

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

USO DE PALOMACARE®: CASOS CLÍNICOS

Atrofia vaginal *Marcos Fernández M*

Episiotomía *Agüero M*

Mucositis vaginal por radioterapia *Salas Buzón MC*

Vaginitis inespecífica *Vila J, Forgiarini A, Millet A*



Caso Clínico

Atrofia vaginal

Vaginal atrophy

Marcos Fernández, M.

Hospital Universitario Madrid Montepíncipe

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 42 años tras ser diagnosticada de cáncer de mama y recibir radioterapia y quimioterapia acude a consulta por notar sequedad vaginal y sensación de escozor y prurito continuo que restringe su vida sexual de forma importante.

OBJETIVO

Recuperar la salud vaginal para poder mantener una vida sexual adecuada a su edad y condición.

ANAMNESIS

Antecedentes Personales

Diagnosticada de cáncer de mama hace 18 meses. Realizó tratamiento quirúrgico conservador y biopsia selectiva de ganglio centinela. El resultado anatomopatológico fue de carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, con receptores estrogénicos positivos y Erb2 negativo (Subtipo luminal A). Recibe posteriormente radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal con tamoxifeno.

Evolución

Tras tratamiento quimioterápico, permanece en amenorrea con valoración hormonal de hipoestronismo hipergonadotrófico. Desde este momento comienza con sintomatología vulvovaginal de sequedad (escozor y prurito), falta de lubricación, falta de elasticidad vaginal, molestias al mantener relaciones sexuales y por tanto descenso importante de las relaciones sexuales.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Inspección

Se observa con claridad signos que hacen referencia a la existencia de una atrofia vulvovaginal, como es la disminución del tamaño de los labios menores, la presencia de Petequias vaginales, la pérdida de elasticidad vaginal y la presencia de rigidez con pérdida de la rugosidad vaginal y una prominencia del meato uretral.

Pruebas complementarias

Citología vaginal: atrofia vaginal. Flora cocácea. Ausencia de lesiones displásicas.

Ecografía Transvaginal: Aparato genital normal. Útero en ante, regular, con una histerometría de 42.28 mm y una línea media endometrial de aspecto atrófico de 2.8 mm. Anejos sin patología ultrasónica.

CORRESPONDENCIA:

Manuel Marcos Fernández.

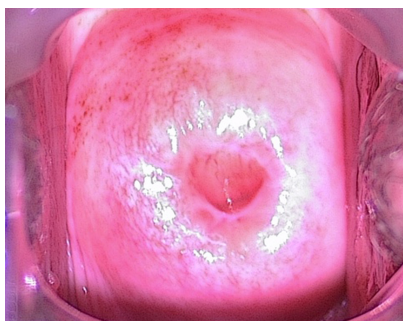
Avda. de Montepíncipe 25.
Boadilla del Monte. Madrid. 28262.
mmarcos@egom.es



ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Valoradas las distintas posibilidades terapéuticas adaptables a su circunstancia clínica, se decide establecer tratamiento local con un hidratante vaginal, en este caso utilizamos **PALOMACARE® gel vaginal**.

Pauta establecida: Una cánula diaria durante 2 semanas para pasar a continuación una cánula 2 veces por semana. Asociamos también **PALOMACARE® espuma sensitiva** vulvovaginal para la higiene íntima de forma diaria.



RESULTADOS

- En una primera valoración a las dos semanas de inicio de tratamiento, la sensación de sequedad vaginal va remitiendo y han desaparecido tanto el escozor como el prurito vulvovaginal, con una percepción clara de mejoría por parte de la paciente.
- Ha comenzado a mantener relaciones sexuales con una mayor regularidad, por lo que ella percibe y refiere una mejora de su vida sexual y por tanto también de su relación de pareja.
- En cuanto a la inspección, se percibe una clara mejoría del aspecto a nivel vulvar y vaginal con menos molestias a la introducción del espéculo vaginal.

