

Prevalencia y factores de riesgo asociados a vaginosis citolítica en mujeres del Eje Cafetero, Colombia

Franklin José Espitia-De La Hoz ^a

- a. MD, MSc. Departamento de Uroginecología y Cirugía reconstructiva del piso pélvico, Urogyn Care – Eje Cafetero; Departamento de Sexología Clínica, Hathor, Clínica Sexológica; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sport Medical Center IPS. Armenia/Pereira, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4581-9680>

[10.22517/25395203.25940](https://doi.org/10.22517/25395203.25940)

Resumen

Introducción: La vaginosis citolítica es una afección controvertida y poco conocida, que suele ser ignorada en mujeres con síndrome de flujo vaginal. Por ello, el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la vaginosis citolítica y establecer los factores de riesgo asociados.

Materiales y métodos: Estudio transversal en 197 mujeres con flujo vaginal, atendidas en tres clínicas de referencia en el Eje Cafetero (Colombia), entre febrero y noviembre de 2024. Para el diagnóstico se siguieron los criterios de Cibley. Se analizaron variables sociodemográficas, reproductivas, sexuales, hábitos, antecedentes personales y de higiene íntima. Se evaluó el *odds ratio* (OR) y su respectivo intervalo de confianza del 95 %.

Resultados: La edad promedio de las participantes fue de $34,68 \pm 5,29$ años. La prevalencia de la vaginosis citolítica fue de 23,85 % (n=47/197). En mujeres en menopausia fue de 36,11 % (n=13/36), frente al 21,11 % (n=34/161) en mujeres no menopáusicas. Se encontró asociación con el uso de remedios caseros (OR = 7,51; IC95 %: 3,7–15,2), la depilación íntima (OR = 7,02; IC95 %: 3,6–13,8) y la infidelidad (OR = 6,79; IC95 %: 2,9–16,2). El uso del preservativo (OR = 0,28; IC95 %: 0,1–0,7) y de ropa interior de algodón (OR = 0,35; IC95 %: 0,1–0,9; $p < 0,05$) mostró asociación protectora.

Conclusiones: La prevalencia de la vaginosis citolítica es alta en mujeres del Eje Cafetero. Sus síntomas deben ser explorados y analizados en pacientes con síndrome de flujo vaginal. Se requiere mayor investigación

para confirmar su existencia en nuestro medio y garantizar un diagnóstico y tratamiento eficaces.

Palabras clave: excreción vaginal; prevalencia; factores de riesgo; microbiota.

Summary

Introduction: cytolytic vaginosis is a controversial, little-known condition that is often ignored in women with vaginal discharge syndrome. Therefore, the objective of this study was to determine the prevalence of cytolytic vaginosis and to stipulate the associated risk factors.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted in 197 women with vaginal discharge treated at three referral clinics in the Eje Cafetero (Colombia) between February and November 2024. Diagnosis was based on the Cibley criteria. Sociodemographic, reproductive, sexual, behavioral, personal history, and intimate hygiene variables were analyzed. The odds ratio (OR) and the respective 95% confidence interval were evaluated.

Results: The mean age of participants was 34.68 ± 5.29 years. The prevalence of cytolytic vaginosis was 23.85% (n=47/197). In menopausal women, it was 36.11% (n=13/36) versus 21.11% (n=34/161) in non-menopausal women. An association was found with the use of home remedies (OR = 7.51; 95% CI: 3.7–15.2); intimate waxing (OR = 7.02; 95% CI: 3.6–13.8) and infidelity (OR = 6.79; 95% CI: 2.9–16.2). The use of condoms (OR: 0.28; 95% CI: 0.1–0.7) and the use of cotton underwear (OR = 0.35; 95% CI: 0.1–0.9; $p < 0.05$) showed a statistical association with protection.

Conclusions: The prevalence of cytolytic vaginosis is high among women in the Eje Cafetero; its symptoms should be explored and analyzed in patients with vaginal discharge syndrome. Further research is needed to confirm the existence of cytolytic vaginosis in our setting, thus ensuring women receive both an effective diagnosis and treatment.

Key words: Vaginal Discharge; Prevalence; Risk Factors; Microbiota.

