

Leucorreas en nuestro medio

Dr. Oscar Robert Aguilar *

Dr. Mario Gamboa Vega **

DEFINICION

Se da el nombre de leucorrea a cualquier flujo vaginal que no sea hemático.

Conociendo la importancia de este síntoma que es por el que con mayor frecuencia se presentan nuestras enfermas a la consulta externa de la Sección de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit, hemos querido hacer una revisión de los casos estudiados y tratados en dicha consulta.

Pretendemos con este estudio unificar criterios en cuanto a conducta a seguir en el estudio y tratamiento de este síntoma, y que sirva no sólo para los médicos especializados en esta rama de la Medicina, sino también para el médico general que a menudo confronta este problema.

MATERIAL Y METODOS:

Los casos objeto de este estudio fueron obtenidos de los archivos de la Sección de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit. Se revisaron los expedientes clasificados como leucorrea y vaginitis en los años 1960 hasta agosto de 1962, dando un total de 687 historias clínicas. De ellas escogimos 150 casos por tener anotados los datos mínimos que nos permitieran sacar algunas conclusiones. Tomamos como datos básicos de estas historias clínicas: edad, paridad, raza, síntoma principal, factor etiológico, alteración cervical, tratamiento y sus resultados, con los cuales estructuramos las siguientes tablas Tabla N° 1. En relación con la edad, paridad y raza, tenemos que las edades oscilaron entre 16 y 84 años, encontrando un 70% de los casos entre 20 y 40 años; la paridad fue de 0 a 17 gestas, teniendo como promedio un 62% entre 3 y 6 partos, encontrándose el 76% en multíparas y el 16% en nulíparas. El 100% del estudio fue hecho en mujeres de raza blanca.

* Asistente de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit.

** Asistente de Ginecología del I. M. I.

TABLA N° 1

TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS

TRATAMIENTOS }	TRICOMONICIDAS	TRICOMICINA FURAZOLIDONA ARSONILATO DE OXIBISMUTO IMIDAZOL	CABIGIN TRINEX PICATYL- NEO-PICATYL FLAGIL
	FUNGICIDAS	VIOLETA GENCIANA NISTATINA DECAMETILENO	GENTENSAL MICOSTATIN DECUADIN
	INESPECIFICOS	DUCHAS ACIDAS SULFAMIDAS ANTIBIOTICOS COMBINACIONES HEXETIDINA DIYODO HIDROXIQUINOLINA	ACIDO ACETICO SULFATAZOL TRIPLE SULFA CLORANFENICOL OXITETRACICLINA VALEGIN STERISIL FLORAQUIN
TRATAMIENTO PAREJA 14 CASOS			
	♂ ♀		

CAUTERIZACION CERVIX 36% BIOPSIA CERVIX 42%

TABLA N° 2

E D A D	<u>16 AÑOS</u> ————— <u>20-40</u>	70%
	<u>84 AÑOS</u> ————— <u>AÑOS</u>	
P A R I D A D	<u>0 GESTA</u> ————— <u>3-6 PARA</u>	O - PARA - 16%
	<u>17 GESTA</u> ————— <u>62%</u>	1 - PARA - 8%
		MULTIPARAS - 76%
R A Z A B L A N C A 100%		

Nuestra clasificación está basada en el factor etiológico y encontramos, que la etiología más frecuente es la llamada inespecífica dándonos un 58%; sobre esta etiología se ha producido una controversia en la literatura médica, pues según Darner y Duker; el factor etiológico que predomina en esta variedad de vaginitis, es el denominado por ellos "Hemophilus vaginalis"; (Cocobacilo Gram Negativo); que ellos aislaron por medio de un cultivo especial en un número considerable de casos de vaginitis inespecíficas. sin embargo, otros autores como Ray y Maghan y Brewer niegan la existencia de este organismo como factor único causal de las vaginitis inespecíficas.

Según nuestro criterio no hay un único factor etiológico sino, que creemos que el medio desempeña un papel importante en la proliferación de un sinnúmero de microorganismos como causa de la leucorrea, y una vez restituida la fisiología normal de la vagina, en que interviene (equilibrio hormonal, pH, glucógeno y los bacilos de Doderlam) las vaginitis desaparecen en gran número de los casos. En relación con la tricomoniasis como factor etiológico en nuestra casuística tenemos un 28% y este porcentaje concuerda con la mayoría de los autores. En lo que respecta a las blastosporas las encontramos como germen causal en un 11% de los casos. En relación con la candidiasis, se practicó en esta Maternidad en el año 1961 un estudio haciendo cultivos para investigar este germen y dio un porcentaje de un 21%, pero hay que hacer notar que este estudio fue hecho en mujeres embarazadas (Montero Gej). Las formas mixtas de blastosporas y tricomonas en nuestra casuística es de un 3%. Es interesante observar que no encontramos ningún caso de leucorrea por etiología a neisseria.

Como factor asociados muy frecuente a la leucorrea encontramos la cervicitis que se presentó en el 43% de los casos; no podemos determinar si esta patología fue la causa o efecto de la leucorrea.