Tras 2 meses es revaluada en consulta, nos indica que su vida sexual vuelve a ser como al principio, y que la asociación entre el tratamiento y el mantenimiento regular de relaciones sexuales han mejorado claramente su calidad de vida.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

La atrofia vulvovaginal forma parte sintomática del Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGUM) descrito por Portman en el año 2014, en el que se añaden a los síntomas genitales (sequedad, ardor, irritación...)

y sexuales (descenso de lubricación, incomodidad/molestia y daño funcional), síntomas urinarios (urgencia miccional, disuria e infecciones urinarias de repetición). Podríamos situar en el centro de la sintomatología del SGUM a la atrofia de la mucosa vaginal, como origen del resto de signos y síntomas. Ver Figura 1.



Figura 1. Atrofia vaginal: signos y síntomas.

Los cambios que suceden en el área genitourinaria en la mujer menopáusica son debidos claramente al descenso de niveles estrogénicos circulantes, originado por el fallo ovárico en cuanto a la secreción hormonal.

Una de las causas del fallo ovárico precoz es el uso de quimioterapia para el tratamiento del cáncer de mama. Esta circunstancia hace que se pueda producir este síndrome en mujeres más jóvenes, donde la solución terapéutica es limitada, sobre todo en los casos de tumores hormonodependientes en los que está contraindicada la terapia hormonal (tanto sistémica como local) y en los que tampoco está indicado el ospemifeno (SERM). Por tanto, estas mujeres presentan no solo sintomatología local vulvovaginal, sino que padecen también repercusiones en la esfera sexual. La sintomatología local hace que las relaciones sexuales sean insatisfactorias y por tanto se vayan distanciando cada vez más, lo que repercute negativamente sobre la calidad y salud vaginal, y que da comienzo a un círculo vicioso que debemos romper. Ver Figura 2.

De este modo, aplicando algún tratamiento que pueda revertir esta situación, conseguiremos que las relaciones sexuales sean algo más satisfactorias y aumente la frecuencia de las mismas, contribuyendo a mejorar la salud vaginal y por tanto la calidad de vida.



Figura 2.Alteraciones en la respuesta al estímulo sexual. Dependencia hormonal de la vagina. Menoguía salud vaginal 2014, AEEM.

No hay que olvidar que este tipo de pacientes de edad más joven que aquellas en las que cesa la actividad ovárica a edades más tardías, una de las demandas clínicas que más nos transmiten es precisamente la incomodidad para mantener relaciones sexuales.

En el caso clínico que nos ocupa se trata de una paciente diagnosticada de un cáncer de mama hormonodependiente (Luminal A), que ha recibido tratamiento quimioterápico y, como consecuencia, se ha producido un fallo ovárico precoz que ha dado lugar a una atrofia del área vulvo-vaginal que le produce molestias e incomodidad al mantener relaciones sexuales. En este caso, al no poder utilizar terapia hormonal, los hidratantes adquieren un papel primordial en el tratamiento de esta sintomatología. De hecho, son el tratamiento de elección en todos los protocolos y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas relacionadas.

En este caso, he elegido PALOMACARE® gel vaginal por su función hidratante y reparadora de la mucosa vaginal y he asociado una espuma de higiene íntima (PALOMACARE® espuma sensitiva) que aporta también su beneficio local.

La respuesta en corto periodo de tiempo es percibida por la paciente de forma satisfactoria y esta circunstancia hace que la adherencia al tratamiento sea mejor y se prolongue en el tiempo la cumplimentación terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano A, et al. Documento de Consenso SEGO-AEEM sobre terapia hormonal sustitutiva. Prog Obstet Ginecol 2005;48(8):418-20.
2. Gómez Dosman IC, Castaño Botero JC. Comportamiento de los estrógenos en la patogénesis y tratamiento de la disfunción del tracto urinario inferior. Urología Colombiana. 2006 (consultado el 18 de febrero de 2010). Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/diciembre-2006/010.pdf>.
3. Sarsotti CJ. El Envejecimiento urogenital. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio (consultado el 10 de febrero de 2010). Disponible en: http://www.aepec.org/trab_cientificos/19.htm.
4. Sturdee DW y Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. On behalf of International Menopause Society Writing Group. Climacteric. 2010 Dec;13(6):509-22. • Menoguía salud vaginal (2014) AEEM. SEGO.
5. Palacios S, et al. Recomendaciones de la SEGO sobre prevención y tratamiento de la atrofia vaginal. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(8):408-15.
6. North American Menopause Society. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013

