



Manejo de los procesos infecciosos en Ginecología hace diez años y en la actualidad

Por el Dr. Donato RAMÍREZ

Director Médico del Hospital para Mujeres

“Dr. J. Alemán Pérez”

En el presente trabajo haremos una revisión resumida y comparativa sobre el manejo de los procesos infecciosos más frecuentes en ginecología, hace diez años y en los tiempos actuales. La mayoría de estos procesos, en su fase aguda, se caracteriza por su generalización en todo el aparato genital y sus órganos contiguos, por la repercusión general al organismo y por las secuelas que deja. Para facilitar su enumeración comparativa trataremos, dentro de las posibilidades impuestas por la extensión, de dividirlos en procesos infecciosos de los órganos genitales externos e internos.

Al iniciarse la presente década los agentes quimioterapéuticos habían reducido en gran escala la incidencia y las invalideces orgánicas y funcionales que dejaban las infecciones en los genitales femeninos. En 1944 el primer antibiótico hizo su aparición, una maravillosa droga llamada penicilina, seguida de la estreptomycin y poco después de los demás antibióticos denominados de amplio espectro bacteriano, así como los nuevos agentes quimioterapéuticos menos tóxicos y nuevas combinaciones de estos con los antibióticos. Agentes terapéuticos que permiten, cada día, el fácil manejo de los estados infecciosos ginecológicos, aun de los más graves.

El empleo juicioso de estas eficaces armas terapéuticas, los procedimientos actuales de exploración y los métodos auxiliares de laboratorio, supeditados a un buen estudio clínico como básico y primordial, permiten al ginecólogo

en la actualidad contemplar con asombro cómo se reduce paulatinamente el antiguo capítulo de las ginecopatías infecciosas descritas en las obras o tratados de ginecología.

GENITALES EXTERNOS

Los procesos infecciosos de la vulva son bastante frecuentes en la mujer. En la mujer adulta, como estados infecciosos aislados son raros pues generalmente se asocian con uretroesquenitis, bartholinitis, vaginitis, cervicitis o con procesos infecciosos de los genitales internos. En las niñas por lo general se localizan en la vulva o bien acompañan estados infecciosos de la vagina.

En este capítulo haremos primeramente una revisión panorámica de las vulvovaginitis infecciosas no venéreas. Éstas pueden ser primitivas o secundarias, agudas o crónicas.

Como indicamos arriba nos limitaremos a enumerarlas: vulvitis herpéticas, impetiginosas, erisipelatosas, aftosas, pruriginosas, intertriginosas; las que se observan en el curso de las enfermedades eruptivas: escarlatina, rubeola, viruela, difteria, etc. y las producidas por la introducción de cuerpos extraños en la vagina, por traumatismos vulvovaginales y las de origen parasitario (ácaros del género *Sarcoptes scabiei*, pediculis pubis, tricofitos y oxiuros en las niñas).

Las vulvovaginitis erosivas y ulcerosas, agudas y crónicas. Las agudas como consecutivas a las foliculitis, al herpes genital, estreptococos, erisipelas, agentes cáusticos; a diatermocoagulación de las vegetaciones vulvares o al *Molluscum contagiosum* y la úlcera aguda o simple de

la vulva. Entre las crónicas las debidas a micosis, disqueratosis lenticular, craurosis, úlceras crónicas, simples o también llamadas úlceras redondas o balísticas. Las vulvovaginitis por papilomas venéreos y por *molluscum contagiosum*.

El diagnóstico de estos procesos infecciosos en la actualidad, como hace diez años, es eminentemente clínico, auxiliado por los métodos de diagnóstico de laboratorio. Su tratamiento local no ha variado actualmente. En general ha experimentado un avance notable con el uso de la terapia antibiótica pero también han hecho aparición cada vez más frecuente las vulvovaginitis micóticas, las resistencias y fenómenos de intolerancia debido al abuso de los nuevos agentes terapéuticos.

Las lesiones vulvovaginales sin diagnóstico deberán ser manejadas en forma conservadora. Sin embargo, pueden usarse agentes terapéuticos que no interfieran con los métodos diagnósticos a emplear. En las lesiones erosivas, ulcerosas, herpetiformes, impetiginosas, aftosas, etc., debe usarse la sulfadiazina o los nuevos agentes quimioterapéuticos de escasa acetilación y baja toxicidad (Ayerlucid) para destruir los gérmenes de infección secundaria y para no impedir, según el caso, el desarrollo de la reacción de Ito Reenstierna, Frei o la investigación del treponema por el método del campo oscuro. Localmente se sugieren lavados vulvovaginales con suero fisiológico. En todas estas lesiones es necesario evitar el uso de tópicos cáusticos, soluciones antisépticas, penicilina o antibióticos de amplio espectro mientras no se tenga el diagnóstico de laboratorio.

En las vegetaciones vulvares o condilomas acuminados, en las lesiones como el *molluscum contagiosum*, cuyos agentes infecciosos son debidos probablemente a virus, el tratamiento se reduce al uso de sulfadiazina, al quirúrgico y al electroquirúrgico.

CHANCRO BLANDO

Ulceraciones genitales de origen venéreo acompañadas de crecimiento inflamatorio y supuración de los ganglios linfáticos regionales. El agente causal es el *Haemophilus ducreyi* (sinónimo: *ulcus molle*). Esta infección puede existir concurrentemente con la sífilis (chancro mixto), con el linfogranuloma venéreo, con el granuloma inguinal y con la fusospiroquetosis.

