

Causas de Recurrencia en el Tratamiento de Parejas de Pacientes con Vaginosis Bacteriana

Resumen objetivo elaborado

por el Comité de Redacción Científica de SIIIC sobre la base del artículo

Bacterial Vaginosis: Drivers of Recurrence and Challenges and Opportunities in Partner Treatment

de

Vodstrcil L, Muzny C, Bradshaw C y colaboradores

integrantes de

Monash University, Victoria, Australia; University of Alabama at Birmingham, Birmingham, EE.UU.

El artículo original, compuesto por 12 páginas, fue editado por

BMC Medicine

19(1):1-12, Sep 2021



Se evaluaron los elementos que motivan la recurrencia y los desafíos a enfrentar en el tratamiento de parejas de pacientes con vaginosis bacteriana. Los autores concluyen en que al tratar una paciente con vaginosis bacteriana, debe incorporarse en el abordaje a la pareja estable dado que puede ser un foco de reinfección.

Introducción

La vaginosis bacteriana es la enfermedad vaginal más prevalente y afecta al 30% de las mujeres a nivel mundial. Se asocia con aumento en el riesgo de varias secuelas ginecológicas y obstétricas, que incluyen el parto pretérmino, el aborto espontáneo y la infección y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras.

Aunque hasta la mitad de las mujeres con este cuadro no presentan síntomas, para aquellas que lo presentan son los síntomas por sí mismos, como el olor fétido y el flujo vaginal, lo que causa angustia en las mujeres, con el subsecuente impacto en la calidad de vida y las relaciones. Existe evidencia actual que indicaría que la vaginosis bacteriana es un síndrome polimicrobiano, que se caracteriza por cambios en la composición de la microbiota vaginal.

Esta situación subóptima a nivel microbiológico involucra la reducción en lactobacilos protectores y aumento en la diversidad bacteriana, como *Gardnerella* spp., *Atopobium vaginae* y *Prevotella* spp., entre otros.

El tratamiento de primera línea antibiótica es el metronidazol o la clindamicina, que brinda un espectro de cobertura anaerobia amplio, y que puede ser administrado de manera oral o intravaginal, con una eficacia de aproximadamente 70% a 85% en las mujeres dentro del primer mes. Sin embargo, más del 50% presenta recurrencia de síntomas y microscopia compatible con vaginosis bacteriana a los 6 meses. En este estudio se discutió la desconexión entre la evidencia microbiológica y epidemiológica que apoyarían la contribución de la reinfección desde una pareja sexual no tratada, en relación con el síndrome por vaginosis bacteriana.

Evidencia para apoyar la transmisión sexual del síndrome de vaginosis bacteriana

Existe información clara que apoya la contribución de la transmisión sexual con respecto a la patogénesis de la

vaginosis bacteriana. Un estudio del año 1950 planteó la hipótesis de que los maridos deberían ser tratados de manera simultánea si existen recurrencias de reinfección. Cuando se transfirió flujo de mujeres con vaginosis bacteriana a aquellas sin esta infección, 11 de 15 presentaron signos clínicos y características microbiológicas, lo que indicó que el síndrome era infeccioso.

Otros estudios aislaron *G. vaginalis* de la uretra de parejas sexuales masculinas de mujeres con vaginosis bacteriana. La alta frecuencia de recurrencia de este síndrome postratamiento y la evidencia de que los hombres pueden ser hospedadores de *G. vaginalis*, llevó a la realización de 6 estudios de parejas de pacientes con vaginosis. En una cohorte, a los 12 meses las mujeres jóvenes que tuvieron relaciones peniano-vaginales tuvieron mayor probabilidad de presentar una microbiota dominada por *Gardnerella* spp., que las mujeres que no tuvieron relaciones sexuales.

Otro metanálisis demostró una asociación positiva entre el aumento en el número de parejas sexuales masculinas o el cambio reciente de pareja masculina, y el riesgo de vaginosis bacteriana. El uso de profiláctico se asoció con una disminución en el riesgo de vaginosis bacteriana.

Relación entre aparición de vaginosis bacteriana y prácticas sexuales

En mujeres con parejas masculinas, las relaciones peniano-vaginales, el uso inconstante de profiláctico y la exposición al semen se asoció con la aparición y la incidencia de vaginosis bacteriana. Sin embargo, la transmisión puede ocurrir en ausencia de emisión seminal, y las mujeres que tienen relaciones con otras mujeres pueden manifestar vaginosis bacteriana.

Se confirmó la relación entre la aparición de vaginosis bacteriana y las prácticas sexuales con una nueva pareja, así como en las relaciones orales, digitales-vaginales y digitales-anales.

Un estudio a 2 años de tipo cohorte, informó que los individuos con nueva pareja sexual presentaban una microbiota más diversa e inestable, caracterizada por *Gardnerella*, entre otros agentes patógenos.

