# CERVICITIS

Informe Preliminar (1) \*

# Doctores:

Rodulfo Camero Castaño (2) \*\*
Hernando Rodríguez Grandas
Fernando Andrade Lleras
David Rosemberg
Hernando Osorio Matamoros

Elaborado en el Hospital de San José y la Clínica Camero de Bogotá

#### CONSIDERACIONES GENERALES:

Con este nombre se ha designado la inflamación por infección del cuello uterino y su estudio ha preocupado desde hace mucho tiempo a Ginecólogos y Obstetras.

La frecuencia con que se encuentra esta afección en mujeres de todos los países y de todas las clases sociales es muy alta.

Puede afirmarse sin temor de errar, que es la más frecuente de las afecciones ginecológicas.

Las molestias que ocasiona y las complicaciones que de ella pueden derivarse, hacen más urgente su estudio con el fin de precisar su etiología.

El hallazgo de una erosión cervical debe ser motivo para aplazar exploraciones o estudios que no se relacionen con el diag-

<sup>(1)</sup> Presentado en el IV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Nov. 1959. Barranquilla.

<sup>(2)</sup> Apartado Nacional 2815 Bogotá.

nóstico y tratamiento de ella, siempre que no haya hemorragias o dolores abdominales agudos.

Para tener una impresión real del aspecto del cuello, es aconsejable aplicar el espéculo sin grasa, antes del tacto vaginal.

La Cervicitis se opone a los estudios funcionales y exploraciones en casos de esterilidad por las siguientes razones:

LA TEMPERATURA BASAL estará alterada por la inflamación.

La CITOLOGIA VAGINAL se verá interferida por elementos hemáticos y de desintegración.

El MOCO CERVICAL no mostrará con claridad las fases de cristalización por la misma causa.

La BIOPSIA ENDOMETRIAL es altamente peligrosa en pelvis inflamada.

El TEST DE RUBIN y la HISTEROSALPINGOGRAFIA están proscritos por la causa anterior.

El TEST DE HUHNER o Examen Post-coito, con toda seguridad, mostrará la capacidad espermicida de las bacterias del medio vaginal y cervical.

Con mayor razón fallará el SIMS-HUHNER o recuento espermático en el canal cervical y el WEISMAN o recuento en la cavidad.

Todo esto constituye el Factor Cervical, que tanta importancia tiene en el estudio de la Fertilidad y que influye en la patología pélvica.

# PATOLOGIA

Debemos considerar las lesiones del cuello como no malignas, precancerosas y malignas.

Entre las no malignas debemos considerar:

1. La pseudoerosión congénita, que corresponde a una zona enrojecida que se encuentra a nivel del orificio externo y se ha-

lla con frecuencia en las nulíparas. Estos cuellos tienen mayor tendencia a la infección.

2. Laceraciones cervicales. — Generalmente aparecen como consecuencia de los partos.

Las más serias laceraciones son la consecuencia de tratar de dilatar el cuello manualmente o de tratar de efectuar el parto antes de que haya dilatación completa.

En otros casos es debida al uso del forceps y a su mala aplicación.

También hay que considerar los partos rápidos, especialmente en multíparas con cuello edematoso y laceración previa.

Como resultado ulterior de estas laceraciones que por lo general no son atendidas o reparadas en forma apropiada y a tiempo, debido a que un gran número de estos partos son atendidos por comadronas o enfermeras y la gran minoría por médicos y servicios hospitalarios, la incidencia de cervicitis es muy grande.

Es nuestro deber, como Médicos, observar estos cuellos postpartum y reparar las laceraciones, e igualmente examinar con mucho cuidado el cuello en el puerperio y tratarlo correctamente de acuerdo a las manifestaciones que presente.

## 3. CERVICITIS.

La cervicitis aguda se presenta, como resultado de infección gonocóccica generalmente. Como resultado del parto o aborto el cuello se lacera y la flora bacteriana de la vagina penetra dentro del estroma cervical y lo infecta.

4. Estenosis del cuello uterino. Es muy frecuente su hallazgo y sus consecuencias son muy serias.

Por lo general es la consecuencia de cauterizaciones del cuello mal hechas. También puede resultar después de conización cervical o aplicación de Radium intracervical.

Igualmente la gonorrea puede producir estenosis, lo mismo que la menopausia.

- 5. Pólipos Cervicales.
- 6. Conditoma lata y conditoma acuminata.

LESIONES PRE-CANCEROSAS: Leucoplakia. — Clínicamente se presenta como un área blanquecina sobre el cuello. Al estudio histológico a veces aparecen cambios mínimos. Otras veces se manifiesta como hiperkeratosis con ligera sobreactividad de las células de la capa basal.

LESIONES MALIGNAS DEL CUELLO: Desde el punto de vista histológico hay dos tipos que sobresalen por su frecuencia; el escamo celular y el adenocarcinoma, siendo la incidencia del 1º 94,5% y del 2º 5,4%.

Además se presenta el sarcoma del cuello que es muy raro.

## SINTOMATOLOGIA:

Es el *FLUJO* quizá el síntoma más frecuente y el más molesto para la mujer. Hay que precisar en el interrogatorio, el color y la época de su aparición, pues con frecuencia se impresiona por el aumento del moco cervical, blanco transparente, en la época de la ovulación. Si es por Tricomonas el flujo es blanco amarillento, espumoso. Si se trata de monilias, el flujo es en grumos como de colonias. También se encuentran flujos francamente purulentos en las afecciones genitales bacterianas; y, hemáticos producidos por endometriosis, erosiones y tumores.

