

# PROTOCOLO VULVOVAGINITIS

## INDICE

1. Introducción .....Página 2
2. Micosis vulvovaginales: vulvovaginitis candidiásica ..... Página 2-7
3. Vaginosis bacteriana..... Página 7-9
4. Vulvovaginitis por *Trichomonas Vaginalis* .....Página 9-11
5. Diagnóstico diferencial vulvovaginitis infecciosas ..... Página 11
6. Vulvovaginitis no infecciosa.....Página 11-12

## **1. INTRODUCCIÓN**

Las infecciones vulvovaginales son un motivo frecuente de consulta en atención primaria, especializada y urgencias hospitalarias. Representan el 20% de las consultas ginecológicas.

### **CONCEPTO**

La vulvovaginitis es la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar. En ocasiones esta inflamación no es de etiología infecciosa, pudiendo tener un origen irritativo o alérgico.

En el momento actual, se considera que las alteraciones de la microbiota vaginal son el eje fundamental de la fisiopatología de las infecciones vaginales.

## **2. MICOSIS VULVOVAGINALES: VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA**

### **CONCEPTO**

La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es una enfermedad inflamatoria de la vagina producida por diferentes especies de hongos, fundamentalmente de *Candida* spp, secundaria normalmente a condiciones fisiológicas alteradas, que determinan una disminución de la inmunidad local.

La identificación vulvovaginal de *Candida* no es necesariamente indicativa de enfermedad ya que el diagnóstico de VVC requiere la presencia de inflamación vulvovaginal. Es un proceso muy común en las mujeres adultas, con un pico máximo de incidencia entre los 20 y los 40 años.

*Candida Albicans* es la responsable del 90% de los episodios. Otras especies menos frecuentes, también denominadas no albicans, como *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* y *Candida krusei* representan el 10% de las infecciones y han registrado en los últimos tiempos un aumento de la incidencia y un incremento en la resistencia al tratamiento habitual.

□ Clasificación de las VVC:

- **VVC no complicada**
- **VVC recidivante**
- **VVC complicada:** vulvovaginitis grave, vulvovaginitis recurrente causada por especies resistentes de *Candida albicans*, pacientes con DM no controlada, pacientes inmunodeprimidas y pacientes gestantes

□ Factores desencadenantes de la VVC:

- **DM mal controlada:** recomendado hacer test de sobrecarga de glucosa a toda mujer con VVC recurrente.
- **Uso de antibióticos:** durante y tras el tratamiento de antibióticos de amplio espectro (tetraciclinas, ampicilina, cefalosporina) por desequilibrio de la microbiota normal.
- **Niveles elevados de estrógenos:** uso de anticonceptivos, embarazo y terapia estrogénica.
- **Enfermedades inmunodepresoras:** como VIH, LES y otras

□ Síntomas característicos:

- Secreción vaginal característica: blanquecina en grumos, aspecto de yogur
- Prurito, disuria, dispareunia, sensación de escozor en genitales externos
- Mucosa vaginal eritematosa con leucorrea blanca fácil de desprender
- Lesiones cutáneas en vulva y periné

## DIAGNÓSTICO

Se lleva a cabo mediante anamnesis dirigida, presencia de las manifestaciones clínicas previamente descritas y una exploración minuciosa. En ocasiones son necesarias pruebas complementarias ya que un de las causas más frecuentes de fallo terapéutico es un diagnóstico erróneo.

Pruebas complementarias en el diagnóstico de VVC	
<b>Frotis en fresco</b>	
Con SSF al 0.9%	Se visualizan esporas o hifas (S 50%)
Con una gota de KOH	Se visualizan levaduras en fase de esporas e hifas (S 70%)
Tinción de Gram	Se visualizan esporas o hifas (S 65%)
pH	No suele variar con respecto al pH normal (4-4.5)
Cultivo vaginal	Prueba confirmatoria

## TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, por lo que se debe tratar a todas las mujeres sintomáticas.

-La VVC no complicada tiene buenos resultados con **tratamientos tópicos con derivados imidazólicos, poliénicos o piridonas de corta duración**. No parecen existir diferencias en cuanto a la eficacia entre ellos ni entre las distintas pautas de tratamiento. Hasta ahora se recomendaba reservar el tratamiento por vía oral para infecciones recurrentes o persistentes.

