



**Viernes 15 de febrero de 2019**

**Seminario:  
Infecciones de transmisión sexual  
en el adolescente; lo que el pediatra  
de primaria debe saber**

**Moderadora:**

**M.ª Rosa Pavo García**

*Pediatra. CS García Noblejas. Madrid.*

**Ponente/monitora:**

■ **Alicia Comunión Artieda**

*Dermatóloga. Centro de Especialidades  
Montesa. Ayuntamiento de Madrid.  
Programa de Prevención de ITS y VIH.*

Textos disponibles en  
**[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Comunión Artieda A. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente; lo que el pediatra de Primaria debe saber. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 259-266.



# Infecciones de transmisión sexual en el adolescente; lo que el pediatra de Primaria debe saber

**Alicia Comunión Artieda**

*Dermatóloga. Centro de Especialidades Montesa. Ayuntamiento de Madrid. Programa de Prevención de ITS y VIH.  
[acomunion@yahoo.com](mailto:acomunion@yahoo.com); [acomunion@gmail.com](mailto:acomunion@gmail.com)*

## RESUMEN

Desde el año 2000 las infecciones de transmisión sexual (ITS) han tenido un aumento de prevalencia e incidencia muy importante debidos a varios hechos entre los que destacan la relajación en el uso sistemático del preservativo<sup>1</sup>. Uno de los motivos más importantes es que la infección VIH se ha convertido en una infección crónica por la aparición y uso de los antirretrovirales de alta eficacia (TARGA). A pesar de las campañas de prevención y de uso de preservativo, los jóvenes no han vivido la amenaza del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entendido hace años como una noticia fatal y esto ha llevado a no usar el preservativo de forma sistemática y al aumento de las ITS. Además, se ha visto que cada vez se inician antes las relaciones sexuales en la población adolescente y como profesionales de la salud debemos conocer que está pasando y cómo podemos ayudar a nuestros pacientes.

En este taller vamos a abordar el tema de las ITS desde el punto de vista del pediatra, lo que el pediatra debe conocer para así poder ayudar a sus pacientes.

Solo vamos a abordar las ITS que afectan más frecuentemente a nuestros pacientes. Entre ellas destacan los condilomas acuminados, producidos por el virus del papiloma humano (VPH). La infección por *Chlamydia trachomatis* importante por su frecuencia en población joven y por la morbilidad que puede

producir si no se trata, con problemas de esterilidad. Y por otro lado la infección por gonococo y sífilis dos infecciones que están aumentando de forma muy importante y sobre todo que tener en cuenta en chicos que tienen relaciones con chicos.

## INTRODUCCIÓN

---

Hablar de sexo y de ITS es algo que sigue siendo tabú pero no por ello debemos evitar tratarlo con nuestros pacientes. Es cierto que requiere en la consulta crear un ambiente de empatía, privacidad y debe ser tratado de forma cauta pero natural, pues es algo normal en la vida y que a partir de la adolescencia va a preocupar y ocupar la mente de nuestros pacientes.

El profesional debe conocer que sucede en los adolescentes, como inician y como afrontan actualmente su sexualidad y así poder ayudar a estos a enfrentarse mejor a su maduración sexual. También es importante que conozcan cómo está el tema de las ITS en su país en el momento actual.

Hay muchos estudios que demuestran que los adolescentes conocen la infección por el VIH, pero desconocen otras ITS, por otro lado mucho más frecuentes<sup>2</sup>.

Debemos ayudarles a afrontar su sexualidad con información y con formación.

## HISTORIA CLÍNICA

---

Es muy importante realizar una historia clínica minuciosa detallada y estructurada.

Comenzar preguntando al paciente por su vida sexual. Preguntar acerca de sus inquietudes, dudas y posibles demandas de salud. Si ha comenzado a tener relaciones sexuales, que tipo de relaciones, con chicos, con chicas o con ambos.

Preguntar si usa preservativo en las diferentes prácticas, cómo lo usa y con qué frecuencia. Si alguien le ha instruido en la forma de poner/se el preservativo es algo tan básico y que muchas veces pasamos de largo.

Un tema que preocupa mucho a las chicas es la anti-concepción, charlar un rato sobre los distintos métodos y las ventajas e inconvenientes de ellos.

