

Dr. Haroldo Capurro  
Dr. Ricardo Velasco

**Actualización: MARZO 2009**

**Pregunta:** ¿Uso de antibióticos en la vaginosis bacteriana en el Embarazo?.

## VAGINOSIS BACTERIANA DURANTE EL EMBARAZO

### INTRODUCCION

La vaginosis bacteriana, es un desbalance entre la flora vaginal normal y un sobre crecimiento de bacteria anaeróbicas (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y *Mobiluncus*) y acompañada en general a una reducción o carencia de flora normal de lactobacilos. Frecuentemente es asintomática y no se asocia con inflamación de la mucosa vaginal.

Algunos criterios pueden contribuir a confirmar el diagnóstico: pH vaginal mayor de 4,7, la presencia "clue cells" (células epiteliales de la vagina) sobre tinción de Gram características de la vaginosis bacteriana (VB) y olor a pescado con secreción amarillo/grisácea y flujo vaginal espumoso y descarga vaginal de secreción húmeda. El uso de tinción de Gram de un hisopo vaginal tiene alta sensibilidad y especificidad.

En general la vaginosis bacteriana (VB), aún asintomática, se asocia con pobres resultados en el embarazo como ser abortos y nacimientos de pretérmino. Su diagnóstico temprano permitiría un adecuado tratamiento que pueden revertir los resultados perinatales desfavorables.

### PREVALENCIA en el EMBARAZO

Una revisión de Tolosa en Filadelfia **(1)**, estudió la prevalencia de vaginosis asintomáticas en embarazadas de diferentes países y donde participaron 8 instituciones, que reunieron 1466 mujeres.

En el estudio un 12,3% de las mujeres tenían VB, pero ciertos países duplican esa cifra. La gran mayoría de los gérmenes son la *Gardnerella* y *Bacteroides*. El número de *Mobiluncus* y *Lactobacilos* fueron muy variables en las diferentes instituciones.

### FACTORES de RIESGO de la VAGINOSIS BACTERIANA y EMBARAZO

Trabert del Dto de Epidemiología de la Universidad de Washington **(2)** examinó los factores de riesgo de la VB durante el embarazo en mujeres afro-americanas. Ellas fueron reclutadas entre las 22 y 28 semanas de gestación y le habían realizado un frotis vaginal para VB. De 438 mujeres, en 110 (25%) se le identificó VB. Luego de ajustar por variables confundentes, se observó que las irrigaciones vaginales se asociaron significativamente con un incremento de la VB, que también se asoció con las mayores frecuencias de relaciones sexuales durante el primer trimestre del embarazo. Factores sociales y sico-sociales no se asociaron con incremento de la VB.

El estudio de Leitch **(3)** estudia los factores de riesgo de la VB y de la flora vaginal intermedia (floras anormales), en relación con los resultados del embarazo. Se analizaron 32 estudios que incluyeron 30.518 pacientes. Sus resultados mostraron que las pacientes con VB asintomática tenían el doble de posibilidad de nacimientos de pretérmino (OR = 2,16 IC95% 1,56-3,0) y en los casos de VB sintomática aumentaba algo esa proporción (OR = 2,38 IC95% 1,02-5,58). También estaba

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.*

incrementada la infección materna (OR = 2,53 IC95% 1,26-5,08) en pacientes asintomáticas. No hubo diferencia en cuanto a infección neonatal. En cambio la flora vaginal intermedia no se asoció con ninguno de los resultados que fueron incluidos en el estudio.

### **TERAPIA ANTIBIOTICA**

Una revisión sistemática de McDonald (4) incluyó 15 estudios clínicos randomizados de buena calidad y que incluyeron 5888 mujeres gestantes. La antibioticoterapia fue efectiva frente a la VB durante el embarazo (OR = 0,17 IC95% 0,15-0,20). La reducción de los nacimientos de pretérmino (OR = 0,91 IC95% 0,78-1,06) no fueron estadísticamente significativas, ni tampoco el riesgo de rotura de membranas en el prematuro (OR = 0,88 IC95% 0,61-1,28). Sin embargo si el tratamiento se iniciaba antes de las 20 semanas de gestación se pueden reducir significativamente los partos de pretérmino (OR = 0,72 IC95% 0,55-0,95), siempre que no haya antecedentes de partos previos de pretérmino. En suma el antibiótico reduce la VB y los nacimientos de pretérmino en caso de comenzar precozmente el tratamiento.

