

materia

Dermatoloxía Médico-Cirúrxica e Venereoloxía

unidade didáctica **6**

Enfermidades de transmisión sexual

Sífilis

M^a del Carmen Peteiro García

Departamento de Dermatoloxía e Otorrinolaringoloxía
Facultade de Medicina e Odontoloxía

titulación

Licenciatura en Medicina



VICERREITORÍA DE ESTUDANTES,
CULTURA E FORMACIÓN CONTINUA



unidade didáctica 6

Enfermedades de transmisión sexual

Sífilis

M^a del Carmen Peteiro García
Departamento de Dermatoloxía e Otorrinolaringoloxía
Facultade de Medicina e Odontoloxía



Copyright © Universidade de Santiago de Compostela, 2012

Deseño

Unidixital

Edita

Vicerreitoría de Estudantes,
Cultura e Formación Continua
da Universidade de Santiago de Compostela
Servizo de Publicacións
da Universidade de Santiago de Compostela

Imprime

Unidixital

Servizo de Edición Dixital da
Universidade de Santiago de Compostela

Dep. Legal: C 1119-2012

ISBN 978-84-9887-901-8

ADVERTENCIA LEGAL: reservados todos os dereitos.
Queda prohibida a duplicación, total ou parcial desta
obra, en calquera forma ou por calquera medio (elec-
trónico, mecánico, gravación, fotocopia ou outros) sen
consentimento expreso por escrito dos editores.

MATERIA: Dermatoloxía Médico-Cirúrxica e Venereoloxía.

TITULACION: Licenciatura en Medicina.

CURSO: 6º

DESTINATARIOS: Estudiantes de 6º curso Medicina

PROGRAMA XERAL DO CURSO

Localización da presente Unidade Didáctica

PROGRAMA TEÓRICO

Módulo I. DERMATOLOXÍA XERAL

Unidade 1. Introducción. Concepto da Dermatoloxía. Semioloxía xeral dermatolóxica.

Unidade 2. Terapéutica Dermatolóxica.

Módulo II. DERMATOLOXÍA ESPECIAL

Unidade 3. Enfermidades de etioloxía coñecida.

- Afeccións zooparasitarias
- Enfermidades causadas por fungos
- Enfermidades bacterianas
- Micobacteriose
- Enfermidades producidas por virus
- Afeccións metabólicas e carenciais

Unidade 4. Reaccións cutáneas e síndromes de causa complexa ou indeterminada.

- Reaccións de hipersensibilidade: Urticaria/Anxioedema.
- Toxicodermias
- Eccemas 1: Dermatite atópica
- Eccemas 2: Dermatite de contacto. Outros eccemas.
- Procesos eritemato-escamosos: Psoríase
- Outros procesos eritemato-escamosos: Dermatite seborreica, pitiríase rosada de Gibert, parapsoríase, liqueruber plano.
- Manifestacións cutáneas das conectivopatías
- Púrpuras, vasculite, síndromes nodulares
- Enfermidades que provocan ampollas autoinmunes
- Alteracións da queratinización: Estudo das afeccións máis frecuentes
- Afeccións dos anexos: acné vulgar, rosácea.

Unidade 5. Procesos proliferativos e neoplásicos.

- Sarcoidose, mastocitose, histiocitose.
- Linfomas cutáneos: Estudo especial da micose fungoide e síndrome de Sézary.
- Neurocristopatías. Anxiomias
- Precancrocutáneo-mucoso
- Cancro cutáneo-mucoso
- Tumores pigmentarios

Módulo III. VENEREOLOXÍA

Unidade 6. Enfermidades de transmisión sexual. Sífilis.

SEMINARIOS

Seminario 1

Anamnese xeral e específica en Dermatoloxía. Exploración física xeral e dermatolóxica. Técnicas diagnósticas complementarias. Luz de Wood, diascopia, dermatoscopia.

Diagnóstico dos procesos cutáneos mediante métodos de laboratorio: tests cutáneos, biopsia cutánea (estudo por histopatoloxía convencional, inmunopatoloxía, microscopia electrónica, cultivo tecido lesional), mostra de exudados, escamas, pelos para estudo micolóxico, de parasitos cutáneos, de infeccións cutáneas.

