

11217

123 29j



**Universidad Nacional Autónoma
de México**



**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Secretaría de Salud
Dirección General de Enseñanza en
Salud
Curso Universitario de Especialidad en:
Ginecología y Obstetricia**

**CORRELACION CLINICO.BACTERIOLOGICA DE LA CERVICOVAGINITIS
INVESTIGACION CLINICA**

Presentada por :

DR. SERGIO SANDOVAL VILLEGAS

Para obtener el grado de especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Director de Tesis :

DR. SANTIAGO HERNANDEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1 9 8 9



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE.

-INTRODUCCION 2

- MATERIAL Y METODOS 6

--ANALISIS Y RESULTADOS 7

- CONCLUSIONES 26

- BIBLIOGRAFIA 27

INTRODUCCION.

La *cérvicovaginitis* es la enfermedad ginecológica que se observa con mayor frecuencia en la práctica clínica. Es hoy en día, una de las enfermedades más comunes en todo el mundo, alrededor del 90 % de las mujeres cursan con esta entidad. (8)

A pesar de que el cuadro clínico es muy manifiesto, tiene como característica fundamental que se trata de un proceso localizado, no pone en peligro la vida, es difícil de suprimir y hay tendencia a la recidiva. (1)

La literatura está llena de informes que aparecen constantemente, señalando nuevos cuadros clínicos y aspectos poco sospechosos en cuanto a la capacidad patógena de estos microorganismos, algunos conocidos y otros en fase de estudio. (12)

Existen algunos antecedentes históricos como los trabajos de Sidney - Leopold (1953) y de Garner - Duker (1955) en los cuales se sugiere que la *cérvicovaginitis* inespecífica es producida por un agente microbiano denominado *Hemophilus vaginalis*, sin embargo las referencias históricas en relación a la *cérvicovaginitis* es escasa. (15)

DEFINICION.

El término *vaginitis* viene del latín (*vagina, ac, itis*) y quiere decir "inflamación de la vagina", pero, por extensión, se incluye en esta definición la afectación inflamatoria de la vagina propiamente dicha, y la *pars vaginalis* del cuello uterino. (6)

Se ha propuesto el término de *vaginitis* inespecífica para cualquier tipo de alteración que origina secreción anormal de la vagina y que no es producida por *trichomonas vaginalis*, *garnerella vaginalis* o *cándida albicans*. (15)

FISIOLOGIA DE LA VAGINA.

Durante la vida, la vagina sufre importantes cambios en su histología, los principales causantes de estos cambios son los estrógenos.

Cuando estos no existen o bien los hay en escasa cantidad, el epitelio vaginal es de tipo atrófico, es decir consta de tres o cuatro capas celulares con muy poco o nulo contenido de glucógeno, esto acontece en niñas premenarquicas y en mujeres postmenopausadas, pero en la época reproductiva, cuando hay estrógenos en cantidad suficiente, el epitelio vaginal se vuelve poliestratificado diferenciándose claramente sus capas basales (interna y Externa), intermedia y superficial, siendo además rica en glucógeno. (2)

La secreción vaginal en condiciones normales tiene reacción fuertemente ácida con un pH que oscila entre 3.8 y 4.4 debido a que contiene 0.3 - 0.5 % de ácido láctico en disolución. (1)

El epitelio de la vagina se deseca periódicamente y sus células superficiales ingresan en la luz vaginal suspendidas en líquido de transudación. Estas células van cargadas de glucógeno, al destruirse por simple autólisis dejan en libertad al glucógeno y su contenido enzimático, una enzima diastasa transforma el glucógeno en maltosa y una maltasa transforma a esta en glucosa, en este momento el bacilo de Doderlein continúa la degradación de la primitiva molécula de glucógeno hasta ácido láctico. (1)

En contraposición a lo anterior, la secreción de las glándulas del cérvix es francamente alcalina con un pH que oscila entre 7 y 8, es sumamente escasa y viscosa, de tal manera que apenas fluye al interior de la vagina, por tales motivos esta secreción tiene nula acción sobre la acidez vaginal o sea que existe un equilibrio ácido-básico entre la vagina y el cérvix. (1)

