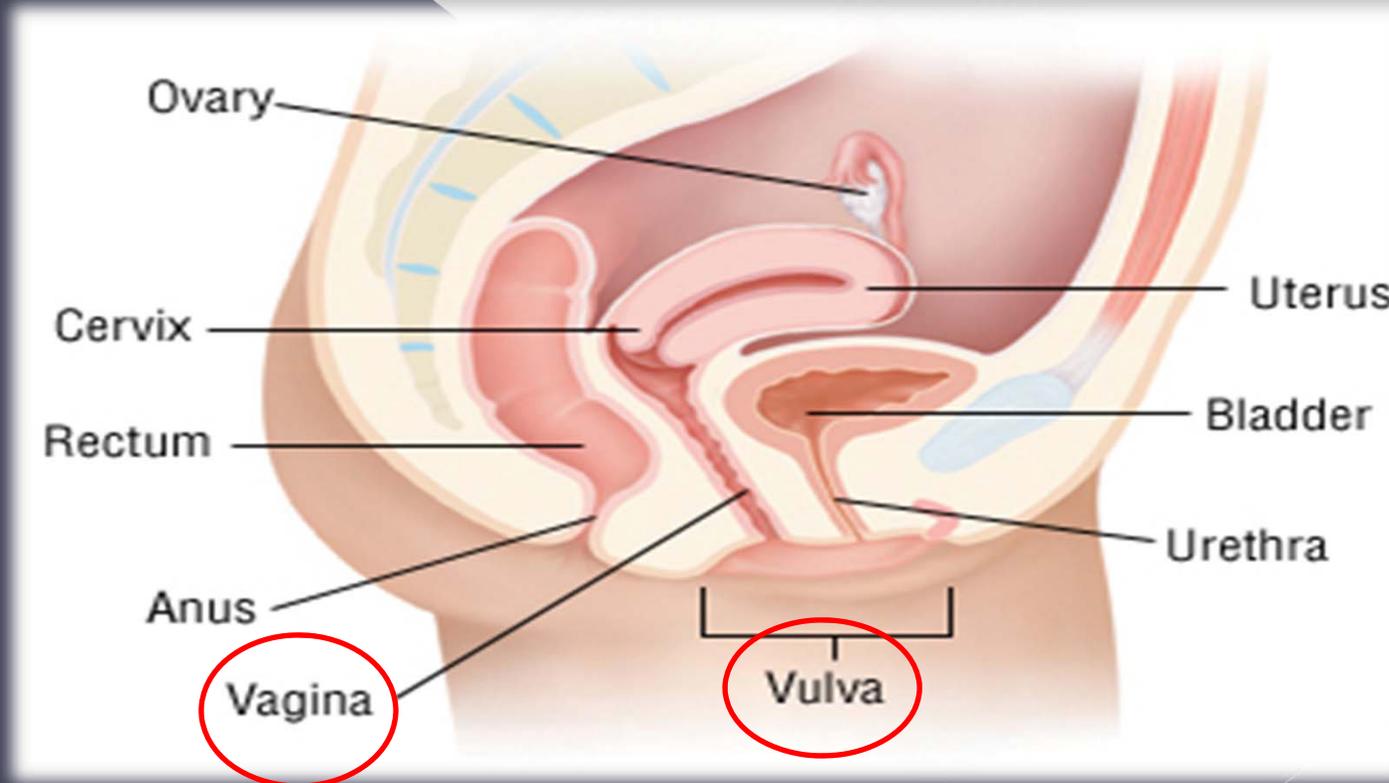


# VULVOVAGINITIS

LIDIA FERREIRO VIGO  
MIR IV-C.S.ELVIÑA  
4/12/2015

# VULVOVAGINITIS

- Inflamación de la vulva, la vagina y del tejido endocervical ectópico.



VULVOVAGINITIS

INFECCIOSAS

CANDIDIÁSICA

VAGINOSIS BACTERIANA

TRICOMONIASIS

NO INFECCIOSAS

Reacciones alérgicas,  
traumatismos,  
problemas  
hormonales,...



VULVOVAGINITIS  
NO INFECCIOSAS

## 1. Iatrógenas:

- físicas (lavados muy frecuentes).
- químicas (productos ácidos).
- cuerpo extraño (tampones, diafragmas, esponjas).
- fármacos de uso crónico (corticoides).

## 2. Alérgicas:

- espermicidas, plasma seminal, ropa interior, soluciones para lavado íntimo.
- \*afectación vulvar > vaginal.

