

9

112172ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA Y  
BACTERIOLOGICA DE CERVICOVAGINITIS

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
**GINECOOBSTETRICIA**

P R E S E N T A

DR. RAMIRO ANTONIO AROSEMENA CASTILLO

A S E S O R :

DR. RICARDO CORTES CHAVEZ



IMSS

PUEBLA, PUE.

26-120 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

A Dios:

Por haberme permitido culminar  
mi carrera y mi especialidad.

A mi Madre: Griselda

A mi Abuela: Delia

A mi hermano: Alex

A mis tios: Moisés y Edmundo  
como muestra de agradecimiento  
apoyo y respeto.

A mi Esposa: Ofelia

Por su gran apoyo brindado

A mis Suegros: Cecilio y Clara

A mis cuñados:

Suely  
César  
Samuel  
Raquel  
Gabino

Por su apoyo y comprensión

A todos mis amigos y familiares.

I N D I C E.

INTRODUCCION ... ..	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
OBJETIVOS .....	8
HIPOTESIS .....	9
PROGRAMA DE TRABAJO .....	10
MATERIALES Y METODOS .....	10
RESULTADOS .....	11
DISCUSION .....	15
CONCLUSIONES .....	16
BIBLIOGRAFIA .....	17

## INTRODUCCION.

La Cervicovaginitis constituye uno de los problemas más frecuentes en el consultorio del ginecólogo. Con estas pacientes es difícil ser optimista porque aunque tienen molestias reales, la infección rara vez grave; frecuentemente recurre y es difícil de erradicar(15).

En las infecciones vaginales hay varios factores. Durante los años de vida menstrual, los microorganismos productores de cervicovaginitis más frecuentes son *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* y virus del herpes.(15). Durante la pubertad y la postmenopausia, el epitelio vaginal delgado fácilmente se infecta con varios microorganismos como gonococo y muchos inespecíficos.(6,15).

Algunas enfermedades sistémicas pueden predisponer a la vulvovaginitis y cervicovaginitis, como son la diabetes y enfermedades cardiovasculares(6,14,15). En la recién nacida puede haber enfermedades exantemáticas agudas de la vagina y la vulva y posiblemente el microorganismo más frecuente es el virus de la varicela(15). En otros casos, los pesarios introducidos durante el tratamiento del prolapso y que no se cambian en forma periódica pueden provocar una vaginitis intensa y, cuando el aparato se inserta dentro de la mucosa vaginal se producen fisuras profundas(14,15)

El síntoma principal de la cervicovaginitis es la leucorrea(15). Y además en la mayor parte de las infecciones vaginales, además de secreción, la paciente se queja de irritación y prurrito vulvar(15). Estos síntomas son más intensos durante la micción, y ello puede provocar que tanto la paciente como el médico la confundan con *cistitis* o *uretritis*, especialmente si se estudia una muestra de orina(15).

En la cervicovaginitis, la mucosa vaginal puede encontrarse eritematosa y congestionada, al igual que el epitelio del introito, el meato urinario y muchas veces algunas zonas *vulvoperineales*. En las infecciones leves y casos de secreción vaginal normal prácticamente no hay cambios inflamatorios.(8,10,13,14,15).

La Cervicovaginitis por *Trichomona vaginalis* es muy común y se calcula que hay de 2.5 a 3 millones de casos cada año(15). Un gran porcentaje de éstas mujeres es asintomático(15).

La principal manifestación de la cervicovaginitis por *trichomonas* es la leucorrea, que muchas veces se acompaña de ardor y prurrito vaginal además de dispareunia.(15). Aunque no siempre se acompaña de alteraciones en la uretra y las glándulas vulvovaginales, muchas veces hay ardor al orinar y en orificio vaginal(13,15).

En la exploración con espejo vaginal se observa una acumulación de secreción de color amarillo verdoso y espumosa en la porción declive del fondo de saco vaginal. La mucosa muestra enrojecimiento difuso y el fondo de saco posterior tiene aspecto granular que casi siempre es patognomónico, además se observan erosiones pequeñas en el epitelio vaginal y en el exocérvix(5,6,15).

(2)

El diagnóstico se hace al identificar tricomonas en un frotis en fresco(15).Es fácil observar los movimientos ondulantes de los flagelos,pero deben distinguirse de los espermatozoides(14,15).

