

TRABAJOS DE REVISION

EL FLUJO VAGINAL: EN LA CONSULTA GINECOLOGICA

Dr. Samoel Soihet *

RESUMEN

El flujo vaginal es el síntoma más frecuente por lo que las mujeres consultan al ginecólogo. Se puede presentar como molestia única o estar acompañada de otros síntomas en los genitales. El 75% de estas pacientes son portadoras de infecciones vaginales causadas por Cándidas y/o Tricomonas, que son pruriginosas, por Colibacilos que producen ardor, dispareunia y mal olor, o por Gardnerellas (*Hemophilus vaginalis*) que solo despiden mal olor. El resto de los flujos son causados por la cervicitis con ectropion, sin gérmenes patógenos de importancia, o por el cambio de la ecología que normalmente existe en la vagina. El diagnóstico de certeza de la causa del flujo vaginal, se hace: a. Con el examen de la vagina con el espejulum. b. El estudio bacteriológico de los agentes responsables. c. Determinar el pH del medio vaginal. Sólo así se podrá administrar la terapéutica específica y restablecer el medio biológico normal. No todos los flujos vaginales indican la presencia de un agente infeccioso. Todo intento terapéutico administrado por la misma paciente o por el facultativo que no identifica la causa del flujo vaginal, puede empeorar la condición.

SUMMARY

*Leucorrhoea is the most frequent symptom in women consulting the gynecologist. May be present as a single complaint or with other genital symptoms. 75% of those patients who have vaginal infections caused by Candida and or Trichomonas, that produce itching, by Colibacilli that produce burning sensation, dyspareunia and bad odor, or by Gardnerellas (*Hemophilus vaginalis*) that only produce a bad fishy odor. The rest of the vaginal discharges are caused by cervicitis with ectropion, mostly without important pathogenous germs, or by the ecological change of the normal existing vaginal flora. The accurate diagnosis of the cause of the vaginal discharge must be done with: a. vaginal examination with speculum, b. bacteriological studies of the responsible organism, c. pH determination of the vaginal media. This is the only way that a good gynecologist will administer specific medication and reestablish the normal biological vaginal media. Not all vaginal discharges signify the presence of infectious agents. Therapy administered by the own patient or by a physician who does not identify the cause of the leucorrhoea may worsen the condition.*

El flujo vaginal es una de las molestias que con más frecuencia las mujeres consultan al médico. Más del 75% son portadoras de infecciones cuyos agentes son: *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Colibacilos*, y *Gardnerellas vaginalis* (*Hemophilus vaginalis*) que pueden estar presentes individualmente o, lo que es más frecuente, asociado con otro o con todos

ellos. Algunas de estas infecciones pueden ser transmitidas sexualmente o por contaminación, facilitada por el medio vaginal que se encuentra desguarnecida de su defensa natural: la acidez, con un pH por encima de (4.5), causada por la disminución de su ecología natural, el bacilo Láctico (1, 2), sea por falta de higiene o por el hipoestronismo en el climaterio por ejemplo.

La flora acidogénica normal, mantienen la vagina hostil con su acidez fisiológica, defendiéndose de la agresión de agentes patógenos al inhibir su desarrollo.

* Profesor principal de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Algunas mujeres son fácilmente susceptibles a los cambios de dicha acidez, facilitando el desarrollo de los gérmenes saprofitos existentes en el canal del cérvix, que crecen rápidamente con un pH 6.0, volviéndose agresivos. Este problema, además de las molestias locales, contribuye a las dificultades de la vida sexual, atribuyendo la culpabilidad a la pareja como responsable de transmitir la infección, pues el ardor y el prurito vulvovaginal aparece en el post coito inmediato. La fisiopatología del problema es debido a que con un medio con muy poca o ninguna acidez, al que le llega el líquido seminal altamente alcalino que permanece en el fondo vaginal por varias horas, favorece el crecimiento de sus propios gérmenes saprofitos, que se vuelven agresivos. Esto se demuestra fácilmente al no encontrarse en el cultivo e investigación de gérmenes sexualmente transmitidos, pero sí un pH que está encima de 6.0. Esta molestia pasa fácilmente con una ducha vaginal con una solución con vinagre de cocina (3). De otro lado, si la bacteriología es negativa, el pH es normal, tiene problemas domésticos y rehusa alguna forma terapéutica, requiere ayuda psiquiátrica, pues ningún otro método sería efectivo (7).

