



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Cielo Brissel Fernández Colín

Dr. Gabriela Roxana Aguilar

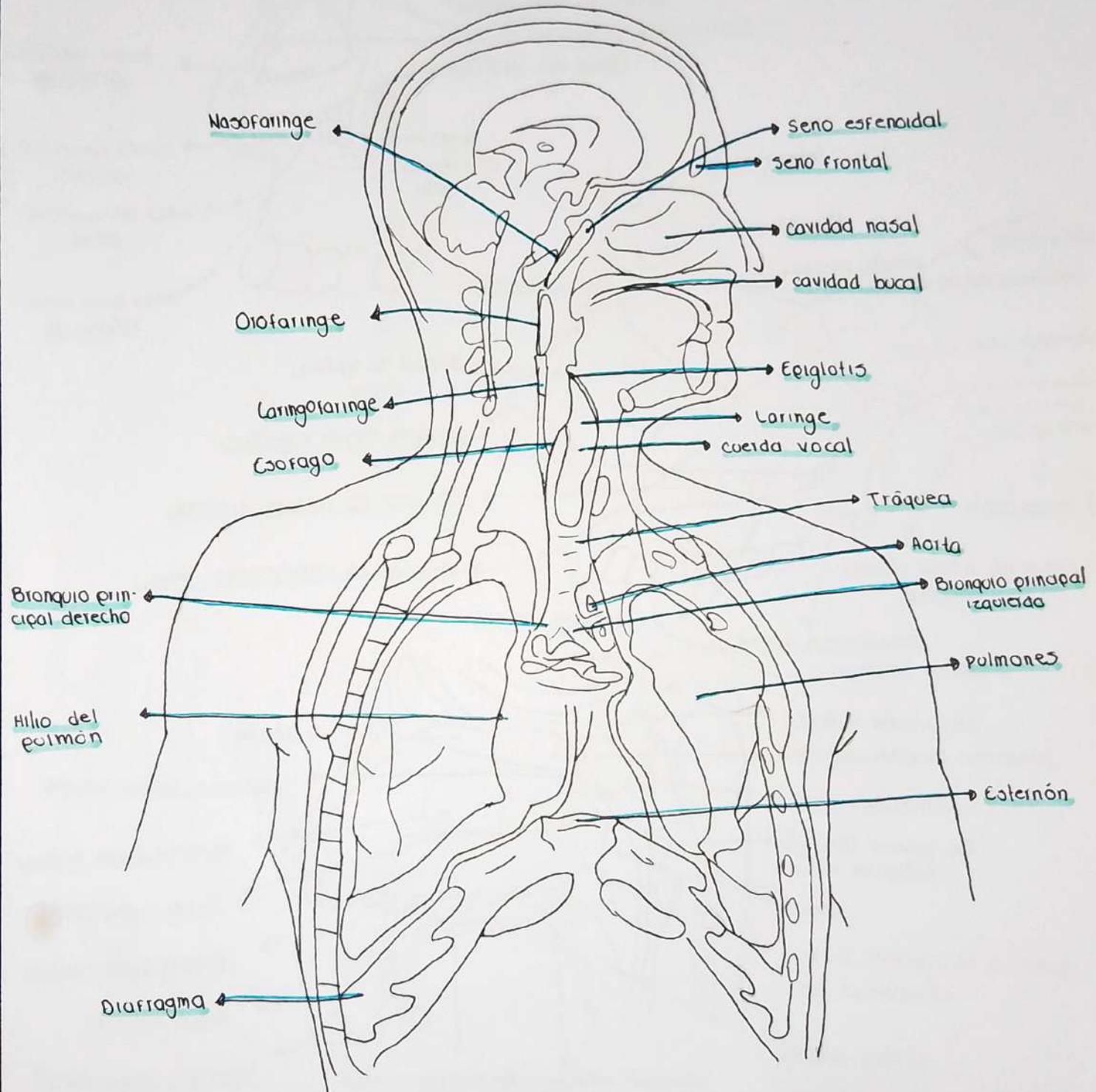
**FISIOPATOLÓGICA: RESPIRATORIA,
URINARIA, CUTÁNEA, GENITAL**

FISIOPATOLOGÍA

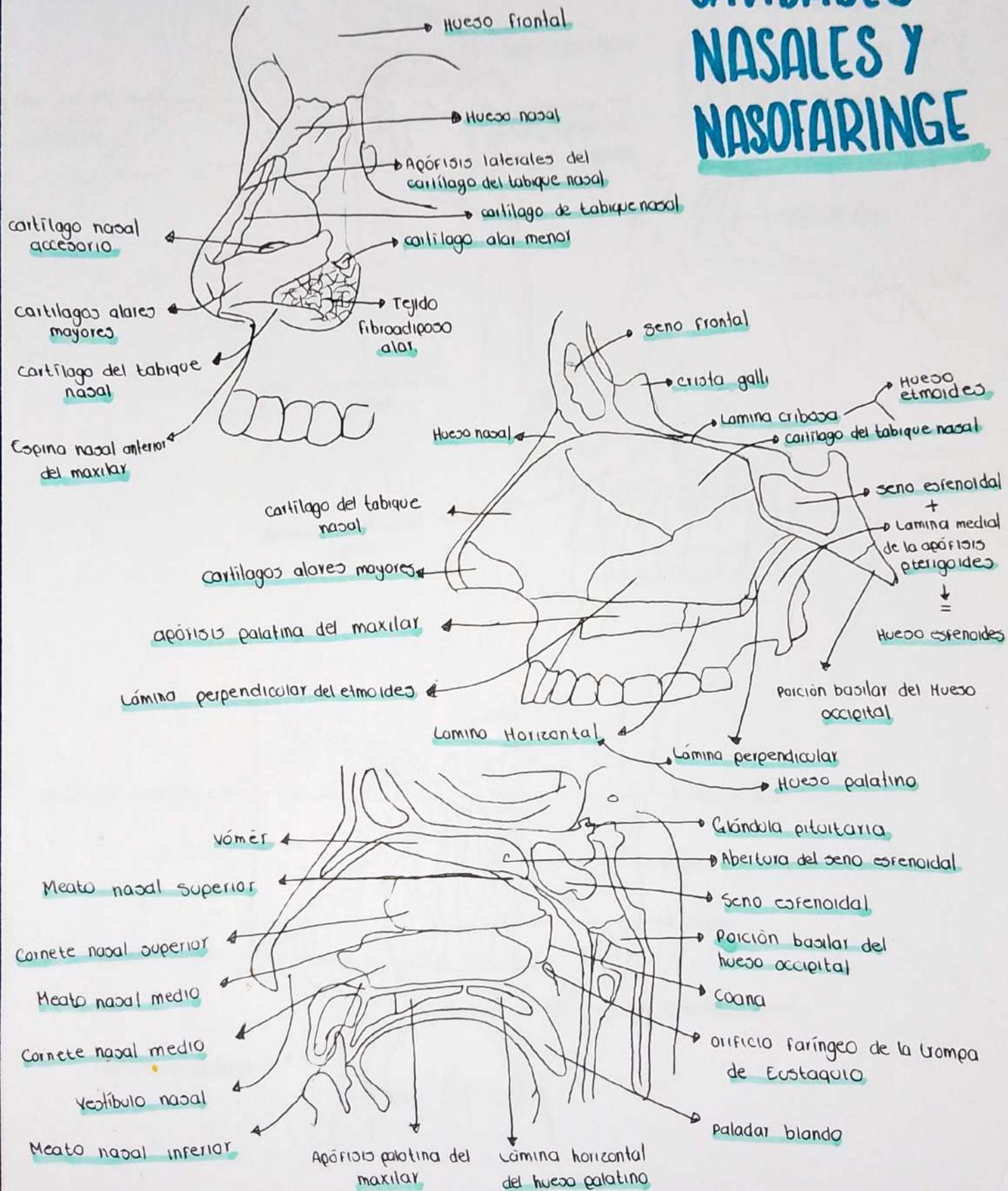
4" B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de Junio de 2024

