

Infecciones en Ginecología y Obstetricia



DRA. MAYRA CECILIA RUPILIUS

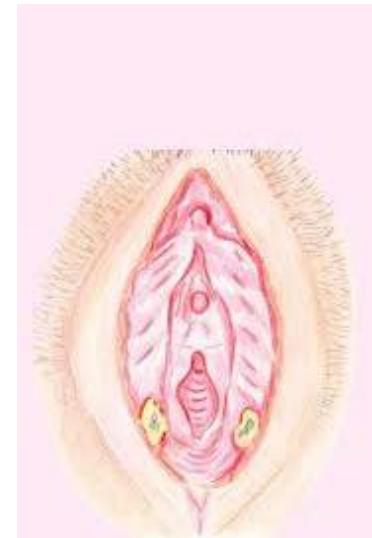
FEA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HVC

ZAMORA

Casos clínicos:

Ulceras genitales

Mastitis puerperal



Caso clínico Nr 1

Paciente de 17 años, sin antecedentes personales de interés.

RS: 16 años (última hace 6 meses)

Ausencia de aftosis previa y no uso de agentes tópicos en la región vulvar ni traumatismos.

MC: aparición aguda de una lesión dolorosa localizada en el labio mayor y menor izquierdo de 24 horas de evolución. Antecedentes de proceso gripal asociado de 5 días de evolución previo, tratado con medidas sintomáticas y analgésicos.

EXFX: lesión ulcerada en diana de 2cm de diámetro mayor, muy dolorosa y con borde rojo oscuro y centro necrótico localizada en el labio menor y mayor izquierdo. No presentaba adenopatías inguinales asociadas.



Diagnóstico

Laboratorio:

→ Hemograma, la bioquímica y el sedimento de orina: normales.

Se solicito serología:

• Sífilis, LGV, Chancroide, VIH, VEB, CMV, VHC B y C, Herpes virus.

→ Ig M, Ig G positivas para VEB

Biopsia vulvar: inespecífica.

Cultivo del exudado de la úlcera: negativo para Haemophilus ducreii y Herpesvirus pero se objetivó un aumentado número de colonias para Estafilococo aureus y Enterococo faecalis.

Exudado vaginal: normal.

