



11237
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

93

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA


**"ABORDAJE Y MANEJO DE LAS VULVOVAGINITIS EN
LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA"**

Tesis

Que presenta para obtener
el diploma en la especialidad
de Pediatría

Dra. María de la Sandra De la Herrán Villapudúa

290734

Hermosillo, Sonora. Noviembre 

2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

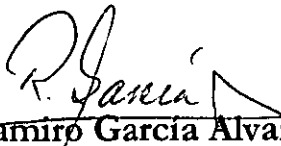
“ABORDAJE Y MANEJO DE LAS VULVOVAGINITIS EN
LA CONSULTA DE EXTERNA DE PEDIATRIA EL
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA”

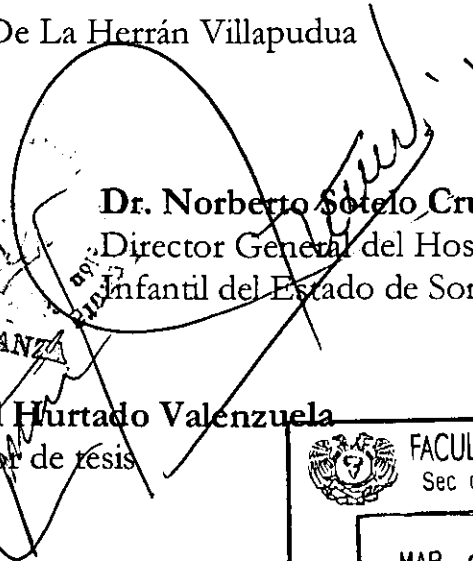
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA

PRESENTA

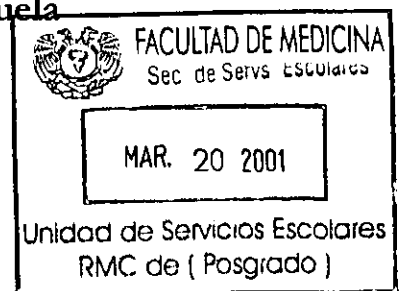
Dra. María Sandra De La Herrán Villapudua


Dr. Ramiro García Álvarez
Director de enseñanza e investigación
y Profesor titular del curso


Dr. Norberto Sotelo Cruz
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora

Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela
Asesor de tesis

Hermosillo, Sonora, Febrero de 2000.



DEDICATORIA

A Dios:

*Por darme la vida, salud, fé
y fuerza para así tener la
oportunidad de llegar a este
momento tan importante en
mi vida: la culminación de mis
estudios profesionales e iniciar
una nueva etapa.*

A mis padres:

Por su gran amor y comprensión

A mis hermanos:

*Quiénes día a día me dan fuerza y esperanza
para seguir adelante.*

A mis sobrinos:

*Quiénes son la fuente de todo mi amor e inspiración
ante un niño*

A mis asesores:

*Por dedicarme su tiempo y ofrecermé sus
conocimientos*

Al Dr. Guillermo López Cervantes,

*Por su apoyo y enseñanza en todo
momento.*

A los niños:

*A todos los niños de este hospital,
quiénes me han enseñado a ser quién soy.*

A Mary Carmen A., Lulú A., Gabriel A. Y Karen C;
Quiénes nos han brindado su apoyo y cariño incondicional.

INDICE

	No. pag.
Resumen	
Introducción	1
Objetivos	9
Justificación	10
Material y métodos	12
Resultados	13
Discusión	30
Conclusiones.....	36
Bibliografía	38

RESUMEN

Introducción; Objetivo: Unificar criterios en cuanto al abordaje clínico y para clínico de las pacientes con vulvovaginitis en consulta externa de pediatría, del Hospital Infantil del Estado de Sonora, (HIES).

Material y Métodos: Se realizó estudio retrospectivo en el periodo del 1 de enero al 15 de octubre de 1999 en el servicio de consulta externa del HIES, donde acudieron de acuerdo a la hoja diaria 55 paciente con diagnóstico de vulvovaginitis de los cuales se excluyeron siete, por no encontrarse el expediente clínico quedando para el estudio 48 pacientes.

Resultados: El grupo de edad mas afectado fue de 5 a 8 años de edad, predominando en verano (39.6%) este padecimiento, la exploración física fue incompleta en todos los pacientes, los síntomas fueron leucorrea 87.5%, prurito 54.2% y olor fétido 23%, se relacionó con parasitosis intestinal en el 18.8%, con infección de vías urinarias en el 33.3% reportando principalmente vulvovaginitis inespecífica, con cultivos de secreción vaginal para *Staphylococcus coagulasa* negativo 24%, *Streptococcus no hemolítico*, *Klebsiella oxytoca* y *Escherichia coli*, se manejó con antibióticos al 66.7% de los pacientes; remisión: 28%, recidiva 34.4% y los manejados con medidas higiénicas ninguno presentó recaídas.

Conclusión: Se requiere un interrogatorio completo, una exploración física, cuidados para obtener el máximo de información y realizar exámenes paraclínicos de las pacientes, antes de decidir el uso de antibióticos, se recomienda emplear medidas higiénicas.

INTRODUCCION

La vulvovaginitis representa el principal motivo de consulta en pediatría ginecológica ocupando el 25% de la demanda en la consulta externa pediátrica (1).

La vulvovaginitis es todo proceso inflamatorio que afecta la vulva y el tejido vaginal, en las niñas la vulva se infecta primero y secundariamente la vagina. La vulvitis se manifiesta principalmente mediante disuria y prurito, asociado con eritema vulvar, presenta con frecuencia una evolución más prolongada que la vaginitis. La vaginitis se caracteriza por exudado sin disuria o eritema vulvar asociados. La vulvovaginitis es una combinación de éstas manifestaciones (2, 3).

Antes de la pubertad, su frecuencia se explica por factores anatómicos y fisiológicos: anatómicamente los labios menores están poco desarrollados y exponen la vulva y la vagina a la contaminación externa (1), ausencia de almohadillado graso de los labios vulvares y el vello pubiano que protege a los genitales externos, los labios menores se abren cuando las niñas se ponen en cuclillas: esto a su vez, hace que los tejidos más sensibles del interior del anillo del himen queden expuestos (2), además la proximidad del orificio anal con la vagina permite la transferencia de bacterias fecales, la masturbación puede constituir un factor contribuyente (2, 3). Fisiológicamente, la mucosa no estimulada por los estrógenos es delgada, y está desproporcionada de glucógeno, bacilos de *Döderlein* y su pH es neutro. Todo esto proporciona un medio ideal para la multiplicación de los

gérmenes. Es conocido que los estrógenos maternos están presentes en las niñas recién nacidas hasta la tercera semana de edad; así como los estrógenos de las niñas prepúberes, están presentes entre los seis meses y un año antes de la menarquia (4, 12). Después de la pubertad, la estrogenización local provoca modificaciones anatómicas y fisiológicas a nivel vulvovaginal (1, 3). La vulvovaginitis de las jóvenes tiene las mismas características que de la mujer adulta (1 - 5).

Constituye uno de los retos del médico moderno, requiriendo un manejo multidisciplinario (familiar, paciente, médico y psicológico), una buena historia clínica, exploración pélvica adecuada, descartar otro tipo de procesos, entre ellos infección de vías urinarias, parasitosis, etc. (2, 6, 7). Afortunadamente la mayoría de las pacientes con vaginitis requieren solo una evaluación superficial y un tratamiento que en la mayoría de las veces es suficiente, y sólo un grupo pequeño de pacientes no responden a los tratamientos empleados. (3, 7).

La paciente pediátrica o adolescente que vaya a someterse a su primera exploración ginecológica, debe ser tratada con un cuidado especial, ya que este primer encuentro puede marcar el tono de los futuros exámenes ginecológicos. Si la exploración es dolorosa o incómoda, o si no se establece una buena relación entre la niña y el médico, podrá sufrir consecuencias psicológicas duraderas. Una actitud cuidadosa y amable por parte del médico, será útil para que la paciente coopere en sus futuras exploraciones ginecológicas. La historia se obtiene fundamentalmente de

los padres, los cuales deben implicarse por completo en la exploración física de una niña prepúber y en las adolescentes también, pero a diferencia pueden ellas aportar su propia historia sin que los padres estén presentes. Los objetivos se alcanzan mejor explicando claramente lo que va a hacerse antes de llevar a cabo la exploración (2, 7, 9, 10).

