

ETS – EXUDADOS II

Diplomatura de Intelectología Cuarta Cohorte

INFECCIONES ENDÓGENAS

Vaginosis Bacteriana

- Esta infección se considera como una disbiosis (alteración de la microbiota vaginal).
- Se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva.
- Se manifiesta principalmente por flujo vaginal anormal, pero puede asociarse a otros síntomas vulvovaginales o asintomática.
- Puede presentarse en forma esporádica, pero también en forma crónica o recurrente.
- La etiología de esta entidad es polimicrobiana, Complejo GMM, (*Gardnerella vaginalis*, *Anaerobios*, *Móviluncus* y *Mycoplasma spp.*) Sin embargo, recientemente se ha demostrado por biología molecular en mujeres con vaginosis bacteriana la presencia de otras bacterias que no desarrollan en los medios de cultivos convencionales
- El sobrecrecimiento de estas bacterias conduce a un desplazamiento de los lactobacilos y un incremento del pH vaginal.

Factores de Riesgo VB

- Mujeres en edad reproductiva (dependencia hormonal)
- Raza negra (factores genéticos)
- Tabaquismo
- Uso de dispositivo intrauterino (DIU)
- Ducha vaginal
- Cunnilingus
- Cambio de pareja sexual: posible rol en el establecimiento inicial
- Mujeres que tienen sexo con mujeres

Complicaciones VB

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- Abortos (1º y 2º trimestre)
- Partos prematuros
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Infecciones puerperales
- Infecciones postcesárea

COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS

- Asociación con EPI
- Asociación con infecciones post operatorias
- Asociación con lesiones intraepiteliales del TGI
- Facilita la transmisión del HIV

Clínica VB

Lo más frecuente, es que la paciente consulte por:

- Flujo genital con mal olor (olor a pescado).
- Prurito, disuria, eritema o ardor vulvar.
- Dispareunia, menstruaciones fétidas o mal olor postcoital.
- La proporción de mujeres con VB asintomática puede alcanzar cifras cercanas al 50%.

Diagnóstico VB

1 Criterios de Amsel (son suficientes 3 de los 4 criterios para el diagnóstico):

- Flujo homogéneo
- PH > 4.5
- Prueba de aminas positiva
- Presencia de “Clue Cells”

2 Ausencia de respuesta Inflamatoria. Si bien no es un criterio de Amsel, la VB cursa con ausencia o un número reducido de leucocitos polimorfonucleares (PMN) en el extendido vaginal (<de 10 por campo. de 400x).

3 Valor de los cultivos en el diagnóstico de VB: El cultivo vaginal tiene alta sensibilidad pero un valor predictivo positivo menor al 50%: Actualmente no es necesario incluir el cultivo para el diagnóstico de esta entidad

Tratamiento VB

| Tratamiento | Antimicrobiano | Posología | Vía | Duración |
|--------------|----------------|--------------------|-----|----------|
| Recomendado | metronidazol | 500 mg c/12 hs | VO | 7 días |
| | metronidazol | 0.75%(gel) | V | 5 días * |
| | clindamicina | 2% (crema vaginal) | V | 7 días * |
| Alternativas | clindamicina | 300 mg c/12 hs | VO | 7 días |
| | clindamicina | 100 mg (óvulos) | V | 3 días |
| | tinidazol | 2 g | VO | 3 días |
| | tinidazol | 1 g | VO | 5 días |

INFECCIONES ENDÓGENAS

Candidiasis Vulvovaginal CVV

- Es una de las infecciones vaginales más prevalentes en mujeres en edad reproductiva
- Consulta frecuente en la práctica ginecológica.
- No produce complicaciones ginecológicas u obstétricas.
- La recurrencia representa todo un desafío para el profesional actuante.