Tratamiento y evolución

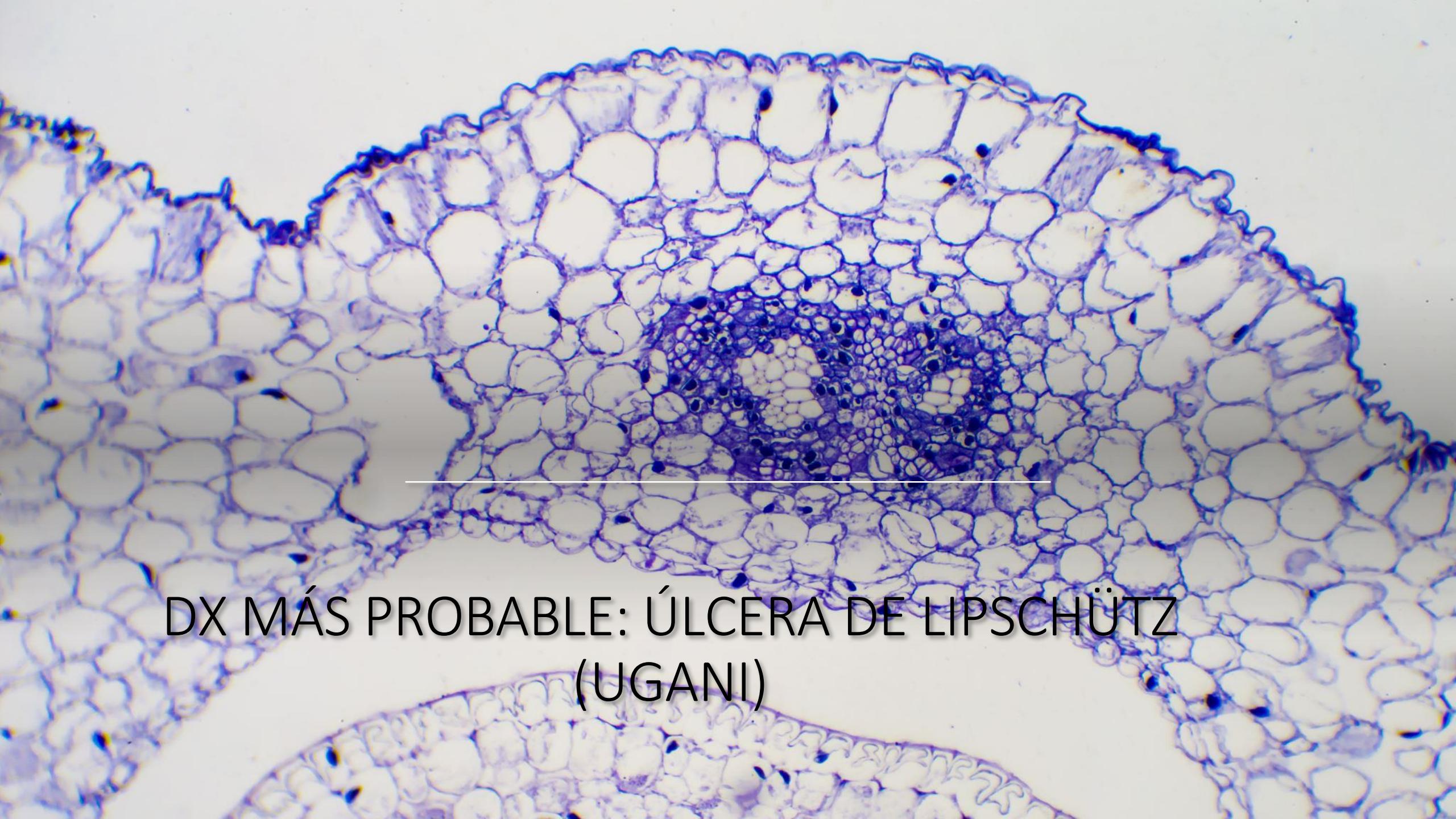
Se pautó tratamiento antibiótico empírico → hasta la obtención de los resultados de los cultivos.

- Amoxicilina-ácido clavulánico
- Antisépticos tópicos

Desaparición del cuadro gripal dos semanas más tarde presentando así mismo una mejoría importante de la úlcera, con reepitelización de ésta.

Resolución completa del cuadro a las 5 semanas del diagnóstico sin recidivas posteriores.





DX MÁS PROBABLE: ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ
(UGANI)

UGANI / ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ

La úlcera genital es un motivo de consulta frecuente que generar gran ansiedad en el paciente y su entorno.

Etiología es diversa:

- Infecciosas
- Inflamatorias
- Farmacológicas
- Traumáticas
- Tumorales



¿ A quién afecta?

Es una entidad rara: INFRADIAGNOSTICADA

- Mujeres jóvenes
→ sin relaciones sexuales previas o después de un período largo de abstinencia sexual

¿Cómo se presenta?

En forma de úlceras dolorosas y necróticas de inicio agudo → clásicamente:

distribución simétrica «en beso» o «besadoras» o «kissing ulcers».

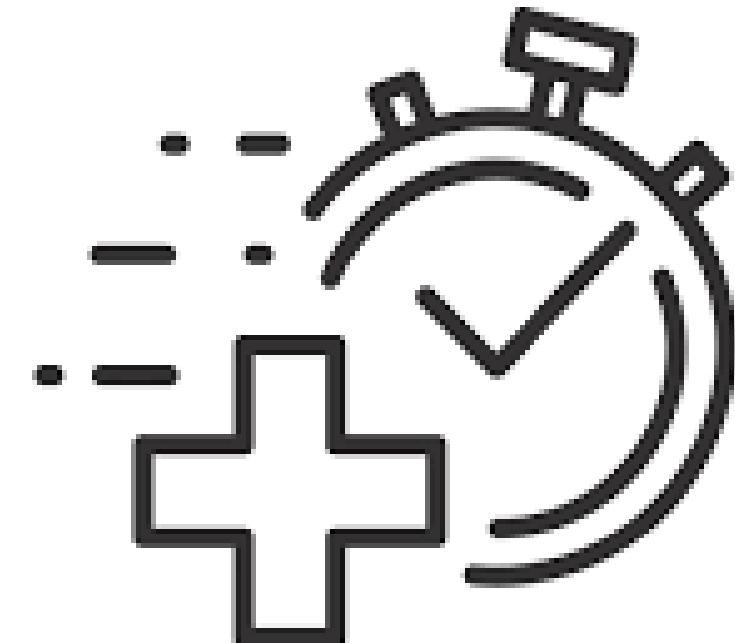
- Síndrome febril: que se suele acompañar de odinofagia, astenia, mialgias, linfadenopatías o cefalea.
- Poco después tiene lugar la aparición de las lesiones vulvares, que pueden ser múltiples, profundas y dolorosas, localizadas en labios menores y, a veces, en labios mayores, acompañándose o no de linfadenopatía inguinal.



