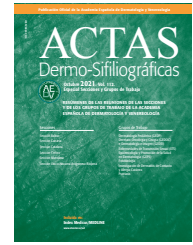




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN (ETS) Y SIDA

Reunión del Grupo Español de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) Y SIDA

Congreso AEDV Virtual Otoño 2020, 21 de noviembre de 2020

1. HERPES SIMPLE Y EMBARAZO

L. Fuertes y C. Ceballos

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Los VHS 1 y 2 pertenecen a la familia de los *Herpesviridae*. Ambos pueden causar infección en cualquier localización. Su contagio es por contacto directo y tiene un periodo de incubación de 2 a 12 días. La prevalencia de la infección por VHS-2 en la población general es de 10-30% y de hasta 70% en caso del VHS-1, igual que en embarazadas.

El herpes neonatal tiene incidencia variable (1/3.000-1/20.000 nacimientos). Infección localizada o sistémica grave con afectación de ojos, piel, mucosa oral. Frecuente diseminación a toda la superficie cutánea y afectación del SNC. Elevadísima morbilidad y mortalidad aproximada del 25%.

Vía de transmisión intrauterina (5%), ascendente en el canal del parto (85%) y posnatal (10%).

Respecto a la prevención, es importante interrogar a las gestantes y a sus parejas sobre la presencia actual o previa de signos o síntomas sugestivos de infección herpética genital. Primoinfección: siempre tratar con aciclovir o valaciclovir 7-10 días. Cesárea electiva si primoinfección en el parto o en las 6 semanas previas. Recidivas: valorar necesidad de tratamiento. Cesárea si lesiones herpéticas o síntomas prodrómicos durante el parto (no indicada por lesiones en cualquier otro momento de la gestación). Todas las gestantes con lesiones herpéticas en algún momento del embarazo recibirán terapia supresora con aciclovir oral 400mg/8h o valaciclovir a 500mg/12 h a partir de la semana 36.

¿Qué hacer en nuestra consulta? Si embarazada sero+ VHS1-2 pero sin lesiones herpéticas durante el embarazo: no indicado tratamiento supresor con antivirales (no hay estudios suficientes); no indicadas pruebas diagnósticas para identificar excreción viral asintomática.

Si embarazada sero- con pareja sero+ para VHS1-2: uso preservativo 1º y 2º trimestre; evitar relaciones sexuales insertivas durante 3º trimestre si VHS2+ (también orales si VHS-1+); ofrecer tratamiento supresivo a la pareja (reduce el 50% de riesgo de transmisión). Ofrecer también en embarazadas con anticuerpos heterólogos.

2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) DURANTE EL ESTADO DE ALARMA POR LA PANDEMIA COVID-19.

E.J. Tarín Vicente^a, E. Sendagorta Cudos^a, G. Servera Negre^a, I. Falces Romero^b, J. Ballesteros Martín^c, C. Lejarraga Cañas^c, A. Martín Gorgojo^d, A. Comunión Artieda^d, C. Salas Márquez^e y P. Herranz Pinto^a

^aServicio de Dermatología médico-quirúrgica y Venereología.

^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario La Paz. ^cCentro Sanitario Sandoval. Hospital Clínico San Carlos. ^dServicio de ITS/ Dermatología. Centro de Diagnóstico Médico. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. ^eServicio de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico para documentar los cambios en el comportamiento de las ITS durante la situación de alerta sanitaria por la pandemia SARS-CoV-2. Se recogieron datos demográficos, cronológicos y clínicos de todos los pacientes que solicitaron atención médica por ITS en los hospitales La Paz y Costa del Sol, y los centros Sandoval y de Diagnóstico Médico, en el periodo comprendido entre el 14/03/2020 y el 30/06/2020.

El tamaño muestral fue de 674 casos de ITS. La media de edad fue de 34,13 años y la mediana, de 33 años. El mayor porcentaje de casos se dio en el rango de 30-40 años y en hombres que tenían sexo con hombres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: proctitis (36,5%), sífilis (16,02%), uretritis no gonocócica (13,3%) y gonocócica (11,3%), herpes genital (8,75%), vulvovaginitis/cervicitis (8,3%) y condilomas (4,15%).

En más de ¾ partes de los casos hubo confirmación microbiológica, siendo los microorganismos más frecuentes *Chlamidia trachomatis* (35,65%), *Neisseria gonorrhoeae* (31,41%) y *Treponema pallidum* (17,15%). Para valorar la distribución de los casos de ITS los dividimos en tres grupos (confinamiento, fases 0 y 1 de la desescalada, y fase 2 y nueva normalidad) en función de la fecha de consulta, ajustando los resultados a casos/día. Se aprecia un llamativo incremento del número de casos/día tras el desconfinamiento explicable por las mayores libertades y el aumento de consultas. Además, pudimos disponer de datos de atención a ITS en el centro Sandoval y La Paz en el periodo de marzo a junio de 2019 y 2020, objetivándo-

se una disminución en 2020 de todos los diagnósticos comparados, de hasta un 81% menos que en 2019. Concluimos que las medidas de limitación de movilidad y distanciamiento social parecen haber sido eficaces. Sin embargo, no se ha llegado a una inhibición completa de las conductas sexuales de riesgo.

