

# Infeccions de transmissió sexual

*Marta Besa*

*Marta Vanrell*

*Sandra Paredes*

***20 octubre 2022***

**Marta Besa i Castellà**

Metgessa de Família – CAP Florida Sud

# De què parlarem?

- Epidemiologia
- ITS que cursen amb síndrome secretora
- ITS que cursen amb síndrome ulcerada
- ITS exofítiques
- Estudi de contactes / cribratge

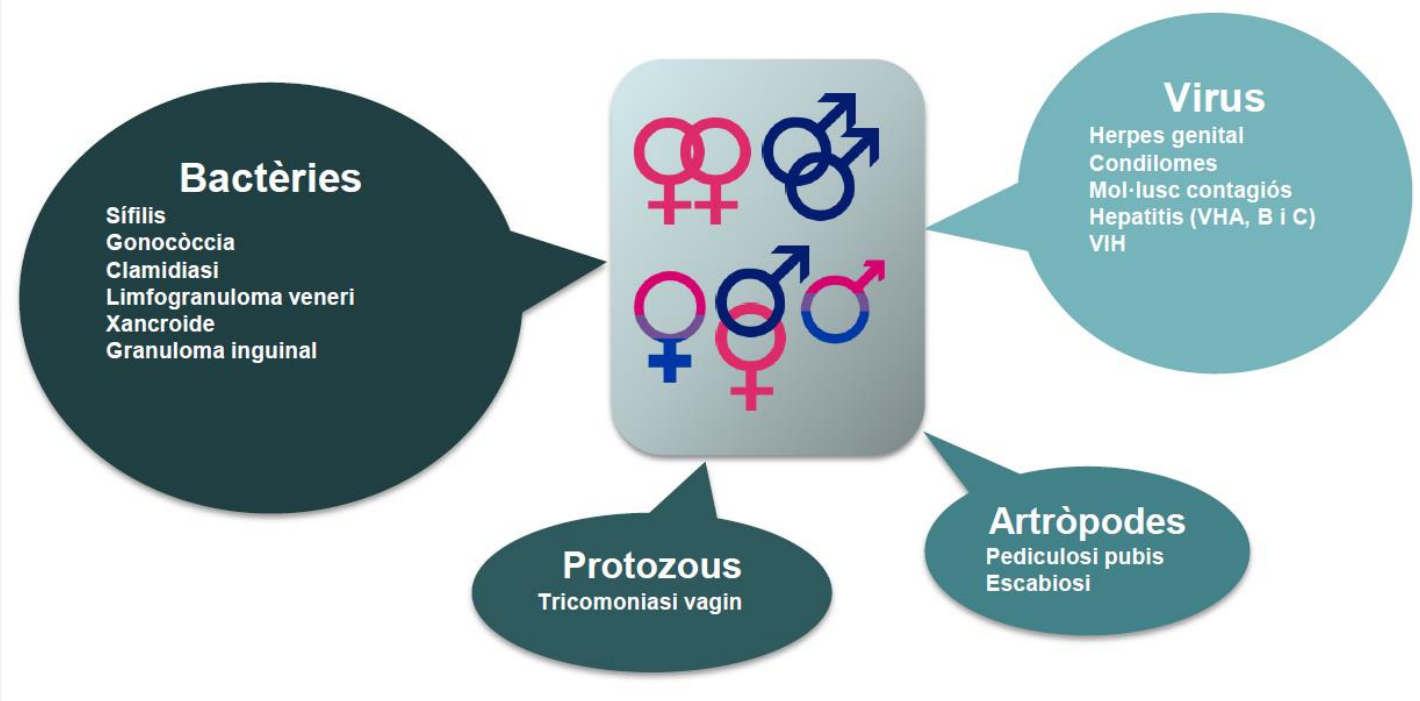
# Perquè parlem d'infecció i no de malaltia?

- **Infecció:** del llatí *Infectio*, contaminar amb gèrmens
- **Malaltia:** del llatí *male habitus*, sentir-se malament, mancat de salut



Com a sanitari podem actuar davant la **infecció**, sense haver d'esperar a la **malaltia**.