Epidemiología CVV

- *Candida albicans* es un organismo comensal dimórfico del tracto intestinal y genital.
- *Candida albicans* es la responsable del 80 al 92% de los episodios de CVV
- *Candida glabrata* de casi todo el resto.
- Con menor frecuencia aún *C. cruzei*, *C. Tropicalis* y *C. subtropicalis*.
- Debido al uso generalizado de antimicóticos de venta libre y al uso de azoles a largo plazo. Aumento de otras especies.

CVV Esporádicas

FACTORES PREDISponentES:

- Diabetes mellitus
- Uso de antibióticos de amplio espectro
- Aumento de los niveles de estrógeno (embarazo y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos)
- Inmunosupresión
- Anticonceptivos no hormonales: las esponjas vaginales, los diafragmas y los dispositivos intrauterinos se han asociado a candidiasis vulvovaginal.
- Hábitos: La infección puede estar ligada al hábito sexual (orogenital, anogenital).
- Existe evidencia débil a la asociación entre candidiasis vulvovaginal y hábitos higiénicos tales como duchas vaginales, uso de tampones o toallas higiénicas y el uso de ropa ajustada o sintética.

Clínica CVV

- Prurito vulvar, que es el síntoma dominante
- Dolor o quemazón
- Flujo vaginal: en general escasa o nula, es blanca, grumosa, adherente y con aspecto de leche cuajada o queso cottage, sin olor.
- Eritema y edema vulvar y de la mucosa vaginal
- Excoriaciones y fisuras vulvares
- Disuria
- Dispareunia
- Depresión y ansiedad en aquellas pacientes con cuadros recurrentes que alteran su calidad de vida.

Diagnóstico CVV

1) Examen microscópico en fresco o coloración de Gram: Hallazgo de blastosporos o formas germinativas de *Candida* spp. (levaduras, hifas y pseudohifas).

2) PH: Normal (4,0 – 4,5).

3) Cultivos: se recomienda en:

- Mujeres con clínica de candidiasis vulvovaginal, pH vaginal normal y sin levaduras, Clue Cells ni tricomonas visibles por microscopía. Un cultivo positivo en estos pacientes confirma el diagnóstico.

- Mujeres con síntomas persistentes o recurrentes, ya que podría tratarse de una infección por especies no albicans resistentes a los azoles.

4) PCR tienen alta sensibilidad y especificidad y ofrecen un resultado rápido, pero son costosos y no se ha probado que ofrezcan ningún beneficio sobre el cultivo.

Tratamiento CVV

Los criterios para CVV no complicada

- Episodios esporádicos poco frecuentes (≤ 3 episodios / año)
- Signos y síntomas leves a moderados
- Probable infección por *Candida albicans*
- Mujer sana y no embarazada

CVV complicadas

- Formas clínicas severas
- Infecciones por especies de *Candida* distintas de *C. albicans*, particularmente *C. glabrata*
- Embarazo, diabetes mal controlada, inmunosupresión
- CVV recurrente

Tratamiento CVV no complicada

TOPICO

Clotrimazol 1% (crema vaginal) 5 gr 1 vez por día durante 7-14 días

Clotrimazol 2% (crema vaginal) 5 gr 1 vez por día durante 3 días

Clotrimazol 500 mg (óvulo vaginal) dosis única

Clotrimazol 200 mg (óvulos vaginales) 1 vez por día durante 3 días

Miconazol 2% (crema vaginal) 5 gr 1 vez por día durante 7 días

Miconazol 200 mg (óvulos vaginales) 1 por día durante 3 días

Miconazol 1200 mg (óvulo vaginal) unidosis

Tioconazol 6.5% (ungüento) 5 gr unidosis

Butoconazol 2% (crema vaginal) 5gr unidosis

Terconazol 0.4% (crema vaginal) 5 gr 1 vez por día durante 7 días

Terconazol 0.8% (crema vaginal) 5 gr 1 vez por día durante 3 días

ORAL

Fluconazol 150 mg monodosis

Tratamiento CVV complicada

- Requiere tratamientos más prolongados.
- *C. krusei* suele ser resistente al fluconazol pero susceptible al tratamiento tópico con azoles como el clotrimazol, miconazol o terconazol.
- El tratamiento se recomienda durante 7 a 14 días.
- Puede haber respuesta también al itraconazol o ketoconazol oral, pero ya que estos agentes tienen toxicidad variable, el tratamiento tópico es considerado la primera línea.
- Se recomienda cultivo con antifungigrama en aquellas pacientes que no responden al tratamiento propuesto previamente.