- position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013 Sep;20(9):888-902.
7. Portman DJ, et al. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*. 2014 Oct;21(10):1063-8.
 8. Sturdee DW et al. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010 Dec;13(6):509-22.
 9. Nappi RE et al. The CLOSER (Clarifying Vaginal Atrophy's Impact On Sex and Relationships) survey: implications of vaginal discomfort in postmenopausal women and in male partners. *J Sex Med*. 2013 Sep;10(9):2232-41.
 10. Palacios, S. Cabello, MJ. Guía práctica de asistencia del síndrome urogenital de la menopausia (SEGO). Actualización 2015. Madrid: SEGO; 2015.
 11. Palacios S, Mejía A and Neyro JL. Treatment of the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric* 2015;18:1-7.
 12. González S, Cornellana MJ, Cabello MJ. Percepción y actitudes de los ginecólogos españoles frente al síndrome genitourinario de la menopausia. Estudio VUVAGINE. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(3):134-140.
 13. Palacios, S. Actualización en el tratamiento de la atrofia vaginal. XVII Edición SAMEM 2013.

Caso Clínico

Episiotomía

Episiotomy

Agüero, M.

*Servicio de Ginecología
Hospital del Mar. Barcelona*

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, gestante de 41.3 semanas a la que se indica realizar una inducción del parto por gestación cronológicamente prolongada.

AP: No AMC. No HT. No antecedentes médicos de interés. Intervenciones quirúrgicas: miopía.

AGO: Menarquia 12 años, TM 5/27, TPAL 0.0.1.0 (1 aborto bioquímico) FUR 02/12/18.

Seguimiento gestacional: correcto, gestación de bajo riesgo. Destaca cultivo vaginal negativo para *Streptococo agalactiae*.

EVOLUCIÓN

Se inicia inducción del parto mediante maduración cervical con Dinoprostona vaginal, hasta conseguir el inicio de la fase activa del trabajo de parto, con una evolución correcta, hasta una dilatación completa (tercer plano de Hodge). Tras re-evaluar se decide aplicar Forceps de Naegele, para abreviar el expulsivo y se practica una episiotomía lateral derecha.

Resultado perinatólogo correcto, obteniendo un

CORRESPONDENCIA:

Agüero, M.
Servicio de Ginecología
Hospital del Mar. Barcelona

recién nacido femenino 3304 g. Apgar 9/10/10 pHv: 7.31. Lactancia materna inhibida con Cabergolina.

La paciente es dada de alta a las 48 horas posparto con una evolución satisfactoria del puerperio mediato.

Tras 5 días de puerperio, consulta a la comadrona por presentar dolor de fuerte intensidad a nivel de la episiorrafia, con incapacidad para sedestación y leve mejoría tras analgesia.

A la exploración la episiorrafia era normal, no se objetiva dehiscencia de sutura ni signos de infección. Se observan signos de inflamación y destaca dolor al tacto.

Se decide iniciar Palomacare® gel vulvar tópico a demanda (mínimo 2 veces al día) y control en 1 semana.



Basal

PRIMERA SEMANA

Refiere haber utilizado Palomacare® gel vulvar 2-3 veces al día con mejoría del dolor y leve alivio al sentarse.

A la exploración: a nivel de la piel hay disminución de la zona inflamada y menos dolor al tacto. Mucosa con una evolución de cicatrización correcta. No se observan signos de infección. Se visualiza material de sutura pero ningún punto doloroso. Mantenemos tratamiento con Palomacare® gel vulvar.



Control 1ª semana

SEGUNDA SEMANA

Control tras 2 semanas de uso de Palomacare® gel vulvar a nivel de episiorrafia.

Refiere mejoría significativa del dolor y sensación de



Control 2ª semana

alivio tras aplicarse el producto. Ya puede sentarse y caminar sin dolor.

A la exploración: a nivel de piel, en angulo de episiorrafia persiste pequeña induración secundaria a la sutura con escaso dolor al tacto. Mucosa vaginal completamente cicatrizada.

No se evidencian signos de infección. No se visualiza material de sutura.

CUARTA SEMANA

Control tras 4 semanas de uso de Palomacare® gel vulvar a nivel de episiorrafia.

Actualmente asintomática, sedestación correcta.