### 3. Atróficas o seniles: hipoestrogenismo.

-perimenopausia y postmenopausia.

-puerperio y lactancia.

-fármacos.

-quimioterapia.

\*Tratamiento hormonal local o sistémico.

# Caso clínico

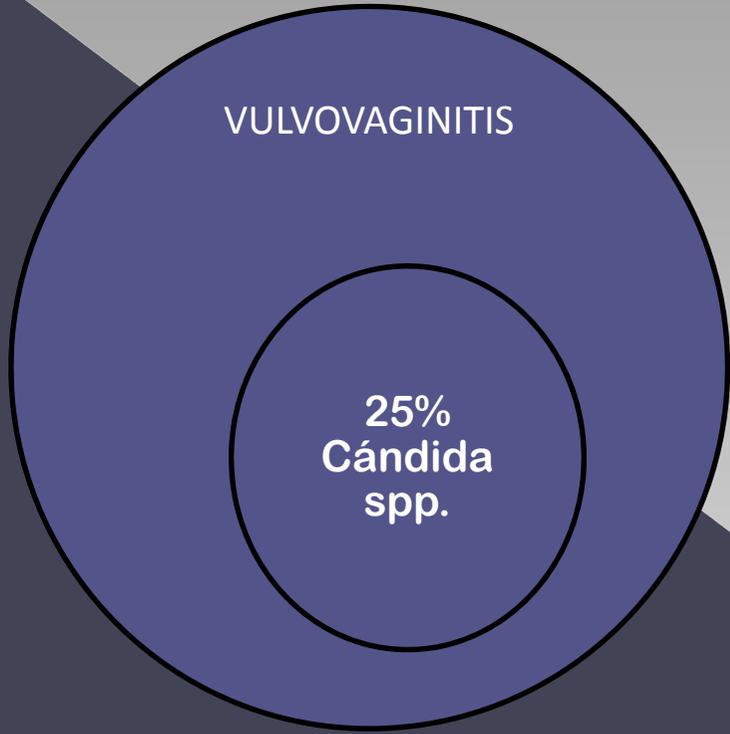
- ⦿ Mujer de 19 años que acude a la consulta de atención primaria por **prurito** vulvar intenso de varios días de evolución, **no** refiere **leucorrea**. No ha tomado ningún tratamiento.
- ⦿ EF: genitales externos edematosos, eritematosos, con lesiones de rascado. Vagina libre con flujo fisiológico, de aspecto no micótico. Cérvix de nulípara, bien epitelizado, no doloroso a la movilización. Abdomen anodino.

- Se toman cultivos cervico-vaginales y ante la inespecificidad clínica se pauta tratamiento con antimicóticos durante una semana.
- Los cultivos son negativos y la paciente refiere escasa mejoría con empeoramiento del prurito.
- Tras una anamnesis detallada, se establece una relación causal con el uso de unas compresas nuevas perfumadas, por lo que se aconseja que evite su utilización. Una semana después, la paciente permanece asintomática, siendo diagnosticada de **VULVOVAGINITIS NO INFECCIOSA DE CONTACTO.**



# VULVOVAGINITIS INFECCIOSAS

# 1. VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA



C. Albicans  
(80-92%)

C. Glabrata

C. Tropicalis

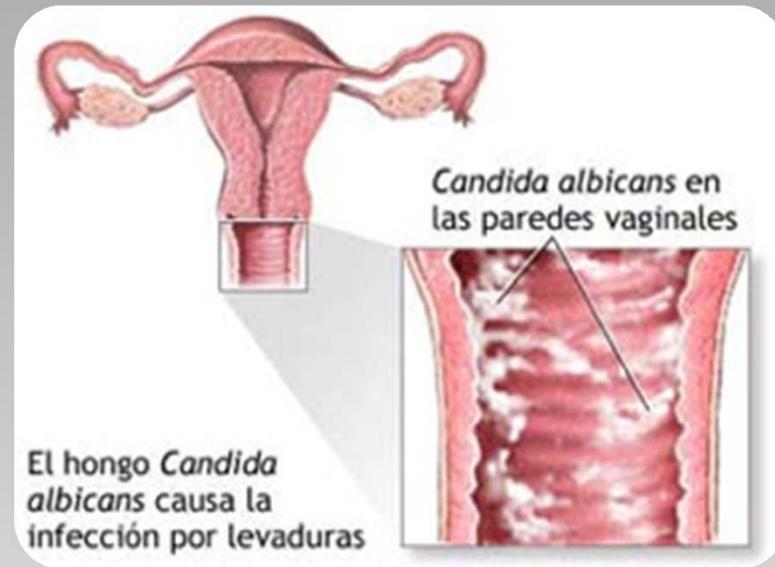


## FACTORES DE RIESGO

- ⦿ Uso reciente de antibióticos de amplio espectro.
- ⦿ DM mal controlada.
- ⦿ Embarazo.
- ⦿ Inmunosupresión.
- ⦿ ACHO, terapia estrogénica, contaminación sexual y ciertos hábitos sexuales,...

