



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PARASITARIAS

En este tema se abordan las principales infecciones de transmisión sexual de origen parasitario: tricomoniasis, pediculosis púbica y escabiosis (sarna). Representan menos del 5 % de las ITS diagnosticadas en España, pero la tricomoniasis es la ITS curable no vírica más frecuente a nivel mundial (156 millones de casos nuevos anuales según OMS 2024) y sigue siendo una causa importante de vulvovaginitis en mujeres en edad reproductiva

TRICOMONIASIS

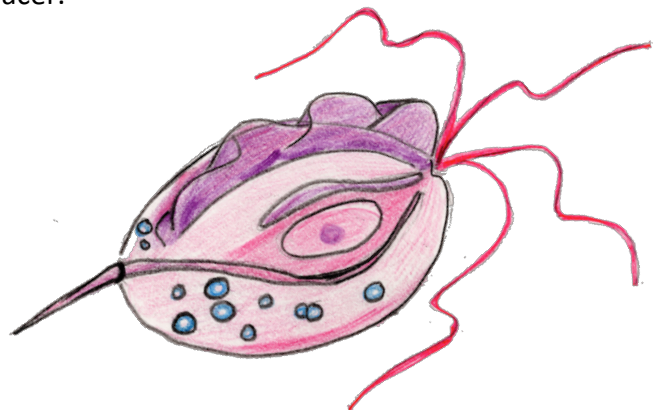
La tricomoniasis está producida por el protozoo flagelado *Trichomonas Vaginalis*, un parásito anaerobio / microaerófilo de que coloniza el epitelio urogenital del ser humano, que es su único huésped. La tasa de contagio es similar en hombres y mujeres, pero la infección tiende a resolverse espontáneamente en semanas en varones mientras que en mujeres puede persistir años si no se trata.



SÍNTOMAS: hasta el 80 % de los casos son asintomáticos. Cuando aparecen síntomas, la forma clínica más habitual es la vulvovaginitis o uretritis con prurito intenso, leucorrea maloliente (que empeora tras la menstruación), disuria y dispareunia.

Incluso en ausencia de síntomas, la infección aumenta el riesgo de adquisición y transmisión del VIH (RR 1,5-2), favorece la persistencia del VPH y las anomalías citológicas, y se asocia a parto pretérmino, rotura prematura de membranas y bajo peso al nacer.

EXPLORACIÓN: en la exploración se puede observar eritema vulvovaginal, cérvix “en fresa” o “en piel de leopardo” (punteado hemorrágico visible a simple vista o en colposcopia). También. Puede observarse, en ocasiones, leucorrea espumosa verdosa. El pH vaginal suele ser superior a 4,5. (También pueden verse las “clue cells” típicas de la vaginosis bacteriana).



DIAGNÓSTICO: la técnica de elección es la detección de ácido nucleico (NAAT/PCR) en muestra vaginal, uretral o primera micción, con sensibilidad superior al 95 % y que constituye el gold standard actual. El examen en fresco (visualización de tricomonas móviles) tiene sensibilidad del 51-65 % y disminuye rápidamente si la muestra se retrasa. El cultivo sigue siendo muy sensible, pero es lento y poco práctico.



TRATAMIENTO: a primera opción es metronidazol 500 mg/12 h VO durante 7 días (tiene menor tasa de fracaso que la dosis única). Como alternativas aceptables se pueden emplear metronidazol o tinidazol VO en dosis única. No se recomienda gel vaginal por su baja penetración uretral. En pacientes VIH positivas se prefiere siempre la pauta de 7 días.

CONTROL: se recomienda test de control a las 2-3 semanas en pacientes con síntomas persistentes y control a los 3 meses por la alta tasa de reinfección (20-30 %) si la pareja no se trata.

PAREJA: se tratarán empíricamente todas las parejas sexuales de los últimos 60 días con la misma pauta. En varones la sensibilidad del examen en fresco es muy baja, por lo que no se recomienda cultivo rutinario.

EMBARAZO Y LACTANCIA: la infección se asocia a mayor riesgo de parto pretérmino y rotura prematura de membranas. El metronidazol es seguro en cualquier trimestre (categoría B) y se recomienda tratar a las pacientes sintomáticas (pauta de 7 días o 2 g única). Durante la lactancia se suspenderá 12-24 h tras la última dosis.