Seminario 2

Principais lesións elementais histolóxicas e a súa correlación coas alteracións clínicas máis representativas de cada alteración. Estudo especial do prurito como síntoma dermatolóxico

Seminario 3

Terapéutica física: radioterapia, fototerapia, diatermia. Terapia fotodinámica. Cosmética dermatolóxica. Cirurxía dermatolóxica: Indicacións e métodos xerais. Técnicas de excisión, sutura, colgallos máis frecuentes, enxertos, microenxertos. Procedementos alternativos: curetaxe, criocirurxía, electrocirurxía, electrodesecación, fulguración, laserterapia.

Seminario 4

Sarna, pediculose, botón de Oriente

Seminario 5

Micose superficiais e virus

Seminario 6

Tuberculose/Micobacteriose. Lepra

Seminario 7

Dermatose víricas

Seminario 8

Manifestacións cutáneas metabólicas e carenciais. Porfiria, pelagra, diabete.

Seminario 9

Diagnóstico do eccema de contacto. Procesos fotoinducidos (fototoxia, fotoalrxia)

Seminario 10

Estudo do doente con alopecia. Estudo especial das discromías cutáneas.

Seminario 11

Procederes diagnósticos das principais conectivopatías

Seminario 12

Enfermidades ampolosasautoinmunes. Procederes diagnósticos

Seminario 13

Radiación solar e pel. Fotoavellentamento. Estudo especial do precancro cutáneo.

Seminario 14

Estudo do doente con cancro cutáneo

Seminario 15

Estudo do doente con melanoma

Seminario 16

Principais manifestacións cutáneas do síndrome da inmunodeficiencia humana (SIDA).

Seminario 17

Úlceras xenitais venéreas non sifilíticas. Síndrome uretrite-cervicite.

PROGRAMA PRÁCTICO

Discusión de casos clínicos (15 horas) con presentación e discusión en grupos, correspondentes a:

Dermatose parasitarias, bacterianas e enfermidades causadas por fungos.

Tuberculose, enfermidades de transmisión sexual, enfermidades por virus.

Dermatose eritemato-descamativas.

Conectivopatías. Ampolasautoinmunes, púrpuras.

Cancro cutáneo. Melanoma.

Prácticas tuteladas no Servizo de Dermatoloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) e Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI) (36 horas). Nelas introdúcese ó estudante na realización dunha historia clínica dermatolóxica, no recoñecemento das principais lesións cutáneas que conforman o cadro clínico morfolóxico do doente e oriéntase na selección de probas complementarias de carácter xeral para chegar a un diagnóstico e na realización de métodos de diagnóstico propios da especialidade (luz de Wood, toma de escamas, visualización de parasitos, exame do treponema no microscopio co campo escuro)

ÍNDICE

Contextualización	9
Xustificación	9
Os obxectivos	9
A metodoloxía	10
Os contidos	10
1. Definición de enfermidade venérea, de transmisión sexual e enfermidade xenital	10
2. Principais etioloxías das enfermidades de transmisión sexual	11
3. Sífilis	11
3.1. Aspectos históricos	11
3.2. Etioloxía	11
3.3. Mecanismo transmisión	11
3.4. Evolución da sífilis	12
3.5. Clínica do período primario.....	13
3.6. Clínica do período secundario	14
3.7. Clínica da sífilis tardía.....	16
3.8. Sífilis conxénita	16
3.9. Diagnóstico da sífilis	16
3.10. Tratamento da sífilis	17
3.11. Seguimento do paciente	17
Actividades propostas	17
Avaliación da UD	18
Bibliografía	19

CONTEXTUALIZACIÓN

As enfermidades de transmisión sexual son unha unidade didáctica dentro da materia de Dermatoloxía Médico-Cirúrxica e Venereoloxía, materia que se imparte en 6º curso da Licenciatura de Medicina.

Esta unidade pretende dar a coñecer aquelas enfermidades máis frecuentes que se adquiren polas relacións sexuais cunha persoa enferma, facendo especial mención da sífilis. Frecuentemente maniféstanse con clínica cutánea, por iso é polo que na maioría dos países avanzados veñen estudándose dentro da materia de Dermatoloxía.

