

Vaginitis inflamatoria descamativa

13 de noviembre de 2020

Rosalyn Elizabeth Maben-Feaster, MD , Kathryn Welch, MD , Natalie Saunders, MD , Ebony Parker-Featherstone, MD , Hope K Haefner, MD

Revisado por pares

Revista OB / GYN contemporánea , Vol 65 No 11 , Volumen 65 , Número 11

La etiología de esta afección no está clara, pero es compatible con una pérdida de la flora vaginal normal y un aumento de la inflamación.

Presentación

Una mujer de 44 años acude a su clínica en consulta debido a problemas de picazón e irritación vaginal. Ha notado una secreción amarillenta en su toalla sanitaria a diario. No se notó olor.

Anteriormente, se sometió a un tratamiento con clindamicina intravaginal durante 1 semana que ayudó un poco a sus síntomas. En el examen con un espéculo, se observa que tiene una secreción abundante y fina de color amarillo en la mucosa vaginal. Se obtuvo una preparación húmeda, con un pH de 6,0.

Hay ausencia de lo siguiente: *lactobacilos* , células clave, hifas, tricomonas. Se observaron células parabasales y glóbulos blancos y la prueba de olor es negativa.

Discusión

Este paciente presenta signos y síntomas de vaginitis. Existe un diferencial amplio, que incluye candidiasis, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea o infección por clamidia, liquen plano, vaginitis atrófica, vaginitis inflamatoria descamativa (DIV) o una afección menos discutida, la vaginosis citolítica. Con base en su presentación y los resultados de la preparación en húmedo, se hace un diagnóstico de DIV y la paciente es tratada con clindamicina intravaginal durante 3 semanas con resolución de sus síntomas.

Gray y Barnes introdujeron por primera vez la enfermedad DIV con su serie de casos de 1965 de seis mujeres con una vagina "enrojecida" y "numerosas células de pus con células parabasales ovaladas y redondas". ¹ La etiología no está clara, pero esta condición es consistente con una pérdida de la flora vaginal normal y un aumento de la inflamación.

En concreto, presenta una disminución de *lactobacilos* y un aumento de la concentración de flora anaeróbica obligada o facultativa. ² Existe literatura limitada disponible sobre esta condición, pero los estudios disponibles sugieren una prevalencia del 2 al 20%. ³ Tiende a ocurrir con más frecuencia en mujeres perimenopáusicas, pero puede ocurrir a cualquier edad.

Clásicamente, la paciente se queja de flujo vaginal, prurito, molestias vaginales o dispareunia. ^{4,5} Externamente, la paciente puede presentar eritema vulvar (Figura 1).



Figura 1: Eritema vulvar

En el examen con espéculo, se apreciará una secreción amarilla, así como petechiae vaginal. ^{4,6} El paciente puede tener eritema mucoso con hematomas erosiones. Aproximadamente el 27% de los pacientes con DIV tendrán colpitis macularis o pequeñas máculas eritematosas en el ectocérvix. ^{4,5}

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos y el examen físico. Debe obtener un historial médico completo, que incluya antecedentes sexuales, síntomas asociados y tratamientos fallidos. El examen físico consiste en colocar un espéculo vaginal, obtener un pH de la pared lateral de la vagina y una evaluación microscópica de las secreciones vaginales. ⁷

En el examen, asegúrese de evaluar el color, la consistencia, la cantidad y el olor del flujo vaginal. ⁸

Además, realice un examen en busca de cambios cutáneos, orales y vulvovaginales para descartar liquen plano. ⁹ Debe excluirse la atrofia vaginal, ya que la vaginitis atrófica y la DIV parecen similares en la evaluación microscópica.