No presenta otra sintomatología. Refiere notar mucho alivio tras aplicarse el producto.

A la exploración: destaca una correcta cicatrización de la mucosa vaginal sin zonas de retracción ni pérdida de elasticidad. A nivel de piel, una cicatrización correcta.

Tras confirmar una evolución satisfactoria se decidió alta del seguimiento.



Control 4ª semana

Caso Clínico

Mucositis vaginal por radioterapia

Radiation therapy vaginal mucositis

Salas Buzón MC

Doctora en Medicina. Especialista en Oncología Radioterápica. Profesora asociada doctor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 62 años, diagnosticada de un adenocarcinoma de endometrio, precoz, tratada de forma adyuvante con Braquiterapia endovaginal de alta tasa (BTV-HDR) exclusiva, que presenta como efecto secundario agudo mucositis vaginal post-radioterapia, estando indicado prescribir un tratamiento local que acorte y mejore los síntomas.

OBJETIVO

Mejorar, reducir y acortar la mucositis vaginal leve que provoca el tratamiento radioterápico post-cirugía, con la finalidad de que remita la sintomatología en el menor tiempo posible.

ANAMNESIS

Antecedentes personales

No alergias ni diabetes mellitus o hipertensión arterial. No hábitos tóxicos.

Legrado a los 23 años, menopausia a los 49 años, 3

embarazos, 1 aborto y 2 partos a término.

Evolución

Metrorragia postmenopáusica de cuatro meses de evolución. Tras histeroscopia y biopsia se obtiene el diagnóstico de hiperplasia compleja con atipia (neoplasia endometrial intraepitelial). En Resonancia Magnética Nuclear pélvica se aprecia endometrio de 15 mm, sin adenopatías pélvicas patológicas.

Se decide tratamiento quirúrgico mediante histerectomía y doble anexectomía con estudio intraoperatorio de la pieza. Esta se lleva a cabo, apreciando infiltración > del 50% del miometrio, completando la cirugía con linfadenectomía laparoscópica pélvica y paraórtica. Anatomía patológica definitiva: adenocarcinoma endometrioide de endometrio bien diferenciado G1, con infiltración del miometrio mayor del 50%, no invasión vasculo-linfática. No otros factores pronósticos negativos. 10 ganglios aislados sin infiltración tumoral. pT1BN0M0, Estadio tumoral (FIGO 2009): IB, G1. Citología de cúpula vaginal post-cirugía: negativa para malignidad.

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Tras valoración en Comité de Tumores, se decide tratamiento adyuvante con radioterapia (RT), concretamente con BTV-HDR exclusiva. Esta se completa a través de un cilindro vaginal, que permite la irradiación del tercio proximal de la cúpula vaginal mediante la administración de una fracción semanal, durante tres semanas sucesivas.

CORRESPONDENCIA:

María del Carmen Salas Buzón

Facultad de Medicina
de la Universidad de Cádiz

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

En la especuloscopia realizada al completar la última fracción de BTV-HDR se aprecia que en el tercio proximal de la cúpula vaginal, existe enrojecimiento de la mucosa vaginal con un aspecto rojizo-brillante, secreción



serosa ligera-fluida y dolor-molestia con la distensión del espéculo, todo ello compatible con mucositis vaginal por radioterapia, en grado leve o grado 1.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Se indica lavado de genitales externos con una solución de Bencidamida, dos veces al día y administración de un gel intravaginal de uso diario, concretamente Palomacare® gel vaginal. Pauta establecida: una cánula diaria por la noche durante un mes.

RESULTADOS

Al mes, en la primera revisión oncológica, la paciente manifiesta mejora de la sensación de inflamación y quemazón vaginal. En la especuloscopia se aprecia la



mucosa vaginal con un aspecto más sonrosado y menos brillante, sin flujo y con menos molestia subjetiva a la introducción del espéculo.

Se le indica que continúe con Palomacare® gel vaginal durante un mes más, una cánula por la noche dos veces por semana.

En la revisión posterior a los tres meses de finalizado el tratamiento, la paciente manifiesta que la sintomatología genital remitió completamente y ha reanudado las relaciones sexuales de forma moderada, ayudándose de un gel lubricante vaginal hidrosoluble.