Los últimos estudios informan sobre la preferencia de las pacientes por la vía oral, por lo que se ha propuesto como alternativa **Fluconazol 150 mg** dosis única.

-**Durante el embarazo deben evitarse tratamientos por vía oral**. En el tratamiento durante las últimas 4-6 semanas del embarazo se recomienda introducir el comprimido directamente con el dedo, previo lavado cuidadoso de las manos, en lugar de usar aplicadores.

-Son fármacos generalmente bien tolerados produciendo como efecto adverso más frecuente alteraciones gastrointestinales si se administran por vía oral.

-Hay que tener en cuenta en el tratamiento con derivados imidazólicos por vía oral, su posible interacción farmacocinética ya que inhiben a la enzima CYP3A4 y aumentan la concentración plasmática de los fármacos que son metabolizados por dicha enzima (terfenadina, astemizol, midazolam, ciclosporina A, cisaprida, quinidina y estatinas entre otros). La importancia de la interacción con el astemizol, la terfenadina y la cisaprida es la probable inducción de taquicardia ventricular por la prolongación del intervalo QT. Del mismo modo, cuando se administra junto con inductores de la CYP3A4 (difenilhidantoína, rifampicina e isoniazida) disminuye la concentración del derivado imidazólico resultando ineficaz. Si se administra junto con antiácidos, antagonistas H1 y H2 e inhibidores de la bomba de protones, disminuye su absorción gástrica.



## Tratamiento de la VVC no complicada

Antimicóticos tópicos
Imidazólicos
Clotrimazol 2% crema vaginal 5g/24h, 7 días
Clotrimazol comprimido vaginal 100mg/12-24h, 3-7 días
Clotrimazol óvulo vaginal 500 mg/24h, 1 día

Miconazol 2% crema vaginal 5g/24h, 14 días
Ketoconazol 400mg óvulo vaginal/24h, 3-5 días
Econazol 150mg óvulo vaginal/24 h, 3 días
Fenticonazol 200mg óvulo vaginal/24h, 3 días
Fenticonazol 600mg óvulo vaginal/24h, 1 día
Sertaconazol 2% crema vaginal 5g/24h, 7 días
Sertaconazol 500mg óvulo vaginal/24h, 1 día
<b>Poliénicos</b>
Nistatina 100.000U comprimido vaginal/24h, 14 días
<b>Piridona</b>
Ciclopirox 1% 5g/24h, 7-14 días

<b>Antimicóticos sistémicos</b>
<b>Triazólicos</b>
Fluconazol 150mg/24h, 1 día vía oral
Itraconazol 200mg/12h, 1 día o 200mg/24h, 3 días vía oral
<b>Imidazólicos</b>
Ketoconazol 200mg 2 comprimidos/24h, 5 días vía oral

<b>Embarazo</b>
Clotrimazol 100mg comprimido vaginal/24horas, durante 7 días
Clotrimazol 500mg óvulo vaginal dosis única
Miconazol 2% crema vaginal 5g/24h, 14 días

### VVC RECIDIVANTE

Las pacientes quedan englobadas en este grupo cuando presentan 4 o más episodios en un año. Ocurre aproximadamente en el 40-45% de las mujeres que padecen un primer episodio de vaginitis micótica.

Actualmente se considera que en un porcentaje considerable de casos el tratamiento farmacológico con azoles no elimina la presencia de hongos en la vagina y este se desarrolla de nuevo cuando se dan condiciones ambientales favorables (situaciones hiperglucémicas, embarazo, ACHO, geles espermicidas, inmunodeficiencias, antibióticos de amplio espectro)

-Se aconseja **prolongar el tratamiento oral durante 14 días**

-En casos rebeldes se podrá pautar un **tratamiento de mantenimiento** con la administración periódica durante **6-12 meses**

-Ante una VVC recidivante se debe optimizar las situaciones de riesgo comentadas previamente

-Otra alternativa es favorecer la recuperación de la microbiota vaginal con la administración de *Lactobacillus*.

