

"El tratamiento de la tricomoniasis sexual humana, con refer-
encia especial al tratamiento local múltiple por arsenicales
pentavalentes"

T.D
F/9

T E S I S

para aspirar al grado de doctor

Licenciado en Medicina J.M. Fernández Ortega

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

1959

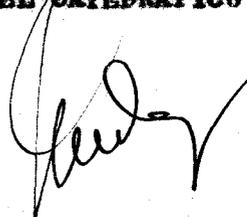
Profesor J. M. Bedoya

4.66

CERTIFICO: Que la Tesis para aspirar al grado de Doctor, cuyo título es "Tratamiento de la tricomoniasis sexual humana, con especial referencia al tratamiento local múltiple", ha sido realizada por el Licenciado en Medicina D. José María Fernández Ortega en esta Clínica Universitaria de Sevilla y bajo mi dirección.

Sevilla a 1 de septiembre de 1959

EL CATEDRÁTICO



INTRODUCCION

A) En la clínica de la llamada antiguamente tricomonasis vaginal se han hecho considerables avances en los últimos pocos años. Todos ellos, en realidad, quedaron plasmados en un Symposium internacional que reunió a un grupo de especialistas en la cuestión, procedentes de todo el mundo, que se celebró en mayo de 1957 en Reims.

Entre estos nuevos conocimientos es necesario destacar, porque son importantes desde el punto de vista terapéutico, los siguientes:

1) Los tricomonas que habitan en la vagina (*T. vaginalis* Donné) son parásitos distintos de los que viven en la boca (*T. oris*) e en el intestino (*T. intestinalis*, *T. tenax*). No hay posibilidad biológica de que se transformen unos en otros y tampoco, por tanto, de que la vagina de la mujer se reinfecte desde su propio intestino, como se aceptó durante tantísimos años. MANDOUL y PESTRE y SINITCH sintetizaron en el mencionado Symposium el estado actual de esta cuestión. TRUSSELL, en su completa monografía sobre tricomonas, especificó bien el problema.

No tiene ningun papel, por lo tanto, la via digestiva en el contagio inicial de la vagina ni en la aparicion de recidivas despues del tratamiento.

2) En la mujer que tiene tricomonas en la vagina les hay tambien con constancia, en la uretra. La participacion uretral se consideraba rara (ver PEREZ y BLANCHARD, CHAPPAZ y CHATELIER, CANDIANI, TRUSSELL, como autores de monografias sobre tricomonas), BEDOXA y RICO encuentran tricomonas en el 98% de las mujeres infectadas y BERIC y MILETIC confirman este hallazgo. Actualmente es aceptado el punto de vista de los primeros, de que la participacion uretral en la tricomonas es constante.

Este conocimiento es importante desde el punto de vista del tratamiento. Se comprende que no se podra curar nunca una tricomonas si no se logra hacer desaparecer los parásitos, simultaneamente, en la mujer, de la vagina y de la uretra. Esta es una de las explicaciones de tantos fracasos terapeuticos como se observan.

3) También ha sido fruto de investigaciones recientes el conocimiento del papel que tiene el varón en la tricomoniasis. MEDOYA ha aceptado que la uretra del varón cuya esposa tiene tricomonas, está siempre infectada también. El varón es un portador de tricomonas, casi siempre asintomático e ignorado, pero capaz de transmitir la tricomoniasis a las mujeres que cohabitan con él y de recontaminar, por lo tanto, a su esposa si ésta llegara a ser curada alguna vez.

Es verdad que este aserto no está absolutamente demostrado, aunque las pruebas son abrumadoras de su certeza. Pero, desde el punto de vista de la práctica y del tratamiento, se ha hecho necesario aceptarlo y, en consecuencia, es absolutamente imprescindible tratar a los dos conyuges simultáneamente aun cuando uno solo de ellos sea el que acuda a nuestra consulta y solamente uno sea el que percibe molestias.

B) En el tratamiento, en cambio, se ha avanzado poco. La impresión que quedó después del citado Symposium era desoladora. Se sabían

muchas cosas nuevas sobre tricomonas pero no se sabia como curar la tricomonasis. Mejor dicho, se sabia, lo que era peor, que los camiones seguidos hasta entonces no podian curar la enfermedad.

El escepticismo que existía en cuanto al resultado terapéutico de la tricomonasis, es compartido por todos los que actualmente estan preocupados por el problema.

CHAPPAZ y CHATELIER en su libro (1951) dicen: "Il est devenu banal de parler de la multiplicité des traitements. Tous, d'ailleurs, ont en leur vogue; tous il faut le reconnaître, ont donné a ceux qui les utilisent, des résultats favorables; tous, en presque, en échoué dans la recherche de la guérison définitive".

Asimismo BERNSTINE y RAKOFF escriben (1953) : "The treatment of vaginal trichomoniasis is frequently a prolonged and difficult problem, often characterised by repeated recurrences, after periods of apparent cure.

Trichomonads are easily destroyed by a great many antiseptics since they are rather fragile organisms and have no resistant cyst

stage. Eradication of every flagellate with an effective trichomonicide, is essential for cure".

SCHWARTZ (1956) publica: "Eradication of this disease still remains a frequent and a most vexatious problem in the office practice of gynecology. *T. vaginalis* is readily killed in vitro by practically all the antiseptics in common use. However, no medication has been completely successful in eradicating this organism from the infected female".

GARDNER y DUKES en 1956 dicen: " In spite of many reports describing incredibly high cure rates for various topical preparations in the treatment of the trichomoniasis, it is now evident that only a small percentage of all patients whose treatment is limited to the vagina will be cured".

RIBA (1957) publica: "Every physician who treats women is plagued with patients with resistant and recurrent trichomoniasis".

Y, finalmente, en el pasado años de 1958, GIORLANDO y BRANDT seguían pensando que "there are few gynecologic conditions more an-

(7)
noying and more difficult to treat than *Trichomonas vaginalis*".

Desde que, hace 5 años, nos encaramos con el problema de la tricomonasis sexual humana, tropezamos con la dificultad de su tratamiento y con las frecuentes recidivas. Durante este tiempo hemos realizado muchos ensayos de medicamentos y de pautas terapéuticas, decepcionantes casi siempre, hasta llegar a lograr un procedimiento que ofrece un procentaje bastante elevado de curaciones.

En las páginas que siguen presentamos los caminos que hemos hoyado pacientemente a lo largo de éstos años.

I) TRATAMIENTO LOCAL VAGINAL

A) Medicamentos

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la tricomoniasis son muchos. TRUSSELL revisó, hace algo más de 10 años, los usados hasta entonces y desde que se conocía la existencia de los tricomonas. La relación, con un breve y simple comentario, ocupa 59 páginas y cada página cita 3 ó 4 medicamentos distintos. La mayoría de esos medicamentos se continua usando hoy y a la lista habría que añadir algunos más.

Ademas se han ensayado otros muchos que despues, por haberse mostrado totalmente ineficaces, se han abandonado. Así sucede con las sulfamidas y los antibióticos.

De estos medicamentos, los que alcanzaron mayor prestigio son los arsenicales pentavalentes. El STOVARSOL fué empleado por primera vez por GELLHORN en 1933, en pulverizaciones vaginales mezclada con caolin y bicarbonato sódico, observando buenos resultados inmediatos. Un arsenical de este tipo formó parte de un preparado en fer-

na de tabletas vaginales: el Devegan que, ensayado por HEES, fué calurosamente recomendado por RODECURT y despues empleado por las ginecólogas de las escuelas alemanas (ACKERMANN, HAUPSTEIN). Tambien los ginecólogos americanos utilizaron este arsenical ampliamente (CORNELL y RIBA, PIPER, BLAND y HAKOFF etc.). Los arsenicales pentavalentes (Acetarsono, Stevarsel, Spirocid) fueron considerados muchos años como el mejor tricomonocida. En España los emplearon y recomendaron USANDIZAGA y MOLINERO en 1936.

B) Experiencia con arsenicales en aplicación vaginal exclusiva

1) Método y material.- Durante una larga etapa de nuestro contacto con los tricomonas hacíamos el tratamiento con Stevarsel según las normas clásicas. Empleamos indistintamente dos productos farmacéuticos: Gynoplix, que contiene Stevarsel como principio activo, y el Devegan ya mencionado.

El tratamiento consistió en la introducción dos veces al día, por la mañana y por la tarde, de un comprimido en la vagina. Cuando su realización era posible, preferíamos colocar nosotros mismos los

comprimidos en el fondo de la vagina mediante valvas. En otro caso, recomendábamos que la misma enferma se colocara el comprimido en la vagina lo más profundamente posible. El tratamiento duraba una semana. En algunos casos se hicieron dos o tres ciclos de tratamiento, repitiendolos después de la menstruación en todas las enfermas en quienes descubrimos las tricomonas, sin hacer selección alguna; en total más de 300 casos.

2) Resultados.- Hemos vuelto a investigar la presencia de tricomonas en algunas enfermas que volvieron a la consulta algún tiempo después del tratamiento. Unas veces porque continuaban con molestias, otras por distinto motivo y algunas porque nosotros les rogamos que volvieran. El número de las revisadas ha sido bajo en relación con el número de tratadas.

Las revisiones se hicieron cuando las enfermas volvían a la consulta, que no siempre era cuando nos hubiera convenido para realizar un buen estudio estadístico.

a) Resultados inmediatos

Cuando existían síntomas atribuibles a los tricomonas, las molestias desaparecían en casi todos los casos, con rapidez. La mejoría es percibida por las enfermas a las 48 ó 72 horas. Desaparece la leucorrea y la sensación urgente, desaparece la coitalgia etc.

En el exudado vaginal se observa, casi siempre, desaparición de la flora patógena y considerable disminución de los leucocitos. El exudado está constituido, casi exclusivamente, sobre todo en los casos favorables, por células epiteliales superficiales.