Tratamiento CVV Recurrente

Régimen para *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*

ORAL

- 1) Inducción: Fluconazol 150 mg (VO) cada 72 hs por 3 dosis
- Mantenimiento: Fluconazol 150 mg (VO) semanal durante 6 meses
- 2) Inducción: Itraconazol 200 mg c/12 hs durante 3 días
- Mantenimiento: Itraconazol 100-200 mg/día durante 6 meses

• TÓPICO

- Clotrimazol 1% (crema vaginal) por 7 noches
- Clotrimazol 2% (crema vaginal) por 3 noches
- Miconazol 2% (crema vaginal) por 7 noches
- Miconazol 4% (crema vaginal) por 3 noches
- Tioconazol 6.5% (ungüento) por 1 noche
- Terconazol 0.4% (crema vaginal) por 7 noches
- Terconazol 0.8% (crema vaginal) por 3 noches
- Terconazol 80 mg (óvulos vaginales) por 3 noches
- Butoconazol 2% (crema vaginal) por 1 noche
- *Mantenimiento:*
- Miconazol 1200 mg (óvulos vaginales) semanal durante 6 meses

Tratamiento CVV Recurrente

Régimen para C. glabrata

- 1) Ácido bórico (cápsulas vaginales 600 mg) 1 x día durante 14 días
- 2) Nistatina (tabletas vaginales 100.000 unidades) 1 x día durante 14 días

Régimen para C. krusei

Cualquiera de los regímenes descritos excepto fluconazol

Régimen para especies de Cándida resistentes a azoles

- 1) Ácido bórico
- 2) Nistatina
- 3) Anfotericina B (crema vaginal/óvulos 5-10%) 1 x noche durante 14 días
- 4) Flucitosina (crema vaginal 17%) 1 x noche durante 14 días
- 5) Combinación Anfotericina B y flucitosina

INFECCIONES EXÓGENAS

Cervicitis

- Proceso caracterizado por inflamación del cuello uterino.
- Transmisión sexual.
- Alta prevalencia de infecciones asintomáticas.
- Alta prevalencia de afectación en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.
- Complicaciones obstétricas y ginecológicas.
- Dificultades diagnósticas y de control post tratamiento.
- Graves secuelas: esterilidad, embarazo ectópico, dolor pelviano crónico y artritis reactiva (Síndrome de Reiter).
- Aumento de la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos utilizados en el tratamiento.
- Pueden favorecer la adquisición y transmisión del HIV.
- Aumenta la co-infecciones con HPV.

Etiología de la Cervicitis

| CAUSAS MICROBIANAS | | CAUSAS NO MICROBIANAS | |
|--|--|----------------------------------|--|
| Patógenos productores de infecciones de transmisión sexual | Otros patógenos posiblemente implicados | Procesos inflamatorios e inmunes | Agentes químicos, hormonas |
| C. Trachomatis | Bacterias asociadas con vaginosis bacteriana | Sarcoidosis | Jabones y desodorantes vaginales |
| N. Gonorrhoeae | M.hominis | Enfermedad de Behçet | Espermicidas |
| M. Genitalium | Ureaplasma spp. | Conjuntivitis lignea | Hormonas sexuales endógenas y exógenas |
| T. Vaginalis | CMV | | |
| HSV 1 y 2 | HTLV-1 | | |
| | Streptococcus spp. | | |

CMV: citomegalovirus, **HTLV-1:** virus linfotrópico humano de células T tipo 1, **HSV1 y 2:** virus herpes simple tipo 1 y 2

