

Trichomoniasi (o tricomonosi)

La tricomonosi o trocomoniasi és causada pel protozou *Trichomonas vaginalis*. És la més comuna de les malalties de transmissió sexual (ITS) no virals al món. Les dones es veuen afectades amb més freqüència que els homes. La tricomonosi és una dels tres principals causes de consulta per simptomatologia vulvovaginal (vulvovaginitis) entre les dones en edat reproductiva, juntament amb la vaginosis bacteriana i la candidiasi, i una de les causes d'uretritis en els homes. Sovint, però, la infecció sol ser asimptomàtica. A diferència de la V.V. fúngica o la vaginosis bacteriana, és considerada pràcticament sempre com una ITS.

Clica els ítems per accedir als continguts

MICROBIOLOGIA I EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA CONSEQÜÈNCIES DIAGNÒSTICS SCREENING TRACTAMENT I PREVENCIÓ RESUM. PUNTS RELLEVANTS MICROBIOLOGIA I EPIDEMIOLOGIA

L'organisme responsable de la tricomonosi o tricomoniasi és el protozou flagel·lat *Trichomonas vaginalis*, que infecta principalment l'epiteli escatós del tracte urogenital: vagina, uretra i glàndules parauretrals. Altres llocs menys comuns inclouen el coll de l'úter, la bufeta, les glàndules de Bartholin i la pròstata. Els éssers humans en són l'únic hoste natural.

La tricomonosi virtualment sempre es transmet sexualment. Tot i que la supervivència en fomites és possible, els fomites no tenen paper demostrat en la transmissió. Les dones poden contraure aquesta malaltia d'altres dones, però els homes no solen transmetre la infecció a altres homes.

RECORDA!...

El període d'incubació és desconegut. No obstant això, els estudis in vitro suggereixen un període d'incubació de 4 a 28 dies en aproximadament 50 % dels pacients.

La coexistència de *T. vaginalis* i patògens de la vaginosis bacteriana és comuna, amb taxes de coinfecció de 60 a 80 %.

PREVALENÇA

La prevalença és difícil de determinar. Les estimacions de prevalença varien segons la població estudiada i el mètode utilitzat per al diagnòstic. Les estimacions la situen entre 2 i 8 % de dones simptomàtiques en edats reproductives, fins a 15-20 % entre les que consulten per símptomes i fins a 30 % entre les que s'adrecen específicament a unitats d'ITS. *T. vaginalis* es pot identificar en el 70 % de les parelles sexuals masculines de les dones infectades, tot i que el transport en els homes és sovint autolimitat. Les proves d'amplificació d'àcids nucleics per *T. vaginalis* en mostres auto-preses van reportar una prevalença global del 3,7 % entre homes asimptomàtics.

CLÍNICA

DONES

En les dones, la tricomonosi varia d'un estat de portador asimptomàtic fins a una malaltia inflamatòria aguda, severa. Tant com el 50 % de les dones infectades són asimptomàtiques, encara que moltes d'aquestes dones amb el temps es converteixen en simptomàtiques. L'estat de portadora asimptomàtica pot persistir per períodes prolongats de temps (almenys tres mesos), de manera que moltes vegades no és possible determinar quan o de qui va ser adquirida la infecció.

Vulvovaginitis

Signes i símptomes comuns d'infecció aguda inclouen flux purulent, pudent i escumós, associat amb ardor, pruija, disúria, pol·laciúria, dolor abdominal baix o desaparènia. Els símptomes poden empitjorar durant la menstruació. Pot ocórrer sagnat

postcoital. La vulvitis sol ser menys acusada i freqüent.

L'examen físic sovint revela eritema de la vulva i la mucosa vaginal. La clàssicament descrita leucorrea verd-grogosa, típicament escumosa i pudent, ocorre en el 10 al 30 % de les dones simptomàtiques. Hemorràgies puntiformes poden ser visibles a la vagina i el coll uterí ("coll uterí de maduixa") en 2 % dels casos.

