

# INFECCIONES VAGINALES

**DRA. ISIS PÉREZ  
GAI DE TOMELLOSO**

# INTRODUCCIÓN

Las infecciones vulvovaginales son un problema muy común que puede afectar a mujeres y niñas de todas las edades.

El 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis sintomática a lo largo de su vida y al menos el 40-50% un segundo episodio.

Constituyen el motivo de consulta más frecuente sobre patología ginecológica en atención primaria.

Desde el punto de vista clínico, uno de los principales problemas que se nos plantean son las recurrencias.

Más del 50% de los casos de vulvovaginitis son de origen infeccioso. Las infecciones más frecuentes en Europa son la vulvovaginitis por *Candida* y la vaginosis bacteriana.

El principal objetivo del tratamiento debe ser aliviar los síntomas e intentar evitar las recidivas.

# FISIOLOGÍA

EL FLUJO VAGINAL NORMAL SE CARACTERIZA POR SER INODORO, CLARO, VISCOSO, NO CONTENER NEUTRÓFILOS Y TENER UN PH MENOR DE 4,5.

LA PARED VAGINAL CONSTA DE 3 CAPAS:

- EXTERNA O SEROSA. CONSTITUIDA POR LA APONEUROSIS ENDOPÉLVICA.
- INTERMEDIA O MUSCULAR. TEJIDO CONECTIVO Y MÚSCULO LISO.
- INTERNA O MUCOSA. EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO NO QUERATINIZADO Y TEJIDO CONECTIVO LAXO. LA MUCOSA TIENE UN TIPO CARACTERÍSTICO DE REPLIEGUES TRANSVERSOS SENSIBLE A LAS HORMONAS Y ESTÁ COLONIZADA POR BACILOS, SIENDO SU PH DE 3,5 A 4,5.

# SALUD VAGINAL Y MICROBIOTA

- EL DESEQUILIBRIO O DISBIOSIS DE LA MICROBIOTA ES EL PRINCIPAL CAUSANTE DE INFECCIONES VULVOVAGINALES, EN ESPECIAL VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA Y VAGINOSIS BACTERIANA, Y UN IMPORTANTE FACTOR PREDISPONENTE DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.
- POR LO TANTO, EL EQUILIBRIO DE LA MICROBIOTA PREVIENE DE LOS PRINCIPALES PROCESOS INFLAMATORIOS Y/O INFECCIOSOS VULVOVAGINALES.
- EN LA ÉPOCA FÉRTIL EL EQUILIBRIO SE BASA EN UN PREDOMINIO DE LACTOBACILOS.

# ETIOLOGÍA

**A) INFECCIOSA** (LA MÁS FRECUENTE): VARIANDO SU DISTRIBUCIÓN EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

- *GARDNERELLA VAGINALIS* (15-50%)
- *CANDIDA* (20-25%)
- *TRICHOMONAS VAGINALIS* (5-50%).
- OTROS MICRORGANISMOS: ESTREPTOCOCO, ESTAFILOCOCO, ETC.

**B) NO INFECCIOSA:**

- ATRÓFICA, ALÉRGICA, POR CUERPO EXTRAÑO, AUTOINMUNITARIA E IDIOPÁTICA.

# VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA VVC

## Candidiasis vulvovaginal

Infección vulvovaginal causada por hongos del género *Candida*:

↓  
*C. albicans*

↓  
67-95% de las infecciones

↓  
*C. glabrata*  
*C. tropicalis*  
*C. krusei*

↓  
10-15% de las infecciones,  
responsables de **fracasos**

**terapéuticos**

s

No se considera  
enfermedad de  
transmisión

# VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA. VVC

***Candida spp.***



**Hongos levaduriformes ovaes,**  
blastosporas, que producen  
pseudomicelios.

Miembro habitual de la Microbiota  
normal de las mucosas del aparato  
respiratorio, digestivo y genital  
femenino.

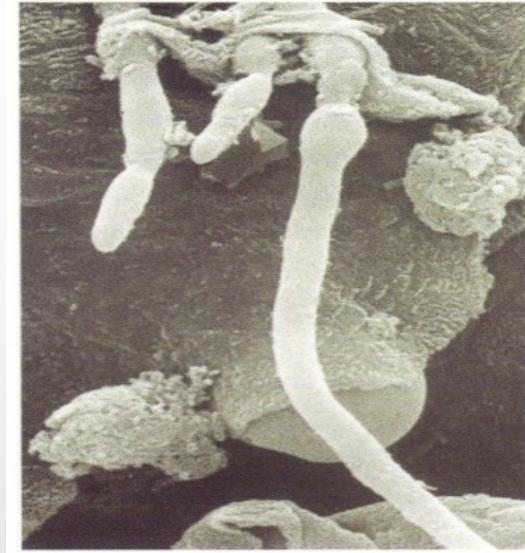
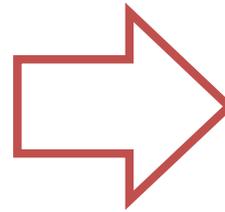


