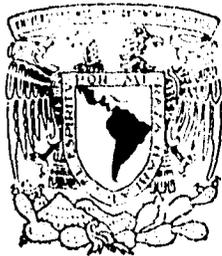


11237
152



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

24

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.
SERVICIO DE PEDIATRIA

INCIDENCIA ETIOLOGICA DE LA VULVOVAGINITIS
EN LA CLINICA DE GINECOLOGIA PEDIATRICA
DEL 1RO. DE MARZO AL 31 DE AGOSTO DE 1994.

TESIS DE POSTGRADO

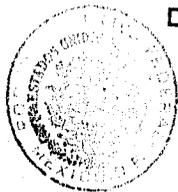
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

P E D I A T R I A

R E S E N T A

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO ESPECIALIZADO

DR. NOE RODRIGUEZ FIGUEROA



[Firma manuscrita]

TUTOR DE TESIS :
DRA. GLORIA LAGUNA TELLEZ

DIRECCION DE ENSEÑANZA

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

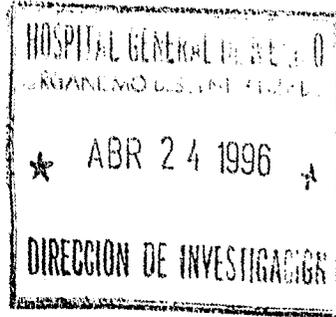


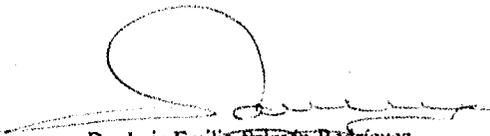
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

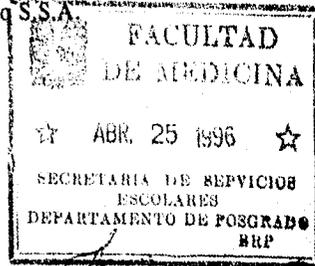
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

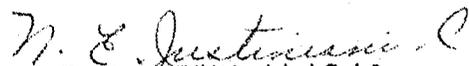
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.




Dr. Luis Emilio Salomón Rodríguez
Jefe del servicio de Pediatría del
Hospital General de México S.S.A.




Dra. Gloria Laguna Téllez
Encargada del servicio de Ginecología Pediátrica
Tutor de Tesis.


Dra. Nancy Edith Justiniani Cedeño
Encargada del servicio de Infectología
Pediátrica
Asesora de Tesis.

AGRADECIMIENTOS

Al creador del universo

Porque a través de El existo en este mundo
al que me encuentro comprometido a
trasformar con mis conocimientos
y experiencias.

A mis padres

Porque con sus callados sacrificios y esfuerzos
me impulsaron a el crecimiento como ser
humano guiandome por el camino de el trabajo,
la responsabilidad y el progreso.

A mi universidad

Porque ha representado la base ideológica
para crecimiento y progreso de nuestra
sociedad y a mi desarrollo dentro de mi mismo
como elemento de cambio y transformación.

A mis maestros
Por sus enseñanzas y experiencias forjadas
en mí con tezhón y paciencia sin esperar
nada a cambio. A ellos un especial reconocimiento.

A ti compañero
Por tu sincera amistad que me has brindado, por
compartir juntos nuestros esfuerzos como
estudiantes. Además mis disculpas por ir buscando
de ti lo mejor para mí, por nuestras diferencias
y similitudes, sencillamente gracias.

Quien demuestra gratitud con nobleza y sinceridad,
muestra no solo una gran virtud, sino que además
enjendra grandeza como ser humano...

RESUMEN

INCIDENCIA ETIOLOGICA DE LA VULVOVAGINITIS EN LA CLINICA DE GINECOLOGIA PEDIATRICA DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA, DEL 1ero. DE MARZO AL 31 DE AGOSTO DE 1994.

Se reporta la incidencia etiológica de las vulvovaginitis detectadas en la clínica de Ginecopediatría de la Unidad de Pediatría del Hospital General de México. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, incluyéndose a todas las pacientes revisadas en la consulta externa de Ginecopediatría del 1ero. de marzo al 31 de agosto de 1994.

En todos los casos se llevó a cabo toma de muestras de secreción vaginal para su cultivo, así como realización de examen general de orina, coproparasitoscópico, urocultivo y prueba de Graham; además de revisión ginecopediátrica completa. En cada caso se recabó el nombre, la edad, medio socioeconómico, hábitos higiénicos y dietéticos, vida sexual activa o no, sospecha de abuso sexual o no; así como también diagnósticos asociados, factores predisponentes (uso de jabón detergente para lavado de ropa interior, etc.), sintomatología referida, signología encontrada a la revisión, además del reporte de los paraclínicos realizados en cada paciente.

Se atendieron un total de 535 pacientes de las que 320 fueron prepúberes y 215 púberes.

En 329 casos el diagnóstico fue vulvovaginitis y en 206 pacientes se detectaron otras patologías.

De los 329 casos de vulvovaginitis, sólo 193 pacientes completaron el estudio, el resto desertó de la consulta.

La edad promedio fue de 8.64 +/- 3.68 años, rango de 2 a 16 años. Se diferenciaron dos grupos, prepúberes (141 casos) con edad promedio de 6.89 +/- 2.58 años, rango 2 a 11 años, y las pacientes púberes (52 casos), con edad promedio de 13.3 +/- 1.16 años, rango 12 a 16 años.

Dentro de los factores predisponentes encontrados, el lavado de ropa interior con jabón detergente fue el que se detectó con mayor frecuencia. La sintomatología referida incluyó el prurito vaginal como el más importante, acompañándose de leucorrea como signo más frecuente.

La etiología infecciosa fue la responsable de la mayor parte de los casos estudiados, con gérmenes únicos reportados en los cultivos realizados: en los que la *Escherichia coli* fue el microorganismo aislado con mayor frecuencia.

Las patologías asociadas correspondieron a la infección de vías respiratorias superiores, obesidad e infección de vías urinarias como las más importantes, en ese orden.

INDICE

	PAGINAS
RESUMEN	
INTRODUCCION	
ANTECEDENTES	1
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACION	30
OBJETIVOS	31
MATERIAL Y METODOS	32
RESULTADOS	35
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	41
ANEXOS	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

La vulvovaginitis es el padecimiento más frecuentemente encontrado en la consulta de Ginecología, tanto en niñas prepúberes, púberes y mujeres adultas. Es un padecimiento de distribución universal que constituye además un reto para el médico general y el médico pediatra, ya que puede presentar exacerbaciones y remisiones o tender a la cronicidad. El pediatra debe desempeñar un papel principal en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.

Según lo reportado por González y Cols. 1983, la vulvovaginitis es más frecuente en la etapa escolar (66%), dada por la falta de higiene. Fernández en 1981 clasificó a las pacientes pediátricas en 3 grupos de acuerdo a la edad: recién nacidas hasta el final de la lactancia, de los 2 años a los 12 años (prepuberal) y de los 12 a los 16 años (postpuberal).

Davis, Jones y Sanfilippo concluyen que los factores predisponentes de la vulvovaginitis son atrofia del epitelio vaginal, pobre higiene, infección por hongos y el uso de pantaleta de nylon ya que no permite una adecuada aereación de el área vulvovaginal. Cob y Sosa agregan a los factores ya mencionados los siguientes:

edad, cambio de pH del epitelio vaginal transicional, pobre desarrollo de genitales, cercanía del ano a la vulva, masturbación y abuso sexual, además de encontrar que en las niñas premenárquicas la etiología más frecuente es la de tipo inespecífica.

En el Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, González y Cols. realizaron un estudio en 60 niñas con vulvovaginitis, encontrando que en el 76% de los casos los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli*. Sanfilippo encuentra que en la vulvovaginitis inespecífica de la adolescente la *Escherichia coli* se presentó en 68% de los casos que presentaban pobre higiene perineal, reportando en segundo lugar al *Streptococcus Beta hemolitico*, ocurriendo en su mayoría en mujeres postpúberes, sin embargo Cob y Sosa refieren como segunda causa de vulvovaginitis en niñas premenárquicas las infecciones por *Enterobius vermicularis*.

Linaldi y Cols. afirman que la *Gardenella vaginalis* es un microorganismo patógeno y no lo consideran parte normal de la flora de la vagina, esto contrasta con lo reportado por Hammerschlag, que en su serie de 100 casos la *Gardenella vaginalis* no se asocia con flujo patológico. Flexneri, Murphy y Nelson encontraron que todos los grupos de *Shigella* tienen el potencial de causar infección vaginal en niñas prepúberes. En un estudio realizado por Paradise y Cols. en el cual revisaron 54 pacientes premenárquicas el germen patógeno más frecuentemente aislado fue la *Candida albicans*.

En el Hospital General de México en la unidad de Pediatría en la consulta externa en 1989, se llevó a cabo un trabajo de tesis titulado Vulvovaginitis en la infancia, concluyendo que la vulvovaginitis es la causa más frecuente de consulta ginecológica en la infancia, los factores condicionantes encontrados fueron malos hábitos higiénicos, la edad de presentación fue la escolar, el agente etiológico que se aisló con mayor frecuencia fue la *Escherichia coli* en el 39% de los casos, la *Klebsiella oxitoca* en 18% y *Shigella sp.* en un 4%. Dentro del grupo de los gram positivos el primer lugar lo ocupó el *Staphylococcus aureus* con el 12%, *Staphylococcus epidermidis* 7%, *Streptococcus Beta hemolitico* 2%. También se llegó a la conclusión de que la vulvovaginitis no es sólo de etiología infecciosa, por lo que hay que descartar otras patologías. (17).

MARCO TEORICO

DEFINICION.

La vulvovaginitis es un proceso inflamatorio secundario a una agresión en el tejido vaginal ocasionado por factores físicos, químicos, infecciosos y traumáticos. En la práctica, el término vulvitis, vaginitis y vulvovaginitis son frecuentemente usados en forma intercambiable en el diagnóstico de las condiciones inflamatorias del tracto genital inferior.

La irritación puede localizarse al inicio de los síntomas, y posteriormente generalizarse, pudiendo ocurrir vulvitis sola o acompañada por una vaginitis secundaria. Las niñas pueden adquirir infección vaginal primaria y la leucorrea puede ocasionar maceración de la vulva y vulvitis secundaria.

Los síntomas incluyen irritación genital, dolor e inflamación, leucorrea y disuria entre otros; presentándose una variedad de molestias debidas a vulvovaginitis (1, 14, 16).

