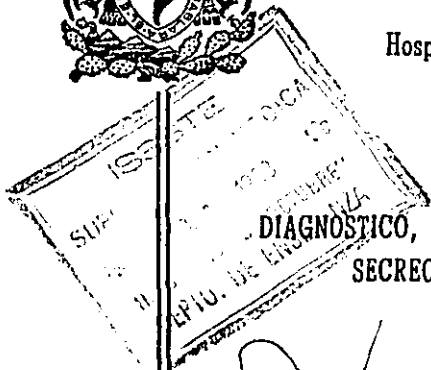


11217
21/20



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina
Hospital Regional "10 de Octubre"
ISSSTE



DIAGNOSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA
SECRECION GENITAL ANORMAL.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de
GINECOOBSTETRA

presenta

DR. MAURICIO A. BEDOYA GUTIERREZ

Tutor: Dr. Javier Alvarado Gay



TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

México, D. F.

1988



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 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

I.	INTRODUCCION	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	OBJETIVOS	17
IV.	JUSTIFICACION	18
V.	MATERIAL Y METODOS	19
VI	HIPOTESIS	22
VII.	RESULTADOS	23
VIII.	CONCLUSIONES	37
IX.	COMENTARIO	39
X.	BIBLIOGRAFIA	44

INTRODUCCION

A pesar de su importancia, no se tienen respuestas con fiabilidad acerca de la Patogenia, diagnóstico y manejo de las infecciones cervico vaginales. La primera dificultad es lograr un diagnóstico correcto, en un tiempo corto, sin el empleo de metodología sofisticada y costosa. En este trabajo también se analiza la utilidad del exámen de las secreciones genitales y sus frotis teñidos para el diagnóstico rápido de candidiasis, tricomoniasis, vaginitis inespecífica.

Las infecciones genitales representan una de las causas que con mayor frecuencia son de origen de consulta ginecológica en todo el mundo. Si bien no en todos los casos se trata de cuadros agudos, en muchos de ellos significa desasosiego constante para la paciente, que aumenta en razón de los diversos esquemas terapéuticos a que puede ser sometida sin lograr mejoría.

Los agentes etiológicos de las infecciones cervicovaginales incluyen protozoarios, bacterias y hongos. La sintomatología es de tal naturaleza que clínicamente es muy difícil su diferenciación. El diagnóstico se logra, por tanto, valiéndose de métodos de cultivo microbiológicos; sin embargo, el tiempo y recursos necesarios hacen muy difícil su práctica en laboratorios clínicos y, en especial, en sitios cuyos elementos de trabajo son modestos.

Con frecuencia se confunde un flujo fisiológico con un escurrimiento genital anormal. Los flujos mucoides claros con algunos leucocitos, células epiteliales y un pH menor de 4.5 se consideran normales. Como mencionaba anteriormente la flora bacteriana normal es múltiple e incluye también estreptococos, estafilococos, lactobacilos, bacilos de Döderlein, difteroides, Klebsiella y E. Coli.

Los principios fundamentales del tratamiento eficaz son la identificación del microorganismo causal, el inicio del tratamiento (por lo general sistémico) y el tratamiento concomitante a la pareja o parejas sexuales de la paciente. (1, 2, 3, 4).

ANTECEDENTES

Se da el nombre de leucorrea a cualquier flujo vaginal que no sea hemático. (1) Constituye, quizá, el síntoma ginecológico que se presenta con mayor frecuencia, y que aparece por lo menos en un tercio de todas las pacientes ginecológicas. Raramente es grave, suele acompañar a infecciones simples de cuello, vagina o trompa.

En condiciones normales todas las partes de la mucosa genital se mantienen húmedas, por las secreciones propias o por las que se originan en un segmento un tanto más alto del conducto. En la vagina y en la vulva de la mujer normal, habitualmente existe una secreción, que en realidad es el resultado de la secreción de las glándulas y células secretoras existentes en el tracto genital (glándulas vestibulares, glándulas de Bartholin, del cuello uterino, del endometrio y del endosalpinx), también del líquido trasudado o suero de los capilares de la pared vaginal y de las células descamadas del epitelio escamoso, que reviste la vagina y el ectocervix, y también, en menor proporción, células desprendidas del epitelio cilíndrico del endocervix. Este conjunto de secreciones, conglomerado de células y líquido trasudado humedece las mucosas, pero no es notado, habitualmente por la mujer. (2)

Es importante destacar que en la vagina de las mujeres aparentemente normales y sin ningún síntoma ni signo de in-

fección vaginal ni de otros tramos del aparato genital suelen existir gérmenes, como los que se muestran en la tabla número 1, y que el número de estos puede ser importante (varía de unas pocas colonias a $10^{8-9}/\text{ml}^3$). (5, 6, 7, 8, 9). Frecuentemente se aíslan entre 5-10 distintos tipos de gérmenes, que pueden ser aerobios y anaerobios. (10)

Se acepta actualmente que ciertos factores influyen en el número y el tipo de gérmenes existentes en las secreciones vaginales: el glucógeno existente en las células descamadas del epitelio escamoso es transformado por los lactobacilos y otras bacterias, y de esta forma se produce ácido láctico y un pH ácido (menor de 4.5). Este pH ácido favorece el desarrollo de los gérmenes acidófilos, como el lactobacilo e inhibe el crecimiento de otras bacterias principalmente patógenas. (7)

Denominamos escurrimiento genital anormal al aumento patológico de las secreciones y/o trasudado, que son molestas para la mujer; constituye, como ya se mencionó, una de las causas más frecuentes por la que la mujer acude a la consulta con el ginecólogo.

FACTORES ETIOLÓGICOS. La leucorrea puede proceder de cualquier tramo del aparato genital: trompa, útero, cuello uterino, vagina y vestibulo; pero, desde el punto de vista clínico práctico, nos interesa fundamentalmente la leucorrea

de origen vaginal y cervical, ya que la de origen uterino y tubárico son excepcionales.

Las principales causas de leucorrea son: trichomonas, cándida, Gardnerella, clamidias, micoplasma, herpes genital, cuerpos extraños, otros parásitos, alérgicas y otras.

Tipo de organismo	Hill	Bartlett	Ohm	Gorbach
Aerobic Facultative	95	100	100	97
Bacilos gram +	79		87	
Lactobacilos	45	50	75	73
Corinebacterium y difteroides	55	31	38	
Gardnerella V.	58		8	
Cocos gram +	80	81	85	
Stafilococos coag. negativos.	47	41	41	57
Stafilococo Aureus	1	5		
Streptococos	68	59		53
Bacilos gram -	36		34	
E. coli	24	9	28	20
Klebsiella	5		4	
Proteus	2		5	10
Cocos gram -				
Neisseria G.			1	13
Levaduras	12		4	27
Micoplasma H.	ND	ND	ND	ND

Tipo de organismo	Hill	Bartlett	Ohm	Gorbach
Ureaplasma U.	ND	ND	ND	ND
Anaerobios	89		86	70
Cocos gram +	77	73	74	
Peptococos		64		7
Asaccharolyticus	29	23	48	
Magnus	24	23	11	
Prevotii	25	27	17	
Especies NI		18	11	
Peptoestreptococos		23		33
Anaerobios	32	14	34	
Micros	4	9	7	
Gaffkya Anaerobia	31		5	
Estreptococos inter- medios	6	14	5	
Morbillorum	2	14		
Cocos NI	24	9	21	
Bacilos gram +	68	55	38	
Lactobacilos	43	45	10	
Fermentos	4	24		
Minutus	7	9		
Acidófilos	2	5		
Especies NI	21	27		
Eubacterium	4	36	7	3
Bifidobacterium	8	1		10
Clostridium P.	6		4	3

Tipo de organismo	Hill	Bartlett	Ohm	Gorbach
Propionibacterium	5	14	2	
No formador de esporas, NI.	8	18	16	

ND: No realizado.

NI: Depende del origen, generalmente indica un porcentaje no identificado.

Bacterias más frecuentemente encontradas en la flora vaginal y cervical de pacientes asintomáticas.

La trichomoniasis es producida por un protozoo anaerobio y provisto de flagelos, *Trichomonas vaginalis*, que se contrae habitualmente por contacto sexual, aunque de forma excepcional pueda aparecer en mujeres que no han tenido contacto sexual previo.