Símptomes i signes Sovint és asimptomàtica La vaginitis amb leucorrea grog-verdosa escumosa és el signe guia La cervicitis en maduixa és molt característica, però poc freqüent Cap signe-síntoma és exclusiu Als homes, molt freqüentment és asimptomàtica. Ocasionalment causa uretritis

En la infecció crònica, els signes i símptomes són més lleus i poden incloure pruija i dispareunia, amb escassa secreció vaginal.

HOMES

En els homes, la infecció per *T. vaginalis* és asimptomàtica en més de les tres quartes parts dels casos i, sovint, transitòria (amb resolució espontània dins dels 10 dies). No obstant això, la infecció no tractada pot persistir durant mesos. Els símptomes, quan estan presents, són els mateixos que els de la uretritis per qualsevol causa i consistiran en una descàrrega uretral clara o mucopurulenta i / o disúria. També poden tenir pruija lleu o sensació de cremor en el penis després de la relació sexual. (Veure "La uretritis en els homes adults").

CONSEQÜÈNCIES

DONES

La vaginitis per tricomones no tractada pot progressar a uretritis o cistitis. A més, *T. vaginalis* ha estat associada a una sèrie de resultats adversos de salut reproductiva, incloent la neoplàsia cervical intraepitelial, cel·lulitis de la cúpula vaginal o abscess posthisterectomia, la malaltia pelviana inflamatòria atípica en dones infectades amb el virus de la immunodeficiència humana (VIH), i la infertilitat. També pot augmentar la susceptibilitat de la dona a la infecció per VIH-1 en fins a dues vegades .

EMBARÀS

En una revisió sistemàtica de 2014 i meta-anàlisi en relació a l'associació entre *T. vaginalis* i resultats perinatals adversos, el risc de part prematur es va incrementar en un 42 % entre les dones infectades (RR 1,42, IC del 95%: 1,15-1,75, 9 estudis). Els riscos de la ruptura prematura de membranes i el part d'un nadó petit per l'edat gestacional van augmentar, però cada un d'aquests resultats es va basar en només dos estudis. Si el tractament durant l'embaràs afecta aquests riscos, positiva o negativament, no està clar.

Els nadons nascuts de mares infectades poden contraure la infecció durant el part. Els signes i símptomes en els nadons poden incloure febre, problemes respiratoris, infecció del tracte urinari, flux nasal, i, en les nenes, flux vaginal. El tractament dels lactants asimptomàtics no és necessari, donat que la resolució espontània es produeix quan els nivells d'estrogen disminueixen a la normalitat, a nivells prepúbels.

HOMES

T. vaginalis en els homes s'ha associat amb la prostatitis, balanoposthitis, epididimitis, infertilitat i càncer de pròstata.

DIAGNÒSTIC

El diagnòstic de la tricomonosi es basa en proves de laboratori (visualització de tricomones mòbils en fresc, cultius positius, prova positiva d'amplificació d'àcids nucleics (PCR), o positivitat a les proves ràpides de detecció d'antigens o ADN).

CLÍNICA

Igual que amb altres tipus de vaginitis, cap de les característiques clíniques de la tricomonosi és prou sensible o específica per permetre un diagnòstic basat en signes i símptomes per si sols (taula 1). En un estudi en dones, si s'utilitza només per al diagnòstic les característiques clíniques clàssiques de la tricomonosi, el 88 % de les dones infectades no es diagnosticuen i 29 % de les dones no infectades serien diagnosticades erròniament com infectades.

L'enfocament general de diagnòstic per a les dones amb flux vaginal es revisa separatament (Vegeu "Aproximació a les dones amb símptomes de vaginitis").

MICROSCOPIA i pH

La presència de tricomonas mòbils en l'estudi en fresc (visualització directe sobre porteobjecte amb sol·lució salina) és diagnòstic d'infecció, però s'identifiquen en només 60 a 70 % dels casos confirmats mitjançant cultiu). El moviment és desigual i en "spinning"; els microorganismes romanen mòbils durant 10 a 20 minuts després de la recollida de la mostra. Altres troballes que gairebé invariablement present en la infecció per tricomonas, però no diagnòstiques, inclouen un pH vaginal elevat (> 4,5) i un augment en leucòcits polimorfonuclears en la microscòpia de solució salina. La fixació i la tinció no és útil perquè *T. vaginalis* pot no tenir la forma flagel·lada en forma de pera típica; en canvi, poden assemblar-se als leucòcits polimorfonuclears o perdre característiques morfològiques durant la fixació i tinció, fent difícil la identificació etiològica.

