

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
Depto. de Estudios de Postgrado

*HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"  
MORELIA, MICH.*

**PESQUIZA EPIDEMIOLOGICA DE  
CERVICOVAGINITIS EN MORELIA**

**T E S I S**

*PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN:*

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Dr. José Alejandro Barraza Londoño

MORELIA, MICH.

MAYO DE ~~1999~~

2000



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.



SERVICIOS COORDINADOS  
 - DE SALUD PUBLICA -  
 MICHOACAN  
 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA  
 Hospital Gral. "Dr. Miguel Silva"  
 MORELIA, MICH

HOSPITAL GENERAL  
 "DR. MIGUEL SILVA" MORELIA, MICH

DIRECTOR DEL HOSPITAL

DR. JOSE JUAN IGNACIO CARDENAS

JEFE DE ENSEÑANZA

DR. LUIS MIGUEL REBOLLO

UNIVERSIDAD DE MEDICINA  
 Sección Servs. Escolares  
 SET. 11 2000  
 Unidad de Servicios Escolares  
 BP de (Posgrado)

JEFE DEL CURSO DE POST GRADO  
 DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y ASESOR

DR. JOSE ANTONIO SERENO LOLO

DR. JOSE ALEJANDRO BARRAZA LONDONO

DR. JOSE ALEJANDRO BARRAZA LONDOÑO, ORIGINARIO DE BARRANQUILLA, COLOMBIA EGRESADO DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA CURSO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE 1992 A 1995 EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA". DE MORELIA, MICHOACAN.

DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO JEFE DEL CURSO DE POST GRADO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA".

## INDICE

I .- Introducción .....	1
II .- Material y metodos .....	6
III. - Resultados .....	10
IV .- Conclusiones .....	14
V .- Bibliografia .....	18

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y A MIS PADRES:

J. ALEJANDRO BARRAZA MAZA Y EMELINA LONDOÑO.

COMO OFRENDA POR SU AMOR FILIAL Y ETERNA DEDICACION POR MI SUPERACION PERSONAL.

LES ESTOY MUY AGRADECIDO, POR SUS CONSEJOS Y APOYO INCONDICIONAL; LLEVANDOME HACIA ARRIBA EN EL CAMINO DE LA VIDA; GUIANDOME, PARA HACER SABIAMENTE, INVESTIGACIONES SOBRE TODO CUANTO HAY BAJO EL CIELO.

TODO TIENE SU MOMENTO Y TODO CUANTO SE HACE BAJO EL SOL TIENE SU TIEMPO, HAY TIEMPO DE NACER Y TIEMPO DE MORIR, TIEMPO DE SEMBRAR Y TIEMPO DE COSECHAR. ESPERO EN DIOS PODER COMPARTIR CON USTEDES, TODO LO QUE SEMBRARON EN MI.

A. ELIZAMA:

TE ESTOY ETERNAMENTE AGRADECIDO, POR TU APOYO. APLIQUE MI CORAZON A INQUIRIR TODO ESTO, A SABER DE LOS JUSTOS Y LOS SABIOS ESTAN EN LAS MANOS DE DIOS, Y NI SIQUIERA SABE EL HOMBRE SI ES OBJETO DE AMOR O DE ODIOS; TODO ESTA ANTE ELLOS, TODO ESTO SUCEDE DE LA MISMA MANERA; UNO MISMO ES LA SUERTE DE EL QUE SACRIFICA Y EL QUE NO OFRECE SACRIFICIOS.

PARA MI AMIGA SARA:

HAY AMIGOS QUE SOLO SON PARA LA RUINA, PERO HAY OTROS QUE DAN MAS AFECTO QUE UN PARIENTE, Y DE ESTOS ERES TU.

AL DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO:

A QUIEN FUERA MI MAESTRO EN ESTE HOSPITAL DONDE REALICE MI ESPECIALIDAD POR SU GRAN APOYO EDUCATIVO, MORAL, ETICO Y DESINTERESADO. ASI MISMO AGRADEZCO EL ASESORAMIENTO DE ESTA TESIS SU DEDICACION EXPERIENCIA MEDICA PARA QUE ESTE TRABAJO CUBRIERA LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION MEDICA.

A USTED DOCTOR LE ESTOY MUY AGRADECIDO ESPERO QUE CONTINUE CULTIVANDO SU SABIDURIA Y COMPARTIENDO CON LAS NUEVAS GENERACIONES.

