

Vaginitis por tricomonas

Fecha de la última revisión: **29/07/2014**

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 vulvovaginitis por tricomonas (VT) está causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo móvil flagelado que se contagia fundamentalmente por transmisión sexual. Los seres humanos son el único huésped natural. Infecta principalmente el epitelio escamoso del tracto urogenital, la vagina, la uretra y las glándulas parauretrales. Otras localizaciones menos comunes incluyen el cuello del útero, la vejiga, las glándulas de Bartolino y la próstata. La tricomoniasis es una de las principales causas de síntomas vaginales (Anderson, 2004) y supone el 20% de todas las vulvovaginitis, siendo la tercera causa más común. La coexistencia de T. vaginalis y patógenos responsables de vaginosis bacteriana es común, con tasas de coinfección del 60-80% (Sobel, 2013).

Entre el 10-50% de las mujeres infectadas están asintomáticas, aunque muchas acabarán presentando síntomas con el tiempo. El periodo de portador puede persistir por espacios prolongados de tiempo (al menos tres meses), por lo que a menudo no es posible determinar el momento y origen exactos de la infección (Van Der Pol, 2006; Van Der Pol, 2005).

¿Cómo se presentan?

Los síntomas son presencia de flujo abundante, espumoso, maloliente y amarillo-verdoso, que cursa con prurito, dispareunia y disuria. Estos síntomas empeoran con la menstruación (Heine, 1993). Puede haber hemorragia postcoital o intermenstrual. En la exploración, son característicos el "cérvix de fresa" (hemorragias puntiformes en el cervix) y el eritema vaginal.

En el varón la infección es asintomática en más de tres cuartas partes de los casos con resolución espontánea a los 10 días (Seña, 2007; Cudmore, 2004). Sin embargo, la infección no tratada puede persistir durante meses (Lanceley, 1953). Los síntomas, cuando están presentes, son indistinguibles a los de la uretritis por cualquier otra etiología y consisten en una secreción uretral clara o mucopurulenta y disuria. También pueden tener prurito leve, sensación de ardor en el pene después de las relaciones sexuales, polaquiuria y, raramente, complicarse con una prostatitis (BASHH, 2007).

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico de la tricomoniasis se basa en pruebas de laboratorio, ya que, al igual que otros tipos de vaginitis, ninguna de las características clínicas de la tricomoniasis es suficientemente sensible o específica para permitir un diagnóstico en base a los signos y síntomas solamente (Krieger, 1988; Hammill, 1989; Wølner-Hanssen, 1989).

Una toma del exudado del fondo de saco vaginal y cuello uterino en la mujer, y/o uretra en el hombre, diluida en suero fisiológico sobre un porta permite la visualización microscópica en fresco de tricomonas (en movimiento cuando tiene flagelo, o inmóvil el no flagelado) y de leucocitos en un 70% de los casos. Cuando no se consiguen visualizar tricomonas pero existe una sospecha clínica clara puede recurrirse al cultivo, método más sensible y específico de diagnóstico, que se realiza en medio específico de Diamond o de Roiron. El almacenaje ha de realizarse en nevera.

En las tricomoniasis, el pH determinado mediante tiras reactivas es mayor de 4,5.

En la actualidad se han comercializado equipos que podrían ser útiles para realizar un diagnóstico rápido en consulta (APTIMA, XenoStrip-Tv® Trichomonasvaginalis test y Genzyme Diagnostic OSOM® Trichomonasrapid test). Varios estudios concluyen que son más sensibles que el examen microscópico en fresco con una especificidad adecuada, fáciles y rápidos de realizar (Pillay, 2004; Kurth, 2004; Batteiger, 2005; Huppert, 2007). En comparación con el cultivo, estas pruebas antigénicas rápidas muestran especificidades y sensibilidades similares (Miller, 2003). El método de diagnóstico APTIMA, es un método muy útil, que utiliza la amplificación de ácidos nucleicos mediada por transcripción con una sensibilidad clínica del 95% a 100% y una especificidad también del 95% a 100%, produciendo resultados a las pocas horas. Este método puede ser especialmente atractivo para los laboratorios que utilizan la misma plataforma para realizar pruebas de detección de Chlamydia y gonorrea ya que se puede ejecutar en la misma muestra (Meites, 2013). Otro método es el OSOM que se trata de una prueba de detección de antígenos que utiliza la tecnología de flujo capilar inmunocromatográfico en muestras vaginales con sensibilidad de 82% a 95% y una especificidad de 97% a 100%, obteniéndose resultados en tan sólo 10 minutos (Meites, 2013).

Debe realizarse screening de otras enfermedades de transmisión sexual (lúes, virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis) tanto en la paciente como en su pareja (BASHH, 2007).

