

# Vulvovaginitis

## Autores

José Luis López Álvarez <sup>1</sup>  
Ángel Martínez Vidal <sup>2</sup>  
María Amelia Blanco López <sup>3</sup>

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

2. Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria.

3. Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense.

Servicio Atención Primaria de Mariñamansa  
SERGAS- Ourense

## Agradecimiento

A la Dra. Leticia Hermida Porto, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, por el texto de la primera edición.

Guías Clínicas 2005; 5(30)

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:  
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

## Puntos clave

- El tratamiento inicial de la candidiasis vulvovaginal debe hacerse con agentes tópicos (azoles) o con Fluconazol oral. En la embarazada sintomática está indicado el tratamiento con Clotrimazol en crema 2% (5 gr/ día 7-14 días) u óvulos (100 mg/ día durante 7 días) 1 ó 2 semanas
- En las candidiasis recurrentes (4 ó más episodios/ año) hay que controlar los factores predisponentes (poco conocidos) y descartar enfermedades subyacentes como la diabetes. En estos casos es recomendable el tratamiento oral
- La pauta más recomendada para el tratamiento de la tricomoniasis es la de 2 grs. de Metronidazol por VO en dosis única, ya sea hombre o mujer. Debe tratarse también a la pareja. Puede usarse en caso de embarazo o lactancia, aunque en estos supuestos es prudente evitar las pautas con dosis elevadas
- En la vaginosis bacteriana está indicado tratar a mujeres sintomáticas con Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días. En caso de recurrencias es aconsejable prolongar el tratamiento 10-14 días

## Definición

Entendemos por "Vulvovaginitis" los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico, que se puede acompañar de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareumia.

Se diagnostica aproximadamente en el 25% de las mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico. Más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, en los que la transmisión sexual ocupa un papel importante. Los restantes se deben a otros procesos, como reacciones alérgicas, traumatismos, problemas hormonales...etc. En ocasiones estas causas se encuentran solapadas, el diagnóstico es más difícil y el proceso puede cronicarse.

Las vulvovaginitis pueden ser infecciosas o no. Entre las infecciosas destacan las causadas por tricomonas, las candidiasis, la vaginosis bacteriana (las 3 que se abordan en esta guía) y las causadas por otros microorganismos (Herpes, gonococo, clamidias...) que se abordan en otros capítulos de la sección.

Las no infecciosas suponen el 15% de las vulvovaginitis. Todo lo que produce un aumento del pH vaginal (hipoestronismo, lavados vaginales, menstruación...) favorece la inflamación.

Entre sus causas principales destacan las producidas por: Reacciones alérgicas (espermicidas, ropa interior, productos de higiene íntima...); traumatismos (cuerpos extraños, maniobras masturbatorias...); factores térmicos; hormonales (hipoestronismo-vaginitis atrófica, produciendo sequedad vaginal, prurito, disuria, dispareumia...); factores neoplásicos, e iatrogenia (DIU, pesarios, productos químicos...). Todos éstas se suelen corregir al desaparecer las causas que las producen. Por ejemplo: tratar el hipoestronismo con pomadas y óvulos; corregir alteraciones endocrinas; cambiar de método anticonceptivo; y detectar cuanto antes patologías graves (carcinoma vulvar).

Aunque existe escasa correlación entre la clínica y el diagnóstico las características del flujo vaginal pueden ser orientativas (Tabla I)

## Vaginitis por Tricomonas

Causadas por *Trichomona vaginalis*, un protozoo que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Es habitualmente asintomática en

Tabla I. Características del flujo vaginal según la causa

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Candidiasis	Escasa-moderada	Blanco-amarillento	Grumosa	Indiferente
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada	Blanco-grisáceo	Homogéneo-adherente	Maloliente

el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis.

**Clínica:** Aunque puede ser asintomática, suele haber flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso, que cursa con prurito vulvovaginal, dispareunia y disuria. Estos síntomas se acrecientan con la menstruación. Es característico el "cervix de fresa" y el eritema vaginal.

**Diagnóstico:** Una toma de fondo de saco vaginal y cuello (y/o uretra del hombre y mujer) diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil en no flagelado) y de leucocitos en un 50% de los casos. Cuando no se pueden visualizar tricomonas y existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, que se realiza en medio específico de Diamond. El pH es mayor de 4,5.

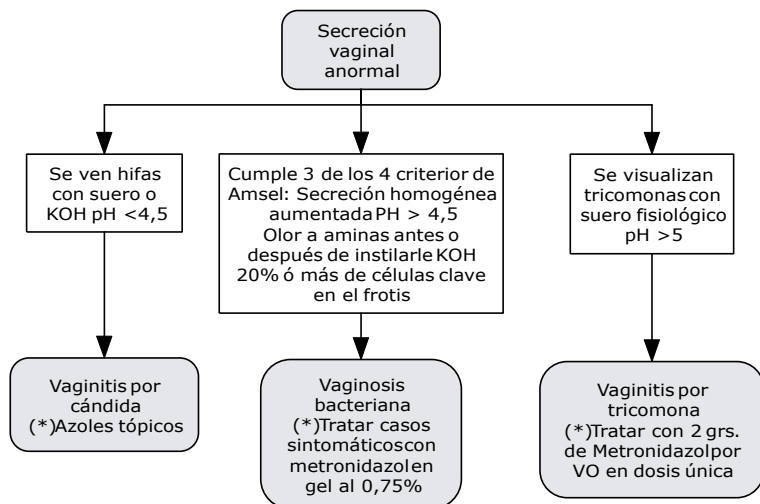
**Tratamiento:** El tratamiento específico se realiza con **Metronidazol** (2 gramos por vía oral en monodosis ó 500 mg cada 12 horas durante 7 días, esta última pauta más efectiva en varones). El tratamiento local es menos eficaz.

