

MESA III. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Moderadores: **Irene Fuertes.** *Servicio de Dermatología. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona.*
David Sánchez. *Servicio de Microbiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.*

Impacto de la COVID-19 en las Infecciones de Transmisión Sexual

Vicente Descalzo

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

Vicente Descalzo

E-mail: vicente.descalzo@vallhebron.cat

La situación de pandemia por virus SARS-CoV-2 en 2020 supuso una interrupción de los servicios de salud a diferentes niveles, incluyendo los destinados a la prevención, diagnóstico y manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Ya entonces algunos autores vaticinaban un repunte de ITS tras la pandemia como consecuencia del reinicio de la actividad sexual a pesar del distanciamiento social, en una situación de acceso a los servicios de salud sexual todavía limitado a causa de las restricciones¹. En este sentido, algunos estudios muestran que el cambio conductual durante el confinamiento no se tradujo en un cese de la actividad sexual ni en el abandono de ciertas situaciones de mayor riesgo para ITS como el chemsex².

Los datos sobre la tendencia en la incidencia de ITS en la era peri y postpandemia se pueden extraer de los últimos informes de vigilancia epidemiológica a nivel nacional. Estos informes muestran una reducción de los diagnósticos de gonorrea, clamidia y sífilis en el año 2020, probablemente atribuido al menor número de pruebas realizadas a causa de la pandemia, con un repunte posterior en los años siguientes, alcanzando en 2022 datos récord en España de casos notificados por 100.000 habitantes: 49 casos para gonorrea, 62,38 para clamidia y 17,1 para sífilis. En ese año la gran mayoría de casos de gonorrea y sífilis se dieron en hombres (79,9% y 89% respectivamente), mientras que la distribución de

los casos de clamidia fue prácticamente equivalente en ambos sexos (48,2% en mujeres)³.

En el caso del VIH la situación observada ha sido diferente porque, aunque se ha producido también un repunte de los casos notificados en 2022 respecto a 2020, la incidencia todavía se mantiene significativamente más baja respecto a los años previos a la pandemia. El acceso a la profilaxis preexposición, disponible desde 2020, juega un papel fundamental en el cambio de esta tendencia, sumado al hecho de que cada vez son más las personas que viven con VIH que están en tratamiento y con carga viral indetectable, lo que hace que el virus no pueda ser transmitido por la vía sexual⁴.

Más allá de la creciente incidencia de las ITS otra preocupación es la del desarrollo de resistencias lo que podría limitar las opciones terapéuticas en el futuro. El caso de la gonorrea ha sido ejemplo de una rápida progresión en el desarrollo de resistencias y se estimaba que para 2020 se podría llegar a una situación de gonorrea extremadamente resistente. Sin embargo, los últimos datos de vigilancia a nivel europeo muestran una mejoría en los perfiles de sensibilidad a las cefalosporinas, que son los tratamientos actuales, mientras que las tasas de resistencias a macrólidos y quinolonas se mantienen altas, lo que desestima su uso terapéutico⁵. En cambio, otro microorganismo que ciertamente

está mostrando perfiles de resistencia que llevan a situaciones preocupantes de limitación real de las opciones terapéuticas es el *Mycoplasma genitalium*. Se estima que el *M. genitalium* es la segunda causa de uretritis no gonocócica, y en los últimos años ha aumentado la proporción de cepas resistentes tanto a los macrólidos, utilizados como primera línea, como al moxifloxacino y otros antibióticos utilizados en segunda y posteriores líneas.

Además de las ITS clásicas, la epidemia reciente de monkeypox ha demostrado que en un mundo globalizado y con amplias y complejas redes sexuales, se puede llegar a una situación en la que un nuevo patógeno pueda pasar a ser sexualmente transmisible. Tras la explosión de casos en 2022 la transmisión de monkeypox se ha mantenido de manera residual con pequeños picos de casos, y aparentemente así continuará en el futuro. Además, otros patógenos ya presentes en nuestro medio, no catalogados inicialmente como ITS, tendrían que ser considerados como sexualmente transmisibles en algunas situaciones, a fin de mejorar su prevención y control. En este grupo entrarían entidades como el MRSA comunitario, la shigellosis y las micosis superficiales, cuya transmisión se encuentra aumentada recientemente en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres.

