

ETS – EXUDADOS I

Diplomatura de Intelectología Cuarta Cohorte

EXUDADOS

▶ Uretritis

▶ Vaginitis

▶ Vaginosis
bacteriana

▶ Cervicitis

- ▶ Chlamydia trachomatis
- ▶ Neisseria gonorrhoeae
- ▶ Trichomonas vaginalis
- ▶ Ureaplasma urealyticum

- ▶ Candida albicans
- ▶ Candida sp
- ▶ Trichomonas vaginalis

▶ Complejo GAMB **

- ▶ Ch. trachomatis
- ▶ N. gonorrhoeae

URETRITIS

- La uretritis se caracteriza por la inflamación de la mucosa uretral que puede ser de etiología infecciosa o no infecciosa.
- **Se clasifican:** según su etiología en gonocócicas (UG) y no gonocócicas (UNG).
- **Etiología:**
- Más frecuentes son *N. gonorrhoeae* (UG) y *C. trachomatis* (UNG).
- Otros agentes de UNG pueden ser: *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, adenovirus y virus herpes simple.

Uretritis Gonocócica

- **Etiología:** *Neisseria gonorrhoeae* es un diplococo Gram negativo intracelular.
- Frecuente asociación con *C. Trachomatis*.
- El período de incubación es entre 2 y 5 días.
- El ser humano es su único huésped.
- Muy contagiosa (30%).
- 2/3 de los infectados no tienen síntomas, son portadores, más frecuente en mujeres.
- La incidencia es mayor en hombres, pero la prevalencia es mayor en mujeres.
- Aumenta el riesgo de transmisión del HIV.

Clínica - Hombre

- **NO COMPLICADAS**

- Uretritis: secreción purulenta, disuria y enrojecimiento del meato.
- Faringitis
- Conjuntivitis
- rectitis

- **COMPLICADAS**

- Prostatitis
- Vesiculitis
- Epididimitis
- Enf diseminadas



Clínica - Mujer

- **NO COMPLICADAS**

- Uretritis
- Cervicitis: mucopurulenta (=endocervicitis exudativa): disuria, exudado vaginal purulento, cuello uterino sangra con facilidad (pérdidas hemáticas vaginales fuera de la menstruación).
- Proctitis
- Bartolinitis
- faringitis

- **COMPLICADAS**

- Salpingitis
- Endometritis
- EPI
- Enf diseminada



EPI

- Enfermedad inflamatoria pelviana (endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico, peritonitis pelviana, otras)
- dolor abdominal bajo
- fiebre (tóxicas)
- flujo purulento
- dolor a la movilización del cérvix
- signos de reacción peritoneal

Clínica – Infección Diseminada

- PERIHEPATITIS AGUDA (Sind. de Fitz-Hugh-Curtis)
- GONORREA EN EL EMBARAZO
- INFECCIÓN GONOCÓCCICA DISEMINADA:
 - » bacteriemia
 - » artritis séptica
 - » dermatitis
 - » endocarditis bacteriana
 - » meningitis
 - » osteomielitis
 - » neumonía - SDRA

DIAGNOSTICO

Clínico: secreción purulenta, mucosa o mucopurulenta, ardor, dolor o prurito uretra

- HOMBRE

- Hisopado:(alginato- dacrón- algodón pre tratado con carbón activado) uretral, faríngeo, rectal
- Primer chorro miccional
- Hemocultivo

- MUJER

- Hisopado:(alginato- dacrón- algodón pre tratado con carbón activado) endocervical, uretral, faríngeo, rectal
- Hemocultivo