- Administrar *Lactobacillus* por vía vaginal durante 5-10 días y repetir el tratamiento 3 meses (intra o postmenstrual).



### Tratamiento de la VVC recidivante

Tratamiento inicial (doble tratamiento)			
Tópico vaginal	Clotrimazol	100mg/día 500mg/ semana	12 días 2 sem
	Sertaconazol	500mg/ semana	2 sem
	Fenticonazol	600mg/día	3 días
Oral	Fluconazol	150 mg/3 días	3 dosis
	Itraconazol	200mg/día	10 días

Tratamiento inicial (triple tratamiento)			
Oral	Itraconazol	200mg/día	10 días
Tópico Vaginal	Clotrimazol	500 mg/semana	2 sem
Tópicos cutáneos	Clotrimazol	1 aplic/día	2 sem

Tratamiento de mantenimiento			
Tópico vaginal	Clotrimazol	500mg/ sem	6-12 meses
	Sertaconazol	500mg/ sem	6-12 meses
	Fenticonazol	600mg/sem	5-12 meses
Oral	Fluconazol	150mg/sem	6-12 meses
	Itraconazol	100mg/día 200mg/postmenstrual	6-12 meses
	Ketoconazol	100mg/día	6-12 meses



### Tratamiento farmacológico otras *Candidas no albicans*

Candida glabrata	
1ª línea	Ácido bórico 600mg vía vaginal, 1 comprimido/ noche , 14 días
2ª línea	Flucitosina o Anfotericina B 5-10% crema 1 aplic nocturna, 14 días

\*Anfotericina B y flucitosina se venden como fórmula magistral, realizado por el farmacéutico.

\* El ácido bórico por vía oral puede ser mortal.

Candida krusei	
1ª línea tópica y vaginal	Clotrimazol 100mg/día, 7 días o Miconazol 2% crema vaginal 5g/24h, 14 días
2ª línea oral	Itraconazol 200mg/ 12h de 7-14 días Ketoconazol 100mg/24h de 7-14 días

\*Especie resistente al fluconazol

### 3. VAGINOSIS BACTERIANA

#### CONCEPTO

Se considera un síndrome polimicrobiano, que resulta de un descenso de la concentración de *Lactobacillus* productores de peróxido de hidrógeno y un incremento de bacterias patógenas, principalmente anaerobias Gram negativas (*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Mycoplasma* spp. y *Atopobium vaginae*) No se considera una ITS pero excepcionalmente aparece en mujeres que no han tenido nunca actividad sexual.

□ Factores de riesgo: mujeres de raza negra, fumadoras o que usan duchas vaginales o productos de higiene intravaginal.

□ Aspectos de interés clínico:

-La mitad de las mujeres que lo padecen son asintomáticas.

-**Síntomas:** flujo vaginal alterado, fluido, blanquecino-grisáceo y con olor característico a aminas (similar al pescado). No se observa inflamación genital.

-Varios estudios observacionales describen un aumento en el riesgo de infección amniótica, parto pretérmino y RPM, pero no existe evidencia suficiente para realizar un cribado a todas las gestantes asintomáticas y su consecuente tratamiento.

-Algunas guías clínicas recomiendan su tratamiento previo a la manipulación uterina (legrado, histeroscopia...)

-Aumenta el riesgo de padecer ITS. Es importante realizar cribado de VIH en mujeres con vaginosis bacteriana recidivante.