Durante la exploración física general se incluyen: área cardíaca, pulmonar, abdomen y tegumentos que ayudan a tener una invaluable información. Huellas de rascado en la piel, lesiones en la piel o evidencia de abuso, secreción vaginal, posible fístula rectal y divertículo ureteral, etc. (8, 12).

Los signos y síntomas frecuentemente encontrados comprenden secreción, hiperemia vulvar, prurito, dolor abdominal, disuria, olor fétido, dolor al defecar; el predominio de uno u otro puede depender del agente causal que predomine (4, 9, 10); en la mayoría de los casos, la causa de los trastornos es la falta de higiene; casi siempre el problema se limita a una vulvitis simple, que se complica con una vaginitis (1, 11).

La ausencia de escasa higiene perianal suele presentar un trastorno que se conoce con la denominación de vulvovaginitis inespecífica. Representan el 70% de todas las vulvovaginitis pediátricas. El exudado tiene característicamente una coloración marrón o verde, olor fétido y se asocia a pH vaginal de 4.7 - 6.5. En el 68% de los casos esta forma de vaginitis está producida por bacterias coliformes secundarias a contaminación fecal. En segundo lugar, microorganismos bacterianos como son:

Streptococcus B-hemolítico y Staphylococcus coagulasa-positivo; éstos últimos se suelen transmitir manualmente desde la nasofaringe (2-4, 13).

En estudio realizado en este Hospital en 1991 por Covarrubias (4), se encontró que de la vulvoaginitis tienen como factores etiológicos uno o varios agentes, entre los cuales se encuentran: *Escherichiae coli* (38.5%), *Streptococcus hemolítico* (18.9%), *Staphylococcus coagulasa negativo* (15%), *Gardnerella vaginalis* y gérmenes anaerobios (1%); entre otras entidades se encuentran vaginitis atrófica y vaginitis por cuerpo extraño (1-4%) (2, 4, 6, 7). Se reporta en la literatura, las características de la secreción vaginal y sus causas específicas.

En estas pacientes se requiere una historia clínica adecuada general y ginecológica, considerando cada uno de los factores asociados directa o indirectamente con la paciente, además de una semiología exhaustiva y posteriormente se recomienda realizar un exámen físico de la paciente, prosiguiendo con la toma de exámenes de laboratorio; entre estos últimos se consideraron: cultivo de exudado vaginal, exámen general de orina, coproparasitoscópico, biometría hemática; recomendando en primer lugar medidas higiénicas generales, con cita para resultado y evolución, además de recabar exámenes de laboratorio solicitados y así tomar una decisión de manejo adecuado a cada caso en particular para seleccionar aquellas que justifican el uso de antibióticos.

Para la exploración vaginal las niñas se colocan en posición de litotomía modificada, en decúbito supino con las piernas separadas o en posición

genupectoral, separando cuidadosamente los labios mayores y menores para visualizar el himen, presencia de eritema e inyección en torno al himen y la uretra, así como cualquier dato de edema, traumatismo, masas, aspecto del himen, consistencia y cantidad del flujo vaginal, inspeccionar en el ano evidencia de traumatismo, verrugas venéreas, tono anal (12).

Si con el exámen de la vagina y tacto rectal no se demuestra la existencia de pérdidas vaginales, no es necesario practicar otras investigaciones: se trata de una vulvitis simple, que puede ser manejada con tratamiento local (1). Si el flujo vaginal es de color blanco transparente, consistencia líquida, de cantidad variable, la causa probable es que se trate de una leucorrea fisiológica; si es de color blanco, consistencia de requesón, cantidad de moderada, corresponde a *Cándida*; en presencia de flujo vaginal blanco-amarillo, de consistencia y cantidad variable se debe considerar que sea por irritación química o *Chlamydia*; en presencia de flujo vaginal amarillo-verde, de consistencia espesa y cantidad de moderada a abundante se sospecha *Neisseria Gonorrhoeae*, *Trichomonas* e inclusive descartar cuerpo extraño; ante la presencia de flujo vaginal sanguinolento, de consistencia y cantidad variable hay que sospechar en *Shigella*, *Streptococcus del grupo A* y cuerpo extraño (13). Si se observan pérdidas vaginales purulentas o incluso, hemorrágicas o cuando se teme la presencia de un cuerpo extraño, es indispensable realizar una vaginoscopía (1).

El tratamiento recomendado de las vulvitis o de las vulvovaginitis infantiles por gérmenes comunes es insistir en la higiene local: lavado dos veces al día con jabón ácido, especialmente después de la defecación, o baños de asiento con cinco mililitros de ácido acético en 100 mililitros de agua templada, limpieza de manos y de uñas, cambio diario de ropa interior, separar bien los muslos durante la micción para evitar micciones vaginales, ya que las micciones con los muslos apretados llevan la orina hacia la vagina a través del orificio del himen. Esto, favorece las infecciones vaginales de repetición. El 20 por 100 de los casos, resultan aliviados, lo menos tras una limpieza adecuada, ya que muchas niñas deslizan el papel higiénico entre sus muslos, tocan la región coccígea, y después sobre el ano para continuar con limpiar sobre la vulva: esto, se debe de evitar. Rara vez están indicados los antibióticos orales o parenterales en el tratamiento de la vulvitis inespecífica, solo en aquéllos casos en que la infección es resistente a los otros tratamientos y las pruebas de sensibilidad demuestren que los microorganismos hallados en el cultivo de secreción vaginal, son sensibles a uno o dos antibióticos.

MEDIDAS HIGIENICAS RECOMENDADAS EN PACIENTES CON VULVOVAGINITIS

- 1.- Baño diario
- 2.- No baños de espuma
- 3.- Si no pudiste bañarte, lávate tus genitales con jabón neutro.
- 4.- Utiliza jabón neutro.
- 5.- Usa tu propia toalla
- 6.- Cambia de ropa interior a diario.
- 7.- Usa ropa interior de algodón blanco
- 8.- Lava tus pantaletas con jabón de pastilla "zote blanco", no utilices cloro, detergentes o suavizantes.
- 9.- Evitar ropa apretada. (mallones, leotardos y jeans)
- 10.- No usar talco.
- 11.- Cambio de pañal frecuente en los bebés.
- 12.- Separar bien las piernas al orinar.
- 13.- No te aguantes las ganas de orinar, ni de evacuar.
- 14.- Límpiase de adelante hacia atrás, siempre.
- 15.- Límpiase con papel sanitario blanco.
- 16.- Evita aplicar lociones, cremas o sustancias que no hayan sido indicadas por tu médico.
- 17.- Si practicas la natación, quítate el traje de baño en cuanto salgas de la alberca.
- 18.- Cuando montes en bicicleta al terminar, enjuágate tus genitales y sécate bien.

**AGENTE ETIOLOGICO POR CULTIVOS VAGINAL Y ANTIBIOTICO
RECOMENDADO EN PACIENTES CON VULVOVAGINITIS.**

AGENTE ETIOLOGICO	ANTIBIOTICO
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Metronidazol 10-30 mg/kg/día/8hrs/10 días
<i>Haemophilus vaginalis</i> (<i>Corynebacterium vaginal</i>)	Ampicilina 20-40 mg/kg/día 4 hrs/5 días. Nitrofurazona crema c/24 horas 14 días aplicar en uretra
<i>Shigella flexneri</i>	Ampicilina 10-40 mg/kg/día/10 días
<i>Enterobius vermicularis</i>	Mebendazol 100 mg/ vía oral dosis única Pamoato de pirantel 11mg/kg/día (dosis máxima: 1 gramo)
<i>Clamidia tracomatis</i>	Metronidazol 10-30 mg/ kg/ día 10 días
<i>Nisseria gonorrhoeae</i>	*PGSC 100,000 UI/ dosis única/IM Cetriazona 125 mg/IM/ dosis única Eritromicina 30-50 mg/ kg/ 20 días Probenecid: 1 gramo, seguido de Pemprocilina procaínica 4.8 millones dosis única (en adolescentes)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 10-30 mg/ kg/ día 10 días.
<i>Streptococcus B-hemolitico</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Stafilococcus dorado</i>	Responden al mismo manejo de infección de vías respiratorias.