Foto: Detalle de los micelios de C.Albicans

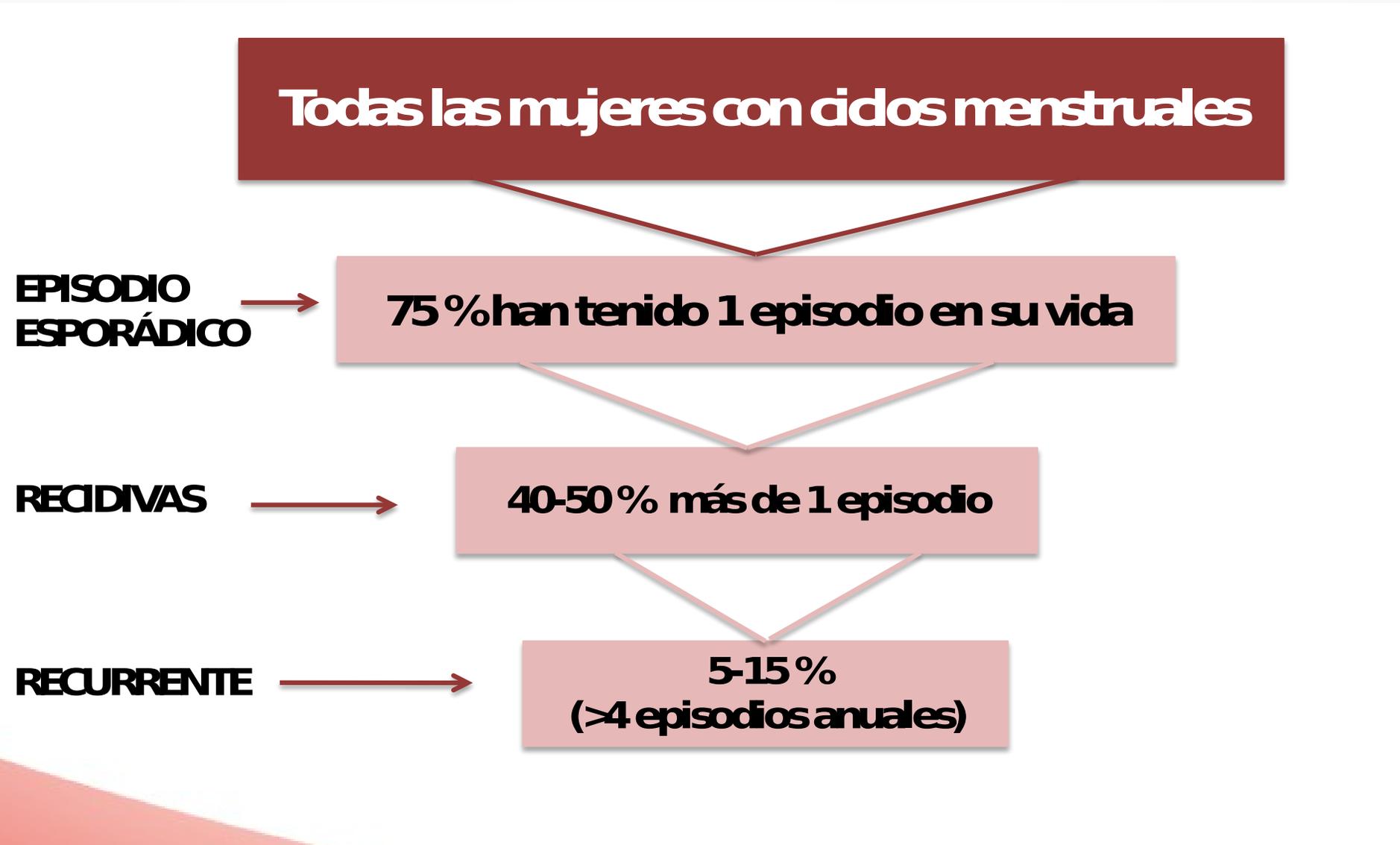
# INCIDENCIA. VVC

- ✓ **1ª CAUSA DE VAGINITIS** en adolescentes y mujeres en edad fértil en Europa, por delante de la vaginosis bacteriana
- ✓ **25-40%** mujeres **PORTADORAS ASINTOMÁTICAS**
- ✓ La **microbiota lactobacilar NO se reduce** en candidiasis. Cepas diferentes (cepas que no producen  $H_2O_2$ )

**“Las infecciones del tracto urogenital son un motivo frecuente de consulta en atención primaria y representan entre el 15-20% de TODAS LAS CONSULTAS**

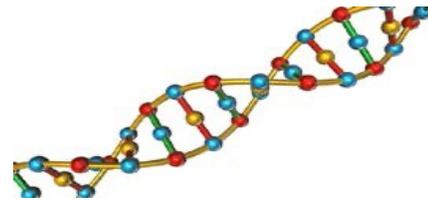
**GINECOLÓGICAS”**

# INCIDENCIA VVC



# FACTORES DESENCADENANTES VVC

- ✓ Embarazo
- ✓ Diabetes mal controlada
- ✓ Medicación, toma de antibióticos de amplio espectro
- ✓ Inmunodeficiencia
- ✓ Estrés
- ✓ Dietética
- ✓ Factores locales
- ✓ Predisposición genética



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS VVC

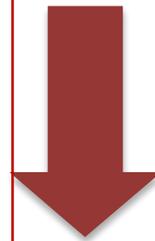
## SÍNTOMAS

- Prurito vulvar
- Dolor y ardor vulvar
- Dispareunia
- Disuria vulvar

- Se intensifican la semana previa a la menstruación
- Mejoran con la menstruación
- Empeoran después de la relación sexual

## SIGNOS

- Leucorrea (grumosa)
- Eritema y edema en VV
- Liquenificación en VV
- Escoriaciones, fisuras en la vulva



**No son signos ni síntomas exclusivos de la VVC,  
LA CLÍNICA NO ES SUFICIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO**

# DIAGNÓSTICO. VVC

SE BASA EN TRES PILARES FUNDAMENTALES:

- ANAMNESIS: INTERROGANDO SOBRE SÍNTOMAS Y FACTORES DESENCADENANTES.
- CLÍNICA: PRURITO, LEUCORREA BLANCA Y ESPESA, IRRITACIÓN DE GENITALES EXTERNOS.
- EXPLORACIÓN: SIGNOS TÍPICOS COMO LEUCORREA, ERITEMA Y EDEMA VAGINAL.
- SE RESERVA EL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, COMO CULTIVO VAGINAL, PARA CASOS DE VVC COMPLICADAS

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. VVC

**Micosis vulvar**



**Herpes vulvar**



**Atrofia vaginal**



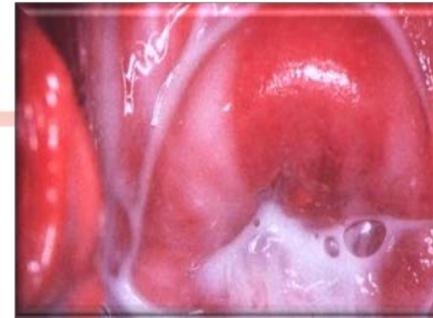
**Micosis cervical**



**Trichomoniasis**



**Vaginosis bacteriana**



# CLASIFICACIÓN DE LA VVC

**VVC no complicada:** no cumplen criterios de VVC complicada

Esporádica o infrecuente.

Síntomas leves-moderados.

Probablemente por *C. Albicans*.

Pacientes inmunocompetentes.

**VVC complicada:**

VVC con síntomas graves.

VVC recurrente por *Candida* no *Albicans*.

Paciente inmunodeprimidas

Pacientes con diabetes no controlada.

Pacientes embarazadas.

**VVC recurrente:** 4 ó más episodios en un año (3 de los cuales no asociados a uso de antibióticos).

**VVC por especies resistentes.**

# TRATAMIENTO DE LA VVC NO COMPLICADA

TRATAR A TODAS LAS PACIENTES SINTOMÁTICAS.

COMENZAR CON TRATAMIENTO TÓPICO DE CORTA DURACIÓN.

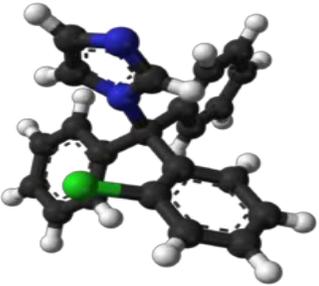
NO ES NECESARIO TRATAR A LA PAREJA, SI NO ES RECIDIVANTE O NO APARECE BALANITIS.

LOS MÁS UTILIZADOS SON LOS ANTIMICÓTICOS IMIDAZÓLICOS. NO PARECE EXISTIR DIFERENCIAS EN CUANTO A EFICACIA ENTRE ELLOS O SUS PAUTAS.

PUEDEN USARSE ANTIFÚNGICOS ORALES DE CORTA DURACIÓN.



# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VVC NO COMPLICADA

<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>	<p><b>Imidazólicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clotrimazol crema vaginal 100 mg/g 5g; dosis única</li><li>• Clotrimazol comprimido o cápsula vaginal blanda 500 mg; dosis única</li><li>• Clotrimazol crema vaginal 20mg/g; 1/24h, 3 días</li><li>• Clotrimazol comprimido vaginal 100 mg; 1/24h, 6 días</li><li>• Miconazol 2% crema vaginal 5g; 1/24h, 14 días</li><li>• Ketoconazol 400 mg óvulo vaginal; 1/24h, 3-5 días</li><li>• Econazol 150 mg óvulo vaginal; 1/24h, 3 días</li><li>• Fenticonazol 200 mg óvulo vaginal; 1/24h, 3 días</li><li>• Fenticonazol 600 mg óvulo vaginal; dosis única</li><li>• Sertaconazol 2% crema vaginal 5 g; 1/24h, 7 días</li><li>• Sertaconazol 500 mg óvulo vaginal; dosis única</li></ul> <p><b>Poliénicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nistatina 100.000 U comprimido vaginal; 1/24h, 14 días</li><li>• Piridona</li></ul>  
<b>ANTIMICÓTICOS SISTÉMICOS</b>	<p><b>Triazólicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fluconazol 150 mg/24h, 1 día vía oral</li><li>• Itraconazol 200 mg/12h, 1 día o 200 mg/24h, 3 días, vía oral</li></ul> <p><b>Imidazólicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ketoconazol 200 mg 2 comprimidos/24h, 5 días, vía oral</li></ul> 
<b>EMBARAZO</b>	<p><b>Imidazólicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clotrimazol</li></ul> 

# CASOS ESPECIALES: VVC EN EMBARAZADAS Y VVC RECIDIVANTES

## EMBARAZADAS

EL EMBARAZO CONDICIONA UN ESTADO DE HIPERESTROGENISMO Y MODIFICACIONES EN LA INMUNIDAD QUE AUMENTA LA INCIDENCIA DE VVC, QUE ES CONSIDERADA UNA VVC COMPLICADA, CON RECOMENDACIÓN DE REALIZAR CULTIVOS.