Nesta materia trátanse, en primeiro lugar, os aspectos básicos dos termos empregados na descrición das enfermidades da pel dentro do módulo I. A continuación no Módulo II, as enfermidades da pel de etioloxía coñecida e aquelas de causa complexa ou indeterminada e os procesos proliferativos e neoplásicos. Por último o módulo III refírese as enfermidades venéreas ou máis coñecidas na actualidade como enfermidades de transmisión sexual (ETS) ou infeccións de transmisión sexual (ITS).

XUSTIFICACIÓN

Unha das principais funcións do médico é enfocar ou saber dirixir a un determinado doente ó especialista correspondente. Esta competencia require que o médico teña coñecementos clínicos básicos sobre as enfermidades infecciosas de transmisión sexual, para poder intervir no diagnóstico, tratamento e así evitar ou previr a aparición de máis casos. Por outra parte, as enfermidades de transmisión sexual están en todo o mundo, afectan a todos os estratos sociais, teñen un alto custo económico e cada día diagnósticanse con máis frecuencia en idades máis temperás. Os casos declarados, segundo os países oscilan entre un 10-50% dos casos reais, pola enorme presión psicolóxica e social que presentan estas enfermidades. Consideramos que é de importancia recoñecer estas afeccións para saber enfocar o diagnóstico e terapéutica do paciente e así facer prevención das mesmas. Estes coñecementos tratanse nesta unidade didáctica de forma conxunta, facendo especial referencia ó estudo da sífilis.

Os contidos desta unidade didáctica serán impartidos en unha hora de docencia teórica e completaranse coa asistencia a discusión de casos clínicos e a asistencia as prácticas tuteladas nos Servizos de Dermatoloxía da Coruña, Santiago e Vigo.

OBXECTIVOS

Ó finalizar a unidade didáctica, os estudantes serán capaces de:

- Coñecer a clínica das enfermidades de transmisión sexual máis frecuentes no noso medio.
- Comprender as diferentes formas clínicas de presentación das mesmas.

- Saber o tratamento adecuado e utilízalo.
- Saber obter información clínica do interrogatorio para chegar ó diagnóstico morfolóxico.
- Saber seleccionar as probas (laboratorio, etc) para chegar ó diagnóstico.
- Utilizar correctamente a terminoloxía específica destas enfermidades.
- Transferir os coñecementos teóricos á práctica clínica rutineira. En definitiva, coñecer os mecanismos das enfermidades, a súa expresión sindrómica e os principios terapéuticos elementais para a restauración do estado normal de saúde e coñecer as medidas profilácticas a establecer.

METODOLOXÍA

Os contidos teóricos desenvolveranse nunha clase expositiva de cincuenta minutos. Empregaranse os medios audiovisuais dispoñibles para proxectar unha presentación con diapositivas que serve de guía. O alumnado disporá da bibliografía recomendada, apuntamentos, e dos casos clínicos que se expoñen na **presentación de casos clínicos** (de carácter interactivo) dentro das prácticas clínicas, por un período de tempo total ó longo do curso, de quince horas. Así mesmo asistirá ás **prácticas tuteladas** nos Servizos de Dermatoloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Complexo Hospitalario Universitario da Coruña e Complexo Hospitalario Universitario de Vigo por un período dunha semana. Nelas introdúcese ó estudante na realización dunha historia clínica dermatolóxica, no recoñecemento das principais lesións cutáneas e oríéntase na selección de probas complementarias de carácter xeral para chegar a un diagnóstico e na realización de métodos de diagnóstico propios da dermatoloxía.

CONTIDOS

As enfermidades de transmisión sexual son enfermidades infecciosas adquiridas mediante as relacións sexuais cunha persoa enferma. Até hai uns 25 anos coñecíaseles co nome de enfermidades venéreas quedando na nosa lexislación limitadas á: blenorrxia, sífilis, chancro venéreo e linfogranulomatose inguinal.

Estas dúas últimas hoxe en día son pouco frecuentes; por contra, viñeron a encher ese baleiro outros xermes (máis de 21) capaces de produciren enfermidades a través das relacións sexuais. A todas estas afeccións coñéceselles co nome de Enfermidades ou Infeccións de transmisión sexual (ETS) (ITS). Un tanto por cento alto de ETS presenta lesións en xenitais, aínda que é preciso sinalar que non toda enfermidade xenital é unha ETS.