En relación con la sintomatología principal en el 100% de los casos, la consulta fue hecha por leucorreas, siendo ésta amarilla 52% de los casos, blanca en el 18% de los casos, café en el 10%, sanguinolenta en el 4% y sin especificar en el 16% de los casos.

Se presentó asociada de: prurito en el 41% de los casos; de disuria en el 16% y de dispareunia en el 11%. La mayoría de los autores asocian la leucorrea pruriginosa a la etiología por blastosporas; en nuestro estudio no corroboramos este datos, encontrando principalmente el prurito en aquellas de etiología inespecífica.

GRAFICO N° 1

SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL

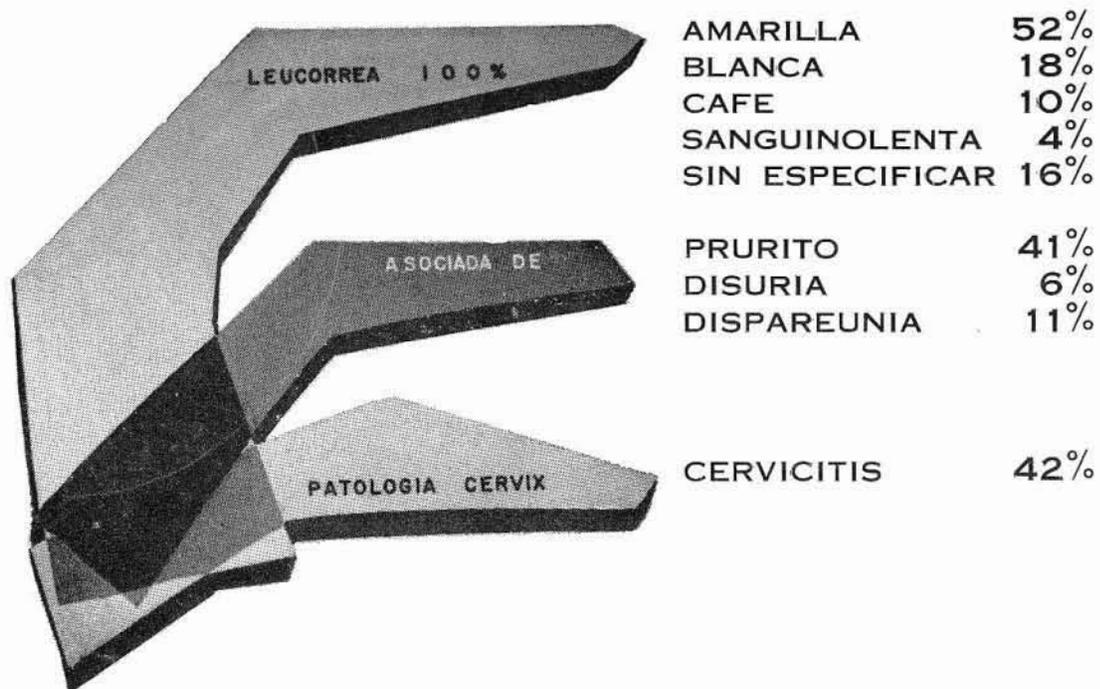
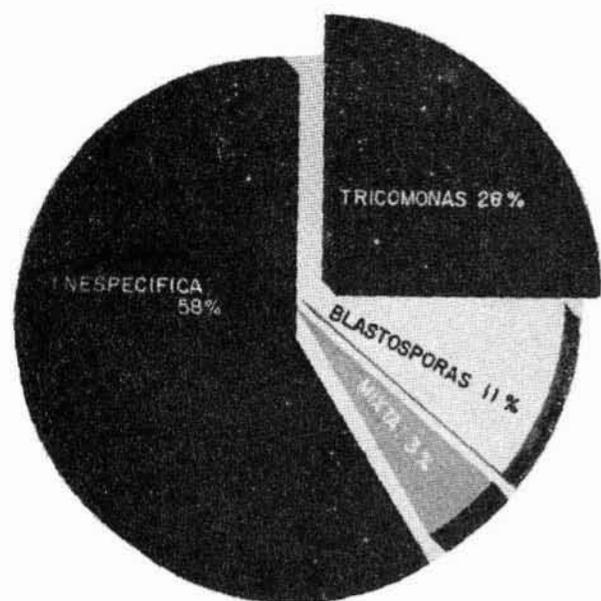


GRAFICO N° 2

E T I O L O G I A



INESPECIFICA

BACILOS - G (-)

BACILOS - G (+)

COCOBACILOS - G (+) - G (-)

COCOS - G (+)

COCOS - G (-)

TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS:

No encontramos en nuestro estudio un criterio unificado para el tratamiento de la vaginitis; los tratamientos usados en las distintas etiologías son muy variados, yendo desde duchas y cremas acidificantes hasta una gama de productos tales como tricomonocidas; se usó tricomicina o cabigin, furozolidina o trinex arsoniato de oxibismuto o picatyl, imidazol o flagil.

Fungicidas: violeta genciana o gentialsal, nistatina o micostatin, decametileno o decuadin.