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO, DEBE EVITARSE LA VÍA ORAL Y SE DESACONSEJA EL USO DE APLICADOR EN LAS ÚLTIMAS 4-6 SEMANAS DE GESTACIÓN.

## VVC RECIDIVANTE

EL 40% DE LOS CASOS DE VVC SE CONVIERTEN EN RECIDIVANTES, SOBRE TODO SI EXISTEN FACTORES EXÓGENOS CONCOMITANTES/DESENCADENANTES, QUE HABRÁ QUE CORREGIR, O SE DEBEN A CÁNDIDA NO ALBICANS (1/3 DE LAS VVC RECIDIVANTES).

EL TRATAMIENTO SE PROLONGA DURANTE 14 DÍAS; EN CASOS REBELDES SE ASOCIA A UN TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO (ADMINISTRACIÓN PERIÓDICA 6-12 MESES).

## Tratamiento VVC recidivantes

Tratamiento Inicial (Doble Tratamiento)			
Tópico vaginal	Fenticonazol	600 mg /día	3 días
	Sertaconazol	500 mg/semana	2 semanas
	Clotrimazol	100 mg/día 500 mg/semana	12 días 2 semanas
Oral	Fluconazol	150 mg/3 días	3 dosis
	Itraconazol	200 mg/día	10 días
Tratamiento Inicial (Triple Tratamiento)			
Oral	Itraconazol	200 mg/día	10 días
Tópico vaginal	Clotrimazol	500 mg/semana	2 semanas
Tópico cutáneo	Clotrimazol	Una aplic/día	2 semanas
Tratamiento de Mantenimiento			
Tópico vaginal	Fenticonazol	600mg/semana	5-12 meses
	Sertaconazol	500mg/semana	6-12 meses
	Clotrimazol	500mg/semana	6-12 meses
Oral	Fluconazol	150mg/semana	6-12 meses
	Itraconazol	100 mg/día 200 mg/postmenstrual	6-12 meses 6-12 meses
	ketoconazol	100 mg/día	6-12 meses

Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales SEGO 2018.

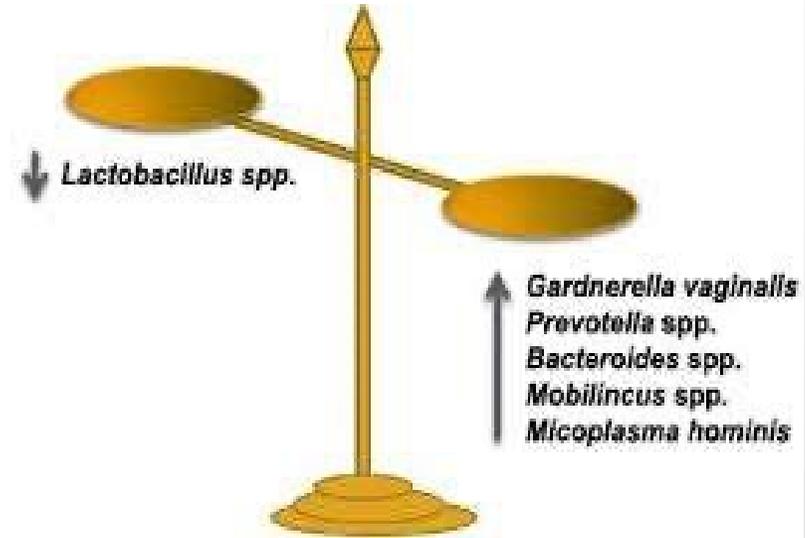
# COADYUVANCIA Y PREVENCIÓN CON PROBIÓTICOS

TANTO EN EL TRATAMIENTO DE LA VVC NO COMPLICADA COMO EN LA VVC RECIDIVANTE, LA INDICACIÓN DE PRODUCTOS PROBIÓTICOS QUE CONTENGAN LACTOBACILOS, VÍA ORAL O VAGINAL, AL TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO MEJORA LAS TASAS DE CURACIÓN Y PUEDE DISMINUIR EL RIESGO DE RECURRENCIAS.

LA RECOMENDACIÓN DE PROBIÓTICOS REQUIERE LA ELECCIÓN DE PRODUCTOS QUE CUENTEN CON EVIDENCIA CIENTÍFICA A PARTIR DE ENSAYOS CLÍNICOS DE CALIDAD QUE PERMITAN OBTENER CONCLUSIONES EN CUANTO AL BENEFICIO, LA DOSIS, Y LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO O DE LA ACCIÓN PREVENTIVA.

# VAGINOSIS BACTERIANA VB DEFINICIÓN

Alteración o disbiosis en el ecosistema bacteriano vaginal o microbiota vaginal, más común en las mujeres en edad reproductiva, de etiología y patogenia poco conocidos con una disminución de las bacterias productoras de ácido láctico y un aumento en el nº y la diversidad de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.* y micoplasmas y un aumento del pH vaginal >4,5



La etiología y la patogénesis de la VB es poco claro, pero parece estar asociado con factores que alteran la acidez normal de la vagina alterando así el equilibrio entre la microbiota vaginal normal.

## ALTERACIÓN DEL ECOSISTEMA MICROBIANO VAGINAL

**La VB es el resultado de la sustitución de lactobacilos por altas concentraciones de anaerobios**

# EPIDEMIOLOGÍA. VB

- Prevalencia:
  - 24% - 40% de los pacientes en las clínicas de ETS
  - 10% - 30% de las pacientes embarazadas
  - 15% - 19% de las mujeres que asisten a las prácticas ginecológicas ambulatorias
- Aproximadamente un 10% de las pacientes ginecológicas padecen VB
- La VB es prevalente en mujeres en edad fértil
- 20 – 30% de las mujeres (EE. UU.) y 10 – 20 % de las mujeres (Europa)
- La VB es infrecuente en mujeres posmenopáusicas



