



Dr. Javier Vidaurreta
 Director de Publicaciones
 -----S/D-----

Escribo esta nota con el propósito de expresar mi desacuerdo con el trabajo publicado en el Vol. 88, Nº 979 de la revista de la SOGIBA, titulado “Comparación entre dos formas farmacéuticas, óvulos vaginales y crema vaginal en vaginitis”.

Quiero ir analizando el citado trabajo comenzando por el Resumen. Allí se cita que las causas más comunes de vaginitis son las infecciones por *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* y no-*albicans* y *Trichomonas vaginalis*.

Es un error considerar que la *Gardnerella vaginalis* per se es una causa de vaginitis. *Gardnerella vaginalis* aislada en un cultivo de flujo vaginal puede estar formando parte de la microbiota habitual de la vagina y por ende no constituir ningún cuadro patológico. Cuando se asocia a otros componentes de la flora GAMm y desplaza a los *Lactobacillus* sp de la microbiota vaginal, puede ocasionar una vaginosis bacteriana, la cual no se diagnostica por cultivo, sino por los criterios de Amsel (macroscopía, pH, test de aminas y examen microscópico directo en fresco) o bien por los criterios microscópicos de Nugent. Si esta metodología no fue utilizada (y de hecho el trabajo no lo menciona en toda su extensión), el diagnóstico es incorrecto.

En el mismo resumen dice que se estudiaron 66 pacientes con vaginitis, de las cuales solo pudieron ser evaluadas 38 de las pacientes tratadas. Pregunto: si se debieron descartar 28 pacientes de las 66 estudiadas (42,42% de las pacientes) ¿No puede haber aquí un sesgo? ¿Puedo sacar conclusiones firmes a propósito de una terapéutica con un n (muy escaso) de tan solo 38 pacientes, y habiendo tenido que descartar a casi la mitad de las pacientes tratadas? ¿Puedo saber a qué conclusiones hubiese arribado si hubiera podido estudiar a esa mitad de las pacientes con síntomas clínicos de vaginitis, que fueron excluidas? Mi pregunta es entonces si esto es metodológicamente válido.

En la Introducción del trabajo se afirma que las recomendaciones de los CDC incluyen tratamientos orales y vaginales. Pregunto yo: ¿en esas guías se recomienda el tratamiento con productos polivalentes, y sin estudiar a las pacientes? Más adelante dice que **varios estudios han demostrado** que el tratamiento intravaginal con productos con **múltiples principios** es más efectivo que la monoterapia. Pero sucede que en la bibliografía menciona solo 2 estudios, que no utilizan **múltiples principios**, sino la combinación de metronidazol más nistatina o metronidazol más miconazol para el tratamiento de determinadas infecciones mixtas, y no concluyen en ningún momento que deba excluirse rutinariamente el estudio del TGI a las pacientes. ¿O sí...?

En la parte de Material y Métodos dice que se excluyó para este estudio a las pacientes con microorganismos diferentes de los enumerados antes. Ahora bien ¿cuántas pacientes fueron excluidas? ¿Por qué se la excluyó? ¿Ya se sabía que no iban a responder al tratamien-

to? ¿Puedo concluir con esto, entonces, que el tratamiento va a tener buenísimos resultados porque quité de en medio a todas aquellas pacientes que yo sabía que no iban a responder favorablemente? ¿No es esto un sesgo?

La metodología utilizada para el diagnóstico fue el cultivo de flujo vaginal. Mi pregunta es ¿qué método utilizaron para el cultivo de *Trichomonas vaginalis*? ¿Este método de cultivo se lo hicieron a todas las muestras? ¿No creen que es demasiado complejo y costoso utilizar métodos de cultivo para diagnóstico de *Trichomonas*, pudiendo previamente realizar un examen en fresco? ¿O acaso usaron examen en fresco y decidieron omitir el dato en Material y Métodos? Entre los microorganismos aislados se encontraron 5 *Trichomonas* (solos o asociadas) y se las trató con la medicación local polivalente. Pregunto: ¿A la pareja también se la trató? Porque ese es un dato fundamental que no está mencionado en el trabajo y que es indispensable para la reevaluación posterior de la paciente. Si no se trató a la pareja en una infección que es de transmisión sexual, las conclusiones en cuanto a la curación de la paciente no serán válidas.

En la evaluación postratamiento se tuvo en cuenta la mejoría sintomática de la paciente, y eso está muy bien, pero no deja de ser un dato invariablemente subjetivo. Si quiero evaluar la curación de la infección, tengo que demostrar que la paciente recuperó la microbiota habitual vaginal, y eso lo debo hacer con el estudio bacteriológico.

Pero en el ítem “Negativización de los cultivos” dice textualmente: “Todas las pacientes tratadas con óvulos de las que se dispuso el cultivo postratamiento (21%) lo negativizaron”. ¿Entiendo bien, o acaso no me estoy dando cuenta de algo? ¿Tengo que interpretar que de las 23 pacientes tratadas con óvulos, pudieron cultivar solamente 5 pacientes (el 21%) para evaluar microbiológicamente el tratamiento? ¿Es esto cierto? ¿Las conclusiones del tratamiento con estos óvulos las elaboraron con solo 5 pacientes estudiadas correctamente? Continúa diciendo que de las 15 pacientes tratadas con crema, solo el 60% pudo ser reevaluada microbiológicamente. Mis cálculos dan 9 pacientes. ¿Es esto cierto? Lo pregunto seriamente, porque acaso no estoy comprendiendo algo. No acepto que me digan que es suficiente para decir que la paciente se curó por el interrogatorio a la paciente: hace falta demostrarlo con el laboratorio. (Es sencillo: si tengo una paciente con secundarismo sifilítico y le doy agua mineral, es probable que en unos meses la paciente me refiera que está impecable, pero su subjetiva opinión pierde validez cuando le pido una VDRL).

