**Tema III: Vulvovaginitis en la infancia. Su manejo en la atención primaria. Las infecciones genitales en las diferentes etapas de la vida: prevención y conducta terapéutica: ITS**

**Objetivo:**

Brindar elementos fundamentales para identificar y prevenir las conductas sexuales de riesgo y su impacto en la salud sexual y reproductiva.

**Contenidos:**

* Vulvovaginitis en la infancia. Características de la vagina de la niña
* Condiciones que favorecen la infección de vulva y vagina.
* Causas de Vulvovaginitis en edad pediátrica.
* Manejo de la Vulvovaginitis infantil en la atención primaria.
* Las infecciones genitales en la adolescencia. Enfermedad inflamatoria pélvica.Tratamiento según estadios clínicos de la enfermedad

Secuelas: Infertilidad tubo peritoneal, Embarazo Ectópico, Dolor

 pelviano crónico. Clamidia, principal causa.

* Características de la vagina y el cérvix en la adolescencia
* Vulvovaginitis en adolescentes y en la edad mediana y la posmenopausia.
* ITS más comunes en la adolescencia y en la edad mediana. Condiciones anatómicas y fisiológicas favorables para adquirir la enfermedad. Su manejo. Identificación de los factores de riesgo
* Incidencia global del VIH/SIDA.

***Desarrollo***

Las afecciones de los genitales externos constituyen una causa frecuente de consulta ginecológica, por lo que es recomendable establecer una clasificación general de dichas afecciones y detallar las que presenten una mayor incidencia en nuestro país.

***Vulvovaginitis:***

a) Monilias.

b) Trichomonas.

c) Gardnerella.

d) Gonorrea.

e) Clamidia.

f) Otras (cuerpo extraño, hipoestronismo y banal).

* ***Las infecciones genitales en la adolescencia. Enfermedad inflamatoria pélvica. Tratamiento según estadios clínicos de la enfermedad***

***Secuelas: Infertilidad tubo peritoneal, Embarazo Ectópico, Dolor***

 ***pelviano crónico. Clamidia, principal causa.***

**VULVOVAGINITIS**

Se estudian juntas porque en general la colpitis afecta la vulva.

**MONILIASIS**

**ETIOLOGÍA**

Es producida por *Candida albicans*, pequeño hongo grampositivo que desarrolla filamentos (seudomicelios), crecen en carbohidratos y prefieren los ácidos (pH entre 5,0 a 6,5).

**FRECUENCIA**

Representa entre 20 a 25 % de las infecciones vulvovaginales. Es más frecuente en el embarazo, uso de contraceptivos orales, pacientes diabéticas, con el uso de antibiótico y en las obesas.

**CUADRO CLÍNICO**

Se manifiesta, sobre todo, con prurito vaginal y preferentemente vulvar, flujo blanco, espeso, grumoso, que tiende a formar placas ligeramente adheridas a la pared vaginal las cuales al desprenderse dejan manchas hemorrágicas múltiples, irritación local, gran enrojecimiento vulvovaginales y dispareunia (fig. 27.1 y 27.2).

**DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico positivo se hace por examen microscópico de los hongos, se prepara una extensión del exudado y se colorea con Gram. Los hongos aparecen como hebras filiformes llamadas micelios, a las cuales van unidos pequeños botones o conidios. Puede cultivarse el germen en medio de Sabouraud o de Nickerson.



Las principales formas de infección son a través de manos, toallas, coito, ropa, agua de baño y otros utensilios.

**TRATAMIENTO**

Se pueden emplear los medicamentos siguientes:

1. Nistatina: 1 tableta vaginal 2 veces/día por 10 días.

2. Nistatina en crema: 2 veces al día aplicado en la vulva.

3. Derivados del imidazol como:

a) Clotrimazol: 1 óvulo vaginal cada 12 horas de 7 a 10 días y Clotrimazol en crema 2 veces/día en la vulva.

b) Óvulos de sábila cada 12 horas por 10 días.

4. Alcalinizar el medio vaginal con bicarbonato o biborato de sodio a 2 %.

5. Tratamiento a la pareja con nistatina o clotrimazol en crema por vía tópica y local.

**TRICOMONIASIS**

**ETIOLOGÍA**

Es producida por *Trichomona vaginalis,* que es un protozoo ovoide, flagelado y móvil de 15 a 20 m de longitud y de 8 a 10 m de ancho, aunque se describen formas más pequeñas.