OBJETIVO

General :

- Unificar criterios en cuanto al abordaje clínico y paraclínico de las pacientes.

Particulares:

- Corroborar si la *Echerichiae coli* continúa siendo el germen casual más frecuente en las niñas que acuden a la Consulta Externa del HIES por vulvovaginitis.
- Conocer la incidencia de vulvovaginitis.
- Saber la edad promedio del grupo de mayor riesgo de vaginitis.
- Ver si las pacientes manejadas con antibiótico presentan más recaídas comparadas con las que solo usaron medidas higiénicas y cuidados personales,
- Describir las principales características de la secreción vaginal.

JUSTIFICACION

- Desconocimiento de los factores asociados a esta patología
- Desconocimiento de la etiología infecciosa actual de las vulvovaginitis.
- Desconocimiento de los mecanismos para el desarrollo de esta patología.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el periodo del primero de enero al 15 de octubre de 1999, en el Servicio de consulta externa del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), dónde acudieron de acuerdo a la hoja diaria 55 pacientes con diagnóstico de vulvovaginitis, de los cuales se excluyeron siete, por no encontrarse el expediente clínico, quedando para el estudio 48 pacientes, los cuales contaban con la edad de un año a 18 años, con sintomatología de vulvovaginitis caracterizada por: flujo vaginal, prurito, hiperemia, dolor abdominal, disuria, olor fétido del flujo vaginal.

Se consideró las características de la secreción vaginal: color, consistencia, cantidad. Se tomó en cuenta el tipo de interrogatorio y exploración física general y ginecológica realizada en cada una de las pacientes; además de los exámenes paraclínicos (biometría hemática, exámen general de orina, coproparasitoscópico), el tiempo de evolución y el tipo de tratamiento empleado (aseo personal, acidificantes cutáneos, antibiótico, etc.)

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes de uno a 18 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de vulvovaginitis.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con discapacidad física para movilizarse y deambular por sí misma.
- Individuos con alteraciones de sus facultades mentales.
- Quiénes presentan malformaciones genitourinarias o del resto

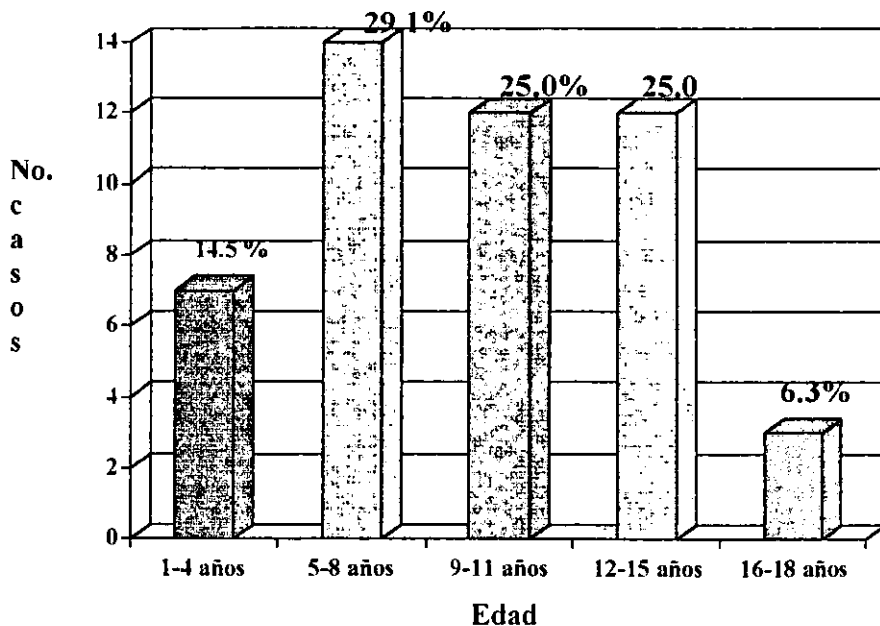
RESULTADOS

De un total de 16,393 causas de consulta en el HIES, el 0.29% correspondió al diagnóstico de vulvovaginitis, con una tasa de incidencia de 2.9 por cada 1000 consultas.

Se obtuvo que el grupo de edad más afectado fue de los cinco a los ocho años de edad: 14 pacientes (29.1%), seguido de las edades nueve a 11 y de 12 a 15 años de edad, cada uno de ellos con 12 pacientes (25%); en el grupo de uno a cuatro años con siete (14.5%) y en el de 16 a 18 años de edad: dos (6.3%) (Gráfica No.1).

Gráfica No.1

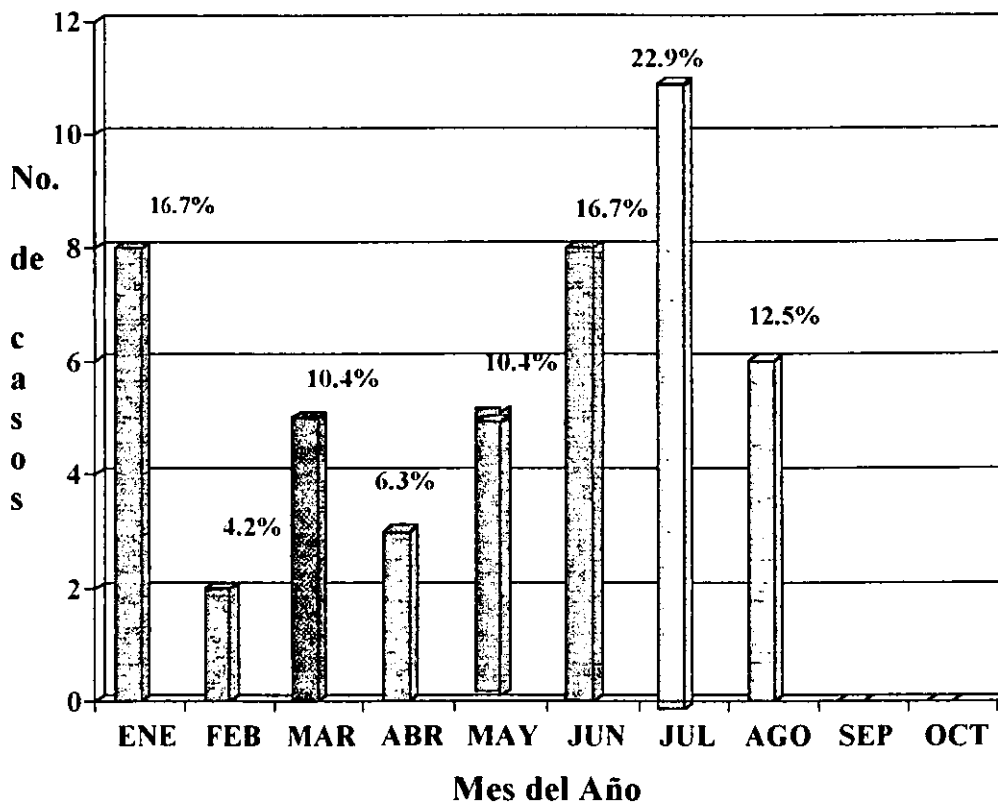
DISTRIBUCION POR EDAD EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS



Encontrando un mayor número de casos en verano: julio con 11 pacientes (22.9%), junio: ocho (16.7%); enero: ocho (16.7%); agosto: seis (12.5%); y en los meses de marzo y mayo con cinco pacientes (10.4%) respectivamente, cada uno de ellos. Presentando una disminución en abril: tres (6.3%) y febrero: dos (4.2%) (Gráfica No.2).

