

Alteraciones vulvovaginales (bartolinitis, leucorreas, traumatismos, vaginosis e infecciones de transmisión sexual)

P. Andrés Domingo. Ginecóloga. Docente de los Máster: "Autoconocimiento, Sexualidad y Relaciones Humanas" y "Educación Sexual para la Salud Comunitaria y Terapia Sexual en Terapia de Reencuentro" referente del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Centro Municipal de Salud Comunitaria del Distrito Centro de Madrid. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Fecha de recepción: 4 de febrero 2019

Fecha de publicación: 28 de febrero 2019

Adolescere 2019; VII (1): 26-38

Resumen

En este artículo se describen las alteraciones vulvares que con mayor frecuencia son motivo de consulta en las consultas de pediatría en referencia a la población adolescente y en particular a las mujeres adolescentes que prefieren acudir a su pediatra antes que a ginecología. El inicio cada vez más temprano de relaciones genitales en una población que no ha disfrutado de una educación sexual de calidad, ha incrementado la incidencia y prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs). Muchas de ellas se presentan con signos inespecíficos como leucorrea, vulvitis y prurito lo que precisa un diagnóstico clínico sindrómico para el inicio rápido de tratamiento mientras se realizan las pruebas diagnósticas definitivas, evitándose su propagación, las complicaciones y sus secuelas. La consulta pediátrica se convierte en el lugar idóneo para su prevención, pues la metodología motivacional se ha revelado como la más eficaz para lograr cambios actitudinales, ya que es ante la aparición de síntomas cuando la adolescente toma conciencia de los riesgos impensados que la falta de protección tiene sobre su salud. La herramienta fundamental para evitar su propagación es la Educación Sexual. Cuando ésta está ausente desde edades tempranas, la consulta pediátrica se convierte en el primer lugar de toma de conciencia para la adolescente. Participar en el proceso de Educación Sexual para proveer a los jóvenes de conocimientos útiles para vivir su sexualidad con goce y disfrute y sin riesgos para su salud es un objetivo que ennoblece la labor diaria de los profesionales. En este artículo se revisan las vulvovaginitis no infecciosas, las infecciosas más frecuentes no consideradas ITS y las ITS más frecuentes en la población adolescente.

Palabras clave: *Vulvovaginitis; ITSs; Prevención; Educación Sexual.*

Abstract

In this article, we describe the vulvar alterations that are more frequent in the pediatric clinic amongst the adolescent population and in particular, adolescent women who prefer consulting their pediatrician rather than to gynecology. The increasingly earlier onset of genital relationships in a population that has not received a sex education of quality, has increased the incidence and prevalence of Sexually Transmitted Infections (STIs). Many of them present with nonspecific signs such as leucorrhoea, vulvitis and pruritus, which requires a syndromic clinical diagnosis for a rapid treatment onset whilst the definitive diagnostic tests are being carried out, avoiding its spread, complications and sequelae. The pediatric consultation becomes the ideal place for its prevention, because the motivational methodology has been revealed as the most effective tool to achieve attitudinal changes, since it is with the appearance of symptoms that the adolescent becomes aware of the unthought-of risks that the lack of protection has on her health. The fundamental tool to prevent its spread is Sexual Education. When this is absent from an early age, the pediatric consultation becomes the first place of awareness for the adolescent. Participating in the process of Sexual Education to provide young people with useful knowledge to live their sexuality with joy and pleasure and without health risks is an objective that ennoble the daily work of the professionals. This article reviews the non-infectious vulvovaginitis, the most frequent infections not considered STIs and the most frequent STIs in the adolescent population.

Key words: *Vulvovaginitis, STIs, Prevention, Sexual Education.*

Traumatismos

El traumatismo vulvar presenta abundante sangrado debido al rico aporte vascular hacia el periné. Las niñas no tienen depósitos grasos en los labios mayores que protegen a la vulva contra las lesiones por lo que es más frecuente el trauma vulvar⁽¹⁾. La mayoría de las lesiones vulvares se producen como resultado de un traumatismo contundente y o penetrante. Las causas más frecuentes en la infancia y adolescencia son las producidas por caídas a horcajadas sobre sillas, bicicletas, aparatos de gimnasia. Las más severas son aquellas que conllevan fractura de pelvis por accidente de tráfico, especialmente sobre motos. Y las más graves en cuanto a que comprometen la salud bio-psico-sexual presente y futura, son en la infancia y adolescencia, los abusos y agresiones sexuales, incluidas la violación.

El abordaje del traumatismo vulvovaginal perineal requiere un exhaustivo examen de vulva, vagina (muchas veces bajo anestesia) y de región perineal con ecografía, resonancia magnética y endoscopia cuando hay sospecha de lesiones en periné y órganos pélvicos. Requiere a su vez un extenso conocimiento de la anatomía perineal para su reconstrucción incluyendo músculos, arterias y nervios que atraviesan la región.

La musculatura del suelo pélvico está formada por músculos estriados de control voluntario que sirven de soporte para los órganos pélvicos (vejiga, uréteres y uretra, útero y anejos, y parte del sistema distal digestivo).

El músculo más importante es el elevador del ano que junto al músculo coccígeo forman el diafragma pélvico, que está inervado por ramas del nervio pudendo, perineal y rectal inferior, todas ellas procedentes del plexo sacro. El plexo lumbar participa en la inervación vulvar con varias ramas que inervan monte de venus, labios mayores y cara interna de los muslos. La arteria pudenda interna es la arteria del periné y de los órganos genitales externos. De ella sale la arteria perineal que irriga los músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos y perineales transversos. Las arterias labiales posteriores completan la irrigación de los labios mayores y menores.

Los objetos romos provocan hematomas dolorosos que según su tamaño y localización pueden comprometer uretra y producir disuria y hematuria o retención urinaria. El trauma vulvar se considera una emergencia quirúrgica, sobre todo si compromete estructuras musculares y órganos pélvicos. Precisa de un manejo multidisciplinario y derivación temprana así como una rehabilitación integral neuromuscular del suelo pélvico dañado.

Diagnóstico

La exploración clínica, incluyendo vulva, vagina y estructuras adyacentes, principalmente tracto urinario. El recto se evalúa mediante tacto rectal para determinar la integridad de la mucosa y el tono del esfínter anal.