PREVENCIÓN: el uso correcto y constante del preservativo previene la transmisión de la infección. La transmisión mujer-mujer es posible, aunque poco frecuente.

PEDICULOSIS PÚBLICA

La pediculosis púbica, conocida comúnmente como “ladillas”, es una infestación producida por parásitos hematófagos. En concreto, la pediculosis que afecta la zona genital y se relaciona con la transmisión sexual es producida por el *Phthirus pubis*. Mide 1-2mm, por lo que es visible a simple vista.



Las ladillas suelen ser de transmisión sexual, aunque podría producirse también a través de ropa, toallas o sábanas. Aparecen preferentemente en zona púbica, aunque puede afectar a otras zonas pilosas y trasladarse a otras regiones como axila, cejas, barba... No afecta al cuero cabelludo.

CLÍNICA: El síntoma más frecuente es el prurito o la sensación de “algo que se mueve”. En la exploración se observan máculas azuladas de 0.5-1 cm, o cerúleas (por degradación de hemoglobina en el punto de mordedura), excoriaciones por rascado y, sobre todo, liendres adheridas a la base del pelo y piojos adultos.

Se debe **realizar** cribado de otras ITS.

TRATAMIENTO: debemos proceder a la desinfección del entorno y tratar a pareja sexual, lavando todo a 60 grados, o dejar en cuarentena 2 semanas.

- Elección: permetrina 1 % crema o loción.
- Alternativa: malatión en loción.
- Otras opciones: ivermectina oral o champú con piretrinas + butóxido de piperonilo.



GESTANTES: en embarazadas y lactantes la permetrina 1 % es el tratamiento de elección y se considera segura.

PAREJAS: se tratarán todas las parejas y contactos íntimos de los últimos 30 días. La ropa, sábanas y toallas se lavarán a $>60^{\circ}\text{C}$ o se aislarán en bolsa cerrada durante al menos 72 h.

ESCABIOSIS (SARNA)

La sarna o escabiosis es una patología producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* (en su variante *hominis*). La transmisión sexual es frecuente en adultos jóvenes, aunque la vía principal es el contacto cutáneo prolongado o, en grandes infestaciones, por fómites. Clásicamente se ha asociado a pobreza, promiscuidad, inmunosupresión y viajes, aunque su incidencia está en aumento en nuestro medio.



En inmunodeprimidos puede presentarse como sarna costrosa o noruega (hiperqueratósica y muy contagiosa).

SÍNTOMAS: el síntoma cardinal es el prurito intenso de predominio nocturno. Este prurito suele pasar de localizado a generalizado a las 2-6 semanas de la infección.

Las hembras depositan los huevos en surcos intraepidérmicos que excavan en zonas de piel fina: muñecas, pliegues interdigitales y axilares, areolas mamarias, codos... Estos surcos son clínicamente visibles como elevaciones lineales de 0,5-1 cm. También pueden verse nódulos pruriginosos (sobre todo en genitales). En la forma costrosa predominan placas hiperqueratósicas descamativas.

DIAGNÓSTICO: es fundamentalmente clínico (prurito nocturno + afectación familiar o de pareja). La confirmación se realiza mediante raspado del surco y observación microscópica de ácaros, huevos o escíbalos.

TRATAMIENTO: el tratamiento de elección es la permetrina 5 % en crema aplicada de cuello a pies (en lactantes y sarna noruega también cabeza) durante 8-14 h y repetida a los 7 días. Una alternativa válida es la ivermectina oral, (no debe usarse en niños <15 kg ni en el primer trimestre de embarazo). El prurito puede persistir 1-2 semanas tras el tratamiento efectivo (prurito post-escabiosis).

Se tratarán simultáneamente todos los convivientes y parejas sexuales de los últimos 30-60 días, aunque estén asintomáticos.

MEDIDAS HIGIÉNICAS: lavado de ropa y sábanas a $>60^{\circ}\text{C}$ o aislamiento en bolsa cerrada durante al menos 72 h.



BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC). AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Madrid: Publicaciones AEPCC; 2022. pp. 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6.
- 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. Trichomoniasis. Fact sheet. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 (actualizado 2025). MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
- Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). Recomendaciones de expertos para el manejo de las ectoparasitosis de transmisión sexual. Escabiosis y pediculosis púbica. Actas Dermosifiliogr. 2024;115:475-492.



AulaGinecología.com