**CUADRO CLÍNICO**

Aparece un flujo vaginal amarillo espumoso asociado con ardor, prurito vaginal, dispareunia y a veces fetidez.

**CUADRO CLÍNICO**

Aparece un flujo vaginal amarillo espumoso asociado con ardor, prurito vaginal, dispareunia y a veces fetidez.

La vagina se encuentra enrojecida de forma difusa, con áreas de punteado petequial en vagina y cuello, que casi siempre es patognomónico (vagina fresa). El meato uretral externo está congestionado y tumefacto.

**DIAGNÓSTICO**

Se puede detectar por medio del exudado en fresco, que se realiza mezclando el material del exudado con suero fisiológico y se observa sin colorear en el microscopio en un portaobjeto previamente calentado y cubierto por un cubreobjeto. Se reconoce el parásito en movimiento.

También puede ser hallada con la colaboración de Papanicolaou para estudio citológico.

**TRATAMIENTO**

Se deben tomar las medidas siguientes:

1. Aumentar la acidez de la vagina, puede usarse vinagre diluido en partes iguales en agua o solución de vaginol.

2. Derivados del nitroimidazol: metronidazol 1 tableta de 250 mg 3 veces/día (desayuno, almuerzo y comida) durante 7 días a la pareja. Durante su uso no se debe ingerir bebidas alcohólicas ya que inactivan la acción del medicamento y pueden ocasionar trastornos neurológicos. Después de un breve descanso puede repetirse el tratamiento en casos más intensos.

3. Puede utilizarse tratamiento local con metronidazol a 500 mg, 1 tableta vaginal cada 12 horas o clotrimazol

1 óvulo vaginal cada 12 horas asociado con el tratamiento oral en casos recidivantes. También puede usarse la dosis única de 2 g oral de metronidazol o tinidazol en una toma o repartido en 2 tomas en 24 horas.

4. Proscribir las relaciones sexuales durante el tratamiento.

***GARDNERELLA VAGINALIS***

**(*HAEMOPHILUS VAGINALIS*)**

**ETIOLOGÍA**

Son bacilos o cocobacilos Gram variables, inmóviles, pleomorfos y aerobios.

Se asocian con frecuencia a otros gérmenes anaerobios y constituyen la llamada *vaginosis bacteriana.*

**CUADRO CLÍNICO**

Puede verse en forma de vaginitis asintomática o leve, o como flujo gris maloliente, homogéneo, acompañado de prurito e inflamación vaginal.

**DIAGNÓSTICO**

*Prueba de Aminas*. Olor a pescado al añadir 1 gota de KOH a una gota de la secreción.

*Examen directo*. En busca de las células guías (células vaginales con bordes oscuros).

*Cultivos en agar chocolate y otros medios*. Debe buscarse la existencia de otras ETS (Trichomonas, gonococos y clamidias).

En la actualidad se discute la trasmisión sexual y la necesidad de tratamiento a la pareja.

**TRATAMIENTO**

1. Metronidazol (250 mg): 1 tableta cada 8 horas por 7 días a la pareja o clindamicina (300 mg) oral por 7 días. También es efectivos el metronidazol

(500 mg) 1 tableta vaginal cada 12 horas por 7 días y la clindamicina en crema 2 veces al día por 7 días.

2. Acidificar el medio vaginal.

3. También puede usarse el ampicilina y las cefalosporinas.

**GONORREA**

**ETIOLOGÍA**

Es producida por *Neisseria gonorrhoeae* descubierta por *Neisser* en 1879.

Es la ETS con mayor prevalencia en el mundo.

Puede verse en niñas y ancianas, pero es más común en la edad reproductiva, en especial en las jóvenes promiscuas.

La autodepuración de la vagina protege en cierta medida de esta enfermedad, y la limita más frecuentemente a las glándulas de Bartholin, Skene y endocervicales.

**CUADRO CLÍNICO**

Puede evolucionar asintomáticamente o producir leucorrea amarillo-purulenta o amarillo-verdosa fétida, acompañada de escozor y ardor vaginal. Si se propaga a los genitales internos puede causar EIP aguda.

**DIAGNÓSTICO**

Se realiza por el cuadro clínico el antecedente de coito infectante o uno de éstos. También se emplea el exudado vaginal, endocervical, anal, uretral con coloración de Gram, donde se demuestra la presencia de diplococos arriñonados gramnegativos intracelulares en 50 % de los casos. Se utilizan cultivos en medios especiales como agar chocolate y Thayer-Martin.

La forma de trasmisión fundamental es la sexual, aunque se ha planteado contagio por fómites.