Hace diez años

1. Diagnóstico clínico
2. Métodos para el diagnóstico
 - a) Investigación por bacterioscopia y tinción de Gram
 - b) Intradermorreacción de Ito Reenstierna
 - c) Autoinoculación

3. Tratamiento

Las sulfamidas son específicas para la terapia del chancro blando: sulfanilamida, sulfatiazol y sulfadiazina. Esta última era la de elección: se administra en dosis de dos a cuatro gramos diarios en dosis divididas durante 7 días. Localmente se recomendaban cuidados de limpieza y lavados con soluciones débiles de permanganato de potasio y ácido bórico

En la actualidad

1. Mismos métodos de diagnóstico clínico
2. Métodos de laboratorio
 - a) Intradermorreacción de Ito Reenstierna, la usada en la práctica diaria
 - b) Frotis. Se recomienda únicamente para el pus aspirado directamente del bubón
 - c) Cultivo, por el método de Teague y Deibert. Poco usado por la dificultad de cultivar este microorganismo
 - d) Biopsia. Este método es de valor cuando los estudios han fracasado o la lesión no responde a la terapia específica

3. Tratamiento

La sulfadiazina todavía es la droga de elección por específica y mejor tolerable; se usa en las mismas dosis. Cuando las lesiones son resistentes a esta droga los antibióticos son de gran utilidad. Las lesiones responden a la dihidroestreptomycinina 0.5 a 1.0 g cada 6 horas, intramuscular durante 6 a 7 días. Aureomicina: 500 miligramos cada 6 horas por 10 días. Cloramfenicol por vía intramuscular 0.5 g cuatro veces al día durante 12 días. Los preparados de penicilina tienen poco valor.

Los bubones nunca deberán ser incididos y drenados, lo mejor es la aspiración del pus cuantas veces sea necesario.

Si se asocia con fusospiroquetosis usar 600,000 U de penicilina procaína.

El tratamiento local del chancro blando se limita a cuidados de limpieza y lavados con soluciones antisépticas débiles.

ENFERMEDAD DE NICOLÁS Y FAVRE

Se le conoce también con los nombres de linfogranuloma venéreo, 4.^a enfermedad venérea, adenitis inguinal subaguda, bubón tropical, rectitis proliferante y estenosante, síndrome de Jersil, linfogranuloma benigno y otros nombres muy variables como las formas clínicas a que da lugar. Padecimiento venéreo, infeccioso; inoculable de evolución crónica que se propaga por la vía linfática dando lugar a manifestaciones de adenolinfocelulitis esclerosante. En las etapas avanzadas da lugar a síntomas generales: anemia, emaciación y caquexia. El agente causal es un virus filtrable.

Hace diez años

1. Diagnóstico clínico y diferencial
2. Métodos de laboratorio
 - a) Reacción de Frei
 - b) Tinción por el método de Giemsa para la investigación de las granulaciones de Miyagaya
 - c) Biopsia. El estudio histopatológico con datos no necesariamente específicos es de utilidad para el diagnóstico diferencial con los procesos ulcerodestructivos y vegetantes vulvovaginales: neoplasias malignas, tuberculosis y sífilis
 - d) Prueba de fijación del complemento. Muy sensible y de valor para el diagnóstico temprano. Es poco usada
3. Tratamiento

Sulfanilamidas en la fase aguda y en la lesión inicial o chancro de Bory a dosis de 1 gramo cuatro veces al día durante 10 a 15 días.

Las secuelas infecciosas, estenosis rectales, elefantiasis de la vulva, fistulas en la región perineal y rectovaginales se pueden tratar con inyecciones

locales de preparados de sulfatiazol en soluciones isotónicas, dilataciones del recto usando concomitantemente estrógenos por vía oral y sulfadiazina y antigenoterapia. Como complemento a los anteriores tratamientos terapia con rayos X para mejorar el prurito vulvar y reblandecer los tejidos esclerosados. Resección quirúrgica del recto por vía perineal y en casos de lesiones altas resección abdominoperineal.

En la actualidad

1. Diagnóstico clínico y diferencial.
2. Los mismos métodos de laboratorio. En la práctica diaria, usualmente, la intradermorreacción de Frei y la biopsia.
3. Tratamiento

En la actualidad no ha sido encontrado un tratamiento específico para esta enfermedad, siendo todavía la quimioterapia el tratamiento de elección. Este tratamiento dependerá de la etapa evolutiva del padecimiento. Las sulfamidas son eficaces sobre todo en las fases agudas: chancro de Bory (lesión desapercibida generalmente en la mujer), adenitis inguinal, procesos ulcerosos incipientes, proctitis, complicaciones oculares, meníngeas, cerebrales, pulmonares y urinarias. La sulfadiazina se administra en la forma señalada anteriormente, en caso de intolerancia deben usarse los antibióticos dando resultados excelentes pero sin que se pueda decir que sea un remedio específico. Se obtienen buenos resultados en pacientes con proctitis y estenosis inflamatoria de varios años.

Para el tratamiento del bubón la aureomicina es la droga de elección: 500 mg 4 veces al día durante 10 días. El bubón nunca deberá ser incidido y drenado, si hay fluctuación es mejor aspirar el pus. En las proctitis pueden emplearse los antibióticos aureomicina, terramicina y cloramfenicol durante 30 días o más hasta que ceda el escurrimiento y la inflamación. Enferma de condición económica débil: sulfadiazina en dosis de 0.5 g cuatro veces al día durante 21 a 30 días.

El tratamiento quirúrgico es paliativo en las elefantiasis de pequeños y grandes labios acompañadas de lesiones estenosantes infranqueables y extensas con fenómenos generales, anemia, desnutrición, autointoxicaciones. Este tratamiento es la resección

abdominoperineal del recto previa preparación cuidadosa en el preoperatorio; también paliativas son las desbridaciones de trayectos fistulosos y las resecciones perineales del recto en estenosis poco extensas y en las fistulas rectovaginales.

