

Tratamiento empírico de las infecciones genitourinarias y ETS

Fecha de la última revisión: 01/02/2010

Índice de contenidos

- 1. Infección urinaria en la mujer
- 2. Infección urinaria en el hombre
- 3. Vaginitis
- 4. Uretritis y Cervicitis
- 5. Úlceras genitales
- 6. Orquiepididimitis aguda
- 7. Autores

Infección urinaria en la mujer

Tabla 1. Infección urinaria en la mujer		
Etiología (%)	Escherichia coli (70), Klebsiella spp. (10), Proteus spp.(5), Enterococcuss spp. (5), Streptococcus agalactiae (2), Staphylococcus saprofiticus (2), Pseudomonas spp. (1). Polibacteriana (<3).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	La infección polibacteriana suele darse en mujeres con sonda permanente o alteraciones de la vía urinaria.	
	Cistitis aguda: - Se recomienda la pauta corta de antibióticos de 3 a 5 días ya que el porcentaje de curaciones es el mismo que se consigue con pautas de 7 a 10 días, sin aumentar las recurrencias y con menos efectos secundarios. Si persisten los síntomas se sospechará resistencia bacteriana y se tendrá que realizar urinocultivo. - Si la paciente permanece asintomática tras el tratamiento no es necesario realizar urinocultivo. Si no es así, se hará urinocultivo y si es positivo se realizará tratamiento durante 10 a 14 días. Si no es positivo, debe establecerse la posibilidad de que padezca una uretritis por Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum o gonococo. - Reinfecciones: a) mujeres postmenopáusicas, está indicado el Estradiol tópico; b) mujeres jóvenes con diafragma o espermicidas vaginales deberán cambiar de método anticonceptivo; c) relación con el coito, se aconseja micción después del mismo. - En mujeres con infecciones urinarias recurrentes, la utilización del jugo de arándanos puede reducir el número de infecciones urinarias sintomáticas durante 1 año.	
	Pielonefritis no complicadas: - Tratamiento antibiótico entre 10-14 días. - Medidas generales con antitérmicos e hidratación.	
	Cistitis aguda en la mujer gestante: - Requiere urinocultivo previo al tratamiento antibiótico. - Tanto la cistitis como la bacteriuria asintomática se tratan de la misma forma, y debe guiarse por el antibiograma.	
	Antibiótico y Posología	
	Cistitis	
	De elección ^{a,b}	Fosfomicina trometamol ^c . 3 g, dosis única.
	Alternativa	Amoxicilina-clavulánico . 500/125 mg/8 horas,po, 5 días. Ó Cefuroxima axetilo . 250-500 mg/12 horas, po, 5 días. Ó Nitrofurantoína ^d . 100 mg/6 horas, po, 7 días. Ó Norfloxacino ^d . 400 mg/12 horas, po, 3 días. U Ofloxacino ^d . 200 mg/12 horas, po, 3 días. Ó Ciprofloxacino ^d . 250-500 mg/12 horas, po, 3 días.
	Cistitis: recaída	
	Tratamiento según antibiograma, de 2 a 6 semanas	
	Cistitis: reinfección	
	<3 episodios / año: igual que cistitis.	
	≥3 episodios / año: (estudiar	Relación con el coito: profilaxis postcoital con dosis única de Cotrimoxazol 160/80 mg ó Nitrofurantoína 50-100 mg ó Norfloxacino 400 mg ó Cefalexina 250 mg.

