Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Julio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

https://doi.org/10.35381/s.v.v9i18.4663

Vaginosis bacteriana en gestante de la sierra ecuatoriana: Reporte de caso clínico

Bacterial vaginosis in pregnant women in the Ecuadorian highlands: Clinical case report

Yohan Manuel Mancha-Alfonso
yohanma70@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-3116-318X

Ariel José Romero-Fernández
ua.arielromero@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-1464-2587

Iruma Alfonso-González
ua.irumaalfonso@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador
https://orcid.org /0000-0001-6866-4944

Recepción: 13 de marzo 2025
Revisado: 16 de abril 2025
Aprobación: 18 de junio 2025
Publicado: 01 de julio 2025

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Julio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso clínico de vaginosis bacteriana en una gestante de 36 semanas en la sierra ecuatoriana. **Presentación del caso:** Mujer de 24 años, primigesta de 36 semanas por ecografía, quien consultó por dolor hipogástrico tipo punzada de intensidad moderada y secreción vaginal blanquecina de cuatro semanas de evolución. El examen físico reveló secreción grisácea sin mal olor y cérvix posterior cerrado. Los estudios de laboratorio descartaron infección del tracto urinario. Mediante diagnóstico diferencial se estableció el diagnóstico de vaginosis bacteriana. **Manejo y evolución:** Se instauró tratamiento con clindamicina 100mg más miconazol 200mg en óvulos vaginales diarios por siete días, complementado con probióticos y analgesia. La paciente presentó evolución satisfactoria con resolución de la sintomatología. **Conclusiones:** La vaginosis bacteriana representa una entidad clínica frecuente durante el embarazo que requiere diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para prevenir complicaciones materno-fetales.

Descriptores: Vaginosis bacteriana; embarazo; infecciones vaginales. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe a clinical case of bacterial vaginosis in a 36-week pregnant woman in the Ecuadorian highlands. **Case presentation:** A 24-year-old woman, primigravida at 36 weeks according to ultrasound, consulted for moderate hypogastric pain and whitish vaginal discharge that had been present for four weeks. Physical examination revealed greyish discharge without malodour and a closed posterior cervix. Laboratory tests ruled out urinary tract infection. Differential diagnosis established the diagnosis of bacterial vaginosis. **Management and evolution:** Treatment was initiated with 100mg clindamycin plus 200mg miconazole in daily vaginal ovules for seven days, supplemented with probiotics and analgesia. The patient progressed satisfactorily with resolution of symptoms. **Conclusions:** Bacterial vaginosis is a common clinical entity during pregnancy that requires timely diagnosis and appropriate treatment to prevent maternal-foetal complications.

Descriptors: bacterial vaginosis; pregnancy; vaginal infections. (Source: DeCS).

INTRODUCCIÓN

Las infecciones vaginales durante el embarazo constituyen un problema relevante de salud pública que incide directamente en el desarrollo favorable de la gestación y el parto. Por consiguiente, representan una de las patologías que con mayor frecuencia enfrentan los profesionales de la salud en atención primaria [1]. La vaginosis bacteriana se posiciona como una de las principales causas de infección vaginal en mujeres gestantes, cuya respuesta inmunitaria presenta variaciones que explican tanto la presencia de casos asintomáticos como el desarrollo de complicaciones graves, incluyendo el parto pretérmino [2].

Globalmente, se registran más de 340 millones de casos anuales de infecciones vaginales que se manifiestan a través del síndrome de flujo vaginal. En países desarrollados como Estados Unidos, esta patología representa la causa más frecuente de enfermedades infecciosas ginecológicas, estimándose entre 5 a 7 millones de casos por año [3]. Por el contrario, en naciones con sistemas de salud preventivos como Cuba, la incidencia oscila entre 7-20% anual [4].

Estudios recientes realizados en Ecuador demuestran que las variables edad-patógeno se concentran en el rango etario de 21-25 años, encontrándose el mayor índice de patógenos (41%) en mujeres de este grupo etario. Notablemente, el 49% de los patógenos identificados corresponden a microbiota habitual de la secreción vaginal, seguido por Candida con 43%. De particular importancia resulta el hallazgo de 4% de Streptococcus agalactiae del grupo B, relevante por su potencial transmisión vertical y desarrollo de sepsis neonatal [5].

Dado que las infecciones vaginales durante el embarazo pueden generar complicaciones significativas tanto para la madre como para el feto, el presente reporte tiene como objetivo describir un caso clínico de vaginosis bacteriana en una gestante de la sierra ecuatoriana.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 24 años, mestiza, soltera, con ocupación de auxiliar de farmacia y nivel educativo de bachiller. Entre sus antecedentes patológicos relevantes, destaca hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75mg vía oral diaria. No refiere antecedentes familiares, quirúrgicos ni alergias conocidas.

Respecto a sus antecedentes gineco-obstétricos, presenta menarquia, pubarquia y telarquia a los 13 años, sin menopausia. Sus antecedentes obstétricos corresponden a G1P0A0C0, cursando embarazo actual de 36 semanas por ecografía extrapolada del primer trimestre debido a fecha de última menstruación no confiable. Mantiene régimen de vida y alimentación normales, negando consumo de sustancias adictivas.

