

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA MONILIASIS GENITAL FEMENINA

DR. BENJAMÍN BENAVENTE LOZADA *

EL presente trabajo está basado en el estudio de los frotis de secreción vaginal y cultivo de los mismos, efectuados en el H. M. C. del mes de marzo de 1958 al mes de marzo de 1959.

Terminología.—Muchas denominaciones se han creado para nombrar esta infestación del sistema genital por hongos. Actualmente se conocen en la literatura médica más de 80 nombres para designar los flujos vaginales por hongos. Nosotros seguimos utilizando el de *Moniliasis vaginal* porque es un término que se ha impuesto en el lenguaje médico.

Debemos hacer la salvedad que el término *Moniliasis*, en el sentido médico, no significa que tenga el mismo sentido en el orden botánico.

Mecanismo de Infección.—En lo que atañe al agente productor, nos referiremos someramente a la *Cándida Albicans* por que es el hongo levaduriforme más frecuentemente hallado en los flujos vaginales.

Ha sido encontrado en vulva y vagina normales, como en aquellos con procesos inflamatorios.

La *Cándida Albicans* puede desarrollarse dentro de un amplio margen de valores de pH del medio vaginal, de 3,85 a 10,82, hecho que tiene mucha importancia desde el punto de vista terapéutica.

Focos.—Las fuentes de infestación del aparato genital por las monilias, está dado por los siguientes focos:

Las heces, cavidad bucal, dermatosis micóticas y los focos de origen masculino.

Vehículos.—La *Monilia* pasa de estos focos al aparato genital femenino mediante dos formas de contaminación: La *Endógena* y la *Exógena*.

La contaminación endógena, está dada por el pasaje directo de los focos femeninos extragenitales a la cavidad vulvovaginal.

La contaminación genital está incluida dentro de las enfermedades venéreas.

Factores predisponentes.—Dentro de los factores que favorecen el desarrollo de los hongos en la cavidad vulvovaginal, citaremos la Diabetes, el Terreno Congestivo Varicoso, las enfermedades caquetizantes, la terapia anti-biótica, de quienes nos ocuparemos someramente.

Estado gravídico.—La gravidez favorece con mucha frecuencia el desarrollo de la micosis, a partir del primer mes de gestación y durante los 9 meses, no sabiéndose ciertamente por qué mecanismo, para algunos investigadores ello sería debido a la mayor riqueza en glucógeno de las células vaginales en esta época de la vida.

* Trabajo efectuado en el HMC. en el Servicio de Ginecología y Obstetricia que dirige el Tnte. Coronel Dr. Manuel González del Riego.

Terapia antibiótica.—Sabemos perfectamente que en las mujeres tratadas con antibióticos en especial con los de amplio espectro, por infecciones genitales o de otra índole, se provoca con gran frecuencia la Moniliasis Vaginal.

Frecuencia.—En lo que respecta a nuestra casuística, la frecuencia con que se ha encontrado los hongos en el flujo vaginal es elevada.

La confección de la estadística la hemos hecho de acuerdo a los siguientes factores:

1º—Tipo de mujer examinada:

Hemos tomado las mujeres que presentaban leucorrea simple, o asociada a prurito.

2º—Condiciones del examen:

A la enferma se le indica que desde el día anterior al examen, no se haga irrigaciones vaginales, ni use antisépticos, etc.

3º—Técnica del examen:

Mediante la técnica del frotis de la secreción obtenida, se prepararon dos láminas que son enviadas al laboratorio, juntamente con un frasquito que contiene una muestra de la secreción en suero fisiológico.

De acuerdo con esta técnica, la investigación de gérmenes y parásitos en el medio vaginal nos ha dado el siguiente resultado:

Un primer grupo de enfermas en el que simplemente se les hizo el examen mediante el flote y la lectura de la gota fresca con las siguientes cifras:

Trichomonas	95
Trichomonas y gran positivo	9
Trichomonas y gran negativo	7
Trichomonas gran positivo y negativo	5
Trichomonas y Doderlain II	65
Trichomonas y Monilias	32
Monilias	152
Monilias y Doderlain II	91
Monilias y gran negativo	9
Flora Acidófila	17

De tal manera que de un total de 481 pacientes el 59 % presentó Moniliasis Vaginal ya sea simple o asociada a otros gérmenes y parásitos.

