

Vulvovaginitis Infecciosas Protocolo de atención primaria

Dra. G.Garay
Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital de Basurto

Definición

Las vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel y mucosa vulvar.

Se caracterizan por flujo anormal, prurito, irritación, quemazón...

Causas

Los síntomas son muy parecidos; por lo que deberemos hacer un diagnóstico diferencial entre todas las posibles etiologías.

Infeciosa (90%)

- Vaginosis bacteriana (40-50%)
- Candidiasis vulvovaginal (20-25%)
- Trichomoniasis (15-20%)
- Menos comunes:
 - Cuerpo extraño con infección secundaria
 - Vaginitis inflamatoria descamativa
 - Vaginitis estreptocócica del grupo A
 - Vaginitis ulcerativa asociada a staphylococcus aureus y sind. del shock tóxico
 - Ulceración vaginal idiopática asociada al HIV

No infecciosas

- Irritantes químicos o de otro tipo
- Alergias, hipersensibilidad y dermatitis de contacto (liquen simple)
- Vaginitis traumática
- Atrofia vaginal
- Vaginitis inflamatoria descamativa
- Liquen plano erosivo
- Enf.vasculares del colágeno, sid. De Behcet, sid. penfigos
- Vaginitis idiopática

Vaginosis bacteriana

Es la causa más frecuente de las vaginitis; produciéndose en un 11-48% de las mujeres en edad reproductiva.

Patogenia

Aunque el mecanismo exacto no se conoce. Se produce por cambios complejos en la flora vaginal caracterizados por una reducción en la concentración de peróxido de hidrogeno producido por los lactobacilos y un incremento de otros microorganismos; especialmente anaerobios.

Microorganismos

- Gardnerella vaginalis
- Micoplasma hominis
- Mobiluncus
- Otros gérmenes Anaerobios

Factores de riesgo:

- Múltiples o nuevas parejas sexuales
- Duchas vaginales
- Tabaco
- Fármacos (toma de antibióticos, espermicidas...)

Diagnóstico (ver Anexo I)

Clínica y pruebas de laboratorio:

Son necesarios cumplir tres de las cuatro criterios para el diagnóstico de Vaginosis bacteriana.

- (1) Flujo blanquecino grisáceo, homogéneo, delgado que recubre suavemente las paredes vaginales
- (2) pH > 4,5
- (3) Test de aminas + (olor a pescado cuando añadimos KOH al 10% o tras el coito)
- (4) Células clave en el frotis en fresco

Pruebas complementarias

- Tinción de GRAM (gold Standard para el diagnóstico).
- Cultivo vaginal: no se recomienda en mujeres asintomáticas porque se aíslan hasta en un 50% de ellas.
- Tes de ADN para la Gardnerella vaginalis (son caros e igual limitación que el cultivo); existen tes de cuantificación de ADN.

Complicaciones

- Parto prematuro
- Endometritis, fiebre posparto, poshiterectomía ó posaborto
- EIP
- Transmisión de otras ETS (VIH, HSV 2, gonorrea, clamidia)

Tratamiento

Toda mujer sintomática debe ser tratada

En mujer no embarazada:

Pautas con recomendación 1A

- Metronidazol
 - Gel vaginal (Zidoval) 5g/24 h 5 días (parece igual de eficaz con < efectos 2º)
 - Ora I (Flagyl) 500mg/12 h 7 días (la dosis de 2 g única parece < eficaz, cuidado efecto antabus con la ingesta de alcohol)
- Clindamicina (Dalacin)
 - Crema vaginal 5 g/24 h 7 días

Pautas alternativas

- Clindamicina
 - Oral 300mg/12 h 7días
 - Óvulos 100mg/24 h 3 días

Parece < efectiva que el metronidazol y tiene más problemas de resistencias y efectos secundarios (colitis pseudomembranosa)

- Tinidazol (Tricolam 500) 1g/24 h 5 días (parece tan efectivo como el metronidazol)

No se considera una ETS y la tasa de recidivas no se modifica tratando a **la pareja**; por tanto **no es necesario tratarla** (recomendación 1B)

