



Infecciones genitales altas

P. Judlin, C. Huchon, R. Quentin, A. Bourret, O. Garbin, E. Derniaux, O. Graesslin

Las infecciones genitales altas (IGA) se deben esencialmente a la contaminación del aparato genital por vía ascendente, y los patógenos pueden transmitirse por vía sexual, como Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Mycoplasma genitalium, o proceder de la flora vaginal (enterobacterias, anaerobios, etc.). Una IGA no complicada presenta a menudo una semiología discreta, incluso engañosa, por lo que la exploración física es insuficiente para establecer el diagnóstico: las muestras bacteriológicas endocervicales y/o pélvicas son un complemento indispensable, al igual que las pruebas de imagen y la biopsia endometrial; si existen dudas sobre el diagnóstico, está indicado realizar una laparoscopia. Las formas complicadas (absceso pélvico, peritonitis) requieren hospitalización con una antibioticoterapia parenteral. Los abscesos tuboováricos precisan drenaje, preferentemente mediante punción guiada por pruebas de imagen (ecografía, tomografía computarizada), o quirúrgico. Las IGA pueden dejar secuelas tubopélvicas irreversibles, responsables de dolor crónico y de infertilidad. El tratamiento (ambulatorio en las formas no complicadas) consiste esencialmente en una antibioticoterapia empírica de amplio espectro.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Infección genital alta; Endometritis, Salpingitis; *Chlamydia trachomatis*; *Neisseria gonorrhoeae*; *Mycoplasma genitalium*; ITS; Laparoscopia; Peritonitis; Absceso tuboovárico; Piosalpinge; EEU; Esterilidad

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	2
■ Principales patógenos responsables. Modos de contaminación	2
Microorganismos de transmisión sexual	2
Microorganismos procedentes de la flora genital comensal	3
Microbiología de los abscesos pélvicos	3
Asociación entre infección relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana e infección genital alta	4
■ Diagnóstico de una infección genital alta	4
Diagnóstico clínico	4
Pruebas complementarias	4
Escala de ayuda para el diagnóstico de infección genital alta	6
Diagnósticos diferenciales	6
■ Evolución	7
Curación con o sin secuelas	7
Formas complicadas	7
A más largo plazo	8
Cronificación	8
Secuelas pélvicas y sus consecuencias	9

■ Tratamiento	9
Infección genital alta no complicada	9
Nuevos tratamientos	10
Resistencias bacterianas	10
Actitud práctica	12
Infección genital alta complicada	12
Otras medidas terapéuticas	14
■ Prevención y detección sistemática	14
■ Conclusión	14

■ Introducción

Las infecciones genitales altas (IGA) engloban las endometritis, las infecciones uterinas, las infecciones tubáricas (salpingitis) y las colecciones purulentas pélvicas características de las formas complicadas: piosalpinge, abscesos ováricos o tuboováricos y pelviperitonitis. Las endocervicitis, que suelen constituir el punto de partida, forman parte de las IGA desde el punto de vista anatómico. Las IGA suelen deberse a una contaminación por vía ascendente. Las endometritis y salpingitis agudas presentan características epidemiológicas, microbianas y

terapéuticas casi idénticas; por este motivo, los autores anglosajones engloban todas las IGA bajo la denominación de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La auténtica distinción se establece entre las IGA no complicadas, tratadas habitualmente de forma ambulatoria, y las formas complicadas, que requieren hospitalización y antibioticoterapia por vía parenteral.

El calificativo de «aguda» se relaciona con el carácter reciente de la infección (por contraposición con las formas crónicas, bastante mal conocidas) y no con las características clínicas: los signos clínicos de las IGA agudas no complicadas suelen ser poco intensos, e incluso engañosos, lo que dificulta el diagnóstico de las formas asintomáticas. Sin embargo, estos signos discretos no significan que las lesiones tubopélvicas sean menos graves, y las IGA pueden ser responsables de complicaciones o secuelas, que son más preocupantes en las mujeres en edad fértil. Debe señalarse que las infecciones obstétricas no se describen en este artículo.

■ Epidemiología

La epidemiología actual de las IGA no se conoce con detalle en los países que no cuentan con un observatorio nacional de las infecciones genitales. Por otra parte, la práctica totalidad de las IGA no complicadas ya no se hospitalizan, lo que complica su inclusión en bases de datos. Sin embargo, el número de IGA ha disminuido desde el pico observado hace unos 30 años.

Aunque la mayoría de los casos de IGA se deben en la actualidad a patógenos procedentes de la flora vaginal comensal, el papel de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se ha demostrado ampliamente desde los trabajos escandinavos que mostraron que las campañas de detección sistemática de las ITS (principalmente *Chlamydia trachomatis* [CT]) dirigidas a adolescentes han permitido disminuir un 50% el número de IGA [1]. En Francia, mientras que la prevalencia de todas las ITS se redujo netamente en la última década del siglo XX, el Institut de Veille Sanitaire ha detectado un aumento preocupante desde la década de 2000: por ejemplo, la prevalencia de las infecciones por CT sería del 1,6% en las mujeres de 18-44 años y del 3,2% en las de 18-29 años [2].

