

TABLA No. 2: MICROORGANISMOS "PREVALENTES" IDENTIFICADOS EN LA VAGINA Y CUELLO UTERINO DE 100 PACIENTES SIN SINTOMATOLOGIA INFECCIOSA, DISTRIBUIDOS POR EDAD, RELACIONES SEXUALES Y GESTACION.

EDAD	pH	CONTENIDO DE GLUCOGENO	MICROBIOLOGIA NATIVA
Fetal	Acido, 5.0	Abundante	Ausente
Neonatal	Acido cambia a alcalino	Escaso	Abundantes y variadas especies al inicio, se tornan escasas.
Prepuberal	7.0	Ausente	Escasos difteroides.
Reproductiva	Acido	Presente	Abundante—Variadas especies
Gestación	Acido	Presente	Moderada—Variadas especies
Post-menopáusia	Alcalino	Ausente	Escasa—Bacterias coliformes

INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

Eduardo Maradiegue Méndez

Las infecciones transmitidas sexualmente son un grupo de enfermedades cuyo contagio se realiza en el momento de las relaciones sexuales. Las describiremos según su etiología, o sea las producidas por virus, bacterias, clamidias, espiroquetas, protozoarios y hongos. Hay parasitosis que son transmitidas por el contacto corporal durante las relaciones sexuales, como la pediculosis púbica producida por el *Phthirus pubis* o la acarosis por el *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, que no serán descritas en el presente trabajo.

VIRUS

VIRUS HERPES.— El virus herpes está compuesto de un único núcleo de moléculas de ADN de filamento doble y, a diferencia de los virus ARN, no producen reacciones inmunológicas, por lo que persisten en forma latente. La recurrencia se desencadena por una serie de factores exógenos, como frío, luz solar intensa, tensión emocional, menstruación.

El virus herpes hominis tipo II es el agente del 90o/o de las infecciones virales genitales y neonatales. La mayor incidencia se presenta al final de la segunda década y en la tercera década; en las prostitu-

tas se ha encontrado una incidencia casi del 100o/o de anticuerpos específicos positivos.

La vulvovaginitis herpética tiene un período de incubación de 3 a 6 días y se presenta en la vulva, vagina y cuello uterino en forma de vesículas múltiples. Causan incapacidad temporal debido al dolor, disuria, dispareunia, además de producir leucorrea; estas vesículas se rompen, convirtiéndose en úlceras planas, de 2—5 mm., dolorosas, de base grisácea, cubiertas de fibrina, que generalmente se infectan secundariamente. En la infección primaria se presenta, además, adenopatía regional y síntomas de viremia.

La infección a virus herpético durante la gestación triplica la frecuencia de abortos, así como también aumenta la prematuridad. Pero, lo más grave es que el feto, al nacer por vía vaginal o al ocurrir ruptura prematura de membranas, presenta infección neonatal diseminada, con una mortalidad superior al 60o/o; más del 50o/o de los sobrevivientes presentan secuelas neurológicas u oculares. Por esta razón se indica que el parto en la paciente con lesión herpética en el tracto genital debe ser por cesárea; de presentarse ruptura prematura de membranas, la cesárea debe realizarse antes de las 4 horas.

El diagnóstico se realiza por tinción de Papanicolaou, observándose grandes células multinucleadas conteniendo corpúsculos intranucleares eosinófilos. Se puede cultivar el virus herpes en fibroblastos humanos. La evolución de la infección herpética no complicada dura de 1 a 3 semanas.

Como tratamiento se ha usado colorantes heterocíclicos (rojo neutro, proflavina, azul de toluidina) en pincelaciones y exponiéndolo a la luz blanca; se logra inactivación del virus herpes con una eficacia del 50 al 75o/o; aunque Raff ha expuesto en la posibilidad de producirse virus oncógenos con este tratamiento, por acción de la luz ultravioleta. Con el empleo de la vacuna BCG se ha logrado disminuir las recidivas en un 50o/o. Los antimetabolitos como la 5—yodo—desoxiuridina y el arabinósido de citosina no son eficaces tópicamente, pero sí son útiles en la infección neonatal.