CULTIU

El cultiu serà molt útil en pacients amb pH vaginal elevat i un major nombre de polimorfonuclears leucòcits, però amb absència de Trichomonas mòbils i cèl·lules clau en la preparació en fresc, o quan la microscopia no està disponible o els seus resultats no són concloents o fiables. El sistema de cultiu de *T. vaginalis* "InPouch" té una alta sensibilitat (més del 80 %), tarda 3 dies per obtenir resultats, i està disponible comercialment. El cultiu en medi de Diamond era prèviament l'estàndard d'or per al diagnòstic mercès a l'alta sensibilitat (95 %) i especificitat (> 95 %). No obstant això, aquesta prova no està àmpliament disponible i calen uns set dies per obtenir un resultat. Avui, la detecció mitjançant la reacció en cadena de la polimerasa (PCR) s'ha convertit en el nou estàndard d'or per al diagnòstic de la tricomonosi.

TESTS DE DETECCIÓ RÀPIDA D'ANTIGENS, SONDES D'HIBRIDACIÓ D'ADN i PCR.

Els Kits de diagnòstic ràpid poden ser útils en zones d'alta prevalença, on la microscòpia o cultiu no estan disponibles (per exemple, centres d'atenció de malalties de transmissió sexual). Els següents exàmens estan disponibles comercialment i poden ser realitzats pel clínic en el punt d'atenció:

- AFIRM VP III. El "Affirm VP III Microbial Identification System test" (Becton Dickinson) utilitza una hibridació d'ADN en mostres de frotis vaginals. Els resultats estan disponibles en 45 minuts. Tot i que la sensibilitat i l'especificitat reportades supera el 95 %, en alguns estudis aquest mètode és inferior a la PCR (sensibilitat 63,4 enfront de 100 %).
- OSOM Trichomonas Rapid Test. El "OSOM Trichomonas Rapid Test" (Genzyme) és una prova ràpida d'antígens que utilitza una tecnologia immunocromatogràfica en mostres de frotis vaginals. Els resultats estan disponibles en 10 minuts. Té una sensibilitat del 88,3 % (i en alguns estudis > 94 %) i especificitat del 98,8 %.

Les següents proves d'amplificació d'àcid nucleics (PCR) disponibles comercialment (NAAT) requereixen instrumentació especialitzada i es duen a terme en mostres enviades al laboratori. El terme NAAT generalment es refereix a la reacció en cadena de polimerasa (PCR) o a la PCR- transcriptasa inversa. Com s'ha dit anteriorment, la detecció per PCR és ara l'estàndard d'or per al diagnòstic de tricomonosi.

APTIMA Trichomonas vaginalis assaig (Gen-Probe) ? Utilitza la tecnologia PCR-transcriptasa inversa per àcid ribonucleic (ARN) específic d'alguns patògens, incloent *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* i *T. vaginalis* en una sola mostra de tampó vaginal o d'orina[39]. La sensibilitat varia des de 97 fins 100 % i l'especificitat oscil·la des 87-100 %. A causa de la prevalença de Trichomoniasi, igual o major que la clamídia i la gonorrea, hi ha una tendència creixent cap a la detecció de totes les tres infeccions simultàniament. **COMPROVAR**

Amplicor-Amplicor (Roche). És una prova de PCR per a la detecció de *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis* que ha estat modificat per detectar *T. vaginalis* en hisops endocervicals/vaginals o d'orina; amb sensibilitat i especificitat de 88-97 % i 98 a 99 %, respectivament. No està disponible al mercat, però ha estat aprovada per la FDA. **COMPROVAR**

NuSwabVG-NuSwabVG. Es una PCR per a la detecció de la tricomonosi, la vaginosis bacteriana i la candidiasi vulvovaginal que també ha estat aprovada per la FDA, però encara no està comercialment disponible. **COMPROVAR**

RECORDA!...