Existe una estrecha interrelación entre la presencia de glucógeno epitelial, el pH y el tipo de flora vaginal. (2)

Doderlein en 1892, describió la primera publicación acerca de la flora microbiana de los vías genitales de la mujer, sin embargo a pesar de todo ello es difícil señalar a la flora normal, ya que e-

xiste disparidad en los reportes con los que se cuenta. (1)

Entre los factores de riesgo encontramos a la administración de anticonceptivos orales, el uso de los dispositivos anticonceptivos, las enfermedades generales como la diabetes, el tratamiento prolongado con antibióticos y con corticoides, el embarazo, mala higiene del perineo, el tipo sexual y el número de parejas sexuales. (4)

Debe entenderse el medio vaginal como un microambiente cuyo equilibrio depende de la estrecha interrelación de los factores mencionados, se comprenderá entonces que aquello que modifique este equilibrio propiciará el crecimiento desordenado de la flora nativa o de gérmenes extraños a la vagina. (2)

BACTERIOLOGIA.

Los bacilos de Doderlein parecen ser los microorganismos predominantes en la vagina, ya que la mayor parte de los investigadores los han encontrado hasta en un 70 %. En un 30 a 60 % se ha aislado del cuello uterino y la vagina estafilococos epidérmicos y difteroides. De los estreptococos, se ha aislado, el alfa y beta hemolíticos en 20 % y estreptococo del grupo D (estreptococos fecalis), en límites de 9.6 a 41.4 %.

Ha habido diferencias en las cifras de aislamiento de *Escherichia coli*, su frecuencia varía entre el 1 a 25 %. Otros bacilos gram negativos tipo *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus* y *Pseudomonas* han aparecido con una frecuencia menor del 10 %. (1)

El estafilococo dorado se aislado pocas veces del material cervical y vaginal en mujeres sanas. Algunos investigadores señalan haber aislado levaduras y *Corynebacterium vaginolis* en las mismas.

Las publicaciones más extensas sobre flora anaerobia, han sido las de Gorbach y colaboradores, Ohm y Galask, los cuales han podido obtener microorganismos anaerobios en el 70 % de sus cultivos como

bacteroides, peptoestreptococos, veillonella, que pudieran formar parte de la flora nativa del cérvix y vagina. (1)

El motivo que nos llevó a realizar este estudio fué el hecho de observar que la cervicovaginitis es un problema ginecológico frecuente, en la que las recidivas y los fracasos terapéuticos se presentan en un gran porcentaje. Consideramos que la razón de ello es el viraje que ha dado el factor etiológico y los limitantes que constituyen su presentación clínica.

El conocimiento de esta entidad nos encaminará a un mejor abordaje terapéutico en beneficio del paciente, en la medida en que limita complicaciones y cronicidad de las mismas.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

Se estudiaron 100 pacientes del sexo femenino entre el 3 de septiembre de 1988 al 4 de enero de 1989, que acudieron a la consulta externa del servicio de ginecología del Hospital General de Ticuán, de la Secretaría de Salud, con cuadro clínico compatible con cervicovaginitis.

Se consideraron los siguientes parámetros .

Edad entre 18 y 40 años.

Se excluyeron del estudio .

Pacientes que hayan sido sometidas a antibioticoterapia de menos de 8 días a la fecha del estudio.

Pacientes con actividad sexual de menos de 48 horas.

Pacientes con métodos anticonceptivos de tipo local a nivel cervicovaginal.

Los parámetros analizados fueron los siguientes .

Edad.

Antecedentes gineco-obstétricos.

Antecedentes personales patológicos.

Factores de riesgo.

Exploración física.

Al ingresar al estudio, se consideraron las características clínicas de la cervicovaginitis y se procedió a tomar muestras para cultivo de exudado vaginal y papanicolau. Los resultados del cultivo fueron reportados a las 72 horas.

ANÁLISIS Y RESULTADOS.

