

Comentario sobre «Flujos Genitales»

*Profesor: Dr. Pedro Nel Cardona. Doctores: Absalón Guzmán
Arroyave, Samuel Isaza Toro, José Mario Posada Aristizábal,
Luis Tirado Vélez y Ricardo Vallejo Tobón*

Universidad de Antioquia — Medellín, Colombia

INTRODUCCION

Es un honor comentar el trabajo que nuestros ilustres colegas de Bucaramanga presentan al IV Congreso de Ginecología y Obstetricia que se reúne actualmente en Barranquilla; y que con muy buen sentido, han dado en llamar "FLUJOS GENITALES", adoptando este título en lugar del clásico, contradictorio y equívoco, de Leucorreas.

Como ellos, estamos convencidos que aquellos se presentan como uno de los trastornos más frecuentes de la esfera genital femenina, entidad única o asociada a otras. Que ello puede deberse a muy diversas causas, leves o graves, y que pueden originarse en cualquier parte del aparato genital desde las glándulas vestibulares hasta los anexos, como expresión de sufrimiento mínimo o índice de malignidad.

Aceptado esto, lo lógico será: Historia clínica prolija y examen genital exhaustivo, que condicionarán a la postre, terapéutica patogénica racional y justa.

Encontramos una clasificación aceptable de su etiopatogenia; serán ellos fisiológicos o patológicos.

Sólo podríamos agregar, en cuanto a los primeros al lado de los de la ovulación, tan importantes como factor de primer orden en los fenómenos de la procreación; y de los que acompañan,

preceden o siguen a la menstruación; aquellos que hacen parte del complejo mecanismo psiconeuro-endocrino de la cópula, en su fase de excitación sexual y orgasmo, y que de no ocurrir de una manera fisiológica condicionarían flujos de tipo psicógeno, hoy de tanta actualidad.

Los del embarazo, del puerperio y aquellos, tan interesantes, de causa inexplicada que acontecen en mujeres sin vestigio alguno de desarreglo patológico y que sin embargo produce en ellas profusa descamación epitelial de la vagina que da lugar a flujo molesto, altamente ácido, con flora normal y terapia de difícil aplicación.

Hallamos la división de los patológicos aceptable; nosotros más afortunados, hemos encontrado producidos por amibas, por *Balantidium Coli*, bacilo de Loeffler, cuerpos extraños, quemaduras, irritación química etc.

Nuestra experiencia recoge unos 15.000 casos de flujo tratados en el I. C. S. S., Caja Seccional de Antioquia; además otro número semejante vistos en la cátedra de Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia y en nuestra clientela privada.

Tanto la hospitalaria como la del I. C. S. S. es muy variada y a ella acuden enfermas con diversa patología, (por ej. diabéticas, hipo e hipertiroideas, variados síndromes disendocrinos etc.) y flujo; o las que estando en gestación padecen de estos trastornos, razón por la cual la incidencia de fungosis vaginal es mayor en la nuestra que en la del trabajo que tenemos el honor de comentar.

Desgraciadamente, la brevedad del tiempo que se nos dió para este estudio, nos impidió organizar una estadística discriminativa que diera mayor seriedad científica a nuestros comentarios.

Pero con la más buena voluntad de servicio trataremos de comentar muy sucintamente y siguiendo el trabajo presentado por Bucaramanga uno por uno los diversos capítulos que se nos han propuesto.

TRICOMONIASIS

En el aspecto clínico y diagnóstico nos parece encomiable la ponencia especialmente por el cultivo, con tan buenos resultados,

método este no usado entre nosotros, tal vez por falta de entusiasmo o porque casi siempre logramos el diagnóstico en el primero o segundo examen, cuando persiste la sintomatología, no queriendo con esto disculparnos, sino por el contrario, deplorar el no haber empleado tan efectivo método de diagnóstico.

