

7

CERVICITIS

Santiago Estrada *

RESUMEN

Se hace una revisión corta y actualizada en el tema de Cervicitis, enfocada especialmente a los aspectos etiopatogénicos, clínicos, diagnóstico por laboratorio de acuerdo con los niveles de atención I, II y III, y tratamiento.

Palabras clave: Cervicitis, etiopatogenia, manifestaciones clínicas, laboratorio y tratamiento.

ABSTRACT

A short and actualized revision on the subject of Cervicitis is done focusing especially on the etiopathogenic, clinical, and diagnostic aspects through laboratory evaluation according to levels I, II, and III of attention and treatment.

Key words: Cervicitis, etiopathogenia, clinical manifestation, laboratory and treatment.

.....
* *Microbiólogo Laboratorio Departamental de Salud Pública, Medellín, Colombia, S.A.*

Separatas: Apartado Aéreo 62320 Medellín, Colombia, S.A.

INTRODUCCIÓN

Por la influencia de los estrógenos, el epitelio vaginal normal se cornifica y llega a ser relativamente resistente a la infección por un número importante de patógenos. El endocervix, sin embargo, posee un epitelio lineal columnar, el cual lo hace susceptible a muchas de estas infecciones, situaciones estas que permiten que se presenten cervicitis sin inflamación de la vagina y viceversa. El eritema alrededor del cervix indica o infección o meramente representa ectropión (conocido antes como erosión o eversión), este término indica migración del epitelio endocervical sobre la superficie del cervix. Este tipo de lesión es más común en mujeres que toman anticonceptivos orales lo que incrementa la cantidad de epitelio columnar y favorece las infecciones por clamidia (1, 2). Para el clínico a veces no es posible diferenciar ectropión de una verdadera infección (1).

La secreción cervical normal es limpia, clara y mucoide; la purulenta o mucopurulenta, se asocia a infecciones por gonococo o clamidia (1). La infección del cérvix representa el reservorio para la transmisión sexual o perinatal y podría llegar a producir complicaciones en la mujer: 1. La diseminación ascendente intraluminal de estos microorganismos desde el cérvix, produce endometritis y salpingitis en la mujer no embarazada 2. En la mujer embarazada pueden dar corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, nacimientos prematuros, infección del líquido amniótico e infección puerperal (2).

ETIOPATOGENIA

La inflamación del cuello uterino recibe dos denominaciones, según comprometa el endo o el exocervix. La exocervicitis acompaña a menudo a las vaginitis por *Trichomonas vaginalis* o por *Candida spp.* Otro agente etiológico de esta forma de cervicitis es el virus herpes simplex, que causa en el cuello lesiones ulcerativas y necróticas; este mismo virus puede ser también responsable de endocervicitis. La endocervicitis también denominada cervicitis mucopurulenta, puede deberse además del herpes a infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* o por *Chlamydia trachomatis* (2, 4). Además de los microorganismos anteriores, existen algunos informes de casos aislados de cervicitis causadas por adenovirus, virus del sarampión, citomegalovirus, *Enterobius vermicularis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria meningitidis*, amebas, estreptococo del grupo B y actinomicetos, este último asociado al uso de dispositivo intrauterino (1).

***Neisseria gonorrhoeae*:** Es un coco gramnegativo, no móvil, no formador de esporas, el cual crece característicamente en pares (diplococo), con sus bordes adyacentes aplanados. En los extendidos el tamaño de la bacteria es de 0.8 a 1.0 micras de diámetro (5, 6) *N. gonorrhoeae* infecta primariamente el epitelio no cornificado, adhiriéndose a éste a través de los pilis y la proteína II, luego en 24 a 48 horas por la penetración del organismo a través de la pinocitosis por las células de la submucosa, éstas se van dañando progresivamente, lo que despierta una respuesta leucocitaria abundante, con formación de microabscesos y salida de material purulento a la luz del órgano infectado (6).

