



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



**DOCENTE:**

DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

**ALUMNO:**

LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

**MATERIA:**

SEXUALIDAD HUMANA

**UNIDAD:**

CUARTA

**TEMA:**

INFECCIONES GINECOLOGICAS EN VAGINA Y VULVA

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. 24/ JUNIO/ 2020.

## **INFECCIONES GINECOLÓGICAS EN VAGINA Y VULVA.**

La vagina es un conducto carente de glándulas propias, está tapizado por epitelio plano poliestratificado. El flujo vaginal normal es blanco, no homogéneo e inodoro. Proviene del drenaje en la vagina de diferentes glándulas (glándulas vestibulares, glándulas de Bartholino, del cérvix, del endometrio y del endosálpinx), del líquido trasudado de la pared vaginal y de células vaginales descamadas. Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) influyen en las características de la secreción y de la flora vaginales.

La vagina en condiciones normales tiene un medio ácido. El bacilo de Dóderlein es el responsable de acidificar el medio puesto que produce ácido láctico haciendo que el pH sea de 4 en la mujer en edad fértil. En la deficiencia de estrógenos (ejemplo, en la menopausia), el pH suele ser superior a 6. La flora vaginal normal está constituida por microorganismos aerobios y anaerobios. En ella es posible encontrar microorganismos que son patógenos bajo ciertas circunstancias, como E. coli, Bacteroides fragilis, S. aureus, Streptococcus del grupo B y especies de Candida.

En los días periovulatorios de la mujer en edad fértil, en la púber y en la posmenopáusica, el pH asciende, permitiendo la génesis de las infecciones vaginales graves.

Se considera aparte la bartholinitis, cuya causa más frecuente es la obstrucción del canal excretor de la glándula, una infección que se produce por la flora local. Es posible hacer un tratamiento médico con fluorquinolonas o cefalosporinas más metronidazol, con frecuencia requiere tratamiento quirúrgico, que puede consistir en marsupialización de la glándula: se sutura la pared del quiste a la pared vestibular, o bien se puede realizar incisión y drenaje simple de la glándula. Se practicará la exéresis glandular total en caso de recidivas.

El 90% de estas infecciones están causadas por uno de estos 3 microorganismos:

**1. Gardnerella vaginalis (40-50%):** el más frecuente, muchas veces pasa inadvertido, por lo que se diagnostica en menor número de casos que la candidiasis.

**2. Candida (20-25%):** la más sintomática, de ahí que sea la que más se diagnostica.

**3. Trichomona vaginalis (15-20%):** considerada una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

El 10% restante incluyen: vaginitis por cuerpo extraño, vaginitis atrófica, Chlamydiae, gonococos, micoplasmas, herpes genital, parásitos (oxiuros en niñas), vaginitis alérgicas, etc. Si hay ulceración vulvar, se debe pensar en: sífilis, herpes, chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sobreinfección de condiloma, molluscum contagiosum, sarna, traumatismo, neoplasia, eritema multiforme o síndrome de Behcet.

**Gardnerella vaginalis (vaginosis bacteriana):** infección vaginal más predominante en mujeres en edad reproductiva de países desarrollados. El 50-70% de las mujeres con una vaginosis están asintomáticas. El resto refiere un aumento del flujo, de color blanco-grisáceo, y, en ocasiones, maloliente. No se asocian signos inflamatorios de edema o eritema vulvar. No se trata de una infección de transmisión sexual. Son factores de riesgo la gestación previa y el uso de DIU.

**Diagnóstico:**

- **pH** vaginal es superior a 4,5.
- **Prueba de aminas:** positiva. Consiste en añadir en un porta con una muestra de flujo vaginal una gota de hidróxido potásico al 10%. Inmediatamente se produce la liberación de aminas que conlleva a la aparición de olor fétido.
- **Frotis con tinción de Gram:** presencia de las clue-cells (fijación de cocobacilos en la superficie de las células vaginales).

**Tratamiento:**

- Metronidazol vía oral siete días. Se considera el tratamiento de elección. Metronidazol oral monodosis.
- Clindamicina en gel siete días.
- Clindamicina oral siete días.

**Candidiasis:** hongo saprofito aislado frecuentemente en el tracto genital inferior. En el 80-90% de los casos, están producidas por *Candida albicans* y

el síntoma principal es el picor y el escozor en la vulva y/o en la vagina. La leucorrea tiene unas características muy típicas, como el color blanco y la consistencia pastosa (parecida al yogur), que hace que se adhiera a las paredes vaginales y a la vulva. Se puede presentar molestias urinarias o con las relaciones sexuales.

#### **Diagnóstico:**

- **pH** vaginal suele ser superior a 4,5.
- **Frotis en fresco:** se visualiza el protozoo que tiene forma de pera con cilios en un extremo y, en muchas ocasiones, puede observarse su movilidad.
- **Cultivo vaginal:** es el método definitivo para el diagnóstico, ya que es positivo en el 95% de los casos.

#### **Tratamiento:**

El de elección es el metronidazol.

**Infección por papilomavirus (HPV):** papoviridae, que es un ADN-virus, del cual se reconocen más de 150 tipos virales. Los distintos tipos virales se dividen en 2 grupos de riesgo oncológico, que aparecen en el 70% de los carcinomas de cérvix).

**1. Alto riesgo oncológico (HPV-AR):** 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82.

**2. Bajo riesgo oncológico (HPV-BR):** 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81.

#### **Diagnostico:**

A simple vista se observan las típicas lesiones cerebriformes (condilomas).

- **Citología:** se encuentran coilocitos (célula epitelial con núcleo engrosado, hiper cromático y halo o vacuolización peri nuclear).
- **Colposcopia:** se aprecian zonas de leucoplasia tras la aplicación de ácido acético, que se deben biopsiar.

#### **Tratamiento:**

Depende de la localización y de la extensión, siendo su objetivo casi siempre estético, ya que la infección permanecerá latente.

**Farmacológico:**

- **Ácido tricloroacético** a concentraciones del 85% en aplicación semanal. Remisiones del 30%. Es el tratamiento médico de elección en embarazadas.
- **Podofilotoxina al 0,5%:** tres aplicaciones semanales durante seis semanas. Remisiones del 70%.
- **Imiquimod al 5%:** tres aplicaciones semanales un máximo de 16 semanas. Remisiones del 60-70%.
- **5-fluoracilo.**

**Tratamiento quirúrgico:**

- Extirpación quirúrgica, electrodiatermia, crioterapia, láser de CO2.

**Infecciones por virus del herpes simple.**

Enfermedad ulcerosa genital más frecuente y es una infección vírica crónica. El virus penetra en las terminaciones nerviosas sensitivas y se transporta por vía axonal retrógrada hasta el ganglio de la raíz dorsal, donde permanece latente hasta el fin de la vida. Hay 2 tipos de virus del herpes simple, HSV-1 y HSV-2. El primero es la causa más frecuente de las lesiones orales. El segundo es más típico de las lesiones de los órganos sexuales, aunque ambos pueden causar herpes genital.

**Síntomas:**

Dependen de la presencia de anticuerpos por contacto previo. Si se carece de anticuerpos, el índice de infección en una persona expuesta es de 70%. El periodo de incubación promedio es de una semana. Hasta 90% de las personas con una infección inicial sintomática manifestará otro episodio en el primer año.

**Diagnóstico:**

Cultivo de tejidos. Un cultivo negativo no significa que no exista infección herpética.

**Tratamiento:**

- Antivírico.
- Analgésicos.
- Antiinflamatorios no esteroideos.