

TRATAMIENTO DEL FLUJO GENITAL

Prof. Dr. ABELARDO HERRERA CALMET.

El flujo es un síntoma muy frecuente, lo pueden presentar tanto las niñas, como las mujeres en plena actividad sexual y las menopáusicas. Por lo menos la tercera parte de las mujeres que consultan al ginecólogo, presentan flujo.

Desde el punto de vista etiológico, se considera:

- a) Flujos fisiológicos que son por exceso de una secreción, por lo demás normal y que generalmente se presentan en mujeres hipersensibles, nerviosas y lábiles emocionales.
- b) Flujos patológicos, que son el resultado de la reacción inflamatoria originada por diversos agentes etiológicos (bacterias, parásitos, hongos, virus), en diferentes sectores del aparato genital (vulva, vagina, útero y trompas).

Hay flujos que constituyen toda la enfermedad y otros que se deben a procesos más serios, es decir son epifenómenos del proceso que lo origina; en estos casos, hay que tratar la enfermedad y no el síntoma. Debemos tener presente, que la vagina tiene una acción antiséptica y autodepuradora, por su contenido ácido y la presencia de bacilos de Doderlein, que dependen de una buena función ovárica.

Para un tratamiento racional del flujo, es requisito indispensable:

- 1) Conocer el órgano en que se origina el flujo, que en la práctica corresponde a la vagina y cuello uterino en un 80% de los casos y 2) Conocer las causas etiológicas que lo producen, tales como: bacterias, parásitos, hongos, virus, ováricas y psicógenas.

En muchas ocasiones y de acuerdo a los datos recogidos en la anamnesis, podemos sospechar el origen del flujo y la etiología del mismo, así por ejemplo: si la paciente

refiere tener flujo mucoso, pensaremos que es de origen cervical; si el flujo es blanco amarillento algo fluído, el origen es vaginal; si es amarillo, espumoso, de olor desagradable y acompañado de prurito vulvar, la causa posiblemente es la tricomonía y si es blanco que se pega en las paredes de la vagina o vulva en forma de grumos, pensaremos en la candidiasis.

TRATAMIENTO DEL FLUJO FISIOLÓGICO.— Se presenta, como ya lo hemos referido, en personas hiperexcitables, nerviosas, que se preocupan mucho por pequeñas molestias genitales; este flujo generalmente es transitorio y pasa sin tratamiento.

Dentro de estos flujos, tenemos:

- a) Los de origen vaginal, que preceden o siguen a la regla; estos últimos se deben en parte, a la alcalinidad vaginal, por el paso de la sangre menstrual. Estas pacientes se benefician con la aplicación vaginal diaria de jaleas ácidas (Acigel), por 3 a 4 días, inmediatamente después de la regla o con duchas vaginales, por el mismo tiempo, de agua tibia, a 34-36 grados, que tengan 1 cucharada de solución de ácido láctico al 5%, para 1 litro de agua.
- b) El flujo por aumento de la secreción de las glándulas vestibulares, se presenta en mujeres con hipersensibilidad sexual y estímulos eróticos frecuentes. A estas pacientes se les explicará la causa de su flujo y con una psicoterapia dirigida a encauzar su vida sexual, será suficiente.

En las vagotónicas, los sedantes del vago como el bellergal, belladenal, acompañados de calcio, por vía oral, hacen cesar estos flujos.

- c) El flujo de las embarazadas, cuando la flora vaginal y el examen ginecológico son normales, el tratamiento se hace, si es abundante y molesta a la embarazada y consiste además de las medidas higiénicas habituales en embrocaciones vaginales de nitrato de plata al 2%, dos veces por semana, por dos a tres semanas.

TRATAMIENTO DEL FLUJO PATOLÓGICO

Los agentes etiológicos: bacterias, parásitos, hongos y virus, al actuar sobre los diferentes órganos del tracto genital, determinan: vulvitis, vaginitis, cervicitis, endometritis y salpingitis, dando origen al flujo patológico.

Flujo no específico.— Causado por gérmenes de la infección séptica: estreptococo, estafilococo, colibacilo, proteus, etc.