En los varones el método más fiable es el cultivo o una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) en la primera muestra de orina matinal o en frotis uretral (Nye, 2009; Bandea, 2013). La microscopia en fresco con suero salino del frotis uretral no se recomienda.

¿Cómo se tratan?

Está indicado tratar a todas las mujeres y a todos los hombres, tanto sintomáticos como asintomáticos, ya que reduce la prevalencia de T. vaginalis.

El tratamiento de elección se realiza con 2 g vía oral en monodosis de [metronidazol](#) o [tinidazol](#) (Workowski, 2010; Forna, 2003). El metronidazol es más eficaz y económico que el tinidazol, aunque ambos han sido aprobados por la FDA. El tratamiento local con metronidazol gel se desaconseja por ser menos eficaz (<50%) que la vía oral (Workowski, 2010; Forna, 2003), ya que el protozoo puede infectar uretra y glándulas periuretrales ocasionando más recidivas. Los pacientes deben evitar consumir alcohol hasta 24 horas después del tratamiento con metronidazol y hasta 72 horas después del tratamiento con tinidazol (CDC, 2006; BASHH, 2007; Workowski, 2010).

Es innecesario realizar seguimiento si después del tratamiento se encuentra asintomática. Debe recomendarse siempre el tratamiento de la pareja/s, además de instruir al paciente en la abstención de relaciones sexuales mientras no finalice el tratamiento y hasta que ambos estén asintomáticos (ACOG, 2006). Tratar a las parejas sexuales simultáneamente puede aumentar las tasas de curación (BASHH, 2007; Lossick, 1990).

Fracaso del tratamiento: las causas más comunes de fracaso del tratamiento son el incumplimiento y la reinfección, las resistencias son raras (2-5%). Una alternativa al tratamiento mediante una sola dosis de metronidazol sería metronidazol 500 mg dos veces al día durante 7 días (dosis total de 7 g) (Workowski, 2010). Si fracasa esta pauta, se puede optar por tinidazol o metronidazol en dosis de 2 g diarios durante 5 días (dosis total de 10 g) (Kirkcaldy, 2012). Si esto falla, las opciones terapéuticas incluyen las dosis máximas toleradas de metronidazol o tinidazol, preferiblemente (2 a 4 g al día en varias dosis) durante 14 días.

Si no fuese efectivo, podemos dar un antibiótico de amplio espectro ([amoxicilina](#) o [eritromicina](#)) ya que se postula que algunos gérmenes podrían disminuir la eficacia del metronidazol, o derivar al segundo nivel asistencial para valorar cultivo in vitro o pruebas de sensibilidad (CDC, 2006; BASHH, 2007).

Embarazo: un metaanálisis demuestra que la infección por T. vaginalis en el embarazo se asocia con acontecimientos adversos como mayor riesgo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer. Por tanto se convierte en prioritario la prevención de la enfermedad, sobre todo en áreas endémicas, así como el diagnóstico y tratamiento precoces (Silver, 2014).

Sin embargo, una revisión de la Cochrane no demostró que se alcance una reducción en la prematuridad y el bajo peso al nacer tras el tratamiento con metronidazol en embarazadas asintomáticas, a pesar de que dicho tratamiento sí consigue tasas razonables de cura parasitológica (Gülmezoglu, 2011). Se considera el tratamiento según riesgos y beneficios, algunos autores difieren la terapia hasta después de la 37 semana de gestación en caso de mujeres asintomáticas. Se puede tratar con 2 g de metronidazol en dosis única (categoría B según la FDA), aunque el British National Formulary no recomienda dosis altas de metronidazol (CDC, 2006; BASHH, 2007). Un metaanálisis no encontró ninguna relación entre la exposición al metronidazol durante el primer trimestre del embarazo y malformaciones congénitas (Caro-Patón, 1997). Por su parte, el tinidazol está considerado como categoría C de la FDA durante el embarazo y su seguridad no ha sido bien evaluada por el momento.

Lactancia: si se administra metronidazol a mujeres que estén dando lactancia materna, ésta debe ser suspendida mientras dure el tratamiento y hasta pasadas 24 horas de la última dosis. En el caso del tinidazol, se debe suspender la lactancia durante el tratamiento y no reanudarla hasta 3 días después de la última dosis. Múltiples estudios y metaanálisis no han logrado demostrar una asociación entre el uso de metronidazol y teratogénesis o mutagénesis en las lactantes (Lactmed, 2010; Drugs and Lactation Database, 2013).