Gráfica No.2

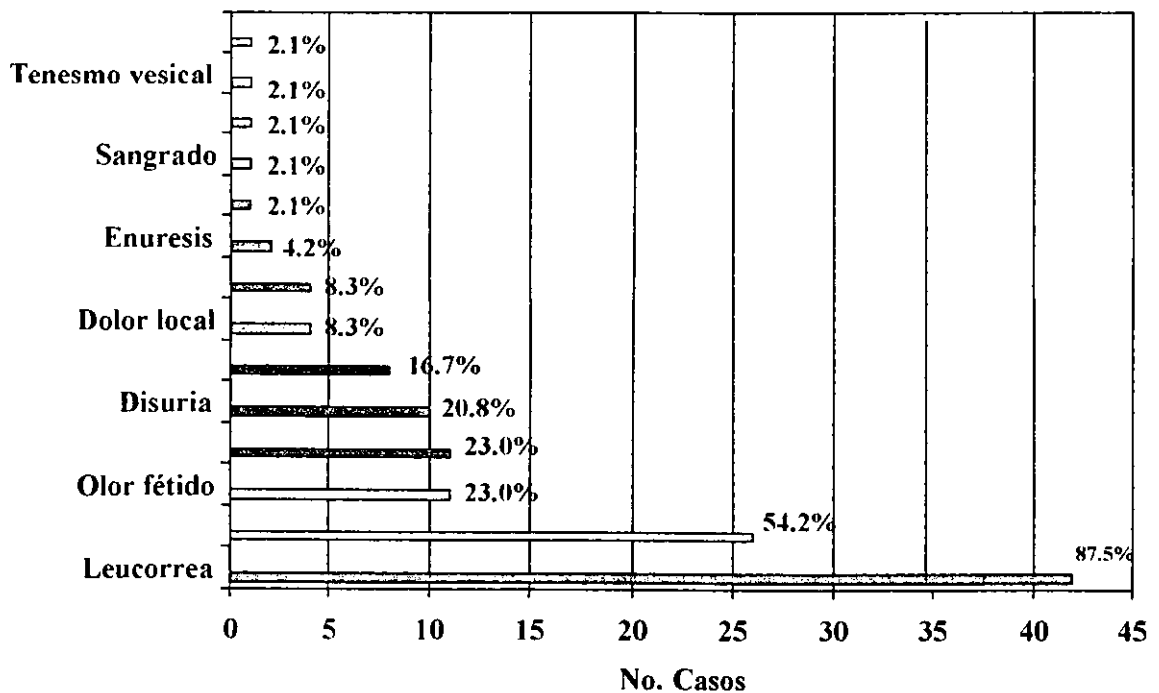
COMPORTAMIENTO MENSUAL DE 48 CASOS DE VULVOVAGINITIS



Los principales síntomas por los que acudieron las pacientes fueron: leucorrea: 42 pacientes (87.5%); prurito vulvar: 26 (54.2%); olor fétido e hiperemia vulvar, cada uno de ellos con dos pacientes (23.0%), disurias con 10 (20.8%), dolor abdominal en ocho (16.7%), dolor local y poliaquiuria en cuatro pacientes cada uno de ellos (8.3%), enuresis: dos (4.2%), y el resto de los síntomas se presentó en el 2.1%, como son: edema local genital, sangrado, pesadillas, tenesmo vesical y estreñimiento (Gráfica No.3).

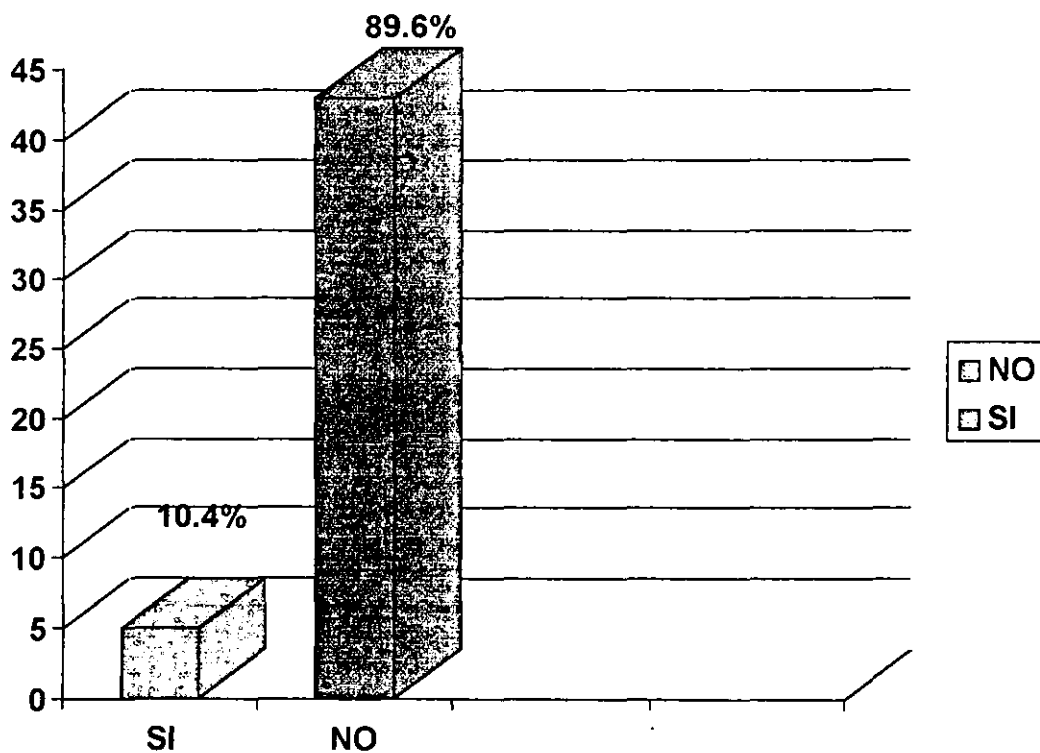
GráficaNo.3

PRINCIPALES SINTOMAS EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS



Se encontró deficiencia por parte del médico para interrogar a la paciente o a quién la acompañaba, sobre medidas higiénicas en 43 de ellas (89.6%) y sólo se interrogaron en cinco (10.4%) (Gráfica No.4).