CITOLOGIA CERVICAL

La presència de tricomonos es descriu de vegades com una troballa incidental en la citologia cervical realitzada per la detecció del càncer de cervix. La citologia cervical de base líquida o en monocapa no és una prova sensible per al diagnòstic de la tricomonosi, però el tractament de dones amb tricomonos observades en la citologia cèrvico-vaginal de base líquida és raonable, ja que l'especificitat és alta. Amb la citologia convencional es descriuen més falsos positius. Per tant, el frotis de Papanicolau no s'ha d'utilitzar per diagnosticar la tricomonosi. Les dones asimptomàtiques amb tricomonos identificats en una prova de Papanicolau convencional han de ser avaluades per examen en fresc, i cultiu, PCR o prova ràpida si la preparació en fresc és negatiu; es tracten només si es confirma el diagnòstic.

HOMES

Els mètodes més fiables per al diagnòstic de la uretritis tricomonosica en l'home són el cultiu o una prova basada en PCR de la mostra de la primera fracció d'orina o una mostra d'exsudat uretral. Aquestes proves no estan àmpliament disponibles [39,46]. L'examen en fresc de sol·lució salina de mostres de frotis uretral té una baixa sensibilitat i no es recomana. SCREENING

L'screening a la població és un tema controvertit. Als Estats Units, els Centres per al Control i Prevenció de Malalties (CDC) recomanen la detecció de *T. vaginalis* en dones:

- amb noves o múltiples parelles
- amb antecedents de malalties de transmissió sexual (ITS)
- que comercien amb sexe per drogues o diners
- que usen drogues injectables

TRACTAMENT I PREVENCIÓ

El tractament està indicat per a les dones i els homes tant simptomàtics com asimptomàtics. El tractament redueix la prevalença de *T. vaginalis* a la població, alleuja els símptomes, i redueix el risc de seqüeles (incloent l'adquisició/transmissió de virus de la immunodeficiència humana [VIH]).

Els fàrmacs 5-nitroimidazols (metronidazol o tinidazol) són l'única classe de fàrmacs que proporcionen teràpia curativa de la tricomonosi.

Les pacients han de ser instruïdes per evitar les relacions sexuals fins que elles i les seves parelles hagin acabat el tractament i esdevinguin asimptomàtics, la qual cosa generalment ocorre al voltant d'una setmana. Després del tractament de dosi única o el tractament de pacients asimptomàtics, la parella s'ha d'abstenir de relacions sexuals fins que tots dos han esperat almenys set dies des de l'última dosi d'antibiòtics. No hi ha estudis sobre fins quan temps les tricomonos romanen viables després que el tractament s'ha iniciat o completat.

Els metges també han de cribar altres ITS quan es presenta un cas amb tricomonosi. (Veure "La detecció de infeccions de transmissió sexual".)

DONES

El tractament està indicat en totes les dones no embarassades amb diagnòstic de tricomonosi, encara que romanguin asimptomàtiques. La justificació per al tractament de les dones asimptomàtiques és que si no es tracten, continuen transmetent la

infecció a les seves parelles sexuals i fins a un terç de les dones asimptomàtiques esdevenen simptomàtiques en un termini de sis mesos.

