

# ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA TRICOMONIASIS VAGINAL

Dr. FRANCISCO SALAMERO REYMUNDO

Médico Ayudante de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología I.º de la Facultad de Medicina de Barcelona. (Prof. V. Cónill Montobbio)

**A**NTE tantos tratamientos propuestos en la tricomoniasis vaginal, el principiante se siente perplejo sin saber cuál o cuáles de ellos debe usar. Este ha sido el motivo que nos ha hecho revisar la literatura existente sobre este tema y la causa indirecta de que escribamos estas líneas sin pretender decir nada nuevo ni descubrir nuevos horizontes, intentando tan sólo enfocar la cuestión y revisar los nuevos tratamientos últimamente aparecidos, por si estas líneas caen en manos de algún joven ginecólogo que, como nosotros, sienta vivamente este problema. Pasaremos rápidamente revista a la morfología, clasificación, frecuencia, clínica y diagnóstico de la tricomoniasis vaginal para comentar más despacio los tratamientos clásicos y las recientes adquisiciones terapéuticas.

## Evolución de la cuestión

Las tricomonas fueron descritas por DONNÉ en 1836, descubrimiento que fué confirmado por DUJERDIN en 1841 y en 1855 por KOLLIKER. HAUSSMAN hace un importante estudio en 1870, KUNLER se ocupa de la tricomoniasis vaginal en 1883 y cuando las tricomonas parecían ya olvidadas, HOENNE, en 1916, pone de nuevo la cuestión sobre el tapete. Más tarde son SCHROEDER y LOESER los que estudian el problema. Desde entonces los que más trabajan en esta parasitosis son los ginecólogos de la escuela de Praga magistralmente dirigidos por el Prof. JIROVEC. Recientemente, desde la aparición de los antibióticos, son los norteamericanos los que más han estudiado este capítulo. En España cabe destacar entre otros los importantes estudios de USANDIZAGA en 1934, cristalizados en una completísima monografía.

## Morfología

Para describirla seguiremos los estudios de BENSEN, que ha realizado una investigación a fondo sobre el problema.

Las tricomonas tienen forma redonda u ovoidea, presentando en ocasiones expansiones laterales que hacen perder la regularidad a sus contornos. Las partes más importantes de que consta este parásito son las siguientes:

a) *Blefaroblastos*: Son unos corpúsculos basales de los cuales proceden una serie de órganos. De uno de estos corpúsculos nacen tres flagelos y una pequeña fibrilla (Rizoplasto) que va hasta el núcleo. De otro corpúsculo basal y en dirección opuesta arranca la membrana ondulante.

b) *Flagelos*: Desde REULING se admite que su número es de tres a cuatro. Están dotados de movimientos casi continuos que dan la sensación de latigazos.

c) *Membrana ondulante*: Se extiende desde el Blefaroblasto hasta el extremo opuesto del cuerpo. Presenta un borde libre y una fibrilla basal que le serviría de apoyo en el protoplasma. Tiene movimientos continuos en forma de vaivén o de ola, como dicen algunos autores, con una velocidad variable según esté en reposo o en movimiento.

d) *Núcleo*: Generalmente ovalado, situado en el eje del cuerpo, cerca de su extremo anterior. Presenta la cromatina en forma de granulaciones discretas y está rodeado de una membrana que destaca netamente.

e) *Protoplasma*: Posee unas gruesas granulaciones visibles incluso en las preparaciones en fresco sin colorear. Además, según BENSEN, hay unas finas esferillas fuertemente refringentes en número variable y disposición irregular.

f) *Aparato parabasal*: Sobre él ha habido muchas discusiones, pues su presencia no es admitida por todo el mundo, por lo cual no lo describimos.

### Clasificación

Dentro de las tricomonas se distinguen varias especies según el animal parasitado y en este sentido se describen:

1.º *Tr. hominis*.

2.º *Tr. muris*.

3.º *Tr. gallinarum*.

Tenemos la impresión de que otros animales también deben ser huéspedes de este parásito, sin embargo no se ha descrito.

Dentro de las tricomonas hominis se han descrito tres variedades diferentes:

- 1.º Tr. bucalis.
- 2.º Tr. intestinalis.
- 3.º Tr. vaginalis.

