

# **Protocol de Vulvovaginitis**

**Dra. Vanrell  
Dra. Muñoz  
Dra. Trilla**

**Novembre 2010**

# Vulvovaginitis

## Recordatori general

Les vulvovaginitis són un dels motius de consulta més freqüents a l'atenció primària. Es calcula que un 75% de les dones tindran al menys un episodi de vulvovaginitis al llarg de la seva vida. Per un 50% seran més.

El fluxe vaginal normal és un fluxe transparent, escàs, inodor, de pH àcid (< 4,5). La flora vaginal està constituïda entre altres per fongs, *Streptococcus viridans*, bacteries anaeròbies, però la major part de dita flora està constituïda per *Lactobacillus* o bacils de Döderlein, que produeixen àcid làctic i peròxid d'hidrògen mantenint així un pH vaginal àcid (inferior a 4,5) que inhibeix la proliferació d'altres microorganismes.

En la dona menopàusica en canvi, en situació de dèficit d'estrògens, el pH acostuma a ser superior a 6.

## Vulvovaginitis

Procés inflamatori de vulva, vagina i/o exocèrvix, de causa infecciosa o no, que s'acompanya sovint de leucorrea, prurit, coïssor, dispareunia o disúria. És important precisar que existeix escassa correlació entre la clínica i el diagnòstic. Tot i així, la clínica i l'exploració física poden ser orientatives pel que fa a la etiologia del quadre.

Entre les causes infeccioses, responsables de més de la meitat de vulvovaginitis, trobem: vaginosis bacteriana, candidiasi, tricomoniasi i herpes genital.

Entre les causes no infeccioses (15%) cal destacar les reaccions al·lèrgiques, traumatismes, alteracions hormonals i atròfia entre altres.

## 1. Vaginosi bacteriana

És la causa més freqüent de vulvovaginitis (40-50%).

És deguda principalment al sobrecreixement de *Gardnerella vaginalis* i *Mobiluncus* (anaerobi facultatiu) entre altres i disminució de lactobacillus. No es considera una ETS, tot i que és una entitat rara en dones que mai han tingut relacions sexuals. L'home pot ser portador assintomàtic de *Gardnerella vaginalis*, però no està indicat tractar la parella.

S'ha comprovat que és més freqüent en dones de raça negra, fumadores o en portadores de DIU.

Clínica:

- assintomàtica en un 40-50% dels casos
- manifestació més característica: fluxe malolent (peix podrit), rarament hi haurà prurit o dolor

Definirem vaginosi recurrent a partir de 4 episodis de vulvovaginitis per aquesta causa en 1 any.

En gestants, s'ha comprovat que la vaginosi bacteriana s'associa a major risc de APP, RPM i endometritis post-part. Ara bé, no hi ha estudis que demostrin que el screening i tractament de les gestants assintomàtiques reduïx aquests problemes obstétrics, pel que hi ha controvèrsia a l'hora de considerar la necessitat del screening i tractament en aquesta població.

Per tant, cal realitzar tractament de les vaginosis bacterianes en les següents situacions:

- a) dones simptomàtiques
- b) gestants assintomàtiques amb antecedent de part preterme. Estaria indicat fer screening en el primer trimestre.
- c) dones assintomàtiques que s'hagin sotmetut a una histerectomia o legrat

Cal informar de l'alta freqüència de les recidives i per tant de la necessitat d'un nou control mèdic en cas de reaparició de la simptomatologia.

## 2. Candidiasi

Deguda en un 80-90% dels casos a *C. albicans*. Les infeccions per espècies no albicans seran en general més difícils de tractar degut a les resistències.

La principal manifestació és el prurit, tot i que també són freqüents la disúria o la dispareunia. És freqüent l'associació amb altres infeccions, donant lloc a quadres clínics més inespecífics.