GRANULOMA INGUINAL

Enfermedad crónica progresiva que lesiona la piel y ocasionalmente los ganglios linfáticos de la región inguinal. El germen causal es el *Donovania granulomatis* o cuerpos de Donovan. En nuestro país sólo excepcionalmente se han descrito casos comprobados en las clases más pobres de la población. El diagnóstico de este padecimiento se hará cuando se encuentren los cuerpos de Donovan por el método del frotis o cuando por el estudio histopatológico se descubra la célula patognomónica.

Antiguamente no había un tratamiento específico, con el advenimiento de los antibióticos cuatro de estos han demostrado una especificidad definida, son: la estreptomycinina o dihidroestreptomycinina, la aureomicina, el cloramfenicol y la terramicina.

SÍFILIS

La lesión inicial o chancro duro del período temprano de la sífilis, cuando se localiza en las regiones vulvovaginal o cervical, pasa por lo general desapercibida en la mujer por dos motivos: primero por sus nulos síntomas; segundo: son frecuentes en la mujer, en la fase genital activa, molestias causadas por flujos leucorreicos o menstruales. No obstante, el ginecólogo debe tener en mente la sospecha clínica de este grave padecimiento ante una lesión erosiva o ulcerativa de los genitales externos. Debido a la penicilino terapia la incidencia de sífilis en la actualidad ha disminuido considerablemente.

Desde los estudios de investigación llevados a cabo por el Grupo Cooperativo Clínico de Norteamérica el diagnóstico preciso de las lesiones tempranas de la sífilis es un procedimiento de laboratorio; sin menospreciar, por supuesto, la preparación clínica del médico.

Hace diez años

1. Diagnóstico

- a) Síntomas y signos clínicos.
- b) Antecedentes clínicos, serológicos y de tratamiento.

2. Métodos auxiliares de diagnóstico

- a) Investigación seriada del treponema en las lesiones húmedas de los genitales externos y en los ganglios de la ingle por el método al campo oscuro.
- b) Reacciones serológicas por los métodos de desviación del complemento y floculación. Los más usuales son: Wassermann, Khan y Mazzini, por su precisión el primero y por su sensibilidad el segundo.
- c) En las lesiones ulcerodestructivas de la vulva, crónicas, no resolutivas, aparte de un examen clínico minucioso se hacía el diagnóstico diferencial con las lesiones ulcerosas de la tuberculosis y de la enfermedad de Nicolás y Favre. Se completaba el estudio con serología, LCR y biopsia cuando se sospechaba una lesión neoplásica maligna. Además, estudio radiológico del pedículo cardiovascular.

3. Tratamiento

Por metales pesados, arsenicales, bismúticos y mercuriales. Muy eficaces en esa época pero peligrosos por los accidentes inmediatos y tardíos graves, y aun mortales, que se presentaban.

En la actualidad

1. Diagnóstico

- a) Síntomas y signos clínicos
- b) Antecedentes clínicos, serológicos y de tratamiento

2. Pruebas de laboratorio

- a) Investigación del treponema al campo oscuro. En los casos indicados investigación seriada.
- b) Reacciones serológicas cualitativas por el método de fijación del complemento (reacción de Wassermann) y por floculación (Khan y Mazzini). En la actualidad sólo se acepta que el laboratorio conteste: positiva, negativa o dudosa. El reporte indicando el número de cruces debe ser abandonado por inútil.
- c) Reacciones cuantitativas de Khan. Títulos mayores de 8 unidades indican sífilis activa.
- d) Reacciones cualitativas y cuantitativas con antígenos de cardiolipina, o sea la reacción VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). Recomendable por ser altamente sensible y específica además de la sencillez de la técnica de laboratorio.

- e) Examen del líquido cefalorraquídeo. Para que sea útil incluirá lo siguiente:
 - I. Reacción de fijación del complemento, cuantitativa.
 - II. Cuenta celular.
 - III. Dosificación de la proteína total.
 - IV. Prueba coloidal.
- f) Prueba de Nelson o de inmovilización del treponema. Usada como prueba de curación de la sífilis. Su técnica delicada y costosa impide emplearla en la práctica diaria.
- g) Exámenes radiológicos del pedículo cardiovascular.

3. Tratamiento

El tratamiento de elección es a base de penicilina. Cualquier penicilina da iguales resultados, siempre que su acción se prolongue más de 72 horas con niveles bajos en la sangre pero útiles, es decir 0.03/cm³. Las penicilinas que reúnen estas condiciones y que merecen especial mención son: la penicilina procaína en aceite de cacahuete, con monoestearato de aluminio, denominada en la literatura americana con la abreviación PAM, la benzatina penicilina G (benzetacil), bicillin y penidural. Ésta última preparación descrita por primera vez por Szabo en 1951 está siendo ensayada en diferentes países bajo la dirección del Grupo Clínico Cooperativo. Es un producto de una sal amínica de penicilina G sin procaína, de muy baja toxicidad, produce pocas reacciones de niveles útiles y más prolongados en la sangre que el PAM.

Los tratamientos de las lesiones tempranas de la vulva deben ser estandarizados a la dosis de 4.8 millones a 6 millones, suministrando 600,000 U cada 24 horas de PAM o una inyección de 2.4 de benzetacil. Terminado este tratamiento seguir el control serológico (VDRL) por espacio de un año. Las lesiones de la sífilis tardía benigna de la vulva son de carácter crónico y su tratamiento debe ser individualizado a la dosis de 6 a 10 millones de PAM o dos inyecciones de 2.4 de benzetacil seguidas de controles clínicos y serológicos. Los últimos pueden persistir positivos por algunos años; si las unidades Khan continúan abajo de 16 U y las del VDRL abajo de 1.32 no hay necesidad de repetir el tratamiento.

