

Vaginosi bacteriana

Vaginosi bacteriana (VB) és la forma d'infecció vaginal més prevalent en les dones en edats reproductives de països desenvolupats i un dels processos que genera més peticions de consulta ginecològica. L'etiopatologia és complexa i no completament coneguda, en què fonamentalment predomina una alteració de l'ambient microbiològic normal de la vagina (probiota), amb substitució de la probiota normal (fonamentalment lactobacils) per flora multibacteriana anaeròbica presumiblement patògena, encara que amb escassa reacció inflamatòria. El terme vaginosis bacteriana (VB) s'empra des de mitjans dels anys vuitanta i substitueix els inicialment encunyats de: vaginitis no específica, vaginitis per *Haemophilus vaginalis*, vaginitis per *Gardnerella vaginalis* i vaginosis anaeròbica.

RECORDA !...

El diagnòstic és fins a cert punt imprecís i es basa en criteris tant d'exploració clínica com citomorfològics i fins i tot bioquímics. No es considera una malaltia de transmissió sexual. La seva importància, a més de la seva prevalença, rau en l'associació amb esdeveniments adversos durant l'embaràs, principalment prematuritat, i el risc d'infecció pelviana, especialment després certs procediments quirúrgics ginecoobstètrics. El que s'observa en un exemen en fresc és la desaparició de microorganismes com els lactobacils i la proliferació d'un conjunt de microorganismes entre els que es troben *Gardnerella vaginalis* i diferents espècies de cocs i bacils anaerobis. Característicament no hi ha presència de cèl·lules inflamatòries. Els microorganismes patògens poden "embolcallar" les cèl·lules epitelials, confegint-les un aspecte arrebossat molt característic, el que hom anomena "clue cells". Cal emfasitzar que la vaginosis bacteriana no és una malaltia de transmissió sexual, tot i que és la causa més freqüent de leucorrea.

Clica els ítems per accedir als continguts

ETIOPATOGÈNIA ASPECTES CLÍNICS DIAGNÒSTIC TRACTAMENT VB & GESTACIÓ VB & CIRUGIA SEGUIMENT RESUM. PUNTS RELLEVANTS ETIOPATOGÈNIA

Encara que sense una definició unívocament satisfactòria, en general s'accepta la vaginosis bacteriana com una síndrome clínica resultant de la substitució de la presència de *Lactobacillus* sp productors de peròxid d'hidrogen per altes concentracions de bacteries anaeròbiques tant obligades com facultatives (pe *Atopobium vaginae*, *Prevotella* sp, *Mobiluncus* sp, *Bacteroides* sp, *Peptostreptococcus* sp), *Gardnerella vaginalis* i *Mycoplasma hominis*, la qual cosa fa elevar el pH de la vagina, element clau en la fisiopatologia i propietat que s'usa en el diagnòstic. Una gran varietat de microorganismes aeròbics i anaeròbics poden ser aïllats a la vagina en condicions normals. Aerobis i aerobis facultatiu inclouen *Lactobacillus* sp, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* sp i *Gardnerella vaginalis*. *G. vaginalis* s'aïlla en més de la meitat de les dones sanes, asimptomàtiques, en edat reproductiva. En condicions normals, més del 95% dels microorganismes els constitueixen *Lactobacillus* sp. Els lactobacils metabolitzen el glucogen acumulat en les cèl·lules epitelials (procés afavorit per l'ambient estrogènic) cap a glucosa i àcid làctic; aquest és el responsable de les condicions acidòfiles normals de la vagina, amb pH de 3.8 a 4.2. L'àcid làctic inhibeix el creixement de *G. vaginalis* i anaerobis i modifica la capacitat adherent de *G. vaginalis* i altres microorganismes. El pH de la vagina es pot veure influenciat per molts factors, entre ells canvis hormonals (que alteren la concentració de glucogen), traumatismes, fluid seminal, algunes infeccions, etc. L'increment de pH comporta la volatilització de certes amines provinents del metabolisme anaeròbic, procés responsable del característic olor desagradable (a peix) que s'associa a VB i altres processos que cursen amb pH elevat (presència de semen, trichomoniasis). Cal destacar que la variació del pH vaginal s'ha correlacionat amb una major susceptibilitat per a l'adquisició de la infecció per VIH. A més de l'àcid làctic, els lactobacils produeixen altres components antibacterians, entre ells el peròxid d'hidrogen (H₂O₂). Característicament, els lactobacils productors de H₂O₂ són els més afectats en la VB. La concentració bacteriana es multiplica de 100 a 1000 vegades en dones amb VB, amb substitució de lactobacils per una flora mixta, en la qual predominen els anaerobis, que formen biocapes en la superfície vaginal. En algun estudi, *G. vaginalis* i *Atopobium* constitueixen més del 90 %