Introducción

La vaginosis citolítica es una afección poco común, caracterizada por flujo vaginal persistente, en la que un crecimiento excesivo de lactobacilos acidifica de forma extrema el pH local, provocando un síndrome de flujo vaginal con manifestaciones como flujo anormal, irritación, picazón o prurito, disuria y dispareunia, fácilmente confundido con la candidiasis vulvovaginal (1).

La vaginosis citolítica no es un concepto nuevo; aparece en la literatura científica desde 1961 (2). Sin embargo, solo hasta 1991 se acuñó el término

“vaginosis citolítica” (3), tras identificar mujeres con síntomas similares a la candidiasis vulvovaginal, pero con una fisiopatología y un tratamiento considerablemente diferentes.

Desde el punto de vista clínico, suele presentarse en mujeres en edad reproductiva, quienes consultan de forma reiterada por un síndrome de flujo vaginal persistente y refractario a la terapia convencional (1). Con frecuencia, estas pacientes han recibido múltiples tratamientos antifúngicos, debido a la confusión con una candidiasis vulvovaginal común asociada a *Candida albicans* (1,4).

La flora vaginal normal en mujeres adultas en edad reproductiva presenta lactobacilos en bajas cantidades (aproximadamente cinco por cada diez células escamosas en las secreciones vaginales), lo cual se considera un factor protector, ya que proporciona una importante defensa microbiana contra la colonización genital por patógenos (5). En contraste, la vaginosis citolítica es una afección vaginal causada por un crecimiento excesivo de lactobacilos (1,6), que provoca la lisis de las células epiteliales vaginales, de donde deriva su denominación (7). También se conoce como síndrome de sobrecrecimiento de *Lactobacillus* y citólisis de Döderlein; sin embargo, se prefiere el término vaginosis citolítica, ya que solo algunas especies de lactobacilos se clasifican como bacilos de Döderlein (5-8). En síntesis, se trata de una condición clínica caracterizada por un elevado número de lactobacilos, células epiteliales lisadas y núcleos libres en el ambiente vaginal, junto con un pH marcadamente bajo del flujo vaginal (3,6-9).

En la actualidad, la vaginosis citolítica continúa siendo una condición en gran medida desconocida, controvertida y poco estudiada (10). De hecho, aún se cuestiona si se trata de una entidad real, y algunos autores sugieren que los síntomas podrían ser fisiológicos (11). No obstante, diversos estudios han reportado prevalencias que oscilan entre el 1,83 % y el 26,7 % (12).

En cuanto al diagnóstico, desde hace varias décadas se basa en los hallazgos clínicos según los criterios de Cibley (3). Respecto al tratamiento, se busca controlar la acidez y restablecer el pH vaginal, mediante el uso de duchas o óvulos con bicarbonato de sodio, con el fin de disminuir la población aumentada de lactobacilos (1,3,7,13).

Es importante destacar la relevancia de esta entidad, frecuentemente diagnosticada de manera errónea como candidiasis vulvovaginal. Actualmente se reconoce que su sintomatología puede afectar negativamente la calidad de vida de las mujeres (1,4,7,14), con el agravante de que en mu-

chos casos no es diagnosticada ni tratada de forma adecuada. En este contexto, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de la vaginosis citolítica y establecer los factores de riesgo asociados en mujeres del Eje Cafetero.

Materiales y métodos

Diseño y población: estudio transversal. Se incluyeron mujeres de 18 o más años que consultaron por flujo vaginal persistente en la consulta externa de ginecología de tres instituciones de salud privadas de alta complejidad, que además funcionan como centros de práctica universitaria, ubicadas en el Eje Cafetero (Pereira, Armenia y Manizales, Colombia), entre el 1 de febrero y noviembre de 2024. Estas instituciones atienden población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado del sistema de seguridad social en Colombia.

Se excluyeron gestantes, mujeres en los primeros 12 meses posparto, con antecedente de cáncer, cirugía pélvica, histerectomía u ooforectomía, déficit neurológico o discapacidad cognitiva, así como aquellas que no sabían leer o que no aceptaron participar. Se realizó un muestreo consecutivo por conveniencia. No se calculó el tamaño de la muestra.

Procedimiento: en cada institución, un especialista en ginecología evaluó los criterios de elegibilidad. Posteriormente, a cada participante se le explicaron los objetivos del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Tras su aceptación, se diligenció una encuesta sociodemográfica y de factores de riesgo.

