



347 - CARACTERIZACIÓN, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CAUSADAS POR *MYCOPLASMA GENITALIUM*

Aws Waleed Al-Hayani¹, Paula Asensio Mathews², Sara Lumbreras Fernández², Javier Llorente Tovar², María del Pilar Cañones Castañón², Carmen Villanueva Guillen², Beatriz Álvarez Álvarez², Irene Carrillo Acosta¹, Laura Prieto Pérez², Marta López de las Heras¹, Llanos Salar Vidal², Miguel Górgolas Hernández-Mora¹ y Alfonso Cabello Úbeda²

¹División Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ²Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: La prevalencia de *Mycoplasma genitalium* (MG) en las infecciones de transmisión sexual (ITS) ha aumentado gracias a las nuevas técnicas diagnósticas; su presentación asintomática frecuente, así como su tratamiento combinado, plantean un desafío clínico para cuyo abordaje hay controversias.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos de MG diagnosticados por PCR en pacientes mayores de 18 años entre el 01/01/2023 y el 31/12/2024 en un hospital terciario. Se evaluaron la evolución clínica, las estrategias terapéuticas y el manejo de recurrencias o fracasos.

Resultados: Se evaluaron 675 casos en 487 pacientes, de los cuales el 52,8% utilizaba profilaxis preexposición (PrEP) y el 10,9% eran personas con VIH. El 47% presentó síntomas, siendo la uretritis la manifestación más común (64,8%). El 29,4% tuvo alguna ITS concomitante, destacando *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en localizaciones anorrectales y uretrales. Los tratamientos de primera línea más utilizados fueron doxiciclina, azitromicina y moxifloxacino, recibiendo tratamiento combinado un 49,2%. La evolución fue favorable (curación clínica o microbiológica) en el 72,4% de los casos en el primer episodio, mientras que un 13,1% presentó fracaso terapéutico y un 14,5% una reinfección. La resolución definitiva fue del 77,8% presentando fracaso persistente el 0,4% y reinfección el 0,2%. En 7 casos (1,4%) se realizó test de resistencias, identificándose resistencia a macrólidos en seis (85,7%) y a quinolonas en cuatro (54,1%). En el análisis multivariable, la combinación doxiciclina + moxifloxacino, se asoció con una mayor probabilidad de resolución ($p < 0,001$), mientras que el tratamiento con azitromicina con doxiciclina o moxifloxacino en monoterapia tuvieron menor tasa de éxito ($p < 0,001$). La infección VIH y resistencias antimicrobianas a MG se asociaron significativamente con un mayor riesgo de recurrencia o reinfección (OR = 0,04; $p = 0,022$). No se observaron asociaciones significativas entre la evolución clínica final y la edad, el sexo, la coinfección por ITS, la presencia de síntomas clínicos, el uso de PrEP ni con el resto de las variables analizadas.

Variable	N (%)
Edad (media \pm DE)	35,7 \pm 9,05

Sexo al nacer	
Varón	447 (91,79)
Mujer	40 (8,21)
Nacionalidad	
España	210/366 (57,4)
Latino	98/366 (26,8)
Europa	40/366 (10,9)
África	7/366 (1,9)
Otro	11/366 (3)
Tipo de relación sexual	
HSH	368 (75,56)
Heterosexual	49 (10,06)
Bisexual	3 (0,62)
Trans	2 (0,41)
Desconocido	65 (13,35)
PrEP	
Sí	249/472 (52,8)
No	223/472 (47,2)
Infección por VIH	

No	424 (87,06)
Sí	53 (10,9)
Desconocido	10 (2,05)
Carga viral indetectable (si VIH)	51/53 (96,2)
CD4 (mediana RIQ)	714 (600941)
Síntomas al diagnóstico	
Sí	229 (47,02)
No	233 (47,84)
Desconocido	25 (5,13)
Síntomas atribuibles a <i>M. genitalium</i>	159/485 (32,8)
Localización de los síntomas de MG	
Uretritis	151 (64,81)
Proctitis	49 (21,03)
Cervicitis	28 (12,02)
Faringitis	4 (1,71)
2 o más localizaciones	1 (0,43)
ITS concomitante	
No	344 (70,6)
Sí	143 (29,4)

N.º ITS concomitantes	
0	341 (70,02)
1	120 (24,64)
2	18 (3,70)
3	3 (0,61)
No se realizó ningún cribado	5 (1,03)

ITS concomitantes (microorganismo)

<i>Chlamydia trachomatis</i>	67 (39,18)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	67(39,18)
<i>Herpes genital</i>	14 (8,18)
<i>LGV</i>	8 (4,68)
<i>Sífilis</i>	8 (4,68)
<i>Otras ITS*</i>	7 (4,1)

Localización ITS concomitante

Anorrectal	75 (45,5)
Uretral	48 (29,1)
Faringe	30 (18,2)
Endocervical	8 (4,8)
Pene	2 (1,2)

Otra (ej. diarrea)	2 (1, 2)
--------------------	----------

Evolución clínica tras el primer episodio

Curación	302/421 (71,7)
Curación clínica	3/421 (0,7)
Fracaso	55/421 (13,1)
Reinfección	61/421 (14,5)

Evolución clínica final

Curación	372 (76,4)
Curación clínica	7 (1,4)
Fracaso	2 (0,4)
Reinfección	1 (0,2)
Desconocido	105 (21,6)

Resistencias a *Mycoplasma*

¿Se realizó test? Sí	7 (1,4)	
Tipo de resistencia genotípica y antibiótico implicado	G259A, A2058T 1	Moxifloxacino/Azitromicina
A2058T, G248T 1	Moxifloxacino/Azitromicina	
A2058T 1	Azitromicina	
A2059G, G248T 1	Moxifloxacino/Azitromicina	
G248T, A2059G 1	Moxifloxacino/Azitromicina	

A2059G 2	Azitromicina
----------	--------------

Antibiótico	N (%)
Primer episodio de infección	N = 487
Doxiciclina	127 (26,1)
Doxiciclina + moxifloxacino	119 (24,4)
Azitromicina + doxiciclina	117 (24)
Azitromicina	56 (11,5)
No recibe tratamiento*	55 (11,3)
Moxifloxacino	9 (1,8)
Azitromicina + moxifloxacino	4 (0,8)
Fracaso, reinfección, evolución desconocida	N = 182
Doxiciclina + moxifloxacino	55 (30,2)
Azitromicina + doxiciclina	44 (24,2)
Doxiciclina	23 (12,6)
Moxifloxacino	14 (7,7)
Azitromicina	10 (5,5)
No recibe tratamiento	8 (4,4)
Pristinamicina	3 (1,6)

*No documentado en la historia clínica ni en la prescripción electrónica.

Conclusiones: Las ITS por MG son mayoritariamente asintomáticas, siendo la urteritis la clínica presente más frecuente. La efectividad del tratamiento es elevada, siendo mayor con doxiciclina sola o en combinación con moxifloxacino. La resistencia antimicrobiana, aunque infrecuente, se asocia significativamente a una mayor tasa de fracaso terapéutico, por lo que la disponibilidad de estudios de resistencia son clave para mejorar el pronóstico, reducir complicaciones y elevar la tasa de éxito terapéutico.