CONDILOMAS ACUMINADOS: Las condilomas acuminados son producidos por virus del grupo papova. Los condilomas son pequeños crecimientos papilares carnosos que se presentan en la uretra, vulva, cervix, y región perianal; su crecimiento es estimulado por el embarazo, exudado vaginal, sudoración intensa e higiene inadecuada. Durante el embarazo aumentan notablemente de volumen y, algunas veces, obstruyen el canal del parto: en el puerperio regresan espontáneamente.

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico o por biopsia.

En el tratamiento se emplea con aplicaciones de podofilina del 10 al 21o/o en tintura de Benjui. Las verrugas resistentes se pueden tratar con resección quirúrgica o cauterización. El uso de grandes cantidades de podofilina en el embarazo está relacionado con mortalidad perinatal.

MOLUSCO CONTAGIOSO: La infección es producida por un miembro de la familia de los poxivirus, formado de ADN. Tiene un periodo de incubación entre 14 y 50 días.

Las lesiones son pápulas carnosas, como cabezas de alfiler que, en la parte central, presentan una depresión característica. Se refiere discreto prurito, especialmente con los de la región perianal. La lesión puede persistir por meses y hasta por años.

El diagnóstico se realiza por biopsia, al observar la presencia de glóbulos intracitoplasmáticos localizados en las células epidérmicas. El tratamiento se realiza con electrocauterio, nitrato de plata o podofilina.

BACTERIAS

GRANULOMA INGUINAL: El granuloma inguinal o donovanosis es producido por la *Calymmatobacterium granulomatis*, bacteria gram negativa, habitante normal del tubo digestivo. Por esto se piensa que el coito rectal representa el modo principal de transmisión de la enfermedad.

Es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, endémica en el oeste y centro de Africa y en las Antillas. Tiene un período de incubación de 8 a 12 semanas.

Las lesiones primarias aparecen en la vulva, vagina y, a veces, en el cervix, como una masa de tejido de granulación carnosa; si no son tratadas, se convierten en grandes úlceras granulomatosas.

El diagnóstico se realiza utilizando la coloración de Giemsa, al visualizar los cuerpos de Donovan, que son bacilos rojizos dentro de los macrófagos.

En el tratamiento se emplea tetraciclina a dosis de 2 grs. diarios por dos semanas, pudiendo utilizarse también gentamicina, cloranfenicol o ampicilina.

CHANCROIDE (Chancro blando): Enfermedad producida por el *Hemophilus ducrey*, pequeño bacilo gram negativo muy difícil de cultivarlo. La infección tiene un período de incubación de 1 a 5 días.

En la mujer suele ser asintomática o presentarse como una vaginitis leve; las lesiones aparecen en la vulva o en el ano como una mancha inflamatoria, que se transforma en vesícula pustulosa, luego en úlcera de superficie no indurada con bordes eritematosos de límites imprecisos; pueden desarrollarse lesiones múltiples por autoincubación; en un 50o/o de pacientes hay adenopatía inguinal.

El diagnóstico se realiza con la demostración de la bacteria en coloración de Gram. Son bacilos gram negativos cortos, dispuestos en cadenas cortas y paralelas (como en peine).

Como tratamiento se emplea sulfamídicos 4 gr. al día o tetraciclina 2 gr. al día por 10 a 14 días; las cepas resistentes pueden ser tratadas con Kanamicina.

GONORREA: Infección producida por la *Neisseria gonorrhoea*, diplococo Gram negativo que tiene un período de incubación de 1 a 30 días. Los síntomas generalmente se inician a los 3 ó 5 días del contacto sexual. El sitio principal de la infección primaria en la mujer es el cervix, manifestándose con leucorrea amarillo verdosa; algunas pacientes pueden iniciar con disuria por infección en la uretra o dolor, hipersensibilidad e hinchazón en los labios por infección unilateral de las glándulas de Skene o Bartholino. En el 10o/o, el gonococo puede invadir el endometrio, trompas y pelvis, produciendo ESP aguda que será tratada en este panel.