Los tricomonas no siempre desaparecen. En la tabla I anotamos los resultados del examen en fresco del exudado vaginal, antes de transcurrido un mes desde el tratamiento.

TABLA I

MEDICAMENTO	Resultados inmediatos de tratamiento				
	Nº casos tratados	Negativizaciones Nº de casos	%	Positividads persistentes	%
Devegan:					
Clinica.....	18	12	70	6	30
Privadas.....	39	27	69	12	31
Total...	57	39	69	18	31
Gynoplax:					
Clinica.....	29	19	63	10	37
Privadas.....	44	27	63	17	37
Total	73	46	63	27	27
Totales.....	130	85	65%	45	35%

b) Resultados lejanos.

En un corte grúpe de enfermas, en las que no habíamos encontrado tricomonas en la vudado vaginal despues del tratamiento, pudimos investigar nuevamente la presencia de tricomonas. Los resultados son detallados en la tabla II.

TABLA II

Revisión tardía de casos negativizados al principio

Número de casos revisados.....	38
" " " positivizados.....	23 (60%)
" " " que siguen negativos.....	15 (40%)

Algunas mujeres en que la sintomatología había desaparecido o estaba considerablemente atenuada, referían que, despues de haber mejorado mucho, se encontraban ahora "peor que antes".

c) Experiencia con otros medicamentos en aplicación local vaginal

En un corte número de enfermas empleamos, por la misma época

que los arsenicales, otros medicamentos que se consideraban activos. Unos eran medicamentos de la clásica terapéutica, como el entereviformo (Viozol), y otros modernos que se decían activos frente a los tricomonas en aplicación vaginal (Terramicina, Furanteina).

La pauta de tratamiento seguida fué la misma que con los arsenicales. Es decir: dos veces al día, durante una semana, se introdujo un comprimido en la vagina.

Los resultados primarios los detallamos en la tabla III.

TABLA III

Resultados inmediatos del tratamiento

MEDICAMENTOS	Nºcasos	negativos	%	positivos
Viozol.....	4	3	75	1
Terramicina.....	17	13	76	4
Urofural.....	2	-	-	2
Total general....	23	16	69	7 (31%)

La revisión tardía en las enfermas que se negativizaron alguna vez, se hizo en pocas ocasiones, pero sus resultados fueron equivalentes a los observados con Stevarsol.

D) Comentarios

1) Los resultados que hemos obtenido en el tratamiento de la tricomonas, con los medicamentos que han sido considerados más útiles por los médicos, por haberse considerado los más activos, no son muy alentadores.

En algo más de la tercera parte de los casos no logramos ver a la mujer libre de tricomonas en el 1º mes después del tratamiento. Pero en aquellos casos en que parecían curadas en esta revisión, cuando se investigó la presencia de parásitos en meses ulteriores se encontraron en más de la mitad de los casos. En realidad solamente se consiguió la desaparición duradera de los tricomonas en el 25% de los casos tratados (40% del 65%).

En el momento actual, después de una mayor experiencia en el campo de la tricomonas, probablemente, encontraríamos positivi-

zados algunos casos más entre los que una vez fueron negativos. El diagnóstico de positividad de la tricomoniasis es seguro porque se basa en la observación del parásito mientras que la curación se basa en el dato negativo que tiene un valor menor. Por otra parte es admisible (ahora lo comprendemos mejor) que no todas las enfermas diagnosticadas una vez de tricomoniasis lo fueran en realidad; de suceder esto, entre las curadas figurarían algunas que nunca tuvieron tricomonas.....

Es que, en realidad, por ~~que~~ lo que más abajo señalaremos, es probable que el número de curaciones sea aun más bajo y hoy dudamos mucho de su posibilidad. Aunque no sea absolutamente imposible que una tricomoniasis se cure mediante tratamiento local vaginal exclusivo, ciertamente que es poco probable.

2) En realidad no hemos descubierto nada nuevo. Todas las ginecólogas que se han molestado en seguir a las tricomonásicas después del tratamiento han observado algo parecido. Así, por ejemplo, RODEBERT observa 55% de casos no curados, BLAND y RAKOFF 56%,

GELLHORN mismo, el primero que recomendó el Stovarsol, no pudo ver libre de tricomonas a 22 casos de 45 tratadas (50%). PEREZ y BLANCHARD, en su monografía, hacen bastantes referencias a los resultados terapéuticos obtenidos por distintos ginecólogos con medicamentos diversos y los resultados son semejantes. La bibliografía es ciertamente abundante a este respecto y, exceptuando a algunos ginecólogos optimistas que se conformaban con los resultados clínicos inmediatos, la mayoría se mostraban desesperados frente a las frecuentes recidivas y resistencias terapéuticas.

3) No se sabía la causa de estas dificultades terapéuticas.

Durante mucho tiempo se creyó en la existencia de "formas de resistencia" en los tricomonas que se enquistarían durante el tratamiento para volver a la "forma vegetativa" después. Aunque, en realidad, nadie había podido demostrar su existencia en el T. vaginalis, se suponía que existían, precisamente por estas resistencias terapéuticas y por algunos hechos epidemiológicos que se podían interpretar de este modo; asimismo se argumentaba que en o-

tres protozoarios hay estas "formas quísticas" y era probable que los hubiera en los T. vaginalis.

En el momento actual, ningún parasitólogo especialista en tricomonas admite la existencia de las "formas quísticas" de tricomonas (ver en TRUSSELL).

Asimismo se admitió mucho la reinfestación de la vagina desde el intestino cuando se creía que los parásitos llegaban al aparato genital desde el recto. Los argumentos en contra de esta idea, que hoy ha sido totalmente abandonada, pueden leerse por ejemplo en TRUSSELL, BEDOYA, MANDGUL y PESTRE etc.

Y, finalmente se comprendía bien asimismo la posibilidad de reinfestaciones por el mismo camino por el que había tenido lugar la primera. Esta posibilidad es indudable, pero era desconocido el modo como la contaminación tenía lugar.

BEDOYA y RICO, y BEDOYA y RIOS han aclarado de un modo que no deja lugar a dudas los mecanismos que llevan, con seguridad,

a las recidivas:

a) La participación de la uretra femenina en la tricomoniasis, que hallan constantemente (se sabía que en la uretra de la mujer tricomonásica había alguna vez -15% para PEREZ y BLANCHARD por ejemplo- pero la realidad es que los hay siempre). Si se logra hacer desaparecer los tricomonas de la vagina, las recidivas desde la uretra deberán observarse siempre; a no ser que desaparecieran espontáneamente de la uretra, lo que parece bien poco probable, en el breve lapso de una semana.

b) Asimismo han demostrado la presencia de tricomonas en la uretra de los maridos cuyas mujeres están parasitadas, con una frecuencia tal que les hace aceptar que así sucede siempre. Esto, y otros argumentos más, les han permitido sostener la idea de que la tricomoniasis es una típica enfermedad venérea. Esta última idea era sospechada, pero no probada con certeza. Se comprende, sin embargo que, aun cuando no se aceptara la idea de que la tricomoniasis es una enfermedad venérea, lo innegable es que en la uretra de los

esposos de tricomonáseas hay con enorme frecuencia (probablemente siempre) tricomonas, y que el coito llevará siempre a la reinfección.

Nó sabemos hoy si existen otras localizaciones de los tricomonas, en la mujer (glandulas de Bartholino, cervix, vejiga etc.) o en el varón (próstata, vesiculas seminales, vias seminales, vejiga etc.) que alguna vez se han descrito (ver, a este respecto TRUSSELL y BEDOYA). Este ultimo supone, por razones que más adelante se analizan, que sucede así pocas veces, aunque no se puede negar esta posibilidad.

Se comprende que en estas circunstancias, las recidivas en la vagina sean la regla.

3) Despues del comentario anterior se comprende nuestro escepticismo y la imposibilidad de curar la tricomonasias mediante una medicación aplicada solamente en la vagina. En realidad para conseguir curar la tricomonasias se necesita hacer desaparecer a to-

dos los parásitos de todas las localizaciones; bastará con que quede un solo tricomona vivo, en el marido o en la mujer, para que persista la enfermedad.

Hasta hace poco tiempo los investigadores se preocuparon de buscar una sustancia más activa frente a los tricomonas, con la pretensión de que no quedara ninguno y que actuara además sobre las "formas de resistencia". Hoy conocemos ya que no es este el camino. Probablemente la mayoría de los medicamentos usados son buenos tricomonocidas (los tricomonas son, por otra parte, muy poco resistentes a cualquier agente), in vitro e in vivo. Pero es necesario que pueda actuar sobre todos los parásitos.

La postura que tuvimos que adoptar después de estos nuevos conocimientos fué de negro pesimismo. Sabíamos diagnosticar una tricomoniasis, conocíamos el mecanismo de contagio, las localizaciones, los factores de recidiva y de resistencia al tratamiento; pero no sabíamos cómo curarla. Mejor dicho: sabíamos, lo que era peor, que era prácticamente imposible poder curarla con el trata-

miento vaginal simple, fuera cual fuera el medicamento usado, la pauta terapéutica y el modo de hacer el tratamiento.

A partir de entonces el tratamiento local vaginal lo empleamos solamente como paliativo cuando no podemos hacer otra cosa y cuando otros tratamientos, por las razones que indicaremos, están abocados al fracaso.

Este mismo pesimismo se recoge en el libro del Symposium de Reims de 1957 (Les infections a trichomonas), del que los artículos sobre tratamientos están orientados a la búsqueda de un modo de actuar también sobre las localizaciones extravaginales de la tricomoniasis.