El diagnóstico de vaginosis citolítica se realizó siguiendo los criterios de Cibley (3): pH vaginal $\leq 4,5$, sobrecrecimiento de lactobacilos en la tinción de Gram, presencia de “falsas células clave”, citólisis en células epiteliales vaginales, bajo número o ausencia de leucocitos y ausencia de otros agentes de vaginitis/vaginosis. La sensibilidad y especificidad de estos criterios diagnósticos han sido reportadas en 80 % y 99 % para la citólisis epitelial; 70 % y 99 % para las “falsas células clave”; 100 % y 86 % para pH $\leq 4,5$; y 100 % y 56 % para la presencia de numerosos lactobacilos, respectivamente (15).

Medición del pH vaginal: se realizó mediante una cinta colorimétrica Merck (Merck & Co., Inc., Kenilworth, Nueva Jersey, EE. UU.), con un rango de medición entre 4,0 y 7,0 y variaciones de 0,3 unidades. La cinta se colocó en el tercio medio de la pared vaginal, evitando el contacto con el moco cervical, y se esperó un minuto antes de comparar el valor con la escala correspondiente.

Microscopía: frotis de flujo vaginal (tinción de Gram y KOH). Se extendió una muestra de flujo vaginal sobre un portaobjetos y se dejó secar para la tinción de Gram. Se evaluó el tipo de microbiota vaginal (predominio de especies de *Lactobacillus* u otros tipos de bacterias), la celularidad, la morfología bacteriana y la presencia de leucocitos (ausente: 1–4; presente: >4).

La identificación de hongos se realizó mediante la visualización de levaduras, pseudohifas/hifas y/o blastoconidias en un examen microscópico directo con tinción de KOH (preparación húmeda de la muestra vaginal). La vaginosis bacteriana se diagnosticó según los criterios de Amsel (16) y la puntuación de Nugent ≥ 7 (17). La infección por *Trichomonas vaginalis* se identificó mediante la visualización del protozoo en microscopía en fresco.

Variables medidas: se analizaron variables sociodemográficas (edad, raza, nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, procedencia, religión y régimen de seguridad social); antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal [IMC]); hábitos (tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y sedentarismo); comorbilidades; variables de salud sexual y reproductiva (edad del primer parto, paridad, uso de anticoncepción hormonal, edad de la menopausia, tiempo en menopausia, uso de terapia hormonal y antecedente de infecciones de transmisión sexual); y variables de comportamiento sexual (orientación sexual, edad de inicio de la actividad sexual, prácticas sexuales —coito vaginal, coito anal y masturbación—, frecuencia semanal de relaciones sexuales, uso de juguetes sexuales, número de parejas sexuales, tiempo de convivencia en pareja e infidelidad).

