

CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS VAGINAL EN MUJER EMBARAZADA, EN LA CIUDAD DE QUITO, PERIODO MARZO-NOVIEMBRE DEL 2020

Autor

María Isabel Salem Abarca (1)

RESUMEN

La Candidiasis es una infección producida por el hongo *Cándida albicans*, el cual causa prurito vulvar, irritación vaginal, leucorrea, entre otros. Este microorganismo afecta al individuo que se encuentra en estado de susceptibilidad, como, por ejemplo, el embarazo. Se da a conocer el caso de una paciente embarazada, con diagnóstico presuntivo de Candidiasis vaginal recurrente, tratada al inicio con Clotrimazol al 2% en crema vaginal durante tres días, consecutivamente se solicita examen microbiológico y citología cérvico-uterina, teniendo como resultado, levaduras en gemación +, investigación de hongos KOH positivo, inflamación moderada asociada a *Cándida*; lo que permitió confirmar el diagnóstico. Siendo una patología recurrente se prescribe a la semana 20, Clotrimazol al 2% crema vaginal por 14 días, posteriormente se solicita cultivo y antibiograma de secreción vaginal en el que se identificó *Cándida albicans*, colonias en abundante desarrollo. En la semana 36 de embarazo se ofreció tratamiento con fluconazol 150mg única dosis más miconazol crema vaginal al 2% un aplicador diario por 7 días. A la semana 38 se solicita examen microbiológico de control, teniendo resultados de investigación de hongos KOH negativo y bacilos de Doderlein +++ logrando un parto a término con binomio madre e hija en buenas condiciones. Se concluye que en candidiasis vaginal recurrente no complicada, al prescribir fluconazol 150mg en dosis única más miconazol 2% por 7 días en el tercer trimestre de gestación se erradica la infección en la madre, se evita la presentación de efectos teratogénos y contaminación a neonato.

Palabras clave: *Candidiasis vaginal, embarazo, azoles, efectos teratogénicos.*

ABSTRACT

Candidiasis is an infection produced by the *Candida albicans* fungus, which causes vulvar itching, vaginal irritation, leucorrhea, among others, this microorganism affects the individual who is in a state of susceptibility such as pregnancy. A case of a pregnant patient is reported, with a presumptive diagnosis of recurrent vaginal candidiasis, treated at the beginning with Clotrimazole 2% vaginal cream for three days, consecutively a microbiological examination and cervico-uterine cytology are requested, resulting in budding yeasts +, KOH positive fungal screening, moderate candida associated inflammation; which allowed to confirm the diagnosis. Being a recurrent pathology, at week 20, Clotrimazole 2% vaginal cream is prescribed for 14 days, later a culture and an antibiogram of vaginal secretion are requested in which *Candida albicans* is identified, colonies in abundant development. In week 36 of pregnancy, treatment was given with fluconazole 150mg a single dose plus miconazole 2% vaginal cream, a daily applicator for 7 days and clotrimazole 2% cream, one application in the genital area, daily for 7 days as a preventive treatment for the husband. At week 38, a control microbiological examination is requested, having negative results of KOH fungi and Doderlein +++ bacilli. achieving term delivery with mother and daughter binomial in good condition. It is concluded that in uncomplicated recurrent vaginal candidiasis, by prescribing fluconazole 150mg in a single dose plus miconazole 2% for 7 days in the third trimester of gestation, the infection is eradicated in the mother, avoiding teratogenic effects and contamination of the newborn.

Keywords: *Vaginal candidiasis, pregnancy, azoles, teratogenic effects.*

1) Docente de la Universidad Central de Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia.

Correspondencia: María Isabel Salem Abarca.

Dirección: Quito - Ecuador.

Teléfono: 593- 994902791

Correo electrónico: mariaisabelsalem.a@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Candidiasis es una infección causada por el microorganismo *Cándida albicans*, el cual aumenta si se presentan estados de susceptibilidad, como el embarazo, por su afinidad con las células epiteliales vaginales, incremento de estrógenos y concentración de glucógeno, causando síntomas como prurito vulvar, irritación vaginal, leucorrea, entre otros¹.

Es considerada la segunda causa más común de las infecciones vaginales, presentándose en el Ecuador un 46.1%, la cual afecta a hombres y mujeres, teniendo un impacto negativo sobre el desarrollo del embarazo, parto y salud del recién nacido².

Dada la incidencia de esta patología, es de gran importancia conocer el diagnóstico, evaluación y tratamiento oportuno con evidencia científica, para evitar morbilidad materno-neonatal; lo que implica a los profesionales que prestan atención a la madre en el periodo de gestación, en el parto y en el puerperio³.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente embarazada de 37 años de edad, con instrucción superior, casada, residente en zona urbana, al norte de la ciudad de Quito-Ecuador, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, quien da su consentimiento para publicación del presente caso.

Acude a la primera consulta prenatal a las 11 semanas de edad gestacional, presentando prurito vaginal y secreción blanca desde quince días de evolución.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Al examen físico se observa una leucorrea blanquecina, grumosa en moderada cantidad y una vulva con signos de inflamación. Se prescribe Clotrimazol al 2% en crema vaginal, un aplicador diario durante 3 días.