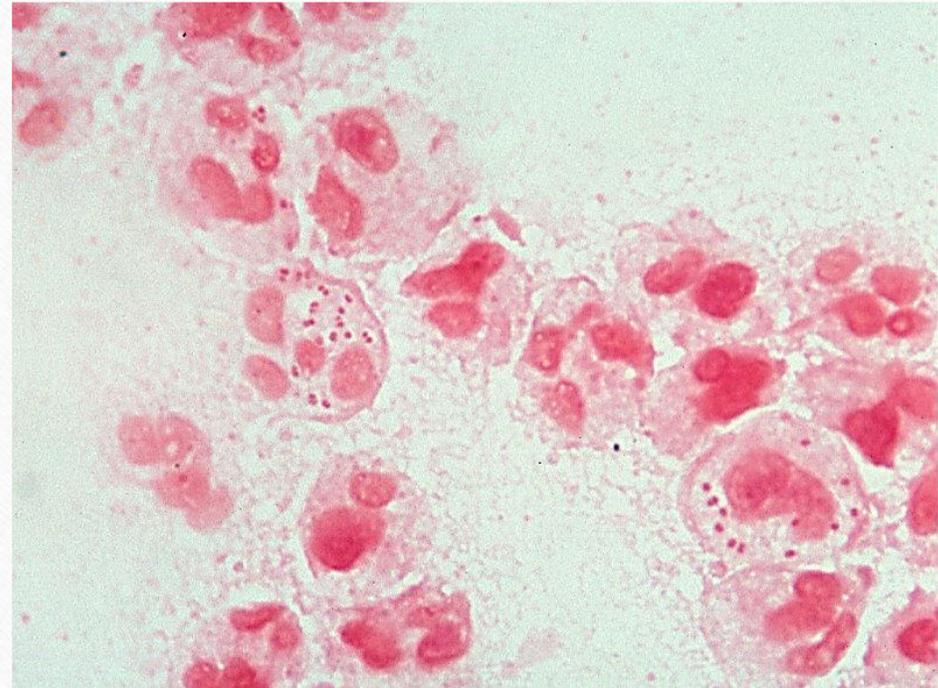
DIAGNOSTICO

Gonorrea

- Gram del exudado. Es dx encontrar diplococos G-intracelulares en los leucocitos (no es dx si son extracelulares). S 96% en varón y 50-60% en mujer.
- Cultivo de Thayer-Martin
- La prueba más segura para mujeres en el cultivo endocervical.