El PRURITO lleva a la mujer a la desesperación, especialmente el producido por Monilias. El Hipoestrogenismo y la Vaginitis senil, que también lo producen se comprueban por citología vaginal. La diabetes también puede ocasionarlo. Hay un prurito de origen alérgico, a las ropas de Nylon, bastando solo interrumpir su uso para que éste desaparezca. Estas y otras causas las aclara el Laboratorio que guía el tratamiento.

CEFALEA. — Es frecuente y solo la explica la preocupación constante en que vive la mujer que tiene flujo.

ALTERACIONES DEL CARACTER: Como estas molestias son casi constantes en la cervicitis, el éxito del tratamiento las hace confesarlas expontáneamente y anotan complacidas el cambio.

ANGUSTIA. — Su aparición sigue a las alteraciones del carácter y evcluciona con ellas.

*LUMBALGIA*. — Es casi tan constante como el flujo y se acentúa con las retro-desviaciones uterinas, que de ser móviles, mejoran notablemente con la gimnasia genu-pectoral.

CISTITIS. — Es frecuente y se explica por propagaciones de vecindad (Tricomonas, afecciones bacterianas) o por propagación por vía linfática como en el caso del Colibacilo, la cual es más frecuente si concomitantemente la paciente padece de constipación intestinal.

HALLAZGOS: Al examen Ginecológico puede encontrarse:

DESGARRADURA PERINEAL: Que puede provocar la cervicitis o volverla crónica. La reparación quirúrgica constituye la mejor ayuda para el éxito del tratamiento.

CONGESTION DE LA PIEL: La produce el prurito.

SANGRE: Este hallazgo impone más responsabilidad al estudio, pues supone una cervicitis severa, una hemorragia funcional un tumor, etc.

BARTOLINITIS: Es fácil de diagnosticar. Se debe extirpar en la forma crónica tratar y luego extirpar en la forma aguda, y nunca puncionar para drenaje, pues se reproduce.

SKENITIS: Se debe buscar en todo examen ginecológico.

URETRITIS: Aparece como lesión de vecindad o por la cistitis.

 ${\it COLPITIS}\colon$  Generalmente producida por tricomonas u hongos.

DESGARRADURA DEL CUELLO: Se deben tratar con el mismo criterio que las del periné y antes que éstas, pues ambas son factor causal de la cervicitis.

PUNTEADO DE LA MUCOSA: Se encuentra en el cuello y la vagina y es casi patognomónico de tricomoniasis.

Al observar la extensión de la erosión y sus características principales, debe precisarse el estado del canal cervical. Es cierto que su exploración es difícil pero la observación de su extremidad inferior permite sospechar el estado de la parte alta v aquí es donde el examen de material aspirado se impone para conocer mejor el Factor Cervical.

## ESTUDIO BACTERIOLOGICO

Estuvimos preocupados por el fracaso que teníamos en la consulta de Esterilidad del Hospital de San José, al tratar las Cervicitis con Electrocoagu!aciones, óvulos, antibióticos, etc.

Apreciápamos mejorías y al cabo de corto tiempo las veíamos reaparecer y los exámenes daban los mismos gérmenes.

Se repetian los tratamientos con igual resultado.

Decidimos emprender un estudio a fondo y basados en los trabajos de Buxton y col. pedimos estudio de secreción cervical por cultivo a todas las pacientes. Como era natural, dado el abuso que se ha tenido en la anlicación de antibióticos, la resistencia de los gérmenes es grande y con el cultivo pedíamos el Antibiograma.

Hacíamos los tratamientos indicados y los resultados eran muy buenos. No obstante, aparecían las recidivas en casi todos los casos y con esto decidimos hacer el estudio de los esposos, ordenándoles cultivo y Antibiograma de secreción prostática y uretral

Quien haya trajinado en estudios de Esterilidad, conocerá el problema que representa la colaboración del hombre para su estudio.

Apelamos a todos los recursos, hasta conseguirlo en la mavoría, mediante invitación a charlas sin mencionar la palabra examen.

Allí les hablábamos de la necesidad de la colaboración, de no reclamar a la mujer por falta de embarazo, de la frecuencia con que se presenta un 50% de causas (nunca decir culpa) en el hombre y otro tanto en la mujer y con gran sorpresa vimos que casi todos han colaborado.

En esta forma se han desarrollado los estudios:

CULTIVO: Elementos necesarios:

Escobillones estériles en un tubo de ensayo estéril.

Medio de cultivo de Tioglicolato, medio líquido, enriquecedor. Cajas de Petri.

Se siembra en los medios a) Gelosa sangre; b) E M B; c) Gelosa.

TECNICA: Se toma la muestra en escobillón estéril, asépticamente; este escobillón se coloca en el tubo estéril, se envía al Laboratorio.

En el mismo tubo o en uno similar, se añadirán 5 cc. de tiuglicolato, se incuba por 24 horas a 37 grados centígrados de temperatura.

Al finalizar este período se hacen pases a los medios de Gelosa sangre y E MB, para aislar los organismos y se estudiará su sensibilidad a los antibióticos. Se incuba por 24 horas a 37º centígrados.

ANTIBIOGRAMA: La técnica usada en el Laboratorio Clínico del Hospital San José para el Antibiograma, es la técnica que se usa de rutina en la gran mayoría de laboratorios que usan los discos de Sensibilidad de las Casas Difco o BBL.

Luego de haber estudiado y aislado las entidades, se sembrarán los organismos en gelosa, o gelosa sangre según sus necesidades.