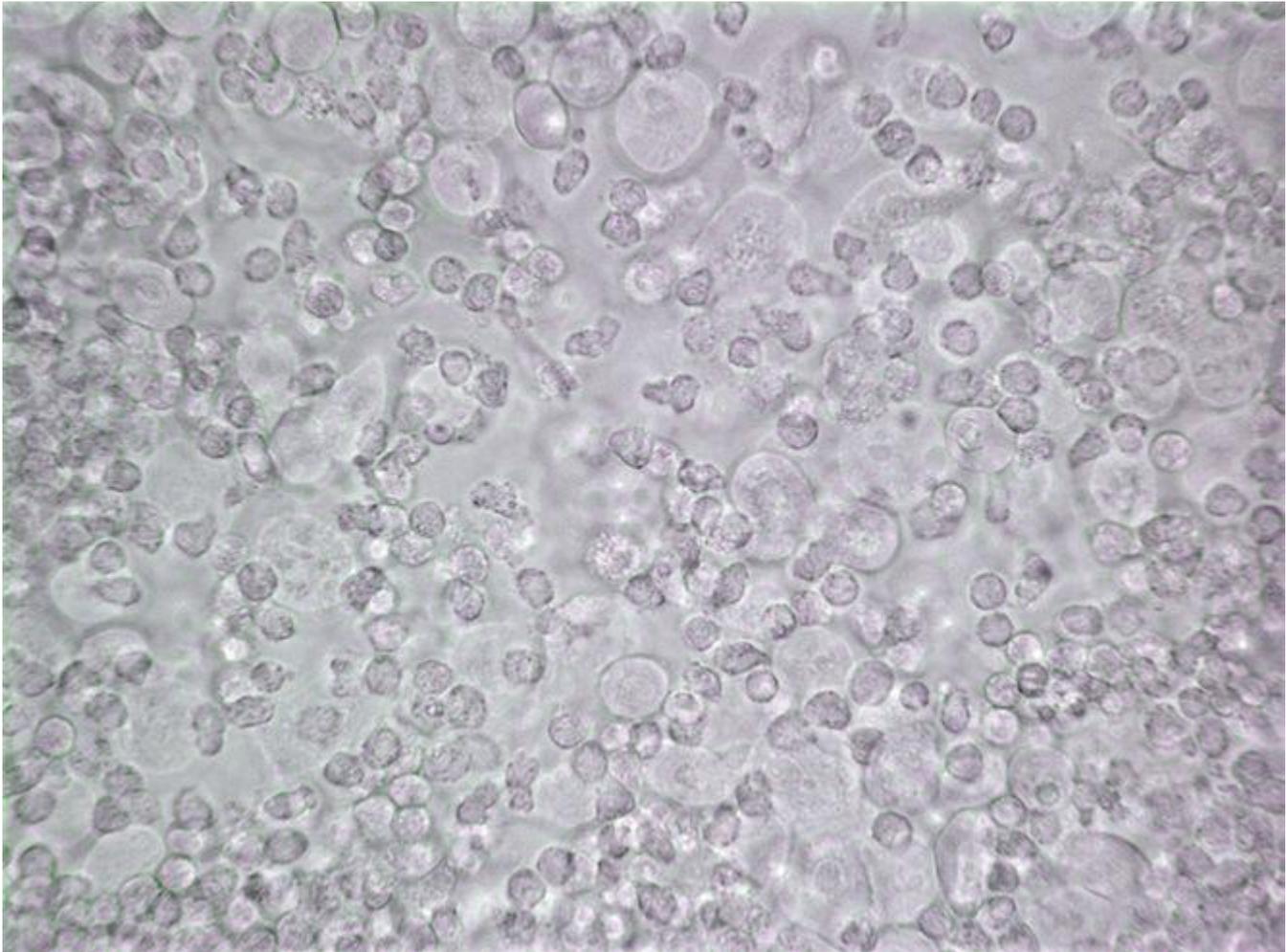
Para obtener una muestra de la secreción, use un aplicador con punta de algodón o un asa de plástico estéril de 10 microlitros de la pared lateral vaginal. También se debe obtener un pH de la descarga. El hisopo de algodón se coloca directamente sobre el papel de pH sin agregar solución salina o hidróxido de potasio (KOH), ya que estos alterarán el pH. Normalmente, el pH es mayor o igual a 4,7 en DIV.

