

# Vulvovaginitis

## Participantes

**Coordinador, Dr. Jorge Bravo Sandoval**, coordinador de Programas de la División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Alberto Alvarado Durán**, jefe de Enseñanza e Investigación, Hospital de Gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional, IMSS. Profesor titular de Gineco-obstetricia, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Teófilo García Hidalgo**, profesor de ginecología y obstetricia, médico adscrito del Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital Español, México, D.F.

**Dr. José Antonio Ruiz Moreno**, Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Central Militar. Profesor de Gineco-obstetricia de la Escuela Médico Militar.

**Dr. Bravo Sandoval** Por su frecuencia, las vulvovaginitis son padecimientos de gran interés para el médico general. Pueden definirse como infecciones o infestaciones que se localizan a vulva y vagina, y casi siempre se transmiten por contacto sexual.

**Las vulvovaginitis son infecciones o infestaciones de vulva y vagina que casi siempre se transmiten por contacto sexual. La favorecen los malos hábitos higiénicos, padecimientos como la diabetes, el uso de anovuladores, y el hacinamiento y la promiscuidad. Sus principales agentes son 1) bacterias, 2) protozoos, 3) hongos, 4) virus, y 5) ciertas enfermedades venéreas.**

No se puede hablar únicamente de vaginitis, porque es normal que en este padecimiento participe la vulva, no solamente por ser la puerta de entrada de los organismos infectantes o infestantes, sino también porque frecuentemente los síntomas de la vaginitis se expresan a nivel de la vulva, siendo principalmente ardor y prurito.

La frecuencia de estos padecimientos es variable; pero, junto con las alteraciones menstruales y el dolor pélvico, es uno de los tres motivos de consulta más frecuentes en nuestro país.

En este tipo de padecimiento, ¿revisten algún interés los hábitos personales de la paciente?

**Dr. Alvarado** Definitivamente. Entre ellos cabe mencionar en primer lugar los higiénicos, al hacerse la limpieza después de la micción o de la evacuación intestinal. Si se hace desde el ano hacia la vulva, hay más posibilidades de contaminación y, de allí, de infección o infestación que si se hace en sentido contrario. Otro de los hábitos podría relacionarse con el vestido; se ha visto que el uso de pantalones, y particularmente aquéllos muy ajustados, facilita el desarrollo de una infección o una infestación una vez que ya hay contaminación.



También interviene el tejido y el material de la ropa interior.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Podría usted decirnos si los hábitos alimenticios guardan alguna relación con ciertas infecciones o infestaciones a nivel de la vulva y de la vagina?

**Dr. Alvarado** Quizá no sea tanto el hábito alimenticio como el resultado de éste por alguna patología subyacente del tipo de la diabetes o de la prediabetes, el que facilita el desarrollo de moniliasis.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Tendría esto interés, en lo que se refiere a la prescripción de un determinado régimen alimenticio en el manejo de este tipo de infecciones?

**Dr. Alvarado** Sí, en particular en este tipo de problemas por moniliasis, puede ser útil la orientación desde el punto de vista terapéutico.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Puede el uso de ciertos fármacos facilitar las infecciones o infestaciones vulvovaginales?

**Dr. Alvarado** En este aspecto, se ha mencionado en particular que el uso de anovulatorios favorece el desarrollo de determinado tipo de infestaciones, sea tricomoniasis o moniliasis. Sin embargo, en la literatura, se encuentran algunos trabajos interesantes, con estudios prospectivos, en los que no se ha podido definir con absoluta certeza que el uso de los anovulatorios facilite o aumente la incidencia de tricomoniasis o moniliasis.

Entonces, yo tengo mis dudas en relación a que puedan facilitar este tipo de infestaciones; pero, de todas maneras, conviene tomarlo en cuenta para una vigilancia particular en aquellas pacientes que estén tomando anovulatorios. Por otra parte, lo que sí está definitivamente aclarado es que las pacientes que han tomado antibióticos tienen una mayor facilidad de desarrollar candidiasis que las que no los han tomado.

**Dr. Bravo Sandoval** Este tipo de padecimientos es más frecuente en los medios socioeconómicos bajos que en la población de buen nivel socioeconómico y cultural, entre otras razones por la mejor alimentación, el cuidado en el aseo personal y la higiene íntima.

Además, se ha visto que el hacinamiento y la promiscuidad siempre se asocian a una higiene pobre, y dificultan la práctica del aseo personal; por otra parte, es inadecuado el control y tratamiento de las infeciones crónicas, y con frecuencia imposible el ataque oportuno de las agudas.

Los principales agentes de estas infecciones e infestaciones son: a) bacterias de dos tipos: las enterobacterias habitantes normales del intestino que se vuelven agresivas en el aparato genital, en particular el *E. coli*; y los llamados gérmenes banales como estreptococo, estafilococo, neumococo, y el *Haemophylus vaginalis* que producen las infecciones inespecíficas; b) Protozoarios: tricomonas y amiba; c) Hongos: monilia; d) Virus: *Herpes genitalis*; e) Un grupo especial de enfermedades venéreas: treponema, gonococo, bacilo de Ducrey.

**Dr. Bravo Sandoval** Pasemos ahora a hablar del cuadro clínico de las vulvovaginitis. ¿Cuáles son sus principales manifestaciones?

