

**DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ADULTOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
(Marzo 2017)**

GRUPO DE EXPERTOS DEL GRUPO DE ESTUDIO DE SIDA DE LA SEIMC (GESIDA), SECRETARIA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (SPNS), GRUPO DE ESTUDIO DE ITS DE LA SEIMC (GEITS), GRUPO ESPAÑOL PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEROLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA (SEIP)



GeITS



Grupo Español para la
investigación de las
enfermedades de
transmisión sexual de la



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica (SEIP)*

4. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES SÍNDROMES

4.1. Uretritis y cervicitis

Las ITS son la causa más frecuente de uretritis y cervicitis de origen infeccioso. Es frecuente la coinfección de varios agentes, estando principalmente implicados *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Otros microorganismos serían *Mycoplasma genitalium* (con un interés creciente) ^{10,11} *Trichomonas vaginalis*, Adenovirus o VHS. Últimos metaanálisis relacionan también *Ureaplasma urealyticum* con la uretritis aguda a pesar de encontrarse de forma colonizadora en el 30-40% de individuos sanos sexualmente activos junto con otras especies de *Mycoplasma* ^{4,6}.

Respecto a la clínica, las uretritis se caracterizan por inflamación uretral, cursando con disuria, disconfort y secreción uretral mucosa, mucopurulenta o purulenta como síntomas más frecuentes, existiendo también casos asintomáticos. El origen no gonocócico de la infección cursará habitualmente con clínica menos florida. Las cervicitis en cambio, serán frecuentemente asintomáticas, siendo sus principales signos el exudado cervical mucopurulento o el sangrado cervical durante la recogida de muestras o relaciones sexuales.

El diagnóstico se establecerá ante clínica y exploración física compatible, técnicas de detección de ácidos nucleicos (de elección PCR a tiempo real) y/o cultivo de los diferentes agentes en exudado uretral/cervical, **especialmente importante en el caso del gonococo previo a tratamiento para confirmar positividad de la PCR, realización de antibiograma y estudio de sensibilidades antibióticas** ^{2,3,8}. En el caso de la uretritis, el resultado del Gram será diagnóstico ante la presencia de 5 ó más leucocitos/campo⁹ pudiéndose iniciar tratamiento dirigido ante uretritis gonocócica con la simple visualización de diplococos Gram negativos.

El tratamiento (tabla 5) debe ser iniciado en el momento de diagnóstico de la patología si el Gram fuera concluyente, sin esperar a los resultados microbiológicos. El tratamiento sintomático se aconseja en la primera visita en pacientes en los que no se pueda asegurar el seguimiento.

Las crecientes resistencias a cefalosporinas descritas en el gonococo en los últimos años (en España más del 5% de aislados fueron resistentes a cefixima en 2013 ²) y los fallos de tratamiento detectados, han derivado en la recomendación de tratamiento dual como de elección ante las infecciones gonocócicas no complicadas. En el caso de la cervicitis o uretritis no gonocócica (UNG), la doxiciclina pasa a ser el régimen de elección ^{8,9}.

Ante clínica uretral persistente o recurrente (30 -90 días tras episodio agudo), y descartada reinfección, estudios han demostrado que *M. genitalium*, *C.trachomatis* y *T.*

vaginalis (en áreas de alta prevalencia) son los agentes más relacionados. El tratamiento en estos casos únicamente estará aconsejado ante síntomas o signos definitorios de uretritis y Gram positivo en exudado uretral⁸.

Se aconseja la entrevista clínica a las 3 semanas para control de resolución de los síntomas. La realización de un test de curación de 3 a 6 semanas post tratamiento estaría especialmente indicado si el paciente persiste sintomático, no se hubiera tratado con el régimen de elección, se aislara *M. genitalium*, o el cumplimiento terapéutico fuera dudoso^{8,9}. Se aconseja realizar test de control a los 3 meses por las elevadas tasas de reinfección. Las parejas sexuales del paciente de los 2 meses previos deberán ser evaluadas y tratadas con el mismo régimen que el paciente, aconsejándose abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas.