d'aquesta flora. Ureaplasma urealyticum es troba en proporcions similars en dones amb i sense VB, mentre que Mycoplasma hominis és significativament més freqüent en dones amb VB. Els lactobacils es troben absents o en concentracions molt baixes. L'absència de reacció inflamatòria marcada (s'observen escassos leucòcits en VB) s'ha proposat que és deguda a la secreció (pe per Mobiluncus sp. i Bacteroides sp.) de substàncies que, com l'àcid succínic, inhibeixen la reacció inflamatòria. De tota manera, el mecanisme d'aquesta falta de resposta inflamatòria, i en general de la pròpia VB, no està ben aclarit.

.ASPECTES CLÍNICS

Vaginosi bacteriana és la causa més freqüent de leucorrea pudent. L'olor és característic i es descriu com "a peix". L'augment notable de secreció vaginal és també un símptoma freqüent. Es descriu com a secreció abundant, blanquinosa o grisenca, i s'observa adherent a les parets vaginals. La pruija i la irritació vulvar no són molt comunes (escassa reacció inflamatòria) i quan apareixen obliga a descartar altres causes, com la trichomoniasi. No totes les dones amb VB manifesten ?disconfort?. Un percentatge elevat (40 a 50%) de les dones que compleixen els criteris diagnòstics de VB no refereixen cap simptomatologia. La meitat de dones en edat reproductiva amb criteris diagnòstics de VB són asimptomàtiques.

RECORDA !... La leucorrea grisosa, adherent i pudent és la manifestació clínica més característica. La meitat de les dones són asimptomàtiques. La importància rau en les complicacions a les que s'associa quan apareix en l'embaràs i davant de procediments diagnòstics o terapèutics invasius.

No sembla que la VB sigui resultat de l'adquisició d'un patògen per via sexual, encara que és més freqüent davant conductes sexuals actives, i al revés, afecta poc a dones que no mantenen una vida sexual activa. De qualsevol manera, el tractament de la parella no sembla que influeixi sobre la prevenció de recurrències. No es considera actualment una malaltia de transmissió per via sexual. Una excepció són els comportaments lèsbics; entre parelles de dones, la VB sí apareix com una possible MTS. La VB no es considera una MTS, excepte entre parelles femenines.

RECORDA !...

No hi ha molts estudis que valorin adequadament els factors de risc associats a VB. En un estudi de casos i controls (890 dones en cada braç) apareixen com a factors de risc independents en l'anàlisi multivariada: tres o més parelles en l'últim any, parella sexual femenina l'últim any, gestació prèvia i hàbit tabàquic, mentre que protegeixen estadísticament de VB els anticonceptius orals i l'ús sistemàtic de preservatius; el DIU representa un factor de risc només en l'anàlisi univariada. Es va trobar associació positiva en anàlisi univariada amb malaltia inflamatòria pelviana però no amb altres malalties de transmissió sexual, inclòs el virus del papil·loma humà i l'herpes virus. Les característiques de la població de l'estudi no va permetre estudiar el risc sobre la infecció pel virus d'immunodeficiència humana (VIH). En un altre estudi es confirma la protecció que sembla exercir l'anticoncepció hormonal oral. No queda clara l'associació de VG amb la infecció del virus del papil·loma humà i la neoplàsia cervical intraepitelial (CIN). En alguns estudis, la VB representa un factor de risc per a l'adquisició del VPH i pel desenvolupament de SIL (CIN) en pacients infectades per VPH, però aquestes associacions no es troben en altres estudis. La importància de VB radica en les complicacions clíniques a les quals s'ha associat la VB en diversos escenaris, com ara l'embaràs o davant procediments diagnòstic-quirúrgics invasius, per la qual cosa considerarem separatament els diferents marcs d'interès clínic específics en apartats propis. **DIAGNÒSTIC**

El diagnòstic és sovint difícil d'establir i no existeix un únic mètode a aplicar que sigui simple i plenament satisfactori. Encara que diferents procediments poden ser d'utilitat, el diagnòstic bàsic descansa en dos pilars fonamentals, un grup de criteris clínics (criteris d'Amsel són els més utilitzats) i la tinció de Gram.