Tratamiento

- Si hay hematoma grande, 15 cm o más o crece durante la observación es necesario drenar y suturar los vasos sangrantes que en su mayoría son ramas de la arteria pudenda interna.
- Las lesiones del himen no precisan tratamiento y las lesiones vaginales a veces solo requieren taponamiento, pero si son grandes, incisivas o profundas deben ser reparadas con dos planos de sutura vigilando que no presenten retención urinaria.
- Analgesia para suprimir el dolor.
- Soluciones y lavados con antisépticos.
- Profilaxis antibiótica en caso de desgarros y suturas hemostáticas.
- Valorar profilaxis antitetánica.
- Si se trata de un traumatismo vaginal profundo es necesario evaluar desgarros vasculares que pueden producir hematomas retroperineales y precisan reposición de volemia y traslado urgente a hospital para su hemostasia.

El conocimiento de los Síndromes producidos por las diferentes ITS permite iniciar rápidamente un tratamiento médico a la espera de resultados de pruebas diagnósticas

Traumatismos sexuales

Desgarros del himen tras el primer coito, que a veces se acompaña de dolor y una pequeña hemorragia que generalmente no precisa tratamiento médico. En caso de agresión sexual las lesiones pueden ser mayores. Es preciso una exploración a fondo evaluando también todas las estructuras adyacentes. Se pueden producir desgarros en labios e introito, a veces se afecta la mucosa rectal y el esfínter anal. Será necesario suturar las arteriolas dañadas. Se hace imprescindible activar el protocolo legal para atención a víctimas de agresiones sexuales para prestar el apoyo médico y psicológico necesario, prevenir ITS y embarazos, así como recoger muestras para estudios forenses.

Bartolinitis

Las glándulas de Bartolino están situadas simétricamente en la fosa navicular a ambos lados del himen. Cada glándula desemboca en el vestíbulo vaginal mediante un conducto que mide de 2 a 4 cm. La misión de estas glándulas es producir un moco claro y transparente para lubricar el introito.

Los conductos glandulares se pueden ocluir por la producción de un moco espeso rico en proteínas dando lugar a los quistes de Bartolino, que se aprecian como tumoraciones no dolorosas situadas hacia las 5 y 7 horas a ambos lados del introito pudiendo adquirir tamaños entre 2 y 5 cm. Son indoloras, aumentan después de cada periodo de excitación genital y suelen disminuir lentamente de tamaño sin llegar a desaparecer. No requieren intervención quirúrgica⁽²⁾. También pueden inflamarse debido a infecciones. La fiebre y el dolor local e irradiado son los signos que diferencian los quistes de Bartolino de la infección o Bartolinitis.

Etiología

Los gérmenes más habituales encontrados en el exudado y cultivo son aquellos que pueden encontrarse en la piel del periné y en los márgenes del introito y vagina, tales como bacterias anaerobias *Bacteroides* y *Peptoestreptococcus* y otras bacterias aerobias como *E. Coli*, *S. Aureus*, *E fecalis* y estafilococos, *Haemophilus* y *Gardenerella*.

Siempre que aparece una Bartolinitis aunque no haya constancia de relaciones sexuales y/o agresiones sexuales previas es preciso realizar un estudio de Infecciones de Transmisión Sexual y descartar la presencia de *Chlamydia Trichomatis* y *Neisseria Gonorrhea* mediante cultivo y tomas endocervicales y vaginales. Se realizará así mismo estudio cervicovaginal para detectar el virus del Papiloma Humano.

Cuando se inflama e infecta da lugar a la Bartolinitis, que es un proceso infeccioso agudo, con tumoraciones de hasta 10 cm, enrojecidas y muy dolorosas, que o bien abren espontáneamente a través de una fístula o bien precisan tratamiento quirúrgico.

Tratamiento

Al inicio de la inflamación debe tratarse con antibióticos de amplio espectro que cubre Anaerobios y *E. Coli* como amoxicilina /clavulánico oral 500/875 mg cada 8 horas durante 7-10 días.

En caso de alergias a los betalactámicos: doxiciclina oral 100 mg cada 12 horas 7-10 días.

Si se confirma una ITS se administrará el tratamiento antibiótico adecuado. Pero cuando no se resuelve, o se inicia el tratamiento médico tardíamente se procede a su apertura para expulsión de pus dejando un drenaje que impida su cierre en falso. Se practica bajo anestesia local dejando una mecha de gasa o un catéter de caucho durante una semana hasta el drenaje completo y el inicio del cierre.

Si el proceso agudo se repite se tratará quirúrgicamente con una Marsupialización, que consiste en realizar una nueva apertura permanente para el drenaje glandular. Este proceso es más conservador y está indicado cuando la Bartolinitis es bilateral ya que la extirpación de ambas glándulas de Bartolino disminuye la lubricación vaginal. En caso de ser necesaria la extirpación de una o las dos glándulas aún quedan disponibles para la lubricación otras secreciones cervicales, vaginales y de las glándulas parauretrales que suplen en parte esta función.

No existen medidas de prevención de la Bartolinitis salvo la higiene personal y el uso de preservativos en las relaciones genitales. Ante la sospecha del inicio de una Bartolinitis el tratamiento médico precoz con antibióticos de amplio espectro como Amoxicilina/Clavulánico aumenta la eficacia de la terapia.

Siempre que aparece una Bartolinitis aunque no haya constancia de relaciones sexuales y/o agresiones sexuales previas es preciso realizar un estudio de Infecciones de Transmisión Sexual

Leucorrea

Es un flujo vulvar abundante y no sangrante que puede proceder de secreciones cervicales y/o a una excesiva descamación de la vagina.

Etiología

Por lo general se debe a una infección del aparato genital.

La leucorrea en la infancia siempre es patológica. Puede deberse a un estímulo estrogénico inadecuado para la edad, o a infección bacteriana, viral, micótica o parasitaria. Es imprescindible descartar cuerpo extraño en vagina y abusos sexuales. En la adolescencia aumenta de forma fisiológica el flujo cérvico vaginal debido a la estimulación estrogénica sobre las glándulas cervicales y la mucosa vaginal.

Es necesario hacer un **diagnóstico diferencial** entre leucorrea fisiológica y patológica. Para ello hay que valorar los caracteres de la leucorrea, la cantidad, el aspecto, el olor, la variación durante el ciclo menstrual, las circunstancias de su aparición (actividad sexual, toma de antibióticos, IVE, etc.), los signos asociados como escozor, prurito, dispareunia, dolor pélvico y en definitiva en la ausencia de gérmenes patógenos.

Además de la valoración de los signos clínicos se debe realizar frotis en fresco. Si no se observan leucocitos polimorfos nucleares, esporas, hifas o trichomonas, se trata de una leucorrea fisiológica. Si se ha realizado previamente lavado vaginal, la historia clínica lo aconseja, existen signos funcionales acompañantes o el frotis es rico en polimorfo nucleares, lo aconsejable es realizar un cultivo microbiológico para precisar el o los gérmenes responsables y adecuar el tratamiento antibiótico específico.

