

VULVOVAGINITIS CANDIDIASICAS NO COMPLICADAS

Ponente : Dra Carme Pardo Reguant



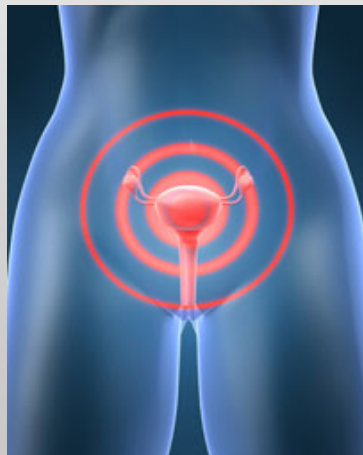
Madrid, 20 de Febrero 2014

¿QUE ES UNA VULVOVAGINITIS CANDIDIASICA (VVC)?

- La VVC es una inflamación de la vulva y la vagina causada por una infección debida a un hongo del género *Cándida* generalmente de la especie *albicans*. Es una micosis vaginal o vaginitis micótica

VV infecciosa

Bacteriana
Micótica
Tricomonica
Herpetica

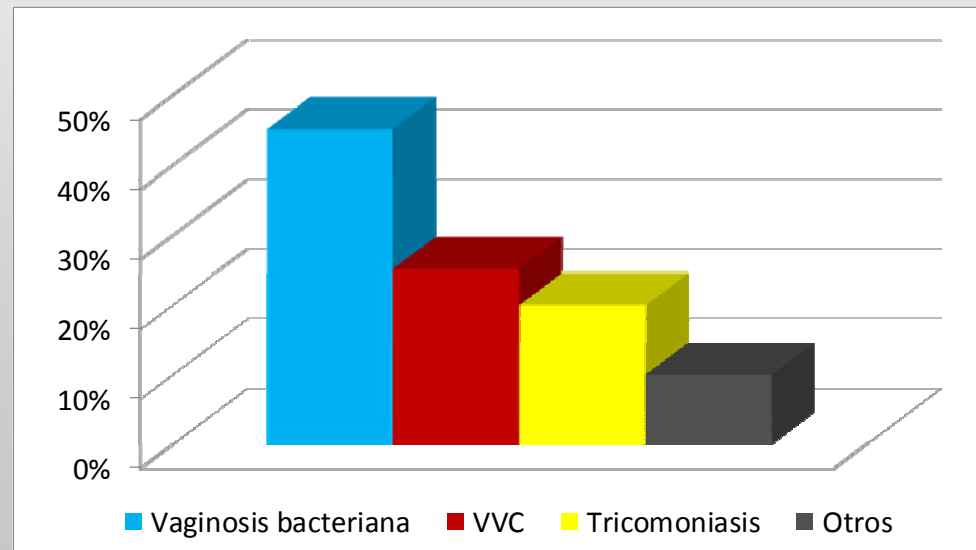


VV no infecciosa

Dermatosis
Citolitica
Descamativa
Alérgica

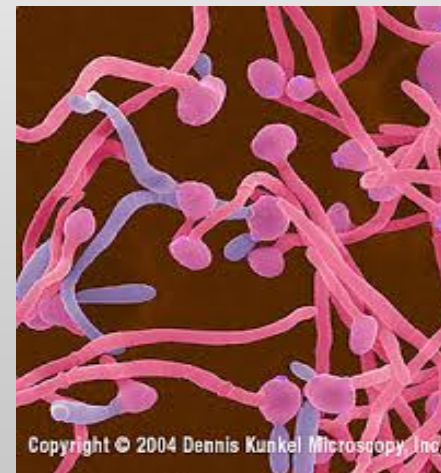
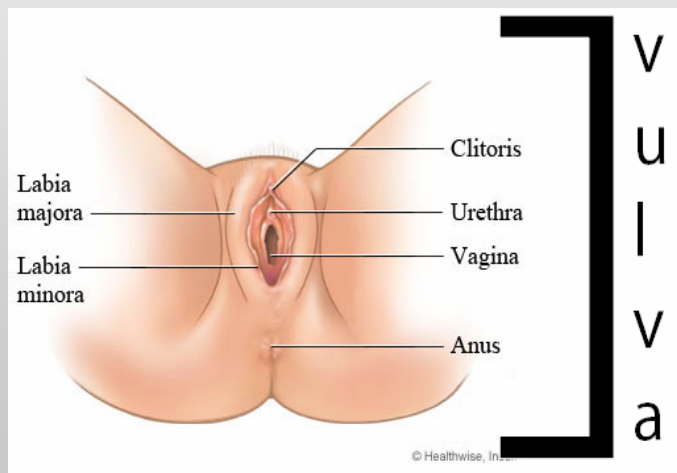
PREVALENCIA DE LA VVC