Clínica Cervicitis

- Aguda o crónica.
- Frecuentemente asintomática.
- Flujo vaginal y/o hemorragia intermenstrual, relacionada con el coito (sinusorragia)
- En el examen ginecológico: exudado endocervical mucopurulento en el canal endocervical (cervicitis mucopurulenta) y/o sangrado fácil del orificio cervical externo (friabilidad).
- Pueden cursar con síntomas urinarios como disuria o polaquiuria (cistitis).
- Un sedimento urinario inflamatorio con cultivo de orina negativo, en una mujer sexualmente activa, puede deberse a una uretritis por microorganismos no convencionales.

INFECCIONES EXÓGENAS

Tricomoniasis Vaginal

- Infección de transmisión sexual (ITS) no viral más extendida en el mundo.
- No es de notificación obligatoria,
- Predomina en mujeres en edad fértil, con un pico entre los 16 y 35 años.
- El agente etiológico es el protozoo *Trichomonas vaginalis*
- Tres especies de tricomonas pueden estar presentes en el ser humano: *T. vaginalis*, *T. tenax*, parásito comensal propio de la cavidad bucal, y *T. hominis*, característica del tubo digestivo, sin ser claramente Patógena.
- Mayor prevalencia en mujeres (10 veces).
- Localización: En la mujer, en las glándulas de Bartholino y parauretrales y en sus secreciones, además de la vagina y el cérvix.
- En el hombre coloniza principalmente el surco balanoprepucial, las glándulas prepuciales, la uretra prostática y las vesículas seminales.

Tricomoniasis Vaginal

Clínica

- En la mujer: flujo abundante, espumoso, fétido y de color amarillo verdoso.
- Colposcopía, suele observarse eritema vaginal y cervical “vagina en empedrado” y “cérvix en fresa”, debido a la dilatación de los capilares y a las hemorragias puntiformes.
- La tricomoniasis está asociada a adenitis inguinal, piosalpingitis, endometritis, uretritis, vaginitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) e infertilidad tubárica.
- En embarazadas, predispone a la ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer.
- Durante el parto, las mujeres infectadas pueden transmitir el parásito verticalmente al recién nacido, produciendo una infección genitourinaria o una neumonía neonatal.
- En los hombres infectados tienen síntomas de uretritis, epididimitis o prostatitis.

Tricomoniasis Vaginal

Diagnostico

Examen microscópico directo en fresco (con solución fisiológica): orina o en muestras de exudado vaginal o uretral; debe realizarse en las primeras dos horas de obtenida la muestra. Sensibilidad es alrededor de 45–60%.

Pruebas rápidas: La prueba rápida OSOM de Trichomonas (Sekisui Diagnostics, Framingham, MA, USA), sensibilidad de 80 a 94% y una especificidad superior al 95%. Esta prueba no requiere instrumentación y proporciona un resultado dentro de los 30 minutos. Falsos positivos.

Cultivo específico: Tiene una sensibilidad de 75% a 96% y una especificidad de hasta el 100%. No está ampliamente disponible.

Detección molecular: Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAATs) ofrecen la mayor sensibilidad (88-97%) con una especificidad muy alta (98–99%) para la detección, en comparación con la microscopía y el cultivo.

Es la prueba de elección, limitaciones su alto costo.

Tricomoniasis Vaginal

Tratamiento

ESQUEMAS RECOMENDADOS

Metronidazol 500 mg VO cada 12 hs durante 5–7 días

ó

Metronidazol 2 g VO dosis única

ó

Tinidazol 2 g dosis única

- Las parejas sexuales deben someterse a una prueba de detección de ITS y ser tratadas para TV, independientemente de los resultados de sus pruebas. (AI).
- Evitar las relaciones sexuales hasta que la paciente y/o sus parejas se curen.
- El control microbiológico sólo se recomienda si el paciente persiste sintomático
- El CDC recomienda control en todas las mujeres sexualmente activas dentro de los 3 meses de realizado el tratamiento.

GRACIAS