#### DIAGNÓSTICO

Se deben cumplir 3 de los 4 criterios de Amsel:

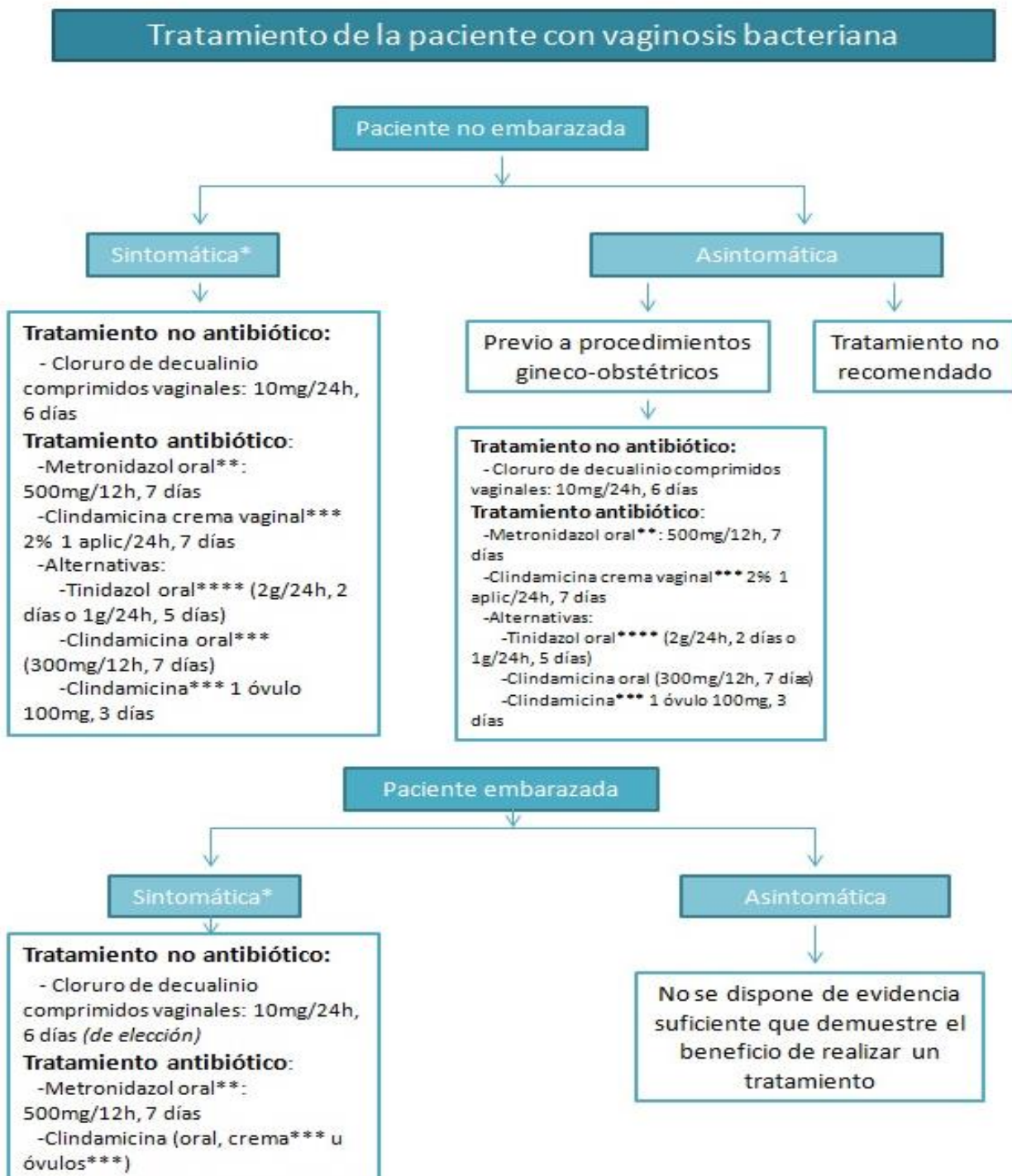
Criterios de Amsel
Leucorrea homogénea, cuyo color y cantidad pueden variar
Hedor de aminas (pescado) al añadir gotas de solución de KOH en un porta con secreción vaginal. También denominado <i>whiff test</i>
Clue cells observadas al microscopio. Se estima que deben ser positivas más del 20% de las células
pH vaginal superior a 4.5

El diagnóstico basado en la lectura de la citología cervicovaginal carece de utilidad clínica por su baja sensibilidad y especificidad.