Como alternativa puede utilizarse el Tinidazol (2 gr en dosis única por vía oral) o el Cotrimazol en óvulos (100 mg. durante 6 días) en caso de alergia o embarazo para aliviar los síntomas, aunque sólo es curativo en el 20% de los casos.

Debe recomendarse tratamiento de la pareja además de abstención de relaciones sexuales mientras dure éste.

En caso de recidiva debemos comprobar el correcto tratamiento de la pareja sexual y recomendar una nueva pauta con 2 gr **Metronidazol** y si persiste pautar una de mayor duración: 2 gramos por vía oral durante 3-5 días y tratamiento local durante 15 días. Se pueden realizar lavados locales con soluciones alcalinas como terapia complementaria.

### Algoritmo diagnóstico



### Vaginitis por Cándidas

Aproximadamente el 25% de las vulvovaginitis son Candidiasis, producidas por distintas especies del género cándida: Albicans (80-90%), Glabatra y Tropicalis. Clínicamente indistinguibles, las 2 últimas más resistentes al tratamiento.

Entre los factores predisponentes destacan: uso reciente de antibióticos de amplio espectro, diabetes mal controlada y VIH. Son menos reconocidos o más discutibles: toma de anticonceptivos orales, embarazo, uso de corticoides y contaminación sexual.

**Clínica:** Prurito intenso, leucorrea blanquecina grumosa con aspecto caseoso, además de disuria y dispareunia. Se intensifica la semana previa a la menstruación y disminuye con el inicio del sangrado.

Eritema y tumefacción de la vulva. Es muy frecuente la asociación de candidiasis con otras infecciones. En estos casos los síntomas son menos específicos. En el varón produce balanitis.

**Diagnóstico:** El examen directo se puede realizar con suero salino, visualizándose esporas, o con KOH al 10%, que digiere las células epiteliales, dejando sólo las esporas y micelos. El pH es ácido <4,5. No es necesario hacer cultivo de forma rutinaria, aunque es útil en casos recurrentes o dudosos.

**Tratamiento:** Ante un primer episodio pueden usarse derivados imidazólicos tanto por vía local (Clotrimazol en crema y óvulos en monodosis o durante 7 días) como por vía oral (Fluconazol 150 mg en dosis única o Itraconazol 400 mg en monodosis ó 200 mg al día durante 3 días). Según la preferencia de la mujer.

En caso de vaginitis complicada (Infección recurrente o severa, infecciones por especie diferente a albicans o mujeres inmunodeprimidas) el tratamiento local es más efectivo que el oral, aunque debe prolongarse 10-14 días. Deben hacerse cultivos.

Las candidiasis de repetición (cuatro o más episodios al año con cultivos positivos) se deben con más frecuencia a resistencia que a reinfección, aún así hay que tratar a la pareja sexual y descartar patología concomitante: enfermedades crónicas, endocrinas, etc. Cuando no existan causas reversibles puede estar indicado el tratamiento a largo plazo tópico u oral, con dosis semanales de Clotrimazol (500 mg intravaginal) o Fluconazol (150 mg oral). También puede usarse una fórmula magistral de ácido bórico al 2% en cápsula de gelatina por vía tópica vaginal, aunque su eficacia no está clara.

Se debe tratar a la pareja sexual, aunque sea asintomática.

### Vaginosis Bacteriana

Es la causa más frecuente de vulvovaginitis (40 a 50% de los casos). Es una alteración en el ecosistema bacteriano de la vagina, con sobrecrecimiento de la Gardnerella vaginalis, junto con bacterias anaerobias y disminución de lactobacilos.

**Clínica:** La mayoría de las pacientes son asintomáticas, y se diagnostican en una exploración o citología de rutina. El síntoma fundamental es leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente, con un característico "olor a pescado". Al no producir inflamación tisular, las pacientes no refieren prurito, dispareunia ni disuria. La vaginosis bacteriana se asocia a parto prematuro y aumento de infecciones tras una maniobra invasiva (inserción de DIU o histeroscopia, por ejemplo).

**Diagnóstico:** Se han de cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos de Amsel:

- Secreción homogénea aumentada en volumen de aspecto blanco-grisácea y adherente.
- PH >4,5
- Olor a aminas antes o después de instilarle KOH
- Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis. Los lactobacilus son escasos o están ausentes.

**Tratamiento:** Está aconsejado el tratamiento empírico en mujeres sintomáticas y para reducir riesgos en embarazos o maniobras invasivas. No se recomienda tratar a la pareja, salvo que presente balanitis o Gardnerellas de repetición.

