



UNIVERSIDAD NACIONAL 17
AUTONOMA DE MEXICO 29.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
Departamento de Medicina Familiar

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.

TITULO

*"AGENTES FRECUENTES DE VULVOVAGINITIS EN NIÑAS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL
DEL ISSSTE EN VERACRUZ, VER. DE ENERO A DICIEMBRE DE
1994"*

TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORMA BARRON ALMEYDA



HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
VERACRUZ, VER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20114

1998



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 MIS PADRES

EDUARDO BARRON PELAEZ

MAGDALENA ALMEYDA TEJEDA

CON ETERNO AGRADECIMIENTO

A MI ESPOSO

GUSTAVO MENDOZA GONZALES

POR EL AMOR Y EL APOYO BRINDADO

A MIS HIJOS

GUSTAVO

GERARDO

CON EL MISMO CARIÑO DE HOY Y SIEMPRE

A MIS HERMANOS

CON EL CARIÑO DE SIEMPRE

AL DR. JOSE ANDRES SANDOVAL ZAYAS

Y

DR. LUIS ANTONIO AZAMAR MATIAS

CON ETERNO AGRADECIMIENTO POR LA AYUDA BRINDADA

A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS DE ESTUDIOS.

CON MIS SINCERA ESTIMACION.



**CONSEJO MEXICANO
DE CERTIFICACION EN MEDICINA
FAMILIAR A.C.**

Clave 360, Col Vallejo, México, D.F. 07870
teléfono y fax 5 37 27 40

A quien corresponda:

Por la presente se hace constar que la doctora NORMA BARRON ALMEYDA ACREDITO el examen de Certificación de este Consejo en Medicina Familiar, sustentado el día 2 de diciembre de 1995.

Se extiende la presente constancia provisional a los seis días del mes de febrero de mil novecientos noventa y seis en la ciudad de México, Distrito Federal, a petición de la interesada y para los fines legales que a ella convengan.

Atentamente

DR. RICARDO ANZURES CARRO
Presidente

**"AGENTES FRECUENTES DE VULVOVAGINITIS EN NIÑAS QUE ACUDEN
A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE EN
VERACRUZ, VER., DE ENERO A DICIEMBRE DE 1994."**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA.

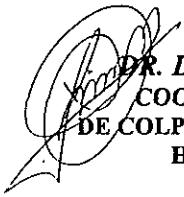
DRA. NORMA BARRON ALMEYDA

CO-ASESOR DE TESIS


DR. JOSE ANDRES SANDOVAL ZAYAS  **HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN VERACRUZ, VER.**

ASESOR DE TESIS


DR. LUIS ANTONIO AZAMAR MATIAS
**COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO
DE COLPOSCOPIA. ADSCRITO A GINECOLOGIA.
HOSP. GRAL. ISSSTE VERACRUZ**

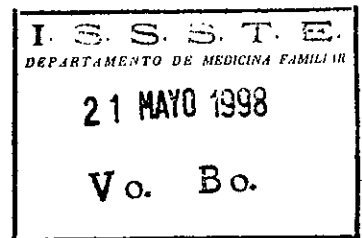
ASESOR DE TESIS


DR. FRANCISCO LIZCANO ESPERON
ASESOR DE TESIS UNAM
**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

VERACRUZ, VER , ENERO DE 1996



**AGENTES FRECUENTES DE VULVOVAGINITIS EN NIÑAS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL DEL ISSSTE EN VERACRUZ, VER.**

TRABAJO

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

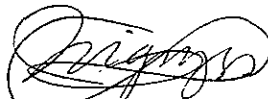
PRESENTA

DRA. NORMA BARRON ALMEYDA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

**COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY

**COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

INDICE

	PAGINA
1. MARCO TEORICO	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACION	12
4. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECIFICOS	13
5.- HIPOTESIS	
6 -METODOLOGIA	14
7.-RESULTADOS	17
8 ANALISIS	19-27
9 -CONCLUSIONES	29
10 -BIBLIOGRAFIA	30
11 -ANEXOS	32-34

NOCIONES HISTORICAS

La fase original de la vaginosis bacteriana surgió de los avances en la microbiología descriptiva. Esta comenzó en los casos de infecciones vaginales en 1894. Este año, Doderlain describió la presencia de lactobacilos en la flora vaginal normal

Los lactobacilos llevaron un papel central en las homeostasis vaginales al producir ácido láctico. El ácido láctico inhibe el crecimiento de otros microorganismos vaginales al mantener un pH bajo en la vagina y al ocupar un nicho ecológico. En 1914 Curtis asoció los *Bacteroides pigmentados de negro*, unos bacilos curvos conocidos como *Mobiluncus*, y los cocos anaerobios con el flujo vaginal anormal. Estos microorganismos fueron identificados como originadas en la vagina más que en el útero.

El postuló que los microorganismos anaerobios eran parte de un ambiente bacteriano complejo que causaba no sólo el flujo vaginal anormal, sino también la endometritis postparto.

En 1921 Schroder categorizó la flora vaginal usando tinción de Gram en una fase menos patógena (consistente en un predominio de lactobacilos), una fase intermedia menos frecuente, y una fase de flora vaginal considerada la más patógena, que ahora identificamos en parte como vaginosis bacteriana.