CRONOLOGÍA

Al siguiente control prenatal la paciente manifiesta prurito vulvar constante. En el examen genital, al colocar el espéculo endovaginal, se observa una secreción blanca, grumosa, en escasa cantidad.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se solicita examen de Gram y Fresco de secreción vaginal, el cual ofrece el siguiente resultado: bacterias +++, levaduras en gemación +, investigación de hongos KOH positivo; Gram: bacilos gram positivos de Doderlein +++, levaduras en gemación +.

Se solicita citología cérvico-uterina, la cual que reporta: células endocervicales típicas y reactivas, flora bacteriana bacilar, moderada cantidad de polimorfonucleares, negativo para LIE y/o malignidad, citología inflamatoria moderada asociada a *Cándida*. Cultivo y antibiograma de secreción vaginal: *Cándida albicans*, colonias en abundante desarrollo, antibiograma: sensible a todos los antimicóticos azoles.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Con el resultado del Gram y Fresco de secreción vaginal se prescribe clotrimazol al 2% crema vaginal por 14 días.

En la semana 36 de embarazo, la paciente con la misma sintomatología acude a la consulta con los resultados de la citología cérvico-uterina y el cultivo y antibiograma de secreción vaginal descritos.

Se prescribe fluconazol 150mg dosis única más miconazol en crema vaginal al 2% un aplicador diario por 7 días.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

En cuanto a la sintomatología, la paciente presenta mejoría y se observa un resultado de control con estudio de Gram y Fresco de secreción vaginal que reporta: bacterias +++, investigación de hongos KOH negativo; Gram: bacilos de Doderlein +.

La paciente termina su embarazo con un parto normal, embarazo a término con binomio madre e hija en buenas condiciones. Recién nacido con peso adecuado para la edad gestacional. No se presentan síntomas clínicos de infección vaginal ni signos a la exploración física genital.

DISCUSIÓN

La candidiasis vulvo-vaginal en el embarazo es una situación compleja, no solo por los cambios inmunitarios propios de la gestación sino por las variaciones en los niveles de estrógenos, hormona que contribuye a la adherencia del hongo al epitelio vaginal⁴.

Previamente se ha evaluado el riesgo de aborto espontáneo con la administración de antimicóticos en el primer trimestre de la gestación, concluyendo que la misma no implica riesgo de malformación congénita^{5,6}, hallazgo que se encuentra acorde al resultado que se expone en el presente estudio. También se ha señalado que las mujeres colonizadas por *Cándida* spp durante el segundo trimestre del embarazo tienen tasas más altas de parto prematuro y menor peso del neonato al nacimiento, en comparación con aquellas colonizadas en el primer trimestre⁷. En el presente estudio se obtuvo un recién nacido con peso adecuado para la edad gestacional, lo cual concuerda con el resultado de Holzer y colaboradores. En relación a las pruebas diagnósticas utilizadas en este caso, Donders y colaboradores apoyan el estudio de la secreción vaginal con el examen en fresco al microscopio, que permite una respuesta inmediata fácil y económica⁸.

En cuanto a la posibilidad de que exista resistencia, como lo expone Chew y colaboradores en su investigación⁹ el estudio de cultivo y antibiograma solicitado en la presente investigación puso en evidencia la sensibilidad al fluconazol, medicamento que se administró en el tercer trimestre de la gestación. Zhu y colaboradores señalan que Fluconazol no se asocia en el primer trimestre de la gestación con hendiduras orales o malformaciones conotruncuales, pero se encontró una asociación con malformaciones musculoesqueléticas¹⁰. Bérard y colaboradores¹¹ en un estudio de corte realizado desde 1998-2015 en Quebec, Canadá, evaluó el efecto de las exposiciones bajas y altas al fluconazol durante el embarazo y señaló que cualquier exposición materna al fluconazol durante el embarazo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo y las dosis superiores a 150mg durante el primer trimestre pueden aumentar el riesgo de anomalías en el cierre del tabique cardíaco.

Este estudio contrasta con el meta análisis realizado por Alsaad y colaboradores¹² quienes concluyen que el uso de fluconazol en el primer trimestre no parece aumentar el riesgo general de malformaciones congénitas. En la presente investigación se ofreció fluconazol en el tercer trimestre de la gestación, lo que escapa de las posibilidades previamente descritas, y la actuación que se encuentra apoyada en investigaciones como la de Paquete y colaboradores¹³ en el cual se recalca que no se encontró asociación con la administración de fluconazol en el embarazo y muerte fetal y se señala que las prácticas seguras dentro del embarazo constituyen confirmar el

diagnóstico correcto y luego elegir el medicamento más seguro con la mayor cantidad de datos posible.

La FDA en el 2016 menciona que al presentarse una vaginitis recurrente se puede prescribir 150mg de fluconazol en el tercer trimestre de embarazo para evitar efectos teratogénicos, lo que concuerda con el artículo presente¹⁴.

