

El Laboratorio en el Diagnóstico Diferencial de los Flujos Vaginales

Por el doctor Gilberto Angel

En el presente escrito, nos permitimos hacer un resumen de las últimas publicaciones científicas que sobre el exudado genital femenino se han difundido, al considerar la gran ayuda que el Laboratorio puede prestar en esta entidad, motivo de consulta a cirujanos, clínicos, ginecólogos etc., ya que en muchos casos es tan marcada la similitud clínica en los diversos tipos, que sólo con la colaboración del examen microscópico se puede esclarecer la etiología y orientar su terapéutica, por ser afección que solamente es susceptible de curación, con el tratamiento causal.

Flujo vaginal.

Arrighi recalca la importancia de establecer en la localización vaginal, si el exudado es de origen inflamatorio o no, circunstancia de trascendental importancia, porque es este el tipo de flujo que se somete con más frecuencia a terapéuticas activas, con resultados nulos, pues una gran mayoría tienen como etiología trastornos funcionales que en nada se benefician con antibióticos, bacteriostáticos, etc.

INFLAMATORIOS

Tricomonirosis.

La consistencia líquida y fluída, el color blanquecino, la presencia de pequeñas burbujas de aire y la propiedad irritativa o cáustica que se pone de relieve a nivel de los genitales externos y aún de la cara.

interna del muslo, hacen sospechar al clínico la presencia de Trichomonas, leucorrea frecuente que constituye un porcentaje global que varía entre el 23.3 por 100 y el 37.04 por 100 según las estadísticas recopiladas por O. Blanchard, notándose que durante el embarazo por las modificaciones locales que se experimentan, hay mayor receptibilidad a la infección aumentando hasta un 44.6 por 100 según la comprobación publicada por Pérez sobre 3.200 gestantes examinadas.

Moniliasis.

La micosis vaginal descrita por primera vez por Wilkinson como entidad poco frecuente en nuestro medio, por lo que hemos tenido la oportunidad de apreciar, se presenta en proporción igual o aún mayor que la tricomoniasis, encontrándose más frecuentemente en las embarazadas e hiper-glicémicas. Los microorganismos que la determinan son del género monilias presentándose en forma de Hifas, Blastosporos y Sporotrichium, dando clínicamente una sensación de calor local en la vagina, ardor post-miccional etc., presentándose al examen una leucorrea escasa, constituída principalmente por abundantes placas serosas y caseosas, localizadas de preferencia en el tercio superior de la vagina, fondos de saco y ecto-cervix. Entre nosotros parecen predominar los blastomicetos y los hipomicetos con sus diversas modalidades, clasificación que sólo reviste interés científico, pues el tratamiento a base de embrocaciones vaginales de violeta de genciana al 2 por 100, irrigaciones de lugol etc., etc., da el mismo resultado benéfico y curativo en los diversos tipos de monilias.

Amibiasis vaginal.

La localización de la Entamebae histolítica en la vagina, es poco frecuente y parece tener su patogenia en la adaptación del protozoario localizado primitivamente en el intestino. Clínicamente se aprecia un flujo sero-sanguinolento, éscosor y ardor vaginal, ulceraciones y escoriaciones tanto vaginales como ectocervicales, dando en algunos casos imágenes en el cuello uterino de aspecto neoplásico. Su diagnóstico exacto es de gran trascendencia clínica, pues bastan unas pocas ampolletas de emetina para observar el cambio total de la sintomatología y desaparición de las ulceraciones y escoriaciones en pocos días. En nuestro medio parece no ser tan excepcional y hemos tenido la oportunidad de observar tres casos, con hallazgo del parásito en su forma trofozoítica.

Giardiasis vaginal.

Su localización vaginal ya sea en la forma de trofozoitos o quistes puede observarse, causando trastornos irritativos e inflamatorios de diversa intensidad, observándose con menor frecuencia que la amebiasis vaginal.

Vaginitis gonococcica.

En la mujer adulta es excepcionalmente rara, debido a que el epitelio vaginal pavimentoso pluriestratificado y sin glándulas, es resistente al ataque del gonococo, observándose solamente cuando las condiciones locales se modifican, como sucede en las niñas, menopáusicas o embarazadas. El flujo tiene un aspecto sero-purulento, acompañado casi siempre de otras localizaciones cervical, glándulas de Bartholin o de Skene.

Exudado vaginal no inflamatorio.

El flujo no inflamatorio, síndrome y manifestación de lesiones extra-vaginales, es el que con mayor frecuencia se somete a tratamientos anti-infecciosos, por la similitud clínica que presenta especialmente con la tricomoniasis vaginal y sólo diagnosticable con la ayuda del examen microscópico, muy especialmente de la flora vaginal y su citología correspondiente.

Flujo psicogeno.