Es una de las causas más frecuentes de leucorrea. Aparece entre 20 - 30% de las pacientes que padecen leucorrea. Sin embargo, la trichomoniasis puede aparecer en mujeres totalmente asintomáticas 3 - 15%. Es importante destacar su frecuente asociación con la gonorrea. Se calcula que en el 40% de los casos la trichomoniasis va acompañada de gonorrea y a la inversa. (11)

El aspecto de la leucorrea es muy característico: es bastante líquida, de baja viscosidad, mal oliente, homogénea de color entre amarillo y gris, espumosa y con burbujas de

aire. Suele disminuir premenstrualmente y, en cambio aumentar una vez terminada la menstruación. La mujer acusa, habitualmente, prurito vulvar intenso y en ocasiones dispareunia y disuria.. Los resultados de diversos estudios indican que puede encontrarse trichomonas vaginalis en descarga vaginal de cualquier tipo, y que en casi 30% de los casos hay leucorrea espumosa sin T. vaginalis; es decir, esta característica no es exclusiva de trichomoniasis. En cuanto a las características de pacientes con trichomoniasis comprobada el porcentaje de leucorrea espumosa es del 12%; el cuello uterino eritematoso friable y con puntilleo aunque es patognonómico se observa en porcentaje inferior al 5%. (4)

El diagnóstico se hace por la comprobación de trichomonas. Se advierte a la enferma que no se aplique ninguna ducha el día del examen, se introduce un espéculo bivalvo, sin lubricante, ya que éste destruye la actividad del parásito. Se toma una gota de pus y en un portaobjeto previamente calentado se hace una extensión con el pus utilizando una buena cantidad de sol. salina para diluir la secreción purulenta y evitar que el frotis se seque con excesiva rapidez. El parásito se reconoce por su aspecto piriforme, los largos flagelos que posee en la extremidad más delgada y su membrana celular ondulante. Su tamaño oscila de entre los plocitos comunes y el de las células pavimentosas epiteliales que hay en todos los frotis vaginales.

En cuanto al tratamiento hay gran cantidad de proposiciones ya que son muy frecuentes las recidivas. Estas han consistido en aumentar la acidez de la vagina en vista de que las tricomonas no sobreviven con el pH normal de 4.5 -5. En los últimos años se ha probado que el metronidazol es muy eficaz a una dosis de 500 mg, 2 veces al día durante 5 días. Recientemente se ha usado 2 gr V.O. dosis única siendo eficaz. (13) Mas recientemente ha surgido otro fármaco, cuya composición corresponde a Bis fenil (2 cloro-fenil) Imidazolil Metano, conocido como clotrimazol a 200 mg diarios por 3 días. (11)

Las infecciones por hongos representan el 20-30% de todas las infecciones genitales productoras de leucorrea. La mayoría de estas infecciones se producen por la Candida Albicans entre el 80-90%. En un pequeño número de casos, entre 10-20% se aísla Candida albicans en mujeres totalmente asintomáticas, y se plantea entonces el dilema si estas mujeres deben ser tratadas, ya que, probablemente, se trate de microorganismos saprófitos.

Es un gran problema para la mujer por la recurrencia que presenta. (14) Fue la primera enfermedad descrita por Wilkinson en 1849, cuando relacionó la presencia de hongos con vaginitis. Se conoce con infinidad de nombres: moniliasis vaginal, vaginitis moniliásica, candidiasis, micosis, pero en nuestra opinión el nombre que preferimos utilizar es

candidosis vaginal. (19)

El prurito vulvar es el principal síntoma, se presenta en el 90% de los pacientes, (16) mientras que la leucorrea no es el síntoma clásico. La inspección de la vagina a la exploración revela una descarga granular blanca adherente a las paredes de la vagina semejante a parches. (14) La vagina se encuentra enrojecida cuando se remueven estas placas con apariencias de ulceraciones superficiales incompletas con puntillado sanguinolento en algunas partes; aunque el diagnóstico se establece con la presencia de la *Candida albicans*, demostrar el organismo patógeno en cultivo es esencial para el diagnóstico definitivo. (17) La mejor identificación se hace en el medio de Sabouraud. (20) El habitat normal de la *Candida* parece ser los lugares calientes y sangrantes, por lo que a menudo se ha considerado comensal común de la vagina pudiendo estar presente sin producir síntomas de descarga genital anormal y/o prurito. (18) En nuestros días es aceptado por la mayoría de los investigadores que la detección de la *Candida albicans* indica enfermedad que amerita tratamiento. En algunas biopsias que han sido tomadas y fotografiadas se observa que la *C. albicans* no invade la pared vaginal (16, 19), en contraste con esto, otros autores han encontrado por microscopía electrónica micelios en las células epiteliales como evidencia de que puede ocurrir penetración a las células con lo que puede considerarse invasora o no invasora. La aseve-

ración de que la candidosis vaginal no se transmite sexualmente se apoya en los hallazgos de estudios con doble control que efectuaron tratamiento a la pareja con antimicóticos orales no influenciándose el porcentaje de recurrencia. (19)

El tratamiento principalmente es por vía local. La nistatina se emplea en forma de crema o tabletas que contienen 100 000 U aplicadas 2 veces al día, por espacio de 10 días habiendo una tasa de curación entre el 50 - 80% (13). El clotrimazol y el miconazol se emplean también por vía vaginal como tabletas o crema, dos veces al día durante 4 - 7 días. El Ketokonazol introducido en los últimos años es activo por vía oral a dosis de 200 mg 2 veces al día durante 5 días. (12, 20)

La *Gardnerella vaginalis* ha sido reconocida desde hace 70 años en las secreciones vaginales, y fue hasta 1954 en que Gardner y Dukes lograron cultivarla y aislarla de un gran porcentaje de casos de vaginitis no específica. La *G. vaginalis* es un cocobacilo gram variable, no esporulado que mide de 0.3 x 0.5 a 0.5 x 2 a 3 micras. Son pleomórficas pudiendo ser cocobacilos o bacilos, pueden estar individualmente, en pares o empalizadas. Para el crecimiento requiere niacina, purinas, biotina, ácido fólico, rifoflabina; es fermentativa y el principal producto es el ácido acético y además fermenta dextrosa, fructuosa, maltosa, ribosa y glucosa.

La mayoría de las mujeres refieren aumento de la descarga vaginal sin acompañarse de irritación vulvar. Es referido frecuentemente con olor a pescado y puede ser más obvio durante o inmediatamente después del coito. La descarga es, a menudo, observada en el introito y puede ser colectada en el fornix posterior. La descarga es delgada, homogénea a menudo adherida a paredes vaginales, sin embargo, no hay datos de inflamación. Algunas veces contiene pequeñas burbujas, es usualmente blanco por la ausencia de células inflamatorias. Rara vez se asocia con irritación vulvar, dispareunia e irritación de la vagina, generalmente no es asociada con vulvitis. La biopsia de especímenes vaginales de pacientes con *Gardnerella vaginalis* asociada a vaginitis, revelaron epitelio idéntico al de vaginas normales. (22)

En el examen microscópico en fresco, aparecen a seco fuerte células epiteliales con gran cantidad de cocobacilos, llamadas células guía (clue cells); y en el frotis de Gram hay disminución o desaparición de los bacilos de Döderlein con predominio de otros morfotipos bacterianos Gram negativos. Desde el punto de vista práctico Amsel y Col. proponen las siguientes características para el diagnóstico: pH de más de 4.5, presencia de células guía en el examen en fresco, prueba positiva de KOH y secreción vaginal grisácea, delgada y homogénea.

El cultivo de *G. vaginalis* requiere de medios especiales. Si no se tiene oportunidad de realizarlo, puede practicarse el frotis de Gram de la secreción vaginal. (24)

Son sensibles a la ampicilina a dosis convencionales. Es altamente susceptible al hidroximetabolito del metronidazol y sugiere que pudiera contribuir significativamente a la erradicación del padecimiento. El metronidazol no actúa directamente sobre la gardnerella, pero sí sobre los organismos sinérgicos que le proveen un medio adecuado. (21, 25)

Ha habido un aumento en las infecciones genitales producidas por clamidia tracomatis, siendo importante mencionar que se encuentra asociada a gonococo en un 40 - 50%. La clamidia, al igual que los gonococos, no atacan el epitelio escamoso. Por ello no producen vaginitis, en cambio lesionan el epitelio cilíndrico causando cervicitis, endometritis, salpingitis, uretritis, bartolinitis. La leucorrea es de aspecto purulento; a la exploración, el cuello uterino está cubierto por flujo mucopurulento, puede haber erosión, ectopía o cervicitis folicular. (2)

El diagnóstico de clamidia es difícil y un método satisfactorio no ha sido encontrado para la práctica médica. En el estudio de inmunofluorescencia, el organismo fue visto principalmente con elementos sanguíneos extracelulares en la mucosa endocervical y elementos sanguíneos dentro del cito-

plasma de los leucocitos. Los organismos fueron raramente vistos en células epiteliales. La cervicitis por clamidia está confinada a la mucosa endocervical. Las porciones endocervicales fueron identificadas por la presencia de moco, células columnares y células metaplásicas. La porción ectocervical fue identificada por la ausencia de estas células. El exudado inflamatorio fue graduado como leve, moderado y severo; la presencia de sangre en la secreción fue notada. Aproximadamente el 15 - 20% de los hombres heterosexuales con uretritis gonocócica tienen simultáneamente infección uretral por clamidia. Si estas personas reciben tratamiento para la gonorrea, su infección por clamidia persiste. (28) El diagnóstico puede hacerse por el estudio citológico demostrando inclusiones intracelulares. El cultivo es difícil pero puede realizarse mediante tratamiento de células de McCoy con 5 yodo 2- desoxuridina. (27, 28).