A LOS DRS:

VICTOR CORONA ALBA.

YARA PINEDA.

EUGENIO CASTILLO HUERTA.

ROGELIO VALLEJO CASTRO.

J. INES GONZALEZ TAPIA.

ALFONSO MARTINEZ.

RICARDO CARRANZA.

POR SU APOYO DEDICACION Y PACIENCIA EN LA ENSEÑANZA DE LA  
ESPECIALIDAD Y PRINCIPIOS MORALES DE ESTA PROFESION.

MIS SINCEROS AGRADECIMIENTOS ESPERANDO QUE CONTINUE CON ESTA  
ARDUA LABOR DE LA ENSEÑANZA MEDICA.



PESQUIZA EPIDEMIOLOGICA DE CERVICOVAGINITIS EN MORELIA.

AUTORES: DR. JOSE ALEJANDRO BARRAZA LONDOÑO.  
DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO. (ASESOR).

## INTRODUCCION

La vaginitis es quizás la infección más frecuentemente tratada por los GinecoObstetras y los médicos generales de cuidado primario a la mujer. Se estima que la vaginitis origina en los Estados Unidos de NorteAmerica de 5 a 10 millones de consultas al año y aunque la mayoría de las veces es un padecimiento localizado al aparato reproductor femenino, en otras ocasiones representa un síntoma de una enfermedad sistémica como la Diabetes Mellitus, (1,2,3,4,5,6,7).

Por ésta razón los médicos que atienden estos problemas deberían tener siempre un protocolo actualizado de estudios de la vulvovaginitis. (3)

En diferentes reportajes de la literatura médica se menciona prevalencia de diferentes microorganismos que han ido variando de acuerdo con diferentes factores y así, en 1955 en los Estados Unidos se menciona que el 27% de la vaginitis eran por *Candida Albicans* y el 24% por *Trichomonas Vaginalis*, (1,3).

En Inglaterra se reporta en 1979 que la *Candida Albicans* se encontró en una frecuencia de 28 a 37% y que para 1981 ésta cifra se incrementó a 42%. A partir de 1980 tanto en el Reino Unido como en otros países de Europa y también en los Estados Unidos, dieron cuenta de que la *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae* eran los principales microorganismos en las endocervicitis. Estos dos microorganismos se reportan constantemente en cifras de mayor frecuencia en las clínicas de enfermedades de transmisión sexual (1,8,9).

Apartir de 1980 cuando se implementaron los métodos bacteriológicos para la identificación de los anaerobios se documentó que la vagina humana era un reservorio importante de estos microorganismos. Al Doctor Gardner(10) cabe el mérito de haber establecido la relación entre la colonización de la vagina por *Haemophilus Vaginalis* y *Corynebacterium Vaginale* y lo que finalmente en su honor se llama *Gardnerella Vaginalis*. Rápidamente tomó un lugar predominante en la frecuencia de la vaginitis y no solamente compitió con la *Candida Albicans* y la *Trichomona Vaginalis* sino que en la actualidad ha desplazado en su frecuencia ha estos microorganismos.

TABLA No. 1

FRECUENCIA RELATIVA DE AGENTES BACTERIANOS EN LOS CASOS DE VAGINITIS.

PAIS	CANDIDA .A	TRICHOMONA .V.	GARDNERELLA .V.
ESTADOS UNIDOS	25.3 %	24.9 %	17.7 %
INGLATERRA	25 %	14 %	33 %
FRANCIA	25 %	8.2 %	17.4 %
ESCANDINAVIA	30 %	-----	15 A 33 %
COPENHAGUE	-----	8.4 %	-----
MEXICO	-----	77.69 %	-----

Tomado de (1,11,12,13).

TABLA No. 2

AGENTES ETIOPATOGENICOS DE LA VULVOVAGINITIS ENCONTRADOS EN NUESTRO MEDIO: SE DESCRIBEN EN LA TABLA No. 2

CANDIDA ALBICANS	20.42 %
GARDNERELLA VAGINALIS	8.45 %
ENTEROBACTERIAS	5.63 %
ESTREPTOCOCCO "D"	2.46 %
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	1.40 %
ESTREPTOCOCCO "D"	1.85 %
TRICHOMONAS VAGINALIS	0.35 %
NEISSERIA GONORRHOEAE	0.00 %

Hospital General "Dr. Miguel Silva" SSA, 1995.