En pocas palabras se podía expresar lo expuesto sobre los medicamentos empleados exclusivamente en la vagina diciendo: "Para curar la tricomoniasis no sirve ninguno; para aliviar la sintomatología sirve cualquiera".

II) ENSAYOS DE TRATAMIENTO GENERAL EN LA TRICOMONASIS

Después de lo que acabamos de exponer se comprende que sintieramos la necesidad de buscar un procedimiento eficaz para curar la tricomonasis. A este fin hicimos una serie de ensayos de curar la tricomonasis mediante medicaciones diversas, empleadas por vía oral e parenteral, con la pretensión de impregnar el organismo y que actuara sobre todos los tricomonas en todas las localizaciones. Formaba ya parte del tratamiento, como se comprende, tratar simultáneamente a los dos conyuges cuando se trataba de una mujer casada.

Seleccionamos para estos ensayos a mujeres o matrimonios que residían en la ciudad, que nos ofrecieran garantías de realizar correctamente los tratamientos y que, después, acudieran para verificar los resultados. Puede suponerse que ello no siempre resultó sencillo y que habíamos de rechazar muchos casos antes de quedarnos con uno que nos sirviera para este ensayo.

Las medicaciones usadas fueron varias y con vario fundamento.

Al hablar de cada una de ellas expondremos éste.

A) Testosterona

1) Fundamentos teóricos.

Suponíamos que los estrógenos facilitaban la vida de los tricomonas aumentando el glucógeno de las células vaginales (en las embarazadas se exacerban las tricomonas; en las niñas la tricomonas es rara; también es poco frecuente en las menopáusicas) y pensamos en la posibilidad de dificultarles la vida creándoles un medio poco propicio mediante los andrógenos.

2) Material, método y resultados.

Empleamos en cuatro matrimonios 100 mgs. de Testosterona en forma de píldora cada semana durante cuatro.

El fracaso fué absoluto. Ninguna de las cuatro mujeres se vió libre un solo momento de tricomonas.

3) Comentario.

Claramente se ve que no es éste el camino de curar la tricomoniasis. La verdad es que entonces no sabíamos porque las niñas tenían pocas veces tricomonas ni sabíamos que el varón era un portador constante de tricomonas a pesar de que el testículo vierte testosterona en la circulación constantemente. Fue este en realidad un ensayo fundado más en concepciones ajenas que en convicciones propias.

B) Terramicina

1) Fundamentos.

De la Terramicina decía la propaganda comercial que era un buen tricomonocida local y, según nuestra experiencia anterior, logaba mejoras cuando se aplicaba en la vagina. Había razón para poder pensar que pudiera ser activo este antibiótico, empleado por vía oral, y así lograr el objetivo ideal.

2) Material, método y resultados.

Empleamos este antibiótico por vía oral a dosis de un gramo

diario durante una semana.

Tratamos así a un matrimonio y a una viuda.

No obtuvimos ningún resultado. Al terminar la semana las dos mujeres continuaban con tricomonas en la vagina.

3) Comentarios.

En realidad no cabe otro comentario que decir que la Terramicina, empleada por vía oral, es incapaz de curar la tricomoniasis. Aun cuando el ensayo se hizo en pocos casos, el resultado fué tan concordante que no juzgamos necesario insistir en él.

C) Cloroquina

1) Fundamentos.

Desiludidos por las dificultades del tratamiento de la tricomoniasis, consultamos con el gran parasitólogo LOPEZ-WEIRA y nos recomendó ensayar este medicamento. Se trata, según él, del más potente antipalúdico moderno que es además, activo frente a otros

protozoarios; acaso fuera activo tambien frente al de DONNE.

El mismo nos suministró los comprimidos de un específico de nombre comercial Tanakan-Cuba, que utilizamos para el ensayo.

2) Material y resultados.

Tratamos con esta medicación a dos matrimonios y, al finalizar el tratamiento, encontramos tricomonas en la vagina de las dos mujeres.

3) Comentario.

No valía la pena insistir más para conocer que de este modo no se cura la tricomoniasis.

D) Arsenicales

1) Fundamentos.

Los arsenicales han demostrado, según hemos dicho, ser buenas tricomonocidas en aplicación local. Administrados por vía oral o parenteral son activos frente a enfermedades producidas por proto-

zoarios.

Por otra parte, no es idea nueva el emplear arsenicales en la tricononasis. RODRIGURT utilizó la "germanina" por vía endovenosa en 1934, al observar las frecuentes recidivas con tratamiento local simple. En 1937 PATTYSON empleó, sin resultado, acetarsone por vía oral.

2) Materialy método.

En un grupo de 15 matrimonios y una viuda empleamos arsenicales (Stovarsol, Spiro-Faes), en comprimidos, por vía oral. Empleamos un comprimido diario de 0,25 grs. durante tres días; dos días de descanso despues y otros tres de tratamiento, y así hasta totalizar la dosis de 1 g./Kg. de peso. El tratamiento así practicado en ambed conyuges, duraba bastante tiempo. Esta es, en general, la pauta seguida para el tratamiento de otras infecciones por protozoos.

En otros 5 matrimonios administramos arsenicales (Acetylarsan,

adultos) por vía parenteral; una inyección intramuscular cada tres días hasta totalizar 16 inyecciones.

3) Resultados.

Como el tratamiento era largo, tardamos algún tiempo en conocer los resultados y como, entre tanto, acudían nuevas portadoras de tricomonas que iniciaban también el tratamiento, se ensayó en muchos más casos de los que eran precisos para conocer los resultados.

Los pacientes tratados con arsenicales por vía oral, volvieron a ser revisados un mes después del tratamiento. Todas las mujeres, excepto cuatro, tenían tricomonas en la vagina; pero tres de estas últimas habían hecho además, tratamiento local. No se hicieron después revisiones de estos casos. Una enferma tuvo, además, una grave intoxicación arsenical, con seria eritrodermia y descamación, que cedió al tratamiento con B.A.L. con alguna dificultad.

De los 5 matrimonios tratados por vía parenteral, tres muje-

res tenían tricomonas en la vagina 4 meses después del tratamiento. En las dos restantes no los logramos hallar y no hicimos más revisiones.

4) Comentarios.

Es posible, a lo que parece, curar algún caso de tricomoniasis mediante tratamiento general con arsenicales, oral o parenteral, de los conyuges. Pero en la mayoría de las ocasiones fué ineficaz.

El tratamiento con arsenicales es largo, engorroso y, además, no exento de peligros. Es, sobre todo, muy inseguro. No parece que valga la pena insistir en él.

E) 2-Acetilamino-5-nitrotiazol

1) Fundamentos.

CUCKLER y cols. demostraron muy recientemente (1955) que un preparado de síntesis, el 2-Acetilamino-5-nitrotiazol, era un tricomonocida muy activo, in vitro y en animales de experimentación;

protégia, por ejemplo, a ratones de la muerte cuando se les inyectaban tricomonas en el peritoneo. FLENTT y cols. y PERL y cols. ensayaron este medicamento por vía oral, en la tricomoniasis humana; al parecer, con buenos resultados.

Estas comunicaciones y la intensa propaganda lanzada por una fuerte casa comercial basada en ellas, organizó gran revuelo entre los preocupados por el problema de la tricomoniasis.

Muy poco después GARDNER y DUKES adhirieron este optimismo, y en el Symposium de Reims, las comunicaciones presentadas a este respecto, que entonces era la cuestión terapéutica en el furor de la moda, eran más bien pesimistas (BARNES, CATTELL).

Estos ensayos adolecían, sin embargo, de defectos importantes de técnica, tanto en lo que se refiere al tratamiento como a la revisión de los resultados. Estos eran, además, contradictorios y nos pareció imprescindible ensayarlos con arreglo a los criterios actuales.

2) Técnica.

Tratamos con este preparado a un matrimonio y 5 mujeres aisladas. Ante el temor de que no llevarán bien el tratamiento, y para evitar posibles reinfecciones, hospitalizamos en la clínica a las 5 mujeres. La medicación era administrada, con seguridad, por la enfermera.

Se administraron 8 comprimidos diarios (uno cada 8 horas) durante una semana. Al terminar el tratamiento, y dos días después, se investigó la presencia de tricomonas en la vagina antes de enviar las enfermas a sus casas.

3) Resultados.

Las 6 mujeres tratadas tenían tricomonas en la vagina al investigar su presencia. Ni siquiera se modificaron los caracteres del exudado ni la sintomatología. Lo único que nos pareció observar fue que los tricomonas se movían con alguna dificultad al terminar el tratamiento. Pero es lo mismo; allí estaban. Y estaban

vivos porque no morían bien dos días después.

4) Comentarios.

a) De nuestro ensayo puede deducirse que, con la pauta empleada por MOUTON (que es, por otra parte, la recomendada por los que primero lo emplearon) el 2-acetilamino-5-nitrotiazol es completamente inútil para el tratamiento de la triconomoniasis sexual humana.

Esta corta experiencia es tan concluyente que no merece la pena ampliarla a mayor número de casos. Es, por otra parte, absolutamente correcta y la única irreprochable a este respecto.

PERL y cols. por ejemplo, solo tratan a "algunos" seridos y no a todos y tampoco lo hace ninguno de los demás con lo cual no se puede descartar la posibilidad de que la falta de curación sea debida a reinfecciones desde el varón.

Por otra parte, el criterio seguido para analizar los resultados no deja de ser peregrino. Algunos (PERL y cols.) hablan de

curación en algún caso en que no lograron demostrar parásitos después en el varón; pero de seguir ese criterio, habría muchos medicamentos también activos porque hasta hace poco tiempo era raro el hallazgo de tricomonas en el varón. Y otros (GARDNER y DUKES) que dudan de la eficacia que la propaganda atribuyó a este preparado, dicen que algunas veces sirve porque ven "menor número de tricomonas y que se mueven más porcosamente".

b) CATERALL y NICOL, muy recientemente, dicen con respecto a éste que "no se deben lanzar al mercado medicamentos sin haber sido adecuadamente probados" y tienen razón.