Recurrencias

Se produce en un 30% a los 3 meses, un 50% a los 12 meses. Algunos recomiendan preservativo y tratamiento a la pareja, en estos casos, porque los gérmenes pueden quedar en la uretra masculina sin provocar síntomas

- Metronidazol ó clindamicina 10-14 días (la CDC recomienda utilizar un fco. diferente al inicial)

Si > de 3 episodios/ año (grado recomendación 1 A)

- Metronidazol gel al 0´75%/ 24 h 10 días y luego 2 veces/semana durante 3 a 6 meses

Paciente asintomática

El tratamiento de la paciente asintomática no está claro:

- Indicado si cirugía ó quiere embarazo (grado 2B)
- Algunos la recomiendan por la mayor susceptibilidad a las ETS (HIV, herpes...)

En la mujer embarazada

Pautas con recomendación 2 C

- Metronidazol
 - Oral 500mg/12 h o 250mg/8 h 7 días
 - Su uso en el 1ºtrimestre de embarazo no esta desaconsejado por la CDC.
- Clindamicina:
 - Oral 300mg/12 h 7 días

Paciente asintomática

No se aconseja realizar screening ni tratamiento a las embarazadas sin factores de riesgo porque los estudios no demuestran la disminución de la RPM ni del parto prematuro (recomend. 1 A).

Sin embargo si que parecen beneficiarse del screening y Tto las embarazadas con antecedente de parto prematuro.

Vulvovaginitis Candidiásica

Responsable de 1/3 de las vaginitis. Pero también aparecen en el 20-50% de mujeres asintomáticas.

No se considera una ETS por lo que **no** se recomienda tratamiento a la pareja; salvo en casos de recurrencias en las que se puede valorar sobre todo si hay signos de balanitis.

Patogenia

Factores de riesgo

- Inmunodepresión
- Toma de antibióticos
- Diabetes
- Incremento en niveles de estrógenos (anticonceptivos hormonales, embarazo, THS)
- Dispositivos anticonceptivos (DIUs, esponjas, diafragmas...)
- Predisposición genética

Microorganismos

- Candida albicans (80-92%)
- Otros (C.glabrata, parapsilosis...)

Se encuentran en el recto y acceden a la vagina por vía perineal.

Diagnóstico (ver Anexo I)

Clínica

- Flujo grumoso, adherente, como leche cortada.
- Se acompaña de prurito, disuria, irritación, dispareunia...

Exploración

- Flujo característico
- Eritema y edema vulvovaginal
- C. glabrata provoca menos flujo y eritema.

Pruebas complementarias

- Frotis en fresco levaduras y hifas con OHK al 10%(50% es -)
- Tinción de GRAM
- Cultivo para confirmar (10-20% de mujeres colonizadas por candida)

Tratamiento

Infecciones no complicadas

- Derivados azólicos: Fluconazol 150, dosis única (grado 2 A)
 - El tratamiento de elección son pautas cortas (1-3 días)
 - **No existe superioridad en ninguna fórmula oral ni vaginal (ver Anexo II- tabla de FCOS)**
 - Algunos estudios reflejan que las mujeres prefieren los tratamientos orales.

Infecciones complicadas

Incluyen:

- Mal control de diabetes, inmunodeprimidos,
- Signos y síntomas severos,
- Otras especies diferentes a *C. albicans* (*c.glabrata*..)
- Embarazo
- Recurrentes (4 o más episodios al año).

En general recomiendan pautas largas de derivados azólicos

Síntomas severos (inflamación vulvar extensa, erosión, fisuras...)

- Azoles tópicos de 7-14 días ó
- 2 dosis de fluconazol 150 mg separados 72 h

C. Glabrata:

- No dar fluconazol por resistencias. Es preferible utilizar pautas largas y combinando Tto oral + vaginal (por ejemplo itraconazol o ketoconazol)

Embarazo:

Solo está indicado tratamiento si refiere síntomas.

- Imidazoles tópicos: clotrimazol (canesten), miconazol (dactarin) 7 días (grado 2C)

El tratamiento oral esta contraindicado durante el embarazo.

Recurrencias: (4 o más episodios al año)

Debemos eliminar factores de riesgo y siempre realizar **cultivo**.