Evolución

El proceso es autolimitado y la curación se produce de manera espontánea o después de la administración de tratamiento antibiótico de amplio espectro.

El cuadro febril desaparece a los pocos días y las úlceras suelen curar sin secuelas ni recidivas en las primeras 2 semanas, aunque pueden persistir hasta un mes.



ictor-

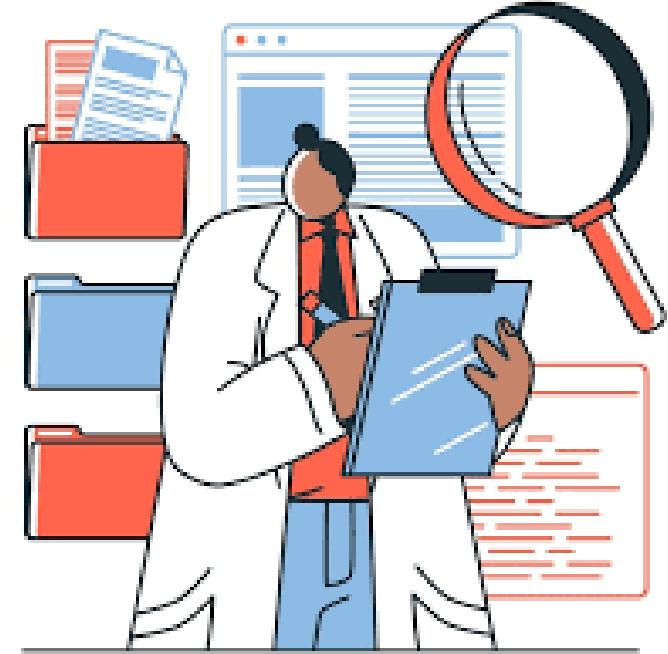
Diagnóstico

EXCLUSIÓN de otras causas de ulceraciones genitales agudas

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO SUELEN
SER **INESPECÍFICAS**.

EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO **NO**
PERMITE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

biopsias se han observado bacterias, y a *Salmonella paratyphi*. Se han observado lesiones similares en mujeres con síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida.



ehçet, reacciones
a, fiebre tifoidea y

mediante PCR de las
lesiones similares

Diagnóstico y tratamiento



El tratamiento de la UGANI se basa en:

MEDIDAS DE SOPORTE Y CONTROL DEL DOLOR:

- Baños de asiento con agua tibia o fomentos, limpieza local y analgesia oral (antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol) o anestésicos tópicos como la lidocaína 2%.
- En los casos moderados-graves se pueden prescribir corticoides tópicos de potencia elevada, reservando los corticoides sistémicos para los casos con lesiones necróticas múltiples.
- Los antibióticos orales sólo están indicados en caso de sobreinfección de las úlceras o de celulitis acompañante. La UGANI puede recurrir hasta en un tercio de los pacientes.
- En los casos recidivantes es necesario descartar la enfermedad de Behçet.



Manejo de las Ulceras Genitales

1. Diagnóstico: úlcera genital de nueva aparición.

- Anamnesis y exploración pormenorizada.
- Cultivo de la úlcera u otras pruebas más específicas (en función de la sospecha).
- Serologías VIH, VHB, VHC y pruebas treponémicas (en los casos de alto riesgo de contagio).

Tratamiento sintomático y empírico: Sintomático:

- Control del dolor: antiinflamatorios v.o., corticoides tópicos (Propionato de Cloretasol).

Si no fuera suficiente, se podría dar corticoides vía oral.