- La VVC es la segunda enfermedad ginecológica mas frecuente detrás de la vaginosis bacteriana.
- 20% de las mujeres son portadoras asintomáticas.
- 75% de las mujeres presentaran al menos un episodio
- 40-50% de las mujeres sufrirán mas de un episodio.
- 5% de las mujeres tendrán infecciones recurrentes (>4/año)



PREVALENCIA DE LA VVC

- Aumenta la prevalencia a partir de los 20 años y con el inicio de la actividad sexual. No se considera ETS
- Máxima prevalencia entre 20 – 40 años
- Antes de la menarquia y en la postmenopausia la prevalencia es baja. Hay un aumento en mujeres con THS, 30% de prevalencia.



IMPACTO DE LA VVC EN LA CALIDAD DE VIDA

- La VVC no supone un riesgo para la vida, pero si comporta trastornos emocionales en la mujer.

Trastornos emocionales

% de mujeres

Frustración

71,4 %

Sensación de suciedad

46,4 %

Tristeza

42,9 %

Preocupación

35,7 %

Poco atractiva

32,1 %

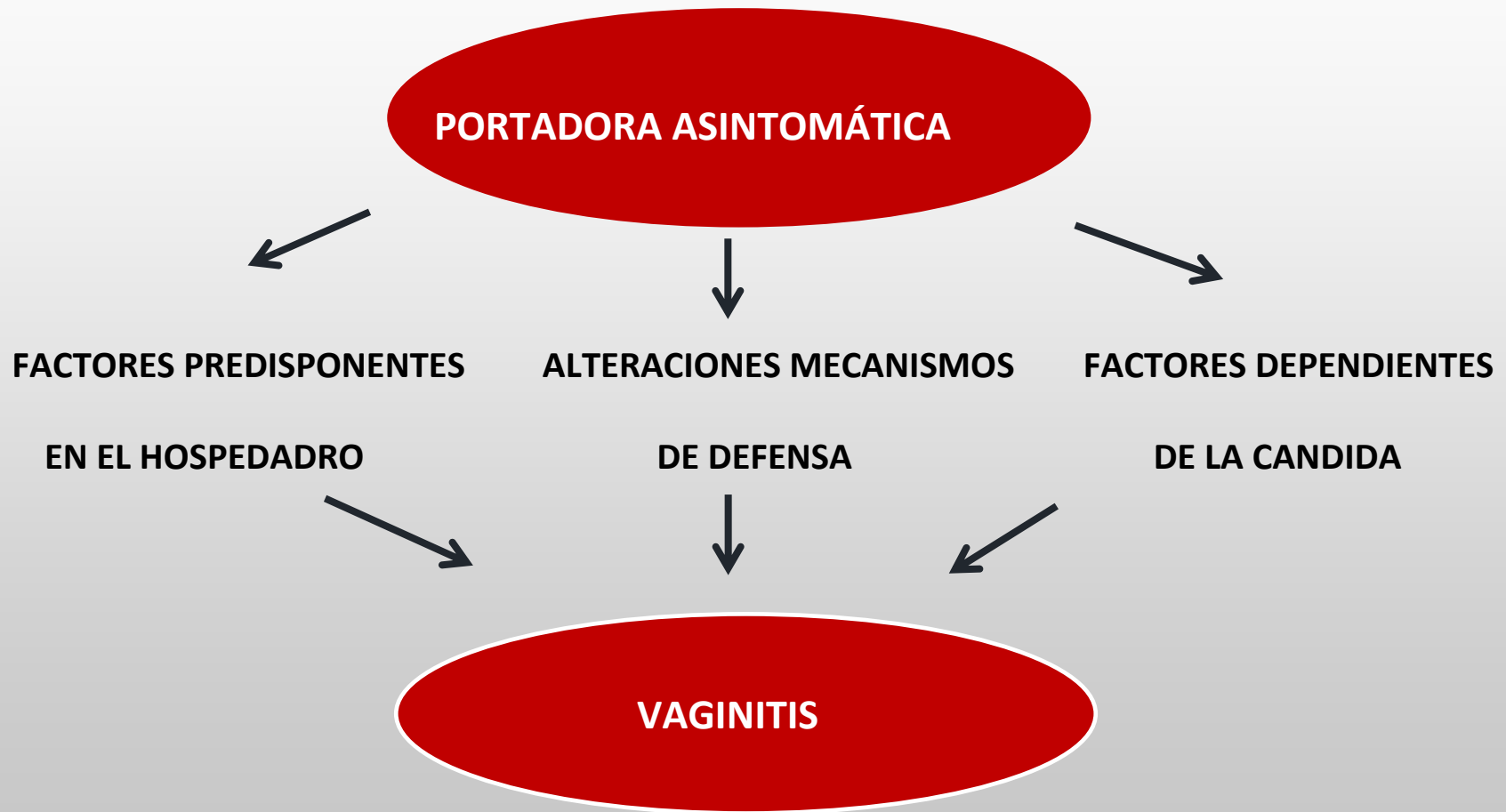


CARACTERÍSTICAS DEL GENERO CÁNDIDA

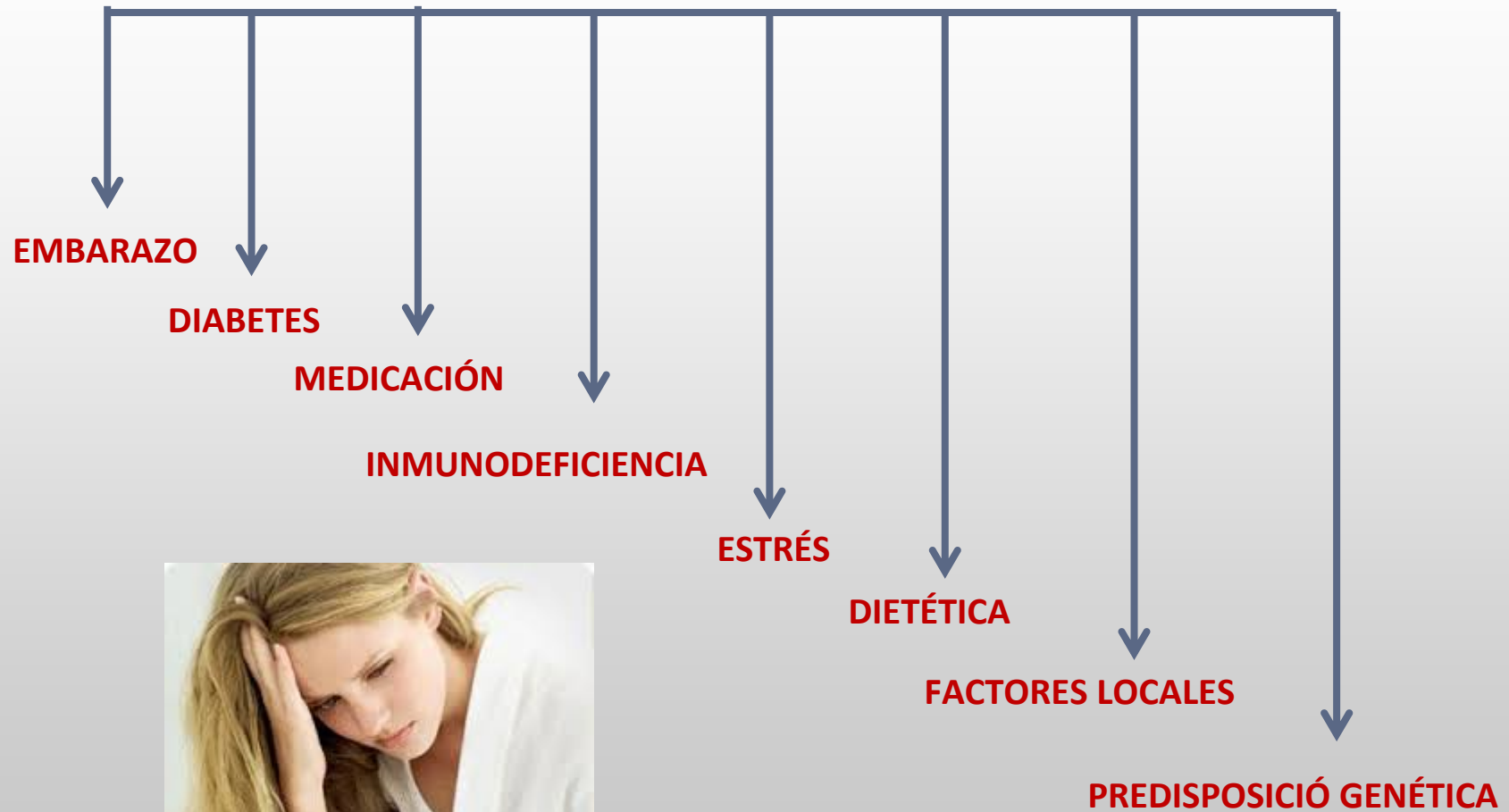
- Es un microorganismo eucariota, unicelular, esférico u oval, aeróbico.
- Su hábitat es a 37°C y en un pH ácido.
- Asexual, forma de levaduras y se reproduce por gemación.
- Dimórfico:
esporas (asintomático y forma de transmisión)
levaduras germinadas → hifas o micelios (sintomático)
- Las especies mas frecuentes son:
C. albicans → 85 – 90 % de las infecciones
C. glabrata → 10 – 15 % de las infecciones