	factores predisponentes)	Sin relación con el coito: pauta de antibiótico de 14 días y seguir con una dosis nocturna durante 6 meses: Cotrimoxazol 400/80 mg ó Nitrofurantoína 50-100 mg ó Norfloxacino 200 mg ó Cefalexina 250 mg.
	Pielonefritis no complicada ^{e,f}	
	De elección	Amoxicilina-clavulánico . 500/125 mg/8 horas, po, 10-14 días. Ó Cefuroxima axetilo . 500 mg/12 horas, po, 10-14 días.
	Alternativa	Norfloxacino ^d . 400 mg/12 horas, po, 10-14 días. U Ofloxacino ^d . 200 mg/12 horas, po, 10-14 días. Ó Ciprofloxacino ^d . 500 mg/12 horas, po, 10-14 días. Ó Cefomicida. 1 g/24 horas, im, 10-14 días. Ó Cotrimoxazol ^d . 160/800 mg/12 horas, po, 10-14 días.
	Cistitis aguda en la mujer gestante ^g	
	De elección	Amoxicilina-clavulánico . 500/125 mg/8 horas, po, 7 días. Ó Cefuroxima axetilo . 250 mg/12 horas, po, 7 días. Ó Nitrofurantoína ^h . 100 mg/6 horas, po, 7 días.
	Alternativa	Fosfomicina trometamol ⁱ . 3 g monodosis
Comentarios	a. El antibiótico de elección está supeditado al perfil local de resistencias de E. coli. En España, la prevalencia de cepas de E. coli resistente a Trimetoprim-Sulfametoxazol o a Quinolonas de segunda generación es alta. b. Si sospecha de pielonefritis subclínica realizar urinocultivo y seguir pautas de 7 a 10 días. c. En >65 años: 2 dosis separadas por 3 días (días 1 y 4). d. Alérgicas a β-lactámicos. e. Si no existe franca mejoría a las 48-72 horas de tratamiento remitir al hospital. f. Urinocultivo a los 7 días postratamiento. Si es positivo realizar estudio urológico; si es el mismo germen prolongar el tratamiento por 4-6 semanas; si es otro germen, tratamiento como reinfección. g. Amoxicilina (500 mg/8 horas, po, 7 días) aparece en las principales guías como el primer antibiótico de elección, sin embargo las resistencias >20% del E. coli desaconsejan su uso. Urinocultivo de control a la semana de finalizar el tratamiento; si es negativo, control cada 4-6 semanas hasta el parto; si es positivo, realizar tratamiento y una vez esterilizada la orina valorar profilaxis con dosis nocturna de Nitrofurantoína 50 mg ó Cefalexina 125-250 mg ó Cefuroxima axetilo 250 mg. h. Evitar primer trimestre y últimas semanas del embarazo. i. Poca experiencia.	
Referencias	- Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinario. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130:481-6 [Resumen comentado] - Hooton TM, Stamm WE. Acute cytitis in women. UptoDate 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uptodate.com [Entrar] - Hooton TM, Stamm WE. Clinical manifestations; diagnosis; and treatment of acute pyelonephritis. UptoDate 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uptodate.com [Entrar] - Hooton TM, Stamm WE. Recurrent urinary tract infection in women. UptoDate 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uptodate.com [Entrar] - Jepson RG, Craig JC. Arándanos para la prevención de infecciones urinarias; 2007 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [Resumen] - Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)._Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Mar. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 91) [acceso 7/1/2010]. [NGC] - Viana Zulaica C, Molina Poch F, Díez Vázquez M, Castro Arza P. Infección de vías urinarias en el adulto. Fisterra.com; 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.fisterra.com [Entrar]	

Infección urinaria en el hombre

Tabla 2. Infección urinaria en el hombre.	
Etiología (%)	Cistitis y pielonefritis. <i>Escherichia coli</i> (55), Klebsiella spp. (10), <i>Enterococcuss</i> spp. (10), <i>Pseudomonas</i> spp. (10), <i>Proteus</i> spp. (5), otras enterobacterias (10). Polibacteriana (<1). Prostatitis agudas no complicadas. <i>Escherichia coli</i> (95), otros (<5).
Tratamiento	Actitud terapéutica
	Cistitis aguda: - Se consideran complicadas; sospechar siempre pielonefritis subclínica o afectación renal complicada, por lo que hay que hacer urinocultivo pre- y postratamiento. - Las pautas cortas están contraindicadas.

