

Autores: Botero K*, Gutiérrez I**, Gutiérrez JI**, Lorenzo S**
Revisor: Estevez J***

VULVOVAGINITIS

SUMARIO

VULVOVAGINITIS

Introducción: pág 1

Diagnóstico diferencial: pág 2

Vaginosis bacteriana: pág 2

Tricomoniasis: pág 3

Candidiasis vulvovaginal : pág 4

Recogida de muestras: pág 7

Conclusiones: pág 7

Bibliografía: pág 7

La vulvovaginitis representa el problema ginecológico más frecuente en atención primaria. La mayoría de ellas son de origen infeccioso: vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis; siendo la vaginosis bacteriana la más frecuente.

El abordaje terapéutico ofrece un amplio abanico de tratamientos.

Este boletín tiene por objetivo revisar los principales tratamientos y facilitar la elección del tratamiento correcto según las diferentes circunstancias como por ejemplo en situación de embarazo o en caso de infecciones recurrentes.

Se define "vulvovaginitis" como los diferentes grados de inflamación de la vulva, la vagina y el tejido endocervical ectópico, que se puede acompañar de flujo vaginal anómalo e irritante, maloliente o no, prurito, escozor, disuria y dispareunia.

La vulvovaginitis representa el problema ginecológico más frecuente en atención primaria. 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.

En ocasiones estas causas se encuentran solapadas, el diagnóstico es más difícil y el proceso puede cronificarse.

Las vulvovaginitis pueden ser de origen:

- **Infeccioso:**

El 85% de las mujeres sintomáticas padecen:

- o Vaginosis bacteriana (45%).
- o Candidiasis (25%).
- o Tricomoniasis (20%).
- o Otras enfermedades de transmisión sexual producidas por gonococo, clamidia, herpes genital (10%).

- **No infeccioso:**

Suponen el 15% de las vulvovaginitis. Los factores que favorecen un aumento del pH vaginal (hipoestronismo, lavados vaginales, menstruación...) producirían esta inflamación. Entre sus causas principales destacan las originadas 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, dispareunia...), factores neoplásicos, e iatrogenia (DIU, pesarios, productos químicos...).

* Médico de Familia. GAP Torrelavega-Reinosa.

** Farmacéuticos de Área. Atención Primaria Torrelavega Reinosa.

*** Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de Sierrallana

La situación puede desaparecer si se corrigen 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).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las características del flujo vaginal y otros signos pueden ser orientativos para el diagnóstico etiológico de las vulvovaginitis.

	Flujo vaginal	Otros Signos / Síntomas
Vaginosis Bacteriana	Moderado Leucorrea blanco-grisácea Homogéneo-adherente Maloliente (olor a pescado)	No produce inflamación tisular No presenta: -prurito -dispareunia -disuria
Tricomonas	Aumentado Amarillo-verdoso Espumoso Maloliente	Prurito vulvovaginal Dispareunia disuria Se acrecientan con la menstruación Eritema vaginal "Cérvix de fresa"
Cándida	Escaso-moderado Blanco-amarillento Grumoso (como requesón) Inodoro	Prurito intenso Disuria y dispareunia Se intensifica la semana previa a la menstruación Eritema y tumefacción de la vulva

Fuente: www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp

VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana consiste en una alteración del equilibrio de la flora vaginal por aumento del pH vaginal con crecimiento de *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma genitalis*, *Peptostreptococcus sp* o distintas bacterias que desplazan la flora bacteriana comensal compuesta por *Lactobacillus sp*.

FACTORES PREDISPONENTES

- Varias o nuevas parejas sexuales.
- Edad temprana en el primer coito.
- Tabaco.
- DIU.
- Aunque la actividad sexual es un factor de riesgo para la infección, ésta puede ocurrir en mujeres que nunca han mantenido relaciones sexuales.

DIAGNÓSTICO

Clínica y exploración física

En el 70% de los casos suelen ser asintomáticos; aunque un síntoma típico es la leucorrea blanco-grisácea, maloliente con olor a aminas (similar al "olor a pescado"). La exploración física es anodina al no tratarse de una inflamación tisular.