La edad de las pacientes fluctuaron entre 18 a 40 años, que - dando la mayoría comprendidas en el grupo de los 28-40 años. (gráfica 1). Así mismo la mayor incidencia ocurrió en pacientes multíparas representadas con el 62 %, parámetro que se relaciona directamente con la edad, dadas las características de nuestra población, mayor edad-mayor paridad. (gráfica 2)

El método contraceptivo más utilizado por las pacientes fué la oclusión tubéris bilateral, sin embargo cabe hacer notar que el uso de hormonales orales e inyectables no fué un factor de riesgo para la cérvicovaginitis como tradicionalmente se considera. (gráfica 3) .

El número de coitos no fué importante para incrementar la incidencia de cérvicovaginitis, como generalmente se acepta, ya que según los resultados obtenidos se observó que las mujeres jóvenes refieren mayor número de coitos y la incidencia de cérvicovaginitis fué menor en comparación con las mujeres mayores de 30 años quienes refirieron menor número de coitos y su incidencia en forma comparativa fué mayor para la cérvicovaginitis. (gráfica 4) .

Se ha mencionado como factor de riesgo al número de parejas sexuales, este parámetro no fué determinante en las pacientes de nuestro estudio, ya que la mayoría refirió tener solo una pareja sexual (94 %) , sin embargo, por el nivel sociocultural de las pacientes se toma con reserva esta respuesta. (gráfica 5) .

La impresión clínica obtenida en base a las características tradicionalmente mencionadas para cada una entidad fué de un 30% para tricomonas vaginalis (tabla 1), de 18% para gartnerella vaginalis (tabla 2), de 22 % para cándida albicans (tabla 3) , de 5 % para neisseria gonorrhoeae (tabla 4) y de un 25 % para la forma inespecífica de la infección (tabla 5). La correlación clínico.bacteriológica solo fué de un 13.3% cuando se trató de tricomonas vaginalis (tabla 8) , de un 11.1% para gartnerella vaginalis (tabla 9) , un 21.8 % para cándida albicans (tabla 10) , en el caso de neisseria gono-

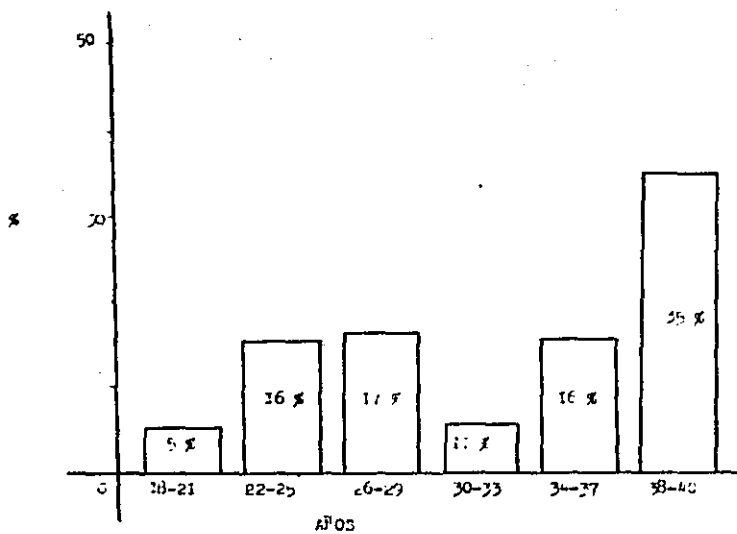
rrhoese no hubo correlación clinicobacteriológica (tabla II). El mayor índice de correlación se presentó en la cervicovaginitis inespecífica, siendo esta de un 84 % (tabla I2).

De acuerdo a la impresión clínica la más frecuente fue para tricomona vaginalis con un 30 %, seguida de la forma inespecífica con un 25 % (tabla 6), y los resultados de laboratorio refieren mayor frecuencia para la forma inespecífica con un 40 %, después la tricomona vaginalis con un 5 % (tabla 7).

