



TRICHOMONAS VAGINALIS

Agente



Infección de transmisión sexual (ITS) causada por el parásito protozooario flagelado *Trichomonas vaginalis*. Este parásito tiene la capacidad de adherirse al epitelio urogenital únicamente en humanos.

Epidemiología



La tricomoniasis, infección de declaración obligatoria, afecta de forma global a aproximadamente 200 millones de personas al año. La prevalencia entre regiones oscila entre el 5% y 60% y depende de factores sociales, de comportamiento, demográficos y socioeconómicos. La tricomoniasis urogenital es la ITS curable más frecuente a nivel mundial, aunque parece estar en retroceso en los países desarrollados. La tasa global de infecciones por *T. vaginalis* en España en 2019 fue de 3283 (2.729 en 2018; 2.654 en 2017; 5.629 en 2016 y 3.638 en 2015). La mayor tasa de incidencia se dio en mujeres y la media de edad de los casos declarados fue de 36 años.

Factores de riesgo

- Comportamiento sexual: el inicio precoz, relaciones sexuales sin protección o con diferentes parejas.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Antecedentes de ETS.
- Pareja sexual diagnosticada de ETS.

Manifestaciones clínicas



	Mujeres	Hombres
Asintomáticos	50%	80%
Síntomas iniciales	Periodo de incubación de 4-28 días. Abundante flujo vaginal amarillo/verdoso y espumoso con olor inusual, disuria, dispareunia y una intensa irritación o prurito vulvovaginal que incrementa durante la menstruación	Secreción anormal leve del pene y/o molestias al orinar
Complicaciones	Sangrados anormales	Prostatitis y epididimitis

Diagnóstico



El diagnóstico de infección por *T. vaginalis* está indicado en:

- **Pacientes sintomáticos sexualmente activos.**
- **Pacientes asintomáticos de riesgo.** Los criterios de riesgo incluyen:
 - Mujeres y hombres con una nueva pareja sexual o más de una pareja sexual los últimos meses.
 - Hombres que practican sexo con otros hombres (HSH).
 - Hombres o mujeres diagnosticados recientemente de otra ITS o con pareja sexual diagnosticada de otra ITS.
 - Personas con un uso inconsistente del preservativo con parejas que no están en relaciones mutuamente monógamas.
 - Personas que practican sexo por dinero o drogas.

Las muestras recomendadas para el diagnóstico de *T. vaginalis* son secreción uretral u orina en el caso de hombres o muestras vaginales o endocervicales en las mujeres.

Las muestras uretrales, endocervicales y vaginales deben tomarse con escobillones de rayón o dacrón floculados y hay que conservarlas en un medio de transporte adecuado (como UTM para técnicas de amplificación de ácidos nucleicos o Amies-Stuart para cultivo). Las muestras de orina se recogerán en contenedor estéril, preferentemente del primer chorro de la micción y siempre que el paciente no haya orinado en las 2 horas previas a la obtención de la muestra. La conservación óptima de las muestras hasta su transporte al laboratorio es a 2-8°C < 24h.

Los principales test que se utilizan para el diagnóstico de *T.vaginalis* son:

Test diagnóstico	Tiempo de obtención resultados	Lugar anatómico recogida de muestra	Material utilizado	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Examen en fresco (observación al microscopio)	Minutos	Hombres: uretral Mujeres: vaginal	Escobillón	35-70	99-100
Cultivo	3-5 días	Hombres: uretral Mujeres: vaginal	Escobillón en un tubo con medio de transporte	75-95	100
Test de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN)	Horas	Hombres: orina Mujeres: vagina endocervical, orina (menos sensible)	Escobillón Orina bote estéril (1-2h como mínimo después de la micción)	95-100	98-99

I Tratamiento y seguimiento



Elección	Alternativas
Metronidazol 2g vo en DU o Metronidazol 500mg/12h vo* 5-7d	Tinidazol 2g vo* DU

*Vo: vía oral; d: días; DU: dosis única

Precauciones durante el tratamiento:

- El tratamiento con metronidazol puede darse en mujeres gestantes.
- Durante la lactancia, se aconseja interrumpirla hasta 24 horas después de que se haya completado el tratamiento con metronidazol o durante 72 horas si se utiliza tinidazol.
- No tomar alcohol durante el tratamiento y hasta 48-72 horas después de finalizarlo, por la posibilidad de que se produzcan reacciones tipo disulfiram.
- Abstención de mantener relaciones sexuales hasta una semana después de completar el tratamiento.

Es necesario evaluar las parejas sexuales del paciente de los dos meses previos al diagnóstico o los seis meses posteriores al inicio de los síntomas y tratarlas con el mismo régimen terapéutico que el paciente.

El test de curación sólo está indicado en aquellos pacientes que siguen sintomáticos después de recibir correctamente el tratamiento o en aquellos pacientes con alta sospecha de reinfección. En estos casos, el test no debe efectuarse antes de 4-5 semanas después de finalizar el tratamiento, pues se podrían producir falsos positivos por detección de material genético de bacterias no viables.

I Transmisión

Se transmiten principalmente durante las relaciones sexuales con penetración vaginal por contacto con las secreciones vaginales y uretrales de las personas infectadas (mujer-mujer, hombre-mujer). Ocasionalmente y puede haber transmisión por el hecho de compartir juguetes sexuales.

La capacidad infectiva persiste mientras dura la infección no tratada, que puede ser años.

La madre gestante puede transmitir la infección durante el parto.

Se ha observado que la tricomoniasis aumenta la vulnerabilidad a propagar o contraer otras ITS, incluida la infección por el VIH.

I Prevención



- Utilizar el preservativo (masculino o femenino) en las relaciones sexuales vaginales, anales y orales. En caso de intercambio de juguetes sexuales, estos deben cubrirse con un preservativo antes de cada uso.
- Evitar tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o las drogas, ya que disminuye la percepción de riesgo y puede llevar a no utilizar el preservativo o utilizarlo incorrectamente.
- Limitar el número de parejas sexuales es también una medida preventiva.

Bibliografía

- Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Infecció per tricomonos. Preguntes i respostes. [En línea]. <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/infeccions-de-transmissio-sexual/tricomonosi/> [Consultado 17 de febrero de 2020].

- Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. INFORME EPIDEMIOLÒGIC CEEISCAT 2015. [En línea]. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3418/informe_SIVES_2015_informe_epidemiologic_CEEISCAT_2015.pdf.pdf?sequence=1 [Consultado 17 de febrero de 2020].

<https://es.statista.com/estadisticas/104651/numero-de-casos-de-tricomoniasis-urogenital-en-espana/> (consultado 13 junio 2022)

- Fernández Moriano C. Salud sexual. Panorama Actual Med. 2019; 43(420): 4-32.

- Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018. [En línea]. <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento24a.pdf> [Consultado 18 de febrero de 2020].

- Organización Mundial de la Salud. Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos: Medicamentos utilizados en las enfermedades parasitarias - Segunda edición. 1996. [En línea]. <https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/2.9.html#Jh2924s.2.9> [Consultado 17 de febrero de 2020].

Autores

- Miembros del Grupo de Trabajo Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. Col·legi Oficial de Farmacèutics de Tarragona. Núria Aranda, Teresa Brufau, Mireia Carulla, M. Esther Fernández, Mar Olga Pérez, Vicent Perpiñà, Ester Picó, Clara Rabal i M.Luisa Saura.

- Beatriz García García. Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears.

- Pilar Mari Claramonte. Vocal Nacional de Analistas Clínicos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