Flujos específicos.— Son más frecuentes y producidos por: tricomonas, candidas, hemophilus vaginal, gonococo y algunos virus.

TRATAMIENTO DEL FLUJO VULVAR NO ESPECÍFICO.

Vulvitis no específica.— Son raras.

El tratamiento está supeditado al momento evolutivo del proceso. En la fase aguda, cuando el dolor, ardor y prurito son intensos, se indicará baños de asiento, con lo que la paciente obtiene gran alivio; la temperatura apropiada del agua, es la que le resulte más cómoda; el agua muy caliente no conviene, pues, la desventaja son las quemaduras; los baños tendrán una duración de 10 a 15 minutos y se repetirán 2 a 3 veces por día; a juicio del médico, puede agregársele coadyuvantes al agua, así por ejemplo, un cocimiento colado, de un puñado de hojas de malva o manzanilla para 5 litros de agua; sirven con el mismo fin, una cucharada de ácido bórico, bicarbonato de sodio u otras sustancias; si los baños no pueden hacerse, se indicará

lavados vulvares con agua sola o con los mismos agregados.

Pueden utilizarse igualmente, compresas húmedas que se aplican a la región inflamada. Cuando se quiere mayor antisepsia, se ordenan lavados con solución al 1 por 1000 de sulfato de cobre y alumbre potásico; otras veces son eficaces la solución de nitrato de plata al 0.1 por 1000, en forma de compresas húmedas. Estas soluciones son antisépticas, antipruriginosas, astringentes y algo antiinflamatorias. En casos de que el prurito no calmara con las indicaciones anteriores —lo que es raro— se indicará corticoesteroides en forma de cremas o pomadas (Locorten, Kenacort, etc.). Además del tratamiento local, son necesarios los medicamentos por vía general; se indicará analgésicos como la aspirina; los sedantes pueden ser útiles y en los estados alérgicos los antihistamínicos y los corticoídes.

La radioterapia superficial, es también muy beneficiosa en el periodo agudo, su acción es rápida y a veces basta con una sola aplicación y una dosis de 50-60 r. En las vulvitis subaguda y crónica, el tratamiento es semejante al de la vulvitis aguda; además debe añadirse tratamiento local con pomadas o cremas de corticoídes; se debe evitar el uso de antibióticos a los que pueda estar sensibilizada la paciente. Cuando todo ha fracasado, que son los casos menos frecuentes, se procederá a resecar el tejido atacado.

TRATAMIENTO DEL FLUJO VAGINAL INESPECÍFICO.

Vaginitis inespecífica.— Se diagnostica vaginitis inespecífica, después de haber descartado, por métodos adecuados, los microorganismos patógenos específicos, que hemos explicado.

Sabemos las circunstancias que favorecen este tipo de vaginitis.

El tratamiento es sintomático y la cura-

ción se obtiene si no se recurre a tratamientos intempestivos.

En el período agudo, están indicadas las duchas vaginales con solución de ácido láctico al 0.5% o permanganato de potasio al 1.5000. Estas irrigaciones se hará 1 a 2 veces por día y no más de 6 días. Con este tratamiento, el proceso inflamatorio disminuye, lo que nos permite hacer embrocaciones vaginales de nitrato de plata al 2%, 2 veces por semana; esta medicación protege la mucosa contra las irritaciones vaginales, impide una excesiva trasudación líquida y es poderoso regenerador de todas las mucosas.

Está indicado además, óvulos vaginales, antisépticos de sulfa o antibiótico, agregados de hidrato de carbono o ácido láctico. En los casos de insuficiencia estrogénica y en las menopáusicas son útiles los estrógenos orales a dosis adecuadas; las dosis excesivas son innecesarias, pues la paciente puede quejarse de náuseas, plenitud y aún de hemorragias. Indicamos cualquiera de los siguientes estrógenos: Etinilestradiol 0.02 mlgr., por 10 días; Premarin 0.625 mlgr. al día por 10 días; Estriol (Ovestin) 1 comprimido 2 veces por día, por 10 a 15 días.