El 98 % de las citologías vaginales resultaron con negativo clase II, sin embargo, llama la atención que 2 % de las pacientes con cervicovaginitis clínica y bacteriológica demostrada resultaron con citología normal. Consideramos que este dentro de las falsas negativas del estudio.

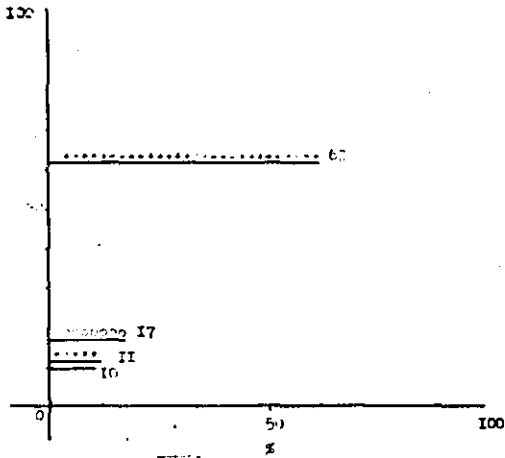
GRAFICA No. I.

EDAD



GRAFICA NUMERO 2.

PARID/22



MULTIPARAS 67
 SECUNDIGESTAS [.....] 17
 PRIMIGESTAS |.....] 16
 NULLIPARAS 0

GRAFICA NO. 3

CONTROL DE LA FERTILIDAD

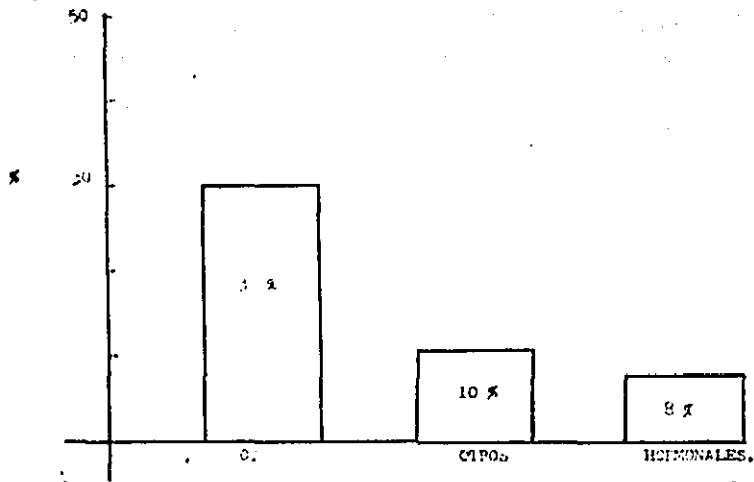
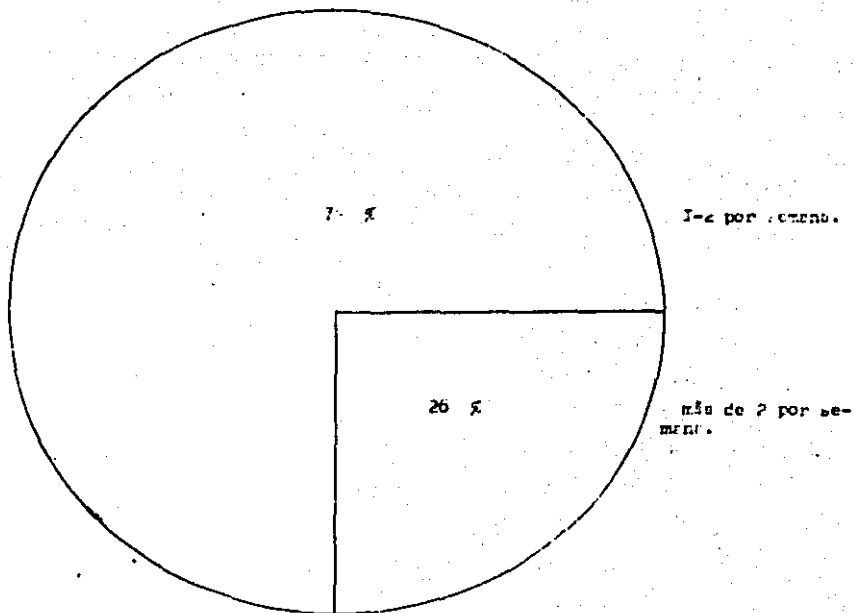


GRAFICO No. 4

FRECUENCIA DE COSTOS.