La leucorrea en la infancia siempre es patológica. Descartada una alteración hormonal es necesario indagar la existencia de abusos sexuales

Leucorrea fisiológica⁽³⁾

Las secreciones cervico vaginales normales son inodoras, claras, viscosas, de aspecto lechoso. Aumentan desde el periodo periovulatorio hasta la menstruación pasando de transparente (flujo cervical) a lechosa por aumento de la descamación vaginal. Tiene un pH ácido de 3,8 a 4,6 en relación con la transformación del glucógeno de las células vaginales en ácido láctico, como resultado de la presencia de bacilos de Doderlein y de estrógenos.

Diagnóstico

- Ausencia de signos de vulvitis: vulva sin edema, eritema, de aspecto y coloración normal.
- Flujo blanquecino, transparente.
- Frotis en fresco: ausencia de leucocitos polimorfonucleares, células epiteliales sin evidencia de infección y presencia de bacilos de Doderlein.

Tratamiento

La leucorrea fisiológica no precisa tratamiento.

Vulvovaginitis

La vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar, aunque no siempre se afectan simultáneamente ambas áreas⁽⁴⁾.

Etiología

Infecciosa fundamentalmente, aunque puede ser de origen irritativo o alérgico.

Clínica

Los síntomas y signos más frecuentes son: prurito, ardor, dolor, eritema, a veces edema inflamatorio de piel y mucosas y de forma constante leucorrea cuyas características, color, olor, difieren según el agente causal predominante.

Fisiopatología

Alteraciones en la microbiota vaginal. La microbiota vaginal es el conjunto de microorganismos que habitan de forma natural sin causar daño las paredes vaginales y el fluido de sus secreciones. Estos microorganismos en la edad prepuberal proceden del tracto gastrointestinal y de la piel circundante. A partir de la menarquia y debido al aumento de estrógenos el epitelio vaginal aumenta de grosor produciendo un exudado que contiene glucógeno y otros nutrientes, lo que facilita la colonización

Tema de revisión

Alteraciones vulvovaginales (bartolinitis, leucorreas, traumatismos, vaginosis e infecciones de transmisión sexual)

Ante toda vulvitis que cursa con leucorrea de sospecha infecciosa es necesario realizar pruebas serológicas para descartar cualquier ITS

bacteriana, principalmente por lactobacilos. Entre ellos son predominantes los de Doderlein, pero también se han encontrado, *Cándida Albicans*, *Gardenerella Vaginalis* y otros, que pueden convertirse en patógenos si se modifica el pH y proliferan en exceso.

Los bacilos de Doderlein, en cantidad de 10 millones por mililitro, son los responsables de la homeostasis microbiana de la vagina. Bloquean los receptores epiteliales a los que se adhieren los hongos y mantiene mediante la producción de ácido láctico el pH vaginal ácido que es el principal mecanismo de defensa para evitar la colonización de otros patógenos. Aunque la vulvovaginitis infecciosa más frecuente en la adolescencia es la vulvovaginitis candidiásica, es obligado realizar serología para detectar ITS siempre que la joven haya iniciado relaciones genitales sin protección o cuando se detecten signos clínicos en la exploración de que estas relaciones ya se han producido.

Cuerpo extraño en vagina

Los cuerpos extraños en vagina cursan siempre con vulvovaginitis aguda o crónica, y flujo fétido mal oliente. En la infancia lo más frecuente es encontrar bastoncillos de limpieza, papel higiénico, y juguetes pequeños utilizados por la niña en juegos exploratorios o masturbatorios. El hallazgo de otros cuerpos extraños obliga a descartar abusos sexuales⁽⁵⁾.

En la adolescencia lo más frecuente es encontrar tampones olvidados. La clínica que producen es siempre leucorrea de olor fétido y a veces sanguinolento por crecimiento de gérmenes anaerobios. La vagina puede estar eritematosa, inflamada o lacerada en función del tipo de cuerpo extraño y del tiempo que lleve inserto. El riesgo de sobreinfecciones aumenta con el tiempo que transcurra desde su introducción. No es infrecuente que si el tampón ha quedado olvidado transcurran una o dos menstruaciones antes de que consulte.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la extracción del cuerpo extraño mediante su visualización en vagina y lavado vaginal con suero fisiológico. Si existe sobreinfección se pautan óvulos o crema vaginal con antibióticos y si la vagina está muy lacerada se puede añadir posteriormente óvulos o crema vaginal con estrógenos.

Vulvitis irritativas por agentes físicos o químicos

Etiología

Inespecífica, por calor, obesidad, uso de ropa excesivamente ajustada, falta de higiene, alergia a medicamentos (como el uso de espermicidas, y óvulos o cremas vaginales), a jabones perfumados, compresas y alergias de contacto, como al látex de los preservativos⁽⁶⁾.

Clínica

Cursan con eritema, edema más o menos severo, prurito, dolor, lesiones de rascado y disuria.

Diagnóstico

Se realiza por exclusión tras descartar infecciones específicas e inespecíficas. La anamnesis es de gran importancia para visibilizar la causa de la irritación.

Tratamiento

Es importante la colaboración de la adolescente en orden a eliminar el contacto con los productos irritantes, lo que a veces implica cambio de hábitos. Utilizar ropa interior de algodón que disminuye las alergias de contacto. Disminuir o eliminar el uso de ropa ajustada en genitales. Eliminar lavados intravaginales y hacer lavados vulvares con productos de pH neutro y sin química asociada, como perfumes. Durante la menstruación utilizar compresas de algodón o celulosa sin otros productos añadidos.

Mientras se mantiene la inflamación y el prurito crema de hidrocortisona al 1% 3 veces al día.

Vaginosis bacteriana

Actualmente se la considera una variante de la microbiota vaginal, no necesariamente una infección de transmisión sexual, aunque aumenta la frecuencia a medida que aumentan las parejas sexuales y es prácticamente inexistente en mujeres que nunca han tenido actividad genital. Se conoce que se transmite también de vagina a vagina⁽⁷⁾.

No todas las vulvitis infecciosas hacen referencia a Infecciones de Transmisión Sexual, las más frecuentes, vulvitis candidiásica y vaginosis bacteriana, aunque aumentan su frecuencia tras el inicio de relaciones genitales

Etiología

Es un síndrome polimicrobiano producto del descenso de la concentración de lactobacilos lo que genera el incremento de bacterias patógenas, principalmente anaerobias Gram negativo. Un microambiente con aumento de pH vaginal favorece la proliferación de *Gardenerella vaginalis* y de otras bacterias anaerobias que incluyen el *Mobiluncus*, *Bacteroides*, *Mycoplasma Hominis*, *Mobiluncus*, y *Atopobium* entre otras.

