

Vulvovaginitis

Todo proceso inflamatorio de la vulva y/o vagina que por lo general se acompaña de un aumento en la secreción vaginal. Se considera el motivo más frecuente de consulta ginecológica en atención primaria.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis

	Normal	Candidiasis	Vaginosis	Trichomonas	Atrófica
Síntomas y signos	Ninguna o flujo transparente	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea blanquecina, densa, "aspecto de requesón". No maloliente. Prurito. Dispareunia. Disuria. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea blanco-grisácea, poco densa, homogénea, con olor a pescado (mayor poscoital por el depósito de líquido seminal alcalino). No dispareunia. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea verde-amarillenta maloliente (10%). Dispareunia. Disuria. Hemorragia postcoital. 	<ul style="list-style-type: none"> Dispareunia. Sequedad vaginal.
Hallazgos de la exploración		<ul style="list-style-type: none"> Eritema y edema vulvar que puede afectar a la cara interna del muslo y a la región perianal. Fisuras. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucorrea. Adherente. Escasa inflamación. 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema vulvar. Cérvix enrojecido y edematoso con aspecto de frambuesa (2-5%). 	<ul style="list-style-type: none"> Atrofia del epitelio de las paredes. Mucosa rosa pálido.
Suero salino	<ul style="list-style-type: none"> PMN/CE < 1. Células descamativas escamosas ++ +. <i>Lactobacillus</i> dominante. 	<ul style="list-style-type: none"> PMN/CE < 1. Células descamativas escamosas ++ +. <i>Lactobacillus</i> dominante. Seudohifas 40%. 	<ul style="list-style-type: none"> PMN/CE > 1. Pérdida de <i>Lactobacillus</i>. Incremento de cocobacilos. Células <i>clue</i> (90%). 	<ul style="list-style-type: none"> PMN ++++. Flora mixta. Trichomonas (60%). 	<ul style="list-style-type: none"> PMN + o +++. Pérdida de <i>Lactobacillus</i>. Incremento de coliformes. Células parabasales.
KOH	Negativo	<ul style="list-style-type: none"> Seudohifas 70%. Test de aminas negativo. 		<ul style="list-style-type: none"> Negativo. Test de aminas puede ser positivo. 	Negativo
Cultivo	Negativo	Si la observación al microscopio es negativa: cultivar.	No utilidad.	Si la observación al microscopio es negativa: cultivar.	

Diagnóstico diferencial	Leucorrea fisiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia de contacto. • Vulvodinia. 		Vaginitis purulentas, descamativas, inflamatorias erosivas por liquen.	
<p>CE: células escamosas. KOH: hidróxido potásico. PMN: polimorfonucleares.</p>					

Candidiasis vulvovaginal

Clínica

Prurito intenso vulvovaginal, leucorrea escasa, acuosa o espesa, blanquecina, grumosa, adherida a la pared vaginal que aparece congestiva e hiperémica. A veces se acompaña de dispareunia y disuria. Los síntomas aumentan la semana previa a la menstruación y disminuyen con el inicio del flujo menstrual.

Diagnóstico

Por la clínica, examen con espéculo, toma de muestra para exudado en fresco y observación microscópica.

Tratamiento

- También a la pareja si existe balanitis sintomática.
- Candidiasis asintomática no tratar excepto en embarazadas.
- Clotrimazol 500mg óvulos (dosis única); 100mg 2 óvulos/día (3 días)
- Miconazol crema vaginal 200mg/12h (3 días)
- Fluconazol 150mg oral (dosis única)
- Ketoconazol 400mg/24h (5 días)
- Itraconazol 200mg/24h (3 días)

Candidiasis vulvovaginal recurrente

Durante 6 meses tratamiento con:

- Fluconazol 150mg oral (dosis única) en semana premenstrual.
- Fluconazol 100mg/semana oral durante 6 meses, o 150 mg (dosis única) cada mes.
- Itraconazol 400mg oral cada mes.
- Clotrimazol óvulo vaginal 500mg cada semana. Candidiasis, embarazo y lactancia

Siempre tratamiento tópico:

- Clotrimazol óvulovaginal 100 mg/24 h durante 7 días, Canesten®.
- Nistatina: Mycostatin tópico® crema y pomada 15 g y 30 g.
- Miconazol: Fungisdin® gel 2% 30 g, Daktarin® crema 40g.
- Econazol.