Los datos epidemiológicos disponibles de otros países son más o menos comparables. En Reino Unido, las IGA son el motivo de consulta con el médico general en el 1,7% de los casos en las mujeres de 16-46 años [3]. En Suecia (cf supra), una política de detección sistemática de CT ha permitido obtener una disminución del 50% de las IGA. Entre 1975 y 1996, las hospitalizaciones por IGA disminuyeron en dicho país, pasando del 10‰ al 0,4‰ [4]. La mayoría de los países de Europa del norte siguen observando una disminución de las IGA, aunque la prevalencia de CT ha aumentado [5]. Las hospitalizaciones en dicha región se redujeron un 35% entre 1990-1992 y 2000-2002, pero la proporción de las formas complicadas aumentó de forma significativa durante el mismo período, pasando del 26% al 43% [6]. La situación de Estados Unidos es relativamente diferente de la de los países de la Unión Europea, porque la incidencia de las IGA varía mucho en función de la situación socioeconómica y del grupo étnico [7]. Sin embargo, en dicho país se observa una disminución apreciable de la proporción de ITS: en el amplio estudio clínico Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) publicado en 2002, sólo un tercio de las pacientes presentaba una infección por CT y/o gonococo [8].

A título informativo, el coste (muy elevado) del tratamiento de las IGA y de sus consecuencias se estimó en dicho país en 1.880 millones de dólares en 1988, con más de un millón de nuevos casos anuales [9]. Los modelos

estadounidenses estiman que el coste durante toda una vida de un caso de IGA y de sus complicaciones y posibles secuelas es de 1.060-3.180 dólares [10].

Con independencia del país estudiado, las adolescentes y las mujeres jóvenes son las más afectadas por el riesgo de IGA. La juventud es el principal factor de riesgo, mientras que los otros parámetros, como la edad de las primeras relaciones sexuales, el número total de parejas y el método anticonceptivo son menos importantes [11]. Esta población muy joven es la más expuesta a los riesgos de ciertas ITS y de una IGA. Además, en estas pacientes, las posibles consecuencias de las salpingitis (infertilidad) son las más graves. Sin embargo, debe señalarse que desde hace unos años, el número de IGA que afectan a las mujeres mayores de 40 años está en aumento, en especial de formas complicadas con un absceso pélvico [12].

■ Principales patógenos responsables. Modos de contaminación

La contaminación se produce casi exclusivamente por vía genital ascendente. Las contaminaciones por contigüidad y por vía hematogena son anecdóticas. Se distinguen los microorganismos de transmisión sexual, los procedentes de la flora vaginal y las infecciones nosocomiales.

Microorganismos de transmisión sexual

No pertenecen a la flora comensal y se transmiten por vía sexual.

Chlamydia trachomatis

En Francia, el número de clamidiasis urogenitales está en constante aumento desde 1997, según las cifras de la red de vigilancia epidemiológica Rénachla. La prevalencia actual sería del 1,6% en las mujeres de 18-44 años y del 3,2% en las de 18-29 años [13].

El riesgo de desarrollar una IGA a partir de una clamidiasis urogenital baja no se conoce con detalle: según Paavonen y Kruse [14], el 20% afectadas con este patógeno desarrollarían una IGA, el 3% tendrían esterilidad como secuela y el 2% un embarazo extrauterino (EEU). Sin embargo, los trabajos recientes del equipo del EMGO de Ámsterdam (Institut de Recherche en Médecine Ambulatoire) han matizado estas cifras: el riesgo de desarrollar una IGA variaría entre el 0% y el 72%. Sería bajo (0-4%) en las pacientes asintomáticas en la población general, mayor (12-30%) en las pacientes sintomáticas o de riesgo (que consultan en un centro de ITS, o que presentan también una gonococia o una pareja sintomática) y muy elevado (27-72%) en caso de interrupción voluntaria del embarazo [15,16]. Estos mismos autores han seguido durante un año a 744 pacientes portadoras asintomáticas de CT y han demostrado que se producía una eliminación natural de la infección después de un año en el 47% de los casos y que no se observaba ningún caso de IGA [17]. Por su parte, Herzog et al, mediante una extrapolación a partir de los resultados del estudio Prevention of Pelvic Infection, han determinado que el 10% de las mujeres jóvenes (16-24 años) infectadas por CT desarrollarían una IGA durante el primer año [18].

En este artículo no se detallarán las particularidades de CT, un microorganismo intracelular responsable de la principal ITS bacteriana, y únicamente se citarán los aspectos que influyen en el tratamiento. CT es el patógeno con un mayor potencial perjudicial para las trompas de Falopio. Mientras que in vitro sólo causa lesiones tubáricas bastante limitadas, in vivo provoca con frecuencia secuelas tubáricas graves e irreversibles [19]. Las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918809>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918809>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)