Inespecíficas: duchas ácidas sulfamidas, antibióticos, combinaciones como el valegin hexetidina o sterisil y los productos con diyodo hidroxiquinolina como floraquin.

Consideramos que para obtener un resultado satisfactorio en el tratamiento de las vaginitis debemos restaurar la fisiología vaginal normal, ya sea acidificando el medio, evaluando la función hormonal, tratando la patología asociada (Condiloma Acuminado, Cervicitis), haciendo luego un tratamiento local de la vagina y finalmente insistir en el tratamiento de cónyuge en los casos de tricomoniasis, condidiasis y blenorragia.

Es criticable el hecho de que en nuestra trabajo únicamente en 14 casos se menciona haber dado tratamiento a la pareja y en ningún caso se le dio importancia al estudio hormonal ni al estudio de la acidez vaginal. En lo que respecta a la cervicitis, si se estudió más a fondo, habiéndose practicado biopsias en 43 casos y cauterización cervical en 36 de ellos (como hallazgo de biopsia se detectó un "Ca in situ").

No queremos referirnos en este trabajos a los productos comerciales que dieron buenos o malos resultados, pero estamos convencidos de que se puede tener resultados muy satisfactorios con cualquier producto siempre que el tratamiento sea bien llevado.

Analizando los resultados obtenidos: satisfactorios 72%, insuficientes 11% y fracasos 17%, podemos considerar que son halagadores. Estos resultados se lograron por medio de una valoración clínica en más del 50% de los casos, por no tener controles bacteriológicos en la mayoría de ellos.

TABLA N° 3

RESULTADOS

SASTIFACTORIOS	72%
INSUFICIENTES	11%
FRACASOS	17%

COMENTARIOS:

Comprendemos que en nuestro trabajo, el estudio y tratamiento de las leucorreas no es satisfactorio pues adolece de lo siguiente: las historias clínicas son insuficientes por faltar en la mayoría de ellas, muchos datos como: caracteres físicos de la leucorrea, cambios de la mucosa vaginal, acidez de la misma y estudio de la valoración hormonal. No se practicaron cultivos, lo cual nos llevó a hacer un diagnóstico etiológico, basado solamente en el frotis al fresco y en la tinción de Gram. La no comprobación de una cura bacteriológica hizo que la valoración de los resultados fuese únicamente hecha desde el punto de vista clínico. Se hizo caso omiso del antibiograma, que consideramos muy necesario especialmente en los casos rebeldes al tratamiento. Solamente en un pequeño porcentaje de los casos fue instituido tratamiento al cónyuge y en muy pocas ocasiones se le dio importancia al estudio de la glicemia.

A pesar de los defectos antes anotados, hemos constatado que los resultados del tratamiento fueron semejantes a los obtenidos por otros autores, especialmente en lo que se refiere a la tricomoniasis y blastosporas: observando que los fracasos se presentaron principalmente en el tipo de etiología inespecífica.

A continuación nos permitimos sugerir una conducta a seguir en una paciente con leucorrea.

**ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA LEUCORREA ESQUEMA DEL
METODO QUE SE UTILIZARA EN EL INSITUTO MATERNO
INFANTIL CARIT**

PRIMERA CONSULTA

1°—Historia Clínica.

Interrogatorio: Investigar antecedentes diabéticos; si son positivos, hacer glicemia. Investigar datos en relación con: color, olor, prurito, dispareunia, disuria.

Exploración Ginecológica: Bus (skeinitis; bartolinitis). Vagina (observar cambio y caracteres físicos de la leucorrea). Cérvix (Cervicitis). Cuerpo uterino (Endometritis). Anexos (Anexitis).

2°— Frotis al fresco y tinción al Gram.

3°— pH.

4°— Colpocitología. (Valoración hormonal y detección).

5°— Colposcopia. (Detección y biopsia dirigida).

(Tratar sintomáticamente la leucorrea, e instituir tratamiento a la patología asociada si existiese. Dar cita en 8 días).

SEGUNDA CONSULTA

11°—Por frotis a fresco y tinción al Gram, sabemos:

Tricomonas; tratamiento específico (pareja).
 Blastosporas; tratamiento específico (pareja).
 Neisseria; tratamiento específico (pareja).
 Inespecífica; tratamiento inespecífico, según pH y valoración hormonal.

2°- Patología cervical:

Hacer cauterización radiada, según resultados negativos col-pocitológico, colposcópico y por biopsia.

(Dar cita en un mes).

TERCERA CONSULTA

1°- Curación clínica:

Verificar curación por nuevo control de frotis a fresco y tinción al Gram (dar cita en 6 meses).

2°—Rebelde al tratamiento:

Estudio clínico completo, investigando causas extragenitales, como factor etiológico (anemia, enfermedades caquetizantes, afecciones psicosomáticas, etc.).

Hacer cultivo, antibiograma y glicemia.

(Dar cita en 3 semanas).

CUARTA CONSULTA

Instituir tratamiento específico, según el estudio clínico completo, el cultivo, el antibiograma y la glicemia.

(Dar la cita que corresponda).