

Universidad del sureste

Dr. Ricardo Acuña de Saz

Sexualidad Humana

INFECCIONES GINECOLOGICAS EN VAGINA Y VULVA

Hannia del Carmen Salazar Jimenez

INFECCIONES GINECOLOGICAS EN VAGINA Y VULVA

La vagina es un conducto carente de glándulas propias que 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 Döderlein 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, 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.

Más del 90% de estas infecciones están causadas por uno de estos tres microorganismos

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

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

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

Es necesario recordar que es la infección vaginal más predominante en mujeres en edad reproductiva de países desarrollados. Resulta de la sustitución de la flora vaginal saprofita normal por altas concentraciones de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y bacterias anaerobias.

un 50-70% de las mujeres con una vaginosis están asintomáticas. El resto refiere un aumento del flujo, de color blanco-gri- sáceo, 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.

- ♥ El 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 cluecells (fijación de cocobacilos en la superficie de las células vaginales).

Existen varias pautas:

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

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 a yogur), que hace que sea adherida a las paredes vaginales y a la vulva.

Puede asociar molestias urinarias o con las relaciones sexuales. No es infrecuente que aparezca un enrojecimiento de la vulva. La *Candida* es un hongo saprofito aislado frecuentemente en el tracto genital inferior pero si se encuentra en gran número, originan la vaginitis sintomática. La candidiasis se produce por la proliferación de patógenos oportunistas ante cambios en el medio vaginal, en la flora bacteriana local o en la resistencia del huésped. Se consideran factores predisponentes: niveles altos de estrógenos (embarazo, anticonceptivos orales),

diabetes, uso de corticoides o antibióticos de amplio espectro. Las pacientes con VIH tienen candidiasis vaginales más graves y recurrentes.

Los compuestos azólicos son el tratamiento de elección:

- ♥ Vía vaginal : clotrimazol (de elección en la embarazada), miconazol, ketoconazol, fenticonazol y sertaconazol.
- ♥ Vía oral: el itraconazol, fluconazol y ketoconazol.

Tricomoniasis Se trata de una infección por transmisión sexual no vírica con elevada prevalencia. Está producida por un protozoo anaerobio y no es infrecuente que se asocie a otros microorganismos como el gonococo y/o chlamydias. Cursa con un prurito vulvar intenso, escozor y un aumento del flujo vaginal. La leucorrea típica es de color amarillo-grisáceo, espumosa y de mal olor. Es frecuente la presencia de disuria. En la exploración ginecológica es posible encontrar una vagina ligeramente enrojecida y un punteado rojo en vagina y cérvix

- ♥ El 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.

El tratamiento de elección es el metronidazol. Pueden utilizarse pautas cortas por su fácil cumplimiento aunque también es posible que sean pautas de siete días

Infección por papilomavirus (HPV) Se trata de un papoviridae, que es un ADN-virus, del cual se reconocen más de 150 tipos virales. El contagio por HPV se produce por microtraumatismos a través del coito con una persona infectada, por el canal del parto, o por medio de fómites, con un periodo de incubación de entre dos y tres meses de promedio (oscilando de uno a ocho meses).

Los distintos tipos virales se dividen en dos grupos: de bajo riesgo oncológico (los más frecuentes son los tipos 6 y 11), y de alto riesgo oncológico (los más habituales son los tipos 16 y 18, que aparecen en el 70% de los carcinomas de cérvix)

Es posible encontrar varios tipos de infección y de lesiones:

- ♥ Infección latente: ADN viral positivo sin ningún tipo de lesión citohistológica.
- ♥ Infección subclínica: lesiones colposcópicas acetoblancoas (leucoplasias) y displasia.
- ♥ Infección clínica: las verrugas o los condilomas genitales son las lesiones más frecuentes del aparato genital externo. Consisten en lesiones exofíticas vulvares y perianales pruriginosas de consistencia blanda y de coloración grisácea o rosada. Los genotipos más frecuentemente implicados son HPV-6 y HPV-11.

En la citología se encuentran coilocitos (célula epitelial con núcleo engrosado, hiperromático y halo o vacuolización perinuclear). Con la colposcopia se aprecian zonas de leucoplasia tras la aplicación de ácido acético, que se deben biopsiar. Es posible realizar el estudio virológico en cortes tisulares (PCR o hibridación in situ) o sobre extensiones citológicas (PCR, hibridación in situ o captura de híbridos).

Tratamiento médico:

- ♥ 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.

Mar Muñoz Muñiz Fabian Hilario Mendoza Pedraza Adrián Vil legas Cisneros
Laura Leticia Huerta Ramos Michel Dassaejv Macías Amezcuar. (2017).
INFECCIONES GINECOLOGICAS EN VAGINA Y VULVA. En CTO
GINECOLOGIA 3ERA EDICION MEXICANA(30, 32). mexico : © CTO EDITORIAL,
S.L. 2017.