ANATOMIA.

El conocer la anatomía y los cambios normales del desarrollo del tracto genital femenino es esencial para comprender la etiología de los factores predisponentes de la vulvovaginitis. Durante el período neonatal, la vagina está bien estrogenizada por las hormonas maternas. La descamación inducida por los estrógenos y la hipertrofia del epitelio vaginal, junto con el moco del cervix estimulado produce leucorrea fisiológica observada en la recién nacida (RN), (1, 4, 5, 6, 11, 14, 16). Durante la etapa prepuberal el epitelio vaginal se adelgaza y está constituido solamente por células de la capa profunda; hay escasa cantidad de leucocitos, el glucógeno desaparece y el pH es ligeramente ácido, los lactobacilos son desplazados por diversos microorganismos, en especial *Bacteoides*, *Staphylococcus epidermidis*, así como enterococos (1, 4, 6).

En la etapa pospuberal la secreción de estrógenos por el ovario produce proliferación del epitelio vaginal y vulvar que se cornifica, los lactobacilos aparecen nuevamente y convierten el glucógeno en ácido láctico, por lo que el pH se vuelve ácido, de 3.8 a 5 (1, 4, 5, 6).

FACTORES PREDISPONENTES.

Existen factores que predisponen a la vulvovaginitis como las características anatómicas, fisiológicas; agentes físicos, químicos y traumáticos; infecciones, enfermedades sistémicas con manifestaciones vaginales y/o vulvares (6).

Las razones anatómicas en las prepúberes incluyen el estado relativamente desprotegido de la vulva debido a la ausencia de engrosamiento labial y vello púbico; tienen también labios menores pequeños que tienden a abrirse y exponer la vulva cuando se adopta la posición de cuclillas; además de la relativa proximidad entre la vulva y el ano que junto con una higiene local pobre y limpieza inadecuada de la región (dirección de atrás hacia adelante) favorece aún más la agresión genitourinaria. En cuanto a los factores traumáticos, es la masturbación la que más se ha visto asociada.

Las condiciones fisiológicas de la prepúber es probablemente el mayor riesgo, ya que la niña carece de estimulación estrogénica, el epitelio es delgado e inmaduro, además de que la vagina carece de producción local de anticuerpos (13).

Otros factores que se han visto asociados a afección vulvar son la ropa ajustada y no absorbente (interior o exterior), así como la obesidad (4, 5, 9, 11, 12, 14, 16).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

VULVOVAGINITIS INESPECIFICA DE LA PREMENARQUIA.

Observada en un 33 a 85%; diagnóstico que es solamente clínico ya que los cultivos muestran crecimiento de flora normal, como *Difteroides*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, organismos coliformes, bacterias anaerobias y el potencialmente patógeno, *Haemophilus vaginalis*. Como antecedentes se han encontrado pobre higiene, ropa interior muy ajustada o alergias; y los cuerpos extraños que pueden producir disuria y/o leucorrea (4, 5, 9, 11, 12, 14, 16).

VULVOVAGINITIS SECUNDARIA A HIGIENE INADECUADA DEL PERINE.

Infección vulvovaginal debida, de acuerdo a cultivos vaginales, a bacterias propias del tracto gastrointestinal inferior, siendo la *Escherichia coli* la responsable hasta del 70% de los casos. Infección que es causada por la contaminación vulvar y vaginal como consecuencia de la limpieza inadecuada tras la defecación; corroborándose al desaparecer la infección cuando el único tratamiento establecido es la adecuada higiene perineal. Las recurrencias de la vulvovaginitis se relacionan con microorganismos coliformes en la vagina de la niña y como antecedente la deficiente higiene del periné (4).

En esta entidad, no hay hallazgos uniformes en la anamnesis, muchas niñas deslizan el papel higiénico entre sus muslos, tocan la región coccfgea, y después desplazan el papel primero sobre el ano y posteriormente sobre la vulva, región que resulta inevitablemente contaminada (5, 6, 11, 12, 14). En la mayor parte de los casos la mucosa vulvar y el tercio externo de la vagina están hiperémicos y cubiertos de secreción escasa, grisácea y mucóide. Con frecuencia se tienen indicios de la causa de la infección al encontrar que la zona perineal tiene manchas de heces; la inspección de la ropa interior de la niña muestra materia fecal en el área que entra en contacto con la vulva, a menos que, como sucede habitualmente; la madre baña a la hija y le coloca ropa limpia previo a la revisión médica (4).

VULVOVAGINITIS SECUNDARIA A PARASITOS INTESTINALES.

Existe una importante relación de las vulvovaginitis con las parasitosis intestinales, principalmente con *Enterobius vermicularis* con una frecuencia de 18 a 60%. Los oxiuros son el agente causal en muchos casos de vulvovaginitis recurrente o rebelde en niñas; produciéndose la infección cuando los gusanos de la parte inferior del intestino se deslizan hasta el periné y emigran al interior de la vagina donde desovan, llevando consigo a la *Escherichia coli* y otras bacterias coliformes (6, 14). Clínicamente se manifiesta por leucorrea crónica recurrente y a la exploración se encuentra inflamación leve de vulva y vagina así como

escoriaciones por el rascado en el periné. El diagnóstico depende del hallazgo de huevos de oxiuros sobre frotis tomados del periné de la niña o de la leucorrea; siendo el tratamiento la erradicación de los oxiuros. (1, 4, 14).

VULVOVAGINITIS SECUNDARIA A INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES.

Días antes de la vulvovaginitis se tiene historia de infección de vías respiratorias superiores, incluye a patógenos como *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Haemophilus influenzae*, suponiéndose el transporte de las secreciones nasofaríngeas o bucales a los genitales (1, 14). El comienzo de la infección es agudo y la inflamación y molestia vulvar más intensa; la secreción menos profusa y purulenta; encontrándose a la exploración sólo inflamación vulvar y vaginal. En este tipo de afección el tratamiento se basa en mejoramiento de los hábitos higiénicos (4).

VULVOVAGINITIS SECUNDARIA A INFECCIONES CUTANEAS.

Al igual que la niña con infección respiratoria, la que sufre abrasión o herida superficial que se infecta puede transportar bacterias por manipulación desde la

herida a los genitales. El pañal desechable frecuentemente da como resultado retención de humedad y calor favoreciendo que la vulva pueda desarrollar eritema (1). La dermatitis de contacto puede ser causada también, por los residuos de detergentes en la ropa íntima, fibras sintéticas, medicamentos, etc. en donde se desarrollan vesículas y posteriormente eczema.

El intertrigo puede ocurrir a cualquier edad en las ingles y en cualquier otro pliegue de la piel debido al calor, humedad, retención de sudor y enrojecimiento. La dermatitis seborrética puede causar intertrigo, sin embargo, puede diseminarse en las superficies convexas; las lesiones son frecuentemente asintomáticas, pero tienen la tendencia de propiciar infección secundaria por bacterias o Candida. La dermatitis atópica puede semejar a la dermatitis seborrética, usualmente comienza a los 2 meses de edad y causa prurito.

Las úlceras bucales pueden presentarse a los 8 ó 10 días de vida, seguidas de la candidiasis perianal cerca de las 2 a 4 semanas de edad. La región vulvar se encuentra a la exploración con eritema severo, márgenes elevados, pápulas satélites de color rojo, erosión, pústulas y vesículas.

Las niñas mayores desarrollan dermatitis por utilización de ropa de ballet o

leotardos; favorecida por la humedad, calor y trauma, así como por la ropa sintética y elástica. Las lesiones de contacto pueden ser causadas por irritantes primarios o reacciones alérgicas a baños de burbujas, perfume, antitranspirantes, desodorantes, fibras sintéticas, lana, residuos de detergente de ropa, rasuradas o medicamentos (1).

VULVOVAGINITIS ESPECIFICAS DE LA PREMENARQUIA.

Incluye aquellas pacientes que presentan infección de la vulva y vagina en la premenarquia debida a bacterias que causan enfermedades específicas.

VULVOVAGINITIS GONOCOCICA.

La *Neisseria gonorrhoeae* causa vaginitis en las niñas a diferencia de las adolescentes y adultas en donde ocasiona endocervicitis, por lo que debe considerarse cuando una niña sufre vulvovaginitis, en donde la gonorrea la adquieren por dormir en la misma cama con su madre o por abuso sexual. La gonorrea aguda causa marcada inflamación de la vagina, con un flujo profuso, purulento y vulvitis secundaria con edema y disuria. En las etapas crónicas puede haber un flujo acuoso y delgado. EL seguimiento de los cultivos debe hacerse para identificar las fuentes de infección (1, 5, 7).

El diagnóstico de vulvovaginitis por gonorrea y su diferenciación con otros tipos de vulvovaginitis se establece por frotis y cultivos vaginales o inmunoanálisis enzimático para la detección del antígeno a *Neisseria gonorrhoeae* en secreción urogenital (5, 14).

TRICOMONIASIS VAGINAL ANTES DE LA MENARQUIA.

Dado que la vagina de la RN es estrogénica receptiva a la colonización con tricomonas maternas al momento del parto; se describe que del 2.5 al 5% de las RN que tienen madres portadoras de tricomonas están colonizadas. Las RN afectadas pueden estar asintomáticas, tener un flujo vaginal ligero o espeso, o tener vaginitis, vulvitis, uretritis y disuria con piuria libre de bacterias. Existen reportes de conjuntivitis tricomoníasis resistente al tratamiento hasta que la tricomoníasis vaginal ha sido curada. La biología de la tricomoniasis vaginal no tratada en la RN no está clara, puede desaparecer con atrofia de la mucosa vaginal después de algunas semanas o puede persistir con o sin síntomas (1, 14). El tratamiento de la tricomoniasis en la RN debe considerarse si existe vaginitis significativa (especialmente si es mayor de 3 semanas) o piuria persistente.

Aunque la vaginitis tricomoníasis es considerada rara antes de la adolescencia, ya que prefiere una vagina estrogénica y es usualmente diseminada por

el coito; debe ser considerada si hay flujo o manchas húmedas. Puede causar vaginitis resistente o recurrente, lo que tiende a ocurrir en las niñas mayores (1, 7, 14).

VAGINITIS POR GARDNERELLA VAGINALIS.

Es rara este tipo de vaginitis en niñas prepúberes, Platt (14) describió dos casos de infección por *Gardnerella vaginalis* en RN, una de las cuales murió. Se ha reportado el aislamiento de este germen de las vaginas de niñas con abuso sexual (2).

