



**SEMERGEN**

Sociedad  
Española  
de Médicos  
de Atención  
Primaria

AP

Solicitada validación a la Comisión Nacional  
de Validación de SEMERGEN

# Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Vulvovaginales en Atención Primaria



Ediciones SEMERGEN S.L.

Calle Narváez nº15, 1º Izquierda. 28009, Madrid.

Título de la obra: Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales en atención primaria.

ISBN: 978-84-947509-8-4

Depósito Legal: M-22429-2018

© Copyright 2018. Reservados todos los derechos de la edición.

Prohibida la reproducción total o parcial de éste material, imágenes y tablas de los contenidos, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa por escrito de la Editorial Ediciones SEMERGEN, S.L.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto. En cualquier caso el uso de este manual no puede reemplazar el juicio profesional del médico que será el único responsable de sus decisiones clínicas.

# Prólogo

La Atención Primaria es la puerta de entrada y garantiza la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud. Es una pieza clave para desarrollar estrategias de seguimiento y prevención de afecciones comunes, para lo cual se esfuerza en la realización e implementación de protocolos de actuación mediante el consenso de los profesionales.

Las vulvovaginitis son la causa más frecuente de consulta por motivo ginecológico en este nivel asistencial, y sin duda, su carácter recurrente obliga a la revisión constante y al desarrollo de protocolos que minimicen costes asistenciales, de salud, y de calidad de vida de las pacientes que las padecen.

El presente documento pretende ser una actualización del abordaje de las principales causas de vulvovaginitis infecciosas, desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, así como una revisión de las estrategias preventivas para la disminución de las recurrencias.

Desde el Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN se ha elaborado esta guía con la idea de que sirva de documento práctico para la consulta diaria en Atención Primaria. En ella se compilan una serie de recomendaciones actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales más frecuentes, como la vulvovaginitis por Candida, la Vaginosis Bacteriana y otras afecciones comunes en la práctica clínica.

Es de agradecer el intenso y cuidado trabajo de búsqueda, recopilación y elaboración de los contenidos a los autores del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer, así como a SEMERGEN por todas las facilidades que han mostrado para el desarrollo, maquetación y divulgación de este documento.

**Ana Rosa Jurado**

*Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de SEMERGEN*

## Coordinadora

---

### **Ana Rosa Jurado López**

*Médica. Sexóloga. Directora del Departamento de Salud de la Mujer de Triay Medical Centre. Marbella. Málaga. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN y Secretaria del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.*

## Autores

---

### **Isabel Sánchez Claros**

*Médica Residente de 4º Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Número 1. Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.*

### **Paula Guerrero Alonso**

*Médica de Familia. Sexóloga. Directora de Zona Básica de Salud de Calahorra. CS Calahorra. La Rioja. Miembro de los Grupos de Trabajo de Atención a la Mujer y Sexología de SEMERGEN.*

### **Milagros González Béjar**

*Médica de Familia. Directora Médica del CS Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.*

### **Francisco Valle Vicente**

*Médico de Familia. Centro de Salud Nuevo Cáceres. COPF Cáceres. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.*

# **01**

---

**Introducción.  
Anatomía y  
fisiología de la  
vagina, mecanismos  
de defensa,  
salud vaginal y  
microbiota.**

## Introducción

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

Constituyen el motivo de consulta más frecuente sobre patología ginecológica en atención primaria<sup>1</sup>.

Denominamos “vulvovaginitis” a los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico.

El frecuente autodiagnóstico y autotratamiento de estas patologías hacen que tanto sus causas como su epidemiología no estén bien definidas.

Por norma general, la mujer acude con los primeros síntomas de vulvovaginitis al médico de Atención Primaria (AP). Es derivada al especialista sólo ante casos de duda diagnóstica y/o posibles recidivas, recurrencias o resistencias. En la Atención Especializada constituyen hasta un 20% de las consultas<sup>1</sup>.

Desde la AP, la relación de confianza y de continuidad médico/paciente permite una adecuada caracterización e individualización de cada caso, lo que facilita un correcto enfoque de esta patología, que puede redundar en la mejora en la calidad de vida personal y/o sexual de las mujeres.