El médico que trata este problema debe contar con una rutina para el diagnóstico: a. Con la sintomatología, b. El aspecto de la pared vaginal, c. El aspecto macroscópico de la secreción, d. El olor, e. El pH de la vagina, f. El examen microscópico en fresco con solución salina para las Tricomonas y solución de hidróxido de potasio al 10% para las Cándidas, y finalmente g. El cultivo. Así se establecerá el diagnóstico de certeza de la vaginitis. De otra manera, solo sería adivinar. Si a pesar de ello la paciente se queja que los síntomas son más severos o que hay una vulvitis muy molesta por el prurito y el ardor, significa que el diagnóstico no fue hecho correctamente o que no se administró la medicación específica.

El flujo inespecífico, en ausencia de gérmenes patógenos, le llamaremos vaginosis, reservando el término de vaginitis cuando estas bacterias están presentes. Debemos diferenciar dos tipos de flujos inespecíficos: la primera, con un moco transparente que lo ha tenido desde siempre o que apareció antes de la menarquía y que se acentúa mucho más en la mitad del ciclo menstrual, no tiene olor, no produce ardor ni prurito pues solo es abundante y elástico como la "clara del huevo". Al examen vaginal, revela la presencia de un ectopión, cuya extensión está en relación con el volumen de la mucorra. En segundo lugar, la presencia de este tipo de flujo sin lesiones cervicales en pacientes que tienen ciclos anovulatorios. La co-

rrección de estos problemas son sencillos, en el primer caso con la electrocoagulación o criocirugía del ectopión y en el segundo, corrigiendo el problema anovulatorio.

La Gardnerella Vaginalis (hemophilus vaginalis), produce un flujo vaginal como "agua" con olor a pescado, en un medio con un pH que está por encima de 6.0; si le agregamos unas gotas de hidróxido de potasio sobre la mucosa vaginal, el olor se acentúa más (test del olor). Ello es debido a la disminución del Lactobacilo con proliferación de la Gardnerella, que es parte de la flora vaginal, produciendo aminoácidos que incrementan el pH y aumenta la descamación del epitelio vaginal con el consiguiente aumento del flujo, proliferando gérmenes anaeróbicos, bacterias que acompañan a la Gardnerella, disminuyendo más la acidez, y, como resultado, la paciente se queja del mal olor, particularmente después del coito, cuando el líquido seminal alcalino libera mayor cantidad de aminos. La mayoría de los laboratorios no hacen cultivos rutinarios de este germen, a no ser que se solicite específicamente. Sin embargo, al examen de la lámina en fresco se observa las células del epitelio vaginal descamadas con las Gardnerellas fijadas en todo su alrededor, característica del coco bacilo (44) conocidos con el nombre de "clue cells".

El tratamiento es muy simple sólo con duchas vaginales acidificadas o con dos cucharadas de vinagre disueltas en un litro de agua. También las duchas de retención de agua oxigenada en cuatro partes de agua. Se puede utilizar una tableta de Metronidazol vaginal dos veces al día por una semana con excelentes resultados. La pareja deberá hacerse la higiene del pene post coito o utilizar el condón durante el tratamiento.

Las Candidiasis (Moniliasis), producen un prurito vulvovaginal muy molesto y se acompañan de un flujo de color blanco en trozos como la "leche cortada". Tanto el Cándida como sus productos metabólicos producen reacciones eritematosas en la mucosa vaginal, en la piel de la vulva y en el perine. La especie Cándida albicans en el 90% es el agente patógeno, y en el 10% es causada por la especie Cándida larvada, resistente al Clotrimazol in vivo e in vitro (11, 12). Su identificación con el hidróxido de potasio al 10% en lámina directa es suficiente; pero si se requiere de mayor certeza, se colorea con azul de metileno o Gram. Los cultivos se hacen en los medios de Nickerson o Sabureau, de crecimiento rápido y característico.