En la especuloscopia se aprecia la mucosa vaginal sin signos de mucositis vaginal, aspecto sonrosado y sin telangiectasias.

OBSERVACIÓN Y COMENTARIOS

La incidencia de la mucositis vaginal por RT no está bien documentada porque los grandes ensayos prospectivos no han informado sistemáticamente de las tasas de morbilidad vaginal. La patogenia es similar a los cambios inducidos por la RT observados en otras superficies mucosas. Están desencadenados por la pérdida del epitelio vaginal. Clínicamente, en las primeras semanas de tratamiento los cambios agudos de la mucosa vaginal van desde el eritema y descamación hasta la ulceración superficial, que puede estar asociada con cambios exudativos, secreción serosa, predisposición a la infección y cambios en el microbioma vaginal (1).

A continuación se producen una serie de cambios del tejido conectivo con destrucción de glándulas, disminución de la lubricación (2), obliteración de los pequeños vasos y fibrosis muscular (Figura 1).

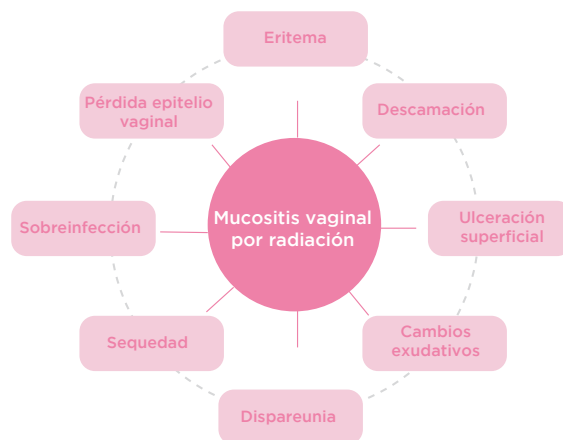


Figura 1. Patogenia de la mucositis vaginal por radiación.

Las tasas más altas de incidencia de morbilidad vaginal aguda se observan en el tratamiento definitivo del cáncer de cuello uterino localmente avanzado, en el que se asocia RT externa a quimioterapia (QT) y posterior braquiterapia intrauterina (3). Las pacientes que reciben QT también son más susceptibles a infecciones por hongos. La irritación vaginal puede ser secundaria al tratamiento o a la sobreinfección. El flujo vaginal aumentará durante la BTV-HDR, aunque ello no implique necesariamente sobreinfección. La mucositis vaginal confluyente que indica morbilidad de grado 2, es un factor de riesgo para la sobreinfección por *Cándida*.

En el tratamiento radioterápico post-cirugía del cáncer de endometrio, también puede presentarse mucositis vaginal aguda que generalmente es leve y transitoria, no siendo esta circunstancia, óbice para que no se le preste adecuada atención.

Todo ello puede llevar a una disfunción sexual e interferir con la calidad de vida tanto en pacientes jóvenes como de más edad.

Es una prioridad del oncólogo radioterápico, conseguir que la sintomatología secundaria al tratamiento oncológico revierta en el menor tiempo posible. Por ello indicamos de forma sistemática pautas de cuidados ginecológicos y recomendaciones post-tratamiento con RT externa o BTV-HDR. Es en este momento donde juega un papel importante la administración de geles vaginales que tengan propiedades de reepitelización de la mucosa vaginal, hidratándola, ayudando al reequilibrio de la microbiota vaginal, mejorando en general la salud vaginal y el bienestar de la paciente (Figura 2).

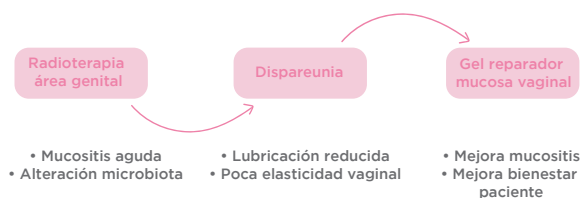


Figura 2. Papel del gel reparador de la mucosa vaginal tras Radioterapia.