El principals factors de risc són:

- estats de hiperestrogenisme: gestació, AHO, THS
- DM
- tractament amb ATB d'ampli espectre o fàrmacs immunosupressors (entre ells, corticoides)
- estats d'immunosupressió

Clàssicament la candidiasi s' havia classificat en aguda, recurrent o crònica. Actualment en canvi farem la següent distinció:

- *Candidiasi no complicada*: infecció lleu a moderada, no recurrent i amb bona resposta al tractament vaginal o oral.

- *Candidiasi complicada* {

- infecció severa: fissures, eritema extens o edema vulvar
- infecció per espècie diferent a *C. albicans*
- infecció recurrent: 4 o més episodis/any, amb al menys remissió parcial dels símptomes entre els episodis
- infecció en gestants
- infecció en dones immunosuprimides: DM, VIH, corticoids

### 3. Tricomoniasi

És la menys freqüent de les vulvovaginitis, representant només un 20% dels casos. *Trichomona vaginalis* és un protozou flagelat, de transmissió sexual. L' home és habitualment assintomàtic, i sempre estarà indicat tractar la parella.

En la dona la simptomatologia és variable, i destaca principalment la inflamació vaginal que donarà lloc sobretot a disúria i dispareunia amb escàs prurit.

**Important!** Les vulvovaginitis poden ser motiu d'angoixa i preocupació per moltes dones, així que mereixen un temps per tal d' arribar al diagnòstic exacte i permetre un tractament precís, evitant les consultes recurrents per un mateix motiu.

## Diagnòstic diferencial:

	Vaginosi	Candidiasi	Tricomoniasi
Clínica	Fluxe malolent NO inflamació! Escàs prurit...	Prurit!!! Dispareunia Disúria	Inflamació vaginal Dispareunia Disúria +/- prurit
Fluxe vaginal	Blanc-gris Lletós, homogeni Malolent	Blanc Grumós, adherent	Groc-verdós Espumós Més quantitat + Cèrvix en fresa, vagina eritematosa amb puntejat hemorràgic
pH vaginal	> 4,5 (†)	< 4,5	> 4,5 (†)
Test d' amines	+++	---	+/-
M.O.	Clue cells Pocs PMN	Hifes, pseudohifes, blastocnidies	Tricomones mòbils Molts PMN
Altres		- Afectació vulvar: eritema, fissures - Síntomes augmenten la setmana prèvia a la menstruació, disminueixen amb la menstruació	- Cèrvix en fresa: només 2% dels casos - Síntomes augmenten amb la menstruació

# Proposta de protocol

Davant una pacient que consulti per molèsties vaginals suggestives de vulvovaginitis caldrà fer:

## 1. Història clínica detallada, considerant:

- a. antecedents mèdics d'interès, especialment: DM, ID, gestació, tractaments concomitants amb antibiòtics d'ampli espectre, corticoids o AHO.
- b. clínica pròpia: distingir entre fluxe malolent / prurit / dispareunia / disúria

## 2. Exploració física:

- a. *Sempre* realitzar:
  - inspecció acurada dels genitals externs: eritema / fissures / lesions ulcerades
  - espècul: característiques de la mucosa vaginal, el cervix i el fluxe  
**NO utilitzar lubricants**
- b. Segons la clínica o la sospita diagnòstica farem també: TV, exploració abdominal, altres

## 3. Estudis complementaris

- a. determinació del pH vaginal: senzill i ràpid, permet distingir fàcilment entre candidiasi i la resta de vulvovaginitis, per tant a realitzar sempre. Recollir la mostra de les parets vaginals, evitant el fórnix posterior, ja que pot contenir moc cervical alcalí
- b. test d'amines (KOH al 10%): recomanable (segons disposició de KOH a urgències): olor a peix per alcalinització dels bacteris anaerobis i alliberament per tant de amines i àcids orgànics
- c. Examen en fresc: millor 2 mostres en 2 portas, un amb 1 gota de suero salí i un amb 1 gota de KOH al 10%. El KOH permet dissoldre els elements cel·lulars: útil per visualitzar les pseudohifes i altres elements de la candidiasi.
- d. cultiu: únicament en casos seleccionats; Assegurar-nos del ràpid transport al laboratori per evitar degradació de la mostra (ex: herpes, cal refrigeració)