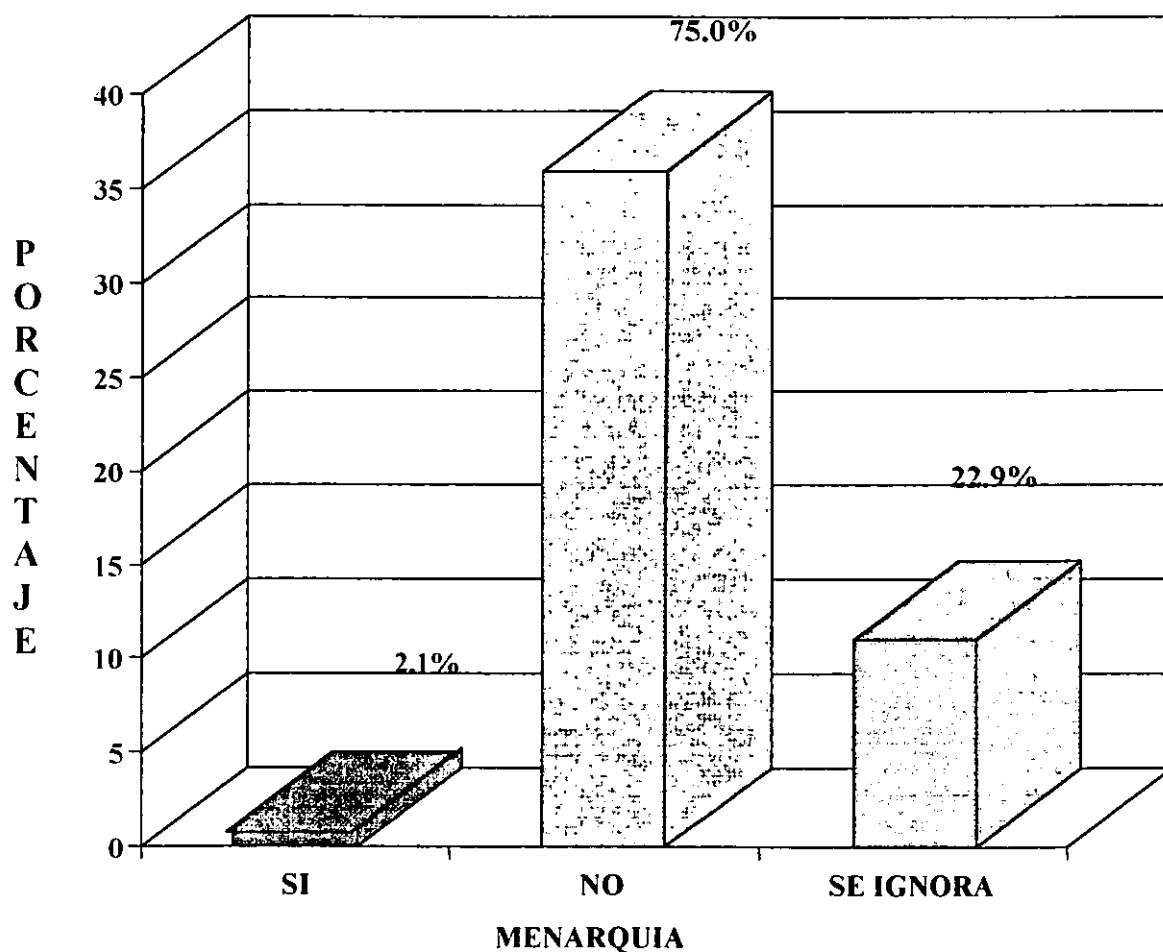
Gráfica No. 4
INVESTIGACION DE MEDIDAS HIGIENICAS EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA



En general, no hubo relación con la menarquia, ya que solo se encontró en una de las pacientes, no encontrando dicha relación en 36 pacientes restantes y este dato se ignoró en 11 (Gráfica No.5).

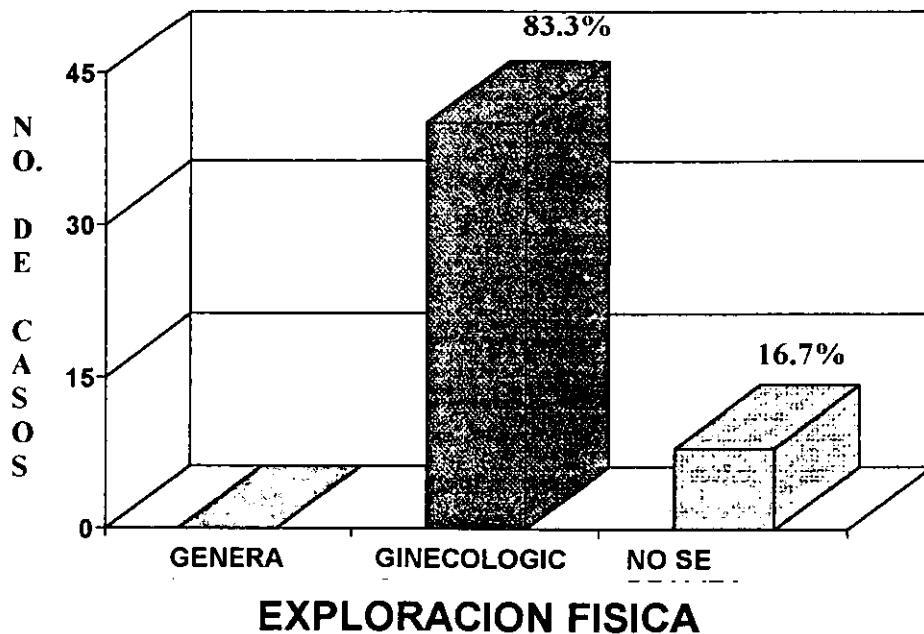
Gráfica No. 5

RELACION DE VULVOVAGINITIS CON MENARQUIA EN 48 PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA



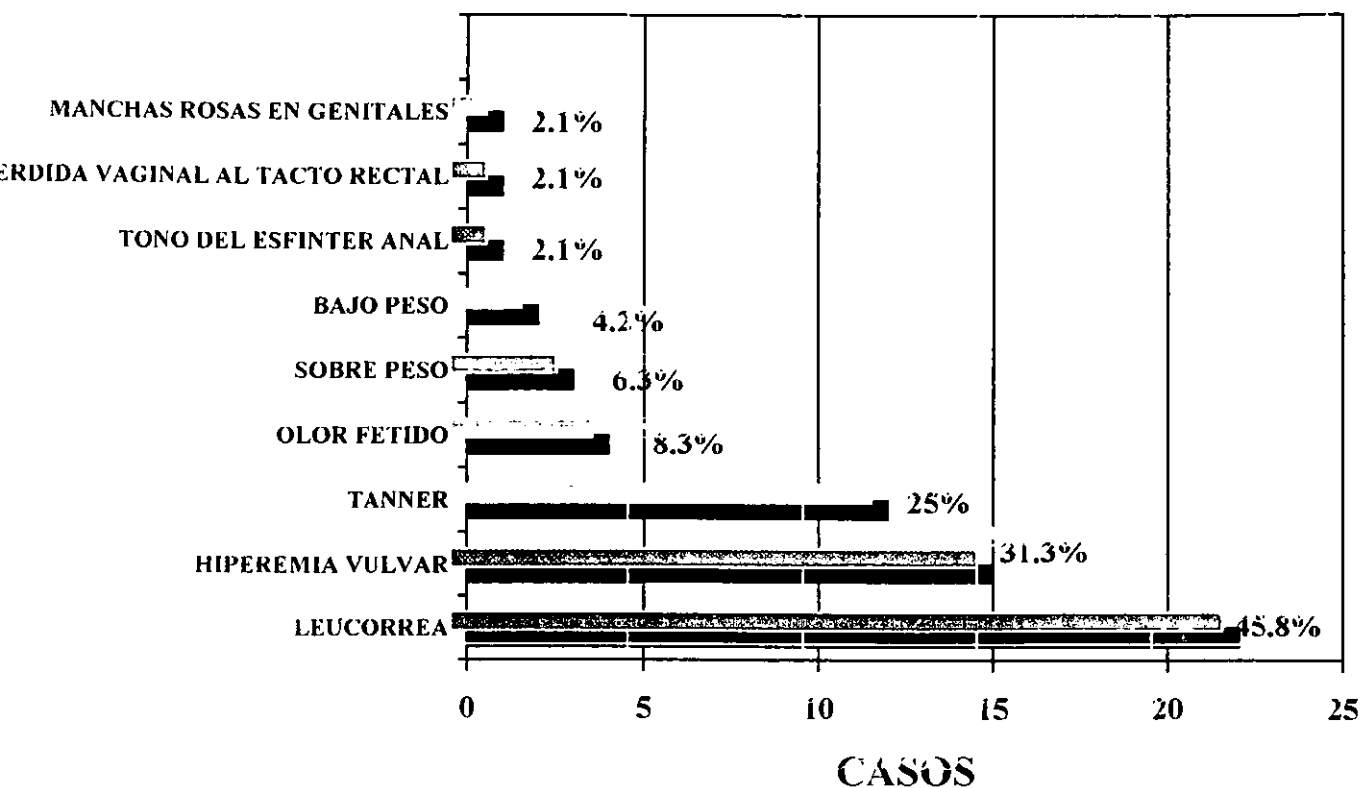
La exploración física general no se constató en ningún expediente clínico, correspondiendo al 100%; y en el 83.3% (40 pacientes) de los pacientes se llevó a cabo exploración ginecológica, en los cuales se observó leucorrea en 22 (45.8%), hiperemia vulvar en 15 (31.3%), olor fétido en 4 (8.3%), manchas rosas en genitales en uno (2.1%). Sólo se exploró el Tanner en 12 (25%), se encontró sobre-peso en tres (6.3%), bajo peso en dos (4.2%) y el tacto rectal sólo se realizó en una (2.1%). De los pacientes restantes, ocho (16.7%), no se realizó ningún tipo de exploración (Gráfica 6 y 7).