Se debe cuidar la elaboración de la historia clínica, preguntando sobre los síntomas, sus posibles circunstancias desencadenantes y/o de mantenimiento de recurrencias. A veces las connotaciones sociales o los temores a que se trate de un proceso más grave pueden hacer que se oculte información o se produzcan demoras en la consulta.

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<sup>1</sup>.

El resto se deben a otros procesos, como reacciones alérgicas, traumatismos, problemas hormonales, etc. En ocasiones estas causas se encuentran solapadas, siendo el diagnóstico más difícil, o tienen más de un factor desencadenante<sup>2</sup>.

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<sup>1,3</sup>.

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

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

## Anatomía y fisiología

La vagina es un órgano impar situado en la cavidad pélvica por debajo del útero, detrás de la vejiga y la uretra y por delante del recto.

Se trata del órgano femenino de la copulación y conecta la vulva con el útero.

Tiene una longitud de 8 a 10 cm.

Es un canal elástico con pliegues longitudinales y transversales que le permiten contraerse y elongarse como resultado de la acción de su tejido eréctil y de sus músculos de fijación.

Sus principales funciones son: recepción del semen, salida de menstruación y canal final del parto.

Las paredes de la vagina están yuxtapuestas y aplastadas en su diámetro anteroposterior.

Situadas junto al introito (entrada vaginal) están las glándulas de Bartholino que, durante la función sexual, secretan un líquido que participa en la lubricación.

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.

# Mecanismos de Defensa

Tres tipos de barrera:

1. Física: la descamación de las células superficiales tiene una misión de arrastre y de renovación/regeneración.
2. Química o Inmunológica: anticuerpos inespecíficos (Tipo IgA) y específicos (Tipo IgG).
3. Microbiota endógena: dominada fundamentalmente por Bacilos de Doderlein (lactobacilos), que producen ácido láctico para la disminución del pH. El pH vaginal ácido inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos (*E. coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus aureus*)<sup>3,4</sup>.

## Salud vaginal y microbiota

La microbiota vaginal varía mucho a lo largo de la vida de la mujer. Estos cambios se deben principalmente a los niveles estrogénicos, que están directamente implicados en el trofismo y la concentración de glucógeno vaginal.

Esto se traduce en variaciones de las proporciones de los microorganismos de la vagina.

En la vagina de una mujer sana habitan microorganismos saprófitos beneficiosos para la salud y patógenos oportunistas. 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, que son capaces, entre otras funciones, de fermentar ácido láctico tomando como sustrato el glucógeno y acidificando con ello la vagina para evitar la proliferación de patógenos

De esta manera, se puede concluir que la salud vaginal está estrechamente relacionada con la microbiota vaginal.



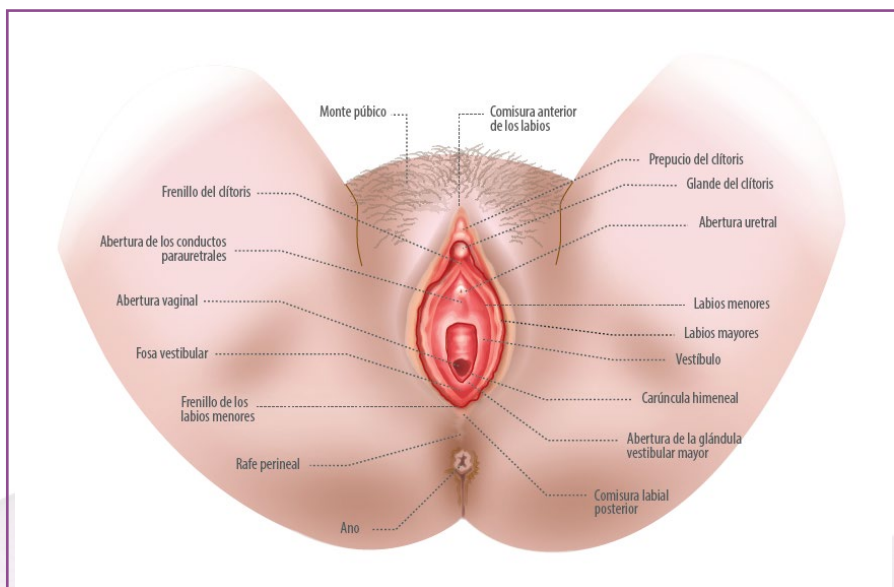


Foto 1. Anatomía externa del aparato genital femenino.