# A què ens referim quan parlem d'ITS?



- Situació epidemiològica actual de les ITS i la infecció pel VIH a Catalunya.
  - Augment significatiu del nombre de casos d'ITS notificades als sistemes de vigilància
  - Causes de l'augment:
    - Augment de la sensibilitat dels sistemes de vigilància
    - Ús de tècniques més sensibles per al diagnòstic
    - Increment real de les infeccions



# Tendència de les ITS

## Vigilància epidemiològica de les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya

Informes anual 2019

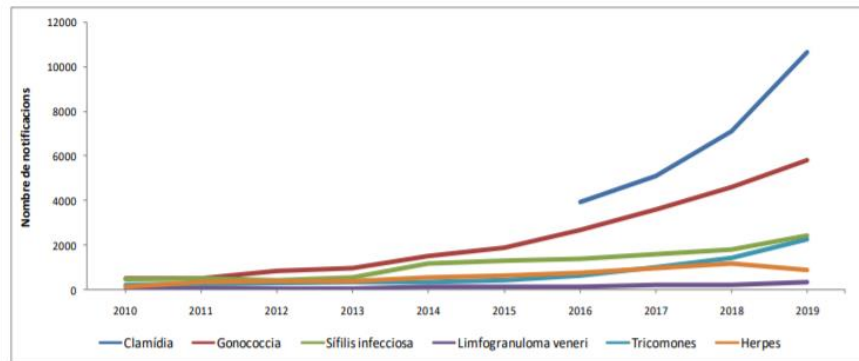


Figura 2. Evolució del nombre de casos d' ITS notificades als sistemes de vigilància, Catalunya, 2010-2019.

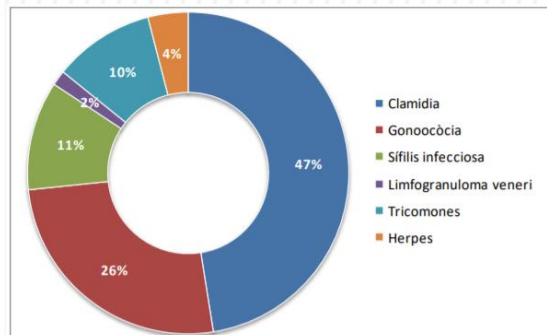


Figura 1. Distribució de les ITS notificades als sistemes de vigilància, Catalunya 2019.

# Malalties de declaració obligatòria

ITS	Codi	Tipus de declaració
Infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> D-K	A56.0; A56.1; A56.3; A56.4	MDO individualitzada (MDI)
Limfogranuloma veneri (CT L1-L2-L3)	A55	MDO individualitzada (MDI)
Infecció genital per <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	A54.0; A54.1; A54.5; A54.6; A54.9	MDO individualitzada (MDI)
Berrugues genitals o condilomes	A63.0	MDO numèrica
Tricomonosi	A59	MDO numèrica
Herpes genitals	A60.0; A60.1; A 60.9	MDO numèrica
Sífilis infecciosa o precoç	A51.0; A51.9	MDO individualitzada (MDI)
Sífilis no infecciosa o tardana	A52.0; A52.9	MDO numèrica
Infecció per VIH / SIDA	B20.3; B23; B24	MDO individualitzada (MDI)
Contacte sexual de persona amb ITS	Z20.2	-----

**S'HAN DE NOTIFICAR**

# Enquesta epidemiològica

## Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas

### Dades sociodemogràfiques

1. CIP
2. Nom i cognoms
3. Sexe  Home  Dona
4. Data de naixement (dd/mm/aa)
5. Municipi de residència habitual (adreça completa)  Districte municipal  Telèfon
6. País d'origen  Any arribada (si no és nascut a Espanya)
7. Si resideix a l'estranger, especificar país
8. Nivell d'instrucció  Sense formació  Educació primària  Educació secundària  Educació universitària  Desconegut/no hi consta

### Dades del metge/ssa notificant

9. Nom i cognoms
10. Centre sanitari
11. Telèfon
12. Unitat  ASSIR  EAP  Referent d'ITS  UITS  Dermatologia  Urgències  Unitat VIH  Urologia  
 Altres
13. Data de notificació (dd/mm/aa)
- Signatura