Clínica

La mayoría son asintomáticas considerándose un hallazgo en las citologías vaginales protocolizadas, que en buena proporción precisan repetir tras el tratamiento porque dificultan la lectura y el diagnóstico en las células recogidas. En aquellas sintomáticas, aproximadamente el 50%, cursa sin eritema, edema vulvar ni prurito. El síntoma principal es un incremento de la secreción vaginal, más acuosa de color blanquecino-grisáceo, maloliente que reviste las paredes vaginales. El olor es característico (similar al pescado) y está producido por las aminas resultantes de la digestión de los nutrientes del flujo vaginal por las bacterias anaerobias.

La vaginosis bacteriana durante el embarazo está relacionada con la infección intraamniótica, la rotura prematura de membranas, el parto pretérmino, los abortos tardíos, la endometritis postaborto y postparto. Sin embargo no hay evidencias suficientes para recomendar un cribado a todas las gestantes asintomáticas. También se ha observado su presencia en las complicaciones infecciosas tras cirugías y procesos ginecológicos invasivos como el legrado y la histeroscopia, por lo que se recomienda en el estudio prequirúrgico un estudio vaginal para su diagnóstico y tratamiento⁽⁸⁾.

La vaginosis bacteriana aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual bacterianas o víricas por lo que es adecuado realizar serología, cultivos y citología cuando la vaginosis es recidivante.

Diagnóstico

- Clínico: se fundamenta en la presencia de al menos 3 de los criterios de AMSEL:
 - Secreción vaginal característica, leucorrea de color blanco-grisáceo en cantidades variables.
 - PH vaginal superior a 4,5.
 - Olor a aminas (pescado) y
 - Células clave o Clue-cells en el frotis.
 - Laboratorio: El Gram y la citología. No se recomienda cultivo por su baja especificidad.

Tratamiento

No hay consenso en si debe ser tratada la infección cuando es asintomática, está claro que deben tratarse todas las pacientes sintomáticas y aquellas programadas para intervenciones ginecológicas (legrado, histerectomía), y todas las embarazadas con o sin sintomatología que estén infectadas.

- Cloruro de decualinio: 1 comprimido vaginal de 10 mgr durante 6 días. No es antibiótico sino antiséptico con actividad bactericida rápida y un amplio espectro de acción, que incluye bacterias anaerobias, aerobias Gram+ y Gram-, hongos y protozoos. No se recomienda el uso simultáneo de jabones ni espermicidas porque disminuye su acción bactericida. No se recomienda su uso en niñas prepúberes por el riesgo de ulceración vaginal. Es el tratamiento de elección recomendado por la SEGO durante la gestación en cualquier trimestre del embarazo⁽⁸⁾.
- Clindamicina: al 2% crema vaginal, 5 gr noche durante 7 noches o clindamicina óvulos de 100 mg noche durante 3 noches.
- Metronidazol: 500 mg cada 12 horas por vía oral durante 7 días. Durante su consumo no se debe tomar alcohol. Es el tratamiento recomendado por el CDC de Atlanta y el que persiste en la mayoría de las guías de tratamiento a pesar de las desventajas del tratamiento por vía oral, como el efecto antabús y su prohibición en los tres primeros meses del embarazo y lactancia.
- Metronidazol: un comprimido vaginal de 500 mgr noche durante 5 noches.
- Como tratamientos alternativos: Clindamicina oral 300 mgr cada 12 horas, 7 días. Tinidazol 2 gr vía oral una vez al día x 2 días o 1 gr oral diario x 5 días.

Recidivas

La tasa de recidivas es alta. Hasta el 30% presenta una segunda infección a los 3 meses y hasta el 50% durante el primer año. No se han podido establecer factores de riesgo sobre los que intervenir.

La vaginosis bacteriana es una variante de la microbiota vaginal. Es un síndrome polimicrobiano producto del descenso de la concentración de lactobacilos lo que genera el incremento de bacterias patógenas, principalmente anaerobias Gram negativo

Se recomienda el uso de preservativos en las relaciones coitales y cambiar el tratamiento pues es conocida la resistencia al metronidazol en la infección por *Atopobium vaginalis*.

No existe tratamiento eficaz que elimine las recidivas. Se recomienda el uso de cloruro de decualinio que es eficaz frente a las resistencias al metronidazol y añadir tratamiento suplementario con probióticos por vía vaginal que suplementen la flora de lactobacilos. 1 comprimido vaginal durante 5 noches y repetir el tratamiento a los 3 meses.

Vulvovaginitis candidiásica

Etiología

Cándida Albicans en el 80-90% de los casos. Otras especies menos frecuentes son la Cándida Glabrata, Tropicalis y Krusei, representan el 10%. Su incidencia está en aumento así como las resistencias al tratamiento habitual. Es muy frecuente. Se estima que un 75% de mujeres ha sufrido al menos un proceso y un 45% ha presentado 2 o más episodios de infección vulvovaginal. El pico máximo de incidencia se sitúa entre los 20 y 40 años⁽⁸⁾.

Clínica

El síntoma predominante es el prurito acompañado a veces de dolor y ardor vulvovaginal, con escasa secreción espesa y blanca como "requesón". La mucosa vaginal está eritematosa con leucorrea blanca grumosa fácil de desprender. Pueden coexistir lesiones en vulva y periné. En el 5% de las mujeres se cronifica como candidiasis recidivante que se define por 4 o más episodios en 1 año. Son factores predisponentes la diabetes mellitus mal controlada, los niveles elevados de estrógenos como sucede en el embarazo, el uso de antibióticos por el desequilibrio de la microbiota y enfermedades inmunodepresoras por el tratamiento con corticoides y las terapias inmunosupresoras.

Diagnóstico

La anamnesis es importante para detectar factores de riesgo desencadenantes de la alteración de la microbiota como la toma de antibióticos, la presencia de embarazos o los antecedentes de diabetes⁽⁹⁾.

- Frotis en fresco: añadiendo solución salina a la secreción vaginal se ve directamente al microscopio hifas y esporas con una sensibilidad del 50%, si se añade una gota de KOH mejora la sensibilidad hasta un 70%.
- Tinción Gram: sobre el exudado vaginal se demuestra la presencia de esporas e hifas. 65% de sensibilidad.
- Cultivo en medio de Sabouraud solo es necesario en caso de resistencia y recurrencia o recidivas sin factores de riesgo conocidos. Es la prueba confirmatoria.