Debido a la gran frecuencia de esta infección y sus recurrencias,se han intentado varios esquemas de tratamiento a lo largo de los años.(8,15).Una estrategia es la de aumentar la acidez vaginal.En el pH vaginal normal de 4.5 a 5,Trichomonas no vive y,al restablecer esta situación,muchas veces puede curarse el problema(8,15).

En los últimos años se ha comprobado que el metronidazol constituye un fármaco muy eficaz en el tratamiento de Tricomonas(7,8,15).El esquema que más se utiliza es a base de 2 grs como dosis oral inmediata.Esta puede provocar algunos síntomas gastrointestinales,así que hay otros esquemas en los que se utilizan 500 mgs cada 12 hrs,durante 5 días ó 250 mgs cada 8 hrs durante 7 días(8,15).Se debe prevenir a las pacientes que no ingieran bebidas alcohólicas hasta 24 hrs después de haber tomado el metronidazol ya que puede haber náuseas y vómitos.(7,8,14,15).

Tricomonas se transmite por vía sexual,así que el tratamiento es incompleto a menos que también se trate al compañero sexual de la paciente.Cuando se prescriben medicamentos al compañero de la enferma,deben incluirse instrucciones adecuadas,e-investigarse alergias y efectos colaterales(7,15).

La infección por Trichomonas es mucho más frecuente en la mujer embarazada.Ac tualmente se sabe que el metronidazol no provoca ninguna anomalía en el feto,pero se sugiere que no se utilice durante los primeros 3 meses de embarazo(8,15).Como consecuencia,es más frecuente utilizar algunos fármacos locales durante este período,aunados a ciertas reglas de limpieza y el uso de preservativos durante el coito.Durante el embarazo también pueden utilizarse duchas y cremas,pero éstas deben suspenderse hacia la semana 36 de gestación(8,15).

Otra causa frecuente de cervicovaginitis es la producida por Gardnerella vaginalis.Las pacientes con Gardnerella suelen presentar secreción vaginal acompañada de un olor a pescado y la cantidad de la secreción es bastante variable y provoca escasa irritación vulvar o vaginal,pero el olor tan desagradable suele ser la principal manifestación(1,8,15).

El diagnóstico puede hacerse con un frotis en fresco,aunque el cultivo es fácil siempre y cuando se notifique al laboratorio que se busca a este microorganismo y lo que se observa en el frotis es una ausencia sorprendente de lactobacilos y muy pocas bacterias y células inflamatorias.(5,11,15).

La infección por Gardnerella también es una enfermedad de transmisión sexual, así que es importante administrar el tratamiento también al compañero(8,12,15).El tratamiento de elección es un esquema de 7 días de metronidazol a dosis de 500 mgs cada 12 hrs.(12,15).Algunos autores sugieren utilizar ampicilina en dosis de 500 mgs cada 6 hrs durante 7 días,al igual que la mayor parte de las cefalosporinas (12,15).

La Cervicovaginitis por *Candida albicans* es frecuente y se conoce desde hace algunos años(15). Este tipo de patología es frecuente en diabéticas, y abundan todavía más cuando el ambiente es muy rico en carbohidratos. También es frecuente en la mujer postmenopáusica(15).

La forma de contaminación parece ser a través de manos, toallas, coito, ropa, agua-de baño, contenido intestinal o instrumentos(3,15).

Esta enfermedad se caracteriza por una secreción que puede ser desde líquida -- hasta muy espesa y con características purulentas; hay prurrito que puede ser intenso, irritación local y enrojecimiento acentuado de toda la mucosa vaginal o vulvovaginal. Cuando la infección es muy extensa en la vulva, su superficie puede mostrar áreas blancuzcas o grisáceas y puede haber prurrito sumamente intenso, que provocara rascado que deja cicatrices(3,14,15).

El diagnóstico se hace al demostrar bajo el microscopio la presencia de hongos. Para confirmar el diagnóstico, puede cultivarse el microorganismo en medio de Sabouraud o Nickerson.(15).

Actualmente la mayoría de las pacientes con candidiasis vaginal pueden tratarse con algunos de los múltiples antimicóticos existentes en el mercado en forma de óvulos, tabletas o cremas. Sin embargo, la violeta de genciana sigue siendo un tratamiento muy eficaz.(13,15).

La Nistatina es un antimicótico muy eficaz y el esquema habitual es un óvulo intravaginal(100000 UI de nistatina) por la noche durante 14 días(15).

