

11226
2ej
290



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

1983
11226
290

CERVICOVAGINITIS

su recurrencia en atención médica de primer nivel

TESIS

Para obtener la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Armando Silva Porras

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

**TESIS CON
FALSA COPIA**

1983 - 85



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

JUSTIFICACION	1
INTRODUCCION	2
ANATOMIA Y FISILOGIA DE VULVA, VAGINA Y CERVIX	4
GENERALIDADES SOBRE CERVICOVAGINITIS	8
FLUJO GENITAL	10
FLUJO VULVAR	11
FLUJO VAGINAL	11
FLUJO CERVICAL	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14
CONCLUSIONES	22
RESUMEN	23
BIBLIOGRAFIA	24

J U S T I F I C A C I O N .

La cervicovaginitis es un padecimiento que se presenta en toda mujer o un alto porcentaje de éstas la ha padecido en alguna etapa de su vida; su alta incidencia en la consulta externa de medicina familiar y el incremento de la misma, hace necesario determinar las causas principales de recurrencia así como sus factores predisponentes.

Los procesos inflamatorios del cuello uterino, así como el flujo genital en la mujer es una entidad que cada día despierta más interés al clínico, ya que muchas mujeres acuden a consulta por este motivo, pero cuando se hace un interrogatorio intencionado se descubre que hay un alto índice de este padecimiento al cual no se le da la debida importancia que se merece por quienes la presentan.

Es el médico familiar, quien tiene la oportunidad de recibir muchos de estos casos en fase incipiente y que es esta donde la respuesta terapéutica adecuada suele ser excelente.

Los casos crónicos son generalmente remitidos al ginecólogo, siendo que la mayoría de estos son debidos a un mal manejo.

El objetivo de este trabajo es presentar las observaciones clínicas y los resultados, obtenidos en un estudio realizado en la Unidad Médico Familiar No. 2 del I.M.S.S. Puebla.

I N T R O D U C C I O N .

Los procesos inflamatorios del cuello uterino o cervicitis y en general del tracto genital (vagina, endometrio y trompas), cada día despiertan más interés, debido a la frecuencia con que se observan dentro de la medicina general y la ginecología, prueba de ello es la frecuente publicación de experiencias clínicas y de investigación que ayudarán en lo futuro a normar y estandarizar la terapéutica de éste padecimiento.

El médico familiar es quien tiene el primer contacto con el padecimiento, y es el responsable de aplicar una terapéutica adecuada que no permita la fuga de estos casos así como la evolución hacia la cronicidad de los mismos. Debe conocer y comprender de manera adecuada la fisiopatogénia del padecimiento y tracto genital.

La inflamación aguda del cervix, puede ser consecuencia de la infección directa, o bien secundaria a lesiones del cuerpo uterino o sobre todo de la vagina de tal forma que se producen verdaderas cervicovaginitis.

Sus causas pueden ser múltiples: *Trichomona vaginalis*, *Hagmophilus vaginalis*, *Candida albicans*, *Neisseria gonorrhoeae* y otros gérmenes inespecíficos, así como bacterias presentes en colon. Se citan también como causas indirectas, presencia de cuerpos extraños en vagina y la deficiencia en la higiene personal.

La presencia del flujo vaginal, y las molestias vulvares constituyen un hecho importante para las pacientes portadoras.

La cervicovaginitis acompañada de compromiso vulvar, puede considerarse, como la entidad más frecuente dentro del campo de la ginecología.

Es el médico familiar el que tiene la gran oportunidad de observar estos casos en sus fases iniciales y poder llevar a cabo después de un estudio minucioso, una terapéutica adecuada.

ANATOMIA Y FISILOGIA DE VULVA, VAGINA Y CERVIX UTERINO.

Topográficamente los genitales externos se extienden desde el monte de venus, hasta la comisura posterior. Están limitados lateralmente por los pliegues genitocrurales. Clínicamente es usual la designación de la región perineovulvar. Los labios mayores están revestidos por epitelio pavimentoso cornificado, con folículos pilosos, glándulas sebáceas, y sudoríparas apócrinas; y los labios menores lo están con epitelio pavimentoso estratificado, no cornificado, de estructura semejante a las de las mucosas sin folículos pilosos. En los labios menores se encuentran numerosas glándulas sebáceas.

La diferenciación morfológica de la vulva se halla bajo la dependencia específicamente sexual de la función ovárica, estando sometida, lo mismo que los tramos del tracto genital situados más arriba, a los procesos de maduración e involución. Por estos motivos son tan diversas las formas de reaccionar y las enfermedades en la región vulvar. Esto es válido no solo para las afecciones primarias sino también y de la misma manera para las manifestaciones vulvares que se presentan secundariamente, como síntomas concomitantes de enfermedades sistematizadas.

Las afecciones dermatológicas, en cuanto se manifiestan en la región perineovulvar han sido descritas por autores especializados. (10, 14).

Las distintas funciones de la vagina como elemento de unión entre la vulva y genitales internos, como órgano de copulación, como canal de parto y como unidad funcional -

que sirve de protección a los órganos genitales internos - frente a la infección, pueden resultar perturbadas apareciendo múltiples trastornos de naturaleza específica e inespecífica que tienen gran importancia práctica para la mujer dentro y fuera de su época de madurez sexual. Ontogénicamente los dos tercios superiores de la vagina derivan de las partes caudales de los conductos de Müller, mientras que el tercio inferior lo hace de la parte pelviana del seno urogenital. (10).

Se comprende pues que entre ambas zonas de la vagina existan diferencias en cuanto al sistema vascular y a la regulación sanguínea. Así mediante la medición local de la conductibilidad térmica, con métodos termoelectrónicos se pudo demostrar que el tercio vaginal próximo a la portio ofrece cifras de conducción térmica más altas y dependientes del ciclo menstrual que el resto de la vagina.

Bajo la influencia de los estrógenos las células naviculares intermedias acumulan glucógeno y mediante procesos reproductivos - proliferativos se transforman en la capa superficial. Por descamación celular y citólisis bacteriana (bacilo de Döderlein) se libera glucógeno, el cual, por acción de los fermentos de las propias células se desintegran para formar dextrosa y maltosa. Por medio de los bacilos de Döderlein estos sencillos azúcares fermentan formando ácido láctico, el cual mantiene el valor del pH entre 3.8 y 4.5; este medio acusadamente ácido es inadecuado para la proliferación de bacterias y éstas puedan tomar significado patológico en determinado momento.

Bajo condiciones fisiológicas existe en la vagina (biotí -

po) una asociación (microbiocenosis) cuyas especies y relaciones cuantitativas se encuentran en equilibrio recíproco (eubiosis). (1, 10).

Las clasificaciones de la composición de la secreción vaginal, según grados de pureza o impureza, empleados por motivos didácticos, carecen de importancia para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones vaginales.

Para una terapéutica específica resulta necesario emplear métodos de diagnóstico bacteriológico, diferenciación y pruebas de sensibilidad, a fin de poder precisar los cambios de las circunstancias microecológicas. (1).

El cervix o cuello uterino es la zona más baja del útero, tiene una forma cilíndrica y está perforado en su parte inferior, penetra en la bóveda de la vagina, y los puntos de reflexión de la pared vaginal lo dividen en una parte superior, la portio supravaginalis, y otra inferior, la portio vaginalis que tiene aproximadamente la misma longitud. La mucosa vaginal está unida a la periferia del cuello y como está reflejada hacia adelante, hacia los lados y atrás, la bóveda forma los fórnicos. La portio vaginalis del cuello penetra en la vagina y suele dirigirse hacia la pared posterior.

El conducto cervical mide 2.5 a 3 centímetros de largo y tiene aspecto fusiforme y aplanado, hacia arriba se continúa con la cavidad uterina. El orificio externo es la abertura de la portio vaginalis que se pone en relación directa con la vagina y de gran importancia para nuestro trabajo, ya que es aquí donde se implantan procesos infecciosos dados por contaminaciones ascendentes o por mala técnica -

de asepsia en la aplicación de dispositivos intrauterinos.
(10, 11, 13).

La superficie de la portio vaginalis del cuello uterino es tá recubierta por un epitelio escamoso idéntico al de la vagina, mientras que el conducto está tapizado por un epitelio cilíndrico diferente al del endometrio.

Entre las regiones cilíndricas y escamosas existe una zona de transición.

El substrato del cuello uterino como demostró Danforth es predominantemente un tejido fibroso y no una estructura muscular como el resto del cuerpo, como se creía antiguamente. El cuello uterino presenta varios revestimientos: EPITELIO ESCAMOSO. El ectocervix está revestido de un epitelio escamoso estratificado comparable al de la vagina, este tiene dos funciones, una de segregación de glucógeno, y otra de protección por su superficie cornificada, esta superficie solo se queratiniza con la constante irritación del mismo.

EPITELIO CILINDRICO COLUMNAR. Es solo un tapiz epitelial de transición.

ZONA DE TRANSICION. Este es importante ya que es la unión entre el epitelio cilíndrico y la mucosa de la portio vaginalis.

ESTROMA DEL CUELLO UTERINO. Son las capas importantes del cervix en cuanto a patología ya que están en relación directa después del nacimiento con inflamaciones de tipo crónico. (12, 13, 17).

GENERALIDADES SOBRE CERVICOVAGINITIS

Llama la atención el gran número de pacientes que acuden a la consulta quejándose de síntomas genitales, especialmente flujo (descarga vaginal), así como el alto índice de mujeres que sin tener mayores molestias muestran en el examen ginecológico lesiones tanto vaginales como cervicales causadas principalmente por *T. vaginalis*, o por *C. albicans*. (20).

Desde que Donné, describió en 1936 la *T. vaginalis*, este flagelado ha ocupado el interés de los investigadores debido a la dificultad para cultivarlo, su patogenicidad, la resistencia al tratamiento y la forma en que se adquiere. Aunque la mayor parte de venerólogos aceptan que es una enfermedad transmitida por contacto sexual, algunos aducen que no es la única forma de transmisión y mencionan otros tales como guantes, instrumentos médicos y excusados ordinarios.

El parásito es capaz de producir modificaciones cervicovaginales tan importantes que dificulte su diagnóstico. (6,-20).

Los hongos son bastante comunes en el aparato genital femenino, estos pueden ser de tres géneros, *Candida*, *Saccharomyces* y *Cryptococcus*, siendo la de mayor relevancia la *C. albicans*, ya que es muy variable la colonización por este hongo y el flagelado antes mencionado.

En estudios realizados con anterioridad por la S.S.A., se tomaron en cuenta los siguientes factores como principales predisponentes. Heredofamiliares, y patológicos, número de gestaciones y de partos así como condiciones socioeconómi-

cas basadas en hábito personal, núcleo familiar, vivienda, hacinamiento, promiscuidad y nivel cultural. (14). El uso intensivo de antibióticos, principalmente de amplio espectro, alteran la flora normal bacteriana de la vagina, produciendo mutaciones bacterianas que favorecen el desarrollo de *C. albicans*, la cual también produce mutaciones patógenas.

El embarazo por los cambios hormonales durante el mismo.

El uso indiscriminado de corticoides debido a su acción energizante.

Se ha observado que la vulvitis es hallazgo común en niñas diabéticas.

El uso de anovulatorios los cuales en estudios hechos ha demostrado favorecer la presencia de *C. albicans*. Finalmente se ha considerado que también influyen, el estado general, la avitaminosis y el abuso de duchas vaginales a base de sustancias químicas así como el uso de espermicidas, que alteran de manera considerable a la flora normal y la fisiología cervicovaginal. Considerandose comofactor importante actual el uso de tampons vaginales durante la fase de sangrado del ciclo menstrual, por alteraciones en la flora y oportunismo de bacterias (*S. aureus* y grupo streptococo), condicionando en ocasiones shocks de tipo toxigénico reportados en la literatura médica norteamericana. -- (9, 14, 15, 24).

FLUJO GENITAL

Se entiende como flujo genital, toda excreción procedente de los genitales, en este concepto usado hace largo tiempo lo objetivo es la emisión de líquido, y lo subjetivo es la sensación de humedad. Sin embargo debemos entender que un flujo persistente de carácter no hemático, de cualquier sector genital, es la expresión de un estado anormal o patológico.

Llamamos flujo fisiológico o leucorrea, a aquel que está relacionado con el ciclo menstrual normal y que es el resultado de un proceso fisiológico funcional, y de ocurrencia más frecuente en mujeres que presentan alteraciones psicovegetativas, este flujo llamado leucorrea presenta unas características muy definidas: color blanco mucoso formado por una abundante descamación epitelial, con moco de origen uterovaginal y con un pH normal. (23). Generalmente se encuentra acompañado por gran cantidad de bacilos de Döderlein, responsables de los mecanismos de autodepuración vaginal. Cuando se rompe el equilibrio funcional del medio vaginal se presentan una serie de síntomas y signos en la parte baja del aparato genital, que se manifiesta por la presencia de flujo de caracteres multifacéticos, asociados unas veces a vulvitis con presencia de prurito, ardor, dolor pélvico y disuria. (18, 20).

A partir de los diferentes agentes causales y presencia de microorganismos tenemos:

- + Condiciones vaginales fisiológicas.
- + Flujo bacteriano no purulento.

- + Flujo bacteriano purulento.
- + Infección gonocócica.
- + Flujo por *T. vaginalis*.
- + Flujo por *C. albicans*.

FLUJO VULVAR.

En relación con el origen del flujo, la vulva muestra algunas peculiaridades como la de poseer glándulas sudoríparas sebáceas y mucosas, las cuales son estimuladas por impulsos nerviosos a un aumento de producción, incluso las cantidades pequeñas de flujo producen sensación de humedad, -- siendo este un flujo funcional. La sintomatología por la que acuden al médico las mujeres afectadas es más por el ardor y el prurito que por la misma secreción. Si esto ocurriese en pacientes de edad avanzada, debe pensarse en diabetes sacarina o micosis. (10, 23).

FLUJO VAGINAL.

Es toda secreción anormal y permanente de carácter no hemático que es expresión de un estado patológico, que tendrá que diferenciarse del llamado flujo fisiológico o leucorrea y que es un proceso fisiológico y funcional. Cuando se rompe este equilibrio fisiológico, hay presencia de síntomas y signos genitales que se manifiestan por un flujo de múltiples características, así encontramos que el flujo por *T. vaginalis* es de color amarillo grisáceo a diferencia del producido por *C. albicans* que es blanquecino o --

de composición amarillenta cuando se acompaña de enterobacterias. Estas características antes mencionadas no establecen un diagnóstico de certeza, ya que un diagnóstico correcto debe apoyarse en estudios bacteriológicos. (28).

FLUJO CERVICAL.

La hipersecreción cervical es de causa multifactorial, está condicionada por respuesta a microorganismos (*T. vaginalis*, *C. albicans*, *H. vaginalis*, enterobacterias y bacterias del género *Clamidyae*), enfermedades blastomatosas y laceraciones del cuello tales como erosiones. La ectópia y ectropión del cuello uterino como fuente de flujo cervical deben considerarse, trastornos estructurales que constituyen una indicación terapéutica tales como la electrofulguración y la electrocoagulación.

La literatura médica actual ha reportado una relación importante entre bacterias del género *Clamidyae* y exámenes de papanicolau anormales (respuesta inflamatoria del cervix en ausencia de laceración). (2, 7, 24, 29).

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 85 pacientes derechohabientes adscritos al consultorio 34 de la Unidad Médico Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Puebla, en un periodo comprendido entre los meses de julio a noviembre de 1984. Siendo la muestra todas las mujeres que acudieron a consulta por sintomatología genital en un rango de edad de 10 a 54 años.

Se realizó una entrevista a través de un cuestionario, con preguntas específicas y concretas, investigándose: edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, antecedentes gineco-obstétricos, sintomatología y signología. Se complementó esta entrevista con exploración ginecológica armada y apoyo en exámenes de laboratorio.

RESULTADOS.

De las 85 mujeres entrevistadas, la cervicovaginitis predominó en el grupo de edad de 30 a 34 años con 21 casos --- (24.7%), seguido por los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años, con 18 casos cada uno (21.1%); el menos afectado de 10 a 14 años y de 45 a 49 años con 2 casos respectivamente (2.4%), ver tabla 1.

Predominaron con 34 casos (40%) la asistencia a consulta - por primera vez y solo 2 (2.4%) en 4 ocasiones, haciendo - notar que las pacientes que asistían por primera vez algunas presentaban sintomatología de más de 6 meses de evolución sin tratamiento, ver tabla 2.

De las 85 mujeres estudiadas 56 (65.8%) tenían deficiente-aseo perianal posterior a la defecación, condicionando con taminación por materia fecal al aparato genital, ver tabla 3.

Las pacientes multíparas tuvieron mayor incidencia de cervicovaginitis 57 casos (67.1%), ver tabla 4.

Dentro de los factores predisponentes predominaron los siguientes: D.I.U. 31 casos (36.4%), duchas vaginales (cloruro de benzalconio) 24 casos (28.2%), siendo este parámetro importante por cambiar la fisiología y flora vaginal, ver tabla 5.

En la exploración ginecológica, de los hallazgos la mayor incidencia correspondió a la cervicitis 72 casos (84.7%) y a la menor la vulvitis simple con 8 casos (9.4%), tabla 6.

El flujo genital se presentó en el 97.6% de las pacientes-

(83 casos) y el menos frecuente, prurito vulvar 9.4% (8 casos). Todo esto dentro de la sintomatología y signología - en las 55 mujeres estudiadas, ver tabla 7.

La duración del flujo genital en las mujeres estudiadas, - predominando el de cero a 3 meses con 44 casos (51.7%), tabla 8.

Las alteraciones cervicales que se encontraron a la exploración ginecológica, la más alta incidencia la ocupó la erosión con 65 casos (76.5%), haciendo notar que se encontraron 13 casos con cervix normales, de los cuales la mayoría presentaron alteraciones en el papanicolau (clase II - inflamatoria), tabla 9.

Los microorganismos que predominaron en el exudado vaginal y cultivo del mismo correspondieron a *Candida albicans* con 41 casos (48.2%) con una alta incidencia de enterobacterias 23 casos (33%), resaltando la presencia de 3 casos por *Neisseria gonorrhoeae* (3.5%); encontrándose frecuentemente asociación de *Candida* y enterobacterias, tabla 10.

En 41 casos el cónyuge aceptó tratamiento como pareja y - cooperación con abstinencia sexual durante el mismo, tabla 11.

En 12 casos (14.1%) la presencia de sintomatología genital aunada a las relaciones sexuales (dispareunia) fué motivo de conflicto en la pareja, tabla 12.

TABLA 1
CERVICOVAGINITIS
Grupos de edad

Gpo. de edad	Casos	Porcentaje
10 - 14	2	2.4
15 - 19	7	8.2
20 - 24	18	21.1
25 - 29	18	21.1
30 - 34	21	24.7
35 - 39	8	9.4
40 - 44	5	5.9
45 - 49	2	2.4
50 y +	4	4.8
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 2
CERVICOVAGINITIS

Asistencia a la consulta externa

No. de consultas	Casos	Porcentaje
1	34	40.0
2	29	34.1
3	20	23.5
4	2	2.4
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 3
CERVICOVAGINITIS
Higiene perineal

Higiene	Casos	Porcentaje
Eficiente	29	34.2
Deficiente	56	65.3
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 4
CERVICOVAGINITIS
Paridad

Paridad	Casos	Porcentaje
Nulíparas	12	14.1
Primíparas	16	18.8
Multíparas	57	67.1
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 5
CERVICOVAGINITIS
Factores predisponentes

Factores	Casos	Porcentaje
Diabetes	7	8.2
Anemia	12	14.1
Antibiótico	2	2.4
Neoplasias	1	1.2
Embarazo	6	7.0
D.I.U.	31	36.4
Anovulatorios	19	22.3
Ducha vaginal	24	28.2

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 6
CERVICOVAGINITIS
Hallazgos en la exploración ginecológica

Hallazgos	Casos	Porcentaje
Vulvitis	3	9.4
Vulvovaginitis	68	80.0
Cervicitis	72	84.7
Condilomatosis	1	1.2
Vaginitis	29	34.1

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 7
CERVICOVAGINITIS
Síntomas y signos

Síntomas y signos	Casos	Porcentaje
Flujo genital	83	97.6
Prurito vulvar	8	9.4
Prurito	88	80.0
Ardor	12	14.1
Dicuria	35	41.1
Dispareunia	17	20.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 8
CERVICOVAGINITIS
Duración del flujo

Duración en meses	Casos	Porcentaje
0 - 3	44	51.7
3.1 - 6	16	18.8
6.1 - 9	4	4.7
9.1 - 12	12	14.2
+ 12	9	10.6
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 9
CERVICOVAGINITIS
Alteraciones cervicales

Alteraciones	Casos	Porcentaje
Erosión	65	76.5
Nódulos	2	2.4
Sangrado	3	3.5
Desgarros antiguos	2	2.4
Normales	13	15.2
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 10
CERVICOVAGINITIS

Microorganismos encontrados en cultivo de secreción
vaginal

Microorganismos	Casos	Porcentaje
Candida albicans	41	48.2
Trichomona vaginalis	18	21.1
Enterobacterias	28	33.0
Neisseria gonorreae	3	3.5
Negativo	9	10.5

Fuente: encuesta realizada.