El cultiu:

- No és útil per la vaginosi, donat que l'aïllament de *G. vaginalis* pot ser únicament una troballa casual
- Candidiasi: reservar-lo per dones amb candidiasis de repetició o resistents al tractament. Permetrà establir el diagnòstic amb seguretat tot descartant o confirmant espècies menys freqüents de *Candida*, així com fer el fungigrama i valorar les resistències.
- Tricomoniasi: en casos de alta sospita de tricomoniasi no confirmada per la visualització de tricomonies en l'examen en fresc.

**Per tant, en la primera consulta per vulvovaginitis: NO cultiu excepte si sospita de tricomoniasi no confirmada per l'examen en fresc.**

## Algoritme diagnòstic

Anamnesi



Exploració física:

- Inspecció genitals externs
- Espècul



- pH
  - Normal: suggereix candidiasi
  - Elevat: vaginosis, tricomonas
- test d' amines
  - Positiu: suggereix vaginosis
  - Negatiu: candidiasi (tricomonas variable)
- examen en fresc: hifes, pseudohifes  
clue cells, pocs PMN  
Tricomonas mòbils, molts PMN

Examen en fresc: què veurem?

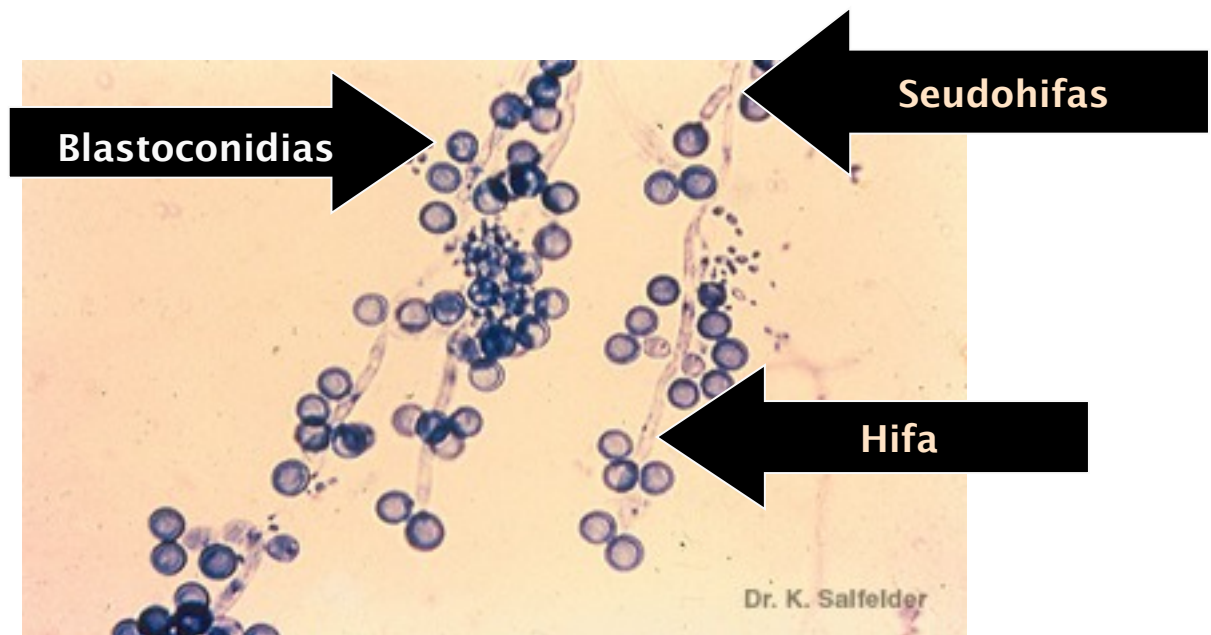
1. vaginosi: el més típic són les anomenades "clue cell", que són cèl.lules epitelials recobertes de cocs