La paciente acudió a consulta refiriendo cuadro clínico de cuatro semanas de evolución, caracterizado por dolor hipogástrico tipo punzada de intensidad moderada (4/10 en escala EVA), sin irradiación, acompañado de secreción vaginal blanquecina en cantidad moderada y sintomatología urinaria.

Examen físico y signos vitales

Al momento de la evaluación, la paciente se encontraba alerta, vigil, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, con puntuación de 15/15 en la escala de coma de Glasgow. Los signos vitales registrados fueron: temperatura 36.2°C, tensión arterial 103/62 mmHg, frecuencia cardíaca 71 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 95%, y score mama 0.

El examen físico sistémico reveló normalidad en cabeza, cuello, tórax, pulmones y corazón. El abdomen se presentó suave, depresible, pero doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel hipogástrico. En la región inguinogenital se evidenció presencia de secreción grisácea sin mal olor y cérvix posterior cerrado. La puño-percusión renal derecha resultó positiva. Las extremidades mostraron características normales sin edema, con pulsos distales presentes y llenado capilar de 3 segundos.

Estudios complementarios

Se solicitaron estudios de laboratorio para definir el diagnóstico y establecer la conducta terapéutica apropiada. El análisis de orina completo reportó los siguientes resultados: color amarillo, aspecto transparente, densidad 1.009, pH 7.0, glucosa negativa, cetonas negativas, bilirrubinas negativas, leucocitos negativos, nitritos negativos, hemoglobina negativa, proteínas negativas, urobilinógeno normal. El examen microscópico mostró: piocitos 3.10, hematíes 3.1, bacterias 0.0, muco 9.30, ausencia de cilindros, espermatozoides, cristales, tricomonas, esporas e hifas de hongos, y células epiteliales 0.00.

DISCUSIÓN

Durante el embarazo, múltiples modificaciones hormonales y mecánicas promueven la estasis urinaria y el reflujo vesicoureteral, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones del tracto genitourinario. Específicamente, el aumento del volumen vesical junto con la disminución del tono del detrusor, el efecto relajante de la progesterona sobre el músculo liso ureteral, y la compresión ejercida por el útero grávido, particularmente del lado derecho, constituyen factores predisponentes fundamentales [6 7].

Adicionalmente, durante la gestación se produce mayor excreción renal de glucosa, favoreciendo el crecimiento bacteriano. Las alteraciones en la respuesta inmune materna y la corta longitud de la uretra femenina (3-4 cm) representan elementos adicionales que incrementan el riesgo de infecciones ascendentes [8].

El abordaje diagnóstico del síndrome de flujo vaginal durante el embarazo requiere consideración sistemática de múltiples etiologías. En el caso presentado, se estableció un diagnóstico diferencial que incluyó vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal, infección por Trichomonas vaginalis, infecciones de transmisión sexual y cervicitis.

La presencia de flujo grisáceo-verdoso sin olor fétido, acompañado con disuria y dolor hipogástrico, orientó inicialmente hacia el diagnóstico de vaginosis bacteriana o infección

por tricomonas. Sin embargo, la ausencia de tricomonas en el análisis microscópico y la normalidad del cuello uterino al examen físico descartaron estas alternativas diagnósticas [9 10].

Las infecciones vaginales durante la gestación presentan implicaciones significativas tanto para la salud materna como fetal. La vaginosis bacteriana se asocia con mayor riesgo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y bajo peso al nacer. Además, puede incrementar la susceptibilidad a otras infecciones del tracto reproductivo superior [11 12].

Resulta particularmente relevante la identificación de Streptococcus agalactiae del grupo B en el contexto de infecciones vaginales durante el embarazo, dado su potencial de transmisión vertical y desarrollo de sepsis neonatal, meningitis y neumonía en el recién nacido. Esta consideración subraya la importancia del tamizaje adecuado y el tratamiento oportuno de las infecciones vaginales durante la gestación [13].

El tratamiento instaurado consistió en clindamicina 100mg más miconazol 200mg en óvulos vaginales diarios por siete días, complementado con probióticos por 15 días y paracetamol para manejo sintomático. Esta aproximación terapéutica se fundamenta en evidencia científica que respalda la eficacia de los antimicrobianos tópicos para el tratamiento de vaginosis bacteriana durante el embarazo [14].

La incorporación de probióticos en el esquema terapéutico se justifica por su capacidad para restaurar la microbiota vaginal normal, particularmente las poblaciones de Lactobacillus, que desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento del equilibrio del ecosistema vaginal. Estudios recientes demuestran que la suplementación con Lactobacillus rhamnosus GR-1 y Lactobacillus reuteri RC-14 durante el embarazo puede modular favorablemente la microbiota vaginal y reducir la incidencia de infecciones recurrentes [15].

CONCLUSIONES

El presente caso ilustra la importancia del diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la vaginosis bacteriana durante el embarazo. La evaluación clínica sistemática, complementada con estudios de laboratorio apropiados, permite establecer el diagnóstico diferencial correcto y instaurar tratamiento específico.