**Dr. Ruiz Moreno**

Las manifestaciones más importantes de las vulvovaginitis son leucorrea de caracteres variables, prurito o ardor vulvar, sensación de peso perineal, dolor en el área vulvoperineal, mal olor, disuria y dispareunia. Las leucorreas son de varios tipos: 1) fisiológicas, 2) específicas, 3) inespecíficas y 4) atróficas.

vulva, secreción sobre ésta y en la vagina, rara vez ulceraciones y vagina roja y edematosa. El tacto vaginal suele producir dolor.

**Dr. Bravo Sandoval** En algunas ocasiones, ¿puede sólo presentarse una de estas manifestaciones?

**Dr. Ruiz Moreno** Sí, a veces; pero lo habitual es que se presenten varias de diferente intensidad o en diferentes combinaciones, dependiendo de la etiología.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Todas las leucorreas siempre traducen una infección?

**Dr. García Hidalgo** Si por leucorrea entendemos toda salida de líquido no hemático de la vulva, cabe aclarar que esto no siempre traduce una infección, ya que entre otros muchos acontecimientos biológicos propios de la época de madurez sexual de la mujer, y en relación con el ciclo ovárico, hay salida de líquido acuoso transparente y filante que corresponde a la secreción cervical alrededor de la fecha de ovulación. Pero, si sólo llamamos leucorrea a la salida de líquido por la vulva de aspecto distinto del anterior, ya sea amarillento, verdoso o grisáseo, y casi siempre acompañado de ardor, prurito; entonces ésta sí suele ser consecuencia de un proceso infeccioso, frecuentemente del tracto inferior.

**Dr. Bravo Sandoval** Es decir que es muy común la leucorrea fisiológica, tanto en la niña como en la mujer, en la edad generativa como en el puerperio, y a veces en la posmenopausia, ¿podría darnos una clasificación práctica y sencilla de las leucorreas?

**Dr. Ruiz Moreno** Las leucorreas se clasifican en:

- a) Fisiológicas.
- b) Específicas.
- c) Inespecíficas.
- d) Atróficas.

Como todas las clasificaciones, ésta puede parecer arbitraria o inadecuada, pero facilita el entendimiento del problema.

Las leucorreas fisiológicas son aquéllas que se presentan en la época de la ovulación, sin ningún otro síntoma acompañante, y en las mujeres embarazadas por aumento

de la secreción vaginal normal sin ninguna molestia y debida solamente a hiperemia de la vagina normal durante esa etapa.

Las leucorreas específicas son aquéllas causadas por neumococo, tricomonía, cándida, *Haemophylus*, herpes, o parásitos del tipo de los oxiuros.

Las leucorreas inespecíficas son aquéllas que se deben a infección por gérmenes como estreptococos, estafilococos, *Escherichia coli* y otros enteropatógenos, anaerobios, etc.

La leucorrea atrófica o senil se presenta en mujeres con hipoestrogenismo marcado, en las que la vagina está exclusivamente formada por células basales y parabasales sin células intermedias ni superficiales y que carecen de flora formadora de ácido láctico. En ellas, la delgadez de la vagina y el pH casi neutro favorecen la proliferación de gérmenes banales que causan inflamación y ruptura de la vagina delgada y friable, por lo que la leucorrea suele ser sanguinolenta.

**Dr. Bravo Sandoval** Las mujeres que toman anticonceptivos en su época fértil, o estrógenos en la menopausia, a veces tienen una leucorrea que puede no ser infecciosa, pero que les molesta. ¿Esta leucorrea no infecciosa por aumento de estrógenos requiere de algún manejo especial?

**Dr. Alvarado** Esta leucorrea por estrógenos, más que por anovulatorios o régimen combinado, se debe principalmente a una mayor secreción de moco cervical. Creo que no representa mayor problema, y conviene aclararlo con todo detalle y claridad para que la paciente no se inquiete ni crea tener problema patológico alguno.

**Dr. Bravo Sandoval** En estos casos, ¿habría que recurrir a un estudio de secreción

**Las características de la leucorrea señalan su etiología:** la leucorrea clara y mucoide sin olor corresponde a la ovulación; aquélla grumosa como requesón y de olor rancio, a moniliasis de color amarillo verdoso, pumosa y de olor fétido, a tricomoniasis; la grisácea y pestilente y abundante a infección piógena; la purulenta y olor excesivo a gonorrea. El laboratorio es indispensable para confirmar el diagnóstico.

de los genitales para estar seguros de que no se trata de una leucorrea infecciosa?

**Dr. Alvarado** Si las características clínicas no son de un flujo compuesto básicamente por un moco muy fluido y claro, conviene practicar ese estudio; sin embargo, creo que el estudio de laboratorio, aunque sea obligado en todos los casos que se investigan desde el punto de vista infeccioso, siempre estará condicionado a las características clínicas de la paciente. Yo no lo solicitaría de rutina, a menos que encontrara características clínicas que estén indicando la existencia de un proceso inflamatorio.