## CLÍNICA

- ⦿ Leucorrea blanquecina grumosa con aspecto caseoso, sin olor.
- ⦿ Prurito.
- ⦿ Disuria.
- ⦿ Dispareunia.
- ⦿ Eritema y tumefacción de la vulva.



## DIAGNÓSTICO

- Anamnesis.
- Examen ginecológico con espéculo:
  - toma de muestras de exudado vaginal en fresco → observación microscópica (SS y KOH al 10%).
- Tiras reactivas (ACILIT pH 0-6 MERCK) → pH vaginal (<4.5).
- Dos muestras de exudado vaginal:
  - tinción de Gram.
  - Stuart-Amies.

## Candidiasis asintomática

- No tratamiento
- Excepto embarazadas

## Candidiasis sintomática

- Tratamiento

## CANDIDIASIS NO COMPLICADA

Mujer sana y no embarazada.  
Esporádica ( $\leq 3$  episodios/año).  
Síntomas leves-moderados.  
Probable infección por *C. Albicans*.

## CANDIDIASIS COMPLICADA

Embarazadas o mujeres con enfermedad subyacente  
Historia recurrente ( $\geq 4$ /año) comprobada por cultivo vaginal.  
Síntomas graves.  
Especies diferentes a *C. Albicans*.

# TRATAMIENTO CANDIDIASIS NO COMPLICADA

Tratamiento  
genitales  
externos

Tratamiento  
intravaginal

## Tratamiento genitales externos:



- CLOTRIMAZOL crema 2% /24 horas/7 días

## Tratamiento intravaginal:



- CLOTRIMAZOL óvulo 500 mg/dosis única

## CANDIDIASIS NO COMPLICADA

Mujer sana y no embarazada.  
Esporádica ( $\leq 3$  episodios/año).  
Síntomas leves-moderados.  
Probable infección por *C. Albicans*.

## CANDIDIASIS COMPLICADA

Embarazadas o mujeres con enfermedad subyacente  
Historia recurrente ( $\geq 4$ /año) comprobada por cultivo vaginal.  
Síntomas graves.  
Especies diferentes a *C. Albicans*.

# TRATAMIENTO CANDIDIASIS COMPLICADA

## Tratamiento inicial

- **Clotrimazol o Miconazol al 2% /2 semanas +**
- **Clotrimazol óvulo 100 mg/24 h/7 días**
- **Fluconazol 150 mg vo/72 horas, 3 dosis**

## Tratamiento mantenimiento

- **Clotrimazol óvulo 500 mg/semanal/6 meses**
- **Fluconazol 150 mg/semanal/6 meses**

- Embarazadas → Clotrimazol tópico/7 días (categoría B FDA). CI oral.
- ¿Pareja? → balanitis sintomática.



# CASO CLÍNICO

- Mujer de 25 años que acude a la consulta por **prurito** y **flujo anormal**. No AP de interés ni tratamiento habitual. Uso preservativo, no usa productos irritantes. Examen físico: vagina eritematosa, fisuras, flujo abundante y espeso. ¿Cual es el diagnóstico de sospecha?
1. Vulvaginitis Trichomoniásica.
  2. Vaginosis bacteriana.
  3. Vulvovaginitis candidiásica.
  4. Vulvovaginitis inespecífica.

⦿ Mujer de 25 años que acude a la consulta por prurito y flujo anormal. No AP de interés ni tratamiento habitual. Uso preservativo, no usa productos irritantes. Examen físico: vagina eritematosa, fisuras, flujo abundante y espeso. ¿Cual es el diagnóstico de sospecha?

1. Vulvaginitis Trichomoniasica.
2. Vaginosi bacteriana.
3. **Vulvovaginitis candidiásica.**
4. Vulvovaginitis inespecífica.

⦿ ¿Cuál sería el tratamiento adecuado?

1. Cultivo de flujo y tratamiento según resultado.
2. Tratamiento directo con antimicóticos locales.
3. Tratamiento conjunto a la pareja.
4. Óvulos de amplio espectro.