La importancia y la frecuencia de cada uno de estos microorganismos varia de acuerdo con la población estudiada y con los métodos empleados en la investigación a través de los años se ha visto que la frecuencia relativa de los agentes causales de la vulvovaginitis se ha ido modificado y así, en nuestro medio la trichomona ocupó hasta 1960 el lugar predominante. Posteriormente Candida Albicans junto con otra especie del mismo género ocupa el primer lugar en la frecuencia de la vaginitis. La Gardnerella Vaginalis a través de los métodos específicos de diagnósticos está llegando a uno de los primeros lugares en frecuencia, junto con Candida Albicans, en al etiología bacteriana de la vaginitis. (2,4,14,15). Por el contrario la Trichomona Vaginalis es encontrada cada vez con

menos frecuencia como agente causal de la vaginitis bacterianas(16).

A partir de 1980, coincidiendo con los reportes de la literatura Europea y Norteamericana el hallazgo de Chlamydia Trachomatis en las infecciones cervicovaginales se ha hecho más frecuentes. Llama poderosamente la atención de que los Gonococos en nuestro medio se encuentran en forma excepcional mientras que en los Estados Unidos se reporta hasta en un 60% de los casos de Cervicovaginitis en las clínicas de enfermedades de transmisión sexual(8,17).

Es importante recordar aquí que las infecciones vaginales, además de estar en relación con los germen que las producen, son influenciadas por diversos factores del huésped como pueden ser: el tenor estrogénico, el estado de la microflora bacteriana, el uso de anticonceptivos, el hábito higiénico las costumbres sexuales y el estado inmunológico de cada persona (4,9,17,18,19,20,21,22,23).

Cuando se pretende hacer una evaluación de los agentes casuales de la vaginitis en una población determinada es importante, sobre todo con fines comparativos tomar en cuenta las características de la población estudiada y los métodos empleados en el diagnóstico de laboratorio, ya que de una metodología muy estricta y bien ejecutada depende la confiabilidad del diagnóstico.

No sucede lo mismo con los datos clínicos ya que la mayoría de la vaginitis ocasiona los mismos síntomas:

LEUCORREA

FETIDEZ

DISPAREUNIA

Resulta fundamental hacer la correlación clínica entre los síntomas y los hallazgos bacterianos ya que la presencia de éstos por si solos no es necesariamente determinante del diagnóstico. En otras palabras, la vaginitis propiamente dicha requiere la presencia de síntomas y la correlación con bacterias patógenas.

Se dice acertadamente que el diagnóstico y el tratamiento de la vaginitis depende de los tres factores siguientes:

- 1.- Acusiosa identificación del agente causal.
  - 2.- Selección y administración correcta de la terapia específica
  - 3.- Restauración del ecosistema normal de la vagina.
- (7,14,18,24,25,26,27,28,29,30).

La elevada frecuencia de la vaginitis en nuestro medio, aproximadamente 3,000 consultas por este motivo en el servicio de Ginecología del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaría de Salud en Morelia, Michoacán, nos motivo para realizar una investigación clínica sobre éste problema. El interés por este trabajo se vió incrementado por que mucha pacientes presentaban cronicidad por el mal manejo, recidivas por falta de información adecuada y en algunas otras no podía establecerse la correlación clínica entre los síntomas y los datos de laboratorio.

Esta investigación se realizó tomando datos como fundamentales los reportes de los estudios bacteriológicos de las secreciones genitales y no los signos y síntomas reportados en los expedientes. La razón para adoptar este criterio es que los reportes microbiológicos resultaron más confiables y fácilmente recabables que los datos clínicos consignados en los expedientes.

#### MATERIAL Y METODOS

Este trabajo es una investigación clínica, lineal, abierta, no comparativa y de recopilación estadística.

Se incluyeron en este estudio 284 pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis que acudían a la consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital General "Dr. Miguel Silva" SSA, en el período comprendido del 1 de Enero de 1994 al 28 de Febrero de 1995. Las edades fluctuaron entre 15 a 60 años con un promedio de 35 años. Se incluyeron a las mujeres con diagnóstico clínico de cervicovaginitis, que tenían vida sexual activa y a las embarazadas sin importar la edad gestacional. Se excluyeron aquellas mujeres que se encontraban tomando antibióticos o antimicóticos, por lo menos dos semanas previas antes del estudio de las secreciones, las que se encontraban usando tampón vaginal durante meses, aquellas que se encontraran menstruando y que habían tenido vida sexual la noche anterior, todas aquellas muestras que no se enviaran adecuadamente al laboratorio y se eliminaron los reportes no

Esta investigación se realizó tomando datos como fundamentales los reportes de los estudios bacteriológicos de las secreciones genitales y no los signos y síntomas reportados en los expedientes. La razón para adoptar este criterio es que los reportes microbiológicos resultaron más confiables y fácilmente recabables que los datos clínicos consignados en los expedientes.

