

COMUNICACIONES BREVES

INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS, CANDIDA ALBICANS Y NEISSERIA GONORRHOEAE EN MUJERES EMBARAZADAS

REINALDO HEREDIA C.*, CLARA INES DE VARGAS**

Se estudiaron 198 mujeres en el último trimestre de la gestación con el fin de conocer la frecuencia de la infección por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Candida albicans* diagnosticada empleando cultivos de muestras endocervicales y vaginales. Los porcentajes de infección con los diferentes microorganismos fueron: *C. albicans* 21%, *C. trachomatis* 3,5% y *N. gonorrhoeae* 0,5%. Se destaca la importancia de la investigación de la infección por *C. trachomatis*, en pacientes ginecológicas, en embarazadas, y como parte del estudio preconcepcional.

INTRODUCCION

El diagnóstico temprano de la infección por *Chlamydia trachomatis* en la mujer embarazada es de gran importancia clínica, ya que ésta puede ser responsable de cervicitis, ruptura prematura de membranas (RPM) y muerte neonatal (1-4). Se ha descrito también que el 50% de los niños nacidos de madres infectadas con *C. trachomatis* presentan conjuntivitis y el 20% neumonía (1, 2, 4). La tasa de infección por *C. trachomatis*, en las mujeres embarazadas, fluctúa en los diferentes estudios entre el 2% y el 25% (1-3, 5), siendo 5 a 10 veces mayor que la de la *Neisseria gonorrhoeae*, este último germen también es de gran patogenicidad en el período de gestación, tanto para la madre como para el feto (6). La incidencia de infección por *Candida albicans* en mujeres embarazadas puede llegar a ser del 40%, esto se ha atribuido a factores endocrinos y de inmunidad celular. El recién nacido puede infectarse al pasar por el canal del parto y presentar infecciones cutáneas superficiales o en la mucosa oral, así como enfermedades sistémicas (7).

Debido a los efectos adversos de la infección cervicovaginal por estos microorganismos durante la gesta-

ción (2-4), y a los escasos datos que se encuentran en nuestra literatura sobre su diagnóstico, especialmente el de infección por *C. trachomatis* (5), quisimos conocer sus porcentajes de infección en una población de mujeres embarazadas.

MATERIALES Y METODOS

Pacientes

Se estudiaron 160 mujeres, en el tercer trimestre del embarazo, con leucorrea (sintomáticas) y 38 mujeres con similares características pero sin flujo patológico (asintomáticas). De cada paciente se consignaron los siguientes datos: semanas de embarazo, edad, paridad, número de abortos, antecedentes de RPM, endometritis, amnionitis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e historia de conjuntivitis y/o neumonía en sus hijos recién nacidos.

En el embarazo actual se determinó la presencia de leucorrea, prurito y disuria. Mediante el examen ginecológico se observó si había vulvitis, vaginitis y signos de cervicitis (estimados como erosión y friabilidad), lo mismo que el aspecto de la leucorrea.

* M.D. Jefe Servicio Ginecología y Obstetricia, Caja Nacional de Previsión, Clínica Santa Rosa.
**Bacterióloga, Grupo de Microbiología Instituto Nacional de Salud.

Toma y Procesamiento de las muestras

Se tomaron con escobillón tres muestras: una vaginal y dos cervicales (8); la muestra vaginal se empleó para el aislamiento de *C. albicans* (9) y las muestras cervicales para el cultivo de *N. gonorrhoeae* (10) y *C. trachomatis* (11).

RESULTADOS

El grupo total de pacientes (sintomáticas y asintomáticas) estuvo conformado por 198 mujeres que tenían entre 35 y 40 semanas de embarazo, con edades comprendidas entre 19 y 39 años. El grupo etáreo mayor fue el de 19-29 años (78%). El 70% de la población había estado en embarazo entre 2 y 5 veces y el 17% informaron haber tenido abortos. Los antecedentes de endometritis, amnionitis y EPI fueron relatados en menos del 1% de la población y el de RPM en el 9%. En los antecedentes de los niños se encontró que el 4% había presentado conjuntivitis y el 2% neumonía.

Con relación a los síntomas relatados por las 198 pacientes, el 48% tenía prurito y el 29% disuria. Al examen ginecológico el 13% presentó vaginitis y el 6% vulvitis. En un alto porcentaje de la población se observaron signos de cervicitis: erosión en el 45% y friabilidad en el 48%. De las 160 mujeres que presentaron leucorrea, el 73% evidenciaba un flujo blanco grumoso.

En cuanto a los resultados de laboratorio, el germen aislado con mayor frecuencia fue la *C. albicans* que se detectó en el 21% de los casos. La *C. trachomatis* fue diagnosticada en el 3,5% aislándose en el 2,4% (4/168) de las sintomáticas y en el 8% (3/38) de las asintomáticas. La *N. gonorrhoeae* se aisló en una sola paciente (0,5%).

Al relacionar los hallazgos de laboratorio con los antecedentes y los síntomas, encontramos lo siguiente: de las pacientes infectadas con *C. albicans*, el 71% (27/38) tenían leucorrea, el 66% (23/35) presentaban prurito, el 44% (15/34) disuria, el 9% (2/22) vulvitis y ninguna (0/22) tuvo vaginitis. La paciente de la cual se aisló *N. gonorrhoeae* tenía erosionado el cervix pero su flujo era blanco grumoso. Las pacientes infectadas con *C. trachomatis* no relataron antecedentes de abortos, amnionitis ni EPI. La RPM y/o la endometritis se había presentado en el 14% de los casos (1/7); la

conjuntivitis y la neumonía en sus hijos recién nacidos, no fue informada por ninguna de las pacientes. El 33% (2/6) tenían síntomas de disuria y los signos de cervicitis fueron encontrados así: erosión en el 50% (3/6) y friabilidad en el 40% (2/5).

DISCUSION

Los resultados anteriores demuestran que, de los tres gérmes estudiados en la vagina y el cervix, en este grupo de pacientes, el que con mayor frecuencia se aisló fue la *C. albicans*, lo que está de acuerdo con la literatura (12). El aislamiento ocurrió en mayor proporción que en mujeres que acuden a consulta ginecológica general (13); también se confirmó que los síntomas que más se relacionaron con la infección por *C. albicans* fueron el flujo y el prurito, como ha sido descrito recientemente por Odds y colaboradores y hallado en uno de nuestros trabajos anteriores (13, 14).

La baja frecuencia con que se aisló la *N. gonorrhoeae* en este tipo de población, es semejante a lo encontrado por otros grupos (13).

El hallazgo de infección por *C. trachomatis* en el embarazo se encuentra en el rango descrito por otros autores (2-5), incluyendo el único trabajo colombiano en el cual esta infección fue diagnosticada en el 3,3% del grupo en embarazo estudiado. Sin embargo, estos porcentajes de infección son inferiores a los determinados por nosotros en un grupo de pacientes no embarazadas (13, 15), esta falta de correlación en el porcentaje de aislamiento de la *C. trachomatis* en pacientes ginecológicas y obstétricas, puede deberse a las diferencias en clase social y costumbres sexuales de los dos grupos.

El hecho de aislarse la *C. trachomatis* en proporciones semejantes en las pacientes sintomáticas y asintomáticas, señala la importancia de su búsqueda en el exámen ginecológico periódico rutinario, así como en la consulta preconcepcional, logrando con ello prevenir, tanto las anexítis y obstrucciones tubáricas, como las complicaciones que suelen ocurrir por la transmisión vertical de estos microorganismos (2).

Los signos clínicos de cervicitis (erosión y friabilidad) no ayudaron al diagnóstico presuntivo de la infección por *C. trachomatis*, como había sido registrado en un trabajo anterior (13), en el que consideramos

la friabilidad del endocervix como el signo clínico que permitía una mayor orientación diagnóstica para el ginecólogo. Esto se debe a que la friabilidad es una condición natural en la gestación avanzada (16).