El tratamiento se hace con tetraciclina 500 mgs cuatro veces al día, por espacio de 7 a 14 días. (18).

El posible papel del micoplasma en la vaginitis bacteriana ha sido investigado en numerosos estudios. Ha sido reportado en 33 - 44% de micoplasma hominis en mujeres con infección vaginal. El pH vaginal es importante en la colonización de la vagina por M. hominis, en varios estudios se ha encontrado que con un pH de 3.9 a 4.4 se aíslan estos organismos en el 1%, con un pH de 4.0 a 5.0 aislamos parásitos entre el 10 - 25% y con un pH mayor o igual a 5.0 encontramos hasta más de 76%. La mujer con vaginitis bacteriana característicamente tiene un pH elevado por lo que es de esperarse la aso-

ciación de *gardnerella vaginalis* y *M. hominis*. El tratamiento se hace fundamentalmente con tetraciclinas, pero puede ser reaislado entre el 70 - 80% a los 14 - 34 días luego del tratamiento y ha sido encontrado en vagina luego del tratamiento con metronidazol correlacionado con la persistencia de bacteriodes Sp en la vagina; esto sugiere que la presencia de *M. hominis* en la vagina de pacientes con vaginitis bacteriana debe ser dependiente de otros organismos concomitantemente presentes en la vaginitis y que el *M. hominis* por sí sólo no es capaz de causar una vaginitis. (29)

La infección por herpes virus representa el mayor problema de salud pública el cual no ha tenido un adecuado control. Se han realizado estudios con Acyclovir para evaluar su eficacia y toxicidad con la administración oral del tratamiento en la recurrencia de la enfermedad. Se encuentra que la medicación oral como la tópica tiene los mismos resultados y no se habla de recurrencia. Entre los destacados está el H. virus tipo II por la posible relación con el carcinoma del cuello uterino: por otro lado en la mujer embarazada, el feto puede afectarse y contraer lesiones importantes durante el embarazo o bien al salir y atravesar el canal del parto. El diagnóstico se realiza por la visualización de las vesículas confluyentes que producen intensa quemazón, dolor, y se confirma con seguridad con el cultivo del virus, por el estudio de las modificaciones que experimentan las células exfoliadas mediante la técnica de Papanicolaou y la titulación

del anticuerpo. No produce en sí leucorrea y puede ser asintomático y el cuello uterino puede no mostrar lesiones específicas. (30)

Los cuerpos extraños pueden producir leucorrea fétida. En la niña es más frecuente que en adultos.

El tratamiento se limita a la extracción del cuerpo extraño y soluciones acidificantes.

Los parásitos pueden producir leucorrea que puede ser producida por oxiuros; es raro en adultos. El diagnóstico se hace al descubrir huevos en el examen del exudado vaginal.

La vulvovaginitis alérgica se debe a mujeres sensibilizadas a desodorantes, irrigaciones vaginales, cremas anti-conceptivas; el diagnóstico es difícil, pero el tratamiento es eliminar el agente causal.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son:

1. Encontrar en nuestra Unidad, los padecimientos que con mayor frecuencia son causa de secreción genital anormal tomando en cuenta principalmente los antecedentes Gineco Obstétricos y los datos clínicos encontrados al momento de la consulta.
2. Establecer el método más adecuado para el diagnóstico de la secreción genital anormal.
3. Mediante el diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado evitar el alto porcentaje de transmisión que tienen estas enfermedades.
4. Orientar a las pacientes en cuanto a medidas higiénicas que frecuentemente son suficientes para el manejo y de esta manera evitar estos padecimientos.

JUSTIFICACION

Debido a que la secreción genital anormal es una de las patologías ginecológicas más frecuentes por la que las mujeres acuden a la consulta, es conveniente realizar un estudio serio sobre el tema. Por otra parte en nuestro medio, no existen datos estadísticos suficientes que expliquen, en forma sencilla y adecuada, cuáles patologías son las que con mayor frecuencia causan este padecimiento.

Para los Gineco Obstetras es en ocasiones difícil el manejo, pues si bien las molestias que de hecho sufren las pacientes son importantes, raramente son graves aunque sí frecuentemente recidivantes.

En este estudio queremos también conocer si los medios diagnósticos y de manejo con que contamos en la Unidad, son suficientes para brindarles a nuestras pacientes, la mejor atención y evitar de esta manera uno de los principales problemas del padecimiento como son las recidivas.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el servicio de Gineco-Obstetricia, en el área de consulta externa y emergencias de los Hospitales: Regional "1º de Octubre" y Estatal "Vasco de Quiroga" de México, D. F. y Morelia, Michoacán, respectivamente, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), durante el periodo comprendido del 1º de abril al 30 de noviembre de 1987.

Se seleccionaron en total 58 pacientes que presentaban secreción genital considerada anormal y se clasificaron de acuerdo con los datos obtenidos por el interrogatorio directo y los resultados de exploración y métodos de apoyo (exámenes de laboratorio y Patología). Se excluyeron del estudio a las pacientes con secreción vaginal que era debida a padecimientos Oncológicos puesto que estos padecimientos no son manejados en la Unidad y además porque no podían ser seguidos para incluirlos en este estudio.

Las pacientes seleccionadas fueron aquellas que acudían con leucorrea y secreción genital anormal. En todas las pacientes se tomaron en cuenta los siguientes antecedentes: edad materna, menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, parejas sexuales, gestas, paras, abortos, cesáreas, fecha de última regla, control de la fertilidad (Hormonales

orales, de depósito, dispositivo intrauterino, control defensivo), cirugías previas ginecológicas u obstétricas.

Se clasificó el padecimiento en agudo y crónico. Las características de la secreción en cuanto a color (blanco, amarillo, café, cristalino, verde), viscosidad (grumoso, líquido, espumoso,); olor (fétido, sui generis); síntomas acompañantes (prurito, ardor, dolor).

Se efectúa un estudio clínico completo además de estudios de laboratorio y patología. Se detectan las características anatómicas del aparato genital femenino para determinar la presencia de distopias o de cambios inflamatorios; estos datos obtenidos fueron recolectados en la hoja de registro previamente elaborada.

Los exámenes de laboratorio solicitados fueron el frotis y cultivo de la secreción vaginal, los cuales se tomaron en el laboratorio de la Unidad; en cuanto al frotis se utilizan los métodos conocidos, como lo es por ejemplo, para tricomoniasis donde se utiliza solución salina, en el examen en fresco es posible detectar microorganismos como Gardnerella con solución de KOH. Los medios de cultivo utilizados son para moniliasis el medio de Sabouraud. Las lecturas de los cultivos se hacen a las 48 horas, en algunos casos, pero generalmente se realizan a las 72 horas. Teniendo estos resultados comparación con los datos clínicos, de tal manera

que pueda iniciarse el tratamiento adecuado. Por otro lado, se solicita a todas las pacientes una Citología que se toma en el área de consulta externa de Gineco-Obstetricia mediante la técnica habitual, esta toma se fija con alcohol etílico al 95%, se envía al servicio de patología en donde mediante la técnica de Papanicolaou se obtiene el resultado correspondiente que se recoge a las 3 ó 4 semanas de la toma.

Los tratamientos establecidos fueron mínimo de 10 días y máximo de 12 días. Luego de este periodo de tratamiento y de 2 semanas, como mínimo, se citaba a las pacientes y se valoraban los cambios en relación con la exploración inicial, además se solicitaba nuevamente frotis y cultivo de la secreción vaginal y se comparaba con los resultados anteriores. Si ya no existía, en esta consulta, ninguna molestia y los exámenes se encontraban dentro de lo normal, se daba de alta a las pacientes; en caso contrario, se reiniciaba el manejo.

HIPOTESIS

El diagnóstico preciso mediante la utilización de los medios adecuados es suficiente para el manejo de la secreción genital anormal y de esta manera, evitar los principales problemas con que nos encontramos en este tipo de padecimientos.

