



Hace 55 años

## *Moniliasis vaginal durante el embarazo\**

LUIS CASTELAZO AYALA<sup>1</sup>

No obstante que desde 1939 el Tercer Congreso Internacional de Microbiología acordó que el término *Candida* es el adecuado para designar al hongo *Monilia* que corresponde al género creado por Berkhout en 1923<sup>10</sup> continúan, hasta la fecha, empleándose indistintamente las palabras moniliasis y candidiasis para designar la parasitosis causada por dicho hongo.

Está demostrado que dicho microorganismo puede vivir como saprófito en algunas regiones del organismo humano y diversos productos animales y vegetales, pero determinadas condiciones, algunas de ellas aún no bien conocidas, le confieren capacidad patógena y lo hacen responsable de padecimientos localizados en diferentes territorios: piel, aparatos respiratorio y digestivo, corazón, etc. Probablemente la localización más frecuente se encuentra ubicada en el ser humano en las estructuras vulvovaginales de la mujer, en donde puede identificarse con incidencias variables del 10 al 15 por ciento.<sup>2,3</sup>

Sólo en una pequeña parte de esa proporción se manifiestan como agentes patógenos activos produciendo una vulvovaginitis aguda o crónica. La especie predominante es la *C. albicans*, siguiéndole en orden, la *C. stellatoidea*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. para-krusei*, etc. Johnson y Mayne<sup>8</sup> citan, por ejemplo, haber encontrado en 206 casos de candidiasis vaginal, 102 *albicans*, 91 *stellatoidea* y 8 *tropicalis*. De estas especies, la de más elevado poder patógeno en la vagina es la *C. albicans*.

Las principales circunstancias biológicas que demostradamente propician el desarrollo del hongo son: la sobrecarga de hidratos de carbono en los tejidos parasitados, la baja del pH a niveles ácidos y la presencia de antibióticos. Durante el embarazo, la producción creciente de estrógenos en el sistema corioplacentario enriquece progresivamente el depósito glucogénico del epitelio vaginal, con lo cual existe una mayor producción de ácido láctico y se incrementa el desarrollo de la flora acidófila, particularmente del bacilo de Döderlein, con lo cual el pH vaginal llega a bajar hasta 4 y aún menos. Por otra parte, el embarazo produce en la mujer una leve disminución de la tolerancia a los hidrocarbonados, probablemente por aumento del factor diabetógeno hipofisiario, y un abatimiento del umbral renal de eliminación de la glucosa, circunstancias ambas que determinan la aparición relativamente frecuente de glucosuria discreta. Todos estos hechos explican el hallazgo clínico constante de una mayor frecuencia de moniliasis vaginal durante la gravidez, tanto más, cuanto más avanzada se encuentra ésta y explican también la mayor incidencia de formas sintomáticas, la mayor severidad de éstas y las frecuentes recidivas después del tratamiento, sea por reinfección o por falta de curación real del padecimiento. Mientras que fuera del embarazo 1 a 2% de las mujeres en edad genital tienen moniliasis sintomática, en el embarazo dan manifestaciones clínicas del 5 al 15%, pero los exámenes por cultivo revelan la presencia de *Candida albicans* en el 30 a 40% de los casos.<sup>2,3,6,8</sup>

Perl y col.<sup>10</sup> señalan que en su consulta de infecciones e infestaciones vaginales, de 103 casos de candidiasis, 43, o sea el 42 por ciento, eran embarazadas. En 836 pacientes ginecológicas, Campbell y Parrott<sup>3</sup> encontraron 15.9% con monilias en los cultivos y, de ellas, sólo el 38.3% daban síntomas, en tanto que Johnson y Mayne<sup>8</sup> reportan que de 667 embarazadas el 37% mostró cultivos positivos y los

\* Reproducido de: Castelazo-Ayala L. Moniliasis vaginal durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex 1958;13:119-122.

<sup>1</sup> Jefe de Servicio de la Maternidad 1 del IMSS. Profesor de Obstetricia Teórica de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM.

síntomas aparecieron en 61% de ellas. Es probable que las frecuentes exacerbaciones sintomáticas en el premenstruo, en las mujeres postmenopáusicas sobretratadas con estrógenos y en las diabéticas, obedezca a mecanismos semejantes a los descritos.

La administración de antibióticos es otro factor que definitivamente favorece la candidiasis, sea por "disminución de la competencia", por supresión de metabolitos bacterianos fungistáticos o fungicidas; por cambios en la estructura de los hongos que favorecen su patogenicidad o por disminución de las resistencias del paciente. Aún cuando este factor no está directamente ligado con el embarazo, es frecuente que el clínico, en la imposibilidad de aplicar el tratamiento adecuado a las lesiones infecciosas del cérvix (electro-coagulación), aplique tratamientos paliativos locales a base de antibióticos, lo cual favorece aún más el desarrollo de monilias. Bernstine y Rakoff<sup>2</sup> afirman que el 75% de las pacientes que reciben antibióticos por vía vaginal presentan moniliasis.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son las mismas que las observadas fuera del embarazo pero, en general, las formas más agudas y graves se presentan en el curso de éste: prurito vulvar intensísimo, constante y en ocasiones desesperante ardor, poliaquiuria, disuria, leucorrea escasa, espesa, blanca, de aspecto caseoso e inodora, y al examen turgencia edematosa de los labios vulvares y capuchón del clítoris y vagina tapizada de concreciones blanquecinas características debajo de las cuales la mucosa está muy enrojecida, despulida y en ocasiones sangra con facilidad.