Dialogar sobre las ITS más frecuentes y cómo se contagian y cómo podemos evitarlas. Qué hacer y dónde acudir si tienen un problema o un accidente un día en una relación.

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

---

Son infecciones que pueden transmitirse a lo largo de una relación sexual y están producidas por distintas bacterias, parásitos, virus y otros gérmenes (Tabla 1).

Vamos a hablar solo de las más frecuentes y sobre todo las que con más frecuencia pueden afectar a nuestros adolescentes.

También es importante el abordaje de salud integral del paciente. Vacunaciones recomendadas, citología si está indicada, métodos anticonceptivos...

La consulta es una oportunidad para un consejo adaptado a los pacientes, es decir hablar con ellos de las posibles ITS, como se transmiten según la práctica sexual y como se previenen; pues en muchas ocasiones solo han oído hablar del VIH y pocas ITS más, y no conocen cómo se transmiten y con qué prácticas. A esas edades lo más importante es evitar el embarazo.

Vamos a dividir los ITS según el mecanismo de transmisión.

Algunas se transmiten por contacto directo piel-piel, estas infecciones pueden transmitirse a pesar del uso correcto del preservativo. Entre ellas destacan los condilomas acuminados, la infección por herpes simple, los *molluscum* contagioso y la sífilis.

Otras se contagian por contacto íntimo como la *Chlamydia trachomatis*, la gonorrea, el VIH o la hepatitis B, entre otras.

Hablaremos de las ITS más frecuentes en nuestro medio.

Tabla 1. Agentes etiológicos e ITS que pueden producir

Agentes etiológicos	Infecciones de transmisión sexual
<b>Bacterias</b>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, EIP, faringitis, conjuntivitis
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, EIP, faringitis, artritis reactiva
<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2 y L3	Linfogranuloma venéreo
<i>Ureaplasma urealiticum</i>	Uretritis
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Uretritis, cervicitis, EIP
<i>Haemophilus influenzae</i>	Uretritis
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal (donovanosis)
<i>Shigella</i>	Enterocolitis
<i>Salmonella</i>	Enterocolitis
<i>Campylobacter</i>	Enterocolitis
<b>Virus</b>	
VPH	Condilomas acuminados, papiloma faringe. Displasias y cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene
Virus del herpes simple	Herpes genital, neonatal
<i>Molluscum contagiosum</i>	<i>Molluscum contagiosum</i>
VIH	Infección por VIH
Virus de la hepatitis B	Hepatitis B
Virus de la hepatitis A	Hepatitis A
Virus de la hepatitis C	Hepatitis C
<b>Protozoos</b>	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginitis, uretritis, cervicitis
<i>Entamoeba histolytica</i>	Amebiasis
<i>Giardia lamblia</i>	Giardiasis
<b>Hongos</b>	
<i>Candida spp.</i>	Vulvovaginitis, balanitis
<b>Artrópodos</b>	
<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna

## CONDILOMAS ACUMINADOS

La infección por el VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente en todo el mundo<sup>3</sup>. Solo vamos a hablar de los condilomas acuminados o verrugas genitales que están producidas por los tipos 6 y 11. Se estima que la prevalencia es del 1%.

Aunque los tipos 6 y 11 no son oncogénicos pueden coexistir con otros genotipos con riesgo oncogénico como el 16, 18, 31, 33 y 35, entre otros<sup>4</sup>.

Se contagian por contacto directo. El preservativo no ofrece protección total.

Clínicamente pueden cursar con picor en la zona y el paciente refiere la aparición de lesiones papulosas con superficie papilomatosa y coloración variada desde color piel a levemente rojiza. En ocasiones en pacientes con piel pigmentada pueden ser marrones. El número, localización y tamaño también son muy variados de un paciente a otro.

El introito en la mujer y el frenillo en el caso de hombres no circuncidados son los sitios donde más frecuentemente aparecen en personas que no utilizan preservativo.

### Diagnóstico

El diagnóstico es básicamente clínico, aunque se puede hacer una biopsia con estudio histológico en caso de dudas. Se indica biopsia en lesiones muy grandes, atípicas o que no responden a tratamiento habitual. Actualmente la dermatoscopia es un método muy útil sobre todo en caso de duda diagnóstica o lesiones muy pequeñas.

