

Candidiasis vaginal

Fecha de la última revisión: **13/07/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se presentan?](#)
3. [¿Cómo se diagnostican?](#)
4. [¿Cómo se tratan?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La candidiasis vulvovaginal es un trastorno caracterizado por signos y síntomas de inflamación en presencia de diferentes especies de Cándida. Su prevalencia es difícil de determinar debido a que el diagnóstico y tratamiento a menudo se basan en los síntomas y no es confirmado por examen microscópico o cultivo (Berg, 1984). Se estima que aproximadamente el 25% de las vulvovaginitis son candidiasis, producidas por distintas especies del género Cándida, ya sea Albicans (80-92%), Glabrata o en menor medida Tropicalis (Odds, 1988; Sobel, 2007). Clínicamente son indistinguibles y las dos últimas son más resistentes al tratamiento, habiéndose observado un aumento de la frecuencia de ambas, que se pone en relación con el mayor uso de antifúngicos.

El hongo Cándida puede formar parte de la flora vaginal normal, de ahí que se estime que entre el 10 y el 20% de las mujeres presentan una colonización asintomática. Entre los factores de riesgo para su desarrollo destacan el uso reciente de antibióticos de amplio espectro, la diabetes mal controlada y el embarazo (Wilton, 2003; Donders, 2002; de Leon, 2002). La inmunosupresión, ya sea por toma de glucocorticoides u otros fármacos inmunosupresores, o por infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), puede actuar como factor predisponente (Duerr, 2003). Otros factores menos reconocidos o más discutibles son la toma de anticonceptivos orales (especialmente cuando la dosis de estrógeno es alta), la terapia con estrógenos, la contaminación sexual y ciertos hábitos sexuales (Eckert LO, 2006; Geiger, 1995).

El 75% de las mujeres tendrá al menos un episodio de candidiasis a lo largo de su vida y un 40-45% presentará dos o más. En las mujeres con una infección inicial, la probabilidad de recurrencia es del 10% a los 25 años de edad y del 25% a los 50 años (Foxman, 2013). La candidiasis vulvovaginal recurrente se define como cuatro o más episodios de infección sintomática en un mismo año (Sobel, 1985).

¿Cómo se presentan?

Clínicamente se manifiesta por prurito intenso, leucorrea blanquecina grumosa con aspecto caseoso, además de disuria y dispareunia. Característicamente, los síntomas se intensifican durante la semana previa a la menstruación y disminuyen con el inicio del sangrado (Geiger, 1996). Con frecuencia cursa con eritema y tumefacción de la vulva. La asociación de candidiasis con otras infecciones es muy frecuente, siendo en estos casos los síntomas menos específicos. En el varón produce balanitis (ACOG, 2006; BASH, 2006; CDC, 2006).

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico de sospecha se apoya en la clínica, el examen ginecológico con espéculo, la toma de muestras de exudado vaginal en fresco y la observación microscópica. En este último caso, el examen directo del exudado debe realizarse tanto con suero salino, visualizándose esporas, como con KOH al 10%, que digiere los elementos celulares facilitando la identificación de esporas y micelos.

Asimismo, puede ser de utilidad la determinación del pH vaginal mediante tiras reactivas (ACILIT pH 0-6 MERCK) ya que de forma característica el pH de la vaginitis candidiásica es ácido (<4.5). Debido a esto, cuando el pH obtenido es normal, a priori podrían descartarse las vaginitis que habitualmente cursan con pH elevado como son la tricomoniasis y la vaginosis bacteriana. Por otro lado, cuando una vaginitis candidiásica cursa con pH elevado sugiere infección mixta o concurrencia de otras causas que aumentan el pH como semen, moco cervical, sangre, duchas vaginales, postmenopausia, etc.

Dado que ninguna de las manifestaciones clínicas de la candidiasis vulvovaginal es patognomónica, el diagnóstico de sospecha debe ser confirmado por medios de laboratorio, especialmente en los casos recurrentes o dudosos. Para ello, tomaremos dos muestras de exudado vaginal; con una haremos una extensión en un portaobjetos para la realización de tinción de Gram, y la otra será remitida para cultivo. El medio de cultivo habitual para Cándida es el de Stuart-Amies y el almacenaje ha de realizarse a temperatura ambiente.