Tratamiento

Los tratamientos tópicos son efectivos aplicados intravaginalmente y en región vulvar. Los derivados azólicos son más efectivos que la nistatina. No existen grandes diferencias entre ellos en cuanto a eficacia y recidivas, ni tampoco entre las distintas pautas de tratamiento⁽¹⁰⁾.

- **Pautas intravaginales:**
 - Clotrimazol o Miconazol óvulos 100 mg/noche, durante 7 noches o
 - Clotrimazol o Miconazol óvulos 200 mg/noche, durante 3 noches o
 - Clotrimazol o Miconazol óvulos 500 mg en una sola noche o
 - Clotrimazol o Miconazol al 2% crema vaginal 5 gr/noche durante 7 días o
 - Ketoconazol óvulos 400 mg/noche durante 3-5 noches o
 - Econazol óvulos 150 mg/noche durante 3 noches o
 - Fenticonazol óvulos 200 mg/noche durante 3 noches o 600 mg una sola noche.
- **Pautas orales:** El Ketoconazol e Itraconazol son cómodos de usar por vía oral, pero no son tratamientos de elección en vulvovaginitis no complicadas por su hepatotoxicidad. Está contraindicada la vía oral en las embarazadas.
 - Itraconazol: 200 mg /día, durante 3 días o Fluconazol 150 mg monodosis.

La candidiasis recidivante se define por 4 o más episodios en 1 año. Son factores predisponentes la diabetes mellitus mal controlada, los niveles elevados de estrógenos como sucede en el embarazo, el uso de antibióticos, las enfermedades inmunodepresoras y los tratamientos inmunosupresores

- **Candidiasis recidivantes**

- Fluconazol 150 mg oral monodosis y repetir en 3 días y mantener Fluconazol 100 mg oral a la semana durante 6 meses o
- Itraconazol 200 mg/12 horas oral 3 tomas y mantener Itraconazol 400 mg oral al mes durante 6 meses o
- Clotrimazol intravaginal 500 mg/semana por 6 meses.

Infecciones de transmisión sexual

Las ITS constituyen una epidemia en la mayor parte de los países del mundo. Las y los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable para padecer y transmitir las ITS. A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años.

Según OMS en el año 2016 más de 1 millón de personas contraen una ITS cada día⁽¹¹⁾.

Unos 357 millones de personas contraen al año alguna de las 4 ITSs siguientes: clamidias, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Se estima que 500 millones de personas son portadoras del virus herpes 2 que produce úlceras genitales. Alrededor de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del Papiloma Humano (VPH) causante del cáncer de cérvix. Anualmente la infección del VPH causa a nivel mundial 528.0000 cánceres de cuello uterino y 266.000 muertes.

Las ITS pueden tener consecuencias graves y secuelas a largo plazo para quien las padece y para su descendencia. El gonococo y la clamidia son las causas principales de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) que además de su gravedad puede causar daños irreversibles en las trompas de Falopio, causando infertilidad y embarazos ectópicos (el 55 y el 85% de las EIP no tratadas). Produce secuelas de por vida como dolores pélvicos crónicos y coitalgia.

Las ITS en las mujeres embarazadas pueden afectar a la salud de la madre y el lactante. Contribuyen al nacimiento de niños/as prematuros y con bajo peso. La sífilis y la infección por herpes genital pueden causar abortos espontáneos, muerte prenatal o perinatal. La gonorrea y la infección por clamidias pueden extenderse a los ojos del recién nacido y dañarles la vista si no se les trata. Pueden contraer infecciones graves como neumonía por clamidia y afectación del sistema nervioso central, como en el caso de la sífilis.

Los adolescentes son la población más vulnerable frente a las ITS, porque saben muy poco sobre ellas y creen que solo las contraen si tienen sexo con determinados estereotipos de persona⁽¹²⁾. La OMS defiende que la educación sexual es la mejor forma de hacer frente a las necesidades de los y las jóvenes para la prevención de las ITS⁽¹³⁾.

Etiología

Las Infecciones de Transmisión Sexual cursan como conjunto de patologías causadas por diferentes agentes infecciosos y parasitarios, en las que el mecanismo de transmisión predominante es el contacto genital incluyendo prácticas de sexo vaginal, anal, y oral. Son causadas por bacterias, virus, protozoos y parásitos. En la actualidad se conocen más de 30 agentes patógenos que originan alrededor de 50 cuadros clínicos, con posibilidad de combinación tanto de gérmenes causales como de sintomatología, por lo que el diagnóstico es cada vez más complicado y precisa de la colaboración entre distintas especialidades⁽¹⁴⁾.

Tan solo 8 agentes patógenos son los causantes de las ITS más frecuentes: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis (actualmente curables con tratamientos antibióticos) y hepatitis B, virus del herpes simple (VHS), VIH y Virus del Papiloma Humano (VPH) ante las que solo disponemos por el momento de tratamientos sintomáticos que atenúan, demoran y modifican los síntomas o la enfermedad.

Clasificación

Siguiendo las indicaciones del CDC (Center for Disease Control) de Atlanta para facilitar el diagnóstico y tratamiento, las ITS se clasifican por los síntomas clínicos con los que debutan y no por los diferentes agentes causales⁽¹⁵⁾. **(Tabla I)**

Infección por *Chlamydia Trachomatis*

Etiología

Es una bacteria Gram negativa intracelular que requiere células vivas para multiplicarse. Es la infección bacteriana de transmisión sexual más frecuente en el mundo occidental. La OMS estima que la incidencia en el mundo por clamidia es de 50 millones de casos al año.

Según La OMS y según datos de la Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Sanidad la población adolescente es la más vulnerable para contraer y propagar las ITS

Es asintomática en el 80% de los casos. El periodo de incubación oscila entre 7 y 12 días. Infecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes⁽¹⁶⁾. Su frecuencia en Europa es del 4% en mujeres lo que significa el triple que la gonococia. En España en el Informe Epidemiológico del año 2016 el 37,1% de los casos declarados corresponde a jóvenes entre 16 y 24 años. El 52,7% correspondió a mujeres.

Diagnóstico

- El cultivo celular en muestras procedentes de endocervix en mujeres y uretrales en varones tiene una especificidad del 100% pero es poco sensible por la dificultad en la recogida de las muestras.
- Dada la complejidad de aislamiento del germen se realizan técnicas de detección de antígenos mediante fluorescencia directa (DFA), enzimo-inmuno-ensayo (EIA) con resultados en 24 horas y técnicas de amplificación del ADN que son rápidas de alta sensibilidad y especificidad.