Medicaments 5-nitroimidazols

Els medicaments 5-nitroimidazols (metronidazol o tinidazol) són l'única classe de fàrmacs que proporcionen una teràpia curativa de la tricomonosi. La majoria dels ceps de *T. vaginalis* són altament susceptibles a aquests agents, amb taxes de curació de 90 a 95 %. La teràpia amb drogues diferents del 5-nitroimidazol és una opció, però les taxes de curació són baixes (? 50 %). Es recomana el tractament amb una única dosi oral de 2 g de tinidazol o metronidazol (és a dir, quatre pastilles de 500 mg). S'admet que les taxes de curació amb tinidazol són comparables a les de metronidazol, i el fàrmac es tolera millor. Un règim multidosi alternatiu és metronidazol 500 mg per via oral dues vegades al dia durant set dies. La FDA no ha aprovat el règim de dosi múltiple per al tinidazol. Taxes de curació similars s'obtenen amb règims de dosi única i múltiple (taxa de curació per a una sola dosi: 82 a 88 %, taxa de curació de múltiples dosis: 85 a 90 %). Els avantatges de la teràpia de dosi única inclouen un millor compliment, un període més curt d'evitar l'alcohol, i possiblement disminució de la infecció sobreafegida per *Candida* (encara que no hi ha evidència d'aquesta disminució). Els efectes secundaris (per exemple nàusees, vòmits, mal de cap, sabor metàl·lic, marejos) semblen estar relacionades amb la dosi i per tant apareixen menys sovint amb les dosis més baixes utilitzades en la teràpia perllongada de dosis múltiples.

La via oral és preferible a la teràpia vaginal ja que l'administració sistèmica de la droga arriba a nivells més alts i s'obtenen nivells terapèutics de fàrmac a uretra i glàndules periuretrals, reservoris endògens d'organismes i causa de recurrències. Les taxes de curació de la teràpia vaginal amb gel de metronidazol són ? 50 %, significativament menors a la teràpia oral. Els pacients han de ser advertits de no consumir alcohol durant 24 hores després del tractament amb metronidazol i per 72 hores després de tractament tinidazol, a causa de la possibilitat d'una reacció tipus disulfiram (efecte Antabuse).

Al·lèrgia als medicaments 5-nitroimidazols

Donada la baixa eficàcia de qualsevol medicament que no sigui les drogues 5-nitroimidazols, s'ha suggerit als pacients amb al·lèrgia a metronidazol o tinidazol ser referits per a la desensibilització.

En lloc d'utilitzar una classe alternativa de drogues, la desensibilització és molt eficaç.

Seguiment

El seguiment és innecessari per a les dones que esdevenen asimptomàtiques després del tractament o que van ser inicialment asimptomàtiques, donada l'alta eficàcia dels fàrmacs 5-nitroimidazol.

Les parelles sexuals

El tractament de les parelles sexuals està sempre indicat perquè s'aconsegueixen taxes de curació màximes en les dones infectades quan els seus companys sexuals són tractats a la vegada. No és obligatori identificar el microorganisme en la parella masculina abans de tractar-lo, donada l'alta taxa d'infecció concurrent (30 a 70 %), dificultat del diagnòstic en els homes, pitjor compliment quan se li demana al company de visitar el seu proveïdor d'atenció sanitària, i la conveniència, baixa morbiditat, i baix cost del tractament empíric. El tractament de parelles sexuals és idèntic al de les dones no embarassades, amb preferència per un règim de dosi única per maximitzar l'acompliment (és a dir, dosi oral única de tinidazol o metronidazol - 2 grams). Cap dels dos hauria de tornar a tenir relacions fins que tots dos hagin acabat el tractament; en cas contrari, pot ocórrer la reinfecció. L'ideal seria que, si és possible, que les parelles sexuals fossin avaluades per descartar infeccions concurrents com la clamídia i la gonorrea, que cal diagnosticar i tractar si hi són presents.

No obstant això, si la dona ha estat diagnosticada de clamídia o gonococ, el tractament empíric ràpid de la parella (ie, Expedited Partner Therapy [EPT]), és també una opció per a aquestes infeccions.

Consideracions terapèutiques Metronidazol i tinidazol tenen eficàcia semblant Es prefereix la via oral a la vaginal Es prefereix la pauta en monodosi de 4 gr (4 comp. de 500 mg) Cal evitar el consum d'alcohol

Cal tractar sempre la parella sexual

Cal evitar les RS fins a finalitzar el tractament

HOMES AMB URETRITIS

El tractament dels homes amb uretritis es discuteix per separat. (Veure "La uretritis en els homes adults").