Relación entre vaginosis bacteriana recurrente y prácticas sexuales

Mientras que las nuevas parejas sexuales impulsarían la aparición de vaginosis bacteriana, el riesgo de recurrencia luego de la reexposición a la misma pareja sexual después del tratamiento aumentaría 3 veces. Este efecto no se reduce luego del ajuste por frecuencia de relaciones sexuales o uso de profiláctico, lo que sugeriría que la exposición sexual resultaría en el intercambio de organismos, más que en el aumento de la reactivación de las bacterias asociadas con vaginosis bacteriana (BAVB). Análisis de secuenciación microbiana hallaron que las mujeres que reiniciaron la actividad sexual con su pareja presente luego del tratamiento antibiótico, tenían mayor probabilidad de presentar colonización de la microbiota vaginal por BAVB que las mujeres sin pareja. El uso inconstante de profiláctico sería otro factor de riesgo para la recurrencia de vaginosis bacteriana, aunque la efectividad del uso del profiláctico para la prevención de la alteración en la composición de la microbiota requiere de mayor análisis.

BVAB que colonizan la uretra y la piel del pene

Algunos estudios habrían aislado *G. vaginalis* de la uretra de hombres. Estudios de secuenciación modernos brindaron evidencia microbiológica de que los hombres son hospedadores de BAVB en la piel del pene y las regiones uretrales. Además, se habría demostrado que la BAVB estaría más comúnmente detectada en la región subpreputial y en la uretra distal de parejas masculinas de mujeres con vaginosis bacteriana, en comparación con mujeres sin esta enfermedad.

La contribución de la microbiota cutánea peniana en relación con la aparición de vaginosis bacteriana en las mujeres, fue evidente en un estudio sobre circuncisión realizado en África, que tuvo como objetivo la reducción en la transmisión del VIH. La circuncisión se asoció con una reducción del 40% en el riesgo de manifestar vaginosis bacteriana en las parejas mujeres de los hombres circuncidados, los cuales presentaban menor presencia de BAVB. Hubo disminución en la carga y diversidad bacteriana en el *sulcus* coronal un año después de la circuncisión.

Qué se puede aprender de los estudios previos

Existen desafíos considerables en los estudios enfocados en la pareja. Es imperioso que intenten incorporar a unidades

de parejas cerradas, que permitan asegurar la eficacia de la intervención y que no se vea alterada por la aparición de parejas concurrentes no tratadas, lo que es difícil dado que la mayoría de los pacientes son derivados de clínicas de infecciones de transmisión sexual, en donde serían más comunes las parejas concurrentes y el hecho de tener prácticas sexuales de mayor riesgo. La incorporación desde cohortes de la comunidad y la aplicación de herramientas de verificación de la pareja podrían reducir estos riesgos.

Tratamiento de la pareja enfocado en el hombre

Existen desafíos adicionales en la incorporación de parejas con respecto a los estudios enfocados en el hombre. Las mujeres tienen más resistencia a exponer sus síntomas a los hombres y pueden requerir de material educativo y apoyo para aumentar su confianza con respecto a la vaginosis bacteriana. Motivar a los hombres de la pareja para la participación es también más difícil por el hecho de que, en general, no presentarían síntomas por sí mismos.

Algunos hombres identificaron que el diagnóstico de vaginosis en su compañera llevó a una mejora en la comunicación sobre la salud sexual, y que la aceptación del tratamiento de la pareja demostró que están comprometidos en la relación.

Actualmente todavía no estaría claro cuál es el agente antibiótico más apropiado y efectivo para su uso en el hombre. Casi todos los estudios aleatorizados y controlados que evalúan el tratamiento utilizan metronidazol oral. El metronidazol es un antibiótico nitroimidazol, con actividad amplia contra bacterias anaerobias, que logra una frecuencia de curación a un mes de más del 80% en las mujeres. Menos del 1% de las bacterias anaerobias aisladas de mujeres pretratadas con metronidazol intravaginal durante 5 días habrían mostrado resistencia al metronidazol *in vitro*.

Sin embargo, existen clados específicos de *Gardnerella* y otros patógenos, como *A. vaginae*, que presentarían resistencia intrínseca al metronidazol. También, se observó que una biopelícula asociada con vaginosis bacteriana sería resistente al tratamiento con metronidazol.

Conclusiones

Según los autores, al abordar un paciente con vaginosis bacteriana, la incorporación de la pareja estable, que puede ser un foco de reinfección, proveería una oportunidad de lograr un impacto en los objetivos del tratamiento.

Además, consideran que es necesario seguir evaluando la forma en que los antimicrobianos pueden cambiar el microbioma genital, tanto de las mujeres con vaginosis bacteriana como de su pareja, para lograr esquemas de tratamiento más efectivos.