Tratamiento

- **Recomendada:**
 - Azitromicina 1 g monodosis o
 - Doxiciclina 100 mg oral/12h por 7 días.
- **Alternativas:**
 - Eritromicina bas 500 mg oral/6 horas durante 7 días.
 - Levofloxacin 500 mg oral/24 horas durante 7 días.
 - Ofloxacin 300 mg oral/12 horas durante 7 días.
- Durante **embarazo:**
 - Azitromicina 1 g oral en dosis única.

Infección por gonococo

Etiología

Neisseria Gonorrhoeae, diplococo Gram negativo que afecta a la mucosa uretral, del endocervix y el recto, a las glándulas de Bartolino y a la faringe.

Clínica

En el 50% de los casos la infección genital es asintomática en mujeres. También pasa desapercibida o con síntomas inespecíficos cuando la infección es oral o anal.

En los hombres es característico una supuración amarillenta por uretra tras 6 días de incubación con picor y escozor en meato urinario. En las mujeres cursa con leucorrea y secreción mucopurulenta por endocervix, disuria y prurito. En un porcentaje importante produce infecciones del tracto genital superior dando lugar a una Enfermedad Inflamatoria Pélvica (10-25%)⁽¹⁷⁾. Cuando la infección es anorectal puede cursar con prurito anal, tenesmo rectal y exudado purulento. Cuando es orofaríngea suele ser asintomática o se manifiesta como faringitis.

En ausencia de tratamiento y cuando coexiste con inmunodeficiencia da lugar a septicemia gonocócica que se manifiesta con fiebre, mal estado general, artralgias migratorias, lesiones cutáneas e incluso afectación de corazón, huesos, hígado y meninges.

Se puede transmitir durante el parto dando lugar en el o la recién nacida a conjuntivitis con edema y secreción amarillo-verdosa a los 2-5 días. Puede llegar a producir ceguera y sepsis incluyendo artritis y meningitis.

Diagnóstico

- Es imprescindible el cultivo para hacer estudios de resistencia a los antibióticos. La toma del exudado debe ser de uretra, endocervix, ano, de orofaringe y de orina. Si la infección se disemina el hemocultivo es positivo en un 40% de los casos y en líquido articular en un 20%.
- Tinción con Gram del exudado purulento de uretra y canal cervical, las tomas de vagina no son adecuadas. Permite visualizar al momento la *Neisseria* como diplococos gramnegativos intracelulares rodeado de polimorfonucleares, lo que es indicativo de iniciar el tratamiento que podrá ser modificado si es necesario tras el antibiograma.
- Enzimo-inmunoanálisis (EIA) que se realiza en muestra de orina.
- Detección de DNA (PCR) cuando no está disponible el cultivo.

En el 50% de los casos la infección genital por gonococo es asintomática en mujeres

Tratamiento

- **Recomendadas para gonococias no complicadas (genitales, anorectales y faríngeas):**
 - Ceftriaxona 250 mg IM monodosis + Azitromicina 1 g oral monodosis.
- **Alternativas:**
 - Cefixime 400 mg oral Monodosis (excepto faringitis por resistencias) + Azitromicina.
- **Si alergia a Cefalosporinas:**
 - Gemifloxacina 320 mg oral en dosis única + Azitromicina 2 g oral monodosis, o
 - Gentamicina 240 mg IM en Monodosis + Azitromicina 2 g oral monodosis.
- **Conjuntivitis en adultos y jóvenes:**
 - Ceftriaxona 1 g IM + Azitromicina 1 g oral.
- **Gonococia durante embarazo:**
 - Ceftriaxona 250 mg IM + Azitromicina 1 g oral O Espectinomicina 2 g IM.

Es una bacteria con gran capacidad de generar resistencias. Actualmente es resistente a penicilinas, tetraciclinas fluorquinolonas y azitromicina.

En un 40% la etiología es mixta Gonococo y Clamidia por lo que se recomienda tratamiento para ambas.

Tras el tratamiento de la gonococia faríngea es imprescindible comprobar curación con cultivo. Repetir test diagnósticos a los 3, 6 o 12 meses según relaciones sexuales sin protección.

Se recomienda ante el diagnóstico de gonococia añadir tratamiento para Clamidias, pues cursan juntas en al menos el 40% de los casos

Infección por virus del papiloma humano: condilomas

De todas las ITS es la más prevalente entre jóvenes de ambos sexos. Su diagnóstico provoca alarma social, ya que es el agente causal del cáncer de cérvix y del cáncer de ano. Aunque no es curable se dispone de vacuna que previene el cáncer y las verrugas genitales⁽¹⁸⁾.

En el mundo se estima que hay 270 millones de mujeres portadoras del VPH y de ellas 27 millones tienen condilomas. En España se calcula que entre un 3 a 6% de mujeres son portadoras del VPH.

La incidencia máxima de aparición de las lesiones es entre 20 y 24 años, **siendo la adolescencia la población de más alto riesgo**. A partir de los 35 años se produce una aclaración del virus quedando únicamente de un 5-10% de portadoras. Vuelve a aumentar la proporción a partir de los 50 años.

La persistencia de la infección y la evolución a lesiones cancerosas es mayor en mujeres y hombres portadores de VIH. Se sospecha que participan otros cofactores que facilitan el desarrollo del cáncer, como la presencia de virus herpes 2, o la toma de anticonceptivos orales, el tabaquismo, otros virus, otras ITS y sobre todo un estado de inmunosupresión.

La acción oncogénica del HPV es unas 1.000 veces superior sobre cérvix que sobre vagina y vulva. Es el responsable causal del 100% de los cánceres de cuello uterino, del 90% de los cánceres del canal anal y del 40% de los cánceres de vulva y pene. Se está estudiando su relación con los cánceres de orofaringe.

La infección por VPH es la ITS más prevalente entre jóvenes de ambos sexos. Es el agente causal del cáncer de cérvix y del cáncer de ano. Aunque no es curable se dispone de vacuna que previene el cáncer y las verrugas genitales

Etiología

El VPH es un virus DNA con más de 120 subtipos identificados. Los subtipos 6 y 11 son los que producen los condilomas acuminados. Se les considera subtipos de bajo riesgo porque no suelen producir cáncer. Sin embargo los subtipos 16 y 18 son oncogénicos. El tipo 16 se encuentra positivo en el 50% de los Ca. de cérvix, aunque no todas las mujeres portadoras desarrollan cáncer.