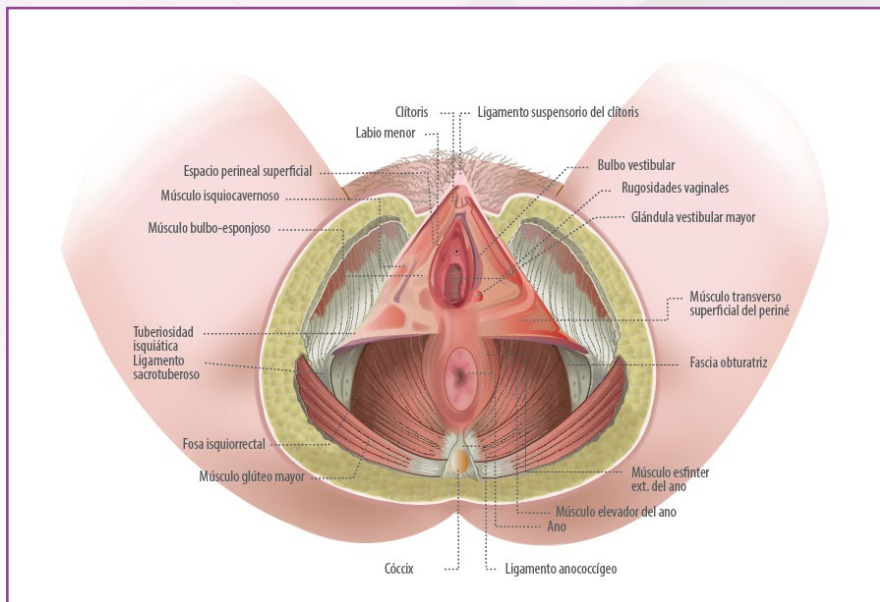


Foto 2. Anatomía muscular de la zona perineal femenina.



# 02

**Candidiasis  
vulvovaginal:  
definición,  
diagnóstico,  
tratamiento, casos  
especiales (VVC en  
el embarazo)**

## Definición

La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es una patología consistente en la inflamación de la vagina, producida por diferentes especies de hongos, fundamentalmente del género *Candida* spp (90% *C.albicans*). La identificación de *Candida* no condiciona necesariamente la enfermedad; el diagnóstico de VVC requiere, además, la presencia de inflamación<sup>1</sup>.

## Factores desencadenantes de VVC

- Uso de antibióticos, sobre todo de amplio espectro que favorecen la infección por desequilibrio de la microbiota vaginal normal.
- Diabetes mal controlada, la cual provoca un desequilibrio en la inmunidad vaginal. Por ello en pacientes con VVC recurrentes se debe realizar test de sobrecarga oral de glucosa.
- Alteraciones hormonales: anticonceptivos, embarazo, estrogeneroterapia.
- Inmunosupresión: VIH, Lupus o tratamientos inmunosupresores.

## Síntomas y signos de VVC

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

## Diagnóstico

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 (Figura 1)<sup>6</sup>.

**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.**

Figura 1. Clasificación de la VVC. Modificada de Cancelo MJ. GP Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones VV. SEGO Actualizado 2018<sup>6</sup>.

## Tratamiento de la VVC no complicada

Se deben tratar a todas las pacientes sintomáticas. Se recomienda comenzar con tratamiento tópico de corta duración. No es necesario tratar a la pareja, si no es recidivante o no aparece balanitis<sup>6</sup>, aunque en los casos en los que se sospeche un reservorio en la pareja se puede recomendar el uso de un antifúngico tópico.