Análisis clínico¹

El aislamiento de *Gardnerella sp* no es diagnóstico de vaginosis bacteriana por encontrarse en los cultivos vaginales del 50% de las mujeres asintomáticas.

Criterios diagnósticos de Amsel² (se deben cumplir al menos 3 de estos 4 criterios):

- Aumento homogéneo del flujo de aspecto blanco-grisáceo y adherente.
- Flujo vaginal con pH > 4,5 (por disminución de la flora normal de *Lactobacillus sp*).
- Flujo vaginal con olor a aminas (pescado) antes o después de añadir KOH.
- Células clave en la exploración microscópica (se trata de células vaginales recubiertas de bacterias que forman un aspecto granular).

TRATAMIENTO

¿Cuándo está indicado tratar?³

Mujer no embarazada

-Toda paciente sintomática.

-Paciente asintomática previo a procedimiento ginecológico invasivo (colocación DIU, aborto, histerectomía), para evitar infección posterior.

Mujer embarazada

-Toda gestante sintomática, para reducir el riesgo de complicaciones perinatales: bajo peso fetal, parto prematuro, endometritis postparto o postcesárea, infecciones intraamnióticas.

-El screening y tratamiento en gestantes asintomáticas es controvertido. Debe considerarse en mujeres con antecedentes de parto prematuro⁴⁻⁶.

Pareja

No hay recomendación de tratar a la pareja salvo en caso de balanitis o vaginosis de repetición.

Tratamiento no farmacológico:

Evitar productos higiénicos vaginales como gel o antisépticos.

Tratamiento farmacológico⁷⁻⁸

De elección:

- Metronidazol 500 mg / 12 horas durante 7 días vía oral.

- Metronidazol 0,75% gel vaginal 5 g / 24 horas durante 5 días.
- Metronidazol comprimido vaginal 500 mg / 24 horas durante 7 días .
- Clindamicina crema vaginal al 2% 5 g / 24 horas durante 7 días.

Alternativas:

- Doxiciclina 100 mg / 12 horas, 8 días vía oral
- Ampicilina 500 mg / 6 horas, 8 días vía oral.
- Clindamicina 300 mg / 12 horas, 7 días oral.
- Clindamicina óvulo vaginal 100 mg / 24 horas durante 3 días.

Tratamiento en caso de recurrencia (3 ó más casos al año)

En un estudio randomizado doble ciego, se ha demostrado una tasa de curación del 75% en pacientes tratados con Metronidazol 0,75% por vía vaginal cada 12 horas durante 10 días ⁹. Otra alternativa es el tratamiento prolongado con Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas durante 7-10 días.

Embarazo ⁴

1^{er} trimestre:

- Evitar Metronidazol (mutagénico).
- Se recomienda Clindamicina vaginal 2%.

2º y 3^{er} trimestre:

- Metronidazol 250 mg / 8 horas durante 7 días vía oral.
- Metronidazol 500 mg / 12 horas durante 7 días vía oral.
- Clindamicina 300 mg / 12 horas durante 7 días vía oral.

Advertencias especiales:

Metronidazol vía oral: No se recomienda la ingesta de alcohol durante y 24 horas tras el tratamiento por efecto antabús.

Clindamicina crema vaginal: El excipiente oleoso puede deteriorar el preservativo o diafragma durante 5 días tras aplicar el tratamiento ¹⁰.

Seguimiento

No está recomendado debido a su alta tasa de curación. Sólo se realizará en caso de persistencia de síntomas o en embarazo de alto riesgo.

TRICOMONIASIS

Se trata de una enfermedad de transmisión sexual causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado y móvil. Es habitualmente asintomática en el varón y supone el 20% de todas las vulvovaginitis infecciosas.

FACTORES PREDISPONENTES ¹¹

- No utilizar métodos de barrera.
- Promiscuidad.
- Historia previa de otra ETS.

DIAGNÓSTICO

Clínica y exploración física

Inicialmente el 50% de los casos son asintomáticos, aunque el 30% de los enfermos desarrollan síntomas en los 6 meses siguientes.