Criteris d'Amsel

Es requereix la coexistència d' almenys tres dels quatre criteris clínics proposats per Amsel el 1983 per diagnosticar VB (veure

taula).

Criteris d'Amsel per al diagnòstic de VB ? Leucorrea blanquinosa/grisosa no inflamatòria, homogènia, lleugera i adherent a les parets vaginals ? Presència de cèl·lules clau ("clue cell") en l'examen microscòpic en fresc ? pH vaginal > 4,5 ? Olor característica de peix, abans o després d'afegir 10% KOH ("whiff test" o test de les amines)

El diagnòstic de VB s'estableix davant la presència d'almenys tres dels quatre criteris d'Amsel

L'examen cito-microbiològic en fresc pot revelar un fons net amb presència de cèl·lules ?clau? (cèl·lules epitelials recobertes per un característic «arrebossat» bacterià que difumina la vora cel·lular) i molt escassos lactobacils i leucòcits. Com a signe únic, la presència de "clue cells" resulta l'element amb major capacitat predictiva (VPP al voltant de 85%), tot i que és poc sensible. Alguns estudis assenyalen com molt discriminatiu de VB la presència de més de 20% de cèl·lules clau en l'extensió en fresc. La característica olor a peix després de l'addició de KOH al 10% a la secreció vaginal té una especificitat propera al 90%. Per a l'obtenció del pH és important evitar el contacte amb el moc cervical, que és alcalí. L'elevació del pH és molt sensible però poc específic (l'eleven entre d'altres l'hemorràgia vaginal, dutxa vaginal recent, semen o trichomoniasi). Resulta rellevant insistir en la necessitat d'aplicar la presa de pH o el test de les amines (?whiff-test?), procediments tan simples com valuosos, davant qualsevol leucorrea de causa no aclarida. En aquest sentit resulten il·lustratives les dades d'una enquesta que va evidenciar que davant una leucorrea la presa de pH o el ?whiff-test? (test de les amines) era practicat per menys del 10% dels professionals.

RECORDA !...

Tincions de Gram i Papanicolau

En la tinció de Gram es pot observar l'alteració morfològica característica: substitució de lactobacils per diferents morfotipus bacterians. S'han descrit diferents sistemes de puntuació dels canvis observats en la tinció de Gram, amb diferents ràtios entre sensibilitat i especificitat. Spiege(144) descriure el 1983 un sistema simple de quantificar els canvis microbiològics observats en la tinció de Gram, entre la presència de lactobacils i de G. Vaginals i anaerobis. El score descrit posteriorment per Nugent i col.

el 1991 és més consistent i s'ha convertit en un referent diagnòstic, millorant a més la variabilitat interobservador.

La tinció de Papanicolau sembla menys sensible que la valoració mitjançant tinció de Gram. L'eficàcia de la valoració clínica i la tinció de Gram sembla similar, pel que a efectes pràctics una bona exploració clínica amb l'examen microscòpic en fresc poden ser suficients per arribar a un diagnòstic correcte i fiable en la majoria de pacients, permetent un diagnòstic "in situ" amb mínims requeriments. La tinció de Gram no és fàcilment aplicable en règim ambulatori i requereix condicions d'entrenament específiques, especialment amb el score de Nugent. El cultiu de la secreció vaginal és de dubtós valor en la pràctica clínica. S'objectiva G. vaginalis en almenys el 90% dels casos de VB, però també fins a la meitat (30-50%) de les dones sanes, sense cap símptoma ni signes de VB. El creixement de G. vaginalis en un cultiu sense altres signes de VB no justifica el tractament. Tampoc es justifica el cultiu per valorar l'eficàcia del tractament, ja que aproximadament la meitat dels cultius romanen positius, malgrat la remissió de la simptomatologia i signes clars de curació clínica. De tota manera, el cultiu és útil en el diagnòstic diferencial, podent evidenciar la presència d'altres patògens causants de vulvovaginitis.