Había múltiples morfotipos frecuentes, pero los morfotipos lactobacilos estaban ausentes en la fase patógena. En 1955 Gardner y Dukes publicaron un artículo clásico de epidemiología clínica sobre vaginitis. Ellos describieron un nuevo microorganismo, al que llamaron *Haemophilus vaginalis* y denominaron a la nueva infección vaginitis por *Haemophilus vaginalis*. Los descubrimientos de Gardner y Dukes fueron importantes para definir la enfermedad clínica y la asociación con determinado organismo. (2)

Las inflamaciones y las infecciones de la vulva, por lo común, tienen lugar simultáneamente. Las vulvovaginitis inespecíficas, caracterizadas por una flora piógena mixta son alteraciones genitales halladas con más frecuencia en las niñas antes de la

menarquia. Los casos individuales suelen estar relacionados con uno o más factores causales secundarios. La vulvovaginitis específica es un término utilizado para aquellas infecciones causadas por organismos específicos como por ejemplo: Neisseria Gonorrhoeae, Candida Albicans, Trichomonas Vaginalis.

Las vulvovaginitis de todo tipo comprenden aproximadamente, el 92% de los casos ginecológicos pediátricos

Las infecciones inespecíficas afectan a la piel de la vulva, la mucosa del vestíbulo y el tercio inferior de la vagina. Las infecciones específicas, en particular la gonorrea, afecta no tan sólo la vulva, sino también a la totalidad de la mucosa de la vagina. Las vulvovaginitis inespecíficas se hallan con mayor frecuencia en niñas entre las edades de 2 a 7 años. Las infecciones específicas en las niñas antes de la menarquia, excepto tricomoniasis, no afectan a ningún grupo de edad; la Tricomoniasis se observa raras veces en niñas muy jóvenes.

En la actualidad, se pueden efectuar diagnósticos precisos con mayor frecuencia en el consultorio o clínica de consulta externa. Todo lo que se requiere es conocer la manera de elaborar la historia clínica apropiada de la niña o adolescente, contar con capacidad para efectuar la exploración física, disponer de algunas pruebas de laboratorio simples de consultorio y seleccionar análisis relativamente baratos cuyas muestras puedan enviarse a un laboratorio externo. (11).

Pubertad e infecciones. En la pubertad temprana se incrementa la liberación de hormona liberadora de gonadotropinas, LH y FSH, así como esteroides sexuales de origen gonadal. El primer dato físico de pubertad en las mujeres es el aumento de volumen de tejido mamario: telarca. Localmente se inicia el engrosamiento del epitelio vaginal, el pH es de neutro a ácido y el índice de maduración hormonal reporta la presencia de células intermedias y superficiales en escaso porcentaje. Se facilita por lo tanto en este momento la colonización de gérmenes que dependen de un medio estrogénico para su crecimiento; *Cándida Albicans* y *Gardnerella*.

En la pubertad media, se presenta la espiga de incremento máximo en talla en las mujeres y al final de esta etapa frecuentemente se observa la menarca. La pared vaginal es más gruesa, se inician las secreciones vaginales dependientes de la actividad apócrina vulvar y de las glándulas de Bartholin. Se detecta la cantidad moderada de anticuerpos de tipo IgA e IgG, el pH es ácido. La leucorrea fisiológica de la adolescente se establece en esta etapa, siendo la suma de moco endocervical, actividad apocrina vulvar, actividad de las glándulas de Bartholin y descamación celular.

En la pubertad avanzada las gonadotropinas y los esteroides sexuales alcanzan niveles máximos. Se establece el mecanismo de retroalimentación positiva en la mujer que regula el ciclo menstrual y la ovulación. Las secreciones vaginales se tornan cíclicas, siendo más abundantes en los días de la ovulación y previos a la menstruación. Y la mejor forma de evaluar la influencia hormonal sobre los genitales femeninos es de acuerdo al índice de maduración hormonal y las características clínicas de la pubertad.

El mejoramiento de las medidas de higiene en la púber, con mayor distancia de la zona perianal de los genitales externos, disminuye la frecuencia de la infección por gérmenes del tracto digestivo bajo. El engrosamiento y elasticidad paulatina de la vagina; la presencia de secreciones vaginales que contienen anticuerpos y lactobacilos; la *tendencia progresiva a la acidez*, condiciona la presencia de bacterias distintas a la etapa prepúber. La leucorrea fisiológica debe tomarse en cuenta y diferenciarla mediante sus características clínicas de la leucorrea patológica. La primera es cíclica, es más abundante en la ovulación y días previos a la menstruación, no es irritativa, es cristalina e inodora. En cambio la leucorrea patológica no tiene relación con el ciclo menstrual, la cantidad es mayor, presenta variación en el color, fetidez, prurito, ocasionalmente disuria, eritema vulvar y se acompaña o no de otras lesiones vaginales (3).

ETIOLOGIA

Existen diversas razones por las que la vulvovaginitis son un problema frecuente. Los labios poco desarrollados de la niña inmadura se abren cuando se cambia por la posición.

No protegen a la mucosa de la vulva y del vestíbulo ni al orificio del himen de la contaminación externa. El epitelio de la vulva y vagina de la preadolescente es una fina membrana, que se traumatiza e infecta fácilmente. Las secreciones vaginales alcalinas de la niña son un medio de cultivo más favorable para el crecimiento bacteriano que el flujo.

Por diversos motivos la zona genital de la niña se halla expuesta a más contaminaciones que la de la niña mayor o de la mujer. Se ensucia más fácilmente con las heces y la orina.

Es menos probable que sea limpiada después de la defecación. La niña se infecta la vulva al tocarla con los dedos sucios. El interés de las niñas en sus propios genitales y en los de las otras, y la masturbación, aumentan la posibilidad de la transmisión digital de una infección.

Es difícil creer que un déficit de estrógenos es una causa específica de la inflamación de la vulva o de la vagina en algunas niñas.

Los cultivos vaginales obtenidos de niñas sin síntomas vulvares o vaginales demuestran que la vagina de la niña sana alberga muchos tipos de bacterias. La mayoría de dichos cultivos ponen de manifiesto cepas de *Micrococcus pyogenes* variedad albus no hemolíticos y coagulasa negativos, difteroides, estreptococos no hemolíticos y ocasionalmente, *Echerichia coli*.

