

Atención farmacéutica

Prurito vaginal

Irene Cordero Sánchez, M.^a José Díaz Gutiérrez, Yolanda Gardezabal Aiala, Yolanda García Oribe, Estíbaliz Martínez de Luco García, María Martínez de Luco García

Farmacéuticas comunitarias. Miembros del grupo Sendabide del COFBI

Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

Introducción y definición del trastorno

El prurito o picor vaginal es un síntoma que aparece en distintas afecciones ginecológicas y que puede acompañarse de ardor, irritación, eritema y dolor.

Estos síntomas nunca deben considerarse normales, aun cuando el hecho de que exista un cierto desarreglo en la zona vulvar pueda no ser patológico.

En las mujeres en edad reproductiva, *Lactobacillus* sp es el principal microorganismo de la flora vaginal, y el responsable de mantener el pH en un rango normal (3,8-4,2), previniendo de esta forma el crecimiento de bacterias patógenas. Por otra parte, los altos niveles de estrógenos mantienen el espesor de la mucosa reforzando las defensas locales y permiten una adecuada lubricación.

Existen diversos factores que contribuyen a la alteración de la flora vaginal:

- El uso de antibióticos de amplio espectro.
- La elevación del pH vaginal favorecida por el sangrado menstrual o debido al semen.
- El mal control de la diabetes.
- La administración prolongada de corticoides u otros inmunosupresores.
- Las alteraciones hormonales debidas al embarazo y la menopausia.
- La higiene inadecuada, tanto por defecto como por exceso.

Etiología

En función de su origen, el prurito puede clasificarse en infeccioso y no infeccioso.



Prurito no infeccioso

El picor no infeccioso se debe generalmente a la sequedad vaginal, que aparece como consecuencia de una disminución en la secreción de fluidos del aparato genital femenino por diferentes causas.

Causas fisiológicas

La más habitual es la disminución del nivel de estrógenos.

- **Edad fértil.** Durante este periodo, la fluctuación de los niveles hormonales a lo largo del ciclo menstrual da lugar a variaciones en la cantidad y la viscosidad de la mucosidad vaginal. El momento de mayor lubricación es durante la fase de maduración del óvulo, cuando éste aún no ha sido expulsado por el ovario. Por el contrario, durante la menstruación, los menores niveles de estrógenos ocasionan sequedad y picor vaginal.

La sequedad y el prurito también aumentan durante el embarazo, después del parto y en el periodo de lactancia, y normalmente desaparecen cuando vuelven a ascender los niveles hormonales.

En esta etapa de la vida, cuando la pared vaginal está sana y funciona con normalidad bajo el influjo estrogénico, el exudado aporta el glucógeno que los lactobacilos necesitan para obtener energía y producir ácido láctico. De este modo se acidifica el pH del medio, impidiendo el desarrollo de microorganismos patógenos.

Los lactobacilos tienen además otras formas de actuar, como adherirse a las paredes vaginales para evitar la colonización de los patógenos, producir sustancias microbicidas (peróxido de hidrógeno, bacteriocinas), etc.

- **Premenopausia.** En este periodo, las mayores fluctuaciones en los niveles hormonales suelen agravar la sequedad vaginal, además de producir ciclos irregulares, reglas más largas, sofocos, alteraciones del sueño y del humor, ansiedad y cambios en la distribución de la masa corporal.

- **Menopausia.** Éste es el periodo en el que un mayor número de mujeres sufren sequedad vaginal. La función ovárica cesa, y el nivel de estrógenos desciende de forma irreversible. Además, disminuye la irrigación del epitelio de la pared vaginal, reduciéndose su grosor, así como su elasticidad y funcionalidad. También se produce una menor lubricación en respuesta al estímulo sexual, que suele ser queja frecuente en las mujeres, incluso antes de que las reglas desaparezcan por completo. En algunos casos la menopausia se asocia a disminución de la libido, lo cual puede ser tanto causa como consecuencia de la sequedad vaginal. Por otra parte, al descender la producción de glucógeno, los lactobacilos no disponen del sustrato idóneo para desarrollarse y acidificar el medio, lo que hace que la población bacteriana de la vagina cambie y que sea más fácil la sobreinfección por microorganismos patógenos. Todos estos factores favorecen la aparición de los síntomas que refieren un alto número de mujeres durante la menopausia: picor, escozor, quemazón y dolor al mantener relaciones sexuales.