Síntomas típicos: Secreción líquida abundante, espumosa, amarillo-verdosa, con olor a aminas.

Exploración vaginal: cérvix en fresa.

Otros síntomas: dispareunia, disuria, eritema vaginal, uretritis.

Estos síntomas se acentúan con la menstruación.

Análisis Clínico ¹²

- pH > 4,5
- KOH : olor a aminas
- 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 y de leucocitos en un 50% de los casos. En combinación con el cultivo, presenta una sensibilidad diagnóstica del 100%.
- Cuando no se pueden visualizar tricomonas por los métodos anteriores, se realiza cultivo en medio específico de Diamond.

TRATAMIENTO ^{1, 13-14}

¿Cuándo está indicado tratar?

Mujer no embarazada

-Toda paciente sintomática y asintomática.

Mujer embarazada

-Toda gestante sintomática y asintomática.

Pareja: Es obligatorio tratar también a la pareja para evitar reinfección. Se recomienda mantener abstinencia sexual hasta finalizar el tratamiento y estar asintomático.

Tratamiento farmacológico

Se trata de una infección multifocal (glándulas de Bartolino, epitelio vaginal, uretra) motivo por el cual es importante el tratamiento sistémico.

De elección: 5-nitroimidazoles

- Metronidazol 2 g vía oral monodosis (8 comprimidos de Metronidazol de 250 mg en una sola toma) presenta una tasa de curación del 90%. El tratamiento local es menos eficaz. Dado su posología se puede pautar Tinidazol para facilitar el cumplimiento terapéutico.
- Tinidazol 1 g / 12 horas 1 día vía oral (2 comprimidos de 500 mg de Tinidazol cada 12 horas durante 1 día).

Alternativas:

- Metronidazol 500 mg / 12 horas durante 7-10 días vía oral (pauta más efectiva en varones)
- Clotrimazol comprimidos vaginales (100 mg durante 7 días) en caso de alergia para aliviar los síntomas; sólo es curativo en el 20% de los casos.

La terapia con Metronidazol en régimen de dosis múltiple o dosis única presenta tasas de curación similares (85-90% vs 82-88%)¹⁵. La ventaja de la dosis única es una mayor adherencia y una posible disminución de la sobreinfección por *Candida*. No obstante, los efectos adversos parecen dosis dependientes, ocurriendo con menor frecuencia cuando se utiliza el régimen de dosis múltiple.

Tratamiento en caso de recurrencia¹

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

Embarazo/ lactancia^{1,16}

El Metronidazol atraviesa la barrera placentaria y penetra rápidamente en la

circulación fetal. No existen estudios adecuados sobre fetotoxicidad, sin embargo, no se recomienda utilizar Metronidazol durante el primer trimestre de embarazo.

Debido a que el Metronidazol ha demostrado ser cancerígeno en roedores, sólo se utilizará durante el 2º y 3º trimestre del embarazo cuándo sea estrictamente necesario. .

1º trimestre:

- Clotrimazol óvulos 100 mg /12 horas durante 7 días.

2º y 3º trimestre:

- Metronidazol 2 g / 24 horas dosis única o 500 mg/12 horas 7 días.

El régimen de dosis múltiple se asocia a una menor frecuencia de efectos adversos, lo que puede ser interesante en esta situación donde ya existe una alta prevalencia de náuseas.

Durante el tratamiento con Metronidazol se recomienda interrumpir la lactancia natural, pudiendo reanudarse 24-48 horas después de completar el tratamiento.

Efectos secundarios de los nitroimidazoles :

Molestias gastrointestinales, cefalea, erupción, leucopenia, trombocitopenia, orinas oscuras, neuropatía periférica, epilepsia, tromboflebitis. Es recomendable mantener durante 24 (Metronidazol)–72 horas (Tinidazol) abstinencia alcohólica, por el efecto antabús.

Seguimiento:

Es conveniente descartar otras enfermedades de transmisión sexual (VIH, sífilis, clamidia, gonococo).

No es necesario el seguimiento en mujeres inicialmente asintomáticas ni en aquellas que se convierten en asintomáticas tras el tratamiento debido a la alta eficacia de los 5-nitroimidazoles.