Las bacterias que normalmente colonizan el tracto gastrointestinal se encuentran asociadas muchas veces con las infecciones vulvovaginales inespecíficas de las niñas (Huffman, 1959), esto sugiere con buen fundamento que en muchas ocasiones el agente infectante alcanza los tejidos genitales a través de la contaminación fecal.

Garner y Dukes (1955) han comunicado que el hemophilus vaginalis (2,7) es una causa específica de vaginitis en adultas, y han demostrado una relación etiológica entre vaginitis y H. Vaginalis, Kotcher, Kellar y Gray (1958) no encontraron H. vaginalis en ninguno de los cultivos correspondientes a 82 niñas que estudiaron, pero algunos autores si lo han encontrado. En algunos casos de vulvovaginitis inespecíficas no es identificable el factor etiológico. Los cuerpos extraños que permanecen en la vagina durante cierto tiempo dan lugar a una vulvovaginitis inespecífica crónica. Los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados han sido; papel higiénico, trozo de lápiz, cuentas de cristal, monedas, botones. Las niñas mayores es más probable que se introduzcan objetos con cierto significado fálico.

Los agentes causales de vulvovaginitis específicamente diagnosticados por métodos de laboratorio más comunes son: Neisseria Gonorrhoeae, Candida Albicans, Trichomona Vaginalis, Hemophilus Vaginalis.

Existen casos contados en la literatura médica de la vulvovaginitis específicas en las niñas, neumococicas, diftéricas, amebianas y de otro tipo. La mayoría de éstas se hallan asociadas con la enfermedad primaria localizada en cualquier parte del organismo de la niña. (7).

CLASIFICACION

La vulvovaginitis es una inflamación, algunas veces infecciosa de la vulva y la vagina. Hay que diferenciarla de las (seudovulvovaginitis) de origen hormonal en la recién nacida o en la época puberal. Casi a cualquier edad, entre el nacimiento y la senectud, son comunes las quejas relacionadas con la vulva y vagina. (4,7,11).

La patogénesis de las infecciones genitales femeninas varía en relación con la edad y las diferentes condiciones biológicas que se presentan durante el desarrollo. (3).

Etiológicamente se mencionan en la literatura médica tres tipos: irritativa, inespecífica y específica.

Irritativa. No es producida por ningún microorganismo.

Se produce un proceso inflamatorio fundamentalmente vulvar en el que el síntoma predominante es el prurito; muchas patogenias han sido invocadas; alergia (15), irritación amoniacal (13), (uso de jabones inapropiados), etc., secundariamente se pueden infectar.

Inespecífica. Es similar a las anteriores, sólo que en ésta se identifican gérmenes. Los microorganismos son considerados poco patógenos. Parece ser que influye más que el agente, una resistencia local baja. La contaminación fecal por higiene defectuosa puede ser un factor importante. El estreñimiento, que aumenta la presencia bacteriana en las heces sumado a un mal hábito higiénico post-defecación, se encuentran en casi todas estas pacientes.

Específica. La vulvovaginitis específica es un término utilizado para aquellas infecciones causadas por organismos específicos; Neisseria Gonorrhoeae, Candida Albicans, Trichomonas Vaginalis, etc. El diagnóstico se confirmará al aislar el microorganismo causal (4,7).

RELACION ANATOMO-FISIOLOGICA E INFECCION CERVICOVAGINAL

Periodo prepuberal

En el periodo prepuberal no hay cambios físicos evidentes. Existe secreción de hormonas luteinizantes y folículo estimulantes LH y FSH a niveles mínimos sin relación con los periodos de sueño o vigilia. Las secreciones de estrona y andrógenos son de origen suprarrenal. El peso, la talla, la distribución de la etapa corporal y la masa muscular son similares en niños y niñas. La vagina es corta y con pared delgada, lisa *tensa, rojiza y fácilmente se lesiona con traumatismos*. Hay atrofia de labios, vulva y glándulas endocervicales. El medio bioquímico carece de glucógeno y de lactobacilos, con pH neutro.

Anatómicamente la región perianal está muy cercana al introito vaginal facilitando la contaminación por técnicas higiénicas deficientes. Las condiciones biológicas de los genitales femeninos después del mes de edad hasta antes del inicio de la pubertad son similares y la microbiología de las infecciones no se modifica sustancialmente en esas edades, siendo los gérmenes más frecuentes aquellos que normalmente colonizan las manos y el tubo digestivo bajo (*Echerichia Coli, Staphylococcus Aureus, Streptococcus Pyógenes, Shigela sp., Cándida Albicans y Enterobius Vermicularis*). (3).

SINTOMATOLOGIA

En la vulvovaginitis irritativa se produce un proceso inflamatorio fundamentalmente vulvar en el que el síntoma predominante es el prurito. (4,5).

Los síntomas producidos por la vulvovaginitis inespecífica generalmente incluyen una inflamación vulvovaginal y una secreción. La niña puede o no presentar la evidencia de molestia. Con frecuencia, el único signo es que la madre ha observado un tinte amarillento en la pantaleta de la niña. Generalmente, el carácter de la secreción, el aspecto de la mucosa vulvovaginal y los síntomas de la niña no ayudan a identificar el agente etiológico o el tipo de bacteria productora de la infección.