3. ATENCIÓN DERMATOLÓGICA A PERSONAS LGBTIQ+

J.M. de la Torre García

Hospital Universitario Virgen Macarena. Centro ITS provincial de Sevilla. Sevilla. España.

La piel de las personas bajo el término paraguas LGBT no es diferente a la de las demás personas, pero es sabido que existen desigualdades en salud. Estas desigualdades parten tanto de las potenciales barreras de los profesionales sanitarios a la hora de una atención correcta (ya sea por prejuicios o por mero desconocimiento en una sociedad heteronormativa) como de las características y factores de riesgo de la población. Un estudio inglés nos muestra a partir de una muestra de más de 27000 personas LGBT que el porcentaje de personas con nivel de salud pobre es mayor dentro del colectivo, con hasta 2-3 veces más problemas psicológicos crónicos y emocionales que su contrapartida heterosexual. En una encuesta española, el 20 % de la población LGBT entrevistada se había sentido alguna vez discriminada en la sanidad pública española. Se expone cómo podemos superar estas barreras desde nuestras consultas. Como venereólogos debemos conocer nociones básicas acerca de la educación y la salud sexual, por lo que comenzaremos con el conocimiento de terminología y nociones sobre diversidad sexual y de género. Continuaremos con herramientas para realizar una historia clínica inclusiva. Finalmente pasaremos a la enumeración de desigualdades sanitarias según los diferentes grupos y qué papel tenemos los dermatólogos ante las diversas características y patologías de cada grupo.

4. MANEJO DE LAS VERRUGAS GENITALES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

G. Martin-Ezquerria

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

La incidencia de verrugas genitales (VG) en población infantil es más baja que en población adulta; y se diferencia en varios aspectos: los virus implicados siguen siendo el VPH 6 y 11, seguidos de otros tipos más comúnmente cutáneos como el VPH 1,2, 27 y el 57; su localización más frecuente es la perianal, seguida de la genital y

perianal; y no siempre traducen un contagio por vía sexual. La vía de contagio de las VG en niños puede ser tanto la horizontal (auto- o heteroinoculación) como la vertical (siendo la perinatal la más frecuente) y la vía sexual. En cuanto a la incidencia de abuso sexual en niños con VG, esta varía mucho según las series, y en general se aproxima al 10% en una población como la nuestra. El manejo varía según la edad del niño: en menores de 2 años la transmisión suele ser vertical; en cambio la incidencia de abuso es más alta a mayor edad, siendo del 70% en mayores de 8 años con VG. Por lo tanto es imprescindible la investigación de posibles abusos en niños mayores de 4 años mediante entrevista con profesionales instruidos, exploración física exhaustiva y despistaje de otras infecciones.

5. PREP ¿VAN A AUMENTAR LAS ITS?

O. Ayerdi, M. Vera, T. Puerta, P. Clavo, J. Ballesteros, C. Lejarraga, N. Fernández, M. Raposo, C. Rodríguez y J. del Romero

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) han aumentado de forma significativa en las últimas décadas. Este incremento se ha relacionado con el consumo de sustancias recreativas para mantener prácticas sexuales, el uso de app para la búsqueda de contactos sexuales y la pérdida del miedo al VIH/SIDA por la gran eficacia preventiva y terapéutica del tratamiento antirretroviral. La PrEP se indica a los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero seronegativos al VIH que mantienen prácticas sexuales no protegidas, tienen antecedentes de ITS y utilizan drogas recreativas para las relaciones sexuales. El uso de PrEP se ha asociado con menor uso del preservativo para el coito, aunque no con un aumento de parejas sexuales. Múltiples estudios han registrado una elevada presencia de ITS entre los usuarios de PrEP. Esta alta incidencia podría estar en parte justificada por el frecuente cribado de ITS incluyendo las localizaciones extragenitales. De hecho, las ITS que se diagnostican con mayor frecuencia son de localización rectal y cursan de forma asintomática. Por ello, un adecuado cribado de ITS es fundamental en el seguimiento de los usuarios de PrEP. Existe una cierta heterogeneidad entre los usuarios de PrEP, por lo que la frecuencia de detección de ITS/VHC debe ajustarse al riesgo del usuario de forma individualizada y esta información se obtiene a través de la historia clínica que incluye una detallada anamnesis sexual. Los usuarios de PrEP menores de 30 años son los que presentan mayor riesgo para adquirir ITS, por lo que la edad se debe tener en cuenta como un indicador de riesgo. Además de todo lo anterior, con el objetivo de evitar la adquisición de otras ITS, los programas de PrEP deben incorporar un consejo preventivo sobre el uso del preservativo.