Finalmente podemos concluir que tras la pandemia de COVID-19, nos encontramos ante un aumento sin precedentes de ITS, que es de origen multifactorial, y cuyo control se basa en el acceso a diferentes herramientas orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento. En eventuales situaciones futuras de

afectación de los sistemas de salud, se deberían intensificar los esfuerzos para mantener un buen acceso a los servicios de salud sexual, con el fin de minimizar el impacto en el control de las ITS.

Bibliografía

1. Jenness SM, Guillou AL, Chandra C, Mann LM, Sanchez T, Westreich D, Marcus JL. Projected HIV and Bacterial STI Incidence Following COVID-Related Sexual Distancing and Clinical Service Interruption. medRxiv [Preprint]. 2020 Oct.
2. Howarth AR, Saunders J, Reid D, Kelly I, Wayal S, Weatherburn P, Hughes G, Mercer CH. 'Stay at home ...': exploring the impact of the COVID-19 public health response on sexual behaviour and health service use among men who have sex with men: findings from a large online survey in the UK. *Sex Transm Infect.* 2022;98(5):346-52.
3. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2022. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024.
4. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2023.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in the Europe Union/European Economic Area. Summary of results 2020. Stockholm: ECDC; 2022.

Los brotes de MPOX en grandes ciudades: ¿una nueva endemia?

Carles Pericas^{1,2,3}, David Palma^{1,4,5}, Guillermo Bosch^{1,6}, Marina García-Suárez^{1,6}, Marta Comerma^{1,2}, Lluïsa Forns^{1,2}, Cristina Domingo^{1,2}, Cristina Rius^{1,2,4}

¹Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. ²Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). ³Departament de Medicina. Universitat de Barcelona. ⁴CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP). ⁵International Health Department. Care and Public Health Research Institute (CAPHR). Maastricht University. ⁶Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública HMar-UPF-ASPB (Hospital del Mar-Universitat Pompeu Fabra-Agència de Salut Pública de Barcelona).

Correspondencia:
Carles Pericas
E-mail: cpericas@aspb.cat

Antecedentes y situación actual del mpox

El mpox es causado por un *orthopoxvirus* de la familia *poxviridae* que, aun habiéndose descrito pocos casos de transmisión entre humanos, en 2018 ya fue identificado por la OMS como una enfermedad emergente prioritaria¹. En julio de 2022, ante el aumento sostenido de casos de mpox en múltiples países y la situación de brote global, la OMS declaró una Emergencia de Salud Pública de importancia internacional (ESPII)². A nivel global, desde el 1 de enero de 2022, se han confirmado 95.226 casos y 185 muertes por mpox. Si bien en las regiones de Europa y las Américas la mayoría de los casos se concentran en el brote de 2022, a partir de la segunda mitad de 2023, en ambas regiones se aprecia un aumento sustancial de los casos que podría deberse a una reintroducción del virus en contextos en los que la transmisión comunitaria había pasado a ser mínima. Las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental que presentaron una baja incidencia en 2022 tuvieron un aumento drástico de casos en 2023³.

La situación actual indica una circulación relevante de mpox a nivel comunitario, que ha aumentado de nuevo a partir del segundo semestre de 2023. En Europa, los focos de transmisión, como en 2022, se han concentrado en grandes ciudades, describiéndose brotes significativos en Lisboa y Berlín^{4,5}. Barcelona, que ya fue una de las ciudades con mayor incidencia de mpox en el brote inicial de 2022⁶, declaró un nuevo brote de menor magnitud en julio de 2023.

Es relevante describir la situación epidemiológica del mpox en Barcelona y comparar las características de los brotes de 2022 y 2023, pues puede aportar información sobre el comportamiento epidemiológico del mpox en entornos urbanos, así como informar potenciales futuras medidas de prevención y control.

Materiales y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo analítico en el que se comparan los brotes de mpox de 2022 y 2023 en la ciudad de Barcelona. Los datos utilizados son los del registro de epidemiología de la Agencia de Salut Pública de Barcelona, que recoge todos los casos de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y las características de éstos a través de la encuesta epidemiológica correspondiente. Se ha realizado la curva epidemiológica de ambos brotes, presentando los casos en tasas de incidencia y comparando la situación de ambos brotes según semanas transcurridas desde el primer caso confirmado. Así mismo, también se ha efectuado un análisis bivariado con comparación de medias y proporciones de características epidemiológicas y clínicas de los casos de cada brote.