Chlamydia trachomatis: Las clamidias son bacterias intracelulares, carecen de capacidad para sintetizar compuestos ricos en energía, por lo que necesitan de una célula hospedera, de donde toman el ATP y los nutrientes. Para cumplir su ciclo pasan por las etapas de cuerpo elemental y cuerpo reticular; el primero es pequeño, denso, no replicativo, sin actividad metabólica pero capaz de sobrevivir extracelularmente. El último, en contraste, es grande, menos denso, replicativo, con actividad metabólica pero lábil en el medio extracelular (para mayor detalle del ciclo ver referencia 7). Aunque no está totalmente dilucidada la forma *C. trachomatis* produce las enfermedades, se supone que varios hechos contribuyen a ocasionarlas: La destrucción celular, la carencia de un período latente, la respuesta inflamatoria, los mecanismos de inmunopatología e hipersensibilidad y la linfoproliferación (7).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aunque el gonococo y la clamidia son microorganismos diferentes, ambos pueden producir cuadros similares e indistinguibles cuya intensidad de manifestaciones clínicas varía de acuerdo con la respuesta del hospedero frente al huésped y al tamaño del inóculo. Cuando hay manifestaciones clínicas éstas incluyen aumento del flujo vaginal, disuria, sangrado intersticial uterino y menorragia; estos síntomas pueden estar solos o combinados y con intensidad mínima a severa. El examen físico puede ser normal o revelar anomalías en el cuello que incluyen secreción cervical purulenta o mucopurulenta, eritema y edema de la zona de ectropión y mucosa que sangra fácilmente. Al Gram se

observan > de 30 polimorfos nucleares neutrófilos (PMN), por campo de inmersión en el extendido del moco cervical (6, 7).

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

El diagnóstico de laboratorio es la herramienta fundamental para diferenciar la etiología de la cervicitis, para lo cual es necesario tomar una muy buena muestra la cual se hace colocando un espéculo estéril (idealmente desechable), humedecido con agua tibia. Visualizar el cuello e introducir el aplicador en el endocérvix, dejarlo algunos segundos y rotarlo suavemente. Si se va a obtener material para cultivo no es necesario limpiar el pericérvix. Pero si se va a hacer Gram, primero se debe limpiar el pericérvix y el exocérvix con una torunda de algodón o gasa estériles. La muestra para clamidia, se debe tomar de última y siguiendo las instrucciones del fabricante del estuche.

Recuerde que las secreciones vaginales son consideradas líquidos con precaución universal y como tal se deben manejar.

EXÁMENES SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN

I nivel: El Gram es considerado un examen de primer nivel y en cervicitis purulenta por gonococo tiene una sensibilidad entre el 45 y el 70% y una especificidad del 90 al 100% (6, 8, 9, 10). Para el informe en mujeres donde la abundante flora vaginal interfiere con una buena sensibilidad y para evitar confusiones,

se debe informar el Gram como "cocos gram-negativos", además se debe incluir la reacción leucocitaria observada y el predominio de células, informando éstas en forma cuantitativa así: reacción leucocitaria leve, moderada o severa. La descripción de diplococos gram-negativos intracelulares, se debe hacer únicamente cuando se tenga la forma típica de granos de café y se encuentren dentro de los PMN (9). En caso de cervicitis por clamidia el Gram no tiene ningún valor. Cuando se sospecha una cervicitis por virus herpes, se ordenará un test de Tzanck, haciendo un raspado del fondo de la úlcera que permita recoger células epiteliales que al colorearlas con la coloración de Wrigth se observe el efecto citopático de células gigantes, multinucleadas, lo cual se informa como efecto citopático compatible con herpes (10, 11).

II nivel: En el caso de sospecha de cervicitis por gonococo, se ordena cultivo, el cual se toma directamente en el medio de Tayer y Marthin (TM), previa incubación por 24 horas en cámara de CO₂ y se envía al tercer nivel para su identificación y detección de la enzima B lactamasa. En caso de no contar con el medio TM, se puede enviar el aplicador con la muestra en el medio de transporte Aimes. En el caso de clamidia

se toma la muestra en el medio comercial y se procesa siguiendo las instrucciones del fabricante (10, 11).

III nivel: Hace referencia a todos los sistemas de cultivos, tanto para gonococo, como para clamidia y herpes (11).