No se precisa, como casi en ningún otro artículo sobre este tema acerca de las posibilidades de infestación, detalle de capital importancia en el control de esta rebelde enfermedad, pues no en todos los casos puede atribuirse al contacto sexual, el cual es sin lugar a dudas una de las principales fuentes de contagio, aunque no la única. Se habla de la posibilidad de infección hídrica, pero personalmente la consideramos poco factible, máxime si tenemos en cuenta que cada día prescribimos menos los lavados vaginales y la experiencia efectuada con cepas iguales de tricomonas, a las cuales hemos puesto en contacto con soluciones hipotónicas de cloruro de sodio, notándose claramente la pérdida de la motilidad y adquisición de posibles formas redondeadas de resistencia, hasta su destrucción más rápidamente a medida que la solución se acerca al agua pura. Son para nosotros de gran importancia en este aspecto, los asientos y sanitarios públicos, intercambio de ropas para usos deportivos, etc. sobre lo cual es necesario insistir a nuestras pacientes.

En cuanto a la infección de origen intestinal no la aceptamos apoyados en los trabajos de Stabler y Feo, los cuales comprueban hasta la saciedad, en forma de todos conocida, la imposibilidad de contagio entre las distintas cepas de tricomonas en sitios distintos de su localización habitual.

Tratamiento. — Nos parece muy juiciosa la conducta de iniciar toda investigación o terapéutica por el estudio del cónyuge, pues es de todos conocido, que existe un número no despreciable de tricomoniasis genital masculina asintomática, la cual si no es tratada, no permitirá la curación de la otra parte.

Hemos llegado a la conclusión que en el tratamiento, tanto del hombre como de la mujer, los derivados del aminotrizol, así se llamen triteón o tricosept, no tienen la menor actividad sobre la tricomona in vivo. Según datos experimentales muy conocidos, y derivados de la experiencia en su uso; empleamos las siguientes drogas: Bicloruro de mercurio, derivados de la nitrofurazona, del ácido exifenilarsínico, nitrato de plata y derivados yodados,

aunque en la práctica se nota más activo el acetarsone que la nitrofurazona y una acción igual entre aquel y el bicloruro de mercurio.

Insistimos en el tratamiento local de esta entidad, ya que no tenemos comprobación de su posible paso al torrente sanguíneo, aunque en muy pocos casos la hemos encontrado en el pus de abscesos pelvianos drenados por colpotomía pero de infección más posiblemente canalicular. No sobra anotar que hacemos tratamiento general antibiótico en los muchos casos en los cuales la infección secundaria, que tan frecuentemente la acompaña, se hace presente y especialmente en casos muy agudos.

El tratamiento local, es el siguiente:

Duración mínima noventa días con la medicación de base, constituida por óvulos de nitrofurazona o acetarsone los cuales solemos combinar por períodos variables, y aplicándolos a mañana y tarde los diez primeros días y luego uno diario por la noche. Es indispensable insistir en que los días de la menstruación se pongan los óvulos a mañana y noche.

La curación semanal en el consultorio, la hacemos así:

a) aplicación de espéculum y limpieza de secreciones con algodón seco en toda la cavidad;

b) limpieza del endocervix y pincelación de toda la cavidad con nitrato de plata al 20% hasta la aparición de un color blanco franco;

c) pincelación de toda la mucosa vaginal con bicloruro de mercurio al 2,5 por mil en glicerina, dejando exceso por cinco minutos;

d) secado con torunda de algodón e insuflación de polvo de acetarsone abundante;

e) en casos muy rebeldes usamos instalaciones con nitrato de plata al 1% en vejiga y en todas las glándulas vestibulares mayores y menores con aguja roma.

En mujeres vírgenes, aplicamos la solución de bicloruro de mercurio por cinco minutos después de secar la mucosa lo más posible con aplicadores delgados de algodón, para hacer posteriormente la insuflación o las instalaciones en casos escogidos.

Como es del dominio común es una entidad rebelde y de muy difícil curación y aunque por la premura del tiempo no pudimos organizar nuestras estadísticas nos atrevemos a informar que nuestro índice de curación, no es muy alto, aunque la mayoría se hacen asintomáticas rápidamente. Esto es debido, quizás a inconstancia de las enfermas.

Papanicolaou. — Nos parece impreciso el concepto expresado, de este estudio, ya que no se considera entre los métodos para el estudio de la tricomoniasis, puesto que las coloraciones en general hacen muy difícil la identificación del parásito salvo en casos especiales.

En segundo lugar, no compartimos, no solo con los ponentes, sino con otros muchos autores que así lo afirman, la facilidad de encontrar o diagnosticar cuadros citológicos falsamente positivos, para carcinoma en pacientes con infección tricomoníase aguda, y lo demostramos con estadísticas en trabajo presentado a este congreso, en el cual no aparecen falsos positivos causados por esta entidad, aunque sí numerosos casos dudosos, factibles de ser encontrados en toda inflamación de tipo agudo y especialmente en estos casos.