En la Discusión se afirma que la vaginosis bacteriana, la candidiasis y la trichomoniasis son las formas prevalentes de vaginitis y destaca (y estoy de acuerdo) el diagnóstico diferencial con vaginosis citolítica, lactobacilosis, las dermatitis por contacto (que por otro lado, pobremente van a responder al tratamiento con estos productos). Pero ¿cómo se va a hacer este diagnóstico diferencial si no se estudia a la paciente? Y además, otra pregunta (ya que no lo mencionan aquí): la cervicitis por *Chlamydia trachomatis* o la endocervicitis por *Neisseria gonorrhoeae* ¿No se diagnostican y por ende no se tratan, o sugieren que quedan “cubiertas” por estos preparados polivalentes?

Más adelante dice que el diagnóstico y tratamiento inicial (¿inicial? ¿esto quiere decir que se deberá hacer un diagnóstico y tratamiento posterior?) están basados en hallazgos clínicos, ya que el cultivo, que es el método más sensible y específico, requiere aproximadamente 5 días y no está recomendado en forma rutinaria.

El cultivo no solo no es el método recomendado, sino que ni siquiera es necesario en la mayoría de los casos para el diagnóstico de las patologías que los autores quieren tratar, ya que: la vaginosis bacteriana se diagnostica por los criterios de Amsel y/o los de Nugent, la trichomoniasis por examen directo en fresco (el cultivo para *Trichomonas vaginalis* se realiza en muy precisas oportunidades) y la candidiasis vulvovaginal se diagnostica por el examen en fresco con aproximadamente un 85% de sensibilidad (debería cultivarse el 15% restante, en donde no fue posible hallar las levaduras en el fresco).

Entonces: simplemente realizando una medición del pH, test de aminas y examen en fresco, se logra un acercamiento diagnóstico en un alto porcentaje de las pacientes.

Termina diciendo en la Discusión que el tratamiento con óvulos o crema por 10 días tuvo buena tolerancia y aceptación por parte de la paciente. Pregunto: si a la paciente que le diagnosticaron candidiasis le hubieran ofrecido un comprimido de 150 mg de fluconazol monodosis vía oral ¿hubiera tenido más aceptación la colocación de 10 noches de óvulos? Si a la paciente con *Trichomonas* le hubieran ofrecido una monodosis de 2 g de metronidazol ¿hubiese tenido mejor aceptación el tratamiento con óvulos durante 10 noches?

En la Conclusión afirma que “la eficacia del tratamiento no requiere diagnóstico etiológico y **asegura** (¡cuidado con las palabras que se utilizan!!) la resolución clínica del cuadro”.

El trabajo, en definitiva, propone la utilización por 10 noches de óvulos o cremas polivalentes, excluyendo la necesidad de evaluar a la paciente (dice textualmente que “su eficacia no requiere diagnóstico etiológico”). Me manifiesto en contra de estas conclusiones por lo siguiente:

1. Ignorar el origen del flujo no permite saber si la paciente posee una infección de transmisión sexual (ITS).
2. El tratamiento de las pacientes con ITS (ignorando que la misma está presente) conduce a no tratar a la pareja. Por ende, el tratamiento es incorrecto.
3. Al ignorar que existe una ITS, no se realiza la pesquisa de otras ITS (recordemos que *Trichomonas* es la ITS que más se asocia a otras ITS).
4. La presencia de *Chlamydia* o gonococo queda (además de sin diagnóstico) sin tratamiento, ya que estos componentes polivalentes no sirven para estos agentes etiológicos.
5. El estudio sistemático de la microbiota vaginal (con pH, test de aminas y examen directo) es sencillo, económico y permite una aproximación diagnóstica en breves minutos, pudiéndose retirar la paciente con el tratamiento debidamente indicado. Permite además seleccionar la paciente que va a requerir un cultivo de flujo.
6. ¿Alguien se sentó a pensar cuál será el porcentaje de pacientes con EPI que acaban intervenidas quirúrgicamente por culpa de una infección del tracto genital inferior indebidamente tratada?

Dr. Adrián Oscar Orsini

1. Consultorio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia (CIGO) del Htal. Gral. de Agudos José M. Penna
2. Consultorio de Infecciones en Ginecología de la OSPM
3. Miembro de la Comisión Directiva de ASAIGO ITS (Asociación para el Estudio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia e Infecciones de Transmisión Sexual)

Dr. Mauricio Ledesma

1. Consultorio de Infecciones en Ginecología y Obstetricia (CIGO) del Htal. Gral. de Agudos José M. Penna

Dra. Alicia Farinati

1. Profesora Titular de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador
2. Miembro de la Comisión Directiva de ASAIGO-ITS
3. Presidente del Comité de Infecciones Ginecoobstétricas de la API (Asociación Panamericana de Infectología)