# VAGINOSIS BACTERIANA VB

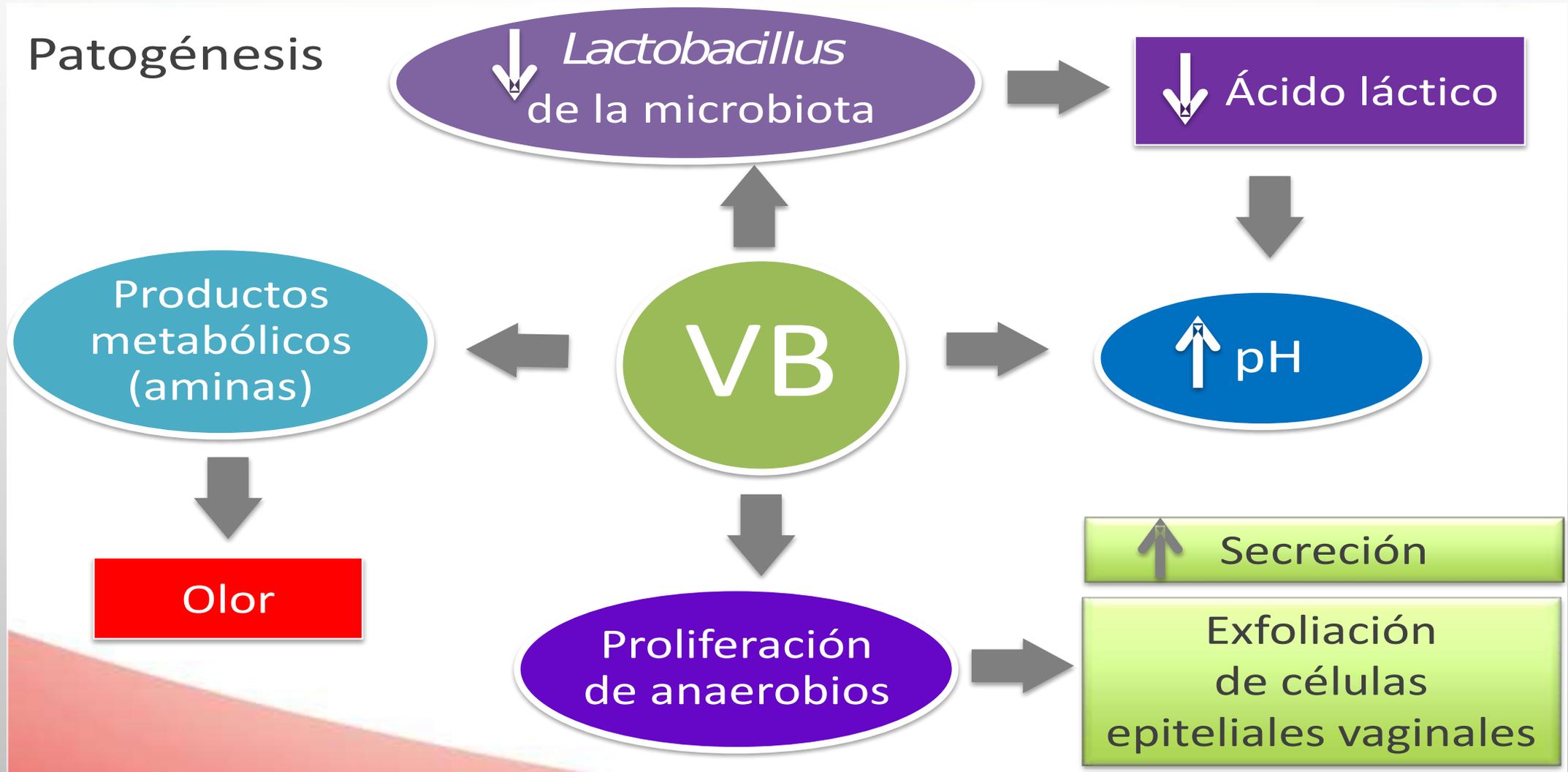
SE HA RELACIONADO CON EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL EMBARAZO, PRINCIPALMENTE LA PREMATURIDAD Y AUMENTO DEL RIESGO DE INFECCIÓN PÉLVICA TRAS CIERTOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECO-OBSTÉTRICOS.

ASOCIACIÓN MAYOR RIESGO DE TRANSMISIÓN Y CONTAGIO DEL VIH, VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 2, NEISSERIA GONORRHOEAE, CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y TRICHOMONAS VAGINALIS E INFECCIÓN O REACTIVACIÓN POR TIPOS DE ALTO RIESGO DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO(VPH).

NO SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN RELACIONES HETEROSEXUALES, PERO SI PARECE SERLO EN HOMOSEXUALES.

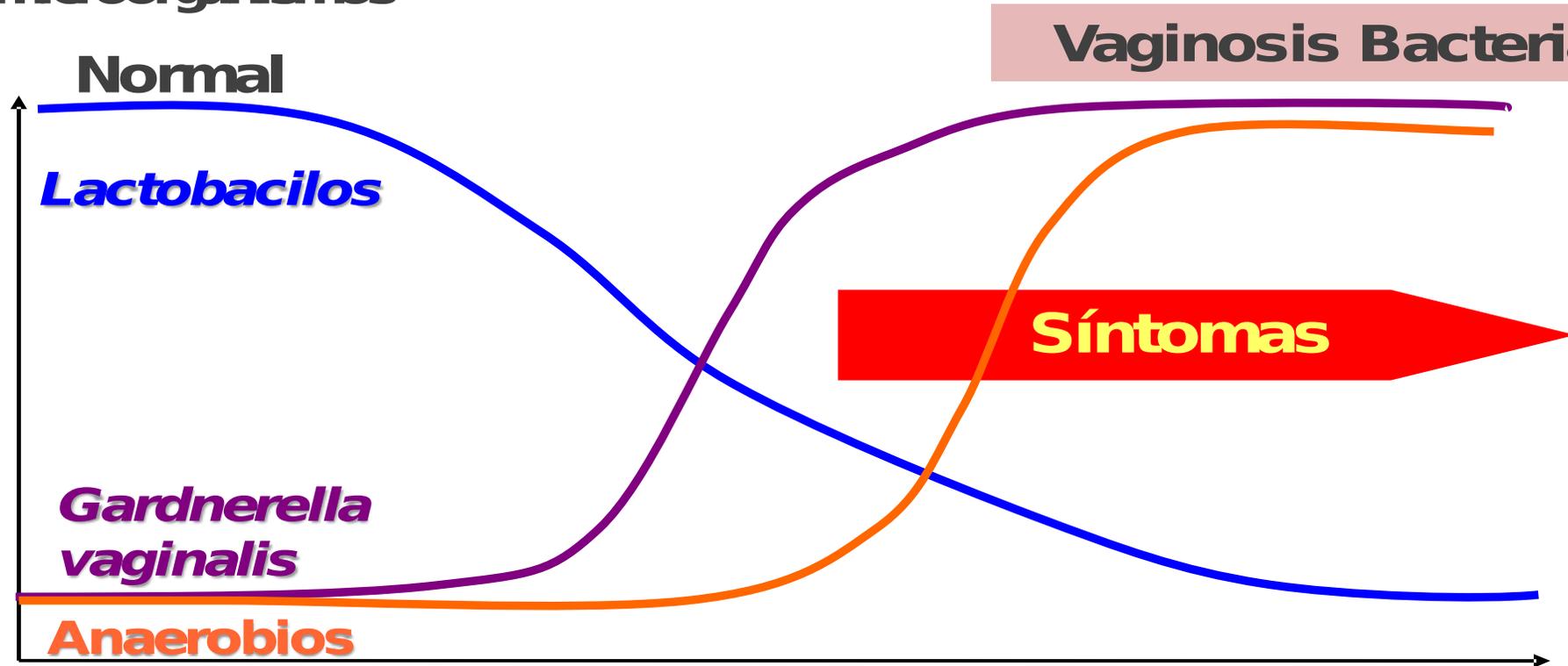
SE DESCRIBEN COMO FACTORES DE RIESGO DE LA VB: 3 O MÁS PAREJAS EN EL ÚLTIMO AÑO, PAREJA SEXUAL FEMENINA EN EL ÚLTIMO AÑO, GESTACIÓN PREVIA Y EL HÁBITO TABÁQUICO.

# FISIOPATOLOGÍA. VB



# HOMEOSTASIS VAGINAL

Nº de microorganismos



pH 4.0 - 4.5

pH 5.0 - 6.0

# MODELOS DE PATOGENIA EN VB

## MODELO DE DEPLECIÓN DE LACTOBACIOS:

Desaparición de lactobacilos debido a factores de riesgo

## MODELO DE PATÓGENO PRIMARIO:

Lactobacilos atacados **por** gérmenes anaerobios

¿Agresión?