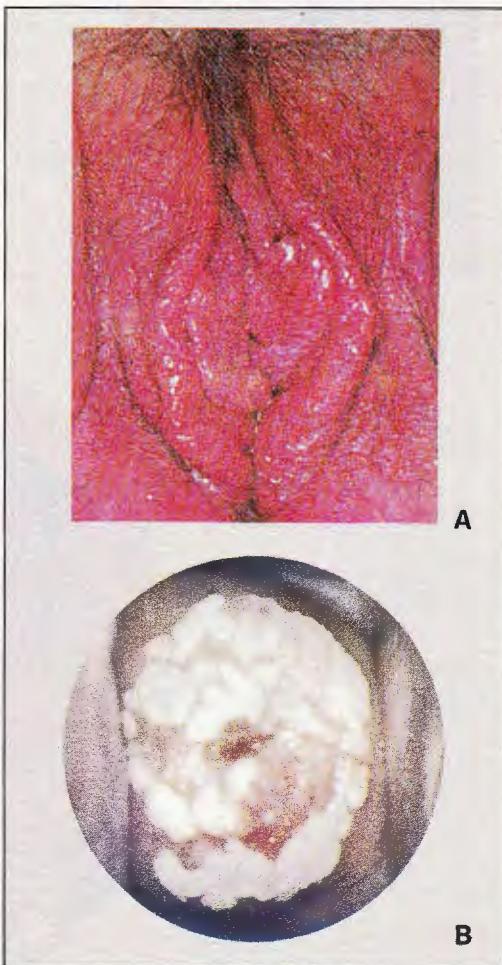
**Dr. Bravo Sandoval** ¿Tienen interés diagnóstico las características clínicas de las leucorreas?

**Dr. García Hidalgo** Como decía el Dr. Alvarado, los caracteres de la leucorrea nos pueden ayudar —sobre todo en los casos típicos— al diagnóstico clínico de la etiología de la misma; aunque, como también él señaló, siempre es conveniente hacer un análisis del exudado vaginal. Así, por ejemplo, ante una leucorrea clara y mucoide, fílante —como clara de huevo— y sin olor especial, podemos asegurar que corresponde a la ovulación, a un estímulo estrogénico, o a tensión emocional.

La leucorrea blanca, con grumos, como requesón y adherente, y de olor rancio, probablemente se deba a moniliasis. Con mucha frecuencia, sin recurrir al laboratorio, hacemos el diagnóstico, por ejemplo, una leucorrea de color amarillo verdosa, espumosa y de olor fétido, casi seguramente corresponde a tricomoniasis. En ocasiones, cuando está de color grisáceo y fluida, pestilente y abundante, suele deberse a una vaginitis piógena, la mayor parte de las veces por cuerpos extraños, úlceras o neoplasias. Así también, podríamos decir que si la leucorrea es purulenta, sin olor intenso y con una gran participación de mucosas, especialmente de uretra y cervix, puede ser por gonorrea.

**Dr. Bravo Sandoval** En realidad, clínicamente, las únicas vulvovaginitis que pueden diagnosticarse con ciertos visos de seguri-

**Fig. 1.** Vulvovaginitis por *Candida albicans*. A) la vulva se encuentra enrojecida y edematosas. B) El cervix está cubierto de placas blanquecinas sobresalientes, mismas que también se hallan sobre las paredes de la vagina. (Foto reproducida con permiso de Intersistemas, S.A. de C.V.)