⦿ ¿Cuál sería el tratamiento adecuado?

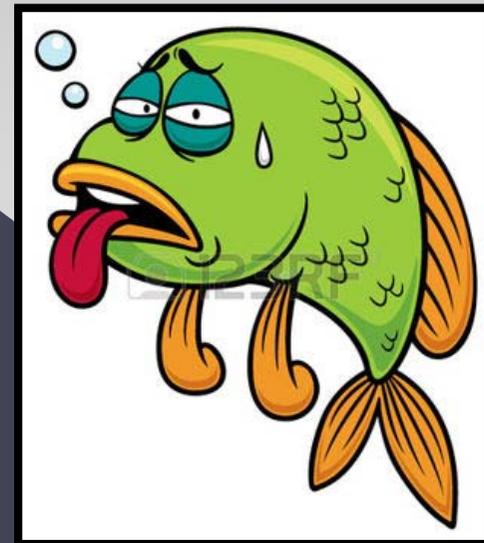
1. Cultivo de flujo y tratamiento según resultado.
2. **Tratamiento directo con antimicóticos locales.**
3. Tratamiento conjunto a la pareja.
4. Óvulos de amplio espectro.

# 2. VAGINOSIS BACTERIANA

- ⦿ Alteración en el ecosistema bacteriano de la vagina.
- ⦿ Disminución de *Lactobacillus* habituales.
- ⦿ Incremento de otros microorganismos (*Gardnerella vaginalis*, *Micoplasmas* urogenitales, *Mobiluncus* spp., ...).
- ⦿ 2ª vulvovaginitis.

## CLÍNICA

- Asintomáticas.
- Leucorrea blanco-grisácea, adherente, maloliente “olor a pescado”.
- No inflamación mucosa vaginal.

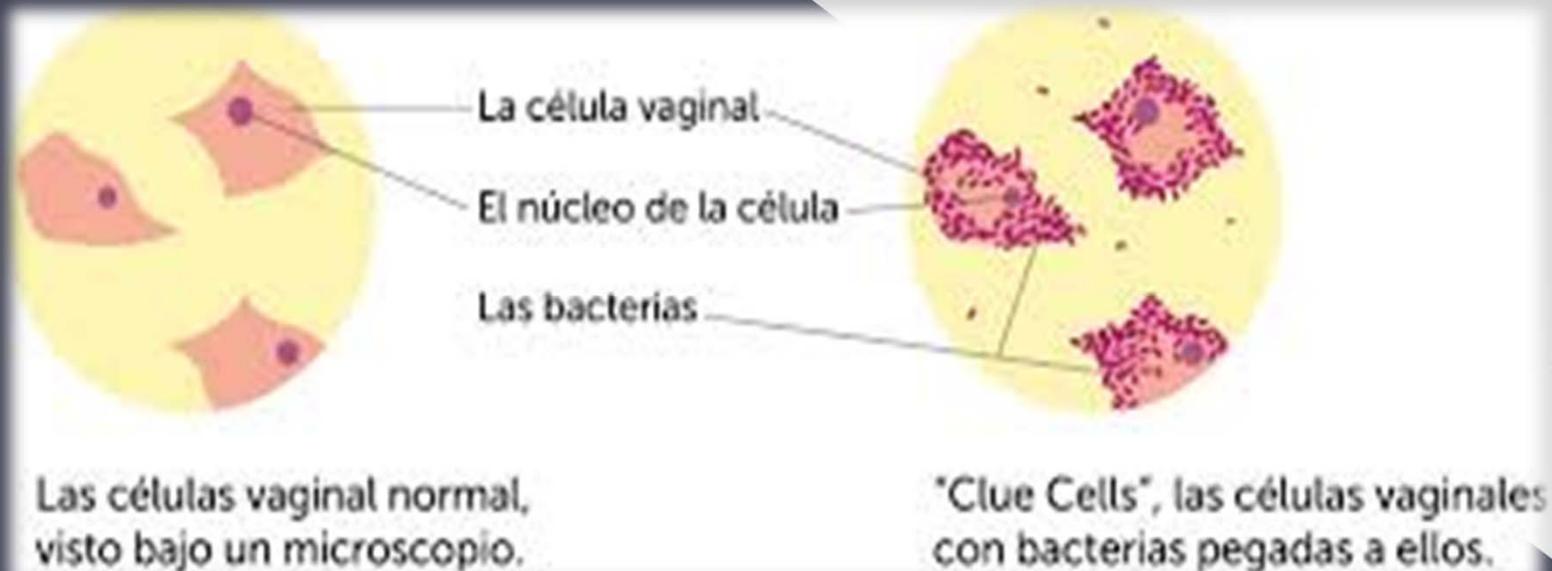


## DIAGNÓSTICO → Criterios de Amsel (3/4):

- ⊙ *Secreción* homogénea, de volumen moderado, de aspecto blanco-grisáceo y adherente, recubriendo las paredes de la vagina.
- ⊙  $pH > 4,5$ .
- ⊙ *Prueba de las aminas positiva*: “olor a pescado” después de añadir KOH al 10% en una muestra de exudado vaginal.