VULVOVAGINITIS MICOTICA.

La *Candida* encabeza la lista de los microorganismos causantes específicos. La infección micótica por *Candida albicans* supone una proporción considerable de los casos de vulvovaginitis que se producen en lactantes y niñas. En algunos casos la enfermedad se explica por antecedente de candidiasis en otro miembro de la familia, en especial la madre. Debido a que este microorganismo prefiere una vagina estrogénica es menos común en las niñas que en las adolescentes y adultas. En las niñas está frecuentemente asociada a un factor precipitante como antibióticos, diabetes mellitus, inmunodeficiencia o terapia estrogénica; la RN puede adquirir ulceraciones orales y menos frecuentemente vaginitis por *Candida* a través del canal

del parto (1). Subsecuentemente las aftas o ulceraciones por *Candida* en la niñez pueden dar como resultado dermatitis perianal, la cual puede contaminar la vulva. Puede haber una vulvitis independiente de *Candida* en la niñez, especialmente cuando existe intertrigo, seborrea o eczema. La vulvitis puede variar de eritema moderado a intenso, dermatitis eczematoide, piel macerada y pústulas satélites, o bien vulvitis con piel decolorada; y puede estar o no asociada la vaginitis con las aftas (1, 12, 16).

VULVOVAGINITIS NO GONOCOCCICA POR NEISSERIA.

En algunas ocasiones el agente causal de vulvovaginitis antes de la menarquia son otras formas de *Neisseria*; estos diplococós gram negativos intra y extracelulares se parecen a *Neisseria gonorrhoeae* en los frotis teñidos; se ha descrito la vulvovaginitis meningocócica (4). Todas las infecciones vaginales que se producen por especies de *Neisseria* diferentes a *Neisseria gonorrhoeae* se caracterizan por inflamación vaginal y flujo.

OTRAS INFECCIONES VULVOVAGINALES ESPECIFICAS.

La mayor parte de ellas se vinculan a enfermedad primaria en otra localización. La vulvovaginitis diftérica puede tener su asiento primario en los genitales, pero muchos de los casos son descritos por infección nasofaríngea.

Aunque la difteria es una enfermedad poco frecuente en la actualidad aparecen en áreas donde la vacuna no se aplica con regularidad.

El diagnóstico se sospecha cuando una niña sufre los mismos síntomas sistémicos graves por infección de vías respiratorias altas, así como ulceración local revestida de membrana gris adherente; y se confirma por el hallazgo de *Corynebacterium diphtheriae* en la secreción que se toma de la lesión.

Las niñas con escarlatina sufren vulvovaginitis por transporte de *Streptococcus hemolítico* desde la nasofaringe a los genitales (4).

La vulvovaginitis crónica puede originarse por infección de gérmenes patógenos de la vía intestinal, por ejemplo, por *Shigella*.

En algunos casos se han comunicado vulvovaginitis por *Entamoeba histolytica* o en relación con la fiebre tifoidea. Como regla general, las infecciones genitales específicas por microorganismos patógenos que se encuentran por lo general en la vía gastrointestinal, son consecuencia de la transmisión de microorganismos desde el intestino a la vulva y la vagina (4).

VULVOVAGINITIS POSPUBERAL.

Con la presencia del ciclo ovárico activo procedente de la menarquia la descarga fisiológica se vuelve importante causa del desorden vaginal. Son 3 las causas establecidas de vaginitis: *Trichomona vaginalis*, *Candida albicans* y *Haemophilus vaginalis*; y para cervicitis: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Herpes simplex*. El papel del micoplasma en cervicitis y vaginitis no está bien establecido.

Aunque las infecciones tienden a tener un origen venéreo; los hábitos higiénicos pobres y la inserción de cuerpos extraños (retención de tampón) pueden estar involucrados. No obstante, la examinación pélvica es esencial para observar lesiones discretas como el linfogranuloma venéreo (5).

TRICOMONIASIS VAGINAL POSPUBERAL.

La *Trichomona vaginalis* ha sido reportada en raras ocasiones antes de la pubertad, es muy común asociarla con *Neisseria gonorrhoeae*, *Bacteroides* o papilomas acuminados. La descarga es copiosa, espumosa, mal oliente e irritante; en la mayor parte de los casos es una enfermedad de transmisión sexual; sin embargo, se ha observado tricomoniasis en pacientes núbiles. La examinación física revela humedad e inflamación de la vagina, la cual puede tener puntos hemorrágicos;

el exocérvix puede estar involucrado (cérvix en frambuesa). El diagnóstico puede ser establecido con solución salina (65 a 75% de sensibilidad) o mediante el Papanicolaou (4, 5).

VULVOVAGINITIS MICOTICA POSPUBERAL.

Candida albicans es parte de la flora normal del tracto gastrointestinal, aunque la transmisión venérea ha sido sugerida. La menstruación cuando altera el pH de la vagina puede brindar un medio favorable para el crecimiento de microorganismos micóticos. Sus síntomas consisten en prurito vulvovaginal, habitualmente la paciente no tiene un flujo excesivo, la descarga que presenta es blanquecina y es mal oliente. La exploración en la fase aguda revela intensa inflamación de la vulva y vagina, y puede extenderse hasta el periné. Las áreas afectadas son brillantes, edematosas y eritematosas; el pH vaginal por lo general se encuentra en límites normales.

Microscópicamente la examinación se realiza con hidróxido de potasio al 10% preparando la muestra en la que se observa levaduras (4, 5 16).

VULVOVAGINITIS POSPUBERAL POR GARDNERELLA VAGINALIS (HAEMOPHILUS VAGINALIS).

No es frecuente encontrar infección en niñas, en núbiles o en mujeres posmenopáusicas, la mayor frecuencia es en mujeres jóvenes con vida sexual activa; generalmente es un trastorno adquirida sexualmente; aunque se ha sugerido que forma parte de la flora normal de la vagina, aún en infantes. La molestia principal de la paciente es un olor desagradable en genitales y leucorrea abundante de color gris que mancha su ropa interior. A la exploración física se encuentra descarga pegajosa y adherente a las paredes de la vagina, el pH vaginal es de 5 ó 6; el gram sugiere el diagnóstico; la terapia deberá ser a la pareja en casos persistentes (5).

GONORREA VULVOVAGINAL POSPUBERAL.

Se estima que 1 de cada 5 adolescentes sexualmente activa sufre o ha sufrido gonorrea (4). La mujer joven que adquiere gonorrea puede no estar conciente de que sufre la infección; cuando ocurre esto, es probable que atribuya su molestia urogenital menor a alguna vulvovaginitis inespecífica preexistente. La gonorrea a menudo causa disuria con poliaquiuria y urgencia para la micción debido a uretritis aguda gonocócica. La paciente tiene flujo vaginal abundante, purulento, amarillento o cremoso. La inflamación de tejidos de vulva causa prurito vulvar y ardor. Sin

tratamiento los síntomas uretrales y vulvares de la paciente desaparecen en pocas semanas.

Durante la infección aguda gonocócica puede desarrollarse infección aguda de una de las glándulas vestibulares principales o absceso de un conducto parauretral. En la mujer, la gonorrea aguda que no se trata, con frecuencia origina lesiones residuales como la uretritis crónica, engrosamiento nodular persistente de glándulas vestibulares principales, vaginitis inespecífica y cervicitis crónica. Cuando se sospecha que una paciente sufre gonorrea aguda, debe explorarse antes de que orine ya que es posible que el torrente de la orina lave la secreción uretral que puede constituir la única evidencia de infección (4, 5, 16).

VULVITIS INESPECIFICA POSPUBERAL.

Se encuentra en estrecha relación con el intérrigo. A la invasión bacteriana de la mucosa vulvar la favorecen mala higiene local, calor y maceración de los tejidos; una causa habitual es la leucorrea crónica abundante. La paciente con vulvitis inespecífica se queja de ardor y prurito vulvar, y si la orina ácida fluye sobre la superficie inflamada, causa con frecuencia molestia aguda que se interpreta erróneamente como disuria; sufre de secreción que procede de vaginitis persistente

o de lesiones vulvares, y con frecuencia siente molestias al caminar o estar sentada.

Los tejidos de la vulva se observan vidriosos, eritematosos y mojados; a veces hay áreas con fisuras, escoriaciones o descamación. La vulvitis aguda inespecífica puede remedar al eritema por contacto con diversos agentes físicos. Su manejo consiste en erradicar cualquier trastorno cervical que cause leucorrea crónica (4, 16).

VAGINITIS INESPECIFICA POSPUBERAL.

Se caracteriza por leucorrea, grados variables de inflamación de mucosa vaginal y cultivos vaginales que muestran crecimiento mixto de microorganismos patógenos frecuentes. El diagnóstico se hace hasta que el estudio minucioso excluya otros agentes como causa de los síntomas de la paciente; se caracteriza por leucorrea que puede ser tan abundante como para exigir compresas perineales, habitualmente no constituyen problema el mal olor ni el prurito; causando el flujo con frecuencia una vulvitis secundaria. A la exploración, los tejidos vulvares se muestran mojados e inflamados, la mucosa vaginal tiene grados variables de hiperemia y edema, el pH del líquido vaginal tiende a tornarse neutro o alcalino. El frotis muestra masas de leucocitos, eritrocitos y restos celulares, siendo los cultivos negativos.

En adolescentes, la limpieza inadecuada del periné tras la deposición es la causa de muchas vaginitis crónicas inespecíficas; otros factores, son el reposo prolongado en cama por enfermedad crónica que ocasiona drenaje vaginal inadecuado. (4, 16).

ASPECTOS CLINICOS.

La evaluación de la vulvovaginitis incluye la obtención de la historia clínica previa a la exploración, preferiblemente proporcionada por los padres y por la niña si cuenta con la suficiente edad; ésta, incluye detalles de observación sobre el prurito, inflamación, flujo (cantidad, consistencia, color, olor, duración, etc.), disuria u otras molestias urinarias como enuresis; o eritema. La higiene perineal debe ser discutida, así como el uso de medicamentos (tópicos y sistémicos), y jabones (1, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Finalmente las preguntas útiles en la evaluación de posible abuso sexual deben ser interrogados a los padres por separado. La presencia de molestias adicionales inespecíficas tales como dolor abdominal, cefalea, encopresis, enuresis, masturbación compulsiva, pesadillas y cambio de conducta, pueden indicar que la paciente ha sufrido abuso sexual (8, 14).