GRAFICA No. 5.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

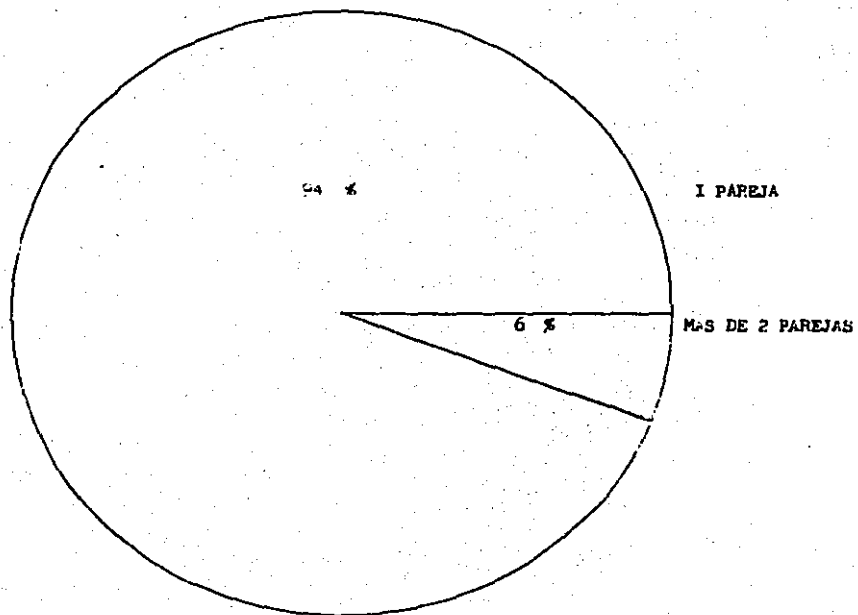


TABLA No. I.

TRICOMONA VAGINALIS.
IMPRESION CLINICA (30%)

CARACTERISTICAS		%
COLOR	VERDE	6.6
	VERDEAMARILLENTO	16.6
	AMARILLO	16.6
CANTIDAD	ESCASA	3.3
	MODERADA	43.3
	ABUNDANTE	53.3
OLOR	FETIDO	100
ASPECTO	ESPESO	13.3
	ESPUMOSO	56.6
ESCOZOR		43
DISPAREUNIA		26.6
DISURIA		16.6

TABLA No. 2

GARRELLA VAGINALIS.
IMPRESION CLINICA (18%)

CARACTERISTICAS		%
COLOR	BLANCO	100
CANTIDAD	MODERADO	13
	ABUNDANTE	5
OLOR	FETIDO	100
ASPECTO	LECHOSO	50
	CREMOSO	50
PRURITO		33.3
ESCOZOR		5.5
DISURIA		16.6
DISPAREUNIA		16.6

TABLA No. 3

CANDIDA ALBICANS.
IMPRESION CLINICA (22%)

CARACTERISTICAS		%
COLOR	BLANQUECINO	100
CANTIDAD	MODERADA	59.1
	ABUNDANTE	40.9
OLOR	FETIDO	63.3
ASPECTO	GRUMOSO	36.36
	ESPESO	63.63
PRURITO		36.36
DISPAREUNIA		27.27
DISURIA		9.09
ESCOZOR		4.5

TABLA No. 4

NEISSERIA GONORRHOEAE
IMPRESION CLINICA (5%)

CARACTERISTICAS		%
COLOR	AMARILLENTO	100
CANTIDAD	MODERADA	60
	ABUNDANTE	40
OLOR	PETIDO	100
ASPECTO	ESPUMOSO	80
	PURULENTO	20
PRURITO		100
ESCOZOR		60
DISURIA		60
DISPAREUNIA		60

TABLA No. 5 .

