

CLASE FISILOGIA FLORA BACTERIANA – ROTACION GINECOLOGIA HSJDD.

Dr. NAVARRO.

RESUMEN EDITADO POR: JESUS FERNANDO DOMINGUEZ H MEDICINA USC 4 AÑO.

Debemos de empezar y diferenciar en la semiología ginecológica lo que es flujo y lo que es secreción, ambas son diferentes.

La **Secreción** es lo que prácticamente puede salir por tener un tejido dado de acuerdo a sus características fisiológicas especiales y **Flujo** es la manifestación del incremento de esas secreciones pero por algún factor patológico. Se supone que las secreciones eventuales, casuales y dadas son manifestaciones clínicas, en cambio el flujo son de manifestación patológica. En ese orden de ideas debemos de saber porque hay secreciones y porque hay flujo. En que órganos vemos secreciones?, Ejemplo de secreciones tenemos en la cavidad oral, con la producción de saliva de forma activa; en los ojos tenemos secreción conjuntival.

Ahora miremos en que parte de la vagina vamos a encontrar Flujo y para saber de eso debemos de conocer la anatomía. Que es la vagina? Es el órgano que hace parte del aparato reproductor femenino, con él hacen parte los ovarios, las trompas de Falopio, vejiga, etc., como la vagina es un órgano debemos de estudiar la anatomía, fisiología, la bacteriología y la patología.

Ahora debemos de mirar que como es un órgano, cuales son las características de este, pues la vagina es una cavidad, forma parte de la cavidad del conducto de parto, se vuelve cavidad cuando pierde la textura de los tejidos perineales del piso pélvico y que en posición ginecológica se verá más.

La vagina tiene medidas y primero miramos que tiene 4 caras o 4 paredes o 4 lados, una pared o cara anterior, una cara posterior y 2 caras laterales, es importante que existen, porque cuando se van a tomar algunos exámenes, en los diagnósticos hay que diferenciar algunos sitios para poderlos encontrar. La vagina mide 7,5 cm promedio en cara anterior, pero su cara posterior mide 8,5 cm. Porqué es más larga la cara posterior que la anterior? Por su fondo llamado fondo de saco posterior que se relaciona con la cavidad abdominal con el saco de fondo posterior del útero o fondo de Douglas y que nos sirve para explorar también y manipular fácilmente. También se ve un adminículo que interfiere en la cara anterior y por eso la cara posterior es más larga, ese adminículo es el cuello uterino, que cae en la cara posterosuperior de la vagina, y no es como uno cree que el cuello esta en todo el centro y que es fácil de ver por medio del espejo de "graves".



Este espejo de grave, tiene una valva anterior más corta que la valva posterior, con el objeto de que cuando entre y al abrir caiga el cuello en medio de ella y no lo tropiece, entonces al hacer presión el cuello se asoma como si estuviera en el centro de la vagina, pero realmente está en la cara posterosuperior.

En ese orden de ideas, vamos a relacionar como está **delimitada la vagina**. En la **parte posterior** está relacionada con la parte perineal, con el bloque

de la parte posterior de la vagina y con la parte anterior del recto, y está separada del recto por un espacio rectovaginal más o menos por 4 - 5 cm de diámetro y con el objetivo de ser un sitio de expansión y se pueda dar espacio para cuando nazca él bebe y no perturbar el recto.