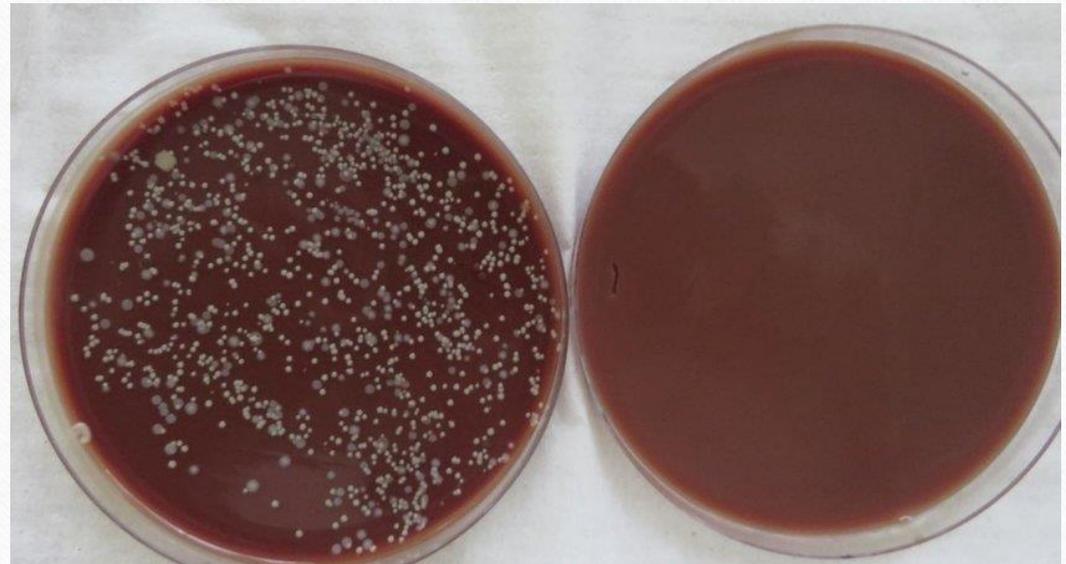
Coloración de Gram

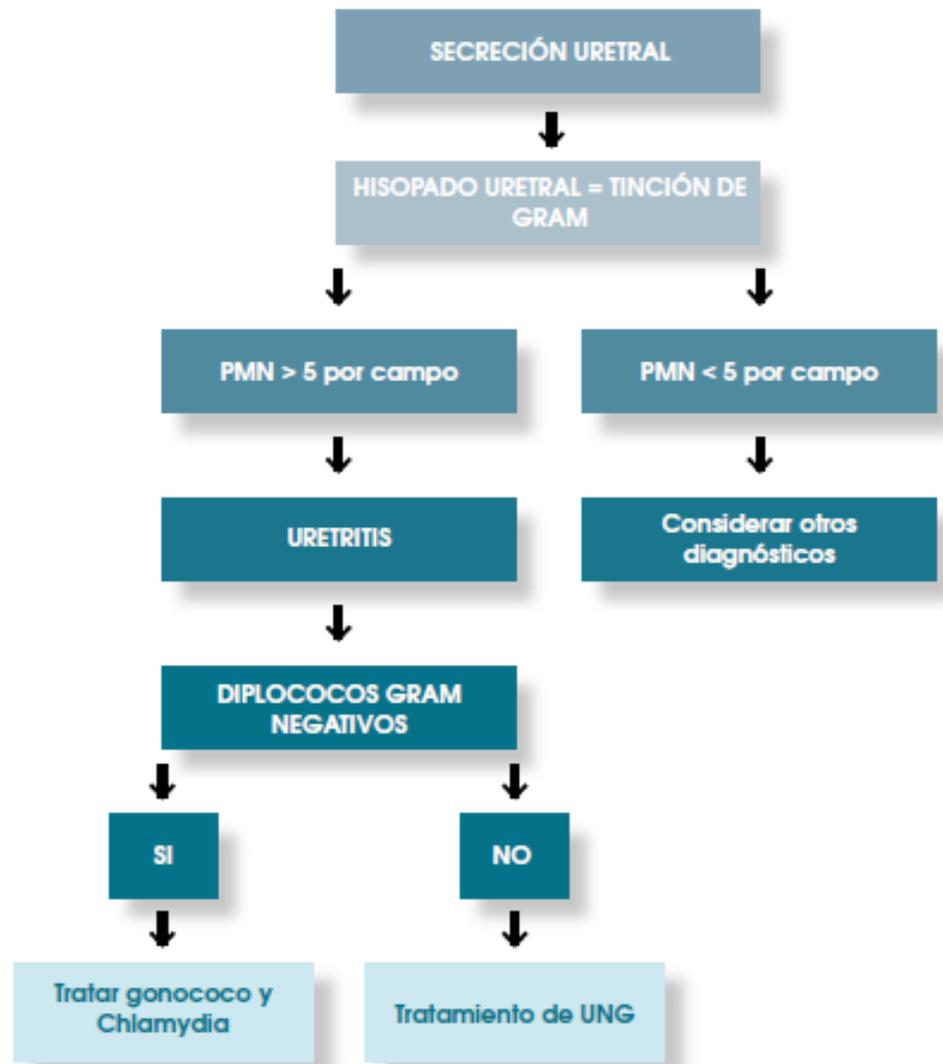
- ✓ **diplococos gram negativos** con forma arriñonada.
- ✓ aerobio o anaerobio facultativo.
- ✓ requiere medios de cultivo especiales (thayer martin).
- ✓ no hemolítico.
- ✓ oxidasa positivo.
- ✓ capsulado