Al recomendar a la paciente tras el tratamiento con braquiterapia endovaginal HDR usar Palomacare® gel vaginal, una cánula diaria al acostarse durante un mes, con propiedades hidratantes y reparadoras de la mucosa vaginal y sin componentes hormonales, contribuimos a la rápida regeneración del epitelio vaginal, con mejora de la sensación subjetiva de quemazón y molestias

vaginales. Es recomendable asociar un antiséptico vaginal de tipo bencidamida o una espuma de higiene íntima (Palomacare® espuma sensitiva).

CONCLUSIONES

La RT, representa un importante arma terapéutica en el manejo de la mayoría de los cánceres ginecológicos. En las más importantes guías basadas en la evidencia, la RT se indica por encima del 60% de los cánceres de cérvix uterino, del 45% de los cánceres de endometrio y en el 100% de los cánceres de vagina. Aplicada en forma de RT externa o braquiterapia uterino-vaginal (4).

La morbilidad aguda vaginal leve-moderada se presenta en un 30% de los casos en forma de mucositis vaginal aguda transitoria, que requiere de cuidados específicos del área genital, debiendo indicarse inmediatamente tras la finalización del tratamiento.

Los geles vaginales con propiedades hidratantes y reparadoras del epitelio vaginal para usar durante 30-35 días post-radioterapia, son fundamentales para mejorar la mucositis aguda vaginal no complicada, ayudando a la regeneración fisiológica del epitelio de la mucosa vaginal.

Las pacientes, al remitir los síntomas del área genital con la ayuda de un gel vaginal como Palomacare®, consiguen recuperar la calidad de vida que interfirió el tratamiento oncológico radioterápico.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Muls A, Andreyev J, Lalondrelle S, et al. The impact of cancer treatment on the gut and vaginal microbiome in women with a gynecological malignancy. *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2017;27:1550–1559.
2. Kollberg KS, Waldenström AC, Bergmark K, et al. Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors. *Acta Oncol. (Madr)*. 2015;54:772–779.
3. Kirchheiner K, Nout RA, Tanderup K, et al. Manifestation Pattern of Early-Late Vaginal Morbidity After Definitive Radiation (Chemo) Therapy and Image-Guided Adaptive Brachytherapy for Locally Advanced Cervical Cancer: An Analysis From the EMBRACE Study. *Int. J. Radiat. Oncol*. 2014;89:88–95.
4. Bradley, Kristin A., McHaffie DR. Treatment-related toxicity from the use of radiation therapy for gynecologic malignancies. In: Goff B, ed. *Uptodate*, Waltham, Mass.: UpToDate.; 2019.

Caso Clínico

Vaginitis inespecífica

Nonspecific vaginitis

Vila J^{1,4}, Forgiarini A^{2,4}, Millet A^{3,4}

1 Servicio de Ginecología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

2 Servicio de Reproducción. Instituto Medicina Reproductiva IMER. Valencia.

3 Servicio de Ginecología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

4 Clínica Millet. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las vulvovaginitis se consideran una de las consultas ginecológicas más frecuentes, aunque su incidencia real es desconocida. La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva, la vagina o de ambas estructuras y suele cursar con distintos grados de eritema, prurito, secreción anómala y, en ocasiones, puede presentar otros síntomas relacionados tales como disuria, dispareunia o sangrado vaginal. Habitualmente, la causa de las vulvovaginitis suele ser infecciosa, aunque también existen vulvovaginitis de origen no infeccioso, siendo la vaginitis atrófica la entidad más prevalente sobre todo en mujeres posmenopáusicas. Para establecer un correcto diagnóstico de las vulvovaginitis es imprescindible la obtención de una detallada historia clínica y la realización de una exploración física minuciosa. Para la confirmación del diagnóstico que nos permita un tratamiento dirigido disponemos de las siguientes pruebas complementarias: determinación del pH vaginal,

el test de aminas, la observación directa al microscopio de una muestra de flujo en fresco y la realización de un cultivo de flujo vaginal.

En este artículo, presentamos un caso de vulvovaginitis inespecífica con componente inflamatorio que fue tratado con éxito mediante una combinación de gel vaginal y gel vulvar Palomacare®.

CASO CLÍNICO

Paciente de 58 años que acudió a la consulta de ginecología por prurito vulvo-vaginal intenso de varios días de evolución. Refería que desde la aparición de los síntomas había presentado molestias con las relaciones y sensación de quemazón con la micción. Todos los controles ginecológicos previos hasta la fecha habían sido normales y como antecedente destacable presenta una historia previa de infecciones vaginales.