Los antibióticos como las oxitetraciclinas y el clo-ramfenicol son efectivos pero sólo se usan en casos verdaderamente excepcionales.

TRICOMONIASIS

A pesar de haber sido descubierto hace más de un siglo por Donné el protozooario denominado tricomona como el causante de la mayoría de las vulvovaginitis y cervicitis leucorreicas, a la fecha no se ha logrado encontrar un agente terapéutico específico para erradicar las infestaciones y recaídas que produce. Su acción patógena, el origen de las infestaciones y las recaídas que producen las tricomonas son temas de discusión apasionante en la actualidad.

Por los hallazgos del parásito en la uretra y próstata del hombre, por las recaídas frecuentes de las vaginitis y por su incidencia mayor durante la fase de actividad genital de la mujer se piensa con justeza que debería considerarse a la tricomoniasis vaginal como un padecimiento de origen venéreo.

La tricomoniasis vaginal es un problema terapéutico no resuelto en ginecología. No obstante, de la existencia de innumerables métodos y agentes recomendados para curar este molesto y tenaz padecimiento de la mujer, el ginecólogo, al poner en juego su paciencia y experiencia, puede curar y evitar recaídas haciendo una selección cuidadosa entre los mejores medicamentos y métodos que tenemos en la actualidad.

Hace diez años

Tratamiento

1. Examen clínico de los genitales externos femeninos.
2. Métodos de laboratorio
 - a) Examen directo en fresco, o de gota suspendida, usando suero fisiológico.
 - b) Método de coloración vital al azul de cresil brillante.
 - c) Investigación al campo oscuro.
 - d) Investigación del parásito en el sedimento urinario en caso de localización vesicouretral.

3. Agentes terapéuticos

Sulfamidoterapia en óvulos vaginales e insuflaciones de polvos. Tabletas vaginales de lactobacilo acidófilo combinados con hidratos de carbono.

Arsenicales pentavalentes en tabletas vaginales (De-vegan).

Derivados yodados y Yatren 105 en aplicación local.
 Derivados argénticos: picrato de plata y caolín purificado (usando el insuflador vaginal de Shelansky).
 Óvulos de picrato de plata + boro-glicerina-gelatina; óvulos glicerina soridificada + 0.25 g de Yatren 105 (Trichomonase).
 Lavados vaginales con soluciones débiles de permanganato de potasio, con polvos de ácido bórico.
 Instilaciones uretrales, soluciones nitrato de plata 1%, argirol y protargol en solución 10%.

En la actualidad

Tratamiento

1. Examen clínico de los genitales femeninos y masculinos (pareja sexual).
2. Métodos de laboratorio
 - a) Examen directo en fresco.
 - b) Investigación al campo oscuro.
 - c) Método de coloración vital al azul de cresil brillante.
 - d) Coloración por el método de Papanicolaou.
 - e) Método de Sorel para la investigación de las formas inmóviles (examen que se lleva a cabo principalmente en los genitales del hombre).
 - f) Cultivo
 Toma de muestras. Las asas de platino, por la pequeña cantidad de material que se obtiene, se emplean únicamente para la secreción uretral. Las pipetas de cristal son preferibles para los exudados vaginales; éstas se remiten al laboratorio: el parásito permanece activo durante dos horas más.
3. Con toda enferma portadora de este padecimiento, en nuestra práctica diaria, adoptamos la siguiente conducta:
 - a) Procurar normalizar la flora vaginal, eliminando la flora patógena, usando preferentemente agentes quimioterapéuticos en forma de óvulos e insuflaciones vaginales de polvos de sulfatiazol; por vía oral comprimidos de sulfametiltiadiazol (Ayerlucil). Los antibióticos por vía oral o local producen a menudo vaginitis micóticas o fenómenos de irritación y sensibilidad vulvovaginal; para evitar este inconveniente usamos preparados comerciales en forma de polvos y óvulos vaginales de aureomicina con propilparabén y metilparabén.

- b) Restablecer el estado normal del epitelio mucoso de la vagina. Esta mucosa está constituida por 40 a 55 capas epiteliales; en las tricomoniasis disminuyen de 12 a 15. La acidez vaginal es dada por la presencia del bacilo de Döderlein y el glucógeno celular. Controlamos con el ion hidrógeno o pH vaginal por medio del papel de tornasol procurando que sea de 5.5, 5 o más bajo todavía; cifras útiles por ser adversas al desarrollo del parásito según opinión de la mayoría de los autores. Para conseguir esto prescribimos duchas de vinagre o ácido acético, polvos de ácido bórico o preparados comerciales de betalactosa, clorofilolactosa hidrosoluble en agua hervida tibia. Jaleas acidificantes (Ortho-pelly), tabletas de lactobacilo acidófilo, etc. Estrógenos por vía oral o local en los casos hipostrogenismo para aumentar el espesor de la mucosa vaginal.

- c) En combinación con el tratamiento anterior prescribimos los llamados agentes directamente parasitocidas:

Preparados yodados: tabletas y óvulos vaginales de 5-7-diyodo-hidroquinoleína + ácido bórico + carbohidratos (Floraquin).

Argénticos: picrato de plata en polvo para insuflar y óvulos vaginales (Picatyl y Picratol).

Arsenicales: tabletas vaginales de arsenicales pentavalentes (Devegan). Óvulos vaginales de ácido carbamidofenilarsénico (Carbasone).

