



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1441 - Dispareunia y Vulvo-Vaginitis Candidásica Recurrente, por inadecuado tratamiento, que remite con antifúngicos y probióticos

A.R. Jurado López^a, C. San Martín Blanco^b, F. Sánchez Sánchez^c, M.J. Tijeras Úbeda^d, M. González Béjar^e y M. Torralba^f

^aDoctora en Medicina. Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología. Marbella. Málaga. ^bMédico de Familia y Sexólogo. Psicoterapeuta. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA. Santander, Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN. ^cMédico de Familia y Sexólogo. Centro de Salud Ausias March. Xátiva. Valencia. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Montesa. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN. Miembro del GRAP. ^fMédico de Familia CAP Barceloneta. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 35 años, derivada por sexólogo privado. Refiere dificultad en la penetración sexual, por sequedad y dolor intenso, durante 9 meses. Picor vulvar y disuria de contacto recurrentes, que desaparecen en varios días al aplicar una crema hidratante externa. Tratada en varias ocasiones con fosfomicina 3 g/24h, 2 días, ante la sospecha de infección del tracto urinario (ITU), sin resultados sobre su sintomatología. Se encuentra en brote sintomático, con escozor vulvar intenso. Una vez diagnosticada se prescribe fluconazol 150 mg vía oral (VO), monodosis, seguido de dos cápsulas diarias de un producto probiótico que contiene Lactobacillus rhamnosus Lcr35 (1.000 millones UFC) y vitamina A (540 ?g), durante 20 días, VO; medidas higiénicas para intentar preservar la población de Lactobacillus (no usar geles, usar ropa interior de algodón); y una cápsula diaria del probiótico VO × 20 días al mes, durante los 3 siguientes meses. La remisión de la sintomatología se mantuvo a los 3 y 6 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando y depresible. No se aprecia globo vesical. Mucosa vulvar eritematosa, con lesiones lineales en introito que provocan dehiscencia del tejido, dolorosas al tacto. Exploración con espéculo dolorosa. Mucosa vaginal eritematosa. Flujo denso, blanquecino, sin olor, adherido a paredes vaginales, se despega con facilidad. No se aprecian signos de cervicitis. Exploración bimanual normal. Cultivo del exudado vaginal: negativo para aerobios, Trichomonas, estreptococo B; positivo para levaduras (visualizan colonias de Candida albicans), y escasos bacilos de Doderlein; negativo para células clues; Nugent 1. Tira reactiva de orina: negativa.

Juicio clínico: Dispareunia por vulvo vaginitis por candida recurrente (VVCR), probablemente recidivante por tratamiento inicial inadecuado.

Diagnóstico diferencial: Vaginismo: se imposibilita la penetración vaginal con cualquier objeto, incluso en exploración, por contracción involuntaria de la musculatura perivaginal, sin signos de infección. Vaginosis bacteriana: menos sintomatología irritativa; flujo oloroso y grisáceo; cultivo positivo, con presencia de células clues y Nugent > 7. Otras vaginitis infecciosas: flujo amarillento-verdoso; cultivos positivos.

Comentario final: La VVC es la infección vaginal más frecuente en nuestro medio, producida en el 67-95% de los casos por Candida albicans. Hasta en un 15% de los casos se convierte en recurrente, por reinfección

(nuevo episodio) o por recidivas (no erradicación, por tratamiento inadecuado o resistencia de la levadura). Es habitualmente identificada como causa de dispareunia. Uno de los factores que favorece la recurrencia es la alteración del ecosistema vaginal, muchas veces provocada por tratamientos inadecuados (es frecuente utilizar antibióticos de intención por error diagnóstico). En la actualidad, el uso de productos probióticos es considerado una alternativa como estrategia de prevención de las recidivas, por la eficacia que han demostrado aportando lactobacilos al medio vaginal y por lo tanto como restablecedores del equilibrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo actualizado en 2012. Ed: Equim SL.
2. Beltrán Vaquero DA, Guerra Guirao JÁ. Consenso en probióticos vaginales. AEEM. Ed: EDIMSA. 2012.
3. Mendling W. Guideline: Vulvovaginal Candidosis (AWMF 015/072), S2k (excluding chronic mucocutaneous candidosis). Mycoses. 2015;58 Suppl 1:1-15.
4. Hajela ND, Nair GD, Abraham PD, Ganguly NP. Health impacto f probiotics – Visio and opportunities. Gut Pathog. 2012 Mar 12;4(1):1.