- Podemos recomendar geles de higiene íntima suaves con ácido hialurónico.
- Usar ropa suelta y ropa interior de algodón.
- Evitar las relaciones sexuales y recomendar el preservativo.

Manejo de las Ulceras Genitales

3. En el informe de consulta deberá constar que si la **pareja sexual** tiene síntomas tendría que acudir a su Médico de Atención Primaria para correcto diagnóstico y tratamiento.

4. Para las **revisiones**:

- Control en su centro de salud, donde valorarán el estado de la úlcera y el resultado de las pruebas diagnósticas solicitadas en urgencias.
- Derivación a la CTA externa de ginecología para seguimiento de la lesión si sospecha de origen tumoral o no respuesta correcta.



Cuadro N° 1
Diagnóstico diferencial de las úlceras genitales Infecciosas clásicas

	Herpes	Sífilis	Chancroide	Linfogranuloma venéreo
Agente	VHS 1 y 2	Treponema pallidum	Haemophilus ducreyi	Chlamydia trachomatis L1,L2, L3
Incubación	2-7 días	10-90 días	1-14 días	1-30 días
Lesión	Vesícula/úlcera múltiple	Pápula, chancro único (70%)	Lesiones múltiples 50%	Ocasional úlcera en lugar inoculación
Induración	No indurada	Indurada	No indurada	---
Secrección	Serosa moderada	Serosa escasa	Purulenta abundante	---
Dolor	Dolorosa	Indolora	Dolorosa	---
Picor	Frecuente	Raro	Raro	---
Bordes	Lisos	Lisos	Difusos	---
Base	Eritematoso lisa	Lisa, regular	Irregular, necrótica	---
Adenopatía	Bilateral dolorosa	Bilateral no dolorosa	Unilateral, dolorosa, fluctuante	Unilateral, inguinal o femoral blanda, abscesificada

Tomado de: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia Congreso Anual



	Herpes	Chancro sifilítico	Chancroide	Linfogranuloma Venéreo
Tratamiento	<p>Primoinfección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 400 mg vo/8h, 10 días. - Famciclovir 250 mg vo/8h, 7-10 días. - Valaciclovir 1 g vo/12h, 10 días. <p>Infección recurrente (≥ 6 episodios/año)</p> <p>T. Supresora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 400 mg vo/12h, 6-12 meses. - Famciclovir 250 mg vo/12h, 6-12 meses. - Valaciclovir 500 mg - 1 g vo/24h, 6-12 meses. <p>T. Episódica (brote)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 800 mg vo/8h, 2 días. - Famciclovir 1 g vo/12h, 1 día. - Valaciclovir 500 mg vo/12h, 3 días. 	<p>Precoz:</p> <p>Penicilina G benzatina 2,4 millones UI im, dosis única.</p> <p>Tardía:</p> <p>Penicilina G benzatina 2,4 millones UI /semana, 3 semanas.</p>	<p>De elección:</p> <p>Ceftriaxona 250 mg im dosis única.</p> <p>Alternativa:</p> <p>Azitromicina 1 gr vo dosis única.</p>	<p>Doxiciclina 100 mg vo/12h, 21 días.</p> <p>En alérgicas, embarazo y/o lactancia:</p> <p>Azitromicina 1g vo a la semana durante 3 semanas.</p>



DISCUSIÓN

Diagnóstico diferencial



✓ITS

- Erosiones más pequeñas y superficiales.
- Patrón policíclico.
- Dx: PCR lesión.
- Tto: Famciclovir

Herpes Simple



UpToDate®
www.visualdx.com.

Copyright Logical Images, Inc.

- Úlceras mucocutáneas muy dolorosas.
- Dx: carga viral y Abs.

VIH



UpToDate®
www.visualdx.com.

Copyright Logical Images, Inc.

- Úlcera no dolorosa, 1-2 cm, base limpia y bordes indurados.
- Linfadenopatía regional.
- Dx: espiroquetas en campo oscuro. IF directa.
- Tto: Penicilina G benzatina.

Sífilis



HCSC.

- Varias pápulas que se convierten en úlceras dolorosas de base eritematosa, bordes muy definidos, no indurados.
- Linfadenopatía inguinal abscesiforme provocando dolor y drenaje purulento.
- Dx: Gram/Cultivo/PCR para H.Drucreyi (baja especificidad)
- Tto: Azitromicina / Eritromicina.