- **Posmenopausia.** En esta fase, la población de lactobacilos en la flora vaginal es mucho menor que durante la edad fértil, aunque algunas mujeres conservan un porcentaje aceptable, que puede aumentar si reciben terapia hormonal sustitutiva o se aplican estrógenos por vía tópica. En este periodo, igual que sucede en la menopausia, la sequedad y el prurito vaginal son motivo frecuente de consulta debido a los cambios hormonales y, por tanto, del epitelio vulvovaginal.

Causas psicológicas

Las situaciones de estrés conllevan un aumento de la concentración plasmática de cortisol y provocan un desequilibrio en la secreción de estrógenos que puede dar lugar a sequedad vaginal. También el miedo y/o desinterés por mantener relaciones sexuales puede

influir negativamente en el proceso de lubricación.

Causas patológicas y iatrogénicas

Determinadas patologías, como el síndrome de Sjögren, producen sequedad de las mucosas.

Asimismo, la neuropatía diabética, complicación característica de la diabetes mal controlada, limita el flujo sanguíneo de los vasos que irrigan la pared vaginal, y por tanto disminuye la secreción mucosa y la lubricación vaginal.

En cuanto a los medicamentos, son varios los grupos farmacológicos que pueden ocasionar o agravar la sequedad vaginal: anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, antihistamínicos, antiestrógenos, andrógenos...

Además, el uso de determinados métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos (DIU), diafragmas, preservativos de látex (en personas alérgicas) o espermicidas, pueden provocar vaginitis o favorecer la infección de los tejidos genitales.

Otras causas

También la eliminación de la mucosidad por una higiene excesiva o por el uso de agentes irritantes (como la ropa interior sintética o lavada con determinados detergentes o algunos productos de higiene íntima especialmente agresivos) suele producir picor y sequedad vaginal.

Prurito infeccioso

Los principales agentes patógenos que pueden alterar la mucosa vaginal son *Candida* spp, *Trichomonas vaginalis* y *Gardnerella vaginalis*, aunque también suelen producirse infecciones por *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus* spp, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus aureus*, *Haemophilus* spp, *Salmonella*, *Shigella*, citomegalovirus, virus herpes simple...

La afección más frecuente es la candidiasis, y para su tratamiento se dispone de medicamentos que no precisan

receta, por lo que su manejo puede abordarse desde la farmacia.

Los síntomas característicos son prurito intenso, edema y eritema local. Aunque la candidiasis no suele originar exudados vaginales abundantes, si la paciente acude al médico y es sometida a una exploración pueden observarse exudados blanco-amarillentos con aspecto de requesón que se adhieren a las paredes vaginales. Una forma de diferenciar la infección por *Candida* de las otras dos más habituales es la ausencia del mal olor característico de las producidas por *Trichomonas* y *Gardnerella*.

Las candidiasis pueden ser asintomáticas a pesar de haber una infección evidente, y también las parejas sexuales masculinas pueden permanecer asintomáticas aunque estén infectadas.

Epidemiología

Se calcula que más de la mitad de las mujeres han consultado en algún momento por picor y/o irritación en la zona vaginal, y que el 75% de la población femenina padece un episodio de candidiasis a lo largo de su vida y un 40-45% dos o más. La probabilidad de recurrencia es del 10% a los 25 años, y del 25% a los 50 (se considera una candidiasis recurrente cuando la paciente presenta cuatro o más episodios en un año).

Las que presentan mayor riesgo de sufrir este trastorno son: embarazadas, menopáusicas, consumidoras de determinados medicamentos, diabéticas, fumadoras y mujeres que reciben tratamientos de quimioterapia.

La candidiasis es poco frecuente en mujeres posmenopáusicas, excepto en aquellas sometidas a tratamientos hormonales sistémicos.

Prevención y tratamiento no farmacológico

1. Utilizar productos de higiene íntima específicos. La higiene íntima es esencial para mantener una adecuada salud del área vaginal. Deben evitarse los geles y jabones convencionales, ya que pueden resultar demasiado agresivos y desencadenar una mayor sequedad vaginal, con las

Criterios de derivación

Se debe remitir al médico a:

- Las niñas menores de 12 años, ya que los medicamentos sin receta disponibles para la candidiasis no están indicados para este grupo de población.
- Las embarazadas, especialmente en el primer trimestre de gestación.
- Las pacientes con trastornos en la inmunidad o con diabetes mellitus.
- Las pacientes que presenten síntomas y signos fuera del área genital.
- Las que refieran sangrado vaginal irregular o anormal o flujo vaginal hemorrágico.
- Aquellas que comenten que tienen úlceras o ampollas en la zona vulvo-vaginal.
- Las que tengan compañeros sexuales sintomáticos. En estos casos, deben ser derivados al médico ambos miembros de la pareja.