Situaciones especiales (infección por el virus del VIH): existen algunas evidencias de que el tratamiento de la tricomoniasis reduce la secreción del VIH (Wang, 2001; Kissinger, 2009; Kissinger, 2013). Un estudio randomizado demostró que la dosis de 500 mg de metronidazol cada 12 horas durante 7 días es superior a la dosis única de 2 gramos (Kissinger, 2013). Un estudio posterior se descubrió que la superioridad de la multidosis frente a la monodosis se restringía a mujeres con vaginosis bacteriana sugiriendo que esta podía ser una condición que interfería de alguna manera con el tratamiento con metronidazol. Es posible que la terapia antirretroviral también actúe como un factor que interfiera, pero para entender mejor el mecanismo se necesitan más estudios farmacocinéticos. Como conclusión de esta revisión es que la dosis única de metronidazol no debe ser usada para tratar a las mujeres VIH positivas (Kissinger, 2013). Por tanto estas mujeres deben de recibir un tratamiento más prolongado (Kissinger, 2010) con metronidazol 500 mg dos veces al día durante 7 días. Proponiéndose un nuevo screening después de tres meses de completar el tratamiento (CDC, 2006).

Alergia: en caso de alergia a los nitroimidazoles se recomienda desensibilización con metronidazol. Se puede intentar terapia con otras drogas tópicas pero la tasa de curación es menor (CDC, 2006; BASHH, 2007).

Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginitis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006. (ACOG practice bulletin; no. 72). [Texto completo](#)
- Anderson MR, Klink K, Cohrssen A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA. 2004 Mar 17;291(11):1368-79. PubMed [PMID: 15026404](#). [Texto completo](#)
- Bandea CI, Joseph K, Secor EW, Jones LA, Igietseme JU, Sautter RL, et al. Development of PCR assays for detection of Trichomonas vaginalis in urine specimens. J Clin Microbiol. 2013;51(4):1298-300. PubMed [PMID: 23390274](#). [Texto completo](#)
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis. London: BASHH; 2007. [Texto completo](#)
- Caro-Patón T, Carvajal A, Martín de Diego I, Martín-Arias LH, Álvarez Requejo A, Rodríguez Pinilla E. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 1997;44(2):179-82. PubMed [PMID: 9278206](#). [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](#)
- Cudmore SL, Delgaty KL, Hayward-McClelland SF, Petrin DP, Garber GE. Treatment of infections caused by metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis. Clin Microbiol Rev. 2004;17(4):783-93. PubMed [PMID: 15489348](#). [Texto completo](#)
- Forna F, Gülmezoglu AM. Intervenciones para el tratamiento de la tricomoniasis en mujeres (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.). CD000218. [Texto completo](#)
- Gülmezoglu AM. Intervenciones para la tricomoniasis en el 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.). CD000220. [Texto completo](#)
- Hammill HA. Trichomonas vaginalis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1989 Sep;16(3):531-40. PubMed [PMID: 2687745](#)
- Heine P, McGregor JA. Trichomonas vaginalis: a reemerging pathogen. Clin Obstet Gynecol. 1993 Mar;36(1):137-44. PubMed [PMID: 8435938](#)
- Huppert JS, Batteiger BE, Braslins P, Feldman JA, Hobbs MM, Sankey HZ, et al. Use of an immunochromatographic assay for rapid detection of Trichomonas vaginalis in vaginal specimens. J Clin Microbiol. 2005;43(2):684-7. PubMed [PMID: 15695664](#). [Texto completo](#)
- Huppert JS, Mortensen JE, Reed JL, Kahn JA, Rich KD, Miller WC, Hobbs MM. Rapid antigen testing compares favorably with transcription-mediated amplification assay for the detection of Trichomonas vaginalis in young women. Clin Infect Dis. 2007;45(2):194-8. PubMed [PMID: 17578778](#). [Texto completo](#)
- Kirkcaldy RD, Augostini P, Asbel LE, Bernstein KT, Kerani RP, Mettenbrink CJ, et al. Trichomonas vaginalis antimicrobial drug resistance in 6 US cities, STD Surveillance Network, 2009-2010. Emerg Infect Dis. 2012;18(6):939-43. PubMed [PMID: 22608054](#). [Texto completo](#)
- Kissinger P, Adamski A, Clark RA, Mena L, Levison J, Martin DH. Does Antiretroviral Therapy Interfere With the Treatment of Trichomonas vaginalis Among HIV+ Women? Sex Transm Dis. 2013;40(6):506-7. PubMed [PMID: 23677024](#). [Texto completo](#)
- Kissinger P, Adamski A. Trichomoniasis and HIV interactions: a review. Sex Transm Infect. 2013;89(6):426-33. PubMed [PMID: 23605851](#). [Texto completo](#)