Tenemos dos opciones de tratamiento: tratar cada episodio con pautas cortas o el tratamiento preventivo

- Inducción con 3 dosis de fluconazol 150/72 h o azoles tópicos de 7-14 días.
- Mantenimiento con fluconazol ó azoles tópicos/mensualmente de 3 a 6 meses.
- Existe controversia sobre la eficacia de los probióticos (lactobacilus) intravaginales para disminuir las recurrencias.

Trichomonas Vaginalis

Se considera, siempre, de **transmisión sexual** (se identifica en el 30-40% de los compañeros sexuales).
Tienen un periodo de incubación desconocido (4-28 días in Vitro).

Diagnostico (Anexo I)

Clínica

- Flujo anormal purulento amarillo verdoso, espumoso, maloliente asociado a quemazón, prurito, disuria y dispareunía.
- Se puede ser portadora asintomática durante largos periodos de tiempo.
- Puede encontrarse desde asintomática hasta un cuadro de afectación severa.

Exploración

- A nivel vaginal y cervical punteado hemorrágico (cervix frambuesa)

Pruebas complementarias

- Frotis en fresco: tricomonas móviles, elevación del pH (5-6) y aumento de polimorfonucleares.
- Cultivo en medio de Diamond.
- Test rápidos pueden ser una alternativa a los cultivos.
- Citología cervical: si aparecen tricomonas debemos realizar un frotis en fresco o un cultivo.

Tratamiento

Se deben evitar relaciones sexuales hasta 7 días de la última dosis.

En mujer no embarazada

Debemos de tratar a todas las mujeres; aunque estén asintomáticas.

- Metronidazol (Flagyl 500) o Tinidazol (Tricolam 500):
 - Oral 2gr; dosis única (Grado 1 A)
 - No consumir alcohol (efecto antabus) 24 h con el metronidazol y 72 h con el tinidazol.
 - Por su alta eficacia no es necesario seguimiento si la mujer queda asintomática.

Tto. a la pareja

Se deben tratar con igual dosis de forma empírica (recomendación 2B) ya que solo son sintomáticos un 10%.

Debemos evaluar **otras ETS**.

En la mujer embarazada:

Algunos estudios recomiendan no tratar a la mujer asintomática (recomendación 2B) porque aumentaría el parto pretérmino debido a la alteración de la flora vaginal; sin embargo en la practica todos las tratamos ya que es una ETS.

Si debemos tratar a la mujer sintomática (recomendación 2C)

- Metronidazol (categoría B):

- Tanto en dosis única como en dosis múltiples (500mg/12 h de 5-7 días).
- Según la CDC se puede administrar en el 1^a trimestre de embarazo sin embargo la SEGO lo desaconsejan.
- Clotrimazol (Canesten):
 - 1% crema/ 24 h 7 días; quita los síntomas pero no erradica las tricomonas.

Casos refractarios:

En primer lugar debemos comprobar que ha realizado ella y su **pareja** el Tto correctamente y, si es así, repetiremos el tratamiento a los dos. Si persisten los síntomas:

Debemos de cambiar de preparado y/o aumentar la dosis del mismo.

- Metronidazol 2 g cambiamos a tinidazol 2 g ó a metronidazol 500/12 h 7 días.
- Si fallan tinidazol ó metronidazol 2g/24 h 5 días
- Si siguen fallando realizar cultivos con test de susceptibilidad

Pauta de actuación en atención primaria ante una vulvovaginitis

1º) Valoración inicial

1.- Historia clínica

- Factores de riesgo ETS...

2.- Exploración física

- Características del flujo...

3.- Pruebas diagnosticas

- Ph, toma de cultivo de exudado vaginal.

2º) Tratamiento empírico

- Si sospecha diagnostica clara.

3º) Cultivo vaginal

1.- Ante cualquier duda diagnostica

- Podemos tratar con antiséptico local (bencidamina- Rosalgin sobres) hasta que llegue el resultado.

2.- No respuesta al tratamiento inicial

3.- Sospecha de ETS

4º) Derivación a especialista

1.- Ginecología

- No respuesta a tratamiento
- Clínica compleja (sospecha EIP...)