Los más utilizados son los antimicóticos imidazólicos. No parece existir diferencias en cuanto a eficacia entre ellos o sus pautas (Tabla 1)<sup>1</sup>, pero algunos, como fenticonazol, tienen mecanismos de acción específicos que disminuyen la virulencia (inhibe la secreción de proteasas ácidas liberadas por *Candida*), produciendo así una mayor rapidez en la mejora de los síntomas<sup>7</sup>.

También puede usarse antifúngicos orales de corta duración.

## Antimicóticos tópicos

### Imidazólicos

Fenticonazol 200 mg óvulo vaginal/24 horas, 3 días

Fenticonazol 600 mg óvulo vaginal/24 horas, 1 día

Clotrimazol 2% crema vaginal/ 24 horas, 7 días

Clotrimazol comprimido vaginal 100 mg/12-24 horas, 3-7 días

Clotrimazol comprimido vaginal 500 mg/24 horas, 1 día

Miconazol 2% crema vaginal 5 g /24 horas, 1 día

Ketoconazol 400 mg óvulo vaginal/24 horas, 3-5 días

Econazol 150 mg óvulo vaginal/24 horas, 3 días

Sertaconazol 2% crema vaginal 5 g/24 horas, 7 días

Sertaconazol 500 mg óvulo vaginal 5 g/24 horas, 1 día

### Poliénicos

Nistatina 100.000 U comprimido vaginal/24 horas, 14 días

### Piridona

Ciclopirox 1% 5 g/24 horas, 7-14 días

## Antimicóticos sistémicos

### Triazólicos

Fluconazol 150 mg/24 horas, 1 día vía oral

Itraconazol 200 mg/12 horas 1 día ó 200 mg/24 horas 3 días vía oral

### Imidazólicos

Ketoconazol 200 mg 2 comprimidos/24 horas, 5 días vía oral

Tabla 1. Modificada de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Actualizado 2016. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59:350-362<sup>1</sup>.

En algunos estudios se ha mostrado preferencias por el tratamiento tópico, con mayor aceptabilidad de los pacientes por el empleo de óvulos sobre el de comprimidos vaginales<sup>7</sup>.

Existen ciertas evidencias sobre el beneficio de utilizar algunos productos de higiene íntima, como soluciones de lavado y cremas íntimas externas, en las fases agudas de la VVC, pues se consigue un alivio sintomático rápido mientras se produce el efecto del tratamiento específico sobre la irritación y el prurito<sup>8-10</sup>.

## Casos especiales

### VVC y embarazo.

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<sup>6</sup>.

En relación al tratamiento, debe evitarse la vía oral y se desaconseja el uso de aplicador en las últimas 4-6 semanas.

### 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 *Candida no albicans* (1/3 de las VVC recidivantes)<sup>1,6</sup>.

El tratamiento (Tabla 2) 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	6-12 meses
		200 mg/postmenstrual	6-12 meses
	ketoconazol	100 mg/día	6-12 meses

Tabla 2: Modificada de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Actualizado 2016. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59:350-362<sup>1</sup>.



## Coadyuvancia y prevención con probióticos

Tanto en el tratamiento de la VVC no complicada como en la VVC recidivante, la adición 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<sup>3</sup>.

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.



# 03

## **Vaginosis Bacteriana: definición, fisiopatología y tratamiento**

## Vaginosis Bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es un síndrome clínico resultante de la sustitución de la microbiota vaginal normal, por un sobrecrecimiento de *Gardnerella vaginalis* y otras bacterias anaerobias<sup>1-3</sup>. La VB es la infección vaginal más frecuente en mujeres en edad reproductiva en países desarrollados. La etiopatogenia es compleja y no totalmente conocida. Uno de los elementos clave de la fisiopatología de la VB es la desaparición de los lactobacilos que se encuentran en la microbiota vaginal. Esta disminución de lactobacilos conlleva menor producción de ácido láctico, y por lo tanto aumento del pH, y de agentes antibacterianos como el peróxido de hidrógeno ( $H_2O_2$ )<sup>4</sup>.