Se observa en pacientes con labilidad del sistema nervioso, hiperexcitables sexualmente, expuestas a fenómenos congestivos frecuentes de su aparato genital, circunstancias que explican una mayor trasudación serosa, manifestándose por un flujo escaso, de color blanquecino y aspecto seroso o sero-grumoso y sin ninguna alteración de su cuadro microscópico, encontrándose un pH normal comprendido entre 3.8 y 4.5 abundancia de bacilos de Doderlein, ausencia de plocitos y citología vaginal normal, tanto en su capacidad glucógena, como en sus caracteres cromáticos.

Flujo debido a la insuficiencia ovárica.

En la producción de este tipo de exudado, intervienen factores constitucionales, hipoplasia genital, o bien modificaciones del estado general como tuberculosis, anemia, clorosis, escrófula, enfermedades

infecciosas generales etc., factores que actúan sobre el ovario indirectamente, determinando una insuficiencia en su función vegetativa, que se traduce en hipoplasia del epitelio vaginal, con una menor sobrecarga de glucógeno, hipo acidez del medio y disminución del bacilo de Doderlein, condiciones que disminuyen la defensa vaginal, con lo que el primitivo flujo blanquecino se transforma en blanco amarillento, siendo purulento en los casos acentuados.

Este tipo de exudado sólo es susceptible de mejoría, cuando se obra causalmente, ya sea estimulando el ovario por medio de diatermia y onda corta, que por su efecto hiper-hemiente ha sido un tratamiento benéfico en los grados ligeros de insuficiencia ovárica, la Roentgenerapia aplicada sobre el ovario, la opoterapia antero-hipofisiaria, las gonadotrofinas coriónicas y séricas o la medicación sustitutiva representada por los estrógenos, que obran temporalmente.

Colpitis senil.

Bajo esta denominación se halla comprendido el exudado sero-purulento y a veces fétido, con escasas molestias locales, caracterizadas microscópicamente por abundantes leucocitos, flora cocoide y baciliforme aumentada, desaparición del Bacilo de Doderlein, reacción glucogénica disminuída, etc. que se presenta en pacientes menopáusicas, naturales o artificiales o en pacientes jóvenes con déficit estrogénico acentuado, cediendo en su fase aguda con acidificadores del medio vaginal y con la terapéutica sustitutiva.

Flujo cervical.

Es el más común de todos en la mujer múltipara, pues el cuello uterino, con su rica patología, es asiento de procesos inflamatorios, heterotópicos y tumorales, muchos de los cuales se caracterizan por flujo.

Sin lugar a duda, el más intenso en su sintomatología es el producido por el diplococo de Neisser localizado preferentemente en el endocervix. El flujo cervical de aspecto claro, transparente, es frecuente en los ectropiones puberal o puerperal no infectados, o cuando existe una hipersecreción pura de las glándulas cervicales, observados en pacientes hiper-exitables y vagotónicas, caracterizados microscópicamente por escasa flora cocoide y leve reacción leucocitaria, cuadro inverso al observado en las diversas cervicitis, donde la cantidad de picocitos, floras cocoides Gram + y Gram -- como también baciliforme, son las predominantes en el examen bacteriológico.

Otras veces el flujo cervical, sólo es manifestación de procesos inflamatorios localizados en el endometrio o trompas de Falopio, observado principalmente en las endometritis y salpingitis tuberculosas.

BIBLIOGRAFIA

- M. L. Pérez. O. Blanchard. "Tricomoniasis Vaginal". Buenos Aires. 1947
- Allen E. Jansen LI. and Wood Clinical and Bacteriologic observation in Trichomonas Vaginitis". Amer. J. Obst. and Gynec. 1946-30-565.
- Galli-Mainini C. Castillo. "Endocrinología Clínica". 1945. Buenos Aires.
- Cardini-Bereteroide. "Glándulas endocrinas y Ginecología Clínica". Buenos Aires. 1948.
- Zondek B. "Las hormonas del ovario y del lóbulo anterior de la hipófisis". Barcelona. 1934.
- Di Paola-Calatroni V. Ruiz. "Endocrinología sexual femenina". Bs. As. 1947.
- Calatroni Carlos J. "Terapéutica Ginecológica." Buenos Aires. 1948.
- Murray E. "El ciclo vaginal humano". Buenos Aires, 1942.
- Di Paola G. "El ciclo de la mucosa vaginal en la mujer". Buenos Aires. 1943.
- Usandizaga Manuel. "Cervicitis". Barcelona. 1946. Edit. Salvat.
- Arrighi A. Leoncio. "Flujos vaginales". As. 1948. Editorial El Ateneo.
- Reganti Antonio. "Colposcopia y diatermo-coagulación de las cervicitis". Buenos Aires. 1944. Editorial Ateneo.
- Wilkins L. Fleischmann W. J. Clin. Endocrin. 1944. 4-305.
- August A. Werner. "Endocrinology Clinical Application and Treatment". Philadelphia. 1942.
- Laboratory Diagnosis. "Edwin E. Osgood". Philadelphia. 1946.
- Synopsis of Clinical Laboratory Methods. W. E. Bray. 1948. St. Louis.