Para entender la epidemiología debemos reconocer varias causas que predisponen a esta infección. Múltiples estudios establecen la presencia de candidiasis asintomática entre el 10 al 55% de mujeres supuestas sanas 13, 144. En gestantes se encontró que en el 30 al 40% eran también portadoras sanas 15. También en usuarias de tabletas anticonceptivas 16, o después de tratamiento con antibióticos, en especial, con la Tetraciclina o con antibióticos de amplio espectro 17. El problema de este proceso es su recurrencia, o sea, Candidiasis vaginal crónica, que requiere una atención especial, una terapia adecuada 18 y entender la patogénesis de esta cronicidad.

a. Durante la gestación, la infección persiste y aumenta con el progreso del embarazo favorecido por el aumento del glucógeno de las células vaginales estimuladas por las hormonas de la reproducción 19; además estas (estrógeno y la progesterona) tienen acción directa en la germinación de las esporas 20. Estas portadoras sanas se hacen sintomáticas en el 60 al 90% 21, por lo que no debe sorprendernos que el porcentaje de cura es menor durante la gestación.

b. Mis observaciones en el climaterio en mujeres que reciben estrogenoterapia prolongada es frecuente la candidiasis vaginal y muy raro en climatéricas con vaginitis hipoesrogénica, causados por otros agentes patógenos.

c. En mujeres que usan anticonceptivos orales incrementan la candidiasis vaginal, demuestran su implicancia hormonal 16, 24.

d. Durante la antibióticoterapia casi el 30% de las mujeres desarrollan el cuadro, a las dos a tres semanas de haber sido tratados, aún en pequeñas dosis como, por ejemplo, Tetraciclina 500 mgrs. al día en las infecciones de la cara como tratamiento dermatológico. Ello es debido a que, cuando la flora de defensa natural disminuye, favorece el crecimiento del *Cándida* con mayor facilidad 17.

e. La hiperglicemia diabética no controlada ha sido considerada como predisponente a la candidiasis. En dietas muy ricas en azúcares y lácteos, se ha encontrado que el moco cervical y las secreciones vaginales tienen mayor concentración de glucosa y favorecen el crecimiento de la Candidiasis asintomática.

f. La vestimenta actual de las mujeres 52, 26, así como el uso de ropa de material sintético, ropa interior, pantyhose o ropa ajustada, limitan la ventilación y aumentan la temperatura vulvar y la humedad perineal, factores que estimulan el crecimiento del *Cándida*. En el verano se culpa al traje de baño húmedo, pero lo cierto es que las sales del agua del mar o el cloro del agua de las piscinas irritan la piel vulvo perineal y, en las portadoras de hongos, se activan los síntomas. Igualmente,

el uso de desodorantes de aerosol o de sustancias concentradas para las duchas vaginales, exacerbaban los síntomas. g. El coito, aún no ha sido determinada su influencia con certeza 9. Es cierto que, en el coito ocasional, aparecen las molestias y la sucede es que la fricción del coito produce pequeñas escoriaciones traumáticas donde el hongo invade. En el contacto orogenital, son transmitidos en ambas direcciones. En el 80% de las parejas de mujeres enfermas se ha encontrado hongos en el pene 22, y que actúan como portadores sanos o reinoculadores 14, 22, 23.

Mi experiencia en la terapéutica de la candidiasis, así como la de múltiples investigadores, coinciden en que no contamos aún con una medicación efectiva para curar el problema de la recurrencia. En los casos agudos o reagudizados, se utiliza desde la violeta de genciana en solución acuosa al 1% en pincelaciones bajo visión directa; pero muchas veces no se consigue el resultado deseado. Se puede agregar a las pincelaciones crema o tabletas vaginales de Clotrimazol en una dosis de 100 mgrs. diarios por siete noches para controlar la fase aguda, pero no garantiza la recurrencia 27. El Clotrimazol puede ser empleado solo en varias formas: Tabletado vaginal de 100 mgrs. diarios por seis días; tabletas de 200 mgrs. por tres días; o dosis única con una tableta vaginal de 500 mgrs. Un estudio comparativo señaló que no hubo diferencias significativas de cuál de estas aplicaciones era la mejor, alcanzándose un 90% de curación de la fase aguda, confirmando con cultivos de control a las cuatro semanas de terminado el tratamiento.