CULTIVO

- Thayer Martin





Diagnostico UNG -Chlamydia trachomatis

- **amplificación de ácidos nucleicos (NAAT)** altísima especificidad y sensibilidad.
- **Inmunocromatografía:** alta especificidad - baja sensibilidad (60%)
- El **cultivo específico** es aceptable en circunstancias limitadas, tiene una sensibilidad variable (50-80%) y una alta especificidad. Se emplea con fines legales y está aprobado en todos los sitios anatómicos. No es adecuado para el tamizaje general.
- **anticuerpos monoclonales (ELISA-IFD)** no son las recomendadas debido a su baja sensibilidad (50-75%), sin embargo, se sigue utilizando debido a su costo y disponibilidad de la prueba



En 2019, debido a la Pandemia COVID19, se procesaron 368 de los 833 aislamientos de *N. gonorrhoeae* (NG) derivadas por los laboratorios de la Red de ITS. Es necesario considerar que podría haber un sesgo debido al estudio prioritario de un posible brote de NG no susceptibles a la azitromicina.

- Fuente: Programa de Vigilancia de la Sensibilidad Antimicrobiana de Gonococo (PROVSAG)-Red ITS.

ATM	% de RESISTENCIA
CRO (CEFTRIAXONA)/CFX	0
AZITROMICINA	20
CIPROFLOXACINA	86
TETRACICLINA	94
PENICILINA	100

- CLSI no desarrolló puntos de corte clínicos para **azitromicina**, se utiliza el propuesto por EUCAST ($S \leq 0,25 \mu\text{g/ml}$; $I = 0,5 \mu\text{g/ml}$; $R \geq 1 \mu\text{g/ml}$). **Azitro no podrá ser usada como monodroga para el tx de la gonorrea cuando la resistencia supere el 5%, sino en combinación con CRO**

TRATAMIENTO

Gonococcia No complicada

ELECCIÓN	ALTERNATIVO contraindicado IM	ALERGIA PENICILINA
Ceftriaxona 500 mg IM DU + Azitromicina 1 g VO DU	Cefixima 400 mg VO DU + Azitromicina 1 g VO DU	Gentamicina 240 mg IM DU + Azitromicina 2 gr VO DU

Nota: En personas con conductas de riesgo en los que no se pueda testear o descartar infección faríngea se sugiere utilizar un esquema de tratamiento con cobertura faríngea (Ceftriaxona 500 mg + azitromicina 2 g)

TRATAMIENTO

Gonococcia Complicada

- **ARTRITIS SEPTICA**

- CEFTRIAXONA 1g CADA 24 HS X 7-14 DÍAS +
AZITROMICINA 1 g VO DU
- + TOILETTE ARTICULAR

Uretritis NO Gonocócica

- **Clínica:** oligosintomática.

- **Etiología:**

 - Chlamydia trachomatis: más frecuente de las UNG (15-40%). Es un microorganismo intracelular Gram negativo. Generalmente coexiste con N. gonorrhoeae

 - Mycoplasma genitalium

 - Ureaplasma urealyticum

 - Trichomonas vaginalis

 - Herpes simple

Tratamiento		
	De elección	Alternativo
Uretritis manejo sindrómico y/o Uretritis gonocócica confirmada	Ceftriaxona 500 mg IM UD + Azitromicina 1 g VO UD	Cefixima 400 mg VO UD + Azitromicina 1 g VO UD
Uretritis no gonocócica	Doxiciclina 100 mg cada 12 hs. 7 días VO	Azitromicina 1 g VO UD ó Eritromicina 500 mg cada 6 hs. VO por 7 días Si se aísla <i>M. genitalium</i> Azitromicina 500 mg 1° día y luego 250 mg cada 24 hs. VO por 4 días ó Azitromicina 2 gr VO UD
Uretritis recurrente	<p><i>M. genitalium</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento previo con doxiciclina: Doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 7 días + Azitromicina 500 mg el 1° día, luego 250 mg cada 24 hs. VO por 4 días • Tratamiento previo con azitromicina: Moxifloxacina 400 mg/día VO (7 a 14 días) 	
Uretritis por <i>T.</i> vaginales	Metronidazol 2 g VO dosis única ó metronidazol 500 mg cada 12 Hs (7 días)	

INFECCIONES CERVICOVAGINALES

- Las infecciones cérvico-vaginales (ICV) constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica ginecológica. Presentan síntomas molestos para la mujer tales como flujo, ardor, prurito vulvar, dispareunia.

