

Vaginosis citolítica: una entidad clínica poco conocida

Drs. Armando Guevara*,**, Verónica Santiago*, Anggie Domínguez*

INTRODUCCIÓN

La flora vaginal normal está constituida principalmente por especies de lactobacilos, estos y sus productos metabólicos son los garantes del equilibrio y protección del medio ambiente vaginal. Cuando existe un sobrecrecimiento de estos microorganismos, se genera un desbalance del ecosistema vaginal y se produce la entidad clínica denominada vaginosis citolítica, que se caracteriza por ocasionar un cuadro clínico indistinguible de la vulvovaginitis candidiásica. Existen muy pocos estudios sobre la fisiopatología y prevalencia de la vaginosis citolítica, lo que ha conllevado a que esta afección sea poco conocida y por ende, diagnosticada y tratada de forma incorrecta, ocasionando que las pacientes acudan repetidamente a su médico con un cuadro clínico recidivante de difícil manejo que constituye un verdadero problema tanto para las pacientes como para el clínico.

El ecosistema vaginal

El ecosistema vaginal normal es un conjunto de interrelaciones entre el ambiente, la microflora endógena y los productos de su metabolismo, que a su vez está influido por el pH y los estrógenos (1,2). La vagina es considerada como un órgano depurador, caracterizado por poseer una barrera microbiológica que le permite evitar la colonización y desarrollo de microorganismos patógenos. La microflora vaginal normal está constituida predominantemente por lactobacilos de tamaño variable, que tienen formas muy variadas y se caracterizan por ser desde muy alargadas a cortas y desde rectas a curvadas, incluso

espiriladas. Estos mantienen el pH vaginal ácido, el cual provee protección contra las infecciones y controla el sobrecrecimiento de *Escherichia coli*, *Candida* spp., *Gardnerella vaginalis* y *Mobiluncus* spp. que también pueden formar parte de este ecosistema (3,4). Los lactobacilos se caracterizan por ser bacterias grampositivas, no esporuladas y con un gran catabolismo de los azúcares, estrictamente fermentativo, cuyo producto final predominante son ácidos orgánicos, en especial el ácido láctico (4,5).

Los lactobacilos, de los cuales existen aproximadamente 45 especies, tienen varios mecanismos que le permiten colonizar y proteger la mucosa vaginal de la reproducción excesiva de los microorganismos patógenos como la adherencia específica a las células epiteliales y a dichos patógenos, la producción de compuestos antimicrobianos como los ácidos orgánicos, peróxido de hidrógeno, bacteriocinas y agentes tensioactivos (5), conformando así una barrera de protección que va a depender principalmente de un pH que varía a lo largo del ciclo menstrual y en las diferentes etapas de la vida de la mujer, de tal manera que el pH vaginal aumenta en la niñez y en la vejez, disminuyendo la función protectora por ser innecesaria. Sin embargo, esta función se incrementa en la etapa reproductiva (1,2).

El mecanismo de acidificación vaginal está regulado por el eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovarios, creando así una respuesta endógena de segregación, regulada por los estrógenos y la progesterona. Estos últimos generan una respuesta a nivel del tracto vaginal produciendo la acumulación de glucógeno en las células intermedias del epitelio vaginal, con posterior descamación y citólisis; en consecuencia, se genera la liberación de glucógeno que será degradado y convertido en ácido láctico por los lactobacilos, transformando el medio vaginal en un ambiente ácido cuyo pH oscila entre 3,8 y 4,5

*Departamento de Parasitología y Microbiología. Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Batistini". Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar, Venezuela.

**Unidad de Infectología y Microbiología Médica. Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar, Venezuela.

(1,4,5). Las células epiteliales de la vagina podrían facilitar este proceso ya que son capaces de degradar el glucógeno hasta glucosa, que posteriormente será fermentada por los lactobacilos para generar ácido láctico (5).