Este es el modo de pensar de la escuela de Praga; sin embargo, otros autores consideran que no hay más que una variedad y que las diferencias morfológicas que en ellas se encuentran son debidas tan sólo a una adaptación al medio. Hay argumentos a esgrimir en favor de ambas teorías, cuya exposición nos llevaría muy lejos. En una cosa sí están de acuerdo todos los autores, y es en que las tricomonas sólo manifiestan su poder patógeno en vagina y son completamente silenciosas en boca e intestino.

### Procedencia

Resumiendo, podemos decir que las tricomonas vaginales proceden:

a) *Del intestino*: Esta es la opinión de FLAKSMAN, y así se explicarían, según este autor, los casos de mujeres vírgenes afectas de tricomoniasis vaginal y en las que sobrevendría la infección a partir del ano.

b) Otros autores estiman que proceden del aparato urinario, lo cual en parte es cierto, ya que el aparato urinario del varón puede afectarse de tricomoniasis y ser el transmisor de una mujer a otra, no siendo rara la aparición de uretritis inespecíficas en el varón, de las que se hace responsable a las tricomonas. En cuanto a que una vagina se infecte a partir del aparato urinario ya es un hecho más problemático y parece más lógico pensar que lo que sucede es precisamente lo contrario.

c) *Del exterior*: USANDIZAGA, en los trabajos ya citados, considera que la mayoría de las veces proceden del exterior. Estudios posteriores realizados por JIROVEC, PETER, HOGHE, PTACKOVA y otros parecen demostrar que las tricomonas resisten los rayos solares tan sólo treinta minutos, que en el agua mueren rápidamente y en la orina diluida sólo viven unas veinticuatro horas. Por todo esto creen los citados autores que la transmisión es eminentemente sexual. Esta opinión sustenta también nuestro maestro Prof. CONILL, existiendo, naturalmente, algunas excepciones como el caso antes citado de mujeres vírgenes, o los vistos por PETER de vulvovaginitis infantil tricomoniasis y que este autor considera producidas por el mismo mecanismo de la vulvovaginitis infantil gonocócica, es decir, a partir de la madre.

### Frecuencia

Acerca de la frecuencia de la Tr. vaginal hay cierta discrepancia. Es indudable que los porcentajes aumentan cuanto más meticolosas son las investigaciones. Es posible que su frecuencia varíe según razas y climas, pero se han descrito en todas partes y se han estudiado, principalmente, en Alemania, Francia, EE. UU., Checoslovaquia, etc. También en España hay autores que se han interesado vivamente por este problema, destacando, aparte la ya citada publicación de USANDIZAGA, las de PUYOL CASADO, A. SÁNCHEZ y otros.

Como es difícil dar un porcentaje de frecuencia exacto, reproducimos la opinión de algunos autores consultados y otros citados por éstos:

SCHROEDER ... ..	en 1920, frecuencia	5 %
REULING... ..	en 1921, "	18 %
ANDREWS... ..	en 1926, "	20 %
MEYER ... ..	en 1926, "	46 %
RODECURT. ... ..	en 1929, "	70 %
CROSSEN... ..	en 1946, "	40 %
SICARD. ... ..	en 1950, "	30 %

Nosotros hemos estudiado los porcentajes de tricomoniasis vaginal en el Dispensario de esterilidad del Servicio del Prof. CONILL y hemos encontrado tricomoniasis vaginal en un 25 % de las enfermas que acuden a dicho dispensario.

En cuanto a la edad, diremos que la máxima frecuencia se observa de los 20 a los 40 años, aumentando en el embarazo, disminuyendo en la menopausia y no siendo infrecuente en mujeres vírgenes.

### Clínica

El Prof. CONILL considera que la tricomoniasis vaginal tan sólo se hace clínicamente evidente cuando bajan las defensas locales o generales. John FIORINO dice que en mujeres con tricomonas se observa pH vaginal con tendencia a la alcalinidad, gran cantidad de leucocitos, muy pocos bacilos de Doderlein y presencia de otros gérmenes. USANDIZAGA comenta en sus trabajos, que las tricomonas no se observan en medios de cultivos completamente desprovistos de otros gérmenes. Este es también el parecer de HASSELTINE.

Clínicamente la tricomoniasis vaginal se manifiesta con los siguientes síntomas:

Leucorrea recidivante.

Prurito.

Dolores espontáneos.

Náuseas y mal estado general (Schroeder).

Disuria.