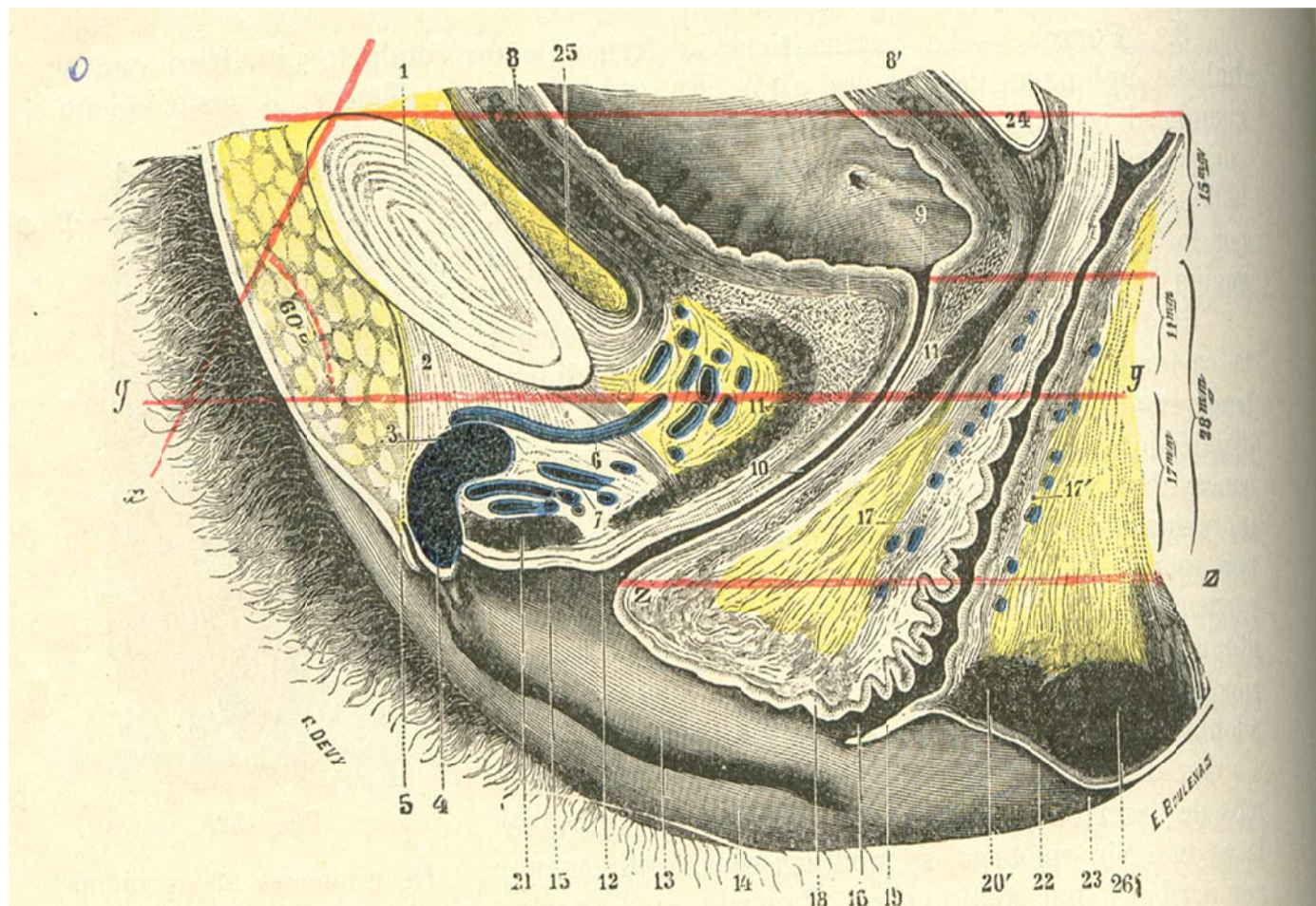


FIG. 1527

Corte vérticomedio de la pelvis en la mujer (cadáver congelado, veinticuatro años, tamaño natural).

1, sínfisis púbica. — 2, ligamento suspensorio del clítoris. — 3, cuerpos cavernosos del clítoris. — 4, 4, extremidad anterior del clítoris (glande). — 5, su capuchón o prepucio. — 6, vena dorsal del clítoris. — 7, plexo venoso intermedio entre el clítoris y el bulbo. — 8, 8', paredes anterior y posterior de la vejiga. — 9, cuello de la vejiga. — 10, uretra. — 11, esfínter externo de la uretra. — 12, meato urinario. — 13, labio menor. — 14, labio mayor. — 15, vestibulo. — 16, orificio inferior de la vagina. — 17, 17', columna anterior y columna posterior de la vagina. — 18, tubérculo vaginal. — 19, himen. — 20, esfínter externo del ano. — 20', constrictor de la vulva. — 21, hacedillos de este último músculo intermedios entre el clítoris y la uretra. — 22, fosa navicular. — 23, horquilla. — 24, fondo de saco vesicouterino. — 25, espacio prevesical.

xx, plano del estrecho superior. — yy, horizontal que pasa por el borde inferior de la sínfisis. — zz, horizontal a nivel del meato urinario.

En la cara anterior se relaciona con la vejiga: el espacio retrouretral y vesical, es decir, con la fascia vesicouterovaginal, los laterales se pierden con los ligamentos de Mackenrodtⁱ.

En otra estructura con un corte transversal, vemos el cuello del útero y la vagina: se estudia para saber el porqué de las secreciones, la vagina termina en el perineo, fosa navicular de la vulva, labios menores y la entrada llamada membrana himeneal.