### Tratamiento

Los tratamientos son muy variados. La pauta terapéutica depende del tiempo de evolución, extensión de lesiones y localización.

### Tratamientos aplicados por el médico

Se trata de tratamientos destructivos locales como crioterapia, ácido tricloracético, electrocoagulación,

láser de CO<sub>2</sub>. Se utilizan preferentemente para tratar lesiones de extensión moderada y lesiones estables.

### Tratamientos aplicados por el paciente

Imiquimod al 3,5% y al 5%, es un modificador de la respuesta inmune local que puede aplicarse en lesiones en genitales externos.

La crema de sinecatequinas al 15%, producto de origen vegetal derivado de las hojas de té verde, que tiene un mecanismo de acción inmunomodulador y antioxidante y se indica en lesiones en genitales externos, sobre todo en lesiones recientes en fase de extensión, con la intención de realizar un "tratamiento de campo".

La podofilotoxina en solución o crema se utiliza también en genitales externos.

Todos los anteriores producen irritación de la zona de aplicación.

Actualmente existen vacunas que se incluyen en la inmunización sistemática en mujeres y en algunos países también en hombres, entre los 11 y los 12 años. Algunas de ellas incluyen los tipos 6 y 11 protegiendo de los condilomas acuminados como la tetravalente y nonavalente ya disponible en nuestro país desde hace unos meses<sup>5</sup>.

## INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

La *Chlamydia trachomatis* es una bacteria gramnegativa intracelular obligada que infecta el epitelio columnar del cérvix, uretra, faringe y conjuntiva.

En el caso de las mujeres, su mayor incidencia es en mujeres de 18 a 24 años siendo en el 75% de los casos asintomática. Es la enfermedad bacteriana más frecuente en gente joven<sup>6</sup>.

La infección por *Chlamydia trachomatis* en España desde marzo de 2015 es una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) numérica semanal<sup>7</sup>.

De hecho, en las guías CDC se recomienda un control anual para *Chlamydia* en mujeres sexualmente activas hasta los 25 años.

Es muy importante detectar esta infección porque en la mayoría de los casos en mujeres es asintomática. Porque es causante de enfermedad inflamatoria pélvica y posibles complicaciones como dolor pélvico crónico, salpingitis y finalmente esterilidad.

El diagnóstico se hace mediante técnicas de PCR en cérvix, orina, uretra, recto y faringe. El tratamiento es muy eficaz y sencillo con azitromicina 1 g monodosis y doxiciclina 100 mg/12 horas durante 7 días.

### **INFECCIÓN POR *NEISSERIA GONORRHOEAE***

Se trata de un diplococo gramnegativo, oxidasa positivo, anaerobio, intracelular que puede infectar el epitelio columnar del cérvix, uretra, faringe y conjuntiva.

Tiene un periodo de incubación muy corto de 3 a 5 días y puede producir, uretritis y cervicitis. En el caso de los varones produce una uretritis purulenta, pero en el caso de las mujeres cuando infecta cérvix, esta infección puede ser asintomática en casi el 50% de los casos.

Requiere contacto íntimo, por lo que usando el preservativo no se contagia.

Cuando afecta a faringe, suele ser asintomático y en las relaciones orales pueden contagiarse. También puede producir proctitis en ocasiones con tenesmo, dolor, secreción purulenta o mucosa con las heces.

La incidencia de infección por gonococo está aumentando sobre todo en hombres que tienen relaciones con hombres y en este grupo de pacientes el sexo oral es una importante forma de transmisión, pues para esta práctica apenas se usa preservativo (Fig. 1).

El diagnóstico se realiza con una tinción de Gram de la secreción donde se pueden observar los diplococos gramnegativos intracelulares y cultivo en medio de Thayer Martín modificado.

El gonococo se está haciendo resistente a los fármacos siendo un problema importante. Por lo que se debe aplicar el tratamiento de elección que en el momento actual es ceftriaxona 250 mg administración intramuscular y azitromicina 1 g en monodosis, terapia dual.

