



Semana de Congresos y Jornadas Nacionales de Pediatría 2017

8° Congreso Argentino de Infectología Pediátrica

ITS en el adolescente Uretritis en la adolescencia: ¿cómo tratarlas?



Valeria Mülli
valeria.mulli@hiba.org.ar



Adolescencia

- Hoy los adolescentes tienen mayor acceso a información sobre sexualidad.
- La educación sexual integral (ESI) presenta un programa activo escolar que va acompañando desde el jardín de infantes hasta la secundaria, el proceso de desarrollo de una sexualidad responsable, respetuosa y placentera.
- IRS en general es con su pareja, promedio a los 15 años, con acceso a información sobre MAC.
- Esta información no asegura su correcto uso ni genera mayor precocidad en el IRS.
- Una de las consecuencias del no uso del preservativo es el contagio de ITS.

Adolescencia

En mujeres etapa de mayor vulnerabilidad a las ITS por:

- ectopía cervical,
- inmadurez biológica,
- anticonceptivos orales,
- monogamia serial,
- relaciones sexuales bajo efecto de sustancias y juegos sexuales,
- coerción y violencia de género

Uretritis

- Causa más frecuente es por Chlamydia T. , N. Gonorrhoeae y luego Mycoplasma genitalium y Ureoplasma urealyticum , con **síntomas** de uretritis, epididimitis y proctitis.
- Rara vez puede generar artritis reactiva o infección gonocócica diseminada. La faringitis y proctitis pueden ser asintomáticas (reservorios de nuevas infecciones).
- En general en los **varones son sintomáticas**, por lo cual consultan, reciben tratamiento y evitan complicaciones.
- En las **mujeres** hay que pensarlas cuando presenten disuria con sedimento patológico y U/C negativo.
- No hay estudios que demuestren que la pesquisa en varones asintomáticos disminuya las consecuencias en su pareja sexual.

Cervicitis

- Las causas más frecuentes son por Chlamydia T., Neisseria Gonorrhoeae y luego por Mycoplasma genitalium y Ureoplasma urealyticum, con prevalencia 10 veces mayor de Chlamydia en mujeres de 18 a 26 años (4,7% vs 0,4%) y mayor frecuencia en adolescentes 15 a 19 años (46% de las infecciones) e igual a los varones para gonorrea
- En general son **asintomáticas** y pueden resolverse espontáneamente en meses, no deja inmunidad humoral. La infección sin tratar puede en el 20 al 40% complicarse con Enfermedad inflamatoria pelviana (EPI) y generar internación, cirugía, dolor pelviano crónico, embarazo ectópico e infertilidad.
- Se desconoce la incidencia porque la mayoría de las infecciones cursan asintomáticas y no se diagnostican. Pueden contagiar a sus parejas sexuales y al recién nacido si están embarazadas (oftalmopatía y neumonía)
- Existen métodos de pesquisa y tratamientos efectivos para chlamydia y gonococo

Pesquisa

- Los beneficios de la detección temprana de chlamydia y gonococo en mujeres asintomáticas < de 25 años son el tratamiento temprano con la reducción de las complicaciones.
- No hay trabajos que lo justifiquen en varones asintomáticos
- Prevalencia de chlamydia se estima en 6,8 % en mujeres de 14 a 19 años sexualmente activas
- Realizar pesquisa universal con prevalencia del 10-12% y selectivo si es menos de 5 - 6%
- Las infecciones por chlamydia y gonococo facilitan la infección por VIH

Guías de pesquisa

- **Task Force**, revisión de trabajos de pesquisa de infecciones por chlamydia y gonococo en adolescentes sexualmente activos, adultos y embarazadas asintomáticos y recomienda **pesquisar a adolescentes mujeres < 24 años sexualmente activas para chlamydia y gonococo**, mujeres, varones y embarazadas de alto riesgo (cambio de pareja , múltiples parejas, parejas con ITS, abuso de sustancias, trabajadoras/es sexuales, homosexuales varones , comunidades cerradas como cárceles)

Annals of Internal Medicine, Screening or Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, Dec 2014, Vol 161, number12

Guías de pesquisas

- **CDC:** búsqueda anual de chlamydia y gonorrea en mujeres sexualmente activas < 25 años y mayores con factores de riesgo y en varones con alto riesgo. Búsqueda de gonococo en embarazadas de alto riesgo y de chlamydia en la primera visita de las mujeres embarazadas. Retestear 3 meses después del tratamiento
- **Congreso Americano de obstetricia y ginecología** : igual recomendación
- **Academia Americana de Pediatría:** búsqueda anual de chlamydia y gonorrea en mujeres < 25 años sexualmente activas, en homosexuales varones de uretra, recto y faringe, adolescentes y jóvenes varones de alto riesgo y jóvenes que estuvieron expuestos a chlamydia y gonorrea por sus parejas en los últimos 60 días

Guías de pesquisa

- **Academia Americana de Médicos de familia:** búsqueda anual de chlamydia y gonorrea en mujeres sexualmente activas < 25 años y mayores con factores de riesgo (cambio de pareja , múltiples parejas, parejas con ITS)
- **Guías canadienses:** búsqueda anual de chlamydia y gonorrea en varones y mujeres sexualmente activas < 25 años y retestear a los 6 meses de tratamiento y en primer visita de embarazadas y en el 3er trimestre de las que fueron positivas o son de alto riesgo

Métodos de pesquisa

Existen métodos de aislamiento del gérmen, detección directa de antígenos, pruebas moleculares y dosaje de anticuerpos (perihepatitis).