- Kissinger P, Amedee A, Clark RA, Dumestre J, Theall KP, Myers L, et al. Trichomonas vaginalis treatment reduces vaginal HIV-1 shedding. Sex Transm Dis. 2009;36(1):11-6. PubMed [PMID: 19008776](#). [Texto completo](#)
- Kissinger P, Mena L, Levison J, Clark RA, Gatski M, Henderson H, et al. A randomized treatment trial: single versus 7-day dose of metronidazole for the treatment of Trichomonas vaginalis among HIV-infected women. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010;55(5):565-71. PubMed [PMID: 21423852](#). [Texto completo](#)
- Krieger JN, Tam MR, Stevens CE, Nielsen IO, Hale J, Kiviat NB, et al. Diagnosis of trichomoniasis. Comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. JAMA. 1988;259(8):1223-7. PubMed [PMID: 2448502](#)
- Kurth A, Whittington WL, Golden MR, Thomas KK, Holmes KK, Schwebke JR. Performance of a new, rapid assay for detection of Trichomonas vaginalis. J Clin Microbiol. 2004;42(7):2940-3. PubMed [PMID: 15243042](#). [Texto completo](#)
- Lactmed. Available at <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search/f?./temp/~R2NQWq;2>. (Accessed on January 19, 2010).
- Lanceley F, McEntegart MG. Trichomonas vaginalis in the male; the experimental infection of a few volunteers. Lancet. 1953;1(6762):668-71. PubMed [PMID: 13036121](#)
- Lossick JG. Treatment of sexually transmitted vaginosis/vaginitis. Rev Infect Dis. 1990;12 Suppl 6:S665-81. PubMed [PMID: 2201078](#)
- Meites E. Trichomoniasis: the "neglected" sexually transmitted disease. Infect Dis Clin North Am. 2013;27(4):755-64. PubMed [PMID: 24275268](#)
- Miller GA, Klausner JD, Coates TJ, Meza R, Gaydos CA, Hardick J, et al. Assessment of a rapid antigen detection system for Trichomonas vaginalis infection. Clin Diagn Lab Immunol. 2003;10(6):1157-8. PubMed [PMID: 14607884](#). [Texto completo](#)
- NIH (U.S. National Library of Medicine. TOXNET [Internet]. Drugs and Lactation Database (LactMed). Metronidazole [acceso 24/7/2014]. Disponible en: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/f?./temp/~bGM8fh;1>
- Nye MB, Schwebke JR, Body BA. Comparison of APTIMA Trichomonas vaginalis transcription-mediated amplification to wet mount microscopy, culture, and polymerase chain reaction for diagnosis of trichomoniasis in men and women. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(2):188.e1-7. PubMed [PMID: 19185101](#)
- Pillay A, Lewis J, Ballard RC. Evaluation of XenoStrip-Tv, a rapid diagnostic test for Trichomonas vaginalis infection. J Clin Microbiol. 2004;42(8):3853-6. PubMed [PMID: 15297548](#). [Texto completo](#)
- Seña AC, Miller WC, Hobbs MM, Schwebke JR, Leone PA, Swygard H, et al. Trichomonas vaginalis infection in male sexual partners: implications for diagnosis, treatment, and prevention. Clin Infect Dis. 2007;44(1):13-22. PubMed [PMID: 17143809](#). [Texto completo](#)
- Silver BJ, Guy RJ, Kaldor JM, Jamil MS, Rumbold AR. Trichomonas vaginalis as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Dis. 2014;41(6):369-76. PubMed [PMID: 24825333](#)
- Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, Fairfax M, Gygax SE. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications. Curr Infect Dis Rep. 2013;15(2):104-8. PubMed [PMID: 23354954](#)
- Van Der Pol B, Kraft CS, Williams JA. Use of an adaptation of a commercially available PCR assay aimed at diagnosis of chlamydia and gonorrhea to detect Trichomonas vaginalis in urogenital specimens. J Clin Microbiol. 2006;44(2):366-73. PubMed [PMID: 16455885](#). [Texto completo](#)
- Van Der Pol B, Williams JA, Orr DP, Batteiger BE, Fortenberry JD. Prevalence, incidence, natural history, and response to treatment of Trichomonas vaginalis infection among adolescent women. J Infect Dis. 2005;192(12):2039-44. PubMed [PMID: 16288365](#). [Texto completo](#)
- Wang CC, McClelland RS, Reilly M, Overbaugh J, Emery SR, Mandalia K, et al. The effect of treatment of vaginal infections on shedding of human immunodeficiency virus type 1. J Infect Dis. 2001;183(7):1017-22. PubMed [PMID: 11237825](#). [Texto completo](#)
- Wølnér-Hanssen P, Krieger JN, Stevens CE, Kiviat NB, Koutsky L, Critchlow C, et al. Clinical manifestations of vaginal trichomoniasis. JAMA. 1989;261(4):571-6. PubMed [PMID: 2783346](#)
- Workowski KA, Berman S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59(RR-12):1-110. PubMed [PMID: 21160459](#). [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, Safranek 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](#) |