# Síndrome secretora

ITS que poden cursar amb síndrome secretora  
(cervicitis, uretritis, proctitis, vaginitis)

Més freqüent

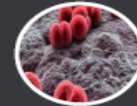
## •Gonorrea (NG):

- Exsudat purulent
- Incubació 2-7 dies
- Asimptomàtica (en 70% ♀ i en 10% ♂)

## •Clamídia (CT):

- Exsudat seropurulent
- Incubació 2-6 setm
- Asimptomàtica (en 80% ♀ i en 50% ♂)

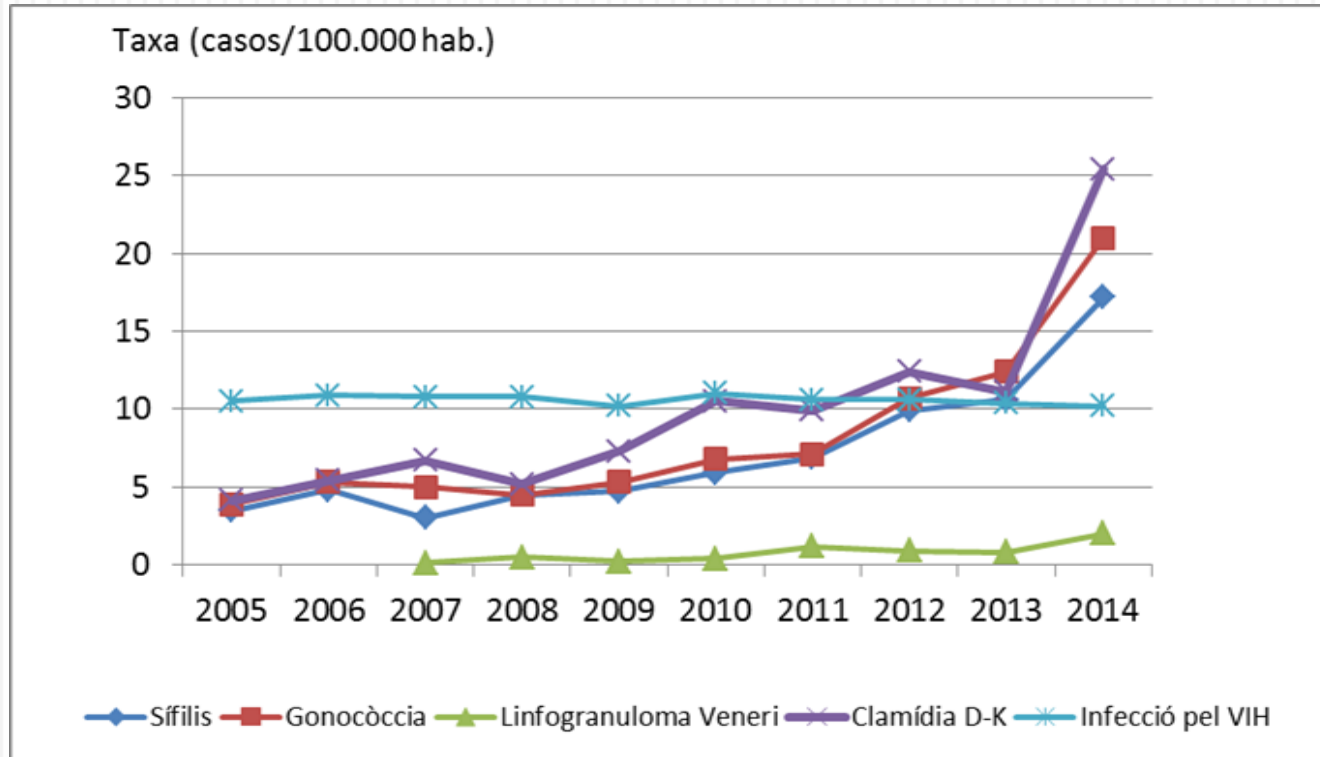
- Mycoplasma genitalium* (MG)
- Ureaplasma urealyticum* (UU)
- Trichomonas vaginalis* (TV)
- Adenovirus
- VHS1 y VHS2
- Haemophilus influenzae*...