La mayoría de las madres llevan a las niñas a una exploración después de que han descubierto algo anormal. En algunas ocasiones la situación se ha mantenido durante meses con múltiples intentos de tratamiento carente de éxito. La mitad de las pacientes o más, tiene una edad comprendida entre los 2 y 7 años aproximadamente tres cuartas partes tienen una edad entre los 4 y 12 años. Lo más común es que la mucosa de la vulva y la del tercio exterior de la vagina aparezcan algo hiperémicas. En algunos casos la inflamación tiene un comienzo agudo, los tejidos de la vulva están muy inflamados y edematosos, existe una secreción purulenta y profusa. La muchacha o la niña pequeña se frota y se rasca el área genital. La niña mayor se queja de prurito y quemazón alrededor de la vulva. Generalmente, la disuria acompaña a la vulvovaginitis aguda y puede ser el único síntoma de la niña.

La disuria causada por una vulvovaginitis no debe confundirse con la ocasionada por la patología del tracto urinario inferior (7). En resumen los síntomas suelen ser escasos: escozor, picor leve y exudado leve.

Se incluyen en la vulvovaginitis específica las infecciones vulvovaginales que son atribuidas a organismos patógenos específicos. La vulvovaginitis gonorréica se caracteriza por inflamación y secreción. Las niñas que están infectadas en algunas ocasiones se quejan de molestias vulvares, disuria, micciones frecuentes y dolor al andar.

La madre puede haber observado un enrojecimiento de la vulva, una tumefacción o una secreción.

La infección tendrá lugar si la vulva de una niña entra en contacto con un traje de baño o el asiento de un baño infectado un momento antes con una secreción conteniendo gonococos.

La vulvovaginitis por *Candida Albicans* es la vulvovaginitis que produce más prurito y menos exudado. Lo más característico son unas placas blanquecinas en vulva y vagina. Las niñas se quejan de dolor durante las micciones como resultado que entra en contacto la orina con las zonas de la vulva descamada y escoriada.

Cuando ocurre una tricomoniasis vaginal en niñas, se halla acompañada de una inflamación secundaria de la vulva y se puede ver en dos situaciones: en neonatas contaminadas durante el parto y en el inicio de la pubertad. (4,7,11,12).

Los síntomas son parecidos a los de las adultas. La muchacha tiene secreción abundante, a veces espumosa, por lo general un poco acre. (7).

DIAGNOSTICO

La leucorrea constituye el signo funcional más característico. Cuando es abundante, a veces puede comprobarse ya en la exploración de la vulva, y la descripción de las manchas en la ropa interior, cuando aún la niña no puede expresarse.

Las manchas de leucorrea se disponen en anchura. Cuando son anteroposteriores no son lineales, sino más anchas que una moneda de unos 2.5 cms., poco más o menos, generalmente coloreadas hacia el verde o amarillo, aunque a veces son grisáceas cuando están secas. Son muy frecuentes las sensaciones urentes o escozor vulvar, según las manifestaciones de la niña, que incitan a que ésta se lleve frecuentemente su mano a la vulva cuando son pequeñas.

Son casi constantes las alteraciones disúricas, que con mucha frecuencia son las que llaman la atención de las madres e inducen a consultar. Demasiado a menudo, éstos síntomas desorientan el diagnóstico, por lo que se realizan exploraciones urinarias sin que se haya examinado la vulva.

El escozor en la micción constituye el signo funcional más frecuente relacionado con la inflamación del meato. Es bastante habitual la retención voluntaria o refleja, así como, al contrario, la polaquiuria e incluso la enuresis.

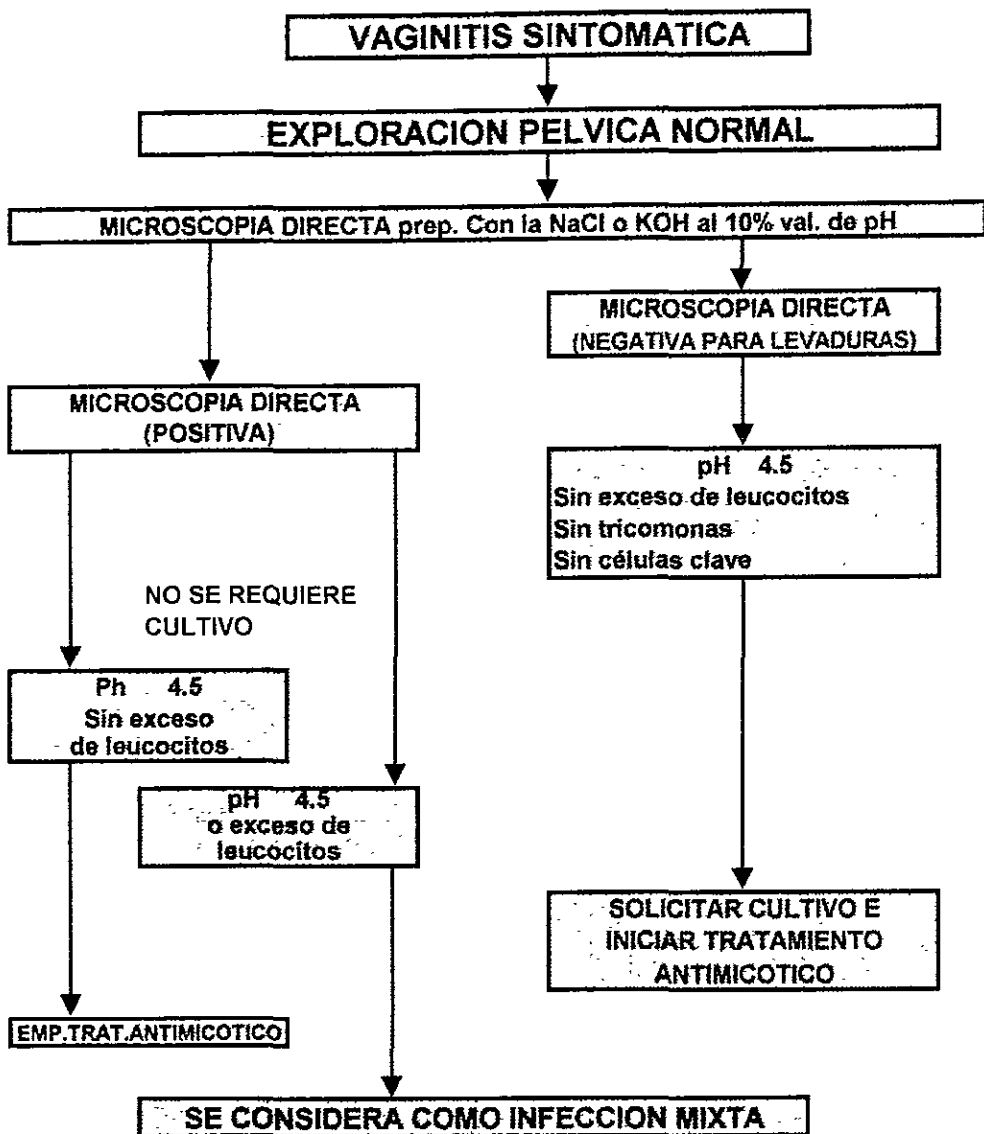
En la exploración, la vulva está eritematosa sólo en el fondo de los surcos, que deben desplegarse bien separando la vulva hacia atrás, es decir hacia abajo en postura de exploración. Los surcos presentan una coloración roja intensa. La mucosa no está seca, pero no se observa ninguna secreción. El clítoris descubierto es normal. Se observa además una ligera coloración rosada cutáneo mucosa hasta el borde de los labios mayores.