Para el tratamiento de las recurrencias 28, 29, se repite las dosis en dos semanas de la fase aguda y luego, al finalizar la menstruación, por seis ciclos, consiguiéndose el bienestar por intervalos grandes, pero no garantiza la recurrencia en el futuro. La utilización de antibióticos orales no tiene valor en absoluto de curación; solo ayudaría a eliminar el reservorio intestinal 27, pero muy rara vez cura la fase aguda de la vaginitis. El tratamiento de la pareja asintomática es dudoso; sólo recomiendo el uso de agua y jabón post coito. Si se queja de ardor en el glande o sentir como "arañado" se aplicará Clotrimazol en crema dermatológica.

El tratamiento efectivo y definitivo de las recurrencias aún no ha sido encontrado; creo que ello llegará algún día con la ayuda de la inmunología.

La Trichomoniasis Vaginalis es un antiguo conocido en la práctica de los ginecólogos. La tricomoniasis no es una enfermedad que pueda poner en peligro la vida, no deja secuelas, ni siquiera interfiere en la

embriogénesis; sin embargo, tiene una importancia social muy marcada, ya que las características clínicas pueden llevar a la disarmonía conyugal 8 y está aceptada junto con el Herpes genital, Gonorrea y Lúes como enfermedad transmitida sexualmente 9. Si se estima que hay más de 180 millones de casos en el mundo, cifra que sobrepasa muy lejos a la gonorrea, lúes y herpes genital, tiene pues su importancia.

El medio alcalino favorece su desarrollo. Se incuba en tres a 28 días; vive en el moco cervical, madera, papel higiénico y toallas de una a dos horas; aunque no es fácil que se favorezca su contaminación, la infestación no es exclusiva por la vía sexual. Abunda más en la edad reproductiva. No es común en vírgenes y raro en el climaterio, ya sea por falta de actividad sexual o por su disminución. Si en el climaterio se administra estrogénoterapia prolongada, se encuentra con mayor frecuencia, probablemente al incremento de la actividad sexual. En esta enfermedad, tanto los hombres como las mujeres pueden ser portadores sanos y ser transmisores en ambas direcciones. El hombre es portador sano en el 80%, si la pareja lo padece.

La tricomoniasis vaginal ocupa el 25% de las vaginitis comunes, aunque está disminuyendo en los últimos años. La sintomatología clásica es la leucorrea acuosa y profusa, a veces con ardor y prurito; este último es muy severo si va asociado con candidiasis y con olor desagradable si va asociado con coliba-

cilos. Macroscópicamente las secreciones son a veces verdosas y espumosas. El epitelio vaginal está eritematoso, y en las gestantes —y a veces fuera de la gestación— se observa un punteado rojo como "picadura de pulga", que vienen a ser microabscesos intraepiteliales. El pH es alcalino. El protozoo es fácilmente identificado en fresco en una lámina en solución salina. En las asintomáticas se les descubre cuando se les toma una muestra para colpocitología de Papanicolaou.

Los resultados terapéuticos son excelentes cuando se les trata con Metronidazol, que es un específico efectivo. No debe administrarse durante el primer trimestre de la gestación, en el alcoholismo, en sensibilizados alérgicos. La administración de dosis única de dos gramos o dividida en un gramo cada doce horas es efectiva. Tiene pocos efectos colaterales, pero es muy importante que, para alcanzar el éxito en el tratamiento, se debe administrar la misma medicación a la pareja, aunque este sea asintomático.