Además de por su prevalencia, la importancia de la VB radica en la asociación con eventos adversos durante el embarazo, principalmente la prematuridad y aumento del riesgo de infección pélvica tras ciertos procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos. La VB se ha relacionado con un 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)<sup>1-3</sup>.

No se considera una enfermedad de transmisión sexual en relaciones heterosexuales, pero sí 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<sup>2</sup>.

## Clínica

El principal síntoma es una leucorrea maloliente (“olor a pescado”) blanquecina/grisácea. El prurito y la irritación vulvar y uretral son infrecuentes, debido a la escasa reacción inflamatoria. Si existiera importante sintomatología habría que descartar otros tipos de vulvovaginitis como la tricomoniasis y candidiasis<sup>2</sup>.

## Diagnóstico

El diagnóstico de la VB es impreciso, más aún desde atención primaria (AP). Clásicamente se basa en criterios clínicos propuestos por Amsel (tabla 3), citomorfológicos (tinción de Gram) e incluso en algunas ocasiones se requiere confirmación utilizando pruebas microbiológicas.

---

Leucorrea blanquecina no inflamatoria, homogénea, ligera y adherida a las paredes vaginales.

Presencia de células clave “clue cell” en el examen microscópico.

pH VAGINAL > 4,5

Test de las aminas +:

Olor característico a pescado tras añadir 10% de KOH.

---

Tabla 3. Criterios de Amsel y cols. Para el diagnóstico de VB. El diagnóstico se establece ante la presencia de 3 o más de estos criterios.

Desde AP, tanto el estudio microscópico como el test de aminas no se encuentran disponibles normalmente, por lo que el diagnóstico debe basarse en el aspecto de la leucorrea y en el pH vaginal utilizando una tira reactiva para su comprobación<sup>2</sup>. En mujeres sintomáticas donde existan dudas se puede realizar un cultivo de la secreción vaginal y así descartar otro tipo de vaginitis. *Gardnerella vaginalis* se halla hasta en un 50% de mujeres sanas por lo que su crecimiento aislado en un cultivo sin otra sintomatología no tiene valor diagnóstico<sup>2,6</sup>.

## Tratamiento

Deben tratarse todas aquellas mujeres sintomáticas<sup>6</sup>. Se desaconseja en mujeres asintomáticas, excepto en embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro (aunque no se dispone de la evidencia suficiente que demuestre el beneficio)<sup>6</sup> y en aquellas mujeres que se les vaya a realizar algún procedimiento invasivo (biopsia de endometrio, aborto, histeroscopia, inserción de DIU o histerectomía)<sup>6</sup>.

No está recomendado el tratamiento a la pareja. Durante el tratamiento se recomienda la abstinencia sexual o el uso de preservativo.

El tratamiento para mujeres sintomáticas es metronidazol o clindamicina por vía oral (VO) o vaginal (VV) (Tabla 4). Las formulaciones tópicas son igual de eficaces pero mejor toleradas. También existe un tratamiento no antibiótico a base de comprimidos vaginales de cloruro de decualinio. 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 reduce algo la dosis<sup>2,6</sup>.

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 o con otro principio activo o régimen.

## Coadyuvancia y prevención con probióticos

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. Existen estudios que avalan ampliamente su utilización<sup>3,11</sup>. Una pauta recomendada podría ser por VV 1-2 óvulos semana durante 4 a 10 semanas y por VO 20 días al mes durante 3 meses. Iniciar 2 o 3 días tras tratamiento antibiótico<sup>3,11</sup>. Cualquier pauta posológica con probióticos deberá sustentarse en los estudios realizados con el producto.

La recomendación de un probiótico debe observar que éste tenga la suficiente evidencia científica, que parta de ensayos clínicos de calidad que concluyan sobre el beneficio, la dosis y la duración de uso.

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	

Tabla 4. Pautas para el tratamiento de VB. Elaboración propia.





**04**

**Otras infecciones  
vaginales**

## 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 papilloma humano) e infecciones como candidiasis y vaginosis bacteriana<sup>1,2</sup>.

### Clínica

Tras un período de incubación de 4 a 20 días la mitad de las mujeres están asintomáticas y la otra mitad presentan<sup>2</sup>:

- 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 trichomonas, que aumentará si se calienta).