RESULTADOS

Los resultados encontrados en el presente estudio son los siguientes:

La edad de las pacientes fue entre los 18 y 57 años de edad con una media de 31.5 años; el mayor porcentaje correspondió a las pacientes que se encontraban en la tercera década de la vida, que fueron 32 pacientes (55.1%) y el menor porcentaje correspondió a la segunda década con un paciente (1.7%). Se encontraron 17 pacientes (29.3%) en la cuarta década de la vida, 5 (8.6%) en la quinta década y 3 (5.1%) en la sexta década.

40 pacientes tenían el antecedente de una pareja sexual (68.9%), 12 pacientes, dos parejas sexuales (20.6%) y 6 pacientes, tres o más parejas sexuales (10.3%).

3 pacientes eran nuligestas (5.1%), 15 pacientes primigestas (25.8%), 40 pacientes multigestas (68.9%) de las cuales 11 pacientes eran secundigestas (18.9%), 12 pacientes tercera gesta (20.6%), 17 pacientes tenían cuatro o más gestas (29.3%) y al momento del estudio 17 pacientes estaban embarazadas (29.3%).

15 pacientes se controlaban con hormonales orales (25.8%), 15 pacientes se controlaban con dispositivos intrauterinos (25.8%), 6 pacientes utilizaban métodos de apoyo

(10.3%), 5 pacientes con método definitivo (8.6%), 2 pacientes con hormonales de depósito (3.4%), 1 paciente con obstrucción tubaría bilateral (1.7%) y 14 pacientes no utilizaban ningún método de control de la fertilidad (24.1%).

En el estudio, el padecimiento se clasificó crónico en 31 pacientes (53.4%) y agudo en 27 pacientes (46.5%).

El color de la secreción en 29 pacientes fue blanco (50%), amarillo en 16 pacientes (27.5%), blanco amarillo en 5 pacientes (8.6%), café en 3 pacientes (5.1%) verde amarillo en 4 pacientes (6.8%) y verde en una paciente (1.7%).

De las características de la secreción en 25 pacientes era de aspecto grumoso (43.1%), líquido en 25 pacientes (43.1%) espumoso en 5 pacientes (8.6%) y líquido espumoso en 3 pacientes (5.1%).

Respecto al olor de la secreción en 30 pacientes era fétido (51.7%) y "sui generis" en 28 pacientes (48.2%).

De los síntomas acompañantes 28 pacientes presentaban prurito e irritación (48.2%), irritación y dolor 5 pacientes (8.6%), irritación 5 pacientes (8.6%), prurito en 4 pacientes (6.8%), prurito, dolor y ardor 4 pacientes (6.8%), dolor 3 pacientes (5.1%) y sin sintomatología aparente 9 pacientes (15.5%).

En la exploración física 12 pacientes tenían cistoreg

tocele (20.6%), cistocele 6 pacientes (10.3%), uretrocele 2 pacientes (3.4%), desgarró cervical antiguo 2 pacientes (3.4%), cistorectourethrocele 1 paciente (1.7%), rectocele 1 paciente (1.7%) y sin distopías genitales 34 pacientes (58.6%)

Respecto a los hallazgos físicos, 14 pacientes tenían enrojecimiento cervical (24.1%), enrojecimiento vaginal y cervical 14 pacientes (24.1%), enrojecimiento vulvar, vaginal y cervical 13 pacientes (22.4%), enrojecimiento vulvar y vaginal 4 pacientes (6.8%), enrojecimiento vulvar y cervical 4 pacientes (6.8%), enrojecimiento vulvar en 4 pacientes (6.8%), enrojecimiento vaginal 1 paciente (1.7%) y sin alteración alguna, 4 pacientes (6.8%).

Por otra parte 15 pacientes presentaban irritación cervical (25.8%), irritación vaginal y cervical en 12 pacientes (20.6%), irritación vulvar, vaginal y cervical en 12 pacientes (20.6%), irritación en vulva y vagina en 8 pacientes (13.7%), irritación en vulva en 3 pacientes (5.1%), irritación en vulva y cervix en 3 pacientes (5.1%), irritación en vagina en 2 pacientes (3.4%) y no presentaban alteración alguna 3 pacientes (5.1%).

Los resultados obtenidos luego de la exploración y los exámenes de laboratorio se encuentran en el cuadro 2.

Número de Pacientes	Germen	Porcentaje
19	Candida Albicans	32.7%

Número de Pacientes	Germen	Porcentaje
13	Flora Normal	22.4%
9	Trichomonas V.	15.5%
6	E. Coli.	10.3%
4	Gardnerella	6.8%
3	Abandonan el estudio	5.1%
2	Condilomatosis	3.4%
2	Sin desarrollo bacteriano	3.4%
58	Total	99.6%

De las 19 pacientes con *Candida Albicans* (100%), 11 pacientes tuvieron un inicio agudo del padecimiento (57.8%) y 8 pacientes tuvieron un inicio crónico (42.1%). 17 pacientes (89.4%) tenían una secreción blanquecina y 2 pacientes (10.5%) una secreción blanca-amarilla. En 17 pacientes (89.4%) el aspecto de la secreción era grumoso y en 2 pacientes (10.5%) era líquido. 16 pacientes (84.2%) tenían irritación y prurito, 2 (10.5%) tenían ardor y 1 paciente (5.2%) tenía prurito y dolor. 10 pacientes (52.6%) tenían a la exploración enrojecimiento vaginal, cervical y vulvar, 5 pacientes (26.3%) tenían enrojecimiento vaginal y cervical, 2 pacientes (10.5%) tenían enrojecimiento vulvar, 1 paciente (5.2%) tenía enrojecimiento cervical y vulvar y otra paciente (5.2%) tenía enrojecimiento vaginal y vulvar. 11 pacientes (57.8%) tenían irritación cervical, vulvar y vaginal, 3 pacientes (15.7%) tenían irritación vulvar y vaginal, 3 pacientes (15.7%) tenían irritación vaginal y cervical, 1 pa-

ciente (5.2%) solamente irritación vulvar.

De acuerdo con los datos presentados anteriormente en 14 pacientes (73.6%) se obtuvo la sospecha clínica del padecimiento debido a las características de la secreción genital anormal. Esto se corroboró mediante el cultivo de las muestras de las 14 pacientes, ya que se encontró *Candida albicans* en los mismos. La citología en estas pacientes fue negativa II y 8 de ellas reportaron la presencia de *Candida albicans*.

De las 19 pacientes, en 4 de ellas no se tenía la sospecha clínica del padecimiento (21%) pero se confirmó con el cultivo en 2 de ellas y por citología en las otras 2. 1 paciente se diagnosticó por clínica aunque el cultivo se reportó negativo.

A todas las pacientes se les inició tratamiento con Nistatina óvulos, uno diario por doce días, evolucionando satisfactoriamente las 19 pacientes (100%), y presentando 9 pacientes (47.3%) en la exploración de control, secreción blanquecina. Ninguna paciente refirió prurito o ardor y en el cultivo de control 8 pacientes (42.1%) presentaron flora normal.

Todas las pacientes tuvieron el resultado de citología como negativo clase II y en 10 pacientes la citología reportó la presencia de moniliasis y se sugería el inicio de

tratamiento específico.

De las 13 pacientes (100%), que presentaban sintomatología, pero que se clasificaron como pacientes con flora normal, 7 de ellas (53.8%) tuvieron un inicio crónico del padecimiento y 6 pacientes (46.1%) tuvieron inicio agudo, en 6 pacientes (46.1%) la secreción era amarilla, en 4 pacientes (30.7%) secreción era blanquecina y en 3 pacientes (23%) la secreción era blanca amarillenta, 9 pacientes (69.2%) tenían un aspecto líquido en la secreción, 2 pacientes (15.3%) de aspecto grumoso y 2 pacientes (15.3%) aspecto espumoso. 6 pacientes (46.1%) presentaban un olor sui generis y 7 pacientes (53.8%) un olor fétido. 3 pacientes (23%) tenían prurito ardor y dolor, 4 pacientes (30.7%) no tenían molestias, 3 pacientes (23%) tenían prurito e irritación, 2 pacientes (15.3%) tenían prurito y 1 paciente (7.6%) tenía dolor. 4 pacientes (30.7%) tenían enrojecimiento cervical, 2 pacientes (15.3%) tenían enrojecimiento vulvar y cervical, 3 pacientes (23%) tenían enrojecimiento vaginal y cervical, 2 pacientes (15.3%) no tenían enrojecimiento y 1 paciente (7.6%) tenía enrojecimiento vulvar, vaginal y cervical. 6 pacientes (46.1%) tenían irritación cervical, 2 pacientes (15.3%) tenían irritación vaginal y cervical, 2 pacientes (15.3%) no tenían irritación, 1 paciente (7.6%) tenía irritación vulvar y cervical, una paciente (7.6%) tenía irritación vulvar y 1 paciente (7.6%) tenía irritación vulvar y vaginal.