#### MATERIAL Y METODOS

Este trabajo es una investigación clínica, lineal, abierta, no comparativa y de recopilación estadística.

Se incluyeron en este estudio 284 pacientes con diagnóstico de cervicovaginitis que acudían a la consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital General "Dr. Miguel Silva" SSA, en el período comprendido del 1 de Enero de 1994 al 28 de Febrero de 1995. Las edades fluctuaron entre 15 a 60 años con un promedio de 35 años. Se incluyeron a las mujeres con diagnóstico clínico de cervicovaginitis, que tenían vida sexual activa y a las embarazadas sin importar la edad gestacional. Se excluyeron aquellas mujeres que se encontraban tomando antibióticos o antimicóticos, por lo menos dos semanas previas antes del estudio de las secreciones, las que se encontraban usando tampón vaginal durante meses, aquellas que se encontraran menstruando y que habían tenido vida sexual la noche anterior, todas aquellas muestras que no se enviaran adecuadamente al laboratorio y se eliminaron los reportes no



confiables.

De los reportes del archivo se tomaron los nombres de las pacientes y se recabaron sus expedientes de donde se extrajo la siguiente información mediante un cuestionario: edad, enfermedad metabólica, toxicomanías, gestaciones y edad gestacional, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos, uso de DIU, prueba del PAP(papanicolau) y uso de medicamentos inmunosupresores.

Las pacientes fueron examinadas en los consultorios del servicio de Ginecología se les colocaba en posición de litotomía y el personal médico capacitado de la especialidad le colocaba un espejo de Graves sin gel, se visualizaba el cérvix y previa inspección de la vulva y periné, se tomaban dos muestras: una del fondo de saco posterior con un hisopo estéril y la segunda muestra era del endocérvix tomada con un hisopo el cual se hacía girar durante 10 seg. aproximadamente.

Se depositaba en un medio de transporte de Tioglicolato (3-4-1) y ésta muestra era sometida a cultivo en los medios usados: Agar Sangre, Agar Chocolate, Mc Konkey, Thayer Martín y Sabouraud.

El segundo y cuarto cultivo utilizaba campana de CO<sub>2</sub>. La segunda muestra era depositada en solución salina, se le realizaban varias pruebas; a) Observación directa al microscopio en busca de hifas o levaduras. b) La prueba del hidróxido de potasio (KOH) al 10% buscando la presencia de

aminas volátiles. c) Búsqueda de células clave. d) Tinción de Gram para Gram(+) y Gram(-). (2,4,11,15).

La segunda muestra era depositada en los medios de cultivos siendo incubados a una temperatura de 35+2 centígrados incubándose durante 2 a 5 días, aunque se lograba observar en algunas ocasiones crecimiento a las 24 Hrs. (16,32).

En Agar sangre se desarrollaban los gérmenes de importancia clínica y que producen hemólisis, al observar en la superficie del cultivo de 1mm de diametro circulo transparentes, lechosos, brillantes, aunque las variantes son comunes pudiendo observar colonias rugosas, umbilicadas se les realizaba la tinción de Gram siendo positiva y la catalasa negativa, se hacía el diagnóstico de estreptococo posteriormentese buscaba el antígeno B o D no enterococo.

En el Agar Chocolate si se observaba colonias convexas opacas y grises redondeadas de una zona difusa de hemólisis, se le realizaba las pruebas de oxidasa y catalasa resultando negativas se realizaba el diagnóstico de Gardnerella Vaginalis el cual es un cocobácilo pleomórfico Gram variable.

En el Agar Mc Konkey el cual es selectivo para Gram (-) si se observaban colonias grises brillantes de bordes enteros convexos y opacas de por lo menos 1 a 2 mm de diametro y prueba de la oxidasa negativa, catalasa(+) y nitratos reducidos a nitritos se diagnosticaba como enterobactereaceae.