Un segundo grupo en el que además del estudio del frotis se les practicó el cultivo de la secreción con los siguientes resultados:

Trichomonas	29
Trichomonas y gran negativo	35
Trichomonas y Doderlain II	5
Trichomonas y Monilias	100
Monilias	55
Monilias y Doderlain II	10
Flora acidófila	15

Cultivos

Presencia de Monilias	210
Ausencia de Monilias	39

De tal manera que de un total de 249 enfermas el 62 % presentó Monilias Vaginal al simple estudio del frotis y el 84 % en la lectura de los cultivos que se les practicó a este mismo grupo de pacientes. Lo que nos permite insistir en el cultivo rutinario que debe hacerse de toda secreción vaginal con el objeto de obtener el debido diagnóstico.

Con el término de Monilias hemos involucrado los 3 tipos de hongos levaduriformes (*Cryptococcus*, *Saccharomyces* y *Cándida Albicans*) y levaduras, que han sido encontradas en los diferentes cultivos y en la lectura de las láminas obtenidas mediante el simple frotis.

La interpretación patógena de estos hongos y levaduras está dada, por el hecho de encontrarse en la vagina de mujeres con leucorrea acompañada o no de prurito, sintomatología que desapareció con el tratamiento específico y la negatividad de los cultivos obtenidos posteriormente.

SINTOMATOLOGIA

Signos funcionales.—Los trastornos funcionales son frecuentes, el síntoma dominante es el prurito que presenta una intensidad variable con exacerbaciones nocturnas y premenstruales. Muchas veces este síntoma se traduce por la sensación de quemadura en la vulva y cara interna de los muslos.

Otras veces, el prurito está localizado en la región perivulvar y puede acompañarse de lesiones e infecciones sobre añadidas y provocadas por el rascado. Es frecuente que se acompañe de sensación de calor y ardor local e inclusive ardor a la micción. La sensibilidad vaginal está exagerada provocando el dolor y la dispareunia, esta última de instalación rápida y prohíbe toda actividad sexual.

El flujo es de aspecto y cantidad variable, unas veces presenta un color amarillento y otras es de pequeños grumos blanquecinos.

Signos físicos.—En el examen apreciamos las mucosas de un color rojo vivo y en un estado adematoso, es decir, se trata de una vulvitis y vaginitis aguda. Al espéculo, la mucosa vaginal aparece congestionada, de un color ligeramente rosado, con un flujo que es coagulado dando el aspecto de coágulos de leche que se encuentran tanto en las paredes laterales como en los fondos de saco posterior y anterior y con alguna frecuencia los podemos apreciar en el cervix. Al desprender estas plaquitas o coágulos de la mucosa, observamos superficies congestivas intensas. En las grávidas el color de la mucosa es de un rojo cianótico sobre la cual está adherida estas placas blanquecinas o amarillentas.

Los síntomas anteriormente mencionados parecen ser producidos por los productos intermediarios de la fermentación de la glucosa provocada por el

hongo, como son el ácido pirúvico y el acetaldehído. Debemos de recordar nuevamente, la mayor riqueza en glucógeno de las células vaginales de las gestantes. Estos productos obtenidos por la fermentación, al actuar por un tiempo prolongado parecen ser capaces de modificar el epitelio vaginal, dándole el aspecto leucoplásico y kraurócico.

Evolución.—La vulvo viginitis micótica tiene tendencia a la cronicidad.

La recurrencia es su rasgo más característico y ello es debido a las reinstaciones de origen exógeno, vale decir, motivada por las relaciones sexuales en la mayoría de los casos.

Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en la Moniliasis Vaginal son las lesiones producidas por el rascado, infecciones sobreañadidas de las mismas, adenitis inguino crural, proctiti, y las complicaciones urinarias tales como la uretritis y la cistitis.