Están apareciendo algunas cepas resistentes al Metronidazol; en estos casos se trata con un gramo diario durante una semana. En emergencia, una ducha de solución salina hipertónica al 20% es efectiva, pero no deberá indicarse a gestantes que se encuentren cerca de término, por que esta solución puede ponerse en contacto con el amnios y romperse. Han surgido en los últimos años vacunas para el tratamiento inmunológico, con éxito, pero temporal 8, 30.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Larsen B., Galask R.P., Vaginal microbial flora. *Obs. Gynec.* 1980: 55: 1005.
- 2.—Friedrich E.G., *Vulvar disease*. 2da. edition Philadelphia. W.B. Saunders 1983.
- 3.—Rein M.F., Current therapy of vulvovaginitis. *Sex Transm Dis* 1981: 8: 316.
- 4.—Brow D., Kaufman R.H., Garner H.L., Gardnerellas vaginalis, the current opinion. *J. Rep. Med.* 1948: 29: 300.
- 5.—Mac Lellan R., et al, The clinical diagnosis of trichomoniasis. *Obs. Gynec.* 1982: 316.
- 6.—Santer R., Thurner J., Contagiousness of trichomonas vaginalis. *Wien Klin Woch* 1974: 86: 46.
- 7.—*Dodson M.G., Friedrich E.C., Psychosomatic vulvovaginitis. *Obs. Gynec.* 1978: 51: 23.
- 8.—Bonilla Musoles F., et al, Vacuna contra la tricomoniasis vaginal humana. Solución temporal del problema. *Rev. Esp. Obs. Gynec.* 1983: 8: 778.
- 9.—Mc Nab W.L., "other" venereal diseases: Herpes simplex, trichomoniasis, candidiasis. *J. Sch Health* 1979: 49: 79.
- 10.—Brown M.T., Epidemiology of infection with trichomonas vaginalis. *Practitioner* 1972: 209: 639.
- 11.—Yarrow D., Mayer S.A., Proposal of amendment of the diagnosis of the germ candida. *J. Sist. Bacteriol* 1978: 28: 611.
- 12.—Higarshide K., Kawaguchi C., Three day clotrimazole therapy for vulvovaginal micosis. *J. Int. Med. Res.* 1983: 11: 21.
- 13.—Drake T.E., Meinbach H.T., Candida and candidosis. *Post Grad. Med.* 1973: 53: 83.
- 14.—Odds F.S., Genital Candidiasis. *Clin. Esp. Dermatol* 1982: 7: 345.
- 15.—Odds F.S., *Candida and candidosis*. Baltimore University Park Press 1979.
- 16.—Oriol J.D. et al, Genital yeast infections. *Br. Med. J.* 1972: 4: 761.
- 17.—Ariel J.D., et al, Effect of minocycline and tetracycline on vaginal yeast flora. *J. Clin. Pathol.* 1975: 28: 403.
- 18.—Hurley R., Recurrent candida infection. *Clin. Obs. Gynec.* 1981: 8: 209.

- 19.—Hupso Haun V.K., et al. Vaginal yeast in parturients and infection of the newborn. *Acta Obs. Gynec. Scand* 1980: 59: 73.
- 20.—Winner H.Y., Hurley R., *Candida albicans*. 1st ed Churchill Livingstone 1984.
- 21.—Carroll C.J., et al, Criteria for diagnosis of candida vulvovaginitis in pregnant women. *J. Obs. Gynec. Br Commonw* 1973: 80: 258.
- 22.—Rondin P., Kolator B., Carriape of yeast on the penis genital yeast sexually transmitted?. *Br. Med. J.* 1977:
- 23.—Thin R.N., Leighton M., Dixon M.J. How often is genital yeast is sexual transmitted?. *Br. Med. J.* 1977:
- 24.—Spellacy W.N. et al. Vaginal yeast growth and contraceptive practice. *Obs. Gyn.* 1971: 38: 343.
- 25.—Breen J.T., Vaginitis and tights. *Br. Med. J.* 1971: 1: 610.
- 26.—Hurley R., Recurrent candida infection. *Clin. Obs. Gynec.* 1981: 8: 209.
- 27.—Friederich E.G., Vaginitis *A.J.O.G.* 1985: 152: 247.
- 28.—Forsman L., Milson I., Treatment of recurrent candidiasis. San Francisco X World Congress of Obstetrics and Gynecology 1982.
- 29.—Davidson F., Mould R.F., Recurrent genital candidiasis in women and the effects of intermmitent prophylactic tratment. *Br. J. Vener Dis* 1978: 54: 176.
- 30.—Faery J.C., Adult vaginitis. *Clin. Obs. Gynec.* 1982: 24: 407.