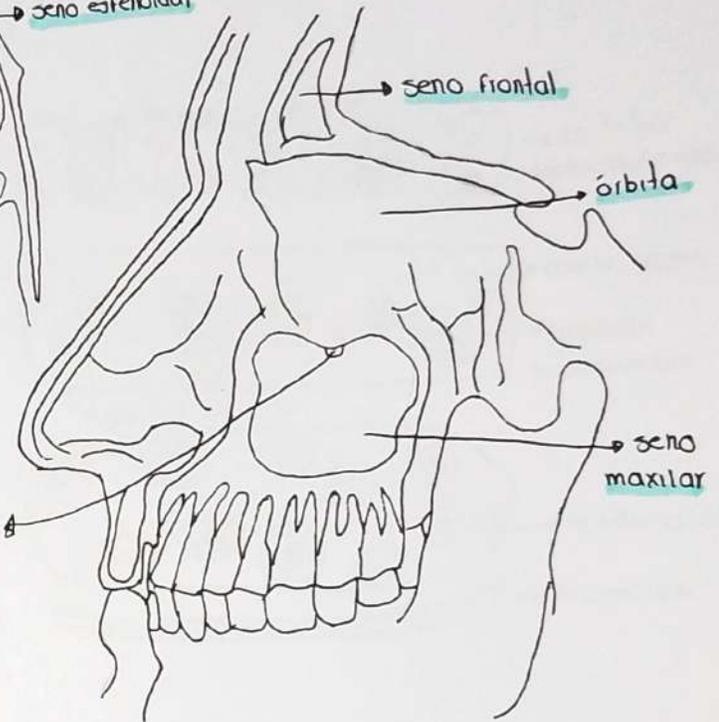
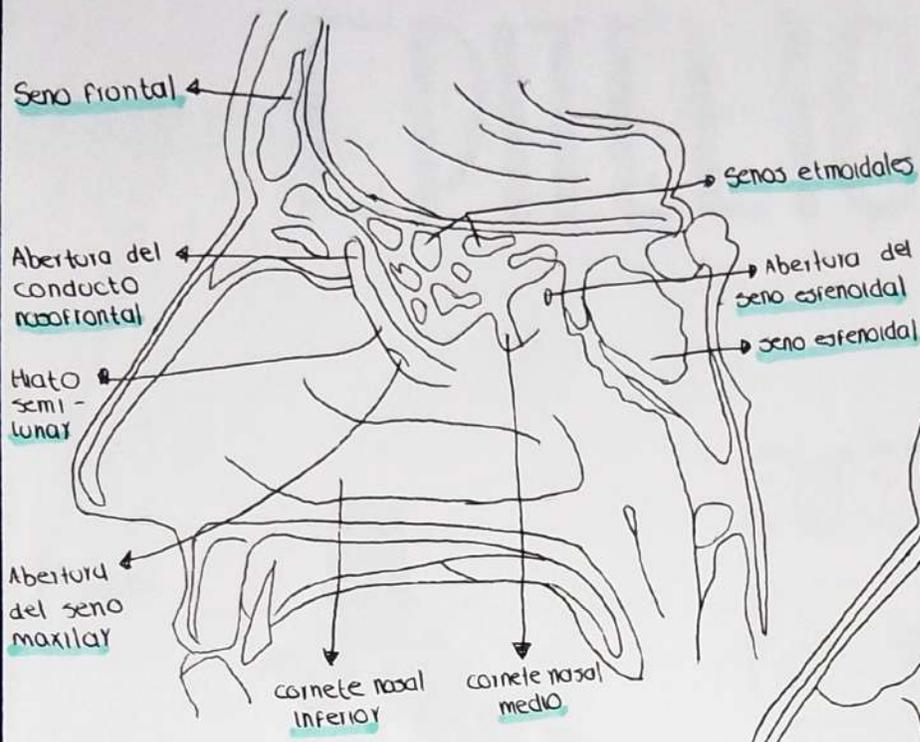
SISTEMA RESPIRATORIO