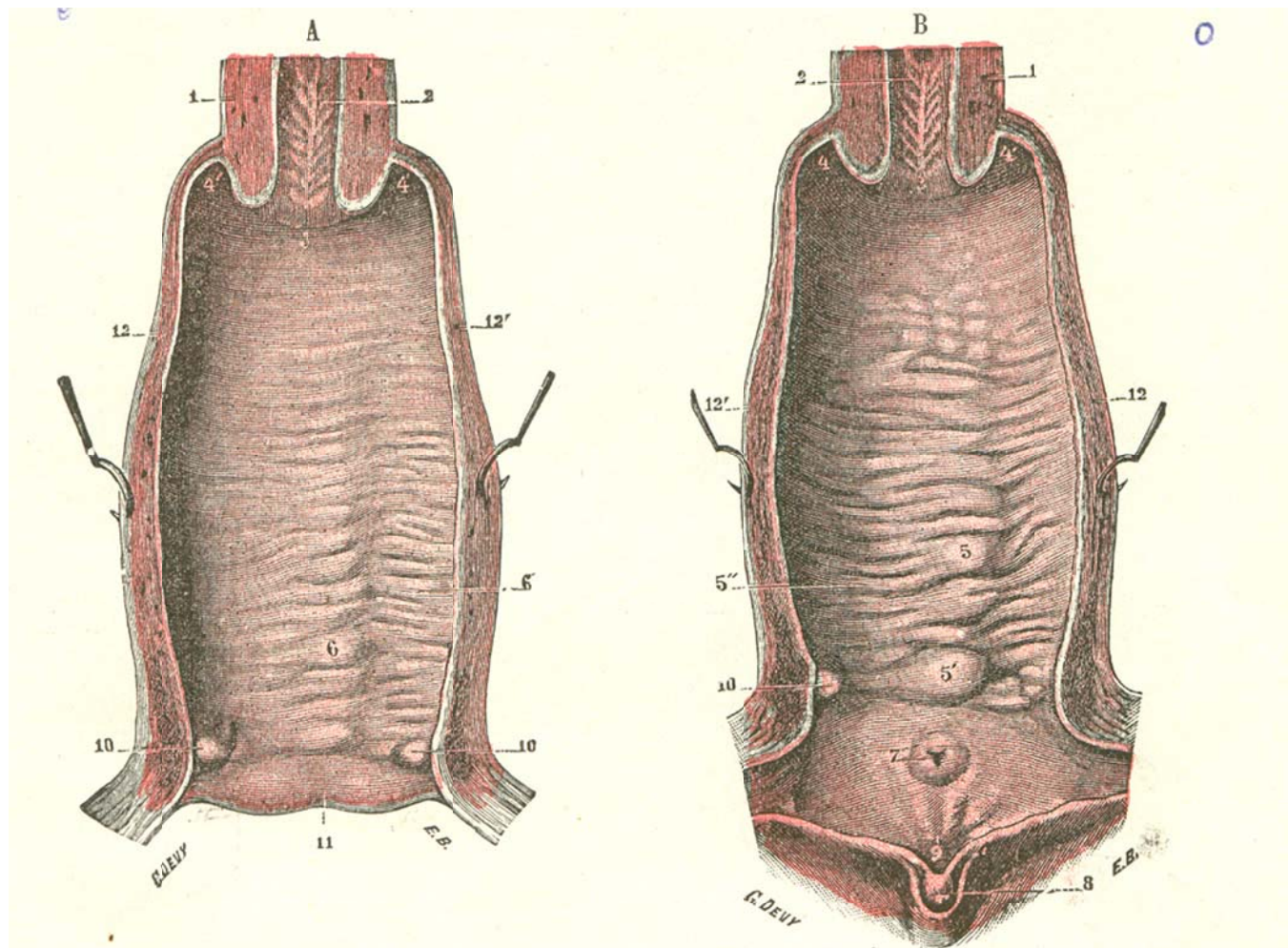


FIG. 1330

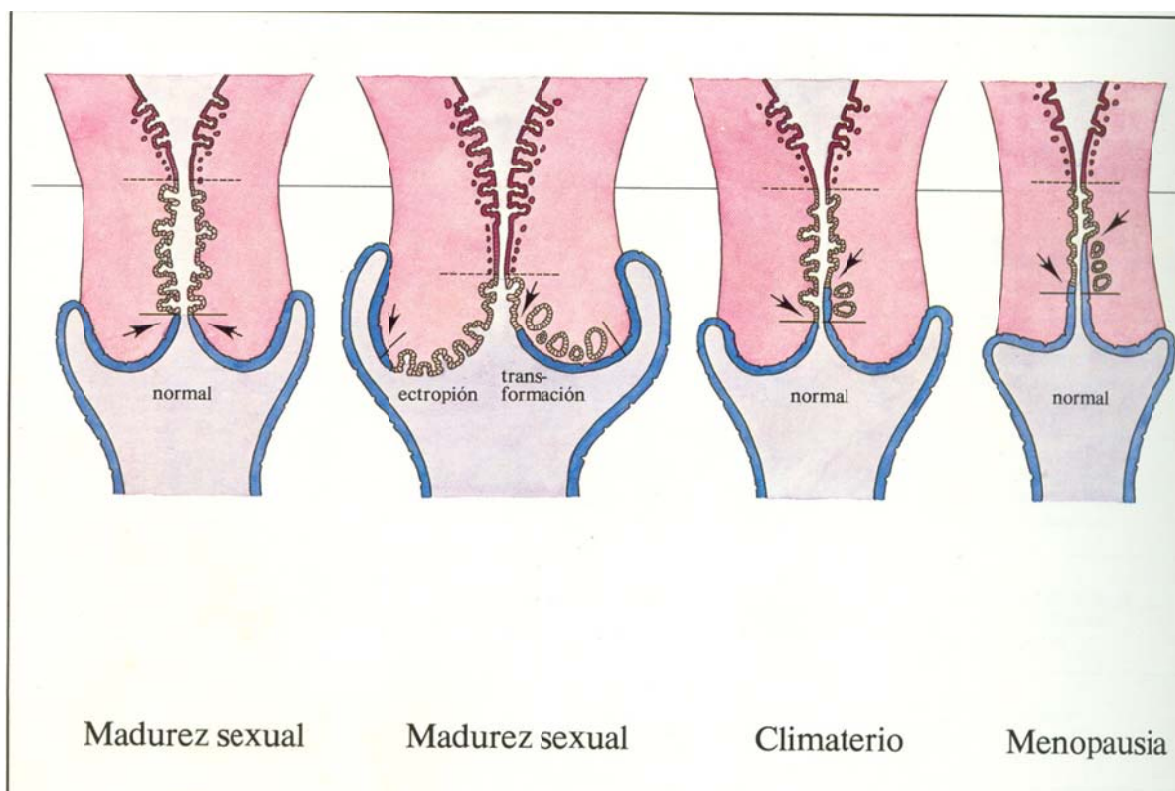
Corte de la vagina a lo largo de sus bordes: A, segmento posterior del corte que muestra la pared posterior del órgano; B, segmento anterior del corte que presenta su pared anterior.