Se procedió a realizar una anamnesis exhaustiva que permitiera orientar el diagnóstico y se interrogó a la paciente acerca de:

- **Antecedentes personales:** no refería enfermedades previas de interés, no tratamientos habituales, no alergias medicamentosas, no cirugías ginecológicas previas. No refería haber modificado su estilo de vida habitual (no cambios en los hábitos sexuales, no uso de medicación reciente, no cambios higiénico-dietéticos, etc...).
- **Antecedentes familiares:** sin interés.
- **Historia obstétrica:** sin interés.

CORRESPONDENCIA:

José María Vila Vives

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.
Bulevar Sur s/n. 46026. Valencia.
josvivi@hotmail.com

- **Historia menstrual:** Menarquia 14 años. FM: 3-4/28. No dismenorrea. Menopausia: 51 años. Posteriormente, se procedió a la realización de una exploración física completa que incluyó:

Inspección: genitales externos eritematosos con edema afectando sobretudo a nivel de labios menores. No se aprecian lesiones de rascado.

Especuloscopia: vagina amplia y elástica eritematosa con flujo abundante inespecífico. Cérvix de tamaño normal, bien epitelizado.

Ecografía vaginal: útero en anteversión de 55x45x30 mm de morfología regular, línea endometrial de aspecto normal con un grosor de 4 mm. Ambos anejos de aspecto normal. No líquido libre en Douglas.

Se tomó citología cervical siguiendo el programa de cribado de cáncer de cérvix y se realizó cultivo del flujo vaginal para descartar la presencia de una vulvovaginitis de origen infeccioso. Dado que por la anamnesis y la exploración física no se pudo determinar la causa de la vulvovaginitis, se diagnosticó a la paciente de vulvovaginitis inespecífica con componente inflamatorio y se pautó tratamiento combinado de gel vaginal y gel vulvar Palomacare® a la espera de los resultados definitivos del cultivo ya que, en caso de resultar positivos, se podría realizar un tratamiento específico.



Imagen 1. Vulva eritematosa previa al tratamiento con Palomacare®

Tras 7 días de tratamiento la paciente acude a consulta para control clínico y recoger los resultados de las pruebas solicitadas. El cultivo de flujo vaginal resultó negativo. La paciente refería que el prurito vulvo-vaginal había desaparecido y a la exploración los genitales externos y la vagina no mostraban signos de inflamación.



Imagen 2. Aspecto de la vulva tras 7 días de tratamiento combinado

DISCUSIÓN

Las vulvovaginitis representan aproximadamente un 20% de las consultas ginecológicas y, por tanto, es importante conocer tanto el manejo diagnóstico como el terapéutico. La mayoría de las vulvovaginitis es de origen infeccioso, siendo la vaginosis bacteriana, la candidiasis vulvo-vaginal y la tricomoniasis las infecciones más frecuentes. Se calcula que entre un 10-33% de las vulvovaginitis tienen una etiología no infecciosa siendo las causas más comunes las iatrógenas (físicas, químicas o por presencia de cuerpo extraño), alérgicas y atróficas.

El espectro clínico abarca desde cambios en las características del flujo vaginal, prurito vulvo-vaginal y quemazón hasta alteraciones como sangrado, dispareunia y disuria. En nuestro caso, la sintomatología clínica duraba varios días, presentado prurito intenso sin asociar ninguna otra sintomatología específica. Para establecer el diagnóstico se requiere una anamnesis y exploración detallada así como el estudio del flujo vaginal, ya sea mediante microscopía o cultivo.

En caso de vaginitis de origen infeccioso el tratamiento debe ir dirigido a la eliminación del agente causal evitando, en la medida de lo posible, el uso de terapias empíricas

ya que son frecuentes los diagnósticos erróneos cuando se basan únicamente en datos de la anamnesis y una exploración física sin lesiones altamente características.

En nuestro caso, los síntomas de la paciente eran muy inespecíficos y no sugerían una vulvovaginitis de origen infeccioso por lo que le propusimos un tratamiento paliativo y regenerativo de la mucosa vaginal con Palomacare® a la espera de los resultados definitivos del cultivo, que fue negativo por patógenos infecciosos.