Pero lo cierto es que la propaganda comercial en torno a este medicamento ha cesado por completo.

F) Trychonicina

1) Fundamentos.

Al mismo tiempo que el anterior preparado, apareció en la

escena de la terapéutica antitricomonálica otro, de origen japonés, la Trychomicina.

Se trata ahora de un antibiótico, obtenido por HIRSOYA del suelo de una isla japonesa, que resultó ser activo "in vitro" frente a los tricomonas y los hongos del género *Cándida*. NAGARA y cols., que lo ensayaron en la tricomoniasis humana por vía oral, cantaron sus excelencias por todo el mundo científico. Este antibiótico despertó, en consecuencia, una enorme expectación también se trataba, como en el caso anterior, de actuar con facilidad sobre todas las localizaciones de los tricomonas, en la mujer y en el varón. Pero CATERALL que lo ensayó después no pudo ser tan optimista, ni tampoco algunos otros.

Se comprende el interés que tendríamos en ensayar este producto.

2) Material y método.

Tratamos con Trychomicina un matrimonio y dos niñas. La pau-

ta seguida fue administrada, por vía oral, 50.000 U cada 8 horas y durante 10 días.

3) Resultados.

En la vagina de las tres mujeres había tricomonas al finalizar el tratamiento.

4) Comentario.

Desafortunadamente, tampoco es cierto que la Trychonoline sea activa frente a los tricomonas cuando se administra por vía oral.

Las experiencias de MAGARA dejan, en realidad, mucho que desear. No conocía la participación del varón en la tricomonosis y no trató a ninguno; cómo, entonces, es posible que el tratamiento exclusivo de la mujer le permitiera curar la tricomonosis?

Por otra parte, en el Symposium de Leica, cuando le interpelearon para que explicara por qué había discrepancias tan notables entre sus ensayos y los europeos, se limitó a decir que "quizas se alterara el producto en el viaje"; esto, en realidad, no parece

muy serio. Muy recientemente, WIGGIST y cols. que trataron 8 casos con Trychovicina, dicen que en "6 casos desaparecieron los síntomas y en 2 mejoraron"; pero no investigan la presencia del parásito!

6) Comentario al tratamiento general de la tricomoniasis.

Sería, sin duda, el procedimiento ideal para curar la tricomoniasis la administración oral de unos comprimidos o por unas inyecciones. No solo desde el punto de vista de la comodidad sino, de modo especial, porque sería el modo de destruir fácilmente, con seguridad y al mismo tiempo todos los parásitos en todas las localizaciones del varón y de su esposa.

Pero hasta el momento actual, no disponemos, sin embargo, de ningún medicamento que, administrado de este modo, sea capaz de curar la tricomoniasis.

Como no sea posible lograr en la vagina una concentración

medicamentosa suficiente para ser eficaz; no hay que olvidar que la vagina carece de glándulas y que, revestida de un epitelio pavimentoso poliestratificado, acaso no permita pasar las sustancias desde el medio interno a la luz vaginal en cantidad suficiente para que sean activas. De suceder las cosas así, nunca será posible curar la tricomoniasis por este camino, pero se trata de una simple suposición.

Ademas de estos ensayos se han hecho algunos otros, de poca amplitud todos pero siempre infructuosos, con otras sustancias. Así HAIMEN y cols. han usado Atebrina; SAJEM y cols. Tetracycline, con escasos resultados tambien.

III) EL TRATAMIENTO LOCAL MULTIPLE

A) INTRODUCCION

Conociendo ya que los *Trichomonas vaginalis* DONNE habitan siempre en otros lugares, ademas de la vagina, parece poco razonable insistir en hacer tratamientos tópicos exclusivamente vaginales. Con ellos solamente se podrán lograr mejoras clínicas temporales, pero jamás curaciones definitivas. Todas las curaciones que, en publicaciones científicas e en propagandas comerciales, se comunican haber sido logradas por este procedimiento terapéutico son "falsas curaciones" con seguridad casi absoluta.

Y hemos visto que las medicaciones ensayadas para empleo por vía general, no han respondido a las esperanzas puestas en ellas.

Contrasta, sin embargo, esta resistencia clínica a los tra-

tamientos con la escasa resistencia in vitro de los parásitos a toda clase de agentes. Simplemente, un a breve permanencia en agua destilada los destruye (MAGARA). Parece pues que la destrucción del parásito se puede conseguir con muchísimos fármacos (probablemente, con todos los que han sido utilizados. Lo que se hace imprescindible para evitar recidivas exponer en contacto el medicamento con todos los tricomonas y destruirlos en todas las localizaciones; bastará, como se comprende, con que quede un solo parásito vivo, en el varón o en su esposa, para que la enfermedad reaparezca.

Sabemos que, con constancia, cuando hay tricomonas en la vagina, las hay también en las uretras de la mujer y el varón; es imprescindible por tanto, destruirlos en estas localizaciones. Esta idea llevó a BERGHA a lo que llamó "Tratamiento local múltiple" de tricomoniasis vaginal.

Se trata de un paso hacia delante en el tratamiento de la tricomoniasis, que será insuficiente: a) si existen otras localizaciones del parásito, b) si hay reinfecciones por nuevos contagios, c)

si no se han destruido todos los tricomonas en estas localizaciones.

Los esfuerzos para buscar tricomonicidas más activos en aplicación local son inútiles. Lo que se necesita es llegar a conocer bien, en cada caso, las localizaciones de los tricomonas y actuar sobre ellas.

B) METODO DE TRATAMIENTO

1) Medicamentos y formas medicamentosas

Aunque al principio se emplearon en la clínica algunos otros en muy pocos casos (Terramicina) y en la actualidad se ensayan algunos más (Furantoína, R-164 Heigy, Trichomycina) la experiencia más amplia, a la que se refiere el presente estudio, fué con arsenicales pentavalentes (Stovarsol). El medicamento se utiliza en forma de comprimidos vaginales y candelillas uretrales.

Los comprimidos para introducir en la vagina existen ya en el mercado farmacéutico desde hace tiempo; hemos utilizado los llama-

dos Synopliz (Therapliz) y Devogán (Hoechst). Preferentemente el primero.

Las candelillas uretrales fué necesario prepararlas. Después de ensayar varias fórmulas se llegó a una que nos dió buen resultado y que hemos utilizado en todos los casos. Es la siguiente:

Stearazol.....	7,50	grs.
Sacarosa.....	15,00	"
Goma arábiga.....	10,00	"
Lactosa.....	3,00	"
Lanolina.....	3,50	"
Agua		-----
Glicerina		

m. para 30 candelillas uretrales de 10 cms. de longitud

El hallazgo de la fórmula requirió algunos tanteos, porque las candelillas deben tener una consistencia adecuada (ni muy duras per-

que molestan en la uretra, ni muy blandas porque no se pueden introducir) y deben fundirse con facilidad para que el medicamento quede en libertad.

Se comprende, sin embargo, que cualquier otra fórmula que reúna estas condiciones, es también utilizable. Recientemente, por ejemplo, un laboratorio farmacéutico (Lab. Casca) las prepara con un producto sintético como excipiente, el Carbowax.

2) Modo de hacer el tratamiento

En todos los casos el tratamiento ha consistido , a) en colocar en el fondo de la vagina, después de desplegada con valvas, un comprimido del preparado, b) en introducir en la uretra femenina media candelilla (3cm), c) en introducir en la uretra del marido una candelilla de 10 cm. Un cuidado importante: Deben evacuar la vejiga inmediatamente antes del tratamiento y retener después la orina el mayor tiempo posible para que la medicación pueda actuar varias horas. Otros: Es necesario iniciar el tratamiento en una fe-

cha tal que la menstruación no aparezca durante él, porque obligaría a suspenderlo para iniciarlo despues de nuevo.

La aplicación, tal como hemos descrito se practicó dos veces al día, con intervalos aproximados de 12 horas, durante una semana. Para vez hemos suspendido el tratamiento a los 6 días.

En algunos casos hemos confiado al varón la colocación de las candelillas por sí mismo. A veces lo han hecho bien pero otras muchas no pueden o no quieren hacerlo o, como les molesta, lo hacen menos veces de las necesarias. En realidad, no estamos satisfechos de este proceder y lo utilizamos en muy pocas ocasiones.

3) Selección de los casos

Al principio hacíamos los tratamientos sin selección alguna, pero pronto aprendimos que era necesario descartar algunos que estaban irremisiblemente abocados al fracaso.

Eliminamos del tratamiento local múltiple los casos siguientes:

- a) Los matrimonios cuyo marido no quiere o no puede ser tratado. A veces trabajan lejos y no les es posible acudir dos veces al día a la consulta (si nos parece que están bien dispuestos, accedemos a que ellos se hagan el tratamiento). Otras veces no niegan a ser tratados porque dicen que ellos no tienen nada (a veces, incluso, han sido explorados por algún otro médico, vengadiego escaso, y les han dicho que están bien): Tratar solo a la esposa es perder el tiempo.
- b) A los matrimonios cuyo marido (excepcionalmente pudiera ser también la esposa) tienen relaciones sexuales extramaritales. Solo podría hacerse el tratamiento cuando el conyuge tiene relaciones extramatrimoniales con una sola persona y se tratan las tres simultáneamente.
- c) A las mujeres casadas y separadas del marido, si hay evidencia de que la separación es temporal, porque vuel-

ven a adquirir la enfermedad en cuanto se reunan con él.

A no ser que, a la vuelta del marido, se haga este un tratamiento antes de cohabitar con su esposa (esto es muy difícil) o que se sometan los dos a un nuevo tratamiento después.