Clasificación

INFECCIONES ENDÓGENAS: se originan a partir de microorganismos (bacterias u hongos) normalmente presentes en el contenido cérvico-vaginal (CV) en estado de colonización y por lo tanto sin ningún tipo de manifestación clínica.

- Vaginosis bacteriana (VB)
- Candidiasis vulvovaginal (CVV)
- Otras: vaginitis aeróbica, vaginosis citolítica, lactobacilos

INFECCIONES EXÓGENAS: son infecciones de transmisión sexual (ITS) que pueden ocasionar los síntomas antes mencionados, pero existen muchas otras que se expresan con otros síndromes (úlceras genitales, pápulas, verrugas, bubón inguinal, etc.).

- Tricomoniasis
- Gonococia
- Clamidiasis

Complicaciones

COMPLICACIONES EN LA MUJER EMBARAZADA

- Abortos espontáneos en el 1º y 2º trimestre
- Parto pretérmino y rotura pretérmino de membranas
- Corioamnionitis
- Muerte fetal intraútero

COMPLICACIONES EN LA MUJER NO EMBARAZADA

- Esterilidad
- Embarazos ectópicos
- Dolor pelviano crónico
- Cáncer cervicouterino y otras localizaciones vinculadas al HPV
- Favorecer la adquisición del HIV
- Cirrosis
- Carcinoma hepatocelular

Diagnostico

Métodos para el diagnóstico en el lugar de atención:

- Especuloscopia: las características del flujo no siempre son típicas, pero nos ayudan a orientarnos hacia el diagnóstico en muchas pacientes.
- Determinación de pH vaginal y prueba de aminas.
- Microscopia en fresco.
- Pruebas rápidas: ya incorporadas en algunos países (tienen costos elevados y muchas veces falsos positivos).

Pruebas de Laboratorio

- **Microscopía:** Constituye una herramienta de gran valor en el diagnóstico de las infecciones del tracto genital inferior (TGI). Permite clasificar la microbiota vaginal, evaluar además la respuesta inflamatoria y diagnosticar la mayoría de las infecciones del TGI a un bajo costo.
- **Cultivos:** Se recomienda en casos de:
 - Querer investigar *N. gonorrhoeae* a nivel cervical (en mujeres de alto riesgo para ITS) o clínica de cervicitis.
 - Candidiasis recurrente: para establecer la especie involucrada y eventual antifungigrama.
 - En sospecha de vaginitis aeróbica
 - En situaciones de abuso sexual con fines legales
 - En embarazadas, especialmente para la investigación de *Streptococcus agalactiae*
 - Investigación de *M. hominis* y *U. urealyticum* (Solo en casos especiales, ej. sospecha de cervicitis, infección urinaria (IU) por microorganismos no convencionales, antecedentes de ruptura prematura de membranas (RPM) de pretérmino, etc.).Cabe aclarar que, la gran mayoría de las veces, estos microorganismos forman parte de la microbiota vaginal.

Pruebas de Laboratorio

Biología molecular:

- Permite la detección de antígenos.
- Se suele utilizar en casos de microorganismos que no desarrollan en los medios convencionales (C. Trachomatis o M. Genitalium) o para la pesquisa rápida de algunas bacterias que tienen crecimiento convencional (S. agalactiae en el embarazo).
- También se emplea para el diagnóstico virológico (HSV o HPV).
- Para infecciones vaginales no se recomiendan, debido a que no distinguen colonización de infección y por el alto costo de este método.

GRACIAS