1, cuello uterino. — 2, su cavidad con el relieve del árbol de vida. — 3, orificio del hocico de tenca. — 4, 4', fondos de saco laterales de la vagina. — 5, columna anterior, con: 5', el tubérculo vaginal, y 5'', los pliegues transversales de la pared anterior. — 6, columna posterior, con: 6', pliegues transversales de la pared posterior. — 7, meato urinario. — 8, clitoris. — 9, vestíbulo. — 10, 10', carúnculas mirtiformes. — 11, fosa navicular. — 12, 12', corte de las paredes derecha e izquierda de la vagina.

El himen para qué sirve? Además de saber si una persona es virgen o no, el himen es una membrana fibroelástica llena de capilares especialmente arteriales, frágil, que tiene un orificio en su centro que permite la salida del flujo menstrual, y que cuando es rota ya sea por acción traumática (pene u otros objetos) el himen se rompe, deja unas huellas o restos, **llamados carúnculas himeneales** que sirven para los diagnósticos en caso de violación para el forense. Y que debe hacerse el examen ginecológico en las primeras 48 horas para ver el trauma del himen.

El himen cuando es de un solo roto se dice que es un **himen con orificio único**, pero puede tener una división en la mitad, entonces es un **himen septado** o puede tener en lugar de un septo, múltiples huecos llamado **himen cribiforme**. También podemos encontrar que ese himen no este roto, por lo tanto está cerrado lo llamaremos **himen imperforado**, al no ser perforado la mujer cuando le llegue la primera menstruación va a sentir unos cólicos confundiéndolos con parásitos administrándole tratamiento para estos y analgésicos pasando por desapercibida, cuando llega la 2ª menstruación va ser más intensificado ese dolor y con **hematocolpos** (sangre acumulada en la vagina) abombando la membrana himeneal produciendo más dolor, fiebre, malestar y haciendo a que la paciente consulte y que la solución sea abrirle con anestesia local.

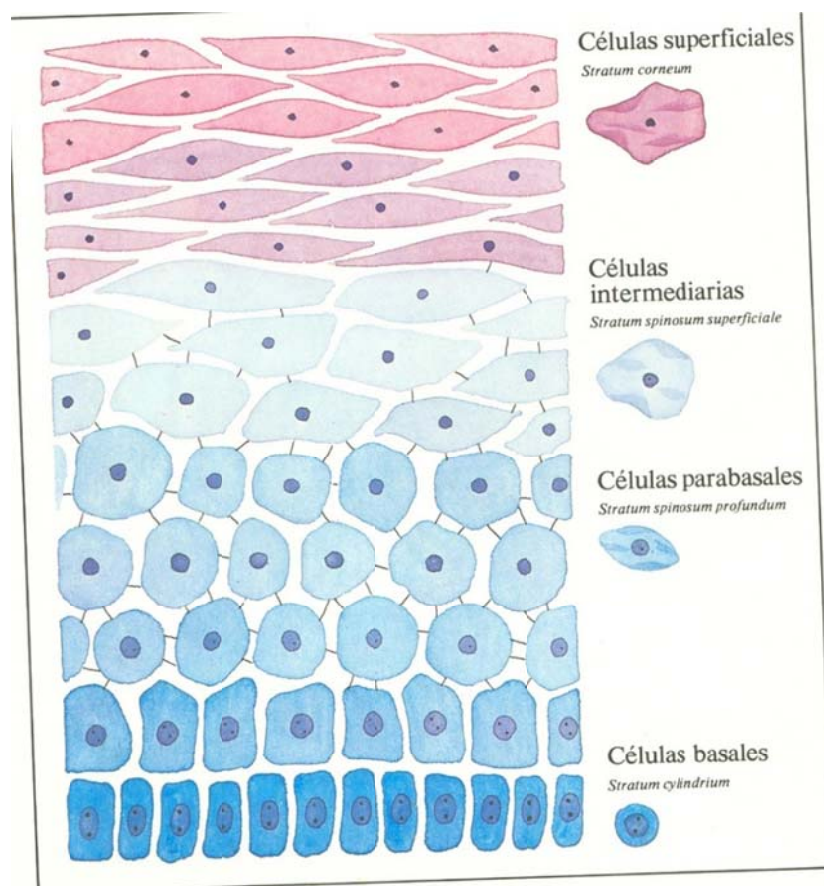
A los lados la vagina se relaciona con músculos del piso pélvico, con el parametrio o lados del útero ricamente innervados con información vascular y nerviosa.