Disminución de lactobacilos  $H_2O_2$

Sobrecrecimiento anaeróbico

Entrada de patógenos

Desplazamiento de lactobacilos

**VAGINOSIS BACTERIANA**

# VB: FACTORES DE RIESGO.

## Factores predisponentes:

- Varias o nuevas parejas sexuales
- Edad precoz del primer coito
- Tabaco
- DIU
- ETS
- Detección de HSV-2 anticuerpos séricos en la visita antes de la VB
- VIH
- Raza negra
- Coito vaginal, sexo anal receptivo antes del coito vaginal
- Falta de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>)

**Aunque la actividad sexual es un factor de riesgo para la infección, ésta puede suceder en mujeres que nunca han mantenido relaciones sexuales**

Aunque no se clasifica como una infección de transmisión sexual (ITS) per se, la VB podría aumentar el riesgo de transmisión sexual de ciertas bacterias (relacionadas con la vaginosis) en mujeres lesbianas y heterosexuales con múltiples parejas sexuales.

# VB: CLÍNICA

- Flujo homogéneo, fino, blanco-grisáceo
- Olor a pescado
- Ardor, disuria, dispareunia

## **SIGNOS**

- Ausencia de inflamación
- pH > 4,7
- Prueba de aminas-(KOH) positiva

**50%asintomáticas**

# VB: COMPLICACIONES

Mujer no embarazada	Mujer Embarazada
Enfermedad inflamatoria pélvica	Aborto Involuntario
Aumento del riesgo de de otras ETS (VIH)	Ruptura prematura de membranas, parto prematuro y alumbramiento
Endometritis	Bajo peso al nacer del recién nacido
Infecciones postoperatorias después de procedimientos ginecológicos	Endometritis post-parto por cesárea, post legrado



Implicaciones para la morbilidad femenina:  
↑ la enfermedad inflamatoria pélvica, resultados adversos del embarazo, aumento de la susceptibilidad a las ITS y la infertilidad por factor tubárico.



# VB: DIAGNÓSTICO

- Clínica
  - Medición del pH vaginal
  - Test de aminas/prueba KOH
  - Examen microscópico en fresco (sol.salina)
- 
- Tinción de Gram (Puntuación de Nugent)
  - Cultivo vaginal (baja especificidad)

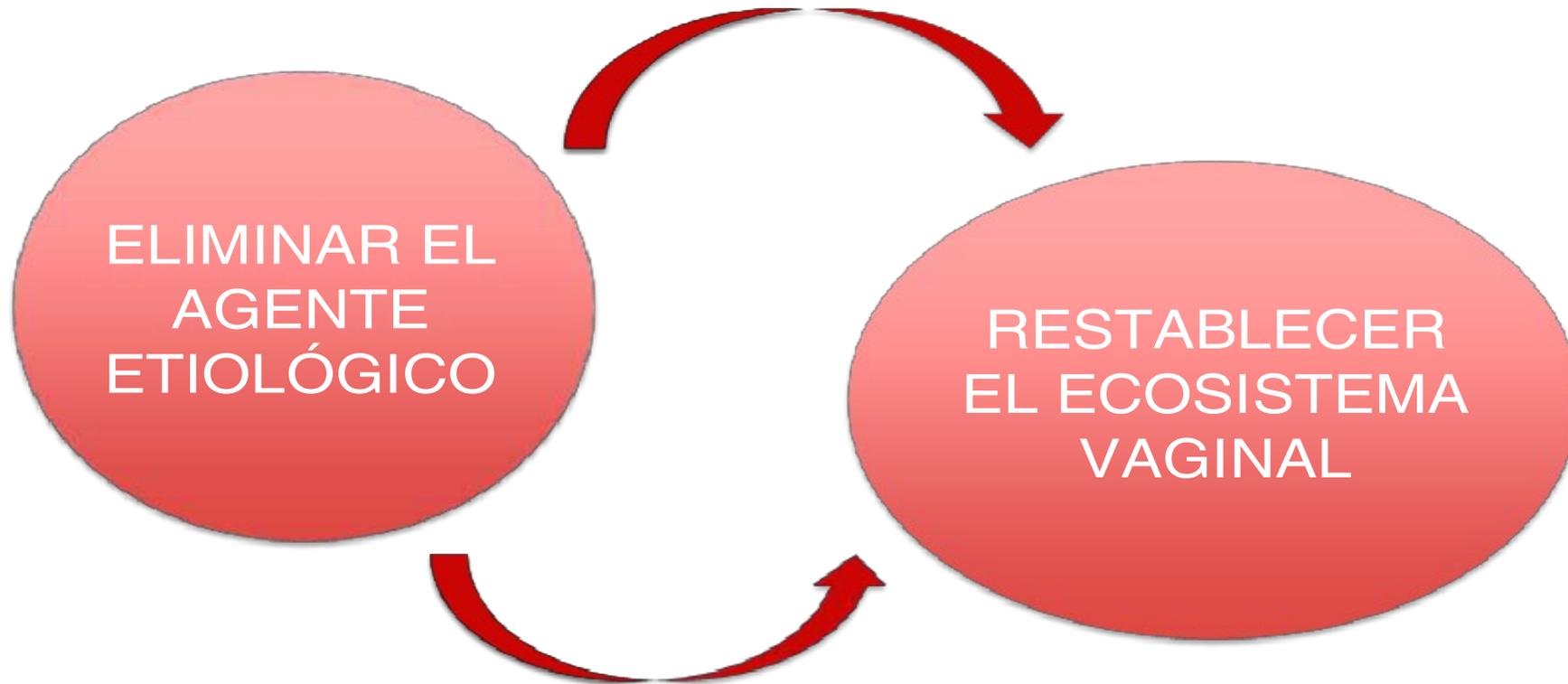


# DIAGNÓSTICO DE VB

LAS GUÍAS GINECOLÓGICAS ACTUALES RECOMIENDAN EL DIAGNÓSTICO DE LA VB EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS :

- PACIENTES SINTOMÁTICAS.
- PREVIO A PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS INVASIVOS.  
(BIOPSIA DE ENDOMETRIO, ABORTO, HISTEROSCOPIA, INSERCIÓN DE DIU O HISTERECTOMÍA).
- GESTANTES SINTOMÁTICAS Y EN ASINTOMÁTICAS CON ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO.

# VB: TRATAMIENTO



En la VB se indican los siguientes tratamientos:

- **Antiinfecciosos:** Metronidazol, Clindamicina, Cloruro de decualino, Clorhexidina, ...
- **Restauración del ecosistema vaginal:** Ácido Láctico, Probióticos, ...