GESTACIÓ I ALLETAMENT

Dones embarassades simptomàtiques

El metronidazol és el fàrmac d'elecció per al tractament de la tricomonosi simptomàtica en l'embaràs. Alguns clínics proposen evitar el seu ús en el primer trimestre, ja que travessa la placenta, amb eventual potencial teratogènic. La droga és mutagènica en bacteris i carcinogènica en ratolins; no obstant això, mai s'han observat aquests efectes en els éssers humans. Una metaanàlisi de 1997 no va trobar cap relació entre l'exposició al metronidazol durant el primer trimestre d'embaràs i malformacions congènites. En base a això i informes posteriors, els Centres per al Control de Malalties i Prevenció (CDC) ja no desincentiven l'ús de metronidazol en el primer trimestre. Alguns metges prefereixen metronidazol 500 mg dues vegades al dia durant cinc a set dies, davant la dosi única de 2 grams, a causa de la menor freqüència d'efectes secundaris en dones que ja tenen una alta prevalença de nàusees. Ambdós règims són acceptables.

Un enfocament alternatiu és clotrimazole crema 1% per via vaginal (preferiblement a l'hora d'anar a dormir) durant set dies consecutius. Aquest règim aconsegueix sovint l'alleujament simptomàtic, però no l'eradicació dels organismes.

Hi ha escassa informació sobre la seguretat de tinidazol en l'embaràs; per tant, cal evitar el seu ús, especialment en el primer trimestre.

Dones embarassades asimptomàtiques

No es recomana el tractament d'infeccions asimptomàtiques durant l'embaràs perquè assaigs aleatoris han trobat que no impedeix, i en alguns assajos fins i tot han augmentat, el risc de part prematur. Aquesta observació no esperada s'especula que podria ser conseqüència de l'alteració que el tractament produiria sobre la microbiota vaginal normal, augmentant així les possibilitats de treball de part prematur relacionada amb la infecció. Si la infecció ocorre al final de l'embaràs, les dones asimptomàtiques poden optar per sotmetre a un tractament per prevenir la transmissió perinatal.

Les parelles sexuals

El tractament de les parelles sexuals està indicat. En els casos en què una dona embarassada asimptomàtica no és tractada, la reinfecció de la parella tractada es pot minimitzar per l'evitació de les relacions sexuals o l'ús dels condons.

Alletament

Quan estigui indicat, el metronidazol s'utilitza per al tractament de la infecció en els nadons. No hi ha dades en humans que suportin a una associació entre l'ús de metronidazol i el càncer; no obstant això, s'ha demostrat una associació amb la carcinogènesi en models animals en els rosegadors. Resultats de les dades d'ús de metronidazol materna no van mostrar un augment significatiu en esdeveniments adversos en comparació amb l'ús d'altres antimicrobians, encara que un estudi de cohort va trobar una tendència no significativa cap a una major aparició de femtes toves i la colonització per *Candida* en nadons exposats al metronidazol. Atès que la fracció de metronidazol detectada al nadó és alta amb l'administració materna de la dosi única de 2 grams, un enfocament cautelós per a les mares que van rebre aquesta dosi és rebutjar la llet i no alletar amb llet materna durant 12 a 24 hores, per permetre l'excreció de la droga. Atès que el tinidazol té una vida mitjana més llarga que el metronidazol, el CDC suggereix interrompre la lactància materna fins a tres dies després de l'última dosi.

Tractament a l'embaràs Indicat sempre en casos simptomàtics El metronidazol oral és el règim d'elecció, fins i tot al primer trimestre No indicat en portadores asimptomàtiques, excepte prop del part A l'alletament es prefereix metronidazol en pauta monodosi, evitant alletar les primeres 12-24 hores

LES DONES VIH POSITIVES

Estudis sobre l'impacte de la infecció per *T. vaginalis* sobre la secreció de VIH genital indiquen que la tricomonosi en els individus infectats pel VIH augmenta el risc de transmissió del VIH a les seves parelles no infectades, així com d'adquisició a les dones. Hi ha alguna evidència que el tractament de la tricomonosi redueix la secreció del VIH.