Vaginosis citolítica

La existencia del sobrecrecimiento de los lactobacilos en la vagina fue descrita como una entidad clínica primeramente por Cibley y Cibley en 1982, y lo denominaron citólisis de Döderlein. Los síntomas de esta afección se asemejan a los que se presentan en las infecciones micóticas vaginales y el diagnóstico diferencial se realiza a través de un preparado en fresco y su observación en el microscopio (6-12). Posteriormente Cibley y Cibley consideraron que el término vaginosis citolítica era el más adecuado para definir a esta afección ya que el nombre de citólisis de Doderlein se refería solo a los lactobacilos de Döderlein y hoy en día se han identificado otras especies de lactobacilos habitantes del ecosistema vaginal (6).

La vaginosis citolítica se presenta frecuentemente en mujeres de edad reproductiva, debido al sobrecrecimiento de los lactobacilos, lo que ocasiona un aumento en la cantidad de ácido láctico producido con la consecuente disminución del pH vaginal y la aparición del cuadro clínico, el cual se intensifica durante la fase luteínica y desaparece con la menstruación para reaparecer pocos días después (1,6,9,10,13-16).

Los síntomas de vaginosis citolítica son muy similares a los que se presentan en la vulvovaginitis candidiásica e incluyen prurito, dolor vulvar, disuria, dispareunia, ardor vaginal y vulvar y abundante leucorrea de aspecto grumoso como “leche cortada” (Cuadro 1) (1,6,7,10,11,15-18). Durante el examen físico, la vulva puede mostrar signos de edema y eritema; también puede haber una cantidad variable de secreción blanca presente en el introito vaginal (6,7,19).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de vaginosis citolítica se requiere tener presente el antecedente de un cuadro clínico semejante a la vulvovaginitis candidiásica que se ha presentado de manera repetida en los últimos ciclos menstruales, las fallas repetidas del tratamiento antifúngico y el examen microscópico de la secreción vaginal; en este se observa un abundante número de lactobacilos, pocos o ningún leucocito, evidencia de citólisis de células epiteliales resultando sus

Cuadro 1

Criterios clínicos para el diagnóstico de vaginosis citolítica

Prurito, ardor y/o dolor vaginal
Disuria
Dispareunia
Leucorrea grumosa como “leche cortada”
pH vaginal entre 3,5 y 4,5
Test del aroma o de aminas negativo negativo
Vulvovaginitis candidiásica a repetición
“resistente al tratamiento antifúngico”

bordes pobremente definidos y sus núcleos libres, fragmentados y claros, y ausencia de los patógenos asociados a vaginosis bacteriana, *Trichomonas* spp. o *Candida* spp. (Cuadro 2) (4,6-8,13,15-19).

En el examen microscópico puede observarse que los lactobacilos habitualmente se ubican adheridos a los bordes fragmentados de las células epiteliales, semejándose a las células “claves” de vaginosis bacteriana por lo que se les da el nombre de “falsas células claves” y consecuentemente puede suceder que observadores inexpertos se equivoquen sugiriendo la presencia de las células claves cuando están examinando el preparado en fresco (Cuadro 2) (1,7,10,13,17). También, es importante la evaluación del pH vaginal, que puede estar entre 3,5 y 4,5 (4,7,10,11,13-16) y la realización del test de aroma o de aminas que resulta negativo en la vaginosis citolítica, lo que implica un factor importante para descartar vaginosis bacteriana (13-15).

La mayoría de las pacientes que presentan vaginosis citolítica son diagnosticadas inicialmente como portadoras de vulvovaginitis candidiásica, solo por la impresión clínica, y por ende, tratadas con antimicóticos, con la subsecuente falla terapéutica. Este diagnóstico errado puede llevar a la paciente a visitar repetidamente a su médico, debido a las molestias que le provocan sus síntomas, y en la mayoría de los casos son posteriormente catalogadas como portadoras de vulvovaginitis candidiásica crónica resistente a los medicamentos antifúngicos, y esto significa que las pacientes van a ser tratadas con más drogas inútiles para la vaginosis citolítica (4,9,10,12-16,18,19).