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL

Aproximadamente el 25% de las vulvovaginitis infecciosas son candidiasis. *Candida albicans* es la responsable del 90% de los episodios de candidiasis vulvovaginal¹². Otras especies menos frecuentes, también denominadas *no albicans*, como *C. glabrata*, *C. tropicalis* y *C. krusei*, representan el 10% de las candidiasis y han registrado en los últimos tiempos un aumento y un incremento en la resistencia al tratamiento habitual.

El 20% de las mujeres asintomáticas en edad fértil tienen *Candida sp* en flora vaginal normal¹⁷.

La candidiasis vulvovaginal (CVV) puede clasificarse cómo:

- 1- CVV no complicada
- 2- CVV recurrente
- 3- CVV por especies resistentes

FACTORES PREDISPONENTES¹⁸

- Diabetes Mellitus mal controlada: recomendado hacer test de sobrecarga de glucosa a toda mujer con candidiasis vulvovaginal recurrente.
- Antibióticos: durante y tras el tratamiento de antibióticos de amplio espectro (tetraciclinas, ampicilina, cefalosporinas) por desequilibrio de la flora normal.
- Niveles elevados de estrógenos, como uso de anticonceptivos, embarazo y terapia estrogénica
- Enfermedades inmunodepresoras como VIH, lupus sistémico u otras.

DIAGNÓSTICO

Clínica y exploración física

Síntomas típicos: **prurito vulvar**, dolor, escozor, leucorrea blanquecina grumosa (aspecto de "requesón"), dispareunia, disuria externa y balanitis en el varón. En la exploración física se observa eritema de la vulva y de la mucosa vaginal, lesiones de rascado y edema vulvar. Estos síntomas se intensifican la semana previa a la menstruación y disminuyen con el inicio del sangrado.

Análisis Clínico

- pH < 4,5.
- Análisis en fresco con suero fisiológico (0,9%) visualizando esporas o hifas (sensibilidad 50%)¹⁹.
- Tinción gram esporas e hifas (sensibilidad 65%).
- KOH: se ven levaduras en fase de esporas e hifas (sensibilidad 70%).

TRATAMIENTO

¿Cuándo está indicado tratar?

El objetivo del tratamiento es *aliviar los síntomas*, por lo que se debe tratar a todas las mujeres sintomáticas.

Pareja: No se trata de una enfermedad de transmisión sexual. Únicamente se recomienda tratar en caso de balanitis o si la mujer padece infecciones recurrentes.

1. CANDIDIASIS VULVOVAGINAL NO COMPLICADA

Se considera que una candidiasis vulvovaginal es no complicada cuando existen tres o menos episodios al año. Los síntomas tienen una intensidad media-moderada, ocurre en mujeres sanas y la causa principal es una infección por *Candida albicans* en pacientes inmunocompetentes²⁰.

Tratamiento no farmacológico:

Utilizar ropa cómoda de algodón, evitar jabones locales, evitar humedad y salvaslip.

Tratamiento farmacológico:

La vulvovaginitis no complicada tiene buenos resultados con tratamientos tópicos con derivados imidazólicos, poliénicos o piridinona de corta duración. No parecen existir diferencias entre ellos ni entre las distintas pautas de tratamiento.

También se puede aplicar un tratamiento imidazólico oral de corta duración, aunque se recomienda reservar el tratamiento por vía oral para infecciones recurrentes o persistentes^{14,20}.

Antifúngicos imidazólicos y triazólicos¹:

Antimicóticos tópicos: imidazólicos

- Clotrimazol 2% crema vaginal 5 g / 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 14 días.
- Ketoconazol 400 mg óvulo vaginal / 24 horas 3-5 días.
- Econazol 150 mg óvulo vaginal / 24 horas, 3 días.
- Fenticonazol 200 mg óvulo vaginal / 24 horas, 3 días.
- Fenticonazol 600 mg óvulo vaginal / 24 horas, 1 día.
- Sertaconazol 2% crema vaginal 5 g / 24 horas, 7 días.
- Sertaconazol 500 mg óvulo vaginal / 24 horas, 1 día.