- d) A las prostitutas profesionales o no .
- e) A las solteras si su novio no se hace el tratamiento al mismo tiempo. Hemos tratado alguna, contagiada por un novio anterior, si con él actuar no ha tenido ningún contacto sexual completo o incompleto.
- f) A las viudas que nos confiesen tener relaciones sexuales. Únicamente podría ser tratada una viuda de este tipo si su partenaire no tiene otras relaciones sexuales y accede a ser tratado.
- g) Es necesario desconfiar mucho de las posibilidades de curación en los casos en que la vida sexual después del er

trienio no parezca limpia. Aunque nos digan siempre que "ha sido irregular pero ahora no lo es" las curas son frecuentes y las recidivas también.

C) CRITERIO DE CURACION

Para poder enjuiciar los resultados de un tratamiento cualquiera es indispensable establecer un "criterio de curación", que no ha sido aun establecido para la tricomoniasis.

1) El criterio clínico

Todos los medicamentos que se han empleado en aplicación exclusivamente intravaginal, conducen a una mejoría clínica; a veces hasta una total desaparición de la sintomatología. Por lo común, las molestias reaparecen después, en cuanto los parásitos vuelven a existir en la vagina en proporción suficiente.

El criterio clínico es, como se comprende, insuficiente y, en la práctica, no sirve para juzgar la curación de los tricomonas.

A pesar de esto, aun la mayoría de los prácticos y hasta algunos investigadores poco concienzudos, osan hablar de "curaciones" de la tricomoniasis porque las molestias habian desaparecido al finalizar el tratamiento.

2) El criterio bacteriológico

Como se comprende, siempre que persistan los parásitos en cualquier localización, en uno o en ambos conyugos existe riesgo de recidiva clínica de las molestias. La única garantía y la única seguridad de curación es la desaparición definitiva de los tricomonas de todas las localizaciones.

Desde un punto de vista puramente teórico el problema de juzgar una curación es sencilla, pero en la práctica se presentan algunas dificultades: a) El hallazgo de tricomonas en la uretra del varón es difícil, y más difícil todavía en otras localizaciones posibles aunque, probablemente, raras. b) Tampoco es siempre fácil el hallazgo de tricomonas en la uretra de la mujer; más di-

ficil, si no imposible, en otras localizaciones extravaginales.

e) Donde resulta más sencillo encontrar los tricomonas es en la vagina, pero cualquiera de los medicamentos usados en esta localización, los hace desaparecer, momentaneamente al menos, con gran frecuencia.

En consecuencia, y por estas razones: a) El hallazgo negativo de tricomonas en el varón, despues de un tratamiento, no tiene ningun valor como criterio de curación. b) Tampoco tiene valor, a este respecto, la falta de hallazgo de tricomonas en la uretra de la mujer. c) Asimismo carece de valor, como criterio de curación, el que no se encuentren parásitos inmediatamente despues de terminar un tratamiento.

3) Si, despues de haber sido tratada una pareja con tricomonas, el varón continua infectado, aunque no tenga molestias ni se encuentren en el tricomonas, muy poco tiempo despues de reanudar las relaciones sexuales se podrán volver a encontrar los parási-

tos en la vagina de su conyuge. De este modo nos parece difícil, si no imposible, poder afirmar la curación de un varón más que cuando, despues de haber pasado algun tiempo y practicando relaciones sexuales normales, no se encuentren tricomonas en la vagina de su esposa.

De la misma manera, si despues de haber tratado a una mujer quedan parásitos en la uretra u otras localizaciones extravaginales, al cabo de algun tiempo tambien se vuelven a hallar en la vagina.

A veces cuando la tricomonasias no está curada, se encuentran parásitos en la vagina al finalizar el tratamiento, pero en otras ocasiones transcurre algun tiempo antes de que puedan encontrarse en dicho órgano. Generalmente las recidivas aparecen pronto, entre las dos y las cuatro semanas, y por esta razón consideramos curada una tricomonasias cuando no se pueden encontrar tricomonas en la vagina (si el frotis es sospechoso habrá de repetir-

se muchos días el examen) pasados dos meses después de finalizado el tratamiento a condición, si existe conyuge, de que hallan practicado relaciones sexuales normales durante ese tiempo.

Hubo una época en que exigíamos (BEDOYA y FERNANDEZ ORTEGA) la ausencia de tricomonas durante 6 meses después de acabar el tratamiento, pero nos hemos convencido posteriormente de que no es necesario esperar tanto tiempo para dar por curada una tricomoniasis.

4) El problema de las reinfecciones

La reinfección es la presencia de tricomonas nuevamente después de una auténtica curación. Las posibles vías de reinfección son las mismas que llevan a la infección primera; generalmente es el coito con persona portadora de *T. vaginalis* y cuanto mayor sea la promiscuidad sexual mayores serán las posibilidades de reinfección.

Se comprende que algunas de las consideradas como recidivas

sean, en realidad, simples reinfecciones. A veces el interrogatorio nos aclara esta posibilidad, pero bien se comprende lo difícil que ello resultará la mayoría de las veces.

Casi con seguridad se trata de reinfecciones cuando, pasados dos o tres meses sin encontrar tricomonas en la vagina, después de efectuado un tratamiento, se vuelven a hallar.

De todos modos, para los fines prácticos de enjuiciar la calidad de un tratamiento, no nos queda otro camino que considerar como recidivas a todos los casos en que encontramos tricomonas antes de los dos meses de haberlo finalizado; a no ser que, de un modo evidente, tengamos datos seguros de que ha sido una reinfección.

5) Criterio adoptado por nosotros.

Teniendo en cuenta lo expuesto, hemos adoptado al enjuiciar los resultados terapéuticos el siguiente criterio:

a) Si se trata de un matrimonio, se considerará curada la

tricomonosis en ambos conyuges cuando, transcurridos más de dos meses de finalizado el tratamiento y habiendo practicado relaciones sexuales normales, no se hallan tricomonas en el exudado vaginal de la mujer despues de exámenes repetidos.

- b) Si ha sido tratada solo la mujer (soltera, viuda, divorciada) el criterio de curación es el mismo sin el requisito de las relaciones sexuales. Conviene advertir siempre a la mujer que es saguro un nuevo contagio si tiene contactos sexuales despues con el que la contagió la primera vez (novio o marido).
- c) En ningun caso hemos tratado solo al varón. Señalamos, sin embargo, que no podremos afirmar su curación, aunque no hallemos tricomonas en su uretra, más que cuando, al mes de casado, podamos examinar la vagina de su esposa.

- d) Debe ser considerado como "muy sospechoso" en una tricomonásica tratada, el hallazgo de un exudado vaginal con abundantes leucocitos, aunque no se encuentren tricomonas. Antes de afirmar que está curada habrá que repetir los exámenes en días posteriores.
- e) Para el diagnóstico de curación nos servimos del examen en fresco del exudado vaginal, practicado al menos tres veces (si el exudado es sospechoso se repetirá en días ulteriores). El cultivo es más engorroso y no da más seguridades.

6) Otros criterios.

En realidad, muy pocos de los ginecólogos que se han encaramado con el problema del tratamiento de la tricomonas han adoptado un criterio racional para enjuiciar sus resultados.

Hemos indicado ya la inutilidad del criterio clínico, el de

nies de que se ha servido la mayoría, pero también hay otros tan ingenuos y tan censurables como éste. Así, por ejemplo, GARDNER y DUKES llegan a enjuiciar, muy recientemente, el valor de una medicación por el hecho de haber observado "una reducción en el número de parásitos vaginales y una reducción de su actividad". Y HENSEY (1959) acepta como curada una mujer si no encuentra tricomonas a las tres semanas. (Demasiado poco tiempo).

Buen criterio es el expuesto por GICHLANDO y BRANDT, que se lo consideran curadas a las mujeres que no tienen tricomonas después de tres menstruaciones desde el fin del tratamiento. Se fundan, para establecerlo así en el común pensar de que la menstruación favorece la proliferación de los tricomonas.

Nos parece, en cambio, exagerado el criterio que sustenta KLEESMAN de esperar a que transcurran 4 meses sin encontrar tricomonas en la mujer para considerarla curada.

D) MATERIAL Y RESULTADOS

1) Material

En la selección de enfermas no intervinieron otras circunstancias que las expresadas anteriormente. Tratamos tan solo de eliminar a los casos en que había posibilidades de reinfección y a los que no había posibilidad material de hacer las aplicaciones del medicamento.

Muchas de las enfermas que padecían tricomonasis vivían, por ejemplo, fuera de la ciudad o en zonas urbanas alejadas de la clínica y mal comunicadas. En éstas, hubimos de desistir de ensayar el tratamiento.

Iniciamos el tratamiento en muchas que después lo abandonaron antes de finalizarlo; una vez fué la mujer la que se cansó de ir a la clínica dos veces al día, pero en la mayoría fué el marido el incómodo. Asimismo, hubo otras muchas tricomonasis tratadas que después no volvieron a ser revisadas a pesar de pedir-

solo insistentemente y por diversos caminos. A todos estos casos los hemos descartado de este estudio estadístico porque carecen de todo interés.

Tratadas correctamente y revisadas al menos a los dos meses había 43 mujeres; en muchas, las revisiones llegaron a hacerse hasta después de 6 meses. Cuando se trataba de mujeres casadas se trataron también los maridos.

En la tabla IV indicamos el estado de estas enfermas.

TABLA IV

Estado social

Casadas.....	27
Viudas.....	6
Divorciadas.....	5
Solteras.....	<u>5</u>
Total.....	43

2) Tolerancia a la medicación

No hemos observado complicaciones importantes como consecuencia del tratamiento.

Casi con constancia se produce una irritación uretral, en la mujer y en el hombre, que origina las molestias típicas durante la micción. Cede espontáneamente a los 2-3 días de finalizar el tratamiento.