El diagnóstico se realiza con la tinción de Gram, visualizando los diplococos gram negativos dentro de los polimorfonucleares. Debido a la dificultad para el diagnóstico en fresco, es recomendable realizar cultivos en los medios de Thayer-Martin cuando existe la sospecha de esta infección.

La importancia de su diagnóstico es que el gonococo no tan solo produce ESP, sino que puede producir septicemia gonocócica, artritis gonocócica y conjuntivitis neonatal, esta última responsable del 12o/o de las cegueras.

El tratamiento recomendado es 4'800,000 unidades de penicilina G procaínica en dosis única; también se puede emplear espectinomocina 4 grs. en dosis única y rosoxacina 2 cápsulas (dosis única).

VAGINITIS POR CORINEBACTERIUM VAGINALES: Generalmente llamado *Hemophilus vaginalis*, es un bacilo Gram negativo pequeño, de extremidades redondeadas. Produce la mayoría de las vaginitis inespecíficas; tiene un período de incubación de 7 a 14 días.

Un 52o/o de pacientes son asintomáticas; la sintomatología referida es la leucorrea de color blanco grisáceo, de olor desagradable y, en ocasiones, prurito leve; al examen observamos la vagina inflamada y, en algunas ocasiones, hemorragias puntiformes semejantes a las producidas por la tricomoniasis.

El *corinobacterium vaginale* ha sido descrito como causante de infección puerperal y de aborto séptico.

El diagnóstico se realiza en frotis directo o con coloración de Gram, al observar cocobacilos gram negativos adheridos a la superficie celular.

El tratamiento se realiza con óvulos o cremas de sulfamídicos triples o con ampicilina 2 grs. diarios por 7 a 10 días o con cefalosporinas.

MICOPLASMOSIS: Producida por el *Mycoplasma hominis*, que es uno de los microorganismos más pequeños de vida libre. La ausencia de pared celular rígida es responsable de su pleomorfismo. Su proliferación es favorecida por pH vaginal alcalino.

Al micoplasma se le ha descrito como causante de morbilidad materna, al producir fiebre puerperal y fiebre post-aborto; y de morbimortalidad fetal al producir nacimiento de bajo peso, abortos espontáneos y abscesos subcutáneos en recién nacidos.

El diagnóstico se realiza por pruebas inmunológicas (fijación de complemento, hemoaglutinación indirecta) y por cultivos.

Todas las cepas de micoplasma son sencillas de tratar con tetraciclina a dosis de 1 a 2 gr. por 7 días, pudiéndose también emplear lincomicina.

CLAMIDIAS

LINFOGRANULOMA VENEREO: Enfermedad producida por un miembro de la familia *Chlamidiaceae* rube, especie *Miyagavanella lymphogranulomatis* Brumpt, parásito intracelular obligatorio. Tiene un período de incubación entre 1 a 12 semanas; pero, con mayor frecuencia entre 7 a 12 días.

La lesión primaria es una pápula pasajera indolora, localizada generalmente en la horquilla, vagina o cervix; esta lesión puede ulcerarse.

La curación se produce dejando una cicatriz que puede causar obstrucción en la uretra o adherencias de la vagina. Hay participación linfática inguinal cuando

la lesión primaria se presenta en el clítoris o parte externa de la vagina, pudiendo desarrollar hinchazones, duras, lobuladas (bubones) que finalmente se abren en múltiples trayectos fistulosos, con salida de material semicaseoso. Si hay participación rectal, se presenta proctitis purulenta y su curación puede originar estenosis rectal.

El diagnóstico se realiza con la prueba de fijación del complemento positiva para clamidias; o también puede usarse la prueba de Frei; las técnicas de cultivo son muy complicadas.

El tratamiento es con tetraciclina 2 g. diarios por 2 a 3 semanas, o se puede usar eritromicina o sulfisoxazole.