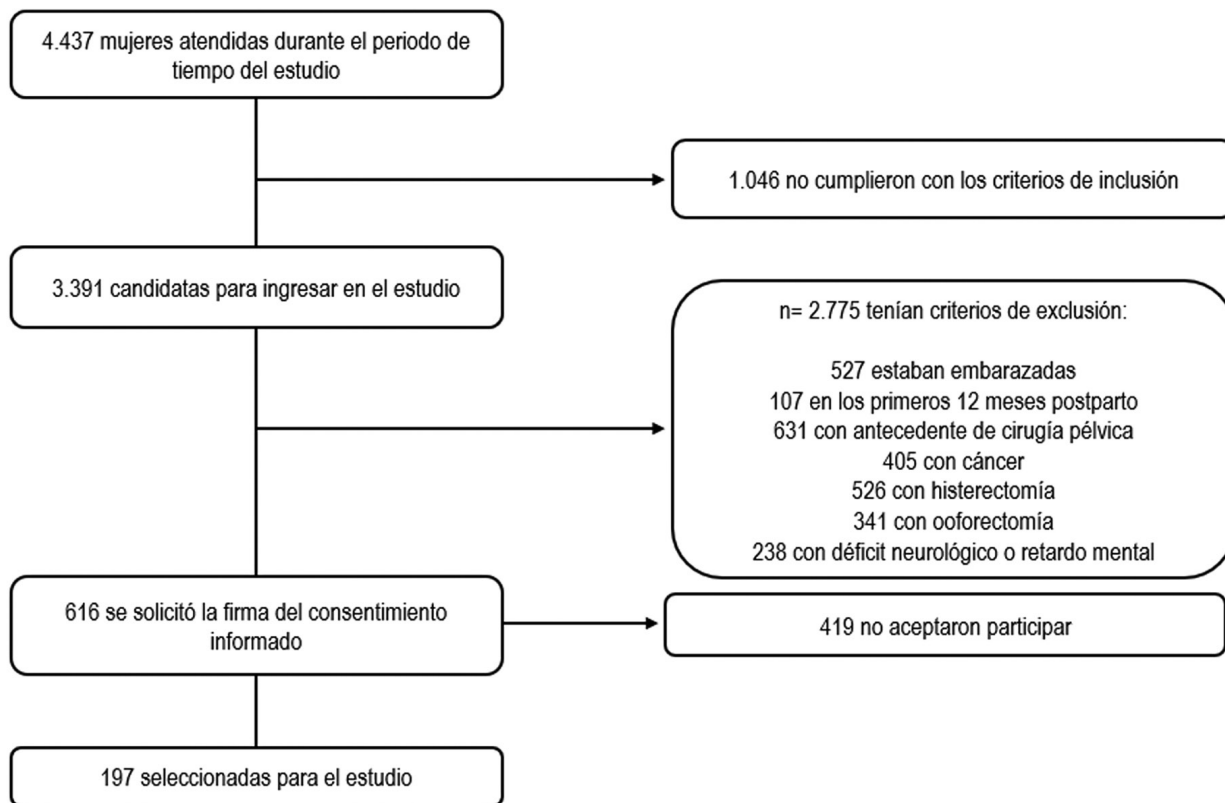
Asimismo, se indagaron las prácticas de higiene íntima (depilación, uso de protectores, ropa ajustada, tipo de ropa interior —algodón o nylon/lycra—, uso de copa menstrual, jabones íntimos y duchas vaginales), el consumo de antibióticos en los últimos tres meses, el uso de óvulos intravaginales y la utilización de remedios caseros. Adicionalmente, se realizó un análisis por subgrupos de edad (antes y después de la menopausia) para comparar la prevalencia de vaginosis citolítica en ambos grupos.

Análisis estadístico: los datos fueron procesados y analizados en el programa IBM SPSS Statistics versión 25.0. Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango, y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. Se estimó la prevalencia de vaginosis citolítica y se exploró su asociación con posibles factores de riesgo sociodemográficos, comportamentales y sexuales mediante análisis bivariado, utilizando el *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95 % (IC95 %).

Resultados

Durante el periodo de estudio, se atendieron 4.437 mujeres con flujo vaginal persistente en la consulta externa de ginecología de las tres instituciones. De estas, 1.046 no cumplieron los criterios de inclusión, 2.775 presentaban criterios de exclusión y 419 no aceptaron participar. Finalmente, se incluyeron 197 participantes en el estudio (ver figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo de la población participante en el estudio.



Fuente: elaboración propia.

De las 197 participantes, el 87,81 % profesaba la religión católica; el 51,77 % pertenecía al régimen subsidiado y el 57,36 % residía en zona urbana. La edad promedio fue de $34,68 \pm 5,29$ años (rango: 18–83 años).

El 18,27 % ($n=36/197$) de las participantes se encontraba en menopausia, con un tiempo promedio de $9,57 \pm 3,82$ años (rango: 3–33 años). La edad media de la menopausia fue de $49,62 \pm 7,85$ años (rango: 36–54 años). El uso de terapia hormonal se identificó en el 13,88 % de las mujeres en menopausia ($n=5/36$). En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres estudiadas por vaginosis citolítica en el Eje Cafetero, 2024, n=197

VARIABLES	n (%)
Edad, X±DE	34,68 ± 5,29 años
Edad de la pareja, X±DE	38,59 ± 6,71 años
Grupo étnico	
Blanca	106 (53,8 %)
Afrocolombiana	77 (39,08 %)
Indígenas	14 (7,1 %)
Nivel de escolaridad	
Primaria	35 (17,76 %)
Secundaria	101 (51,26 %)
Técnica	41 (20,81 %)
Universitarios	20 (10,15 %)
Estado civil	
Casadas	118 (59,89 %)
Unión libre	59 (29,94 %)
Solteras	15 (7,61 %)
Viudas	5 (2,53 %)
Estrato socioeconómico	
Alto	65 (32,99 %)
Medio	99 (50,25 %)
Bajo	33 (16,75 %)
Ocupación	
Amas de casa	87 (44,16 %)
Empleadas	54 (27,41 %)
Desempleadas	32 (16,24 %)
Pensionadas, n (%)	24 (12,18 %)

Fuente: elaboración propia.