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.

Poliénico:

- Nistatina 100.000 U comprimido vaginal / 24 horas, 14 días.

Piridinona:

- Ciclopirox 1% 5 g / 24 horas, 7-14 días.

Embarazo

La candidiasis vulvovaginal es muy frecuente durante la gestación y no se asocia a complicaciones perinatales. Está indicado el tratamiento tópico con antimicóticos imidazólicos (Clotrimazol 100 mg óvulo vaginal / 24 horas durante 7 días o Miconazol)²¹. Deben evitarse tratamientos por vía oral. En el tratamiento con los comprimidos vaginales durante las últimas 4-6 semanas del embarazo se recomienda prescindir del empleo del aplicador, introduciendo el comprimido directamente con el dedo, previo lavado cuidadoso de las manos.

Advertencias especiales y efectos secundarios de los antimicóticos de uso vaginal

- Se han de administrar al acostarse, para favorecer la acción local y la absorción vaginal.
- Pueden reducir la protección proporcionada por preservativos y diafragmas. Este efecto es temporal y sólo ocurre durante el tratamiento.
- Los efectos adversos más frecuentes son de tipo local: irritación, sensación de quemazón y picor que no suelen determinar la suspensión del tratamiento y son más frecuentes durante los primeros días del mismo.

Antimicóticos sistémicos triazólicos e imidazólicos

Efectos secundarios: Presentan molestias gastrointestinales, aumento de transaminasas, trastornos menstruales, hipersensibilidad.

Contraindicaciones: Enfermedades hepáticas, administración conjunta con Astemizol o Terfenadina por el riesgo de arritmias cardíacas severas.

Seguimiento: Sólo si persisten síntomas tras tratamiento (candidiasis vulvovaginal complicada muchas veces debido a cepas resistentes). Si existe infección recurrente en menos de 2 meses.

2. CANDIDIASIS VULVOVAGINAL RECURRENTE

Se define candidiasis vulvovaginal recurrente cuando se producen 4 ó más episodios por año con cultivo vaginal positivo (incidencia <5%). El desencadenante es poco conocido. Es muy importante confirmar el diagnóstico mediante cultivo vaginal para identificar especies poco frecuentes como *Candida glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* dado que los antimicóticos convencionales no son igual de eficaces contra estas especies. El 10% de las candidiasis vulvovaginal son debidas a estas cepas. Los síntomas son intensos.

Al parecer se trata más bien de una resistencia al tratamiento que de una reinfección.

Los factores predisponentes son diabetes mal controlada (hay que descartar una enfermedad por DM subyacente), terapia inmunosupresora, anomalías en la inmunidad de la mucosa vaginal y susceptibilidad genética.

Tratamiento no farmacológico:

Utilizar ropa cómoda de algodón, evitar jabones locales, humedad y salvaslip.

Tratamiento farmacológico:

La tasas de curación son mayores para los imidazólicos (90%) que para la nistatina (75%), reservando los derivados triazólicos para las cepas resistentes *no albicans*²².

Se recomienda el tratamiento vía oral con imidazoles durante un tiempo prolongado (7-14 días) o tópico según las siguientes pautas:

- Fluconazol 150 mg / 24 horas, 10 días vía oral y posteriormente Fluconazol 150 mg, 1 vez a la semana durante 6 meses²³.
- Fluconazol 100 mg, 150 mg, 200 mg 1 comprimido vía oral cada 3 días durante 3 dosis (por ejemplo 1 comprimido vía oral el día 1, 4 y 7).
- Fluconazol 100 mg, 150 mg, 200 mg 1 comprimido vía oral semanal, 6 meses.
- Fluconazol 100 mg / 2º día del ciclo, 6 meses.
- Ketoconazol 100 mg / 24 horas durante 6 meses vía oral.
- Itraconazol 200 mg / 2-5º día del ciclo durante 6 meses.

- Clotrimazol 200 mg comprimido vaginal 2 veces por semana indeterminadamente.
- Clotrimazol 500 mg comprimido vaginal 1 vez semanal indeterminadamente.

