

## VULVOVAGINITIS

Sección coordinada por la Dra. Laura Quintas Vázquez, Médico de Familia del 061-Galicia y la Dra. Cristina Iglesias Díaz, Médico de Familia del Centro de Salud de Mera (A Coruña)

Actualizada en Diciembre de 2011

### DEFINICION Y ETIOLOGIA

Las vulvo-vaginitis son procesos inflamatorios de la mucosa vaginal y de la piel y la mucosa vulvar.

En la mayoría de los casos son de *causa infecciosa*, aunque también se pueden deber a una higiene deficiente, al lavado excesivo, al uso de jabones inadecuados, alergias de contacto (espermicidas, tejidos, compresas), cuerpos extraños y a alteraciones hormonales como la atrofia de la mucosa en las mujeres posmenopáusicas

Las vulvo-vaginitis infecciosas más frecuentes son las siguientes:

- ✓ **Candidiasis** (Producida por *Candida albicans* la más frecuente),
- ✓ **Tricomoniiasis** (Producida por *Trichomonas vaginalis*),
- ✓ **Vaginosis bacteriana** (sustitución de la flora normal por un sobrecrecimiento de organismos anaerobios, *Gardnerella vaginalis* y micoplasma)

### CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Aunque los síntomas van a depender de la etiología de la vulvo-vaginitis en general se caracteriza por eritema y edema de la zona, aumento del flujo vaginal y alteración de sus características, prurito e irritación vulvar.

El diagnóstico se basa en la **clínica** de la mujer y en la **exploración ginecológica** (inspección vulva y vagina) con toma de una muestra del flujo para el examen en fresco.

El **cultivo**, aunque es recomendable en todos los casos, es imprescindible en aquellos casos con fracaso terapéutico o que recurren. Tiene una desventaja, y es que tardamos días en tener el resultado. La muestra debe recogerse del fondo de saco vaginal o del cuello.

AGENTE INFECCIOSO	SINTOMAS	CARACTERÍSTICAS FLUJO	EXPLORACIÓN pH *	EXAMEN EN FRESCO **
<b>CÁNDIDA</b>	Prurito o escozor Ocasionalmente disuria	Aumentado Color blanco. Grumoso	Enrojecimiento genitales externos Flujo adherido a la vulva y paredes vagina pH <4,5	Pseudohifas y esporas. Se observa mejor si se añade una gota de KOH 10%
<b>TRICHOMONA VAGINALIS</b>	Prurito intenso y escozor Frecuentemente disuria Dispareunia	Aumentado y espumoso Color amarillo-verdoso Maloliente	Vulva ligeramente enrojecida Puede observarse punteado rojo en vagina y cérvix (hemorragias subepiteliales) pH >4,5	Microorganismos en forma de pera con cilios en un extremo, se puede observar su movilidad
<b>GARDNERELLA VAGINALES (VAGINOSIS BACTERIANA)</b>	No prurito ni dolor Ocasionalmente dispareunia o disuria Rodorrea postcoital	50-70% normal En el resto flujo aumentado, blanco-grisáceo a veces maloliente con olor a pescado. Homogéneo	No existen datos inflamatorios pH >4,5 Test de aminas positivo ***	Clue cels: células del epitelio vaginal recubiertas por cocobacilos

\* El pH se determina aplicando una muestra en papel de pH o papel tornasol. La muestra en este caso debe cogerse de las paredes laterales de la vagina

\*\* Examen en fresco: consiste en coger una muestra de flujo y añadir 2 gotas de suero salino al 0,9%

\*\*\* Test de producción de aminas: consiste en añadir a la muestra de flujo una gota de hidróxido potásico al 10%. Es positivo cuando se desprende un olor fétido debido a la liberación de aminas.

## TRATAMIENTO

### CANDIDIASIS ó MICOSIS VULVOVAGINAL

Patología producida por hongos, de los cuales la *Candida albicans* es la causa más frecuente

Sólo se tratará a las mujeres con síntomas.

