



ITS BACTERIANAS

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública mundial. Según la OMS, en 2020 se estimaron 374 millones de nuevas infecciones por clamidia (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) o tricomoniasis (156 millones). Más de 520 millones de personas tienen herpes genital por VHS, y unos 300 millones de mujeres están infectadas por VPH.

Las ITS son importantes por sus implicaciones en salud sexual y reproductiva, además de riesgo de infección postnatal al feto o al neonato, produciendo complicaciones gestacionales, o infecciones perinatales.

A menudo los síntomas se solapan, y las pruebas complementarias con PCR o cultivo permiten orientar y confirmar el diagnóstico.

En este tema abordamos la clamidia, gonorrea y sífilis. Otras ITS víricas (herpes), parasitarias (tricomoniasis) y relacionadas con VPH se tratarán en secciones específicas.

CLAMYDIA

La clamidia es la ITS bacteriana más frecuente en España (36.983 casos en 2023) y en el mundo. Las infecciones urogenitales por *Chlamydia trachomatis* son a menudo asintomáticas, (70-95% en mujeres, 50% en hombres), dificultando su prevención. Las complicaciones a largo plazo pueden tener implicaciones reproductivas.

Los factores de riesgo de adquirir Clamidia son:

- Edad inferior a 25 años
- Múltiples parejas sexuales en el último año
- Antecedente de infección previa por *C. Trachomatis*
- Relaciones sexuales desprotegidas



En países en vías de desarrollo la Clamidia es causa de ceguera y neumonía en los recién nacidos por transmisión vertical.

CLÍNICA: En caso de que aparezcan síntomas, los más frecuentes son cervicitis, uretritis y enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Puede producir sangrado postcoital, dolor abdominal y secreción vaginal.

DIAGNÓSTICO: se realiza mediante PCR en muestras vulvovaginal, uretral o rectal.

TRATAMIENTO: las pautas más utilizadas son:

- Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7 días (preferida)
- Azitromicina 1 g VO monodosis.
- Ante coinfección con *M. genitalium*, azitromicina extendida (500 mg día 1, luego 250 mg/día x 4 días) o moxifloxacino si resistencia.



*Debido a la frecuencia de coinfección con Gonococo, algunos autores prefieren asociar Ceftriaxona IM monodosis de forma empírica, aun con pruebas diagnósticas negativas.

Se debe estudiar y tratar a las parejas de los últimos 6 meses, y realizar cribado de otras ITS.

LUES (SÍFILIS)

La sífilis está causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. Es una espiroqueta que puede penetrar a través de mucosas intactas y heridas en la piel. Se disemina por los vasos linfáticos y sanguíneos, pudiendo afectar a cualquier órgano del cuerpo. Su incidencia está aumentando progresivamente, sobre todo en hombres que practican sexo con hombres (HSH) y pacientes VIH.



La vía más frecuente es la transmisión sexual. Tras el inóculo, se produce una respuesta local. Si no se trata, puede llegar a producir sífilis secundaria. También puede permanecer en fase “latente” durante un periodo prolongado de tiempo, pudiendo reactivarse posteriormente como sífilis terciaria.

Si cronifica, puede presentar gran variedad de expresiones clínicas, con un ritmo cronológico determinado en 3 FASES:

SÍFILIS PRIMARIA: se suele incubar entre 3-4 semanas, tras las que aparece una pápula en el lugar de inoculación, que se ulcera y produce el chancro sifilítico. Es una úlcera indurada no exudativa, poco o NADA DOLOROSA. Suelen ser lesiones únicas, en genitales externos, cérvix, boca o área perianal. Tras 2-3 semanas del contacto, suele aparecer una linfadenopatía regional, que suele ser bilateral, no supurativa. A las 3-6 semanas se suele curar espontáneamente, sin dejar lesión residual.

SÍFILIS SECUNDARIA: el treponema puede invadir los espacios perivasculares, produciendo una diseminación hematógena a otros tejidos, pudiendo afectar a cualquier órgano y producir una afectación multisistémica. Suele ocurrir a las 2-8 semanas desde la aparición del chancro, (4-10 semanas desde la exposición).

La clínica depende del órgano afectado, siendo el más frecuente la piel y produciendo un exantema máculo-papuloso generalizado que afecta a palmas y plantas de manos y pies. En zonas intertriginosas producen los llamados “condilomas planos” (o “condiloma lata”, que también pueden desarrollarse en mucosas. Puede producir glomerulonefritis, hepatitis, alteraciones digestivas, osteítis, sinovitis, faringitis, etc. Si se afecta el SNC puede producir cefalea y meningismo.

Cuando se produce sintomatología sistémica, el cuadro suele tratarse de un síndrome pseudogripal con febrícula, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas.

SÍFILIS LATENTE: cuando remite la sífilis secundaria, (habitualmente a las 2-6 semanas), la infección sólo se puede detectar serológicamente. Podría permanecer asintomática de por vida, o presentar de nuevo una fase sintomática: la sífilis terciaria.



SÍFILIS TERCIARIA: tras una o varias décadas puede producirse neurosífilis, afectando al SNC, LCR, estructuras meningo-vasculares o parenquimatosas. Puede llegar a producir tabes dorsal o parálisis general. También puede afectar a grandes vasos, afectando a partes del cayado aórtico, el globo ocular (iritis, coriorretinitis), piel, hueso, mucosa oral, vía respiratoria superior o hígado (produciendo gomas).

DIAGNÓSTICO: Se diagnostica identificando el T. Pallidum en fresco, su ADN en las lesiones, o anticuerpos en suero o LCR (si neurosífilis).