Es de destacar que una tinción de Gram sola no puede discriminar entre vaginosis bacteriana y DIV y, por lo tanto, no será útil. ⁶

Se debe colocar otro hisopo de algodón que contenga secreciones vaginales en un tubo de vidrio al que se agregan unas gotas de solución salina. Extienda la muestra en dos lugares de un portaobjetos.

En una de las ubicaciones, agregue una gota de KOH. Coloque cubreobjetos sobre cada muestra. Luego, examine el portaobjetos bajo un microscopio a baja potencia (10x) y alta potencia (40x).

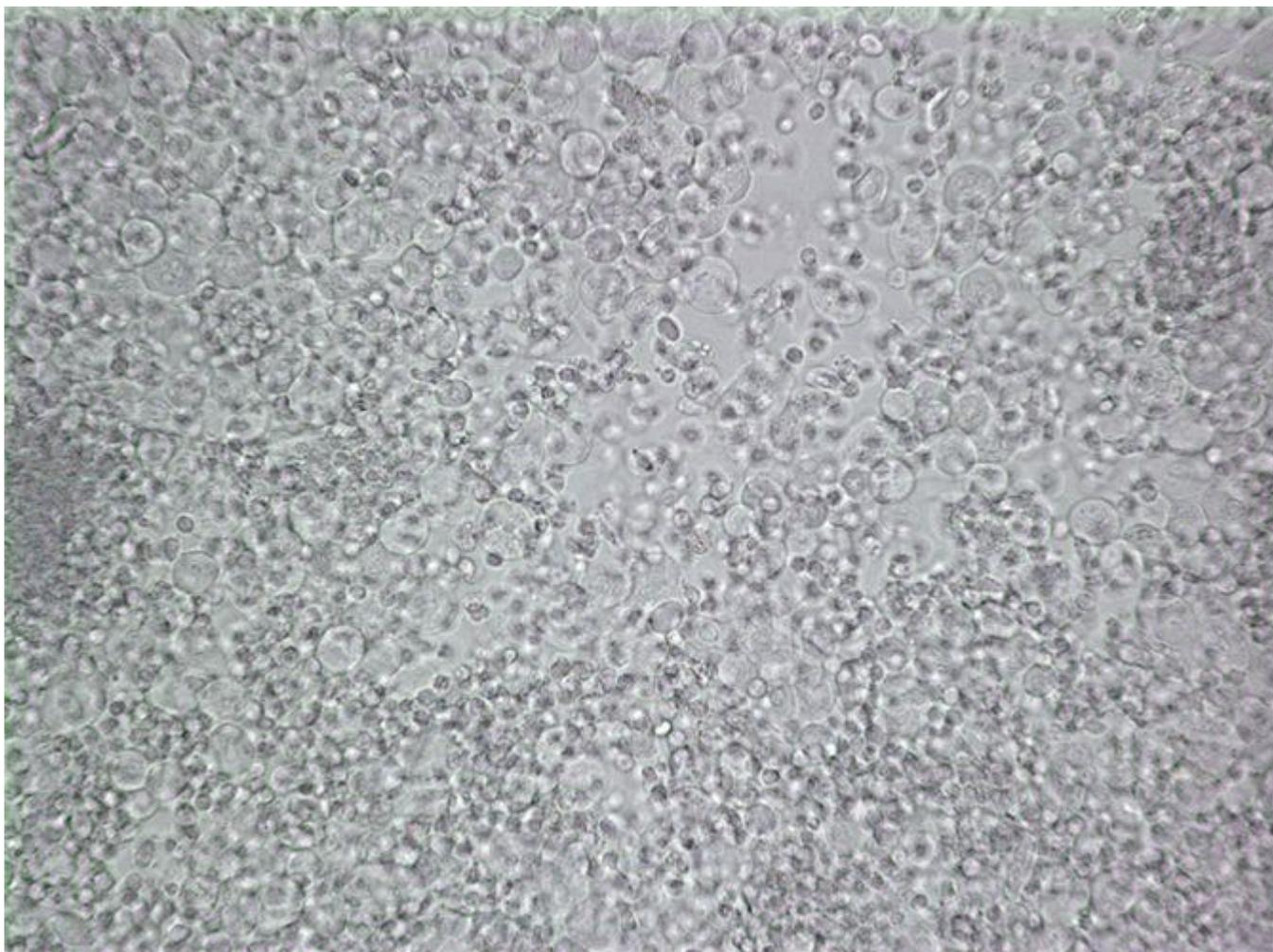
En el montaje húmedo, habrá una ausencia de células clave, hifas, tricomonas y *Lactobacilos*. Se observarán células epiteliales vaginales inmaduras o células parabasales. Las células parabasales son típicamente de forma redonda u ovalada con una alta relación nuclear / citoplasmática.¹¹



