2, 1/4, 1/8, 1/16,.....)

- Negativitzen després del tractament

TREPONÈMIQUES (TPHA, TPPA, FTA-Abs, EIA)

- Específiques *T pallidum*
Prova treponèmica negativa DESCARTA sífilis
- Positivitzen a les 2 setmanes després de l'aparició del xancre (abans que les proves reagíniques)
- Falsos Positius: Malaltia periodondal, MNI, colagenopaties, drogues
- No tenen correlació amb activitat.
No valoren resposta al tractament i no es quantifiquen
- Romanen positives tota la vida, independentment de la fase i del tractament
- Són les que usualment es determinen en les proves ràpides

Sífilis. Algoritme diagnòstic serològic



Sífilis. Diagnòstic serològic

TABLA 3

Interpretación de resultados de pruebas diagnósticas

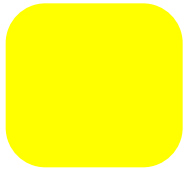
	Historia previa de sífilis tratada	Sin historia previa de sífilis tratada
Ambos test (+)	Titular pruebas no treponémicas ↑ × 4 títulos → reinfección → iniciar tratamiento	Iniciar tratamiento
Pruebas treponémicas (+) Pruebas no treponémicas (–)	No tratar	• Asintomático: repetir pruebas no treponémicas en 2 semanas • Sintomático: repetir pruebas treponémicas
Pruebas treponémicas (–) Pruebas no treponémicas (+)	*	Falso positivo

* Resulta improbable encontrar este resultado, dado que, si el paciente tiene historia previa de sífilis, las pruebas treponémicas serían positivas.

AMF 2018; 14 (5): 276-281

Cas clínic

**Front la sospita diagnòstica,
quin tractament recomanaries?**



Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis)



Si al.lèrgia a la Penicil.lina, doxiciclina 100mg/12h 7 días



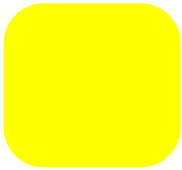
Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis)...



Si al.lèrgia a la Penicil.lina, doxiciclina 200mg/12h 14 días

Cas clínic

**Front la sospita diagnòstica,
quin tractament recomanaries?**



Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis)...



Sífilis. Tractament



	Primària, Secundària, Latent precoç i Contactes	Latent tardana Latent indeterminada	Neurosífilis o Terciària
Elecció	• Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (1 dosis) *	• Penicil.lina G benzatina 2400000 UI IM (3 dosis; 1 / semana)	DERIVAR A HOSPITAL
Alternatives	• Doxiciclina 100 mg/12h vo (14d)** • Teràpia desensibilizadora a Penicil.lina (en Hospital)	• Doxiciclina 100 mg/12h VO (28 d) ** • Teràpia desensibilizadora a Penicilina (en Hospital)	

* Avisar de possible reacció de Jarisch-Herxheimer (apareix a les 4-12h postinjecció per destrucció d'espíroquetes; febre, mialgies o aparició de més lesions) Es tracta amb repós i paracetamol

** No en gestantes

ÚLCERES GENITALS

Marta Arcarons / Àngels Casaldàliga



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

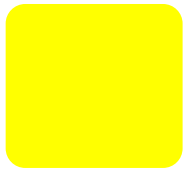
Cas clínic

- **Descripció:** Pacient de 60 anys que consulta per lesions a llavis majors de 2 dies d'evolució. La pacient refereix que li surten des de fa més de 10 anys unes 2 o 3 vegades a l'any
- **EF:** Lesions vesiculars agrupades doloroses, sobre base eritematosa.
- **Historial sexual recent:** Nega contactes sexuals actuals. Explica una relació mantinguda en el temps durant uns anys però que va finalitzar fa 10 anys.



Cas clínic

Quin és el diagnòstic mes probable?



Condilomes



Herpes zoster



Herpes genital



Berrugues genitals - VPH

Cas clínic

Quin és el diagnòstic mes probable?