OTROS (INESPECIFICA).
IMPRESION CLINICA (25 %).

CARACTERISTICAS		%
COLOR	BLANCO	100
CANTIDAD	ESCASO	72
	MODERADO	24
	ABUNDANTE	4
OLOR	INOLORO	100
ASPECTO	CLARO	80
	ESPESO	16
	LECHOSO	4
PFURITO		24
ESCOZOR		0
DISURIA		0
DISPREUNIA		4

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

TABLA No. 6 .

IMPRESION CLINICA.	%
TRICOMONA VAGINALIS	30 %
GARNERELLA VAGINALIS	18 %
CANDIDA ALBICANS	22 %
NEISSERIA GONORRHOEAE	5%
INESPECIFICA	25 %
TOTAL	100 %

TABLE No. 7.

CULTIVO	#	
-TRICOMONA VAGINALIS.		
E. COLI, E. AUREUS.	2	
E. COLI	3	5
- GARNERELLA VAGINALIS.		
E. AUREUS, C. ALBICANS	1	
G. VAGINALIS	1	2
- CANDIDA ALBICANS.		
E. FECALIS	1	
E. AUREUS, E. COLI	1	
C. FREUNDI, E. COLI	2	
E. FECALIS, E. COLI	1	
E. COLI	3	13
E. AUREUS	2	
PROTEUS VULGARIS	1	
E. AUREUS, E. FECALIS	1	
P. VULGARIS, E. AUREUS	1	
-OTROS.		
E. COLI	40	
E. AUREUS	23	
E. FECALIS	4	
P. VULGARIS	4	
C. FREUNDI	3	
CITROBACTER DIVERSUS	3	80
PROTEUS MIRABILIS	1	
C. AEROGENES	1	
ESTREPTOCOCCO VIRIDANS	1	
TOTAL		100

TABLA No. 8 .

CERVICOVAGINITIS.

IMPRESION CLINICA	CULTIVOS		
	TRICOMONAS VAGINALIS - 13.3 %		
	E. COLI		10 %
	E. AUREUS		3.3 %
TRICOMONAS			
VAGINALIS.	ESCHERICHIA COLI - 53.3 %		
	PURA		30 %
30 %	POLMICROBIANA		23.3 %
	TRICOMONA VAGINALIS		10 %
	E. AUREUS		6.6 %
	C. ALBICANS		3.3 %
	SIN DESARROLLO - 3.3 %		
	OTROS - 32.4 %		
CORRELACION CLINICO - BACTERIOLOGICA	- 13.3 %		

TABLA No. 9
 CERVICOVAGINITIS.

IMPRESION CLINICA		CULTIVOS			
GARDNERELLA VAGINALIS	18 %	GARDNERELLA VAGINALIS	- 11.1%	33.2%	
		C. ALBICANS			5.5 %
		ESCHERICHIA COLI	- 27.7 %		
		FOXA			22.2 %
		POLIMICROBIANA			5.5 %
		E. AUREUS			
		OTROS	-22.2%		

CORRELACION CLINICO - BACTERIOLOGICA - 11.1 %

TABLE No. 10

CERVICOVAGINITIS.

IMPRESION CLINICA		CULTIVOS		
CANDIDA ALBICANS	22 %	CANDIDA ALBICANS	- 31.8 %	
		E. COLI		9.09 %
		E. AUREUS		9.09 %
				0
		E. COLI	- 40.9 %	
		MURA		27.7 %
		POLIMICROBIANA		13.6 %
		E. AUREUS		27.27 %
		SIN DESARROLLO	- 4.5 %	
		OTROS	- 9.09 %	

CORRELACION CLINICO - BACTERIOLOGICA - 31.8 %

TABLA No. II
 CERVICOVAGINITIS.

IMPRESION CLINICA	CULTIVOS	60 %	20%
NEISSERIA GONORRHOICAE 5 %	NEISSERIA GONORRHOICAE - 0 %		
	ESCHERICHIA COLI - 60 %		
	PURA		
	PROTEUS VULGARIS		
	SIN DESARROLLO - 20 %		

CORRELACION CLINICO - BACTERIOLOGICA - 0 %

TABLA N o. 12 .