En el Agar Thayer Martín exclusivo para Nisseria Gonorrhoeae si se observaban colonias pequeñas de 0.5 mm a 2

mm. translúcidas grisáceas, convexas brillantes con bordes lisos, se le practicaba la prueba de oxidasa sobre el papel filtro, si cambia de azul a púrpura era positiva y a la tinción de Gram, era diplococo(-).

En el Agar Saboraud especial para levaduras las colonias presentan morfología variable pero usualmente son blancas o bronceadas, brillantes a mate, planas o elevadas, lisas o arrugadas y algunas producen bandas de pseudohifas, la prueba para determinar *Candida Albicans* la del tubo germinativo, se toman pequeños inóculos de células de levaduras de 0.5 ml de suero se incuban no más de tres horas en 35 a 37 grados centígrados luego de la incubación se tomó una gota de la suspensión colocandola en un portaobjetos, se observan unos pocos de tubos germinativos, estos se definen como un apéndice con la mitad de ancho y tres a cuatro veces el largo de la célula de la cual emergen. (32).

Para la detección de *Chlamydia* se usaba un hisopo que contenía alginato de calcio, se colocaba en un porta objeto se fija con acetona, se tinen con anticuerpo fluorescina se deja de 15 a 29 minutos en cámara húmeda, se quita el exceso de colorante con agua destilada y buscamos cuerpos elementales de 5 a 10 (+), menos de 5 cuerpos elementales fluorescentes es dudosa. (9).

#### RESULTADOS:

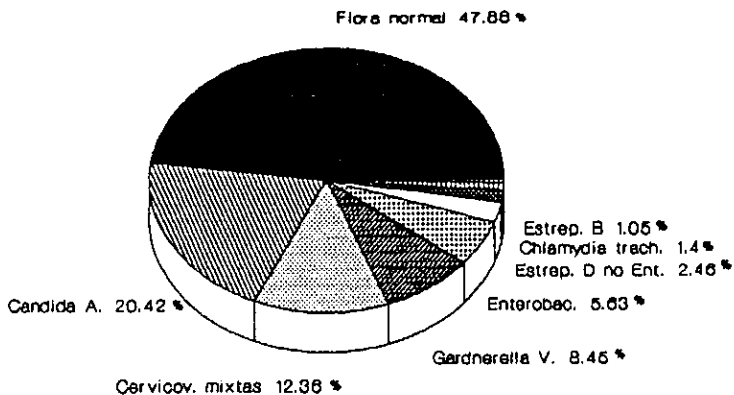
La evaluación de los resultados de los estudios bacteriológicos se hizo en 284 pacientes. La edad de éste grupo estuvo entre 15 y 60 años con un promedio de 35 años de edad. Prácticamente todas las pacientes (96.8%) tenían vida sexual monogámica ya que solamente el 3.2% tenían vida sexual promiscua.

De los otros factores que pueden influir en forma coadyuvante para el desarrollo de la cervicovaginitis se encontró que el 8.8% eran fumadoras, el 9% usaba DIU y el 21.8% empleaba métodos anticonceptivos hormonales, en una pequeña proporción de 5.2% la cervicovaginitis coincidió con embarazo; en un 2.1% las mujeres habían sido histerectomizadas; en un caso se asociaba el hipotiroidismo y en otro el virus de la Inmuno Deficiencia Adquirida.

Del análisis numérico de los casos estudiados llama la atención que a pesar de estar presente el cuadro clínico de la cervicovaginitis, el 47.8% de los reportes bacteriológicos fueron correspondientes a la flora habitual que se considera no patógena.

En la figura No. 1 se ilustra el resultado de la investigación de los 284 casos estudiados y fácilmente puede apreciarse que casi la mitad de los casos a pesar de estar presente el cuadro sintomático, el 47.8% correspondió a la flora vaginal como habitual o no patógena.