Recuerde siempre, si tiene alguna duda, llamar al sitio de referencia para pedir la asesoría correspondiente.

TRATAMIENTO

El tratamiento se debe hacer para gonococo y clamidia, si la paciente tiene alto riesgo de infección: Paciente contacto de un hombre con diagnóstico previo, mujer de grupos de riesgo. Tratar únicamente para clamidias si la prevalencia de gonococo en la región es baja.

La droga de elección para cervicitis por gonococo es ciprofloxacina 500 mg. vía oral, dosis única o ceftriaxona 125 mg. im, dosis única especialmente para mujeres en embarazo. Al tratamiento escogido añadir otro para clamidia, con doxiciclina 100 mg. vía oral, dos veces al día por siete días o azitromicina 1.0 g. vía oral, dosis única. En embarazadas, eritromicina 500 mg. vía oral, cuatro veces al día por siete días. Para cervicitis por herpes, dar aciclovir 200 mg. vía oral, cinco veces al día por siete días (12, 13). ■

REFERENCIAS

1. Rein M.F. Vulvovaginitis and Cervicitis. En: Mandell G., Benneth J.E., Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases 4 ed. New York Churchill Livingstone 1995; 1074-1090.
2. Homes K.K. Lower genital tract infections in women: Cystitis, urethritis, vulvovaginitis and cervicitis. En: Holmes K.K., Mardh, P - A, Sparling PF, et al. Sexually transmitted disease 2ed. New York; McGraw-Hill 1990: 727-545.
3. Díaz F. Cervicitis. En: Díaz F., Ospina S., Orozco B., Estrada S. Enfermedades de transmisión sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín. CIB. 1995: 127 - 128.
4. Estrada S. Urethritis, Cervicitis y otras infecciones no gonocócicas. En: Restrepo M., Velásquez G. Protocolo para la atención integral de las enfermedades de transmisión sexual. Medellín. DSSA - Intersida. 1995: 109 - 119.
5. Ospina S., Estrada S. Cocos gram - negativo. *Neisseria gonorrhoeae*. En: Restrepo A., Robledo J., Bedoya VI. et al. Enfermedades infecciosas 5ta. ed. Medellín. CIB 1996: 398 - 402.
6. Estrada S. Enfermedades producidas por *Neisseria gonorrhoeae*. En: Díaz F., Ospina S., Orozco B., Estrada S. Enfermedades de transmisión sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín, CIB 1995: 29 - 37.
7. Díaz F. Enfermedades producidas por *Chlamydia trachomatis*. En: Díaz F., Ospina S., Orozco B., Estrada S. Enfermedades de transmisión sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín CIB. 1995: 38 - 43.
8. Hook III E.W., Handsfield H.H. Gonococcal infections in the adult. En: Holmes K.K., Mardh, P -A, Sparlings PF, et al. Sexually transmitted diseases 2ed. New York; MacGraw-Hill 1990: 149 - 165.
9. Ebret J.M., Judson F.M. Gonorrhoea. En: Wentworth B.B., Judson F.M., Gilchrist M.J.R. Laboratory Methods for the diagnosis of sexually transmitted Diseases 2ed. A.P.H.A. 1991: 54 - 94.
10. Sng E - H. Necessary laboratory support at the peripheral, regional and national levels in developing countries. En: Holmes K.K. Mardh P - A., Sparling P.F., et al. Sexually transmitted diseases 2ed. New York, McGraw-Hill. 1990: 985 - 990.
11. Villar L.A. El Laboratorio como apoyo diagnóstico en las enfermedades de transmisión sexual. En: Díaz F., Ospina S., Orozco B., Estrada S. Enfermedades de transmisión sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín. CIB 1995: 265 - 268.
12. Center for Disease Control and Prevention 1993. Sexually transmitted disease treatment guidelines. MMWR. 1993; 42(No. RR - 14): 49-55.
13. Ospina S., Estrada S. Enfoque terapéutico de las enfermedades de transmisión sexual. En: Díaz F., Ospina S., Orozco B., Estrada S. Enfermedades de Transmisión sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín. CIB 1995: 269 - 286.