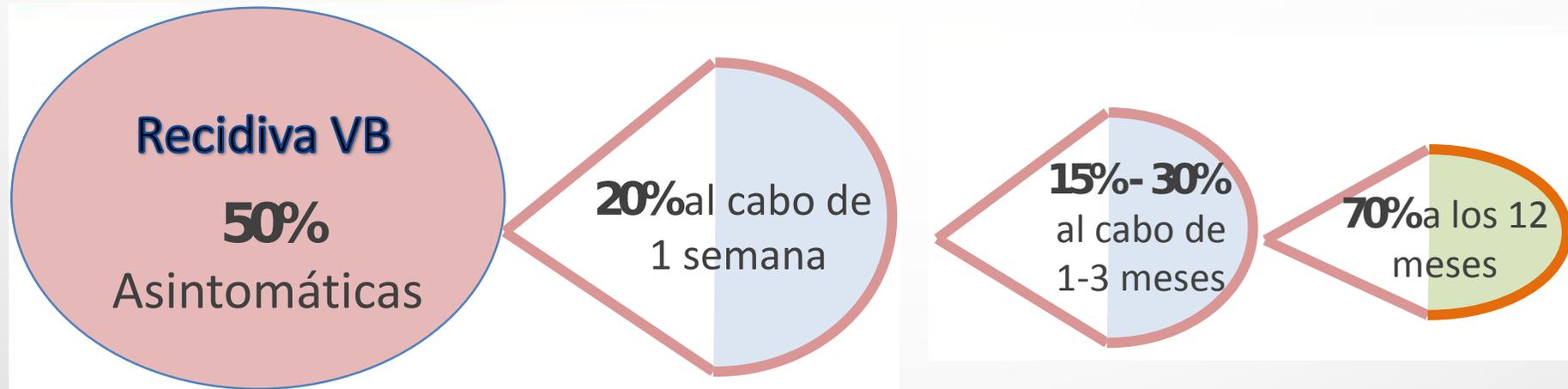
# VB: TRATAMIENTO

## *Objetivos del tratamiento:*

- Curar infección
  - Resolver, aliviar sintomatología
  - Reducir riesgo de complicaciones
- 
- ✓ Metronidazol y Clindamicina (oral, vaginal)
  - ✓ Tasa de curación: Eficacia similar (80%)
    - ✗ Efectos secundarios adversos
    - ✗ Candidiasis postratamiento (20%)
    - ✗ Recurrencias

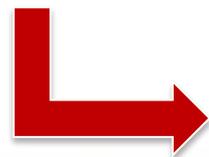
El problema desde el punto de vista clínico son las **recidivas** que pueden afectar de manera importante en la **calidad de vida de la mujer**

# VB: RECURRENCIA DE LA INFECCIÓN



## MECANISMOS:

- Persistencia factores de riesgo
- Resistencia a los antibióticos
- Reinfeción
- Persistencia de la disbiosis vaginal



REESTABLECER EL  
ECOSISTEMA VAGINAL

# VB: OPCIONES PARA EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN



Es muy probable que la recurrencia sea debida al fracaso en la erradicación de los patógenos y el restablecimiento de un ecosistema sano; un abordaje combinado podría ser más eficaz.

Tras la administración del tratamiento farmacológico, puede ser necesario recuperar la colonización por lactobacilos. Tras una infección vaginal, es fundamental conseguir una buena acidificación vaginal.

Las principales vías de actuación van dirigidas a mantener o reequilibrar el ecosistema vaginal y reducir el impacto de los factores de riesgo de la vaginosis recurrente.

## **Importance of Lactic Acid in Maintaining Vaginal Health: A Review of Vaginitis and Vaginosis Etiopathogenic Bases and a Proposal for a New Treatment**

**Javier Haya<sup>1</sup>, Africa García<sup>1</sup>, Carlos López-Manzanara<sup>1</sup>, Maher Balawi<sup>1</sup>, Lara Haya<sup>2</sup>**

El ácido láctico mantiene la vagina a un pH ácido entre 3.5 y 4.5, entorno ideal para que los lactobacilos encuentren un medio óptimo para metabolizarse.

Esto hace que dichas bacterias produzcan grandes cantidades de ácido láctico, que ayuda a mantener el pH ácido.

**La utilización de ácido láctico, como mínimo durante una semana, garantiza la recuperación del ecosistema vaginal normal (Haya et al. 2014)**

# PAUTAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA VB

Pautas recomendadas	Presentación en España	Precauciones
Metronidazol 500/12h 7 días VO	Comp. 250 mg	Abstinencia alcohólica hasta 24 h tras terminar tratamiento
Metronidazol gel 0,75% 1 aplicación/día 5 días VV	No comercializado	
Clindamicina gel 2% 1 aplicación/día 7 días VV	Gel 2%	Posibilidad de alteración preservativo y diafragma
<b>Pautas alternativas</b>		
Tinidazol 2000 mg /24h 2 días VO	Comp. 500mg	No en embarazadas
Tinidazol 1000mg/24h 5 días VO	Comp. 500mg	No en embarazadas
Clindamicina 300/12h 7 días VO	Comp. 300mg	
Clindamicina óvulos 100 mg 1 óvulo día 3 días VV	Óvulos 100 mg	Menor eficacia
Cloruro de decualinio 10 mg 1 óvulo/día 6 días VV	Óvulos 10 mg	
<b>Pautas en embarazadas</b>		
Metronidazol 250/8h 7 días VO	Comp. 250 mg	Abstinencia alcohólica hasta 24 h tras terminar tratamiento
Clindamicina 300/12h 7 días VO	Comp. 300mg	

# TRATAMIENTO DE LA VB - ALGUNAS CONSIDERACIONES

NO ESTÁ RECOMENDADO EL TRATAMIENTO A LA PAREJA. DURANTE EL TRATAMIENTO SE RECOMIENDA LA ABSTENCIÓN SEXUAL O EL USO DE PRESERVATIVO.

EL TRATAMIENTO PARA MUJERES SINTOMÁTICAS ES METRONIDAZOL O CLINDAMICINA POR VÍA ORAL (VO) O VAGINAL (VV). LAS FORMULACIONES TÓPICAS SON IGUAL DE EFICACES Y MEJOR TOLERADAS.

TRATAMIENTO NO ANTIBIÓTICO: COMPRIMIDOS VAGINALES DE CLORURO DE DECUALINIO. (FLUOMIZIN).

OTRA ALTERNATIVA ES TINIDAZOL. DEBE TENERSE EN CUENTA QUE, CON EL TRATAMIENTO ORAL CON METRONIDAZOL, DEBE EVITARSE EL CONSUMO DE ALCOHOL HASTA 24H POSTERIORES AL TRATAMIENTO, 72 HORAS SI ES CON TINIDAZOL, Y QUE LAS CREMAS DE CLINDAMICINA PUEDEN DETERIORAR EL LÁTEX DE LOS PRESERVATIVOS Y DIAFRAGMAS.

EN LAS EMBARAZADAS SE PREFIERE LA VÍA ORAL Y SE UTILIZA EL FLUOMIZIN O METRONIDAZOL.

LA TASA DE CURACIÓN AL MES VARÍA DE UN 60% A UN 90%. A PESAR DE ESTA EFICACIA LAS RECIDIVAS SON FRECUENTES. LAS RECIDIVAS PUEDEN TRATARSE CON LA MISMA PAUTA.

LA ADICIÓN DE LACTOBACILUS (TERAPIA PROBIÓTICA), VÍA ORAL O VAGINAL, AL TRATAMIENTO PRESCRITO DISMINUYE EL RIESGO DE RECIDIVAS ADEMÁS DE MEJORAR LAS TASAS DE CURACIÓN.

# VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS

ES UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) CAUSADA POR TRICHOMONA VAGINALIS, UN PROTOZOO ANAEROBIO UNICELULAR MÓVIL FLAGELADO.

HA DISMINUIDO SU INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES, TAMBIÉN EN ESPAÑA, MANTENIÉNDOSE EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO. PRÁCTICAMENTE EL ÚNICO MEDIO NO SEXUAL DE TRANSMISIÓN ES LA VÍA VERTICAL PERINATAL.

EN LA INFANCIA ES INUSUAL Y HAY QUE SOSPECHAR ABUSO SEXUAL.

LA TRICOMONIASIS PUEDE ACTUAR COMO VECTOR DE OTRAS ITS, CHLAMYDIA TRACHOMATIS, MYCOPLASMA HOMINIS, UREAPLASMA UREALYTICUM, HERPES SIMPLE, NEISSERIA GONORRHOEAE Y VPH(VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) E INFECCIONES COMO CANDIDIASIS Y VAGINOSIS BACTERIANA.