La historia sugiere frecuentemente el diagnóstico; por ejemplo, un flujo oloroso puede sugerir irritación, trauma vaginal o pubertad precoz; un cuerpo extraño vaginitis, condiloma acuminado, prolapso uretral o tumor. Las infecciones por shigella y *Streptococcus B-hemolitico del gpo. A*, pueden causar sangrado (12-14). El flujo verdoso está asociado frecuentemente con infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus B-hemolitico del gpo. A* o cuerpos extraños. La historia debe ser obtenida cuidadosamente en el caso de las adolescentes, ya que pueden mostrar algunas implicaciones importantes; una historia sexual y menstrual detallada, incluyendo exposiciones recientes a enfermedades sexuales transmisibles y el uso de anticonceptivos es primordial, por lo que el interrogatorio será a solas para que la adolescente proporcione respuestas válidas para esas preguntas.

EXPLORACION FISICA.

Para las niñas que han tenido una historia de vulvitis con mínimo flujo vaginal puede ser suficiente una breve exploración de los genitales en posición supina. Usualmente se observa flujo mucoso con introito eritematoso, la causa usualmente puede ser por pobre higiene y los cultivos en la evolución inicial pueden ser innecesarios. Cualquier niña con flujo persistente, purulento o recurrente, o en quien

se sospecha abuso sexual debe hacerse una exploración minuciosa (9, 14). Siguiendo la exploración física, el introito y perineo son inspeccionados con la niña en posición supina, los labios deben ser retraídos gentilmente para permitir la visualización de la vagina anterior; instruyendo a la niña a que adopte la posición genupectoral (pecho-rodilla), las nalgas son apartadas hacia los lados y se observa la vagina; en ocasiones, con la ayuda de un otoscopio ordinario (sin espéculo) es posible visualizar la vagina y el cérvix en el 80 a 90% de las prepúberes.

La exploración bajo anestesia puede ser necesaria si la visualización no es posible debido al himen o una poca cooperación de la paciente o si los síntomas son persistentes o empeoran (9, 14). Regresando a la niña a la posición supina se toma muestra para cultivo; en las pacientes prepúberes la muestra se obtiene con el uso de hisopo mojado con solución salina más alginato de calcio; insertando el aplicador a través del orificio himeneal; a veces, se ha utilizado un catéter y jeringa para la aspiración de múltiples muestras (9, 14).

La exploración rectal es útil, sobre todo en caso de flujo persistente, sangrado o dolor pélvico o abdominal y puede permitir la palpación de cuerpos extraños, e identificar masas anormales, así como flujo no observable previamente. La inspección cuidadosa y documentación de la apariencia del himen e introito son

necesarias si se sospecha de abuso sexual, con cultivos para *Chlamydia* y/o *Neisseria* que deben ser realizados (5).

En pacientes adolescentes, el clínico debe ser sensible a la ansiedad con la que cursan, ya que pudieron haber tenido síntomas por meses o semanas, sin acudir a ayuda por temor a la exploración pélvica (especialmente si es la primera ocasión), o tener culpa o trauma por un episodio de violación, coito o abuso sexual; por lo que antes de la exploración, es importante explicar con detalle la técnica de la exploración y de las posibles causas del flujo (9, 14).

La exploración genital comienza con la inspección de la vulva la cual puede ayudar a realizar un diagnóstico diferencial. Una vulva roja eritematosa es característica de vulvovaginitis aguda por *Candida* (10); mientras que las fisuras y escoriaciones son observadas en casos crónicos o subagudos. Las pequeñas vesículas o úlceras son típicas de vulvitis herpética. Las cervicitis gonocócica sintomática puede estar acompañada de un flujo verde amarillento que sale del introito a la uretra (5, 14). La exploración con espéculo es usualmente necesaria en la exploración de la adolescente con vida sexual activa, para determinar la apariencia del cérvix ya que pueden cursar con cervicitis que puede estar provocando la leucorrea; la inserción del espejo del tamaño del anillo del himen cuando se

requiere, debe ser precedido de una exploración digital de la vagina; usándose un espejo de Hufman en la paciente núbil, y el de Pederson, más alargado, en la sexualmente activa (16).

La inspección visual del flujo y el cérvix a través de las muestras tomadas durante la exploración y observadas al microscopio, frecuentemente permite el diagnóstico definitivo. Se puede observar un flujo amarillento en la tricomoniasis, además de que el cérvix es friable. Las infecciones por *Candida* dan como resultado un flujo delgado y blanquecino (7, 10). En las adolescentes con ectopia uretral es posible observar un flujo vaginal persistente; flujo mucopurulento en la cervicitis en infecciones por *Neisseria*, *Chlamydia* y *Herpes* (5, 11). Se ha asociado la leucorrea con el embarazo (10, 14, 16).

DIAGNOSTICO.

Las muestras para determinaciones húmedas deben ser obtenidas en todas las pacientes.

Una tinción de gram es útil cuando existe flujo purulento, síntomas de

vaginosis bacteriana o cervicitis mucopurulenta. Las preparaciones húmedas, comprenden 2 frotis: la muestra de flujo vaginal es mezclada primero con unas gotas de solución salina sobre un porta objetos y con hidróxido de potasio al 10% en otro (1, 2, 11, 12, 13, 14), se coloca el cubreobjetos y se observa al microscopio a identificación de tricomonas, cuando se trata de solución salina, y de Candida en la laminilla con hidróxido de potasio (10). La solución salina puede proporcionar también la evidencia de vaginosis bacteriana con la observación de células en ovillo, cubiertas con un gran número de bacterias que oscurecen los bordes.

La mezcla del flujo vaginal con el hidróxido de potasio puede producir un olor a pescado (prueba de olor positiva), característica de la vaginosis bacteriana asociada con tricomoniasis (10, 14).

Se debe revisar el pH de las pacientes con vaginosis bacteriana o tricomoníasis, ya que generalmente éste es mayor a 4.5; un pH menor de 4.5 sugiere leucorrea normal o vaginosis por Candida; en adición, la prueba de Papanicolau se debe hacer cada año en paciente con vida sexual activa (10, 14).

Se puede observar un gran número de polimorfonucleares en presencia de tricomonas y cervicitis por Candida. Si las adolescentes tienen datos de cervicitis

mucopurulenta o enfermedad pélvica inflamatoria, la tinción de gram puede mostrar polimorfonucleares sugestivos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia tracomatis* (5, 14, 16).

Los cultivos para *Neisseria gonorrhoeae* se hacen en medio modificado de Thayer Martin Jemec (14, 16). Los cultivos de *Chlamydia* se obtienen con un hisopo de algodón mojado con alginato de calcio (4, 14, 16).

El flujo vaginal de las niñas debe ser sembrado en medio de cultivo Mc Conkey, agar chocolate y agar sangre, para investigar las causas específicas de la vaginitis, y para *Candida*, agar Biggy (10, 13, 14). Los oxiuros pueden sospecharse en las niñas que tienen prurito perianal y pueden ser diagnosticados por el interrogatorio a la madre; colocando cinta adhesiva en el ano para coleccionar huevecillos en el área perianal. La cinta debe ser inspeccionada bajo el microscopio; alternativamente uno puede inspeccionar la región perianal con una luz potente por la noche cuando la niña está dormida, en busca de los oxiuros blancos (10, 11).

En las adolescentes sexualmente activas deben obtenerse un cultivo endocervical para *Neisseria gonorrhoeae* y para *Chlamydia* (8). Las pruebas son particularmente importantes en las pacientes puberales y postpuberales que cursan

con flujo vaginal mucopurulento. El uso de agar Biggy para cultivar *Candida* es recomendable en las paciente en quienes las preparaciones con hidróxido de potasio son negativas, pero la historia clínica y la exploración física sugieren infección por ésta. (10, 14).

La historia clínica, la exploración física, la evaluación microscópica y el resultado de cultivos proveen suficiente información para el diagnóstico.

El tratamiento dependerá del tipo de agresión evidenciada por un diagnóstico específico.

PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

La vulvovaginitis como causa de consulta ginecológica mas frecuente en la edad pediátrica se convierte en un problema de salud pública que requiere asistencia medica oportuna a fin de evitar complicaciones y cronicidad. De ahí la importancia para nosotros de establecer la incidencia etiologica de la vulvovaginitis en las pacientes que acuden a la consulta externa de ginecologia pediátrica Hospital General de México, con lo que se deseo establecer la edad de presentación mas frecuente, identificar los factores predisponentes, patologias asociadas a vulvovaginitis.

JUSTIFICACION

Los desórdenes vaginales son uno de los problemas más encontrados en la población pediátrica femenina y la causa de éstos puede ser múltiple. Por lo que como médicos pediátras tenemos la necesidad de conocer la flora normal y diferenciarla de la patológica que proporciona datos clínicos de trastorno vulvovaginal.

La vulvovaginitis es un problema de salud en la edad pediátrica, de ahí el interés por reflejar en forma real la incidencia etiológica de la vulvovaginitis y en base a ésto, poder indicar las medidas de prevención necesarias, además de tratamiento médico específico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- 1.- Establecer la incidencia etiológica de la vulvovaginitis en la clínica de Ginecología Pediátrica del Hospital General de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la frecuencia de vulvovaginitis en la edad pediátrica.
- 2.- Identificar los factores predisponentes para aparición de vulvovaginitis en pacientes pediátricas.
- 3.- Conocer las patologías asociadas con vulvovaginitis en la edad pediátrica.

MATERIAL Y METODOS

Se Incluyeron a todas las pacientes que acudieron a la Clínica de Ginecología Pediátrica de la Unidad de Pediatría del Hospital General de México, con diagnóstico de vulvovaginitis, del 1ero. de marzo al 31 de agosto de 1994 y que cumplieron con los criterios de inclusion preestablecidos.

Se realizo un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo utilizando como variable dependiente la etiología de la vulvovaginitis, y variables cualitativas tipo nominal, las medidas de resumen fueron razones y proporciones.

A todas se les realizó toma de muestra de flujo vaginal para cultivo, así como coproparasitoscópico, examen general de orina, urocultivo y prueba de Graham, así como revisión ginecopediátrica completa.

Se dividieron en dos grupos: las pacientes prepiberales y las púberes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 1 mes a 16 años de edad con datos de leucorrea, que hayan tenido una revisión ginecopediátrica completa y con toma de paraclínicos; en el tiempo del estudio establecido.