Alto Voltaje

También verá un aumento en las células inflamatorias (por ejemplo, la proporción de leucocitos a células epiteliales es mayor de 1: 1).⁵ No se detectará olor a amina en la muestra de KOH, a diferencia de la vaginosis bacteriana y las tricomonas, que a menudo tienen esta característica.

También se podría considerar obtener un cultivo de levadura con especiación como parte de la evaluación del flujo vaginal. También deben obtenerse pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para descartar otras etiologías infecciosas de vaginitis, si está indicado.^{9,10}



Baja potencia

Cuidados - Tratamiento

Al igual que con cualquier afección vulvovaginal, es importante reforzar las medidas adecuadas de cuidado de la vulva, que incluyen mantener el área seca, evitar la ropa apretada, irritantes en detergentes, jabones o medicamentos de venta libre como benzocaína y usar ropa interior de algodón.

El tratamiento inicial para DIV debe comenzar con clindamicina intravaginal tópica o hidrocortisona intravaginal. Existe una variedad de regímenes que se pueden utilizar. Para la clindamicina intravaginal, se insertan 5 g de crema al 2% por vía vaginal una vez por noche durante 3 semanas.

Alternativamente, se pueden insertar 200 mg de clindamicina por vía intravaginal por la noche durante 3 semanas. Para ambos regímenes, considere el tratamiento de mantenimiento dos veces por semana, durante 2 meses, ya que la DIV se repite con frecuencia. Otro tratamiento es la hidrocortisona intravaginal. Los regímenes de dosificación de hidrocortisona intravaginal son supositorios de 25 mg dos veces al día, durante 3 semanas.

Considere la terapia de mantenimiento, tres veces por semana durante 2 meses, después de este tratamiento. A veces, se puede requerir una dosis más alta de hidrocortisona. La hidrocortisona, de 300 a 500 mg, se inserta por vía vaginal por la noche durante 3 semanas.

La terapia de mantenimiento, dos veces por semana durante 2 meses, debe considerarse con este régimen ¹²; Deben excluirse otras causas de vaginitis purulenta.

Los síntomas principales incluyen secreción purulenta, irritación vestibulovaginal y dispareunia. El examen de las paredes vaginales mostrará signos de inflamación con aumento de eritema y petequias.

Estas recomendaciones se basan en un estudio observacional publicado por Sobel et al en 2011 que analizó el pronóstico de 98 pacientes que cumplían los criterios de diagnóstico de DIV y una publicación de Reichman y Sobel en 2014.^{9,10}

En esta misma serie de 2011 de Sobel et al, casi un tercio de los pacientes que tuvieron una resolución inicial de los síntomas recayeron dentro de las 6 semanas posteriores a la interrupción del tratamiento y aproximadamente el 40% recayeron dentro de las 26 semanas sin tratamiento.⁹ Por lo tanto, la terapia de mantenimiento debe considerarse como se mencionó.¹²

Las evaluaciones periódicas de los signos y síntomas con microscopía y la medición del pH son fundamentales para evaluar la mejoría o la remisión, ya que muchos pacientes requerirán terapia de mantenimiento durante más de 2 meses.¹² En el estudio observacional de 2011 de Sobel et al., El 58% de las mujeres diagnosticadas con DIV todavía estaban en tratamiento o habían requerido terapia de mantenimiento 1 año después del tratamiento inicial.⁹