En la parte posterior de la vagina hay unos pliegues como si fueran arrugas que le ayudan a guardar humedad a la vagina por actividad estrogénica sobre la estructura de la mucosa vaginal como un estimulante como actúa en el endometrio manteniendo la vagina húmeda. Estos pliegues tienden a perderse con la actividad sexual y con los partos posteriores que tenga la mujer. Por otra parte, cuando hay congestión en la pelvis debida a un tumor grande, embarazo y debido a cualquier cosa que cause congestión pélvica, vemos que la vagina es irrigada por arterias importantes como lo es la **arteria uterina que da dos ramos: la cervical inferior y la cérvico vaginal**, al hacer tanta vascularización y cuando hay un proceso de congestión pélvica esta circulación se detiene y se aumenta, formando o dando un transudado a nivel de vagina y por eso mantiene húmeda. Porque en la excitación sexual hay secreción? Porque aumenta la congestión, una de las primeras etapas de la

respuesta femenina en la actividad sexual, es la fase de la excitación, y en el momento de la excitación se congestiona la pelvis y al congestionarse hay un transudado que le va a permitir mantenerse húmeda y de acuerdo a los estímulos va a jugar importancia los anexos, como son las glándulas de secreción mucoide (glándulas vestibulares o de bartolino) activándose solo en la excitación sexual, lo mismo cuando se habló de las glándulas cervicales del cérvix, ya que la vagina no tiene glándulas de secreción de ninguna especie.

Ahora vamos a hablar del **ectropión**ⁱⁱ, que es un tejido normal endocervical cilíndrico por fuera del sitio que usualmente debe de estar, porque no ha terminado la maduración del epitelio cervicovaginal, el epitelio de la vagina es plano estratificado pluriestratificado, el del endotelio es un epitelio cilíndrico estratificado, pero la zona de transición es en donde encontramos el ectropión, en las mujeres, no madura su epitelio cervicovaginal sino cuando llegan a los 17 años. Es importante saber esto, ya que por debajo de esta edad están susceptibles de presentar enfermedades del cuello de la matriz, secreciones aumentadas y posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Sobre todo la presencia del cáncer de cuello de la matriz (iniciación temprana de relaciones sexuales no protegidas y múltiples parejas sexuales).



Epitelio de la vagina que inicia con un epitelio cilíndrico, de citoplasma abundante, núcleo grande en las células basales (esta capa basal siempre va a estar presente en la vagina de la mujer), y que con la tinción de shorr (tinción especial para células vaginales) vemos los basófilos de color azul. Después

vemos que las células se van volviendo más grandes, con abundante citoplasma y núcleo más pequeño y que a medida de la acción del estrógeno se van convirtiendo en células aplanadas o naviculares o poliédricas, planas y súper puestas, con núcleo picnótico es decir muy pequeño pero con gran cantidad de citoplasma esto se hace para darle humedad y la simbiosis con los gérmenes normales de la vagina.

MICROBIOLOGIA DE LA VAGINA.

La vagina tiene una gran variedad de flora normal de los cuales son gérmenes normales a ella los Gram positivos, Estafilococos (en una proporción de 100 por campo de Gram, saprofitos de la vagina que se activan de acuerdo a la inmunología de la paciente) y Lactobacilos (bacilo de Doderlein Gram positivo aerobio responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 4.3 a 4.5), que al unirse con el glicógeno producen ácido láctico). No todos los lactobacilos producen ácido láctico sino solo el 80%. Son hormono dependientes, es decir, que si hay un gran poder estrogénico se aumentan para producir ácido láctico.

Otros gérmenes que podemos encontrar son los Gram negativos, la vagina está muy cerca al recto entonces el germen más importante encontrado es la Escherichia Coli, seguido por la shigella.

Otros son los anaerobios que causan los mayores problemas como infecciones en vagina, Peptococos, Peptoesrectococos, Bacteroides (raros y potencialmente dañinos).

Otros son los Hongos como la Cándida Albicans en una proporción de 80 – 90% como saprofito de la vagina, pero inactivos ya que no tienen esporas, al tenerlas se activan y son perjudiciales.

No se encuentran virus y parásitos como gérmenes normales a la vagina ya que si se encuentran estos producen patologías, ósea, son patológicos como lo son las Trichomonas.

A nivel patológico y en ausencia de relaciones sexuales o manipulación vaginal el ecosistema vaginal difícilmente se altera.