Comparación de los brotes de 2022 y 2023 en la ciudad de Barcelona

El brote de 2023, con 74 casos confirmados tuvo una incidencia de 4,6 casos por 100.000 habitantes mientras que la del brote de 2022, con 1726 casos, fue de 105,9. El comportamiento epidemiológico del brote de 2023 presentó diferencias con el anterior, pues llegó a su máximo de casos diario la semana 18 desde la confirmación del primer caso, mientras que el de 2022 lo hizo la semana número 8 (Figura 1). La mitad de los casos del brote de 2023 se concentran en 69 días, en 2022 este período fue de 27 días. Desde la semana 29, el brote de 2023 presentó más casos semanales que el de 2022.

Todos los casos de 2023 se dieron en hombres, un 90,5% eran hombres gays bisexuales u otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) un 44,6% tenían entre 30 y 39 años, un 36,5% eran nacidos fuera de la UE y un 39,2% vivían con VIH. Se encontraron diferencias entre brotes (Tabla 1), teniendo el de 2023 una mayor proporción de casos vacunados (31,1% vs 1,3%; $p < 0,001$) y más días de separación entre el inicio de síntomas y la fecha de notificación (8,7 vs 6,7 días; $p = 0,009$). En 2023 también se inició el estudio de contactos (EC) en mayor proporción (31,8% vs 8,2%; $p < 0,001$). Actualmente, en Barcelona ha seguido habiendo un goteo de casos a lo largo de los primeros meses de 2024.

Figura 1. Evolución de los casos de mpox por semana en la ciudad de Barcelona según brote. 2022-2023.

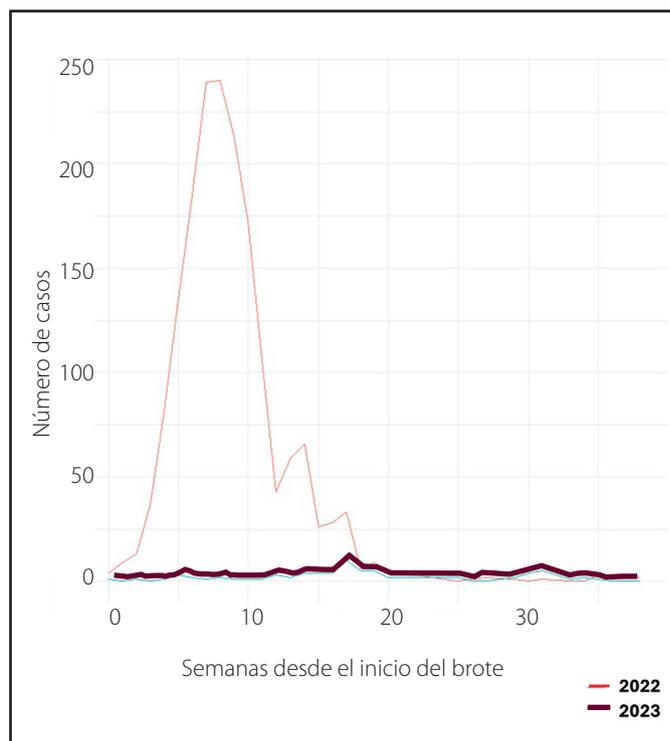


Tabla 1. Características de los casos de mpox en la ciudad de Barcelona según brote. 2022-2023.