La vagina sólo puede explorarse con espéculo. Antes de introducirlo, es conveniente que la madre observe el orificio del himen que permitirá dicha introducción. La vagina suele presentar un aspecto rosa pálido y el cuello es normal.

Al explorar el fondo de saco posterior puede evidenciarse una escasa mucosidad, de la que se obtendrá una muestra. La muestra se extenderá en un portaobjetos con una fota de suero. El exámen en fresco va a objetivar la presencia de acúmulos de polinucleares, evidencia de vaginitis, que demuestran la necesidad de tratamiento, junto con algunas células basales. La ausencia de leucocitos es indicativa de la inexistencia de vaginitis, por lo que el problema se circunscribe a una vulvitis simple, sin vaginitis. Antes de finalizar la exploración, es conveniente desplegar la mucosa del orificio anal solicitando a la niña un esfuerzo de defecación. La contaminación por oxiuros suele producir enrojecimiento o irritación y puede ocurrir que se observe algún parásito.

Esta etiología es lo bastante frecuente como para que sea útil sospecharla con miras a la eficacia del tratamiento. La exploración con espéculo debe descartar la presencia de un cuerpo extraño, de un pólipo infectado o de cualquier otra anomalía orgánica. Sólo puede realizarse correctamente tras una o varias limpiezas con tampón de todas las mucosidades espesas y obstaculizantes. (12).

FLUJOGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO DE VULVOVAGINITIS



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como ocurre antes de la pubertad, las vaginitis que aparecen en edad puberal se manifiestan sobre todo por leucorrea. Si bien en periodo prepuberal una leucorrea siempre es patológica, no sucede lo mismo a partir de la aparición de estrógenos en el organismo.

Todas las niñas antes de sus primeras ovulaciones, y a menudo también durante algún tiempo después de las mismas, presentan una secreción mucosa cervicovaginal fisiológica que se exterioriza en forma de leucorrea, la cual varía en abundancia, pudiendo ser molesta si es importante, en caso contrario, como mínimo siempre es claramente perceptible.

El signo principal concierne a la ropa interior de la niña, que se mantiene húmeda de manera permanente, sin que se observe ninguna coloración amarillenta, verdosa ni con mayor razón, rosada o rojiza.

El acto médico reflejo, que consistiría en solicitar un cultivo y frotis al laboratorio, sin exploración clínica previa, incluye importantes e incluso constantes riesgos de error. Efectivamente, la vagina de una adolescente nunca es estéril. El laboratorio comunica evidentemente la presencia de bacilos de Doderlein en el examen directo y es muy raro que el cultivo no evidencie algún saprofito trivial, por lo común un coliforme o un enterococo, cuya presencia inducirá a efectuar un antibiograma, ante cuyo sugestivo resultado, estará excepcionalmente bien informado el médico que no se deje tentar por un tratamiento, algunas veces incluso reiterado hasta una imposible curación, porque la niña continuará presentando interminablemente una leucorrea hasta su desaparición fisiológica.

El diagnóstico es fácil, determinándose a través de la clínica la naturaleza de la leucorrea fisiológica. En primer lugar, el aspecto de la vulva es rigurosamente normal. Los labios mayores o menores, en todas sus superficies cutáneas y mucosas, presentan un aspecto rigurosamente rosado pálido y sano.

En caso contrario, puede ratificar este diagnóstico el examen microscópico en fresco de un frotis, que evidenciará la presencia de grandes células poliédricas superficiales de descamación vaginal que atiborran todo el porta, a mayor aumento se observarán bacilos de Doderlein por todas partes, y bastoncillos muy delgados, esta comprobación constituye el mejor control del buen estado fisiológico del medio vaginal.

Los cuerpos extraños son menos frecuentes y su naturaleza difiere de la observada en la primera infancia.

Las micosis vulvovaginales, cuyo agente casi siempre es *Candida Albicans*, son algo más frecuentes tras el inicio de la pubertad que en épocas anteriores.