CONCLUSIÓN

Captación de madre gestante desde las primeras semanas de gestación para brindar tratamiento oportuno.

Siendo una patología vulvo-vaginal, no complicada pero frecuente se debe captar a la madre gestante desde las primeras semanas de gestación en el Primer Nivel de Atención, para evitar complicaciones y ser referidas a otros niveles de atención de mayor complejidad.

El medicamento de primera elección en el primer trimestre de gestación es el Clotrimazol al 2% crema vaginal, un aplicador diario, durante 3 días. En candidiasis vaginal recurrente no complicada se puede prescribir fluconazol 150 mg, dosis única vía oral, más miconazol 2% crema vaginal, 1 aplicador diario por 7 días, en el tercer trimestre de embarazo, para evitar efectos teratogénicos, erradicar la infección en la madre y evitar contaminación del neonato.

INFORME DE CONSENTIMIENTO

La paciente ofreció su consentimiento informado para la publicación.

REFERENCIAS

1. Intriago, A., Sarango, N., Poveda, D., & Boderó, C. La candidiasis vaginal y su incidencia en embarazadas de 20 a 24 años. *Polo del Conocimiento* 2017; 2(7): 273-284. Obtenido de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/File/240/pdf>.
2. Sánchez, E., Couce, A., Díaz, A., Fernández, S., Busto, B., Rodríguez, M., Gómez, M. Efectos de la Candidiasis Vaginal sobre el embarazo y el parto. *Ocronos*. 2019 Obtenido de <https://revistamedica.com/efectos-candidiasis-vaginal-embarazo-parto/>.

3. MSP. Diagnóstico y tratamiento de la infección vaginal en obstetricia, guía de practica clinica. Quito. (2014).
4. Boutsikou T. Topical azoles in pregnancy: commentary on drug use dilemma. *BJOG*. 2018 Nov;125(12):1557. doi: 10.1111/1471-0528.15327. Epub 2018 Jul 11. PMID: 29889347.
5. Rotem R, Fishman B, Daniel S, Koren G, Lunenfeld E, Levy A. Risk of major congenital malformations following first-trimester exposure to vaginal azoles used for treating vulvovaginal candidiasis: a population-based retrospective cohort study. *BJOG*. 2018 Nov;125(12):1550-1556. doi: 10.1111/1471-0528.15293. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29790255.
6. Daniel S, Rotem R, Koren G, Lunenfeld E, Levy A. Vaginal antimycotics and the risk for spontaneous abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jun;218(6):601.e1-601.e7. doi: 10.1016/j.jagob.2018.02.013. Epub 2018 Mar 3. PMID: 29510088.
7. Holzer I, Farr A, Kiss H, Hagmann M, Petricevic L. The colonization with *Candida* species is more harmful in the second trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Apr;295(4):891-895. doi: 10.1007/s00404-017-4331-y. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28255766; PMCID: PMC5350239.
8. Donders G, Baptista PV. Clinical Validation of a Test for the Diagnosis of Vaginitis. *Obstet Gynecol*. 2017 Oct;130(4):912. doi: 10.1097/AOG.0000000000002280. PMID: 28937557.
9. Chew SY, Than LT. Vulvovaginal candidosis: contemporary challenges and the future of prophylactic and therapeutic approaches. *Mycoses*. 2016 May;59(5):262-73. doi: 10.1111/myc.12455. Epub 2016 Jan 13. PMID: 26765516
10. Zhu Y, Bateman BT, Gray KJ, Hernandez-Diaz S, Mogun H, Straub L, Huybrechts KF. Oral fluconazole use in the first trimester and risk of congenital malformations: population based cohort study. *BMJ*. 2020 May 20;369:m1494. doi: 10.1136/bmj.m1494. PMID: 32434758; PMCID: PMC7237981.
11. Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Gorgui J, Bernatsky S, de Moura CS, Abrahamowicz M. Associations between low- and high-dose oral fluconazole and pregnancy outcomes: 3 nested case-control studies. *CMAJ*. 2019 Feb 19;191(7):E179-E187. doi: 10.1503/cmaj.180963. PMID: 30782643; PMCID: PMC6379167
12. Alsaad AM, Kaplan YC, Koren G. Exposure to fluconazole and risk of congenital malformations in the offspring: A systematic review and meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 2015 Apr;52:78-82. doi: 10.1016/j.reprotox.2015.02.009. Epub 2015 Feb 25. PMID: 25724389.
13. Paquette VC, Elwood C. The safety of oral fluconazole therapy in pregnancy. *CMAJ*. 2019 Feb 19;191(7):E177-E178. doi: 10.1503/cmaj.190079. PMID: 30782642; PMCID: PMC6379176
14. FDA. Comunicación de la FDA sobre seguridad de los medicamentos: La FDA revisará el estudio que examina el uso de fluconazol por vía oral (Diflucan) en el embarazo 2016. Obtenido de <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicacion-de-la-fda-sobre-seguridad-de-los-medicamentos-la-fda-revisara-el-estudio-que-examina-el>