

VAGINITIS.

CIAP-2: Vaginitis (X 84).

CIE-10: N76 Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva.

2.- DEFINICION:

Entendemos como vaginitis los diferentes grados de inflamación de la vagina, y de la parte vaginal del cervix caracterizada principalmente por la presencia de leucorrea o descarga vaginal, irritación vulvar, prurito y dispareunia. Pueden ser infecciosas o no; entre las infecciosas destacan las causas bacterianas, candidiasica y tricomoniasica y las no infecciosas como reacciones alérgicas (espermicidas, ropa interior), hipoprogesteronismo y menstruación.

3.- DIAGNOSTICO:

El interrogatorio y la exploración física permiten orientar el diagnóstico hacia una leucorrea fisiológica o patológica. Cuadro 1, 2.

CUADRO 1 ANAMNESIS ANTE UNA VAGINITIS.

| |
|---|
| Características de la Leucorrea: abundancia; aspecto, color, olor, relación con el ciclo menstrual. |
| Síntomas asociados: escozor, prurito, dolor pélvico, disuria, fiebre.... |
| Evaluación de hábitos higiénicos: uso de tampones, duchas vaginales, frecuencia en el lavado vulvar. |
| Tratamientos ya prescritos y su resultado. |
| Presencia de síntomas en la pareja, |
| Antecedentes de infección de enfermedades de transmisión sexual propias o de su pareja. |

CUADRO 2 DIFERENCIA ENTRE LEUCORREA FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA.

| | LEUCORREA FISIOLÓGICA | LEUCORREA PATOLÓGICA. |
|-----------------------|---|--|
| <i>Flujo</i> | Transparente (clara de huevo) o aspecto lechoso, sin olor fuerte. | Abundante, color variable y olor fuerte. |
| <i>Mucosa vaginal</i> | Aspecto normal. | Hiperémica con secreciones adheridas. |
| <i>Aparición</i> | En el curso del ciclo y ausencia de factores ginecológicos desencadenantes. | Tras relaciones sexuales, parto, maniobras intrauterinas. |
| <i>Síntomas</i> | Ausencia de síntomas patológicos asociados. | Síntomas asociados: prurito vulvar, escozor, dispareunia, dolor pélvico. |

4.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS VAGINITIS.

| | <u>BACTERIANA</u> | <u>CANDIDIASICA</u> | <u>TRICOMONIASICA</u> |
|-----------------|---|---|--|
| SINTOMAS | Leucorrea maloliente Olor a pescado No dispareunia. | Leucorrea Prurito Dispareunia. | Leucorrea purulenta. Maloliente. Dispareunia. |
| SIGNOS | Secreción espesa. Adherente <u>Blanco grisácea</u> | Eritema vulvar edema fisuras. Secreción <u>grumosa.</u> <u>Blanquecina</u> | Eritema vaginal. Secreción <u>espumosa</u> <u>amarillo verdosa</u> |

5.- APOYOS COMPLEMENTARIOS.

En el caso de contar con los medios necesarios, se recomienda hacer varios extendidos de la muestra de secreción vaginal para realizar las siguientes pruebas:

- Medición del pH.
- Test de aminas.
- Examen en fresco con una gota de solución salina.
- Examen con hidróxido de potasio (KOH) al 10%.

CARACTERISTICAS DE LABORATORIO PARA VAGINITIS.

| | <u>FLORA NORMAL</u> | <u>BACTERIANA</u> | <u>CANDIDIASICA</u> | <u>TRICOMONIASICA</u> |
|-------------------------------------|---|---|---|--|
| Ph | 4,0-4,5 | > 4,5 | 4,0-4,5 | 5,0-6,0 |
| Test de Aminas | Negativo | Positivo | Negativo | Negativo |
| Examen en fresco Solución salina | Índice PMN/CE: <1. Abundantes bacilos Células escamosas +++ | Índice PMN/CE: <1. Ausencia de bacilos. Incremento de Coco bacilos. Células Clave (guía)>90% | Índice PMN/CE: <1. Células escamosa: +++. Seudo hifas:40% | PMN: ++. Ausencia de bacilos. Incremento de cocos, coliformes y células parabasales. Presencia de tricomonas |
| Test de KOH 10% | Negativo | Negativo | Seudohifas: 70% | Negativo. |