Además, deberán remitirse también los casos en que se produzca un empeoramiento o los síntomas persistan a pesar de seguir el tratamiento recomendado desde la farmacia, o aquellas personas en las que, a lo largo de los 2 meses siguientes a la finalización del tratamiento, se produzca una recurrencia.

molestias que ello conlleva. Lo más adecuado es recurrir a los productos formulados especialmente para la higiene del área genital. La composición y forma de utilización de estos preparados permite eliminar eficazmente las secreciones fisiológicas de la zona y los restos de suciedad que puedan acumularse, pero respetando al mismo tiempo el manto hidrolipídico y la flora bacteriana del área genital. Como ya se ha indicado, el pH vaginal varía en función de la etapa fisiológica en la que se encuentre la mujer. Actualmente, están comercializados diferentes productos de higiene ajustados al pH de las distintas etapas. Durante la edad infantil y en la menopausia, el pH es más básico, por lo que los geles utilizados en estos periodos deben tener un pH más cercano a 7. En la edad fértil el pH es más ácido, y los geles utilizados deben adecuarse a un pH no superior a 5,5. En caso de infecciones vaginales el pH es más básico y los geles utilizados deben acidificar el área tratada para evitar el sobrecrecimiento de microorganismos infecciosos. Es importante insistir en su utilización, ya que sólo un tercio de la población los usa de forma continuada.

2. Evitar el lavado excesivo de la zona vulvar y las irrigaciones vaginales

(excepto si se realizan bajo prescripción médica). Su abuso puede llegar a ser contraproducente, ya que pueden desencadenar problemas de sequedad vaginal.

3. Mantener una hidratación adecuada. Para ello se recomienda la utilización de hidratantes internos y/o externos, preferentemente de base acuosa y, por tanto, de fácil eliminación con la higiene diaria. Deben tener un pH cercano al de la mucosa vaginal. En muchas ocasiones, los productos lubricantes que se emplean para facilitar las relaciones sexuales se utilizan como hidratantes, aun cuando su finalidad última no sea ésta. Además, con estos productos se debe asegurar la compatibilidad con el uso de preservativos, por lo que conviene evitar los excipientes oleosos.
4. Los hidratantes externos pueden ser utilizados a diario o de forma ocasional, en función de las necesidades. Los lubricantes internos deben utilizarse dos o tres veces por semana, según la intensidad de los síntomas. Siempre debe recomendarse su aplicación por la noche, una vez acostada, para favorecer su completa absorción.
5. No usar de forma continuada compresas de celulosa, porque pueden agravar los síntomas de sequedad y picor.

6. Evitar los tejidos sintéticos y las ropas demasiado ajustadas.
7. En caso de mantener relaciones sexuales, utilizar preservativos.
8. En las mujeres con candidiasis recurrentes o que estén en tratamiento con antibióticos, se recomienda utilizar prebióticos y probióticos. Los preparados que contienen probióticos favorecen la prevención de vulvovaginitis recurrentes y la recuperación del ecosistema genital. En los preparados disponibles se seleccionan cepas microbianas de *Lactobacillus*. En ocasiones, estas cepas bacterianas se acompañan de micronutrientes y/o elementos como zinc, vitaminas, inulina, etc., con el fin de generar un medio adecuado para el crecimiento bacteriano y/o estimular el sistema inmunitario del paciente. Hoy por hoy no disponemos de estudios comparativos entre las distintas cepas de *Lactobacillus* usadas en los distintos preparados, por lo que elegir entre unos u otros responde, en muchas ocasiones, a la seguridad y confianza proporcionada por el propio fabricante. Aunque existen ensayos clínicos que han mostrado resultados favorables en el tratamiento y la prevención de recurrencias de candidiasis con el uso de probióticos, se precisan más estudios para establecer cuáles serían las cepas más adecuadas.

Tratamiento farmacológico

Prurito causado por candidiasis

Debe tratarse con antimicóticos. El único antifúngico autorizado para el tratamiento de la candidiasis vaginal que no precisa receta médica es clotrimazol por vía tópica (en comprimido/cápsula vaginal o en crema vaginal).

La pauta de administración es la siguiente:

- Crema al 2%: aplicar 5 g al día durante 3 días en el interior de la vagina.
- Comprimidos vaginales de 100 mg: introducir en la vagina 1 comprimido al día durante 6 o 7 días, o bien 2 comprimidos al día durante 3 días.
- Comprimidos o cápsulas vaginales de 500 mg: 1 comprimido en una dosis única.