Las guías de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual elaboradas por la CDC de Atlanta actualizan los tratamientos y se deben consultar<sup>8</sup>.

Siempre que se trata una ITS hay que intentar localizar a los contactos y estudiarles o tratarles también, así como realizar a los pacientes el protocolo de detección de otras ITS incluyendo aislamientos locales, según las prácticas sin protección realizadas y serologías teniendo en cuenta el periodo ventana.

### **SÍFILIS**

Esta producida por el *Treponema pallidum*, una bacteria espiral o espiroqueta que mide de 6 a 15 micras de longitud por 0,25 micras de grosor.

Es una enfermedad sistémica cuyo mecanismo de transmisión es el contacto directo e íntimo con lesiones que liberan treponemas. También se produce la transmisión materno-fetal y muy ocasionalmente se produce el contagio mediado por transfusión sanguínea o a través de pequeñas abrasiones de la epidermis que se ponen en contacto con lesiones sifilíticas.

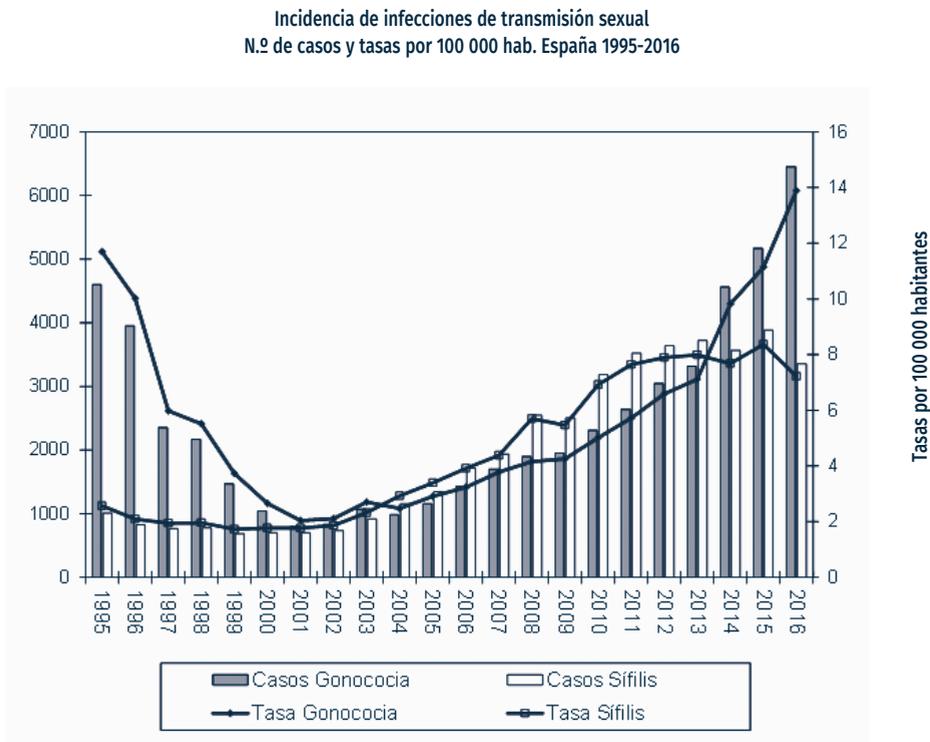
Desde el año 2002 como podemos ver en la Fig. 1, ha aumentado mucho su incidencia sobre todo afecta a hombres que tiene relaciones con hombres y el sexo oral es un mecanismo importante también de transmisión.

La descripción clásica de la **sífilis adquirida** se hace dividiéndola en cuatro estadios: primaria, secundaria, latente y terciaria<sup>9</sup>.

#### **Sífilis primaria**

El *Treponema* penetra a través de pequeñas abrasiones cutáneo-mucosas. El periodo de incubación puede variar entre 9 y 90 días.

Figura 1. Casos de gonorrea y sífilis. Red de Vigilancia Epidemiológica



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

La lesión inicial o chancro comienza como una pápula que en pocos días produce una úlcera superficial de bordes suaves y fondo en general limpio. La lesión es poco dolorosa y es característica la induración de la base que se palpa con consistencia cartilaginosa (chancro duro). El chancro suele ser único, aunque la presencia de dos o más chancros no es excepcional. Se acompaña de adenopatía satélite inguinal, unilateral o bilateral, desplazable no inflamada y que no supura. Puede aparecer en cualquier localización de áreas sexuales. El chancro sífilítico cura espontáneamente en el plazo de 3-12 semanas. Las lesiones de chancro contienen abundantes treponemas y son contagiosas.