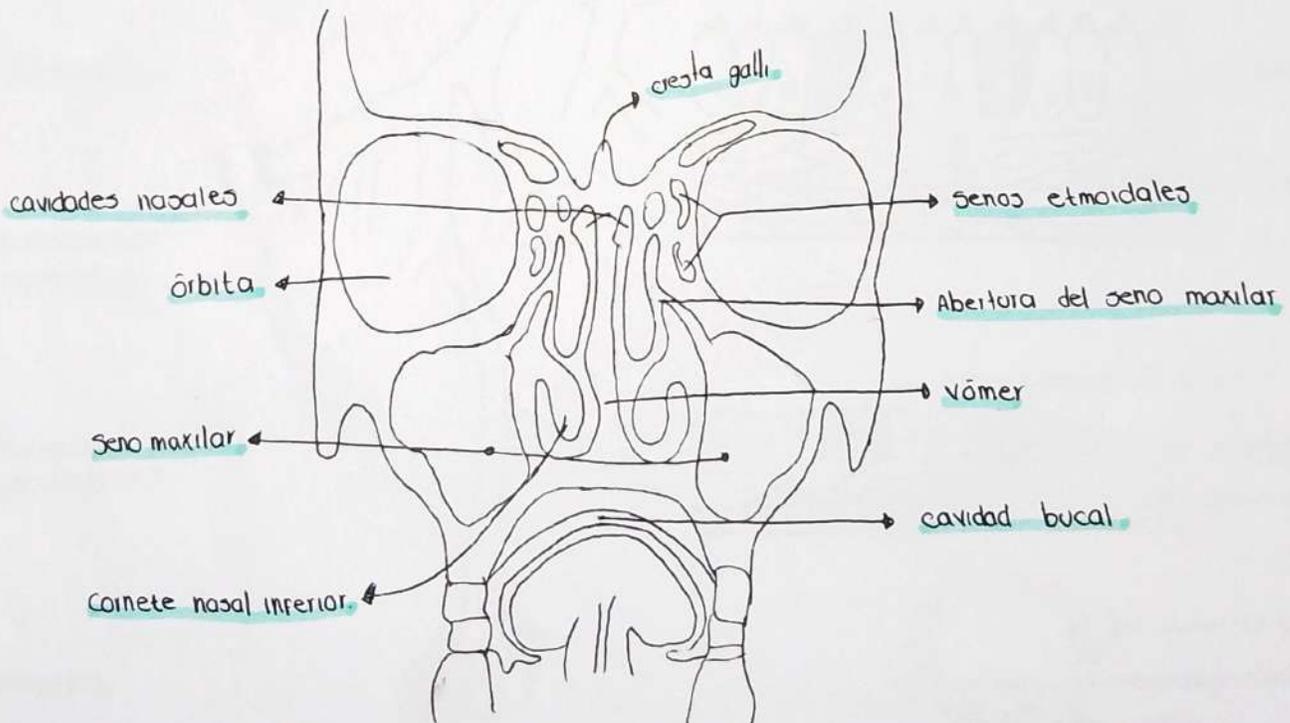
CAVIDADES NASALES Y NASOFARINGE



SENOS PARANASALES

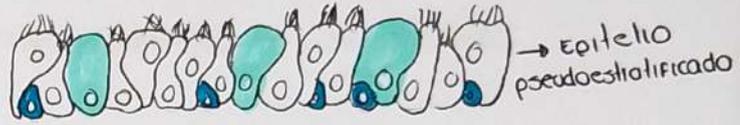
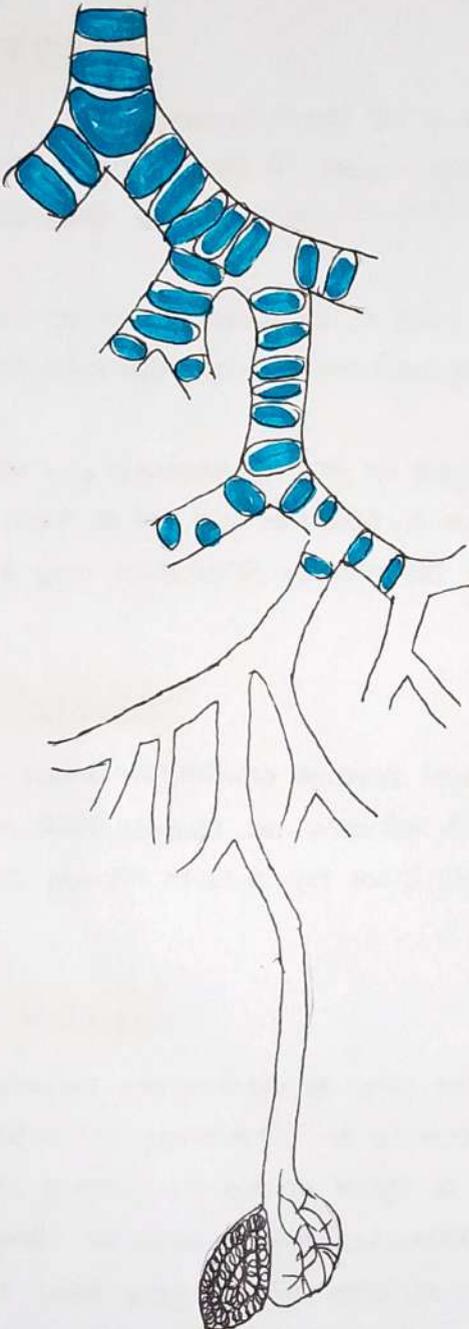