Con relativa frecuencia en la mujer y muy rara vez en el hombre, se han observado brotes de cistitis aguda recidivantes en cuya etiología figura la infección uretral por gérmenes que viven asociados a los tricomonas. Siempre cedieron bien estas cistitis a las sulfamidas y antibióticos.

3) Resultados

En la tabla V analizamos los resultados en los casos revisados después de dos meses de finalizado el tratamiento y con el criterio antes expuesto.

TABLA V

Nº de casos tratados.....	43
Reinfecciones seguras.....	6
Curaciones.....	32
Fracasos inexplicados.....	5
(dos curaron en 2ª tanda)	

3) Reinfecciones

En 6 casos encontramos tricomonas al hacer la revisión y había seguridad de que se trataba de reinfecciones por nuevos contagios.

En 4 ocasiones se trataba de divorciadas o "separadas del marido" que volvieron a unirse con él después del tratamiento y antes de ser revisadas; en un caso, que hemos incluido entre las curadas, esto sucedió pasado un año después del tratamiento, con múltiples revisiones negativas durante ese tiempo.

Una era soltera que, después de estrecho interrogatorio, confesó haber vuelto a tener contacto incompleto con su novio.

En otro caso era el marido el que se había vuelto a contagiar. Y, además, entre los casos curados está incluido uno que se reinfectó porque el marido tenía una amiga ("decente" según él); curó después de un segundo tratamiento y de que el marido abandonó a su amiga.

4) Los fracasos o recidivas

Hemos tenido 5 fracasos para los que no hemos hallado explicación.

En dos de estos casos (eran dos matrimonios) se obtuvo la curación en una segunda tanda de tratamiento y figuran también entre los curados. No hemos podido hallar explicación a estos dos fallos, pero se concibe bien que si, por cualquier circunstancia, quedó algún tricomonas vivo, en el varón o en la mujer, fué el punto de partida de una recidiva. Lo cierto es que después, con la misma técnica de tratamiento, se logró la curación.

En los otros tres casos no hemos hallado explicación y en dos de ellos llegaron a fallar hasta tres tandas de tratamiento. Las

explicaciones pueden ser varias: a) Es posible que en alguno se trate de reinfecciones. No todos los casos son fácilmente abordables al interrogatorio y no todos contestan con sinceridad absoluta. b) En alguno de estos casos pueden existir otros focos de tricomonas además de la vagina y de las uretras. En una de estas enfermas, embarazada, había pequeños quistes de glándula de Bartholino en ambos lados y en otra había una cervicitis; acaso fueran localizaciones de tricomonas de las que resulta imposible desalojarlos. c) Aunque no haya tricomonas fuera de las localizaciones abordadas con la medicación, piénsese en lo fácilmente que puede quedar alguna entre los múltiples pliegues de la vagina, de las uretras o del introito vulvar.

E) COMENTARIOS

1) Al analizar el número de curaciones es necesario referirlo al número de casos tratados en los que no había reinfección; estos no podían ser curados y no deben ser, por ello, tomados en cuenta. De

este modo se obtuvieron 32 curaciones entre 37 casos (86,5%).

Ciertamente que con el tratamiento local múltiple no se logra la curación en todos los casos, pero el porcentaje es mucho más elevado que con cualquier otro tratamiento y, en tanto se disponga de otro mejor, es el único hoy utilizable.

2) Tiene, sin duda, el proceder muchos inconvenientes.

Es un tratamiento engorroso que obliga a los pacientes a acudir al médico dos veces al día durante una semana; ello hizo que un porcentaje muy alto de las enfermas que acudieron a la clínica hospitalaria no pudieran ser tratadas y que representara también un trastorno para las demás.

Es cierto que el tratamiento no es difícil de realizar y que lo puede hacer bien cualquier médico y aun cualquier practicante, matrona o enfermera en cualquier pueblo. La verdad es que nosotros no quisimos confiar a nadie el tratamiento porque, en el período experimental del mismo, queríamos tener la seguridad de que era correc-

tamente efectuado; pasado este período de ensayo, puede ser realizado por cualquier profesional de la medicina.

3) No es, por estas razones, el tratamiento ideal de la tricomoniasis y debe ser considerado como método provisional que habrá de ser abandonado en cuanto se descubra un medicamento activo por vía oral o parenteral que sea verdaderamente eficaz.

Pero, en la actualidad es el único tratamiento que vale la pena hacer si se tiene la intención de obtener una curación definitiva (aunque alguna vez no se obtenga). La aplicación de cualquier medicación solo en la vagina no es más que un tratamiento paliativo y los medicamentos que se dicen activos por vía oral no son ni paliativos siquiera.

4) Se comprende que la eficacia puede ser igualada, e incluso superada, mediante la aplicación de medicamentos bajo otras formas medicamentosas (instilaciones, pomadas etc.) en las tres localizaciones señaladas (vagina y uretras femenina y masculina). Estas otras for-

mas de aplicación habrán de ser ensayadas tambien.

Lo que caracteriza al "tratamiento local múltiple" es la aplicación simultánea de un tricomonocida en las tres localizaciones señaladas y con las pautas expuestas; la forma medicamentosa acaso sea lo menos importante.

Es, asimismo, muy posible que cualquier otro tricomonocida eficaz pueda ser utilizado con los mismos resultados que el Stevarcol. Pero diremos que las furanonas no se mostraron eficaces en un sero- te ensayo realizado por BEDOYA y ROLDAN.

5) De un modo caprichoso establecimos en una semana la duración del tratamiento.

Es posible que baste con menos tiempo. Al menos hay 3-6 casos en que el tratamiento duró solamente 3 días y otro en que duró solo 5 días y se obtuvieron curaciones.

Pero, asimismo, es posible tambien que si hubieramos prolongado más de una semana el tratamiento, se hubieran curado los dos ma-

trimestres que necesitaron una segunda tanda.

Será preciso variar estas circunstancias en un número suficiente de casos para comparar los resultados. Entre tanto, seguiremos fieles a la duración de una semana.

CONCLUSIONES

- 1) El tratamiento local, exclusivamente intravaginal, de la tricomoniasis, con los medicamentos más en boga actualmente, no logra eliminar los parásitos más que momentáneamente. Producen, caso sí, casi siempre, un alivio pasajero de la sintomatología.
- 2) Estos malos resultados están explicados por el convencimiento de la existencia constante de otros focos extravaginales que conducen a constantes recidivas o reinfecciones.
- 3) Los ensayos de tratamiento general (oral o parenteral), con testosterona, terramicina, cloroquina y arsenicales no fueron seguidos de éxito.
- 4) Tampoco son eficaces el 2-acetilamino-5-nitrotiazol (Tri-theon) ni la Trychomicina, empleados por vía oral, para la curación de la tricomoniasis.
- 5) Con el tratamiento local múltiple pretendemos curar la tricomoniasis mediante la aplicación local de un tricomonocida

(Stovarsol en este estudio) en cada una de las tres localizaciones constantes de los tricomonas (uretra del varón y vagina y uretra de la mujer).

- 6) Se propone un criterio de curación de la tricomoniasis, necesario para enjuiciar los resultados terapéuticos.

Fundado en que las recidivas aparecen pronto, se considerará curada una tricomoniasis cuando no se logran demostrar parásitos en la vagina pasados dos meses después del tratamiento.

- 7) Se señala la posibilidad de existencia de reinfecciones, no imputables a fracaso terapéutico.

- 8) Con el criterio antes señalado se ha obtenido un 86,5% de curaciones parasitológicas de la tricomoniasis mediante el tratamiento local múltiple.

- 9) Se analizan algunas de las causas que pueden motivar el fracaso terapéutico.

- 10) Se señalan los defectos del método indicándose que no debe considerarse como el definitivo, a pesar de ser el mejor que hoy poseemos y el único que vale la pena utilizar con pretensiones curativas.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMANN (A.).- Dermat. Ztschr. 71-132-1935.
- BARNES (J.).- Les infestations a trichomonas. Masson. Paris 1957.
- BARNES (J.) y cols.- Brit. M. J. 1-1150-1957.
- BEDOYA (J.M.).- Les infestations a trichomonas. Masson et Cie. Paris 1957.
- " .- Trichomonas sexual humana. Facta. Valencia 1959.
- BEDOYA (J.M.) y PDEZ/ ORTEGA (J.M.).- Ginec. Pract. 2-97-1958.
- BEDOYA (J.M.) y RICO (L.R.).- Acta Gin. 7-275-1956.
- " " .- Acta O. G. hispanus.
- " " .- Geb. Frauenheilk.
- BEDOYA (J.M.) y RIOS (G.).- Geburtsh. Frauenheilk.
- BEDOYA (J.M.) y BOLDAN (F.).- Acta Gin. 10-179-1959.
- BERIE (B.) y MILETIE (M.).- 3^o Kongresa Ginekologa-epstetričara jugoslavije. 1956.

GARDNER (H.L.) y DUKES (Ch.D.).- Obst. Gin. 8-591-1956.

GELLHORN (G.).- J.A.M.A. 10-1765-1933.

GIORLANDO (S.W.) y BRANDT (M.L.).- Am.J.O.G. 76-666-1958.

HAMMER (J.M.), DE GOAT (A.) y Mc GREGOR (J.R.).- J. Mich. M. Soc.

53-888-1954.

HAUPSTEIN (P.).- Med. Welt. 9-1805-1935.

HEES (E.).- Klin. Wchschr. 12-1737-1933.

HOSOYA.- bibliografía sobre Trychomicias en Chappaz y Bertrand.

MAGARA (M.) y AMINO (E.).- Les infestations a trichomonas. Masson.

Paris 1957.

MANDOUL (M.R.) y PESTRE (M.).- Les infestations a trichomonas. Masson.