20-40%  
coïnfecció



# Dades de Catalunya

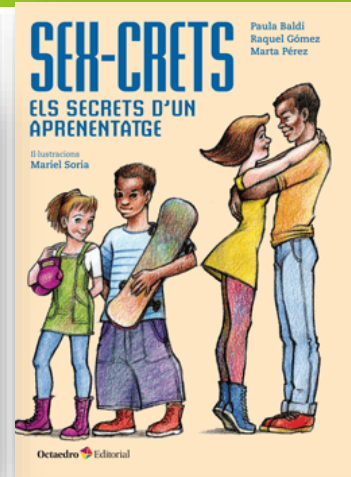


## Canvis recents en l'epidemiologia de les ITS (II)

- **La taxa global de sífilis s'ha incrementat més d'un 350%** en el període 2005-2015, sobretot en homes i específicament en HSH.
- **La taxa global de gonocòccia s'ha incrementat en més d'un 400%**, en el període 2005-2015, la qual cosa és preocupant per la possibilitat d'aparició de resistències microbianes.
- **La taxa global de clamídia s'ha incrementat més d'un 600%** en el període 2005-2015. Aquesta infecció és freqüentment de naturalesa asimptomàtica i, per tant, el diagnòstic depèn de les polítiques de cribratge i de les estratègies de diagnòstic.

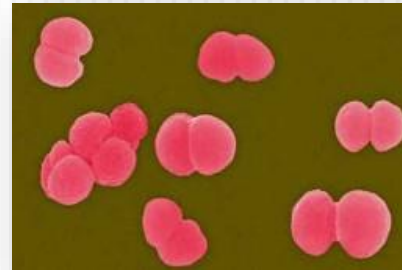
# Factors o determinants específics que augmenten el risc de *Chlamydia trachomatis* DK

- Tenir 25 anys o menys i ser sexualment actiu
- Tenir parella sexual nova o més de dues parelles sexuals diferents en el darrer any
- Tenir antecedents d'ITS
- Tenir contacte sexual amb una persona infectada
- Tenir parelles sexuals múltiples
- Treballar en el sexe comercial o ser-ne client
- No utilitzar de forma sistemàtica el preservatiu durant les relacions sexuals
- Consumir drogues (per via endovenosa o per altres vies) durant les relacions sexuals



# Factors o determinants específics que augmenten el risc de *Neisseria gonorrhoeae*

- Tenir 25 anys o menys i ser sexualment actiu
- Patir una situació de precarietat social o econòmica
- Tenir contacte sexual amb persones que viuen en zones d'alta prevalença de gonocòccia
- Tenir contacte sexual amb una persona infectada
- Treballar en el sexe comercial o ser-ne client
- Tenir antecedents d'altres ITS
- Tenir parelles sexuals múltiples
- Tenir antecedents de gonocòccia



# *Chlamydia trachomatis* DK

- ❑ És una bactèria intracel·lular gramnegativa obligada.
- ❑ La font d'infecció són les secrecions genitals de persones infectades (vaginals, anals o orals).
- ❑ Afecta membranes mucoses genitals i també de conjuntiva, faringe o recte.
- ❑ **Període d'incubació** de 2 a 6 setmanes.
- ❑ La infecció pot persistir durant diversos mesos i originar complicacions.
- ❑ Si no es complica abans, la infecció es pot resoldre de forma espontània en un any
- ❑ Asimptomàtica 70-95% de dones i 50% d'homes
- ❑ Si dona clínica: **uretritis i cervicitis**. També poden afectar la faringe, l'anus i la conjuntiva ocular.