Además de la lista anterior de preparados existen otros: jaleas y polvos de Tetronyl, Viofal, Trikolpon, Enterovioformo y soluciones de peróxido de hidrógeno. De última adquisición podemos mencionar los detergentes para aplicación local con la siguiente fórmula: polyoxyethylene-nonyl fenol, sulfocianato diocyl de sodio con adición de jalea + ácido bórico + alcohol 5% (Vagisec).

En el consultorio hacemos la aplicación de polvos con insuflador de Shelaski dos o tres veces por semana; recomendamos la aplicación diaria y por la noche de las tabletas y óvulos vaginales, aún durante la fase menstrual. Control parasitológico en gota suspendida cada quince días. En caso de recaídas repetimos el tratamiento usando otros agentes terapéuticos y consejos de profilaxis sexual. Por lo general remitimos al urólogo a la pareja sexual para examen clínico y tratamiento.

Los medicamentos usados en el hombre son: antibióticos (aureomicina), quimioterapéuticos (sulfametiltiadiazol) por vía oral. Localmente el masaje prostático e instilaciones uretrales de preparados orgánicos de sales de plata: argirol y protargol a 10% recomendando la profilaxis sexual.

LEUCORREAS CAUSADAS POR EL *HAEMOPHILUS VAGINALIS*

En época muy reciente, en el año 1954, una nueva entidad infecciosa fue descubierta por Herman y sus colaboradores, investigadores norteamericanos (*Amer Journal Obst and Gynec* 69, No. 5, mayo de 1955). Lograron aislar, cultivar e inocular un bacilo gramnegativo denominado *Haemophilus vaginalis*, causante de 12% de las vaginitis leucorreicas a las que se acostumbraba denominar leucorreas inespecíficas causadas por estafilococos, estreptococos, bacilos coliformes, micrococos y difteroides; vaginitis rebeldes al tratamiento con penicilina, cloramfenicol, estreptomycin y polimixina. Son sensibles al grupo de oxitetraciclinas y bacitracina por vía oral; localmente a las aplicaciones de óvulos y cremas de sulfanilamidas, sulfatiazol y sulfadiazina. Clínicamente el aspecto del flujo leucorreico es de color grisáceo, consistencia homogénea, adherente a las paredes vaginales, menos fétido que en las leucorreas tricomoníasicas produce prurito y ardor vulvovaginal de menor intensidad que las vaginitis micóticas y tricomoníasicas. El método diagnóstico de laboratorio que recomiendan es el frotis por la técnica de Gram. En las preparaciones se observan pequeños bacilos gramnegativos y células de descamación vaginal con los bordes desgarrados o dentellados, denominadas por los autores "células clave".

Al principio, recién descubierta esta entidad clínica se usaron antibióticos por vía oral (oxitetraciclinas) pero, en vista de las frecuentes vaginitis moniliásicas que se presentaron, se recomendó la aplicación local de preparados en forma de pomadas conteniendo múltiples sulfonamidas con base absorbible hidrosoluble y pH bajo. Asimismo, se aconsejó el estudio clínico, la profilaxis y el tratamiento de la pareja sexual por un período largo.

VAGINITIS MICÓTICAS

Las leucorreas causadas por las monilias de la *Candida albicans*, grupos Kruzei y Tropicalis. En la actualidad su

incidencia es mayor debido al abuso de la terapia antibiótica. La *Candida albicans* es la predominante en las vaginitis micóticas. Clínicamente el flujo produce prurito intenso, es ácido, seropurulento, hay formación de placas blanquecinas del tamaño de una cabeza de alfiler o de una lenteja con el aspecto de granos de arroz. Se presenta en mujeres en la fase del climaterio, diabéticas, ancianas y en algunos casos de hiperestrinismo.

Hace diez años

1. Métodos de laboratorio

- Examen directo en fresco usando suero fisiológico y agregando a la periferia del portaobjetos una gota de lejía de potasio a 10%; 20 minutos después podían observarse los pseudomicelios de hongos del género *Candida*.
- Cultivos en medios selectivos de Sabouraud para investigación de las monilias de *Candida albicans*, grupos Kruzei y Tropicalis.

2. Tratamiento

Duchas vaginales con solución fisiológica, embrocaciones vaginales con solución de nitrato de plata al 2%. Localmente soluciones de violeta de genciana a 1 o 2%, tres o cuatro veces por semana. En casos indicados estrógenos y tratamientos antidiabéticos.

En la actualidad

1. Métodos de laboratorio

Hasta la fecha se usan los mismos métodos de diagnóstico clínico y de laboratorio. El agente terapéutico que persiste como más efectivo es el violeta de genciana, pero en algunas pacientes causa molestias irritativas vulvovaginales que impiden continuar su empleo. En la actualidad estas intolerancias se evitan usando preparados comerciales con la siguiente fórmula: violeta de genciana 0.2% + ácido láctico 3.0% + ácido acético 1.0% + polietilenglicol q.s. Este preparado gelatinoso se usa con el aplicador vaginal de Siegler.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

Padecimiento transmisible de origen venéreo causado por el gonococo de Neisser. Se propaga en los genitales externos

por contigüidad, en los internos por continuidad y por la vía linfática. Es causante de la mayoría de los problemas de esterilidad en la mujer. Afortunadamente, y desde el advenimiento de los quimioterapéuticos y de los antibióticos, su incidencia es cada día menor.