	- La recaída o infección recurrente indica infección crónica de la próstata o anomalías funcionales o anatómicas de la vía urinaria; requieren tratamiento durante 4-6 semanas y consulta al urólogo. - El 50% de los varones con infección recurrente y el 90% de los que tienen fiebre tienen afectación de la próstata que puede evolucionar a absceso de próstata o a prostatitis bacteriana crónica. - Realizar estudio urológico tras el segundo episodio documentado de infección urinaria. Prostatitis agudas no complicadas: - Tratamiento ambulatorio si el paciente no está tóxico, <65 años y no inmunodepresión, de lo contrario ingreso hospitalario. - Urinocultivo y tratamiento antibiótico precoz para evitar complicaciones ya que se trata de una enfermedad grave. - Medidas generales: reposo, hidratación, antipiréticos, analgésicos y laxantes. Prostatitis crónicas: - Para diagnostico de certeza: urinocultivo de orina fraccionada y comparación con cultivo de semen. Paciente sondado: - La bacteriuria asintomática no hay que tratarla con antibióticos. - Tratamiento ambulatorio: cambio de la sonda urinaria, urinocultivo y antibiograma. - Profilaxis antibiótica sólo en el cambio de sonda en pacientes neutropénicos, inmunodeprimidos, con factores de riesgo de endocarditis bacteriana ó uropatía obstructiva. - Remitir al hospital si signos de gravedad.	
	Antibiótico y Posología	
	Cistitis	
	De elección ^a	Amoxicilina-clavulánico : 500/125 mg/8 horas, po, 14 días ó Cefuroxima axetilo . 250-500 mg/12 horas, po, 14 días.
	Alternativa ^a	1ª Norfloxacino : 400 mg/12 horas, po, 14 días U Ofloxacino . 200 mg/12 horas, po, 14 días. O Ciprofloxacino . 250-500 mg/12 horas, po, 14 días. 2ª Cotrimoxazol . 160/800 mg/12 horas, po, 14 días. 3ª Nitrofurantoína ^{b,c} . 100 mg/6 horas, po, 14 días.
	Pielonefritis	
	Remisión al hospital.	
	Prostatitis agudas no complicadas	
	De elección ^{d,e}	Ciprofloxacino . 500 mg/12 horas, po, 28 días U Ofloxacino . 200 mg/12 horas, po, 28 días.
	Alternativa ^f	Cotrimoxazol . 160/800 mg/12 horas, po, 28 días.
	Prostatitis agudas complicadas	
	Remisión al hospital	
	Prostatitis crónica	
	De elección ^{e,g}	Ciprofloxacino . 500 mg/12 horas, po, 28 días. Ó Ofloxacino . 200 mg/12 horas, po, 28 días. Ó Norfloxacino . 400 mg/12 horas, po, 28 días.
	Alternativa ^f	Cotrimoxazol . 320/1600 mg/12 horas, po, 28 días. Ó Minociclina . 100 mg/12 horas, po, 28 días.
	Paciente sondado	
	De elección	Ciprofloxacino . 500 mg/12 horas, po, 10 a 14 días. U Ofloxacino . 200 mg/12 horas, po, 10 a 14 días. Ó Norfloxacino . 400 mg/12 horas, po, 10 a 14 días. Ó Amoxicilina-clavulánico . 500/125 mg/8 horas, po, 10 a 14 días. Ó Cefuroxima axetilo . 500 mg/12 horas, po, 10 a 14 días.
	Alternativa	Gentamicina . 160-240 mg /24 horas, im o iv, 10 a 14 días.
Comentarios	a. El antimicrobiano de elección está supeditado al perfil local de resistencias de E. coli. En España, la prevalencia de cepas de E. coli resistente a Cotrimoxazol o a Quinolonas es alta. b. No indicada en caso de sospecha de Proteus spp. y Pseudomona aeruginosa. c. Si aclaración de creatinina <50 mL/min, no es eficaz por que se excreta en cantidades insuficientes por orina. d. Algunas guías recomiendan tratamiento secuencial: Gentamicina 160-240 mg /24 horas, 3 días, seguido de una Quinolona durante 4 semanas. e. Según resultado de antibiograma. f. No tolerancia o alergia a quinolonas. g. No hay evidencias de que tratamientos >28 días tengan una mayor eficacia.	