Existen 2 imidazoles sintéticos, que son Nitrato de miconazol y el Clotrimazol, - que también son bastante eficaces en la vaginitis por candida(15).

Antiguamente se denominaba "Vaginitis Inespecífica" a toda infección vaginal en la que no se encontraba, aparentemente, microorganismo causante alguno(15). En la actualidad, este término debería utilizarse sólo en las reacciones que aparecen durante los años prepuberales y postmenopáusicos, en los que el epitelio vaginal tan delgado es muy susceptible a distintos fenómenos irritativos y varios microorganismos infecciosos inespecíficos(15).

Los esquemas terapéuticos inespecíficos como cremas y duchas a base de sulfas - puede tener buenos resultados en lagunas enfermas, pero posiblemente muchos de ellos son producidos por su efecto de placebo(14,15).

La mucosa vaginal normalmente se atrofia en el momento de la Menopausia, con lo que la mucosa se torna muy susceptible a la infección e irritación. Con frecuencia se desarrollan pequeñas zonas superficiales de granulación o ulceración, originando tinsión ligera de la vagina.(15).

Los síntomas más característicos son secreción, prurrito y ardor en la región vaginal. La secreción suele ser líquida y puede ser hemática. En la exploración física se observa un epitelio muy delgado, muchas veces friable, que puede sangrar algo al rasparlo suavemente con la espátula para Papanicolaou(1,14,15).

(4)

La Cervicovaginitis enfisematosa es muy rara(15).Se le ha observado durante el embarazo y en los casos de insuficiencia cardíaca(15).Se caracteriza por la aparición de quistes ampulosos llenos de gas en las capas submucosas de la parte superior de la vagina.Existen varias hipótesis respecto de su fuente y tipo,pero el único dato positivo es la presencia de CO<sub>2</sub>.En las paredes de las cavidades se observan células gigantes de cuerpo extraño(7,14,15).

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La Cervicovaginitis es un desórden común que ocurre en 75% de mujeres atendidas en clinicas de enfermedades transmitidas sexualmente, 15-20% de mujeres embarazadas y 5 a 15% de mujeres atendidas en clinicas ginecológicas(2). Este síndrome vaginal es el más importante de las infecciones del tracto genital femenino(5,6,10).

Los estudios bacteriológicos de la cervicovaginitis son de los grandes avances de la microbiología descriptiva(2). La microbiología descriptiva comienza con las infecciones vaginales en 1984(2). En ese año el Dr. Doderlein describe la presencia de lactobacilos en la flora normal vaginal(2,5,6). Los lactobacilos juegan un rol central en la homeostásis vaginal por la producción de ácido láctico. El ácido láctico inhibe el crecimiento de otros microorganismos por mantener el pH vaginal bajo y mantener un nicho ecológico. En 1914 Curtis asoció un bacteroide pigmentado negro hasta ese momento desconocido, como *Mobiluncus*, un coco anaerobio con cambios anormales en la vagina. El postuló que los microorganismos anaerobios fueron parte de un complejo bacteriano que causa no solamente cambios vaginales anormales sino endometritis postparto. En 1921 Schroder categorizó la flora bacteriana vaginal usando tinsiones de GRAM dentro de grados patogénicos (consistente en el predominio de lactobacilos). Los bacteroides fueron asociados con cervicovaginitis (conocidos-- hasta entonces como vaginitis no específica) por Weaver y cols.(5).

Un GRAM(-) pleomórfico inmóvil, que produce cambios uretrales fue identificado-- y estudiado por el científico Leopold en 1953. Dicho autor aisló este organismo en secreciones vaginales en mujeres con problemas de cervicovaginitis.(2,7,9).

En 1955 Gardner y Dukes publicaron la epidemiología clínica clásica la cual juega un papel importante en la cervicovaginitis(2,10,12). Ellos descubrieron un nuevo microorganismo denominado *Haemophilus vaginalis* y la nueva infección que denominada vaginitis por *Haemophilus vaginalis* (2,10). Ellos describieron y cumplieron al pie de la letra los postulados del Dr. Robert Koch.(5,10).

Los descubrimientos de Gardner y Dukes fueron importantes en la definición del estado clínico y la asociación de *Haemophilus vaginalis* con el síndrome. Virtualmente todas las observaciones clínicas hechas por Gardner y Dukes son válidas todavía 38 años después. Además la falla en apreciar el complejo microbiológico de la cervicovaginitis y reportada por otros investigadores en 1970 con el improvisamiento de técnicas anaeróbicas siguen siendo utilizadas(2,5,7).