Abertura en el meato nasal medio

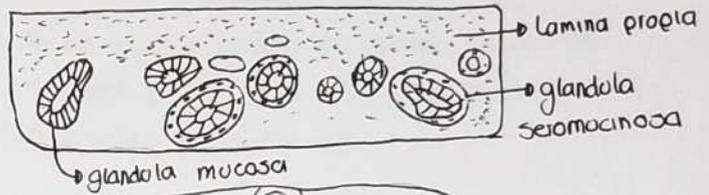


EPITELIOS

Tróquea



→ Epitelio pseudoestratificado

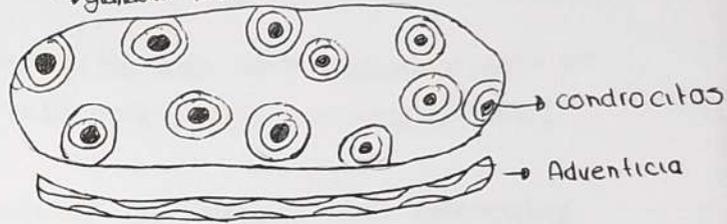


→ Lamina propia

→ glandula seromucosa

→ glandula mucosa

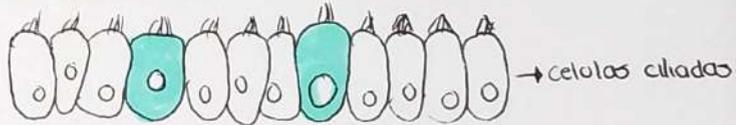
Bronquios



→ condrocitos

→ Adventicia

Bronquiolos



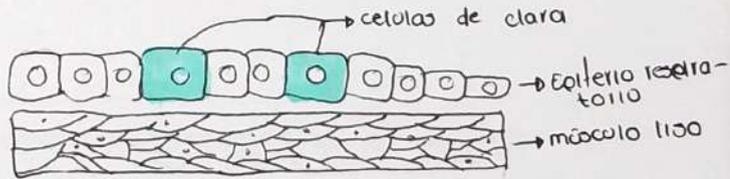
→ celulas cilhadas

Bronquiolos terminales



→ Musculo liso

Bronquiolos respiratorios

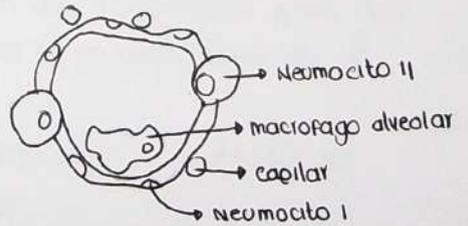


→ celulas de clara

→ Epitelio respiratorio

→ musculo liso

Alveolos



→ Neumocito II

→ macrofago alveolar

→ capilar

→ Neumocito I

Examen General de Orina



Un análisis de orina es una prueba que se le hace a la orina. Se utiliza para detectar y controlar una amplia variedad de trastornos, como infecciones de las vías urinarias, enfermedad renal y diabetes.

Un análisis de orina implica examinar el **aspecto**, la **concentración** y el **contenido**.

¿POR QUÉ SE REALIZA?

- **Evaluar la Salud general**: Puede ser parte de un examen médico de rutina, un control del embarazo o una preparación prequirúrgica. También puede utilizarse para detectar diversos trastornos, como diabetes, enfermedades renales o hepáticas.
- **Diagnosticar una enfermedad**: Se puede pedir si se tiene dolor abdominal, dolor de espalda, micción frecuente o dolorosa, sangre en la orina u otros problemas urinarios.
- **Controlar una enfermedad**: Si se ha diagnosticado una afección, como enfermedad renal o infección de las vías urinarias, el médico puede recomendar realizarlos con regularidad para controlar la enfermedad y el tratamiento.

RECOMENDACIONES

Si solo se realiza un análisis de orina, se puede beber y comer antes de la prueba. Si se realizan otras pruebas, se tiene que estar en ayunas. Muchos medicamentos y suplementos pueden afectar los resultados.

COMO SE REALIZA

Se puede recolectar una muestra de orina en casa o en el consultorio del proveedor de atención médica. Los proveedores de atención médica suelen dar recipientes para las muestras. Se puede pedir que se recoja la muestra en casa a primera hora de la mañana, cuando la orina es más concentrada.

Se puede pedir recoger la muestra de chorro medio, utilizando un método de recolección limpia. Este método implica los siguientes pasos:

- Limpiar la abertura urinaria. Las mujeres deben separar los labios vulvares y limpiarse de adelante hacia atrás. Los hombres deben limpiar la punta del pene.
- Comenzar a orinar en el inodoro
- Colocar el recipiente de recolección en el flujo de orina
- Orinar al menos 30-60 ml en el recipiente de recolección
- Terminar de orinar en el inodoro
- Entregar la muestra; si no se puede entregar la muestra en el área designada en los 60 min siguientes a la recolección, refrigerar la muestra.

Si es necesario, se puede introducir un tubo delgado y flexible en la abertura de las vías urinarias y en la vejiga para recolectar la muestra, la cual se envía a un laboratorio para ser analizado.

RESULTADOS

Examen Visual: Un técnico de laboratorio analiza el aspecto de la orina. La orina suele ser transparente. La turbidez o el olor anormal pueden indicar un problema, como una infección. La proteína en la orina puede hacerla parecer espumosa. La presencia de sangre en la orina puede hacer que se vea roja o amarronada. El color puede verse afectado por los alimentos o por medicamentos.

Prueba con Varilla indicadora: Se introduce una tira reactiva en la orina. Las tiras químicas cambian de color frente a la presencia de determinadas sustancias o cuando los valores se encuentran por encima de los niveles habituales.

- **Acidez (pH):** El nivel de pH indica la cantidad de ácido en la orina. El nivel de pH puede indicar un trastorno renal o de las vías urinarias.
- **Concentración:** Muestra el grado de concentración de las partículas en la orina. Una concentración más alta de lo normal suele ser consecuencia de no beber suficientes líquidos.
- **Proteína:** Los niveles bajos de proteína en la orina son normales, pero cantidades mayores podrían indicar un problema renal.

- **Azúcar:** La cantidad de azúcar en la orina es demasiado baja para detectarse. Si se detecta cualquier cantidad de azúcar puede ser un signo de diabetes.
- **Cetonas:** Cualquier cantidad de cetonas que se detecte en la orina puede ser un signo de diabetes.
- **Bilirrubina:** Se encuentra en la sangre y pasa al hígado, donde se elimina y se convierte en parte de la bilis. Su presencia indica enfermedad o daño hepático.
- **Indicios de una infección:** Los nitritos o la esterasa leucocitaria en la orina puede indicar una infección de las vías urinarias.
- **Sangre:** Puede ser un signo de daño renal, infección, cálculos en los riñones o en la vejiga, cáncer de riñón o vejiga o trastornos de la sangre.

Examen microscópico: En esta prueba, se observan gotas de orina concentrada (orina que se centrifugó en una máquina) con un microscopio. Si alguno de los siguientes niveles está por encima del promedio, puede que se necesiten más pruebas.

- **Globulos blancos:** pueden ser un signo de infección
- **Globulos rojos:** Pueden ser un signo de enfermedad renal, trastorno en la sangre u otra enfermedad subyacente, como cáncer de vejiga.
- **Bacterias, levaduras o parásitos:** Pueden indicar una infección
- **Cilindros:** Pueden ser el resultado de trastornos renales.
- **Cristales:** Se forman por sustancias químicas de la orina, pueden ser un signo de cálculos renales.

síndrome

NEFRÓTICO VS NEFRÍTICO

DEFINICIÓN

Conjunto de signos y síntomas generados por una glomerulopatía que se manifiesta por el aumento de permeabilidad del capilar glomerular a las proteínas

Conjunto de signos y síntomas generados por la glomerulonefritis con colapso de la luz capilar.