Referencias	- Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinario. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130:481-6 [PMID: 18423165] - Catheter-associated UTIs. En: Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Lobel B, Naber KG, Palou J, Tenke P. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2008 Mar. p. 70-1. [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uroweb.org [Entrar] - Hervás Angulo A, Forcén Alonso T. Prostatitis. Fistera.com; 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.fistera.com [Entrar] - Meyrier A, Fekete T. Acute and chronic bacterial prostatitis, 2009. UpToDate (version 16.3). Disponible en: www.uptodate.com [Entrar] - SIGN. Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline Guideline. No. 88. 2006 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.sign.ac.uk [Entrar] - Uncomplicated urinary tract infections in adult. In: Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Lobel B, Naber KG, Palou J, Tenke P. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2008 Mar. p.11-40 [NGC] - Viana Zulaica C, Molina Poch F, Díez Vázquez M, Castro Arza P. Infección de vías urinarias en el adulto. Fistera.com; 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.fistera.com [Entrar]
-------------	--

Vaginitis

Tabla 3. Vaginitis.	
Etiología (%)	Fúngica (30): <i>Candida</i> spp., especialmente <i>C. albicans</i> . Parasitaria (<10): <i>Trichomonas vaginalis</i> . Infección polimicrobiana con participación de flora bacteriana aerobia (<i>Gardnerella vaginalis</i> , Micoplasmas urogenitales) y flora bacteriana anaerobia (<i>Mobiluncus</i> , <i>Prevotella</i> , <i>Bacterioides</i> ,...) (40-50).
Tratamiento	Actitud terapéutica
	- El tratamiento empírico se basa en la medición del pH vaginal y las características del flujo. <i>Candida</i>: prurito, flujo mínimo, blanco y grumoso, pH <4,5. <i>Trichomonas</i>: flujo abundante, amarillento, espumoso y maloliente, pH >4.5. <i>Gardnerella</i>: flujo moderado, blanco-grisáceo, con olor a pescado (prueba del KOH+), pH >4,5; escasos leucocitos y presencia de células clave en el examen microscópico en fresco.
	Vaginitis Fúngica
	- Dar tratamiento si presenta clínica. - No hay diferencias de eficacia en el tratamiento antifúngico oral o vaginal. - Pacientes con episodios infrecuentes o de severidad leve o moderada se recomiendan tratamientos tópicos en monodosis progresivamente crecientes. En infecciones recurrentes usar tratamientos sistémicos. El 20% de pacientes con infección recurrente tiene infección por Candida no albicans y es conveniente practicar un cultivo para confirmar el diagnóstico etiológico e identificar la especie de Candida.
	Vaginitis por Tricomonas
	En vaginosis por Trichomonas hay que tratar a la pareja y recomendar la abstinencia sexual hasta 48 horas después de finalizar el tratamiento.
	Vaginitis bacteriana
	Pacientes asintomáticas, se dará tratamiento a las mujeres embarazadas y aquellas que tengan que someterse a instrumentación urogenital.
Antibiótico y Posología	
	Vaginitis Fúngica
De elección	No complicada: Clotrimazol 500 mg, dosis única, óvulo vaginal Ó Fluconazol. 150 mg, dosis única, po. Complicada: Clotrimazol 2%, 5 g, crema vaginal, 7-14 noches ó 100 mg/12 horas, óvulo vaginal, 3 noches ó 100 mg, óvulo vaginal, 7 noches. Ó Fluconazol.150 mg, po, repetida a los 3 días. Recurrente ^a: tratamiento del episodio seguido de tratamiento supresivo: Clotrimazol 2%, 5 g, crema vaginal, 7-14 noches seguido de Clotrimazol 500 mg, óvulo vaginal, 1 vez/semana, 6 meses Ó Fluconazol 150 mg, po, repetida a los 3 días, seguido por Fluconazol 150 mg, po,1 vez/semana, 6 meses.