	Brote 2022 (N=1726)	Brote 2023 (N=74)	p- valor
Sexo			0,420
Mujer	35 (2,0%)	0 (0%)	
Hombre	1691 (98,0%)	74 (100%)	
Edad			0,375
< 20	14 (0,8%)	0 (0%)	
20-29	337 (19,5%)	14 (18,9%)	
30-39	697 (40,4%)	33 (44,6%)	
40-49	501 (29,0%)	15 (20,3%)	
50-59	144 (8,3%)	9 (12,2%)	
60-69	27 (1,6%)	2 (2,7%)	
>70	6 (0,3%)	1 (1,4%)	
País de nacimiento			0,729
Comunitarios (UE)	242 (14,0%)	9 (12,2%)	
España	696 (40,3%)	35 (47,3%)	
Extracomunitarios	579 (33,5%)	27 (36,5%)	
Missing	209 (12,1%)	3 (4,1%)	
Mínimo una dosis de vacuna			<0,001
No	1703 (98,7%)	51 (68,9%)	
Sí	23 (1,3%)	23 (31,1%)	
VIH positivo			0,789
No	915 (53,0%)	41 (55,4%)	
Sí	587 (34,0%)	29 (39,2%)	
Missing	224 (12,9%)	4 (5,5%)	
Estudio de contactos iniciado			<0,001
No	1585 (91,8%)	50 (68,2%)	
Sí	141 (8,2%)	23 (31,8%)	
Tiempo síntomas – notificación			0,009
Media (SD)	6,73 (6,07)	8,73 (9,47)	
Mediana [Min, Max]	6,00 [0, 99,0]	6,00 [0, 62,0]	
Missing	161 (9,3%)	4 (5,4%)	

Discusión y conclusiones

El comportamiento epidemiológico del mpox en Europa desde el segundo semestre de 2023 nos confirma la recurrencia de casos y la aparición de nuevos brotes, particularmente en entornos urbanos. Si bien hay que considerar que el brote de 2023 es de una magnitud muy inferior al de 2022, la duración de

éste, la falta de un pico muy marcado de casos y una incidencia, aunque baja, sostenida en el tiempo plantean la posibilidad de que el mpox se haya consolidado como una infección endémica con transmisión comunitaria.

Las características de los casos del brote de 2023 en Barcelona son parecidas al anterior y se ajustan a las observadas en otros brotes en contextos urbanos (hombres jóvenes, GBHSH, con la vía de transmisión sexual siendo mayoritaria y un porcentaje importante de casos en personas que con VIH). Una mejora en la realización del estudio de contactos refleja una mayor capacidad del servicio de vigilancia epidemiológica de trabajar caso a caso, muy probablemente por la baja incidencia en comparación con 2022. El porcentaje elevado de personas vacunadas ha reducido el número de casos con sintomatología grave, ello puede haber conducido a un retraso en la notificación, al ser los signos y síntomas más leves y/o inespecíficos.

En conclusión, el mpox podría estar comportándose de forma endémica, con una incidencia basal más estable, afectando sobre todo a GBHSH. Es importante reforzar la vigilancia epidemiológica, promover la vacunación completa como medida preventiva (particularmente en personas viviendo con VIH) y actualizar protocolos teniendo en cuenta los posibles cambios en la epidemiología del mpox.

Bibliografía

1. World Health Organization. R&D blueprint: list of blueprint priority diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. Disponible en línea: <http://www.who.int/blueprint/priority-diseases/en/F>
2. Taylor L. Monkeypox: WHO declares a public health emergency of international concern. *BMJ*. 2022 Jul 26;378: o1874. Doi: 10.1136/bmj.o1874.
3. 2022-24 Mpox Outbreak: Global Trends. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponible en línea: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/
4. State office for health and social affairs. Information about Mpox in Berlin. Berlin, Germany; 2024. Disponible en línea: <https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionskrankheiten/monkeypox/>
5. Subdirección General de Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad. Alerta Sanitaria Internacional. Ref. 151/2023: Mpox en Portugal. Madrid, España: Ministerio de Sanidad; 2023.
6. Palma D, Guillaumes M, de Andrés A, Pericas C, Simón P, Rius C. Características del brote de Viruela del Mono en Barcelona (2022), y análisis de las estrategias de control llevadas a cabo por el equipo de vigilancia epidemiológica. XIII Jornadas de Enfermedades Emergentes. Barcelona, 15 y 16 de Maig de 2023.

Manifestaciones atípicas de la sífilis

Gemma Martín Ezquerro

Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Representante española en la IUSTI-Europe.

Correspondencia:

Gemma Martín

E-mail: gmartin@psmar.cat

La tasa global de sífilis se ha incrementado un 18,4% en los últimos 10 años en Cataluña, pasando de los 7,9 casos por 100.000 habitantes en 2012 a los 25,7 casos por 100.000 en 2021, El 88,5% de los casos son hombres. La media de edad de los casos registrados es de 39 años, y un 10,2% de los casos registrados son menores de 25 años. El 76,7% de los casos registrados en Cataluña son hombres que tienen sexo con hombres. En España la incidencia es de 17,1 casos por 100.000 habitantes en 2022, con las mismas características epidemiológicas que las descritas en Cataluña.