TRATAMIENTO DEL FLUJO ESPECIFICO.

Vulvo vaginitis tricomoníásica.— El tratamiento de elección, es el metronidazol a la dosis de 250 mlgr. (Flagil, Nors-tene, etc.) por vía oral, cada 8 horas, durante 10 días consecutivos. El tratamiento auxiliar de tabletas vaginales de metronidazol, como ha sido aconsejado, no parece justificarse, ya que las curas que se obtiene con la administración oral, son hasta del 98 por 100. Se debe tratar simultáneamente al cónyuge, por estar aceptado el factor venéreo; es comprensible que eliminando la infección del varón, se impide la reinfección de la mujer. La ventaja verdadera del metronidazol que

se ingiere, es que llega a zonas inaccesibles, para los preparados locales, tales son vejiga, intestino, inclusive vía genital alta en la mujer y en el hombre uretra, vejiga, próstata y vesículas seminales.

Los efectos secundarios del metronidazol, son poco frecuentes, los más observados son: náuseas, sequedad de boca, anorexia, vómitos y diarreas, cefalalgia, sofocos, dolores articulares.

Sólo en los casos de intolerancia al metronidazol, podemos recurrir a los métodos locales antiguos: arsenicales pentavalentes (Neo picatyl); diyodohidroxiquinoleína (Floraquin) etc.

El metronidazol puede usarse en el embarazo sin temor a efectos teratogénicos. En el animal de laboratorio, no se ha observado ningún efecto al feto.

Las experiencias de Rodin y Hass y de 17 ginecólogos, han indicado que no hay datos de que el fármaco sea perjudicial cuando se administra a embarazadas. El número de mujeres estudiadas en los 3 trimestres fue de 1000 aproximadamente.

HONGOS - VAGINITIS CANDIDIASICA.

El tratamiento local da buenos resultados y hay varios productos que se puede utilizar. Particularmente, tenemos preferencia por el uso de la nistatina (Mycostatin), en forma de tabletas vaginales de 100.000 u. La mujer debe colocarse una tableta profundamente en la vagina, al acostarse, todos los días y durante 3 a 4 semanas. Es conveniente que el varón se aplique cremas de nistatina en el glande y debajo del prepucio, con el fin de eliminar o por lo menos disminuir su papel como portador. Otro producto recomendable, es el Gel propiónico, que se introduce con un aplicador, todas las noches al acostarse, durante 1 mes. Otra modalidad, son las pincelaciones de solución de violeta de genciana al 2% en la mucosa vaginal y en la vulva, que se hará 2 a 3 veces por semana y durante 2 sema-

nas. El inconveniente de este método, son las manchas que deja el colorante en las ropas y, que son difíciles de quitar; además se pueden presentar reacciones desfavorables e inclusive úlceras sobreñadidas por el medicamento. Se usa la violeta de genciana también en forma de óvulos.

Si a pesar de los tratamientos indicados, el flujo persiste, la posibilidad es que puede haber una asociación con tricomonas. Es igualmente conveniente, evaluar la glicemia de la paciente, para descartar diabetes.

Es recomendable, en casos de reinfecciones, el uso de la mistatina por vía oral, a razón de 1 comprimido 3 veces al día, por 10 días, para eliminar los microorganismos que se encuentran en el intestino.

Durante los tratamientos indicados, las relaciones sexuales se harán con preservativos.

VAGINITIS POR HEMOPHILUS VAGINALES.— El tratamiento indicado es la oxitetraciclina, en forma de tabletas vaginales de terramicina con sulfato de polimixina B, que se introduce todas las noches durante 3 semanas. Para evitar colpitis micótica, se indicará Micostatin a razón de una tableta diaria, por vía oral.

VULVO VAGINITIS GONOCOCICA.— La vulvovaginitis gonocócica es propia de las niñas prepúberes, de menopáusicas y de mujeres con hipoestronismo.

El tratamiento consiste en grandes dosis de penicilina G (4'800.000), ya sea antihistamínica o benzatínica y en casos de intolerancia, está indicada la tetraciclina y la eritromicina.