S (69%), E(93%)

- Presencia de un 20% de *células clave* en el examen microscópico en fresco (células del epitelio vaginal que aparezcan recubiertas por microorganismos cocobacilares, lo que les confiere un aspecto granular, como rebozadas).



## TRATAMIENTO

- ⦿ Sintomáticas.
- ⦿ Procedimiento de instrumentación urogenital.
- ⦿ Embarazadas a/sintomáticas con historia de embarazo pretérmino.



## Tratamiento de elección

- **METRONIDAZOL 500 mg vo/12 horas/7 días**



## Alternativa

- Clindamicina 300 mg vo/12 horas/7 días
- Clindamicina crema al 2%/noches/7 días



## VB recurrente

- Metronidazol o Clindamicina oral/12 h./7 días +
- Metronidazol 0,75%/2 veces por semana/6 meses

- ⦿ No tratamiento pareja.
- ⦿ Actividad sexual.
- ⦿ Recurrencia (30% 3 meses, 50% 12 meses).



# Señala la respuesta correcta...

## ○ Respecto a la VAGINOSIS BACTERIANA:

1. Siempre es necesario tratar a la pareja.
2. Suelen haber eritema y edema vulvar.
3. Entre los gérmenes más frecuentemente implicados suele destacar *Pasteurella multocida*.
4. El flujo suele ser blanco-grisáceo con  $\text{pH} > 4,5$ .
5. Todas las respuestas anteriores son incorrectas.

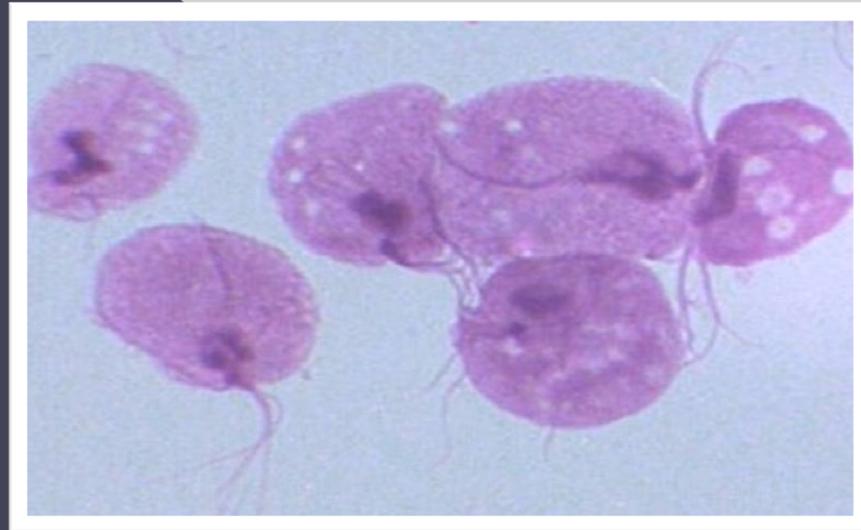
# Señala la respuesta correcta...

- Respecto a la VB:

1. Siempre es necesario tratar a la pareja. **Sólo si hay clínica de balanitis.**
2. Suelen haber eritema y edema vulvar. **No suele haber inflamación.**
3. Entre los gérmenes más frecuentemente implicados suele destacar *Pasteurella multocida*. ***Gardnerella vaginalis*.**
4. **El flujo suele ser blanco-grisáceo con pH > 4,5.**
5. Todas las respuestas anteriores son incorrectas.

# 3. VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS

- ⊙ *Trichomonas vaginalis* → protozoo móvil flagelado → ETS.
- ⊙ Epitelio escamoso del tracto urogenital, vagina, uretra y glándulas parauretrales.
- ⊙ Huésped natural.



- ⦿ 20% vulvovaginitis. 3ª causa.
- ⦿ Coinfección 60-80% (vs vaginosis bacteriana; ETS).
- ⦿ Vulvovaginitis no tratada → uretritis o cervicitis!!