2. Candida: és un fong dimòrfic, i per tant pot presentar 2 formes:

- forma llevaduriforme o blastospora: estructura ovoide, típica de l' estat sapròfit
- forma filamentosa: típica de l' estat parasitari; **hifes** (estructures tubulars formades per vàries estructures cel.lulars separades per septes, amb creixement apical) o **pseudohifes** (formes allargades, unides entre sí: és una forma exagerada de gemació - formacions en saltxitxa; la ràpida reproducció no dóna temps a la separació dels elements cel.lulars-)

En compte, *C. glabrata* no sol fer hifes ni pseudohifes, per el que distingir-la en l' examen en fresc és més difícil.

3. Tricomones: elements mòbils





Vaginosi	Principi actiu	Prescripció
<b>Tractament vaginal</b>	Metronidazol gel 0,75%, 1 aplic (5g)/24h 5 dies	Metronidazol gel 0,75% (5,37€) Zidoval gel 0,75% (12,11€)
Alternatives, via vaginal	Metronidazol òvul 500mg 1 òvul/12h 7d	Flagyl vaginal 500mg, 10 comp. (2,37€)
	Clindamicina òvul 100mg 1 òvul/24h 3d	Dalacin òvuls 100mg, 3 comp. (12,96€)
	Clindamicina crema 2%, 1aplic/24h 7d	Dalacin crema 2% (12,96€)
Alternatives, via oral	Metronidazol oral 500mg/12h 7d	Metronidazol EFG, comp. 250mg 2c/12h 7d (1,69€) -envasos de 20 comp., caldran 2 receptes)- Flagyl comp. 250mg (2€)
	- Clindamicina oral 300mg/12h 7d	Dalacin caps. 300mg (7,63€)
<b>Gestants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quan tractar? <a href="#">Gestants simptomàtiques o amb antecedents de part preterme</a></li> <li>- Elecció: <a href="#">Metronidazol 500mg/12h 7d vo</a></li> <li>- Està indicat control al cap de 1 mes de finalitzat el tractament</li> <li>- 2a elecció de tractament: clindamicina òvuls en 1er trimestre (contraïndicada en 2on trim.)</li> </ul>	
Observacions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>NO cal tractar si pacient asimptomàtica, només pre-IQ</u> (histerectomia, legrat)</li> <li>- <u>NO cal tractar la parella</u></li> <li>- Metronidazol: no danya els preservatius; monodosi de 2g no indicada per alt risc de recurrències; efecte antabús del metronidazol: no beure alcohol fins 24h de finalitzat el tractament; segura a la lactància</li> <li>- Clindamicina: fàrmac amb base oliosa pot reduir eficàcia preservatius, per el que cal recomanar abstinència sexuals fins 5 dies després del tractament; possible efecte indesitjat poc freqüent: colitis pseudomembranosa; bastant segura en lactància</li> <li>- Recomanar abstinència sexual fins 72h d' haver acabat el tractament</li> <li>- Preparats de lactobacillus vaginals: no eficaços a llarg termini, però poden estar indicats en casos de recidiva (2on i 3er episodis)</li> </ul>	
Vaginosi recurrent (4 o més episodis)	Tractament supressor: Metronidazol gel 0,75% 2 cops/setmana 6 mesos	

## **Tractament candidiasi**

Davant la sospita de candidiasi, caldrà en primer lloc classificar entre candidiasi no complicada o candidiasi complicada.

Per candidiasi recurrent s'entén: 4 o més episodis de candidiasi a l'any, amb al menys remissió parcial dels símptomes entre ells. En al menys 1 ocasió, caldrà confirmació de l'etiologia per cultiu.

Tractament d'elecció: azols

- imidazols: clotrimazol, fenticonazol, ketoconazol, miconazol. Disponibles per tractament tòpic vaginal.

- triazols: fluconazol, itraconazol. Disponibles per tractament oral.

En candidiasi no albicans, evitar en particular fluconazol (elevat percentatge de resistències).