**figura No. 1**  
**PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS ENCONTRADOS:**



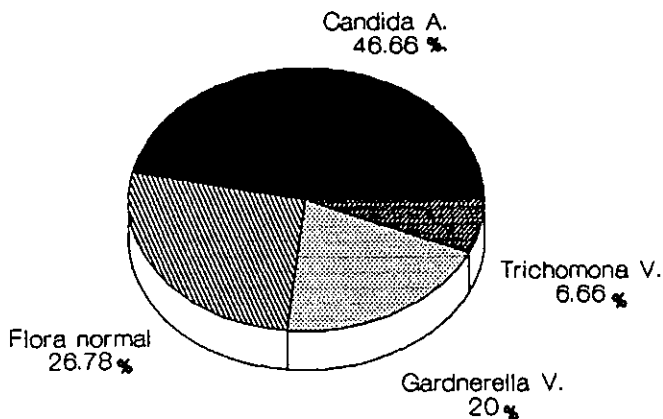
De las bacterias patógenas, la proporción detallada se puede ver en la otra parte de la figura, en donde se puede observar que la vaginitis por *Candida A.* ocupa el primer lugar en frecuencia con un 20.4 %, el segundo lugar lo ocupa la vaginitis causada por diversas asociaciones bacterianas como se describe posteriormente. El tercer lugar lo ocupó la vaginosis bacteriana con un 8.4 % y el cuarto lugar la vaginitis por

enterobacterias con 5.6 %. El resto de las bacterias patógenas incluyó el Esterptococo del grupo D, Estreptococo del grupo B (agalactiae), la Chlamydia Trachomatis y la Trichomona vaginalis. Todos estos agentes bacterianos se encontraron en grupos proporcionalmente menores al 2 % de acuerdo con los datos de nuestra investigación.

Las asociaciones bacterianas que globalmente ocupan el 12.3 % estuvieron integradas por Candida + Gardnerella Vaginalis y Candida A. + Enterobacterias.

En el pequeño número de mujeres embarazadas consideradas en este estudio, los reportes bacteriológicos dieron la siguiente información, como lo muestra la figura No. 2.

figura No. 2  
PREVALENCIA DE CANDIDA ALBICANS EN LA EMBARAZADA.



Como puede observarse fácilmente el agente causal de la cervicovaginitis durante el embarazo fué Candida Albicans en un porcentaje de 46.66 %. La Gardnerella Vaginalis se encontró en el 20 % y la Trichomona en el 6.6 % de los casos.

La bacteria predominante en este grupo de mujeres embarazadas fué la Candida A. igual que ocurrió fuera del embarazo.

Aunque el grupo de embarazadas es muy pequeño la vaginosis bacteriana se encontró en un 20 % de los casos y llamó poderosamente la atención que mientras la vaginitis por Candida Albicans no tuvo ninguna repercusión en el curso del embarazo, los casos de vaginosis bacteriana tuvieron complicaciones como: un caso de obito fetal a las 29 SDG y dos casos de ruptura prematura de membranas.

En un 26.7 % de las mujeres con síntomas de vaginitis no se pudo encontrar flora patógena.

Entre los pacientes portadoras de DIU se encontró la vaginosis bacteriana en el 58.8 %, la Candida A. en el 8.8 %. A pesar de sintomatología claramente manifiesta, en el 32.3 % los estudios bacteriológicos reportaron flora habitual normal, o no patógena.

### CONCLUSIONES

Del análisis de los reportes bacteriológicos de los 284 casos estudiados con síntomas de cervicovaginitis, llama la atención que en el 47.88 % la flora vaginal encontrada en el estudio bacteriológico correspondió a la no patógena y pobladora habitual de la vagina.

De la flora patógena reportada la *Candida Albicans* ocupó el primer lugar siendo seguida por la *Gardnerella Vaginalis* y posteriormente por la *Trichomona Vaginalis*. Si se comparan estos resultados con los publicados en los Estados Unidos de Norteamérica veremos que hay una inversión numérica en este orden de frecuencia ya que ese país la vaginitis por *Gardnerella Vaginalis* predomina sobre la vaginitis por *Candida Albicans*. Por alguna razón no bien establecida y quizás en relación con el uso más frecuente del metronidazol y sus derivados en la terapéutica ginecológica, las infecciones por *Trichomonas vaginalis* son cada vez más raras en nuestro medio (1,4,16,31).

Las cervicovaginitis por *Chlamydia* ocupó solamente el 1.40 % de nuestros casos, en contraste con la frecuencia creciente con que se reporta en los Estados Unidos y en algunos países de Europa. (8,9). Esta baja incidencia puede ser atribuida al hecho de que la *Chlamydia* no se buscó como método de rutina en todos los casos y la pesquisa para éste microorganismo solamente se realizó en la solicitud específica del caso.