La etiología de una vulvovaginitis no infecciosa abarca un gran número de causas, que llevan todas a una alteración de la presencia fisiológica de los estrógenos a nivel genital, y por lo tanto atrofia, dispareunia y prurito. En estos casos, el seguimiento de medidas higiénicas asociado a un tratamiento con acción hidratante y reparadora, como el uso de ácido hialurónico, aloe vera y centella asiática, puede restablecer el normal trofismo vulvovaginal sin la necesidad de añadir un tratamiento específicamente hormonal.

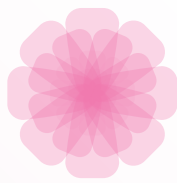
La Bioecolia® (presente en Palomacare®), como otros prebióticos, también ejerce una acción fundamental en este sentido: estimulando el crecimiento de la microbiota vaginal autóctona, compuesta sobre todo por lactobacilos, contribuye a proteger la mucosa vaginal dañada contra agresiones por agentes patógenos que encontrarían en esas circunstancias unas condiciones propicias para crecer y causar una infección.

En conclusión, en casos como éste, es primordial la resolución rápida de los síntomas, que pueden llegar a ser invalidantes para las actividades diarias de la mujer; una vez restaurada la integridad estructural de los tejidos de vulva y vagina y estimulada la actividad protectora

de la microbiota vaginal, la producción estrogénica de la propia mujer puede contribuir a restablecer las normales condiciones de trofismo genital y a la normalización del cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

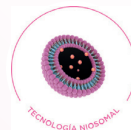
1. Bohbot JM, Sednaoui P, Verriere F, Achhammer I. The etiologic diversity of vaginitis. *Gynecol Obstet Fertil* 2012;40:578-81.
2. Diagnosis of Vaginitis. *Am Fam Phy* 2000;62:1095-104.
3. Treatment threshold probability for vaginitis. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:517-8.
4. Karaosmanoglu O et al. Hyaluronic acid in the treatment of postmenopausal women with atrophic vaginitis. *Int. J. Gynaecol Obstet.* 2011; 113 (2): 156-7.
5. Lu L, et al. Asiaticoside induction for cell-cycle progression proliferation and collagen synthesis in human dermal fibroblasts. *Int. J. Dermatol.* 2004; 43 (11): 801-07.
6. Lee JH. et al. Asiaticoside enhances normal human skin cell migration, attachment and growth in vitro wound healing model. *Phytomedicine.* 2012. Aug.
7. Suárez E, Beltrán DA, Daza M, González SP, Guerra JA, Jurado AR, Ojeda D, Rodríguez JM. La microbiota vaginal: composición y efectos beneficiosos. *Consenso sobre usos de los probióticos en Ginecología.* (Nutr Hosp 2015;31(Supl.1):3-9) DOI:10.3305/nh.2015.31.sup1.870



PALOMACARE®

La innovación en la salud vaginal

Línea de tratamiento de la mucosa vaginal e higiene íntima



Hidrata y repara

Higiene en gel y espuma



Palomacare® Gel vaginal hidratante y reparador de la mucosa vaginal

Sequedad vaginal:

- Menopausia y perimenopausia
- Episiotomía, posparto y lactancia
- Anticonceptivos hormonales
- Radioterapia y quimioterapia

Vaginitis y cervicitis inespecíficas



6 cánulas de 5 ml



Palomacare® Gel vulvar hidratante y reparador de la zona vulvo-genital

- Cambios hormonales en edad fértil
- Peri y posmenopausia
- Vulvitis
- Protección frente a agresiones externas (uso de salvasilip, compresas, depilación íntima)



tubo 30 ml



Palomacare® Gel y espuma sensitiva higiene vulvo-vaginal

- Protege, **hidrata**, suaviza y **regenera** la zona genital frente a diversas agresiones que provocan prurito, enrojecimiento, escozor o fenómenos de hipersensibilidad.
- pH ligeramente ácido adecuado para la zona genital externa, mantiene el equilibrio de la microbiota.
- Radio y quimioterapia.



Frasco 150 ml

Respuestas PARA LA **mujer** de hoy

Procure Health
Naturally woman