<b>Candidiasi</b>	<b>Principi actiu</b>	<b>Prescripció</b>
<b><u>NO COMPLICADA</u></b> Via vaginal	Clotrimazol 1 òvul 500mg (EFG 2.75€)	Clotrimazol EFG 1 òvul 500mg (2.75€) Gine-canesten 1 òvul 500mg (5.95€)
o Via oral	Fluconazol caps. 150mg v.o. dosi única	Fluconazol 150mg EFG (env. 1 caps, 3.54€) Diflucan 150mg (env. 1 caps., 5.06€)
	Itraconazol comp. 100 mg 2comp/24h 3 dies	Hongoseril 6 capsulas 7,96€
no complicada +/- :  Tant per via vaginal com oral <u>es pot afegir un tractament tòpic</u> per a reduir la simptomatologia	Clotrimazol crema 2% 1 aplic/24h 7 dies  Fenticonazol crema 2% 1 aplic/24h 7 dies  Miconazol crema 2% 1 aplic/24h 7 dies	Clotrimazol crema EFG (2,25€) Gine-canesten crema (5,95€)  Laurimic, Lomexin crema (5,53€)  Daktarin crema
<b><u>SEVERA</u></b>  Via oral	Fluconazol caps. 150mg v.o. 1/72h, 2 dosis  Fluconazol caps 100mg 1/24h 7 dies	Fluconazol 150 mg EFG (env. 1 caps 3.54€) - 2 caixes de 1comp- Fluconazol 100mg EFG (caixa de 7comp) Diflucan comp.100 mg, 7 comp (5,06€)
	Itraconazol comp. 100 mg 2c/24h 3 dies	Hongoseril 100mg 6 caps. (7,96€)
	Ketoconazol comp. 200mg 2c/24h 5 dies (atenció hepatotoxicitat)	Fungarest 200mg 10 comp (6,85€)
o tractament local vaginal pauta llarga	Clotrimazol òvul 100mg 1 òvul/24h 7 dies	Clotrimazol òvul 100mg EFG env. 6 òvuls (2,48€) Gine-canesten 100mg env.6 òvuls (5,95€)
	Ketoconazol òvuls 400mg 1òvul/24h 5 dies	Fungarest òvuls 400mg (12,72€)
<u>SEMPRE afegir tractament local</u>	Clotrimazol crema 2% 1aplic/nit 7-14d	Clotrimazol crema EFG (2,25€) Gine-canesten crema (5,95€)

Candidiasi	Principi actiu	Prescripció
<p><b>RECURRENT</b></p> <p>Tractament episodi agut + manteniment</p> <p>Intentar utilitzar el mateix fàrmac per el tractament de l' episodi i la recurrència.</p> <p>Tot i el tractament, fins a un 50% tornaran a recórrer. Recomençar la tanda de tractament.</p>	<p>Tractament episodi agut Fluconazol (pauta candidiasi severa) + Fluconazol 150mg 1 comp/setmana 6 mesos</p> <p>Ó</p> <p>Clotrimazol òvul 500mg 1 òvul/setmana 6 mesos</p> <p>Ó</p> <p>Itraconazol 100mg vo 1comp/setmana 6 mesos</p> <p>Si tot i així recurrències, intentar fluconazol 150mg 2cops/setmana</p>	<p>Fluconazol 150mg Diflucan 150mg</p> <p>Ó</p> <p>Clotrimazol EFG òvul 500mg (2,75€) Gine-canesten òvul 500mg (5,95€)</p> <p>Ó</p> <p>Hongoseril caps 100mg 6 comp. (7,96€)</p>
<p><b>CANDIDIASI NO ALBICANS</b></p> <p>C. glabrata C. krusei C. tropicalis</p>	<p>Clotrimazol 100 mg 1òvul/nit 7-10d</p> <p>Evitar fluconazol</p>	<p>Si fracàs, alternatives: - àcid bòric 600mg 1 caps. vaginal/24h 14 dies - Amfotericina B 50mg 1 òvul/24h 14d (Talseclin®) - permanganat potàssic 1/10.000 1 aplic/12h 14d</p>
<p><b>GESTANTS</b></p>	<p>Clotrimazol òvul 100mg 1òvul/nit 7 dies (important! en pautes més curtes hi ha moltes recidives!)</p>	
<p>Observacions</p>	<p>No tractament si asimptomàtic No és precís tractar la parella excepte si presenta balanitis simptomàtica o recurrències freqüents.</p>	
<p>Recomanacions generals</p>	<p>Evitar RS 3-4 dies Evitar roba interior sintètica o roba ajustada No realitzar rentats vaginals continus</p>	