Condilomes

Herpes zoster

Herpes genital

Berrugues genitals - VPH

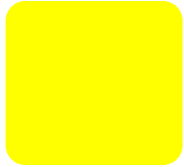
Úlcera genital. Diagnòstic diferencial

Més freqüent ←

HERPES GENITAL	XANCRE SIFILÍTIC	LINFOGRANULOMA VENERI	XANCRE TOU (XANCROIDE)	GRANULOMA INGUINAL
VHS 1 i/o VSH 2	Treponema Pallidum	Chlamydia trachomatis L1,L2,L3	Haemophilus ducreyi	Klebsiella gralunomatis
- Úlceres múltiples, superficials, <1cm, agrupades sobre fons eritematós - Vesícules → erosions → úlceres - Miàlgies, MEG, febre - Dolor ++ - ADP bilaterals doloroses	- Lesió única, profunda, vores ben definides, sobre base llisa de consistència dura - Màcula → pàpula → úlcera → curació espontànea - NO dolor - ADP bilaterals NO doloroses	- Lesió única - Pàpula plana → úlcera → cura ràpid - MEG, febre, proctocolitis - Dolor variable - ADP uni/bilateral, doloroses, supuren, fistulitzen, s'ulceren TTM: Doxiciclina 100mg vo/12h x 21d	- Úlcera única/múltiples, tova, irregular, necròtica, dolorosa, purulenta - Dolor ++ - ADP unilaterals, doloroses, supuren TTM: ceftriaxona 250mg IM DU o azitromicina 1g DU	- Úlcera única/múltiples - Lesió ulcerogranulomatosa sagna fàcil - Granuloma subcutani - NO dolor - NO ADP - Evolució crònica - Tropical TTM: Doxiciclina 100mg vo/12h x 21d o cotrimoxazole 800/160mg/12h x 21d
				

Cas clínic

Quina prova sol·licitaries?



PCR herpes virus



No sol·licitaria cap prova, tractaria directament



Biòpsies de les lesions



PCR herpes virus + serologies (sífilis, VIH, VHC, etc.)

Cas clínic

Quina prova sol·licitaries?

PCR herpes virus

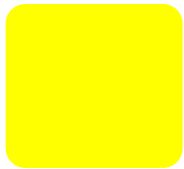
No sol·licitaria cap prova, tractaria directament

Biòpsies de les lesions

PCR herpes virus + serologies (sífilis, VIH, VHC, etc.)

Cas clínic

**Segons la sospita diagnòstica,
quin tractament recomanaries?**



Cures tòpiques amb iode



Valaciclovir 500mg/12h 5 dies



Valaciclovir 1gr/12h 3 dies



Aciclovir 800mg/8h 5 dies

Cas clínic

**Segons la sospita diagnòstica,
quin tractament recomanaries?**

Cures tòpiques amb iode

Valaciclovir 500mg/12h 5 dies

Valaciclovir 1gr/12h 3 dies

Aciclovir 800mg/8h 5 dies

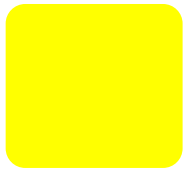
Cas clínic

- **Descripció:** Pacient de 40 anys que consulta per lesions al penis des de fa 5 dies. Refereix episodis previs similars des de fa 10 anys, de fins a 8 a l'any.
- **EF:** Lesions vesiculars agrupades doloroses, sobre base eritematosa.
- **Historial sexual recent:** Parella estable, relació tancada.



Cas clínic

Com el tractaries?



Aciclovir 200mg 5 vegades al dia x 10dies



Aciclovir 800mg/8h x 5 dies



Aciclovir 800mg/8h x 2 dies



Valaciclovir 1 gr/12h x 10 dies

Cas clínic

Com el tractaries?

Aciclovir 200mg 5 vegades al dia x 10dies

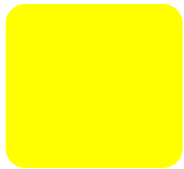
Aciclovir 800mg/8h x 5 dies

Aciclovir 800mg/8h x 2 dies

Valaciclovir 1 gr/12h x 10 dies

Cas clínic

Si tens en compte els múltiples episodis anuals que presenta, pautaries tractament supressor ?



No, ja que no presenta >12 episodis l'any.



Sí, amb Aciclovir 400mg/12h o 200mg/6h durant 6mesos.



Sí, amb Valaciclovir 500mg-1g/dia durant 12mesos.



Sí, amb Famciclovir 500mg/12h 12mesos.

Cas clínic

Si tens en compte els múltiples episodis anuals que presenta, pautaries tractament supressor ?

No, ja que no presenta >12 episodis l'any.

Sí, amb Aciclovir 400mg/12h o 200mg/6h durant 6mesos.

Sí, amb Valaciclovir 500mg-1g/dia durant 12mesos.