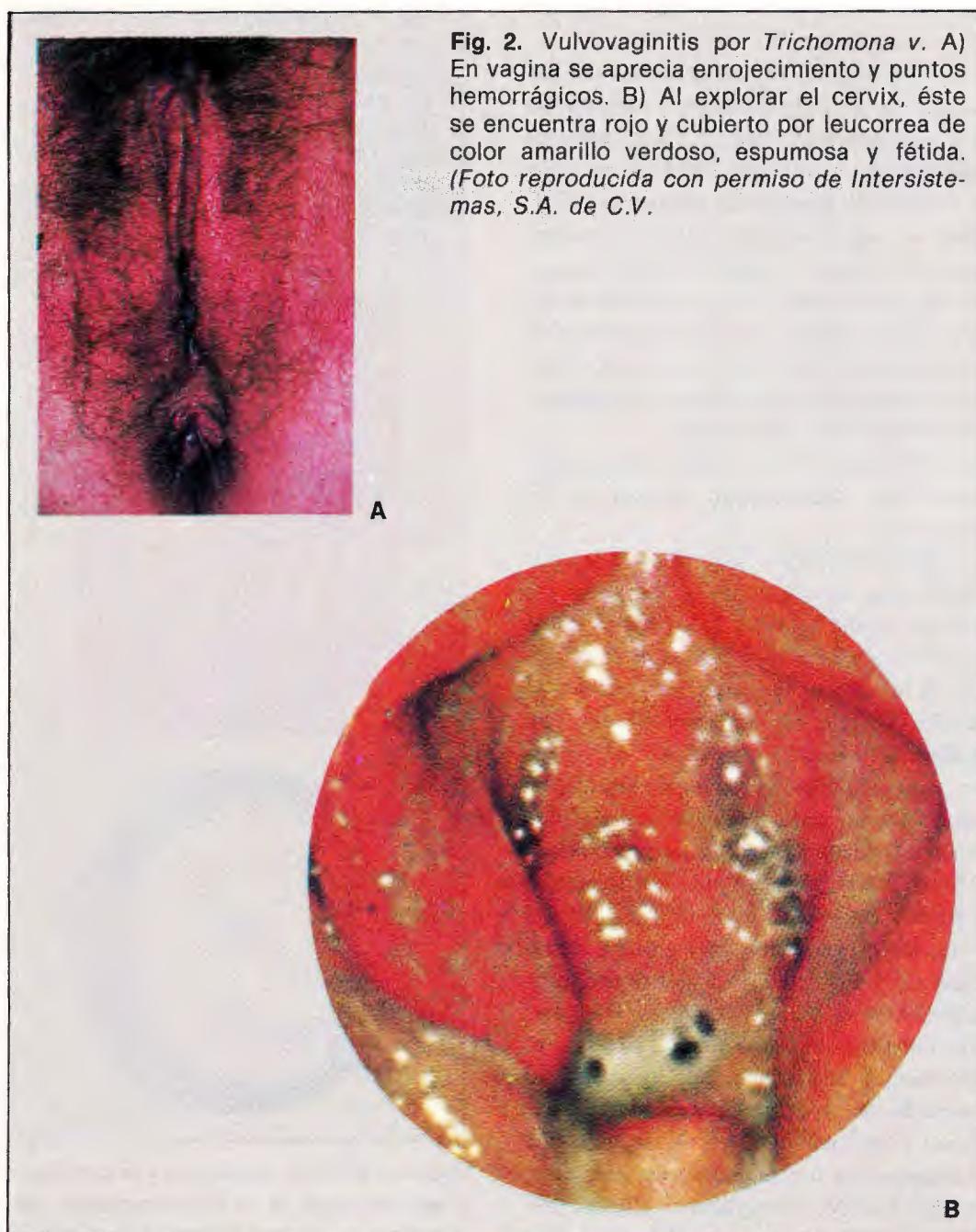


dad, son las de la candidiasis y la moniliasis, y por otro lado, la de la tricomoniasis. ¿En todos los casos sería conveniente recurrir al laboratorio para precisar el tipo de microorganismo?

**Dr. García Hidalgo** Salvo estos dos casos que son muy típicos, y que habitualmente el ginecólogo o el médico con cierta experiencia puede diagnosticar, siempre será conveniente hacer un examen de laboratorio.

**Dr. Bravo Sandoval** Dr. Alvarado, ¿querría usted agregar una cosa?

**Dr. Alvarado** Pienso que, aún en estos dos



**Fig. 2.** Vulvovaginitis por *Trichomonas v.* A) En vagina se aprecia enrojecimiento y puntos hemorrágicos. B) Al explorar el cervix, éste se encuentra rojo y cubierto por leucorrea de color amarillo verdoso, espumosa y fétida. (Foto reproducida con permiso de Intersistemas, S.A. de C.V.)

casos que son tan específicos, siempre es útil contar con el estudio del laboratorio, porque con cierta frecuencia están asociados con otros agentes, de tal forma que el tratamiento seguramente será mejor si sabemos con exactitud qué flora está interviniendo en el proceso.

**En la historia clínica, cabe buscar infección genital en el mari-**

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Qué otros an-

tecedentes son importantes en las vulvovaginitis?

**Dr. Ruiz Moreno** En el interrogatorio general, es importante preguntar a la paciente sobre síntomas semejantes en familiares

do, síntomas semejantes en familiares femeninos, abuso de duchas vaginales, relaciones sexuales frecuentes, sangrado prolongado, incontinencia de esfuerzo, diarrea crónica, promiscuidad sexual. La presencia de sangre obliga a descartar un CA de aparato genital.

femeninos, ya que es posible, aunque raro, el contagio indirecto a través de la tapa del inodoro o de la cánula usada para duchas vaginales por varias mujeres de una misma familia. También hay que investigar síntomas de infección genital en el esposo, ya que infecciones producidas por gonococos, tricomonas, *Haemophylus vaginalis* y herpes suelen ser problema entre pareja.

Hay eventos que tienden a neutralizar el pH vaginal, como el abuso de duchas vaginales, relaciones sexuales frecuentes y sangrados prolongados.

Es básico estar alerta ante la posibilidad de un embarazo, aún muy inicial, por las restricciones que este estado impone en el uso de algunos medicamentos.

La incontinencia urinaria de esfuerzo o la diarrea crónica son causas comunes de humedad en la vulva, la que favorece las infecciones. Hasta que no se corrija el problema de base, no se podrá erradicar por completo ese padecimiento. También cabe tener en cuenta que algunas pacientes notan que sus molestias coinciden con estados de tensión emocional.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Guarda la actividad sexual alguna relación con las leucorreas?

**Dr. Ruiz Moreno** Durante las relaciones sexuales, la delicada ecología vaginal se altera en forma importante. Desde el inicio de la excitación sexual, el epitelio vaginal trascurre un líquido que actúa como lubricante y que tiene un pH cercano al neutro. A veces, después de la eyaculación, al trasudado se agrega semen con pH entre 6 y 7, de modo que la acidez vaginal normal se neutraliza. Al cabo de aproximadamente dos horas, la acción del lactobacilo de nuevo se hace aparente; y, ocho horas después del coito, el pH vaginal vuelve a su acidez normal. Durante el tiempo en que el pH vaginal es anormal, se favorece la proliferación bacteriana. De esta manera, la actividad sexual frecuente favorece las infecciones vulvaginales.

También es de gran importancia saber si la actividad sexual se realiza con uno o varios compañeros, puesto que en este últi-

mo caso la posibilidad de exposición al contagio de enfermedades trasmítidas por actividad sexual es mayor.

**Dr. Bravo Sandoval** Se dice que el *Haemophylus* es una infección muy frecuente en las prostitutas. ¿Es eso cierto?

**Dr. Ruiz Moreno** Sí, es una infección muy frecuente en ellas, casi constante.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Qué importancia tiene la presencia de sangre en las leucorreas?