Tricomoniasi	Prescripció recomanada	Altres
<a href="#">Elecció</a>	Metronidazol 500mg/12h 7d	Metronidazol EFG 250mg 2c/12h 7 dies (1,69€)  Flagyl comp. 250mg (2€)
Alternatives	Tinidazol 2g	Tricolam 500mg env. 12 (6,7€)
Gestants	<a href="#">El d' elecció</a> (evitar tinidazol)	
Resistències	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar tractament de desensibilizació al metronidazol</li> <li>- 1er tractar amb un ATB d' ampli espectre (eritromicina, amoxicilina), i després amb metronidazol: alguns microorganismes vaginals poden disminuir l' eficàcia dels nitroimidazols</li> <li>- Dosis més elevades de metronidazol o tinidazol: 2g/dia 3-5 dies</li> </ul>	
Observacions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tractament d' elecció és metronidazol 2g monodosi, però a Espanya no existeix comercialitzat amb aquesta posologia, per el que donarem un tractament més llarg</li> <li>- Està indicat tractar la parella</li> <li>- No cal control post-tractament si la clínica millora</li> </ul>	

## Bibliografía

1. Pimentel Sarzuri B, Reynolds E. Candidiasis vaginal. Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(6): 121-127
2. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline for the management of bacterial vaginosis. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2006.
3. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National guideline for the management of trichomonas vaginalis. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2006
4. Clinical Effectiveness Group, British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom national guideline on the management of vulvovaginal candidiasis. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2007.
5. García-Martos P, Hernández-Molina JM. Procesamiento de las muestras genitourinarias. En: Pemán J, Martín-Mazuelos E, Rubio Calvo MC. Guía Rev Iberoam Micol. Bilbao: 2001, cap.7
6. An update on vulvovaginal candidiasis (thrush). MeReC Bulletin 2004; 14 (4): 13-16
7. Bacterial vaginosis. CKS 2009 march. URL disponible en : [http://www.cks.nhs.uk/bacterial\\_vaginosis/view\\_whole\\_topic](http://www.cks.nhs.uk/bacterial_vaginosis/view_whole_topic)
8. Fernández Benítez C et al. Habilidades técnicas en la consulta para el diagnóstico de las vaginitis infecciosas. SEMERGEN. 2008;34(7):341-53
9. Office and Laboratory Management of Genital Specimens. Guidelines and protocols Advisory Committee 2000. URL disponible en: [www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides](http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides)
10. Buitrón García R et al. Correlación clínico-micológica de la candidiasis vulvovaginal. Ginecol Obstet Mex 2007;75:68-72
11. Medicamentos y embarazo: motivos de consulta frecuentes. Euskualdeko Farmacoterapi Informazioa 2005; 13 (1)
12. Fernández-Cid A. El pH vaginal y su importancia clínica. Ginecología y Obstetricia Clínica 2004;5(2):75-80
13. Renaud-Vilmer C, Dehen L, de Belilovsky C, Cavelier-Balloy B. Patología vulvar. En: Encyclopédie Médico-Chirurgicale -E- 510-A-20 - 98-836-A-10
14. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
15. Diseases characterized by vaginal discharge. Sexually transmitted diseases Treatment Guidelines 2006. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/vaginal-discharge.htm#vagdis4>