# Neisseria gonorrhoeae


- *Neisseria gonorrhoeae* és un diplococ gramnegatiu
- La **font d'infecció** són les membranes mucoses (uretra, endocèrvix, faringe, recte, conjuntiva ocular)
- **Transmissió directa** per la inoculació de secrecions infectades des d'una membrana mucosa cap a una altra.
- **Període d'incubació** entre 2 i 7 dies.
- Sense tractament, la **contagiositat** pot durar diversos mesos, i poden aparèixer complicacions.
- **Asimptomàtic** en 70% de les dones (o manifestacions lleus), un 10% dels homes
- Les **formes clíniques** més importants i freqüents són la **uretritis i la cervicitis**
- Pot afectar faringe, recte o membrana conjuntival
- La presència de gonocòccia **afavoreix la transmissió del VIH**





# Formes clíniques

## Formes clíniques de la infecció per *Chlamydia trachomatis* D-K

Asimptomàtica en el 70-95% de les dones i el 50% en homes

- Cervicitis (coll de la cèrvix friable, inflamació, edema)
  - Sagnat postcoital o intermenstrual
  - Augment del flux vaginal (leucorrea)
  - Dolor al baix abdomen
  - Uretritis aguda
  - Dolor als annexos amb l'exploració vaginal
  - Malaltia inflamatòria pelviana
- 

- Secreció mucosa o mucopurulenta escassa
  - Uretritis aguda
  - Disúria
  - Dolor testicular
  - Epididimitis
  - Balanitis
  - Proctitis
- 

- Formes asimptomàtiques de localització faríngia
  - Formes asimptomàtiques de localització rectal
  - Artritis reactiva, síndrome de Reiter
  - Dolor a hipocondri dret, perihepatitis, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- 

# Formes clíniques

## Formes clíniques de la infecció per *Neisseria gonorrhoeae*

Asimptomàtica en el 70 de les dones i el 10% en homes

- **Augment del flux vaginal (leucorrea)**
- Cervicitis (secreció endocervical mucopurulenta i cèrvix friable)
- Uretritis aguda
- Asimptomàtiques les afeccions rectals i faríngies
- Metrorràgia o menorràgia
- Dolor al baix abdomen
- Malaltia inflamatòria pelviana



- **Secreció uretral mucosa i després purulenta amb disúria o sense**
- L'afectació rectal pot ser asimptomàtica o be amb secreció o dolor rectal (proctitis)
- **Molèsties perianals**
- La localització faríngea sol ser asimptomàtica
- Orquitis – epididimitis



# Formes clíniques



# home: Uretritis diagnòstic

- PCR de l'exsudat ureteral o del primer raig d'orina per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* i altres agents de transmissió sexual.
  
- En cas de secreció molt purulenta, afegirem:
  - Cultiu de l'exsudat ureteral per *Neisseria gonorrhoeae*
  
- Segons pràctiques sexuals, afegirem:
  - PCR de l'exsudat rectal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*
  - PCR de l'exsudat faringi per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*
  
- Si hi ha secreció molt purulenta a uretra, afegirem:
  - Cultiu de l'exsudat rectal per *Neisseria gonorrhoeae*
  - Cultiu de l'exsudat faringi per *Neisseria gonorrhoeae*

# home: Uretritis diagnòstic



**Amb exsudat:**



- PCR-uretral CT, NG, MG, UU, TV
- Cultiu uretral NG

**Sense exsudat  
o contacte:**



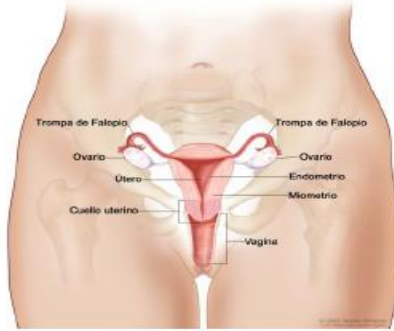
- PCR-Orina CT, NG, MG, UU i TV [Orina del primer raig (>2h sense orinar)]

# **Dona:** cerviscitis o sospita d'infecció *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

- ❑ PCR de l'exsudat endocervical o de l'exsudat vaginal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*.
- ❑ En cas de secreció endocervical molt purulenta, afegirem:
- ❑ Cultiu de l'exsudat endocervical per *Neisseria gonorrhoeae*
- ❑ Segons pràctiques sexuals, afegirem:
- ❑ PCR de l'exsudat rectal per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*
- ❑ PCR de l'exsudat faringi per *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*
- ❑ Si hi ha secreció molt purulenta a endocervix, afegirem:
- ❑ Cultiu de l'exsudat rectal per *Neisseria gonorrhoeae*
- ❑ Cultiu de l'exsudat faringi per *Neisseria gonorrhoeae*