Las infecciones que pueden aparecer generalmente son las causadas por hongos y en casos especiales, especialmente en niñas parásitos ya que arrastran la materia fecal de atrás hacia adelante, por tanto, hay que enseñar a hacer muy bien la higiene de los genitales, también al uso inadecuado de los pañales.

COMO SE DIAGNOSTICAN O QUE DIAGNOSTICO SE HACE A NIVEL VAGINAL?

Que enfermedades existen? Habrá tumorales?, si hay de los cuales son benignos, malignos y cancerosos, afortunadamente son menos del 1% de todos los canceres en la mujer. Generalmente la metástasis del cáncer de cérvix que se extiende hacia la vagina o a simple vista sale cáncer escamoso por el papiloma virus que no ha sido detectado tempranamente, y por el simple hecho de que la paciente este histerectomizada no quiere decir que no se le haga citología, hay que hacerlo siempre hasta que la paciente se le negativice totalmente.

El diagnóstico para tumores se hace por screening de la citología vaginal con métodos de interpretación donde se va a hacer tinción de las células obtenidas del cuello de la matriz (endocervix) y parte externa con Papanicolaou y que graduara las células tipo normal, tipo inflamatorio o tipo tumoral.

Tumores benignos tenemos una proyección de tipo fibroso que ocurre a nivel de los vasos que irrigan la vagina llamados pólipos o fibromas vaginales. Después de esto ya no encontramos otros tumores.

LESIONES INFLAMATORIAS.

Por alergias, infección o por cuerpos extraños. Las infecciosas pueden ser: bacterianas y en ella juegan un papel muy importante, los gérmenes de transmisión sexual, dados por vectores (hombre) o cuerpos extraños como lo son los tampones u otros objetos, ocasionando daños al epitelio y alterando la flora normal de la vagina.

Tabla 2-2. Características de las vaginitis

	Vaginosis citolítica	Infección por <i>Gardnerella vaginalis</i>	Candidiasis	Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>
Síntomas	Dispareunia Sensación urente (±)	Sensación urente (±)	Prurito (±) Sensación urente (+) Dispareunia (+) Edema de los labios (mayores y menores)	Prurito (±) Sensación urente (+) Disuria (+) Dispareunia (±)	Sensación urente (+) Prurito (+) Dispareunia (enfermedad crónica) Disuria (enfermedad crónica)
Signos	Flujo abundante	Flujo fétido, incoloro o amarillento	Flujo sin olor, cremoso, abundante y blanquecino	Flujo purulento y fétido Edema vulvar	Flujo abundante, fétido, espumoso y de color verde amarillento
Colposcopia	Inflamación inespecífica	Inflamación inespecífica	Colpitis con placas blanquecinas	Inflamación irrespecífica	Colpitis eritematosa
pH	4-4,5	> 5-5,5	4,5	—	> 5
Prueba de Whiff	Negativa	Positiva (++++)	Negativa	Negativa	Positiva
Preparación húmeda	Lactobacilos	Células indicadoras	—	Negativa	Positiva
Gram	Positiva	Negativa	Positiva	Positiva	—
Cultivo	+	—	+	+	+
Serología	—	+	—	+	+

Se dispone de diversos medios de cultivo: Rogosa para lactobacilos, Agar sangre para *Streptococcus* y *Gardnerella*, medio de Sabouraud y Nickerson para *Candida*, medio de Thayer-Martin para *Neisseria gonorrhoeae* y CPLM para *Trichomonas*.

La estrategia diagnóstica en caso de infección vaginal se resume en la tabla 2-1.

Es importante tener en cuenta que las observaciones de laboratorio siempre deben evaluarse dentro del *contexto clínico*, ya que no siempre se correlacionan con los síntomas. Por ejemplo, puede identificarse *Candida albicans* vaginal aproximadamente en el 10 % de las pacientes, pero sólo un reducido número de éstas experimentarán síntomas clínicos.

Son dignos de mención los siguientes aspectos:

- «Leucorrea» significa literalmente «flujo blanco». No es necesariamente sinónimo de infección. Puede aparecer en pacientes durante la fase ovulatoria en asociación con adenosis vaginal o ectropion cervical, en especial entre las usuarias de anticonceptivos orales.
- Otras causas de leucorrea son los irritantes químicos y, en ocasiones, una actividad sexual excesiva. En tales casos el flujo es claro y no produce olor, prurito ni sensación urente.
- Si el flujo es fisiológico y normal, es preciso tranquilizar a la paciente. Las duchas vaginales pueden resultar útiles. Si la presencia de flujo mucoso, desagradable y excesivo se debe a ectropion cervical, la destrucción del tejido glandular mediante electrodiatermia, etc., permitirá reducirlo o eliminarlo.