Actualmente existen en el mercado pruebas diagnósticas rápidas que podrían ser de utilidad en el futuro. En el caso de las candidiasis se ha comercializado el *Savvy-check TM Rapid Vaginal Yeast Infection*, el cual tiene una sensibilidad y un valor predictivo negativo más alto que la microscopia, por lo que podría evitar tratamientos innecesarios (Dan, 2010; Gaur, 2010). Si bien, se necesita mayor experiencia y más estudios para poder recomendar ampliamente la utilización de estos test.

¿Cómo se tratan?

Se recomienda el tratamiento empírico de las mujeres sintomáticas, sin embargo, la identificación de Cándida por cultivo o microscopia en ausencia de síntomas no debe ser tratada, puesto que la Cándida spp. forma parte de la microbiota vaginal en aproximadamente un 10-20% de las mujeres (ACOG, 2006; BASH, 2006; CDC, 2006; NGM, 1999).

El régimen de tratamiento es diferente según se trate de infección no complicada (90% de las pacientes) o complicada (10% de las pacientes).

Candidiasis no complicada

Es aquella que cumple los siguientes criterios (Sobel, 1998):

- Esporádica, episodios poco frecuentes (≤3 episodios/año).
- Síntomas leves a moderados.
- Probable infección por *Cándida Albicans*.
- Mujer sana y no embarazada.

Están indicados los tratamientos tópicos de pauta corta con derivados imidazólicos. La aplicación de azoles es más efectiva que la nistatina, así en un 80-90% de las pacientes tratadas con azoles desaparecen los síntomas y se negativizan los cultivos. Se recomiendan: **clotrimazol** crema intravaginal al 1% de 7-14 días, clotrimazol óvulos 100 mg (ya sea uno al día durante 7 días o dos al día durante 3 días), clotrimazol 500 mg 1 comprimido vaginal único, **miconazol** crema intravaginal al 2% 7 días o miconazol 100 mg 1 óvulo al día 7 días. No hay evidencia clara de que un agente sea superior al otro, ni existen diferencias significativas entre pautas largas o cortas. Los tratamientos tópicos y óvulos pueden interferir en los preservativos de látex y diafragmas.

Como alternativa disponemos de **fluconazol** oral (150 mg en dosis única). El fluconazol mantiene concentraciones terapéuticas en las secreciones vaginales durante al menos 72 horas después de la ingestión, y a pesar de que sus efectos secundarios en una única dosis son leves y poco frecuentes, interactúa con múltiples fármacos (Houang, 1990).

Candidiasis complicada

Ha de cumplir uno o más de los siguientes criterios (Sobel, 1998):

- Historia recurrente (≥4/año) comprobada por cultivo vaginal.
- Síntomas graves.
- Especies de *Cándida* diferentes a *C. Albicans*.
- Embarazadas o mujeres con enfermedad subyacente (diabetes mal controlada, inmunosupresión, tratamiento con corticoides, etc.).

Afecta a menos del 5% de las mujeres. Su patogénesis es poco conocida y la mayoría de las mujeres que la padecen no presentan factores predisponentes.

Este tipo de candidiasis requiere un tratamiento más prolongado. Aunque no existen ensayos clínicos sobre los diferentes regímenes terapéuticos, se cree que la terapia óptima en mujeres no embarazadas consiste en iniciar **fluconazol** 150 mg vía oral cada 72 horas hasta completar tres dosis (días 1, 4 y 7), seguido de tratamiento de mantenimiento con fluconazol 150 mg una vez por semana durante seis meses (Sobel, 2004; Rathod, 2014). Una minoría de las mujeres recae tras suspender el fluconazol, en estos casos se pueden controlar con fluconazol semanal. Si este tratamiento no es factible, como alternativas emplearemos **clotrimazol** 100 mg óvulos, 2 óvulos 2 veces por semana o clotrimazol 500 mg óvulos 1 vez por semana. Durante los dos o tres primeros días puede ser útil aplicar corticoides tópicos para disminuir los síntomas (Pappas, 2009).

En el caso de mujeres embarazadas el único tratamiento recomendado son los azoles tópicos durante 7 días (Young GL, 2008). Se recomienda el uso de clotrimazol tópico (categoría B de la FDA) frente a otros antifúngicos (categoría C de la FDA). Aunque la absorción de los preparados intravaginales tópicos es mínima, se desaconseja su empleo durante el primer trimestre.