RECORDA !... El cultiu de la secreció vaginal...

Tècniques moleculars

La detecció per tècniques moleculars de grans quantitats d'ADN de Gardnerella mitjançant sondes específiques o tests que detecten substàncies residuals del metabolisme de les amines poden resultar d'utilitat en el futur, encara que de moment són procediments poc utilitzats en la pràctica assistencial habitual. Preus, disponibilitat i escassos assajos clínics de validació en són els factors limitants.

RECORDA !. El diagnòstic de VB descansa en...

TRACTAMENT

Pautes terapèutiques

Les pautes terapèutiques clàssiques es basen en la utilització de metronidazol o clindamicina per via oral o en aplicacions tòpiques. Recentment s'han afegit altres fàrmacs, com el tinidazol o el clorur de decualini. El CDC d'Atlanta en la darrera versió (2015) avala les pautes que apareixen a la taula, que divideix diferents règims en recomanacions primàries o alternatives. Clindamicina i metronidazol han demostrat activitat *in vitro* davant la majoria de microorganismes associats a VB: *bacteoides* spp, *G. vaginalis* i *Peptostreptococcus* spp. Clindamicina és també eficaç davant *Mobiluncus* spp i *M. Hominis*. No s'ha demostrat activitat a *Candida* spp, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae*. A diferència de clindamicina, metronidazol és efectiu a *Trichomonas vaginalis*, sobretot per via oral. Clindamicina és un antibiòtic de la família de les lincosamidas amb excel·lent activitat enfront de bacteris anaerobis. Inhibeix la síntesi de proteïnes bacterianes actuant a nivell dels ribosomes, afectant la iniciació de la cadena polipeptídica. Metronidazol és un nitroimidazol derivat de síntesi amb activitat antibacteriana i antiprotozoària. Els principals efectes adversos de clindamicina són gastrointestinals: nàusees, vòmits, dolor abdominal, diarrea. Es descriu també irritació vulvovaginal. Metronidazol s'associa amb nàusees, dolor còlic abdominal i sensació de sabor metàl·lic, així com l'efecte disulfiram-like si s'associa a ingesta alcohòlica. Tant la clindamicina com el metronidazol intravaginals comporten una disminució de les concentracions plasmàtiques detectades, resultant en una taxa menor de reaccions adverses i amb menor severitat de les mateixes. La terapèutica amb metronidazol intravaginal en gel requereix menys dies de tractament que el gel de clindamicina. La clindamicina en òvuls intravaginals és la pauta de major comoditat (un òvul al dia, tres dies), però es considera règim alternatiu per la seva menor eficàcia. Clindamicina i metronidazol estan classificats en la categoria B de fàrmacs d'ús en la gestació, per la qual cosa la seva administració resulta relativament segura durant l'embaràs. Per les menors concentracions plasmàtiques obtingudes en les formulacions intravaginals es pot recomanar la via d'administració vaginal durant el primer trimestre de gestació, així com en casos d'intolerància a la via oral. El metronidazol oral resulta probablement la pauta terapèutica amb una ràtio de cost-efectivitat més favorable. S'ha d'evitar el consum d'alcohol fins a 24 hores després de finalitzar el tractament. Les diferents pautes amb metronidazol tenen similar eficàcia. La dosi única de metronidazol (2 gr, 4 comp) té l'avantatge de millor acompliment, i per tant indicada en situacions sense garanties raonables d'acompliment adequat (pe adolescents), així com en profilaxi preoperatòria per la seva comoditat; però es considera un règim alternatiu per la seva menor eficàcia. En l'edició de 2015, el CDC ha substituït l'administració única de metronidazol oral pel tinidazol (2 gr, 1 c / d / 2 dies). La FDA ha aprovat la utilització de metronidazol oral en pastilles de 750 mg, a administrar una sola vegada al dia durant 7 dies, però no hi ha estudis d'eficàcia comparada amb altres règims. L'addició de lactobacilus (teràpia probiòtica) a metronidazol és una possibilitat que s'ha d'estudiar en assajos adequats. Les dades actuals semblen avalar-ne l'eficàcia. Hi ha poques dades que avalin la utilització de lactobacilus únics administrats per via vaginal o enteral, antisèptics o dutxes vaginals i tauletes o gels àcids vaginals per al tractament de VB.