Se colocan 6 discos de sensibilidad por caja de Petri, formando una circunferencia interior en relación a la caja de Petri a 2,5 cm. de distancia del borde exterior. Se incuba por 24 horas a 37 grados y luego se observa la sensibilidad del organismo a los antibióticos usados.

La lectura se interpreta así:

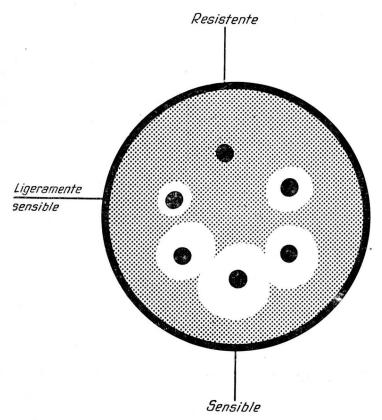
SENSIBLE: Cuando hay un área de acción bactericida mayor de 0.2 cm. de radio en relación al disco de sensibilidad.

 $LIGERAMENTE\ SENSIBLE$ : Cuando existe acción bacteriostática que no exceda de  $0.2\ {\rm cm.}$  de radio.

230

RESISTENTE: Cuando no se observa acción bacteriostática alrededor del disco de sensibilidad.

Para mayor información véase el dibujo que representa una caja de Petri.



ESTUDIO EN EL HOMBRE

Es necesario que el ginecólogo frente a una vaginitis que sospeche o pueda comprobar como de origen específico (a gonococo, tricomona, monilia etc.), no se limite al tratamiento de la paciente, sino que solicite exámenes de secreción prostática y uretral, sedimento urinario etc en el esposo, a la vez que recomiende la interrupción de las relaciones sexuales por algún tiempo.

En ausencia de vaginitis o de flujo en cantidad abundante, frente a un cuello erosionado, se ha creído resolver el problema haciendo una electrocoagulación.

La observación de las recidivas de Cervicitis nos llevó al siguiente razonamiento: Si una vez epitelizado el cuello vuelve a erosionarse, es porque debe existir un factor que lo irrite. Tal factor de irritación es el moco cervical? Procedimos a hacer cultivos de secreción cervical con los resultados antes expuestos.

Fué por esto que cambiamos nuestra conducta; si la causa de cervicitis más frecuente es la infección, el tratamiento medicamentoso con la droga que el antibiograma había mostrado de elección debía ser efectivo. Y, en efecto, en muchas pacientes (algunas en las cuales inclusive se había pensado en amputar el cervix), el cuello se modificó totalmente. Esta mejoría fue persistente en una pequeña cifra.

En la mayoría, la cervicitis recidivó. Y hubo pacientes en las cuales este factor alterado, impidió por muchos meses continuar la exploración de los demás factores y fué causa de un test de Huhner persistentemente deficiente.

Esto nos llevó a investigar la participación que pudiera tener el esposo en la re-infección y estabilización de la cervicitis.

En la literatura que hemos consultado no encontramos casi referencias al estudio conjunto de cultivo y antibiograma en la pareja matrimonial.

Los hombres cuyo líquido prostático fue examinado, no presentaban clínicamente ninguna manifestación de uretritis; sus espermogramas eran normales, pero las pruebas de Huhner fueron siempre deficientes.

Los cultivos de líquido prostático no mostraron gérmenes específicos (Gonococo, Tricomona etc.), pero en todos se halló flora microbiana similar a la encontrada en el cultivo de secreción cervical de la esposa, tal como se consigna en algunas historias.

En consecuencia, creemos necesario, en presencia de Cervicitis, Endocervicitis, o Leucorrea:

- a) Pedir Cultivo y Antibiograma de secreción cervical.
- b) Pedir Cultivo y Antibiograma de Líquido Prostático y Uretral en el esposo.

- c) Cultivo del Sedimento urinario, y
- d) Prohibir las relaciones sexuales durante el estudio y tratamiento.

# RESUMEN DE HISTORIAS

#### N. N., 24 años. Casada. H. Nº 2548/57.

Consultó por: Esterilidad primaria de 7 años.

Examen inicial: Cuello congestionado con punteado rojo. Sep. 16/57.

Nov. 20/58. Se practica Test de Huhner. En las placas se observan hasta 15 espermatozoides por campo, móviles in situ en un medio lleno de leucocitos, por cervicitis.

Dic. 15/58. Se hace ELECTROCOAGULACION. Más tarde se pide cultivo. Hay Colibacilo. Se formula Cloromicetyn Caps. Nº 24.

Marzo 12/59. El cuello está en buen estado.

Jul. 6/59. Cuello sano.

#### N. N., 28 años. Casada. — H. Nº 1600/56

Consultó por: Esterilidad secundaria (tres años).

Examen Inicial: Cuello con discreta endocervicitis. (Ag. 3/59).

Sep. 3/59. Se pide cultivo de moco y antibiograma.

Sep. 17/59. Cultivo Positivo para Estafilococo Albus y Colibacilo. Sensible a Cloromicetyn y otros. Se fermula Cloromicetyn Caps. Nº 24 x 4 diarias.

## N. N., 32 años. Casada. - H. Nº 1850/59.

Consultó por: Esterilidad Secundaria. (Siete años).

Examen inicial: Cuello congestionado con Cervicitis y quistes de Nabott.

Jul. 30/59. Se pide Cultivo y Antibiograma.

Agt. 10/59. El cultivo fue positivo para Colibacilo. Sensible a Cloromicetyn y otros. Resistente a Sulfas. Se formula Cloromicetyn Caps.  $N^\circ$  24 X 4 diarias.

Oct. 9/59. El cuello no ha mejorado completamente. Se pide Espermograma del esposo y cultivo de líquido prostático y uretral.