Chancroide



www.dermnet.com. Copyright Inc.

Tabla 1

Criterios diagnósticos actuales de la enfermedad de Behçet (Grupo Internacional de Estudio de la Enfermedad de Behçet)

En ausencia de otra explicación clínica, los pacientes deben presentar úlceras orales (aftas o herpetiformes) que recurrían al menos 3 veces en un período de 12 meses, y 2 de los siguientes síntomas:

- Úlceras genitales recurrentes
- Lesión ocular: uveítis anterior o posterior, células en el humor vítreo al examen con lámpara de hendidura o vasculitis retiniana determinada por un oftalmólogo
- Lesiones cutáneas: eritema nudoso, seudofoliculitis, lesiones papulopustulosas o nódulos acneiformes en pacientes postadolescentes sin tratamiento esteroideo
- Patergia: reacción leída a las 24-48 h

DISCUSIÓN

Diagnóstico diferencial



✓ Origen no infeccioso.

- Úlceras genitales y orales, profundas, dolorosas, dejan cicatriz.
- Uveítis.
- Dx: clínico. Fenómeno de patergia.
- Tto: corticoides/ AINEs/ pentoxifilina /dapsona.

Enf.
Behçet



UpToDate® Lynne J Margesson, MD.

- Lesiones tipo “corte de cuchillo” en pliegues inguinales e interlabiales.
- Dx: clínico.
- Tto: corticoides.

Enf. Crohn



UpToDate® www.visualdx.com.
Copyright Logical Images, Inc.

CASO CLÍNICO NR 2



Mujer de 27 años que acude a consulta de la matrona tras parto eutócico hace 14 días.

- Embarazo controlado y gestación a término.
- Recién nacido sin complicaciones.
- Sin antecedentes personales de interés. No alergias medicamentosas conocidas. No sigue tratamiento habitual.

Actualmente realiza lactancia materna exclusiva que describe como satisfactoria, ya que su hijo gana peso correctamente.

La paciente refiere “bultos duros” en la mama derecha, acompañados de dolor al movilizar el brazo derecho con enrojecimiento alrededor de los endurecimientos y aumento de la temperatura local. Viene acompañada por su bebé y pareja.

EXFX



Paciente consciente y orientada.

Hemodinámicamente estable y afebril.

Durante el embarazo aumentó 13 kg de peso, de los cuales ha perdido 9 kg tras el parto.

Se observan ambas mamas, de aspecto normal. La mama izquierda se encuentra blanda a la palpación.

En la mama derecha, en el CSE, se localizan dos zonas endurecidas de unos 2 cm de diámetro cada uno, con aumento de temperatura local , eritema y dolor asociado a la palpación.

No presenta síntomas generales como malestar, dolor de articulaciones o fiebre, pero al movilizar el brazo derecho refiere sentir dolor y tirantez en la mama derecha.

JUICIO CLÍNICO:



Mastitis aguda puerperal

Mastitis puerperal

La mastitis es la inflamación del tejido mamario, que puede estar asociada o no a infección y coincidir o no con la lactancia materna, siendo más frecuente en este caso.

Epidemiología: ocurre en el 10% de las lactancias.

El 95% 3 meses, sobre todo entre la 2o-3osemana postparto.

Existe una mayor incidencia en primíparas.

Tiene una tasa de recurrencia del 4-8% y generalmente es unilateral.

Manifestaciones clínicas:

→inflamación, dolor e ingurgitación en la mama, aumento de la sensibilidad, acompañado de síntomas generales como fiebre, escalofríos, mialgias, artralgias y malestar general. En un 10% puede haber linfadenopatía axilar reactiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

→ El diagnóstico de la mastitis es CLÍNICO y en general no precisa pruebas complementarias.