**TRATAMIENTO**

En la infección de los genitales externos o en pesquisa se usa:

1. Probenecid a 1 g, media hora antes de inyectarb2 500 000 U de penicilina rapilenta.

2. Si existe alergia puede usarse eritromicina a 500 mg cada 6 horas por 7 días o tetraciclina a 500 mg cada 6 horas por 7 días.

3. Debe tratarse a la pareja y pesquisar a los contactos para su estudio y tratamiento.

4. Algunos han utilizado cefalosporinas de tercera generación como:

a) Ceftriaxone a 125 mg i.m. en dosis única.

b) Cefotaxime a 400 mg i.m. en dosis única.

5. Se han empleado quinilonas como:

a) Cifrofloxacín a 500 mg i.m. en dosis única.

b) Norfloxacín a 400 mg i.m. en dosis única.

Tanto en el tratamiento con cefalosporinas como con quinolonas se han reportado cifras satisfactorias en los resultados.

6. Se ha sugerido usar tratamiento anticlamidias después de tratada la gonorrea.

**CLAMIDIASIS**

**ETIOLOGÍA**

Son parásitos gramnegativos intracelulares obligados. Las cepas de *Chlamydia trachomatis* (subgrupo A) son las que infectan a los seres humanos, en especial las que producen tracoma, linfogranuloma venéreo y EIP. Se asocian con frecuencia a la infección por gonococo.

**CUADRO CLÍNICO**

El 80 % de las mujeres colonizadas con clamidias son asintomáticas o tienen leucorrea escasa de corta duración o síntomas uretrales (disuria y polaquiuria).

Se asocia la cervicitis, a la endometritis posparto, a la bartolinitis y a la EIP.

**DIAGNÓSTICO**

Se realiza por inmunofluorescencia y por cultivo de tejidos.

**TRATAMIENTO**

1. Tetraciclina a 500 mg 4 veces/día por 7 días o 250 mg 4 veces/día por 14 días.

2. Doxiciclina a 100 mg 2 veces/día por 7 días.

3. Eritromicina a 500 mg 4 veces/día por 7 días.

4. Acitromicina 1 g oral en dosis única.

**OTRAS VULVOVAGINITIS**

Pueden ser producidas por cuerpos extraños en la vagina (gasas, pesarios, etc.) que producen una leucorrea fétida. Se resuelve con la extracción del cuerpo extraño y antisepsia local.

En el hipoestronismo, la falta de defensa vaginal condiciona la infección por cualquier germen específico e inespecífico.

**ÚLCERAS VULVOVAGINALES**

**SÍFILIS**

El chancro primario tiene forma de cráter con bordes definidos, fondo limpio y ausencia de dolor; es poco frecuente observarlo en la vulva, pues asienta generalmente en la vagina y cuello uterino y desaparece al cabo de varios días. Cuando se detecta, el examen en campo oscuro encuentra el *Treponema pallidum* o espiroqueta sifilítica. Más frecuente es ver las lesiones en forma de pápulas confluentes en la vulva conocidas como condiloma plano, que son manifestaciones de sífilis secundaria. En esta etapa la serología dará resultados positivos.

Como enfermedad de trasmisión sexual, la sífilis tiene tendencia actual a aumentar en frecuencia, y en su diagnóstico debe identificarse la cadena epidemiológica de contactos para ser tratada.

**TRATAMIENTO**

1. Penicilina procaínica: 1 000 000 U diaria por 10 días.

2. Penicilina benzatínica: 2 400 000 U en primero y quinto día.

3. Si hay alergia a la penicilina:

a) Eritromicina a 500 mg oral cada 6 horas por

14 días.

b) Doxiciclina a 100 mg oral 2 veces/día por 14 días.

Los contactos más recientes deben tratarse con

2 400 000 U de penicilina benzatínica, aun sin lesión primaria.

**HERPES SIMPLE**

**ETIOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO**

Es una enfermedad de trasmisión sexual producida por el virus del herpes simple tipo II. El cuadro clínico se caracteriza por la aspiración de pequeñas y múltiples vesículas en la vulva, perineo e introito vaginal, son muy dolorosas y están acompañadas de adenopatías inguinales. A veces hay fiebre, cefalea y malestar general.

Las vesículas se rompen y se convierten en una úlcera plana, dolorosa, que cicatriza en 7 a 10 días, aunque puede demorarse si hay infección bacteriana secundaria. Nuevas crisis aparecen varios meses después, lo que convierte el proceso en crónico.