El tratamiento en dosis única es tan eficaz como los administrados en varios días sucesivos.

Los efectos adversos de clotrimazol son en general leves y transitorios. Ocasionalmente puede provocar quemazón uretral, y raramente (0,01-0,1%) prurito vaginal, vaginitis, incontinencia urinaria y cistitis. También es poco frecuente que se produzcan erupciones exantemáticas y alteraciones digestivas o sexuales. En caso de padecer alguno de estos síntomas, el tratamiento debe ser suspendido de inmediato.

Clotrimazol está contraindicado en personas alérgicas a antifúngicos azólicos.

No se han observado efectos nocivos, ni para la madre ni para el feto, durante el embarazo. En este periodo se ha observado que hay mayor riesgo de candidiasis vaginal y menor respuesta al tratamiento. Por tanto, la duración del tratamiento en embarazadas tiene que ser de 6 días.

Los antifúngicos orales (ketoconazol, fluconazol e itraconazol) únicamente pueden utilizarse bajo prescripción médica. No se dispone de evidencia para determinar cuál es el más adecuado. Además, la administración oral de antifúngicos presenta una respuesta más lenta que el tratamiento intravaginal, y mayor riesgo de producir efectos adversos (como hepatotoxicidad) y de interactuar con otros fármacos. En cualquier caso, la idoneidad de su uso debe valorarla el médico que ha llevado a cabo la prescripción.

Prurito por déficit estrogénico

Para el tratamiento de este trastorno no se dispone de medicamentos que puedan recomendarse sin receta. Si la paciente acude al médico, pueden prescribirle estrógenos.

Suelen utilizarse el estradiol y el promestrieno en preparados de aplicación tópica intravaginal. Es recomendable aplicarlos una vez al día, preferiblemente por la noche antes de acostarse.

No se conoce la seguridad del uso tópico de los estrógenos de forma prolongada, por lo que se recomienda em-

plearlos con la menor frecuencia posible para que sean efectivos y minimizar así su absorción sistémica.

El promestrieno produce ocasionalmente sensación de escozor vaginal.

El uso de estrógenos está contraindicado en pacientes con hemorragia vaginal no diagnosticada, con neoplasias estrógeno-dependientes o con hipersensibilidad al principio activo o los excipientes. La acción del estriol es de corta duración, de modo que produce efectos estrogénicos sin ocasionar cambios endometriales, siempre y cuando se administre en una dosis diaria no fraccionada. Es frecuente que produzca prurito vaginal. Otras reacciones adversas poco frecuentes (0,1-1%) son: candidiasis, cefalea y urticaria, dolor pélvico o erupción genital.

Este fármaco está contraindicado en cáncer de mama, hiperplasia endometrial, hemorragia vaginal, tromboembolia, embolia pulmonar, tromboflebitis, porfiria, infección por herpes virus, insuficiencia hepática grave e ictericia.

También está contraindicado durante el embarazo (se clasifica como categoría X de la FDA).

Los estrógenos son inhibidores enzimáticos que pueden aumentar los niveles plasmáticos de diversos fármacos. Existe evidencia clínica de interacción con antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas de metabolismo hepático, betabloqueadores, corticosteroides, teofilina y ciclosporina. También interacciona con:

- Antibacterianos de amplio espectro, porque al verse reducida la flora intestinal puede disminuir la absorción de antihipertensivos, debido al efecto hipertenso intrínseco del estrógeno.
- Antidiabéticos, por su efecto intrínseco hiperglucemiante.
- Anticoagulantes y fármacos que provoquen una inducción del metabolismo hepático, como la griseofulvina, los anticonvulsivos y la rifampicina.

Prurito debido al uso de agentes irritantes

Para su tratamiento, pueden utilizarse anestésicos locales.

Fitoterapia

Existen algunas plantas (como la caléndula, el árbol del té o la lavanda) que, por sus propiedades calmantes y/o antisépticas, se han empleado como coadyuvantes en tratamientos del picor vaginal por vía tópica.

El uso de plantas con fitoestrógenos (como la soja o la cimífuga) se ha generalizado en los últimos años, aunque no pueden extraerse conclusiones sobre su eficacia debido a la escasez de estudios bien controlados y diseñados. Además, los extractos de plantas no son comparables, por no estar estandarizados y presentar distintas titulaciones. Debido a su capacidad de interactuar con los receptores estrogénicos, no se recomienda su uso concomitante con el tratamiento hormonal sustitutivo. Dada la ausencia de estudios que avalen su seguridad, no deben administrarse en caso de tumores hormonodependientes. Del mismo modo, no se recomienda su administración conjunta con tamoxifeno, ya que podrían reducir la eficacia de éste al actuar sobre los mismos receptores estrogénicos. Además, la cimicífuga se ha relacionado con posibles problemas hepáticos.