En Europa, en 2022 se notificaron 35.391 casos confirmados de sífilis en 29 estados miembros de la UE, con una tasa bruta de notificación de 8,5 casos por 100 000 habitantes, lo que representa un aumento del 34% en la tasa bruta de notificación en comparación con 2021, y un 41% aumento respecto a 2018. Las tasas de sífilis notificadas fueron ocho veces mayores en hombres que en mujeres y más altas en hombres de 25 a 34 años (40 casos por 100.000 habitantes). La mayoría (74%) de los casos de sífilis con información sobre la categoría de transmisión fueron reportados en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Sin embargo, 2022 marca el primer año de los últimos diez con aumentos notables de sífilis entre hombres y mujeres heterosexuales.

En Estados Unidos en 2022, se notificaron 207.255 casos de sífilis, que es el mayor número de casos notificados desde 1950 y representa un aumento del 17,3% desde 2021. Las tasas de sífilis primaria y secundaria aumentaron tanto entre hombres como mujeres, en todos los grupos de edad. Durante los años 2021 y 2022, la tasa de sífilis primaria y secundaria entre mujeres aumentó un 19,2%. Estos aumentos entre las mujeres son concurrentes

con aumentos en los casos entre hombres que tienen sexo solo con mujeres, lo que refleja un aumento llamativo de sífilis en población heterosexual en los Estados Unidos. Además, los HSH continúan viéndose afectados de manera desproporcionada por la sífilis, representando casi la mitad (45,1%) de todos los casos masculinos en 2022. En 2022, se notificaron 3.755 casos de sífilis congénita lo que representa un aumento del 30,6% en relación con 2021 y es la tasa más alta reportada desde 1991. Estos aumentos en la sífilis congénita reflejan los aumentos en la sífilis entre las mujeres en edad reproductiva.

Las manifestaciones clínicas de la sífilis primaria y secundaria son bien conocidas. *Treponema pallidum* penetra a través de las mucosas donde se desarrolla el chancro, al cabo de 3-4 semanas después del contagio. El chancro se manifiesta como una úlcera superficial, de bordes indurados, tacto cartilaginoso, limpia, típicamente no dolorosa y que asocia una adenopatía regional que suele ser indolora. Fórmulas atípicas de chancro incluyen los chancros extragenitales y la balanitis de Follmann.

La infección se extiende rápidamente por el sistema linfático y hematológico y se convierte en sistémica, manifestándose la fase secundaria de la infección, 1-2 meses después de la aparición del chancro, que puede coincidir con éste hasta en el 25% de los casos. La manifestación más típica de la sífilis secundaria es la roséola sifilítica con afectación palmoplantar. Son muy características las lesiones palmoplantares en forma de placas de descamación periférica llamada "Collarete de Biet", y los condiloma lata en áreas seboreicas o genitales. Describiremos casos atípicos de pacientes que se manifiestan en esta fase con lesiones de sífilis maligna, con lesiones exclusivas en mucosa oral o con alopecia apolillada.

Sinergia contra las Infecciones de Transmisión Sexual: Atención Primaria y Laboratorio de Microbiología. Proyecto AProxima

Manuel Linares-Rufo^{1,2}, Pilar Galicia-García de Yébenes³, Carlos García-Bertolín¹, Harold Bermúdez-Marval¹, Lara Martínez-Celdrán¹, Ángel Miguel Benito⁴, Teresa Arroyo-Serrano¹, Adriana Rojas-Díaz¹, Fernando Huguet Vivas⁴, Alicia Herrero-de Dios⁵, Juan Antonio Cuadros-González¹

¹Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Grupo IMVAP de SEMERGEN. ³Centro de Salud Segovia. Madrid. ⁴Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. ⁵Centro de Salud Juan de Austria. Madrid. ⁶Centro de Salud Miguel de Cervantes. Madrid.

Correspondencia:

Manuel Linares-Rufo

E-mail: manuel.linares@salud.madrid.org

Ver artículo sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg* 2024;23(2):74-80