VULVITIS Y COLPITIS VIROSICA.— Los condilomas acuminados, son causados por virus semejantes al de las verrugas ordinarias. El factor venéreo interviene en su propagación, son más frecuentes en la vulva aunque pueden observarse en la

vagina. El embarazo favorece su propagación local.

El tratamiento depende del tamaño; si están aislados y poco confluentes, se emplea el podofilino al 10-15%, en solución de benjuí o acetona; se hace pincelaciones sobre las formaciones condilomatosas; para evitar reacciones inflamatorias químicas, se le indicará a la mujer lavados jabonosos 3 a 4 horas después de las aplicaciones.

Cuando son más grandes y ocupan una zona amplia de la vulva, está indicado su extirpación quirúrgica o por electrocauterio, destruyendo siempre la base de implantación.

TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS.

Cervicitis aguda.— El tratamiento es exclusivamente médico y en relación al agente que la produce; en el caso del gonococo se usará la penicilina G a grandes dosis; si está en juego la tricomonas, cándida, se hará el tratamiento indicado.

Cervicitis crónica.— Es muy frecuente y es causa de flujo rebelde.

El tratamiento se basa 1) en las molestias que determinan el flujo constante; 2) como foco infeccioso; 3) como factor de infertilidad y 4) como predisposición para el cáncer.

Antes de emplear tratamientos quirúrgicos, debemos descartar, por el examen clínico y métodos auxiliares, todo indicio de proceso inflamatorio pélvico en actividad.

Tratamiento de la Endocervicitis.— Se debe investigar el germen causal y usar el antibiótico de acuerdo a las pruebas de sensibilidad, como si se tratara de una infección general. Se aconseja aplicación local de antibióticos; el más usado es la penicilina G sódica 1'000,000 disuelta en 8-10 ml. de suero fisiológico, que se inyecta en el miocervix muy cerca de la mu-

cosa endocervical, introduciendo la aguja en 4 puntos equidistantes.

Si fracasara este tratamiento en 2 ó 3 intentos, se puede extirpar la mucosa infectada, por el procedimiento de Stumdorf, que no afecta el porvenir obstétrico de la paciente.

La cauterización del conducto cervical, está contraindicada.

Eritroplasia de la portio con desgarros ligeros o sin ellos y lesiones mínimas del canal cervical.— La electrocauterización es lo indicado. Se debe practicar a los 4 días pasada la menstruación; puede hacerse en el consultorio y sin anestesia; la técnica a seguir es la ideada por Hünner (1906), para lo cual, expuesto al cuello, se hace incisiones verticales, radiadas desde el orificio externo hacia afuera, a través de toda la amplitud de la eritroplasia, hasta llegar al tejido sano; entre una incisión y otra, debe dejarse un espacio de 2 ó 3 mm. y la profundidad de la incisión debe ser de 0.5 a 0.7 mm.; la cauterización no debe avanzar más de 1 cm. en el interior del cervix.

Se le advierte a la paciente, que 4 ó 5 días después de la cauterización, se iniciará una leucorrea abundante y mal oliente y que al 10º a 12º días habrá pequeña pérdida de sangre (caída de escara). No se indica duchas vaginales; cada 10 días se controlará a la paciente y se hará tratamiento tópico con un desinfectante. En 6 semanas se ha producido la epitelización.

A fin de investigar alguna estenosis, a las 8 semanas se pasará un histerómetro y si hay necesidad de dilatará el cuello.

La electrocauterización puede tener secuelas, que están en relación con la profundidad de la cauterización; éstas son: secuelas queratósicas, secuelas vasculares, secuelas cilíndricas y secuelas atróficas.

En los casos de lesiones del portio.— (erosión, pequeños desgarros) y **lesiones profundas del endocervix**, se sugiere dos procedimientos:

a) electroconización con corriente de alta frecuencia (Hyams) y

b) la traqueloplastía de Stumdorf.