Clínica

El periodo de incubación es largo, de 3 a 9 meses, suele cursar como infección asintomática permaneciendo latente.

El VPH tiene afección por los epitelios escamosos como las mucosas de todo el tracto genital inferior, cérvix, vagina, vulva, periné, ano, uretra, glande, pene, escroto, ingles. También infecta boca y se encuentran los cánceres de orofaringe. Los microtraumatismos durante el coito facilitan la infección.

El VPH en la mayoría de los casos se manifiesta como una infección subclínica asintomática en cérvix, vagina, vulva o pene y región perianal con síntomas inespecíficos como dolor y prurito. Solo son detectables mediante colposcopia y penoscopia como lesiones acetoblanco múltiples. Están asociadas a subtipos de alto riesgo.

La manifestación clínica más frecuente, generalmente asociadas a subtipos de bajo riesgo, son los condilomas acuminados, verrugas en forma de coliflor, con proyecciones digitiformes, muy vascularizadas. Pueden sangrar o causar dolor y prurito cuando son de gran tamaño.

Diagnóstico

No existe actualmente prueba que detecte VPH en hombres asintomáticos.

- Inspección genital, penoscopia, colposcopia, anoscopia, vulvosocopia.
- Citología del cérvix uterino y biopsia dirigida en cérvix para el estadiaje y para hacer el diagnóstico diferencial con otras neoplasias genitales.
- Hibridación en toma endocervical para conocer los serotipos de alto riesgo o por amplificación genómica. PCR.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico que erradique el VPH pero si para las lesiones que causa. En el embarazo están contraindicados el 5-fluorouracilo, y el podofilino por sus efectos teratógenos. Imiquimoid y el Sinecatechin no tienen probado su uso en el embarazo.

- **Lesiones cervicales:** crioterapia, asa de diatermia o láser.
- **Lesiones mucosas, anal, vaginal y uretral:** crioterapia, láser o ácido tricloroacético.
- **Lesiones vulvares y solo en genitales externos:**
 - Podofilinotoxina al 0,5% gel 2 veces al día durante 3 días a la semana hasta 4 semanas.
 - Imiquimoid crema al 5% 3 veces en semana hasta 16 semanas. Aplicado por el o la paciente.
 - Sinecachetin (Veregen) al 15%. Aplicación diaria hasta 16 semanas. Aplicado por paciente.
 - Resina de podofilino al 25%, aplicado en consulta una vez por semana. Contraindicado en embarazo.
 - Ácido tricloroacético al 80-90% una vez por semana. De elección durante embarazo, también aplicable en mucosas internas.
 - Crioterapia semanal hasta erradicar verrugas.
 - Electrocoagulación o láser de CO₂.

Vacunas preventivas

Existen 3 vacunas comercializadas con partículas virus like para la prevención del Ca de cérvix⁽¹⁹⁾:

- Cervarix bivalente con los subtipos 16 y 18. Su objetivo se centra en la prevención del Ca de cérvix.
- Gardasil cuadrivalente con los subtipos 6, 11, 16, 18 y Gardasil nonavalente para los subtipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 centrado en la prevención de los Ca genitales (entre el 80 y 95%) de los causados por el VPH y en la prevención de las verrugas genitales.

Se recomienda vacunar a las niñas entre 9 y 14 años, antes de la exposición al virus cuando la vacuna es más efectiva, aunque no está contraindicada la vacuna en caso de seropositividad por lo que se pretende extender su uso hasta los 26 años. El calendario vacunal del Ministerio de Sanidad asume vacunar a todas las niñas de 12 años con dos dosis. En caso de vacunarse por encima de los 15 años deben aplicarse 3 dosis en el mismo año.

Los retos pendientes siguen siendo aumentar la protección incluyendo más genotipos del VPH. Aumentar la población a vacunar, también a los adolescentes varones para cortar la cadena de contagios y ampliar la cobertura de vacunación hasta los 26 años. Las niñas vacunadas han de continuar con el cribado citológico para el Ca de cérvix que puede empezar más tarde, a los 30-35 años en vez de a los 25.

Tablas y figuras

Tabla I. Clasificación sindrómica de las ITS más frecuentes con sintomatología genital

Síndrome	Síntoma	Signo	Etiología
Úlceras genitales	Intenso dolor	Vesículas y úlceras múltiples Adenopatías bilaterales dolorosas	Herpes genital
	Ausencia de dolor	Úlcera única Adenopatías indoloras	Sífilis
Cervicitis y Uretritis	Escozor miccional, polaquuria y disuria	Secreción cervical y uretral mucopurulenta	Gonococo
	Coitalgia, disuria	Secreción cervical y uretral	Clamidia
Leucorrea	Prurito intenso, vulvitis, coitalgia, dolor miccional	Flujo vaginal blanco grumoso	Cándida
		Leucorrea espumosa	Trichomonas
Enfermedad inflamatoria pélvica	Dolor abdominal bajo	Dolor a la movilización uterina	Gonococo
	Coitalgia	Cervicitis. Leucorrea	Clamidia
Tumoraciones genitales	Verrugas en región genital o anal	Condilomas de diferente aspecto y tamaño	Virus del papiloma humano
	Pequeños abultamientos múltiples en región genital o anal	Bolitas perladas o umbilicadas	Moluscum contagioso