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la vaginosis citolítica es disminuir la acidez y elevar el pH del medio vaginal, reduciendo el número de lactobacilos mediante el uso de duchas vaginales o baños de asiento

VAGINOSIS CITOLÍTICA

Cuadro 2

Criterios microscópicos para el diagnóstico de vaginosis citolítica

Examen directo	Coloración de Gram
Células epiteliales planas con bordes irregulares o difusos.	Células epiteliales planas con bordes irregulares o difusos.
Presencia de núcleos de células epiteliales (núcleos desnudos).	Presencia de núcleos de células epiteliales (núcleos desnudos). Presencia de restos celulares.
Leucocitos polimorfonucleares ausentes o escasos (0-5xc/40X).	Leucocitos polimorfonucleares ausentes o escasos (0-1xc/100X).
Flora vaginal compuesta solo por formas bacilares (ausencia de levaduras, tricomonas y bacterias cocoides).	Flora vaginal compuesta solo por bacilos grampositivos.
Puede haber presencia de “falsas células claves”.	Puede encontrarse células epiteliales con bacilos grampositivos adheridos en su superficie (“falsas células clave”).

conteniendo bicarbonato de sodio, que proporcionan alivio y mejoría de los síntomas (6,7,10,13,15,17). El tratamiento consiste en realizar baños de asientos 1 o 2 veces por semana, en una solución preparada con una cucharadita de bicarbonato de sodio (30 a 60 g) en un litro de agua tibia. En los casos recidivantes se recomienda usar los baños de asiento 2 a 3 veces durante la primera semana y luego de 1 a 2 veces por semana; conteniendo 2 a 4 cucharadas de bicarbonato de sodio diluido por cada litro de agua tibia. Las pacientes tratadas con estas medidas obtienen alivio en los síntomas. Las mujeres que tienen síntomas recurrentes deben iniciar la aplicación de las duchas vaginales o baños de asiento 24 a 48 horas antes de la aparición de los mismos (1,6,7,10-14,18). Es preferible el uso de baños de asiento, puesto que las duchas vaginales pueden introducir patógenos en el tracto vaginal e incrementar el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico (7).

Como medidas coadyuvantes del tratamiento se podría recomendar la abstinencia sexual hasta la remisión de los síntomas, evitar el uso de jabón durante el aseo genital; el uso de ropa interior de algodón y la disminución del consumo de carbohidratos.

En conclusión, la vaginosis citolítica es una patología poco conocida que produce un cuadro clínico similar al ocasionado por la vulvovaginitis

candidiásica, que requiere un alto índice de sospecha clínica y el apoyo del laboratorio de microbiología para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS

1. Korenek P, Britt R, Hawkins C. Differentiation of the vaginosis-bacterial vaginosis, lactobacillosis, and cytolytic vaginosis. *Internet J Adv Nurs Pract.* 2003;6(1). Disponible en : <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijanp/vol6n1/vaginosis.xml> [Marzo, 2009].
2. Fernández-Cid A, Fernández-Cid M. El pH vaginal y su importancia clínica. *Gin Obs Clin.* 2004;5:75-80.
3. Donders GGG. Microscopy of the bacterial flora on fresh vaginal smears. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1999;7:177-179.
4. Donders GGG. Definition and classification of abnormal vaginal flora. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21:355-373.
5. Martín R, Soberón N, Vázquez F, Suárez JE. La microbiota vaginal: composición, papel protector, patología asociada y perspectivas terapéuticas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008;26:160-167.
6. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:1245-1249.
7. Hutti MH, Hoffman C. Cytolytic vaginosis: An overlooked cause of cyclic vaginal itching and burning. *J Am Acad Nurse Pract.* 2000;12:55-57.
8. Demirezen, S. Cytolytic vaginosis: Examination