Les recomanacions de tractament estàndard per a la tricomonosi s'han basat en estudis realitzats en persones sense VIH, però cada

vegada hi ha més evidència que les dones VIH positives han de rebre un tractament més prolongat. Basant-se en dades d'alguns estudis, es recomana tractar les dones VIH-positives amb *T. vaginalis* amb metronidazol 500 mg dues vegades al dia durant set dies. No es recomana el tractament en dosi única de metronidazol per al tractament d'aquestes dones. La coinfecció de vaginosis bacteriana i altres factors que poden fer que el metronidazol sigui menys eficaç en aquesta població. El CDC també suggereix que les dones VIH-positives siguin re-avaluades tres mesos després de la finalització de la teràpia, recomanació basada en l'alta proporció d'infecció recurrent o persistent de *T. vaginalis* en aquesta població i l'associació entre el VIH i la infecció.

ELS CASOS REFRACTARIS

Les causes més comunes de fracàs del tractament són l'incompliment i la reinfecció. El compliment es millora amb tractament de dosi única. La reinfecció és poc probable si la parella va ser tractada al mateix temps o es van evitar les relacions sexuals fins que la parella van completar el tractament. La recomanació dels CDC per al tractament de la tricomonosi recurrent després del fracàs d'una sola dosi de metronidazol 2 grams és instaurar metronidazol 500 mg dues vegades al dia durant set dies (dosi total de 7 grams). Si aquest règim falla, tinidazol o metronidazol s'administra a una dosi de 2 grams per dia durant cinc dies (dosi total de 10 grams). Aquests règims poden ser eficaços en els pacients amb nivells baixos de resistència al metronidazol, observació que va ocórrer en el 4 % de *T. vaginalis* aïllades de dones ateses a clíniques de ITS als Estats Units. Si això falla, el CDC recomana el cultiu in vitro i les proves de sensibilitat als medicaments (només disponibles a alguns centres especialitzats) i la derivació a un especialista. Les opcions terapèutiques inclouen les dosis màximes tolerades de metronidazol o preferiblement tinidazol (2 a 4 grams al dia en dosis dividides) durant 14 dies. S'ha informat d'èxit considerable amb tinidazol en la malaltia refractària, encara que la dosi òptima no s'ha establert. La resistència creuada a tinidazol és freqüent, però no inevitable. Els pacients amb resistència a metronidazol solen ser tractats amb èxit mitjançant teràpia prolongada de dosis altes de tinidazol. Altes dosis de tinidazol tene un millor perfil de seguretat i són millor tolerades que les dosis altes de metronidazol. Els informes de casos han descrit l'ús reeixit de nimorazol, ornidazol, niridazol, furazolidona i hamicina, mentre que un assaig va informar de la manca d'eficàcia de la nitazoxanida. Algun cas (rar) de pacients sense resposta als nitroimidazols ha estat tractat amb paromomicina tòpica (250 mg al dia durant dues setmanes). La paromomicina no està disponible comercialment als Estats Units com una crema i ha de ser preparada en fórmula magistral. Poc se sap sobre aquesta preparació, però els efectes secundaris locals severes (dolor, ulceració de la mucosa) poden ocórrer. Recomanem no usar-la.

PREVENCIÓ

El risc de contraure la infecció per *T. vaginalis* es pot reduir mitjançant l'ús consistent de preservatius i limitar el nombre de parelles sexuals. Agents espermicides, com ara nonoxinol-9 redueixen la taxa de transmissió.

RESUM. PUNTS RELLEVANTS

- La tricomonosi és una infecció de transmissió sexual deguda a la infecció pel protozou flagel·lat *Trichomonas vaginalis*
- En la dona la infecció pot ser asimptomàtica fins al 50% dels casos, sent la vulvovaginitis sola o associada a molèsties urinàries la manifestació més habitual
- En l'home la infecció és freqüentment asimptomàtica, sent la uretritis la clínica més habitual
- El diagnòstic de tricomoniasi es pot realitzar mitjançant l'examen en fresc, el cultiu o la detecció d'antígens nuclears
- El tractament antibiòtic indicat és el metronidazol o el tinidazol
- Han de tractar-se sempre les parelles sexuals

Material suplementari

[Banc d'imatges](#)
[Present. i videos](#)
[Documents](#)
[Links al web](#)

[Guarda, baixa, imprimeix](#)