#### N. N., 24 años. Casada. — H. Nº 152/58.

Consultó por: Esterilidad primaria (4 años).

Examen inicial: Cervicitis crónica.

Febrero 23.59. Se pide cultivo de moco por Test de Huhner deficiente con espermograma normal.

El cultivo de moco fue positivo para Colibacilo y Estafilococo Albus. No se hizo tratamiento por sospecherse radiológicamente una T.B.C. genital que requería atención más urgente. "Se separaron".

#### N. N., 33 años. Casada. — H. Nº 777/57.

Consultó por: Esterilidad Primaria (8 años).

Examen inicial: Cuello sano de nulípara. Abril 29/57.

Sep. 29/58. Test de Huhner deficiente. (No se encuentran espermatozoides en la muestra endocervical. Espermograma Normal.

Nov. 17/58. Huhner deficiente. Se considera como hostilidad cervical. Se pide cultivo de mo**c**o.

Enero 19/59. El cultivo fue positivo para Stafilococo Albus y Colibacilo. Se formula Cloromicetyn. Caps.  $N^\circ$  20 por 4 diarias.

Abril 23/59. Huhner deficiente (Muestra vaginal: Muy escasos espermatozoides muertos. En la muestra endocervical no se observan espermatozoides.

Julio 30/59. Test de Huhner deficiente. Se encuentran hasta 8 Espermatozoides muertos por campo (Test de la Eosina). Se repite el cultivo.

Agosto 30/59. Cultivo positivo para Colibacilo. Se solicita cultivo de líquido prostático en el esposo. No ha vuelto a consulta.

#### N. N., 27 años. Casada. — H. Nº 2383/57

Consultó por: Esterilidad secundaria (4 años).

Examen inicial: Cuello con cervicitis, congestionado. (Agosto 22/57).

Enero 15/59. Un Test de Huhner muestra que en la toma vaginal no existen espermatozoides. En la muestra endocervical 4-5 espermatozoides inmóviles por campo. Se pide Cultivo de Moco.

Enero 22/59. El cultivo de Moco dio Positivo para Colibacilo. Se formuló Dicrysticina. No se hizo Antibiograma. Como el espermograma mostró acentuada necrospernia y el esposo trabaja el sitio de calor permanente (fábrica

de textiles) se trata de hacerle cambiar de oficio para ver si mejora el espermograma. Se formula Cloromicetyn, cápsulas  $N^0$  24 por 4 diarias.

Mayo 4/59. La congestió ndesapareció, la cervicitis desapareció, la mucosa está sana; no ha vuelto a control.

#### N. N., 25 años. Casada. - H. Nº 1789/55

Consultó por esterilidad primaria. (8 años).

Examen inicial: Cuello sano.

Marzo 3/58. El Test de Huhner es deficiente. En la muestra examinada del endocervix no hay espermatozoides. El espermograma es plenamente satisfactorio.

Junio 19/58. Nuevo Huhner deficiente. pH vaginal seis, cervical 7. Se pide cultivo de moco.

Agosto 21/58. El cultivo fue positivo para Colibacilo. Se formula Terramicina.

Octubre 2/58. Control de cultivo Positivo para Estafilococo Albus y Colibacilo.

Octubre 9.58. Hay modificaciones del Status ginecológico y de la Temperatura Basal. Se pide Galli.

Octubre 20 58. Galli Positivo.

Febrero 9/59. Control de embarazo. Altura Uterina 20 ctms.

Se envía a prenatal. Tuvo después parto normal, de término. Feto normal de sexo femenino. Vive en condiciones normales de salud.

#### N. N., 28 años. Casada. - H. Nº 2706/57.

Consultó por esterilidad en segundo matrimonio (cuatro años).

Examen inicial: Cervix de multípara. sano. Flujo no.

Agosto 21/58. Flujo abundante. Examen de Laboratorio: Tricomonas y Levaduras. Se ordena Picatyl.

Sepbre. 8/58. Ha mejorado del flujo.

Enero 22/59. Flujo abundante. Se pide cultivo de secreción cervical.

Febrero 2/59. Cultivo positivo para Estafilococo Albus y Estreptococo Viridans. Se formula Picatyl y Diodoquin.

Marzo 5/59. Control de cultivo positivo para Estafilococo Albus y Tricomonas. Se fornula Picatyl. Cloromicetyn.

Abril 2/59. El cuello ha mejorado notablemente. Como en otra ocasión mejoró también y seguramente se reinfectó en las relaciones, se formula Diodoquin al esposo.

Julio 2/59. Cultivo de control. No se encuentra Estafilococo pero es positivo para Colibacilo. Se pide Antibiograma

Julio 16/59. Cultivo positivo para Estafilococo Albus. Sensible a Cloromicetyn. Se formula cápsulas  $N^\circ$  36 por 6 diarias.

Agosto 27/59. Cuello sano, endocervix sano. Se pide control.

Septiembre 10/59. Cultivo positivo para Colibacilo y Estafilococo. Se pide cultivo de Líquido Prostático en el esposo.

Septiembre 24/59. El cultivo de Líquido Prostático es positivo para Estafilococo Albus, sensible a Penicilina.

#### N. N., 27 años, Casada, H. Nº 380/58.

Consultó por Esterilidad Secundaria (ocho años).

Examen inicial: Cervix con cervicitis amplia.

Marzo 24/58. Se formula Discristycina y óvulos al Sulfatiazol.

Abril 7/58. Se formula Dicristycina y óvulos de Furacin.