HONGOS

Queremos al comentar este capítulo hacer notar lo que ya dijimos de que a nuestra consulta llegan enfermas con embarazo y con diabetes en una mayor proporción que a los autores del trabajo en estudio, y por las razones ya expuestas.

En nuestro medio se hacen cultivos de hongos vaginales que nos han mostrado, no sólo los más comunes géneros, sino su patogenicidad y su asociación muy frecuente.

Del servicio de Ginecología del Profesor Pedro Nel Cardona, al que pertenecemos, salió un trabajo suscrito por los Dres. Gustavo Isaza Mejía y Fernando Cardona Arango con comentarios sobre 250 casos a los cuales se les practicó examen en fresco, gram y cultivos para hongos en agar-miel-coco, y cuando éste prendía se hacían siembras en corn-meal-agar y en clamidosporo-agar, en glucosa, maltosa, sacarosa y lactosa para buscar su fermentación y poder clasificar las especies.

Este trabajo, que está a la consideración de este Congreso, sentó bases de suma importancia que sus autores resumen así:

1º — Comparadas las estadísticas con las extranjeras se concluye que en nuestro medio son más frecuentes las micosis vaginales.

2º — El 96.8% de pacientes con hongos presentan flujo.

3º — Las micosis obstétricas son tan frecuentes como las micosis ginecológicas en nuestro medio.

En nuestras pacientes del I. C. S. S. encontramos la asociación muy frecuente, de diversos géneros, *Hormodendrum*, *Aspergillus* y *cándida*, de ésta la más frecuente es la *Albicans* y la *es-telatoidea*.

Estamos acordes en que la gestación y la diabetes, así como las medicaciones con antibióticos de amplio espectro y entre ellas, más frecuentemente la aureomicina vuelven patógeno el hongo, que para muchos autores, es huésped habitual de la vagina.

Debido a la morfología tan variable del bacilo de Doderlein y haber encontrado en algunos flujos de baja acidez algunas formas descritas como bacilos de este tipo pero no estando de acuerdo con ello decidimos hacer cultivo para hongos, en medio de Sabouraud con resultados positivos para éstos en seis de diez casos investigados, por lo cual concluimos que muchos de los diagnósticos de bacilo de Doderlein corresponden realmente a hongos.

En cuanto al tratamiento usamos la medicación local con prescindencia del tratamiento general, porque creemos que el primero bien dirigido es suficiente y porque parece que las drogas usadas por vía parenteral hasta el momento, yodo, nistatina, griseofulgina no han dado los resultados apetecidos, especialmente cuando se trata de *cándida albicans*, de esta localización. Usamos, como los ponentes la solución de violeta de genciana al 2% con un ritmo muy semejante al de aquellos; aunque actualmente nos hemos decidido usar como tópico los caprilatos y propionatos. Para usar a domicilio prescribimos óvulos a base de micostatin, así como los de caprilatos y propionatos. Creemos más, hay necesidad de variar la medicación tópica para que el hongo no se vuelva resistente.

Nunca despreciamos el factor hormonal, porque estamos convencidos, que en tanto que la vagina esté cumpliendo fielmente su papel biológico de autodepuración la infección no se produce fácilmente.

Al leer el capítulo sobre electrocoagulación como tratamiento de la cervicitis, estamos perfectamente de acuerdo respecto a la indicación y tiempo de ejecución; solamente agregaríamos siguiendo los tratadistas y basados en la experiencia que tenemos al respecto, lo siguiente.

Creemos que las complicaciones anotadas se deban a un exceso de cuidados post-operatorios. Nosotros nos limitamos a:

1º — Ordenar reposo absoluto en cama dura durante los dos días que siguen a la electro o mejor diatermocoagulación y revisar la paciente una semana más tarde.

2º — Advertimos además a la paciente que debe abstenerse completamente de relaciones sexuales durante el período de cicatrización que dura alrededor de un mes. Somos muy explícitos en advertirlas de las molestias que puedan sentir especialmente el aumento y a veces mal olor del flujo, mientras la escara cae espontáneamente.