# CLÍNICA DE LA VV POR TRICHOMONAS

TRAS UN PERÍODO DE INCUBACIÓN DE 4 A 20 DÍAS LA MITAD DE LAS MUJERES ESTÁN ASINTOMÁTICAS Y LA OTRA MITAD PRESENTAN:

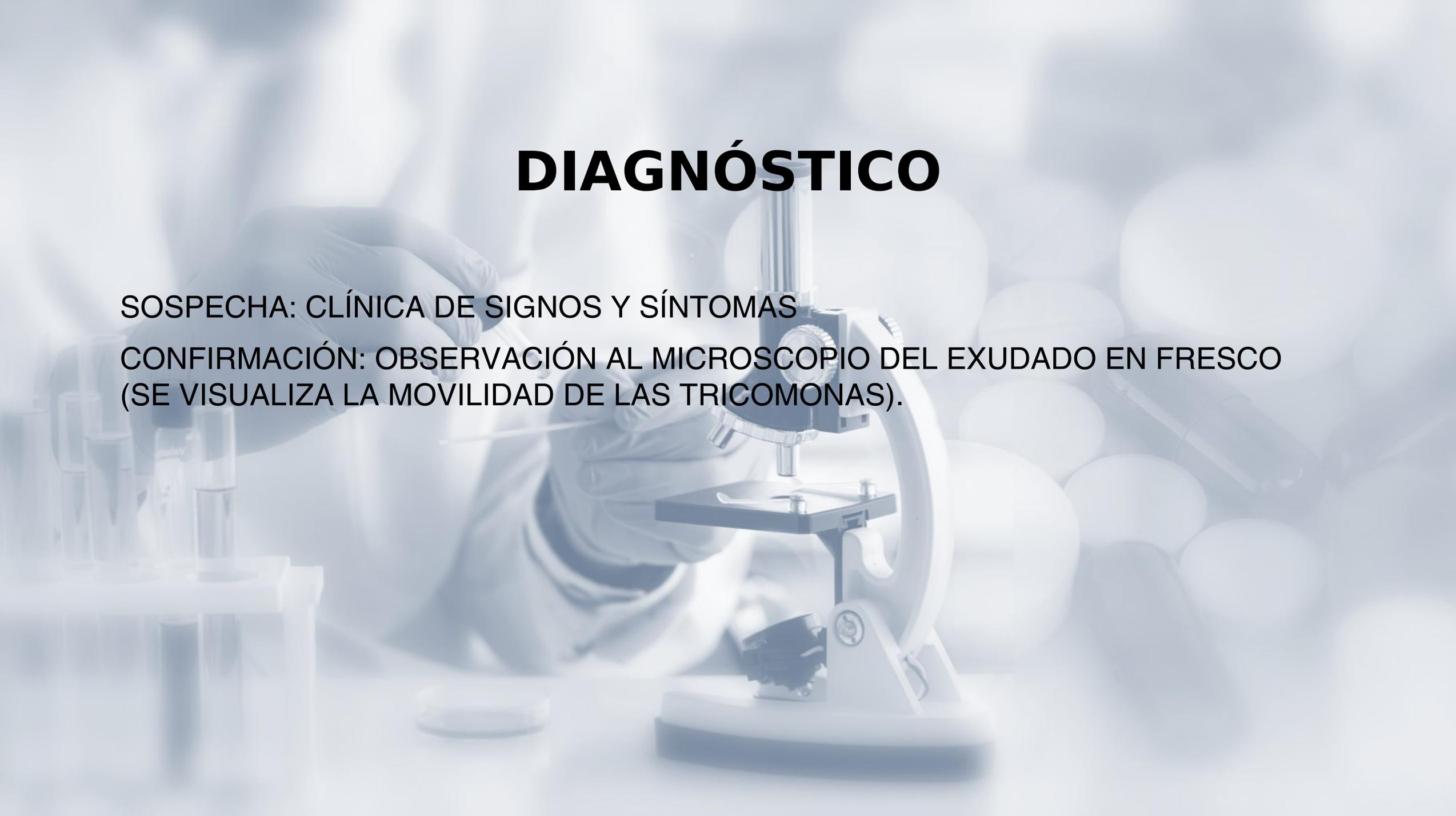
LEUCORREA, MÁS O MENOS ABUNDANTE, DE COLOR AMARILLO-VERDOSA, A VECES ESPUMOSA Y MALOLIENTE, E IRRITACIÓN VULVAR CON PRURITO INTENSO.

LA VULVA PUEDE ESTAR ERITEMATOSA, LA VAGINA ENROJECIDA Y CONGESTIONADA Y EL CERVIX “EN FRESA”.

EL PH HABITUALMENTE ES  $>4,5$  Y EL TEST DE AMINAS POSITIVO.

A VECES, ADENOPATÍAS INGUINALES, DISURIA, DISPAREUNIA Y DOLOR PÉLVICO.

# DIAGNÓSTICO



SOSPECHA: CLÍNICA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

CONFIRMACIÓN: OBSERVACIÓN AL MICROSCOPIO DEL EXUDADO EN FRESCO  
(SE VISUALIZA LA MOVILIDAD DE LAS TRICOMONAS).

# TRATAMIENTO

DURANTE EL EMBARAZO LAS PAUTAS DE METRONIDAZOL SON LAS MISMAS, PUES ESTÁ AMPLIAMENTE DEMOSTRADA SU SEGURIDAD.

LOS COMPAÑEROS SEXUALES DEBEN SER TRATADOS CON SIMILARES PAUTAS, PROPONIÉNDOSE ABSTINENCIA SEXUAL HASTA COMPLETAR EL TRATAMIENTO Y DESAPAREZCA POR COMPLETO LA CLÍNICA.

LOS CASOS DE RECIDIVA DE TRICHOMONIASIS SUELEN ESTAR RELACIONADOS CON EL MAL CUMPLIMIENTO DE LA PACIENTE O MÁS FRECUENTEMENTE DE LA PAREJA.

EXISTEN EVIDENCIAS QUE APOYAN LA RECOMENDACIÓN DE ALGUNOS PRODUCTOS DE HIGIENE ÍNTIMA (SOLUCIONES DE LAVADO Y CREMAS EXTERNAS) ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL ALIVIO SINTOMÁTICO RÁPIDO.

## TRATAMIENTO DE LA VV POR TRICHOMONAS

	Metronidazol	Tinidazol
<b>De elección vía oral</b>	Dosis única 2g	Dosis única 2g
<b>Alternativa</b>	500mg/12h VOx7 días	
<b>Evitar ingesta del alcohol</b>	Hasta 24 horas tras finalizar el tratamiento	Hasta 72 horas tras finalizar el tratamiento
<b>Lactantes</b>	Interrumpir la toma 24-48 horas	Interrumpir la toma 3 días

# VULVOVAGINITIS INESPECÍFICAS

EL 15% DE LAS VULVOVAGINITIS NO SON INFECCIOSAS.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE ES EL DÉFICIT ESTROGÉNICO (POSTMENOPAUSIA, PUERPERIO, LACTANCIA, ANTIESTRÓGENOS).

LAS VULVOVAGINITIS ALÉRGICAS E IRRITATIVAS SON ENTIDADES FRECUENTES Y QUE REQUIEREN, POR UN LADO, DESCARTAR UNA INFECCIÓN, Y POR OTRO, REALIZAR UNA DETALLADA ANAMNESIS QUE PUEDA ORIENTAR SUS FACTORES ETIOLÓGICOS (ATOPIAS, PSORIASIS, ENFERMEDADES AUTOINMUNES, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, RADIOTERAPIA, IRRITANTES...).