3. CANDIDIASIS VULVOVAGINAL POR ESPECIES RESISTENTES (NO ALBICANS)²⁰

No hay acuerdo en las pautas de tratamiento. Se recomienda tratamiento tópico u oral prolongado (7-10 días) con un fármaco imidazólico. En un estudio realizado en mujeres que recibieron tratamiento por vía vaginal con ácido bórico, 600 mg al día, durante un mínimo de dos semanas se obtuvieron unas tasas de curación del 75%²⁴.

RECOGIDA DE MUESTRAS

Exudado vaginal

- 1 torunda con medio de transporte.
- Fresco: 1 torunda con 1 ml suero fisiológico para la visualización de levaduras, células clave o tricomonas.

Exudado endocervical

- 2 torundas con medio de transporte para cultivo convencional (*Gonococcus sp*, *Mycoplasma sp*).
- 1 torunda seca para *Clamidia sp* (antígeno).

CONCLUSIONES

- Antes de instaurar el tratamiento se debe establecer un diagnóstico adecuado.
- El tratamiento debe de realizarse en la pareja en el caso de tricomoniasis o vulvovaginitis complicada.
- La vulvovaginitis bacterianas deben ser tratadas en mujeres embarazadas.
- En candidiasis vulvovaginal el tratamiento de elección es el tópico.
- Las ventajas de los preparados tópicos son la facilidad de su administración, su eficacia, su baja incidencia de efectos secundarios y de interacciones medicamentosas.
- Los azoles de uso tópico tienen todos prácticamente la misma eficacia, dependiendo ésta principalmente de su correcta utilización y de la duración del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist, number 72, May 2006: vaginitis. Obstet Gynecol 2006;107:1195-206.
2. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med 1983;74:14-22.
3. Grupo Enfermedades de Transmisión Sexual. Enfermedades de Transmisión sexual. En: S.E.G.O. documentos de consenso. Madrid: Meditex, 1996:47-110.
4. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. Centers for disease control and Prevention MMWR. Diseases characterized by vaginal discharge. Management of patients who have vaginal infections. www.cdc.gov/mmwr/mmwrhtml/rr5511a1.htm
5. Okun, N, Gronau, KA, Hannah, ME. Antibiotics for bacterial vaginosis or Trichomonas vaginalis in pregnancy: a systematic review. Obstet Gynecol 2005; 105:857.
6. Berg, AO. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy. Recommendations and rationale. Am J Prev Med 2001; 20:59.
7. Sobel JD, Schmitt C, Meriwether C. Long-term follow-up of patients with bacterial vaginosis treated with oral metronidazole and topical clindamycin. J Infect Dis 1993;167:783-4.
8. Fischbach F, Petersen EE, Weissenbacher ER, Martuis J, Hosmann J, Mayer H. Efficacy of clindamycin vaginal cream versus oral metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis. Obstet Gynecol 1993;82:405-410.
9. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0,75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 2006;194:1283-9.
10. Overview of genital candidiasis, bacterial vaginosis, and trichomoniasis. www.bmj.com/cgi/content/full/328/7450/1251/DC1.
11. www.fisterra.com/guias2/vaginitis.asp
12. Sobel JD. Vaginitis. N Eng J Med 1997;337:1896-1903.
13. Linda O, Eckert MD. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med 2006;355:1244-52. www.nejm.org
14. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, CDC 2006. MMWR Recomm Rep 2006;55(RR-11):49-56. http://www.cdc/mmwr/PDF/rr/rr5511.pdf.
15. Hager, WD, Brown, ST, Kraus, SJ, et al. Metronidazole for vaginal trichomoniasis. Seven-day vs single-dose regimens. JAMA 1980; 244:1219.
16. Ficha Técnica de Metronidazol Normon. Ministerio de Sanidad y Consumo.
17. Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Holmes KK. Vulvovaginitis candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. Obstet Gynecol 1998;92:757-65.
18. Lopez Alvarez JL, Martinez Vidal A, Blanco Lopez MA. Guías clínicas 2005. Vulvovaginitis. Fisterra. 5:3.
19. Shurbaji MS, Burja IT, Sawyer WL Jr. Clinical significance of identifying candida con cervicovaginal (Pap) smears. Diagn Cytopathol 1999;21:14-7.
20. Villa LF, Esteban C, Requena T, Sanjurjo M, Fernández I, Rodríguez C, et al. Medimecum. Guía de terapia farmacológica 2006. 356+488.
21. Vilar Checa E, Villar Sanchez E. Salud Total de la Mujer 2001;3(2):99.
22. Coll Capdevilla C, Ramírez Hidalgo A, Sanchez Borrego R. Vulvovaginitis en la práctica clínica. Barcelona: Contraste; 1998.
23. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med 2004;351:876-83.
24. Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by candida glabrata: use of topical boric acid and flucytosine. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1297-300.