L'aplicació intravaginal de Clorur de Decualini (10 mg, 1 comp. vaginal / d / 6 dies) s'ha incorporat recentment a l'arsenal terapèutic. Es comercialitza a Espanya amb el nom de Fluomizin®. Ha demostrat similar eficàcia respecte a clindamicina en crema vaginal, tant a curt com a llarg termini, amb pocs efectes secundaris. Té activitat afegida front a fongs, la qual cosa pot suposar una avantatge en casos dubtosos, si bé no té la indicació de tractament per la vaginitis fúngica. Indicada en dones de 18 a 55 anys. Apenes hi ha absorció sistèmica, per la qual cosa sembla que es pot administrar durant l'al·lactament, tot i que l'experiència és limitada. Les dades de seguretat en l'embaràs són escasses, tot i que pel seu mecanisme d'acció i l'escassa absorció sistèmica sembla una bona candidat per usar-se en aquesta circumstància; tot i així, no té l'aprovació a Espanya d'ús en l'embaràs. Una altra de les avantatges, atenent als mecanismes d'acció del principi actiu, és la previsible protecció front a l'aparició de resistències. En pacients amb sospita d'infecció mixta, amb clínica i fluxe vaginal inespecífic, amb no accés a la pràctica de cultiu o mentre no es disposa del resultat d'aquest, és una alternativa com a tractament empíric. La posologia és d'un comprimat vaginal (10 mg) al dia durant 6 dies. Falten estudis per veure si és capaç de disminuir les recidives post-tractament.

VB. Règims terapèutics (modificació de CDC 2015)

Règims terapèutics recomanats

Metronidazol 500 mg oral, 2 veg. / d, 7 dies (Flagyl 250 mg®, 2 c/12/h/7 d). Metronidazol gel 0,75%, una aplicació intravaginal (5g) dia, 5 dies (Zidoval®). No disponible al nostre país des de 2015. Clindamicina crema 2%, una aplicació (5g) dia intravaginal, 7 dies.

Règims terapèutics alternatius

Tinidazol 2 g oral 1 veg. /d / 2 dies ; (Tricolam 500 mg®, 4c/d/2d). Tinidazol 1 g oral 1 veg. /d / 5 dies ; (Tricolam 500 mg®, 2c/d/5d). Clindamicina 300 mg oral 2 c / d / 7 dies. Clindamicina òvuls 100 g intravaginals, 1 òvul / d / 3 dies.

Altres consideracions

- No es pot prendre alcohol duran la teràpia amb metronidazol, per l'efecte "antabus-like"
 - El tractament amb probiòtics, únic o adjuvant al tractament mèdic pot ser útil, però necessita de més assajos de validació
- El clorur de decualini (Fluomizin®) s'ha comercialitzat recentement a Espanya (1 comp. vaginal diari, 6 dies) per al tractament de la VB

Tractament de les parelles]

Els estudis clínics han demostrat que el tractament de la parella masculina no afecta les taxes ni l'interval de les recidives de VB en la dona, de manera que el tractament sistemàtic de les parelles no està indicat. L'excepció poden ser el casos amb vaginosi recidivants recalcitrants. Malgrat l'increment de risc en cas de parella femenina amb VB, no disposem d'estudis que valorin el tractament combinat en aquests casos.

Altres alternatives terapèutiques

Altres propostes com els suplementes de lactobacils vaginals o orals o les pastilles vaginals àcides s'han mostrat útils en estudis limitats, però han de ser investigades en assajos aleatoritzats de més abast. Les dades disponibles actualment no donen suport a l'ús sistemàtic de lactobacils no vaginals, o a les dutxes vaginals per al tractament de la VB. VB & GESTACIÓ