ETIOLOGÍA

Sx nefrótico primario

- Enfermedad de cambios mínimos (nefrosis lipóide)
- Glomerulosclerosis segmentaria focal
- Glomerulonefritis membranosa

Sx nefrótico secundario

Se debe a enfermedades sistémicas

- Diabetes mellitus
- Lupus Eritematoso sistémico
- Infecciones (VIH, VHC, Sepsis).

- Glomerulonefritis posinfecciosa
- Glomerulopatía por IgA (Sx de Berger, púrpura de Henoch-Schönlein)
- Glomerulonefritis membranoproliferativa primaria o secundaria
- Glomerulonefritis extracapilar
- Lupus Eritematoso sistémico
- Sx urémico hemolítico

CLÍNICA

- Edema generalizado frío y blando con signo de godete
- Anasarca (edema generalizado)
- Proteinuria > 3.5g/24hrs
- Hipalbuminemia < 3g/dl
- Dislipidemia
- Lipiduria
- TA baja o normal

- oliguria < 500ml/24hrs con fx renal deteriorada
- Proteinuria > 3.5g/24hrs
- Hematuria (micro o macroscópica)
- Hipertensión arterial
- Edema en miembros

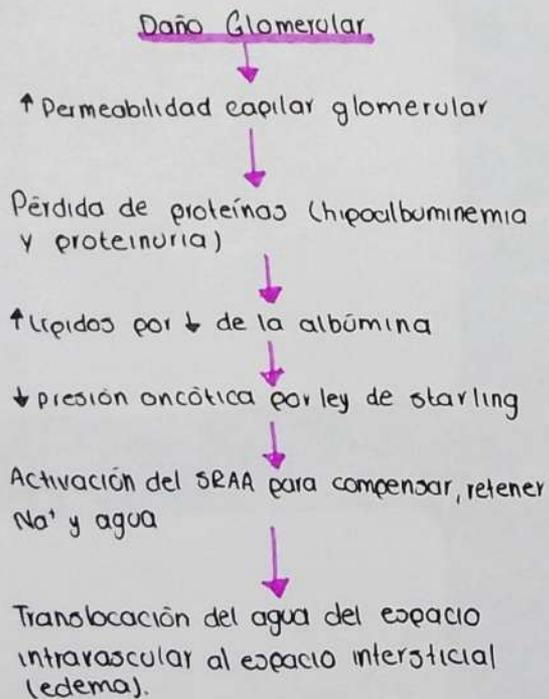
DIAGNOSTICO

- Biopsia renal
- Solo en adultos y niños >10 años
- Otros laboratorios
- anti-DNA
- Serología Viral

COMPLICACIÓN

- Infecciones bacterianas
- Insuficiencia renal aguda
- Tromboembolia

FISIOPATOLOGÍA



- Biopsia renal
- Laboratorios
- Antiestreptolisina A
- Determinación de C_3 y C_4

Las complicaciones son secundarias a la baja de TFG

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Edema agudo pulmonar
- Insuficiencia renal aguda
- Encefalopatía hipertensiva.

Mecanismos de inflamación glomerular (Inmunológicos, tóxicos e infecciosos)