Las vulvovaginitis gonocócicas de una adolescente en la pubertad, contrariamente a las de la primera infancia, dependen por lo general de un contagio genital, pudiendo aparecer tras violación, prostitución, incesto o por actividades sexuales precoces.

Vaginitis por tricomonas. Únicamente el examen en fresco o el cultivo conducen al diagnóstico. Si no se puede efectuar el examen en fresco en la consulta, debe remitirse a la niña al laboratorio. (12).

PROBLEMA

¿CUAL ES EL AGENTE ETIOLOGICO MAS FRECUENTE EN LA VULVOVAGINITIS EN LAS NIÑAS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.?

La vulvovaginitis es uno de los motivos más frecuentes de patología ginecológica en las niñas, comprende aproximadamente el 92% de los casos.

Ocupa el primer lugar dentro de la consulta de medicina familiar, y generalmente se desconoce cuales son los agentes causales que más frecuentemente producen estas infecciones en nuestro medio.

En nuestro hospital de Veracruz, Ver., no se tienen estadísticas de las causas que inciden para el desarrollo de esta infección. Por lo que consideramos conveniente realizar este estudio para conocer cual es el agente etiológico más frecuente en las vulvovaginitis en niñas.

JUSTIFICACION

Las infecciones de la vulva y vagina en niñas, son un problema que frecuentemente se presenta en la consulta de medicina familiar.

Se trata de un padecimiento persistente y/o reincidente que provoca molestias, no sólo físicas sino también psicológicas.

Debido a su variada sintomatología y a las complicaciones que se producen, a las características anatómicas y fisiológicas de los genitales externos, que están expuestos a contaminaciones con la flora del tubo digestivo, y otros factores que las predispone es difícil determinar clínicamente cual es el germen involucrado.

No se tienen estadísticas de los gérmenes más frecuentemente involucrados en este padecimiento en nuestro Hospital General ISSSTE de Veracruz, Ver.

Entonces la conveniencia de conocer los agentes que más causan infecciones vulvovaginales en niñas, nos daría la posibilidad de instalar un tratamiento específico y eficaz.

En virtud de que ocurre con gran frecuencia, es el Médico Familiar el que tiene la oportunidad de ver estos casos en su fase inicial y atenderlos oportunamente para evitar complicaciones o cronicidad del padecimiento.

OBJETIVOS GENERALES

Identificar el agente etiológico más frecuente de la *vulvovaginitis* en niñas de 5 a 12 años de edad, en la Clínica Hospital del ISSSTE, del 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar los agentes causales.
- 2.- Determinar la frecuencia de los agentes etiológicos.
- 3.- Compararla con las referencias bibliográficas.

HIPOTESIS

No requiere.

METODOLOGIA

Se realizará una investigación longitudinal, prospectiva, descriptiva, clínica y abierta.

El trabajo se efectuará en la Consulta Externa del Hospital General del ISSSTE de Veracruz, Ver. El estudio abarcará todas las niñas con Dxs. De Vulvovaginitis que se presenten en el periodo comprendido del 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1994.

Se incluirán en el estudio, todas las niñas, cuyas edades fluctúen entre los 5 y 12 años de edad que acudirán a la Consulta Externa de Medicina Familiar en el periodo comprendido del 1º. de Enero al 31 de Diciembre de 1994, con presencia de leucorrea, prurito vulvar y con resultados de cultivos vulvares que reporten desarrollo de gérmenes.

Se excluirán las niñas menores de 5 años y mayores de 12, a las que se les envíe a laboratorio para cultivo y no acudan a éste, las que presenten vulvitis exclusivamente.

Se eliminarán, las que se extravíen sus expedientes, o que éstos estén incompletos, las que no se encuentren los resultados de cultivo, las que lo reporten negativos.

Se revisarán las pacientes, con sus datos clínicos, posteriormente recolección de datos por la hoja de captación de información durante el año, que incluye fecha, cédula, edad y germen reportado por laboratorio.

Se utilizarán: libreta, lápiz, goma, hojas de recolección, isopos, abatelenguas, laminillas, caja de Martin Thayer, tubos de solución salina, tubos de Stuar y microscopio.

Se clasificarán los gérmenes más frecuentes de acuerdo a edad y número de gérmenes.

Con los resultados obtenidos se identificarán los agentes etiológicos más frecuentes de vulvovaginitis en niñas, los cuales se expresarán en gráficas.

Posteriormente se clasificarán los gérmenes más frecuentes de acuerdo a edad y número de gérmenes.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 143 niñas cuyas edades oscilan entre los 5 y 12 años, con una media de 8 años de edad, que presentaron el Dx. de vulvovaginitis y en cuyos resultados de cultivo vulvar hubo desarrollo de gérmenes.

Los gérmenes que se detectaron fueron: **Echerichia Coli**, **Candida Albicans**, **Estafilococo Aureus**, **Estreptococo Epidermis**, **Klebsiella Ozonal**, **Prototeus Vulgaris**, de las bacterias menos frecuentes fueron: **Providencia**, **Gardnerella Vaginalis**, **Citrobacter** y **Mirabilis**.

E. coli se presentó en 41 casos (29.2%) presentándose más comúnmente entre los 5 y 8 años de edad (ver gráfica).

Candida albicans se identifica en 35 pacientes (25%), presentándose entre los 5 y 12 años de edad (ver gráfica).

En cuanto a **Estafilococo Aureus** se identificó en 20 casos (14.2%), presentándose más comúnmente en niñas de 5 y 8 años de edad (ver gráfica).

El **Estreptococo epidermis** estuvo presente en 20 pacientes (14.2%) observándose más frecuentemente entre los 5 y 11 años de edad (ver gráfica).