Con este modo de proceder no hemos tenido sino muy escasas complicaciones de hemorragia y seguramente esto ocurrió en pacientes que no siguieron nuestros consejos.

En la mayoría de los casos hemos tenido buen éxito, salvo en algunos en los cuales la complementamos posteriormente a su debido tiempo.

ENDAMEBA HISTOLITICA

En nuestra experiencia tenemos un promedio de cinco casos al año de amibiasis genital, insospechados en su gran mayoría en un principio, pero actualmente por el conocimiento que tenemos de la entidad, podemos hacer, en muchos casos, el diagnóstico clínico de ella.

Nos extenderemos un poco más en el comentario de la amibiasis no porque la consideremos de gran novedad sino por la escasez y la importancia de su diagnóstico en algunas lesiones sospechosas de malignidad.

CUADRO CLINICO

a) *Flujo*. — Sus características son muy variadas pues puede presentar todas las modalidades en cuanto a consistencia, color, olor y cantidad pero especialmente es más frecuente el flujo se-

rosnaguinolento sumamente fétido como suele encontrarse en los procesos necróticos, lo cual induce al clínico a pensar que pudiera tratarse de un carcinoma o de otra de las lesiones ginecológicas en grado sumo de actividad.

b) *Lesiones*. — Son variadas pero pueden esquematizarse en la siguiente forma: 1º ulceraciones de aspecto fagedénico más comúnmente localizadas en el cervix, de aspecto crateriforme con pérdida de tejido y abundante y exudado purulento, lo cual da la imagen clínica franca de un carcinoma; 2º la forma traquelo-colpovulvitis de tipo aptoso con gran cantidad de exulceraciones a veces confluentes extendidas en toda la mucosa vaginal y cubiertas con pseudomembranas de difícil desprendimiento; 3º la forma chancroide con ulceración rojiza localizada en cualquier parte del tracto genital.

Todos estos tipos de lesiones se acompañan de una gran infiltración y acartonamiento del tejido subyacente.

El motivo general de la consulta es debido a sensación urente y pruriginosa, dispareunia, sinusorragia y abundante flujo fétido. Conjunto éste de síntomas más o menos intenso según la actividad del proceso o virulencia de la infección sobreagregada.

Etiopatogenia. — El hecho terminante de que la mayoría de los casos de amibiasis genital coexiste con la intestinal nos hace pensar en que el contagio se efectúa por el contacto de las heces con los órganos genitales externos aprovechando la vecindad del ano o presencia de fístulas rectovaginales, desgarrros perineales y en general higiene defectuosa.

Un mecanismo similar puede anotarse en la infección masculina veniente de los contactos sexuales con mujeres infectadas o por coitos anales.

Diagnóstico. — Se hace mediante examen directo, teniendo la precaución de tomar el material directamente de las zonas sospechosas puesto que en flujo solo en pocos casos es fácil encontrarlas. Ocasionalmente puede hacerse en el estudio de coloraciones por Papanicolaou o estudios anatomopatológicos de lesiones sospechosas de malignidad al encontrar formas quísticas o raramente trofozóticas en medio del abundante exudado inflamatorio.

En el estudio directo se encuentra solamente la forma trofozoítica característica de fácil identificación.

La anatomía patológica muestra tejido abundante de granulación y es preciso anotar que los primeros fueron ocasionalmente diagnosticados por este método al encontrar el protozooario en medio del tejido de granulación antes dicho.

Tratamiento. — Hemos tenido oportunidad de ensayar todos los tratamientos clásicos antiamebianos e inclusive aplicaciones locales, tópicos, etc. llegando a la conclusión de que es una de las pocas enfermedades vaginales de tratamiento general.

La emetina en dosis de 0.06 por 5 días nos ha dado el mejor resultado en todos los casos, con curaciones dramáticas, rápida desaparición de los trofozoitos y cicatrización excelente de las lesiones y con desaparición de los síntomas. Sobra decir que a esto agregamos el tratamiento antiamebiano general.

BALANTIDIASIS VAGINAL

En trabajo presentado por uno de nuestros compañeros Dr. Gustavo Isaza Mejía se relató el caso único en la Literatura Mundial de infección vaginal producido por el *Balantidium Coli*, cuya presencia no hemos podido encontrar de nuevo, a pesar de su búsqueda sistematizada.

