

Examen en fresco del frotis vaginal: vaginosis bacteriana

Esther de la Viuda García, María Jesús Cancelo Hidalgo, Juan Carlos Monte Mercado,
Nieves Gómez Pérez, Consuelo Fernández Dongil y Ana Cortés García

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares.

INTRODUCCIÓN

La vaginosis bacteriana es la causa más frecuente de infección vaginal entre las mujeres en edad fértil. Aunque se trata de una enfermedad leve, constituye un factor de riesgo para infecciones obstétricas, enfermedades que complican la gestación y enfermedad pélvica inflamatoria.

Debido a los distintos conceptos y nomenclaturas con que se ha conocido a lo largo de los años, este proceso ha estado rodeado de confusión. Actualmente, se considera un síndrome clínico polimicrobiano que se caracteriza por anomalías en las secreciones vaginales y la sustitución de lactobacilos normales por microorganismos anaerobios; se cree que se trata más de una alteración ecológica que, estrictamente, de una enfermedad infecciosa.

Distintos agentes etiológicos se han vinculado con la vaginosis bacteriana: *Gardnerella vaginalis*, bacilos gram-negativos, anaerobios, peptoestrepococos, *Eubacterium*, *Bacteroides*, *Mycoplasma hominis* y *Mobiluncus*¹.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico, se deben cumplir, al menos, tres de los cuatro criterios clínicos propuestos por Amsel:

1. Exudado homogéneo.
2. pH vaginal superior a 4,5 o 4,7.
3. Prueba de olor a aminas positiva.
4. Presencia de células *clue*.

Manifestaciones clínicas

1. *Síntomas*: casi el 50% de las mujeres con vaginosis bacteriana son asintomáticas. El síntoma principal referido es un exudado vaginal excesivo que produce un olor desagradable.

2. *Signos*: a) en ocasiones, se puede observar un exudado blanquecino o gris-blanquecino en el introito; b) la vulva no suele estar edematosa; c) en el examen con espéculo se objetiva una secreción homogénea que se ad-

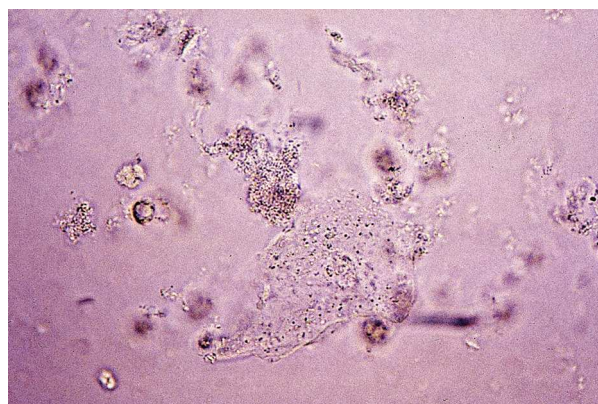


Figura 1. Células *clue* en examen en fresco.

hiere a la pared vaginal, pero puede eliminarse rápidamente y, en ocasiones, con presencia de burbujas, y d) no suele existir eritema en la vagina o cérvix².

Exploraciones complementarias

1. *pH vaginal*, que se mide con facilidad mediante papel reactivo. No utilizar lubricante en el espéculo y evitar las secreciones cervicales y menstruales que tienden a ser alcalinas.

2. *Prueba de olor a aminas (Whiff test)*. Se detecta cuando las secreciones vaginales se mezclan con una solución de KOH al 10% desprendiendo un "olor a pescado" característico.

3. *Examen en fresco con una solución de suero fisiológico*. Se observan las células *clue*, que son células epiteliales tapizadas por una flora cocobacilar que han perdido la definición marcada de sus bordes. Estas células *clue* tienen que constituir al menos el 10–20% de las células epiteliales vaginales (fig. 1).

4. *Tinción de Gram*. Escasa presencia de lactobacilos, ausencia de células leucocitarias. Permite observar las células *clue* y *Mobiluncus*. Es un método complementario del examen en fresco y constituye una importante fuente de información (fig. 2).

5. *Frotis de Papanicolaou*. Se observa la existencia de células *clue* y cambios en la flora bacteriana (fig. 3).

6. *Cultivo de exudado vaginal*. No está indicado para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana y tiene un valor predictivo positivo del 41%.

Correspondencia: Dra. E. de la Viuda García.
Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital General de Guadalajara.
Donantes de sangre, s/n. 19002 Guadalajara.

SEMERGEN 2000; 26: 96-97.

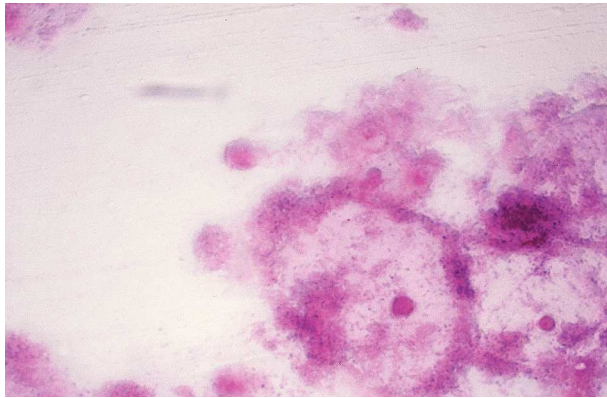


Figura 2. Células *clue* con tinción de Gram.

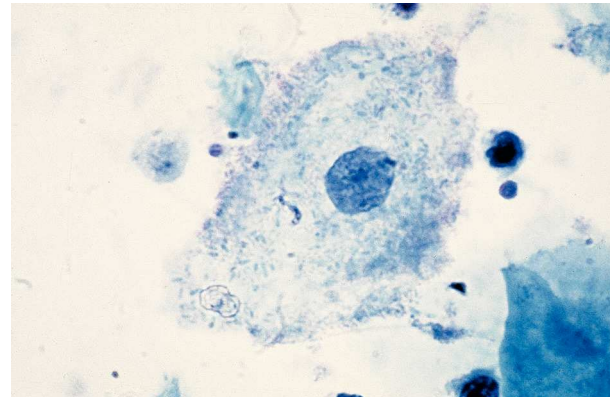


Figura 3. Células *clue* con tinción de Papanicolaou.

7. *Cromatografía gas-líquido*. Se utiliza en investigación y no está indicada en el diagnóstico de la vaginosis bacteriana en la práctica diaria³.

El frotis en fresco es una técnica diagnóstica sencilla que, en la práctica clínica diaria, ayuda a realizar el diagnóstico de la vaginosis bacteriana.

BIBLIOGRAFÍA

1. 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1997; 23: RR-1.
2. Biswas MK. Bacterial Vaginosis. Clin Obstet Gynecol 1993; 36: 166-176.
3. Sobel JD. Vaginitis in adult women. Obstet Gynecol Clin North Am 1990; 17: 851-879.