### Sífilis secundaria

Las manifestaciones de sífilis secundaria comienzan de 4 a 10 semanas después de la lesión inicial. Se relacionan con la diseminación del *Treponema*.

La sífilis secundaria se acompaña de síntomas sistémicos moderados, astenia, febrícula, adenopatías generalizadas y se manifiesta inicialmente por la llamada roséola sífilítica (sífilide maculosa). Esta consiste en un exantema de predominio en tronco y miembros superiores formado por elementos maculosos tenues de pocos milímetros de diámetro redondeados u ovals algo confluentes.

En esta fase son muy características las lesiones papulosas palmo plantares, eritematosas y con frecuencia escamosas con escama en collarate. Cuando se hacen hiperqueratósicas reciben el nombre de clavos sífilíticos.

La sífilis secundaria se acompaña casi siempre de lesiones en mucosas y semimucosas, máculas eritematosas, pápulas y lesiones pápulo-erosivas. En mucosa oral, paladar y lengua son lesiones erosivas recubiertas de membrana blanquecina grisácea con borde rojo, que reciben el nombre de placas mucosas. Estas lesiones contienen abundantes treponemas y son frecuente origen de contagio.

La sífilis secundaria ocasionalmente se acompaña de manifestaciones en órganos internos.

### Diagnóstico

El *Treponema pallidum* no puede ser cultivado *in vitro* y su pequeño tamaño hace difícil su observación con técnicas de microscopía óptica.

Los métodos de laboratorio sirven para confirmar la sospecha clínica y para seguimiento tras el tratamiento.

En la sífilis primaria el método diagnóstico es el campo oscuro visualizando los treponemas en el chancro. También existen PCR específica, pero no suelen estar disponibles en muchos centros.

Las serologías son el método más utilizado. Existen dos tipos de pruebas. Las pruebas de *screening* que son las pruebas reagínicas (VDRL y RPR) son muy sensibles, pero tardan en positivizar. Se titulan y se utilizan para el control del tratamiento.

Las más específicas son las pruebas treponémicas (FTA-ABS y TPHA) son las más precoces en positivizar, siendo positivas durante muchos años.

### Tratamiento

El tratamiento de la sífilis depende básicamente del estadio.

En la sífilis primaria, secundaria y latente precoz el tratamiento de elección es penicilina G benzatina, 2 400 000 UI i.m. en dosis única.

En la sífilis latente de tiempo indeterminada el tratamiento de elección son 3 dosis de penicilina G benzatina 2 400 000 UI i.m. una dosis cada semana.

### CONCLUSIONES

Como conclusión, me parece importante estar atento al adolescente, ver su grado de madurez sexual y poder ayudarle y darle información sobre salud sexual para así ayudarle a alcanzar conductas maduras de comportamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2015. Madrid; 2017.
2. Calatrava M, López del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin*. 2012;138:534-40.
3. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *Sex Transm Dis*. 2013;40:187-93.
4. Sigurgeirsson B, Lindelöf B, Eklund G. Condylomata acuminata and risk of cancer: an epidemiological study. *BMJ*. 1991;303(6798):341-4.
5. Bruni L, Serrano B, Bosch X, Catellsagué X. Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33(5):342-54.
6. Datta SD, Torrone E, Kruszon-Moran D, Berman S, Johnson R, Satterwhite CL, et al. Chlamydia trachono-

- matic trends in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999-2008. *Sex Transm Dis.* 2012;39:92-6.
7. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. [Fecha de acceso 14 dic 2018]. Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-2837](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-2837)
  8. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. [Fecha de acceso 14 dic 2018]. Disponible en <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>
  9. Carlson JA, Dabiri G, Cribier B, Sell S. The immunopathobiology of syphilis: the manifestations and course of syphilis are determined by the level of delayed- type hypersensitivity. *Am J Dermatopathol.* 2011;33(5):433-60.