PMN: Polimorfonucleares; CE: Células epiteliales

6.- TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE VAGINITIS.

| | TRATAMIENTO AGUDO | RÉGIMEN ALTERNATIVO | TRATAMIENTO EN MUJER GESTANTE |
|----------------|---|---|---|
| CANDIDIASIS | <p>Clotrimazol ovulo vaginal 500mg dosis única.</p> <p>O también</p> <p>Fluconazol oral 150mg dosis única.</p> <p>Tratamiento a la pareja Si existe síntomas de balanitis con: Metronidazol gel al 0,75% cada 24 h /7 días.</p> | <p>Candidiasis recurrente:</p> <p>1.-<i>Tratamiento de inducción:</i> *Clotrimazol ovulo vaginal 100 mg cada 24h / 7 días. *Fluconazol oral 150mg dosis única'</p> <p>2.-<i>Tratamiento de mantenimiento durante 6 meses:</i> *Clotrimazol ovulo vaginal 500 mg cada semana. *Fluconazol oral 100 mg cada semana o 150 mg cada mes.</p> | <p>Clotrimazol ovulo vaginal 100mg cada 24h / 7días.</p> <p>El tratamiento oral esta contraindicado en embarazadas.</p> |
| BACTERIANA | <p>Metronidazol oral 500mg cada 12h / 7días. ó</p> <p>Metronidazol 2gm oral dosis única.</p> <p>Clindamicina oral 300mg cada 12h / 7días</p> | <p>*Metronidazol gel al 0,75% Intravaginal cada 24h por 5días.</p> <p>*Clindamicina intravaginal crema al 2% cada 24h por 7días.</p> | <p>Metronidazol oral 500mg Cada 12h 7 días.</p> |
| TRICOMONIASICA | <p>Metronidazol oral 2 gm dosis única.</p> <p>Igual tratamiento a la pareja.</p> | <p>Metronidazol oral 500mg Cada 12h por 7días</p> | <p>Clotrimazol ovulo vaginal 100mg cada 24h / 7días. (Primer trimestre).</p> <p>Metronidazol oral 500mg cada 12h / 7 días. O 2 G una dosis</p> <p>Tinidazol oral 2g dosis única</p> |

Evitar clindamicina en crema en el embarazo, provoca parto prematuro.

7. - RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:

- Lavado de genitales solo con agua.
- Evitar uso de jabones, antisépticos y productos perfumados íntimos.
- Uso de ropa interior de algodón evitando fibra y humedades.

8. - REFERENCIAS.

- Ortega A, Cardona J, Prado M, Formación Medica Continuada en Atención Primaria Protocolos: Patología Ginecológica en Atención Primaria.Volumen 14 Protocolo 3 Julio 2007.
- López J, Martínez A, Blanco M: Vulvovaginitis. Servicio de Atención Primaria de Mariñamansa SERGAS España. Guías Clínicas Fisterra 2005; 5 (30).
- South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Vaginitis. En: Diagnostico y Tratamiento en Medicina Familiar.Mexico: Editorial El Manual Moderno, 2005 p.206-208.
- Eckert L, Acute Vulvovaginitis.NEJM. 355; 12 September 21- 2006.
- Vásquez A, Kñallevsky G.; Utilidad de la clínica en el diagnóstico de vaginitis. Evid. actual. práct. ambul. 2005; 8:13.
- Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, et al. Guidelines for Treatment of Candidiasis. Clinical Infectious Diseases 2004; 38:161-89.