Nota: asociación más frecuente Candida y enterobacterias.

TABLA 11
CERVICOVAGINITIS

aceptación del cónyuge a tratamiento

Aceptación	Casos	Porcentaje
Si	41	48.2
No	39	45.9
Indiferente	5	5.9
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

TABLA 12
CERVICOVAGINITIS

Disfunción en la pareja por sintomatología
genital

Disfunción	Casos	Porcentaje
Si	12	14.1
No	73	85.9
TOTAL	85	100.0

Fuente: encuesta realizada.

CONCLUSIONES.

La presencia de flujo vaginal y molestias vulvares y genitales, constituye un hecho inquietante para las pacientes, siendo la cervicovaginitis la entidad más frecuente en el campo de la ginecología; es el médico familiar el que tiene la gran oportunidad de observar, estudiar y dar una terapéutica adecuada en las fases iniciales de este padecimiento.

En el presente trabajo hemos observado datos concordantes con trabajos hechos por personas especializadas en los que encontramos que la cervicovaginitis presenta su mayor incidencia en la tercera década de la vida y en mujeres multiparas, así como también una incidencia alta de higiene deficiente traducida esta por la alta incidencia de enterobacterias en los estudios de laboratorio. En todos nuestros casos se insistió, acerca de las medidas higiénico personales y el desecho del uso de ropa interior manufacturada con fibras sintéticas, ya que estas favorecen la humedad y calor local perineal.

Encontramos alta incidencia de mujeres con este padecimiento portadoras de D. I. U. . Por lo tanto consideramos necesarias las medidas preventivas e indicaciones precisas para la colocación de estos.

Notamos como bacteria con mayor predominio a la Candida albicans y una asociación de ésta con enterobacterias y una mínima incidencia de Neisseria gonorrhoeae. Observamos con satisfacción la cooperación del cónyuge para el tratamiento en pareja.

RESUMEN.

Se presentan 5 casos de cervicovaginitis estudiados en la U.M.F. No. 2 del I.M.S.S. en la ciudad de Puebla.

Se hacen consideraciones acerca de la importancia de esta entidad, la anatomía y fisiología del aparato genital, así como su etiopatogenia, encontrándose gran incidencia de antropatógenos (ya que no se esperaba), así como *Candida albicans* en contraposición con la baja incidencia de cervicovaginitis por gonococo. No se encontró ningún caso relacionado con parasitosis intestinal.

El tratamiento primordial con las tendencias actuales de la medicina, debe ser preventivo en cuanto a medidas higiénicas personales y específico en cuanto a un tratamiento adecuado, de fácil seguimiento por la paciente y su pareja. Debe hacerse resaltar que la institución de la terapéutica debe ser oportuna y específica, basada siempre en la observación clínica y el laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown, W.: Variations in the vaginal bacterial flora: Preliminary report. *Ann.Intern.Med.* 96(6pt);931-934,1982.
2. Carr, M.,Jawetz, E.:Chlamydiae, cervicitis y frotis de Papanicolaou anormales . *Ginec. de Post.* 10:302-307, 1979.
3. Chen, G., et al.:Biochemical diagnosis of vaginitis ;determination of diamines in vaginal fluid.*J.Infect.Dis.* 145-(3):337-338.1982.
4. Dimitrou, B., et al.:Vaginitis in adolescent girls:urinary-tract infection, or vaginitis?. *Pediatrics.* 70(2):299-301 1982.
5. Espinoza, E.:Cervicovaginitis infecciosa tratada con una combinación de nitrinidazina, clotrimazol y lisozima. *Ginec. Obstet. Mex.* 8:242-247, 1980.
6. Fogel, S., et al.: Sonography of Nabothians cysts. *American Journal of Roenttenography.*138(5):930-932,1982.
7. González Merlo, J., Ausin, J.: Regeneración del epitelio ecotocervical despues de su destrucción por electrocauterización. En:El cuello uterino. González Merlo, J.(eds) Salvat editores, Barcelona España, 1979, pag. 24-32.
8. Guinan, M., et al. : Vaginal colonization with *Staphylococcus aureus* in healthy women; a review of four studies. *Ann Intren. Med.* 96 (6pt): 944-947,1982.
9. Jick, H., et al. :Vaginal espermicides and gonorrhoea. *JAMA* 248(13):1619-1621,1982.
10. Küser, O., Thomsen, K.: Inflammaciones de la vagina. En:Ginecología y Obstetricia. Küser, O.(eds) Salvat Editores Barcelona España, 1979.
11. Lars, R., Luna del Villar, J.:Dispositivos intrauterinos e infección endometrial. *Ginec.Obstet.Mex.* 49,295:297-309,-1981.
12. Lejarcegui, L.:Ectopia cervical. Células de reserva. Metaplasia escamosa. Localización, frecuencia e histogenesis. En:El cuello uterino. González Merlo, J.(eds) Salvat Editores. Barcelona España. 1979, pag 1-11

13. Lejarracua, L.: Histología normal del cuello uterino. Epitelio columnar. Epitelio escamoso. Zona de Transición. En: El cuello uterino. González Merlo, J. (eds.) Salvat Editores. Barcelona España, 1979. Pag. 12-13.
14. López, R., Ruiz, D.: Significación patógena de *Candida* en pacientes con vaginitis. *Ginec. Obstet. Mex.* 50, 302: 145-148, 1982.
15. Ilascu, V.: Algunas consideraciones epidemiológicas de candidosis vaginal. *Ginec. Obstet. Mex.* 46, 275: 229-234, 1979.
16. Malouf, M.: Tratamiento de la vaginitis por *Haemophilus vaginalis*. *Ginec. Obstet. Mex.* 7, 2: 100-105, 1982.
17. Marquez, M.: Inflammaciones del cuello uterino. En: El cuello uterino. González Merlo, J. (eds.) Salvat Editores, Barcelona España, 1979, Pag 33-48.
18. Mason, P., et al.: Association of *trichomonas vaginalis* with other microorganisms (letter). *Lancet.* 59(2): 269-274, 1982.
19. Minkoff, H., et al.: Vaginal colonization with group B-Hemolytic *Streptococcus* as a risk factor for post cesarean section febrile morbidity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 15, 142(9): 993-995, 1982.
20. Pérez, J., Díaz, P.: El efecto tricomoniocida, fungicida, y bactericida del polimerizado del ácido metacresol sulfónico con metanal en cervicovaginitis. *Ginec. Obstet. Mex.* 51, 310: 43-47, 1983.
21. Perloe, M., et al.: Treatment of *Haemophilus vaginalis* vaginitis (letter). *Obstet. Gynecol.* 59(2): 268, 1982.
22. Quiroz, R.: Tratamiento de la vulvovaginitis por *Candida* con Clotrimazol en crema vaginal al 2% durante tres días. *Ginec. Obstet. Mex.* 50, 298: 25-28, 1982.
23. Roger, R.: Flujo vaginal: diagnóstico y tratamiento. *Tribuna Médica de México* 38, 9: 15-20, 1980.
24. Smith, C., et al.: Bacterial flora of the vagina during the menstrual cycle: findings in users of tampons, napkins and sea sponges. *Ann. Intern. Med.* 76(Spt 2): 984-1982.

25. Skann, A., et al.: Comma-Shaped bacteria associated with vaginitis (letter) Lancet. 6, 1 (8267): 342-343, 1982.
26. Toth, A., et al.: Evidence for microbial transfer by spermatozoa. Obstet. Gynecol. 59(5): 556-559, 1982.
27. Uribe, L.: Vulvovaginitis en la infancia. Ginec. Obstet. Mex 30, 179: 301-305, 1971.
28. Vázquez, N.: Flujo Genital. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. vol. 31: 5: 304-322. 1980.
29. Wulfovich, M.: Criocirugía en el tratamiento de la cervicitis crónica. Ginec Obstet. Mex. 38, 226: 79-87, 1975.