Mayo 5/58. Ninguna mejoría Se hace electrocoagulación y se formulan óvulos de Furacin.

Junio 5/58. El cuello se encuentra en condiciones muy sospechosas. Se toma Biopsia. La Biopsia dio: ENDOCERVICITIS CRONICA. Nueva electrocoagulación amplia.

Febrero 9/59. El cuello se encuentra erosionado y congestionado en ambos labios. Se pide cultivo de flujo vaginal.

Marzo 10/59. El examen de flujo dio flora de cocos y diplococos gram positivos y bacilos gram negativos. Se ordena Cloromicetyn cápsulas  $N^\circ$  36 por 6 diarias.

Marzo 16/59. El cuello ha mejorado.

Abril 20/59. Mejoría notoria. Se pide cultivo de secreción cervical.

Julio 2/59. Cuello con cervicitis amplia. El cultivo fue positivo para Colibacilo. Sensible a Cloromicetyn, Dihidro-estreptomicina y Kantrex. Resistente a Bacitracina. Eritromicina y Polimixin. Se ordena Cloromicetyn.

Octubre 22/59. La cervicitis continúa igual. Se pide cultivo de líquido prostático en el esposo.

## N. N., 2 9años. Casada. — H. Nº 2113/58.

Consultó por Esterilidad primaria (seis años).

Examen inicial: Ligera endocervicitis.

Junio 15/59. Persiste la endocervicitis. Se pide cultivo de secreción cervical.

Julio 2/59. El cultivo fue positivo para Colibacilo. Sensible a Aureomicina, Cloromicetyn, Kantrex y otros. Resistente a Gantrisin. Se ordena Aureomicina en insuflaciones.

Agosto 6/59. Cuello de aspecto normal.

Septiembre 14/59. Cuello de aspecto satisfactorio. Control de cultivo.

Octubre 8/59. El control fue positivo para Colibacilo. Se pidió bacterio-lógico de Líquido Prostático y dio positivo para Colibacilo. Se dan 36 cápsulas por 6 diarias a cada uno de Cloromicetyn.

#### I. R. de V. - 33 años. Casada.

Consulta por "Que me han quemado el cuello 7 veces y temo que tengo cáncer". Hace 8 años le iniciaron Electrocoagulaciones y le han hecho 2 en Colombia y 5 en Venezuela.

En los intervalos ha tenido 3 abortos y 2 partos normales. Le han tomado 2 biopsias con resultado, de **Cervicitis Crónica Severa**; la última hace 8 días.

Examen: paciente angustiada Al espéculo cuello con cervicitis amplia, flujo abundante sero-mucoso. Al T.V. cuello grande, duro. cuerpo en R.V.F. poco móvil, pelvis sensible anexos negativos. Se pide Cultivo y Antibiograma en la pareja. Resultado: Escherichia Coli en ambos y sensible a: Cloromicetin. Tratamiento Cloromicet.n 48 cap. de 250 mgrs. c/u. por 6 diarias. Mejoró notablemente el cuello, pero continúa con dolor pélvico. La R.V.F. no se modificó y al movilizarla despicrta dolor. Piensa viajar a otro pa.s y dice que si el dolor es por la R.V.F. que la opere. Así lo hago encontrando lo diagnosticado y algunas adherencias en anexos. Hace un año se hizo seccionar las lestias pélvicas. Le practiqué un WEBSTER BALDY. A los 15 días de operada, encuentro el cuello totalmente cicatrizado. Todo el tratamiento duró dos meses.

#### B. C. de V. 31 años. Casada. Junio 9/59

Consulta por: "Deseo un chequeo para ver si puedo tener otro hijo". Se casó hace 8 años.

Ha tenido 2 embarazos con Albuminuria severa y partos normales hace 7 y 4 años. Se queja de mal carácter, oliguria, disuria y lumbalgia.

Al examen se encuentran amígdalas en pésimo estado.

El examen ginecológico dio: cuello con endocervicitis, flujo grumoso rosado. Al T.V., cuello normal, cuerpo en retroposición. poco móvil, doloroso, anexos negativos.

Los exámenes de orina dieron albúmina, cilindros hialinos, piocitos, hematíes etc. Se trata y se envía al especialista. Le practica amigdalectomía. Los exámenes post-operatorios de orina apenas dieron huellas de albúmina.

Le ordeno Cultivo y Antibiograma de Secreción Cervical y orina.

Resultado: Monilias y Estaf. Albus.

El Urocultivo dio: Estafilococo Albus (no patógeno).

El Antibiograma dio: Sensible a Cloromicetín para ambos. Le ordeno 36 caps, de Cloromicetín por 6 diarias y óvulos de Micostatín el 22 de Septiembre.

En Octubre 2 desapareció la lumbalgia y el flujo.

Cuello de aspecto sano. Expontáneamente dice: "He cambiado de genio y me levanto más contenta que antes". Al T.V. no hay dolor a la movilización. Esto en 10 días de tratamiento. Diez días después menstruó por 5 días y hoy 26 de Noviembre no ha vuelto la regla. Al examen, cuello violáceo, cuerpo aumentado de tamaño y demás signos clínicos de embarazo.

#### M. A. de A. 25 años. — Junio 28/6.

Consulta por Esterilidad primaria de 3 años.

Menarquia 13. Ciclo 5/28. Paciente angustiada por no tener hijos.

Examen general: nada especial.

Ya ha sido tratada por otros colegas.

