

### 314 PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

#### Cervicitis

#### PROTOCOLO N.º 46

Actualizado en diciembre de 2001

#### CONCEPTO

Es un proceso inflamatorio del cuello uterino, principalmente de causa infecciosa, que tiene su origen en procesos infecciosos primarios o secundarios del tracto urogenital inferior y en ocasiones a partir de portadores asintomáticos. Es una enfermedad de transmisión sexual.

La prevalencia de la cervicitis es paralela a la prevalencia global de las enfermedades de transmisión sexual.

#### ETIOLOGÍA

La infección puede ser aguda o crónica, siendo ésta mucho más frecuente.

Los gérmenes causantes más frecuentes son:

1. *Chlamydia trachomatis*.
2. Gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*) (véase también el protocolo 47).
3. Virus del herpes simple (véase también el Protocolo 52).
4. Papilomavirus.
5. Otros microorganismos pueden ocasionalmente causar cervicitis, entre ellos adenovirus, sarampión y citomegalovirus, *Enterobius vermicularis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus agalactiae*; a veces, el chancro sifilítico puede manifestarse como una lesión en el cérvix.

La infección polimicrobiana no es rara y por ello se debe intentar obtener siempre un diagnóstico microbiológico exacto.

En los últimos años, estamos asistiendo a un cambio muy importante en la incidencia y en los gérmenes causantes, principalmente por el mayor control de las pacientes y el incremento en la utilización de preservativos en las relaciones sexuales.

Son factores de riesgo la promiscuidad sexual y la elevada frecuencia de relaciones sexuales.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se distinguen dos formas:

1. Cervicitis aguda, caracterizada por la infiltración de polimorfonucleares bajo el epitelio de superficie y rodeando las hendiduras glanduliformes, acompañada de dilatación y congestión de los vasos sanguíneos.
2. Cervicitis crónica, que se traduce en una marcada infiltración linfoplasmocitaria, acompañada de una proliferación, más o menos marcada, del tejido conectivo que puede conducir a una hipertrofia adenomatosa.

#### CLÍNICA

Las cervicitis suelen ser asintomáticas en su mayoría y cuando se manifiestan clínicamente lo hacen de manera habitual en forma de leucorrea más o menos abundante y con el aspecto característico del germen causante de la infección. Las formas crónicas suelen ser causantes de coitorragias.

#### DIAGNÓSTICO

La exploración clínica, con espéculo, ya evidencia la presencia de un cuello uterino edematoso, con secreción patológica y muchas veces friable al mínimo roce, que ocasiona una hemorragia difusa en toda la superficie cervical o en el endocérnix.

Por otro lado, la clínica de las diversas infecciones del cérvix se solapa demasiado para permitir el diagnóstico etiológico sin la ayuda del laboratorio.

Algunos leucocitos polinucleares están presentes normalmente en el endocérnix, pero un incremento de su número, que puede detectarse mediante examen de una preparación teñida con el Gram de material endocervical, se correlaciona con infección por gonococo o *Chlamydia*.

Para el diagnóstico microbiológico exacto se requerirá un estudio específico del agente causante,

con un método de selección determinado y en muchas ocasiones un laboratorio preparado para la detección precisa. Siempre debe buscarse el agente causal en el recto y en el endocervix.

El diagnóstico etiológico exacto se consigue por cultivo del agente etiológico, y se debe prestar gran atención a la correcta toma de muestra, la utilización de medios de transporte adecuados (p. ej., medio de Stuart o Amies para gonococos) y su envío rápido al laboratorio. También pueden utilizarse otras técnicas, como la inmunofluorescencia o el enzimoimmunoanálisis, pero actualmente las técnicas moleculares que permiten detectar el ADN específico del patógeno (p. ej., PCR) se están imponiendo y, realizadas en un laboratorio adecuado y con experiencia, son mucho más precisas. Los métodos serológicos tienen escaso valor.

En muchas ocasiones, y de acuerdo con la historia sexual de cada paciente, deberán realizarse serologías para el VIH, hepatitis B e incluso sífilis. Es de interés realizar también un frotis y estudios clínicos y serológicos a todas las parejas sexuales de la paciente.

La etiología, la colposcopia e incluso la biopsia en ocasiones proporcionan una información orientativa, en especial en las formas crónicas.

Siempre deben descartarse los focos o reservorios urinarios y vaginales con la realización de los estudios pertinentes de estas zonas anatómicas y también descartar la infección ascendente o por continuidad que, a partir del foco cervical, pueda ocasionarse en la paciente.

## PREVENCIÓN

Las estrategias de prevención se orientan hacia dos objetivos: el control de todas las mujeres, incluso aquellas sin factores de riesgo propios, pero que pueden ser infectadas a través de su pareja. La realización de un estudio bacteriológico y citológico anual previene muchas cervicitis clínicas. En segundo lugar, debe promoverse el uso del preservativo en todas las mujeres de riesgo, principalmente adolescentes y jóvenes con alta incidencia de relaciones sexuales y parejas variables, ya que se ha demostrado que es un método muy eficaz no sólo en la prevención de la cervicitis, sino también de todas las enfermedades de transmisión sexual.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de todo proceso infeccioso se basa esencialmente en la utilización de antibióticos; en este caso se procura que sean específicos, de acuerdo con el causante de la enfermedad y, a ser posible, de utilización tópica.

La aportación actual de antibióticos, como ceftriaxona, ciprofloxacino y azitromicina, ha mejorado los resultados en infecciones causadas por *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia*.

Deben evitarse las relaciones sexuales y tratar a la pareja si se supone o se demuestra la vía de transmisión.

Las técnicas quirúrgicas de cauterización, criocongelación o vaporización en el cuello uterino están contraindicadas, incluso en las formas crónicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aral Som, Homes KK. Epidemiology of sexual behaviour and sexually transmitted diseases. En: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Weisnewr PJ, et al, editors. Sexually transmitted diseases. New York: Mc Graw Hill, 1990.
2. Cates W, Rolfs RT, Aral SO. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease and infertility: an epidemiology update. Epidemiol Rev 1990;12:199-200.
3. Cairns K. Sexual entitlement and sexual accommodation: implications for female and male experience of sexual coercion. Can J Hum Sex 1993;2:203-13.
4. Myers T, Clement C. Condom use and attitudes among heterosexual college students. Can J Public Health 1994;85:51-5.
5. Rein MF. Vulvovaginitis and cervicitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 1218-35.
6. Sweet R, Gibbs R. Sexually transmitted diseases. En: Sweet R, editor. Infections diseases of the genital Tract. 2nd ed. London: Williams and Wilkins, 1990.