Los criterios de exclusión fueron todas aquellas pacientes que no hayan completado sus estudios paraclínicos, con patología diferente a vulvovaginitis y las que fueron revisadas en tiempo fuera comprendido para el estudio.

Se recabó en todos los casos, el nombre, la edad, medio socioeconómico. hábitos higiénicos y dietéticos (baño diario, cambio de ropa interior, técnicas de aseo posdefecación, etc.) vida sexual activa o no, sospecha de abuso sexual o no; además de patologías asociadas (infección de vías respiratorias, dermatosis, obesidad, gastroenteritis, etc.); factores predisponentes (traumatismos, malformaciones, uso de anticonceptivos, etc.); sintomatología referida por la madre o la paciente (prurito vulvar y/o vaginal, anal; trastornos urinarios como disuria, poliaquiuria); signología encontrada a la revisión (leucorrea: color, olor, consistencia, etc.). Para la exploración física del intrito y perineo vaginal se requirió de colocar a la niña en posición supina. Los labios fueron retraídos gentilmente para permitir la visualización de la vagina anterior, luego se le pidió a la paciente que adoptara la posición genupectoral (pecho-rodilla). Las nalgas fueron apartadas hacia los lados y se observó la vagina; luego la niña regresó a la posición supina para tomarle las muestras mediante la introducción de un hisopo esteril en el orificio de el himen hasta el fondo de saco y el cervix (previamente fue humedecido con sol. salina y alginato de calcio el hisopo). Una vez tomada la muestra se realizó tinción de gram,

frotis en fresco para hongos y tricomonas; la secreción tomada se cultivó en gelosa sangre, gelosa chocolate, Mc Conkey y/o tergitol, agar salmonella shigella, agar Biggy, agar sabouraud. Además de realización de bioquímicas de Kligler, urea, citrato de Simmons, LIA, MIO.

Los antibiogramas utilizados fueron a través de la técnica de Kirby-Bauer.

A todas las pacientes se les dió tratamiento que comprendió medidas generales, así como antibióticos, antiparasitarios y/o antimicóticos de acuerdo al resultado de sus cultivos y antibiograma.

Se realizó análisis estadístico en el PRIMER BIostatISTICS The Program, en la AcerView 33D, microprocesadora; además de tablas de contingencia y frecuencia.

RESULTADOS

A la clínica de Ginecología pediátrica de la Unidad de Pediatría del Hospital General de México acudieron un total de 535 pacientes a consulta, del 1ero. de marzo al 31 de agosto de 1994.

Del total de pacientes atendidas, 320 pertenecieron a edades prepuberales (de 1 a 143 meses) y 215 al grupo de púberes (de 144 a 192 meses), ver gráfica 1. En 329 casos se identificó a la vulvovaginitis como diagnóstico principal; en 206 pacientes el motivo de consulta fueron otras patologías, ver graf. 2.

Desafortunadamente, de los 329 casos de vulvovaginitis, sólo 193 pacientes completaron el estudio, el resto, abandonó la consulta de seguimiento.

La edad promedio del total de pacientes con diagnóstico de vulvovaginitis (193) fue de 8.64 +/- 3.68 años, con rango de 2 a 16 años.

Las pacientes del grupo prepuberal, con 141 casos, tuvieron una edad promedio de 6.89 +/- 2.58 años con rango de 2 a 11 años; en tanto que las

pacientes puberales, con 52 casos, tuvieron una edad promedio de 13.3 +/- 1.16 años, rango de 12 a 16 años, ver graf. 3.

Dentro de los factores predisponentes se encontró a lavado de ropa interior con jabón detergente en 100 casos, mala técnica de aseo genital en 98 pacientes, uso de ropa ajustada (mallas, pantimedias, etc.) en 72 casos, con más de un factor en algunos casos, resto ver graf. 4.

La sintomatología presentada incluyó prurito vaginal 152, disuria en 91 casos, prurito anovaginal 55, con más de un síntoma en algunas pacientes como las más importantes, resto, ver graf. 5.

Los signos encontrados fueron, leucorrea en el total de las pacientes, en 163 fue fétida; inflamación vulvar en 172, y sangrado transvaginal no asociado a ciclo menstrual en 5 casos; el resto se muestra en la graf. 6.

La etiología infecciosa se registró como responsable de 185 casos; y la no infecciosa en 8 en la que se incluyeron a los traumatismos en 4, malformaciones genitourinarias 3 y hematocolpos en un caso, ver graf. 7.

La bacteriología reportada incluyeron reportes con germen único y reportes con más de un germen; con 107 y 45 respectivamente. Hongos en 26 reportes; parásitos en 1; así como asociaciones de gérmenes, ver graf. 8.

En forma particular los gérmenes con mayor aislamiento incluyeron *Escherichia coli* en 126 casos, *Micrococcus sp.* 63, *Candida albicans* 55; como los más importantes, el resto se muestra en graf. 9.

De las pacientes con vulvovaginitis, se asociaron otras patologías, como infección de vías respiratorias superiores en 55 casos, obesidad en 28, e infección de vías urinarias en 23, como las más importantes, ver graf. 10.

En ninguna de las pacientes se detectó vida sexual activa ni sospecha de abuso sexual.

DISCUSION

La Vulvovaginitis a pesar de ser un problema frecuentemente encontrado en la población pediátrica, no cuenta con estudios bien llevados, los reportes más recientes son del año de 1993, la mayoría de ellos datan de hace una década, probablemente, debido a que la población pediátrica difícilmente es sometida a revisión ginecológica, aún más en países que como el nuestro no tiene una educación sexual adecuada.

Se ha registrado en la literatura una frecuencia de afección vulvovaginal en la edad de 8 años en promedio (6), en nuestro estudio encontramos que las afecciones predominaron en las pacientes prepuberales, considerándose a éstas como las pacientes menores de 12 años.

En cuanto a los gérmenes responsables de este tipo de patología se ha detectado a la *Escherichia coli* como al microorganismo responsable de la mayoría de los cuadros de vulvovaginitis (4), nosotros encontramos también a este germen como el más frecuentemente reportado en los cultivos realizados, muy probablemente como se ha citado en la literatura, por malos hábitos higiénicos en lo que se refiere a aseo perianal posdefecación. Consideramos nosotros, dado el tipo de población que se atiende en nuestro hospital, con bajo nivel socioeconómico, que éste es un factor de mucha importancia que contribuye para adoptar hábitos higiénicos deficientes.

Los factores predisponentes se han citado el comprender desde aspectos fisiológicos y anatómicos (13), mismos que se reflejaron en la obtención de paciente prepúberes como las más afectadas, entre otras causas, por contar con un epitelio vaginal delgado e inmaduro; estando carente de estimulación estrogénica, contribuyendo a crear un medio adecuado para la proliferación de algunos microorganismos productores de vulvovaginitis.

Otros de los factores predisponentes asociados con la vulvovaginitis los conforman la ropa ajustada y no absorbente ya sea interior o exterior, así como la obesidad (4, 5, 9, 11, 12, 14, 16), nuestras pacientes mostraron frecuencia elevada de utilizar este tipo de ropa, en un 49% (96 de 193 casos); el uso de detergentes en el lavado de ropa con 51.8% (100 de 193 casos).

Encontramos una correlación con lo citado en la literatura en lo que respecta a la sintomatología y signología asociada.

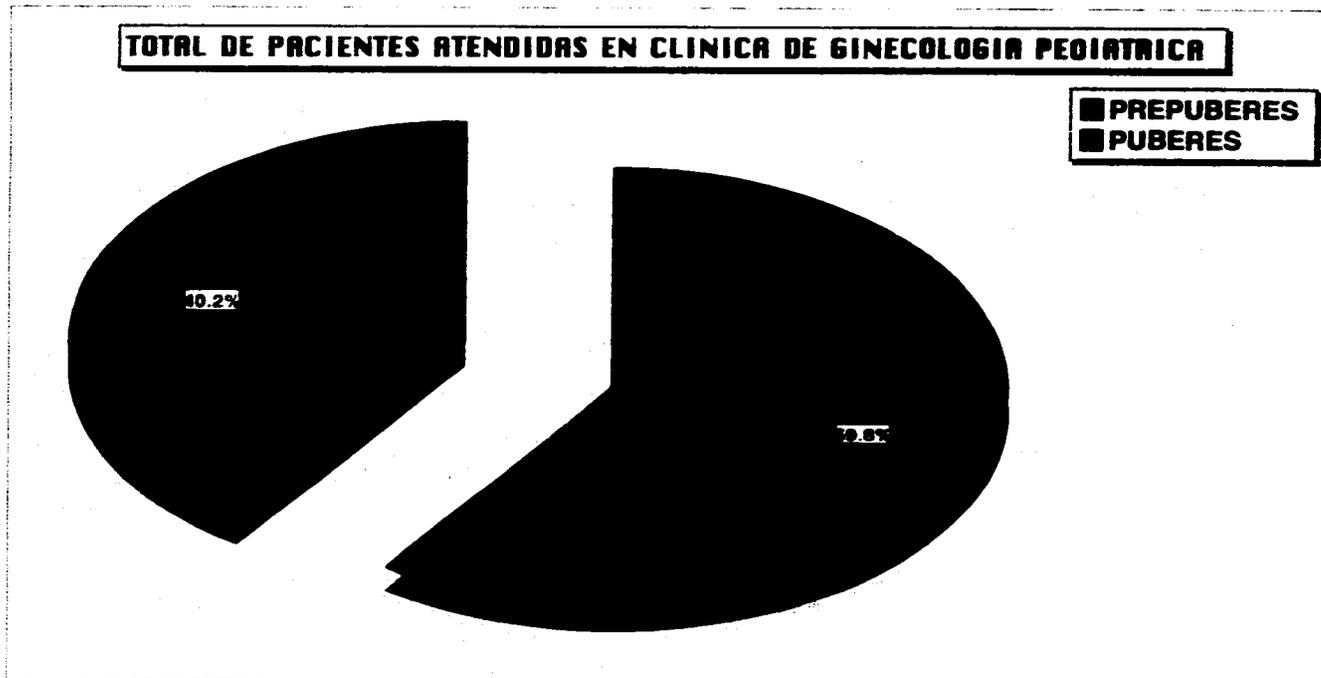
Aunque se ha referido que no hay patologías específicas asociadas con la presentación de vulvovaginitis (1, 14), encontramos en este estudio que las infecciones de las vías respiratorias superiores, con la sinusitis, lo que se asocio con vulvovaginitis.