La prevalença de VB en la gestació varia en funció del mètode de diagnòstic utilitzat, el moment de l'embaràs i la població estudiada. En gestants simptomàtiques la positivitat ronda el 40%, mentre que el cribratge d'embarassades asimptomàtiques detecta BV en taxes variables, la majoria entre 15 i 25%, però amb extrems del 5 al 40%. La resolució espontània de VB en el curs de l'embaràs ocorre entre un 25 i 50% dels casos, encara que sembla que aquesta resolució no s'acompanya de menors taxes de complicacions. Els estudis sobre VB en l'embaràs revelen conclusions importants sobre diferents successos adversos severos en el curs de la gestació: amenaça de part prematur, ruptura prematura de membranes, corioamnionitis, prematuritat i endometritis postpart i infecció post-cesària, complicacions que apareixen entre dos a set vegades més que a les gestacions sense VB. En base a aquests estudis alguns autors aconsellen la detecció sistemàtica de VB en l'embaràs i el tractament de tots els casos, inclosos els asimptomàtics. No obstant això, l'eficàcia de la terapèutica antibacteriana per reduir les complicacions gestacionals associades està per resoldre. Així doncs, algunes preguntes clíniques de caire pràctic han de ser plantejades i aclarides. Hem descartar sistemàticament VB en l'embaràs?, per quin mètode?, en quina setmana?, quina és l'eficàcia del tractament de casos simptomàtics i asimptomàtics en la prevenció de complicacions perinatals?, quina pauta terapèutica és la més idònia?, com hem de fer el control post-tractament?, la prevenció i/o el tractament sistemàtics són cost-efectius?.

La guia CDC 2015 conclou que l'evidència actual disponible no avala el cribratge sistemàtic de VB en les gestants de baix risc d part preterme.

RECORDA! La VB s'associa a complicacions durant l'embaràs... avortament prematuritat amenaça de part preterme ruptura prematura de les membranes corioamnionitis

VB s'ha de tractar sempre en la gestant simptomàtica. Tanmateix, no estan establerts els règims terapèutics òptims per al tractament de la VB durant l'embaràs. Algunes pautes recomanades són: - Metronidazol, 250 mg, oral, 3 c / d, 7 dies. - Clindamicina, 300 mg oral, 2 c / d, 7 dies. Les dosis de metronidazol són menors que les utilitzades en pacients no gestants. Altres règims utilitzen 2 g de Metronidazol dos dies, o clindamicina cinc dies. Cal esmentar que alguns especialistes recomanen la pauta de metronidazol a dosis altes tant en dones gestants com no gestants. Metronidazol i clindamicina estan inclosos en el grup B a la classificació d'ús i seguretat de fàrmacs durant l'embaràs, pel que poden utilitzar-se amb relativa seguretat. Cap revisió ni estudi metaanalític ha aconseguit demostrar una associació consistent entre l'ús de metronidazol i l'aparició de teratomutagènesi en el nou-nat. Alguns autors consideren que metronidazol i clindamicina sistèmics, per la seva millor cobertura sobre gèrmens que eventualment hagin ascendit al tracte genital superior, semblen els règims més adequats per tractar VB en l'embaràs. Se suposa que els tractaments tòpics redueixen els símptomes, però no les seqüeles, potser per la incapacitat dels AB d'accedir al tracte genital superior. Per aquests autors, la via tòpica queda doncs limitada al primer trimestre, en cas de no voler assumir riscos amb el tractament sistèmic en aquesta època gestacional. Tot i això, altres autors consideren les dos vies d'administració equivalents, i no veuen motius per la preferència per la via sistèmica, proposant fàrmacs i pautes similars al tractament de les dones no gestants. La guia CDC 2015 dóna suport a aquesta darrera postura.

RECORDA !. Recomanacions de tractament a l'embaràs... VB cal tractar-la SEMPRE durant l'embaràs Metronidazol i clindamicina són les pautes d'elecció La via oral es considera segura. Metronidazol vaginal pot ser recomanat al primer trimestre A favor del cribratge sistemàtic s'argumenta l'alta prevalença del procés, disponibilitat de tests diagnòstics relativament simples i eficaços, tractaments assequibles i de raonable eficàcia i la possibilitat teòrica de prevenir complicacions gestacionals associades, potencialment molt greus, com la prematuritat. No està resolt quin és el millor moment per realitzar el screening. Però més rellevant encara, no s'ha demostrat de manera fefaent que el tractament millori les taxes de complicacions, p.e. prematuritat, sobretot en pacients asimptomàtiques amb baix risc de part prematur. La recomanació majoritàriament acceptada circumscriu el cribratge únicament a pacients amb risc de prematuritat.