CERVICOVAGINITIS.

IMPRESION CLINICA		CULTIVOS	
		OTROS - 84 %	
		CANDIDA ALBICANS -	8 %
		TRICOMONA VAGINALIS	4 %
OTROS	25 %	E. COLI - 60 %	
		ESTAFILOCOCCOS AUREUS	16 %
		CANDIDA ALBICANS	8 %
		ESTREPTOCOCCOS FECALIS	4 %
		PROTEUS VULGARIS	4 %
		TRICOMONA VAGINALIS	4 %
		SIN DESARROLLO -4 %	

CORRELACION: CLINICO - BACTERIOLOGICA - 84 %

CONCLUSIONES.

- La edad y la multiparidad constituyeron los factores de riesgo de mayor importancia en nuestro estudio.
- Las infecciones cérvicovaginales son polimicrobianas en un 80 %.
- Las características clínicas no son orientadoras respecto a la etiología de esta entidad.
- La cérvicovaginitis inespecífica representa la forma bacteriana más frecuentemente encontrada.
- El cultivo de la secreción cérvicovaginal es un estudio imprescindible para el diagnóstico etiológico de la cérvicovaginitis.

BIBLIOGRAFIA.

- I.- A.M.H.G.O. No. 3 I.M.S.S. Ginecología y obstetricia. Tercera Edición .Méndez Oteo (editor) . México 1987.
- 2.- ZARATE Y CANALES.Ginecología .Méndez Cervantes (editor) .1985 Mé - xico.
- 3.- JONES -JONES .Tratado de ginecología de Novak .Décima edición .Inter - americana (editor) .1985 México.
- 4.- RALPH C. BENSON .Diagnóstico y tratamiento gineco.obstétricos, Ma - nual moderno .1986 . 5a. edición . México.
- 5.- GORDON M ESTIRRA.T.Manual clínico de ginecología y obstetricia.Ia edición McGraw-Hill 1986. México.
- 6.- A. FERNANDEZ -CID .Tratado y atlas de vaginitis . Salvat(editor) 1980 . España.
- 7.- Clínicas obstétricas y ginecológicas .Editorial interamericana.1981 Vaginitis en la adult.
- 8.- Friedrich EG ,MD, Vaginitis . Clinical opinion .Am. J Obstet gynecol Vol. 152 núm 3 ,1985 .247-251.
- 9.- Paavonen J,MD, Cathy W C .Etiology of cervical inflammation .AM J Obstet Gynecol .Vol. 154,1986.556-64.
- 10.- Hanna NF . The relation between vaginal PH and the microbiologi - cal status in vaginitis .Am . J obstet gynecol. vol. 12,1985.1267- 1271.
- 11.- O'Rowd TC ,RR, CDR ,JES.Contribution of gardnerella vaginalis to vaginitis in a general practice. British medical Journal vol. 292, 1986. 1641.

- 12.- RUIZ MORENO J A ,PATRICIA A R , .Cervicitis por clamidia
tracomatis.Ginecología y obstetricia . Vol. 52 núm. 319 .1984
.215-220.
- 13.- Oriel J D , G L Ridway . Infecciones genitales causadas por
clamidia tracomatis.Infecciones cervicales. 1985.73-82.
- 14.- GONZALEZ MERLO J. Tratamiento de los síndromes ginecológicos.
Leucorrea en la mujer en período sexual activo.1980.15-17.
- 15.- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Editorial interameri-
cana 1981.Participación de garnerella vaginalis en la vaginitis i -
nespecifica. UNI. Washington.
- 16.- R.BENSON . Manual dx. y tratamiento de Ginecología y obstetricia.
Manual Moderno. (Edit.) 1986 México DF.
- 17 - Inper. Normas y procedimientos de ginecología . 1987.
- 18.- SIR STANLEY G. CLAYTON. Ginecologia. Salvat(editor) 1981.