Bibliografía

1. (***) Hernández-Tiria MC, Navarro-Devia AJ, Osorio-Ruiz AM. Lesión vulvar y perineal secundaria a trauma pelvipérvico: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb de Obstet Ginecol* 2015; 66:297-305.
2. (*) Sante Fernandez L, Sánchez-Molowny S, Cuervo Abarquero MM, Lecuona Fernandez M. Bartolinitis por *Streptococcus Neumoniae*. *Rev Esp Quimioter* 2017; 30(6):476-477.
3. (***) Borile ME. Flujo genital normal y patológico. En Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral* 2ª edición. Madrid: Ergon S.A.; 2012.p.527-536.
4. (***) Varona Sánchez JA; Almiñaque González MC, Borrego López JA, Formoso Martín LE. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2010;36 (1) 73-85.
5. (***) Wolf A.S, Esser Mittag J. *Ginecología pediátrica y juvenil*; Madrid: Editores Médicos S.A.; 2000.
6. (***) Doval Conde JL, Blanco Pérez S. Alteraciones vulvo-vaginales. En: Buil C, Lete I, Ros R. *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia*. Zaragoza: INO Reproducciones S.A; 2001.p.465-490.
7. (***) Comino R, Cararach M, Coronado P, Nieto A, Martínez Escoriza JC, Salamanca A, Torres García LM, Vidart JA, Sánchez Borrego R, *Patología Vulvar. MenoGuía AEEM*. Primera edición: Mayo 2014. Aureografic, S.L. Barcelona 2014.
8. (***) *Guía Práctica de Asistencia S.E.G.O: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales Actualizado 2018*. Madrid.Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Enero 2018.
9. (***) AEPCC-Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P, Fuertes I., Fusté P, Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-66.
10. (***) Centers for disease Control and Prevención. *Sesually Transmitted diseases treatment guidelines 2015*. MMWR 2015; 64:3.
11. (***) OMS. *Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva nº 110*.2016.
12. (***) Andrés Domingo *Infecciones de transmisión sexual. Pediatr Integral* 2017; XXI (5):323-333.
13. (***) OMS: *Estrategia Mundial del Sector salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021*.Numero de referencia OMS:WHO/RHR/16.09.
14. (***) Bouza E, Hellín, Rodríguez A, Ribera E. *Enfermedades de transmisión sexual. En Protocolos Clínicos de S.E.I.M. (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y microbiología Clínica)*. Disponible en: www.seimc.org/protocolos/Clinicos.
15. (***) Varin G, Santibáñez M.L. *Infecciones de Transmisión sexual. Aspectos psicosociales, clínicos, diagnósticos y tratamientos*. En Hidalgo MI, Redondo AM, Castellano G. *Medicina de la Adolescencia. Atención integral*. Madrid. Ergon S.A; 2012.p.865-874.
16. (***) *Unidad de Vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2016*.Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/subdirección general de Promoción de la salud y vigilancia en Salud pública- Plan Nacional sobre Sida; 2018.
17. (***) Lopez JA, Otero L, Blanco MA, Aznar J, Vázquez F. *Panorama actual de la Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. 007. SEIMC. Disponible en: www.seimc.org.
18. (***) Díaz A, Díez M. *Grupo de Trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid 2011. AC ITS Ministerio 2011.
19. (***)Cortes J Coordinador. Cerdán J, Cisterna R, Moreno-Pérez D, Esteban M, Salinas J, Redondo E, Jimeno I, González A, Quer M. *Vacunación frente al virus del Papiloma Humano. Documento de Consenso 2011 de Sociedades Científicas Españolas*.

Bibliografía recomendada

- Comino R, Cararach M, Coronado P, Nieto A, Martínez Escoriza JC, Salamanca A, Torres García LM, Vidart JA, Sánchez Borrego R, *Patología Vulvar. MenoGuía AEEM*. Primera edición: Mayo 2014. Aureografic, S.L. Barcelona 2014. Excelente guía que recoge de forma breve toda la patología vulvar en todas las etapas etarias.
- *Guía Práctica de Asistencia S.E.G.O: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales Actualizado 2018*. Madrid. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Enero 2018 *Tratamientos actualizados y consensuados para las Infecciones de Transmisión Sexual*.
- AEPCC-Guía: *Infecciones del tracto genital inferior*. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina M., Arencibia O., Centeno C., de la Cueva P, Fuertes I., Fusté P, Galiano S., Martínez Escoriza J.C., Nonell R., Sendagorta E., Serrano M., Vall M. Revisores-editores: Torné A., del Pino M. Publicaciones AEPCC. 2016; pg.: 1-66. Excelente guía para el diagnóstico y tratamiento de las ITS orientado al conocimiento de la epidemiología a nivel mundial, de Europa y de España. Muy útil en Atención Primaria.
- OMS: *Estrategia Mundial del Sector salud contra las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021*.Numero de referencia OMS:WHO/RHR/16.09 *Imprescindible para el conocimiento de la estrategia a nivel mundial propuesta por la OMS para disminuir la incidencia y prevalencia de las ITS*.
- Díaz A, Díez M. *Grupo de Trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid 2011. AC ITS Ministerio 2011. Documento consensuado y realizado por un grupo de trabajo que aporta tratamientos actualizados en referencia a los publicados por el CDC de Atlanta con los preparados farmacológicos existentes en nuestro país.
- Cortes J Coordinador. Cerdán J, Cisterna R, Moreno-Pérez D, Esteban M, Salinas J, Redondo E, Jimeno I, González A, Quer M. *Vacunación frente al virus del Papiloma Humano. Documento de Consenso 2011 de Sociedades Científicas Españolas*. Exhaustivo estudio sobre la infección por el VPH y las vacunas disponibles, con información sobre los resultados esperados y obtenidos hasta la fecha.

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Con respecto a la leucorrea fisiológica es cierto que:

- a) Es causada por un cuerpo extraño.
- b) Su etiología siempre es infecciosa.
- c) Es siempre patológica en la infancia.
- d) Se trata con antisépticos locales.
- e) El flujo tiene un pH de 6 o más.

2. Sobre la bartolinitis es cierto que:

- a) Los gérmenes más frecuentes son la clamidia y el gonococo.
- b) Es conveniente hacer estudio de serología para descartar ITSs.
- c) El tratamiento médico ante ausencia de cultivo es Ceftriaxona 250 mg IM + Azitromicina 1 g.
- d) El tratamiento es siempre quirúrgico mediante Marsupialización como primera opción.
- e) La extirpación quirúrgica es la única medida preventiva para evitar recidivas.

3. En la vaginosis bacteriana NO es cierto que:

- a) El pH vaginal es superior a 4,5.
- b) En el frotis vaginal se ven células clue.
- c) El flujo vaginal tiene olor a pescado.
- d) Hay una alteración de la microbiota vaginal.
- e) Cursa con vulvitis intensa con ulceraciones.

4. En la candidiasis vaginal es cierto que:

- a) Es imprescindible el cultivo para su diagnóstico y tratamiento.
- b) En el frotis en fresco se ven al microscopio hifas con una sensibilidad del 90%.
- c) La candidiasis recidivante se define por 4 o más episodios en un año.
- d) El porcentaje de mujeres en las que la candidiasis se cronifica y se hace recidivante es del 40%.
- e) El tratamiento por vía oral es el más adecuado durante el embarazo.

5. En relación a la infección por el Virus VPH NO es cierto que:

- a) Están relacionados con los cánceres del ano y alguno de la orofaringe.
- b) Los subtipos 16 y 18 son potencialmente cancerígenos.
- c) Existe en España comercializada una vacuna eficaz contra 20 serotipos.
- d) Los subtipos 6 y 11 están relacionados con la aparición de condilomas acuminados.
- e) Es la ITS más prevalente en jóvenes a nivel mundial.

Respuestas en la página 80.e3