En cuanto a las infecciones por Gonococo, prácticamente han desaparecido en nuestro medio en contraposición a la alta frecuencia con que se reportan en los Estados Unidos entre la población de jóvenes con vida sexual activa (8,17).

El análisis de otros factores que se consideran predisponentes para la cervicovaginitis y vulvovaginitis, no se analizaron en este estudio. Tal sería el uso de anticonceptivos hormonales, el uso de DIU, los hábitos de higiene personal y sexual, el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y antecedentes de la ingesta de antibióticos (4,5,11,15,32,34,35).

El objetivo primordial de este estudio fue analizar numéricamente y en forma lineal y abierta los resultados del estudio bacterioscópico de la secreción genital de un grupo de población abierta.

Cabe mencionar en forma insistente que la confiabilidad de los estudios bacterioscópicos de las secreciones genitales en las pacientes con vulvo y cervicovaginitis, depende fundamentalmente las características de la toma y su proceso en el laboratorio.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la opción más útil para el diagnóstico, se tiene en el consultorio con la observación cuidadosa de los genitales, la apreciación de las características de las secreciones, la medida de Ph de la pared lateral de la vagina y la prueba de hidróxido de potasio (KOH). (2,4,11,14,15,16,31). El examen en fresco, que

permite identificar con relativa facilidad *Trichomona Vaginalis*, esporas hifas de *Candida Albicans* o células Clave, permite hacer el diagnóstico más confiable, en unos cuantos minutos después de tomada la muestra (19,22,26,34,35). La siembra de la secreciones genitales en los medios bacteriológicos específicos, aunque muchas veces se hace de rutina, dara información adicional solamente en el menor número de los casos.

En el 20 % de las pacientes estudiadas en este grupo las infecciones vaginales fueron ocasionadas por diversas asociaciones bacterianas siendo la más frecuentes la de *Candida* con *Enterobacter* y la de *Candida* con *Gardnerella Vaginalis*.

Las infecciones monobacterianas coincidieron con los reportes habituales en todas las publicaciones de este tema. Conviene hacer notar que por situaciones de carencia en los laboratorios no se practicaron investigaciones específicas para la búsqueda de otros microorganismos como serían los *Mycoplasmas* y la flora Anaerobia.

Una última consideración es la relación a la frecuencia con que se asocian las cervico y vulvovaginitis a las enfermedades de transmisión sexual.

Por todo lo anterior y a título de conclusiones o de recomendaciones, nosotros podríamos dejar consignación de lo siguiente:

- a.- Es importante un reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias de la importancia de las vulvo y cervicovaginitis.
- b.- Favorecer la disposición de instalaciones en los hospitales y centro de salud para la toma de muestras de las secreciones vaginales siguiendo los lineamientos ya especificados.
- c.- Disponer de laboratorios con técnicas microbiológicas adecuadas que pueden facilitar el diagnóstico rápido y confiable para establecer el tratamiento específico.
- d.- Identificación estadística de los casos que permitirán sentar las bases epidemiológicas de estas enfermedades en la población general.
- e.- Estos centros de diagnóstico incrementarían colateralmente el diagnóstico y control de muchas enfermedades de transmisión sexual.
- f.- Es importante proporcionar entrenamiento específico al personal médico y paramédico tanto en los aspectos clínicos como en los aspectos de diagnósticos de laboratorio.
- g.- Educación, información y divulgación al público en general acerca de la importancia del problema, de su prevención y de su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Howard L. Epidemiology of vaginitis. Am J Obstet Gynecol - 1991;165;1168-76.
- 2.- Faro.s Vaginitis Bacteriana. Clinica de Ginecología y Obstetricia 1990; V2; 563-567
- 3.- Sobel .J.D Infecciones Vaginales en las Adultas. Clinicas de Norteamerica Medicina Familiar. 1990;2;1637-1668.
- 4.- Mc Gregor. Vaginosis Bacteriana. Infectología. 1993;ano13 N10; 587-596.
- 5.- Sobel .J.D Epidemiology of Recurrent Vulvovaginal Cadidiasis. The Journal of Infectious Diseases. 1986; Vol 154;N2; 358-62.
- 6.- Ceruti at el. Vaginitis and Vaginosis. Comparison of two - periods. Minerva Ginecol 1993;45;10;479-83.
- 7.- Frossman .L. treatment of Recurrent Vaginal Canidiasis. Am J Obstet Gynecol 1985;152;959-61.
- 8.- Rivlin .M. Infectious and Veneral Diseases. Gynecology and Obstetrics ed 1994.
- 9.- Infecciones Genitales por Chlamydia Trachomatis. ed 1980 -- 135-155.
- 10.- Kaufman, R´H Vulvovaginal Disease. Clinic North of Americ- Obstet Gynecol 1991;34;581.
- 11.- Reed.B.Differentiation of Gardnereïla Vaginalis, Candida - Albicans and Trichomonas Vaginalis Infectious of the Vagina. The Journal of Family Practice 1989;Vol 28 N6;673-680.