La incidencia de vulvovaginitis candidiásica en mujeres con VIH es desconocida pero más frecuente, particularmente en mujeres con recuento de linfocitos CD4 bajos o sintomáticas. Se recomienda el tratamiento con fluconazol oral 150 mg semanal en aquellas mujeres positivas para VIH que cursan con vulvovaginitis candidiásicas recurrentes, pero no como profilaxis primaria tras el tratamiento de una infección no complicada. La prueba del VIH para las mujeres con candidiasis vulvovaginal recurrente no está justificada si no tienen prácticas de riesgo.

Se desconoce cuál es la mejor opción en el tratamiento de las candidiasis no *Albicans*. La *Cándida Glabrata* tiene baja virulencia vaginal y rara vez causa síntomas. La *Cándida Krusei* es generalmente resistente a **fluconazol**, pero altamente susceptible a los azoles tópicos, como **clotrimazol**, **miconazol** y terconazol. Deben excluirse otras causas coexistentes y tratar sólo cuando haya síntomas persistentes. En general, la primera opción sería un tratamiento de larga duración (7-14 días) con azol no fluconazol, tanto por vía oral (por ejemplo itraconazol) como tópica (por ejemplo sertaconazol). El fracaso del tratamiento utilizando azoles es común (alrededor del 50%) (Sobel, 1997). Si se sospecha resistencia se recomienda **ciclopírox**. En caso de recurrencia, optaríamos por 600 mg de ácido bórico en cápsulas vaginales de gelatina, una vez al día durante 2 semanas, preparación magistral que no se encuentra comercializada (Sobel, 1997; Sobel, 2003), o bien el flucytosine vaginal, aunque tampoco se encuentra comercializada (Mendling, 2012).

Como norma, en las candidiasis no está indicado el tratamiento de la pareja, puesto que no se considera una enfermedad de transmisión sexual y no se han encontrado evidencias significativas en la resolución de síntomas o prevención de la tasa de recidivas entre tratar o no a la pareja sexual (Spence, 2010).

Sólo se administrará tratamiento tópico antifúngico en el caso de balanitis, y también podría considerarse en los casos de mujeres con candidiasis recurrente. No hay ninguna contraindicación médica para las relaciones sexuales durante el tratamiento, pero puede ser incómodo hasta que la inflamación mejora.

El **seguimiento** de las candidiasis sólo está indicado si persisten los síntomas una vez finalizado el tratamiento o existen recurrencias en los dos meses siguientes.

Alergia: los agentes tópicos no suelen producir alergia. Los agentes orales pueden producir interacciones con algunos fármacos y elevación de las enzimas hepáticas, así como náuseas, cefalea y dolor abdominal.

Otros tratamientos propuestos: no se recomiendan las duchas vaginales en mujeres con candidiasis vaginal aguda porque pueden tener relación con secuelas graves como enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis y embarazo ectópico. No hay evidencia científica sobre el uso del “aceite de árbol de té” intravaginal o de la ingesta oral de yogur con *Lactobacillus acidophilus* (Spence, 2010).

Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginitis [Internet]. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 May. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 72). Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=10925>
- Berg AO, Heidrich FE, Fihn SD, Bergman JJ, Wood RW, Stamm WE, et al. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. Comparison of clinical examination and comprehensive microbiology. JAMA. 1984;251(5):620-5. PubMed **PMID: 6690835**
- Bertholf ME, Stafford MJ. Colonization of *Candida albicans* in vagina, rectum, and mouth. J Fam Pract. 1983;16(5):919-24. PubMed **PMID: 6341500**
- British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007). **Texto completo**

- Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-11):1-94. PubMed **PMID: 16888612**. [Texto completo](#)
- Dan M, Leshem Y, Yeshaya A. Performance of a rapid yeast test in detecting Candida spp. in the vagina. Diagn Microbiol Infect Dis. 2010;67(1):52-5. PubMed **PMID: 20226617**
- de Leon EM, Jacober SJ, Sobel JD, Foxman B. Prevalence and risk factors for vaginal Candida colonization in women with type 1 and type 2 diabetes. BMC Infect Dis. 2002;2:1. PubMed **PMID: 11835694**. [Texto completo](#)
- Donders GG. Lower Genital Tract Infections in Diabetic Women. Curr Infect Dis Rep. 2002;4(6):536-9. PubMed **PMID: 12433331**
- Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo A, et al.; HER Study Group. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: Risk factors and severity. Obstet Gynecol. 2003;101(3):548-56. PubMed **PMID: 12636961**
- Eckert LO. Clinical practice. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med. 2006;355(12):1244-52. PubMed **PMID: 16990387**
- Foxman B, Muraglia R, Dietz JP, Sobel JD, Wagner J. Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(3):340-5. PubMed **PMID: 23486072**
- Gaur SK, Frick KD, Dandolu V. A cost-effectiveness analysis of rapid yeast detection kits. Womens Health Issues. 2010;20(1):75-9. PubMed **PMID: 19944622**
- Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. Am J Public Health. 1995;85(8 Pt 1):1146-8. PubMed **PMID: 7625516**. [Texto completo](#)
- Houang ET, Chappatte O, Byrne D, Macrae PV, Thorpe JE. Fluconazole levels in plasma and vaginal secretions of patients after a 150-milligram single oral dose and rate of eradication of infection in vaginal candidiasis. Antimicrob Agents Chemother. 1990;34(5):909-10. PubMed **PMID: 2360828**. [Texto completo](#)
- Mendling W, Brasch J; German Society for Gynecology and Obstetrics; Working Group for Infections and Infectimmunology in Gynecology and Obstetrics; German Society of Dermatology, the Board of German Dermatologists; German Speaking Mycological Society. Guideline vulvovaginal candidosis (2010) of the German Society for Gynecology and Obstetrics, the Working Group for Infections and Infectimmunology in Gynecology and Obstetrics, the German Society of Dermatology, the Board of German Dermatologists and the German Speaking Mycological Society. Mycoses. 2012;55 Suppl 3:1-13. PubMed **PMID: 22519657**
- National guideline for the management of vulvovaginal candidiasis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). Sex Transm Infect. 1999;75 Suppl 1:S19-20. PubMed **PMID: 10616376**
- Odds FC. Candidosis of the genitalia. In: Odds FC. Candida and candidosis: A review and bibliography. 2nd ed. London: Baillière Tindall; 1988. p. 124.
- Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr, et al.; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009;48(5):503-35. PubMed **PMID: 19191635**. [Texto completo](#)
- Rathod SD, Buffer PA. Highly-cited estimates of the cumulative incidence and recurrence of vulvovaginal candidiasis are inadequately documented. BMC Womens Health. 2014;14(1):43. PubMed **PMID: 24612727**. [Texto completo](#)
- 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(5):1297-300. PubMed **PMID: 14634557**
- Sobel JD, Chaim W. Treatment of Torulopsis glabrata vaginitis: retrospective review of boric acid therapy. Clin Infect Dis. 1997;24(4):649-52. PubMed **PMID: 9145739**. [Texto completo](#)
- Sobel JD, Faro S, Force RW, Foxman B, Ledger WJ, Nyirjesy PR, et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. Am J Obstet Gynecol. 1998;178(2):203-11. PubMed **PMID: 9500475**
- Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, Danna P, Hooton TM, Rompalo A, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med. 2004;351(9):876-83. PubMed **PMID: 15329425**. [Texto completo](#)
- Sobel JD. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. Am J Obstet Gynecol. 1985;152(7 Pt 2):924-35. PubMed **PMID: 3895958**
- Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. Lancet. 2007;369(9577):1961-71. PubMed **PMID: 17560449**
- Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid (Online). 2010;2010. pii: 0815. PubMed **PMID: 21718579**. [Texto completo](#)
- Wilton L, Kollarova M, Heeley E, Shakir S. Relative risk of vaginal candidiasis after use of antibiotics compared with antidepressants in women: postmarketing surveillance data in England. Drug Saf. 2003;26(8):589-97. PubMed **PMID: 12825971**
- Young GL, Jewell D. Tratamiento tópico para la candidiasis vaginal (muguet) del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000225. [Texto completo](#)

Más en la red

- British Association for Sexual Health and HIV. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis (2007). [Texto completo](#)
- Hainer BL, Gibson MV. Vaginitis. Am Fam Physician. 2011 Apr 1;83(7):807-15. PubMed **PMID: 21524046**
- Jurden L, Buchanan M, Kelsberg G, Safraneck S. Clinical inquiries. Can probiotics safely prevent recurrent vaginitis? J Fam Pract. 2012 Jun;61(6):357, 368. PubMed **PMID: 22670239**

Autores

▪ Xosé Luís López-Álvarez Muiño	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Paula García Seijo	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Juana María Romero Pita	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Lea Conde Guede	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud de Mariñamansa. Servizo Galego de Saúde. Ourense. España.

Agradecimientos:

Anxel Martínez Vidal, María Amelia Blanco López y Ana López González que participaron en la edición anterior.
A la Biblioteca de referencia del SERGAS C.H. de Ourense por su ayuda en la búsqueda bibliográfica.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