Aquellas que por otra razón presenten un cultivo o citología positivo para *Candida* y estén asintomáticas no deben ser tratadas.

#### 1. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN:

Se compone de un TRATAMIENTO GENITALES EXTERNOS (disminuye los síntomas) + TRATAMIENTO INTRAVAGINAL.

Las opciones posibles para cada uno de ellos se detallan a continuación.

**Tratamiento genitales externos:** Aplicar mientras existen síntomas, 7 días

- ✓ **Clotrimazol crema 2%:** 1 aplicación diaria  
ó
- ✓ **Miconazol crema 2%:** 1 aplicación diaria (**Daktarin<sup>R</sup> ginecológico 2%**)

**Tratamiento intravaginal con cremas u óvulos:**

Tratamientos cortos

- ✓ **Óvulo Clotrimazol 500 mg** dosis única  
ó
- ✓ **Óvulo Fenticonazol 600 mg** dosis única (**Lomexin<sup>R</sup> y Laurimic<sup>R</sup> óvulo 600 mg**)

Si no funcionó la monodosis, clínica muy intensa o paciente de riesgo (diabética, Inmunodrepimida...) usar tratamientos más largos

- ✓ **Clotrimazol: comp. vaginal 100 mg:** 2 comp./día 3 días ó 1 comp./día 7 días;  
**Crema 2% intravaginal** por la noche 7-14 días  
ó
- ✓ **Fenticonazol: Comprimido vaginal 200 mg.** 1 óvulo/día 3-7 días (**Lomexin<sup>R</sup> y Laurimic<sup>R</sup> óvulo 200 mg**)  
ó
- ✓ **Ketoconazol: Comprimido vaginal 400 mg.** 1 óvulo/día 5 días (**Fungarest<sup>R</sup> y Panfungol<sup>R</sup> óvulo 400 mg**)  
ó
- ✓ **Miconazol: Crema 2% 5gr** por la noche 14 días (**Daktarin<sup>R</sup> ginecológico 2%**)

#### 2. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

**Tratamiento oral:**

- ✓ **Fluconazol: comprimido único de 150 mg,** se puede repetir a las 72 h si persisten síntomas  
ó
- ✓ **Itraconazol (Comprimidos de 100 mg):** 2 comp. de 100mg juntos/día 1 ó 3 días  
ó
- ✓ **Ketoconazol (Comprimidos 200 mg):** 200 mg/12h 5 días (última opción, es más hepatotóxico) (**Fungarest<sup>R</sup> y Panfungol<sup>R</sup> comprimidos 200 mg**)

### 3. TRATAMIENTO EN CANDIDIASIS RECURRENTE (más de 4 episodios en los últimos 12 meses)

#### Tratamiento inicial:

- Tratamiento tópico vulvar: **Clotrimazol 2% o Miconazol 2% (Daktarin<sup>R</sup> ginecológico 2%)** durante 2 semanas
- +
- Tratamiento intravaginal/oral:
  - **Clotrimazol comp. vaginal de 100mg:** 1/día 7-10 días; ó 2/día 3 días
  - ó
  - **Fenticonazol:** 1 comp. vaginal 200mg/día 7-10 días (**Lomexin<sup>R</sup> óvulos de 200 mg**)
  - ó
  - **Fluconazol v.o.:** 1 comp. 150mg/72 horas, 3 dosis
  - ó
  - **Itraconazol v.o.** (Comprimidos de 100 mg): 2 comp. 100mg/día, 3 días ó

#### Tratamiento de mantenimiento:

- **Clotrimazol: comp. vaginal 500mg/semanal** o postmenstrual durante 6 meses
- ó
- **Fenticonazol: comp. vaginal 600mg/semanal**, 6 meses (**Lomexin<sup>R</sup> óvulos de 600 mg**)
- ó
- **Fluconazol:** 150mg v.o./semana durante 6 meses
- ó
- **Itraconazol:** 4 comp de 100mg/ mes (2 cada 12horas, un día), por 6 meses