Gráfica No. 6
EXPLORACION GINECOLOGICA EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA



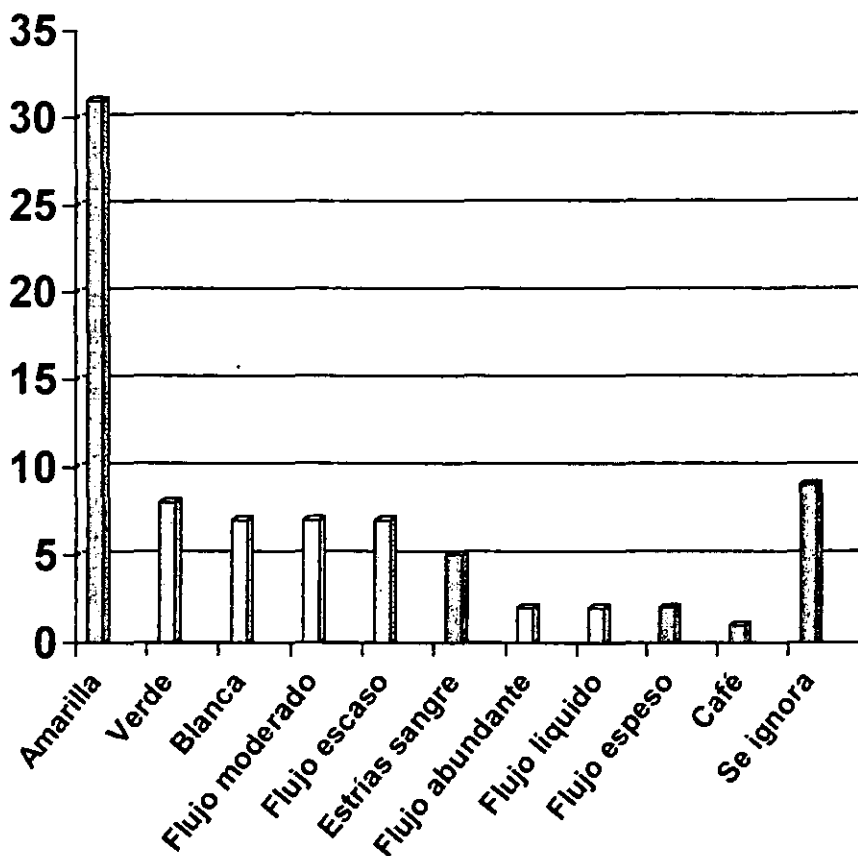
Gráfica No. 7

EXPLORACION GINECOLOGICA EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA



A la exploración física el color del flujo vaginal que más se observó fue amarillo en 31 pacientes (64.6%), seguida del color verde en ocho (16.7%), blanca: siete (14.6%). Las características del flujo fueron: moderada en cantidad en siete (14.6%), escaso en cinco (10.4%), abundante en dos (4.2%), líquido en dos (4.2%), estrias de sangre en dos (4.2%). Ignorando este dato en nueve de los pacientes (18.8%) (Gráfica No.8).

Gráfica No. 8
CARACTERISTICAS DEL FLUJO VAGINAL EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS DE LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA



El resultado de los cultivos de secreción vaginal de las 48 pacientes, durante sus diferentes citas a las que acudieron reportaron: *Staphylococcus coagulasa negativo* en 22 (32.4%), *Streptococcus no hemolítico* en 10 (14.7%), *Klebsiella oxytoca* en nueve (13.2%), *Echerichiae Coli* en ocho (11.8%), *Klebsiella pneumoniae* en cinco (7.4%), *Streptococcus Sp* en cuatro (5.9%), *Staphylococcus coagulasa positivo* en cuatro (5.9%), *Candida Sp* en tres (4.4%), *Micrococcus Sp* y *Candida albicans* con tres (4.4%) cada una de ellas; en algunos de los cultivos se reportaron dos ó más gérmenes al mismo tiempo (Cuadro No.1).

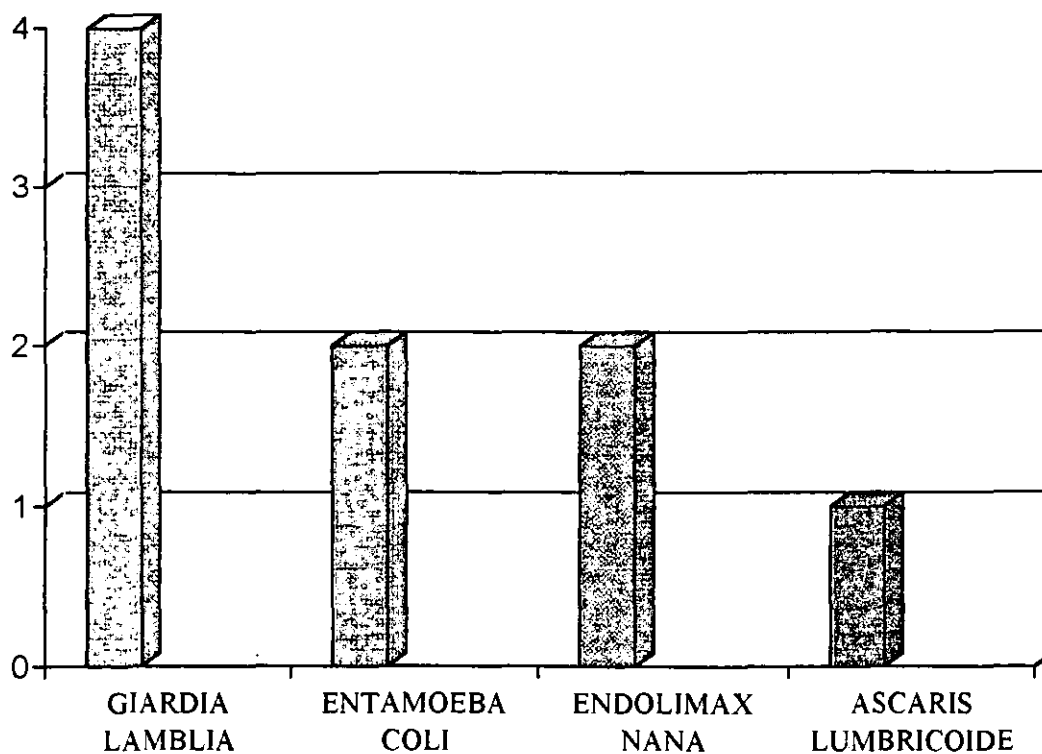
**CULTIVOS DE SECRECION VAGINAL EN 48 PACIENTES CON
VULVOVAGINITIS EN LAS DIFERENTES CONSULTAS A LAS QUE
ASISTIERON EN GENERAL**

A G E N T E	C A S O S
<i>Staphilococcus coagulasa negtivo</i>	22
<i>Streptococcus no hemolitico</i>	10
<i>Klebsiella oxytoca</i>	9
<i>Echerichiae coli</i>	8
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5
<i>Streptococcus sp.</i>	4
<i>Streptococcus coagulasa positivo</i>	4
<i>Candida sp.</i>	3
<i>Micrococcus sp.</i>	3
<i>Streptococcus B hemolítico</i>	2
<i>Gardnerella vaginalis</i>	2
<i>Neiseria sp.</i>	2
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2
<i>Proteus mirabilis</i>	1
<i>Haemophilus sp</i>	1
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1
<i>Klebsiella sp.</i>	1
No se realizó	9