## TRATAMIENTO

Solo deben tratarse las vaginosis bacterianas sintomáticas y previo a procedimientos invasivos ginecológico (no con una clara evidencia).

\*Al menos 3 de los 4 criterios de Amsel positivos





- \*\*No consumir alcohol en las siguientes 24 horas tras la última dosis
- \*\*\*Riesgo de rotura de preservativo hasta 7 días post-tratamiento
- \*\*\*\*No consumir alcohol en las siguientes 72 horas tras la última dosis

□ Consideraciones durante el embarazo:

- Debe ser tratada siempre que sea sintomática
- Se recomienda el uso de **cloruro de decualinio como tratamiento de elección**
- El uso de antibióticos (metronidazol y clindamicina) está contraindicado durante el 1<sup>er</sup> trimestre de gestación y se recomienda prescribirlos con cautela durante el 2<sup>o</sup> y 3<sup>er</sup> trimestre. Tinidazol debe ser evitado durante la gestación.
- Durante el periodo de lactancia solo debe prescribirse si se considera imprescindible. Se recomienda metronidazol en dosis única de 2g y diferir la lactancia 12-24 horas tras su administración. El cloruro de decualinio no tiene absorción sistémica por lo que no pasa a la leche materna.

### RECIDIVAS

La tasa de recidivas es alta. No se debe recomendar el tratamiento sistémico a la pareja ya que no ofrece ningún efecto protector.

Ante una recidiva se recomienda repetir el tratamiento . No hay ninguna razón para no repetir el mismo tratamiento que solucionó el episodio agudo anterior. En los casos de posible resistencia a metronidazol (*Atopobium vaginae*) se recomienda la administración vaginal de cloruro de decualinio o clindamicina.

Se recomienda el uso de probióticos vaginales como profilaxis en mujeres con infecciones recurrentes, siendo la pauta más habitual la administración durante 5-10 días y repetir el tratamiento 3 meses (intra o postmenstrual)

## **4. VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS VAGINALIS**

### CONCEPTO

La tricomoniasis es causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo unicelular parásito de la vagina. Actualmente en España es muy poco prevalente.

- Síntomas clínicos: variables, caracterizados por mal olor, leucorrea más o menos abundante de color amarillo-verdoso e irritación vulvar con prurito intenso a nivel

vulvo-vaginal. La infección puede ser asintomática en algunos hombres infectados y en dos tercios de las mujeres.

A la exploración se aprecia en la vagina una colpitis con pequeñas hemorragias subepiteliales que confieren a la pared un característico aspecto de frambuesa.

### DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico. Usualmente se confirma mediante visualización al microscopio de la secreción vaginal diluida en una gota de suero objetivando el parásito y su característico movimiento. Otras técnicas menos inmediatas son el cultivo en medio de Diamond o Roiron o la PCR. Recientemente se ha puesto en marcha una nueva prueba diagnóstica rápida (menos de 24 horas) de amplificación de ácidos nucleicos que solo requiere 0.5mL de orina para GeneXpert.

Se recomienda hacer cribado en mujeres con alto riesgo de infección (nuevos o múltiples compañeros sexuales, antecedentes de ITS o ADVP).

### TRATAMIENTO

	Tratamiento antibiótico	Posología/ Circunstancias
Persona infectada	Metronidazol	2g vía oral en dosis única o 500mg/12h, 7 días
	Tinidazol	2g vía oral en dosis única
Compañero sexual	Mismas pautas	Abstinencia alcohol durante el tratamiento
Alergia nitroimidazoles	Otros antibióticos	Vía tópica (curaciones < 50%)
Embarazo	Metronidazol	2g vía oral en dosis única o 500mg/12h, 7 días
Lactancia materna	Mismas pauta que en no embarazo	Mismas dosis (interrumpir toma 12-24 horas)

En el caso de iniciar tratamiento con Metronidazol las pacientes deben ser advertidas de la prohibición de consumo de alcohol durante el tratamiento y hasta 24 horas tras su finalización, se alarga a 72 horas en el caso de Tinidazol

Los tratamientos tópicos con metronidazol y otros antibióticos en forma de gel vaginal son considerablemente menos eficaces (<50%). No se consiguen niveles terapéuticos ni en la uretra ni en las glándulas perivaginales

Se debe recomendar abstinencia sexual hasta completar el tratamiento y hasta que desaparezca por completo la clínica acompañante de la infección.