Vaginosis bacteriana

Es un trastorno de la flora bacteriana normal que ocasiona una pérdida de lactobacilos.

Clínica

Irritación y dolor vulvar (vulvodinia).

La vaginosis bacteriana es asintomática hasta en un 50% de los casos y en la práctica clínica el diagnóstico se realiza cuando se cumplen tres de los cuatro criterios de Amsel (flujo homogéneo que se adhiere a la pared vaginal, prueba de aminas positiva, >20% células *clue*, pH >4,5).

Diagnóstico

Secreción homogénea, pH vaginal $\geq 4,5$; test de aminas positivo (fuerte olor a pescado podrido); células clave en el frotis, tinción de Gram específico.

Tratamiento

- Metronidazol 500 mg oral/12 h durante 7 días o 2g oral DU (evitar ingesta de alcohol, efecto antabús).
- Clindamicina oral 300m g/12 h durante 7 días.

Alternativas:

- Doxiciclina 100 mg/12 h durante 8 días.
- Ampicilina 500 mg/6 h durante 8 días.
- Metronidazol gel al 0,75% intravaginal, 5g cada 24 h durante 5 días.

Otros tratamientos:

- Clindamicina crema vaginal al 2%, 5 g cada 24 h, durante 7 días.
- Metronidazol en gel al 0,75% una vez al día durante 5 días. Tratamiento en la mujer gestante

No recomendado en el primer trimestre.

- Metronidazol 400 mg/12 h durante 7 días.

Vaginitis por tricomonas

Clínica

Flujo abundante, espumoso, amarilloverdoso, prurito vaginal, no es infrecuente que se produzca hemorragia poscoital o pérdida intermenstrual por inflamación de las glándulas endocervicales.

Diagnóstico

Eritema vaginal en manchas y colpitis macular; $\text{pH} \geq 4,5$; examen en fresco visualiza tricomonas móviles; hay que realizar cultivo.

Tratamiento

Siempre tratar al compañero sexual.

- Metronidazol 500 mg/12 h oral, durante 7 días o 2 g dosis única.
- Tinidazol 2 g en dosis única.

Tratamiento en la mujer gestante

- Primer trimestre: Clotrimazol 100 mg/24 h óvulo vaginal durante 7 días.
- Después del primer trimestre: Metronidazol 400mg oral/12h durante 7 días.

Vaginitis en niñas

Se caracteriza por una secreción maloliente de color marrón verdoso y por la irritación de la abertura de los labios y la vagina. Se debe tratar con antibióticos sólo en el caso de que se detecte una bacteria predominante en el cultivo.

Autores

- M^a Victoria Navarro Más. Médico de Familia. Centro de Salud Albarracín (Teruel).
- Cristina Mínguez Martín. Médico de Familia. Centro de Salud Albarracín (Teruel).

Autor para correspondencia

- M^a Victoria Navarro Más
E-mail: mvnavarro@comv.es

Bibliografía

1. Uso racional del medicamento. Tratamiento de los 70 principales problemas de salud en Atención Primaria. Revista AMF. Número extraordinario 1. p. 39-40. Octubre 2007.
2. Del Cura González, M.I. Vulvovaginitis. AMF 2007; 3(5): 249-258.
3. Espinás Bocat, J. Flujo vaginal anormal. Guía de ayuda al Diagnóstico en Atención Primaria. Semfyc ediciones. 2005. p. 67.
4. Ortega del Moral, A. Patología ginecológica en Atención Primaria. FMC. Ed. Doyma. Protocolo 3/2007. p.7-12.