

**XII Reunión Nacional de la AEPCC y "HPV Clinical Workshop of the 18th
International Papillomavirus Conference"
BARCELONA, 21-23 de Julio 2000**

Resúmenes de Ponencias

Primera Ponencia: TERAPÉUTICA ACTUAL EN PATOLOGÍA VULVAR
Coordinadores: E. López de la Osa (España) - J. M. Capdevila (España)

CANDIDIASIS

Virgilio Palacio López

Unidad Dermatología y ETS. Hospital Monte Naranco. Oviedo (Asturias).

Las candidiasis de localización genital en la mujer (vulvovaginitis) y en el hombre (balanopostitis) son procesos muy frecuentes y motivo de consulta diaria en cualquier nivel asistencial: atención primaria, ginecología y dermatovenereología. En el caso de las mujeres se asume que alrededor del 75% de las mismas sufrirán un episodio de candidiasis vaginal a lo largo de su vida, recidivando en al menos una ocasión en el 40-50% de las ocasiones.

Aunque las manifestaciones de estos procesos se reflejan en el área genital no son consideradas Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), si bien facultativamente puedan comportarse como tal. Se trata de procesos ocasionados por la alteración del ecosistema genital en el que además intervienen complejos mecanismos de patogenicidad que desconocemos en gran medida. Tradicionalmente y quizás condicionado por su elevada frecuencia, las candidiasis son consideradas un proceso "banal". Entre esto y las prisas no es inhabitual que diagnostiquemos a la paciente sin invitarla a pasar por la zona de exploración (¿error diagnóstico?). No todo lo que "pica" en la zona vulvar tiene una etiología fúngica, con frecuencia elevada muchas dermatopatías (eccema, liquen, psoriasis) se ubican en esta zona provocando en ocasiones un comprometido diagnóstico diferencial. La constancia de que alrededor del 30% de los antimicóticos ginecológicos tópicos se suministran sin receta médica en las oficinas de farmacia, confirman la evidencia de que en muchas ocasiones la paciente ni siquiera consulta sus molestias recurriendo a la automedicación (¿incremento de resistencias?)

Otra circunstancia que debemos tener en cuenta es que no todas las Cándidas son Cándida albicans. La modificación en el patrón epidemiológico de las cándidas observada en los últimos años, certifica el incremento en la presencia de especies no-albicans que por lo general son más resistentes a los tratamientos convencionales: C. glabrata, C. tropicalis, S. cerevisiae (¿fracasos terapéuticos?). El primer paso para intentar obviar este hecho consiste en la necesidad de realizar tomas del exudado

vaginal para localizar el patógeno responsable que permitirá posteriormente su identificación definitiva en el laboratorio. Sin embargo hemos de tener en cuenta que entre el 10-20% de las mujeres vamos a aislar levaduras de este género como flora normal por lo que en la mujer asintomática no es preciso la instauración de tratamiento antifúngico.

En un porcentaje cercano al 5% de los casos mencionados, el proceso se hace tortuosamente recidivante para el paciente y para el médico. Al margen de la complejidad en el manejo clínico de estos procesos, no se debe despreciar la frecuente asociación de trastornos psicológicos y de comportamiento sexual que interfieren negativamente en las relaciones de pareja.

Disponemos de muchas pautas terapéuticas que se admiten como válidas en el tratamiento de la candidiasis vulvovaginal (CVV). En dos recientes revisiones (CDC, 1998; Sobel et al., 1998) para facilitar la elección del fármaco y la duración del tratamiento dividen las CVV en: no complicadas, complicadas y recurrentes. La mayoría de las pacientes presentan cuadros no complicados, serían aquellos episodios esporádicos, no recurrentes, con síntomas moderados y que afectan a una mujer sin factores predisponentes de base, en la que se aísla una levadura habitualmente sensible (*Candida albicans*). En estos casos, cualquier pauta de tratamiento que se administre será correcta, incluyendo las pautas cortas de menos de 7 días y las monodosis. Entre las muchas opciones disponibles no hay datos que nos hagan pensar que una pauta es superior a otra.

En CVV complicadas: mujeres con factores predisponentes (diabetes, tratamiento con corticoides, etc.), con cuadros clínicos severos o en los casos en que la levadura aislada se sospecha que presenta una susceptibilidad disminuida (*Candida glabrata*); se recomiendan pautas de tratamiento prolongadas a 15 días, independientemente de la vía o antifúngico elegido.

En CVV recurrente (cuatro o más episodios en un año) se postula una pauta inicial de 15 días continuando con un tratamiento de mantenimiento. Diversos autores sugieren en estos casos el tratamiento de la pareja sexual (Spinillo et al., 1992), los CDC (1998) lo aconsejan en caso de que el paciente tenga síntomas.

En los casos de CVV producidas por especies no-*albicans*, las pautas terapéuticas no deben modificarse, incluso levaduras como *Candida glabrata* que se sabe puede presentar CMI elevadas a los azoles las recomendaciones no excluyen el tratamiento inicial con estos fármacos. El ácido bórico ha recuperado vigencia y demuestra gran eficacia en el tratamiento de CVV recurrentes e incluso se propone como fármaco de primera línea en caso de CVV por *Candida glabrata*. Aunque "in vitro" se ha comprobado que *Candida glabrata* precisa mayores concentraciones para ser inhibida que *Candida albicans* (Otero et al. 1999), "in vivo" ofrece unos magníficos resultados probablemente debido a las altas concentraciones que alcanza en vagina, sobrepasando ampliamente las CMI del hongo.

La presencia del *Lactobacillus acidophilus* contribuye de manera fundamental en el mantenimiento de un pH vaginal cercano a 4 con lo que se opone a la colonización vaginal de organismos extraños, implicándose de esta manera en la patogénesis de las vaginitis. La posibilidad de su utilización como probiota en tratamientos tópicos normalizando el controvertido uso del yogur puede aportar un elemento adicional en el tratamiento y control de estos procesos.

Bibliografía:

SOBEL JD, FARO S, FORCE RW, FOXMAN B, LEDGER WJ, NYIRJESY PR, REDD BD, SUMMERS PR. 1998. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol* 178:203-211

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1998. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. *MMWR* 47 (No.RR-1): 1-111.

SPINILLO A, CARRATTA L, PIZZOLI G, LOMBARDI G, CAVANNA C, MICHELONE G, GUASCHINO S.1992. Recurrent vaginal candidiasis. Results of a cohort study of sexual transmission and intestinal reservoir. *J Reprod Med* 37: 343-347

OTERO L, FLEITES A, MENDEZ FJ, PALACIO V, VAZQUEZ F. 1999. Susceptibility of *Candida* species isolated from female prostitutes with vulvovaginitis to antifungal agents and boric acid. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 18: 59-61