		Embarazo: Clotrimazol . 100 mg, óvulo vaginal, 7 noches.
	Vaginitis por Trichomonas	
	De elección	Metronidazol . 2g, dosis única, po. Embarazo: Metronidazol . 500 mg/12 horas, po, 7 días
	Alternativa	Metronidazol ^b . 500 mg/12 horas, po, 7 días.
	Vaginitis bacteriana ^c	
	De elección	Metronidazol gel 0,75%. 5g/12 horas, vaginal, 5 días ó 500 mg/12 horas, po, 7 días. Ó Clindamicina crema 2%. 5g/24 horas, vaginal, 7 noches. Embarazo: Metronidazol . 500 mg/12 horas, po, 7 días Ó Clindamicina . 300 mg/12 horas, po, 7 días.
	Alternativa	Clindamicina . 300 mg/12 horas, po, 7 días ó 100 mg, óvulos vaginal, 3 noches
Comentarios	a. En infección por Candida no albicans administrar ácido bórico 600 mg, cápsula de gelatina intravaginal, 14 noches. b. Recurrencias. c. Por el elevado riesgo de recurrencias no se recomienda la utilización de Metronidazol 2g, po, en monodosis.	
Referencias	- Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of trichomonas vaginalis. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007 [acceso 7/1/2010] [NGC] - Forna F, Gülmezoglu AM. Intervenciones para el tratamiento de la tricomoniasis en mujeres; 2003 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [Resumen] - López Alvarez XL, Martínez Vidal A, Blanco López MA, García Seijo P, López González A. Vulvovaginitis. Fistera.com; 2008 [acceso 7/1/2009]. Disponible en: www.fistera.com [Entrar] - National Guideline for the Management of Bacterial Vaginosis. Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. 2006 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.bashh.org [Entrar] - Nurbhai M, Grimshaw J, Watson M, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Tratamiento antimicótico con triazol e imidazol oral versus intravaginal para la candidiasis (muguet) vulvovaginal no complicada; 2007 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [Resumen] - Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr et al. Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009 1;48(5):503-35 [PMID: 19191635] - Sobel JD. Candida vulvovaginitis. UptoDate 2009 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uptodate.com [Entrar]	

Uretritis y Cervicitis

Tabla 4. Uretritis y Cervicitis.		
Etiología (%)	Gonocócica (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>). No gonocócica (<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K, Micoplasmas urogenitales, otras). Mixtas (30-50).	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	- El tratamiento está dirigido a las de etiología mixta. - Antes de iniciar tratamiento, tomar muestra para cultivo. - Solicitar serología luética por la elevada frecuencia de coinfección y evaluación completa de otras enfermedades de transmisión sexual. - Se tratará siempre a la pareja sexual esté o no sintomático. - Se realizará seguimiento del paciente para control del cumplimiento y contrastar resultados del cultivo. - Si tras dos ciclos de tratamiento antibiótico presenta recurrencias, realizar cultivo de la secreción uretral para Virus Herpes Simple y Trichomonas. - Debido a un aumento de resistencias del gonococo a las quinolonas, se desaconseja su uso en áreas con elevadas tasas de resistencia.	
	Antibiótico y Posología	
	De elección	Ceftriaxona . 125-250 mg, dosis única, im. + Doxiciclina . 100 mg/12 horas, po, 7 días. Embarazo: Ceftriaxona . 250 mg, dosis única, im.