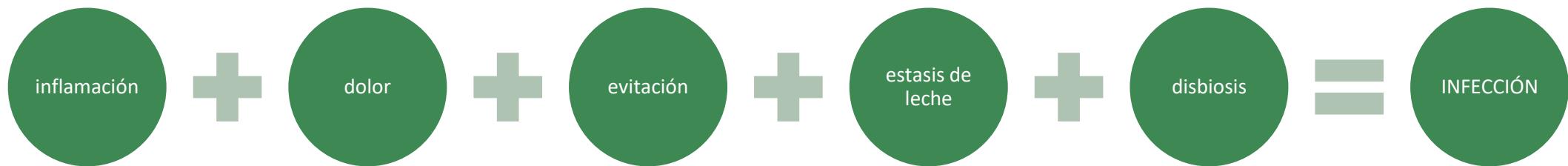
→ Ecografía: método más eficaz para el diagnóstico diferencial entre la mastitis y el absceso mamario cuando la mastitis no responde a tratamiento antibiótico en 48-72 horas.

- Ingurgitación mamaria → 2-4 o día postparto, bilateral, autolimitada y con ausencia de fiebre.
- Conducto obstruido → zona elongada indurada y dolorosa al tacto.
- Absceso mamario
- Galactocele

Etiología



Contexto → estasis de leche o drenaje deficiente de la mama → sobrecrecimiento bacteriano



Microbiota mamaria:

La leche materna → no es estéril (microbiota mamaria)

Esta es de naturaleza transitoria ya que la glándula solo secreta fluido desde el último trimestre de la gestación hasta el destete.

Las especies más frecuentemente aisladas en leche materna son:

- estafilococo
- Estroptococos
- enterococo lactococo
- Lactobacilos

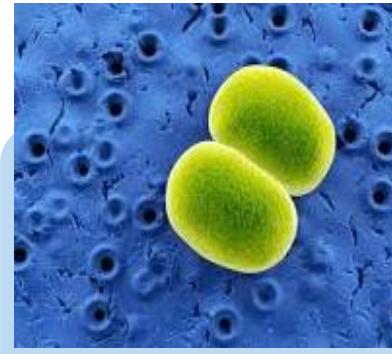
→ por lo que estos se consideran actualmente LA MICROBIOTA NATURAL DE LA LECHE MATERNA.

Microbiología de la mastitis:



S. Aureus

- Mastitis aguda
- Absceso



S. epidermidis

- Mastitis subagudas



Streptococcus
mitis, salivarius
Enterococcus
Corynebacterium

Interpretación de los resultados del cultivo de leche

	Leucocitos < 10^6/ml de leche	Leucocitos > 10^6/ml de leche
Bacterias < 2×10^3/ml de leche	Estasis de leche	Mastitis no infecciosa
Bacterias > 2×10^3/ml de leche		Mastititis infecciosa



Medidas preventivas:

→Aseguran un adecuado vaciamiento de la mama y por consiguiente prevención de mastitis y abscesos:

- Ofrecer el pecho a demanda del bebé, amamantar frecuentemente empezando por el lado afecto.
- Evitar sujetadores y ropa ajustada que comprima la mama.
- Extracción de la leche residual si el vaciado no es completo o se trata de lactancia mixta.
- Adecuada higiene de manos de la madre.
- Tratamiento de las grietas infectadas con antibioterapia tópica (mupirocina 2%) y si no existe mejoría, tratamiento sistémico.
- Educación maternal respecto a una adecuada técnica de lactancia así como identificación de ingurgitación mamaria, estasis, inflamación o signos de mastitis.
- En mujeres con antecedentes de mastitis durante la lactancia, la administración de probióticos (*lactobacillus*) en las últimas semanas de gestación disminuye la probabilidad de recurrencia.

Tratamiento de la mastitis

01

Antiinflamatorios

02

Aplicación calor antes de la toma, mejorará el flujo de leche y compresas frías tras la misma para mejorar el dolor y el edema.

03

Masajear el pecho durante la toma en dirección al pezón.

**NO SE RECOMIENDA
EL CESE DE LA
LACTANCIA**

04

Estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo demuestran el beneficio de Lactobacillus salivarius y L. fermentum en parámetros microbiológicos como reducción de Staphylococcus y parámetros clínicos como reducción de mastitis (51%) y dolor.

05

Tratamiento ATB : la mastitis con síntomas leves debe tratarse inicialmente con medidas conservadoras y en caso de no respuesta tras 24- 48 horas añadir tratamiento antibiótico.

06

Si se sospecha mastitis aguda infecciosa se debe iniciar de forma precoz el tratamiento antibiótico junto a las medidas conservadoras.