↓

Formación de inmunocomplejos

↓

Activación del complemento por vía clásica

↓

Daño Glomerular

↓

Capilar glomerular colapsado

↓

Disminución de la TFG con reabsorción tubular distal de Na^+ y agua preservada

↓

↑ LEC y volumen plasmático, por lo tanto hay hipervolemia y aumento del godo cardíaco (edema e HTA)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	CANDILOMAS ACUMINADOS (VERRUGAS GENITALES)	HERPES GENITAL	MOLUSCO CONTAGIOSO	CHANCROIDE	GRANULOMA INGUINAL	LINFOGRANULOMA VENÉREO	CANDIDOSIS	TRICOMONOSIS	VAGINOSIS BACTERIANA	CLAMIDIOSIS	GONORREA	SÍFILIS	VIRUS DE ZIKA
DEFINICIÓN	También llamadas verrugas genitales, son causadas por el VPH	Es una infección por virus, que afecta a la piel y mucosas, se caracteriza por producir vesículas	Infección cutánea viral que produce protuberancias redondas, indoloras y firmes	Es una infección genital, poco frecuente en México, que se caracteriza por úlceras genitales muy dolorosas	Es una infección crónica, granulomatosa, que afecta la región anogenital y la ingle, producida por un cocobacilo gramnegativo, que por lo general se adquiere vía contacto sexual y se caracteriza por úlceras destructivas y poco dolorosas	Es una infección sistémica, de transmisión sexual	Es una infección causada por hongos, siendo la segunda causa de vulvovaginitis	Es una infección de transmisión sexual causada por un parásito protozoario, que se puede contraer a través de las relaciones sexuales vaginales sin protección con una persona que tenga la enfermedad	Es un síndrome clínico relacionado con la sustitución de la flora lactobacilar normal de la vagina por una flora anaerobia.	Es una infección bacteriana que se contagia a través del contacto sexual con una persona infectada, es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes	Es una infección que se contagia a través del contacto sexual con otra persona.	Es una infección sistémica, de evolución subaguda o crónica, que cursa con periodos asintomáticos, ocasionada por un espiroqueta	Enfermedad febril que se transmite por la picadura de mosquito
AGENTE CAUSAL	VPH	VIRUS NEURÓTRÓPICOS DEL GRUPO ALFA - VHS 1= Vinculado con el herpes labial - VHS 2= Vinculado con el herpes genital VIRUS VARICELA ZÓSTER VIRUS LINFOTRÓPICOS DEL GRUPO BETA - Citomegalovirus - Virus de Epstein-Barr - Virus del herpes humano de tipo 8	Molluscipoxvirus	Haemophilus ducreyi	Calymmatobacterium granulomatis	L1, L2 y L3 de Chlamydia trachomatis	Candida albicans, C. glabrata y C. tropicalis	Trichomona vaginalis	Gardnerella vaginalis, peptostreptococos, bacteroides, Eubacterium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum y Mobiluncus	Chlamydia trachomatis	Neisseria gonorrhoeae	Treponema pallidum	A. aegypti y A. albopictus
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS	- Edad joven < 25 años - Ser muy joven al primer coito - Tener numerosos compañeros sexuales - Cualquier tipo de penetración, vaginal o anal - Tener relaciones sexuales con el mismo sexo	- Afecta a todas las razas - Se da en ambos sexos - Se presenta a cualquier edad - Afecta al rostro y/o genitales - Número de parejas sexuales	Se transmite por fómite, autoinoculación y contacto cutáneo	- Mayor incidencia en climas cálidos - Mala higiene - Pobreza - Drogadicción - Mayor incidencia entre los 25 y 30 años de edad - Principalmente en hombres - La mujer generalmente es portadora	- Frecuente en países tropicales y subtropicales - Predomina en varones	- Predomina en hombres - Las formas crónicas y destructivas son más frecuentes en mujeres - Personas con mayor actividad sexual - Adolescentes - Adultos jóvenes - Personas de nivel socioeconómico bajo	- Antibióticoterapia - Altas concentraciones hormonales - Uso de anticonceptivos orales - Diabetes mellitus no regulada - Infección por VIH	- Múltiples parejas sexuales. - Antecedentes de ITS - Haber tenido tricomoniasis anteriormente	- Tener diferentes parejas sexuales - antecedentes de infecciones por Chlamydia - pareja sexual reciente - ectopía cervical	- Consumo de tabaco - antecedentes de infecciones por Chlamydia - pareja sexual reciente - ectopía cervical	Se da entre los 18 y 25 años de edad - Grupos de jóvenes sexualmente activos - Se da por contacto sexual	- Uso de drogas - Relaciones sexuales estando drogados - Múltiples compañeros sexuales - cambios en las conductas sexuales - edad de entre 15 y 25 años - estudiantes - personas que viajan con frecuencia	Estancia en lugares endémicos, contacto sexual con un conejete sin usar preservativo (el virus puede localizarse en el semen), transfusión de derivados de la sangre de un donante en estado de viremia.
PATOGENIA	Comienza con la inoculación en un epitelio plano estratificado, donde estimula su proliferación y produce diversas lesiones. El periodo de incubación oscila entre 3 semanas y varios meses	Estos virus se replican en la piel y las membranas mucosas en el sitio de infección, donde provocan lesiones vesiculares en la epididimo e infectan las neuronas que inervan la región	Las lesiones son cupuliformes y tienen aspecto multiporforado, puede extraerse un material gelatinoso del centro de la lesión	Aparecen pápulas únicas o múltiples que evolucionan en horas a pústulas y se ulceran, formando el chancro blando, constituido por úlceras circulares u ovaladas, poco profundas, de bordes irregulares rodeadas de un halo eritematoso, el fondo de la úlcera puede ser sucio o tener abundante tejido de granulación que sangra con facilidad	Inicio con una pápula firme o nódulo no tan firme que crece con rapidez y forma una úlcera de bordes bien definidos, lisos y elevados, su fondo tiene tejido granulomatoso, eritematoso, que sangra con facilidad. Es una úlcera poco dolorosa y en general no se acompaña de adenopatía. En la mujer se presenta sobre todo en labios mayores y menores, así como en el pubis; en el hombre en pene, perineo, pubis y región perineal, sobre todo en varones que mantienen relaciones homosexuales.	Primera etapa: ocurre entre 3 y 12 días después de la inoculación, puede iniciar como papulita, vesícula o erupción, dura poco y es asintomática. Segunda etapa: aparece después de 2 a 6 semanas de la lesión primaria, inicia con síntomas de inflamación local, aumento de volumen, fiebre y malestar general. Tercera etapa: es la fase más destructiva de la infección, ocurre por falta de tratamiento en las fases tempranas de la infección.	Requiere un entorno favorable para la proliferación del microorganismo. El aparato digestivo sirve como reservorio de este microorganismo y puede desarrollarse la enfermedad por autoinoculación	1. De forma habitual aparece una inflamación vaginal acompañada por una secreción líquida y espumosa, con frecuencia fétida, suele ser abundante, de color amarillo verdoso y está acompañada de eritema con intenso prurito, ardor y dispareunia 2. Si la inflamación es intensa, sobre el cérvix se observa un aspecto llamado colpitis macular o cervicitis "en fresa", en el que hay manchas múltiples redondeadas, rojas, irregulares, yodo-negativas, cada una de las cuales rodeadas de la confluencia de varios puntos rojos y sobresalen de la mucosa indeme pero hiperémica o sobre una mucosa diseminada de puntos rojos	Presentan secreciones vaginales demasiado abundantes, fétidas y nauseabundas (olor "a pescado"). El ardor o el prurito aparecen con frecuencia variable. El cérvix, lo mismo que la vagina y la vulva, muestran a menudo un aspecto normal y no existe un cuadro patognomónico	Infecta principalmente las mucosas revestidas de epitelio cilíndrico que entran en contacto directo con las secreciones infecciosas. Los sitios de infección más frecuentes son uretra, canal cervical, ano, faringe y conjuntivas.	