El resultado de la citología en las pacientes se encontraba así: en 11 pacientes (84.6%) el resultado fue negativo y en dos pacientes (15.3%) fue negativo I, los cultivos se reportaron así: en 8 pacientes (61.5%) se reportó estafilococo, estreptococo y en 5 pacientes se reportó bacteroides y cocos gram positivos.

De acuerdo con los datos clínicos y de exploración a 2 pacientes se les inicia tratamiento (15.3%) con Nistatina a base de un óvulo cada 24 horas por 12 días, a dos pacientes se les inicia tratamiento a base de metronidazol local y sistémico a base de un óvulo diario por 12 días y el oral una tableta tres veces al día por 10 días, en otra paciente (15.3%) se inicia tratamiento a base de Nitrofurazona óvulos uno diario por 12 días. En todas estas pacientes, en cuanto se tiene el resultado de los cultivos, se les suspende y se inicia tratamiento a base de Nitrofurazona óvulos uno diario por 10 días.

En las 7 pacientes restantes (53.8%) no se les inicia tratamiento hasta no tener los resultados de laboratorio, mientras se tiene esto, se les da indicaciones higiénicas; teniendo el resultado del cultivo se inicia tratamiento a base de nitrofurazona a base de un óvulo diario por 12 días. Las pacientes evolucionaron satisfactoriamente ya que solamente 10 pacientes (76.9%) presentaban escasa secreción blanquecina sin otra característica agregada y 3 pacientes (23%)

no presentaron ninguna sintomatología, es decir desaparecen los síntomas acompañantes en la secreción y no se necesitó solicitar nuevos exámenes a las pacientes.

Se encuentran en este estudio 9 pacientes (100%) con tricomoniasis de las cuales 5 (55.5%) tuvieron un inicio agudo del padecimiento y 4 pacientes (44.4%) tuvieron un inicio crónico, las 9 pacientes tenían una coloración amarilla de la secreción, 5 pacientes (55.5%) tenían característica líquida de la secreción, 2 pacientes (22.2%) líquida-espumosa, una paciente (11.1%) grumosa y otra paciente (11.1%) solamente espumosa. Las 9 pacientes (100%) tenían olor fétido de la secreción, 4 pacientes (44.4%) tenían ardor y dolor, 2 pacientes (22.2%) no tenían molestias, 1 paciente (11.1%) tenía prurito y ardor, 1 paciente (11.1%) tenía prurito, ardor y dolor y otra paciente (11.1%) tenía ardor solamente, 4 pacientes (44.4%) tenían enrojecimiento cervical, 3 pacientes (33.3%) tenían enrojecimiento vaginal y cervical, 1 paciente (11.1%) tenía enrojecimiento vulvar, vaginal y cervical, y otra paciente (11.1%) tenía enrojecimiento vulvar y cervical. 4 pacientes (44.4%) tenían irritación cervical, 3 pacientes (33.3%) tenían irritación vaginal y cervical, 1 paciente (11.1%) tenía irritación vulvar y vaginal, y otra paciente (11.1%) tenía irritación vulvar y cervical.

De las 9 pacientes por la sospecha clínica del padecimiento, en cinco de ellas se inicia tratamiento a base de metronidazol óvulos uno diario por 12 días y además se inicia tratamiento sistémico a base de metronidazol tabletas una cada 8 horas por 10 días. En estas pacientes se corrobora el padecimiento con el cultivo y una de ellas presenta en la citología el reporte de tricomonas, todas las citologías reportan negativo clase II con proceso inflamatorio de 3 a 4 cruces; una de estas cinco pacientes al momento de volver al control manifiesta la misma sintomatología que antes del inicio del tratamiento; se solicita nuevo cultivo de control, el cual reporta nuevamente tricomonas por lo que se reinstala el tratamiento, pero se hace la indicación que el tratamiento debe ser a la pareja para poder tener mejoría. 3 de las cinco pacientes refirieron en la consulta de control secreción escasa blanquecina.

En dos de las pacientes (22.2%) por las características se inicia el tratamiento a base de Clotrimazol óvulos por 12 días, dicho tratamiento es suspendido en el momento que se reporta el cultivo con tricomonas, por lo que se inicia entonces, tratamiento a base de metronidazol local y sistémico, su mejoría es importante y en el control no refieren sintomatología aparente y el cultivo de control reporta estreptococos y estafilococos. En una de las pacientes (11.1%), por las características clínicas del padecimiento, se inició manejo

con metronidazol local y sistémico, posteriormente se reporta el cultivo como flora normal y su citología es reportada como negativo clase II. A pesar del resultado negativo del cultivo se continúa el tratamiento y la paciente refiere mejoría de su sintomatología. Se toma nuevamente cultivo control, el cual reporta bacteroides, estreptococos.

Una paciente de este grupo se manejó a base de tetraciclina ya que además presentaba dolor abdominal, en esta paciente el cultivo se reportó con tricomonas y su citología fue negativo grado II. La evolución de esta paciente también fue dentro de lo esperado ya que solamente refería en el control dolor punzante ocasional, pero su secreción era de características normales.

6 de las 58 pacientes se reportaron o se clasificaron como pacientes portadoras de E. Coli (100%), 5 de las cuales (83.3%) tuvieron un inicio crónico del padecimiento y un paciente (16.6%) tuvo inicio agudo. 3 pacientes (50%) tenían una secreción color blanco, dos pacientes (33.3%) tenían secreción color amarillo y una paciente (16.6%) tenía una secreción amarillo verdosa. 3 pacientes (50%) tenían un aspecto líquido, 2 pacientes (33.3%) aspecto grumoso y 1 paciente (16.6%) aspecto espumoso. 4 pacientes (66.6%) tenían secreción normal y dos pacientes (33.3%) secreción fétida. 3 pacientes tenían prurito y ardor, 1 paciente (16.6%) tenía prurito y dos pacientes (33.3%) no presentaban molestias. 3

pacientes tenían enrojecimiento cervical (50%), 2 pacientes (33.3%) tenían enrojecimiento vulvar y vaginal y 1 paciente (16.6%) tenía enrojecimiento vulvar, vaginal y cervical. 2 pacientes (33.3%) tenían irritación cervical, 2 pacientes (33.3%) tenían irritación vaginal y cervical, 1 paciente (16.6%) tenía irritación vulvar y vaginal y 1 paciente (16.6%) tenía irritación vaginal.

En una de las pacientes, por las características clínicas del padecimiento, se inicia manejo a base de ampicilina oral un gramo cada 6 horas durante 10 días, posteriormente se explora a la paciente en la consulta control y refiere la misma sintomatología, se revisa el resultado del cultivo, el cual reporta la presencia de monilias, por lo que inmediatamente se hace el cambio del manejo utilizando para el mismo Nistatina óvulos uno diario por 12 días. La paciente evoluciona satisfactoriamente refiriendo en el nuevo control solamente secreción muy escasa blanquecina sin sintomatología acompañante. El reporte de citología es de negativo II. En dos pacientes, por las características clínicas, se inicia su tratamiento a base de metronidazol local en una paciente y sistémico y local en la otra; al momento de tener el resultado de laboratorio, se reporta en los dos casos la presencia de E. coli por lo que se decide iniciar tratamiento a base de ampicilina un gramo vfa oral cada 6 horas por 10 días, Las pacientes evolucionaron de la siguiente manera: una de

ellas reporta en el control secreción blanca escasa, no fétida ni pruriginosa, la otra paciente refiere ocasionalmente ardor pero su control reporta solamente bacteroides, esta paciente se encontraba embarazada al momento del estudio. En 3 pacientes, por las características clínicas, se decide iniciar manejo a base de nitrofurazona hasta el momento de obtener el resultado del cultivo, el cual reporta E. Coli y se inicia tratamiento a base de ampicilina 1 gramo oral cada 6 horas por 10 días, estas pacientes presentaron mejoría en su sintomatología. La citología de las pacientes era reportada como negativo clase II.