Hace diez años

1. Examen clínico, estudio de la pareja sexual o investigación de contactos sospechosos.
2. Métodos de laboratorio
 - a) Frotis por el método de coloración de Gram.
 - b) Cultivo.
 - c) La gonorreacción por el método de desviación del complemento.
3. Tratamiento del período agudo
 - a) Médico: quimioterapia (cuatro gramos diarios de sulfadiazina en dosis divididas y durante 5 días. Vacunación antigonocócica, proteinoterapia, reposo en cama, régimen dietético y abstención de lavados vaginales y tópicos cáusticos).
La cirugía únicamente en los abscesos agudos de las glándulas de Bartholin y la colpotomía posterior en los abscesos, también agudos, de Douglas cuando no cedían los síntomas generales como fiebre alta, escalofríos, tenesmo y dolor rectal, a pesar del tratamiento médico.
 - b) Secuelas infecciosas o residuales y recidivantes: quimioterapia, proteinoterapia, vacunoterapia y medidas profilácticas sexuales, reposo, diatermia, masajes ginecológicos, etc.
 - c) Después de un tratamiento prolongado y de una espera vigilante, de cifras de eritrosedimentación bajas, la cirugía actúa para erradicar focos purulentos residuales, abscesos de la glándula de Bartholin, de Skene, dilataciones sacciformes periuretrales, abscesos tuboováricos con retroposiciones uterinas sintomáticas por estados adherenciales pelviperitoneales, obstrucciones tubarias o intestinales por el mismo proceso. En mujeres jóvenes cirugía funcional y conservadora o reparadora, en mujeres de más de 40 años emaciadas con fenómenos de obstrucción intestinal por abscesos pelviperitoneales, adherencias, dolores pelvianos que impidan toda actividad física

o trabajo se practicaban intervenciones quirúrgicas de tipo no conservador.

En la actualidad

1. Examen clínico (en la misma forma que hace diez años).
2. Métodos de laboratorio
 - a) El método de cultivo es el preferente en la infección gonocócica crónica en la mujer; en el período agudo puede usarse el método de coloración de Gram y el cultivo.
No es prudente diagnosticar por bacterioscopia una *Neisseria gonorrhoeae* debido a que hay otras especies de *Neisseria* que se albergan en la vagina y no son patógenas; ejemplos: *N. flavescens*, *N. mucosa*, *N. catarrhalis*, etcétera. Según Long es un método de diagnóstico 70% más seguro que el bacterioscópico. El método de cultivo más usual es el de agar chocolate usando la cámara de anaerobiosis para después hacer la prueba de la oxidasa.
 - b) La gonorreacción, procedimiento poco usado, es útil en los casos en que se desea precisar la naturaleza de un proceso infeccioso de los genitales internos, en casos de diagnósticos retrospectivos o como prueba de curación.
 - c) La uretroscopia es usada para investigar secuelas crónicas o latentes de la gonococia femenina localizada en la uretra y en el trigono vesical.
3. Tratamiento
 - a) Genitales externos
Infección aguda. La penicilina en un lapso corto cura la infección gonocócica aguda. Es el medicamento de elección a la dosis de 1.5 millón de unidades en una sola administración o benzetacil a la dosis de 1.2 millones de penicilina. A las pacientes en las que se obtenga una respuesta favorable 3 días después de la aplicación de este tratamiento, si los cultivos aún son positivos, se les aplicará una dosis adicional de 1.5 millones de penicilina o 5 inyecciones de 300,000 U con un intervalo de 48 horas. En los casos de intolerancia a la penicilina se usan antibióticos de amplio espectro; por orden de eficacia se recomiendan aureomicina y terramicina: 2 g por día en dosis divididas cada seis horas durante 2 días; cloranfe-

nicol a las mismas dosis; dihidroestreptomicina en dosis de 4 gramos cada 12 horas.

Las dosis terapéuticas en la mujer, como hemos señalado arriba, son más altas en comparación con las empleadas en el hombre debido a que las leucorreas gonocócicas se pueden asociar con otros gérmenes patógenos de la vagina. Por otro lado, se protege a la mujer de una lúes adquirida concomitantemente con la gonorrea. Tratamiento abortivo antes de la aparición del chancro sífilítico. Se agregan, al tratamiento antibiótico de base, medidas dietéticas, reposo, restricción de las duchas vaginales y tratamientos tópicos en el cérvix. Las cauterizaciones y electrocoagulaciones cervicales nunca deben ser hechas por el peligro de desencadenar una pelvipéritonitis aguda. En la vulvovaginitis de las niñas la toma de los exudados se realiza en el orificio del himen por expresión rectal con el dedo o provocando esfuerzos de tos; es eficaz la penicilina sin necesidad de asociar estrógenos. En las peritonitis agudas solamente se usan antibióticos de amplio espectro más dihidroestreptomicina y se manejan como se indicará en el capítulo de peritonitis de origen séptico.

b) Recurrencias o recidivas

Cultivo de los exudados de la pareja conyugal. En la mujer la toma de los exudados nunca se debe hacer en la superficie de las mucosas, los gonococos generalmente colonizan secciones profundas de las glándulas del endocervix, uretra, glándulas de Skene y Bartholin. Para obtener exudados de estas estructuras debe ejercerse presión para exprimir el material por estudiar. Se aconsejan medidas profilácticas sexuales y el tratamiento simultáneo de la pareja sexual. Se recomiendan penicilinas de acción retardada a dosis de 1.5 millones de unidades, 300,000 U diariamente, o antibióticos de amplio espectro: 250 mg cada 6 horas durante 6 días; en los casos rebeldes se asocia la proteinoterapia y la quimioterapia.

c) Secuelas

Antes de iniciar el tratamiento repetir el cultivo. Escisión quirúrgica de las glándulas de Bartholin. Escisiones electroquirúrgicas de las glándulas de Skene y electrofulguraciones cervicales. En mujeres de más de 38 años se realizan electro-

conizaciones cervicales, operaciones plásticas y traquelectomías; en procesos endocervicales crónicos hiperplásicos complicados de erosión, ectropión y desgarros cicatriciales de origen obstétrico antes de practicar este tipo de operación hacer citología cervicovaginal (Papanicolau) y biopsias del cérvix para descubrir procesos neoplásicos malignos.