# **Dona:** cervicitis o sospita d'infecció *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*

## **Cervicitis ♀ o contacte:**



- PCR-vaginal o endocervical CT, NG, MG, TV
- Cultiu endocervical NG (només si molt exsudat)
- Cultiu vaginal

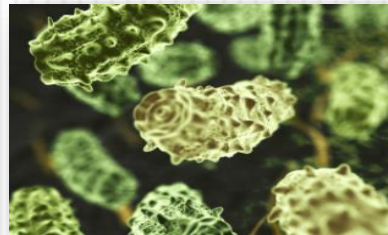


- Orina del primer raig (>2h sense orinar)
- PCR-Orina Clamídia i Gonococ

# Detecció d'altres ITS

- **Detecció oportunista (cribratge)**
  - Serologia VIH (detecció Ac i Ag)
  - Serologia Sífilis (EIA o CLIA)
  - Detecció AgsVHB
  
- **Detecció segons risc**
  - Serologia VHC
  - Serologia VHA
  
- **Detecció segons clínica**
  - Cultiu per a tricomonos
  - Detecció herpes genital (PCR)

**Oferir vacunació contra  
l'hepatitis B  
o A+B**





# Tractament



# Resistència del gonococ

En les darreres dècades, en diferents països del món i a causa de mecanismes diversos, *Neisseria gonorrhoeae* ha anat **desenvolupant resistències** a alguns antibiòtics, com ara les sulfonamides, les penicil·lines, les tetraciclines, els macròlids i les fluoroquinolones



- **Results from the European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (Euro-GASP)** show that the percentage of isolates with decreased susceptibility to the recommended drug for treatment of gonorrhoea (cefixime) rose from 4% in 2009 to 9% in 2010.

# Tractament *Chlamydia Trachomatis* D-K

## ➤ **Formes clíniques no complicades**

- Elecció: doxiciclina 100 mg/12h per via oral durant 7 dies (d'elecció en rectal)  
o bé  
azitromicina 1g per via oral en dosi única (incomplidor, no seguiment, embaràs)
- Segona línia: eritromicina 500 mg/12h via oral durant 10 dies  
o bé  
ofloxacino 200mg/12 h via oral durant 7 dies
- Embaràs i lactància: azitromicina 1g per via oral en dosi única o bé  
eritromicina 500mg/6h per via oral durant 7 dies o bé  
amoxicil·lina 500mg/8h per via oral durant 7 dies
- pacient amb infecció pel VIH: mateixes pautes per a la resta de pacients

# Tractament *Chlamydia Trachomatis* D-K

## □ Seguiment clínic

- Segons les característiques de la persona i de la clínica que presenta, pot estar indicada una visita de seguiment al cap de 48-72 hores d'instaurar el tractament (telefònica)
- abstinència sexual 7 dies

## □ Seguiment postractament

- Si les mesures de tractament i prevenció secundària s'han complert, **no caldria fer cap test per comprovar la curació**. Però segons algunes GPC tendència a recomanar-la atès que el nombre de reinfeccions va augmentant Pot ser en **població jove o molt jove**
- **El test postractament està indicat en** dona embarassada, fàrmac de segona línia
- **Quan utilitzem TAAN (PCR) cal deixar passar unes 4 setmanes abans de realitzar el test postractament**

- **Formes clíniques no complicades**
- **Elecció:** ceftriaxona 1g per via intramuscular en dosi única
- **Segona línia:**
  - Cefixima 400mg dosi única + Azitromicina 2g dosi única (NO cobreix infecció faríngia)
  - o bé - Azitromicina 2g vo en dosi única + gentamicina 240 mg via intramuscular
  - o bé - Espectinomicina (2 g por via intramuscular en dosi única) + azitromicina (1 g por vo en dosi única)
  - o bé - ciprofloxacino (500 mg via oral en dosi única) + azitromicina (1 g por via oral en dosi única), o bé doxiciclina (100 mg cada 12 h por vía oral durante 7 días) → l'ús de quinolones s'ha de limitar en zones amb una prevalença local de resistències del gonococ inferior al 5%, o si es pot comprovar sensibilitat mitjançant antibiograma.
- **Embaràs o lactància:** ceftriaxona 1g intramuscular dosi únic o bé espectinomicina (2 g por vía intramuscular en dosis única) o bé azitromicina (2gr vo dosi única)
- **pacient amb infecció pel VIH:** mateixes pautes per a la resta de pacients