Fuente: Archivo clínico y de bioestadística, HIES

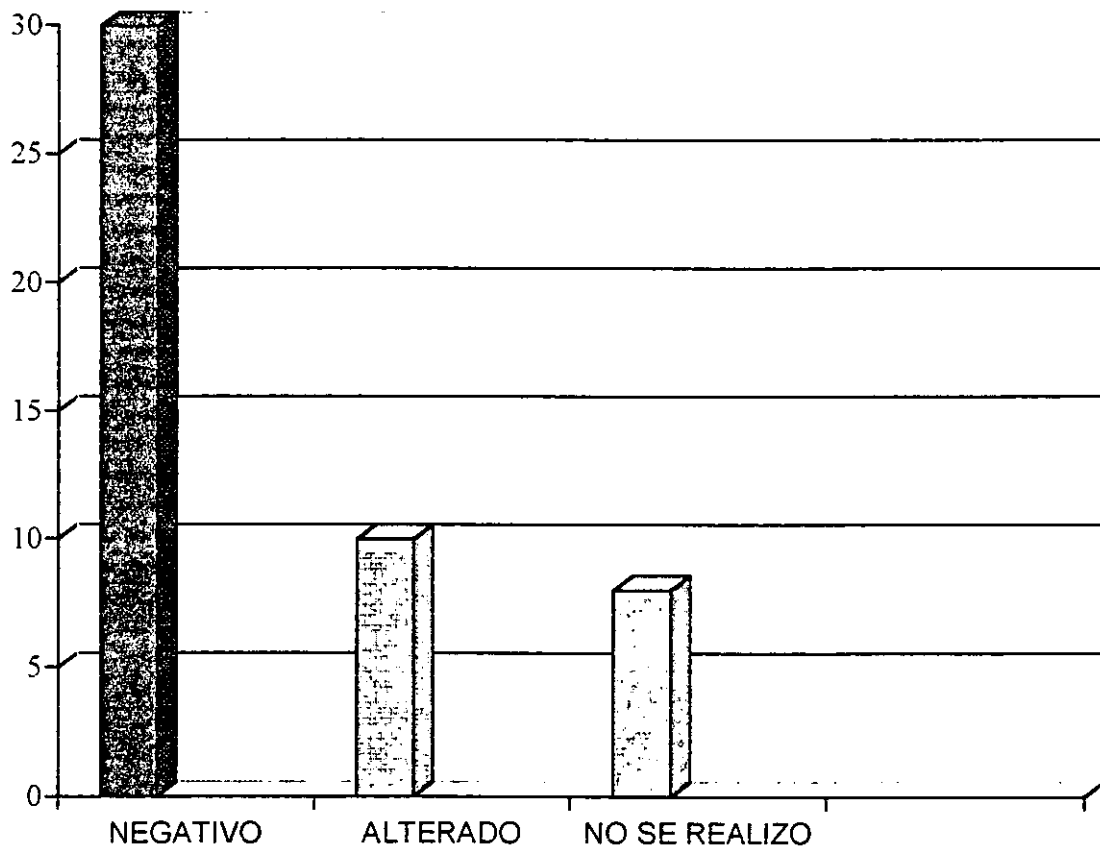
En cuanto a los resultados de los coproparasitoscópicos se reportaron anormales nueve de ellos (18.8%), normales 24 (50%) y no se realizaron en 15 (31.2%), por lo que los parásitos encontrados en los coproparasitoscópicos fueron: *Giardia lamblia* en cuatro pacientes positiva (44.4%), *Entamoeba coli* en dos (22.2%), *Endolimax nana* en dos (22.2%) y el *Ascaris lumbricoide* en uno (11.1%) (Gráfico No.9).

Gráfica No. 9
**RESULTADOS DE COPROPARASITOSCOPICO, REALIZADO EN
PACIENTES CON VULVOVAGINITIS**
n=9



El exámen general de orina se reportó en leucocitosis en 10 pacientes (20.8%), normal en 30 (62.5%) y no se realizó en ocho (16.7%) (Gráfica No.10)

Gráfica No. 10
RESULTADO DEL EXAMEN GENERAL DE ORINA EN PACIENTES CON VULVOVAGINITIS



En cuanto a la biometría hemática solo se encontró anemia en dos de las pacientes (4.2%) y fue normal en 31 (64.6%). No realizándose en 15 (31.3%) (Cuadro No.2).

Cuadro No. 2

BIOMETRIA HEMATICA EN 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS

RESULTADO	CASOS	PORCENTAJE
Normal	31	64.6
Anormal	2	4.2
No se realizó	15	31.3

Fuente: Archivo clínico y de bioestadística, HIES

Acudieron a consulta por primera vez 48 pacientes, de los cuales refirieron evolución desde un día ó más de un año, encontrando evolución de un día a 30 días en 16 pacientes (33.3%), de dos a tres meses: ocho (16.7%), de más de un año de evolución: seis (12.5%), de cuatro a cinco meses: dos (4.0%), de seis a siete meses: uno (2.0%); acudiendo a una segunda consulta sólo 31 de los pacientes; a una tercera: 10 (20.8%) y a una cuarta consulta sólo dos (4.2%). De quiénes se desconocía el tiempo de evolución fueron 15 pacientes (31.3%) (Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3

**TIEMPO DE EVOLUCION Y NUMERO DE CONSULTAS DE 48
PACIENTES CON VULVOVAGINITIS**

EVOLUCIÓN D= días m= mes	PRIMERA CITA		SEGUNDA CITA		TERCERA CITA		CUARTA CITA	
	caso	%	caso	%	caso	%	caso	%
1 d - 30 d	16	33.3	9	18.8	4	8.3	1	2.1
2 m - 3 m	8	16.7	5	10.4	-	-	-	-
4 m - 5 m	2	4.1	2	4.2	-	-	-	-
6 m - 7 m	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-
8 m - 9 m	-	-	-	-	-	-	-	-
10 m - 11 m	-	-	-	-	-	-	-	-
+ 12 m	6	12.5	6	12.5	3	6.3	1	2.1
Se ignora	15	31.3	8	16.7	3	6.3	-	-
Total	48	100	31	64.6	10	20.9	2	4.2

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES

De los 48 pacientes de la muestra con vulvovaginitis, en 15 pacientes se desconocía el tiempo de evolución, de éstos, ocho (16.6%) remitieron; tres presentaron recaída; cuatro (8.3%) no acudieron a control. Del grupo de uno a 30 días, se encontró: 16 pacientes. En tres (6.2%) remitió; en cuatro (8.3%) presentaron recaída y nueve (18.8%) no acudieron a control. De dos a tres meses de evolución fueron ocho pacientes (16.7%), dos (4.2%) remitieron, dos (4.2%) tuvieron recaída y cuatro (88.3%) no acudieron; de

cuatro a cinco meses de evolución, se presentó en dos pacientes (2.0%): uno remitió y uno tuvo recidiva; de seis a siete meses de evolución, sólo en un paciente (2.0%) se presentó y no se presentó a control. En los pacientes con evolución de más de un año se presentó en seis pacientes, de los cuales dos (4.2%), presentaron recaída y cuatro (8.3%) no acudieron a control (Cuadro No.4).