Es de destacar que no parece haber efectos sistémicos por el uso prolongado de esteroides intravaginales. Sin embargo, la clindamicina o los corticosteroides intravaginales pueden aumentar el riesgo de candidiasis vulvovaginal.^{9,10} Por lo tanto, se puede justificar un antimicótico, como el fluconazol oral, para los pacientes con más probabilidades de desarrollar infecciones por *Candida* sintomáticas.^{9,10}

La toma de decisiones compartida debe ocurrir al elegir un régimen de tratamiento para sopesar los pros y los contras de la terapia de mantenimiento, incluido el riesgo de candidiasis vulvovaginal y el costo.

Para los casos difíciles en los que no hay mejoría y en los que la paciente también puede tener vaginitis atrófica, la adición de estrógenos intravaginales puede ser beneficiosa.⁹ La presencia de estrógenos facilita la colonización del microbioma vaginal con *Lactobacilos*, lo que ayuda a disminuir el pH a menos de 4,7.¹⁰

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Referencias

1. Gray L, Barnes M. Vaginitis en mujeres, diagnóstico y tratamiento. *Soy J Obstet Gynecol* . 1965; 92: 125-136.
2. Gardner H. Vaginitis inflamatoria descamativa: una entidad recientemente definida. *Soy J Obstet Gynecol* . 1968; 102: 1102e5.
3. Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S, Ruban K, Vieira-Baptista P. Vaginitis aeróbica: ya no es un extraño. *Res Microbiol* . 2017; 168 (9-10): 845-858. doi: 10.1016 / j.resmic.2017.04.004
4. Sobel JD. Vaginitis inflamatoria descamativa: un nuevo subgrupo de vaginitis purulenta que responde a la terapia tópica con clindamicina al 2%. *Soy J Obstet Gynecol* . 1994; 171: 1215e20.
5. Mitchell L, King M, Brillhart H, Goldstein A. El ectropión cervical puede ser una causa de vaginitis inflamatoria descamativa. *Sex Med* . 2017; 5 (3): e212-e214. doi: 10.1016 / j.esxm.2017.03.001
6. Paavonen J, Brunham RC. Vaginosis bacteriana y vaginitis inflamatoria descamativa. *N Engl J Med* . 2018; 379 (23): 2246-2254. doi: 10.1056 / NEJMra1808418

7. Sherrard J, Wilson J, Donders G, Mendling W, Jensen JS. 2018 Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tratamiento del flujo vaginal de la Unión Internacional Europea (IUSTI / OMS) contra las infecciones de transmisión sexual (IUSTI). *Int J STD AIDS* . 2018; 29 (13): 1258-1272. doi: 10.1177 / 0956462418785451
8. Mason MJ, Winter AJ. Cómo diagnosticar y tratar la vaginitis inflamatoria aeróbica y descamativa. *Infección por transmisión sexual* . 2017; 93 (1): 8-10. doi: 10.1136 / sextrans-2015-052406
9. Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. Pronóstico y tratamiento de la vaginitis inflamatoria descamativa. *Obstet Gynecol* . 2011; 117 (4): 850-855. doi: 10.1097 / AOG.0b013e3182117c9e
10. Mills BB. Vaginitis: más allá de lo básico. *Obstet Gynecol Clin North Am* . 2017; 44 (2): 159-177. doi: 10.1016 / j.ogc.2017.02.010
11. Hasteh F. Células parabasales. Esquemas de patología. <http://www.pathologyoutlines.com/topic/cervixcytologyparabasalcells.html>. Publicado 2020.
12. Reichman O, Sobel J. Vaginitis inflamatoria descamativa. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* . 2014; 28 (7): 1042-1050. doi: 10.1016 / j.bpobgyn.2014.07.003

Fuente: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/desquamative-inflammatory-vaginitis>