La **Klebsiella ozonal** se presentó en 10 pacientes (7.1%), siendo más frecuente entre 6 y 9 años de edad (ver gráfica).

El **Proteus Vulgaris** se identificó en 4 casos (2.85%), siendo más frecuente entre los 4 y 7 años de edad (ver gráfica).

Providencia se observó en 4 pacientes (2.8%), presentándose entre los 4 y 5 años de edad (ver gráfica).

La **Gardnerella Vaginalis** se observó en 3 pacientes (2.1%), presentándose más frecuentemente a los 12 años de edad (ver gráfica).

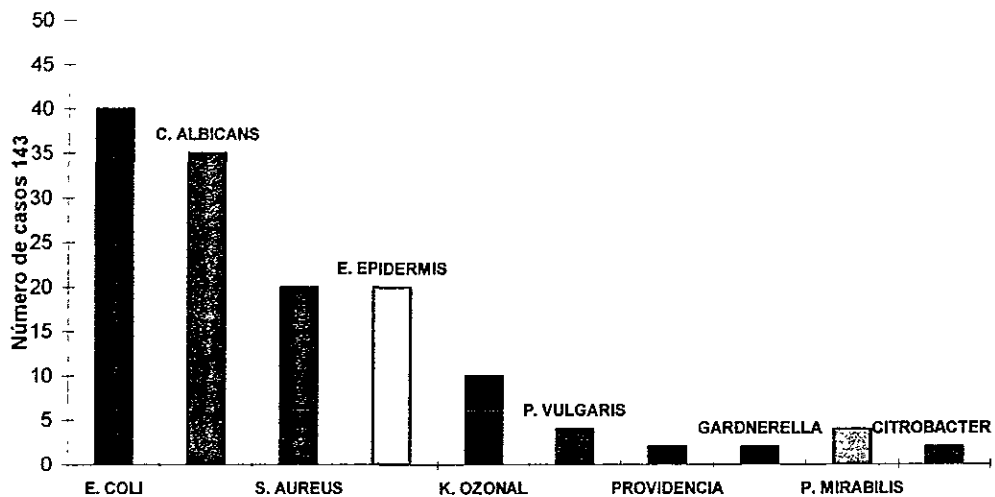
El **Proteus Mirabilis** se identificó en 3 casos (2.1%), siendo más frecuente a los 5 años de edad (ver gráfica).

El **Citrobacter** se presentó en 3 pacientes (2.1%), siendo más frecuente a los 5 años de edad (ver gráfica).

Nuestros resultados coinciden con los mencionados en la literatura médica, con respecto a los gérmenes que colonizan la mano y el tubo digestivo bajo, son causantes más comunes de **vulvovaginitis**, en este caso fue **E. Coli**.

AGENTES ETIOLOGICOS

E. COLI	40
C. ALBICANS	35
S. AUREUS	20
E. EPIDERMIS	20
K. OZONAL	10
P. VULGARIS	4
PROVIDENCIA	2
GARDNERELLA V.	2
P. MIRABILIS	4
CITROBACTER	2



Fuente: Archivo del Hospital General del ISSSTE
Veracruz, Ver., 1994

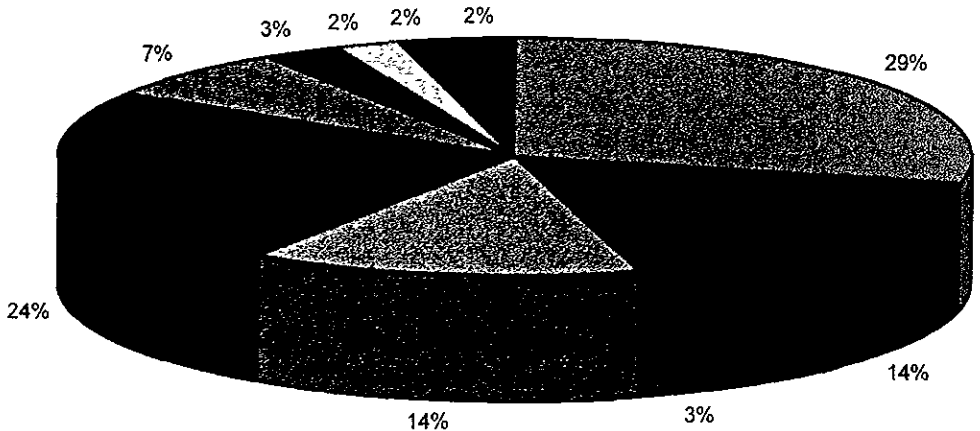
EDAD DE LAS PACIENTES Y AGENTES CAUSALES DE VULVOVAGINITIS

EDAD	E. COLI	S. EPIDERMIS	PROTEUS		S. AUREUS	CANDIDA		K. OZONAL	PROVIDENCIA	CITROBACTER	GARDNERELLA	P. MIRIABILIS
			VULGARIS			ALBICAN						
4	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
5	10	4	0	5	5	0	0	2	2	0	0	2
6	11	0	1	3	5	3	0	0	0	0	0	0
7	7	2	1	4	3	2	0	0	0	0	1	0
8	4	5	0	6	9	2	0	0	1	0	0	0
9	1	2	0	1	4	2	0	0	0	0	0	1
10	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0
11	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
12	4	2	0	1	4	0	0	0	0	0	2	0
TOTAL	41	20	4	20	35	10	4	3	4	3	3	3

Fuente : Archivo del Hospital General del ISSSTE
Veracruz, Ver., 1994

**EQUIVALENTE PORCENTUAL DE LOS AGENTES CAUSALES DE
VULVOVAGINITIS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ,
VER.**

E. COLI	29%
C. ALBICANS	24%
S. AUREUS	14%
E. EPIDERMIS	14%
K. OZONAL	7%
P. VULGARIS	3%
PROVIDENCIA	3%
GARDNERELLA	2%
P. MIRABILIS	2%
CITROBACTER	2%



E. COLI	S. EPIDERMIS	PROTEUS
S. AUREUS	CANDIDA	K. OZONAL
PROVIDENCIA	CITROBACTER	GARDNERELLA
P. MIRIABILIS		

Fuente : Archivo del Hospital General del ISSSTE
Departamento de Microbiología
Veracruz, Ver., 1994

ANALISIS

En este estudio se encontraron una variedad extensa de agentes etiológicos de la vulvovaginitis en niñas, ya que se encontraron 10 gérmenes causales.