Tabla 2-1. Estrategia diagnóstica de las infecciones vaginales

Evaluación del pH	Normalmente el valor del pH de la vagina es ácido (≈ 5). Un valor superior o inferior a 5 se considera anómalo
Prueba de Whiff	La prueba consiste en mezclar dos gotas de flujo vaginal con dos gotas de solución de KOH al 10 %. El resultado es positivo cuando se percibe un olor penetrante a pescado podrido
Suspensión del flujo vaginal en suero fisiológico	
Tinción de Gram	
Cultivo	

Tabla 1-7. Papilomavirus humano

Virus DNA
Sin envoltura
Cápside icosaédrica
Diámetro 55 nm
Genoma 7.500-8.000 pares de bases
Muy específicos del huésped
Resistencia a solventes orgánicos y al calor (56 °C)
No cultivables
Replicación en queratinocitos diferenciados

71 tipos

Piel-mucosas (TGI, tracto digestivo y pulmonar alto)

34 localizaciones genitales

Tabla 1-8. Posibles localizaciones de la infección por HPV

Vulva	Perineo
Vagina	Piel
Cuello uterino	Lengua
Uretra	Labios
Pene	Cavidad oral
Escroto	Laringe
Vejiga	Tráquea
Uréter	Bronquio
Ano	Esófago
Área perianal	Conjuntiva

Una de las infecciones parasitarias muy frecuente es la trichomoniasis y que el 30% de los flujos es por **Trichomonas**. Enfermedad de transmisión sexual, transmitida por el hombre e infectado por una mujer. El diagnóstico por Trichomonas se hace con un extendido en una placa con 2 o 3 góticlas de secreción vaginal, se le agrega solución salina, observando en el campo de gran aumento del microscopio el parásito de la Trichomona flagelado parecido a un renacuajo con su colita (se puede confundir con espermatozoides muertos).

Infecciones causadas por virus, especialmente el Herpes virus tipo 2 aunque ya el tipo 1 hace daño y el papovavirus (Causante del VPH). Produciendo sintomatología, secreción de color gris, ardor intenso

con sensación de quemadura, el diagnóstico se hace por exámenes inmunológicos (anticuerpos para herpes y para papovavirus), se hacen por colposcopia y citología.

Con respecto a los hongos vamos a encontrar la **cándida** responsable del 90% de la patología candidiasis vaginal, única enfermedad que puede dar sin antecedentes de relaciones sexuales ya que la cándida es saprofita de la vagina. Cuando las pacientes ingieren corticoides son inmunes a adquirir cándida al disminuir sus defensas. Al igual enfermedades inmunológicas hacen que la candidiasis prolifere. En el embarazo al igual hay cándida ya que se disminuyen los factores inmunológicos precisamente para permitir el crecimiento del feto. El hongo se diagnostica ya que el aspecto clínico es como ver un algodón en la vagina o en forma de motas blancas que al desprenderse producen irritación y sangrado, no tiene olor característico, produciendo vulvovaginitis, inflamación severa, prurito y un ardor que obliga a la consulta.

La vaginitis es una patología en donde se inflama la vagina produciendo ardor y secreciones de mal olor, la vaginosis es causado por los gérmenes anaerobios el principal es la **Gardenella Vaginalis**, los anaerobios se asocian muy bien con las trichomonas y con las bacterias. El diagnóstico se hace con el test de amina (KOH). El primer diagnóstico lo hace la paciente cuando se está bañando y cae a sus genitales jabón produciendo un olor fétido y fuerte.

FLUJO VAGINAL (TEMA ADICIONAL A LA CLASE PERO DE GRAN INTERES).

Una de las causas más comunes de consulta –sobre todo en las mujeres con vida sexual activa- es la leucorrea de origen vaginal por vulvovaginitis (las hay de origen cervical como la fisiológica ovulatoria y la cervicitis purulenta, de la que podría no aislarse germen alguno, o ser el resultado de una enfermedad de transmisión sexual como la blenorragia, Clamidia o herpes); estos flujos vaginales en ocasiones se asocian con la falta de estímulo estrogénico en hipogonadismos de diferentes clases y en mujeres menopáusicas.

Aunque a veces pueden ser asintomáticas, el 90% de las que tienen sintomatología padecen vaginosis bacteriana (gardenellas especialmente), candidiasis o tricomonas. El restante 10% sufre otros trastornos: enfermedades de transmisión sexual, alergias, irritaciones químicas y otras causas.

La vulvovaginitis es la secreción de flujo anómalo e irritante, maloliente o no, que produce malestar local (prurito o ardor) que se puede acompañar de disuria y/o dispareunia. Generalmente la mujer da información sobre su estado de pareja –sí es estable o si son relaciones ocasionales con un solo hombre con varios- pero es necesario averiguar esto, la presencia de patologías concomitantes como la diabetes, celes y prolapsos en las multíparas, inmunosupresión, la higiene vaginal y uso de duchas (no recomendables), uso de antibióticos, etc.

Obviamente hay que practicar un examen pélvico además del examen físico general; no es infrecuente que haya patología en órganos vecinos como la uretra y el recto. Existe controversia sobre la necesidad de hacer pruebas diagnósticas pues hay quienes consideran que es imprescindible realizar un estudio con microscopía óptica, medición del pH y test de aminas (KOH); otros defienden el tratamiento empírico en mujeres con claros síntomas de vaginitis sin realizar más pruebas, aunque hay consenso de que en casos rebeldes a los tratamientos habituales debe realizarse un cultivo.