En cuanto a la serología de sífilis, existen dos grandes grupos de pruebas, las pruebas reagínicas (o no treponémicas) y las treponémicas.

- **PRUEBAS REAGÍNICAS** (VDRL, RPR): se utilizan para el cribado. VDRL en LCR es sensible y específica.
- **TREPONÉMICAS** (TPHA, TTPA): se utilizan como confirmación de la enfermedad.

*(El diagnóstico de confirmación puede ser complejo y suele requerir la participación del equipo de Infecciosas o Medicina Interna).

Se recomienda realizar cribado de VIH.

TRATAMIENTO: El tratamiento es sencillo y barato: Penicilina G benzatina intramuscular (IM) en dosis única. En las primeras 24h podría presentarse un cuadro febril agudo acompañado de malestar general, cefalea, artralgias y mialgias. Es la llamada reacción de Jarish-Herxheimer, producida por la destrucción masiva de treponemas. Cede con analgésicos y antipiréticos convencionales.

Cuando se trata de sífilis latente tardía o neurosífilis, se administra la inyección IM una vez por semana, durante tres semanas consecutivas.

EMBARAZADAS: en embarazadas se realiza prueba serológica no treponémica (reagínica) durante el primer trimestre, (y se repite en el tercer trimestre y tras el parto si se considera que existe un riesgo elevado).

Si la prueba reagínica es positiva, se administra tratamiento, y se repite mensualmente la prueba reagínica cuantitativa, por si fuese necesario repetir tratamiento. A pesar de ser tratadas, hasta el 14% de los fetos pueden contagiarse e incluso producirse muerte fetal. Este riesgo es mayor si la primoinfección se produce en el tercer trimestre.

Si ha habido un contacto sexual con persona con sífilis primaria o secundaria en los 3 meses previos, se recomienda tratar como una sífilis precoz independientemente del test serológico. Si han pasado más de 3 meses y la serología es negativa, se puede omitir el tratamiento.

GONOCOCO

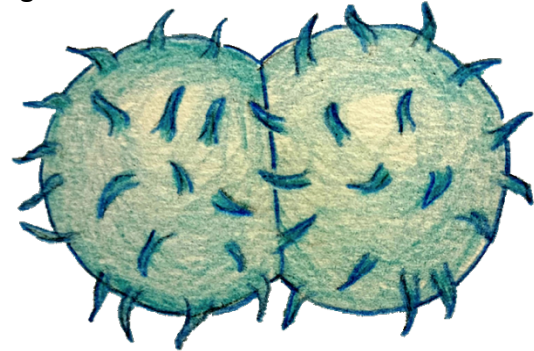
Causado por la bacteria Neisseria Gonorrhoeae. Es una de las ITS bacterianas más prevalentes, (además de haber aparecido una resistencia creciente a las cefalosporinas). Se contagia por contacto mucosa-mucosa, pudiendo afectar a uretra, endocervix, recto, faringe y conjuntiva. Es posible la transmisión vertical en el nacimiento y afecta a más hombres que mujeres. Si la infección asciende,



puede producir EPI, (Enfermedad Inflamatoria Pélvica), en la mujer y orquiepididimitis en el varón, así como bacteriemia.

CLÍNICA: Las afectaciones rectal y faríngea suelen ser asintomáticas. En caso de afectación urogenital, puede producir flujo vaginal aumentado o alterado (50%), dolor en hipogastrio (25%), disuria (10-15%) y raramente sangrado intermenstrual o menorragia.

En la exploración el cérvix puede presentar exudado mucopurulento, hiperemia y hemorragia de contacto. Si duele la movilización cervical, puede tratarse de una EPI (ver vídeo EPI). La infección gonocócica diseminada puede producir lesiones en la piel, fiebre, artralgia, artritis aguda y tenosinovitis.



DIAGNÓSTICO: se realiza mediante NAAT (PCR) en muestras uretrales/cervicales/rectales/faríngeas; o mediante cultivo si se sospecha resistencia.

TRATAMIENTO: depende de la afectación que produzca. Por lo general, debido a su capacidad de desarrollar resistencias, se aconseja como opción preferente:

- Ceftriaxona 500mg IM dosis única + azitromicina 1g VO dosis única.
- Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + doxiciclina 100 mg/12 h VO x 7 días (preferida sobre azitromicina por resistencias).
- El tratamiento con Cefixima 400mg VO en dosis única está en desuso por un aumento de las resistencias.
- Si alergia a penicilina: Gentamicina 240 mg IM + azitromicina 2 g VO (o gemifloxacino si disponible).

En casos en los que produzca EPI se aconseja Ceftriaxona 500mg IM, Doxiciclina y Metronidazol 14 días. En caso de infección diseminada o aparición de abscesos pélvico, el tratamiento se hará con ceftriaxona (1gr/día) IV durante 7-14 días. Se recomienda realizar un control en la paciente a las 2 semanas de haber finalizado el tratamiento. (Ver vídeo de EPI).

La infección por gonococo es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO). Se debe tratar a la pareja sexual y utilizar preservativo durante el tratamiento. También se debe informar, valorar y tratar a todas las parejas sexuales de los últimos 2 meses previo a la aparición de síntomas.

La conjuntivitis se trata con Ceftriaxona IM durante 3 días.

En embarazadas y lactantes: ceftriaxona 500mg IM dosis única. La azitromicina puede utilizarse durante la lactancia, si el beneficio supera los riesgos.



BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, GeSIDA, GESITRA-SEIMC, et al. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
- World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet. Geneva: WHO; 2024 Jun 11. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. Actualizado 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>.
- Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2023. Madrid: ISCIII; 2024 Oct. Disponible en: <https://www.isciii.es>.