Disposem de molt poques dades per poder respondre sobre el risc d'avortament de primer trimestre i d'avortament tardà, i fins i tot per prematuritat extrema. Es podria considerar la necessitat d'un cribratge en dos moments diferents durant la gestació, un

precoçment a la primera visita gestacional i un segon més tardà, durant el segon trimestre, però no hi ha de moment recomanacions d'aquest tipus a la literatura.

Quin test cal aplicar al screening?. És suficient la simple avaluació clínica dels criteris de Amsel (la valoració de l'aspecte pot plantejar dubtes durant l'embaràs) o és preferible afegir la tinció de Gram amb el score de Nugent o altres tests diagnòstics?. Més encara, si es tracta de prevenir prematuritat, pot resultar convenient afegir algun test específic per a aquesta, com la fibronectina o l'ecografia transvaginal per valorar la longitud cervical i el risc d'APP?. Aquestes qüestions estan per resoldre. Com que les fallades de tractament-recidives són freqüents en l'embaràs i la prevenció de les seqüeles resulta la finalitat primordial, sembla raonable recomanar algun test de control post-tractament, com ara la tinció de Gram amb el score de Nugent al primer o segon mes de finalitzar el tractament, tot i que l'evolució de la infecció no sembla correlacionar amb els resultats perinatals. Aquest punt necessita de més estudis per ser aclarit. En resum, es pot recomanar el tractament sistemàtic de VB asimptomàtica en pacients de risc per part prematur. També sembla aconsellable el tractament de dones simptomàtiques per alleujar els símptomes (leucorrea) en dones sense risc de prematuritat. Queda per resoldre l'eficàcia del tractament en dones asimptomàtiques sense risc de prematuritat, encara que alguns dels estudis publicats avalen aquesta recomanació.

RECORDA !. Quant a les complicacions gestacionals... S'ha de fer cribratge per a VB SEMPRE en grups de risc de prematuritat El tractament en cas de VB e grups de risc obstètric és preceptiu, doncs disminueix algunes de les complicacions associades El tractament de VB asimptomàtica en grups de baix risc obstètric és controvertit, però a la pràctica, la majoria d'autors el prescriuen

D'altra banda, s'ha observat que Metronidazol profilàctic en gel intravaginal redueix les taxes d'endometritis postcesària. No obstant això, són necessaris estudis específicament dissenyats per valorar l'eficàcia del cribratge i tractament de VB abans del part i especialment abans de cesària per disminuir les taxes d'endometritis postpart. De tota manera, la profilaxi AB practicada durant la cesària (no tots els protocols l'avalen) seria eficaç per protegir bona part dels gèrmens implicats a la VB. La constatació dels baixos índexs d'infecció post-cesària i la cost-efectivitat que mostren alguns estudis sobre la profilaxi AB sistemàtica, faria innecessari plantjar el cribratge per a VB.VB & CIRUGIA