Sí, amb Famciclovir 500mg/12h 12mesos.

Herpes genital. Tractament

Primer episodi d'herpes genital (HG)*

- Aciclovir: 400mg/8h x 5 dies o 200mg 5 vegades/d x 5 dies
- Valaciclovir: 500mg/12h x 5 dies
- Famciclovir: 250mg/8h x 5 dies

* Si les lesions o la clínica no han millorat en 5 dies → es pot allargar el tractament

Herpes genital. Tractament

Primer episodi de HG en embarassada

- **Primer i segon trimestre:**
 - Aciclovir 200 mg 5 vegades/d x 5-10 dies
- **Tercer trimestre (setmana 36 o més):**
 - Aciclovir 400 mg/8h o Valaciclovir 250mg/12h fins el part

Primer episodi de HG en pacient VIH+

- Aciclovir 400 mg 5 vegades/d, 7-10 dies
- Valaciclovir 1 gr/12h x 10 dies
- Famciclovir 250-750 mg/12h x 10 dies

Herpes genital. Tractament

Recurrències

Objectiu: reduir la gravetat de la clínica i la seva durada. Iniciar a l'inici dels pròdroms:

- Aciclovir: 200mg 5 vegades al dia o 400/8h, 3-5 dies
- Valaciclovir: 500mg/12h, 3-5 dies o
- Famciclovir: 125mg/12h, 5 dies

Durant l'embaràs:

- **Primer i segon trimestre:**
 - Aciclovir 400 mg/8h, 5-10 dies (per major experiència)
- **Tercer trimestre:**
 - Aciclovir 400mg/8h o Valaciclovir 250mg/12h fins el part

Pacient VIH+:

- Aciclovir 400 mg 5 vegades al dia, 5-10 dies
- Valaciclovir 1 gr/12h, 5-10 dies o
- Famciclovir 500 mg/12h, 5-10 dies

Herpes genital. Tractament

Teràpies curtes en recurrències

- Aciclovir: 800mg/8h x 2 dies
- Valaciclovir: 500mg/12h x 3 dies
- Famciclovir: 1g/12h x 1 dia

Herpes genital. Tractament

Tractament supressor

HG recidivant (≥ 6 /any):

Objectiu: reduir la freqüència de les recurrències un 70-80%. Es pot finalitzar als 12 mesos i valorar.

Experiència amb aciclovir 7 anys; Valaciclovir i Famciclovir 1 any.

Pautes:

- Aciclovir: 400mg/12h o 200mg/6h
- Valaciclovir: 500-1000mg/24h
- Famciclovir: 250mg/12h

Herpes genital. Tractament

Tractament supressor

Gestant:

Característiques: s'aconsegueix reduir les recurrències i l'excreció vírica →
Prevenió de transmissió vertical i del nombre de cesàries.

Pauta en gestants ≥ 36 setmanes:

- Aciclovir 400mg/8h o Valaciclovir 250mg/12h fins el part

Pacient VIH+:

Característiques: l'eficàcia es menor en aquests pacients. Es recomana aturar el tractament quan la càrrega vírica sigui molt baixa o indetectable i la xifra de CD4 s'hagi recuperat.

Pautes:

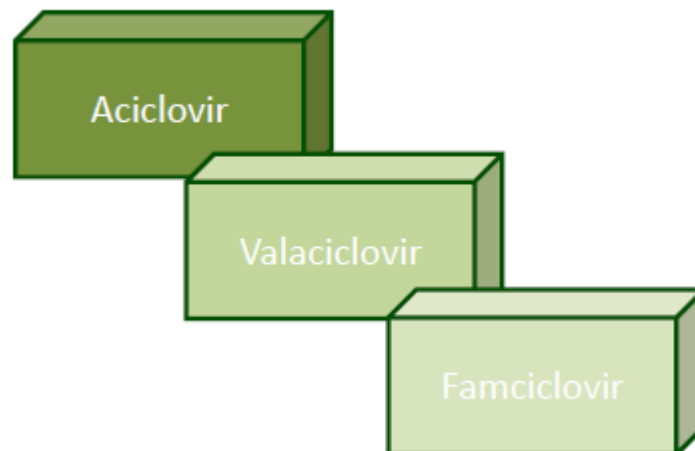
- Aciclovir 400-800 mg/8-12h
- Valaciclovir 500 mg/12h
- Famciclovir 500 mg/12h