2.- Consulta de ETS (A. Bombero Etxaniz o Hospital de Basurto)

- Trichomonas
- Otras vulvovaginitis en pacientes de riesgo de ETS.

Anexo I - Diagnóstico diferencial en mujeres con vulvovaginitis

Parámetros	Flujo Normal	Candidiasis	Vaginosis bacteriana	Trichomoniasis
Síntomas	No	Prurito, inflamación, cambio en el flujo, dispareunia	Flujo maloliente, no dispareunia	Flujo maloliente, purulento, dispareunia
Signos	1 to 4 mL flujo/24h., blanco o transparente, sin olor	Flujo blanco, grumoso (como leche cortada) Eritema vulvar, edema, fisura	Flujo grisáceo-blanquecino, delgado, adherente	Flujo purulento, espumoso eritema vulvovaginal
pH vaginal	4.0-4.5	4.0-4.5	>4.5	5.0-6.0
Test aminas	Negativo	Negativo	Positivo (olor a pescado)	A menudo positivo
Microscopio S.Salino	Ce. escamosas +++	Ce. escamosas Pseudohifas	Ce. clave. Cocobacilos	Polimorfonucleares +++. Tricomonas móviles
Microscopio KOH al 10%	Negativo	Pseudohifas	Negativo	Negativo
Otros	-	Cultivo (si microscopio negativo)	Cultivo (si no valorable)	Cultivo o tes rapido (si microscopio negative)
Diagnostico diferencial	Leucorrea fisiológica	Alergia/irritación contacto, dermatitis vulvar, irritación química, vulvitis focal		Vaginitis purulenta, v.infla.descamativa, vaginitis atrofica, liquen plano erosivo

Anexo II - Fármacos antibacterianos y antimicóticos

1) Antibacterianos

Metronidazol

a) Oral

- Flagyl 250 mg, comp.
- EFG

b) Vaginal:

- Flagyl 500 mg, comp. vaginales
- Zidoval gel 0,75%, envase de 40 g con aplicador.
- Blastestimulina óvulos (300 mg en composición)
- EFG

Clindamicina

- Dalacin, cápsulas de 150 y 300 mg.; crema al 2% y óvulos 100mg
- EFG

Tinidazol

- Tricolam: comp. 500 mg

2) Antimicóticos

Clotrimazol

- Ginecanesten: óvulos de 100 y 500 mg, crema al 2% y 10%

Miconazol

- Daktarin gel 2%

Fenticonazol

- Laurimic: óvulos de 200 y 600 mg, crema al 2% y 10%
- Lomexin: ídem

Fluconazol

- Diflucan: cáps 50, 100, 150, 200 mg y sol.oral 50mg/50ml y 200mg/5ml
- Loitin: ídem
- EFG

Ketoconazol

- Fungarest: comp. 200mg, óvulo 400mg, crema 2% y gel 2%
- Panfungol: ídem
- Ketoisdin: óvulo de 400mg, crema 2%, polvo 2% y gel 2%
- EFG

Itraconazol

- Canadiol: cáps. 100mg

- Esporanox: ídem
- Hongoseril: ídem
- EFG (soluciones IV)

Sertoconazol

- Gine-dermofix: comp. 500mg, crema 2%
- Gine-zalain: ídem

Flutrimazol

- Gine-micetal: crema vag.100mg

Nistatina

- Mycostatin: comp., pomada y suspensión oral
- Positon: emulsión, ungüento y crema (+ corticoides)
- Interderm: crema

BIBLIOGRAFÍA:

1. Centers for Diseases Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines, 2006.
2. Diagnostico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales 2007. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2007.
3. Documento consenso del I Encuentro del Grupo de Trabajo de Infecciones de Transmisión Sexual (Mahon; 9 -2007).
4. UptoDate 2010. Bacterial vaginosis. Trichomonas vaginalis. Candida vulvovaginitis. Diagnostic approach to women with vaginal discharge or vulvoaginal symptoms.
5. Diagnóstico y tratamiento de las Vulvovaginitis (Protocolo de la S.E.G.O. 2008).
6. Fundamentos de Ginecología. JM. Bajo Arenas, JM. Laila Vicens, J. Xercavins Montosa. (SEGO 2009).