# Tractament de la *Neisseria Gonorrhoeae*

## □ Seguiment clínic

- Segons les característiques de la persona i de la clínica que presenta, pot estar indicada una visita de seguiment al cap de 48-72 hores d'instaurar el tractament

## □ Seguiment postractament

- Realitzarem un **test per comprovar la curació** si es tracta d'una localització faríngia, una dona gestant, en casos d'evolució clínica desfavorable o si s'ha usat un tractament diferent al d'elecció sense conèixer el perfil de sensibilitat.
- Aquest test es pot fer mitjançant cultiu i TAAN (PCR)
- Si s'empren TAAN (PCR) cal deixar passar unes 4 setmanes posteriors a l'inici del tractament

# Tractament empíric

- **Primera línia**

Ceftriaxona 1gr intramuscular dosi única

+

Doxiciclina 100 mg/12h 7 dies o Azitromicina 1gr dosi única (millor doxi que azitro)

- **Segona línia o al·lèrgia** → test of cure

Cefixima 400 mg dosi única (no cobreix faringe)

+

Azitromicina 2g dosi única o doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies

o

Azitromicina 2g dosi única

o

Ciprofloxacino 500mg vo dosi única + (azitromicina o doxiciclina)

# Mesures no farmacològiques

- **No tenir relacions sexuals** fins que hagin passat **7 dies** des de l'inici del tractament farmacològic
- Rebre **aconsellament** i educació sanitària per tal que adoptin conductes sexuals més segures i utilitzin **mètodes barrera** de manera correcta i sistemàtica en totes les relacions sexuals (vaginals, anals i orals)





# Detecció oportunista de CT i NG en persones asimptomàtiques

GRUP	Gonococ	Clamídia
<b>Homes que tenen sexe amb homes</b>	Anualment, considerant faringe i recte	Anualment
<b>Dones &lt; 25 anys</b>	Si, si pràctiques de risc	Si
<b>Homes heterosexuales &lt; 25 anys</b>	Si, si pràctiques de risc	Si
<b>Dones embarassades</b>	Si, si pràctiques de risc	Si

Adaptat de M. Zurro et al. CAPÍTULO 49

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Jordi. Casabona i Barbarà, Mireia. Albernay Iglesias y Jorge Pallarés.

# Uretritis no gonocòciques

- ITS que afecten la uretra i que no estan causades per *Neisseria Gonorrhoeae*.
- Gèrmens més freqüents (a més de *Chlamydia trachomatis D-K*) són ***Mycoplasma genitalium*** i ***Ureaplasma urealyticum*** (pot trobar-se en forma de germen colonitzador en el 30-40% dels individus sans sexualment actius)
- Contagi: transmissió directa per inoculació de secrecions genitals o rectals durant les relacions sexuals
- Període d'incubació: **d'1 a 5 setmanes**
- Clínica:
  - Asimptomàtic 70-95% homes i 50% dones
  - Home: disúria, secreció ureteral escassa i mucosa. Complicacions: Epididimitis, prostatitis i balanoposits.
  - Dona: leucorrea i cervicitis.



# Uretritis no gonocòciques

## Diagnòstic:

- habitualment s'utilitzen les tècniques d'amplificació dels àcids nucleics (TAAN), PCR o altres per la detecció de MG i/o UU
- Mostres ureterals i orina en homes, vaginals en dones, i en recte per MG.
- Es pot utilitzar cultiu de la mostra per UU

# Uretritis no gonocòcica

## Mycoplasma genitalium

(tractar només si simptomàtic)

- Doxiciclina 100mg/12h durant 7 dies SEGUIU d'azitromicina 1g/dia SEGUIU de 500mg/dia durant 4 dies més
- Embaràs: azitromicina 1g dosi única el 1 dia i 500mg/dia vo del 2n al 5è dia.
- Alternatiu: moxifloxacino 400mg/dia per 14 dies