Herpes genital. Tractament

Fàrmac d'elecció:

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

Més eficient: Aciclovir



Fàrmac	Posologia	Preu	Euros/dia
ACICLOVIR	400mg/8h o 200mg/4h	9,8€ 25 comp de 200mg	2,5€
VALACICLOVIR	1g/12h	48,49€ 21 comp d'1g	4,8€
FAMCICLOVIR	250mg/8h	65,5€ 21 comp de 250mg	9€

CONDILOMES

Toni Arévalo Genicio



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



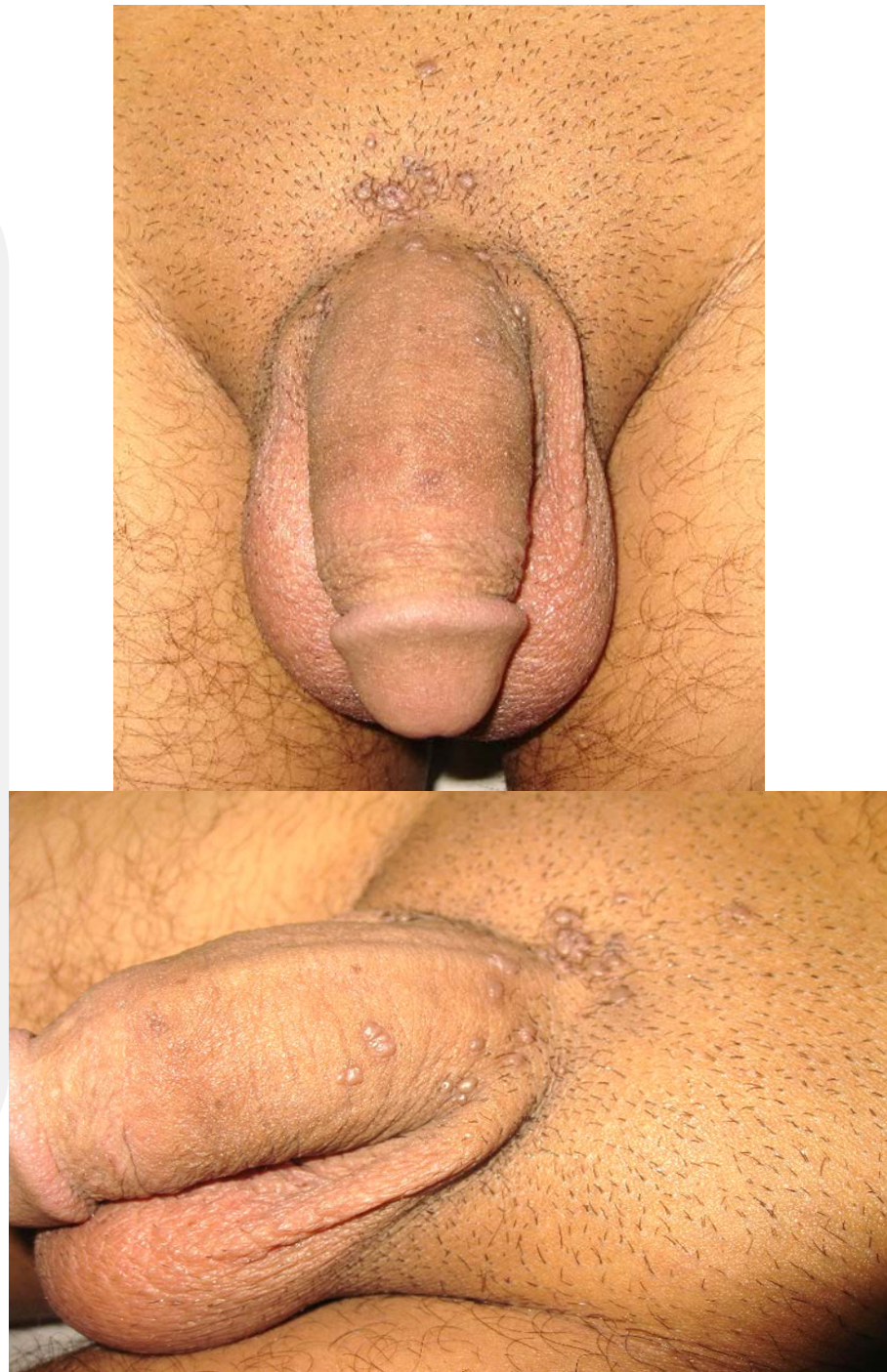
CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Cas clínic

•**Descripció:** Pacient de 35 anys que aprofita la visita per consultar-nos per unes lesions que presenta al gland i a la base del penis des de fa 1 mes.