**Los probióticos intravaginales** ayudan a restablecer la flora vaginal normal y evitar las recidivas. Se usan una vez finalizado el tratamiento

No está demostrado que el tratamiento de la pareja sexual disminuya las recidivas

### 4. TRATAMIENTO EN MUJER EMBARAZADA

Se tratará solo a las mujeres sintomáticas

- ✓ Tratamiento tópico imidazólico 7 días:

**Clotrimazol crema 2%:** aplicación intravaginal 5 gr/noche 7 días

### 5. TRATAMIENTO DE LA PAREJA

Aunque el origen puede ser la transmisión sexual, está no es la principal causa.

El principal motivo son alteraciones de la flora vaginal por diversas causas: antibióticos, diabetes, gestación...

Solo debe tratarse si esta presenta clínica

### 6. OTRAS CONSIDERACIONES

Las presentaciones en crema pueden provocar cierta irritación en genitales externos

Aunque varía de unos fármacos a otros, los tratamientos tópicos intravaginales pueden interferir con preservativo y diafragma

Permitir a la mujer elección entre terapia tópica u oral

## **TRICOMONIASIS**

Patología producida por la trichomona vaginalis

### **1. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN**

- ✓ **Metronidazol vía oral (Comprimidos de 250 mg):** 2 gr en única dosis o repartido en 2 dosis de 1 gr cada 12 horas.  
*No tomar alcohol*

### **2. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

- ✓ **Tinidazol vía oral:** 2 gr en dosis única (**Tricolam<sup>R</sup> comprimidos 500 mg**)

### **3. TRATAMIENTO EN AQUELLAS MUJERES CON FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO O EN RECIDIVAS**

- ✓ **Metronidazol vía oral (Comprimidos de 250 mg):** 500 mg/12 horas durante 7 días
- ✓ **Tinidazol vía oral:** 2 gr en dosis única (si no se ha usado como primera opción) (**Tricolam<sup>R</sup> comprimidos 500 mg**)

### **4. TRATAMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA**

La infección por tricomonas se asocia a parto prematuro, desprendimiento prematuro de membranas y bajo peso al nacimiento.

- ✓ **Metronidazol vía oral (Comprimidos de 250 mg):** 2 gr en dosis única

El Metronidazol es categoría B de la FDA (D en el primer trimestre). Si se decide pautarlo, evitar totalmente el primer trimestre y si es posible usarlo por encima de la 37 semana

### **5. TRATAMIENTO DE LA PAREJA**

- ✓ **Metronidazol vía oral (Comprimidos de 250 mg):** 500 mg/12h durante 7 días

Siempre debe tratarse a la pareja para evitar recidivas.

Abstenerse de relaciones sexuales mientras ambos no hayan terminado el tratamiento.

Estudiar otras ETS. Valorar profilaxis de gonorrea

### **6. OTRAS CONSIDERACIONES**

No se debe consumir alcohol hasta pasadas 24 horas del tratamiento con Metronidazol y 72 horas en tratamientos con Tinidazol: efecto Antabús

Dado que es una ETS se recomienda despistaje de otras ETS: mycoplasma, clamidia, gonococo...

## **VAGINOSIS BACTERIANA**

Patología producida por la sustitución de la flora normal por un sobrecrecimiento de organismos anaerobios, *Gardnerella vaginalis* y micoplasma

Debe tratarse a aquellas mujeres con síntomas, a aquellas asintomáticas que acaban de sufrir un aborto o una histerectomía y en aquellas expuestas a otras ETS (para reducir el riesgo de contagio)