ESPIROQUETAS

SIFILIS: Producida por el *Treponema pallidum*, que es un microorganismo delgado, delicado, en forma de espirilo, que todavía no se ha logrado cultivar in vitro. Tiene un período de incubación entre 10 a 90 días. Son conocidas las etapas de esta enfermedad, fase primaria, fase secundaria, fase latente y sífilis tardía; en este trabajo sólo nos ocuparemos de la fase primaria.

La fase primaria se presenta generalmente a los 21 días de la relación sexual, con la aparición del clásico chancro duro, que es una pápula erosionada de bordes elevados y duros, acompañados de linfadenopatía inguinal no dolorosa.

Cuando la infección se presenta en las gestantes de más de 16 semanas puede producir aborto, óbito fetal o sífilis congénita.

El diagnóstico se realiza con la visualización del *treponema* en campo oscuro; o con pruebas serológicas que pueden ser sin *treponemas* como, la VDRL, y con *treponemas*, como la FTA—ABS.

El tratamiento para la sífilis primaria es de 2'400,000 unidades de penicilina benzatínica como dosis única. Para las pacientes alérgicas a la penicilina, se recomienda usar tetraciclina 4 g. diarios o eritromicina 3 g. diarios por 10 días.

PROTOZOARIOS

TRICOMONIASIS: Es la enfermedad más frecuente transmitida por vía sexual. Es padecida por el 13 a 23o/o de pacientes que concurren a la consulta ginecológica; es producida por la *Trichomona vaginalis* que es un protozooario móvil, tetraflagelado, con un núcleo anterior, una membrana ondulante antero lateral y un axostilo; crece en medio húmedo con pH entre 4.9 y 7.5. Tiene un período de incubación de 4 a 28 días; La sintomatología usual es leucorrea y prurito, aunque un 20o/o de pacientes refieren disuria o dispareunia. En el examen se observa la clásica leucorrea amarilla, espumosa, de mal olor y una vaginitis con hemorragia puntiforme que puede incluir la superficie del cuello. En la forma crónica hay ligera leucorrea sin prurito.

El diagnóstico se realiza con el estudio en fresco de la secreción. Se puede también diagnosticar con la tinción Papanicolau o la de Giemsa, o se puede cultivar en los medios de Trusell o Lowe. Además de la vagina se ha encontrado trichomonas en las glándulas para uretrales, uretra y endocervix.

El tratamiento de elección es con Metronidazol oral y vaginal; hay que recordar que con una serie única terapéutica se curará del 60 al 80o/o de pacientes; pero, se curará sobre el 95o/o si es tratado simultáneamente el compañero sexual.

HONGOS

CANDIDIASIS VULVO VAGINAL: Producida por la Candida albicans, que es un hongo dimórfico, ya que se presenta en forma de levadura y filamentosa. La colonización es más frecuente en pacientes: diabéticas, hipoparatiroidismo, en tratamiento con antibió-

ticos de amplio espectro, en tratamiento con anticonceptivos hormonales o con enfermedades que disminuyen las defensas del huésped. No se ha determinado el periodo de incubación.

La paciente refiere prurito vulvar, pudiendo presentar dispareunia y disuria. Al examen, la vulva suele estar eritematosa, edematosa y escoriada; el exudado vaginal es espeso, de color blanco, adherido a la mucosa vaginal.

El diagnóstico se realiza en el examen directo, al descubrir la presencia de levaduras o de pseudohifas. Se facilita su visualización si se añade hidróxido de potasio al 10o/o, o tinta china. Además, se puede diagnosticar usando la coloración de GRAM. Se cultiva la Candida albicans en medios que contengan antibióticos.

El tratamiento se realiza con óvulos de nistatina o anfotericin B o con aplicación de violeta de genciana.