De los cuales E. Coli se reportó más frecuentemente, afectando principalmente a las niñas entre 5 y 8 años de edad, datos similares al mencionado por la literatura médica, en la cual la vulvovaginitis es considerada secundaria a una mala higiene del perineo (7).

En orden de frecuencia detectamos a la candida albicans como otro germen causante de la vulvovaginitis, ya que se presentó en un 25%, dato que no coincide con los revisados en la literatura ya que se menciona que está presente en un 60% de los casos (7).

En lo que se refiere a la presencia de S. aureus y el epidermis se observó que son similares (en un 14.2%) cada uno.

Los otros gérmenes reportados presentaron una frecuencia poco significativa en las pacientes de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Para llegar a un diagnóstico clínico correcto, es importante una adecuada exploración ginecológica de estas pacientes porque hay que recordar, que todas las niñas, antes de sus primeras ovulaciones y después de las mismas, presentan una secreción mucosa cérvico vaginal fisiológica, que se exterioriza en forma de leucorrea, pudiendo ser molesta si es importante.

El signo más importante es la humedad de la ropa interior de la niña, sin que se observe ninguna coloración, esto provoca irritación con enrojecimiento perivulvar y a veces escozor e incluso ligero prurito.

El acto reflejo médico, consistirá en solicitar un cultivo, sin exploración clínica previa, que incluye constantes riesgos de error.

Efectivamente la vagina nunca es estéril, el laboratorio reporta la presencia de bacilos de *Döderlein*, o algún saprofito, por lo común un coliforme o un enterococo u otro agente bacteriano dependiendo de la etapa de madurez de la niña.

Debemos precisar en primer lugar que prácticamente no existe una vaginitis sin vulvitis y en consecuencia, sin infección del meato, y a la inversa, vulvitis que se manifiesten frecuentemente sin vaginitis.

En este trabajo se reportó lo siguiente:

De enero a diciembre de 1994, se detectaron 143 niñas, entre cinco y doce años, con diagnóstico de vulvovaginitis.

Se encontraron 10 agentes causales.

De los cuales *E. coli* se reportó en primer lugar afectando a niñas entre 5 y 8 años de edad, datos similares al mencionado en la literatura, la cual se considera secundario a higiene inadecuada.

Posteriormente *Candida albicans* ocupó el segundo lugar, debido al clima y a la humedad de la vagina.

La vulvovaginitis es un problema importante en las niñas; es más frecuente en la etapa escolar, y su causa más común es la falta de higiene.

Es necesario indicar medidas preventivas, de adecuada técnica de aseo genito-anal después de defecar, limpieza y corte de las uñas de las manos para evitar contaminación fecal, así como cambio diario de ropa interior.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Biswa M. K. *Vaginosis Bacteriana*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 1:165-172; 1993.
- 2.- Eschenbach D. A. *History and Review of Bacterial Vaginosis*. Am. Jour. Of Obstetrics and Gynecology. Vol. 169 (2) Part 2:441-444; August 1993.
- 3.- Fernández P. F. Sumano A. E. *Cambios Puberales y Algunos Aspectos de la Infección Cervicovaginal*. Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. Volumen 49 (1):48-52; Enero 1992.
- 4.- Garat J. M., Gosalbez R. *Vulvovaginitis*. "Urología" Pediátrica Salvat Editores p.p. 590-592; 1991.
- 5.- Hart C. A. Pierce A.M. *Vulvovaginitis; Causes and Management*. Pediatrics Vol. 67:281-282; 1992.
- 6.- Labbé J. *Self Induced Urinary Trac Infection in School Age Boys Pediatrics*. Vol. 86 (5):703-706; November 1990.
- 7.- Huffman J. W. *Vulvovaginitis Anteriores a la Menarquia*. "Ginecología en la Infancia y en la Adolescencia" Salvat Editores, S.A. p.p. 159-181; 1991.
- 8.- Mc Kay M. *Vulvitis and Vulvovaginitis; Cutaneous Considerations*. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 165 (4) Part 2-1176-82; 1991.
- 9.- Mead P. B. *Epidemiology of Bacterial Vaginosis*. Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 169 (2) Part 2-446-449; 1993.

- 10.- Nixon S. A. *Vulvovaginitis; The role of Patient Compliance in Treatment Success.* Am. J. Obstet. Gynecol. Vol. 165 (4) Part 2, 1207-1209; 1991.
- 11.- Rosenfeld W. D., Clark J. *Vulvovaginitis y Cervicitis,* Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 3:523-539 1993.
- 12.- Sersiron D. *Infecciones Vaginales Cervicales y Anexiales* Manual de Ginecología Pediátrica p.p. 31-56; 1985.
- 13.- Sharp H. C. *Trastornos Vulvovaginales que Simulan Vaginitis.* Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 1:127-132; 1993.
- 14.- Sobel J. D. *Vulvovaginitis Candidiásica.* Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 1:153-158; 1993.
- 15.- Witkin S. S. *Inmunología de la Vagina.* Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. Vol. 1:158-162, 1993.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