Definitivamente la educación para la salud y la educación sexual en nuestra población juega un papel muy importante para la adquisición de hábitos higiénicos adecuados, el aceptar una revisión ginecológica en las pacientes pediátricas a fin de detectar oportunamente cualquier tipo de patología para una mejor medicina preventiva; por lo que podríamos adoptar como uno de nuestros objetivos finales el fomentar la EDUCACION PARA LA SALUD Y EDUCACION SEXUAL en nuestra población a la que asistimos desde el punto de vista médico día con día.

CONCLUSIONES

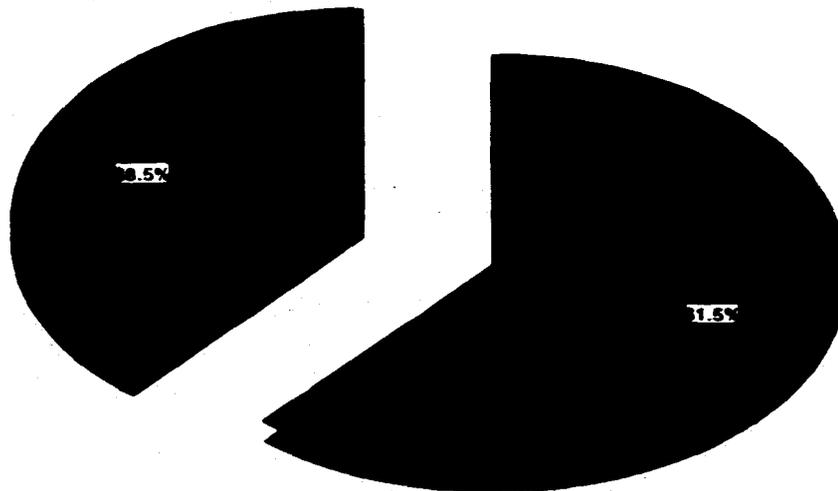
- 1.- La *Escherichia coli* fue el germen más frecuentemente aislado del flujo vaginal (126 casos) por lo que la mayoría de las vulvovaginitis diagnosticadas podemos considerarlas de tipo inespecífico.
- 2.- La vulvovaginitis se encontró (141 casos) en mayor frecuencia en las pacientes menores de 12 años.
- 3.- Los factores predisponentes más comúnmente asociados con la vulvovaginitis fueron el uso de jabón detergente para lavado de ropa íntima (100 casos), así como los hábitos de aseo deficientes (98 casos).
- 4.- La patología más frecuentemente asociada con la vulvovaginitis fue la sinusitis (55 casos) como afección de vías respiratorias superiores.
- 5.- El prurito vaginal fue el síntoma con mayor frecuencia referido por las pacientes con vulvovaginitis (152 casos).

ANEXOS



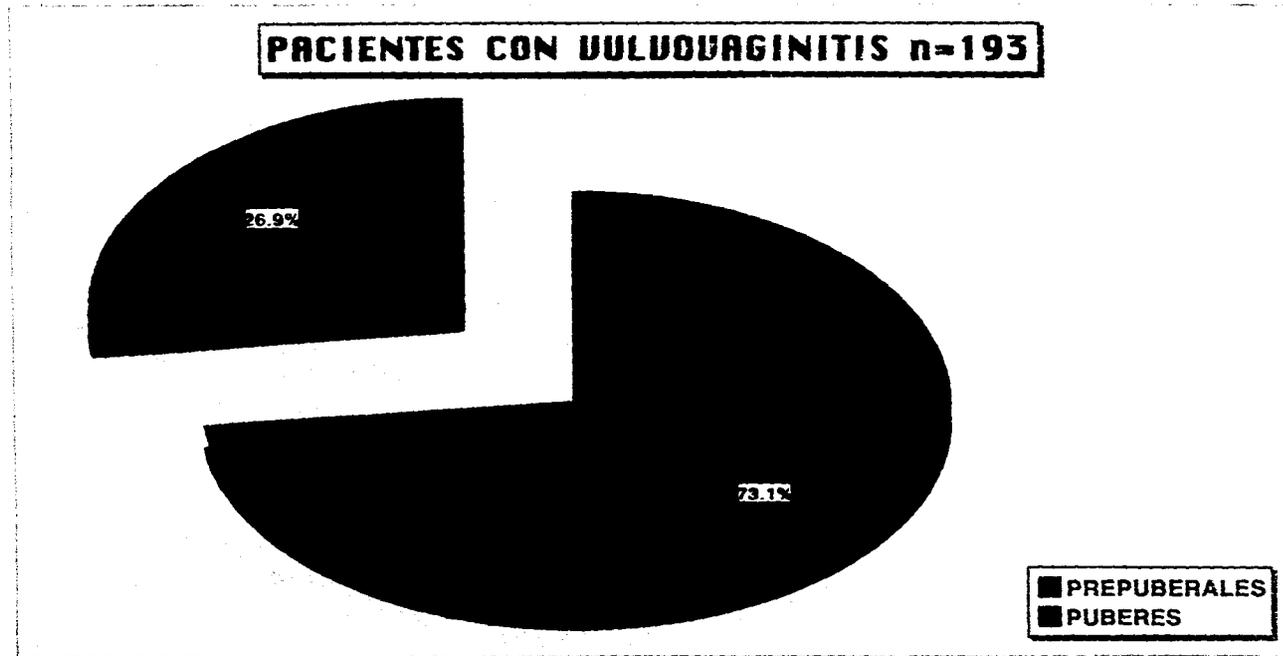
GRAFICA 1.

DIAGNOSTICOS EN LA POBLACION TOTAL REVISADA

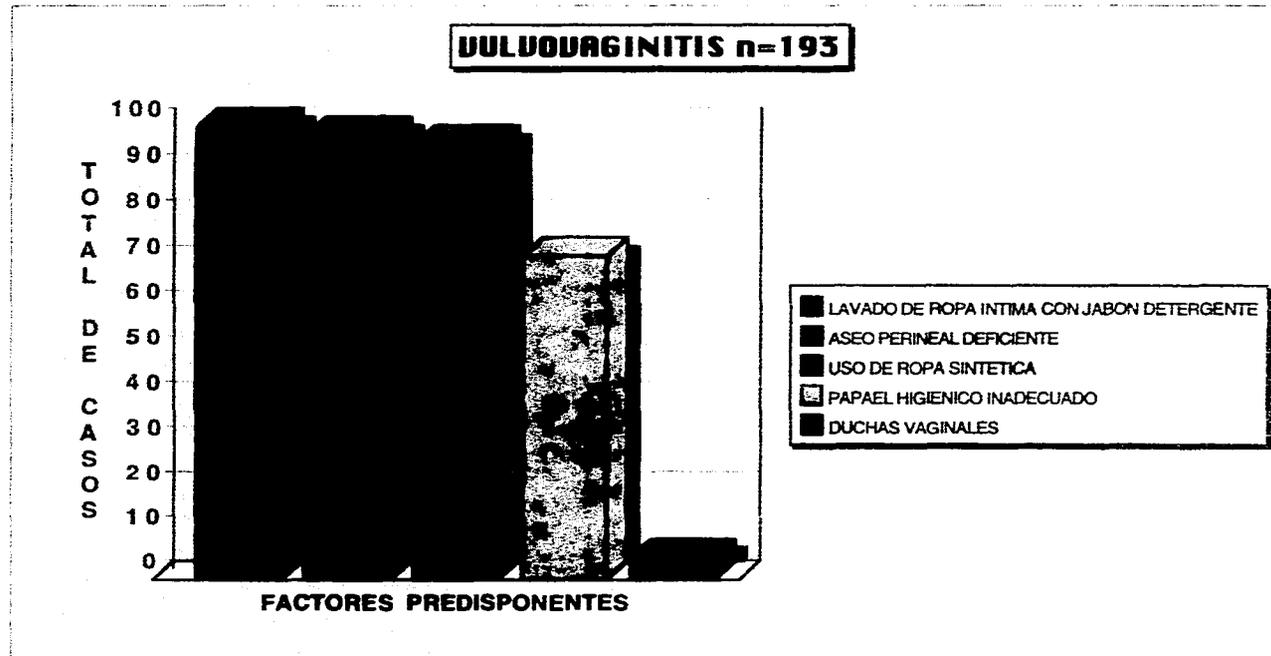


■ VULVOVAGINITIS
■ OTRAS PATOLOGIAS

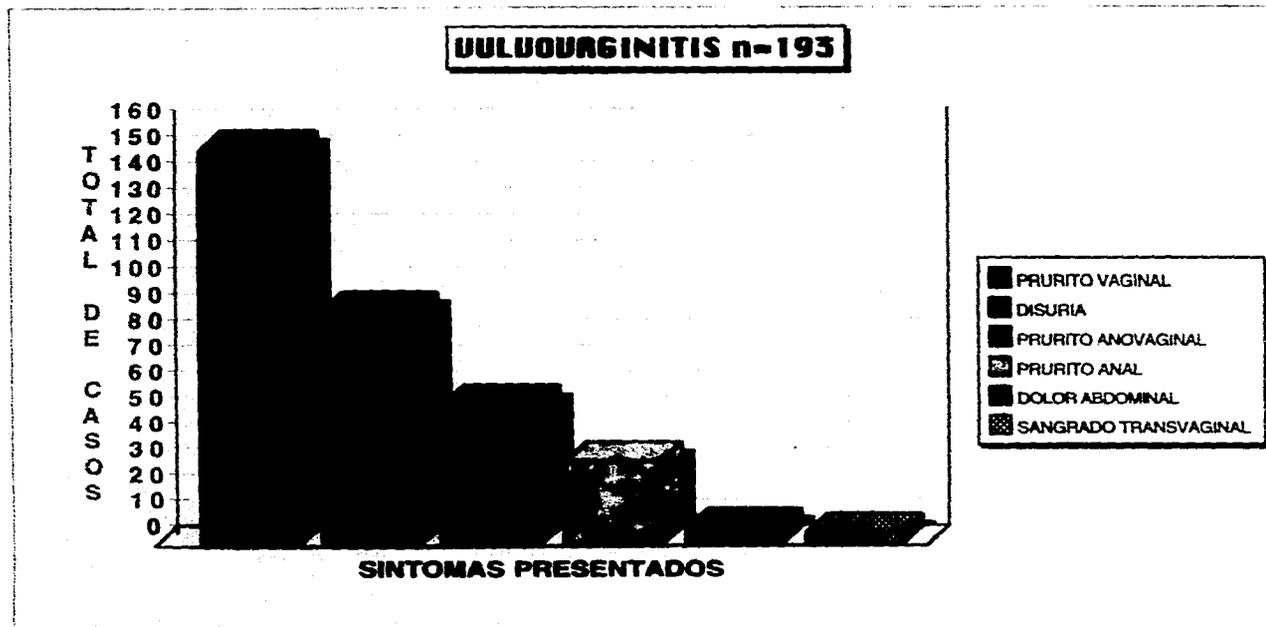
GRAFICA 2.



