Suponiendo que el organismo se mantiene susceptible a 5FC entonces parece lógico que se debe usar por vía vaginal en cualquier tratamiento adicional. Si hay resistencia al 5FC entonces tiene sentido utilizar ya sea ácido bórico o pesarios vaginales, por ejemplo, clotrimazol 500 mg o nitrato de miconazol (Gyno-Daktarin) 1200 mg en días alternos, junto con el tratamiento oral intensivo. Si debe ser rehusado el tratamiento con azoles queda la pregunta de si esto debe ser con voriconazol, posaconazol o fluconazol en dosis altas. La literatura reciente sobre el uso de fluconazol 1200 mg en relación con meningitis criptocócica en el SIDA sugiere que existe sinergismo con otros agentes y una mejor tasa de esterilización con dosis altas, aunque eso pueden reflejar la penetración en el líquido cefalorraquídeo, así que no es necesariamente relevante para infecciones de los tejidos de la mucosa[12]. La biodisponibilidad impredecible, el alto costo y perfil de efectos secundarios única de voriconazolimita su uso en este contexto (también los dos primeros puntos se aplican a posaconazol). Una vez más la longitud del curso es clara, pero en términos prácticos, esto puede ser dictado por la capacidad del paciente para tolerar el fármaco.

Paso 5

Si el paciente se encuentra infectado, entonces puede ser efectivamente incurable. La acción supresora vaginal de ácido bórico puede ser una opción útil aquí (aunque esto llegará a ser muy caro, véase la Tabla1). Algunos pacientes han informado de hacer sus propias preparaciones poniendo ácido bórico en cápsulas de gelatina, pero las preocupaciones de seguridad impiden cualquier recomendación de este curso de acción.

El futuro

Infección vaginal por hongos no C-albicans es claramente una condición para la cual la evidencia actual sigue siendo escasa, como es el caso para la mayoría de condiciones raras. Por lo tanto, esta guía comprende gran parte de la opinión experta de los autores. Los ensayos aleatorios no son factibles en vista de los bajos números. Por ello recomendamos a los clínicos para descargar y completar el formulario de vigilancia en http://www.sexualhealthbirmingham.nhs.uk para que esta información se pueda utilizar para informar a los pacientes con mayor precisión acerca de la seguridad y el éxito de los regímenes de tratamiento.

Mensajes claves

- Infección vaginal crónica por levaduras con especies de *Candida* distintas de *albicans* es una enfermedad rara pero potencialmente completamente curable.
- La mejor evidencia de tratamiento de rescate de primera línea en los centros es el uso de flucitosina intravaginal (5FC) en combinación con anfotericina durante 2-3 semanas.
- Nistatin reemplaza anfotericina en la formulación actualmente disponible debido a problemas de suministro.
- Otras opciones incluyen el ácido bórico intravaginal y fluconazol oral en dosis altas o voriconazol.

Referencias

1. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007;369:1961-1971.
2. Horowitz BJ. Topical flucytosine therapy for chronic recurrent Candida tropical is infections. *J Repro Med* 1986;31:821-824.
3. White DJ, Habib AR, Vanthuyne A, *et al.* Combined topical flucytosine and amphotericin B for refractory vaginal Candida glabrata infections. *Sex Transm Infect* 2001; 77:212-213.
4. Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, *et al.* Treatment of vaginitis caused by Candida glabrata: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1297-300.
5. Phillips AJ. Treatment of non-albicans Candida vaginitis with amphotericin B vaginal suppositories. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 2009-2012.
6. Ray D, Goswami R, Banerjee U, *et al.* Prevalence of Candida glabrata and its response to boric acid vaginal suppositories in comparison with oral fluconazole in patients

with diabetes and vulvovaginal candidiasis. *Diabetes Care* 2007;30:312-317.

7. Hettiarachchi N, Ashbee HR, Wilson JD. Prevalence and management of non-albicans vaginal candidiasis. *Sex Transm Infect* 2010; 86:99-100.

8. Goswami R, Dadhwal V, Tejaswi S, *et al.* Species-specific prevalence of vaginal candidiasis among patients with diabetes mellitus and its relation to their glycaemic status. *J Infection* 2000;41:162-166.

9. Danby CS, Boikov D, Rautemaa-Richardson R, *et al.* Effect of pH on in vitro susceptibility of Candida glabrata and Candida albicans to 11 antifungal agents and implications for clinical use. *Antimicrob Agents Chemother* 2012;56:1403-1406.

10. Vermes A, Guchelaar HJ, Dankert J. Flucytosine: a review of its pharmacology, clinical indications, pharmacokinetics, toxicity and drug interactions. *J Antimicrob Chemother* 2000;46:171-179.

11. Prutting SM, Cerveny JD. Boric acid vaginal suppositories: a brief review. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1998;6:191-194.

12. Nussbaum JC, Jackson A, Namarika D, *et al.* Combination flucytosine and high-dose fluconazole compared with fluconazole monotherapy for the treatment of cryptococcal meningitis: a randomized trial in Malawi. *Clin Infect Dis* 2010;50:338-344.