En los antecedentes de enfermedad crónica se encontró: diabetes (14,72 %; n=29/197), hipertensión arterial (35,53 %; n=70/197), hipotiroidismo (9,13 %; n=18/197), dislipidemia (11,67 %; n=23/197) y osteoporosis (12,18 %; n=24/197).

El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 25,36 ± 1,97 kg/m² (peso: 67,84 ± 5,93 kg; talla: 164,75 ± 2,36 cm). La obesidad se observó en el 60,91 % de las participantes (n=120/197).

En cuanto a los hábitos, el 19,28 % (n=38/197) eran fumadoras, el 72,58 % (n=143/197) consumían alcohol y el 4,56 % (n=9/197) consumía sustancias psicoactivas. El sedentarismo se identificó en el 70,55 % (n=139/197).

En los antecedentes de salud sexual y reproductiva, la edad promedio del primer parto fue de $13,75 \pm 2,48$ años (rango: 13–29 años), y la mediana de la paridad fue de 3 hijos (rango: 0–13). El 77,66 % (n=153/197) tenía dos o más partos.

El uso de anticoncepción hormonal se reportó en el 61,92 % (n=122/197). El método anticonceptivo oral fue el más frecuente (30,32 %; n=37/122), seguido de los inyectables (24,59 %; n=30/122) y el implante subdérmico (18,85 %; n=23/122). El uso de anticonceptivos de progesterona alcanzó el 48,36 % (n=59/122).

El 41,62 % (n=82/197) manifestó el uso del preservativo. El 5,58 % (n=11/197) refirió antecedente de infecciones de transmisión sexual (5 casos de virus del papiloma humano [VPH], 4 de herpes genital y 2 de *Trichomonas vaginalis*).

En el comportamiento sexual, la orientación sexual fue predominantemente heterosexual (84,77 %; n=167/197). La edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de $13,79 \pm 2,57$ años (rango: 11–27 años). El número de parejas sexuales presentó una mediana de 7 (rango: 2–>20).

El 29,94 % (n=59/197) refirió más de 10 años de convivencia en pareja. La práctica sexual más frecuente fue el coito vaginal (100 %), mientras que la menos frecuente fue el coito anal (24,87 %; n=49/197). La masturbación fue reportada como práctica habitual por el 69,54 % (n=137/197). El uso de juguetes sexuales se observó en el 73,09 % (n=144/197).

Al momento de la entrevista, el 6,59 % (n=13/197) tenía al menos dos parejas sexuales (rango: 2–5). El 38,57 % (n=76/197) afirmó que su pareja le había sido infiel, mientras que el 17,76 % (n=35/197) manifestó haber sido infiel al menos en una ocasión.

A la pregunta sobre la frecuencia de relaciones sexuales en la semana previa (definida como los siete días anteriores a la encuesta), el 62,94 % (n=124/197) reportó tener relaciones sexuales tres veces por semana (rango: 1–7).

Una alta proporción de las mujeres (87,81 %; n=173/197) había utilizado antibióticos y óvulos intravaginales (80,71 %; n=159/197) en los tres meses previos a la encuesta. El 58,88 % (n=116/197) refirió haber asistido a consulta médica en el último mes debido a flujo vaginal, y haber recibido tratamiento con antibióticos u óvulos vaginales. El 15,22 % (n=30/197) afirmó haber recibido cuatro tratamientos en el último año por flujo vaginal (rango: 2–8). El 20,81 % (n=41/197) manifestó haber recibido tratamiento médico

simultáneo por vía oral y vaginal. La automedicación con antibióticos y óvulos se observó en el 72,58 % (n=143/197). El 45,17 % (n=89/197) reportó haber utilizado remedios caseros para el tratamiento del flujo vaginal, entre ellos aceite de árbol de té, aceite de coco, bicarbonato de sodio, caléndula, cúrcuma, duchas vaginales, probióticos, yogur vaginal y vinagre de manzana.