VB és causa freqüent de leucorrea abundant i pudent i ocasionalment de coïssor-pruija vulvovaginal, de manera que totes les pacients simptomàtiques requereixen tractament. Entre d'altres indicacions de tractament hom enomena la disminució del risc d'infecció pelviana post-avortament, post-legrat (ginecològic o obstètric), i després de cirurgia vaginal (histerectomia vaginal, pe). Altres potencials beneficis pendents de demostrar són la reducció d'altres MTS (per exemple infecció per VIH) o la reducció del risc d'infecció pelviana després manipulacions diagnòstiques o terapèutiques menors (DIU, histeroscòpia). VB s'ha associat amb endometritis, malaltia pelviana inflamatòria, infecció (cel·lulitis-abscess de cúpula vaginal) després raspat obstètric per avortament o cirurgia major (cesària, histerectomia). Només ocasionalment es descriu com a factor de risc davant manipulacions menors (biòpsia endometrial, inserció de DIU, histeroscòpia, HSG, punció ovàrica, etc). La malaltia pelviana inflamatòria complicada (abscess tubovàric) comparteix un espectre bacterià anaeròbic similar a la VB. Larsson et al. troben especialment de risc per desenvolupar MIP la presència de cèl·lules clau i Mobiluncus. El tractament de la VB redueix les taxes d'infecció postquirúrgica en cirurgia major. Diferents estudis, encara que no tots, demostren que la profilaxi antibiòtica o el tractament de dones amb VB amb metronidazol o clindamicina disminueixen substancialment el risc de endometritis / MIP post-raspat obstètric. Com que l'increment de risc s'associa a la presència de VB, alguns autors proposen la detecció i tractament dels casos asimptomàtics de VB prèvia a procediments de raspat obstètric i histerectomia. Un punt no aclarit és si resulta més cost-efectiu la profilaxi sistemàtica o l'avaluació prèvia de VB i el tractament només dels casos positius. La tendència actual és a fer AB preventiva sistemàtica davant de cirurgia major, amb fàrmacs d'altra banda actius front a la majoria de gèrmens implicats en la VB, la qual cosa fa innecessari el planejament del cribratge per a VB. Davant procediments diagnòstics invasius mínims o cirurgia menor el benefici de tractar VB asimptomàtica no és tan clar.SEGUIMENT

Seguiment i recidives

El tractament de VB sol ser eficaç en almenys 80-90% dels casos. Encara que algun protocol advoca per la comprovació fefaent de curació, la majoria d'autors opinen pragmàticament que en cas de desaparició de la simptomatologia no sembla que sigui necessari la comprovació clínic-microbiològica de curació ni seguiment posterior. La recidiva és relativament poc freqüent. Només cal indicar a la pacient la necessitat de reavaluació en cas de persistència o reaparició de la simptomatologia. Davant d'una recidiva es pot indicar repetir la pauta, un canvi de principi actiu o un règim alternatiu. En pacients amb VB recidivants s'ha observat sovint que la curació segons criteri clínic no va de la mà de la normalització del Gram-score, encara que no sabem amb exactitud fins a quin punt aquesta persistència s'acompanya de majors taxes de recidiva clínic. El tractament de la infecció persistent o reincent és sovint difícil. No hi ha molts estudis que valorin les pautes més apropiades per a aquestes pacients. Encara que mancats d'assaigs clínics de suport, l'addició adjuvant al tractament convencional de lactobacils i / o pastilles vaginals acidòfiles es pot aconsellar en aquests casos. RESUM. PUNTS RELLEVANTS

- Vaginosis bacteriana (VB) és la forma d'infecció vaginal més prevalent entre les dones en edats reproductives de països desenvolupats.
- VB és la causa més freqüent de leucorrea pudent.
- La leucorrea és un símptoma freqüent i es descriu com "a peix". La pruija i la irritació vulvar no són molt comunes (escassa inflamació).
- En la VB es substitueix la probiota normal (sobretot lactobacils) per flora multibacteriana anaeròbica presumiblement patògena, encara que amb escassa reacció inflamatòria.
- No es considera una ITS.
- El diagnòstic, en cert punt imprecís, descansa en els criteris d'Amsel i la tinció de Gram.

Criteris d'Amsel:

- Leucorrea blanquinosa/grisosa no inflamatòria, homogènia, lleugera i adherent a les parets vaginals.
 - Presència de cèl·lules clau (?clue cell?) en l'examen microscòpic en fresc.
 - pH vaginal > 4,5.
 - Olor característic de peix, abans o després d'afegir 10% KOH (?whiff test? o test de les amines).
-
- Aproximadament la meitat de dones en edat reproductiva amb criteris diagnòstics de VB són assintomàtiques.
 - Entre les possibles complicacions trobem la MIP, infeccions post-quirúrgiques i complicacions en l'embaràs (APP, corioamnionitis, RPM).
 - El metronidazol y la clindamicina són les bases del tractament. Disposem de diverses pautes tan via oral com vaginal. El clorur de decualini ha estat recentment aprovat per al tractament de VB.
 - Altres propostes possiblement útils, com alguns probiòtics administrats sols o en adjuvència, han de ser investigades en assajos aleatoritzats de més abast.

Material suplementari

Banc d'imatges
Present. i videos
Documents, tests
Links al web

Guarda, baixa, imprimeix