En una enferma que consultó por abundante flujo urente y espumoso, se halló el *Balantidium*, lo cual fué comprobado por sucesivas muestras en días distintos.

No podemos formar un cuadro clínico especial por no tener más que este caso.

FLUJOS VAGINALES DE ORIGEN SICOSOMATICO

Existe una hipersecreción nerviosa del cuello uterino debida a que el sistema vegetativo ejerce una influencia manifiesta en esta parte de la mucosa uterina, lo mismo que sobre las de las fosas nasales, narices, estómago, intestino, etc. Todas las afecciones que den lugar a un aumento de la sensibilidad vegetativa pueden ser causa de la hipersecreción del cuello, siendo interesante para el diagnóstico saber que en las mujeres con hábito hipoplásico, se aprecia un aumento de la excitabilidad de este sistema y no es raro encontrar en ellas, al mismo tiempo, dismenorrea, anomalías del ritmo y exceso de moco.

Tanto el tema de los flujos como el de la dismenorrea y de la mayoría de los trastornos sicosomáticos han sido realizados

por autores europeos, habiendo recogido Dumbar las observaciones de los más destacados. El flujo sicógeno es particularmente refractario al tratamiento ginecológico habitual, pasando las enfermas de un médico a otro, hasta que finalmente se reconoce el fondo sicógeno. Bunneman cita un caso en el que el flujo persistió durante doce años, a pesar de todos los recursos ginecológicos empleados. Por último, desapareció al ser tratada mediante hipnosis; pero al cabo de un año le apareció después de una excitación sexual siendo necesario nueva hipnosis para que desapareciera nuevamente. El autor, para cerciorarse que esto no era solo coincidencia hizo reaparecer los síntomas mediante la sugestión.

Mayer señala que los impulsos sexuales inconscientes originan hiperemia e hipersecreción en la región genital, así como una disminución en el tono de la musculatura lisa.

Weiss, por su parte, señala dos casos de flujo, en uno de ellos primero la sintomatología era desencadenada por excitación sexual constante, debida a frondosas fantasías eróticas de la enferma. La sintomatología desapareció con el matrimonio gracias a la satisfacción sexual normal.

El gran número de pruebas acumuladas obligan al ginecólogo a interrogar a la enferma para saber qué piensa con respecto a este flujo; por otra parte, deberá explicar a la paciente el significado actual de dicho proceso expresado en términos de conducta.

También en aquellos flujos en los cuales se puede demostrar la presencia de gérmenes patógenos hay que tener en cuenta el factor sicógeno. Es nuestra opinión que la frecuente no curabilidad de muchos flujos se deba al desconocimiento de este factor.

El mecanismo de su formación es sencillo: Las emociones, los sentimientos de hostilidad y las excitaciones eróticas reprimidas hacen que presente como consecuencia la hipersecreción endocervical con producción de abundante Mucus filante muy semejante al del período ovulatorio, signo éste que nos conduce certeramente a su diagnóstico. La descarga permanente de estas secreciones alcalinas verifica un cambio del pH vaginal bajando la acidez y haciendo el medio más propenso a la invasión y proliferación de los gérmenes patógenos; por esto, es por lo que sostenemos que para hacer un verdadero tratamiento de un flujo vaginal no basta con atenernos a la aplicación de medicamentos lo-

cales sino que consideramos de la mayor importancia el tratamiento psicológico de la paciente, la cual al sentirse comprendida, verifica la descarga de sus tensiones emocionales con lo cual se disminuye o normaliza la hipersecreción y se restablece la normalidad valiéndose de sus propias defensas orgánicas, haciéndose así un tratamiento racional y efectivo.

Hacemos la afirmación anterior porque creemos que la mayoría de los gérmenes que afectan la cavidad vaginal son en cierta forma huéspedes habituales de las zonas perivulvares y del introito, de los cuales se defiende el tracto genital por medio del sostenimiento de la acidez la cual requiere un verdadero equilibrio sicosomático, equilibrio éste difícil de sostener en las mujeres con alteraciones de su sique, así sea la más leve.

En conclusión, estamos en condiciones de decir que para hacer un verdadero tratamiento de las vulvovaginitis es necesario tener en cuenta los dos factores soma y sique pues de lo contrario nos veremos en la necesidad de considerar incurables un buen porcentaje de flujos que con dos o tres entrevistas de tipo Psicológico ceden en forma dramática.