



# Síndrome de descarga vaginal / vulvovaginitis

## Etiología

Las molestias vulvovaginales constituyen la consulta sobre patología ginecológica más común en atención primaria. Se diagnostican en una cuarta parte de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico y cerca de un 20% de ellas son recurrentes. Llamamos “vulvovaginitis” a los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico.

La epidemiología y las causas de vaginitis no están bien definidas ya que, en muchos casos, son autodiagnosticadas y autotratadas. Además, con relativa frecuencia, las vaginitis no son sintomáticas o tienen más de un factor desencadenante. Más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, en los que la transmisión sexual ocupa un papel importante.

Entre las causas infecciosas destacan la vaginosis bacteriana, la vulvovaginitis por *Candida*, y las tricomoniasis, otros microorganismos son *Hérpes*, *gonococo*, *clamidias*.

Las vulvovaginitis de etiología no infecciosa suponen el 15% del total. Entre sus causas principales destacan las producidas por reacciones alérgicas o irritación química (espermicidas, ropa interior, productos de higiene íntima, etc.); traumatismos (cuerpos extraños, maniobras masturbatorias.); factores térmicos; hormonales (hipoestrogenismo y vaginitis atrófica); factores neoplásicos e iatrogenia (DIU, pesarios, productos químicos, etc.). Todo lo que produce un aumento del pH vaginal favorece la inflamación.

## Diagnóstico diferencial de descarga vaginal

Al enfrentar el panorama diagnóstico debemos diferenciar en primer lugar si el causante es una bacteria, un parásito o un hongo, utilizando las siguientes claves diagnósticas:

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de descarga vaginal

PARÁMETRO	HALLAZGOS NORMALES	CANDIDIASIS VULVOVAGINAL	VAGINOSIS BACTERIANA	TRICOMONIASIS
SÍNTOMAS	Ninguno o leve, transitorio	Prurito, dolor, dispareunia	Secreción mal olor, sin dispareunia	Secreción mal olor, ardor, hemorragia poscoital, dispareunia, disuria
EXUDADO VAGINAL	La secreción vaginal normal consiste en 1 a 4 ml de líquido (por 24 horas), que es blanco o transparente, delgado o grueso y casi inodoro.	Eritema y / o edema vulvar. La descarga puede ser blanca y gruesa y puede o no adherirse a la vagina.	Descarga fina grisácea o blanquecina que recubre la vagina	Flujo verde-amarillo delgado, eritema vulvovaginal
PH VAGINAL	4.0 a 4.5	4.0 a 4.5	> 4.5	5.0 a 6.0
PRUEBA DE AMINA	Negativo	Negativo	Positivo (en 70 a 80% de los pacientes)	A menudo positivo
EXAMEN MICROSCÓPICO	células epiteliales predominio de lactobacilos	leucocitos, células epiteliales: levaduras, seudomicelios en el 80%	células Clave, escasos PMN lactobacillus; flora mixta	PMN ++++; combinación de flora; Trichomonas móviles (presentes en aproximadamente el 60% de los pacientes)
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Leucorrea fisiológica	Contacto dermatitis vulvar irritativa o alérgica, irritación química, vulvitis focal (vulvodinia)	PH elevado en tricomoniasis, vaginitis atrófica y vaginitis inflamatoria descamativa	Vaginitis purulenta, vaginitis inflamatoria descamativa, vaginitis atrófica, líquen plano erosivo

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

## Cervicitis

La cervicitis es una inflamación del epitelio del cuello uterino, en cualquier lugar del endocérnix que se extiende hacia el exocérnix (1).

*Clínica:* Secreción, dispareunia y dolor pélvico. Al examen físico visualización de leucorrea, secreción cervical o sangrado. Sensibilidad a la movilización del cuello uterino en examen especular (lateralización dolorosa de cuello).

En el laboratorio reacción en cadena de polimerasa para Clamidia (especificidad de 85% y sensibilidad de 99%), VPP 90% y VPN 1%. (4) Prueba rápida de clamidia es útil pero tiene baja sensibilidad.

Hay que tratar ambos gérmenes:

*Gonorrea:* Ceftriaxona 500mg IM en una sola dosis, otra opción es *Cefixima* 400mg por vía oral en dosis única.

*Clamidia:* Azitromicina 2g dosis única o doxiciclina 100mg BID por 7 días.

*Hérpes Zoster tipo II* puede producir cervicitis. El cribado serológico de *Hérpes virus-2* en mujeres embarazadas asintomáticas no está indicado (13). Las mujeres que reportan síntomas deben ser evaluadas y tratadas apropiadamente (12). En ausencia de lesiones durante el tercer trimestre, los cultivos de rutina para *Hérpes virus* no están indicados en el tercer trimestre en mujeres que tienen antecedentes de *Hérpes genital* recurrente (14).