- Detección de ag: ELISA, inmunofluorescencia o cromatografía
- Tests de amplificación de ácidos nucleicos (NAATs) para chlamydia y gonococo, con sensibilidad variable de 86 a 100% según la muestra y alta especificidad , para muestras endocervicales, vaginales , uretrales y del 1er chorro de orina para varones y mujeres
- Los métodos de pesquisa para mycoplasmas no están muy accesibles, son NAATs o PCR de orina en varones y flujo vaginal en mujeres

Técnicas de detección de chlamydia

Porcentaje	Cultivo	Enzimoimmuno ensayo (EIA)	Inmunofluores cencia (DFA)	Pruebas de ácidos nucleicos (NAA)
Sensibilidad	40-60	65-75	70-75	90-98
Especificidad	100	90-95	90-97	98-99

El cultivo en líneas celulares se debe realizar para casos conflictivos.

Ginecología infanto juvenil: un abordaje interdisciplinario, Farinati A. Infecciones por chlamydia trachomatis y su repercusión en adolescentes ,pág: 445

Abordaje y seguimiento

- Se tratan con antibióticos que se deben administrar en la consulta con el resultado positivo del test y en la pareja sexual con evaluación, testeo o tratamiento empírico de los 60 días previos.
- Evitar las relaciones hasta completar ambos el tratamiento o que desaparezcan los síntomas
- La consejería posterior incluye entrevista motivacional para disminuir la transmisión de ITS y la posibilidad de reinfección

Régimen terapéutico ideal

- Ser altamente eficaz en todos los sitios anatómicos de infección
- Ser bien tolerado
- Monodosis (minimiza la falta de adherencia de los pacientes)
- Tasa de eficacia superior al 95%, porque el fracaso en el tratamiento tiene implicancias de salud pública relacionadas con la transmisión de la infección
- Debería contemplar la posibilidad de coinfecciones (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, gonococo)

Tratamiento de Chlamydia Trachomatis

- **Cervicitis:** Azitromicina 1 g VO única dosis
- **Uretritis masculina no complicada , cervicitis o proctitis,** durante 7 días:
 - Minociclina o doxiciclina 100 mg cada 12 hs
 - Ofloxacina 400 mg cada 12 hs
 - Eritromicina 500 mg cada 6 hs
 - Ciprofloxacina 500 mg cada 12 hs
 - Levofloxacina 500 mg /día
- **Embarazadas:** Eritromicina 500 mg cada 6 hs o roxitromicina 150 mg cada 12 hs durante 7 días

Seguimiento

- Retestear para chlamydia a los 3 meses de finalizado el tratamiento antibiótico y en las embarazadas diagnosticadas en el 1er trimestre.
- Si se diagnostica en embarazos más avanzados el retest se realiza a las 3 semanas del antibiótico con método que no busque antígeno.

Tratamiento de gonococo

Vigilancia epidemiológica del gonococo por alta resistencia a los antimicrobianos .

- Se debe aislar para monitoreo de resistencia y siempre tratar a los contactos, de los 60 días previos Si el paciente no tuvo contacto sexual en los 60 días previos al diagnóstico, su última pareja sexual debería ser tratada.
- No se usan más quinolonas, ni sólo ceftriaxona o azitromicina
- Detección y notificación de casos de declaración obligatoria

Tratamiento gonococo

Esquemas:

- 1) Ceftriaxona 250 mg única dosis IM + Azitromicina 1 g VO única dosis o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs VO durante 7 días
- 2) Por falta de ceftriaxona: Cefixima 400 mg VO única dosis + Azitromicina 1 g VO única dosis o Doxiciclina 100 mg cada 12 hs VO durante 7 días
- 3) Por alergia grave a cefalosporinas: Azitromicina 2 g VO única dosis + Gentamicina 240mg IM única dosis.

Solamente en los casos 2 y 3 chequear curación a la semana

Gonococo

- Se debe educar a los pacientes a retornar si luego del tratamiento persisten o recurren los síntomas (dentro de los 3-5 días de haber completado el tratamiento), para evaluar fracaso del tratamiento y resistencia antibiótica.
- Dado que la mayoría de las sospechas de falla terapéutica son en realidad reinfecciones, el CDC recomienda toma de muestra para cultivo y luego el mismo régimen inicial :250 mg de ceftriaxona IM y 1gr de azitromicina VO, dosis única.
- Si se sospecha fracaso terapéutico luego de la utilización de cefalosporinas VO + azitro, se recomienda el tratamiento con ceftriaxona intramuscular+ 2 gr de azitro.
- Si la reinfección es poco probable deben tomarse muestras (uretral, orofaríngea y/o rectal dependiendo de la exposición) para cultivo y antibiograma.

Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1

Tratamiento de Mycoplasmas

- Uretritis, cervicitis y EPI: Azitromicina 1 g VO única dosis
- Casos de uretritis, cervicitis y EPI, que no recibieron azitromicina, agregarla
- Persistencia de síntomas luego de tratamiento con azitromicina y documentación de mycoplasma: moxifloxacina

Bissessor M, Tabrizi SN, TwinJ, et al. Macrolide resistance and azitromicin failure in a *Mycoplasma genitalium*. Clin Infect Dis 2015; 60:12228

Muchas gracias