No se recomienda el uso de isoflavonas durante el embarazo.

Tanto la lidocaína como la benzocaína están indicadas en el tratamiento sintomático y local del prurito vaginal externo causado por el uso de agentes irritantes como jabones, ropa interior, etc.

Deben aplicarse hasta un máximo de 3-4 veces al día. Su efecto aparece rápidamente, tras 2-3 minutos en el caso de la lidocaína y 1 minuto en el de la benzocaína, aunque es muy limitado en el tiempo, ya que puede durar unos 30-45 minutos la primera de ellas y 15-20 minutos la segunda. La lidocaína puede emplearse a partir de los 12 años de edad, y la benzocaína desde los 6 años. No se recomienda su uso en caso de que existan heridas o la piel esté erosionada, ni tampoco durante más de 7 días seguidos salvo criterio médico.

Su empleo está contraindicado en las personas hipersensibles al principio activo o los excipientes, y en general en las mujeres alérgicas a anestésicos locales, tipo amida. Debe usarse con especial precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática.

La lidocaína por vía sistémica es cardiotoxicidad, pero no se ha evaluado la eficacia y seguridad de su administración por vía tópica.

Debe evitarse su empleo en las mucosas y en la piel irritada, con heridas o inflamada, ya que podría aumentar su absorción.

En el embarazo, está catalogada como categoría B de la FDA.

Como reacciones adversas puede ocasionar sensación de irritación, prurito o quemazón. Estas reacciones suelen ser debidas al propio efecto del anestésico sobre los vasos sanguíneos, y son leves y transitorias. La lidocaína raramente produce dermatitis de contacto, y también es muy poco habitual que se produzca hipersensibilidad. ●

Bibliografía

Azcona L. Sequedad vaginal. *Farmacia Profesional*. 2007; 21(4): 56-59. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002142.htm>

Becker N, Gessner U. Canesten® in vaginal mycosis: therapeutic experience with 3784 patients. *Maternal & Child Health*. 1996. Special Edition: 18-23.

Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M. *Manual Merck*, 11.ª ed. Madrid: Elsevier, 2007; 2.302-2.303.

Bonet R, Garrote A. Sequedad vaginal. Casos prácticos. *Farmacia Profesional*. 2010; 24(5): 60-64.

Candidiasis vulvovaginal. *Panorama Actual del Medicamento*. 2004; 28: 890-891.

Chew SY, Cheah YK, Seow HF, Sandai D, Than LTL. Probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Lactobacillus reuteri* RC-14 exhibit strong antifungal effects against vulvovaginal candidiasis-causing *Candida glabrata* isolates. *J Applied Microbiol*. 2015; 118: 1.180-1.190.

Escorsell J. *Lactobacillus plantarum* P 17630. *Drugs Today*. 2007; 43(5): 1-14.

Fitoterapia.net. Disponible en: http://www.fitoterapia.net/vademecum/vademecum_plantas_portada_editor.php

Higiene íntima femenina. *Panorama Actual del Medicamento*. 2008; 32(316): 905-908.

López-Álvarez XL, García P, Romero JM, Conde L. Candidiasis vaginal. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/vaginitis-por-candidas.2014>

Martín MJ, Morales MA, Clares B, Ruiz MA. Vaginitis: etiología, diagnóstico y profilaxis. *Ars Pharm*. 2012; 53(4): 32-40.

Martínez García ML. Tratamientos de los sofos: nuevas alternativas terapéuticas. *Sendagaik*. 2014; 1(27): 1-3.

Medicamentos y embarazo: Actualización. *In-fac*. 2013; 21(7): 46-54.

Peinador MM. Candidiasis vulvovaginal. En: Álvarez Calatayud G, Martínez Gómez MJ, Albertos Rubio S, Galicia de Pedro I. *Probioticoterapia en gastroenterología*. Madrid: Pharma and Health Consulting, 2013.

Vilela SF, Barbosa JO, Rossoni RD, et al. *Lactobacillus acidophilus* ATCC4356 inhibits biofilm formation by *C. albicans* and attenuates the experimental candidiasis in *Galleria mellonella*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25654408>

Zardain E. Candidiasis vaginal: indicación farmacéutica. *Argibideak*. 2013; 23(5): 23-25.