La electroconización debe hacerse, en enfermas hospitalizadas y con anestesia general. Las precauciones pre y post operatorias, son las mismas que para la electrocauterización. El electrodo está adaptado para extirpar un cono de tejido. La curación tarda seis semanas. En ocasiones hay hemorragia considerable a los 10 ó 12 días que requiere de taponamiento. Con este método se presentan estrecheces cervicales, en un porcentaje variable de 6 — 10% de los casos. Después de este tratamiento se ha reportado abortos y partos prematuros, en porcentajes de 13.6% y 18% respectivamente. Las distocias de causa cervical, son de observación rara. Este método de tratamiento es bueno en casos seleccionados y no debe abusarse del mismo.

Traqueloplastía de Stumdorf.— Es un método muy recomendado pero a condición de extraer un cono cervical, sus ventajas son:

a) peligro mínimo de hemorragia y

b) el órgano restante es funcionalmente útil desde el punto de vista obstétrico.

Las amputaciones bajas o altas del cuello, son procedimientos abandonados como tratamiento de las cervicitis en mujeres, en edad de procrear por las consecuencias obstétricas (esterilidad, partos prematuros, abortos, necesidad de cesáreas).

Desgarros.— En los desgarros extensos acompañados de cervicitis, se puede tratar por electroconización o por el método de Stumdorf, y en ocasiones muy contadas, se practicará la amputación de Schroeder.

Cervicitis extensas en enfermas menopáusicas.— En estos casos, y si no hay contraindicaciones, está indicada la histerectomía total, por vía vaginal o abdominal. Creemos necesario tener presente, las siguientes recomendaciones en el tratamiento del flujo genital.

- 1.—Conocer el órgano en que se origina el flujo y determinar su causa etiológica.
- 2.—Las irrigaciones vaginales no curan el flujo, muy por el contrario, pueden favorecerlo.
- 3.—Las irrigaciones vaginales, deben ser abolidas como régimen habitual en la higiene íntima de la mujer, por ser perjudicial a los mecanismos de la acción autodepuradora de la vagina. Sólo se permitirá después de la menstruación, con soluciones ácidas y por 2 a 3 días, para restaurar el Ph vaginal, modificado por el paso de la sangre menstrual.
- 4.—El uso indiscriminado de los antibióticos de amplio espectro, en el tratamiento del flujo, no tiene justificación: 1) porque no actúan sobre las causas más frecuentes: tricomonas y candida y 2) porque en muchas ocasiones, favorecen la infección por otros microorganismos.
- 5.—Los estrógenos son útiles, como coadyuvantes en el tratamiento del flujo en niñas, en menopáusicas y en mujeres con hipoestronismo.
- 6.—No olvidemos que el flujo y principalmente el cervical, puede ser un epifenómeno de un proceso más serio, por lo que recomendamos hacer de manera rutinaria, el despistaje del cáncer por el método de Papanicolaou, a toda mujer que pase de los 30 años.
- 7.—Nuestro objetivo final, en el tratamiento del flujo, es destruir los microorganismos causantes, pero a su vez favorecer el desarrollo del bacilo de Doderlein, lo que podemos conseguirlo agregando, a la medicación tópica, carbohidratos o ácido láctico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Botella Llusia, J. Enfermedades del aparato genital femenino. Tratado de ginecología. Tomo III. Editorial científico médico — 1962.
- 2.—Calatroni - Ruiz. Terapéutica Ginecológica "El Ateneo", 1969.
- 3.—De Costa J. Edwin. Infección de Vagina y Vulva. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Marzo de 1969.
- 4.—Breter F. Coupez. Le Traitement des cervicitis par electrocoagulation-Ginecologie et. obstetrique, Tomo 64 N° 4, 1965, Sept-Oct.
- 5.—Fluhmann Frederic. El cuello uterino sus enfermedades — Salvat. Editores S. A. Barcelona, 1963.
- 6.—José y William E. Infecciones virósicas y semejantes a virosis del aparato genital femenino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1969.
- 7.—Novak Jones-Jones. Tratado de Ginecología. Interamericana, 8va. Edición, 1971.
- 8.—Te Linde. Ginecología operatoria José Bernales, 1956.