- of 2 947 vaginal smears. *Cent Eur J Public Health*. 2003;11:23-24.
9. Secor RM. Cytolytic vaginosis: A common cause of cyclic vulvovaginitis. *Nurse Pract Forum*. 1992;3:145-148.
 10. Paavonen J. Diagnosis and treatment of vulvodynia. *Ann Med*. 1995;27:175-181.
 11. Edwards L. The diagnosis and treatment of infectious vaginitis. *Dermatol Ther*. 2004;17:102-110.
 12. Ramírez-Santos A, Pereiro M, Toribio J. Vulvovaginitis de repetición. Valoración diagnóstica y manejo terapéutico. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:190-198.
 13. Cerikcioglu N, Beksac S. Cytolytic vaginosis: Misdiagnosed as candidal vaginitis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2004;12:13-16.
 14. Hills RL. Cytolytic vaginosis and lactobacillosis. *Nurse Pract*. 2007;15:45-48.
 15. Suresh A, Rajesh A, Bhat R, Rai Y. Cytolytic vaginosis: A review. *Indian J Sex Transm Dis*. 2009;30:48-50.
 16. Ricci P, Contreras ML, Contreras SL. Vaginosis citolítica: un diagnóstico diferencial poco frecuente de vulvovaginitis micótica a repetición. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75:194-198.
 17. Paavonen J. Vulvodynia a complex syndrome of vulvar pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995;74:243-247.
 18. Andrist LC. Vaginal health and infections. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;30:306-315.
 19. French L, Horton J, Matousek M. Abnormal vaginal discharge: Using office diagnostic testing more effectively. *J Fam Pract*. 2004;53:806-814.

Correspondencia a:
Dr. Armando Guevara
E-mail agvillefort@yahoo.com

Nuevas advertencias de la FDA contra el uso de terbutalina para tratar el trabajo de parto pretérmino

La *Food and Drug Administration* (FDA) de EE.UU está advirtiendo al público que la terbutalina inyectable no debe administrarse a las embarazadas para la prevención o el tratamiento prolongado (más allá de 48-72 horas) de trabajo de parto pretérmino, ya sea en el hospital o ambulatorio debido a la posibilidad de graves problemas cardíacos y muerte materna. La agencia está solicitando que se coloque un recuadro de advertencia y contraindicación a la etiqueta de las ampollas para inyección de terbutalina para advertir contra este uso. Además, la terbutalina oral no debe utilizarse para la prevención o tratamiento del parto pretérmino, ya que no se ha demostrado su eficacia y tiene igualmente problemas de seguridad. La agencia también requiere que se agregue un recuadro de advertencia y contraindicación el empaque de las tabletas de terbutalina para advertir contra este uso.

La terbutalina ha sido aprobada para prevenir y tratar el broncoespasmo asociado con el asma, la bronquitis y el enfisema. El medicamento se utiliza a veces fuera de sus indicaciones (un uso no aprobado) para usos obstétricos de emergencia, incluyendo el tratamiento de parto pretérmino y el tratamiento de la hiperestimulación uterina. La terbutalina también se ha utilizado fuera de su uso aprobado durante largos períodos en un intento de prevenir el parto pretérmino recurrente.

Apesar de que clínicamente se considere apropiado, según el criterio del profesional médico, administrar terbutalina por inyección en situaciones de urgencia obstétrica e individual en un entorno hospitalario, el uso prolongado de este medicamento para prevenir el trabajo de parto pretérmino recurrente puede dar lugar a problemas cardíacos y la muerte materna. La terbutalina no debe utilizarse en el ámbito ambulatorio ni en el hogar.

La decisión de exigir la adición de un recuadro de advertencia y contraindicación se basa en la nueva información de seguridad recibida y revisada por la FDA. En concreto, la FDA ha revisado los informes post-comercialización de seguridad de la terbutalina utilizada para indicaciones obstétricas, así como los datos de la literatura médica. Estos cambios en la etiqueta son consistentes con las declaraciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

Fecha: Febrero 17, 2011

Fuente: FDA Drug Safety Communication: New warnings against use of terbutaline to treat preterm labor. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm243539.htm>

Traducción: R. Pérez D'Gregorio