•**EF:** Lesions papuloses agrupades no doloroses.

•**Historial sexual recent:** Nega contactes sexuals actuals. Explica contactes sexuals ocasionals, alguns sense protecció. No té parella estable.



Cas clínic. Contacte

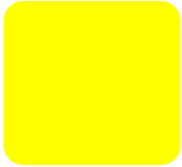


Fuente: Dr. David García Hernández



Cas clínic

En principi, com faríem el diagnòstic?



Biòpsia de totes les lesions



Clínic (també es pot aplicar àcid acètic 5% o valoració dermatoscòpica)



Serologies



PCR d'una de les lesions

Caso clínic.

En principi, ¿cómo faríem el diagnòstic?

Biopsia de todas las lesiones

Clínic (també es pot aplicar àcid acètic 5% o valoració dermatoscòpica)

Serologías

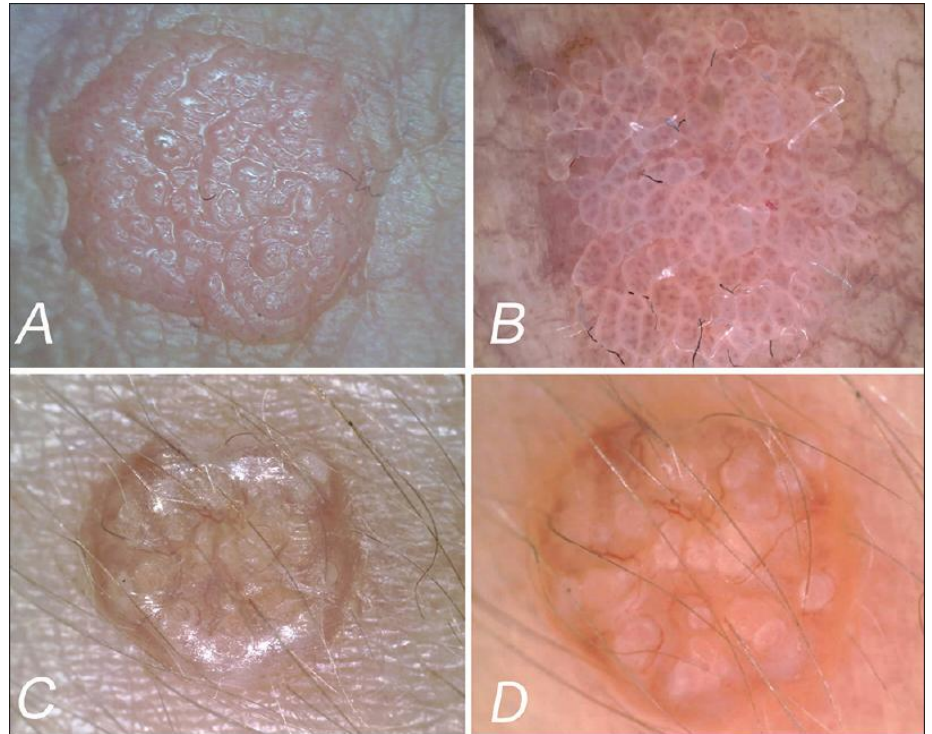
PCR de una de las lesiones

Condilomes. Diagnòstic



- Blanqueja amb àcid acètic 5%
- Amb dermatoscòpia → imatges globulars blanques amb punt central vermell

