



Cartas a los Directores

Vaginitis por *Candida glabrata*: ¿la gran olvidada?



Candida glabrata vaginitis: *The great ignored?*

Señores Directores:

La vulvovaginitis candidiásica es una infección frecuente en nuestro medio.² Los tratamientos de elección son los siguientes: por vía oral una dosis única de fluconazol 150 mg, y por vía tópica óvulos de clotrimazol 500 mg en una sola dosis o de 100 mg/día durante al menos 3 días.

Se habla de candidiasis vulvovaginal recurrente cuando se producen 4 o más episodios sintomáticos en un año.¹ En estos casos existen varias opciones de tratamiento. En especies sensibles a los azoles, como *Candida albicans*, se recomienda un tratamiento de 6 meses con fluconazol a una dosis de 150 mg una vez por semana. Sin embargo con especies con baja sensibilidad a los azoles, como *Candida glabrata*^{5,4}, se recomienda el uso de cápsulas de gelatina con ácido bórico, 5-fluorocitosina o nistatina.^{2,3} Actualmente en España únicamente se puede obtener una formulación magistral de cápsulas de gelatina de ácido bórico. Esta ausencia de productos comerciales dificulta la erradicación y prolonga la persistencia de las vulvovaginitis por *C. glabrata*, lo que puede llegar a mermar la calidad de vida de las mujeres afectadas de forma considerable.

Para poner en evidencia esta situación se evaluó la presencia de *C. albicans* frente a *C. glabrata* en diferentes muestras de mujeres afectadas. Se revisaron retrospectivamente los registros de los cultivos de exudados vaginales recibidos en el Hospital Universitario La Paz desde enero de 2010 hasta diciembre de 2015. Las muestras se remitieron desde centros de salud y consultas de ginecología de nuestro hospital. De 8.221 mujeres con vulvovaginitis por *C. albicans*, 58 tuvieron más de un episodio en un año. En el caso de *C. glabrata*, 158 mujeres presentaron más de un episodio, de un total de 898. La tasa de recidiva en los episodios de vulvovaginitis por *C. albicans* fue del 0,7% (IC 95%: 0,5–0,9) frente a un 17,6% (IC 95%: 15,1–20,1) en el caso de *C. glabrata*, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (χ^2 : $p < 0,001$). También se encontraron diferencias significativas entre ambas especies en el número de recurrencias, siendo estas mayores con *C. glabrata* (3,6) que con *C. albicans* (2,06) (χ^2 : $p < 0,001$).

Si consideramos exclusivamente el coste económico del material utilizado en el servicio de microbiología, el gasto medio por

paciente con vaginitis por *C. albicans* fue de 3,332€ frente a los 4,28€ en las producidas por *C. glabrata*, sin considerar en este cálculo el consumo de recursos asistenciales y el incremento adicional de prescripciones probablemente ineficaces; el tratamiento con azoles por vía oral puede conllevar, además, la aparición de efectos adversos frecuentes (1–10 de cada 100 pacientes) como cefalea, náuseas, dolor abdominal y erupciones cutáneas.

En conclusión, podemos afirmar que padecer vaginitis por *C. glabrata* implica un riesgo 12,16 veces mayor de recidiva que por *C. albicans* (IC 95%: 3,64–40,56). Esto conlleva un menoscabo en la calidad de vida de estas pacientes, que puede repercutir en sus relaciones familiares, así como trastornos emocionales y psicológicos. Por ello, consideramos que las autoridades sanitarias, deberían ser sensibles a esta situación y facilitar la comercialización de tratamientos alternativos no azólicos (comercializados fuera de nuestras fronteras³) para así evitar que la vulvovaginitis por *C. glabrata*, entidad no infrecuente, parezca una enfermedad huérfana.

Bibliografía

1. Cararach M, Comino R, Davi E, Marimon E, Martínez JC, Palacios S, et al. La vulvovaginitis candidiásica recurrente. Prog Obstet Ginecol. 2013;56:108–16.
2. Mendling W, Brasch J, Cornely OA, Effendy J, Fries K, Ginter-Hanselmayer G, et al. Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072), 52K (excluding chronic mucocutaneous candidosis). Mycoses. 2015;58 Suppl 1:S1–15.
3. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guideline for the management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016;15:e1–50.
4. Peters BM, Yano J, Noverr MC, Fidel PL Jr. *Candida* vaginitis: When opportunism knocks, the host responds. PLoS Pathog. 2014;10:e1003965.
5. Rodrigues CF, Silva S, Henriques M. *Candida glabrata*: A review of its features and resistance. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2014;33:673–88.

Ana Arroyo-Fajardo*, M. Florinda San Juan-Delgado
y Julio García-Rodríguez

Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario La Paz, Cantoblanco, Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anfa87@hotmail.com (A. Arroyo-Fajardo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riam.2017.01.001>
1130-1406/

© 2017 Asociación Española de Micología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.