BIBLIOGRAFIA

AMSTOY M.: Infección genital por herpes virus. Clin Obstet Gynecol. 18:87, 1975
 DANS P.: Infección anogenital gonocócica. Clin Obstet. Gynecol 18:101, 1975
 MONIF G.R.: Infectious diseases in Obstetrics and Gynecology. Harper and Row Publishers Inc., New York, 1974.
 REIN M. y CHAPEL T.: Tricomonirosis, candidiasis y enfermedades venéreas menores. Clin Obstet. Gynecol. 18:71, 1975.
 RUDOLPH A. y DUNCAN C.: Sífilis, diagnóstico y tratamiento. Clin Obstet. Gynecol. 18:155, 1975
 WILLOX R.: Aspectos Internacionales de las enfermedades venéreas y las treponemosis no venéreas. Clin. Obstet. Gynecol. 18:195, 1975.

SINTOMAS Y SIGNOS	No.	o/o
Fiebre	12	100
Dolor abdominal bajo	12	100
Secreción purulenta	8	66
Sangrado anormal	4	33
Náuseas y vómitos	3	25
Distensión abdominal	1	8
Dolor a la palpación	12	100
Rebote	9	75
Dolor anexial	12	100
Dolor a la movilización del cervix	9	75

TABLA No. 1 - DIAGNOSTICO CLINICO

BACTERIOLOGIA	ENDOCERVIX	LIQUIDO CUL DE SAC		TOTAL
		Culdocent	Laparosc.	
Estafilococos albus	4	1	4	9
Estafilococos aureus	--	1	1	2
Estreptococo no hemolítico	2	1	--	3
Escherichia coli	4	2	3	9
Bacteroides sp.	4	2	2	8
Bacteroides melaninogenicus	--	2	--	2

TABLA No. 2 - DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO

D I A S	— 10						
	— 9						
	— 8						
	— 7		0				
	— 6	0	00				
	— 5				0		
	— 4		00	0	0	0	0
	— 3	00000	0	00			
	— 2	00	00000	00			
	— 1	0000	0	0000	00	00	
	FIEBRE	DOLOR A LA PALPACION	SECRECION PURULENTA	SANGRADO ANORMAL	NAUSEAS VOMITOS	DISTENS ABDOMINAL	

TABLA No. 3 — EVOLUCION CLINICA

EPISODIOS	OCLUSION TUBARICA
1	12.8o/o
2	35.5o/o
3	75 o/o
WESTROM AM J. OBSTET GINECOL 121, 1975	

TABLA No. 4 — FERTILIDAD POST ESP

ANTIBIOTICOS EN GINECOLOGIA

Eduardo Gotuzo Herencia

Es indispensable insistir en la necesidad de establecer un diagnóstico adecuado de la infección bacteriana; es decir, se debe tomar las muestras para hacer coloraciones del gram y cultivos, con el objetivo de identificar el germen patógeno, antes de iniciar el tratamiento.

MICROBIOLOGIA DE LAS INFECCIONES GINECOLOGICAS:

Se puede dividir básicamente en 3 grupos:

1. Anaerobios: Representan infecciones mixtas en más del 70o/o de infecciones; se acepta, además, que del 15—40o/o pueden ser infecciones puras por anaerobios.

Los gérmenes predominantes son:

- Bacteroides fragilis.
- Peptoestreptococos
- Bacteroides melaninogenicus.

2. Enterobacterias: Los bacilos gram negativos endógenos son los agentes patógenos por excelencia y siempre están en las infecciones mixtas por anaerobios. En otras ocasiones, producen infecciones puras.

Los gérmenes más frecuentes son: Escherichia coli, Proteus mirabilis y Klebsiella-Enterobacter. Son raros los casos por Pseudomonas y por Proteus indol positivo.

3. Cocos Gram positivos: Están adquiriendo gran importancia el estreptococo beta hemolítico tipo A, especialmente en infecciones obstétricas.

Existen otros gérmenes que en otros lugares han sido señaladas como de importancia, pero que entre nosotros sólo rara vez producen infecciones y adquieren características clínicas típicas, tales como: clostridium, estafilococo dorado, neisseria gonorrea. El valor del enterococo en ginecología infecciosa está cuestionado y no parece ser un patógeno de importancia.