Numerosos artículos de cervicovaginitis fueron publicados entre 1961 y 1977. La gran mayoría de publicaciones de pacientes con diversos síntomas vaginales fueron virtualmente referidas a *Haemophilus vaginalis* descrita por Gardner y Dukes. Estos datos, son considerados con mucha ambigüedad en cuanto al papel de *Haemophilus vaginalis* en la cervicovaginitis culminando con un reporte de McCormack y cols(2,7).

Posteriormente el *Haemophilus vaginalis* fue denominado *Gardnerella vaginalis* en honor al Dr. Gardner.(2).

(6)

Desde 1914 se han descubierto otros microorganismos que probablemente estén involucrados en este síndrome y este concepto fue realizado por los trabajos de Schroder, Weaver y cols. Avances en la microbiología anaerobia en los finales de 1970 - afirmaron la presencia de una bacteria anaerobia llamada Gardnerella vaginales(2).

Los avances en la microbiología representan varios cuestionamientos, la toxonemia de Gardnerella vaginalis fue estableciendo por estudios de DNA y técnicas anaerobias identificaron especies bacteroides, incluyendo bacteroides melanogénicos, bacteroides dijiens y mobiluncus, especies estadísticamente asociadas con cervicovaginitis. La Prolina aminopeptidasa fue la más común en personas con cervicovaginitis y en personas sin la misma.(5,6).

Recientemente diversas infecciones del tracto genital, como endometritis postparto e infecciones postcesárea han sido atribuidas a cervicovaginitis, infección ginecológica después de histerectomía han sido relatadas por cervicovaginitis(3,4,5,10)

La prematuridad ocurre 2-3 veces más comúnmente en pacientes con cervicovaginitis que en las que no presentan esta patología(6).

En contraparte, la cervicovaginitis fue asociada con un incremento en infección del líquido amniótico y corioamnioitis que desembocaron en partos prematuros. La salpingitis también se ha visto causada por cervicovaginitis(3,4,5,10).

Diversos autores procedieron en 1990 a realizar descubrimientos de investigadores de acuerdo a hallazgos clínicos, microbiológicos y de tratamiento.(2).

Nuevos métodos diagnósticos, prácticos y adicionales estudios son requeridos en el rol de la cervicovaginitis con una severa infección en el tracto genital(5,7,10)

La terapia fue avanzada con metronidazol, efectivo contra tricomonas y también curó la cervicovaginitis cuando ambas enfermedades se presentaron de manera simultánea(4,6,).

El Metronidazol presenta actividad contra Gardnerella vaginalis y virtualmente ninguna actividad contra otra bacteria facultativa. Recientemente el metronidazol fue el antimicrobiano usado más comúnmente en el tratamiento de cervicovaginitis bacteriana, la Clindamicina presenta buena actividad contra otras bacterias anaerobias y la Nistatina y el Ketoconazol presentan buena respuesta a Hongos como la Candida albicans.(7,8,13).

P L A N T E A M I E N T O   D E L   P R O B L E M A .

La razón de esta investigación es,aportar una fuente de información entre la - correlación clínica,citológica y bacteriológica de la Cervicovaginitis,para tener - mayores conocimientos para lograr prevenir dichos padecimientos que continúan ac - tualmente siendo frecuentes en la población femenina.

Por lo tanto es importante conocer estos datos para instituir el manejo terapéu - tico encaminado a darle resolución específica a la patología encontrada.

La incidencia de la infección del tracto genital femenino es del 75% en la Repú - blica Mexicana y 78% en el resto del mundo.En el Hospital de Ginecoobstetricia 36 - de Puebla,no hay estadística de incidencia de cervicovaginitis y mucho menos que - tipo de microorganismo es el más frecuente en esta patología.

Este trabajo está encaminado a determinar cual es la frecuencia de la cervicova - ginitis en nuestra población,y creo que es importante establecer,la epidemiología - de la cervicovaginitis y elaborar medidas educativas en su diagnóstico.

(8)

OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES.

1. Conocer la epidemiología de la cervicovaginitis en nuestro medio.
2. Identificar oportunamente los factores de riesgo de la cervicovaginitis para - instituir medidas de prevención oportunas.

OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Identificar el microorganismo más frecuente en cervicovaginitis.
2. Identificar cual es la enfermedad más asociada con cervicovaginitis.
3. Edad de afección más frecuente de la paciente ante la cervicovaginitis.
4. Paciente nulípara o' múltipara ante la cervicovaginitis.
5. Inicio de vida sexual activa y hábitos sexuales.
6. Asociación de cervicovaginitis con métodos anticonceptivos.

(9)

HIPOTESIS .

No es necesario por tratarse de un trabajo descriptivo.

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

P R O G R A M A D E T R A B A J O.

Se hace un estudio prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Mujeres enviadas con Diagnóstico de Cervicovaginitis al HGR.36 Puebla.

MATERIALES Y METODOS.

De Mayo a Septiembre de 1994, se estudiaron 101 pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis, que acudieron a consulta externa de ginecología del Hospital General Regional, 36 en Puebla, tomándose en cuenta la edad, factores predisponentes (diabetes, DIU, ingesta de hormonales orales). Síntomas, patología de fondo, inicio de vida sexual activa, resultados citológicos y bacteriológicos (pap, ECV).

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes con diagnóstico clínico de cervicovaginitis independientemente del diagnóstico y de la edad.

Signos y síntomas: Leucorrea.  
Prurrito.  
Disuria.  
Polaquiuria.  
Dispaureunia.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes sin diagnóstico citológico y bacteriológico.

Se realizó tarjeta para el vaciado de datos adjunto a formato el cual tiene la edad, sexo, IVSA, paridad, etc.

Los datos se toman de la exploración clínica y muestras de laboratorios.

## R E S U L T A D O S .

Se estudiaron un total de 101 pacientes en edades comprendidas entre 15 y 58 años de edad, realizándoles Historia clínica, y se les indicó un Exudado Cervicovaginal, de cuyo reporte se tomaron los siguientes datos de microorganismos, los cuales se muestran en la tabla IV donde el organismo patógeno más frecuente encontrado fue *Candida albicans* en 35 pacientes (34%), siguiendo en orden de frecuencia la bacteria *Gardnerella vaginalis* en 26 pacientes (25%), *Enterococo* en 13 (12%), *Escherichia coli* en 11 (10%), *Tricomonas vaginalis* en 9 (8%), *Klebsiella* en 4 (3%) y *Proteus* en un total de 3 pacientes (2%).

Hubo casos de pacientes que presentaban combinación de estos microorganismos - (Ver Tabla.V), siendo las más frecuentes *Candida albicans* con *Gardnerella vaginalis* y *Escherichia coli* con *Enterococos*, cada combinación presente en 3 pacientes (2.7%).

En cuanto al Inicio de vida sexual activa en las pacientes analizadas (Tabla I), encontramos que 2 pacientes eran núbiles (1.9%), un total de 15 pacientes (14%) eran de edad menor de 18 años. 75 pacientes (74%) eran de edades comprendidas entre 18 a 25 años. 7 pacientes (6%) en edades entre 25 a 30 años y 2 pacientes eran mayores - de 30 años.

En cuanto a los factores predisponentes (TABLA.II), encontramos Diabetes Mellitus en 6 pacientes (5.8%). Pacientes con DIU en 18 (17.8%) y pacientes que ingerían hormonales orales eran 13 (12.8%).

En cuanto a los signos y síntomas (Ver tabla.III), se recalca que todas las pacientes estudiadas presentaron Leucorrea (100%), siguiendo la Dispareunia en 83 pacientes (82%), Prurrito en 82 (81%), Polaquiuria en 78 (77%) y Disuria en 71 (70%).

Entre las patologías de fondo (Tabla.VI), las de mayor importancia fueron Cistocole en 32 pacientes (31.6%), Enfermedad Inflamatoria Pélvica en 23 (22.7%) y Miomatosis Uterina en 22 (21.7%), siguiendo en orden descendente patologías como: Endometriosis, displasias e I.V.U.

En cuanto a los resultados de estudios de Papanicolaou (Tabla.VII), el tipo II - fue el más frecuente encontrado en 80 pacientes (79.2%), Tipo I en 13 pacientes - (12.8%) y el tipo III en 6 (5.8%). En 2 pacientes no se tomó por ser núbiles.

TABLA. (I).

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.		
EDAD	No.	%
Menos de 18 años.	15	14
18 - 25 años.	75	74
25 - 30 años.	7	6
Más de 30 años.	2	1.9
Mujer Nubil.	2	1.9

TABLA. (II).