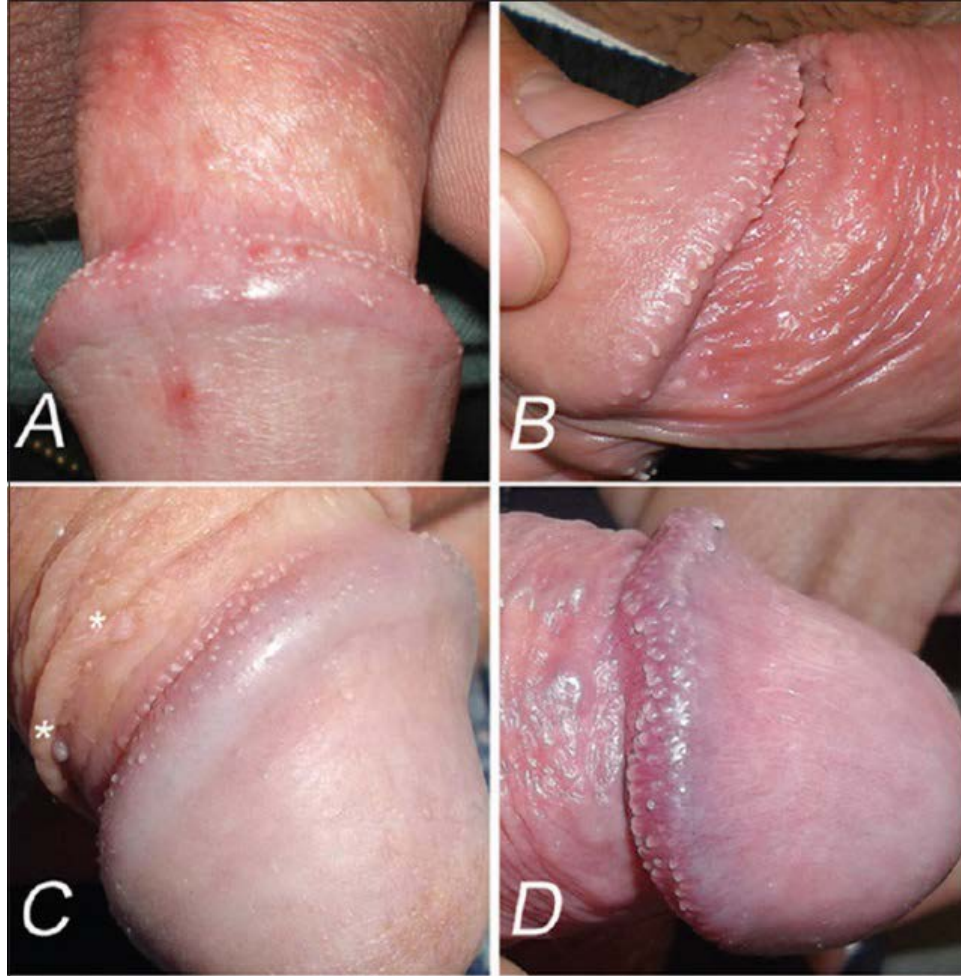
Condiloma



<http://www.odermatol.com/issue-in-html/2015-1-6-video/>

Molusc

Condilomes. Diagnòstic diferencial



Pápules perladas del penis

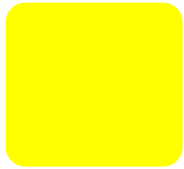
- NO blanquegen amb àcid acètic
- Benignes (variants anatòmiques)

Condilomes.



Cas clínic

Probabilitat infecció per VPH



Fins un 90% de les infeccions es resolen espontàniament



Més del 80% d'homes i dones s'han infectat als 45 anys



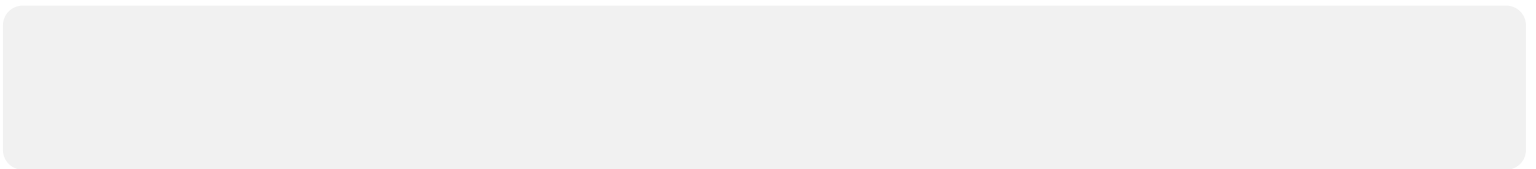
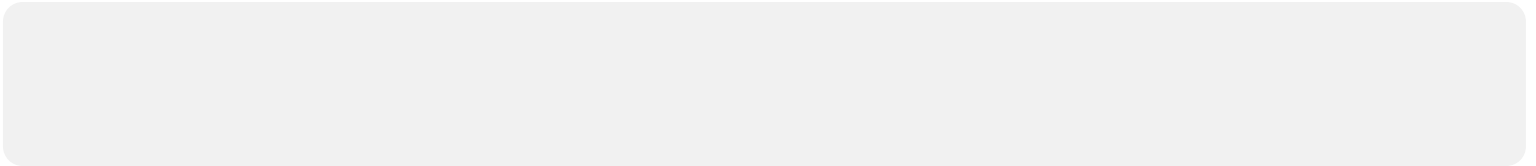
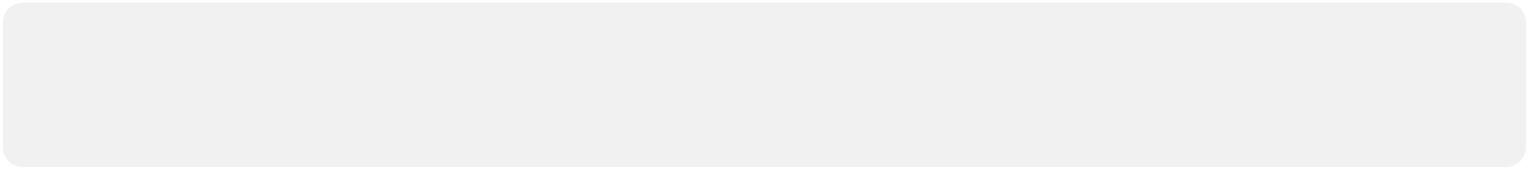
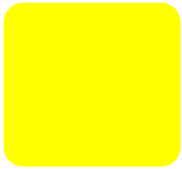
La majoria de les persones s'infecten poc després d'iniciar la seva vida sexual