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

- 12.- Barboza .J. E y col. Trichomoniasis Urogenital. Infectología 1993; ano 13, N5 233-43.
- 13.- Faye-Kette .Y. H . Prevalence of 4 agents of Sexually -- Transmitted Diseases in Leukorrhoea in Abidjan. Bull-Soc -- Pathol-Exot 1993; 86;N4; 245-7.
- 14.- Lossick .J Treatment of Sexually Transmitted Vaginitis-Vaginitis. Reviews of Infectious diseases. 1990; vol 12 supplement 6;665-80.
- 15.- Amsel R. Nonspecific Vaginitis. The American Journal of -- Medicine. 1983; V74-14-22.
- 16.- Levison .M Quantitative Bacteriology of the Vaginal Flora in Vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1979;144;133-39.
- 17.- Holmes .K Unique Strains of Neisseria Gonorrhoeae. Causing Epidemic Gonorrhoeae during the Penicillin. The Journal of Infectious Diseases. 1986;V154N2;363-6.
- 18.- Mardh P.A The Vaginal Ecosystem . Am J Obstet Gynecol 1991;165;1163-68.
- 19.- Mulira .G. L Immune response of Heifers to Vaginal submucosal of Subcutaneous. Vaccination and Intravaginal - Challenge with Ureaplasma Diversum. Can-J-Vet-Res. 1994 -- 58 N2;109-113.

- 20.- Sereno Coló. Dosis única de Tioconazol para el tratamiento de vaginitis por Candida Albicans. Investigación Médica - Internacional. 1987. V14;86-88.
- 21.- Broso .P. Vulvar - Vestibulitis. Minerva-Ginecol 1994;46-109-14.
- 22.- Barboza Corona. Trichomoniasis Urogenital. Infectología - 1993; ano 13 N12; 687-94.
- 23.- Vazquez. Karyotyping of Candida Albicans isolates obtained Longitudinally in women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis. The Journal of Infectious Diseases. 1994;170;1566-9.
- 24.- Nixon .S Vulvovaginitis .Am J. Obstet Gynecol.1991; 165; - 1207-9.
- 25.- Thomason .J. Bacterial Vaginosis .Am J Obstet Gynecol. 1991;165;1210-7.
- 26.- Krieger .J. N Diagnosis of Trichomoniasis. JAMA 1988,V258 N8;1223-7.
- 27.- Kira .E.F. The Treatment of Bacterial Vaginosis. Akush-Gineckol Mosk. 1993;5;39-41.
- 28.- Lebherr .T. Efficacy of single Versus Multiple dose Clotrimazole therapy in the management of Vulovovaginal Candidiasis. Am J Obstet Gynecol 1985;152;965-7.

- 29.- Loedersloot .E. W Efficacy nd Tolerability of single dose versus six day treatment of Candida Vulvovaginitis with vaginal tablets of Clotrimazole. Am J Obstet Ginecol 1985; 152;953-5.
- 30.- Fleyry .F. Therapeutic results Obtained invaginal mycosis after single dose treatment with 500 mg clotrimazole vaginal tablets. Am J Obstet Gynecol. 1985;152:968-70.
- 31.- Lossick. Gardnerella Vaginalis - Associated Leukorrhea. Reviews of Infectious Diseases. 1982; vol 4;793-800.
- 32.- Diagnóstico de Laboratorio. Baeley Scott. 1991
- 33.- Heidrich. Clothing Factors and Vaginitis. The Journal of Family Practice. 1984; v 19; n4; 491-94.
- 34.- Sweet R Importance of Differential Diagnosis in acute Vaginitis. Am J Obstet Gynecol 1985;152;921-23.
- 35.- Sobelj Epidemiology and Pathogenesis of Recuren - Vulvovaginal Candidiasis. Am J Gynecol. 1985;152;924-34.