FACTORES PREDISPONENTES.		
FACTOR.	No.	%
Diabetes Mellitus.	6	5.8
D.I.U.	18	17.8
Hormonales orales.	13	12.8

TABLA. (III).

SIGNOS Y SINTOMAS.		
SIGNO/SINTOMA.	No.	%
Leucorrea.	101	100
Amarillenta	53	52
Blanquecina.	39	38
Hialina.	7	6
Dispaureunia.	83	82
Prurrito.	82	81
Polaquiuria.	78	77
Disuria.	71	70

(13)

TABLA. (IV).

MICROORGANISMOS DETECTADOS EN EXUDADO CERVICOVAGINAL.

ESPECIE	No.	%
<i>Candida albicans.</i>	35	34
<i>Gardnerella vaginalis.</i>	26	25
Enterococo.	13	12
<i>Escherichia coli.</i>	11	10
<i>Trichomona vaginalis.</i>	9	8
<i>Klebsiella sp.</i>	4	3
<i>Proteus.</i>	3	2

TABLA. (V).

ASOCIACION DE MICROORGANISMOS.

ESPECIE.	No.	%
<i>Candida albicans</i>	3	2.7
<i>Gardnerella vaginalis</i>		
<i>Escherichia coli.</i>		
Enterococos.	3	2.7
<i>Proteus.</i>		
Enterococos	1	0.9
<i>Escherichia coli.</i>		
<i>Proteus.</i>	1	0.9
<i>Candida albicans.</i>		
Enterococo.	1	0.9
<i>Candida albicans.</i>		
<i>Escherichia coli.</i>	1	0.9
<i>Candida albicans.</i>		
<i>Proteus.</i>	1	0.9

TABLA. (VI).

PATOLOGIA DE FONDO.		
	No.	%
CISTORECTOCELE.	32	31.6
E.P.I.C.	23	22.7
MIOMATOSIS UTERINA.	22	21.7
ENDOMETRIOSIS.	5	4.8
DISPLASIA SEVERA.	5	4.8
DISPLASIA LEVE	5	4.8
ESTERILIDAD	5	4.8
I. V. U .	4	3.9

TABLA. (VII).

PAPANICOLAOU. (PAP).		
CLASE	No.	%
II	80	79.2
I	13	12.8
III	6	5.8
No se tomó. (Nóbil).	2	1.9

DISCUSION.

La Cervicovaginitis es una patologia muy frecuente en la poblaci3n femenina, has en 75% reportado en las clinicas ginecol3gicas de M3xico.

Los estudios bacteriol3gicos de la cervicovaginitis son de los grandes avances - de la microbiologia descriptiva, siendo un estudio importante el publicado en 1955- por los Drs. Gardner y Dukes, quienes descubrieron el microorganismo Haemophilus vaginalis como un agente causal importante en la cervicovaginitis. Posteriormente dicho organismo fue denominado Gardnerella vaginalis en honor al Dr. Gardner.

La Cervicovaginitis es uno de los problemas m3s frecuentes en el consultorio - del Ginecoobstetra, con estas pacientes es diflcil ser optimista porque aunque tienen molestias reales, la infecci3n rara vez es grave, sin embargo frecuentemente recurre y es diflcil de erradicar.

En las infecciones vaginales hay varios factores. Durante los a3os de vida menstrual, los microorganismos productores de cervicovaginitis m3s frecuentes son Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis y virus del Herpes. Durante la pubertad y la postmenopausia, el epitelio vaginal delgado f3cilmente se infecta con varios microorganismos como gonococo y muchos inespecíficos.

El sntoma principal de la cervicovaginitis es la Leucorrea, y adem3s en la mayor parte de las infecciones vaginales, adem3s de secreci3n, la paciente se queja de irritaci3n y prurrito vulvar. Estos sntomas son m3s intensos durante la micci3n y ello puede provocar que tanto la paciente como el m3dico la confundan con cistitis o uretritis.

Se estudiaron en este trabajo de investigaci3n un total de 101 pacientes con cervicovaginitis, encontrandose la edad m3s frecuente del problema entre los 18 y 25 a3os (inicio de vida sexual activa).

El Microorganismo m3s frecuentemente hallado fue Candida albicans, a pesar de que en la literatura se menciona a Trichomonas vaginalis como organismo causal m3s frecuente de cervicovaginitis.