Es importante realizar otros estudios en diferentes tipos de poblaciones colombianas de mujeres embarazadas con el propósito de conocer la verdadera frecuencia de infección por *C. trachomatis*.

SUMMARY

The frequency of cervical and vaginal infection with *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and *Candida albicans* was studied in 198 pregnant women in their last trimester. The diagnosis was made culturing endocervical and vaginal specimens by standard procedures. The percentages of infection were: 21% for *C. albicans*, 3.5% *C. trachomatis* and 0.5% *N. gonorrhoeae*. The diagnosis of chlamydial infections in gynecologic and pregnant patients is emphasized.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Martha Urueta, residente de Ginecología de la Clínica San Rafael, por su contribución en la toma de las muestras y a la bióloga Nelly Ordoñez por su excelente colaboración en el procesamiento de las muestras.

BIBLIOGRAFIA

- Center For Disease Control. *Chlamydia trachomatis* infections: policy guidelines for prevention and control. MMWR 1985; 34 (Suppl): 53S-74S.
- Monif GRG. The impact of *Chlamydia trachomatis* on mother and infant. In: Impact on the fetus of parental sexually transmitted disease. Ann N Y Acad Sci 1988; 549: 31-38.
- Alexander ER, Harrison HR. Role of *Chlamydia trachomatis* in parinatal infection. Rev Infect Dis 1982; 5: 713-719.
- Harrison HR, English MG, Lee CK, Alexander ER. (bs)Chlamydia trachomatis infant pneumonitis: comparison with matched controls and other infant pneumonitis. N Engl J Med 1978; 298: 702-708.
- Robledo J, Trujillo LF, Arboleda G, Trujillo H, Mejía GI. *Chlamydia trachomatis* en síndromes infecciosos de mujeres, en Medellín Colombia, Sur América, Rev Colomb Obstet Ginecol 1987; 38: 175-186.
- Alexander ER. Gonorrhea in the newborn. In: Impact on the fetus of parental sexually transmitted disease. Ann N Y Acad Sci 1988; 549: 180-186.
- Vulvovaginal Candidiasis: Current Views. Symposium. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 985-996.
- Isenberg HD, Washington JA, Balows A, Sonnenwirth AC. Collection, handling and processing of specimens. In: EH Lennette, A Balows, WJ Hausler, HJ Shadomy (Eds). Manual of Clinical Microbiology. 4th Ed. American Society for Microbiology. Washington 1985; 73-98.
- Cooper BH, Silva Hutner M. Yeast of Medical Importance. In: EH Lennette, A Balows, WJ Hausler, HJ Shadomy (Eds). Manual of Clinical Microbiology. 4th Ed. American Society for Microbiology. Washington 1985; 526-541.
- Guzmán M, Vargas CI. *Neisseria*. En Microbiología Médica, Manual de Procedimientos. Serie de Publicaciones Científicas No. 14, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, 1988; 127-150.
- Bird BR, Forrester FT. Laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control. Atlanta GA. 1981.
- Paavonen J, Pennti K, et al. Prevalence of nonspecific vaginitis and other cervicovaginal infections during the third trimester of pregnancy. Sex Transm Dis 1986; 13: 5-8.
- Heredia R, Vargas CI, Castañeda E. Prevalencia de los agentes etiológicos de la vaginitis en pacientes de consulta ginecológica general. Acta Médica Colombiana. 1990; 15 (2): 92-99.
- Odds FC, Webster CE, Mayuranathan P, Simmons PD. *Candida* concentrations in the vagina and their association with signs and symptoms of vaginal candidosis. J Med Vet Mycol 1988; 26: 277-283.
- Vargas CI, Heredia R, Castañeda E. Infección por *Chlamydia trachomatis* en pacientes con neoplasia intracervical. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 1990; 41 (2): 99-105.
- Pritchard JA, Macdonal PC. Obstetricia de Williams. 2 ed. Salvat, Barcelona, 1979; 174-206.