De las 197 mujeres, el 36,54 % (n=72/197) presentó vaginosis bacteriana, el 29,94 % (n=59/197) candidiasis vulvovaginal, el 23,85 % (n=47/197) vaginosis citolítica, el 6,09 % (n=12/197) vaginitis mixta (vaginosis bacteriana y candidiasis vulvovaginal) y el 3,55 % (n=7/197) infección por *Trichomonas vaginalis*.

En el análisis de las mujeres en menopausia, se observó una prevalencia de vaginosis citolítica del 36,11 % (n=13/36), frente al 21,11 % (n=34/161) en mujeres no menopáusicas.

Al explorar la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de vaginosis citolítica, se encontró asociación con el uso de remedios caseros (OR = 10,1; IC95 %: 4,9–20,9), la depilación íntima (OR = 9,37; IC95 %: 4,7–18,6), la infidelidad (OR = 9,18; IC95 %: 3,7–22,7) y el uso de anticonceptivos de progesterona (OR = 8,78; IC95 %: 4,4–17,5) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Factores asociados a vaginosis citolítica en mujeres del Eje Cafetero, Colombia, 2024, n=197

Factores asociados					
	Con vaginosis citolítica n= 47	Sin vaginosis citolítica n= 150	OR	IC 95 % Inferior - Superior	Valor p
Procedencia rural	25	39	3,23	1,7 - 6,3	0,001
Multiparidad	24	24	5,48	2,8 - 10,8	0,00001
Diabetes	19	15	6,11	2,9 - 12,8	0,00001
Obesidad	20	17	5,81	2,8 - 11,9	0,00001
Uso de anticonceptivos de progesterona	27	33	4,79	2,5 - 9,3	0,00001
Uso de óvulos vaginales	23	30	3,83	2,0 - 7,5	0,00005
Uso de antibióticos	24	30	4,17	2,1 - 8,2	0,0001
Consumo de probióticos	12	30	1,37	0,6 - 3,1	0,546
Menopausia	18	27	2,83	1,4 - 5,7	0,0071
Uso de terapia hormonal de la menopausia	3	4	2,49	0,6 - 11,1	0,4536
Tabaquismo	27	55	2,33	1,2 - 4,5	0,0187
Ingesta de alcohol	22	54	1,56	0,8 - 3,0	0,2474
Consumo de sustancias psicoactivas	6	11	1,85	0,7 - 5,2	0,3899
Depilación íntima	29	28	7,02	3,6 - 13,8	0,00001
Jabones íntimos	36	49	6,75	3,3 - 13,7	0,00001
Uso de tampones	17	15	5,11	2,4 - 10,8	0,0001
Uso de protectores	22	21	5,41	2,7 - 10,8	0,00001
Uso de copa menstrual	22	28	3,83	1,9 - 7,6	0,0002
Uso de ropa ajustada	28	35	4,84	2,5 - 9,4	0,00001
Duchas vaginales	26	27	5,64	2,9 - 11,1	0,00001
Remedios caseros	23	17	7,51	3,7 - 15,2	0,00001
Uso del preservativo	5	45	0,28	0,1 - 0,7	<0,05
Uso de ropa interior de algodón	6	44	0,35	0,1 - 0,9	0,0370
Inicio de vida sexual <13 años	15	11	5,92	2,7 - 13,2	0,00005
Homosexualidad	6	11	1,85	0,7 - 5,2	0,3899
Frecuencia relaciones sexuales semanales ≥3	13	15	3,44	1,5 - 7,7	0,0053
Coito anal	5	14	1,16	0,4 - 3,4	0,9851
Uso de juguetes sexuales	17	27	2,58	1,3 - 5,3	0,0160
Infidelidad	13	8	6,79	2,9 - 16,2	0,00005
Antecedente de ITS	11	7	6,24	2,5 - 15,7	0,0005

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En esta investigación se encontró una prevalencia de vaginosis citolítica del 23,85 %, mayor en las mujeres en menopausia (36,11 %) en comparación con las no menopáusicas (21,11 %) ($p < 0,05$). Por otra parte, se observó que el uso de remedios caseros (OR = 7,51; IC95 %: 3,7–15,2), la depilación íntima (OR = 7,02; IC95 %: 3,6–13,8) y la infidelidad (OR = 6,79; IC95 %: 2,9–16,2) son factores de riesgo asociados con la presencia de vaginosis citolítica.