SON IRRITANTES VULVARES COMUNES: TEJIDOS SINTÉTICOS, COSMÉTICOS Y PRODUCTOS HIGIÉNICOS PERFUMADOS, DEPILACIÓN, PRESERVATIVOS, FRICCIÓN Y/O HUMEDAD PERINEAL MANTENIDA, INCONTINENCIA, PRODUCTOS NO INDICADOS PARA LA HIGIENE ÍNTIMA. ES PRECEPTIVO, POR LO TANTO, RECOMENDAR CUANDO SEA NECESARIO, PRODUCTOS DE HIGIENE ÍNTIMA QUE HAYAN SIDO TESTADOS Y CUENTEN CON EVIDENCIA QUE RESPALDE SU USO.

LOS SÍNTOMAS IRRITATIVOS PREDOMINAN SOBRE EL AUMENTO O ALTERACIÓN DE LAS SECRECIONES. LA MICROBIOTA ES NORMAL O MIXTA.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN, ADEMÁS DE LA ACTUACIÓN SOBRE LOS FACTORES CAUSALES, ES A BASE DE CORTICOIDES DE USO TÓPICO, DESDE LOS MENOS POTENTES (HIDROCORTISONA 1%) A LOS DE MAYOR POTENCIA (PROPIONATO DE CLOBETASOL 0,05%).

# CAUSAS DE VAGINITIS NO INFECCIOSA

•**VAGINITIS ATRÓFICA:** THS VÍA VAGINALES ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN. ESTRÓGENOS EN ADMINISTRACIÓN TÓPICA: UNA APLICACIÓN AL DÍA DURANTE 2-4 SEMANAS, SEGUIDA DE UNA O DOS APLICACIONES A LA SEMANA.

•**VAGINITIS POR CUERPO EXTRAÑO:** EXTRACCIÓN DEL OBJETO Y VALORAR SOBREENFECCIÓN.

•**VAGINITIS ALÉRGICAS:** DERMATITIS DE CONTACTO Y QUÍMICAS. IDENTIFICAR EL AGENTE CAUSAL. SUSPENDER EL USO DEL PRODUCTO Y SI FUERA NECESARIO ADMINISTRAR CICLO BREVE DE ESTEROIDES POR VÍA TÓPICA.

•**VAGINITIS AUTOINMUNITARIA E INFLAMATORIAS:** ANTE SOSPECHA DEBE SER DERIVADA A DERMATOLOGÍA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO SEGÚN ETIOLOGÍA.

•**VULVOVAGINITIS IDIOPÁTICA:** MEDIDAS DE SOPORTE, INSTRUCCIONES SOBRE BUENA HIGIENE, CONDUCTAS SEXUALES DIRIGIDAS A MINIMIZAR EL RIESGO Y EVITAR CUALQUIER FACTOR QUE PUDIERA EXACERBAR LOS SÍNTOMAS.

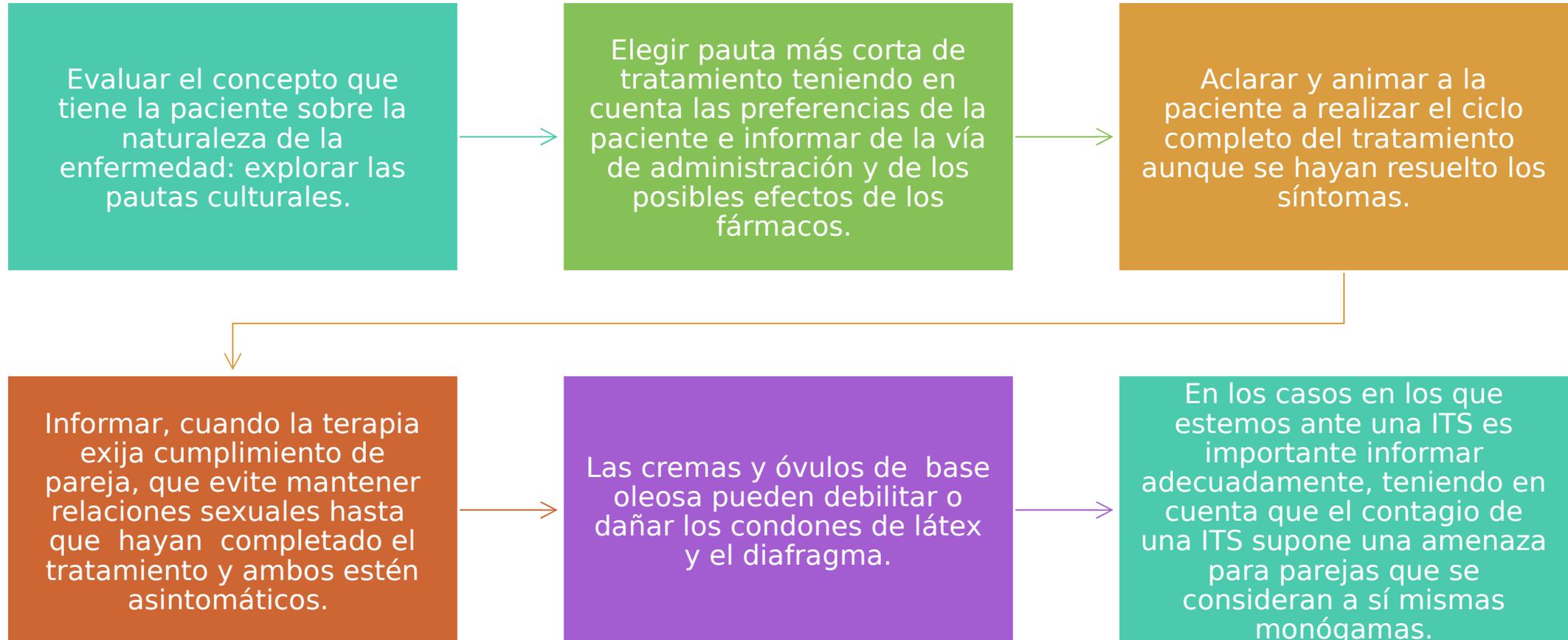
# ALGUNAS CONSIDERACIONES

EL METRONIDAZOL Y EL TINIDAZOL SON FÁRMACOS CON EFECTO ANTABUS, POR LO QUE SE DEBE INFORMAR A LA PACIENTE QUE NO DEBE TOMAR ALCOHOL HASTA 24-48 H TRAS LA ÚLTIMA TOMA DE METRONIDAZOL Y 3 DÍAS TRAS TINIDAZOL.

LA AUTOMEDICACIÓN CON ANTIFÚNGICOS ES UNA OPCIÓN QUE UTILIZAN MUCHAS MUJERES. INFORMAR SIEMPRE QUE SI LOS SÍNTOMAS INDICATIVOS DE VULVOVAGINITIS PERSISTEN TRAS UN ÚNICO CICLO DE TRATAMIENTO DEBEN ACUDIR PARA VALORACIÓN.

SI POR IMPOSIBILIDAD DE CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA ANTE UNA MUJER QUE CONSULTA POR UN PRIMER EPISODIO DE VAGINITIS CLÍNICAMENTE INDICATIVO DE CANDIDIÁSICA, SE OPTA POR UN TRATAMIENTO EMPÍRICO SE LE DEBE INFORMAR QUE ACUDA A CONSULTA SI LOS SÍNTOMAS NO DESAPARECEN TRAS EL TRATAMIENTO PAUTADO. NO OLVIDAR QUE EL 40% DE LAS VAGINITIS «QUE PARECEN CANDIDIÁSICAS NO LO SON».

# RECOMENDACIONES





MUCHAS GRACIAS !

!