El cultivo en medio de Diamond y otros mejoran la sensibilidad, pero son menos inmediatos. La PCR es más rápida (menos de 24 horas) y sólo requiere 0,5 ml de orina. Su inconveniente es el precio<sup>1</sup>.

### Tratamiento

En la tabla 5 aparecen resumidas las recomendaciones para el tratamiento de la vulvovaginitis por trichomonas. Los tratamientos tópicos con me-

tronidazol en forma de gel vaginal son 50% menos eficaces que los orales. Durante el embarazo las pautas de metronidazol son las mismas, pues está ampliamente demostrada su seguridad. La seguridad de tinidazol no se ha evaluado en la gestación. Los compañeros sexuales deben ser tratados con similares pautas (en el 50-70% de las parejas se aíslan trichomonas en sus secreciones prostáticas, aunque no haya síntomas), 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<sup>1,2</sup>.

En este tipo de vulvovaginitis con sintomatología intensa, 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<sup>8-10</sup>.

	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

Tabla 5.

## Vulvovaginitis Inespecíficas

El 15% de las vulvovaginitis no son infecciosas. La causa más frecuente es el déficit estrogénico (postmenopausia, puerperio, lactancia, antiestrógenos). En segundo lugar, 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...)<sup>1</sup>.

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 <sup>8-10</sup>.

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 más potentes (hidrocortisona 1%) a los menos (propionato de clobetasol 0,05%)<sup>6</sup>.

# **Bibliografía**



1. *SEGO. Diagnóstico y tratamiento de infecciones VV. Prog Obstet Ginecol 2016; 59(5):350-62.*
2. *Tijeras Úbeda MJ. Enfermedades infecciosas en el área de ginecología. En Monografía de Atención a problemas de la Mujer. Programa de Desarrollo Profesional Continuo en Atención Primaria de SEMERGEN (DPC-AP) 2017.p. 100-102. ISBN: 978-84-943457-7-7.*
3. *Beltrán Vaquero DA, Guerra Guirao JA. Consenso en probióticos vaginales (I Consenso de Probióticos AEEM). Ed: EDIMSA 2012 ISBN-13: 978-84-7714-377-2.*
4. *Haya J, García-Arad A, López de la Manzanara C, Bawlawi M y Haya L. Ácido láctico y salud vaginal. Toko - Gin Pract. Arafarma 2015.*
5. *Jurado AR. Relación entre salud vaginal y salud sexual. <http://www.sefit.es/wp-content/uploads/2015/10/Libro-resumenes-8Congreso-fitoterapia.pdf>.*
6. *Cancelo MJ. GP Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones vulvovaginales. SEGO. Actualizado 2018.*
7. *Belaïsch J. Evaluation de la rapidaté d'efficacité d'un ovule a administration unique de nitrate de fenticonazole. Contracept Fertil Sex. 1996;24:417-22.*
8. *Lázaro Carrasco J et al. Eficacia de una nueva solución de lavado e higiene íntima para el alivio sintomático de la vulvovaginitis aguda de causa infecciosa y no infecciosa. CROG 2014 Nov:5-7.*
9. *Delgado Marín JL et al. Zelesse, una buena alternativa para el alivio del prurito y otros síntomas en mujeres con vulvovaginitis aguda. 36º Congreso Nacional Semergen. Bilbao 2014 Oct.*

10. *Guillán Maquieira C et al. Eficacia de una crema íntima a base de camomila y aloe vera para el alivio sintomático de la vulvovaginitis aguda. Estudio Zelina. 34ª Edición Nacional de Formación SEGO. 2017 Jun.*
11. *Suárez E, Beltrán DA, Daza M, González SP, Guerra JA, Jurado AR, Ojeda D, Rodríguez JM. La microbiota vaginal: composición y efectos beneficiosos. Consenso sobre usos de los probióticos en Ginecología. Disponible en: [http://www.sepyp.es/probiot\\_vaginales.pdf](http://www.sepyp.es/probiot_vaginales.pdf).*