### **1. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN**

- ✓ **Metronidazol vía intravaginal:** 1 comprimido vaginal de 500mg en única dosis (**Comprimidos 250 mg**);  
ó  
5gr de crema de concentración 0,75% por la noche, 5 días (**Zidova<sup>R</sup> gel vaginal 0,75%**)
- ✓ **Clindamicina vía intravaginal:** óvulo de 100 mg/24 h (**Dalacin<sup>R</sup> óvulos de 100 mg**), 3 días;  
ó  
Crema 2% 5 gr por la noche 7 días (**Dalacin<sup>R</sup> crema vaginal 2%**)

### **2. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

- ✓ **Metronidazol vía oral:** 500mg cada 12 horas 7 días (**Comprimidos 250 mg**).  
ó
- ✓ **Clindamicina vía oral:** 300mg cada 12 horas 7 días (**Dalacin<sup>R</sup> comprimidos de 150 y 300 mg**).

### **3. TRATAMIENTO EN EPISODIOS RECURRENTES**

- ✓ **Metronidazol gel 0,75%** 2 veces a la semana durante 6 meses (**Zidova<sup>R</sup> gel vaginal 0,75%**)

El uso de probióticos intravaginales puede disminuir las recidivas.

### **4. TRATAMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA**

Se tratará a mujeres sintomáticas y aquellas asintomáticas con antecedentes personales de parto pretérmino.

- ✓ **Metronidazol oral:** 500 mg cada 12 horas durante 7 días (**Comprimidos 250 mg**).  
El Metronidazol es categoría B de la FDA (D en el primer trimestre). Si se decide pautarlo, evitar totalmente el primer trimestre y si es posible usarlo por encima de la 37 semana
- ✓ **Clindamicina oral:** 300mg cada 12 horas durante 7 días. (**Dalacin<sup>R</sup> comprimidos de 150 y 300 mg**).

Valorar riesgos-beneficios del tratamiento individualmente.

## 5. TRATAMIENTO DE LA PAREJA

La vaginosis bacteriana no debe considerarse una enfermedad de transmisión sexual, aunque si es más frecuente en mujeres con mayor actividad sexual.

No es preciso tratar a la pareja

## 6. OTRAS CONSIDERACIONES

No se debe consumir alcohol hasta pasadas 24 horas del tratamiento con Metronidazol y 72 horas en tratamientos con Tinidazol: efecto Antabús

Los fármacos intravaginales pueden alterar la permeabilidad de preservativos y diafragma

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Diagnóstico y Tratamiento de las Vulvo-vaginitis*. Madrid: asociación Española de Ginecología y Obstetricia; 2008.
2. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red. Vulvo-vaginitis. [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; [actualizada el 26 de diciembre de 2008; acceso el 4 de agosto de 2011]; Disponible en <<http://www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp>>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Vaginitis*. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 May. 12p. (ACOG practice bulletin; no.72)
4. Linda O, Eckert MD. Acute Vulvovaginitis. *N Engl J Med* 2006;355:1244-52
5. White DJ, Vanthuyne A. Vulvovaginal candidiasis. *SexTransmInfect* 2006;82(SupplIV):iv28–iv30
6. Del Cura González I, García de Blas González F, Sanz Cuesta T, et al. Patient preferentes and treatment safety for uncomplicated vulvovaginal candidiasis in primary health care. *BMC Public Health* 2011, 11:63
7. A. Ramírez-Santos, M. Pereiro Jr. y J. Toribio. Vulvo-vaginitis de repetición. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:190-8
8. Young GL, Jewell D. Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
9. Prodigy Guidance. *Prodigy Clinical Recommendation. Candida – female genital*. [Internet]. 2004. (revisada en Septiembre 2007; acceso 20 de Septiembre 2011). Disponible en : <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=Chlamydia%20-%20genital>

### **Aviso a pacientes y familiares**

La información recogida en esta página web está dirigida, únicamente, a profesionales sanitarios de la atención primaria. No deberá utilizar su información para diagnosticar o tratar ninguna enfermedad o problema de salud. Si presenta o duda sobre existencia de un problema de salud deberá contrastar esta información con su médico de cabecera.