Totes són correctes

Cas clínic

Probabilitat infecció per VPH



Totes són correctes

Infección genital por VPH



- Probabilidad promedio de adquirir infección por VPH a lo largo de la vida entre aquellos con al menos un compañero del sexo opuesto:

	Probabilidad promedio de adquirir VPH	Rango
Mujeres	84,6%	53,6%-95,0%
Hombres	91,3%	69,5%-97,7%

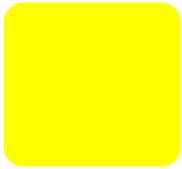
Chesson et al 2014 Sex Transm Dis

Más del 80% de los hombres y mujeres se han infectado a los 45 años.

- La incidencia acumulada de infección por VPH en un periodo de tiempo relativamente corto (3-5 años) es elevada.
- La mayoría de infecciones son **asintomáticas** y **se resuelven espontáneamente** (90%).

Cas clínic

Quin tractament proposaries?



Crioteràpia



Imiquimod crema (3 cops per setmana)



i



són correctes



Curetatge

Cas clínic

Quin tractament proposaries?

☐

Crioterapia

☐

Imiquimod crema (3 veces/semana)

☒

i



són correctes

☐

Curetaje

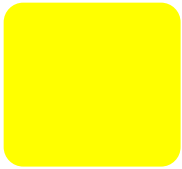
Condilomes. Tractament

	Aplicació	Embaràs	Mucoses
Imiquimod (Aldara, Immunocare, Zyclara)	Autoaplicació	No estudis	No
Podofilotoxina (Wartec)	Autoaplicació	No	No
Sinecatequines (Veregen)	Autoaplicació	No estudis	No
Crioteràpia	Sanitari	Sí	Sí
Ácido Tricloroacètic (70-90%)	Sanitari	Sí	Sí
Resina Podofilino	Sanitari	No	No

Tractaments quirúrgics: Electrocirurgia, Escisió, curetatge, Làser.

Cas clínic

Quins genotips s'associen amb els condilomes?



Els genotips 16 i 18



Els genotips 6 i 11



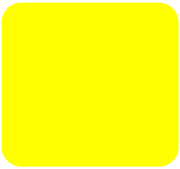
Tots els genotips de VPH produeixen condilomes



Tots els genotips de VPH s'associen a CCU (càncer cervicouterí)

Cas clínic. Contacte

Quins genotips s'associen amb els condilomes?