INDICE ANUAL

- Nº 1: Tratamiento de la artrosis
- Nº2: Estereoisómeros y nuevas formas farmacéuticas orales
- Nº3: Tratamiento del dolor neuropático
- Nº4: Vulvovaginitis

TRATAMIENTO DE LA VULVOVAGINITIS				
	ELECCIÓN	ALTERNATIVA	EMBARAZO	RECURRENCIA
VAGINOSIS BACTERIANA	Metronidazol vía oral 500mg/12horas 7 días	Metronidazol gel vaginal 0,75% 5g/día 5 días Clindamicina crema vaginal 2% 5g/día 7 días	1 ^{er} Trimestre: Clindamicina crema vaginal 2% 5g/día 7 días 2 ^o -3 ^{er} Trimestre: Metronidazol vía oral 250mg/8h 7 días	Metronidazol 0,75% gel vaginal/12h 10días Metronidazol vía oral 500mg/12h 7-10 días
TRICOMONAS	Metronidazol vía oral 2g/24h 1 día Tinidazol vía oral 1g/12h 1 día	Metronidazol vía oral 500mg/12h 7-10 días	1 ^{er} Trimestre: Clotrimazol comprimido vaginal 100mg/12h 7 días 2 ^o -3 ^{er} Trimestre: Metronidazol vía oral 2g/24h 1 día ó 500 mg / 12 h 7 días	Repetir Metronidazol vía oral 2g/24h 3-5 días
CANDIDIASIS	Clotrimazol crema vaginal 2% 5g/24h 7 días comp.vaginal 500mg 1 dosis	Fluconazol vía oral 150mg/24h 1día	Clotrimazol comprimido vaginal 100mg/24h 7días	Fluconazol vía oral 150mg/24h 10días + 150 mg/semanal 6meses Clotrimazol comprimido vaginal 2 veces/semana

TRATAMIENTOS TÓPICOS EN VULVOVAGINITIS					
Principio activo	Marca comercial	Presentaciones	PVP (€)		
DERIVADOS IMIDAZÓLICOS					
Clotrimazol	Clotrimazol EFG	100 mg 6 comprimidos vaginales	2,48		
		500 mg 1 comprimido vaginal	2,75		
		2% crema vaginal 20 g	2,25		
		100 mg 6 comprimidos vaginales	3,11		
		500 mg 1 comprimido vaginal	3,15		
Econazol	Gine-Canesten®	2% crema vaginal 20 g	2,83		
		10% crema vaginal 5 g	4,25		
		150 mg 3 óvulos	3,67		
		200 mg 3 óvulos	3,86		
		600 mg 1 óvulo	3,47		
Fenticonazol	Lomexin®	200 mg 3 óvulos	3,86		
		600 mg 1 óvulo	3,47		
		2% crema vaginal 60 g	6,29		
		Ketoconazol	Micolofun®	400 mg 5 óvulos	12,72
				Fungares®	
Ketoisdin®					
Miconazol	Panfungol®	400 mg 5 óvulos	12,72		
		Daktarin®	2% crema vaginal 40 g	3,36	
		Sertaconazol	Ginedermofix®	2% crema vaginal 40 g	8,59
500 mg 1 comprimido vaginal	5,85				
2% crema vaginal 40 g	8,59				
500 mg 1 comprimido vaginal	5,85				
NITROMIDAZOLES					
Metronidazol	Flagyl®	500 mg 10 comprimidos vaginales	2,37		
		0,75% gel vaginal 40 g	12,11		
ANTIMICÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO					
Ciclopirox	Ciclochem®	1% crema vaginal 40 g	5,42		
		1% crema vaginal 40 g	5,60		
MACROLACTÓNICOS POLIENICOS					
Nistatina	Mycostatin vaginal®	100.000 U 16 comprimidos vaginales	1,42		
LINCOSAMIDAS					
Clindamicina	Dalacin®	2% crema vaginal 40 g 7 aplicadores	12,96		
		100 mg 3 óvulos sin aplicador	12,96		