## CLÍNICA

- ⦿ Flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso.
- ⦿ Prurito.
- ⦿ Disuria.
- ⦿ Dispareunia.



## EXPLORACIÓN FÍSICA

- ⦿ Eritema vaginal.
- ⦿ Hemorragias puntiformes en el cérvix (“cérvix de fresa”).

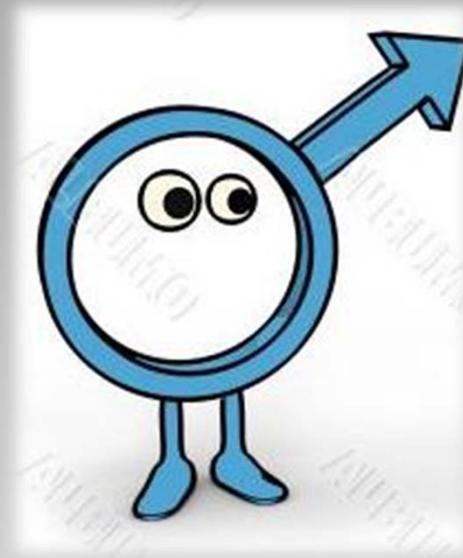


## DIAGNÓSTICO

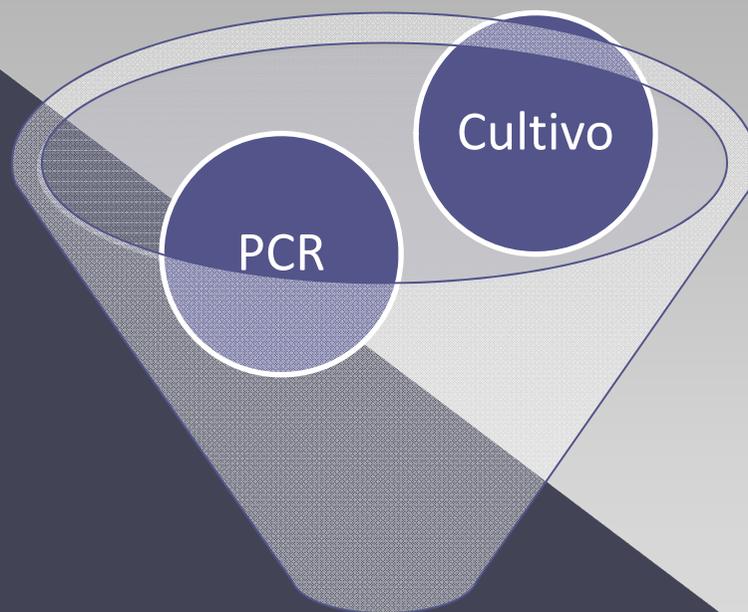
- Exudado del fondo de saco vaginal y cuello uterino  
→ diluida en SSF sobre un porta → visualización microscópica en fresco de *trichomonas* (en movimiento → flagelo, o inmóvil), y de *leucocitos*.
- pH > 4,5.
- Cultivo (S y E): en medio de Diamond o de Roiron.
- APTIMA, XenoStrip-Tv *Trichomonasvaginalis* y Genzyme Diagnostic OSOM *Trichomonasrapid* test → dx rápido en consulta.

## CLÍNICA

- Asintomática, 10 días.
- Secreción uretral clara o mucopurulenta.
- Disuria.
- Prurito leve, sensación de ardor en el pene después de las relaciones sexuales, polaquiuria, y prostatitis.

