

Lesió Ulcerada Genital

ITS que cursen amb lesions ulcerades

Marta Besa

Marta Vanrell

Sandra Paredes

20 octubre 2022

Sandra Paredes Garcia

Metgessa de Família - CAP Comte Borrell

LESIONS ULCERADES PER ITS

Síndrome	ITS	Agent biològic	Tipus	Transmissió sexual	Curació
Úlcera genital	Herpes genital	<i>Herpes simplex tipus 1 i 2 (VHS-1 i VHS-2)</i>	Virus	Sí	No
	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Bactèria (espiroqueta)	Sí	Sí
	Xancroide o xancre tou	<i>Haemophilus ducrey</i>	Bactèria	Sí	Sí
	Linfogranuloma veneri (LGV)	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L2 i L3	Bactèria	Sí	Sí
	Limfogranuloma inguinal	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Bactèria	Sí	Sí
	Verola del mico	<i>Poxvirus</i>	Virus	Sí*	Sí

ACTITUD DIAGNÒSTICA I PREVENTIVA

- ❑ **Estudis** a realitzar a tota persona que presenti **úlceres genitals**:
 - Estudi serològic ITS (consentiment informat): sífilis, VIH, hepatitis B
 - Estudi microbiològic ITS: *Chlamydia* 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**: ús de mètodes barrera



SÍFILIS

Treponema pallidum

SÍFILIS: ETIOLOGIA

- Treponema pallidum* (spirocheta)
- Reservori exclusivament humà
- Font d'infecció: lesions a pell i mucoses de persones infectades
- Vies de transmissió:



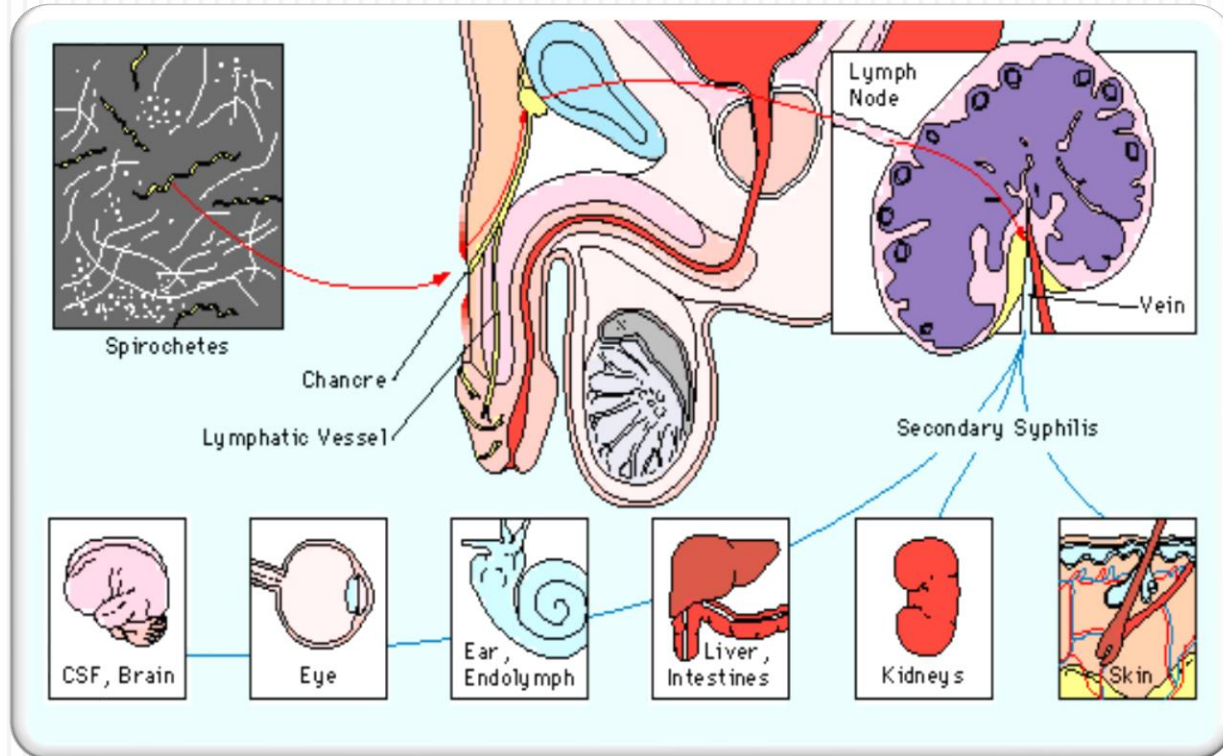
SEXUAL

VERTICAL

HEMÀTICA

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

SÍFILIS: PATOGÈNIA



- 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

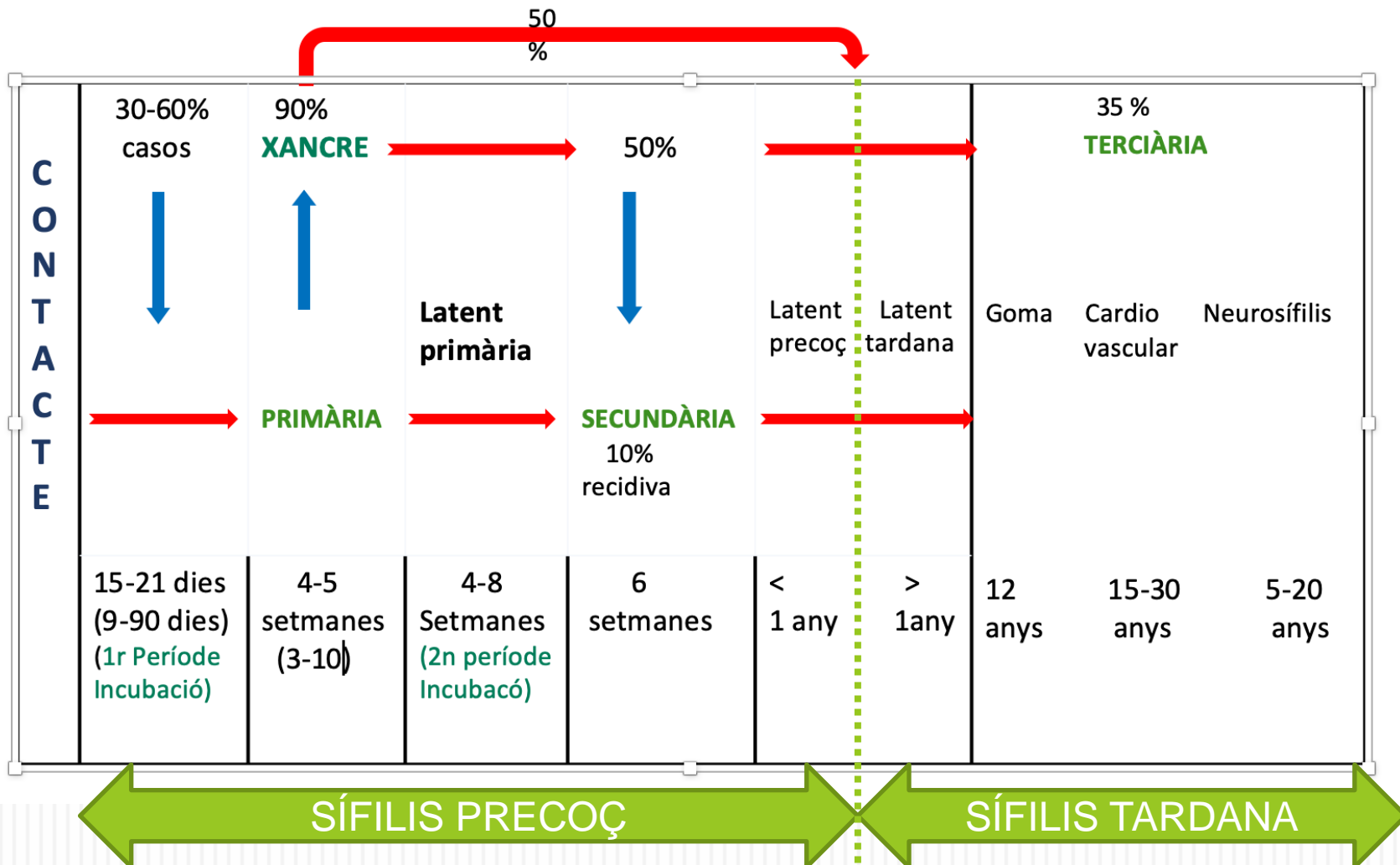
- Incubació 21 dies (3-90 dies)

SÍFILIS PRECOÇ

- **Primària** 3-8 setmanes
- **Secundària** 3-12 setmanes
- **Latent precoç** Període **ASIMPTOMÀTIC** durant 1r any