Paris 1957.

PATTYSON (R.A.).- New York State J. Med. 37-41-1937.

PEREZ (M.L.) y BLANCHARD (O.).- Tricomoniasis vaginal. El Ateneo.

B. Aires 1944.

PERL (G.), GUTTMACHER (A.F.) y RAGGAZONI (H.).- Obst. Gin. 7-128-1956.

PIPPER (H.C.).- Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 11-689-1938.

PLENTL (A.A.), GRAY (H.G.), NELSON (E.D.) y DALALI (S.J.).- Am.J.O.G.

71-116-1936.

RAJAN (R.V.), RAUJIAN (P.V.), SOWHINI (C.N.) y KRISHNAMURTHI (N.).-

Publ. Lederle Lab. Div. 1955.

RIRA (L.).- Am.J.O.G. 73-174-1957.

RODECURT (M.).- Manch. Med. Wchschr. 81-1718-1934.

" .- Wtschr. Geb. Gynäk. 107-217-1934.

" .- Zbl. Gyn. 60-567-1936.

ROUZE-LOPEZ-NEIRA (C.).- com. personal.

SCHWARZ (I.).- Obst. Gynec. 7-312-1956.

SIBITCH (F.).- Les infestations a trichomonas. Masson. Paris 1937.

Symposium sur les infestations a trichomonas. Masson et Cie. Paris 1938

THRENSKILL (R.K.).- Trichomonas vaginalis and trichomoniasis.- Thomas

ed. Springfield 1947.

USANDYHAGA (M.) y VOLINERO (E.).- Acta Obst. Gynec. 1-3-1936.

VIQUINT (N.), CARSTRÖM (G.) y EROBY (S.).- Acta O.G.Scand. 37-100-

P R O T O C O L O

CASO I

Edad: 51 años. Estado: Soltera

Hª Obstétrica: Ninguna gestación.

Sintomas: Leucorrea desde hace 4 años.

Prurito desde hace 2 años.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynopliz
solo a la enferma.**

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado: Tricomonas (—)
II (2 meses)	" " (—)
III (3 meses)	" " (—)
IV (15 meses)	" " (—)
V (18 meses)	" " (—)
VI (19 meses)	" " (—)

(Reinfección segura. Ha vuelto a tener rel. sexu

CASO 2

Edad: 30 años Estado: Casada hace 7 meses

Nº Obstetrica: Gestación de 5 meses.

Sintomas: Leucorrea desde el matrimonio

Prurite " " "

Intensa coitalgia " " "

Tratamientos anteriores: Ninguno

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynoplax
a pareja.**

REVISIONES

I (1 mes) Resultado: Triconomas (—)

II (9 meses) " " (—)

CASO 3

Edad: 33 años Estado: Viuda hace 6 años.

Nº Obstétrica: Un parto.

Sintomas: Leucorrea desde hace 10 años.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsel y Devegan
solo a la enferma.**

REVISIONES

I (15 días)	Resultado.-	Triconomas	(-)
II (1 mes)	"	"	(-)
III (2 meses)	"	"	(-)
IV (7 meses)	"	"	(-)
V (13 meses)	"	"	(-)
VI (16 meses)	"	"	(-)

CASO 4

Edad: 31 años **Estado:** Casada hace 12 años.

Hª Obstétrica: 3 partos y un aborto.

Síntomas: Leucorrea desde 7 años antes.

Dolor y escozor a la micción.

Tratamientos anteriores: Proteino terapia inespecífica y
antisépticos vaginales.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devogan
a pareja.

REVISIONES

I (1 mes) Resultado.- Tricomonas (+)

(Reinfección segura. El marido confiesa haber tenido después del tratamiento relaciones extramatrimoniales).

CASO 5

Edad: 40 años. Estado: Casada hace 6 años.

Hª Obstétrica: 2 abortos.

Síntomas: Leucorrea desde 6 años antes.

Coitalgia.

Escozor a la micción.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegan
a pareja.**

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado. +	Tricomonas	(—)
II (4 meses)	"	"	(—)
III (5 meses)	"	"	(—)
IV (6 meses)	"	"	(—)
V (7 meses)	"	"	(—)
VI (9 meses)	"	"	(—)

CASO 6

Edad: 22 años. **Estado:** Casada hace 2 años (actualmente separada del marido).

H^o Obstétrica: Esteril.

Síntomas: Leucorrea desde 9 meses antes.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsoll y Devegan solo a la enferma.

REVISIONES

I (3 meses) Resultado.- Tricomonas (+).

(Reinfección segura. El marido ha regresado)

CASO 7

Edad: 27 años. Estado: Casada hace 9 meses.

Nº Obstétrica: No gestaciones.

Síntomas: Coitalgia intensa.

Escozor a la micción.

Polaquiuria.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegan
a pareja.**

REVISIONES

I (1 mes) Resultado.- Tricomonas (+)

(Fracaso inexplicado)

CASO 8

Edad: 23 años **Estado:** Separada del marido desde hace 2 años.

Nº Obstétrica: 2 partos.

Síntomas: Leucorrea desde hace 3 años.

Prurito " " " "

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegan
solo a la enferma.

REVISIONES

I (2 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

(Reinfección segura. Se ha vuelto a unir con el marido).

CASO 9

Edad: 21 años Estado: Casada hace 5 años (Actualmente se-
parada del marido).

Hº Obstétrica: Un parto.

Síntomas: Leucorrea desde 3 meses antes.

Coitalgia.

Intensa colpitis.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegan
solo a la enferma.

REVISIONES

I (18 días) Resultado.- Tricomonas (+)

(Fracaso, al parecer, inexplicado)

Nuevo tratamiento duplicando la dosis de Devegan

CASO 9 (Cont.)

REVISIONES

I (10 días) Resultado.- Tricomonas (+)

(Reinfección segura. Posteriormente confiesa haber vuelto a tener relaciones sexuales con su marido después de haber estado desahucado después del primer tratamiento).

CASO 10

Edad: 35 años Estado: Casada hace 14 años (asegura practicar continencia absoluta)

Nº Obstétrica: 3 paros y un aborto.

Síntomas: Leucorrea desde 5 meses antes.

Tratamiento anterior: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegan solo a la enferma.

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado.-	Tricoemonas	(-)
II (5 meses)	"	"	(-)
III (8 meses)	"	"	(+)

(Reinfección probable)

CASO 11

Edad: 31 años **Estado:** Casada hace 9 años (separada del marido desde hace 2 años)

Nº Obstétrica: Un parto y un aborto.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Prurito desde un mes antes del tratamiento.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegan solo a la enferma.

REVISIONES

I (5 meses) Resultado.- Tricomonas (--)

CASO 12

Edad: 35 años Estado: Casada hace 11 años.

Hª Obstétrica: 2 paros y 7 abortos.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Prurito desde hace un año.

Frecuentes cistitis.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegan
a pareja.**

REVISIONES:

I (5 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (6 meses)	" " (—)
III (9 meses)	" " (—)

CASO 13

Edad: 24 años Estado: Soltera

Síntomas: Leucorrea desde hace 2-3 años.

Escozor a la micción.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsel y Devegan
solo a la enferma.

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (5 meses)	" " (—)

CASO 14

Edad: 47 años **Estado:** Casada hace 25 años.

Nº Obstétrica: 5 partos.

Síntomas: Lencorrea desde hace 5 meses.

Dolores en hipogastrio desde hace 5 meses.

Tratamientos anteriores: Irrigaciones de Arnal y Gynoplax
en vagina.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsel y Devogan
a pareja.

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (5 meses)	" " (—)
III (7 meses)	" " (—)

CASO 15

Edad: 30 años Estado: Casada hace 5 años.

Hª Obstétrica: Un parto hace 2 meses.

Síntomas: Leucorrea desde el parto.

Prurito " "

Coitalgia " "

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local Múltiple con Stevarsonil y Devegan
a pareja.

REVISIONES

I (5 meses) Resultado.- Tricomonas (—)

II (8 meses) " " (—)

CASO 16

Edad: 24 años Estado: Soltera.

Síntomas: Leucorrea desde hace 5 años.

Prurito " " " "

Tratamientos anteriores: Devegan en vagina e instilaciones uretrales de Terramicina.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegan solo a la enferma.

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado.-	Tricomonas (-)
II (5 meses)	"	" (-)
III (7 meses)	"	" (-)

CASO 17

Edad: 42 años Estado: Viuda hace 10 años.

Hª Obstétrica: Un parto.

Síntomas: Leucorrea escasa.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Lencotrico (preparado de acetarsone) solo a la enferma.

REVISIONES

I (3 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

.....

Nuevo tratamiento L. múltiple con Stevarsol y Gynopliz.

REVISIONES

I (9 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

CASO 18

Edad: 25 años Estado: Casada hace 1 año.

Hª Obstétrica: No gestaciones.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Prurito " "

Coitalgia " "

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Leucotri-
ce a pareja.

REVISIONES

I (5 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

(Reinfección segura. El marido confiesa tener relaciones
extramatrimoniales).

CASO 19

Edad: 21 años Estado: Casada hace 8 meses.

Nº Obstétrica: Un abrito.

Síntomas: Leucorrea.

Tratamientos anteriores: Trychomicina oral a pareja (5 comp.
diarias durante 7 días).

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Gynopliz
a pareja.

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.-	Tricomonas	(--)
II (5 meses)	"	"	(--)

CASO 20

Edad: 36 años Estado: Casada hace 11 años.

Hª Obstétrica: 4 partos y un aborto.

Síntomas: Leucorrea desde hace 3 meses.

Prurito " " " "

Coitalgia.

Tratamientos anteriores: Proteinoterapia.

