

Vaginosis bacteriana

Verónica Sobrino Mota

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Mensajes clave

- ▶ Las infecciones vaginales son el motivo de consulta ginecológica más frecuente en atención primaria.
- ▶ Un diagnóstico correcto evita tratamientos empíricos erróneos que favorecen la persistencia o la recurrencia de la enfermedad que tanto frustra a médicos y pacientes.

La vaginosis bacteriana es la infección vaginal más frecuente, sobre todo en mujeres jóvenes sexualmente activas. Los lactobacilos vaginales son reemplazados por anaerobios endógenos, *Gardnerella* y *Atopobium* entre otros, que favorecen su persistencia fijándose a las células epiteliales en forma de biofilm. Sin ser una infección de transmisión sexual (ITS), las múltiples parejas sexuales y los coitos frecuentes son sus principales factores de riesgo.

Clínica

Aparece una leucorrea anormal y maloliente en el 50% de los casos, sin signos de inflamación vulvovaginal. Aun siendo asintomática, su presencia aumenta el riesgo de infección ginecológica tras procedimientos invasivos, asocia complicaciones obstétricas y favorece la adquisición de virus, como el virus del papiloma humano (VHP) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y otras ITS.

Diagnóstico

Es certero en el 90% de los casos con la aplicación de 3 de los 4 criterios de Amsel: leucorrea homogénea, test de aminas positivo (olor a pescado con tinción de KOH), pH vaginal >4,5 y >20% de *clue cells* (células epiteliales descamadas recubiertas por biofilm) observadas al microscopio. En la práctica clínica nos basaremos en la anamnesis y la exploración. El cultivo vaginal no está recomendado por su baja especificidad y la etiología polimicrobiana.

Tratamiento

La evidencia recomienda tratar sólo a las pacientes sintomáticas, aunque podría justificarse también el tratamiento previo a procedimientos ginecológicos. Los fármacos de elección, con un mismo grado de recomendación A, son los antiinfecciosos:

Cloruro de decualinio

Antiséptico y antimicrobiano de amplio espectro apropiado también para infecciones mixtas y diagnósticos dudosos.

Por su acción local carece de efectos sistémicos y, gracias a su mecanismo de acción múltiple, no presenta resistencias adquiridas. Su eficacia clínica es comparable a la de clindamicina, y es compatible con el uso de preservativos de látex. La mejoría clínica aparece en 24-72 horas tras iniciar el tratamiento. Está financiado por el Sistema Nacional de Salud y se comercializa como Fluomizin®; se administra un comprimido vaginal de 10 mg/24 h por la noche, durante 6 días consecutivos.

Antibióticos

El uso más generalizado es el de metronidazol. Al no estar ya disponible su presentación vaginal, la pauta a seguir sería de 500 mg/12 h v.o. durante 7 días, evitando la ingesta de alcohol hasta 24 horas después de la última toma. La alternativa antibiótica sería la clindamicina, más utilizada en forma de crema vaginal al 2%, aplicada durante 7 noches seguidas, evitando el uso de preservativos de látex hasta 5 días tras la última aplicación. Otra opción sería la clindamicina v.o. 300 mg/12 h durante 7 días, o vía vaginal en óvulos de 100 mg durante 3 días.

Siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud sobre el uso racional de antibióticos para evitar resistencias antimicrobianas, es preferible la vía tópica frente a la sistémica ya que cubre los patógenos implicados de forma rápida y eficaz, por lo que el cloruro de decualinio es un fármaco de primera opción para el tratamiento de la vaginosis bacteriana. El uso de probióticos y prebióticos tiene una evidencia menor y su eficacia está aún por definir.

Embarazo y lactancia

En cualquier trimestre de la gestación, el tratamiento de elección en las gestantes sintomáticas es el cloruro de decualinio. Es seguro durante la lactancia al no tener una absorción sistémica. Los antibióticos sí se excretan en la leche materna y su uso durante el primer trimestre no está recomendado.

Evidencias en...

Vaginosis bacteriana

Recidivas

Son muy frecuentes: hasta un 50% en 1 año. Se recomienda realizar el mismo tratamiento que solucionó el episodio inicial. Debemos conocer la resistencia de *Atopobium* al tratamiento con metronidazol.

Bibliografía

- Donders GG, Zozika J, Rezeberga D. Treatment of bacterial vaginosis: what we have and what we miss. *Expert Opin Pharmacother*. 2014; 15(5): 645-657.
- Guía Práctica de Asistencia. SEGO. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales [actualizada en 2018].
- Mending W, Weissenbacher ER, Gerber S, Prasauskas V, Grob P. Use of locally delivered dequalinium chloride in the treatment of vaginal infections: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 293(3): 469-484.

Práctica clínica

- ▶ La vaginosis bacteriana es la infección vaginal más frecuente, y afecta principalmente a mujeres jóvenes sexualmente activas.
- ▶ Es asintomática en la mitad de los casos; si presenta clínica, fundamentalmente se trata de un flujo aumentado y/o maloliente.
- ▶ Deben recibir tratamiento sólo las pacientes sintomáticas. El hallazgo casual en una citología no requiere tratamiento. La pareja no debe tratarse.
- ▶ El cloruro de decualinio es el tratamiento de elección durante el embarazo.
- ▶ Dada su eficacia, tolerabilidad, acción rápida y ausencia de resistencias adquiridas, el cloruro de decualinio es una buena opción de tratamiento para la vaginosis bacteriana, sin olvidar el metronidazol y la clindamicina como alternativas antibióticas clásicas.