El tratamiento de elección es el Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días. Otros tratamientos generales (Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 8 días, o Ampicilina 500 mg/6 horas durante 8 días) o locales (Metronidazol gel 500 mg al día durante 7 días, Clindamicina tópica, un óvulo durante 3 noches o en crema durante 7 noches) tienen tasas de recurrencia mayores.

No está indicado el screening para vaginosis bacteriana en el embarazo. Embarazadas con parto prematuro previo deben tratarse siempre. En embarazadas de bajo riesgo de parto prematuro el tratamiento es más controvertido. En caso de tratar puede usarse Metronidazol oral: 250 mg cada 8 horas durante 7 días; el tratamiento tópico no es efectivo y con clindamicina incluso resulta perjudicial.

La vaginosis bacteriana recurrente (las recidivas son muy frecuentes) puede usarse Metronidazol oral (500 mg cada 12 horas durante 7- 10 días). El uso de lactobacilos orales o locales no es eficaz a medio plazo.

**Bibliografía**

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of trichomonas vaginalis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline for the management of bacterial vaginosis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of trichomonas vaginalis. London: Association for Geni-

tourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002

Carreras Matóns J. Aspectos actuales en la evaluación y el tratamiento de las vulvovaginitis. Institut Clinic de Obstetricia, Ginecologia y Neonatologia. Med Integral 2002; 40(5): 185-89

CDC. Diseases characterized by vaginal discharge. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2002 May 10;51(RR-6):42-8.

Colli E, Landoni M, Parazzini F. Treatment of male partners and recurrence of bacterial vaginosis: a randomised trial. Genitourin Med 1997; 73:267-270

Coll Capdevila C.,Ramírez Hidalgo A.,Sánchez Borrego R. Vulvovaginitis en la práctica clínica. Barcelona: MCS; 1998.

Egan ME, Lipsky Ms. Diagnosis of Vaginitis. Am Fam Phy 2000; 62:1095-104.

Fernández ML, Lombardía J. Vulvovaginitis y Cervicitis en la práctica diaria. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Semergen 2002; 28(1): 15-20

Harper D. Treatment threshold probability for vaginitis. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:517-8.

Ibarra González A, Solís Cuesta F, Rodríguez López F, Lacasa Díaz im. Indicaciones y valoración clínica del exudado vaginal y del cervix. Medicine 2002; 8(61): 3285-3287

Joesoef M, Schmid G. Bacterial vaginosis. Clinical Evidence [en línea] [Consulta 11de Mayo de 2001]. URL disponible en: <http://www.clinicalevidence.com>

Joesoef MR, Schmid GP, Hillier SL. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications therapy. Clin Infect Dis 1999; 28 (suppl 1): S57-65

McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD000262.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD000262.pub2

Owen MK, Clenney TL. Management of vaginitis. Am Fam Physician. 2004 1;70(11):2125-32.

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation. Candida – female genital. [Internet]. 2004, revisada en Abril 2005. [Acceso 18 de Julio de 2005].

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation. Bacterial vaginosis. [Internet]. 2004, revisada Abril 2005. [Acceso 18 de Julio de 2005].

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation. Trichomoniasis [Internet]. Julio 2002, revisada en Abril de 2005. [Acceso 18 de Julio de 2005].

Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid. 2004 Dec;(12):2493-511

Young GL, Jewell D. Topical treatment for vaginal candidiasis in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 2, 2001.

**Tabla resumen**

Tabla II. Tabla resumen de tratamiento de las vaginitis

	<b>Elección</b>	<b>Alternativo</b>	<b>Embarazo</b>	<b>Recurrencias</b>
Tricomoniasis	Metronidazol 2 gr por vía oral en monodosis ó 500 mg cada 12 horas durante 7 días (más efectiva en varones)	Tinidazol (2 gr en dosis única por vía oral) o el Cotrimazol en óvulos (100 mg. durante 6 días)	Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días	Repetir pauta con 2 gr Metronidazol; si persiste: 2 gr oral durante 3-5 días y local durante 15 días
Candidiasis	Clotrimazol en cremas (2%, 5 gr/ día 7-14 días) u óvulos (100 mg/ día durante 7 días, 500 mg/ dosis única)	Fluconazol 150 mg en dosis única o Itraconazol 400 mg en monodosis ó 200 mg al día durante 3 días	Clotrimazol en crema 2% (5 gr/ día 7-14 días) u óvulos (100 mg/ día durante 7 días) en mujeres sintomáticas	Dosis semanales de Clotrimazol (500 mg intravaginal) o Fluconazol (150 mg oral)
Vaginosis Bacteriana	Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7 días.	Doxiciclina: 100 mg/ 12 horas/ 8 días o Ampicilina: 500 mg/6 horas/ 8 días o Metronidazol gel: 500 mg/ día/ 7 días o Clindamicina tópica: 1 óvulo/ 3 noches o crema/ 7 noches [menos eficaces]	Metronidazol oral: 250 mg cada 8 horas durante 7 días	Metronidazol oral: 500 mg cada 12 horas durante 7-10 días.