Examen Ginecológico: Cuello con Cervicitis, flujo espumoso, grumos etc. Al T.V. cuerpo alargado con fibroma de cara anterior. Durante 3 años se hicieron estudios funcionaels que resultaron normales, estudios de Laboratorio con hallazgos de tricomonas unas veces y otras mon-lias, se trataba la pareja, reaparecía el flujo y la cervicitis. En este tiempo se intervino para el fibroma, en época de posible ovulación y se encontraron ovarios escleroquísticos sin señal de ovulación reciente. El esposo además de tratamiento para tricomonas, fue intervenido para fimosis y focos amigdalianos. Mejoró la esposa el flujo. No volvió a consulta durante 6 meses. Al volver en Noviembre/59 le encontró Cervicitis más amplia. Les ordeno Cultivo y Antibiograma a ambos. Resultado: Escherichia Coli en ambos y además en el esposo hay Estafilococo Albus Hemolítico. Sensible a Cloromicetín en los dos cónyugues. Les ordeno 36 caps. por 6 diarias a cada uno.

#### R. A. de D. 30 años - Noviembre 12/59

Consulta por: Metrorragias y flujo amarilio con prurito desde hace un año.

El ciclo inicial de 4-5/30, cambió a 6/15 desde el comienzo de los síntomas actuales. Gesta 5 — Para 3.

Hace 3 meses que viene manchando el pantalón con sangre roja o negra. Se queja de lumbalgia y cefalea. Al examen general no hay nada especial.

Examen Ginecológico: Hay una sutura que no prendió completamente en la parte derecha del periné, por episiotomía en el primer parto.

Sale flujo rosado espeso. Al espéculo se encuentra vagina congestionada, cuello con flujo abundante y Cervicitis amplia. Al T.V. cuello grueso, duro, cuerpo difícil de precisar por dolor pélvico.

Se ordena Cultivo y Antibiograma en la pareja.

Resultados: En ella Tricomonas y Cultivo positivo para Estaf Albus Hemolítico en ambos.

El esposo tiene además Colibacilo en orina.

Todo es **Sensible a Cloromicetín.** Les ordeno 36 caps. por 6 diarias a c/u. Cinco días después el cuello y los síntomas han mejorado.

#### E. R. de L. 39 años. Octubre 8/57

Consulta por **Esterilidad Primaria de 4**½ **años.** Es una pareja que vive en muy poca armonía, por falta de hijos. Al examen solo encuentra dolor pélvico.

Los estudios de exploración duraron casi un año por falta de colaboración de ambos. En la época de la biopsia no pasó el histerómetro. El Rubin y la Histero se dificultaron por la misma estrechez del canal cervical, pero fueron positivos. Al terminar el primer año de estudio se hizo dilatación cervical y raspado-biopsia dando Endometrio Secretor.

El Espermograma era normal. Se concluyó que la pareja estaba en buenas condiciones.

Ocho meses después, Junio 2/59, vuelve a consulta por dolor pélvico. (Es el síntoma más frecuente de que se queja casi toda mujer que no ha podido tener hijos). Un cuadro Hemático dio 10.000 Leucocitos únicamente. Sedimentación normal. Como un gran número de inflamaciones pélvicas se atribuyen al colibacilo le ordeno Cloromicetín 16 caps. de 250 mgrs. 4 diarias.

Noviembre 3/59. Consulta porque no ha vuelto a menstruar desde el 1º de Septiembre. Al examen se aprecian todas las modificaciones que acompañan al embarazo. El T.V. confirma las sospechas.

Como estamos en la **época del Cloromicetín** es curioso que este caso sin los estudios Bacteriológicos haya coincidido y por eso se cita así, en que a los 3 meses del pequeño tratamiento se presente embarazo, cuando se cumplían 6½ años de esterilidad.

# TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS

La variada patología cervical ha llevado en diferentes épocas a buscar soluciones, todas ellas con resultados poco satisfactorios. Así se usaron las duchas vaginales y también los cáusticos, que ocuparon sesiones interminables en los consultorios. Sus resultados eran regularmente halagadores.

La electrocoagulación en radio del Cervix ha tenido mejor acogida. El resultado es la formación de una costra sobre tejido congestionado con una reacción del epitelio y cicatrización completa y satisfactoria.

La experiencia sinembargo demuestra que la electrocoagulación es un tratamiento de resultados inmediatos buenos, pero no perdurables la mayoría de las veces. Y, en más de una paciente que puede ser controlada, es una observación común la recidiva de las erosiones del cuello.

Debe repetirse la electrocoagulación? Sí, ha sido la respuesta de los ginecólogos por muchos años y algunos autores Norteamericanos han llegado a recomendar hasta 8 y 10 seguidas.

La coincidencia de estas lesiones del cervix con estados precancerosos de localización endocervical, llevó a preconizar la conización, con la cual se obtenía abundante material que se examinaba por biopsia. El hallazgo de endocervicitis crónicas frecuentes, hizo pensar que el foco podría ser éste y conociendo el papel anatómico y funcional del cuello, se creyó que extirpando este tejido se lograría de una vez la curación de la paciente, en virtud de que las secreciones por cambio en su composición y Ph. pudieran desempeñar un papel irritativo. Sin embargo todos sabemos que ésta tampoco ha sido la solución.

La era de los antibióticos despertó una esperanza y los tratamientos locales ocuparon el papel de moda con los óvulos, tabletas, candelillas etc. Los resultados eran similares: Mejoría transitoria. Nosotros, que por estar dedicados a estudios de Esterilidad, sentimos la necesidad de estudiar los distintos factores y tratar los que estén alterados, sin modificar las condiciones anatomofisiológicas del árbol ginecológico, nos vemos obligados a buscar soluciones menos cruentas y más perdurables.