De las 4 pacientes que se clasificaron como pacientes con Gardnerella (100%), 3 de ellas (75%) tenían un inicio crónico del padecimiento y 1 paciente (25%) inicio agudo, 2 pacientes tenían secreción color café, 1 paciente (25%) secreción blanca y 1 paciente (25%) color amarillo verde. 3 pacientes (75%) aspecto líquido y 1 paciente (25%) aspecto grumoso, 3 pacientes (75%) tenían secreción fétida y 1 paciente (25%) sui generis. 2 pacientes (50%) presentaban ardor y dolor, 1 paciente (25%) con prurito y dolor y otra paciente (25%) con prurito y ardor. 1 paciente (25%) tenía enrojecimiento vulvar, vaginal y cervical, 1 paciente (25%) con enrojecimiento vaginal y cervical, 1 paciente (25%) enrojecimiento vulvar y cervical y 1 paciente con enrojecimiento vaginal. 2 pacientes (50%) con irritación cervical, 1 paciente (25%) con irritación vulvar, vaginal y cervical y 1 paciente (25%) con irritación cervical y vaginal.

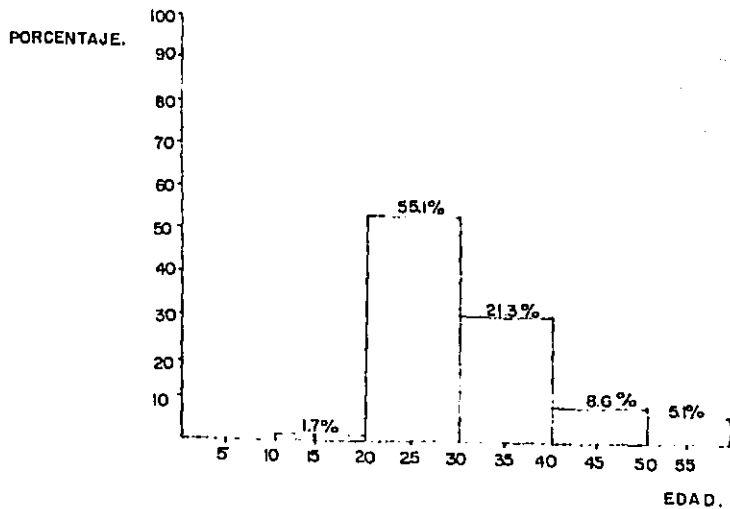
A todas las pacientes, por las características clínicas del padecimiento, no se les inicia tratamiento hasta tener el resultado de la citología y del frotis y cultivo. El frotis reporta la presencia de *G. vaginalis* por lo que se inicia manejo a base de ampicilina oral cada 6 horas un gramo por 10 días, en dos pacientes; en dos pacientes se inicia manejo a base de metronidazol y local por 10 y 12 días respectivamente. Las pacientes refieren disminución de la sintomatología y en el cultivo de control en tres de las pacientes se reportan estreptococos, estafilococos y cocos gram positivos, esto con pacientes manejadas con metronidazol ya que en las pacientes manejadas con ampicilina solamente se reporta en el cultivo de control bacteroides, escasos leucos. En 2 pacientes se les encuentra escasa secreción blanquecina, sin otra sintomatología agregada.

Dos pacientes se reportaron como portadoras de condiloma, ambas tenían inicio crónico del padecimiento, color blanco de la secreción, olor sui generis, de aspecto líquido, 1 paciente con enrojecimiento vaginal y otra con enrojecimiento cervical, 1 con irritación vaginal y otra con irritación cervical; por los hallazgos en la exploración se decide en ambas pacientes, realizar electrofulguración de las lesiones; a una de ellas se le indica tratamiento a base de tobramicina. La paciente evoluciona con escasa secreción blanca y ocasionalmente refiere ardor. El cultivo de control, re-

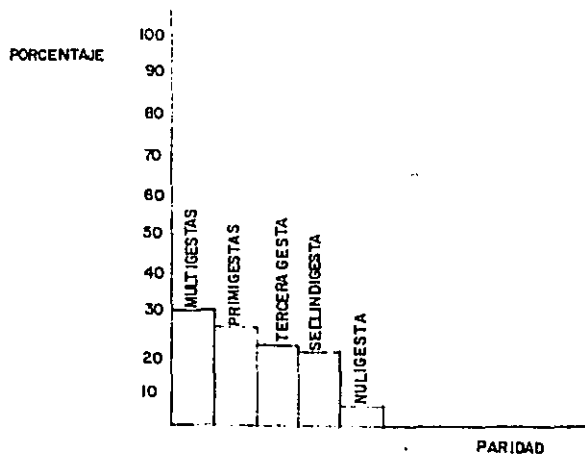
porta flora normal y la citología negativo II con proceso inflamatorio grado ++. La otra paciente evoluciona satisfactoriamente solamente con la electrofulguración, sólo se le recomiendan medidas higiénicas.

3 pacientes son descartadas del estudio ya que no acudieron a la cita de control y tampoco se tuvo el resultado de la citología y del frotis y cultivo de las secreciones vaginales. Por esta razón, se descartan del estudio. Además no se les había iniciado tratamiento alguno debido a las características del padecimiento. Una de estas pacientes ingresa a la Unidad de tocoquirúrgicas para legrado uterino instrumental por aborto incompleto.

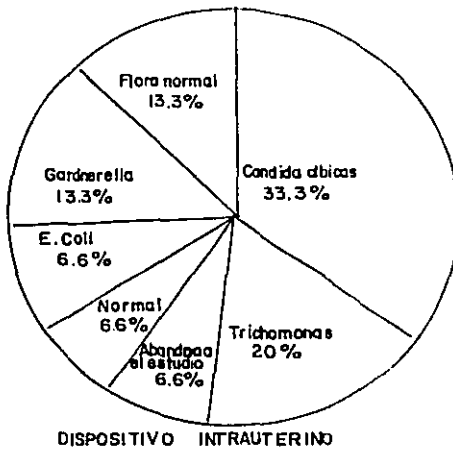
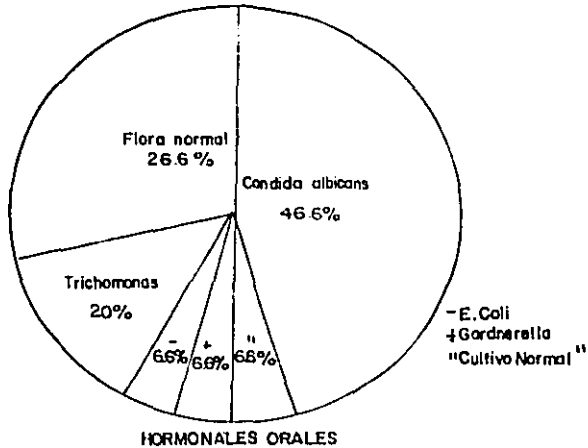
HOSPITAL REGIONAL "1º DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
SECCION GENITAL ANORMAL



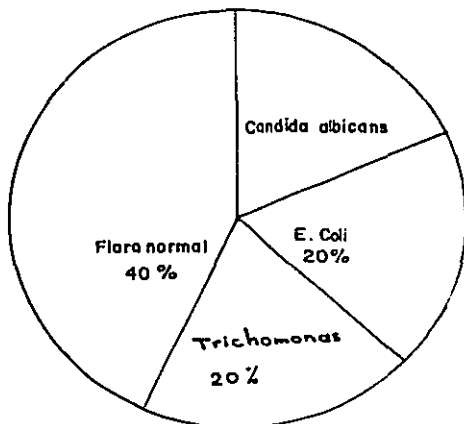
HOSPITAL REGIONAL "10 DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
SECCION GENITAL ANORMAL



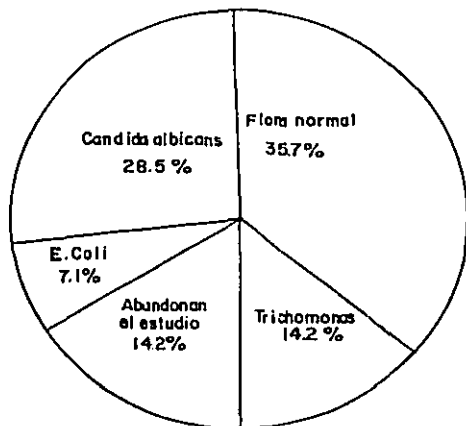
HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE"
 DEPARTAMENTO DE GINECOBSTERICIA
 METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADOS



HOSPITAL REGIONAL "16 DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADOS

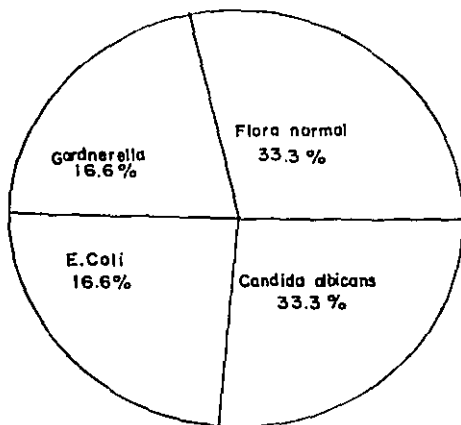


CONTROL DEFINITIVO DE LA FERTILIDAD

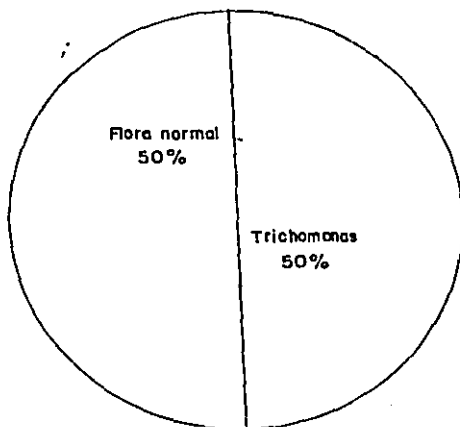


SIN CONTROL DE LA FERTILIDAD

HOSPITAL REGIONAL "1 DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADAS

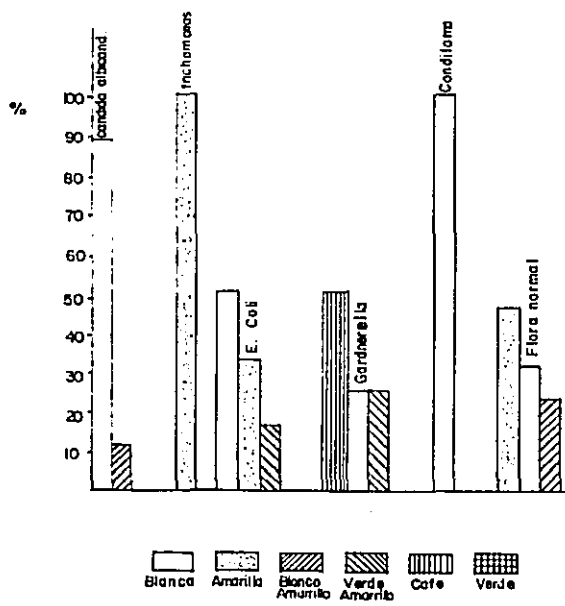


METODOS DE APOYO

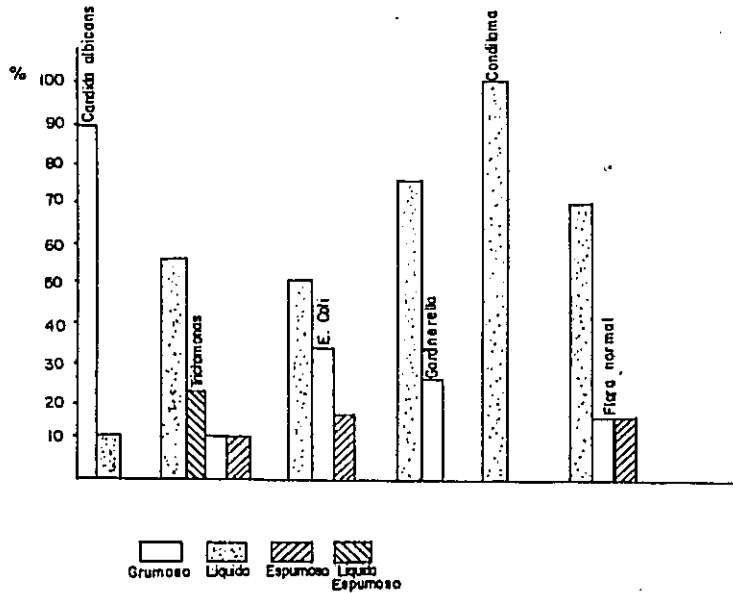


HORMONALES DE DEPOSITO

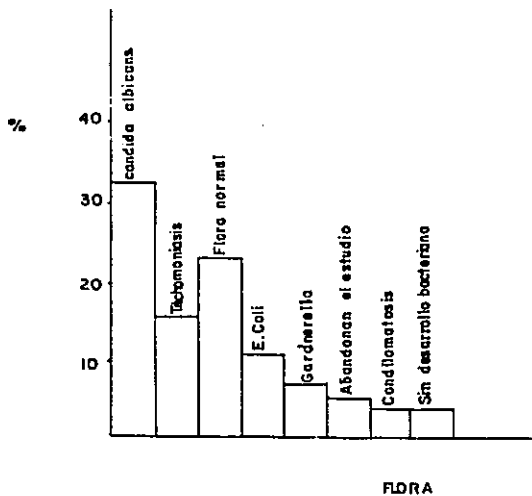
HOSPITAL REGIONAL "1.º DE OCTUBRE"
 DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRIA
 SECRECION GENITAL ANORMAL



HOSPITAL REGIONAL "10 DE OCTUBRE"
 DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
 SECRECION GENITAL ANORMAL



HOSPITAL REGIONAL "10 DE OCTUBRE"
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
SECCION GENITAL ANORMAL



CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó en este trabajo son las siguientes:

1. La edad promedio encontrada en las pacientes, fue de 31.5 años.
2. La mayoría de las pacientes tenían una sola pareja sexual. (68.9%)
3. 17 pacientes estaban embarazadas al momento del estudio. (29.3%)
4. De las pacientes embarazadas, el 35.2% presentaron C. albicans.
5. Los hormonales orales tienen una relación importante en la presentación de estos padecimientos.
6. El DIU se relaciona en un 30% con C. Albicans.
7. El tipo de inicio de la enfermedad, en general, no fue importante.
8. Por los datos clínicos obtenidos se llegó al diagnóstico de C. albicans en el 89.4% de los pacientes.
9. El porcentaje de presentación de C. albicans es del 32.7%.
10. El tratamiento con Nistatina fue efectivo.
11. El 22.4% de las pacientes presentaron flora normal.
12. La tricomoniasis correspondió al 15.5%.

13. No se encontró relación entre el *Gonococo* y *trichomona*.
14. No se encontró ninguna paciente con datos "patog-
nomónicos" de *tricomoniasis*.
15. El manejo con metronidazol fue efectivo; para la *trichomoniasis*.
16. El 10.3% de las pacientes presentaban *E. coli*.
17. El 6.8% de las pacientes presentaban *Gardnerella vaginalis*.
18. El diagnóstico clínico de *Gardnerella Vaginalis* es difícil por la similitud de la sintomatología con otros padecimientos.
19. El manejo con metronidazol y ampicilina es adecuado para este padecimiento.
20. Dos pacientes se reportaron con condilomatosis.
21. El 22.4% de las pacientes tenían flora normal.
22. El 3.4% de las pacientes no presentaron desarrollo bacteriano.
23. El 5.1% de los pacientes abandonaron el estudio.

COMENTARIO

El comentario referente a este estudio es el siguiente:

La edad de las pacientes en estudio oscila entre los 18 y 52 años, lo que indica que este tipo de padecimientos se presenta en cualquier etapa de la vida, siendo mayor la frecuencia en la tercera década de la vida que corresponde a la etapa de la vida sexual activa. No se encontraron pacientes en la primera década de la vida y solamente se encuentra una en la segunda década, probablemente los padecimientos reportados en este trabajo no son los frecuentes en esta etapa de la vida. La literatura reporta en esta etapa de la vida padecimientos del tipo de gonococo ya que éste encuentra un campo fértil en el epitelio vaginal prepuberal delgado. En cuanto al número de parejas sexuales, encontramos que el mayor porcentaje de pacientes tenía una sola pareja sexual (68.9%), lo que no esperábamos encontrar en el estudio, ya que se piensa que éste es uno de los factores por los que se presentan con mayor frecuencia este tipo de enfermedades. Pero no estudiamos al compañero. (1)

En cuanto a la paridad realmente no hubo datos significativos. Lo único que llama la atención es que un 29.3% de las pacientes estaban embarazadas al momento del estudio y que de estas pacientes un 35.2% presentaban C. albicans

que corresponde a lo mencionado por la Literatura mundial, que reporta a una tercera parte de embarazadas con *C. albicans*. (1)

Con respecto al control de la fertilidad los hormonales orales eran utilizados en un 25.8% del total de las pacientes, un 30% de estas pacientes tenían *C. albicans*. Estas pacientes guardan relación con la Literatura, que reporta un 29% de pacientes manejadas con hormonales orales que presentan *C. albicans*. (31)

En cuanto al control con DIU, el 30% de las pacientes controladas con éste, tenían *C. albicans* que corresponde también a lo reportado por la literatura que indica un 26%. En cuanto a la presencia de estafilococo y estreptococo gram + y gram - negativos en el estudio se encontró una relación del 26.6%, dato que no concuerda con lo reportado en la Literatura de un 80%. La relación entre el DIU y las parejas sexuales no tuvieron datos significativos como lo que reporta la literatura. En este estudio tampoco hubo relación entre la utilización del DIU y la nuliparidad, mientras la literatura menciona que se debe tener en cuenta ya que puede alterar la fertilidad de estas pacientes por procesos inflamatorios. El 25% de las pacientes no se controlaban por lo que creemos que la utilización de métodos de control no son un factor primordial para la presencia de estos padecimientos.