Pautas antibióticas recomendadas:

Infección no grave sin factores de riesgo para SARM (S.Aureus meticilin resistente):

- Cloxacilina (500mg / 6h)
- Cefalexina (500mg/6h)
- Alergia a betalactámicos: Clindamicina (300-450mg /8h)

Infección no grave con factores de riesgo para SARM:

- Clindamicina (300-450mg/8h)
- Trimetoprim-sulfametoazol (160/800mg/12h).

→Precaución en prematuros, recién nacidos con hiperbilirrubinemia (puede provocar ictericia y kernicterus) y déficit de glucosa G fosfatodeshidrogenasa

Si hay criterios de infección grave:

- inestabilidad hemodinámica
- se trata de una infección nosocomial
- o no hay buena respuesta al tratamiento ambulatorio inicial

INGRESO Y ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DEL TRATAMIENTO.

ATB recomendado:

- Vancomicina (15-20mg/kg/iv c/8-12h, sin exceder los 2g por dosis)
- Antibioterapia específica en función del antibiograma.

Duración 10- 14 días (dism. Riesgo de recurrencia)
Regímenes cortos 5-7 (respuesta rápida y completa)
No mejoría en 48-72 horas (abceso)

ABCESO MAMARIO

Colección localizada de exudado inflamatorio en el tejido mamario.

SOSPECHA: progresión de la infección y persistencia de una zona enrojecida, dolorosa, bien definida y fluctuante, a pesar del tratamiento.

Epidemiología: incidencia del 3-11% como complicación de una mastitis aguda.

Microbiología: al igual que en las mastitis, el *Staphylococcus aureus* es el más frecuente.

Manifestación clínica: inflamación localizada y dolorosa de la mama asociada con fiebre y malestar general, junto con una masa palpable, sensible y dolorosa.

Diagnóstico y tratamiento:

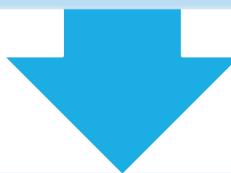


Clínico apoyado por pruebas complementarias como:

Ecografía: Colección hipoeucogénica bien delimitada e irregular.

PAAF: Salida de material purulento.

Cultivo de leche materna: nos aporta el diagnóstico microbiológico y el tratamiento.



Tratamiento: el manejo consiste en el drenaje junto con antibióticos frente a estafilococo.