El gonococo es un diplococo pléogeno (formador de pus) gramnegativo. Los humanos son los únicos hospederos naturales de N. gonorrhoeae. El microorganismo prolifera mejor en epitelios secretores de moco a la temperatura corporal normal. El portador de entrada puede ser el aparato genitourinario, los ojos, la bucofaringe, el ano y la piel. La transmisión es generalmente por coito, excepto la perinatal. Es posible la autoinoculación del microorganismo a la conjuntiva. Los neonatos nacidos de madres infectadas pueden adquirir la infección durante el paso por el canal del parto y corren el riesgo de desarrollar conjuntivitis gonorreica, con ceguera resultante si no se trata rápidamente	SIFILIS TEMPRANA - Chancro: aparece en el sitio de inoculación, por lo general en genitales, perineo o ano, en la boca. Inicia como una pápula que se erosiona con rapidez, formando una úlcera de tamaño variable, única, no dolorosa, de superficie limpia y bordes precisos, sin datos de inflamación, con base indurada. Suele acompañarse de adenomegalias, duras, no dolorosas, ni supurativas, unilaterales o bilaterales y con un ganglio satélite - Secundarismo: Llegan a afectarse piel, ganglios, anexos cutáneos y mucosas, además de observarse síntomas generales - Sifilide maculosa o roséola sifilítica. Es una de las primeras en aparecer, se trata de una erupción macular con lesiones lentículares rosadas, asintomáticas y de aparición súbita que predominan en tronco, cuello y raíz de miembros - Sifilide papulosa. Afecta palmas y plantas, en donde son firmes, induradas, de color rojo cobrizo y a menudo están rodeadas de un collar de escama fina - Sifilide papuloescrotoza. Es la manifestación más notoria, se ve sobre todo en el sitio de implantación del pelo (corona venérea), piel cabelluda, nariz y región perioral - Sifilide papuloescamosa o porriosaforma. Las pápulas están cubiertas por escama blanquecina de aspecto psoriasisiforme, pero la psoriasis no tiene pápulas y se presenta sobre todo en salientes óseas. - Sifilide papuloerosiva o condilomas planos. Se observa en sitios húmedos y calientes, como en límites de piel y mucosas de región anogenital y en pliegues. Son pápulas que se erosionan, pero como están en sitios húmedos no forman costra. Al igual que el resto de las sifilides resultan asintomáticas e infectantes SIFILIS TARDÍA BENIGNA La lesión fundamental es el nódulo que en ocasiones evoluciona a goma, se reblandece y necrosa, dando lugar a extensas áreas de destrucción tisular que no tardan a la curación espontánea SIFILIS PRENATAL Se adquiere durante la gestación, a partir del cuarto mes, ya que antes el treponema no logra atravesar la placenta, cuando hay infección de ésta lo que se producen son abortos.	La infección puede ocurrir en cualquiera de las siguientes formas: -Por la picadura de esta especie de mosquito -Por la exposición a una pareja sexual infectada, incluido el coito (bucal, vaginal o anal, o el intercambio de juguetes sexuales) sin preservativo. -Tener relaciones sexuales con una pareja que viajó o vive en una zona con presencia de virus de Zika -Puede ser transmitido por una mujer embarazada a su feto, y la infección durante la gestación puede causar ciertos defectos al nacimiento
CLÍNICA	Comienza por una elevación de pequeño tamaño, de color carne, crece con rapidez y da lugar a vegetaciones en forma de "cresta de gallo" o grandes masas en forma de "coliflor".	- Hormigueo - Prurito - Dolor en a región genital - Exantema con pequeñas pústulas y vesículas - Úlceras húmedas, dolorosas al tacto y vinculadas con la retención de orina, disuria y dispareunia - Afecciones de cuello uterino, vagina, uretra y ganglios linfáticos inguinales en mujeres - Uretritis y lesiones del pene y el escroto en hombres - Fiebre - Cefalea - Malestar general - Dolor muscular - Linfadenopatía - Ardor	-Bultos del color de la piel, redondos y con relieve -Bultos pequeños, de menos de 1/4 de pulgada (menos de 6 mm) de diámetro -Bultos con una pequeña melita o un punto en la parte superior cerca del centro -Bultos errojecidos y con picazón -Bultos en el rostro, el tronco, los brazos o las piernas de los niños -Bultos en los genitales, la parte inferior del abdomen o la parte interna de los muslos en los adultos si la infección fue de transmisión sexual	Lesiones e linfadenopatía regional	Edema, dolor y prurito COMPLICACIONES Absceso tubovagínico, fistulas, estenosis vaginal y obstrucción del orificio vaginal o anal	Síntomas gripales, dolor articular, exantema, inflamación, disuria, edema, dolor al orinar, secreciones espesas y blancas, y dispareunia genital Absceso tubovagínico, fistulas, estenosis vaginal y obstrucción del orificio vaginal o anal	Prurito vulvovaginal, irritación, eritema, inflamación, disuria, edema, dolor al orinar, secreciones espesas y blancas, y dispareunia genital	-Una cantidad abundante de una secreción vaginal delgada y, a menudo, con olor desagradable, que puede ser de color transparente, blanco, gris, amarillo o verde. -Erojecimiento, ardor y picazón en los genitales. -Dolor al orinar o al tener relaciones sexuales. -Molestia en la parte inferior del estómago.	-Flujo vaginal inusual, que puede ser fluido y de color gris claro o blanco -Fuerte olor similar al del pescado o a humedad en la vagina -Picor o irritación alrededor de la vagina -Sensación de quemazón al orinar	-Micción dolorosa. -Flujo vaginal. -Secreción proveniente del pene. -Dolor durante las relaciones sexuales en mujeres. -Sangrado vaginal entre periodos menstruales y después de las relaciones sexuales. -Dolor testicular.	Puede ser asintomática, en hombres causa: dolor uretral, secreción cremosa, amarilla y en ocasiones sanguinolenta; en mujeres: secreción infrecuente genital o urinaria, disuria, dispareunia, dolor pélvico, hemorragia vaginal, fiebre y proctitis	Sifilis primaria (primera fase): -Aproximadamente 21 días de duración -Aparición de llaga redonda, indolora y generalmente dura (chancro) en genitales, ano u otras partes -El chancro se cura en 3-10 días y puede pasar desapercibido Sifilis secundaria: -Sarpullido que no produce picor, generalmente en palmas y plantas de los pies -Lesiones blancas o grises en zonas calientes y húmedas, como labios vaginales o ano, en el lugar del chancro Sifilis latente: -A menudo sin síntomas -Si no se trata, avanza durante años hasta la tercera y última fase de la sifilis (terciaria), la sifilis terciaria puede provocar enfermedades cerebrales y cardiovasculares	Fiebre, exantema, dolor articular, conjuntivitis, dolor muscular y cefalea. Los síntomas de la infección por el virus de Zika pueden durar desde varios días hasta una semana