Dispareunia en un 20 % de casos (SICARD).

Paredes vaginales enrojecidas, con punteado hemorrágico.

Ulceraciones superficiales en vagina.

Cuello fácilmente sangrante.

La menstruación y la duración del ciclo no suelen afectarse. FLAKSMANN y PITERLING han encontrado cistitis en un 15 % de los casos y la localización uretral es todavía más frecuente. KLEEGMAN cree que el conducto cervical no se afecta; entre nosotros, PUIG ROIG considera que esta opinión no puede sostenerse de un modo absoluto.

El más evidente de todos los signos mencionados es la leucorrea típica: abundante, espumosa, de color amarillo verdoso y con burbujas. Otras veces la leucorrea no tiene nada de particular y no es más que un ligero aumento de secreción vaginal al que algunas mujeres no dan ninguna importancia y cuya etiología sólo se descubre cuando sistemáticamente se hacen frotis buscando tricomonas, gonococos y monilias, tal como se hace en el Servicio del Prof. CONILL.

### Diagnóstico

Puede hacerse por la historia, síntomas y exploración, por el aspecto de la leucorrea, etc., pero sólo se sabrá con seguridad haciendo extensiones de moco vaginal y mirándolo al microscopio ya en fresco, diluyéndolo con una o varias gotas de suero y colocando un cubreobjetos encima para observar el movimiento de los flagelos, ya realizando coloraciones con azul de metileno, Giemsa, Gram, etc. En el Servicio de Ginecología del Prof. CONILL se usa la técnica de Permanyer, que consiste en una coloración de fondo con el método de Gram y una de contraste con solución débil de fucsina al 0,02 %. Con este procedimiento los flagelos, teñidos, destacan de modo muy evidente.

También se usan medios de cultivo, habiéndose empleado multitud de ellos, pero uno de los más recientes, al que se da gran importancia en U. S. A., es el usado por Mary HOFFMAN, HARTMANN, JOHNSON y otros en

tricomoniasis experimental en *Macacus Rhesus*. Se trata del S. T. S.: *Simplified tripticasé serum médium*, método que estos autores consideran fundamental para el diagnóstico.

JIROVEC aconseja para llegar a un buen diagnóstico hacer frotis vaginal, cervical y uretral y colorearlo con Giemsa, con lo cual se ve: protoplasma azul, núcleo rojo, cromatina finamente granulada, flagelos rojos y la membrana ondulante. Como decíamos antes, en la Cátedra del Prof. CONILL se busca sistemáticamente tricomonas, gonococos y monilias, haciendo para las primeras la coloración según el método de Permanyer.

Hemos comentado brevemente algunos aspectos del problema de la tricomoniasis vaginal, tan sólo con el ánimo de enfocar la cuestión dando una modesta visión de conjunto. Pasemos ya al tratamiento que es lo que nos proponemos comentar en este trabajo.

Ante todo nos corre prisa decir que el hecho de que hayan aparecido tantas terapéuticas, drogas, óvulos vaginales, pomadas, tinturas, etc. para tratar la tricomoniasis vaginal ya indica que no hay nada seguro y definitivo, teniendo todos ellos sus altas y bajas según la moda o las preferencias particulares del médico. Cada día aparece descrito un nuevo tratamiento y cada día se desechan otros que parecían estar consagrados por el uso. Actualmente la atención de los ginecólogos es acaparada por las publicaciones que aparecen a menudo con grandes éxitos de los antibióticos más variados en el tratamiento de la tricomoniasis vaginal.

Dividiremos este capítulo en dos apartados: Tratamientos clásicos y Recientes adquisiciones terapéuticas.

### Tratamientos clásicos

Si quisiéramos citarlos todos constituiría un arduo trabajo. Nos limitaremos a comentar los principales usados hasta ahora. Siguiendo los trabajos de USANDIZAGA podemos agruparlos en:

1) *Limpieza mecánica, antisépticos y glicerina*: Destacan entre estos los métodos de DE LEE, GREENHILL, KLEEGMANN, HOEHNE, etc. Fundamentalmente consisten todos en lavados enérgicos con agua y jabón y pincelaciones con glicerina, sulfato de zinc o agua oxigenada. La pauta a seguir varía ligeramente de un autor a otro, así como la duración del tratamiento.