CLÍNICA

Germen	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa (leche cortada)	Indiferente
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente

En la moniliasis –generalmente por *Cándida Albicans*- se ven hifas al microscopio con suero o KOH y el pH vaginal es < 4.5 , mientras que en la vaginosis se deben cumplir al menos tres de los cuatro criterios de Amsel (secreción homogénea aumentada, $\text{pH} > 4.5$, olor a amina antes o después de la instilación de KOH, la presencia de más de 20% de células clave en el frotis), y en las tricomonas – además de un $\text{pH} > 5.0$ - se deben visualizar tricomonas con suero fisiológico. Los factores predisponentes son –para la moniliasis- gestación de tercer trimestre, as tasas de curación clínica son significativamente inferiores durante la gestación, anticonceptivos orales de alta carga estrogénica (75-150 μg), diabetes mellitus, antibióticos de amplio espectro, ropa ajustada, nylon, poco ventilada, sustancias de uso íntimo, alergias locales, mayor frecuencia del coito, alteraciones del sistema inmunitario, como el VIH, enfermedades sistémicas crónicas, etc. La vulvovaginitis causada por *Tricomonas Vaginalis*, en un 30% de los casos se asocia a otras enfermedades de transmisión sexual.

Los principales factores de riesgo para su transmisión son la promiscuidad, la historia previa de ETS y el no usar métodos anticonceptivos de barrera; el 50% de los pacientes (tanto hombres como mujeres) están asintomáticos en el momento del diagnóstico. Un tercio de ellos desarrollarán los síntomas en los seis meses siguientes si no se tratan. La vaginosis bacteriana es una patología – que aunque infecciosa, es de etiología incierta (hay cuatro bacterias asociadas: *Gardenerella Vaginalis*, - anaerobio facultativo y fermentativo que aparece en un 40% de las mujeres normales- la más frecuentemente asociada a esta patología (95%), *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis*, bacilos Gram negativos anaerobios y *Peptostreptococcus*. Es una patología que afecta a mujeres en edad reproductiva y aunque puede verse en mujeres inactivas sexualmente, es más frecuente en aquellas con múltiples parejas y tiene una incidencia especialmente elevada en lesbianas. El inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso del DIU y el embarazo son factores de riesgo.

Tratamiento.

Candidiasis vulvovaginal: agentes tópicos (azoles: clotrimazol, miconazol, fenticonazol, también nistatina. Con los óvulos y cremas se consigue una tasa de curación de un 75-80%; las cremas con aplicador vaginal se deben usar una vez al día durante una semana, los óvulos -de clotrimazol o miconazol 200 mg- se usan por tres días, pero los de 500 mg se usan una sola vez, con resultados similares.

La vía oral se reserva para aquellas personas con infecciones rebeldes, recurrentes o que no toleran medicamentos tópicos. Se recomienda el ketoconazol (400mg al día durante 5 días), Itraconazol (200 mg/3d ó 400mg un día o fluconazol 150 mg una sola dosis. Se evitará el uso de jabones y/o si

se usan serán de pH ácido para no alterar más el ecosistema vaginal. Es aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad.

Es recomendable el uso en monodosis en pacientes con episodios infrecuentes o de severidad leve o moderada.

Tricomoniasis: 2 g de Metronidazol por vía oral en dosis única, ya sea hombre o mujer, o 500 mg dos veces al día por siete días. Debe tratarse también a la pareja. Puede usarse en caso de embarazo o lactancia, aunque en estos supuestos es prudente evitar las pautas con dosis elevadas.

Vaginosis bacteriana: tratar mujeres sintomáticas. No existen evidencias de que el tratamiento oral sea más efectivo que el intravaginal en mujeres no embarazadas. Por vía intravaginal pueden usarse: fosfato de clindamicina en crema vaginal al 2% (una aplicación nocturna durante siete días) o metronidazol en gel al 0,75% (una aplicación nocturna durante cinco días). Por vía oral el tratamiento de elección es el metronidazol, 500 mg dos veces al día durante siete días.

ⁱ **Ligamento de Mackenrodt:** llamado también ligamento uterosacro es la expansión de tejido subperitoneal o fascia de envoltura y fijación uterovaginal que se extiende entre la porción inferior del útero y se fija en la fascia pélvica y el sacro después de envainar el recto.

ⁱⁱ **"Ectropión"** es el nombre de una alteración del cuello del útero que puede estar presente desde el nacimiento o aparecer después del parto. Te decimos cómo tratarlo. El ectropión es una anomalía del cuello del útero o cérvix. Veamos las características de esta alteración, sus posibles consecuencias, las medidas que se deben tomar para no tener problemas y los tratamientos a los que se puede recurrir para resolver la situación. Existe el ectropión cuando el cuello del útero tiene su superficie exterior cubierta por un tejido (epitelio cilíndrico monoestratificado). En condiciones normales, este tejido únicamente recubre el canal cervical, es decir, el interior del cérvix, y no su parte externa.