DIAGNOSTICO	- Inspección de las lesiones - Citología - Colposcopia e histopatología - Microscopía electrónica - Detección del DNA viral mediante la PCR - Detección del antígeno (Ag) viral	- Clínica - Citodiagnóstico de Tzanck - Biopsia - Cultivo de tejidos en medio celular Tema principal 8	Se basa en el aspecto de la lesión y la identificación al microscopio de los cuerpos intracitoplasmáticos	Es indispensable hacer diagnóstico diferencial con aquellas lesiones que producen úlceras en genitales, como sífilis, LGV, herpes simple y granuloma inguinal. Debe recolectarse secreción del bubón a fin de realizar tinción de Gram y cultivo	Se hace con la demostración del C. granulomatis en el interior de las células, llamados también cuerpos de Donovan	Examen directo del exudado de las lesiones o del pus extraído por punción del bubón	Identificación de la gemación de los filamentos de la levadura o esporas, en una preparación en fresco con hidróxido de potasio al 20%; prueba de pH; Cultivos	1. Examen en fresco, con observación microscópica de la secreción genital diluida en una gota de suero fisiológico, lo cual permite identificar los parásitos móviles. 2. Preparados de tinciones: May-GrünwaldGiemsa, acridina naranja o Papanicolaou. 3. Microscopía de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células donde se pueden observar formaciones ovoides en forma de pera, flageladas, permiten observar también el astillo y el "glo" 3. El cultivo no es necesario ya que la sensibilidad y la especificidad de los exámenes directos son suficientes	1. Olor vaginal "a pescado" de la secreción vaginal, en especial después del coito 2. Secreciones vaginales de color grisáceo y que cubren con una capa muy delgada las paredes vaginales 3. Microscopía de las secreciones vaginales que revela aumento del número de células índice y ausencia notable de leucocitos. 4. La adición de hidróxido de potasio (koh) a las secreciones vaginales (sniff-test) después un olor fétido	1. El cultivo se realiza en células de McCoy o HeLa 229 tratadas. Se realiza con muestras de endocervix y en la pareja (hombre) de uretra pero no con orina. 2. Las técnicas directas de inmunoenzimología utilizan uno o varios anticuerpos monoclonales. Su sensibilidad y especificidad son inferiores a las del cultivo y variables, según la técnica empleada. 3. La amplificación génica permite el diagnóstico de la infección con un material de muestra mínimo. Existen varias técnicas: PCR, LCR, TMA, etc. con una sensibilidad equivalente a la del cultivo muy fáciles de emplear	1. Examen microscópico del gonococo, el cual se basa en el examen directo de la secreción cervicovaginal 2. Examen bacteriológico con tinción rápida con azul de Löffler 3. Tinción de Gram en donde aparecen diplococos gramnegativos, a veces intraleucocitarios, en otros casos adheridos a la superficie celular 4. Cultivo en medio de agar chocolate o de Tellen-Martin 5. Inmunofluorescencia, que se efectúa sobre un frotis de secreción tomado del paciente o sobre un extendido de material cultivado 6. Detección mediante PCR	Microscopía de campo oscuro, pruebas serológicas, PCR, RPR, VDRL y TNA-ABS	Prueba de sangre, de orina, muestras de suero o líquido cefalorraquídeo, análisis de anticuerpos
TRATAMIENTO	Autoaplicación - podofiloxina al 5% en crema, aplicada dos veces al día por tres días, seguidos de cuere días de descanso y repetición del ciclo por cuatro ocasiones - imiquimod al 5% en crema, aplicado tres veces a la semana por 16 semanas. Procedimiento por el médico - crioterapia con nitrógeno líquido aplicar cada una o dos semanas - podofilina al 10-25% aplicado una vez a la semana y recomendar lavado de la zona de dos a cuatro horas después de la aplicación - ácido tricloroacético al 80-90% aplicado una vez a la semana - remoción quirúrgica: electrocirugía o extirpación quirúrgica.	- No existe ningún tratamiento para la erradicación del virus durante su fase latente Tx local - Aciclovir al 5% en crema, es útil sólo si se aplica desde la fase prodromica cada dos horas - Ácido acetilsalicílico - Paracetamol - Lesiones genitales: fomentos secantes fríos con agua de manzanilla, subacetato de aluminio, 2 veces al día - Gingivostomatitis: Enjuagues antisépticos; Colutorios de hidróxido de aluminio y magnesio con BENADRYL® antes de las comidas - Herpes labial: protectores solares; tratamiento profiláctico Tx sistémico - Aciclovir 200mg, vía oral, 5 veces al día - Famciclovir 250mg, vía oral, cada 8hrs - Valaciclovir 1g, vía oral, cada 12hrs por 7 - 10 días	Retirar la parte superior de la pápula con una aguja o bisturí, extraer el contenido de cada lesión y aplicar alcohol o nitrato de plata a la base. Electrodeseccación, criocirugía, ablación con láser y biopsia quirúrgica Aplicar crema de imiquimod al 1% en la lesión	ciprofloxacina 500 mg c/12 h VO u ofloxacina 400 mg c/12 h por 3 días - tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas. - En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas. - Para aquellos pacientes poco apegados al tratamiento o con baja respuesta a los antibióticos convencionales se recomienda el uso de 1 g semanal de azitromicina o 1 g de ceftriaxona diario o norfloxacina	trimetoprim con sulfametoxazol 160/800 se administra cada 12 horas por 15 días - tetraciclina 500 mg cada 6 h durante 3 semanas. - En mujeres embarazadas se utiliza eritromicina 500 mg cada 6 h por 2 semanas. - Para aquellos pacientes poco apegados al tratamiento o con baja respuesta a los antibióticos convencionales se recomienda el uso de 1 g semanal de azitromicina o 1 g de ceftriaxona diario o norfloxacina	Doxiciclina 100mg cada 12 horas por 21 días	Clotrimazol, miconazol, butoconazol, terconazol y fluconazol bucal	- metronidazol 250 mg VO 3 veces al día por 7 días - metronidazol 500 mg dos veces al día por 5 días - metronidazol 1 g VO en dos dosis por 2 días - metronidazol 2 g VO en dosis única	Metronidazol: - 500 mg VO dos veces al día durante 7 días - administración intravaginal en gel al 0.75%, un aplicador por 7 días - dosis única de 2 g por vía oral. Clindamicina: - un aplicador (5 g) intravaginal de crema al 2% a la hora de acostarse durante 7 días - cápsulas de 300 mg VO dos veces al día por 7 días - un óvulo de 100 mg por vía vaginal al acostarse durante tres días	Azitromicina 1g vía oral, dosis única	Ceftriaxona cada 8 horas	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones intramuscular, 12 millones en cada glúteo, una cada semana por 3 semanas	No tiene tratamiento, pero se puede prevenir utilizando repelentes y en el caso de la transmisión sexual se previene utilizando preservativos o con abstinencia Guardar mucho reposo, beber líquidos y tratar los síntomas con antipépticos o analgésicos
IMAGENES													

Bibliografía

Montis, I. A. (2008). Sexualidad Humana. México: Manual Moderno

Norris, T. L. (2019. 10a edición). PORTH. Fisiopatología. Barcelona (España): WOLTERS KLUWER