Sntomas y signos clínicos m3s frecuentes son La Leucorrea, Dispaureunia y el prurrito vulvar.

Factores predisponentes importantes fueron: La Diabetes, Ingesta de Hormonales orales y aplicaci3n del D.I.U.

Patologias de fondo de inter3s: Miomatosis uterina, Enfermedad Inflamatoria P3lvica y Displasias.

CONCLUSIONES.

1. Este estudio reporta como agente causal más frecuente de cervicovaginitis - *Candida albicans* hasta en un 34% de pacientes, a pesar de que en la literatura sobre este tema la gran mayoría reporta como agente causal más frecuente a *Tricomonas vaginalis*.  
*Gardnerella vaginalis* fue el segundo agente causal más importante.
2. Existe una falta de educación sexual y de higiene importante en nuestra población, la cual pudiera en un momento dado modificar la aparición de los microorganismos encontrados en nuestro estudio.
3. Como patología de fondo en este estudio encontramos que un gran número de pacientes padecía de trastornos de la estática pelvigenital, patología condicionada en determinado momento por el número de partos de cada paciente, técnica de reparación ya sea de las episiotomías ó desgarres perineales los cuales condicionan pérdida de la relación anatómica vulva-ano con el consiguiente aumento en la incidencia de las infecciones genitales.
4. Es importante realizar el estudio de Papanicolaou en pacientes con Vida sexual activa, y en este estudio encontramos que las pacientes con mayor frecuencia de cervicovaginitis, el resultado de Papanicolaou fue Clase II.
5. Por todo lo anterior, hay que insistir en una mayor educación sexual, higiénica y cultural de nuestra población que redundará en una menor morbimortalidad de esta patología.
6. Es importante también para los ginecoobstetras, ya que son los encargados de proporcionar la atención del parto, y en gran medida los responsables de que se mantenga una buena relación anatómica, vulva-ano para evitar en lo futuro una mayor morbilidad de la paciente.

BIBLIOGRAFIA.

1. Barbone F. Austin.A. FOLLOW UP STUDY OF METHODS OF CONTRACEPTION SEXUAL ACTIVITY, AND RATES OF TRICHOMONIASIS , and bacterial vaginitis. *Am.J.Obstetrics and Ginecology*:1990;163:510-514.
2. Eschenbach,David. HISTORY AND REVIEW OF BACTERIAL VAGINITIS. *Am J.Obstetrics - and Ginecology*,1993:169:2,441-445.
3. Faro,Martens y Hammill. VAGINAL FLORA AND PELVIC INFLAMMATORY DISEASE. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*,1993:169,2,470-473.
4. Gibbs Ronald.CHORIOAMNIOITIS AND BACTERIAL VAGINOSIS. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*,1993:169,2,460-462.
5. Hill Gale. THE MICROBIOLOGY OF BACTERIAL VAGINOSIS. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1993:169,2:450-454.
6. Hiller Sharon.DIAGNOSTIC MICROBIOLOGY OF BACTERIAL VAGINITIS. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*.1993;169,2:455-459.
7. Ledger William.HISTORICAL REVIEW OF THE TREATMENT OF BACTERIAL VAGINITIS. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1993;169,2:474-478.
8. Livengood and Tomasson. BACTERIAL VAGINITIS:TREATMENT WITH TOPICAL INTRAVAGINAL CLINDAMICIN PHOSPHATE. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1990: 76:118-123.
9. McGregor and French.PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND BACTERIAL VAGINITIS. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.193;169,2:463-466.
10. Measd Phillip.EPIDEMIOLOGY OF BACTERIAL VAGINITIS. *American Journal Obstetrics and Ginecology*:1993:169,2:446-449.
11. Schaaf,Borchardt and Perez.THE LIMITED VALUE OF SYMPTOMS AND SIGNS THE DIAGNOSIS OF VAGINAL INFECTIONS. *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1990: 150,1929-1933.
12. Soper David.BACTERIAL VAGINITIS AND POSTOPERATIVE INFECTIONS: *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1992,169,2:467-469.
13. Sweet Richard.NEW APPROACHES FOR THE TRATMENT OF BACTERIAL VAGINITIS: *American Journal of Obstetrics and Ginecology*:1993:169:2:479-482.
14. Karchmer Samuel.NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. *Instituto Nacional de Perinatologia*.1990:pags. 5-6.
15. NOVAK. TRATADO DE GINECOLOGIA. 1991. PAGES.507-512.