INFECCIÓN SÉPTICA

Las infección séptica y la enfermedad celulítico puerperal agudas tienen como agentes causales a los estreptococos, estafilococos, colibacilos, enterococos, al bacilo de Welchii, bacteroides funduliformes y fragilis de los que a la fecha existen 23 especies debido al uso de antibióticos modernos. Estos procesos tienen como punto de partida el tracto genital superior; son provocados ya sea por maniobras abortivas criminales, laceraciones cervicales o corporales, perforaciones uterinas por dilatadores o aplicaciones intracavitarias de radium, histerosalpingografías, insuflaciones uterinas, legrados, biopsias, etc. Se propagan a través de las paredes del útero invadiendo el tejido celular subperitoneal, peritoneo abdominal, siguiendo la vía linfática y venosa. Producen también extensas supuraciones, tromboflebitis y flebotrombosis, infartos pulmonares y estados septicémicos graves.

Hace diez años

1. Examen clínico
2. Métodos de laboratorio
 - a) Cultivos gelosa sangre para investigar el tipo de hemólisis de las colonias de los exudados vaginales
 - b) Hemocultivo
 - c) Citología hemática
 - d) Eritrosedimentación
3. Tratamiento
 - a) *Pelviperitonitis aguda*. Reposo absoluto en cama, dieta, evitar duchas vaginales. Sulfamidoterapia por vía oral y parenteral. Penicilina amorfa, penicilina G cristalina y estreptomicina para dominar los procesos agudos. Hemocultivos, citología hemática y eritrosedimentación. Como tratamiento: agentes quimioterapéuticos por vía parenteral, penicilina

G cristalina, gastroaspiración continua, venoclisis, transfusiones sanguíneas y vitaminas.

En los medios nosocomiales las peritonitis graves generalizadas y mortales, causadas al practicar el aborto criminal con los más toscos instrumentos y casi en completa falta de asepsia los tratamientos médicos arriba señalados fracasaban; las vidas logran salvarse cuando el diagnóstico se realiza durante las primeras 48 horas seguido de la histerectomía subtotal y salpingooforectomía según técnica de Falk y Blinick para después continuar con el tratamiento médico.

- b) *Secuelas infecciosas*. Exéresis, desbridación y canalización de focos sépticos, abscesos, fondos de saco vaginales laterales o de Douglas. En las tromboflebitis ligaduras y extracción de coágulos. Se realizaban tratamientos quirúrgicos si pasados varios días los síntomas (dolor intenso, fiebre irregular y emaciación) no cedían al tratamiento médico. En mujeres cerca de los 40 años con complejos infecciosos, secuelas sépticas, gonocócicas, úteros miomatosos, quistes ováricos y adherencias pelviperitoneales y viscerales: histerolisis seguida de la panhisterosalpingooforectomía.

En la actualidad

1. Examen clínico.
2. Métodos de laboratorio
 - a) Bacterioscopía. Métodos para diferenciar los gérmenes grampositivos y gramnegativos, ya sean cocos o bacilos.
 - b) Cultivos. Gelosa sangre para investigar el tipo de hemólisis de las colonias. Hemocultivos (útiles para la investigación de gérmenes anaerobios estrictos como los del género *Clostridium*).
 - c) Citología hemática.
 - d) Eritrosedimentación.
 - e) Pruebas de sensibilidad de los gérmenes en los exudados vaginales a los antibióticos.

3. Tratamiento

En las endometritis, perimetritis y tromboflebitis, únicamente se utilizan antibióticos de amplio espectro por vía oral; se recomienda el reposo absoluto en cama para evitar las peritonitis generalizadas por ruptura de las colecciones purulentas.

En las septicemias de tipo general, afortunadamente menos frecuentes en la actualidad, cultivos repetidos, oxitetracinas a dosis de 500 mg cada 8 horas, venoclisis y transfusiones sanguíneas

En las peritonitis generalizadas con gran distensión abdominal y signos oclusivos: oxitetracinas a dosis de 500 mg cada 8 horas en venoclisis de soluciones salinas o glucosadas, gastroaspiración continua en caso de vómitos persistentes. Si fracasa este método aspiración continua con sonda Miller Abbot, empleo de líquidos y electrolitos (previo balance riguroso). Cirugía funcional y conservadora en mujeres jóvenes, únicamente en las secuelas infecciosas o residuales y siempre y cuando hayan fracasado los tratamientos médicos prolongados, el reposo, la diatermia, cuando las cifras de eritrosedimentación sean bajas, etc. En las tromboflebitis de la vena femoral, iliaca externa o primitiva, ligaduras y extracción de los trombos.

4. Profilaxis

Con el uso cada día mayor de exploraciones instrumentales, histerosalpingografías, insuflaciones, biopsias, aplicación de radium intrauterino, legrados diagnósticos uterinos, culdoscopias y peritoneoscopias, se ha observado una incidencia mayor de las infecciones sépticas. Por esta causa, y de manera profiláctica, deben usarse antes, durante y después de estas exploraciones instrumentales, antibióticos y quimioterapéuticos por vía oral, parenteral o de aplicación local en la vagina.

TUBERCULOSIS GENITAL

La tuberculosis genital en la mujer es una enfermedad seria, es el prototipo de una infección secundaria, se propaga preferentemente por vía sanguínea lesionando, en orden de frecuencia: salpinges, ovarios y útero. Padecimiento que afecta generalmente a las mujeres jóvenes y principal causante, después de la infección gonocócica, de los problemas de esterilidad primaria. Aun en los casos de apariencia leve es una enfermedad con pronóstico grave debido a las lesiones irreparables que deja en las trompas, los ovarios y el útero.