El tratamiento indicado puede ser uno de los siguientes fármacos:

- Aciclovir: 400mg por vía oral tres veces al día ó 200mg por vía oral cinco veces al día durante 7 a 10 días
- Famciclovir: 250mg por vía oral tres veces al día durante 7 a 10 días
- Valaciclovir: 1000mg por vía oral dos veces al día durante 7 a 10 días

Las indicaciones de hospitalización son:

- No respuesta al tratamiento ambulatorio luego de 72 horas.
- Incapacidad o intolerancia para el cumplimiento del tratamiento oral.
- Pacientes con signos de gravedad (Dolor, vómito, náuseas, fiebre).
- Sospecha de absceso tubárico o embarazo.

El tratamiento hospitalario indicado es:

- Clindamicina 900mg I.V. c/8 horas más Gentamicina dosis de ataque, 2mg por Kg/peso cada 8 horas y de mantenimiento 1,5mg por Kg/ peso cada 8 horas.

- Alternativa: Ampicilina Sulbactam 3 g I.V c/6 horas más Doxiciclina.

Las infecciones de transmisión sexual deben ser tratadas en conjunto con la pareja, hay que considerar los grupos vulnerables (trabajadoras sexuales) y hacer tamizaje a todas las mujeres sexualmente activas que presentan cervicitis mucopurulenta. En menores de 24 años, se puede administrar tratamiento empírico. (5) Las pacientes tratadas de Clamidia y Neisseria se encuentran en alto riesgo de reinfección y deben ser reevaluados a los 3 meses, estos gérmenes, pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), que puede llevar a un embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico. Ambas infecciones pueden facilitar la transmisión del VIH.

Los medicamentos de primera línea para la cervicitis son ceftriaxona, azitromicina y doxiciclina. GRAM no es útil, por su baja sensibilidad para detectar diplococos intracelulares) (6).

La azitromicina se recomienda en pacientes en los que puede existir incumplimiento en un régimen de varios días, el régimen de doxiciclina es menos costoso. Para personas con alergia severa a los antibióticos de primera elección, utilizar azitromicina 2g por vía oral en una sola dosis. Varios estudios realizados demuestran que varios fármacos como las fluoroquinolonas y sulfas; tienen alta resistencia bacteriana (población homosexual) (7).

Hay que considerar que las mujeres asintomáticas, que se someten a una biopsia cervical para descartar neoplasia intraepitelial cervical y tienen evidencia histológica, pero no clínicas, de cervicitis, no requieren tratamiento (8). Las mujeres cuya cervicitis persiste después del tratamiento y las medidas generales, pueden requerir derivación para terapia ablativa o excisional (9). La cervicitis crónica generalmente tiene una fuente no infecciosa (9). En mujeres con cervicitis crónica, la mucosa cervical es hiperémica y puede estar ulcerada.

## Vaginosis bacteriana

Es un desorden del ecosistema vaginal caracterizado por un cambio en la flora vaginal, desde el predominio normal de lactobacilos, hacia uno dominado por organismos productores de enzimas tipo sialidasa (3).

En vaginosis bacteriana, existe la controversia si es o no ETS, generalmente no hay que tratar a la pareja, pero para evitar la reinfección en caso de tricomonas, hay que tratar a la pareja. El 50% al 75% de las mujeres con vaginosis bacteriana son asintomáticas (2). Hay que investigar historia sexual o factores de riesgo de infección por virus de la inmunodeficiencia en casos recurrentes por su alta incidencia de tricomoniasis (10). La vaginosis severa se asocia

con mayor riesgo de Infecciones de Enfermedades de Transmisión Sexual (24). El metronidazol es el tratamiento de primera línea para la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis (11), no usar metronidazol en el primer trimestre de embarazo por riesgo teórico de teratogenicidad, los antimicóticos intravaginales y orales son igualmente eficaces para la candidiasis vaginal (11).

### **Tratamiento**

- Metronidazol 500mg BID x 7 días.
- Clindamicina 300mg oral BID x 7 días

## **Vaginitis**

Es una respuesta inflamatoria de la mucosa vaginal, ya sea por una causa infecciosa, candidiasis y tricomoniasis o no infecciosa, que puede resultar en descarga, picazón y malestar vulvovaginal(2).

La vaginitis bacteriana en mujeres embarazadas se asocia con bajo peso al nacer, parto prematuro y corioamnionitis(12).La prevalencia de *Trichomonas vaginalis* entre las adolescentes que acuden con síntomas abdominales o genitourinarios inferiores, es de aproximadamente 10%. (10), la evidencia no respalda la detección sistemática de *Trichomonas vaginalis*(13).