Dentro dos microorganismos que ocasionan ETS inclúense os seguintes:

Bacterias: *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (uretrite gonocócica), *Chlamydia Trachomatis* (UNG), *Mycoplasma hominis* (salpinxite, febre puerperal), *Ureaplasma urealyticum* (UNG), *Gardnerella vaginalis* (vaxinite), *Shigella Spp* (sixelose), *Calymmatobacterium granulomatis* (donovanose, granuloma inguinal), *Haemophilus ducreyi* (chancro brando), *Streptococcus grupo B*.

Virus: Virus do herpes simple (VHS), da hepatite B, do papiloma humano (HPV) (condilomas acuminados), do molluscum contaxioso, da inmunodeficiencia humana (VIH), citomegalovirus.

Protozoos: *Trichomonas vaginalis* (vaxinite, uretrite), *Entamoeba histolytica* (amebiase), *Giardia lamblia* (giardiase).

Fungos: *Cándida albicans* (vulvovaxinite, balanite, uretrite)

Ectoparasitos: *Sarcoptes scabiei* (sarna), *Phthirus pube* (infestación polo piollo da pube).

1. Sífilis

É unha enfermidade de transmisión sexual caracterizada pola presenza de períodos infecciosos durante os cales o doente ten manifestacións clínicas floridas, seguidos por períodos de latencia asintomáticos e non infecciosos.

1.1. Aspectos históricos da enfermidade

- A sífilis aparece en Europa de forma epidémica a finais do século XV.
- O axente etiolóxico-treponema pallidum- foi descuberto por Schaudin e Hoffman en 1905.
- En 1906ponse a punto a reacción de Wasserman para o diagnóstico
- En 1909 conséguese un quimioterápico: osalvarsán, de extraordinaria eficacia terapéutica.
- En 1928 Fleming descobre a penicilina, pero non se introduce no tratamento da sífilis ata 1944.

1.2. Etioloxía

- O axente etiolóxico -*Treponema pallidum* - e unha espiroqueta con forma de espiral e con movementos visibles nun microscopio de campo escuro. Está formado por lípidos, carbohidratos e proteínas.
- Reprodúcese mediante división lonxitudinal cada 30 horas
- É moi sensible á desecación, calor, antisépticos
- En tecidos pode permanecer sendo infeccioso 5 días.

1.3. Mecanismo transmisión

- Por contacto sexual, sendo necesaria a existencia dunha erosión para que o treponema penetre a través da pel e/ou mucosas. O número de treponemas necesario para que a infección progrese é baixo.
- De nai-fillo a través da placenta, sífilis prenatal conxénita. Non presenta chancro inicial.
- Post-transfusional, tampouco presenta chancro inicial.
- Inoculación directa accidental (traballadores dos laboratorios)

1.4. Evolución xeral da infección sifilítica

Sen tratamento, as lesións de sífilis precoz desaparecen nuns 4 meses aproximadamente.

- 1/3 dos doentes con sífilis precoz sen tratamento curan.
- 1/3 entran en latencia clínica asintomática.
- 1/3 padecerán sífilis tardía (cardiovascular 10%, neurolóxica 6,5%, tardía cutánea 16%). Destes datos poden deducirse que a maioría de doentes que padecen sífilis precoz non sofren efectos funcionais tardíos. Hoxe en día, en doentes inmunocompetentes, a sífilis tardía é rara, debido ó beneficio obtido co uso de antibióticos administrados para outras infeccións, que en moitos casos son treponemicidas.