La alta prevalencia observada en este estudio puede explicarse por las características de la población participante, dado que se trata de mujeres reclutadas por la presencia de flujo vaginal persistente. Asimismo, es frecuente la adopción de prácticas consideradas de higiene íntima que, en realidad, pueden constituirse en factores de riesgo, como la depilación íntima, el uso de protectores, las duchas vaginales, los tampones y los jabones íntimos, entre otras.

Respecto a los hallazgos de prevalencia, los resultados de este estudio son cercanos al 19,4 % reportado en una investigación que incluyó 140 mujeres (15). Llama la atención que, en China, en una muestra de 484 mujeres con vulvovaginitis recurrente, se reportó una prevalencia de vaginosis citolítica del 26,7 % (18), similar a la encontrada en nuestro estudio.

En contraste, se ha informado una menor prevalencia en Bulgaria en un estudio con 1.152 pacientes con síntomas similares a candidiasis vulvovaginal (19). Estas diferencias podrían explicarse por variaciones en las características sociodemográficas y culturales, así como por las limitaciones actuales en el conocimiento sobre la vaginosis citolítica.

Los factores de riesgo asociados a la vaginosis citolítica identificados en este estudio son consistentes con los reportados en una encuesta anónima en línea realizada en Canadá, que incluyó 1.435 participantes mayores de 18 años (20). En dicho estudio se encontró que el uso de productos vaginales o genitales como práctica de higiene se asocia con un mayor riesgo de condiciones vaginales adversas (OR = 3,2; IC95 %: 2,4–4,2; $p < 0,01$).

Estos hallazgos coinciden con lo reportado en poblaciones africanas y asiáticas, donde se concluye que las prácticas vaginales no son tan raras, exóticas ni benignas como a menudo se supone (21).

Es importante tener en cuenta que el microbioma vaginal es un microambiente dinámico y sensible, que puede verse afectado por diferentes eventos, intervenciones o comportamientos de salud, como el uso de antibióti-

cos, la actividad sexual y prácticas conductuales (duchas vaginales, métodos anticonceptivos, depilación íntima, entre otras) (22-24). En este sentido, se requiere fortalecer la educación e información a nivel poblacional sobre los potenciales riesgos de estas prácticas en mujeres usuarias de productos de higiene íntima.

La principal fortaleza de esta investigación radica en ser el primer estudio en Colombia que evalúa la vaginosis citolítica, una condición clínica que, a pesar de su significativa prevalencia, continúa siendo poco reconocida. Entre las limitaciones, se destacan las inherentes al diseño transversal y la no inclusión de un mayor número de variables que podrían influir en el comportamiento de los factores de riesgo.

Los resultados de este estudio aportan evidencia relevante para fomentar estrategias orientadas al uso racional de antibióticos (orales y óvulos vaginales), así como para promover la no automedicación en presencia de flujo vaginal, con el fin de evitar terapias equívocas y potencialmente perjudiciales para la microbiota vaginal. Asimismo, resaltan la importancia de promover hábitos y estilos de vida saludables que contribuyan a preservar el equilibrio del microbioma vaginal, evitando alteraciones que puedan constituirse en factores de riesgo para futuras infecciones.

Agradecimientos:

Se agradece a la doctora Lida María Cano Salazar, al personal de Urogyn Care, a Lilian Orozco Santiago y a Hathor, Clínica Sexológica, por su valioso apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiación: autofinanciada.

Correspondencia electrónica: espitiafranklin71@gmail.com

Referencias

1. Espitia-De La Hoz FJ. Vaginosis citolítica: actualización diagnóstica y terapéutica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023;88(6):375-81. doi:10.24875/RECHOG.23000056.
2. Zidovsky J. The significance of parabasal ("postnatal") cells in the vaginal smear in prolonged pregnancy. *Acta Cytol.* 1961;5:393-8.
3. Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(4 Pt 2):1245-9. doi:10.1016/s0002-9378(12)90736-x.
4. Ricci P, Contreras L. Vaginosis citolítica: un diagnóstico diferencial poco frecuente de vulvovaginitis micótica a repetición. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(3):194-8.
5. Osset J, García E, Bartolomé RM, Andreu A. Papel de *Lactobacillus* como factor protector de la candidiasis vaginal. *Med Clin (Barc).* 2001;117(8):285-8. doi:10.1016/s0025-7753(01)72089-1.
6. Suresh A, Rajesh A, Bhat RM, Rai Y. Cytolytic vaginosis: a review. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2009;30(1):48-50. doi:10.4103/0253-7184.55490.