La tricomoniasis se ha asociado a RPM, parto pretérmino o bajo peso al nacer. Se recomienda evitar el uso de metronidazol durante el primer trimestre.

#### TRICOMONIASIS RECIDIVANTE

Los casos de recidiva suelen estar relacionados con el mal cumplimiento terapéutico de la paciente o, más frecuentemente, de la pareja.

### 5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL VULVOVAGINITIS INFECCIOSAS

	CANDIDIASIS	VAGINOSIS	TRICOMONIASIS
Leucorrea	Blanca, grumosa, viscosa	Gris, homogénea	Amarillo-verdosa, espumosa
Olor	Ninguno	A pescado	Maloliente
Prurito	Intenso	No	Leve, intenso
pH	<4.5	>4.5	>4.5
Mucosa vaginal	Eritematosa Grumos blancos adherentes	Normal	Petequias
Eritema vulvar	Frecuente	Ausente	Ausente
Examen exudado	Esporas, micelios	Células "clue"	Tricomonas

### 6. VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSAS

La causa más frecuente es la atrófica. Es inusual la secreción vaginal aumentada y los cultivos muestran una microbiota normal o inespecífica.

□ Vulvitis alérgicas o irritativas: suele existir mayor componente vulvar que vaginal. Los síntomas que padecen las pacientes suelen ser escozor, dolor perineal y disuria por contacto. Debe realizarse una anamnesis dirigida junto con exploración física general además de en la zona perineal.

Los principales irritantes vulvares suelen ser jabones o detergentes (para lavado perineal o de la ropa interior), rasurado, depilación, incontinencia urinaria o fecal, preservativos, cosméticos, papel higiénico, compresas perfumadas, ropa ajustada y tejidos sintéticos, maceración debida a pobre aireación, fricción perineal (ejercicio, ciclismo, equitación), humedad mantenida (saunas, piscinas) e higiene defectuosa (por defecto o exceso).

## TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en evitar los agentes irritantes junto a corticoterapia para alivio de los síntomas. Ante la falta de respuesta al tratamiento correctamente utilizado, debe valorarse la realización de una biopsia de piel.

Se recomienda utilizar un corticoide tópico potente para aliviar los síntomas más rápidamente, pudiendo pasar después al uso de un corticoide más débil. Los ungüentos son mejor tolerados que las cremas ya que producen menos efectos adversos como picor.

Corticoides para uso vulvar (potencia por orden descendente de menos a más)
Hidrocortisona 1%
Aceponato de metilprednisolona 0.1%
Dipropionato de betametasona 0.05%
Propionato de clobetasona 0.05%

### o **Bibliografía:**

- Achkar JM, Fries BC. Candida infections of the genitourinary tract. Clin Microbiol. Rev 2010; 23(2): 253-73.
- Nyrjesy P. Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. Infect Dis Clin North Am 2008; 22 (4): 637-52
- Peyton LR, Gallagher S, Hashemzadeh M. Triazole antifungals: a review. Drugs Today (Barc) 2015; 51 (12):705-18
- Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. Am J Obstet Gynecol 2016; 214 (1): 15-21
- Petersen EE, Weissenbacher ER et al. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomized, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. Arzneimittelforschung 2002; 52(9): 706-15
- Centre for Diseases Control CDC. Diseases Characterized for vaginal discharge. 2015. STD Treatment Guidelines.
- Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 25 (7): 946-58
- Jack D Sobel MD. Candida vulvovaginitis: Treatment. Review Up to date May 2018.
- Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Guía práctica de asistencia SEGO. Actualización 2018