	- Las adenopatías fluctuantes deben ser drenadas. Granuloma inguinal: - El diagnóstico se basa en la demostración de los cuerpos de Donovan tras examen histológico de la lesión. - Antes de iniciar el tratamiento solicitar cultivo y serología luética y evaluación completa de otras enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH. - Estudiar las parejas sexuales de los 60 días previos. No hay indicación clara de tratar a las parejas si no hay síntomas. Linfogranuloma venéreo: - Estudiar las parejas sexuales de los 60 días previos y tratarlas con el tratamiento estándar de la infección por clamidia: Doxiciclina. 100 mg/12 horas, po, 7 días ó Azitromicina. 1g, dosis única, po. - Deben drenarse los bubones que fluctúen mediante cirugía o punción aspirativa.
Antibiótico y Posología	
Sífilis ^a	
De elección	Penicilina benzatina G. 2.400.000 UI, dosis única, im.
Alternativas	1 ^a . Doxiciclina ^b . 100 mg/12 horas, po, 14 días. Ó Ceftriaxona . 1g /d, im, 10 días. 2 ^a . Azitromicina ^b . 2g, dos dosis separadas por 1 semana, po.
Herpes genital	
De elección	Primer episodio: Aciclovir ^{c,d} . 400 mg/8 horas, po, 5 días. Recurrencia ^e: Aciclovir . 800 mg/12 horas, po, 5 días. Ó Aciclovir . 800 mg/8 horas, po, 2 días. Embarazo: Aciclovir 400 mg/8 horas, po, 10 días seguido de la misma pauta desde la semana 36 hasta el parto.
Alternativa	Primer episodio: Famciclovir ^c . 250 mg/8 horas, po, 5 días. Ó Valaciclovir ^c . 1g /12 horas, po, 5 días. Recurrencia ^e: Famciclovir. 125 mg/12 horas, po, 5 días. Ó Famciclovir . 1 g / 12 horas, po, 1 día. Ó Valaciclovir . 1g /día, po, 5 días. Ó Valaciclovir . 500 mg/12 horas, po, 3 días.
Chancro blando	
De elección	Ceftriaxona . 250 mg, dosis única, im. Ó Azitromicina . 1g, dosis única, po. Embarazo: Ceftriaxona . 250 mg, dosis única, im.
Alternativa	Ciprofloxacino . 500 mg/12 horas, po, 3 a 5 días.
Granuloma inguinal	
De elección	Doxiciclina . 100 mg/12horas, po, 3 a 4 semanas (hasta curación de lesión). Embarazo: Eritromicina base 500 mg/6 horas, po, 3 a 4 semanas (hasta curación de lesión).
Alternativa	Azitromicina . 1g / semana, po, 3 a 4 semanas (hasta curación de lesión). Ó Ciprofloxacino . 750 mg/12 horas, po, 3 a 4 semanas (hasta curación de lesión). Embarazo: Azitromicina ^f . 1g / semana, po, 3 a 4 semanas (hasta curación de lesión).
Linfogranuloma venéreo	
De elección	Doxiciclina . 100 mg/12 horas, po, 3 semanas. Embarazo: Eritromicina base . 500 mg/6 horas, po, 3 semanas.
Alternativa	Azitromicina ^f . 1g/semana, po, 3 semanas
Comentarios	a. En la sífilis terciaria o latente tardía (>1 año de la primoinfección) el tratamiento con Penicilina benzatina G. 2.400.000 UI, im. una vez a la semana/3 semanas. Alérgicos a penicilina: Doxiciclina 100 mg /12h, po, 28 días. La Penicilina G benzatina im es el único tratamiento con eficacia demostrada en la mujer embarazada. Las embarazadas alérgicas a penicilina deberán ser desensibilizadas y tratadas con penicilina en cualquier estadio de la enfermedad. Las pruebas cutáneas para la alergia a penicilina son útiles tanto en la mujer embarazada como en otros pacientes.

	b. Alérgicos a penicilina no desensibilizados c. No hay evidencias del beneficio de cursos más prolongados de 5 días. Revisar al paciente al 5º día y prolongar el tratamiento mientras nuevas lesiones se están formando. d. Se recomienda aciclovir de elección porque es igual de eficaz y más barato. e. >6 episodios /año, se recomienda terapia supresiva (Aciclovir 400 mg/12h, po; Famciclovir 250 mg/12 horas, po; Valaciclovir 500 mg/día, po) durante 1 año y evaluar su continuación. f. Poca experiencia.
Referencias	• A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis. Sex Transm Dis. 2002 Aug;29(8):486-90 [PMID: 12172535] • Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Special populations. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006 Aug 4;55(RR-11):6-10 [Texto completo] • Centres for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. August 2006;(RR-11) ; 55. [Texto completo] • Cernik C, Gallina K, Brodell RT. The treatment of herpes simplex infections: an evidence-based review. Arch Intern Med 2008; 168:1137-44 [PMID: 18541820] [Texto completo] • Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline for the management of lymphogranuloma venereum (LVG). London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2006. 14 p. [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.bashh.org [Entrar] • Clinical Effectiveness Group. 2007 national guideline for the management of genital herpes. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007. 26 p. [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.bashh.org [Entrar] • Lazaro N. Sexually Transmitted Infections in Primary Care. RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group. Royal College of General Practitioners. British Association for Sexual Health and HIV. 1st Edition 2006 [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.rcgp.org.uk [Entrar] • Martín JM, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Actas Dermosifiliogr 2009;100:22-32 [PMID: 19268108] [Texto completo]