Tabla 5.- Recomendaciones terapéuticas de las uretritis y las cervicitis ^{3,8,9}

	De elección:	Alternativo	Alergia a penicilinas:
Uretritis /cervicitis gonocócica no complicadas	Ceftriaxona 500 mg IM MD + Azitromicina 1 gr vo MD	-Si no se dispone de cefalosporinas IM: Cefixima 400 mg vo MD + Azitromicina 2 gr vo MD -Si fallo de tratamiento o resistencias detectadas a cefalosporinas: Ceftriaxona 1 gr IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD ó Gentamicina 240 mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD	Gentamicina 240mg IM MD + Azitromicina 2 gr vo MD
Uretritis/cervicitis no gonocócica	Doxiciclina 100 mg /12h 7 días vo	- Azitromicina 1 gr vo MD -Si se aislara <i>M. genitalium</i> : Azitromicina 500 mg vo MD + 250 mg/ 24 h 4 días	
Uretritis persistente/ recurrente	- Si se prescribió en un primer momento doxiciclina: Azitromicina 500 mg MD + 250 mg/ 24h vo 4 días - Si se prescribió en un primer momento azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/24h vo 7-14 días -Si se trata de pacientes heterosexuales, añadir en ambos casos Metronidazol 400 mg/12h vo 5 días para cobertura de <i>T. vaginalis</i>	-Si se aislara <i>M. genitalium</i> resistente a azitromicina: Moxifloxacino 400 mg/12h 7-14 días vo	

MD. Monodosis. vo vía oral

Se habrá de descartar prostatitis o EIP como complicaciones asociadas en casos crónicos, aconsejándose la derivación al especialista correspondiente.

Recomendaciones

1. Se recomienda iniciar tratamiento sintrómico en la primera visita en pacientes en los que no se pueda asegurar el seguimiento **(C-III)**.
2. En el caso de infección por gonococo y debido a la creciente resistencia a cefalosporinas y los fallos de tratamiento detectados, se recomienda el tratamiento dual como elección ante las infecciones gonocócicas no complicadas **(B-II)**. En el caso de la cervicitis o UNG, la doxiciclina pasa a ser el régimen de elección **(A-II)**. Ante el aislamiento de *Mycoplasma genitalium* se aconseja pauta prolongada de azitromicina o moxifloxacino **(B-II)**.
3. Las parejas sexuales del paciente de los 2 meses previos deberán ser evaluadas y tratadas con el mismo régimen que el paciente, aconsejándose abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas **(C-III)**.

Referencias

1. Pogany L, Romanowski B, Robinson J, Gale-Rowe M, Latham-Carmanico C, Weir C et al. Management of gonococcal infection among adults and youth: New key recommendations. *Can Fam Physician*. 2015 Oct; 61(10):869-73, e451-6.
2. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2013. ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/gonococcal-antimicrobial-susceptibility-surveillance-europe-2013.pdf>. Fecha de consulta 09.04.2016.
3. Unemo M. Current and future antimicrobial treatment of gonorrhoea - the rapidly evolving *Neisseria gonorrhoeae* continues to challenge. *BMC Infect Dis*. 2015 Aug 21;15:364. doi: 10.1186/s12879-015-1029-2.
4. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centers for disease control and Prevention. Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015. <http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>. Fecha de consulta 04.04.2016
5. Zhang, Nan; Wang, Rong; Li, Xue; et al. Are *Ureaplasma* spp. a Cause of Nongonococcal Urethritis? A Systematic Review and Meta-Analysis *PLOS ONE* Volumen: 9 Número: 12 Número de artículo: e113771 Fecha de publicación: DEC 2 2014
6. Moi H, Blee K, Horner P. Management of non-gonococcal urethritis *BMC Infect Dis*. 2015; 15: 294. Published online 2015 Jul 29. doi: 10.1186/s12879-015-1043-4
7. Couldwell, Deborah L, Lewis, David A. *Mycoplasma genitalium* infection: current treatment options, therapeutic failure, and resistance-associated mutations. *INFECTION AND DRUG RESISTANCE* Volumen: 8 Páginas: 147-161 Fecha de publicación: 2015
8. Horner P, Blee K., Falk L, Van der Meijden W, Moi, H. 2016 European Guideline on the management of non-gonococcal urethritis <http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2016/2016EuropeanNGUGuideline.pdf>