### **Tratamiento**

- Cándida. Fluconazol 150mg dosis única.
- Tricomoniasis. Metronidazol 2g dosis única o metronidazol 500mg BID x 7 días o Tinidazol 2g dosis única

## **Aspectos socioculturales**

Las patologías descritas previamente, suelen ser confundidas como una sola entidad nosológica, y más aún como una enfermedad de transmisión sexual. En las sociedades actuales como en las pasadas, la sexualidad está presente en todas las esferas de la vida y es uno de los ejes de la configuración de la cultura. Este fenómeno influye desde el momento del nacimiento y sigue haciéndolo por el resto de la vida, pues determina la autoidentidad de los sujetos, sus posibilidades de experiencia y su lugar en el mundo.

Para Nieto (2003), *"Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual"*(15).

Así, la sexualidad agrupa, excluye e incluye, permite o prohíbe a los sujetos su acceso al poder y al placer, debido a que se encuentra interconectada con la economía, la subsistencia, la jerarquía y

el género. En palabras de Paul Michel Foucault, filósofo, historiador, psicólogo y teórico social francés sobre las micro-estructuras del poder formadas en la sociedad, “el cuerpo, en una buena parte, está imbuido de relaciones de poder y de dominación” (16).

Por lo anterior, podemos decir que, al estar inscritos en el orden de la cultura, el cuerpo y la sexualidad son instrumentos y espacios de poder, porque están a disposición de la sociedad, desde la óptica de la sociedad occidental el sexo es algo peligroso, destructivo, pecaminoso, independientemente de que también existen barreras institucionales a la difusión de imágenes de contenido explícitamente sexual, en este contexto se comprende que en los museos no se exhiban representaciones de actos sexuales o se considere nociva la difusión de imágenes eróticas en textos escolares, aunque se trate de actos llevados a cabo en un pasado remoto.

Aunque, decir que la ideología occidental sobre la sexualidad jerarquiza las relaciones sexuales, nuestra sociedad coloca en el peldaño más alto de la sexualidad al coito entre un hombre y una mujer, dirigidos a la reproducción biológica en el marco del matrimonio, colocando un velo y obscureciendo la diversidad de las prácticas sexuales (17).

## Referencias bibliográficas

1. (CDC) CfDCaP. Sexually transmitted Diseases Surveillance. MMWR Recomm Rep. 2010; 17(1-110).
2. Sobel JD. Approach to women with symptoms of vaginitis. UpToDate. 2017 January.
3. Didier Silveira CF, Cláudio GD, Vania Lucia da Silva. Bacterial vaginosis: clinical, epidemiologic and microbiological features. HU, Juiz de Fora. 2010 Jul; 36(3 p. 223-230).
4. Stefanski P, Hafner J, Riley SL. Stefanski P, Hafner JW, Riley SL, Sunga KL, Scha Diagnostic utility of the genital Gram stain in ED patients. Am J Emerg Med 2010; 28:13-18. Am J Emerg Med. 2010 January; 1(13-8).
5. Marrazzo J, Handsfield H, Whittington W. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: Implications for management of cervicitis. obstet Gynecol. 2002 Septiembre; 100(579-584).
6. Stefanski P, Hafner J, Riley SL. Stefanski P, Hafner JW, Riley SL, Sunga KL, Scha-Diagnostic utility of the genital Gram stain in ED patients. Am J Emerg Med 2010; 28:13-18. Am J Emerg Med. 2010 January; 1(13-8).
7. Kirkcaldy RD Z, Hook EW, Holmes K. Neisseria gonorrhoeae antimicrobial resistance among men who have sex with men and men who have sex exclusively with women: the Gonococcal Isolate Surveillance Project, 2005-2010. Ann Intern Med. 2013 September; 5(158: 321-372).
8. P N. Cervicitis no gonocócica. Curr Inf Dis Rep. 2001; 3(540).
9. Mattson SK PJ, P N. Cervicitis crónica: Presentación de características y respuesta a la terapia. J Low Genic Tract dis. 2016; 20(e30).
10. Meites E, Llada E, Braxton J. Trichomonas vaginalis in Selected US Sexually Transmitted Disease Clinics: Testing, Screening, and Prevalence. US National library of Medicine. 2013 Noviembre; 40(11).
11. Timothy J B, Vani S. Vaginitis. Essencial Evidence Plus. 2017, June.
12. Syare J, Schmidt H, Hansen B. Bacterial vaginosis in a cohort of Danish pregnant woman prevalence and relationship with preterm delivery, low birthweight and perinatal infections. BJOG. 2006 December; 113(12).

13. Goyal M, Hayes K, McGowan K. Prevalence of trichomonas vaginalis infection in symptomatic adolescent females presenting to a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med*. 2011 November; 18(763-766).
14. Workowski A, Bolan A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. 2015 June; 64(1-137).
15. Nieto JA. Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad. In *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: José Nieto (Editor). Talasa Ediciones; 2003. p. 15-51.
16. Foucault M. Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber. In *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI; 1980. p. 32.
17. Rodríguez-Shadow M, López Hernández M. Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales *Contribuciones desde Coatepec*. 2009 enero-junio;(16).