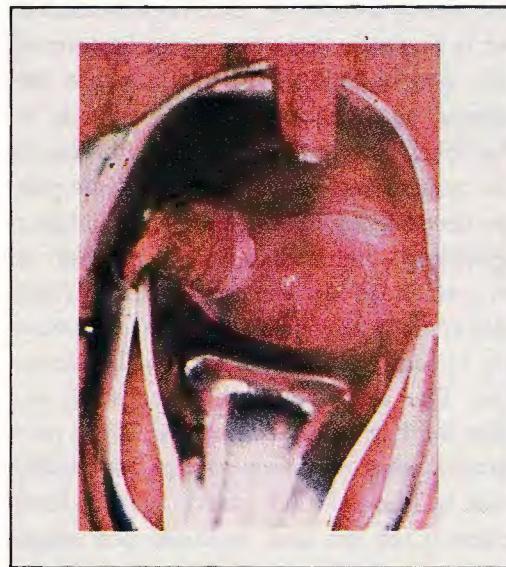
**Dr. García Hidalgo** Mezclada con la leucorrea, puede haber sangre en casos de infecciones inespecíficas, vaginitis atróficas de las mujeres ancianas o existencia de un polipo cervical, etc. Este signo siempre obliga al ginecólogo o al médico general a pensar en la posibilidad de una tumoración maligna del aparato genital mientras no se demuestre lo contrario, habitualmente del endometrio. Ello exige poner en práctica los medios de diagnóstico adecuados. Desde hace muchos años, se considera casi patognomónica la leucorrea que parece agua de lavar carne. Creo que una leucorrea con sangre exige agotar todas las posibilidades diagnósticas, en busca de una tumoración maligna, con biopsia de endometrio.

**Dr. Bravo Sandoval** También se ha hablado del olor que tienen ciertas leucorreas, señalándose que tres en particular tienen características de fetidez especial: la producida por anaerobios, la producida por *Haemophylus* y las de la tricomoniasis. ¿Están ustedes de acuerdo en que el olor puede servir de orientación en este tipo de infecciones?

**Dr. García Hidalgo** Este signo me parece ser tan patognomónico que a veces podemos hacer un diagnóstico antes de ver a la paciente. Me ha tocado ver pacientes con tampones vaginales retenidos y, antes de hablar con ellas o que me digan nada, ya sospecho que traen un tapón o una gasa retenida por el olor a anaerobios que emana de ellas.

**Dr. Alvarado** Esto es definitivamente claro, pero tampoco se puede extender a suponer que, en todos los casos, se va a obtener una especificidad con el olor; esto tomando en cuenta dos factores: primero que no son

**Fig. 3.** Es frecuente hallar vulvovaginitis mixtas en las que se asocian dos y, a veces, más, agentes causales. En este caso, los estudios de laboratorio revelaron la presencia de *Candida a.* y de *Trichomonas v.* (Foto reproducida con permiso de Intersistemas, S.A. de C.V.)



muchos los casos que tienen un olor característico, y segundo que puede haber combinaciones de agentes que desvirtuan este signo.

**Los estudios de laboratorio necesarios son:** 1) estudio de secreciones genitales (examen en fresco, frotis para tinción de Gram, cultivo con antibiograma); 2) frotis para citología de secreción o de lesiones ulcerosas; 3) medición del pH. Las duchas vaginales con antisépticos no constituyen una buena costumbre, ya que destruyen la flora normal de la vagina.

nóstico preciso; deben realizarse varios de ellos. En primer término, un estudio de secreciones genitales que comprende el examen en fresco, el frotis para tinción de Gram y el cultivo con antibiograma.

El examen en fresco debe realizarse con

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio que deben practicarse en las pacientes con una supuesta infección vulvovaginal?

**Dr. Ruiz Moreno** Los exámenes de laboratorio son indispensables para establecer el diag-

nóstico preciso; deben realizarse varios de ellos. En primer término, un estudio de secreciones genitales que comprende el examen en fresco, el frotis para tinción de Gram y el cultivo con antibiograma.

solución fisiológica y solución de hidróxido de potasio al 10 por ciento, esta última de especial utilidad para el diagnóstico de candidiasis, dado que la solución destruye las células vaginales, leucocitos y detritus, y permite observar claramente las hifas de *Candida*. El examen con solución fisiológica permite el diagnóstico de infecciones por tricomonas y *Haemophilus*. En caso de leucorreas fisiológicas, sólo muestran células vaginales normales con fondo limpio y ausencia de células inflamatorias; y en caso de vaginitis atróficas, se observan numerosos eritrocitos y leucocitos, y células vaginales exclusivamente de tipo parabasal.

El frotis para tinción de Gram y el cultivo están indicados en las llamadas vulvovaginitis inespecíficas, puesto que señalan el agente etiológico, ya sea estreptococo, estafilococo, *Escherichia coli*, o anaerobios que son los gérmenes que, solos o asociados, pueden causar estos problemas. También se practica frotis para citología cervicovaginal. Aunque no directamente orientado al diagnóstico de la vulvovaginitis, en la mayor parte de los casos este estudio es indispensable para descartar un carcinoma de cervix y confirmar el hipoestrogenismo de las pacientes con leucorreas atróficas en la posmenopausia.

En lesiones herpéticas de la vulva y la vagina, puede coincidir cervicitis de la misma etiología que fácilmente se diagnostica por el frotis cervicovaginal teñido con el método del Papanicolaou. También se practica frotis para citología de lesiones ulcerosas de vulva o vagina para descartar una neoplasia o identificar la etiología herpética de la lesión, por los cambios celulares característicos.

Otro estudio es la medición del pH de la secreción vaginal con papel de nitracina o alguno similar. Se trata de un procedimiento muy sencillo y de gran utilidad, ya que en casos de vulvovaginitis se altera el pH normal de la vagina que es entre 3.8 y 4.4; la *Candida* prolifera a pH entre 4 y 5, la tricomonas entre 5 y 7, el gonococo entre 7 y

8.5; y en la vaginitis atrófica el pH se sitúa entre 6 y 7.