En Londres, Ugwumadu (5) estudia la asociación de la flora vaginal anormal (vaginosis bacteriana y flora vaginal intermedia) y su relación con abortos o nacimientos de pretérmino. El estudio analiza trials con diferentes criterios diagnósticos y administración de diferentes antibióticos, dosis, vía e inicio. Más del 80% de las mujeres con flora vaginal anormal tuvieron buenos resultados perinatales y en algunas poblaciones la VB no se asocia con pretérmino, sugiriendo que hay otros factores que modifican ese riesgo. Factores genéticos, respuesta inmune, distintas bacterias patógenas y enzimas en la vagina, pueden ser factores que interactúan en los resultados y podrían incidir en más adecuado tratamiento.

### **TERAPIA CON PROBIOTICOS**

Una revisión realizada en Grecia (6) analiza la efectividad de los probióticos para tratar y/o prevenir la VB. Ello puede estar relacionado a la ausencia o baja concentración de lactobacilo vaginal ya que se han visto que ciertas especies de lactobacilo inhiben el crecimiento de la gardnerella vaginal. Algunos trials han mostrado que el lactobacilo acidófilo administrado por vía intravaginal u oral ha curado la VB y restauran la flora vaginal normal. Sin embargo otros estudios no han encontrado diferencias con el placebo o estrógenos. Si bien el uso de probióticos es promisorio, hasta hoy, no hay evidencia para hacer una fuerte recomendación.

Un estudio búlgaro (7) estudia la efectividad terapéutica del lactobacilo comparado con la clásica terapia con metronidazole. La aplicación independiente del lactobacilo conduce a un mejor efecto terapéutico en la VB comparado con la administración de metronidazole. Las recaídas de VB 3 meses después de haber cesado el tratamiento, se han presentado excepcionalmente.

### **CONCLUSION**

La vaginosis bacteriana, muchas veces asintomática debe sea diagnosticada tempranamente en el embarazo para su tratamiento sea efectivo y no produzca o disminuya la frecuencia de factores perinatales y maternos adversos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Tolosa JE, Chaithongwatthana S, Dalys S, Maw WW, Gaitán H, Lumbiganon P, Festin M, Chipato T, Sauvarin J, Goldenberg RL, Andrews WW, Whitney CG. The International Infections in Pregnancy (IIP) study: variations in the prevalence of bacterial vaginosis and distribution of morphotypes in vaginal smears among pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006 Nov;195(5):1198-204.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074543?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074543?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 2) Trabert B, Misra DP. Risk factors for bacterial vaginosis during pregnancy among African American women. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Nov;197(5):477.e1-8.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980180?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980180?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 3) Leitich H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Jun;21(3):375-90. Epub 2007 Jan 22.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17241817?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17241817?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 4) McDonald Helen Margaret, Brocklehurst Peter, Gordon Adrienne. . Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD000262.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253447?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253447?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 5) Ugwumadu A. Role of antibiotic therapy for bacterial vaginosis and intermediate flora in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Jun;21(3):391-402. Epub 2007 May 18.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17512255?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17512255?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 6) Falagas ME, Betsi GI, Athanasiou S. Probiotics for treatment of women with bacterial vaginosis. *Clin Microbiol. Infect*. 2007 Jul;13(7):657-64.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17633390?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17633390?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)
  
- 7) Tsvetkov K, Vasileva P, Petkova U. Probiotics in the treatment and prevention of bacterial vaginosis relapses. *Alush Ginekol (Sofia)*. 2007;46 Suppl 2:41-4.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173006?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173006?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)