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS EN VULVOVAGINITIS			
Principio activo	Marca comercial	Presentaciones	PVP (€)
Clindamicina	Clindamicina EFG Dalacin®	150 mg 24 cápsulas, 300 mg 24 cápsulas	2,07 / 3,42 2,96 / 4,89
Fluconazol	Diflucan® Fluconazol EFG Lavisia® Loitin®	50, 100 y 200 mg 7 cápsulas, 150 mg 1 cápsula, 50mg/5ml y 200mg/5ml 35ml suspensión	15,32 / 30,65 / 61,3 / 6,57 15,32 / 61,3
		50, 100 y 200 mg 7 cápsulas 150 mg 1 cápsula, 200mg/5ml 35ml suspensión	65,73
		100 y 200 mg 7 cápsulas, 150 mg 1 y 4 cápsulas, 50mg/5ml, 200mg/5ml 35ml suspensión	29,99 / 59,98 / 6,03 / 24,15
		50, 100 y 200 mg 7 cápsulas, 150 mg 1 y 4 Cap 50mg/5ml, 200mg/5ml 35ml suspensión	14,08 / 56,31
		50, 100 y 200 mg 7 cápsulas, 150 mg 1 y 4 Cap 50mg/5ml, 200mg/5ml 35ml suspensión	14,99 / 29,99 / 59,98 / 6,43 / 25,7 14,99 / 59,98
Itraconazol	Canaditol® Hongosentil® Itraconazol EFG Sporanox® Oromic®	100 mg 6 y 18 Caps, 50mg/5ml 150ml solución	12,54 / 33,34 / 74,87
		100 mg 6 y 18 cápsulas	12,54 / 33,34
		100 mg 6 y 18 Caps, 50mg/5ml 150ml solución	8,98 / 23,90
		100 mg 6 y 18 cápsulas	12,29 / 32,71 / 74,87 12,82 / 34,14
Ketoconazol	Fungarest® Ketoconazol EFG® Ketoidin® Panfungol®	200 mg 10 y 30 comprimidos	6,85 / 18,89
		100mg/5ml 30 ml y 100 ml suspensión	2,82 / 7,34
		200 mg 10 y 30 comprimidos	4,21 / 12,39
		200 mg 10 y 30 comprimidos	7,54 / 19,83
		100mg/5ml 30 ml y 100 ml suspensión	2,56 / 6,45
Metronidazol	Flagyl® Metronidazol EFG Tricowas® B®	250 mg 20 comprimidos	2,0
		200 mg (125 mg base) / 5 ml suspensión 120 ml	2,17
		250 mg 20 comprimidos	1,97
Tinidazol	Triclam®	500 mg 4 comprimidos	3,57

Comp.: comprimidos Cap.: cápsulas FUENTE: Nomenclator Digitalis noviembre 2006

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SECTORES: SANTANDER-LAREDO TORRELAVEGA-REINOSA

Avda. Cardenal Herrera Oria s/n
Edificio anexo a la Residencia Cantabria
Teléfono: 942 20 27 00 Fax : 942 20 34 04
39011 SANTANDER

Avenida del Besaya s/n
Teléfono: 83 50 50 Fax: 89 81 80
39300 TORRELAVEGA

Vindionet (Farmacia/Boletines)

ISSN: 1576-8295 . Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/publicaciones/>