ETIOPATOGENIA



FACTORES PREDISPONENTES EN EL HOSPEDADOR



ALTERACIÓN DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA

ALTERACIÓN DEL ECOSISTEMA VAGINAL (LACTOBACILLUS)

- Competencia por los nutrientes
- Competencia por el locus
- Segregación de bacteriocinas

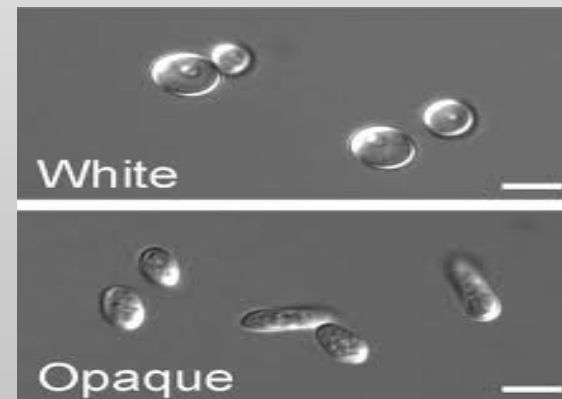
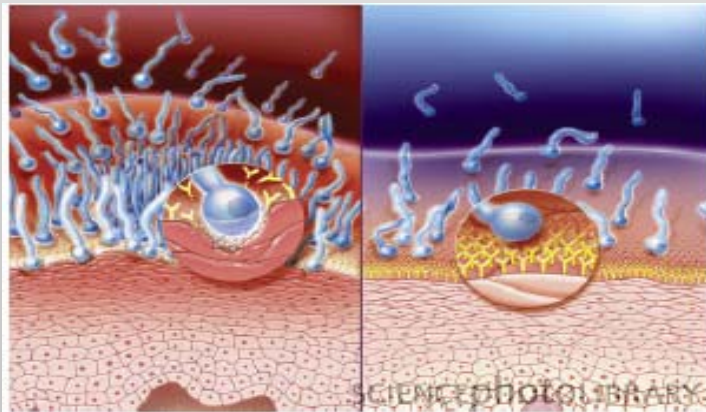


ALTERACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE

- Inmunidad humoral: Ig G, IgA, IgM
- Inmunidad celular: Micotoxinas

FACTORES DEPENDIENTES DE LA CANDIDA

- Capacidad de adherencia
- Germinación y producción de hifas
- Producción de enzimas extracelulares
- Capacidad de Switching o variabilidad de fenotipos



MANIFESTACIONES CLÍNICAS : SIGNOS Y SINTOMAS DE LA VVC

SÍNTOMAS

- Prurito vulvar
- Dolor y ardor vulvar
- Dispareunia
- Disuria vulvar

SIGNOS

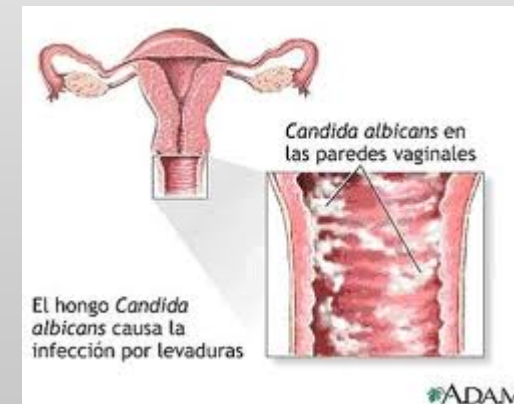
- Leucorrea blanca grumosa
- Eritema y edema en VV
- Liquenificación en VV
- Escoriaciones, fisuras en vulva
- No olor a aminas

▪ No son signos ni síntomas patognomónicos de la VVC por tanto no es suficiente la clínica para el primer diagnóstico.