Els genotips 6 i 11



Cas clínic

Genotips d'alt risc

Table 2: Human papillomavirus (HPV) types assessed by the IARC Monograph Working Group

Group	HPV types	Comments
Alpha HPV types		
1	16	Most potent HPV type, known to cause cancer at several sites
1	18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59	Sufficient evidence for cervical cancer
2A	68	Limited evidence in humans and strong mechanistic evidence for cervical cancer
2B	26, 53, 66, 67, 70, 73, 82	Limited evidence in humans for cervical cancer
2B	30, 34, 69, 85, 97	Classified by phylogenetic analogy to HPV types with sufficient or limited evidence in humans
3	6, 11	--

¹IARC Monograph 100B. Human carcinogens-Biological agents; The Lancet Oncology. 2009

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- Almenys el 80% de les dones s'hauran infectat almenys per un tipus de VPH al llarg de la seva vida
- Les vacunes han demostrat alta eficàcia i efectivitat en la prevenció de la infecció per VPH
- Dels més de 100 genotips de VPH, almenys 14 són oncogènics
- VPH 16 i 18 es relacionen amb el 70% del CCU. La OMS recomana vacunes que incloguin aquests genotips

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- Almenys el 80% de les dones s'hauran infectat almenys per un tipus de VPH al llarg de la seva vida
- Les vacunes han demostrat alta eficàcia i efectivitat en la prevenció de la infecció per VPH
- Dels més de 100 genotips de VPH, almenys 14 són oncogènics
- VPH 16 i 18 es relacionen amb el 70% del CCU. La OMS recomana vacunes que incloguin aquests genotips

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- Almenys el 80% de les dones s'hauran infectat almenys per un tipus de VPH al llarg de la seva vida
- Les vacunes han demostrat alta eficàcia i efectivitat en la prevenció de la infecció per VPH
- Dels més de 100 genotips de VPH, almenys 14 són oncogènics
- VPH 16 i 18 es relacionen amb el 70% del CCU. La OMS recomana vacunes que incloguin aquests genotips

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- Almenys el 80% de les dones s'hauran infectat almenys per un tipus de VPH al llarg de la seva vida
- Les vacunes han demostrat alta eficàcia i efectivitat en la prevenció de la infecció per VPH
- Dels més de 100 genotips de VPH, almenys 14 són oncogènics
- VPH 16 i 18 es relacionen amb el 70% del CCU. La OMS recomana vacunes que incloguin aquests genotips

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- El VPH es cura espontàniament en 6 – 9 mesos
- El tractament del condilomes (genotips 6 i 11) pot reduir però no eliminar la infectivitat del VPH
- Les berrugues queratinitzades és preferible tractar-les amb mètodes ablatius: Crioteràpia, escisió o electrocirurgia
- L'ús correcte del preservatiu pot disminuir la transmissió del VPH, encara que no és totalment protector
- Imiquimod i sinecatequines poden inutilitzar el preservatiu

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- El VPH es cura espontàniament en 6 – 9 mesos
- El tractament del condilomes (genotips 6 i 11) pot reduir però no eliminar la infectivitat del VPH
- Les berrugues queratinitzades és preferible tractar-les amb mètodes ablatius: Crioteràpia, escisió o electrocirurgia
- L'ús correcte del preservatiu pot disminuir la transmissió del VPH, encara que no és totalment protector
- Imiquimod i sinecatequines poden inutilitzar el preservatiu

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- El VPH es cura espontàniament en 6 – 9 mesos
- El tractament del condilomes (genotips 6 i 11) pot reduir però no eliminar la infectivitat del VPH
- Les berrugues queratinitzades és preferible tractar-les amb mètodes ablatius: Crioteràpia, escisió o electrocirurgia
- L'ús correcte del preservatiu pot disminuir la transmissió del VPH, encara que no és totalment protector
- Imiquimod i sinecatequines poden inutilitzar el preservatiu

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- El VPH es cura espontàniament en 6 – 9 mesos
- El tractament del condilomes (genotips 6 i 11) pot reduir però no eliminar la infectivitat del VPH
- Les berrugues queratinitzades és preferible tractar-les amb mètodes ablatius: Crioteràpia, escisió o electrocirurgia
- L'ús correcte del preservatiu pot disminuir la transmissió del VPH, encara que no és totalment protector
- Imiquimod i sinecatequines poden inutilitzar el preservatiu

Virus del Papiloma Humà

Tips:

- El VPH es cura espontàniament en 6 – 9 mesos
- El tractament del condilomes (genotips 6 i 11) pot reduir però no eliminar la infectivitat del VPH
- Les berrugues queratinitzades és preferible tractar-les amb mètodes ablatius: Crioteràpia, escisió o electrocirurgia
- L'ús correcte del preservatiu pot disminuir la transmissió del VPH, encara que no és totalment protector
- Imiquimod i sinecatequines poden inutilitzar el preservatiu



Fins la propera.....



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària