

11226
1ej
105A



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

VULVOVAGINITIS EN LA NIÑA PREMENARQUICA

T E S I S

Que para obtener el título de:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

DR. ELEAZAR GALAZ SAMANIEGO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona
Núm. 8, San Angel

México, D. F.

1985



TESIS CON
VALIA DE OBRAS



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.

C O N T E N I D O

	Pág.
I .- INTRODUCCION	1
II .- ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	2
a) Vulvovaginitis Inespecífica	5
b) Vulvovaginitis Inespecífica secundaria a cuerpo extraño	7
c) Vulvovaginitis secundaria a Oxiuros	8
d) Vulvovaginitis Gonocócica	9
e) Vulvovaginitis Micótica	10
f) Vulvovaginitis Tricomoniásica	12
g) Vulvovaginitis a Hemófilo	13
III .- HIPOTESIS	14
IV .- OBJETIVOS	15
V .- MATERIAL Y METODO	16
VI .- RESULTADOS	18
VII .- ANALISIS DE RESULTADOS	20
VIII .- CONCLUSIONES	22
IX .- CUADROS Y GRAFICAS	23
X .- TRATAMIENTO ESTADISTICO	30
XI .- BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUCCION:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

La Vulvovaginitis es la patología ginecológica más frecuente en la edad pediátrica; sus factores etiológicos y predisponentes son múltiples y varían según la edad.

En la población derechohabiente adscrita al Hospital General de Zona Número 8, del Instituto Mexicano del Seguro Social, este padecimiento tiene una frecuencia desconocida para nosotros, dado que la vulvovaginitis, frecuentemente, no es, por sí sola, motivo de consulta; para detectarla será pues necesario buscarla intencionadamente en todas las pacientes, independientemente del motivo de la consulta.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.-

La vulvovaginitis se puede definir como una inflamación de la vulva y la vagina en su epitelio, cuya causa más frecuente es la infecciosa; es una de las más importantes causas de consulta externa de Ginecología infantil y constituye alrededor del 87% de las lesiones ginecológicas antes de la menarquía. Su etiología es múltiple y varía según la edad. En el siguiente cuadro se muestra una clasificación causal de la vulvovaginitis en la niña premenárquica:

I.- Vulvovaginitis inespecífica:

- Secundaria a:
 - Mala higiene perianal
 - Infecciones respiratorias
 - Infecciones cutáneas
 - Parasitosis intestinales
 - Cuerpos extraños
 - Infecciones del sistema urinario
- De causa indeterminada

II.- Vulvovaginitis específica:

- Gonorrea
 - Otras infecciones por Neisseria
 - Infecciones micóticas
 - Tricomoniiasis
 - Infecciones por Hemophylus vaginalis
 - Exantemas
 - Otras infecciones específicas (Neumococosis, Difteria)
-

Suele hablarse de vulvovaginitis en forma indistinta, sea para una inflamación aislada de la vulva como de la vagina, como una aceptación de uso corriente, aunque sabemos que pueden ocurrir en forma independiente, o también, ser consecuencia una de la otra.

Es necesario recordar algunos factores que explican por qué -- las niñas se hallan más expuestas que la mujer adulta a las infecciones vulvovaginales:

Los estrógenos cedidos por la madre, y cuyo alto nivel persiste después del nacimiento durante varios días, estimulan el epitelio vaginal determinando su engrosamiento, que llega a tener un espesor de 40 a 60 capas de células, con un rico contenido de glucógeno; al nacimiento, la vagina es estéril, con un pH ácido, de 5 a 5.7; en las primeras horas aparece una flora mixta, que 48 hs. después es sustituida por el lactobacilo de Döderlein, modificando el pH que se torna más ácido, entre 4 y 5. Los estrógenos circulantes empiezan a decrecer, llegando a desaparecer a los 20 o 25 días, con lo que la mucosa vaginal, al desaparecer la estimulación estrogénica, se vuelve delgada y atrófica, desaparece el glucógeno y con él el lactobacilo de Döderlein, y el pH se vuelve neutro, siendo por lo tanto, un excelente medio de cultivo bacteriano, todo lo cuál hace a la niña muy susceptible para las infecciones.

La mucosa vaginal de la niña carece también de los anticuerpos que en algunos casos se encuentran en la mujer adulta y aún en las adolescentes.

El introito vaginal no se encuentra como en la adulta, protegido por los labios mayores.

Es también importante la cercanía del ano con la vagina.

La mayor parte de las niñas, después de la defecación, efectúan la limpieza anal llevando el papel hacia adelante, contaminan-

do sus genitales con bacterias del tracto digestivo.

El interés de la niña por sus genitales y la masturbación también favorece contaminación y lesiones de la mucosa vulvar.

Por último, la adulta infectada puede también transmitir la infección a la niña, directamente o a través de fomites.

En cuanto a su epidemiología, la vulvovaginitis es un padecimiento de distribución universal, sin condicionamientos por factores raciales ni climatológicos.

Su etiología varía con la edad; antes de la menarca la más común es la inespecífica (85%); la edad de mayor incidencia es de los 2 a los 12 años; alrededor del 70% de los casos es secundaria a mala higiene, condicionada por falta de vigilancia de la madre, o porque los padres siguen considerando un tabú todo lo referente a los genitales.

Signos y síntomas.- Las niñas más pequeñas no son capaces de expresar sus molestias y quizá se froten o rasquen la región, lloren al orinar o defecar y sean irritables; la única evidencia es la de los pañales manchados por una descarga amarillenta; la vulva puede tener aspecto inflamado y tumefacto; en las mayorcitas, el flujo puede estar acompañado de disuria, como consecuencia del dolor o ardor que provoca la orina en contacto con la mucosa inflamada. Generalmente suele haber retraso en la búsqueda de asistencia médica, sobre todo en los casos de pacientes procedentes de medios socioculturales de clases bajas. El olor fétido y la presencia de sangre son otros signos importantes por los que se acude al médico.

El flujo no siempre es sinónimo de enfermedad; existen dos períodos en la vida de la niña en que la presencia de flujo o leucorrea con determinadas características es un hecho físico, fisiológico. Así, en la recién nacida, que se halla aún bajo

la influencia de las hormonas maternas, la leucorrea es un com
ponente más de la llamada crisis genital y la descarga es pasa
jera, no irritativa, de color blanco lechoso; el otro momento
del desarrollo en que aparece leucorrea fisiológica es la pre-
menarca y es concomitante a la maduración ovárica, pues tanto
la vagina como el epitelio glandular del canal cervical son -
efectores muy sensibles a las hormonas del ovario.

VULVOVAGINITIS INESPECIFICA.

Las vulvovaginitis inespecíficas constituyen el 76% de los pro-
cesos infecciosos del tracto genital de la niña. El caracter -
de inespecífica lo determina el hecho de encontrar una flora -
bacteriana mixta, sin gérmenes específicos en los estudios bac-
teriológicos. El cultivo a veces puede mostrar un organismo -
predominante, sin que esto signifique que el mismo sea el cau-
sante de la infección. Es frecuente encontrar gérmenes simila-
res a los encontrados en las vaginas normales; de allí la impor-
tancia de los factores desencadenantes como son la limpieza in-
adecuada, la maceración de los tejidos por higiene deficiente
de las secreciones, la presencia de materia fecal, que actúan
sobre una vagina atrófica por hipoestrogenismo normal.

La consulta es motivada por la presencia de manchado de la pan-
taleta por una secreción amarillenta más o menos abundante, de
días a meses de evolución; la sintomatología es variable según
la severidad de la infección; puede haber ardor, prurito y dis-
uria.

La infección se localiza en el tracto inferior de la vagina ex-
clusivamente; la vulva puede estar eritematosa y en casos seve-
ros hay edema de clítoris y de los labios mayores y menores; -
la secreción puede producir secundariamente lesiones dermato-

lógicas de carácter irritativo, que a su vez trae como consecuencia infecciones bacterianas agregadas.

El diagnóstico se establece sobre las bases de los antecedentes sintomatología y signología mencionados, sin dejar jamás el informe del estudio bacteriológico; se procede entonces a la toma de la muestra del material para ser teñido con Gram y se efectuarán cultivos en los medios específicos para detectar los gérmenes implicados. Mientras se espera el resultado del laboratorio, se instituye tratamiento de acuerdo a la orientación diagnóstica emergida de los hallazgos clínicos.

En general, para el tratamiento de las vulvitis no se requieren antibióticos locales ni cremas antisépticas; para lograr la mejoría de estos casos serán suficientes las siguientes medidas: lavado con agua tibia y jabones de tocador, secado sin fricción, uso de ropa interior de algodón y limpieza adecuada de la región perineoanal, evitando la contaminación fecal. En general las cremas estrogénicas constituyen siempre un recurso útil para los casos rebeldes al tratamiento conservador con medidas higiénicas. Aprovechando la primera consulta, y con el mismo material con que se tomó la muestra del flujo vaginal, puede aplicarse una monodosis antibiótica de amplio espectro, como Cloranfenicol, ampicilina o Gentamicina, localmente; para ello son útiles el contenido de las cápsulas orales o de los frascos ampula para uso parenteral, disueltos en solución fisiológica; de ser necesario ésta medida puede repetirse en dos ocasiones más, a los 5 y 10 días. También pueden usarse candelillas con antibióticos, en vehículo licuesciente a la temperatura del cuerpo, a las que pueden añadirse pequeñas cantidades de estrógenos y vitamina A.

VULVOVAGINITIS INESPECIFICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO

Un flujo abundante que recidiba sin responder a las medidas terapéuticas y que casi en la totalidad de los casos es sanguinolento y maloliente sugiere la presencia de un cuerpo extraño en la vagina, que puede ser cualquier objeto cuya dimensión permita su introducción en ella. En la totalidad de los casos la infección afecta solo a vagina y solo en forma excepcional se acompaña de vulvitis secundaria. Los síntomas están dados por una profusa secreción característica de olor fétido, casi siempre sanguinolenta, a veces acuosa o francamente purulenta. Estos signos no dependen del tamaño del objeto y sí muchas veces de su composición química.

Para llegar al diagnóstico deben considerarse los antecedentes, cuadro clínico y apoyarse en el tacto rectal, la exploración vaginal con cánula rígida y, si es necesario, la vaginoscopia, de ser preciso bajo anestesia general. Puede ser necesaria la aplicación de cremas estrogénicas por 8 días antes de estas maniobras, para limitar el trauma de la mucosa. La Rx simple es útil en el caso de que se trate de cuerpos extraños radiopacos. En caso de cuerpos pequeños como arenillas, el lavado con solución fisiológica a través de una cánula es diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento se centra en la remoción del cuerpo extraño a través del vaginoscopio. Pueden usarse pinzas de las usadas para cirugía nasal, fórceps para cornetes o pinzas largas con garfios, de las usadas en Urología.

Quando se trata de objetos de gran tamaño y con mucho tiempo de permanencia en la vagina, es necesario utilizar anestesia general. Puede aplicarse, posterior a la extracción, una dosis antibiótica local.

VULVOVAGINITIS SECUNDARIA A OXIUROS.-

La oxiuriasis frecuentemente se encuentra asociada al desencadenamiento de la vulvovaginitis inespecífica (hasta en el 26% de los casos).

El hallazgo de huevos en frotis de exudado vaginal y la observación del propio parásito en los fondos de saco, cuello del útero e incluso más allá, son pruebas de que éste migra de la región anal al tracto genital.

El oxiuro actúa de forma diversa en el desencadenamiento de la vulvovaginitis inespecífica; un mecanismo es de vehículo de gérmenes que son transportados en forma pasiva en la superficie del parásito a su salida del intestino, para ser trasladados a la vagina; otro mecanismo sería la acción química irritativa de la substancia que envuelve al huevo, lo que determina el --rascado por el prurito, ocasionando también arrastre de gérmenes de la región anal a la vulvar.

Sintomatología.- Es característico el prurito anal o anovulvar. Al observar la región anal son evidentes las huellas de rascado; la vulvitis no siempre está presente; hay flujo vaginal amarillo, purulento o mucoso; las paredes vaginales son congestivas.

El diagnóstico se establece por el antecedente epidemiológico de otros miembros de la familia con oxiuriasis, el cuadro clínico, la prueba de Graham-Garaguzzo y la prueba terapéutica.

La droga de elección para su tratamiento es el Pamoato de Pirvinio, 5 a 10 mgs al día en una sola dosis en una toma, que se repite a los 10 y a los 20 días. Puede usarse Piperazina 75 mg por Kg de peso por día, durante 10 días, 3 tomas diarias. El tratamiento de la vulvovaginitis inespecífica desencadenada se tratará en la forma habitual ya mencionada.

VULVOVAGINITIS ESPECÍFICAS:

VULVOVAGINITIS GONOCOCCICA.-

El gonococo es una de las especies patógenas del género *Neisseria*, al cuál pertenece también el meningococo y otras especies no patógenas que habitualmente se encuentran en las mucosas normales.

Por lo general, cuando una niña está infectada, suele haber un familiar o una persona en relación directa que se halla afectada o es portadora de la infección.

Las formas asintomáticas de la gonorrea constituyen el 75% de los casos.

En la vulvovaginitis gonocócica de la niña, el epitelio atrófico y poco resistente de la vagina y vulva se ve implicado en un proceso inflamatorio agudo; la mucosa aparece roja y edematosa, y la presencia de exudado puede macerarla; la secreción suele ser mucopurulenta; los casos subagudos y crónicos son menos ruidosos y acaso solo presenten escaso flujo sin otra sintomatología.

El diagnóstico de gonorrea en una niña crea una responsabilidad seria por la perturbación emocional que la enfermedad despierta en los padres. El profesional debe certificar el diagnóstico en forma absoluta antes de emitir cualquier juicio.

En los frotis con tinción simple (Gram o azul de metileno), la presencia de diplococos gram negativos intraleucocitarios constituye una de las principales características del proceso agudo; en los crónicos en cambio, los gérmenes suelen ser extra-leucocitarios o bien pueden presentar formas atípicas, semejando cocos gram positivos.

Mediante la técnica de anticuerpos fluorescentes, el diagnóstico es mucho más preciso.

Lo ideal para el diagnóstico de gonococcia es el cultivo en me

dio de Thayer-Martin, que imposibilita el desarrollo de otra flora por presencia de antibióticos a la vez que favorece el desarrollo de Neisseria por el agregado de vitaminas. La --- prueba de fermentación de los azúcares completará la identificación del gonococo obtenido por cultivo; Neisseria gonorrhoeae es la única que fermenta exclusivamente la glucosa. El tratamiento es con Penicilina, reforzado con Probenecid a dosis de 0.5 a 1 gr al día; la región perineoanal debe mantenerse limpia; las duchas vaginales están p^oscritas.

VULVOVAGINITIS MICOTICA.-

La presencia de Candida en la vagina no es suficiente para producir enfermedad, por lo que es necesaria la coincidencia de ciertas condiciones para que se presente vulvovaginitis.- El hallazgo de esta entidad en las niñas sugiere siempre el antecedente de antibioticoterapia previa.

Las pacientes consultan por lo general por intenso prurito y ardor; este último se intensifica por el contacto de la orina con la mucosa inflamada; el flujo es escaso pero característico, pues se trata de una secreción blanca lechosa, con grumos, que, según la severidad de la infección, puede presentar el aspecto de parches o placas adheridas a la mucosa vaginal; no hay fetidez; el eritema vulvar es el signo más frecuente y abarca generalmente la superficie cutáneomucosa, pudiendo variar en extensión; puede extenderse al perineo y región perianal, e incluso nalgas y pliegues crurales. Las lesiones producidas por el rascado, fisuras, excoriaciones, pueden ser asiento de infecciones secundarias.

El diagnóstico se sustenta en el cuadro clínico y en el hallazgo de las formas filamentosas del hongo (Seudohifas); -

todo hongo vaginal que produce filamentos es Candida; el material puede obtenerse de la secreción vaginal o de las lesiones en piel vecina. El predominio de lactobacilos en forma acuosa, en caso de vulvovaginitis con prurito, es una contundente evidencia de la presencia de Candida.

El medio de cultivo de Candida es el de Nicheron y Sabouraud, en el cuál las colonias toman un aspecto clásico.

En cuanto al tratamiento, tienen enorme importancia las medidas higienicas locales; de los fungicidas locales se cita en primer lugar a la Violeta de Genciana en forma de instilaciones vaginales de 1.5 cc de una solución al 0.5-1 %; logra curaciones espectaculares; se indican pincelaciones externas - con la misma solución; si hay placas, éstas se desprenden con un hisopo empapado en ácido Bórico, antes de la aplicación de la Violeta de Genciana; una a tres aplicaciones son suficientes. La Nistatina es el medicamento de elección, administrada en cremas externas o en candelillas vaginales conteniendo 200 000 unidades de Nistatina y 3000 unidades de vitamina A. La crema se aplica 4 veces al día y la candelilla cada 24 hs. durante 8 días, por la noche. Son recomendables los lavados externos con ácido bórico. En el caso de que la vulvovaginitis fue desencadenada por el uso de antibióticos de amplio espectro, es necesario administrar Nistatina oral a la dosis de 100 000 unidades cada 6 hs., dado que si bien no se absorbe por el intestino, sí elimina las Candidas contenidas en éste, que es considerado como un reservorio del hongo. También el Clotrimazol ha demostrado ser efectivo para esta micosis.

VULVOVAGINITIS TRICOMONIASICA,-

La Vulvovaginitis por Tricomonas es una afección poco frecuente antes de la edad puberal, puesto que la vagina alcalina e hipoestrogénica de la niña no es un ambiente favorable para el desarrollo del parásito.

En cuanto al contagio de las recién nacidas se deduce por los estudios realizados que probablemente se produciría en el canal del parto, aunque la sintomatología aparezca más tarde; - en algunos casos se ha demostrado que la madre era portadora de tricomonas, con o sin síntomas; en las mayorcitas la contaminación vaginal llega ocasionalmente a través de inodoros, o toallas.

La infección en la recién nacida se caracteriza por flujo abundante, purulento, con períodos de remisión y exacerbaciones espontáneas; hay formas asintomáticas, en las que la tricomoniasis es un hallazgo de laboratorio. En general el cuadro clínico varía de acuerdo a la forma clínica, aguda o crónica; la mucosa vaginal y la vulva se encuentran congestionadas, con edema y a veces petequias en la mucosa vaginal; hay flujo abundante, purulento, fétido, color amarillento o grisáceo; el prurito puede ser intenso.

Para la certificación diagnóstica el método de elección es el estudio en fresco de la secreción, donde se observa al parásito dotado de un movimiento vibratorio. Cuando es necesario el cultivo, éste debe realizarse en medio de Kupferberg, que requiere agregado de suero humano, factores de crecimiento y penicilina y estreptomina para bloquear el desarrollo de otros gérmenes.

El tratamiento es a base de Metronidazol por vía bucal a dosis habituales según la edad. Por otra parte, dada la labili-

dad de la tricomonas a los cambios del pH vaginal, los lavados ácidos y alcalinos en forma alterna, a veces constituyen una medida terapéutica eficaz.

VULVOVAGINITIS A HEMOFILO.-

Es muy poco frecuente y se presenta con un cuadro similar a la tricomoniasis vaginal. El potencial patógeno de *Haemophilus vaginalis* no ha sido aún aclarado; algunos autores lo consideran como responsable de hasta el 90% de las vulvovaginitis consideradas como inespecíficas; otros lo consideran como componente de la flora normal y patógeno potencial. La aparición de esta afección es rara en la premenarca, puesto que el hemófilo requiere para su desarrollo la presencia de factores nutricios que solo se encuentran en una vagina estimulada por los estrogénos.

En el cuadro clínico, el flujo es la manifestación más habitual; esta descarga es habitualmente gris y raramente amarilla o verdosa; suele ser espumosa y de olor desagradable; el prurito y ardor son leves y hay pocas alteraciones en los tejidos afectados.

El tratamiento se hace a base de Ampicilina oral; también es útil la Oxitetraciclina tópica.

HIPOTESIS:

H₁.- La Vulvovaginitis es una patología muy frecuente en la niña premenárquica, aunque en la mayoría de los casos no es motivo de consulta, y para detectarla es necesario investigar intencionadamente al respecto en todas las pacientes de dicha edad que demanden consulta, independientemente del motivo de la misma.

H₀.- La Vulvovaginitis no es una patología frecuente en las niñas premenárquicas, y, cuando se presenta, siempre es motivo de consulta médica, ya que por las características del padecimiento, las pacientes o las madres de éstas, siempre manifiestan sus molestias y buscan la ayuda profesional del médico.

OBJETIVOS.-

- 1.- Conocer la frecuencia de la Vulvovaginitis y niñas premenárquicas de la población derechohabiente adscrita a la Clínica 8, San Angel. I.M.S.S.
- 2.- Determinar la frecuencia de Vulvovaginitis, por edades, hasta antes de la menarca, en la población adscrita a la Clínica 8, San Angel, I.M.S.S.
- 3.- Detectar la etiología más frecuente de la Vulvovaginitis en los distintos períodos de edad hasta antes de la menarquía, en las derechohabientes adscritas a la Clínica 8, San Angel, I.M.S.S.
- 4.- Demostrar que la Vulvovaginitis en la niña premenárquica puede detectarse, si se investiga intencionadamente, en muchas pacientes que consultan por otras causas.

MATERIAL Y METODO.-

El presente trabajo comprendió las 133 pacientes niñas, todas ellas sin haber presentado su menarca, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en dos consultorios de la UMF 8, San Angel, en el período comprendido del 3 de septiembre al 30 de noviembre de 1984.

Se revisaron además 500 expedientes clínicos de pacientes pediátricas de todas las edades, con únicos requisitos de que no hubiesen presentado su menarca y que hubieran asistido a Consulta de Medicina Familiar dentro de los 6 meses previos al inicio de este estudio. Se seleccionaron al azar de los archivos desconcentrados de los 14 consultorios del servicio; en ellos se determinó la frecuencia de vulvovaginitis para cada grupo de edad, registrándose en hoja elaborada para tal fin mediante paloteo.

Las 133 pacientes comprendidas en el estudio prospectivo fueron todas las demandantes de consulta, enmarcadas dentro de los criterios de inclusión previamente establecidos; fueron captadas al momento de la consulta en tarjetas elaboradas para ese fin, enumeradas progresivamente anotando fecha, cédula, nombre, edad, estado nutricional, escolaridad de la madre, motivo de consulta y se y se interrogó en forma orientada hacia nuestro objetivo de estudio, anotándose los datos recogidos en dicha anamnesis, así como los encontrados a la exploración de la región genital; a todos los casos clínicamente positivos a vulvovaginitis se les solicitaron estudios de secreciones genitales (frotis y cultivo) y raspado anal, para tratar de establecer la etiología del proceso.

Una vez recabados los resultados de laboratorio, se captaron los datos en las propias tarjetas, de los que a la postre se obtuvieron los datos que se presentan en la sección de cuadros y gráficas de las páginas posteriores.

TARJETA PARA LA CAPTACION DE PACIENTES:

Paciente Núm. _____	Fecha _____
Nombre _____	Cédula _____
Edad _____	Estado Nutricional _____
Escolaridad de la madre _____	
Motivo de la Consulta _____	
Datos Clínicos:	
a) Interrogatorio _____	

b) Exploración Genital _____	

Datos de Laboratorio:	
a) Exudado Vulvovaginal:	
I.- Frotis _____	
II.- Cultivo _____	
b) Raspado anal _____	

R E S U L T A D O S

RESULTADOS.-

Se revisaron 500 expedientes clínicos escogidos al azar, según los criterios de inclusión ya establecidos; de ellos, - 41 correspondieron al grupo de recién nacidas, 86 a lactantes menores, 119 a lactantes mayores, 155 a preescolares y 99 a niñas en edad escolar; se buscó el diagnóstico de vulvovaginitis, encontrándolo solo en 3 pacientes, una de ellas lactante mayor y dos escolares. La frecuencia de vulvovaginitis para la edad pediátrica antes de la menarca en este grupo estudiado fue de 0.6 %; 0.8 % para el grupo de lactantes mayores y 2.02 % para escolares; no se encontró ningún caso en los demás grupos etáricos. (Cuadro 1, Gráfica 1).

Se otorgaron 133 consultas a otras tantas pacientes en edad pediátrica y con los mismos criterios de inclusión, buscando en ellas mediante interrogatorio intencionado y exploración física el padecimiento motivo de este estudio, lo que arrojó los siguientes resultados:

8 pacientes correspondieron al grupo de recién nacidas, entre las cuáles no encontramos ningún caso de vulvovaginitis. 23 fueron lactantes menores con un caso positivo a vulvovaginitis y una relación porcentual del 4.34 %; en el grupo de lactantes mayores se revisaron 31 niñas, encontrando 2 casos de vulvovaginitis, lo que da una frecuencia de 6.45% para este grupo; 42 fueron preescolares, con 7 casos de patología vulvovaginal, lo que arroja una frecuencia de 16.66 %; encontramos 3 casos en 29 escolares con una frecuencia del 10.34 %; en total se encontraron 13 casos de vulvovaginitis.

tis con una frecuencia general de 9.77 % para todas las niñas, desde el nacimiento hasta antes de presentar su primera menstruación.

En cuanto al motivo de consulta encontrado, en los 13 casos de Vulvovaginitis, tenemos que de ellos solamente 2 consultaron por dicho padecimiento, lo que corresponde al 15.38%; los 11 casos restantes, es decir, el 84.62 %, acudieron a consulta por otros padecimientos.

Tocante a la etiología de la vulvovaginitis se encontró a la inespecífica como la más importante, con una frecuencia de 53.84 % (7 casos); *Candida albicans* se encontró en 3 casos (23.07 %); *Enterobius vermicularis* fue el responsable del 15.38 % (2 casos) y en un caso se reportó *Haemophilus vaginalis* (7.71 %).

ANALISIS DE RESULTADOS.-

Analizando los resultados obtenidos en el presente trabajo - tenemos que:

En el estudio retrospectivo de los 500 expedientes clinicos de niñas, se encontró una baja frecuencia de vulvovaginitis en comparación con la encontrada en el estudio prospectivo: solamente se encontraron 3 casos de padecimiento, lo que dá una frecuencia del 0.6 % para la niñez en general hasta antes de la menarca, sin mencionarse etiología en ninguno de los casos.

Al buscarse intencionadamente el padecimiento, como lo hicimos con las 133 niñas estudiadas en este trabajo, observamos que su frecuencia se dispara significativamente, hasta un 9.77 % para la edad pediátrica hasta antes de la menarquía, lo que nos induce a rechazar la hipótesis de nulidad en apoyo de la hipótesis alterna. (Ver cuadro 3 y gráfica 3).

Observamos la mayor frecuencia de infecciones vulvovaginales en la edad preescolar con cifras de 16.66 %; le sigue en frecuencia el grupo de las escolares con 10.34 %.

El grupo de edad menos afectado fue el de recién nacidas en el que la frecuencia fue de 0.

De los 13 casos de vulvovaginitis detectados, solamente 2 de ellos (15.38 %) acudieron a la consulta motivados por dicho padecimiento; en los 11 casos restantes, el diagnóstico de vulvovaginitis fue un hallazgo gracias a la búsqueda intencionada del padecimiento, ya que el motivo de la consulta había sido otro diagnóstico; es decir, solo en el 15.38% de los casos la vulvovaginitis la vulvovaginitis fué, por sí sola motivo de demanda de consulta, lo que también apoya

nuestra hipótesis alterna.

En cuanto a la etiología de la vulvovaginitis en nuestro grupo de pacientes, más de la mitad de los casos (53.84%) se consideraron con vulvovaginitis inespecífica; le siguieron en importancia la micótica, la parasitaria (Oxiuros) y la secundaria a *Hemophylus vaginalis*.

No se encontró relación del estado nutricional de las niñas ni de la escolaridad de la madre con la presencia de vulvovaginitis en nuestro grupo de pacientes.

CONCLUSIONES.-

- 1.- La vulvovaginitis es un padecimiento importante por su frecuencia dentro de la edad pediátrica en la población adscrita al Hospital General de Zona Núm. 8, I.M.S.S.
- 2.- La vulvovaginitis en la infancia de nuestra población, es mucho más frecuente de lo que aparenta, y si la buscamos intencionadamente, podemos encontrarla en más del 9 % de nuestras niñas.
- 3.- La vulvovaginitis por sí sola es motivo de consulta solamente en el 15.38 % de los casos, por lo que se hace necesario buscarla intencionadamente para detectarla en su frecuencia real, en la población infantil de la consulta externa.
- 4.- Los grupos más afectados en la población estudiada fueron las preescolares y escolares.
- 5.- Más de la mitad de los casos de vulvovaginitis correspondieron a las de etiología inespecífica, lo que es de importancia al considerar el tratamiento a seguir.

C U A D R O S

Y

G R A F I C A S

CUADROS Y GRAFICAS.-

CUADRO NUM. 1

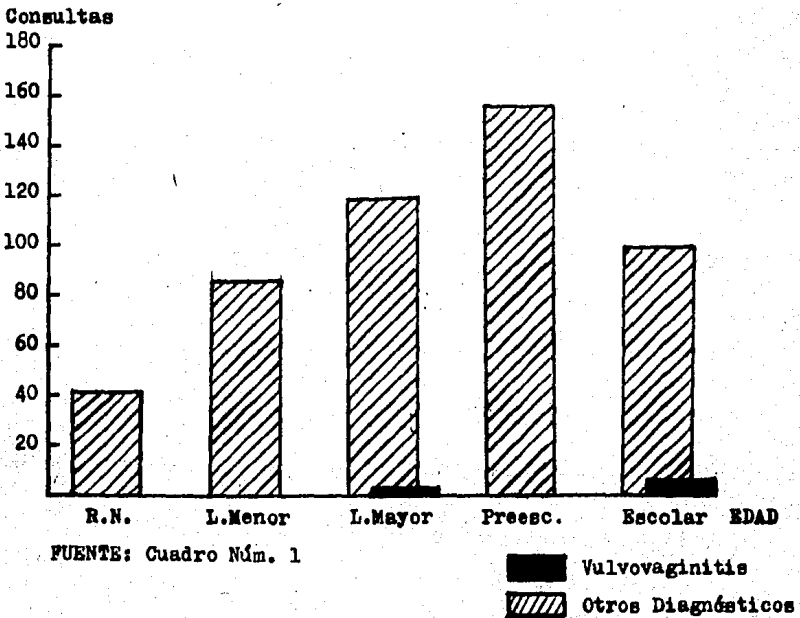
REVISION DE 500 EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES
EN EDAD PEDIATRICA Y ANTES DE LA MENARCA.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	DX. DE VULVOVAGINITIS		OTROS DIAGNOSTICOS	
		NUM. DE CASOS	PORCEN- TAJE	NUM. DE CASOS	PORCEN- TAJE
RECIENTE NACIDA	41	0	0	41	100
LACTANTE MENOR	86	0	0	86	100
LACTANTE MAYOR	119	1	0.84	118	99.16
PREESCOLAR	155	0	0	155	100
ESCOLAR	99	2	2.02	97	97.08
TOTALES	500	3	0.6	497	99.4

FUENTE: Expedientes Clínicos.