**Dr. Bravo Sandoval** ¿Es un buen hábito higiénico esa costumbre inveterada en las señoritas, recomendada a veces por la abuela a la madre y la madre a la hija, de practicar duchas vaginales diarias o frecuentes como prevención de las vulvovaginitis?

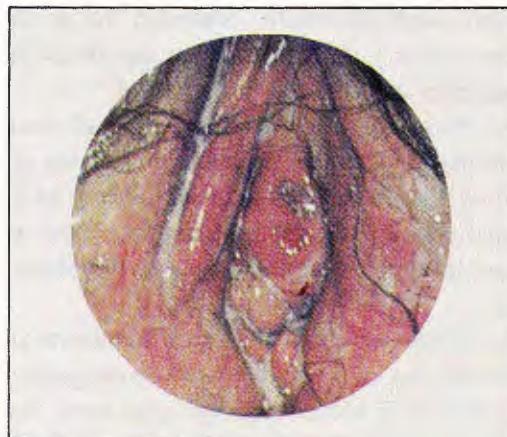
**Dr. García Hidalgo** Este sistema de las duchas vaginales desde luego no es conveniente, dado que sabemos que la vagina sana posee una flora normal o nativa muy compleja, dinámica y muy variada, en la que predominan los lactobacilos o bacilos de Döderlein que, con el glicógeno de las células descamadas, produce una acidez aproximadamente con pH de 4. Esto impide la proliferación de otras muchas bacterias patógenas y, al hacerse los lavados diarios sobre todo si además se añaden sustancias antisépticas, se produce un desequilibrio de esta flora nativa y disminuye la acidez, lo que es causa de frecuentes infecciones, bien sea por los gérmenes presentes que se hacen patógenos o bien por otros llegados del exterior. De modo que se desaprueba totalmente el uso de las duchas vaginales, cualquiera que sea su frecuencia. Acaso puede aprobarse la costumbre que tienen algunas mujeres que, cuando acaba su regla, por higiene se dan una ducha con agua hervida sencilla a la cual lo más que podría agregarse es un poquito de ácido acético.

**Dr. Bravo Sandoval** También se ha recomendado que, cuando la pareja tiene relaciones, no como un método anticonceptivo que nunca va a servirnos para eso, sino como higiene de arrastre de los detritos de la descamación y del producto del varón, al día siguiente realizar una ducha vaginal de tipo de arrastre, aunque no tenga antiséptico.

**La mejor prevención del contagio** son medidas clásica como el uso de condón durante las relaciones sexuales y el aseo local después. El tratamiento de la

**Dr. Bravo Sandoval** La siguiente pregunta se refiere a si existe algún tratamiento preventivo

**Fig. 4.** Infección por *Haemophylus vaginalis*. La mucosa presenta zonas enrojecidas; el cervix deja escapar una secreción blanquecina y muy fétida. (Foto reproducida con permiso de Intersistemas, S.A. de C.V.)



tivo para la gonorrea. Personalmente, creo que no hay tratamiento propiamente preventivo. Se ha aconsejado a los soldados a los que se les dan unas vacaciones de 6 u

**vulvovaginitis por Haemophylus consiste en la aplicación diaria por 10 días de cremas vaginales a base de sulfonamidas. En caso de infección recurrente, se administran 500 mg de ampicilina por vía oral, cada 6 horas por 5 días a la pareja.**

8 días que se apliquen una inyección de penicilina de acción prolongada, y tal parece que las estadísticas muestran que esto les da cierta protección. Algunos autores también han aconsejado la doxiciclina, que es un derivado de la penicilina, una tableta por la mañana y otra por la noche. Las estadísticas indican que esto da buenos resultados. ¿Cuál es la opinión de ustedes en este respecto?

**Dr. García Hidalgo** Yo creo que en vez de usar una medicina preventiva de tipo antibiótico, y ante la sospecha de que puede infectarse de gonorrea, el hombre use un preservativo.

**Dr. Alvarado** Me parece mucho más acertada la sugerencia que hace el Dr. García Hidalgo en relación a tomar medidas preventivas para evitar la infección, como el uso de condón.

**Dr. Bravo Sandoval** Tal parece que estas medidas clásicas son las mejores o las más útiles. Quizá el inconveniente es que no son controlables por un determinado sector médico que tenga que preservar a estos individuos de un contagio; porque la recomendación de un preservativo, de higiene local, aseo inmediato, dependen ya de la motivación y de la convicción que tenga el supuesto paciente.

**Dr. Alvarado** Me parece que, en el caso del personal militar, lo más conveniente es educarlo para que, cuando sale libre y va a tener relaciones sexuales, use preservativo y aseo local como la mejor medida de preventión.

**Dr. Bravo Sandoval** Pasemos finalmente al tratamiento de las diferentes vulvovaginitis. Doctor Ruiz Moreno, ¿cómo trata usted las infecciones vaginales producidas por *Haemophylus*, que cada vez se encuentran más frecuentemente?