SÍFILIS TARDANA

- **Latent tardana** Període **ASIMPTOMÀTIC** passat l'any
- **Terciària** 20-40 anys



Cura espontània
1-6 setmanes

XANCRE SIFILÍTIC



Localització

- Genitals externs
- Zona anal o perianal
- Cavitat oral

Característiques

- Lesió ulcerada
- Habitualment única
- No dolorosa
- Indurada

Adenopaties

- Múltiples
- Indurades
- No inflamatòries

SÍFILIS SECUNDÀRIA

La gran simuladora

4-8 setmanes

❑ Manifestacions cutànies: **MOLT CONTAGIOSES**

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



**Rosèola
sifilítica**



**Sifílides
palmoplantars**



**Alopècia en
plaques**



**Condiloma lata
o pla**



**Plaques
mucoses**

- ❑ **Manifestacions sistèmiques:** Febre, MEG, anorèxia, meningisme, uveïtis, coriorretinitis, linfoadenopaties perifèriques, neuritis, hepatitis, glomerulonefritis, esplenomegàlia...

SÍFILIS TERCIÀRIA

Estadi	Manifestacions clíniques	Període d'incubació
<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 TERCIÀRIA - NEUROLÚES

- ❑ **Meningitis sifilítica:** cefalea, vòmits, nàusees, afectació parells cranials...
- ❑ **Sífilis meningovascular:** 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 Neurologia per fer PL



SÍFILIS: DIAGNÒSTIC

MÈTODES DIRECTES: Es basen en la detecció de *Treponema pallidum* a les lesions mucoses, teixits i ganglis limfàtics

Microscopia en 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 contaminades per treponemes sapròfits. Ús no generalitzat

MÈTODES INDIRECTES: Es basen en la detecció d'anticossos contra el *Treponema Pallidum*

Tests treponèmics

Tests no treponèmics, reagínics 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)
 - TPPA (TrePonema Particles Agglutination)
 - FTA-abs (antiTreponema Antibodies absorption)
 - Test ràpids

INICIAL

CONFIRMATORI

FALSOS NEGATIUS

Anticipació, període finestra
Immunodepressió
Tractament precoç

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

FALSOS POSITIUS	FALSOS NEGATIUS
Malalties reumatològiques (LES, sd antifosfolípid), embaràs, neoplàsia, edat avançada, altres infeccions (hepatitis, varicel·la, VIH, Mononucleosi, Lyme, altres treponemes, TBC, Lepra, paludisme), vacunes, UDVP	<ul style="list-style-type: none">○ Sífilis secundària i sífilis latent precoç per efecte prozona (si concentració molt elevada d'Ag)○ Anticipació, període finestra○ Immunodepressió (coïnfecció VIH)○ Tractament precoç○ Consum de OH

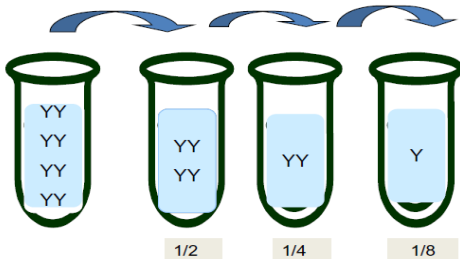
SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

QUANTIFICACIÓ:

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

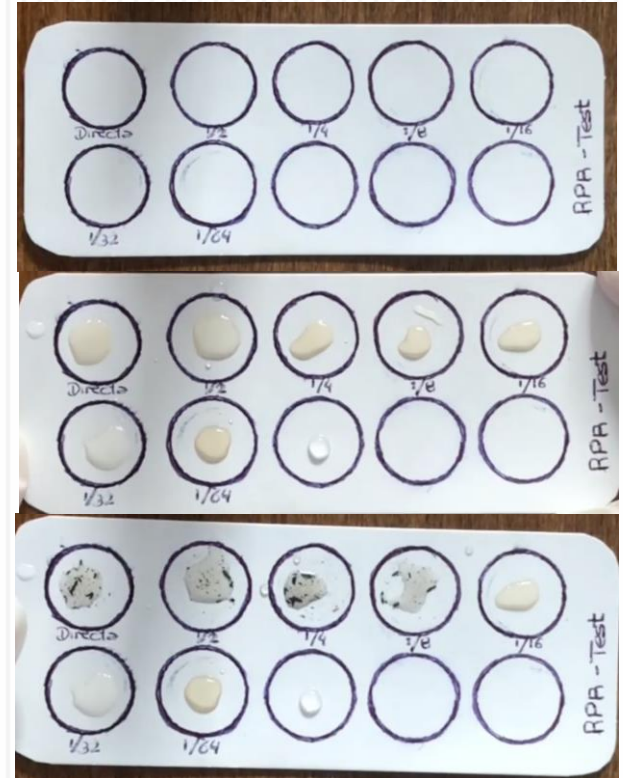
PROVES D'AGLUTINACIÓ RPR i VDRL

RPR/ VDRL POSITIU: SEMPRE S'HA DE QUANTIFICAR



TÍTOL = DILUCIÓ

DILUCIONS A LA
MEITAT



SÍFILIS: DIAGNÒSTIC – MÈTODES INDIRECTES

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

Reagíniques: **VD**_R**L** **y** **R**_P**R**

TREPONÈMIQUES

Mesuren Ac específics contra
T. Pallidum

Molt específiques

Confirmen el diagnòstic

Són positives Tota la vida

NO TREPONÈMIQUES

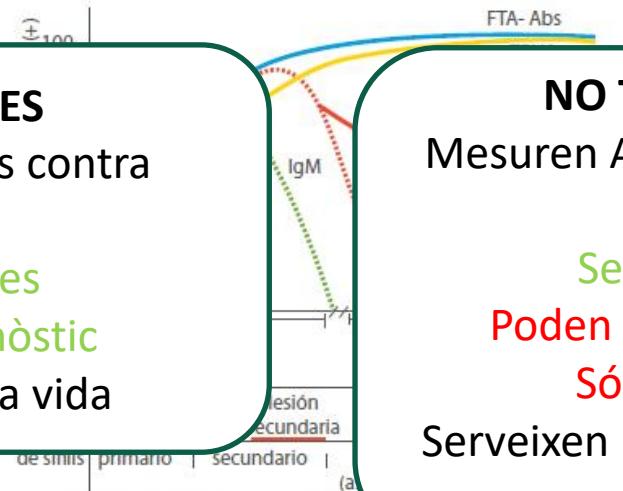
Mesuren Ac inespecífics (contra la
cardiolipina)

Sensibles i barates

Poden donar falsos positius

Són inespecífiques

Serveixen per Revisar/contRolar la
malatia



Fuente: Peeling R, Ye H. Diagnostic tool for prevention of
maternal and congenital syphilis: an overview. *Bull
Jun;82(6):439-46.*

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

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

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 PRIMÀRIA, SECUNDÀRIA O LATENT PRECOÇ:

Coneixem xancres, 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
(diluïda amb 1ml de lidocaïna)

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

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 LATENT TARDANA, LATENT DE DURADA DESCONEGUDA O TERCIÀRIA:

Penicil·lina G Benzatina 2'4 milions d'unitats IM
(diluïda amb 1ml de lidocaïna)
3 dosis separades una setmana

Al·lèrgia a la Penicil·lina:

Doxiciclina 100mg/12h oral 21-28 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 en dosi única

(diluïda amb 1ml de lidocaïna)

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

SÍFILIS: TRACTAMENT

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 INDETERMINADA

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

SÍFILIS: ESTUDI DE CONTACTES

- Cal fer estudi serològic en la primera visita de contacte. Si és negatiu repetir-ho als 2-3 mesos
- Cal estudiar i tractar les parelles sexuals dels darrers mesos

Primària	Secundària	Latent precoç	Latent tardana
Parelles dels 3 mesos previs a l'aparició de la clínica	Parelles dels 6 mesos previs a l'aparició de la clínica	Parelles dels 12 mesos previs al diagnòstic	Parelles des de la darrera serologia negativa o tant com sigui possible
Tractar com a sífilis precoç (inclús si serologia negativa)	Tractar si serologia positiva (segons clínica i estadi) Tractament epidemiològic (previ a resultats serològics) si dificultat seguiment o no disponibilitat serologia immediata. Si serologia negativa no caldria tractar		

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.