El porcentaje encontrado en cuanto a la *Candida albicans* de 32.7% corresponde a lo referido por la literatura de 20 - 30% del total de las infecciones genitales y también reporta la literatura que la presencia de prurito en las pacientes es del 90% mientras que en el estudio se encontró una relación de 84.2% que más o menos concuerda con la literatura mundial. Lo que sí es importante mencionar es que en el estudio, el diagnóstico clínico fue un factor importante y que conociendo las características de este padecimiento el diagnóstico puede hacerse de una manera más fácil e iniciar el tratamiento adecuado y evitar que la sintomatología se haga más aparente.

En cuanto a las pacientes reportadas con tricomonas, el 15.5% en el estudio, corresponde a lo reportado en la literatura de 3 - 15% en pacientes asintomáticas y no se relaciona con las pacientes sintomáticas en donde el porcentaje llega a un 20 - 30%. No encontramos ninguna asociación con el gonococo ya que en la literatura se reporta una relación importante de hasta un 40%, esto debido probablemente a los métodos diagnósticos utilizados en este estudio. En cuanto a las características del padecimiento, la secreción espumosa se encontró en 11.1% de las pacientes mientras que la literatura reporta un 12% lo que significa que estaba de acuerdo con la misma. El puntilleo no se encontró en el estudio y la literatura reporta un 5%. ((9) (11).

En este estudio se encontró un 10.3% de pacientes con *E. coli* que presentaban sintomatología importante, por lo que fue necesario la indicación de tratamiento contrario a lo que la literatura reporta, ya que se ha manejado a la *E. coli* como un agente de la flora normal de la vagina. Pensamos que se debe tomar más en cuenta este tipo de padecimientos, puesto que a pesar de ser nominados como normales, pueden causar sintomatología importante, se deja en este estudio para su consideración.

La *Gardnerella vaginalis* se encontró en un 6.8%, dato que no corresponde a lo que se esperaba encontrar, ya que la literatura reporta que en los últimos años se ha incrementado en forma considerable el aumento de este padecimiento y por otro lado se demuestra que el padecimiento es de difícil diagnóstico por los datos obtenidos a la exploración y que generalmente se tiene el diagnóstico sólo por los métodos de apoyo. Por otro lado, el manejo establecido en el estudio es efectivo a las dosis propuestas por la literatura y los resultados no tuvieron variación con respecto a la literatura (24, 25) mundial; y por otro lado existen pocos estudios en México.

En el estudio encontramos que los padecimientos que se encuentran en la Unidad, son semejantes a los reportados en la literatura, encontrando dos puntos que consideramos importantes y es que la *G. vaginalis* no corresponde a lo re-

portado por la literatura y que se trata de un padecimiento no frecuente en nuestro medio, aunque puede ser que por falta de mayor conocimiento, no se haga el diagnóstico preciso. Por otro lado se encuentra que la E. coli si debe ser manejada ya que ocasiona sintomatología importante en la mayoría de los casos. Además, un gran porcentaje de pacientes acude a la Unidad con sintomatología, la cual no se toma como patológica, puesto que son molestias que no tienen la importancia debida y además porque se encuentra flora normal en este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Jones, H. W. y Jones, G. S. Tratado de Ginecología. Leucorrea. Ed. Interamericana, México, D. F., 1984. Ed. 10a. 691-694.
2. González Merlo, J. Ginecología, Leucorrea. Ed. Salvat, México, D. F., 1985. 4a. edición. 173-178.
3. Sudderlan, J. Vaginitis: Diagnóstico y tratamiento médico. Mundo médico. Vol. 12 No. 127. Oct. 84. 57-64.
4. Calderón, E. Diagnóstico rápido de infecciones cervicovaginales. Infectología No. 5, Mayo 85. 115-121.
5. Hill, G. B. et Al. Bacteriology of the vagina. Scand. J. Nephrol Urol. Symposium on bacterial vaginosis (Stockholm) Jan 84. 23-38.
6. Bartlett, J. G. et Al. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. J. Infect. Dis. 136-271.
7. Tashjian, J. H. Colulam, C. B. Washington, J. A. Vaginal flora in asymptomatic women. Mayo Clin. Proc. 551-557.
8. Hill, G. B. Anaerobic flora of the female genital tract. In anaerobic bacteria. Selected topics. Plenum Publishing Corp, New York. 39-50.
9. Eschenbach, D. A. Bacterial vaginosis during pregnancy. Scand, J. Nephrol Urol. Symposium on bacterial vaginosis. (Stockholm) Jan. 84 213-221.
10. Gorbach, S. L. Merda, R. B. Thadepalli, H. Anaerobic microflora of the cervix in healthy women. Am. J. Obstet Gynecol 117-1053.
11. Fouts, A. C. et Al. Trichomoniasis vaginalis. J. Infect

- Dfs. 141-137. 1980.
12. Vázquez, L. Efecto tricomonocida del clotrimazol con comprimidos vaginales de 200 mgs. Tratamiento de tres días. *Ginecol, Obstet.* Vol. 49, no. 294. Abril 1981.
 13. Eschenbach, D. A. Vaginal infection. *Clin. Obstetrics and Gynecology.* Vol. 29, No. 1. 186. 1983.
 14. Miles, M. R. Recurrent vaginal candidiasis. Importance of an intestinal reservoir. *JAMA* 238. 1977.
 15. Kirkpatrick, CH. Chronic mucocutaneous candidiasis. *Am Int. Med.* 74: 955. 1971.
 16. Gardner, H. L. et Al. Bening diseases of the vulva and vagina. Hall Medical Publishers, Boston. 1981.
 17. Kimura, L. H. et Al. Adherence of candida albicans. *Infect Immun* 21. 64. 1978.
 18. Hurley, R. Incidence and distribution of yeast species and of trichomonas vaginalis in the vagina of pregnant women. *J. Obstet Gynecol.* 80: 252, 1973.
 19. Merkus, J. M. et Al. The proper nature of vaginal candidosis and the problem of recurrence. *Obstetrical and Gynecological survey.* 40: No. 8. 493-503.
 20. Gough, P. H. et Al. Candidosis of the genital tract in non-pregnant women. *Obstetrical and Gynecological survey.* 19: 699-700.
 21. Taylor, D. Robinson. The bacteriology of Gardnerella vaginalis. *Scand. J. Nephrol Urol symposium of bacterial vaginosis (Stockholm)* Jan. 84.

22. Vander Meijden, W. Clinical aspects of Gardnerella vaginalis - associated vaginitis. Scand, J. Nephrol Urol symposium of bacterial vaginosis (Stockholm) Jan. 84.
23. Amsel, R. et Al. Nonspecific vaginitis: Diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations. Am, J. Med. 74:14. 1983.
24. Totten, P. A. Selective differential human blood bilyer media for isolation of gardnerella. J. Clin. Microbiol. 15: 141 1982.
25. Sanz, F. Estudio comparativo controlado con metronidazol. Revista Española de Obstetricia y Ginecología.
26. Luther, E. et Al. The Cytologic Features of Clamidial cervicitis. Obstetrical and Gynecological Survey. 24: 636 - 382. 1985.
27. Jorma, P. Prevalence of nonspecific vaginitis and other cervicovaginal infections during the third trimester of pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey. 1986. 693-694.
28. Walter, E. Effect of treatment regimens for Neisseria gonorrhoeae on simultaneous infeccion with Chlamydia Obstetrical and Gynecological Survey. 1984. 458-460.
29. Holst, E. Vaginal colonization with Gardnerella vaginalis and anaerobic curved Rods. Scand, J. Nephrol Urol symposium on bacterial vaginosis (Stockholm) Jan 84. 147-151.

30. Richard, C. et Al. Treatment of recurrent genital Herpes simplex infections with oral acyclovir. A controlled trial. J. Am. Med. Assoc. 251: 2103. 1984.
31. William, C. Anticoncepcionales bucales. Ginecologia y Obstetricia. Temas actuales. Vol. 1/1979. 5-27.