**Dr. Ruiz Moreno** El tratamiento de las vulvovaginitis producidas por *Haemophylus* consiste en cremas vaginales que contienen sulfonamidas aplicadas diariamente por diez días, los que son suficientes para erradicar este tipo de problemas. En caso de infecciones recurrentes, el esposo se debe someter a tratamiento, pues el problema es de pareja, lo mismo que en la tricomoniasis, en la que el hombre es portador asintomático. En estos casos, se recomienda utilizar ampicilina, a dosis de 500 miligramos por vía oral, cada 6 horas por cinco días para ambos. Estos dos esquemas para *Haemophylus* se aplican: el primero en caso de primera infección en la mujer, y el segundo en el caso de infección recurrente en donde seguramente hay participación del compañero.

**Dr. Bravo Sandoval.** Parece, Dr. Ruiz Moreno, que se ha agregado al tratamiento local el tratamiento por la vía bucal con ampicilina a la dosis de 500 miligramos cuatro veces al día durante 5 días, las estadísticas señaladas dan un buen resultado. ¿Estaría usted de acuerdo en agregar sistemáticamente ampicilina en el tratamiento del *Haemophylus*?

**Dr. Ruiz Moreno** Bueno, yo recomiendo

la ampicilina en casos de infecciones recurrentes; pero, desde luego, si de primera intención se hacen los dos tratamientos, un tratamiento local con sulfonamidas y otro general a la pareja con ampicilina, seguramente que los resultados van a ser mejores, aunque no regrese ya la paciente.

**Dr. Alvarado** En la literatura, se afirma que también las tetraciclinas, tanto de administración sistémica como local, dan buen resultado en el *Haemophylus*.

**Dr. Bravo Sandoval** Parece ser que, actualmente, la tetraciclina ya va perdiendo terreno en el campo de los antibióticos, porque está dando reacciones muy fuertes y produciendo infecciones secundarias del tipo de la moniliasis.

Veamos ahora ¿cuál es el tratamiento de la tricomoniasis?

**Dr. García Hidalgo** Si tenemos en cuenta que la tricomoniasis es muy frecuente en los sectores socioeconómicos bajos y entre mujeres de vida sexual muy promiscua, es evidente que, para tratarla, hay que considerarla siempre como una enfermedad de la pareja. Los fracasos que había antes se debían a que se trataba solamente a la mujer, que es la que suele tener síntomas, y no al varón que es el que la trasmite. Entonces, desde el advenimiento del metronidazol, se ha podido curar esta infección al tratar a la pareja.

Las dosis habituales que se emplean son de 250 miligramos por vía oral dos o tres veces al día durante 10 días. En la mujer, se añade una tableta vaginal de 500 miligramos que se pone al acostarse, también durante 10 días.

En un trabajo que realizamos, hace muchos años, antes de estar este fármaco en el mercado, observamos un gran aumento de

**En la tricomoniasis, es indispensable el tratamiento a la pareja. Se emplea metronidazol a razón de 250 mg por vía oral 2 ó 3 veces al día por 10 días. La mujer debe ponerse al acostarse una tableta vaginal de 500 mg de metronidazol, por 10 días. Durante el embarazo, no debe usarse metronidazol. Durante el tratamiento se recomienda a la pareja abstenerse de relaciones sexuales.**

monilias. Por ello, me parece bien que a los tratamientos que se hacen ahora a base de metronidazol por vía oral, se le agregue a la mujer una tableta vaginal que contenga 50 mg de tinidazol y 60,000 unidades de nistatina, para ponerse cada noche durante una semana. Creo que con esto se cura la tricomoniasis. De no ser así, ello puede deberse a que hay un gran reservorio en uretra o en vejiga; hasta a veces se han encontrado tricomonas en ureteres o en riñón.

**Dr. Bravo Sandoval** Al principio, el uso del metronidazol durante el embarazo estuvo totalmente proscrito, y actualmente parece que está cambiando el criterio.

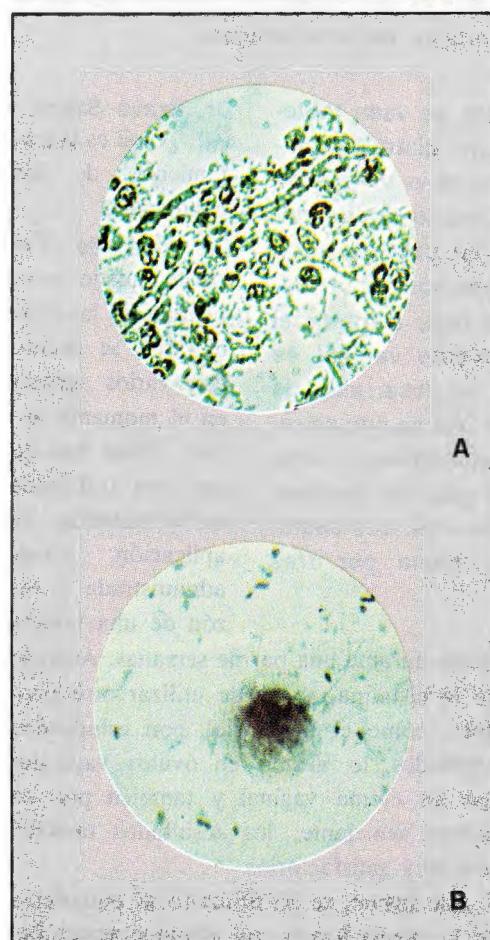
**Dr. García Hidalgo** Durante el embarazo, siempre se ha proscrito el uso de estas drogas, lo mismo el metronidazol que el tinidazol; pero en forma local, probablemente podría usarse cuando los síntomas son importantes.