▪ Se intensifican la semana previa a la menstruación.

▪ Mejoran con la menstruación.

▪ Empeoran después de la relación sexual.



INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

CRITERIOS DE DERIVACIÓN MÉDICA

- Paciente < 16 años o > de 60 años.
- Sintomatología severa: eritema vulvar extendido, edema, excoriaciones, fisuras, flujo sanguinolento, dolor pélvico.
- Es la primera vez que padece una VVC.
- Síntoma distintos a los de la VVC anterior.
- Ha sufrido dos casos de VVC en los últimos 6 meses.
- Factores predisponentes como: diabetes, embarazo, inmunosupresión.
- Si sus síntomas no mejoran tras 7 días de tratamiento

INTERVENCIÓN FARMACEUTICA

TRATAMIENTO DE VVC NO COMPLICADAS

- Tratamiento oral o vaginal + tópico vulvar
- Terapia de corta duración
- Dosis única
- Acción sintomática inmediata
- Ausencia de efectos secundarios (locales o sistémicos)
- Fácil de administrar y bien aceptado
- Prevención recidivas
- Económico
- Acción de amplio espectro



INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

TRATAMIENTO DE VVC NO COMPLICADAS

TRATAMIENTO TÓPICO VAGINAL

- **CLOTRIMAZOL:** 100 mg comp. / 24h. 6 días
500 mg comp. / 24h. dosis única
2% crema 5g. dosis única o 3 días
- **FENTICONAZOL:** 200mg óvulos / 24h. 3días
600mg óvulos / 24h. dosis única
2% crema 5g. dosis única

TRATAMIENTO ORAL

- **FLUCONAZOL:** 150 mg cap. / 24h. dosis única
- **ITRACONAZOL:** 100mg cap. / 2 / 12h. 1 día o 2cap/ 24h. 3 días

TRATAMIENTO TÓPICO VULVAR

- **CLOTRIMAZOL:** 1% crema 1 o 2 veces / 24h. 6 días

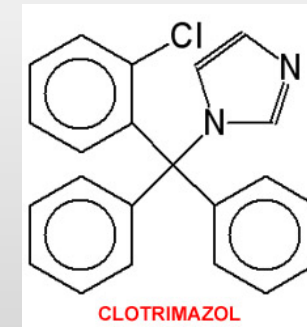
Lavado zona a tratar antes aplicación crema con jabón de pH neutro o alcalino

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

TRATAMIENTO DE VVC NO COMPLICADAS

Vía vaginal

- El imidazol más utilizado: **clotrimazol** que inhibe la síntesis del ergosterol constituyente de la membrana del hongo.
- 85% eficacia terapéutica
- Amplio espectro
- Patrón de referencia para los nuevos imidazoles

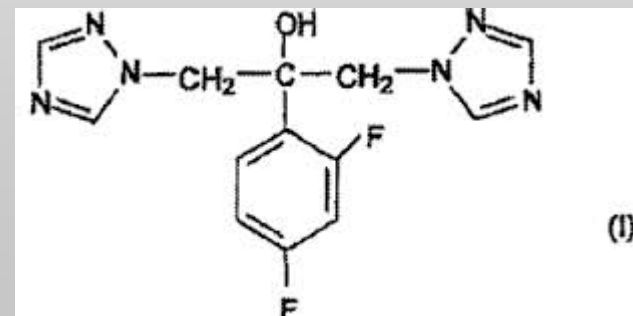


Vía oral

- Mas utilizado son el **fluconazol** y el **itraconazol**
- Inhiben la síntesis de ergosterol

