

Candidiasis vulvovaginal

Tratamiento tópico y oral

La candidiasis es una infección ocasionada por hongos del género *Candida*, de los cuales *C. albicans* es el que se detecta más comúnmente. Se trata de la segunda causa más frecuente de infección vaginal y afecta principalmente a mujeres con edades comprendidas entre 20 y 45 años.

C. albicans es un microorganismo que se encuentra en la piel, en el tracto gastrointestinal y en la vagina de personas sanas. La infección se produce por invasión de cepas colonizantes del tracto gastrointestinal o la piel. Es posible la transmisión a través de objetos o alimentos, así como con el contacto directo.

C. albicans es el hongo que se encuentra en el 85-95% de los casos de candidiasis. Otras especies son *C. noalbicans*, que incluye *C. krusei*, *C. glabrata* y *C. tropicalis*; *C. guilliermondii* y *C. lusitanae*.

Hay factores que predisponen a la infección por cándida. Los factores fisiológicos son diabetes, sobrepeso, embarazo, período premenstrual, toma de antibióticos o corticoides y dosis elevadas de estrógenos. Los factores ambientales que favorecen la infección son humedad, calor, maceración crónica, fricción y el uso de ropa interior de materiales sintéticos.

En algunos casos la infección por cándida puede producirse durante el parto aunque no en todos los casos la infección pasa de la madre al bebé. Para su desarrollo es necesaria la adhesión, colonización e

invasión del hongo desde la piel a las mucosas.

En los pacientes oncológicos, el origen de la candidiasis suele ser endógeno aunque también puede producirse infección por catéter. Los pacientes con VIH suelen infectarse con *C. albicans*.

Existen múltiples localizaciones de candidiasis, aunque las formas más comunes son la orofaríngea, la esofágica, la mucocutánea y la diseminada.

Síntomas

Los síntomas varían según la localización. En la candidiasis oral pueden aparecer placas blanquecinas que al desprenderse dejan al descubierto una mucosa de color rojo. También puede presentarse un enrojecimiento brillante en la

mucosa así como escamas o placas triangulares que, en algunos casos pueden presentar fisuras.

En la candidiasis localizada en la zona genital y perianal se presenta un enrojecimiento y edema de los labios menores que se puede extender hasta el periné y los pliegues inguinales acompañado de prurito y quemazón.

En general, suele aparecer una secreción vaginal anormal que varía desde una secreción blanca ligeramente acuosa a un flujo blanco espeso, habitualmente acompañados de ardor intenso y prurito en los labios y en la vagina y enrojecimiento y/o inflamación de la piel de la vulva. Las relaciones sexuales y la micción suelen ser dolorosas.

Entre las candidiasis cutáneas cabe distinguir las candidiasis de los pliegues o intertrigos candidiásicos y las onicomicosis.

En los pacientes oncológicos, el origen de la candidiasis suele ser endógeno aunque también puede producirse infección por catéter

- **Intertrigos candidiásicos.** Es la forma clínica más frecuente y puede afectar a grandes pliegues como axilas, ingles, pliegue interglúteo, región submamaria, cara lateral de cuello o pequeños pliegues como los espacios interdigitales de manos, pies y región retroauricular. La piel se presenta enrojecida, ligeramente edematosa y puede que en la superficie haya elementos vesiculopustulosos. Es muy típico observar como estas áreas están delimitadas por un fino reborde escamoso, apareciendo lesiones satélites. El paciente refiere prurito intenso y quemazón.

- **Onicomicosis candidiásica.** Con cierta frecuencia aparece en niños con muguet y en adultos con intertrigo de pequeños pliegues interdigitales. Puede mostrarse como una inflamación dolorosa del reborde periungueal, acompañada de mínima secreción purulenta o bien como un engrosamiento de la lámina ungueal con depresiones puntiformes y surcos transversales.

La evolución depende de la localización y del tipo de paciente. Las formas orofaríngeas y cutáneas responden bien al tratamiento.

Tratamiento

La candidiasis vulvovaginal tiene un tratamiento fácil y efectivo aunque los síntomas pueden confundirse con los de otras afecciones. Es necesario realizar un diagnóstico previo con microscopía directa usando solución salina, hidróxido de potasio al 10% y estimación de pH o bien realizar un cultivo.

El tratamiento habitual para este tipo de infección es la aplicación de una pomada antifúngica o bien la utilización de comprimidos vaginales, en algunos casos, monodosis.

En casos graves, el tratamiento tópico se complementa con tratamiento oral.

Se utilizan los siguientes tipos de fármacos:

- **Inhibidores de la síntesis de ergosterol:** actúan sobre la membrana celular del hongo en su punto de unión al ergosterol, con lo que aumentan su permeabilidad y disminuyen sus defensas. Su absorción gastrointestinal es muy limitada pero su mecanismo de acción puede afectar a otras células por lo que pueden resultar tóxicos para el riñón y el sistema nervioso. En este grupo figuran nistatina y anfotericina B.
- **Azólicos:** actúan sobre la síntesis de lípidos de la membrana celular bloqueando la desmetilación del lanosterol a través del citocromo P450, sistema en el que se ve implicada la síntesis de esteroides como testosterona, aldosterona y cortisol. Ello puede

cano sintasa. Citamos la anidulfungina.

Ningún agente oral está aprobado o recomendado para su uso durante el embarazo. Únicamente los azoles tópicos pueden ser utilizados en el primer trimestre de la gestación.

En las candidiasis vulvovaginales no complicadas todas las formas de antimicóticos disponibles son altamente efectivas, tanto orales como tópicas.

En las candidiasis vulvovaginales complicadas se debe realizar un tratamiento más prolongado de 5-7 a 10-14 días de terapia convencional. Algunos datos sugieren que se requiere más de una dosis de fluconazol. Corticosteroides tópicos en bajas dosis pueden ser útiles para un alivio más rápido de la sintomatología.

La candidiasis vulvovaginal recurrente se define como cuatro o más episodios de infección en un plazo de 12 meses. Se deben identificar los factores de riesgo del huésped y a continuación indicar un tratamiento

Los nuevos triazoles fluconazol e itraconazol no son hepatotóxicos, por su menor adhesión al citocromo P450

originar toxicidad si se administra el medicamento a altas dosis y por tiempo prolongado. Se dividen en triazólicos e imidazólicos. En este grupo encontramos: clotrimazol, fluconazol, itraconazol, ketoconazol, miconazol, sertaconazol y voriconazol.

Los nuevos triazoles fluconazol e itraconazol no son hepatotóxicos, por su menor adhesión al citocromo P450.

- **Equicandinas:** inhiben selectivamente la enzima 1,3 beta-d-glu-

oral inicial durante 14 días y luego un régimen de mantenimiento con ketoconazol de 100 mg/d durante 6 meses, itraconazol 50-100 mg/d durante 6 meses, fluconazol 100 mg/ semana durante 6 meses o clotrimazol 500 mg en forma de comprimidos vaginales semanalmente.

La prevención de la candidiasis consiste en limitar la ingesta de azúcar en la dieta, usar ropa interior de algodón, no usar prendas que aprieten, evitar la humedad y no utilizar duchas vaginales. ■