**DIAGNÓSTICO**

La identificación de las lesiones descritas en vulva, vagina o cuello son suficientes. Si no se observan con claridad, un estudio citológico de las lesiones según la técnica de Papanicolaou demuestra las células gigantes multinucleadas y las inclusiones intranucleares características o una de estas dos manifestaciones.

El cultivo viral es menos asequible y los títulos de anticuerpos en sangre no son específicos para el diagnóstico de la crisis aguda de la enfermedad.

**TRATAMIENTO**

1. Mantener el área de las lesiones limpia y seca, uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos

(AINE).

2. Aciclovir (agente antiviral) oral y en crema para su uso local, constituyen las pautas terapéuticas indicadas.

3. El uso del condón para las relaciones sexuales es también una medida recomendable.

4. En las gestantes no debe permitirse el parto transpelviano durante la crisis.

**CHANCROIDE (CHANCRO BLANDO)**

**ETIOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO**

Es una ETS cuyo agente etiológico es el *Haemophilus ducreyi*. Comienza con una pequeña pápula opústula dolorosa que rápidamente se convierte en unaúlcera blanda de fondo sucio y doloroso. La adenitisinguinal es común.

**DIAGNÓSTICO**

Además del cuadro clínico descrito se puede encontrar el germen causal en exudado o raspado de la lesión con coloración de Gram.

**TRATAMIENTO**

Se puede emplear eritromicina o tetraciclina a 500 mg oral cada 6 horas durante 7 a 10 días o Ceftriaxone a 250 mg i.m. como dosis única, unido a la cura local con solución antiséptica.

**GRANULOMA INGUINAL**

**CUADRO CLÍNICO**

Es una ETS menos frecuente en nuestro medio. Aparece como pequeñas úlceras en vulva y perineo, acompañadas de aumento doloroso e inflamatorio de los ganglios inguinales, que poco después supuran.

**DIAGNÓSTICO**

El agente causal es una bacteria grampositivo, que se observa en toma directa con coloración de Gram en forma de inclusión citoplasmática, conocida como "cuerpos de Donovan" y que son patognomónicos de esta entidad.

**TRATAMIENTO**

1. Eritromicina o tetraciclina a 500 mg oral cada 6 horas por 14 días.

2. Doxiciclina a 100 mg 2 veces/día por 14 días.

**LINFOGRANULOMA VENÉREO**

**ETIOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO**

Es una ETS producida por una variedad de *Chlamydia trachomatis*. A partir de una úlcera dolorosa que desaparece rápidamente, aparecen alteraciones hipertróficas, linfedemas y fístulas en los vasos linfáticos inguinales, con retracción de la piel del área. A veces hay fiebre y malestar general.

En algunos casos puede desarrollarse un carcinoma sobre un granuloma previo.

**DIAGNÓSTICO**

El cuadro clínico descrito más el cultivo de tejidos o reacciones antigénicas (reacción del complemento para clamidias) esclarecen el diagnóstico del germen causal.

**TRATAMIENTO**

1. Doxiciclina a 250 mg oral cada 12 horas por 14 días.

2. Eritromicina o tetraciclina a 500 mg oral cada

6 horas por 14 días.

Otras úlceras que pueden aparecer en la vulva o el introito vaginal son: úlceras de Behcet, de Lipschütz o úlceras de Crhon. Sólo producen ligeras molestias locales y responden bien al tratamiento con antisépticos.

Aunque tienen poca importancia clínica deben ser diferenciadas del cáncer de vulva **DERMATOSIS**

Pueden ser producidas por agentes físicos (calor, ropas ajustadas), químicos (orina, perfumes, talcos, jabones, etc.) o parásitos (oxiuros).

El cuadro clínico típico es la vulvitis, enrojecimiento con edema y prurito local. El tratamiento se dirige a suprimir el agente causal o tratar los parásitos y, además usar sustancias refrescantes (manzanilla en fomentos), antihistamínicos orales y en algunos casos corticoide local en crema.

Otras variedades de dermatosis son:

1. *Vitíligo:* es la pérdida de pigmento cutáneo. Se asocia con el mismo cuadro en otras partes del cuerpo y es de manejo dermatológico.

2. *Intertrigo:* es un espesamiento de la piel interlabial y crural con cambio de coloración oscura. Se acompaña de prurito y es debida a la irritación crónica de la piel por diversas sustancias. El tratamiento es igual al de las causas irritativas. La nistatina o el clotrimazol en crema pueden ayudar al tratamiento.