En esto procedemos en completo acuerdo con los autores extranjeros, algunos de los cuales se expresan así a este respecto:

Según Edmund W. Overstreet "muchas de las erosiones cervicales son cervicitis agudas o crónicas, mientras que otras representan simple ectropión de la mucosa del canal cervical, sin infección en absoluto".

"En cualquiera de los dos casos un tratamiento vigoroso, radical, debe ser descartado; la conización especialmente, debe proscribirse".

"En pacientes estériles debemos desear tener un cuello normal, que produzca moco normal. Cualquier trastorno en esta función mucosecretora por conización es grave error".

"En el tratamiento del cuello anormal, el principio general es Primun non Nocere. El tratamiento ideal debe obtener un cuello normal por procedimientos que impliquen el menor trauma posible".

Por todas estas razones, quisiéramos pedir a Ginecólogos y Obstetras, un poco de atención a este estudio y dar una tregua a las Electrocoagulaciones por Cervicitis o Endocervicitis, mientras una observación más completa con la ayuda de ellos, nos lleva a una demostración más extensa de esta conducta y hacer en cambio el tratamiento médico que indique el estudio.

Nosotros escogimos el que dio más alto porcentaje de Sensibilidad y por fortuna contamos con la colaboración de la casa Parke Davis, que nos ha suministrado el Cloromicetín, pero se pueden combinar varios tratamientos observando los cuadros siguientes:

			10 10 1 A	5	CULTIVO							ANTIBIOGRAMA								
					Gérmenes Aislados										Sensible a:					
Nº de Ord.	Nº Historia	Edad	Motivo Consulta	Hallazgo	N.	E.C.	ST. A.H.	ST. A.N.	ST. AU.	Str. Vir.	Str. Fec.	Otros	CL	D.E.	s.	Au.	Pen.	Erit.	Terr.	Sin Ant
1	380/58	27	E. P. 8ª	Cervic.		+		+					+	+	R.	R.	R.	R.	R.	
2	844/56	34	E. P. 9 <sup>8</sup>	Cervic. Vaginit.		+							+	+	R.	+	R.	R.	R.	
3	777/54	33	E. P. 8ª	Leucorr.		+				+		ļ .	+	+	+	R.	+	+	+	
4	1088/57	30	E. P. 7ª	Leucorr.		+		+			+									+
5	1085/59	21	E. P. 2	Cervic.				+					+	+	R.	+	+	+	+	
6	817/59	28	Flujo	Cervic.		<b>—</b>		+					+	R.	R.	R.	R.	R.	R.	
7	1789/55	25	E. P. 8ª	Cervic.		+		+												+
8	1041/57	23	E. S. 6ª	Cervic.		+		+												+
9	2383/57	27	E. S. 4 <sup>a</sup>	Cervic.		+				+		+								+
10	548/57	24	E. P. 7ª	Cervic.		+				+			+	R.	+	R.	+	R.	R.	
11	152/58	24	E. P. 5 <sup>a</sup>	Leucorr.	7	+				+									-	+
12	2706/57	28	E. S. 4 <sup>a</sup>	Leucorr.				+		+			+	R.	R.	R.	R.	+	+	
13	2084/59	28	E. P. 10 <sup>a</sup>	Leucorr.		+							+	R.	+	+	R.	+	R.	
14	1512/59	26	E. S. 4ª	Cervic.	,	+				1			+	R.	R.	+	+	+	R.	

				*				CU	L TIVO	)						ANT	TBIOGI	RAMA		
								Gérmene	es Aisla	ados							Sens	ible a:		
Nº de Ord.	N <sup>o</sup> Historia	Edad	Motivo Consulta	Hallazgo	N.	E.C.	ST. A.H.	ST. A.N.	ST. AU.	Str. Vir.	Str. Fec.	Otros	CL	D.E.	S.	Au.	Pen.	Erit.	Terr.	Sin Ant
15	1512/56	27	Inf. 9ª	Skenitis Leucorr.				+					+	R.	+	+	R.	+	R.	
16	1850/59	32	E. S. 7ª	Cervic.		+							+	R.	R.	R.	R.	+	R.	
17	1612/59	30	E. S. 4ª	Leucorr		+		+	-											+
18	2113/58	28	E. P. 8ª	Leucorr.		+							+	+	R.	+	+	+	+	
19	2006/58	25	E. P. 7ª	Leucorr.		+						+	+		+		+	See		
20	P. P.	30	D. Pelv.	Cervic.		+		+				Ī	+	R.			R.			
21	P. P.	30	D. Pelv.	Cervic.		+		+					+	+		R.	R.	R.		
22	P. P.	31	Inf. Pelv.	Leucorr.				+				+	+		+	R.		+	R.	1.0
23	P. P.	40	Inf. Pelv.	Cervic.				+				+			R.		+	, ,		70
24	P. P.	30	Leucorr.	Cervic.			+					+	+	R.	R.		+	7		
25	P. P.	33	Cervic. (7ª El.)	Cervic.		+		+					+	R.			R.	R.		
26	2696/59	30	E. S. 5ª	Leucorr.				+					+	+			+		+	
27	2845/59	31	E. S. 9ª	Cervic.				+					+	+	R.	+	+			+

			MUJERES: 2	7								HOMBRES: 14	1	
Gérmenes	Total	%			5	Sensib	le a:			Tor	%	Sensible a:		
¥ ¥			Cloromic.	D.E.	s.	AU.	Pen.	Erit.	Ter.	8		Cloromicetyn	Au.	Pen.
Neisser	0	0												
E. C.	18	66	S. 12 - 6 A.	5	4	4	4	5	2	10	71	S. 8 - 2 A.		
Est. Al H.	1	3	1				1		•	1	7	1		1
Est. Al N.	16	59	S. 11 - 4 A.	5	2	3	4	4	4	3	21	S. 1 - 2 A.	1	
Est. Vir	5	18	S. 3 - 2 A.	1	2		2	2	2	2	14	S. A.		
Estr. Fe.	1		Sin Ant.											