GRAFICA NUM. 1

DIAGNOSTICO DE VULVOVAGINITIS CONTRA OTROS DIAGNOSTICOS ENCONTRADO EN REVISION DE 500 EXPEDIENTES CLINICOS DE NIÑAS PREMENARQUICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 8, IMSS, SAN ANGEL.



CUADRO NUM. 2

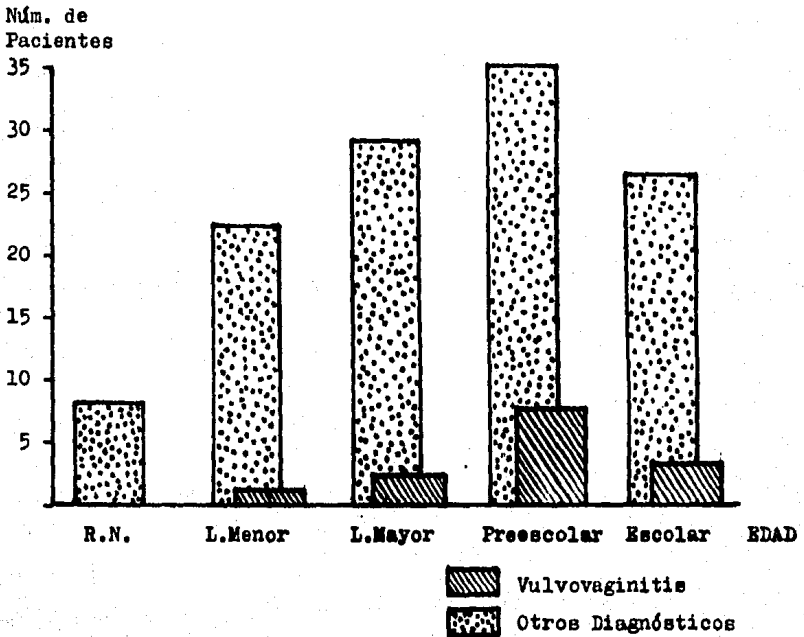
DIAGNOSTICO DE VULVOVAGINITIS EN GENERAL CONTRA OTROS DIAGNOSTICOS, ENCONTRADO EN ESTUDIO DE 133 PACIENTES-PEDIATRICAS, QUE NO HABIAN PRESENTADO MENARCA, EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, EN LA CLINICA 8, IMSS.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	DI. DE VULVOVAGINITIS		OTROS DIAGNOSTICOS	
		NUM. DE CASOS	PORCENTAJE	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
RECIENTE NACIDA	8	0	0	8	100
LACTANTE MENOR	23	1	4.34	22	95.66
LACTANTE MAYOR	31	2	6.45	29	93.55
PREESCOLAR	42	7	16.66	35	83.34
ESCOLAR	29	3	10.34	26	89.66
TOTALES	133	13	9.77	120	90.23

Fuente: Tarjetas elaboradas expofeso para la captación de las pacientes en la Consulta de Medicina Familiar.

GRAFICA NUM. 2

DIAGNOSTICO DE VULVOVAGINITIS CONTRA OTROS DIAGNOSTICOS EN 133 CONSULTAS OTORGADAS A PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA EN DOS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR, CLINICA 8, - SAN ANGEL, IMSS.



Fuente: Cuadro Núm. 2

CUADRO NUM. 3

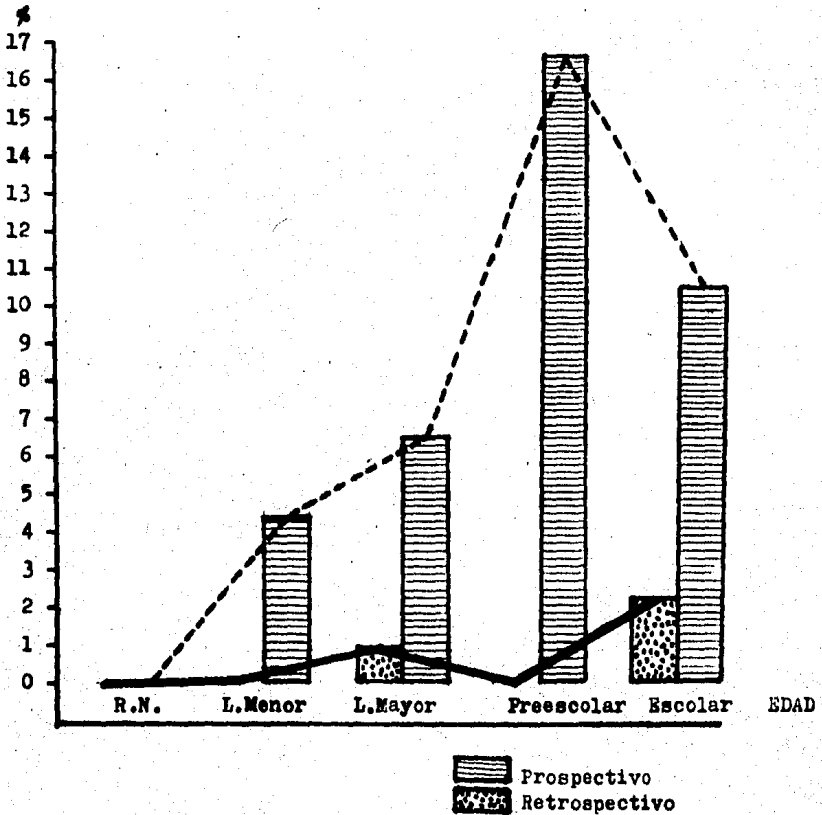
**DX. DE VULVOVAGINITIS: COMPARACION DE FRECUENCIA ENCON- -
TRADA EN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 500 EXPEDIENTES CLINICOS
DE PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA. DE LA CONSULTA DE MEDICI-
NA FAMILIAR, CONTRA LA ENCONTRADA EN 133 PACIENTES EN QUIE
NES EL PADECIMIENTO SE HA BUSCADO INTENCIONADAMENTE EN LA
CONSULTA DEL MISMO SERVICIO, INDEPENDIENTEMENTE DEL MOTIVO
DE LA CONSULTA, EN ESTUDIO PROSPECTIVO.**