3. *Foliculitis:* es la inflamación de los folículos pilosos o sebáceos de fácil identificación en la piel de la vulva. El tratamiento se dirige a la evacuación del folículo, cura local y ocasionalmente antibiótico sistémico..

**TUMORES BENIGNOS**

**CONDILOMAS ACUMINADOS**

**ETIOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO**

Son verrugas venéreas de causa viral producida por el papilomavirus humano (Papovirus). Se presentan en forma de coliflor, más frecuentes en la parte posterior de los labios mayores y en la horquilla perineal, así como en las paredes de la vagina y el cérvix. Cuando la lesión se infecta secundariamente se acompaña de un flujo abundante fétido, con prurito vulvar, dispareunia (en dependencia del tamaño de las coliflores) y molestias para la marcha. Su frecuencia es más marcada durante el embarazo, por lo que tiene un cierto grado de hormono dependencia.

**TRATAMIENTO**

1. Tintura de podofilino a 25 %: se aplica semanalmente en las lesiones teniendo cuidado con el tejido sano. Es citotóxico, por lo que no debe utilizarse en el primer trimestre del embarazo.

2. Ácido tricloroacético: se aplica en igual forma que el anterior.

3. Aplicación de fluoracilo tópico 3 veces/semana.

4. Pomada de interferón.

5. Criocirugía.

6. Electrofulguración cuando son pequeños.

7. Extirpación quirúrgica cuando son grandes masas.

**QUISTES DE GARTNER**

Tienen su origen en los restos de los conductos de

Wolff en la vagina, son de tamaño variable y se localizan en la pared anterolateral de la vagina, desde el cuello hasta la región de la uretra y el clítoris. Habitualmente son pequeños y múltiples, pero pueden alcanzar el tamaño de una cabeza fetal. Su contenido líquido carecede mucina (fig. 27.7).

**CUADRO CLÍNICO**

Los pequeños son asintomáticos, los grandes producen dispareunia, infertilidad o sensación de plenitud en la vagina.

Se diferencian del cistocele y uretrocele porque no se deprimen a la palpación

**TRATAMIENTO**

Si es pequeño y asintomático puede mantenerse conducta expectante. Si es grande y sintomático, o uno de éstos, se realiza tratamiento quirúrgico.

**QUISTES DE LOS TÚBULOS DE SKENE**

**(PARAURETRALES)**

Se forman cuando los poros de estas estructuras se bloquean por infección previa; son pequeñas tumefacciones ubicadas en la parte inferior de la pared anterior de la vagina. Pueden infectarse y producir un absceso periuretral.

El tratamiento es quirúrgico y escisión.

**TUMORES DE LA GLÁNDULA DE**

**BARTHOLIN. ABSCESOS Y QUISTES**

Comúnmente aparecen como una inflamación de la glándula de Bartholin, localizada en el tercio posterior de los labios mayores, muy común en la edad reproductiva, con mayor frecuencia en la izquierda, muy raramente bilateral (fig. 27.8). El proceso inflamatorio de esta glándula es recidivante, y con frecuencia da lugar a quistes de retención

**ETIOLOGÍA**

Generalmente el germen causal es el gonococo, aunque también pueden ser otros cocos, bacilos y gérmenes.

**CUADRO CLÍNICO**

En la fase aguda los principales síntomas son dolor intenso por distensión de la glándula que puede aumentar considerablemente de volumen, calor y se enrojece.

Cuando el pus se ha coleccionado es fluctuante a la palpación. Aparece dificultad a la marcha (la paciente deambula con las piernas separadas) e imposibilita el coito.

En la fase crónica la única manifestación de la enfermedad puede consistir en un abultamiento de la glándula.

**DIAGNÓSTICO**

Es eminentemente clínico. En la fase aguda se realiza por la aparición de los signos de inflamación de la glándula ante descrita, y en la crónica por la aparición del tumor o el quiste.

**TRATAMIENTO**

En la fase aguda se recomienda reposo, analgésico y aplicación de fomentos tibios y antibioticoterapia, preferiblemente penicilina o tetraciclina.

Cuando el pus ha coleccionado, se realiza incisión y drenaje de la glándula, aunque es preferible realizar marsupialización (técnica en la que se suturan las paredes del quiste a los labios de la herida, de manera que una vez abierto y vaciado el quiste, queda una bolsa semejante a los que poseen los marsupiales y deja permeable la glándula y evita la recidiva.

En la fase crónica o en la de quiste puede realizarse marsupialización o exéresis de la glándula.