Aunque no estoy convencido de que es menos malo para el feto, creo más bien que es al revés. Cada vez se insiste más sobre que las mujeres embarazadas deben tomar menos medicamentos, por lo menos durante el primer trimestre; yo no conozco ningún caso en el cual se hayan encontrado productos con alteraciones teratogénicas.

**Dr. Bravo Sandoval** Los estudios realizados en animales han demostrado que el metronidazol tiene cierta acción teratogénica; pero tal parece que esto no se ha comprobado en el humano.

**Dr. Alvarado** No se ha podido demostrar que estos compuestos sean francamente teratogénicos; pero, tomando en cuenta la posibilidad de que lleguen a serlo y el riesgo que ello representa en comparación con la problemática que significa una tricomoniasis vaginal, se ha optado —a mi me parece con buen juicio— por evitar la administración de medicamentos de manera sistémica durante el primer trimestre del embarazo. En este caso en particular, si las molestias son importantes, con la aplicación local pueden ceder suficientemente como para esperar un momento más oportuno para su administración sistémica.

**Fig. 5.** El laboratorio permite conocer con seguridad el agente causal de la vulvovaginitis, base de un tratamiento eficaz. Aquí puede observarse el aspecto que tienen bajo el microscopio: A) *Candida albicans*. B) *Trichomonas vaginalis*. (Foto reproducida con permiso de Intersistemas, S.A. de C.V.)



**Dr. Bravo Sandoval** ¿Caben algunas recomendaciones a la pareja en lo que se refiere a relaciones sexuales?

**Dr. García Hidalgo** Durante el tratamiento de la tricomoniasis, es conveniente que la pareja no tenga contacto sexual. Algunos recomiendan usar preservativo; pero yo creo que, puesto que los tratamientos que hacen ahora son de una semana, no hay ningún problema pedirle abstinencia a la pareja por ese tiempo.

**Dr. Bravo Sandoval** En principio, ¿usted

siempre trata al varón, aún cuando no tenga ninguna manifestación?

**Dr. García Hidalgo** Es lo habitual. Aunque el hombre no tenga manifestaciones ni ninguna molestia, siempre hay que tratarlo porque es seguro que si la mujer está infectada, el hombre también lo esté y además, sobre todo en los matrimonios, lo más probable es que empiece el hombre por ser el portador de las tricomonas.

**En la candidiasis, se usan tabletas vaginales de nictatina, miconazol, pimaricina o violeta de genciana, una por la noche por dos semanas. En caso de recidivas, está indicado el tratamiento por vía oral. Durante el embarazo, el medio vaginal es muy propicio al desarrollo de candidiasis, por ello es que se recomiendan tratamientos hasta de un mes. En caso de recidiva, se emplea la vía oral; dos semanas por ciclo hasta por tres ciclos.**

diaria durante una par de semanas. Además de la nistatina, se puede utilizar otro producto como el miconazol, con estupendos resultados, lo mismo en óvulos vaginales que en crema vaginal y también por un tiempo semejante; los resultados también son muy satisfactorios.

Así mismo, se ha utilizado la pimaricina en la misma forma con administración diaria, mediante tabletas vaginales. Lo que todavía se utiliza, a pesar de que resulta un poco incómodo, tanto para la paciente como para el médico, si es que él lo hace directamente, es el uso de violeta de genciana.

Esta también puede administrarse por óvulos vaginales o por embrocaciones. Probablemente, los tres primeros agentes son suficientemente buenos como para no tener necesidad de utilizar violeta de genciana.

**Dr. García Hidalgo** En ocasiones, cuando hay recidivas, sería muy conveniente añadir un tratamiento oral, para evitar las infesta-

ciones a partir del aparato digestivo.

Por ejemplo, cuando hubo una moniliasis bien tratada y aparentemente curada, y luego repiten los síntomas, añadir un tratamiento oral para evitar estas recidivas.

**Dr. Bravo Sandoval** En lo que se refiere a la candidiasis, el tratamiento local sería igual durante el embarazo que fuera de éste. ¿Tienen ustedes alguna predilección por los óvulos, las cremas o las pomadas?

**Dr. Alvarado** No tengo preferencia; pero, en todo caso, la elección estaría más bien relacionada con la comodidad de la paciente, dependiendo de la cantidad de secreción que tiene; sin embargo, me parece que la aplicación del óvulo es mucho más cómoda y el resultado muy semejante.

**Dr. Bravo** Algunos autores han encontrado que el óvulo a veces se elimina, y que quizás el poder de absorción, en lo que se refiere a la crema o a la pomada, es un poco mejor.

En segundo lugar, algunos también han aconsejado, especialmente durante el embarazo, que el tratamiento de las moniliasis que encuentran un medio muy favorable para su desarrollo, no sólo se haga durante dos semanas, sino durante un mes.

¿Están ustedes de acuerdo en un tratamiento local durante un mes?

**Dr. Alvarado** Sí. Durante el embarazo las cosas resultan un poco más complicadas en su manejo, y yo no vería ningún inconveniente, y por lo contrario mucha ventaja, en prolongar el tratamiento hasta un mes.

Aquí vale la pena hacer hincapié en que, en aquellos casos de moniliasis recidivante en los que ya se dicho que también se necesita administración oral para limpiar el tracto gastrointestinal, se recomienda no sólo el tratamiento de dos semanas durante un ciclo, sino hasta en tres ciclos seguidos para tener la absoluta certeza.

Vale la pena señalar que el hombre también puede tener manifestaciones clínicas, particularmente las balanitis, que son relativamente frecuentes. Por ello hay que hacer el tratamiento también en el hombre para evitar las reinfecciones. □