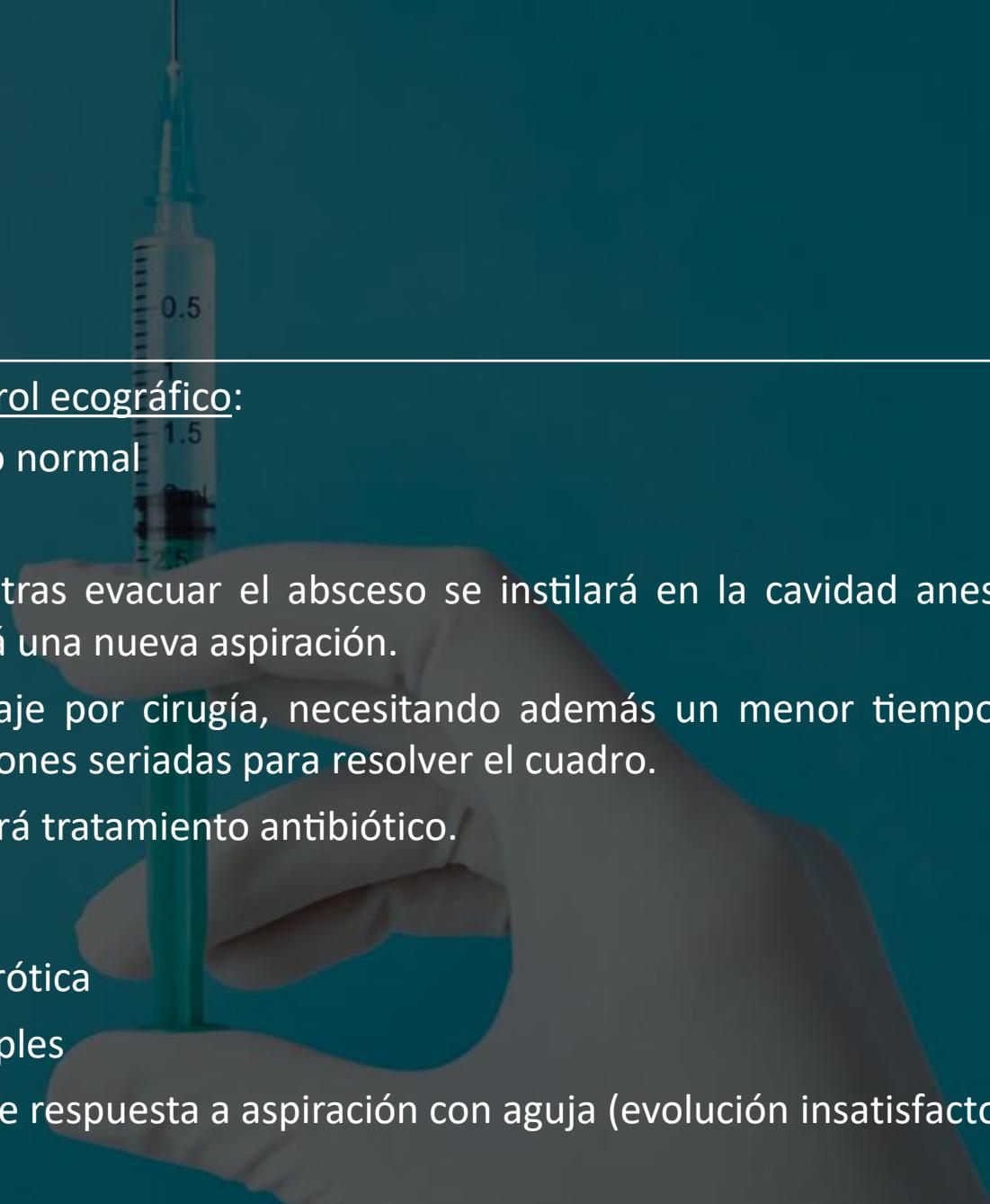
Drenaje

- Aspiración con aguja fina bajo control ecográfico:

- la piel adyacente tiene un aspecto normal
- tamaño es menor de 5 cm
 - Se realiza con anestesia local, tras evacuar el absceso se instilará en la cavidad anestésico local para diluir el material purulento y se realizará una nueva aspiración.
 - Es igual de eficaz que el drenaje por cirugía, necesitando además un menor tiempo de curación. Aunque es posible necesitar varias aspiraciones seriadas para resolver el cuadro.
 - Simultáneamente se administrará tratamiento antibiótico.

- Drenaje quirúrgico:

- Piel circundante: isquémica o necrótica
- Abscesos mayores a 5 cm o múltiples
- Resistencia a antibióticos o falta de respuesta a aspiración con aguja (evolución insatisfactoria tras una semana).



ATB

Antibioterapia: mismo régimen que las mastitis puerperales (tratamiento empírico activo frente al *S. aureus*) y posteriormente adecuar al resultado del cultivo y antibiograma.

Duración del tratamiento de 10 a 14 días desde el drenaje.

NO ESTÁ INDICADO SUSPENDER LA LACTANCIA MATERNA

→Es importante realizar un vaciamiento adecuado de la mama afecta mediante sacaleches o expresión manual y manteniendo la lactancia materna del pecho mediante la succión del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eusebio Murillo E de. Protocolo diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018;12(59):3474-9. doi:10.1016/j.med.2018.06.
2. 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.
3. Martín JM, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Actas Dermo- Sifiliográficas [Internet]. 2009 Feb 1;100(1):22–32.
4. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Infecciones de la mama relacionadas con la lactancia. Guía de Asistencia Práctica SEGO. Actualizado en octubre 2018. Disponible en: www.sego.es
5. Mastitis y abceso mamario lactacional. Guía prioam 2018 (<http://guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>)
6. Chen Chen, Li-bo Luo, Dan Gao, Rui Qu, You-ming Guo, Jin-long Huo, et al. Surgical drainage of lactational breast abscess with ultrasound guided Encor vacuum-assisted breast biopsy system. The Breast Journal. 2019
7. J. Michael Dixon. Lactational mastitis. Uptodate [Internet]. Junio 2018. Disponible en: www.uptodate.com