1.5. Etapas na evolución xeral

- Na sífilis distínguense varias etapas:
- Período de incubación de 21 días. Neste momento non hai síntomas clínicos pero o treponema pode atoparse en ganglios ou en sangue circulante desde poucos minutos despois da inoculación.
- Período primario: chancro primario, adenopatía satélite, septicemia treponémica. Dura entre tres a oito semanas, ó finalizar os cales vai regresando.
- Período secundario: Ó ir regresando o chancro cara á oitava semana comeza o período secundario. Neste período podemos distinguir unha sífilis secundaria florida, unha de latencia precoz e a última de recidiva. Alcanza sen límites precisos até o final do segundo o cuarto ano. Este período caracterízase pola xeneralización das lesións a toda a pel e mucosas baixo a forma de exantemas espontaneamente resolutivos sen lesión residual nun prazo de meses. Só excepcionalmente presentaranse síntomas de afectación visceral (hepatopatía, nefropatía) ou nerviosa (meningoencefalite, neurite). O conxunto de período

primario e secundario, é dicir os dous a catro primeiros anos, conforman a sífilis precoz.

- Sífilis tardía. Aparece despois do período secundario, e vaise prolongar o resto da vida do doente. Transcorre na maioría dos casos en período de latencia, só algúns doentes desenvolven clínica. De xeito xeral, as lesións son localizadas, afectando a poucos órganos podendo ser cutáneas, óseas ou viscerais (corazón e grandes vasos, fígado, ril) ou nerviosas (sistema nervioso central, meninxes).

1.6. Clínica do período primario

- Chancro: Aparece no sitio da inoculación nun 50-60% dos casos. Trátase dunha úlcera única, indurada e non dolorosa. Sesesobreinfecta por outros xermes pode cambiar as características clínicas sinaladas, e converterse nun chancro necrótico, purulento, brando e doloroso. (Figs. 1, 2, 3 e 4)
- Localizacións: Unha porcentaxe (1/3) son de localización xenital pero dependendo dos hábitos sexuais poden localizarse na boca, amígdalas, lingua, enxivas, anorectal, dedos, mamilas, tronco e extremidades.
- Adenopatía: Preséntase á semana da aparición do chancro, e asenta nos ganglios do territorio do chancro. Así en chancros xenitais haberá adenopatías inguinais. Trátase dun ou varios ganglios duros e non dolorosos, sen peradenite, e cun máis grande cós outros -ganglio de Ricord-.
- Diagnóstico diferencial: Os chancros xenitais deben diferenciarse doutras ETS; os de beizos e lingua do herpes, aftas, carcinomas, tuberculose; e os de localización na amígdala deben diferenciarse de amigdalite ou mononucleose infecciosa. Os chancros anais deben diferenciarse de fisuras ou hemorroides trombosados e os de mamila da enfermidade de Paget. Outros diagnósticos diferenciais son o chancro brando (Fig.5) o linfogranuloma venéreo ou o granuloma inguinal. Como veremos, o chancro brando case sempre é múltiple, brando e doloroso.



Fig.1 Chancro luético

Fig.2 Chancro luético

Fig.3 Chancro luético



Fig.4 Chancro luético Fig.5 Chancro brando

1.7. Clínica do periodo secundario

- Lesións exantemáticas: roséola. E a primeira manifestación do secundarismo. (Fig. 6)
- Placas mucosas, acompañando a roséola ou soas. Poden verse coa roséola.
- Leucomelanodermia, no pescozo e chamado “colar de Venus” e na fronte “coroa de Venus”.
- Lesións papulosas: Con frecuencia aparecen despois da roséola. Son pápulas eritematosas de tamaño pequeno localizadas na cara, infiltradas, induradas, non prurixinosas, arredor dos orificios naturais. Poden presentar unha descamación difusa ou periférica -collarete de Biett-. (Fig.19)
- Sifilides seborreicas, localizadas na fronte, rexión medio torácica anterior, sucos nasoxenianos.
- Sifilides psoriasiformes, cubertas as pápulas por escama esbrancuxada ou branco-nacarada, localizadas nas comisuras, pregamentos de flexión, sucosnasoxenianos, palmas e plantas. Nesta última localización toman unha cor amarela sendo dolorosas a presión -clavi sifilíticos-.
- Sifilides pápulo-erosivas, moi contagiosas, localizadas na rexión ano-xenital onde pola maceración toman aspecto vexetante con superficie erosiva. Son chamados condilomas planos e recordan os condilomas acuminados producidos polo virus do papiloma humano. (Fig.18)
- Sifilides pápulo-pustulosas, en ocasións de localización folicular.
- Lesións ulcerosas. (Fig.15, 16 e 17)
- Perionixe nos dedos das mans e dos pés.
- Alopecia en claros, fundamentalmente na rexión temporal e occipital. Son áreas alopécicas xeralmente numerosas. Nalgúns casos pode aparecer unha alopecia difusa que semella a que aparece noutros procesos infecciosos. (Fig.14)