Otros autores se inclinan preferentemente hacia los antisépticos y así SEARS usa tintura de yodo, BAER nitrato de plata, GODALL ácido pícrico, MOREAL violeta de genciana. CORNELL, por su parte, ha usado mercurio-

romo, azul de metileno, pomada de óxido de zinc y otras substancias sin estar completamente satisfecho de ninguna de ellas.

KOELCH y TSUTSULOPOLUS fueron los primeros en usar el universalmente conocido Devegan.

2) *Métodos biológicos*: Muchos autores se muestran partidarios del uso de ácido láctico en el tratamiento de la tricomoniasis vaginal. Se ha intentado usar cultivos de bacilos ac. lactici para modificar las condiciones biológicas de la vagina.

3) *Antiparasitarios*: RODECURT aconseja el empleo del Yatren, usando a modo de óvulos vaginales las mismas tabletas que se utilizan per os en el tratamiento de la amebiasis intestinal. Actualmente este tratamiento parece estar abandonado.

SURE y BERCEY aconsejan el empleo de quinina localmente en forma de insuflación de polvos de sulfato de quinina, después de limpiar y secar las paredes vaginales.

USANDIZAGA a partir de estos trabajos empezó a usar el Stovarsol. Se limitaba a introducir diariamente en la vagina una pastilla de 0,25 gr. de dicho preparado.

GELHORN usa también Stovarsol pero en insuflación mezclado con caolín y bicarbonato de sosa.

Podríamos seguir en una lista interminable, tal es el número de tratamientos propuestos, pero preferimos, después de citar los principales, pasar a comentar las:

### **Recientes adquisiciones terapéuticas**

Aparte de los citados anteriormente los tratamientos que más se usan en la actualidad son los siguientes:

Reginald SLUMING en 1950 aconseja el "Naftalene metano silver disulfonate", durante seis semanas, haciendo pincelaciones vaginales al 2 %. Considera este autor que dicho producto debe ser usado de modo rutinario en toda tricomoniasis vaginal, ya en insuflaciones ya en irrigaciones, según las preferencias particulares del médico.

John FIORINO y colaboradores, también en 1950, dicen que lo fundamental en el tratamiento de la tricomoniasis es producir un pH vaginal

de 4, incompatible con las tricomonas, procurando al mismo tiempo una buena flora vaginal, para lo cual aconsejan la siguiente fórmula:

Glicerina ... ..	4	gr.
Ac. láctico ... ..	0,5	"
Ac. fosfórico ... ..	0,5	"
Sol. excip. ... ..	c. s.	

Tienen 268 curaciones entre trescientos casos vistos. Veintiún enfermas no pudieron ser seguidas y once recidivaron.

JIROVEC ha hecho ensayos con sublimado al 0,5 %, cloramina, ácido láctico, permanganato potásico, etc., y desengañado de todas estas sustancias, actualmente usa el Fluocid, nombre comercial de un producto inspirado por él y que fundamentalmente contiene: Sulfamidas, Carbazona, Ac. bórico, Ac. láctico y almidón. Sigue la siguiente pauta: Previo lavado vaginal, introducción en fondos de saco vaginales de tres tabletas de Fluocid tres veces por semana. Después de la regla hace frotis vaginal, cervical, uretral, para ver si hay tricomonas y aunque no las halle sigue el tratamiento durante tres meses.

SICARD, en 1950, usa extracto de holarrena fluribunda y estrógenos, la primera en óvulos de 0,25 y los segundos por vía parenteral o localmente en forma de pomadas. Sigue el siguiente método:

Empieza el tratamiento al término de las reglas, usando durante cinco días óvulos de penicilina o sulfamidas, y los siete siguientes los óvulos anteriormente citados. Estima este autor que obtiene un 80 % de curaciones definitivas.

Roman DANA, de Praga, publica en 1949 un interesante trabajo en el que dice haber observado que las tricomonas no resisten más de seis minutos las radiaciones de la lámpara de cuarzo y que la tolerancia de la mucosa vaginal a las mismas es de cincuenta a sesenta segundos; durante más tiempo se producen eritemas o lesiones más intensas. Hizo aplicaciones en siete enfermas durante cincuenta segundos, apareciendo dolores en vagina y un despeño leucorréico, pero en el frotis vaginal de las siete enfermas sólo encontró tricomonas en una. No sabemos si ha persistido en este tratamiento, pero es digno de tenerse en cuenta cuando menos por su originalidad.