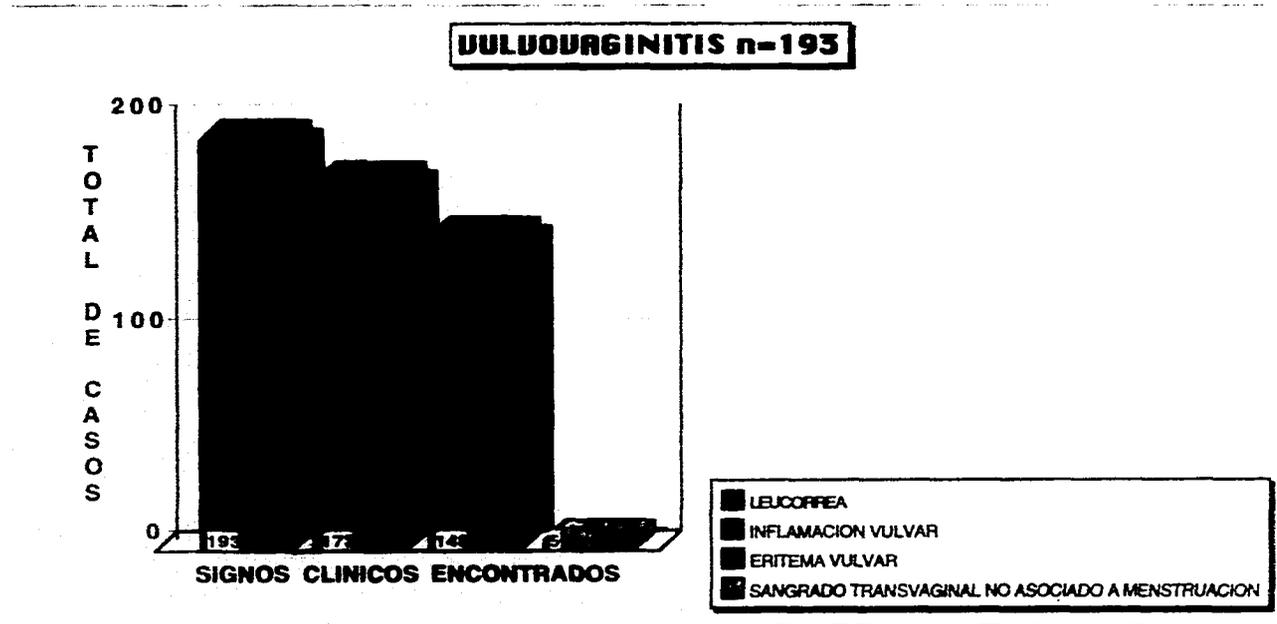
GRAFICA 3.



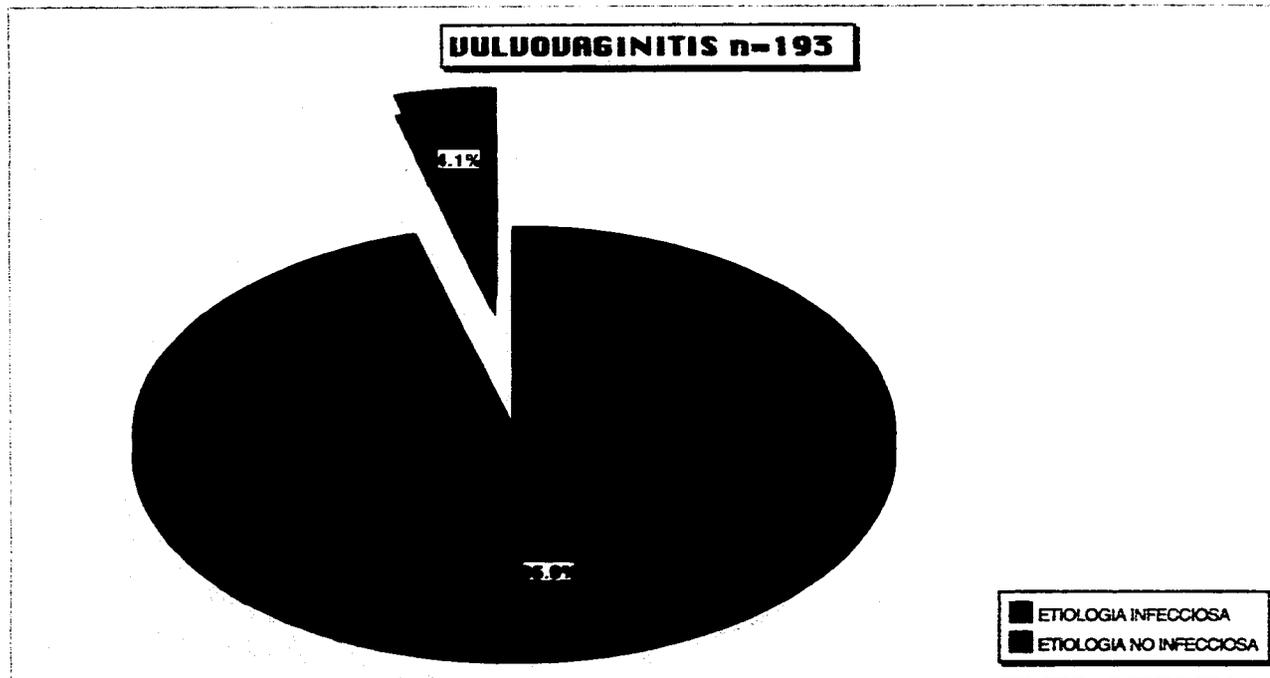
GRAFICA 4.



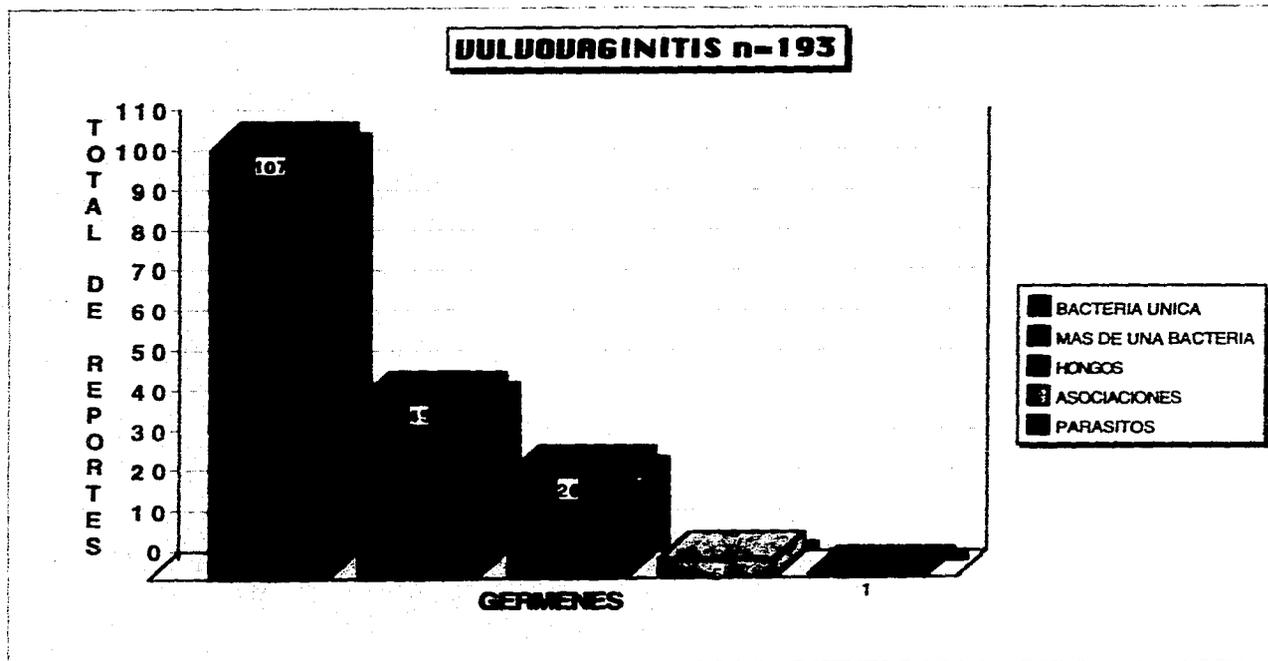
GRAFICA 5.



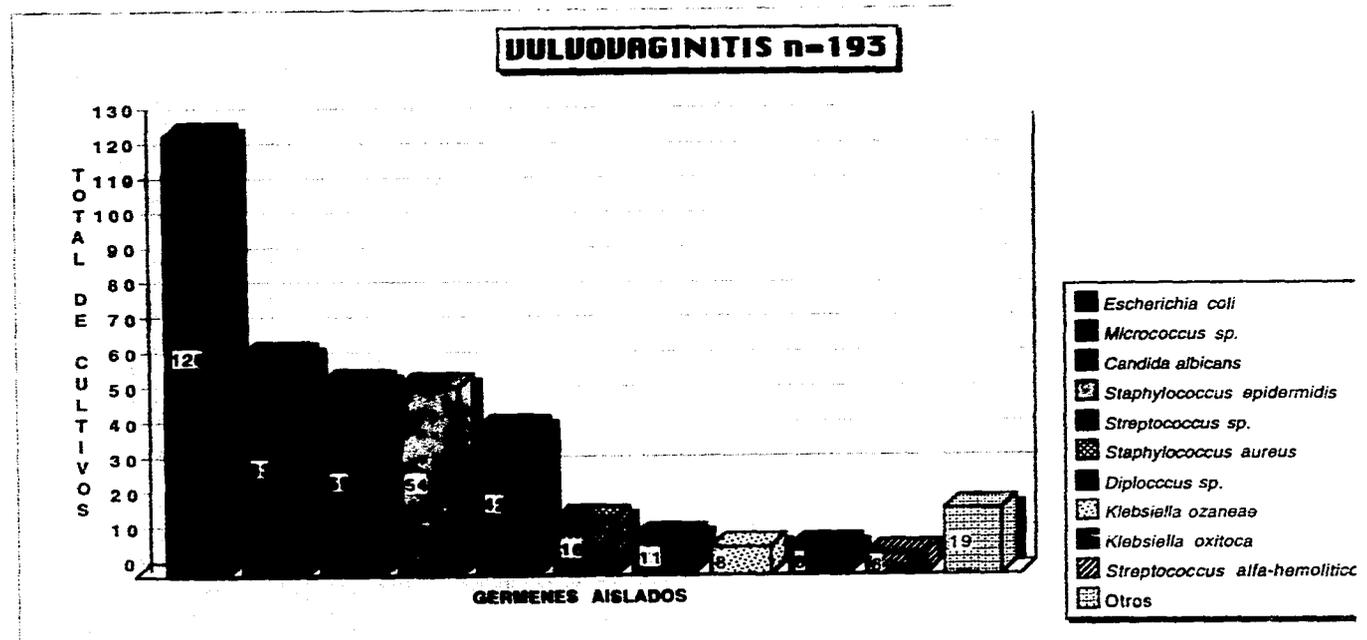
GRAFICA 6.