Terramicina, tabletas vaginales.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devogan
a pareja.**

REVISIONES

I (11 meses) Resultado.- Tricomonas (-)

CASO 21

Edad: 33 años Estado: Casada hace 7 años.

Nº Obstétrica: 2 partos y 5 abortos.

Síntomas: Leucorrea desde hace 5 años.

Prurito " " " "

Coitalgia " " " "

Escozer a la micción y polaquiuria.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarcel y Gynopliz
a pareja.**

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
II (3 meses)	"	"	(—)
III (12 meses)	"	"	(—)

CASO 22

Edad: 25 años Estado: Casada hace 3 años.

Hª Obstétrica: Esteril.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Prurito " "

Coitalgia desde hace 2 meses.

Tratamientos anteriores: Diatermia.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Davegan
a pareja.

REVISIONES

I (11 días) Resultado.- Tricomonas (+)

(Pracaso inexplicado).

CASO 23

Edad: 30 años Estado: Casada hace 2 años.

Hª Obstétrica: Esteril.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Coitalgia " "

Intensa colpitis.

Molestias en fosa ilíaca izq.

Marido con antecedentes de blenorragia y orquitis.

Actualmente sin síntomas. Eyaculado muy abundante

(9c.c.) Probablemente tenía una prostatitis.

Tratamientos anteriores: Antibióticos y diatermia.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegan

a pareja durante 6 días.

)))

REVISIONES

I (2 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

(No se investigan las causas del fracaso).

CASO 24

Edad: 39 años Estado: Casada hace 15 años.

Hª Obstétrica: 4 partos y un aborto.

Síntomas: Leucorrea

Prurito

Coitalgia

Tratamientos anteriores: Electrocoagulación de cuello.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsel y Synopliz a pareja.

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (6 meses)	" " (—)

CASO 25

Edad: 30 años Estado: Casada hace 12 años.

Nº Obstétrica: Un aborto.

Síntomas: Coitalgia.

Colpitis intensa.

Tratamientos anteriores: Proteinoterapia.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynopliz
a pareja.**

REVISIONES

- I (1 mes) Resultado.- Tricomonas (—)**
- II (11 meses) " " (—)**

CASO 26

Edad: 40 años Estado: Casada hace 20 años.

Nº Obstétrica: 2 partes.

Síntomas: Leucorrea desde hace 3 años.

Prurito desde hace 18 años.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Bevegan
a pareja.**

REVISIONES

I (2 meses) Resultado.- Tricomonas (-)

CAS027

Edad: 36 años Estado: Casada hace 10 años.

Hª Obstétrica: Un parto.

Síntomas: Leucorrea desde hace 2 años.

Coitelgia.

Coitorragia.

Tratamientos anteriores: Antibióticos

Proteinoterapia

Irrigaciones vaginales

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Gynopliz
a pareja.

REVISIONES

I (2 meses) Resultado.- Tricomonas (—)

II (9 meses) " " (—)

CASO 28

Edad: 24 años Estado: Casada hace un año.

Hª Obstétrica: No gestaciones.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Prurito " "

Coitalgia " "

Dolor a la micción.

Tratamientos anteriores: Proteinoterapia.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegan
a pareja.

REVISIONES

I (15 días)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
II (2 meses)	"	"	(—)
III (11 meses)	"	"	(—)

CASO 29

Edad: 40 años Estado: Viuda hace 14 años.

Nº 0 bstétrica: 4 partos y 3 abortos.

Síntomas: Leucorrea desde hace 2 meses.

Prurito " " " "

Escozor a la micción y polaquiuria.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Devegán
solo a la enferma.

REVISTONES

I (1 día)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (1 mes)	" " (—)
III (10 meses)	" " (—)

CASO 30

Edad: 35 años Estado: Viuda hace 7 meses.

Nº Obstétrica: 2 partos.

Síntomas: Leucorrea desde hace un año.

Escozor a la micción y polaquiuria.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Gynopliz
solo a la enferma.

REVISIONES

I (3 meses)	Resultado.-	Tricomonas	(-)
II (9 meses)	"	"	(-)

CASO 31

Edad: 35 años Estado: Canada.

Nº Obstétricas: Un parto.

Síntomas: Leucorrea desde hace 10 años.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsel y Synopliz
a pareja.

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado,- Tricomonas	(--)
II (2 meses)	"	" (—)

CASO 32

Edad: 22 años Estado: Casada hace 5 meses.

Nº Obstétrica: Gestación de 4 meses.

Síntomas: Leucorrea desde hace 3 meses.

Coitalgia.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynopliz
a pareja.

REVISIONES

I (1 mes) Resultado.- Tricomonas (+)

Nuevo tratamiento igual al anterior

REVISIONES

I (15 días) Resultado.- Tricomonas (+)

CASO 82 (Cont.)

Nuevo tratamiento local múltiple con Stevarsol y Gynopliz solo a la enferma, hospitalizada, por sospecha de reinfecciones.

REVISIONES

I (5 días) Resultado.- Tricomonas (+).

(La enferma presentaba sendos pequeños quistes en ambas glándulas de Bartholine).

CASO 33

Edad: 35 años Estado: Casada hace 11 años.

Hª Obstetrica: Esteril.

Síntomas: Leucorrea desde el matrimonio.

Coitalgia.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynoplax
a pareja.**

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
II (1½ meses)	"	"	(—)
III (6 meses)	"	"	(—)

CASO 34

Edad: 17 años Estado: Soltera.

Síntomas: Leucorrea desde menarquia.

Prurito " "

Tratamientos anteriores: Niagano.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsel y Gynopliz
soló a la enferma.**

REVISIONES

I (15 días) Resultado.- Tricomonas (—)

II (2 meses) " " (—)

CASO 35

Edad: 24 años Estado: Soltera.

Sintomas: Leucorrea desde hace 2 meses.

Prurito " " " "

Escozor a la micción.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynopliz
solo a la enferma.**

REVISIONES

I (8 meses) Resultado.- Tricomonas (+)

(Reinfección segura. Nuevos contactos sexuales).

CASO 36

Edad: 34 años Estado: Viuda hace 3 años.

Nº Obstétrica: 2 partes y un aborto.

Síntomas: Leucorrea

Prurito

Pielitis hace 5 meses.

Tratamientos anteriores: Ninguno.

**Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynoplax
solo a la enferma.**

REVISIONES

I (15 días)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
II (1½ meses)	"	"	(—)
III (6 meses)	"	"	(—)

CASO 37

Edad 36 años Estado: Casada hace 6 años.

H^e Obstétrica: Esteril.

Síntomas: Leucorrea

Coitalgia

Molestias en hipogastrio.

Tratamientos anteriores: Irrigaciones con algúna antiséptico.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynopliz
a pareja.

REVISIONES

I (3 meses) Resultado.- Tricomonas (—)

II (6 meses) " " (—)

CASO 38

Edad 35 años Estado: Viuda.

Hª Obstétrica: ?

Síntomas: Leucorrea

Intensa colpitis

Tratamientos anteriores: Antibióticos.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsol y Gyneplix
solo a la enferma.

REVISIONES	I (15 días)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
	II (1 mes)	"	"	(—)
	III (2 meses)	"	"	(—)
	IV (6 meses)	"	"	(—)

CASO 39

Edad: 34 años Estado: Canada.

H^o Obstétrica: ?

Síntomas: Leucorrea

Coitalgia

Tratamientos anteriores: Antibióticos.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stovarsel y Gyneplix
a pareja.

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado.-	Tricomonas	(—)
II (2 meses)	"	"	(—)
III (3 meses)	"	"	(—)
IV (8 meses)	"	"	(—)

CASO 40

Edad: 52 años Estado: Casada.

Hª Obstétrica: No gestaciones.

Sintomas: Leucorrea

Prurito.

Tratamientos anteriores: (Ver caso 1)

Trat. L. M. con furantoina a pareja que fracasa.

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Gynoplax a pareja.

REVISIONES

I (1 mes)	Resultado.-	Tricomonas	(-)
II (2 meses)	"	"	(-)

CASO 41

Edad: 31 años **Estado:** Casada.

Nº Obstétrica: 3 partos y un aborto.

Síntomas: Leucorrea

Dolor y escozor a la micción.

Tratamientos anteriores: (Ver Caso 4).

Tratamiento actual: Local múltiple a pareja con Stevarsol
y Devegan.

REVISIONES

I (3 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (4 meses)	" " (—)

CASO 42

Edad: 27 años **Estado:** Casada.

Hª Obstétrica: No gestaciones.

Síntomas: Coitalgia

Escozer a la micción y polaquiuria.

Tratamientos anteriores: (Ver Caso 7).

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegán
a pareja.

REVISIONES

I (2 meses) Resultado.- Tricomonas (-)

CASO 43**Edad: 25 años Estado: Casada.****Nº Obstétrica: Esteril.****Síntomas: Leucorrea****Prurito****Coitalgia****Tratamientos anteriores: (Ver Caso 22)**

Tratamiento actual: Local múltiple con Stevarsol y Devegán a pareja, duplicando la dosis de Devegán.

REVISIONES

I (2 meses)	Resultado.- Tricomonas (—)
II (6 meses)	" " (—)
III (8 meses)	" " (—)

INDICE

(I)

	<u>Pág.</u>
Introducción.....	2
Tratamiento local vaginal.....	8
Ensayos de tratamiento general en la tricomoniasis.....	23
Testosterona.....	24
Terramicina.....	25
Cloroquina.....	26
Arsenicales.....	27
2-acetilamino-5-nitrotiazol.....	30
Trychomicina.....	34

Pág.

El tratamiento local múltiple..... 39

Introducción..... 39

Método de tratamiento..... 41

Criterio de curación..... 47

Material y resultados..... 56

Comentarios..... 61

Conclusiones..... 66

Bibliografía..... 69

Protocolo..... 73