7. Cerikcioglu N, Beksac MS. Cytolytic vaginosis: misdiagnosed as candidal vaginitis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2004;12(1):13-6. doi:10.1080/10647440410001672139.
8. Hillier SL, Krohn MA, Klebanoff SJ, Eschenbach DA. The relationship of hydrogen peroxide-producing lactobacilli to bacterial vaginosis and genital microflora in pregnant women. *Obstet Gynecol.* 1992;79(3):369-73. doi:10.1097/00006250-199203000-00008.
9. Hu Z, Zhou W, Mu L, Kuang L, Su M, Jiang Y. Identification of cytolytic vaginosis versus vulvovaginal candidiasis. *J Low Genit Tract Dis.* 2015;19(2):152-5. doi:10.1097/LGT.0000000000000076.
10. Kraut R, Carvallo FD, Golonka R, Campbell SM, Rehmani A, Babenko O, et al. Scoping review of cytolytic vaginosis literature. *PLoS One.* 2023;18(1):e0280954. doi:10.1371/journal.pone.0280954.
11. Kaufman R, Friedrich E, Gardner H. *Benign diseases of the vulva and vagina.* 3rd ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1989. p. 437.
12. Varma K, Kansal M. Cytolytic vaginosis: a brief review. *J Skin Sex Transm Dis.* 2022;1-5. doi:10.25259/JSSTD_41_2021.
13. Secor RM. Cytolytic vaginosis: a common cause of cyclic vulvovaginitis. *Nurse Pract Forum.* 1992;3(3):145-8.
14. Demirezen S. Cytolytic vaginosis: examination of 2947 vaginal smears. *Cent Eur J Public Health.* 2003;11(1):23-4.
15. Komec S, Aydin MD. A little-known vaginitis-like picture: cytolytic vaginosis. *Clin Lab.* 2025;71(1). doi:10.7754/Clin.Lab.2024.240709.
16. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74(1):14-22. doi:10.1016/0002-9343(83)91112-9.
17. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.* 1991;29(2):297-301. doi:10.1128/jcm.29.2.297-301.1991.
18. Yang S, Zhang Y, Liu Y, Wang J, Chen S, Li S. Clinical significance and characteristic clinical differences of cytolytic vaginosis in recurrent vulvovaginitis. *Gynecol Obstet Invest.* 2017;82(2):137-43. doi:10.1159/000446945.
19. Batashki I, Markova D, Milchev N. Frequency of cytolytic vaginosis: examination of 1152 patients. *Akush Ginekol (Sofia).* 2009;48(5):15-6.
20. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):52. doi:10.1186/s12905-018-0543-y.
21. Hull T, Hilber AM, Chersich MF, Bagnol B, Prohm A, Smit JA, et al. Prevalence, motivations, and adverse effects of vaginal practices in Africa and Asia: findings from a multicountry household survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(7):1097-109. doi:10.1089/jwh.2010.2281.
22. Saraf VS, Sheikh SA, Ahmad A, Gillevet PM, Bokhari H, Javed S. Vaginal microbiome: normalcy vs dysbiosis. *Arch Microbiol.* 2021;203(7):3793-802. doi:10.1007/s00203-021-02414-3.
23. Espitia-De La Hoz FJ. Influencia de la depilación íntima en la aparición de infecciones vulvovaginales y urinarias. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2021;29(3):187-95. doi:10.29176/2590843X.1390.
24. Bradshaw CS, Walker SM, Vodstrcil LA, Bilardi JE, Law M, Hocking JS, et al. The influence of behaviors and relationships on the vaginal microbiota of women and their female partners: the WOW Health Study. *J Infect Dis.* 2014;209(10):1562-72. doi:10.1093/infdis/jit664.