

# 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*, *Móbiluncus* 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 (1° y 2° 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 habito 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 ( $\leq 3$  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 <b>posiblemente</b> 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