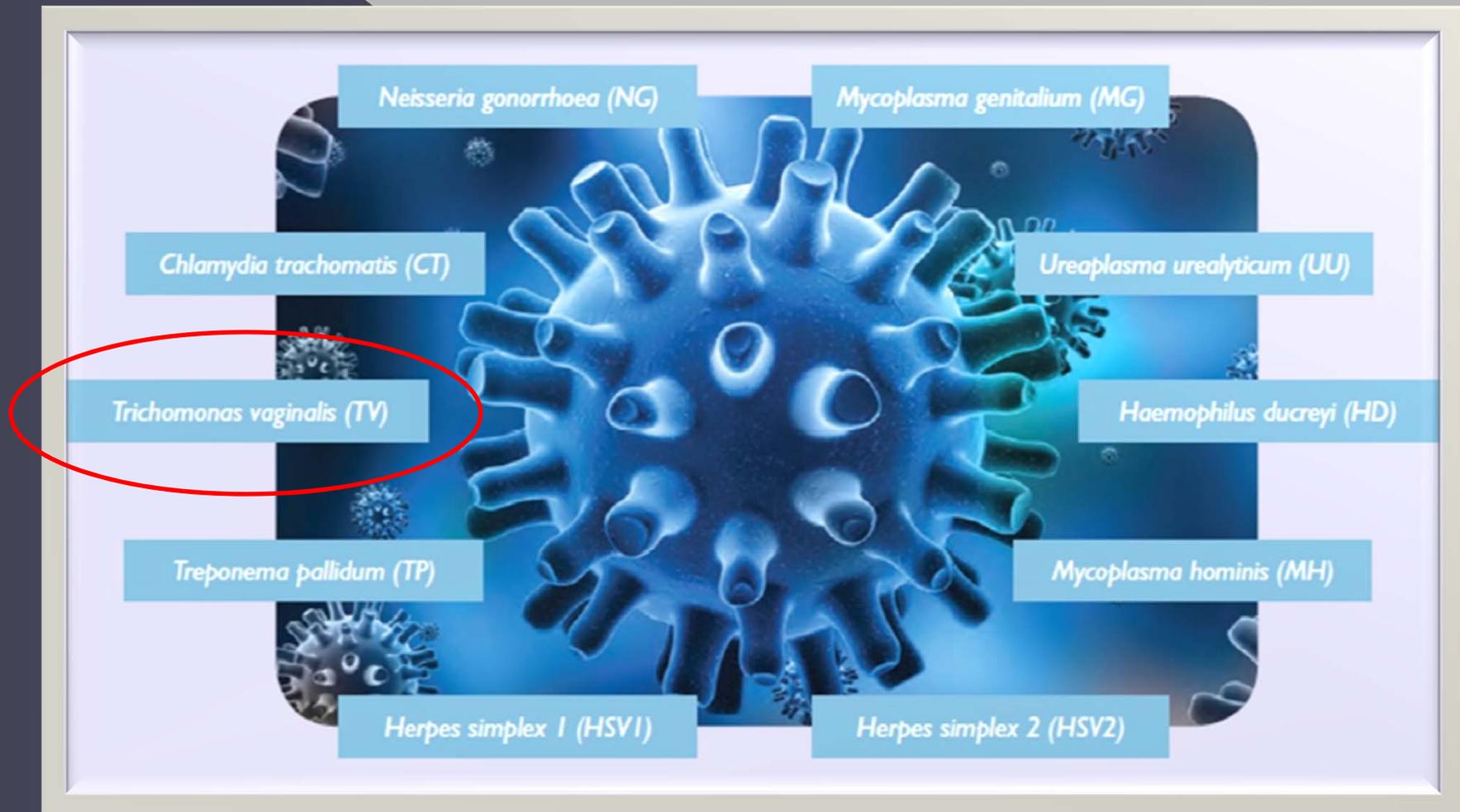


# DIAGNÓSTICO



Muestra de orina matinal  
o en frotis uretral

# ¡ETS! ¡SCREENING ETS!



## TRATAMIENTO

● TOD@S

1. **METRONIDAZOL o Tinidazol 2 g vo/única.**
2. Metronidazol 500 mg vo/12 h./7 días.
3. Antibióticos de amplio espectro.



## Indicaciones:

- ⦿ Tratamiento de la paciente y pareja/s.
- ⦿ Abstención de relaciones sexuales mientras no finalice el tratamiento (48 h.) y ambos asintomáticos.
- ⦿ No seguimiento → asintomáticos.

⊙ Embarazo → valorar R y B:

-R de parto prematuro.

-Ruptura prematura de membranas.

-Bajo peso al nacer.