- ❑ 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)

- 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**

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

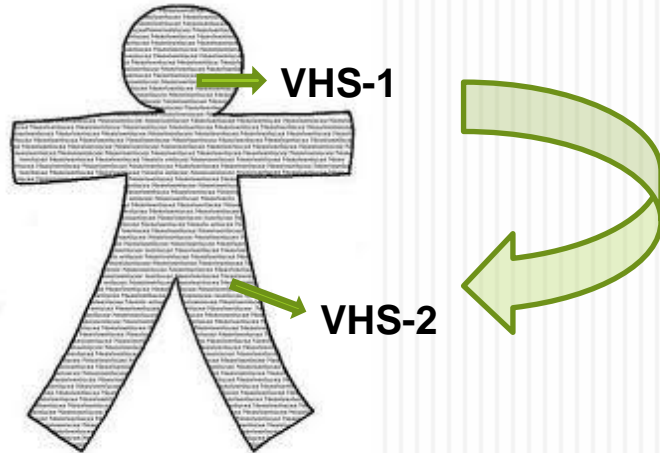
✓ Cal oferir detecció de sífilis a tota persona amb una altra ITS

✓ Oferir vacunació contra l'hepatitis B o A+B si procedeix.

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'úlçera 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

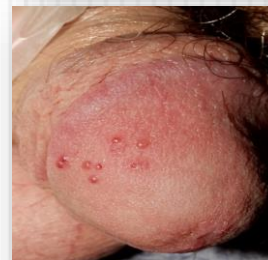
HERPES GENITAL PRIMARI

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

RECURRENCIES

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

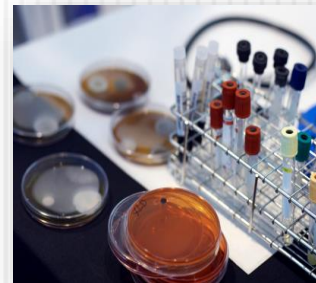
Factors associats a la recurrència: cicle menstrual, estrés psíquic, malaltia, febre, contacte sexual, cirurgia, alguns fàrmacs, etc.



HERPES GENITAL: DIAGNÒSTIC

Test d'amplificació d'àcids nucleics (TAAN)

- Tècnica d'elecció: **PCR**
- Recollida de mostra directament de la vesícula o úlçera 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
- Indicada en **dubtes diagnòstics** (úlçera 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

❑ **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)**

VIA ORAL

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

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

HERPES GENITAL: TRACTAMENT

Ajustar per FG

INDICACIONS	FÀRMAC	POSOLOGIA	VIH
PRIMOINFECCIÓ HERPÈTICA	Aciclovir	400 mg/8h, 5 dies *	400 mg 5 vegades al dia 7-10 dies
	Valaciclovir	1g/12h, 5 dies	1g/12h 10 dies
	Famciclovir	250mg/8h, 5 dies	250-750mg/12h 10 dies 250-500mg/8h 10 dies
HERPES GENITAL RECURRENT	Aciclovir	400mg/8h, 5 dies * o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 dies	400mg/8h, 5 dies o 800mg/12h, 5 dies o 800mg/8h, 2 dies
	Valaciclovir	500mg/12h, 3 dies o 1g/24h, 5 dies	500mg/12h , 3 dies o 1g/24h, 5 dies
	Famciclovir	1g/12h, 1 dia o 125mg/12h, 5 dies o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies	125mg/12h, 5 dies o 1g/12h, 1 dia o 500mg 1 dosi, seguida de 250mg/12h, 2 dies

HERPES GENITAL: TRACTAMENT

INDICAIONS	FÀRMAC	POSOLOGIA
TERÀPIA SUPRESSIVA PER EPISODIS D'HERPES GENITAL RECURRENT	Aciclovir	400mg/12
	Valaciclovir	500mg/24h o 1g/24h
	Famciclovir	250mg/12h
TERÀPIA SUPRESSIVA DURANT L'EMBARÀS (començar a la setmana 36 de gestació)	Aciclovir	400mg/8h
	Valaciclovir	50mg/12h

Valorar-ho quan el pacient presenta 6 o més episodis d'herpes en un any.
Durada d'un any, que es pot allargar.

Experiència amb **Aciclovir** fins **7 anys** i Valaciclovir 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 VENERI (LGV)

Limfogrànuloma inguinal o malaltia de Durand-Nicolas-Favre.

Chlamydia trachomatis L1, L2, L3

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

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



LGV: MANIFESTACIONS CLÍNiques

45

Hi ha formes asimptomàtiques d' LGV però 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
- Secreció rectal mucosa, purulenta o ensangonada



LGV: DIAGNÒSTIC I SEGUIMENT

- 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)

**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

LGV: ESTUDI DE CONTACTES

48

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)

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

Moltes gràcies

martabesa@yahoo.es
mvanrellnicolau@gmail.com
sandra.paredes91@gmail.com