Fig.6 Lúes secundaria Fig.7 Lúes secundaria Fig.8 Lúes secundaria



Fig.9 Lúes secundaria Fig.10 Lúes secundaria Fig.11 Lúes secundaria



Fig.12 Lúes secundaria Fig.13 Lúes secundaria Fig.14 Alopecia en claros



Fig.15 Sifilide ulcerosa Fig.16 Sifilide ulcerosa Fig.17 Sifilide ulcerosa



Fig.18 Condilomas planos Fig.19 Collarete de Bièrré

1.7.1. Sintomatoloxía xeral e doutros órganos

Neste período poden presentarse síntomas xerais e doutros órganos:

- Malestar xeral, con perda de peso, dores de cabeza, febrícula, mialxias.
- Sangre: anemia, leucocitose, aumento da velocidade de sedimentación.
- Adenopatías múltiples (cervicais, subocipitais, inguinais, axilares, epitrocleares) case sempre simétricas, bilaterais e non dorosas.
- Hepatite (10% son subclínicas) con esplenomegalia. Gastrite
- Lesións osteolíticas que ocasionan dores nocturnos
- Periostite na tibia, esterno e costelas.
- Artrite
- Afectación do sistema nervioso central: meninxite. Xordeira por afectación do VIII par e síntomas vestibulares

- Glomerunefrite aguda
- Uveíte, iridociclite, coriorretinite.

1.8. Clínica sífilis tardía

Neste período as lesións son escasas e agrupadas, pouco infecciosas e clinicamente son lesións tuberosas e gomosas. As lesións tuberosas que se localizan na cara teñen tendencia a medrar pola periferia orixinando un crecemento serpixinoso. Se invaden en profundidade na cara orixinan unha sífilis mutilantecentro-facial que semella un epitelioma. Se afecta ás palmas e plantas poden evolucionar a unha queratodermia. As lesións gomosas son hipodérmicas, evolucionan cara á ulceración e deixan cicatriz residual. Teñen tendencia a localizarse na fronte e na rexión temporal. As lesións gomosas poden tamén aparecer na lingua, beizos, glande, veo do padal e provocar a súa destrución nesta localización. Ademais poden producirse ulceración de estruturas óseas e cartilaxinosas da pirámide nasal

1.8.1. Sintomatoloxía visceral

- Sistema nervioso
- Sistema cardiovascular
- Ósea

1.9. Sífilis conxénita

A sífilis conxénita prodúcese por transmisión da enfermidade vía materno-fetal. O *treponema pallidum* pode atravesar a placenta moi precozmente pero o sistema inmunitario do feto non é capaz de dar unha resposta ata a semana dezaioito, polo que non se producirán aborto ou feto morto ata ese momento. Se sobrevive, ó nacer pode presentar unha sífilis conxénita. Xeralmente son nenos prematuros, con pouco peso pero sen síntomas. Ás catro semanas de vida poden presentar clínica de sífilis secundaria semellante á do adulto pero máis grave. Nun 80% de casos presentan unha rinite sífilítica, ocasionando unha rotura dos ósos propios do nariz. Ademais hai afectación visceral e a partir dos dous anos presentan lesións de sífilis tardía.

1.10. Diagnóstico da sífilis

- Clínica
- Visualización do treponema co microscopio de campo escuro
- Detección serolóxica de anticorpos reaxínicos ou inespecíficos
- Demostración de anticorpos específicos contra o *treponema*.

As probas reaxínicas son moi sensibles e pouco específicas, mentres que as segundas son moi específicas pero á hora de facelas moi complexas. Na práctica aconséllase facer unha reaxínica e outra treponémica para confirmar o diagnóstico. Hai que ter en conta que podemos encontrar falsos

positivos por outras enfermidades intercorrentes como a borreliose, o paludismo, tuberculose, lepra, mononucleose infecciosa, sarampelo, hepatite ou herpes. Ademais algunhas enfermidades autoinmunes como o lupus sistémico, anemia hemolítica, síndrome de Sjögren, artriterreumatoide, tiroidite tamén poden ser falsos positivos.