El epitelio exocervical participa del proceso, pero en menor grado. Los síntomas, en general, guardan proporción con la intensidad de la infección. El diagnóstico requiere los mismos elementos que fuera del embarazo: examen clínico, bacterioscopia de la leucorrea y cultivo. Este último debe ser usado también, sistemáticamente, como control terapéutico. Si la moniliasis está asociada a tricomoniasis, lo cual ocurre más o menos en el 10% de los casos,<sup>8</sup> las molestias son iguales, pero la leucorrea se hace más fluida, espumosa y con ligero tinte verdoso.

La evolución espontánea del padecimiento permite observar que los síntomas desaparecen rápidamente después del parto y los cultivos practicados cuatro a seis semanas

después son negativos.<sup>9</sup> En algunas pacientes la curación es completa, pero en otras sólo se retiran temporalmente los síntomas para reaparecer en un nuevo embarazo. Una de nuestras pacientes presenta el fenómeno curioso, ya reportado, de caer en la cuenta de que está embarazada por percibir el prurito característico de la moniliasis.

### TRATAMIENTO

El tratamiento no difiere fundamentalmente del empleado fuera del embarazo. No es aconsejable tomar medidas terapéuticas en ausencia de síntomas, tanto por las grandes posibilidades de curación post-parto, cuanto por la pequeña agresividad potencial de manipulaciones vaginales en el curso del embarazo.

Entre otros tratamientos han sido propuestos el ácido ricinoleico al 3% con exoquinoleína,<sup>6,7</sup> derivados del benzotiazol,<sup>5</sup> ácido caprílico,<sup>11</sup> jalea de propionato,<sup>1,9</sup> derivados iodados, violeta de genciana,<sup>2,10,12</sup> etc., todos ellos administrados localmente, en diversas dosificaciones y con los más variados vehículos. Todos los reportes mencionan una incidencia de éxito terapéutico que fluctúa entre 70 y 95%.

Los tratamientos seguidos por nosotros son los siguientes:

1. Bajo inspección directa por medio del espejo vaginal se limpian las paredes vaginales por medio de una torunda de algodón con agua estéril o suero fisiológico. Para lograr una limpieza correcta deben hacerse movimientos rotatorios del espejo, después de lo cual se hace una embrocación de toda la pared con solución de violeta de genciana al 2%, retirando el espejo y embrocando al final el vestíbulo y demás formaciones vulvares. Esta misma operación se repite en días alternos durante una o dos semanas. No se aconseja ninguna auto aplicación de medicamentos.
2. Se hace lo mismo que en el tratamiento anterior, pero en los días que no se efectúa embrocación se aconseja un lavado vaginal con solución de bicarbonato de sodio (2 cucharadas en 1/2 L de agua) antes de acostarse por la noche, seguido de la aplicación de una dosis de Gentsal (violeta de genciana 0.05% y cloruro de alkyldimetilbenzilamonio como dispersante). Terminadas las embrocaciones en el consultorio, se prolonga este medicamento durante dos semanas.

3. Igual que en el segundo tratamiento pero usando como recurso de auto aplicación óvulos de nystatin durante 3 o 4 semanas.
4. Lavado diario alcalinizante con aplicación de 1 a 2 óvulos diarios de nystatin durante 2 a 3 semanas.

## RESULTADOS

Los resultados en 106 casos bien controlados de embarazadas estudiadas en clientela privada muestran: 88.1 por ciento de curación durante el embarazo en 42 pacientes con el primer tratamiento, 82.3% de curación en 17 pacientes con el segundo, 95.2% de curación en 21 pacientes con el tercero y 92.3% de curación en 26 pacientes con el cuarto.

## RESUMEN

Se analizan brevemente las particularidades de la infestación vaginal por *Candida albicans* cuando se presenta durante el embarazo, revisando su incidencia bacteriológica y clínica, los factores biológicos que la favorecen, su evolución espontánea y los requisitos de diagnóstico y de control terapéutico. Se mencionan los resultados

obtenidos en 106 casos con cuatro tratamientos diferentes a base de violeta de genciana y nistatina, sin que pueda concluirse que alguno de ellos sea claramente mejor que los demás.

## REFERENCIAS

1. Alter RL, Jones CP, Carter B. Am J Obst and Gyn 53:241, 1947.
2. Bernstine JB, Rakoff AE. Vaginal Infections, Infestations and Discharges The Blakiston, NY, 1953.
3. Campbell RM, Parrott MH. Am J Obst and Gyn 59:1005, 1950.
4. Carter B, Jones CP, Ross RA, Thomas WL. Am J Obst and Gyn 39:213, 1940.
5. Henriksen E, Martins SM, Wilson JW, Yeaman A. Am J Obst and Gyn 68:830, 1954.
6. Hesseltine HC, Beckett ES. Am J Obst and Gyn 58:553, 1949.
7. Hesseltine HC. Am J Obst and Gyn 70:403, 1955.
8. Johnson CG y Mayne R. Am J Obst and Gyn 55:852, 1948.
9. Kantor HI. Am J Obst and Gyn 62:170, 1951.
10. Perl G, Guttmacher AF y Jakubowicz H. Obst and Gyn 5:640, 1955.
11. Reich WJ, Nechtow MJ, Kurson AM, Subotnik N, Reich J. Am J Obst and Gyn 65:180, 1953.
12. Waters EG y Wager HP. Am J Obst and Gyn 60:885, 1950.