La vaginosis bacteriana es una entidad clínica frecuente durante la gestación que requiere atención médica especializada para prevenir complicaciones materno-fetales. El tratamiento combinado con antimicrobianos tópicos y probióticos constituye una estrategia terapéutica efectiva que favorece la restauración del equilibrio microbiológico vaginal.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de implementar protocolos de tamizaje sistemático y seguimiento clínico estrecho en gestantes con factores de riesgo para infecciones vaginales, con el objetivo de optimizar los resultados perinatales y reducir la morbilidad asociada.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

Al Servicio de Ginecología del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato por facilitar el desarrollo del presente reporte de caso, así como al personal médico y de enfermería involucrado en la atención de la paciente.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Ang XY, Roslan NS, Ahmad N, Yusof SM, Abdullah N, Nik Ab Rahman NN, Woon JJ, Teh CS, Todorov SD, Liu G, Liong MT. Lactobacillus probiotics restore vaginal and gut microbiota of pregnant women with vaginal candidiasis. Benef Microbes. 2023;14(5):421-431. https://doi.org/10.1163/18762891-20220103

2. Calderón J, Vega G, Velázquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Revista Médica del IMSS. 2005;43:339-342. https://n9.cl/kqxp3

3. Kalinderi K, Delkos D, Kalinderis M. Urinary tract infections during pregnancy: current concepts in a multifaceted common problem. J Obstet Gynaecol. 2018;38(4):448-453. https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1370579

4. Oh KY, Lee S, Lee MS, Lee MJ, Shim E, Hwang YH, Ha JG, Yang YS, Hwang IT, Park JS. Composition of Vaginal Microbiota in Pregnant Women With Aerobic Vaginitis. Front Cell Infect Microbiol. 2021;11:677648. https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.677648

5. Oh KY, Lee S, Park J, Park MH, Jeong JH, Yang JB, Lim CK, Ha JG, Yang YS. Vaginal microbiota of pregnant women with Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis infections. Front Cell Infect Microbiol. 2024;14:1445300. https://doi.org/10.3389/fcimb.2024.1445300

6. García DL, Estrada JL, Proenza L. Vaginal infection in pregnant women and its influence on perinatal morbidity and mortality. Multimed. 2017;21(2). https://n9.cl/lnxvc

7. Escalona W, Pérez FA, Rodríguez S, Cruz BM, Tomás E. Some epidemiologically relevant variables related to vaginal sepsis. Rev Electrón Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta. 2013;38(1). https://n9.cl/fuynd9

8. Miranda AJ, Hernández LL, Romero C. Vaginal infection in pregnant women and its incidence in selected indicators of the Maternal and Child Program. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010;26(2):291-300. https://n9.cl/rfuhb9

9. Hernández ID, Montes de Oca M, Causa N, Ruiz MD, González D. Clinical-epidemiological characterization of neonates admitted for early-onset sepsis. Multimed. 2016;20(4). https://n9.cl/6hnwv4

10. Landívar GA, Linda S, Luna HA. Incidence of vaginal infections in pregnant women attending the outpatient clinic of Hospital General Guasmo Sur from September 2018--February 2019. Recimundo. 2022;6(1):232-239. https://n9.cl/tyw6f

11. Celik E, Ozcan G, Vatansever C, Paerhati E, Kuşkucu MA, Dogan O, Cekic SG, Ergonul O, Gürsoy A, Keskin Ö, Can F. Alterations in vaginal microbiota among pregnant women with COVID-19. J Med Virol. 2023;95(1):e28132. https://doi.org/10.1002/jmv.28132

12. Mizgier M, Jarzabek-Bielecka G, Mruczyk K, Kedzia W. The role of diet and probiotics in prevention and treatment of bacterial vaginosis and vulvovaginal candidiasis in adolescent girls and non-pregnant women. Ginekol Pol. 2020;91(7):412-416. https://doi.org/10.5603/gp.2020.0070

13. Duarte G, Linhares IM, Kreitchmann R, Tristão ADR, Traina E, Canti I, Takimura M, Andrade JQ. Vulvovaginitis in pregnant women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2024;46:e-FPS03. https://doi.org/10.61622/rbgo/2024fps03

14. Yang S, Reid G, Challis JRG, Gloor GB, Asztalos E, Money D, Seney S, Bocking AD. Effect of oral probiotic Lactobacillus rhamnosus GR-1 and Lactobacillus reuteri RC-14 on the vaginal microbiota, cytokines and chemokines in pregnant women. Nutrients. 2020;12(2):368. https://doi.org/10.3390/nu12020368

15. Menichini D, Chiossi G, Monari F, De Seta F, Facchinetti F. Supplementation of probiotics in pregnant women targeting Group B Streptococcus colonization: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2022;14(21):4520. https://doi.org/10.3390/nu14214520

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**
Volumen 9. Número 18. Año 9. Julio-Diciembre. 2025
Hecho el depósito de Ley: FA2016000010
ISSN: 2610-8038
FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).
Santa Ana de Coro, Venezuela.

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
(https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)