GRUPOS DE EDAD	ESTUDIO RETROSPECTIVO (%)	ESTUDIO PROSPECTIVO (%)
RECEN NACIDA	0	0
LACTANTE MENOR	0	4.34
LACTANTE MAYOR	0.84	6.45
PREESCOLAR	0	16.66
ESCOLAR	2.02	10.34
GENERAL	0.6	9.77

Fuente: Cuadros 1 y 2.

GRAFICA NUM. 3

REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DATOS
VERTIDOS EN EL CUADRO NUM. 3.



FUENTE: Cuadro Núm. 3

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 29 -

CUADRO NUM. 4

RELACION DE DX. DE VULVOVAGINITIS CON EL MOTIVO DE CONSULTA EN 13 CASOS DE VULVOVAGINITIS ENCONTRADOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA 8, IMSS, EN NIÑAS.

Total de casos de Vulvovaginitis	13	100 %
Consultaron por Vulvovaginitis	2	15.38 %
Consultaron por otros motivos	11	84.62 %

FUENTE: Tarjetas para la captación de las pacientes de la consulta de Medicina Familiar, elaboradas para la realización de este estudio.

CUADRO NUM. 5

ETIOLOGIA DE LA VULVOVAGINITIS, EN 13 CASOS ESTUDIADOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, CLINICA 8, IMSS, EN NIÑAS.

ETIOLOGIA	NUM. DE CASOS	PORCENTAJE
Inespecífica	7	53.84
Candida albicans	3	23.07
Enterobius vermicularis	2	15.38
Haemophilus vaginalis	1	7.71

FUENTE: Igual cuadro Núm. 4

TRATAMIENTO ESTADISTICO.-

Como quedó asentado al elaborar el protocolo correspondiente, el presente estudio es netamente descriptivo y en su tratamiento estadístico hemos aplicado las medidas de tendencia central, como son la media, la mediana y la desviación estándar para una distribución de frecuencias.

Para el estudio retrospectivo comparativo, tenemos así una media de 0.57, una mediana de 0 y una desviación estándar para una distribución de frecuencias de 0.94.

Para los datos obtenidos en el estudio prospectivo del presente trabajo la media fue de 7.55, la mediana de 6.45 y la desviación estándar para una distribución de frecuencias de 6.31.

En cuanto a la confiabilidad o significancia, tenemos que el error estándar de la primera muestra (estudio retrospectivo) fue de 0.18 y el de la segunda muestra (estudio prospectivo) de 1.26; con un error estándar para la diferencia de las dos medias de 1.59. Como la diferencia real entre las dos medias es de 6.98, es decir, mayor que dos errores estándar de la diferencia de las dos medias, esta diferencia es estadísticamente significativa, lo que rechaza a la hipótesis de nulidad en apoyo de la hipótesis alterna.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Altchec, A.: Vulvovaginitis, Vulvar Skin Disease and Pelvic Inflammatory Disease. *Pediatr Clin North Am.* 28(2): 397-432, 1981.
- 2.- Benson, C.: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, 1a. Edición, *El Manual Moderno, México* 1979.
- 3.- Calderón Jaime, E.: Conceptos Clínicos de Infectología, 4a. Edición, Editorial Francisco Méndez Oteo, México, 1977.
- 4.- Gómez Coyzueta, E.: Vulvovaginitis en Pediatría. *Memorias del IV Congreso de Ginecología y Obstetricia.* 1:87, 1963.
- 5.- Nolan, G. H., Osborne, N.: Gonococcal Infections in the Female. *Obstetric Gynecol.* 42, 156, 1973.
- 6.- Patiño Blanes, R.: Vulvitis y Vulvovaginitis (Revisión de 20 Historias Clínicas de niñas y adolescentes con Leucorrea). Libro Homenaje al Dr. Luis Castelazo Ayala en su XXV Aniversario Profesional. 2: 199, 1970.
- 7.- Zeiguer. :Ginecología Infanto-Juvenil, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1977.
- 8.- Young, Robert K.: Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta, 2a. Edición; Ed. Trillas, México, 1973.