Orquiepididimitis aguda

Tabla 6. Orquiepididimitis aguda.		
Etiología (%)	<35 años: <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , gonococo (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>). Virus de la parotiditis. <i>Staphylococcus aureus</i> . ≥35 años: <i>Escherichia coli</i> , <i>Enterococcus faecalis</i> . <i>Staphylococcus aureus</i> .	
Tratamiento	Actitud terapéutica	
	• Si se sospecha enfermedad de transmisión sexual tomar muestra de exudado uretral para cultivo; en caso contrario es suficiente con realizar urinocultivo. • Se realizarán medidas generales con reposo relativo, elevación escrotal, frío local, analgésicos y antiinflamatorios. • Si a los tres días de tratamiento persiste la fiebre, descartar absceso. • Las parejas sexuales deben ser evaluadas y tratadas.	
	Antibiótico y Posología	
	<35 años. Transmisión sexual ^a	
	De elección	Doxiciclina . 100 mg/12 horas, po, 10 días. + Ceftriaxona . 250 mg, dosis única, im.
	Alternativas	A la Doxiciclina : • Azitromicina. 1g, monodosis, po. • U Ofloxacino^b. 300 mg/12 horas, po, 7 a 14 días. • Ó Levofloxacino^b. 500 mg, 1 vez al día, po, 7 a 14 días A la Ceftriaxona : • Ciprofloxacino. 500 mg, dosis única, po. • U Ofloxacino. 400 mg, dosis única, po. • Ó Norfloxacino. 800 mg, dosis única, po.
	≥35 años. No Transmisión sexual	
	De elección	Ofloxacino . 300 mg/12 horas, po, 10 días. Ó Levofloxacino . 500 mg, 1 vez al día, po, 10 días.
Comentarios	a. En C. trachomatis se recomienda alargar el tratamiento con quinolonas durante 3 semanas. La European Association of Urology comenta que Ofloxacino o Levofloxacino por su amplio espectro antibacteriano y su	

	buena penetración en los tejidos del tracto urogenital, deberían ser fármacos de 1ª elección. b. Si Ofloxacino o Levofloxacino son la alternativa a Doxiciclina , el segundo fármaco en asociación será Ceftriaxona .
Referencias	- Centres for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report. August 2006;(RR-11); 55. [Texto completo] - Epididymitis and orchitis. In: Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Lobel B, Naber KG, Palou J, Tenke P. Guidelines on the management of urinary and male genital tract infections. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2008 Mar. p. 88-90. [acceso 7/1/2010]. Disponible en: www.uroweb.org [Entrar]

Autores

Vicente Palop Larrea	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
Inocencia Martínez-Mir	Técnico Superior de Investigación. Dirección de Área de Servicios Médicos. (2)

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia). Miembro del Grupo de Fármacos de la semFYC. Miembro del Grupo del Medicamento de la SVMFiC.
(2) Consorcio Hospital General Universitario. Fundación HGU – Valencia.

Agradecimiento a los revisores:

- Javier Colomina Rodríguez. Farmacéutico Especialista en Microbiología. Servicio de Microbiología. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia).
- Ángel Aguilar Escrivá, Médico Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Infecciosas. Hospital de la Ribera – Alzira (Valencia).
- Mª José Monedero Mira. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rafalafena. Castellón. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC
- Dantés Tórtola Graner. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente de S. Luís. Valencia. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC.
- Blanca Folch Marín. Médica Residente de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algemesí. Valencia. Grupo de Infecciosos de la SVMFiC.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.
Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).
[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