## Ureaplasma urealyticum

(tractar només homes simptomàtics i embarassades)

- Doxiciclina 100mg/12h per 7 dies
- Embaràs: Azitromicina 1 gram dosi única
- Alternatiu: ofloxacino 200mg /12h per 7 dies

# Uretritis no gonocòcica

## Seguiment clínic

Realitzar seguiment en uns dies d'haver iniciat el tractament → hi ha formes de **resolució lenta** i **formes recurrents**

- **Test post tractament a les 5 setmanes**
- Estudi de **contactes sexuals** dels darrers **3 mesos**
- Cal fer cribratge d'altres ITS

# Uretritis no gonocòcica

## Tractament de les formes persistents o recurrents

- Recurrència: episodi que es presenta als 30-90 dies del primer episodi. Cal reavaluar i tornar a tractar
- Formes persistents: aquelles amb signes/símptomes que no es resolen. Valorar origen multifactorial (MU + *Trichomona vaginalis*)

Doxiciclina 100mg/12h vo durant 7 dies SEGUIT Azitromicina 1g/24h el 1r dia +  
500mg/24h vo durant 5 dies.

+

Metronidazol 500mg/12 x 5 dies

# Uretritis no gonocòcica

- Realitzar avaluació i tractament dels **contactes** sexuals dels darrers **3 mesos**
- **No tenir relacions sexuals** fins que hagin passat **7 dies** des de l'inici del tractament farmacològic
- Rebre **aconsellament** i educació sanitària per tal que adoptin conductes sexuals més segures i utilitzin **mètodes barrera** de manera correcta i sistemàtica en totes les relacions sexuals (vaginals, anals i orals)
- **Cribratge oportunista** d'altres ITS. Oferir sífilis, hepatitis B i VIH, així com gonococ i clamídia

# Trichomona vaginalis

- Es considera una **ITS**
- Prevalença subestimada degut a l'alta freqüència de pacients asimptomàtics
- Clínica: asimptomàtica. Leucorrea groc-verdosa, espumosa, mala olor, disparèunia, prurigen. pH >4'5
- S'associa a MIP, complicacions en l'embaràs i part prematur.
- Diagnòstic: exploració cèrvix “en maduixa” i cultiu de mostra d'exsudat vaginal
- Tractament: CAL **TRACTAR LA PARELLA**
  - ❑ Metronidazol vo 2g dosi única (8 comprimits de 250mg)
  - ❑ Metronidazol 500mg/12h vo, 7 dies (embaràs, lactància, insuficiència hepàtica, VIH)
  - ❑ Alternatiu: Tinidazol 2g dosi única



# Tractament específic

Etiologia	Clínica	Diagnòstic	Tractament	Alternativa
<b>Neisseria gonorrhoeae</b>	Uretritis, cervicitis, proctitis orquiepididimitis	PCR i cultiu	Ceftriaxona 1g IM	Azitromicina 2 g DU +/- Cefixima 400g vo DU
<b>Chlamydia trachomatis</b>	Uretritis, cervicitis, salpingitis, endometritis, MIP, orquitis, epididimitis, prostatitis ( <b>Chlamydia D-K</b> ) Proctitis, ptoctocolitis ( <b>Chlamydia L1-L3 LGV</b> )	PCR	Doxiciclina 100mg/12h 7 dies (D-K)  Doxiciclina 100mg/12h 21 dies (L1-L3)	Azitromicina 1g DU (3 setm LGV)
<b>Mycoplasma genitalium</b>	Uretritis, cervicitis	PCR	<b>Només tractar si símptomes</b> Doxiciclina 100mg/12h 7 dies + Azitromicina 1g(1r dia) + 500mg/dia 2n-4t dia	Azitromicina 1g vo el 1r dia y 500mg/día del 2n al 5è Moxifloxacino 400mg/24h vo 7-14d
<b>Trichomona vaginalis</b>	Vaginitis	PCR i cultiu	Metronidazol 2g dosi única (H) Metronidazol 500mg/12 5-7 d (D)	Tinidazol 2g DU