Pierre MARTIN, en 1950, dice haber tratado 27 enfermas con Quina-crino obteniendo un cien por cien de curaciones. Empieza con un lavado vaginal de agua hervida y luego hace irrigaciones de 30 centigramos de dicho producto disueltos en 200 gr. de agua durante seis días. MARTIN

termina su documentado trabajo exponiendo sus esperanzas en este producto que tan buenos resultados le ha dado en el tratamiento de la lambliasis intestinal.

Entrando en el capítulo de los antibióticos, DAVIS y GRAN usan pulverizaciones de aureomicina, pero consideran que no hay un tratamiento específico para la tricomoniasis, y dicen que con la aureomicina no obtienen mejores resultados que con otro tratamiento cualquiera.

CARTER usa también aureomicina, pero sin gran entusiasmo.

WERNICK-, en 1951, aconseja el uso de óvulos vaginales sulfamidados, sin hablar para nada de antibióticos.

Entre nosotros, SÁNCHEZ IBÁÑEZ, en 1951, publicó cinco casos de tricomoniasis vaginal tratados y curados con Tirotricina sin encontrar recidivas después de tres meses de frotis continuados.

JOHNSON y DOUGLAS usan también tirotricina en óvulos, pero no obtienen tan buenos resultados como SÁNCHEZ IBÁÑEZ.

SENRA, en 1948, dice haber usado también tirotricina obteniendo un 100 por 100 de curaciones.

CONILL, en su obra de Ginecología, recomienda taponamientos de glicerina protargolada al 5 %. Actualmente en su Servicio aparte de otros tratamientos consagrados por el uso se usan pulverizaciones de Armil. También recientemente se ha empleado el Biozol, sobre cuyos resultados nada se puede adelantar todavía.

En un trabajo reciente (1953), el Prof. MERGUER, de París, dice que los antibióticos son totalmente inoperantes en el tratamiento de la tricomoniasis vaginal.

Como vemos, en 1953 este problema sigue en pie; sin embargo, no todo es fracaso terapéutico sino muchas veces reinfecciones.. CALATRONI aconseja explorar y tratar al marido, y JIROVEC, por su parte, considera que hay que luchar contra la tricomoniasis vaginal como se lucha contra la sífilis o la gonococia. Modestamente opinamos que ambos autores tienen razón.

### Bibliografía

- ANGELUCCI: P. Med. Arg. III, 51.  
 ANDREWS: Parasit. T. 12, 148, 1926.  
 BYROWSKY: An. des Mal. Ven. 30, 90, 1935.  
 BLANCHART: El Ateneo, B. Aires, 1944.  
 CALATRONI-RUIZ: Ter. Gin., 1947.  
 CHERRY: B. Gyn. V, 1950.  
 CONILL: Trat. de Ginecología.  
 DANA: Gyn. VIII, 1950.

- FIORINO: Am. J. Obst. Gyn. II, 1950.  
GELLHORN: J. Am. Med. Ass. 100, 1933.  
GRENHILL: J. Am. Med. Ass. VIII, 31.  
GOODAL: J. Obst. and Gyn. 872, 1931.  
HOFFMANN: Am. J. Obst. and Gyn. VII, 50.  
JOHNSON: Am. J. Obst. Gyn. 329, 1951.  
JIROVEC: Gyn. III, 1950.  
KADOUR: J. Am. Med. Ass. II, 1935.  
MARTIN: Arch. des Mal. de l, ap. dig. 1950.  
MERCER: Le Monde Med. 940, 1953.  
PTACKOWA: Chek. Gyn. II, 1950.  
PETER: Schweig. Path. 1948.  
PUIG ROIG: En el cursillo de exploración ginecológica de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología, I de la Facultad de Medicina de Barcelona. Prof. Cónill. XI, 1953.  
SÁNCHEZ IBÁÑEZ: Rev. Esp. de Obst. y Gin. 129, 4, 1950.  
SENRA: An. Bras. De Gin. 6, 1948.  
SICARD: Presse Med. VII, 1950.  
SLUMING: Brit. Med. J. V, 1950.  
STOECKEL: Trat. de Ginecología.  
USANDIZAGA: An. de la Casa de Salud de Valdecilla, II, 1934.  
WERNICKE: Prensa Med. Argentina, IV, 1951.