1.11. Tratamento

A dificultade de controlar as ETS vai unida á aparición de resistencias ós antibióticos. Por iso, para evitar problemas sanitarios, a Organización Mundial da Saúde (OMS) e o centro de control de enfermidades infecciosas de Atlanta, elaboran unhas recomendacións que son revisadas periodicamente. Estas recomendacións tratan de reforzar o papel do diagnóstico microbiolóxico (premisia inescusable antes de facer un tratamento de unha ETS) e ditan unhas normas terapéuticas segundo o axente etiolóxico detectado.

O mellor medicamento para o tratamento da sífilis é a penicilina, que se administra de acordo a unhas pautas segundo a evolución da enfermidade teña menos dun ano de evolución ou máis dun ano.

- Sífilis de menos dun ano de evolución
- Sífilis de mas dun ano de evolución
- Sífilis en embarazadas
- Sífilis neurolóxica.

En persoas alérxicas a penicilina debemos usar doxiciclina, tetraciclina ou eritromicina,tendo en conta os posibles efectos secundarios.

1.12. Seguimento do paciente

O seguimento debe facerse sempre mediante seroloxía reaxínica e estas probas tardarán máis ou menos en negativizarse dependendo do momento evolutivo da enfermidade no que facemos o diagnóstico

ACTIVIDADES PROPOSTAS

- Asistencia e participación interactiva na discusión de casos clínicos. Despois da presentación dos casos faise a discusión en grupos ou conxunta.
- Prácticas clínicas nas diferentes unidades das que dispoñen os Servizos de Dermatoloxía dos hospitais clínicos universitarios CHUS, CHUAC e CHUVI (Santiago, Coruña e Vigo) integrándose na práctica clínica rutineira.

AVALIACIÓN DA UNIDADE DIDÁCTICA

Os contidos teóricos avaliaranse mediante exame escrito. O exame constará de preguntas curtas e preguntas test, nas que se avaliará a adquisición por parte dos estudantes dos coñecementos teóricos explicados na unidade didáctica.

A avaliación práctica levarase a cabo cun exame práctico mediante a exposición de varios casos clínicos. Ó alumnado preséntaselle un resumo da historia clínica cos seguintes datos: Motivo da consulta, os antecedentes persoais e familiares, a exploración física. Con estes datos fáiselle unha serie de preguntas, como ¿Que diagnóstico che suxire? ¿Que probas complementarias precisarías para levar a cabo ese diagnóstico? ¿Precisaría tratamento? Indica cal e por que. ¿Que patoloxía asociada pode sufrir?

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- BRAUN-FALCO, O., PLEWIG, G., WOLF, H.H., WINKELMANN, R.K. (2008): Dermatología. Springer-Verlag Ibérica, 4ª ed., España. (castelán).
- LÁZARO OCHAITA, P. (2003): Dermatología, 4ª ed., Meditecnica SA, España. (castelán).
- MASCARÓ, J.M. (2008): Claves para el diagnóstico clínico en Dermatología 3ª ed., Elsevier. España. (castelán).
- WOLFF, K., GOLDSMITH, L.A., KATZ, S.I., GILCHREST, B.A., PALLER, A.S., LEFFEL, D.J. (2009): Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 7ª ed. Editorial Medica Panamericana, 7ª ed., España. (castelán).

Artigos de revisión

- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. (2006) .MMWR Morb Mortal Wkly Rep 55; 22-48.
- YOUNG, H. (2000). Guidelines for serological testing for syphilis. Sexually Transmitted Infectious 76; 403-432.

Recursos en Internet

- www.dermatoweb.net (14-02-2012)
- www.uv.es/derma (14-02-2012)
- www.derm101.com (14-02-2012)
- <http://www.dermquest.com> (14-02-2012)



Unha colección orientada a editar materiais docentes de calidade e pensada para apoiar o traballo do profesorado e do alumnado de todas as materias e titulacións da universidade



Impreso en papel 100% reciclado e libre de cloro



SERVIZO DE NORMALIZACIÓN LINGÜÍSTICA