Metronidazol  
2 g/vo/única

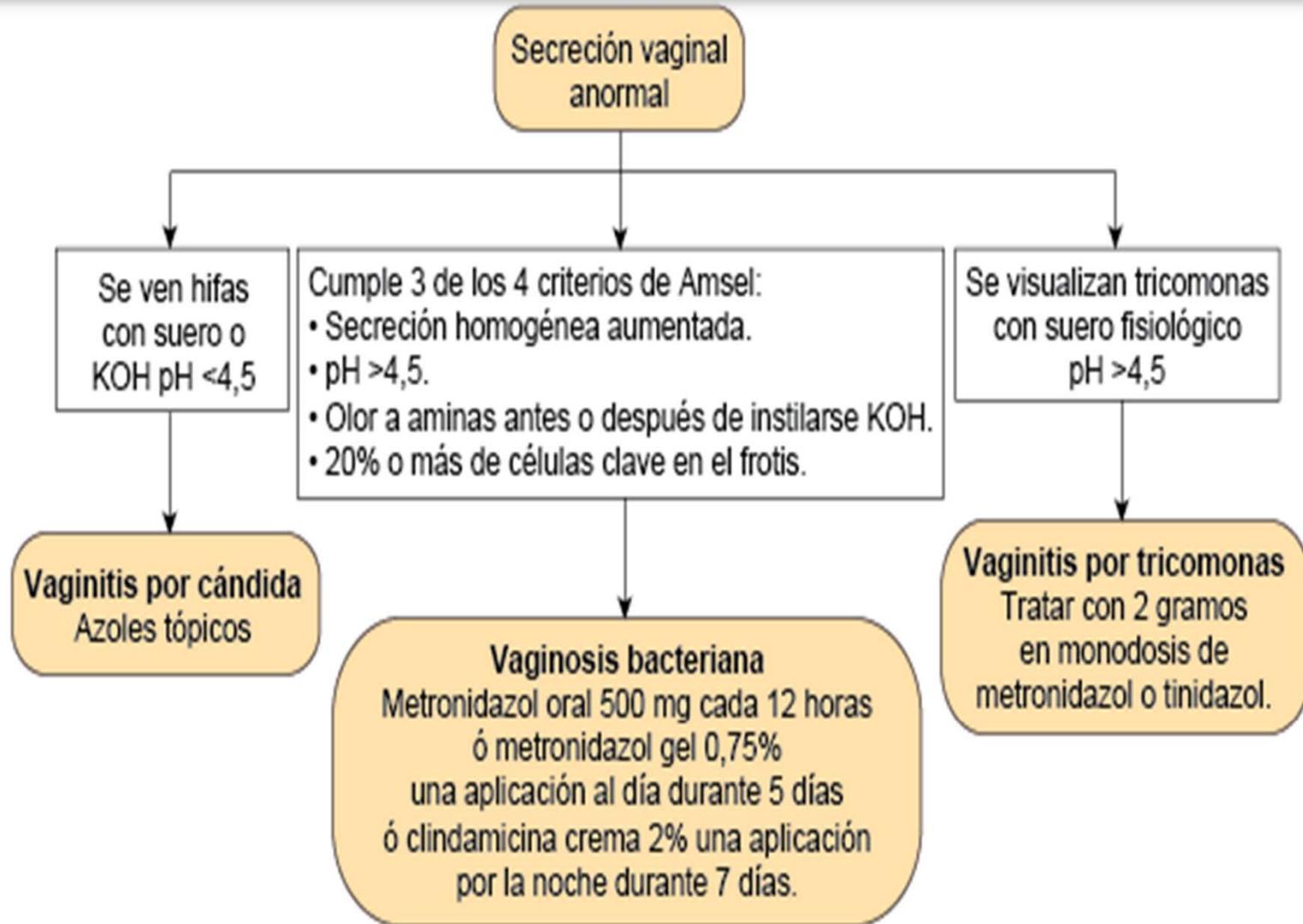
⊙ Lactancia → suspender, 24 horas después.

# CASO CLINICO

- Una paciente de 22 años consulta por **flujo** muy **maloliente** y **dispareunia**. Ha tenido **cuatro parejas en el último año**. ¿Qué actitud debe tomarse?
- 1. Realizar examen en fresco con KOH al 10% para poder ver los flagelos móviles de las Trichomonas.
- 2. Sólo se tratará a la pareja si también tiene síntomas.
- 3. Apoyarán el diagnóstico de tricomoniasis la detección de un pH vaginal <4,5 y la presencia de un n<sup>º</sup> aumentado de leucocitos en el examen del flujo.
- 4. El tratamiento de elección es el Metronidazol 2 g a dosis única o 500 mg/12 horas durante 7 días.

# CASO CLINICO

- Una paciente de 22 años consulta por flujo muy maloliente y dispareunia. Ha tenido cuatro parejas en el último año. ¿Qué actitud debe tomarse?
- 1. Realizar examen en fresco con KOH al 10% para poder ver los flagelos móviles de las Trichomonas.
- 2. Sólo se tratará a la pareja si también tiene síntomas.
- 3. Apoyarán el diagnóstico de tricomoniasis la detección de un pH vaginal <4,5 y la presencia de un nº aumentado de leucocitos en el examen del flujo.
- 4. **El tratamiento de elección es el Metronidazol 2 g a dosis única o 500 mg/12 horas durante 7 días.**



Manejo de la secreción vaginal anormal



**GRACIAS**