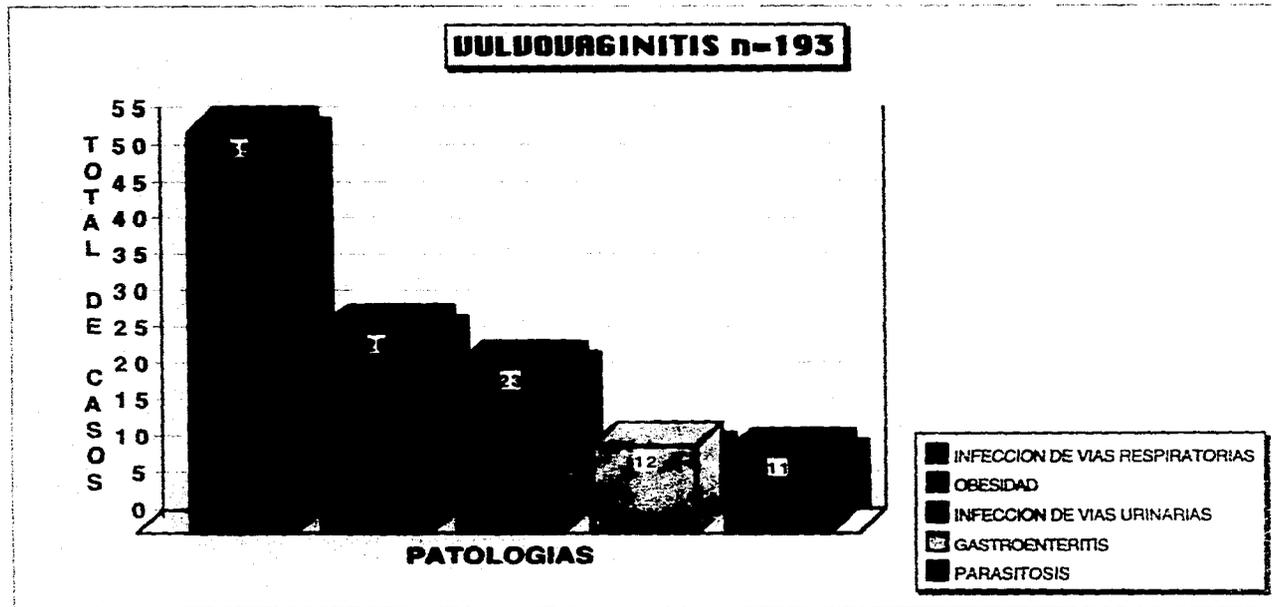
GRAFICA 7.



GRAFICA 8.



GRAFICA 9.



GRAFICA 10.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
UNIDAD DE PEDIATRIA
Hoja de captación de datos.

Nombre _____
Edad _____ Teléfono _____
Dirección _____
Lugar de origen _____
Número de expediente _____ Medio socioeconómico _____
Corte de uñas si() frecuencia _____ no()
Lavado de manos si() no()
Baño completo si() frecuencia _____ no()
Ropa interior material _____ lavado _____ freq. de cambio _____
Ropa exterior ajustada si() no()
Aseo perineal si() frecuencia _____ no()
Uso de papel higiénico blanco si _____ no _____ otros _____
Uso de sustancias químicas íntimas si() cuál? _____ no()
Vida sexual activa si() no()
Sospecha de abuso sexual si() edad _____ frecuencia _____
Uso de anticonceptivos si() tipo _____ no()

Antecedentes Personales Patológicos:

Obesidad _____
Respiratorias _____
Vías urinarias _____
Gastrointestinales _____
Dermatológicas _____
Endocrinológicas _____
Inmunosupresoras _____
otras _____

Padecimiento Actual:

Inicio _____
Leucorrea: escasa _____ moderada _____ severa _____ color _____ olor _____
Prurito: anal _____ vaginal _____
Disuria: _____ Poliaquiuria _____
Dolor hipogástrico _____

Exploración Física:

Peso _____ Talla _____ Temp. _____ Tensión arterial _____
Abdomen: Normal _____ Anormal _____ Dolor _____
Genitales: Tanner _____ aseo: adecuado _____ inadecuado _____
Eritema: vulvar _____ vaginal _____ perineal _____
Liquenificación perineal _____
Himen: normal _____ anormal _____
Uretra: normal _____ anormal _____
Secreción: vulvar _____ vaginal _____ cantidad _____ color _____ olor _____
Cuerpos extraños: si _____ no _____
Ano: Posición normal si () no () cuál? _____
Eritema _____ fisuras _____
Tacto rectal: normal _____ anormal _____

LABORATORIO:

Frotis de secreción vaginal _____
Cultivo _____
sensibilidad _____
Examen general de orina _____
Graham: 1a _____ 2da _____
Urocultivo _____
sensibilidad _____
Coproparasitoscópico:
1ro _____ 2do _____ 3ro _____
Tratamiento _____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

UNIDAD DE PEDIATRIA

Medidas generales.

1. Baño diario con jabón blanco
2. Aseo del área genital durante el baño con separación de la piel.
3. Lavado de manos antes y después de ir al baño.
4. Aseo de genitales post defecación de adelante hacia atrás.
5. Uso de papel de baño blanco.
6. Uso de ropa interior de algodón.
7. Lavado de ropa interior con jabón de pasta.
8. No usar cloro, suavizante o detergentes, perfumes, ni talcos en ropa interior.
9. No usar ropa ajustada.
10. Corte de uñas de las manos cada 8 días.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.
UNIDAD DE PEDIATRIA 505
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

México, D.F., de de 199

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto y/o autorizo
a _____ a que participe en el
estudio _____
que se llevará a cabo en el HGMUP. Los objetivos del estudio
son: _____

Estoy de acuerdo con los procedimientos, pruebas y tratamientos
para el logro de los objetivos mencionados en _____

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la inves-
tigación cuando yo así lo deseé. También, que puedo solicitar
información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi
participación en el estudio.

En caso de que decidiera a retirarme la atención que como paciente recibo en esta
institución no se verá afectada.

Nombre _____ firma _____

TESTIGOS

Dirección _____

Nombre _____ firma _____

Dirección _____

Nombre _____ firma _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Altchek A.: Vulvovaginitis, vulvar skin disease and pelvic inflammatory disease. *Pediatrics Clinics of North America*. Vol. 28, 2:397-420, 1981.
- 2.- Bartley DL, Morgan L, and Rimsza ME. *Gardnerella vaginalis* in prepuberal girls. *Am J Dis Child*. Vol. 141, 1014-1017, 1987.
- 3.- Dattel EJ, Landers DV, Coulter K, et al.: Isolation of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* from the genital tract of sexually abused prepuberal females. *Adolesc Pediatr Gynecol*. Vol. 2, 217-220, 1982.
- 4.- Feigin DR. y Cherry DJ.: Infecciones ginecológicas en la infancia y en la adolescencia. En: *Tratado de infecciones en Pediatría*. (McGraw-Hill, eds.) Interamericana, México, 1992. pp. 507-536.
- 5.- Fayne A.: Vaginal discharge in children and adolescents. Evolution and management: A Review. *Clinical Pediatrics*. Vol. 19, No. 12, 799-804, 1980.

- 6.- González SJ.: Vulvovaginitis en la infancia. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 40, No. 8, 1983.
- 7.- Hammerschlag MR, Microbiology of the vaginal in children: Normal and Potentially Pathogenic Organisms. Pediatrics. Vol. 62 No.1 July 1978.
- 8.- Jane Gardner, MB, Bs. Comparison of the vaginal flora in sexually abused and nonabused girls. The Journal of Pediatrics. 872-876, June 1992.
- 9.- Jean Emans, MD, and D. P. Goldtein, MD. The Gynecologic Examination of the Prepuberal Child with Vulvovaginitis: Use of the Knee-Chest Position. Pediatrics. Vol. 65, No.4, April 1980.
- 10.- McCormak VM, Starko KM, Symptoms associated with vaginal colonization with yeast. Am J Obstet Gynecol. Vol.158 (1): 31-33, 1988.
- 11.- Pierce Am., Vulvovaginitis: causes and management. Archives of Disease in Children: Vol. 67, 509-512. 1992.

- 12.- Sanfilipo JS. Sangrado y vulvovaginitis en el grupo pediátrico. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 30 (3): 653-661, 1987.
- 13.- Straumanis JP. Group A beta-hemolytic streptococcal vulvovaginitis in prepubertal girls: a case report and review of the past twenty years. *Pediatr Infect. Dis J*, 9 (11): 845-848, 1990.
- 14.- Vandeven AM. Vulvovaginitis in the Child and Adolescent. *Pediatrics in Review* 14 (4): 141-147. 1993.
- 15.- Walter D. Vulvovaginitis y Cervicitis. *Clinicas Pediátricas de Norteamérica, Ginecología y Obstetricia en Adolescentes*. Vol. 3, 523-548, 1989.
- 16.- Zeiguer *Ginecología Infante Juvenil*. 2da. edición, Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina. 189-204, 1988.
- 17.- Terreros M. *Vulvovaginitis en la Infancia Experiencia en el Hospital General de México*, S.S.A. Tesis. 1989.

Este trabajo se llevo a cabo en la unidad de Pediatria del Hospital General de Mexico S.S.A., perteneciente a la secretaria de Salud. Con clave: DIC/94/505/01/052