FORMAS CLINICAS

De acuerdo a la base de localización y al tipo anatomopatológico de las lesiones, Blaye las clasifica en ocho grupos:

- Vaginitis cremosa.
- Vulvitis cremosa.
- Vulvitis Ulcerativa.
- Vulvitis Seudoleucoplásica.
- Vulvitis Exantiforme.
- Prurito Micócico.
- Cutánea Vesiculopustular.
- Cutánea Intertrigo-Exematosa.

DIAGNOSTICO

Clínico.—Leucorrea. Prurito. Presencia de plaquitas blanquecinas o grisáceas, que son las fungosidades.

Laboratorio.—Presencia de la Cándida Albicans en las secreciones vaginales.

Procedimientos.—Frotis extendidos. Gota fresca. Cultivos.

No siempre los frotis indican la presencia de hongos, de tal manera que el valor diagnóstico de éste es relativo.

Los cultivos de los flujos vaginales deben hacerse sistemáticamente ya que es el único medio seguro con que disponemos para revelar la presencia de hongos y poderlos clasificar en géneros y especies.

Métodos indirectos.—Son de relativa utilidad diagnóstica y muy poco difundidos en nuestro medio.

Están basados en la estructura antigénica del hongo y utilizan como procedimientos, la seroaglutinación, la desviación del complemento y las reacciones intradérmicas.

Diagnóstico diferencial.—El diagnóstico diferencial de la Moniliasis Vaginal debe hacerse con procesos que al igual que las monilias, provocan cuadros inflamatorios vulvovaginales, tales como las: Vuvovaginitis específicas, atrópicas, químicas, seniles, diabética y por Trichomonas.

PRONOSTICO

La Moniliasis Vaginal tiene un pronóstico vital benigno.

En lo que respecta a la parte funcional diremos que:

—Compromete las funciones genitales y urinarias.

—Puede ser factor de esterilidad.

—A veces provoca estados de ansiedad y neurosis.

TRATAMIENTO

Sabemos perfectamente que la característica de la Moniliasis Vaginal, desde el punto de vista terapéutico, es la rebeldía al tratamiento, de ahí que a través del tiempo se han ideado infinidad de procedimientos, ya sea utilizando los agentes de naturaleza física como: rayos X, ultravioleta, etc., o los agentes de naturaleza química como los nitratos de plata, picrato de plata, boratos, violeta de genciana y los antibióticos fugoestáticos.

En nuestra práctica hemos utilizado la Nistatina, cuyo nombre comercial es Micostatín de la casa Squibb, que es un antibiótico antifungoso de espectro amplio que tiene acción letal sobre muchos tipos de hongos y lavaduras, hecho que ha sido constatado a través de la práctica hospitalaria.

Normas de Tratamiento.—Iniciamos el tratamiento en el consultorio con el aseo de la cavidad vaginal mediante una pincelación con tintura de Merthiolate. Seguidamente le prescribimos a la enferma que previo aseo de la cavidad con una irrigación de una solución de Polvos de Massengill (20 a 30 gramos en un litro de agua hervida) se introduzca profundamente en la vagina una tableta de Micostatín de 100,000 U. cada 12 horas, durante la primera semana, cada 24 horas en la segunda semana y finalmente en la tercera semana un día por medio.

En esta forma hemos obtenido la rápida desaparición de los síntomas dentro de los siete primeros días de tratamiento.

En los casos en que pensamos en la presencia de otros focos exógenos o endógenos asociamos al tratamiento local, la vía oral, dando una tableta de Micostatín de 500,000 unidades, 3 veces al día durante una semana, aconsejando que esta conducta también sea observada por el cónyuge para evitar las reinfestaciones.

Finalmente, cuando existen lesiones cutáneas micóticas de frecuente localización en los surcos genitocrurales, interglúteo y perineal, prescribimos el Micostatín en la forma de ungüento, con óptimos resultados.

De acuerdo con el diagnóstico, consideramos curada la Moniliasis Vaginal:

- Cuando clínicamente desaparecen los signos y síntomas.
- Cuando desaparecen los hongos en el frotis del flujo vaginal y finalmente.
- Cuando los cultivos resultan negativos dentro de la tercera y cuarta semana después de haber suspendido el tratamiento.