Vía tópica externa

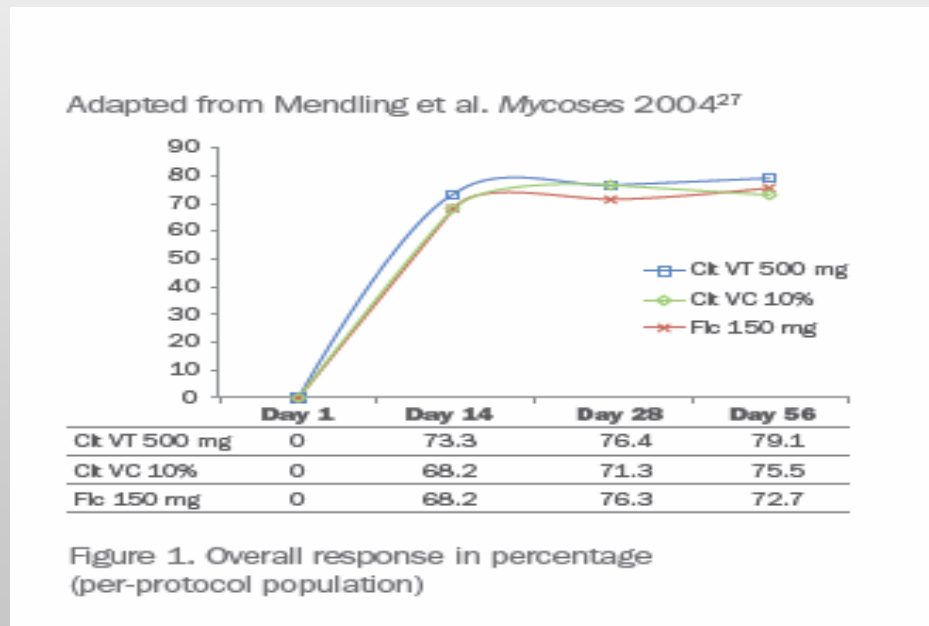
- Crema de imidazol.



INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

TRATAMIENTO DE VVC NO COMPLICADAS

- Tratamiento vía oral o vía vaginal
- Siempre acompañar el tratamiento vaginal o el oral con tratamiento tópico vulvar (síntomas y reservorio).
- Resultados terapéuticos similares usando la vía tópica vaginal o la vía oral.



Eficacia de clotrimazol
tópico vaginal
Vs Fluconazol oral

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

MEDIDAS HIGIENICO TERAPEUTICAS

Reequilibrio de la biota vaginal	→	probioticos
Hábitos en el vestir	→	pantys, slips, ropa ajustada
Higiene íntima	→	pH adecuado
Control hidratos de carbono	→	azucares refinados
Tratamiento pareja sexual	→	Balanitis



INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

TRATAMIENTO DE VVCR

- A. Confirmar el diagnóstico
- B. Actuación sobre factores predisponentes en el hospedador
- C. Tratamiento farmacológico

Dos fases:

Tratamiento inicial:

- Erradicación de la infección
- Aplicación simultánea de un tratamiento intravaginal, oral y tópico externo
- Alargar al doble de tiempo el tratamiento habitual de las VVC

Tratamiento de mantenimiento

- Eliminación del reservorio
- Pautas semanales o mensuales de 6 a 12 meses

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

TRATAMIENTO DE VVCR DE CEPAS NO ALBICANS

- Algunas cepas de *C. Glabrata* y *C. Krusei* son resistentes al Fluconazol y se usan otros azoles orales como el Itraconazol.
- En casos de recurrencia se utilizan:
 - Ácido bórico 600mg caps intravaginal / 24h. 14 días
 - En casos rebeldes se sigue dos veces por semana 6 a 12 meses

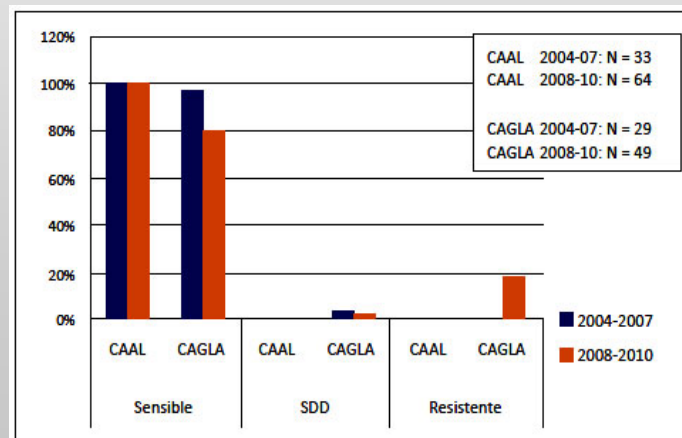


Figura 2. Susceptibilidad a voriconazol en aislados de *Candida albicans* (CAAL) versus *Candida glabrata* (CAGL) entre 2004-2007 y 2008-2010.



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN



Madrid, 20 de Febrero 2014