Hace diez años

1. Examen clínico que arrojaba pocas luces para sentar un diagnóstico. Generalmente se trataba de un hallazgo durante una operación.

2. Métodos auxiliares de diagnóstico

- a) Examen histopatológico de los tejidos obtenidos por el legrado, biopsia de la cavidad uterina o del cérvix.
- b) Prueba de la tuberculina.
- c) Peritoneoscopia.
- d) Punción de Douglas e inoculación del producto obtenido en el cobayo. Método preconizado por la escuela europea.

3. Tratamiento

Reposo, sobrealimentación, cambios de clima, helioterapia, roengenoterapia y rayos ultravioleta después de las intervenciones quirúrgicas. Como tratamientos quirúrgicos se contaban las histerectomías totales, subtotales y las salpingooforectomías parciales o totales. En las secuelas infecciosas complejas por intervenir la infección séptica, la panhisterosalpingooforectomía. A la vez, las secuelas posquirúrgicas de evolución crónica, largas y rebeldes a los tratamientos generales y locales, como por ejemplo la tuberculización de las paredes abdominales y fistulas estercorales. Enfermas condenadas a morir por la generalización de la infección: emaciación y caquexia.

En la actualidad

1. El diagnóstico clínico sigue siendo difícil, el único dato de cierto valor es la esterilidad primaria en mujer joven sin antecedentes de infección gonocócica o séptica; tumores anexiales palpables, con sintomatología subjetiva pobre y que no mejora con el tratamiento médico.
2. Métodos auxiliares de diagnóstico
 - a) Biopsia endometrial.
 - b) Biopsia cervical.
 - c) Inoculación al cobayo.
 - d) Cultivos.
 - e) Prueba de homoaglutinación de Middlebrook y Dubos.
 - f) Frotis directo y coloración de Ziehl Neelsen.
 - g) Prueba de la tuberculina (intradermoreacción de Mantoux).
 - h) Douglascopia y peritoneoscopia.
 - i) Histerosalpingogramas.
 - j) Telerradiografías de tórax y gastrointestinales.

k) Eritrosedimentación, imagen de Arneth.

Las biopsias profundas del cérvix, las endometriales y la inoculación al cobayo son métodos que han permitido al ginecólogo descubrir cada día más casos de este padecimiento. La douglascopia y la peritoneoscopia tienen mucho valor. Los que preconizan la radiología en el diagnóstico de la tuberculosis uteroanexial describen una serie de signos radiológicos; según Rozin son tres sus categorías: probables, muy probables y seguros. Los llamados signos de seguridad son imágenes de calcificaciones en las trompas, los ovarios y los ganglios pelvianos. Otro signo de valor diagnóstico es la extravasación del medio de contraste durante la histerografía. La eritrosedimentación tiene poca significación pues sus cifras son paralelas a la curva térmica e iguales en los procesos anexiales de origen séptico o gonocócico. La intradermoreacción de Mantoux es útil y la imagen de Arneth es de escaso valor; en cambio, la biopsia endometrial es definitiva cuando es positiva, lo mismo la biopsia del cérvix siempre y cuando sea hecha profundamente en la zona sospechosa. El sangrado en los casos de tuberculosis de esta región uterina es poco profuso.

3. Tratamientos

Con el descubrimiento de quimioterapéuticos y antibióticos al inicio de la pasada década se observó una tendencia restrictiva para las intervenciones quirúrgicas con la esperanza de poder curar este tipo de infección con dichos agentes. Los procedimientos quirúrgicos no se han modificado substancialmente, sobre todo en las mujeres cercanas a la menopausia, a pesar del uso de los nuevos fármacos. Con el uso de estos agentes hemos visto la desaparición de las fistulas estercorales y tuberculizaciones de la pared abdominal después de las intervenciones quirúrgicas. En las mujeres jóvenes procuramos evitar, dentro de nuestras posibilidades, las intervenciones quirúrgicas mutiladoras echando mano de tratamientos y observación clínica larga durante al menos 2 años. Además de consejos de higiene, dieta, vitaminas, etcétera. Se emplean la dihidroestreptomina y los preparados de ácido paraamidosalicílico (PAS) con los siguientes esquemas: 10 g de dihidroestreptomina a razón de 1 gramo diario por vía intramuscular; período de

descanso de 7 a 10 días y se repite el esquema o se le alterna con PAS en dosis de 2 gramos diarios (en formulación de comprimidos) repartidos en las tres comidas durante 7 días. En casos de intolerancia o resistencia usamos, de preferencia, la hidrazina del ácido isonicotínico en forma de comprimidos y por vía oral en dosis de 4-8 mg por kilogramo de peso corporal repartidos en 3 dosis diarias durante 7 o 10 días, alternando con dihidroestreptomicina. En casos de resistencia a la estreptomicina utilizamos únicamente hidracina por su baja toxicidad. Es un medicamento muy valioso como coadyuvante en el

tratamiento de la tuberculosis genital, lo cual queda demostrado por las modificaciones hematológicas y las favorables cifras de eritrosedimentación. Todos estos esquemas de tratamiento deben tener una duración mínima de dos meses.

En fecha reciente ha hecho su aparición un antibiótico eficaz contra el *Mycobacterium* de la tuberculosis denominado sulfato de viocina. Es útil en los casos resistentes a la estreptomicina, a la isoniazida o al PAS. Es una esperanza más en el horizonte terapéutico para lograr la recuperación de las enfermas atacadas por este flagelo de la humanidad.