	FNITOS	CURA	CION	<b>M</b> - ! (	Çurac.	DDGGA 514D154D4			
TRATAM	IENIOS	Clínica	Bact.	Mejoría	ó Mejor.	DROGA EMPLEAD			
M. 27	N. 14	M. 22	M. 16	M. 5	H. 10	ÇLOR.	PEN.	AU	
TOTAL	41		27			36	3	2	

## CONVENCIONES

T. V. Tacto Vaginal R. V. F. Retro-verso-flexión N. Neisser Escherichia Coli E. C. Est. Al H. Estafilococo Albus Hemolítico =Est. Al. N. Estafilococo Albus no Hemolítico = Estr. Vir. Estreptococo Viridans = Estr. Fec. Estreptococo Fecalis C1. Cloromicetín -D. E. Dihidro Estreptomicina =S. Sulfas Au. Aureomicina Pen. Penicilina Eritromicina Eritr. Terr. Terramicina =Sin Ant. S. Sin Antibiograma A. E. P. Esterilidad Primaria E. S. Esterilidad Secundaria Inf. Infertilidad

Paciente Particular

P. P.

## RESUMEN

Se hace un recuento de las causas más probables de la Cervicitis en la mujer colombiana.

Se destaca la necesidad de una estadística para conocer la incidencia de la Cervicitis en nuestro medio, en consideración a que en países de mejores condiciones sanitarias es la enfermedad ginecológica más frecuente.

La enumeración de la mayoría de afecciones que puede sufrir el cuello uterino son anunciadas someramente, con el fin de llamar la atención del médico hacia su estudio para diagnóstico o exclusión.

Se refiere una variedad de síntomas hallados en la consulta particular y hospitalaria, que concuerda y excede a veces la de otros países.

El estudio bacteriológico se presenta ampliado, como una investigación completa o imprescindible en la pareja matrimonial y se concreta al Cultivo y Antibiograma de secreciones de ambos cónyugues. Se describe en forma gráfica y sencilla, para que sea practicable casi en cualquier sitio.

Hay un resumen de historias que revelan la frecuencia de la Cervicitis en la consulta de Esterilidad.

Se presenta un plan de tratamiento ajustado a los resultados del estudio Bacteriológico. Por el corto tiempo que llevamos de estudio, apenas se comunican algunos resultados que confiamos mejorar.

## RECOMENDACIONES

- 1) Estudio Bacteriológico con CULTIVO y ANTIBIO-GRAMA de secreción cervical y orina en la mujer.
- 2) Estudio Bacteriológico con CULTIVO y ANTIBIO-GRAMA de secreción prostática, uretral y orina en el hombre.
- 3) Tratamiento médico de acuerdo con los hallazgos de Antibiograma en la mujer y en el hombre.
- 4) Ordenar la interrupción de relaciones sexuales durante el estudio y tratamiento.

- 5) Evitar la electro-coagulación por lo menos durante un mes, mientras se observan los resultados del tratamiento médico.
- 6) Ultimamente, al ver la sorprendente recuperación del cuello con el tratamiento médico en tan corto tiempo, hemos dejado deliberadamente la biopsia en casos sospechosos de cáncer, para unos días después, cuando se puede tomar en sitios claros de elección. En la casi totalidad de los casos no ha sido necesaria por la rápida epitelización que se efectúa y el aspecto satisfactorio que adquiere el cuello.

Por las observaciones que estamos siguiendo, aconsejamos aún sin cervicitis, en estudios de Esterilidad, con la sola deficiencia del Huhner y Sims-Huhner, ordenar el CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA en ambos cényugues.

7) — Agradeceríamos cualquier informe sobre los resultados obtenidos con este estudio y tratamiento a fin de agregarlos o compararlos con el estudio que hemos iniciado.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 CAMERO C. RODULFO. "Precauciones en la Cirugía Abdomino-Pélvica de la Mujer". Primer Congreso Colombiano de Cirujanos. Bogotá, Noviembre 1951.
- 2 ACOSTA LL. FERNANDO. "Contribución al estudio bacteriológico del Moco Cervical". Tesis de Grado. Universidad Javeriana. Bogotá, 1956.
- 3 BUXTON et Al. Fertility and Sterility. Vol. 5 No 6.
- 4 GRANT ALAN M.D. Fertility and Sterility. Vol. 9 Nº 4.
- 5 HORNE HERBERT W. Jr. and ROCK JOHN.F ertility and Sterility. Vol. 3 No 4.
- 6 KAYE M. BERNARD, MELVIN R. COHEN, and HELEN MACLEAN Obstetric and Ginecology. Vol. 3 No 6.
- 7 OVERSTREET EDMUND. M.D. I, J. of Fertililt. Vol. 2 Nº 1.
- 8 STEINBERG WERNER. Fertility and Sterility. Vol. 6 Nº 2.
- 9 EDWARD A. GRABER M.D. and JAMES J. O'ROURKE M.D. Nek York. Am. J. of Obst. and Gyn. Marzo 1954.
- 10 MURRAY EDMUNDO .G Anales de la Clínica Ginecológica y Cirugía Abdominal del Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires. Argentina. Vol. 4. años 1952-53.