Cuadro No. 4

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE 48 PACIENTES CON VULVOVAGINITIS, DE ACUERDO A SU TIEMPO DE EVOLUCION
n= 48

	PRIMERA CITA	CURADO		RECAIDA		NO ACUDIO	
		Caso	%	Caso	%	Caso	%
1 día - 30 días	16	3	6.3	4	8.3	9	18.8
2 m - 3 m	8	2	4.2	2	4.2	4	8.3
4 m - 5 m	2	1	2.0	1	2.0	-	-
6 m - 7 m	1	-	-	-	-	1	2.0
8 m - 9 m	-	-	-	-	-	-	-
10 m - 11 m	-	-	-	-	-	-	-
+ 12 m	6	-	-	2	4.2	4	8.3
Se ignora	15	8	16.7	3	6.3	4	8.3
Total	48	14	29.2	12	25.0	22	45.8

d = días

m = mes

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES

En cuanto al tipo de manejo administrado a las pacientes, se obtuvo que a cuatro no se les administró ningún tipo de tratamiento, presentando recaída dos de ellas, a quienes se administró antibiótico exclusivo: 12 pacientes: curaron cuatro, tuvieron recaída: tres y no acudieron a nueva cita cinco; de los manejados con medidas higiénicas: ocho (16.7%) curaron cuatro; no acudiendo a nueva cita: cuatro; sin encontrar recaída, a los cuales se les indicó acidificante cutáneo exclusivamente tres (6.3%), ninguno de ellos regresó a una nueva cita, y por otra parte no se reportaron recaída en estos pacientes. (Cuadro No.5)

En forma general, se administró antibiótico solo o/y en combinación con medidas higiénicas y acidificante cutáneo a 32 pacientes (66.7%), de los cuales curaron nueve (28%), sufrieron recaída 11 (34.4%) y no acudieron 12 (37.5%). Se dió manejo con medidas higiénicas solas o/y en combinación con antibiótico y acidificante cutáneo a 20 pacientes (41.7%), de los cuales curaron siete (35%), recayeron cinco (25%), no acudieron ocho (40%); de los manejados con acidificante cutáneo solo o/y en combinación antibiótico y medidas higiénicas a 17 pacientes (35.4%), curaron tres (17.65), recayeron seis (35.3%) y no acudieron a nueva cita ocho (47%) (Cuadro No. 5 y 6).

Cuadro No. 5

**RESPUESTA DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO EMPLEADO EN 48 PACIENTES
CON VULVOVAGINITIS EN LA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA**

N= 48

TRATAMIENTO	CURACION		RECAIDA		NO ACUDIO	
	Caso	%	caso	%	caso	%
Ninguno	1	2.0	1	2.0	2	4.2
Antibiótico	4	8.3	3	6.3	5	10.4
Medidas higiénicas	4	8.3	-	-	4	8.3
Acidificante cutáneo	-	-	-	-	3	6.3

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES

Cuadro No. 6

**RESPUESTA A LA COMBINACION DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN
PACIENTES CON VULVOVAGINITIS**

N= 48

TRATAMIENTO	CURACION		RECAIDA		NO ACUDIO	
	caso	%	caso	%	caso	%
Antibiótico Medidas higiénicas Acidificante cutáneo	1	2.0	3	6.3	-	-
Antibiótico Medidas higiénicas	2	4.2	2	4.2	3	6.3
Antibiótico Acidificante cutáneo	2	4.2	3	6.3	4	8.3
Medidas higiénicas Acidificante cutáneo	-	-	-	-	1	2.0

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES

DISCUSION

De las pacientes que acudieron a la consulta externa de pediatría, sólo el 0.29% correspondió al diagnóstico de vulvovaginitis con una tasa de incidencia de 2.9 por cada 1000 consultas, observando dos datos importantes: por una parte el gran incremento de pacientes en la consulta externa de pediatría, actualmente durante el periodo de realización de esta investigación fueron 16,393 y en el estudio previo realizado en este Hospital en 1991; la demanda de consultas en un año fué de 9,348, de las cuales 153 se les diagnosticó vulvovaginitis, correspondiéndole el 1.6% y por otra parte un menor número de casos en la actualidad (4).

Encontrando que las pacientes más afectadas en este hospital, comprende al grupo de edad entre los cinco y ocho años (Gráfica No.1); en otros estudios previos se han reportado por Duflos-cohade (1), el rango de edad predominante de la edad de cinco a seis años y Covarrubias (4), un rango de los cuatro a siete años de edad; por otra parte Huffman (13) reportó un rango amplio de dos a siete años, observando con relación a esto un incremento en la edad de presentación en las pacientes que se incluyen en este estudio de vulvovaginitis.

El mes de mayor incidencia de vulvovaginitis fué julio (22.9%), seguido de junio con (16.7%), lo cual se puede pensar que por las condiciones climatológicas de esta región influyen en su presentación, ya que aumenta el calor y la humedad a nivel local, y enero con (16.7%); esto guarda relación con procesos respiratorios altos, además la curiosidad de las

niñas por tocar sus genitales, lo cual posiblemente ocasiona auto-inoculación de gérmenes a nivel genital (2, 4, 11, 13).

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron leucorrea (87.5%), seguido de prurito (54.2%) y olor fétido e hiperemia (23.0%), disuria en el 20.8%, dolor abdominal en el 16.7(Gráfica No.2). El primer síntoma fué el mismo que el publicado en la literatura por Duflos-Cohades (1) y Berhman (2), que es un síntoma de presentación frecuente y que está asociado a prurito, poliaquiuria, disuria y enuresis; estos últimos en el presente trabajo se presentó sólo en el 2% de los pacientes. Pamela (3), refiere en su investigación incomodidad, prurito, y sintomatología urinaria. En la investigación previa realizada en este Hospital por Covarrubias (4), reportó leucorrea en el 96.7%, seguida de hiperemia vulvar (78.4%), prurito (41.8%), dolor abdominal (35.2%), disuria (20.9%), observando variación en cuanto la frecuencia de la sintomatología, ya que fueron más las pacientes que refirieron olor fétido, y menos pacientes refirieron dolor abdominal, esto probablemente debido a que las pacientes del estudio actual son de mayor edad y que manifiestan más claramente sus molestias durante la entrevista.

En forma muy evidente se demostró la falta de un interrogatorio completo, dirigido a esta patología en el 89.6% de las pacientes (Gráfica No.3), lo cual es indispensable realizar para conocer sus hábitos personales como el tipo de ropa que usa, ya que ropa ajustada y sintética conservan y guardan humedad a nivel de los genitales, y una mala técnica de aseo de sus

genitales (de atrás para adelante), predisponen a una vulvovaginitis inespecífica y recidivante, por lo que se deben modificar sus hábitos higiénicos y personales en las pacientes como parte del tratamiento que se emplea.

En general no hubo relación con la menarquia, ya que sólo en el 4.2% de las pacientes refirió este dato, y en el 75% lo negó (Gráfica No. 5), encontrando en otro estudio realizado por Covarrubias, poca relación con la menarquia del 7.1% (4).

La exploración física general realizada a las pacientes con vulvovaginitis fué incompleta en el 83.3%; en ningún expediente se describe y no se realizó exploración física general ni ginecológica en ocho (16.6%) de los pacientes, demostrando un inadecuado abordaje del paciente con vulvovaginitis, ya que en la literatura se recomienda una exploración física general, seguida de exploración ginecológica (2, 7, 10).

En las características de la secreción vaginal se encontró que el color amarillo fué el más referido por las pacientes 64.6%, el verde en el 16.7% (Gráfica No.7); sin embargo, se refiere en la literatura que no es muy orientadora de factores etiológicos específicos (4), y algunos autores como Dr.Huffman (13) refiere que si el flujo vaginal es de color blanco transparente, consistencia líquida, de cantidad variable, la causa probable es que se trate de una leucorrea fisiológica; si es de color blanco, consistencia de requesón, cantidad de moderada, corresponde a cándida. Lo encontrado en el resultado del cultivo de secreción vaginal de las

pacientes estudiadas, nos habla a favor de una etiología inespecífica, como se reporta en la literatura. Predominando los agentes causantes de infecciones respiratorias altas en la investigación actual en este hospital como: *Staphylococcus coagulasa* negativo 45.8%, *Streptococco no hemolitico* 20.8%, y *klebsiella oxytoca* 18.8%, *Echerichiae coli* 16.7%, *Staphylococcus coagulasa positivo* en el 8.3%, que al compararlo con lo descrito en la literatura se presentaron modificaciones dado que con el estudio de Duflos-Cohade (1) que reporta primero *Escherichia coli*, *Staphylococcus dorado* y *Streptococcus* del grupo B y Berhrman (2) encontró que en el 68% de los casos son ocasionados por bacterias coliformes secundarias a contaminación fecal, y en segundo lugar refiere microorganismos bacterianos de vías respiratorias altas, pero difiere en que en su estudio predominó en primer lugar *Streptococcus beta-hemolítico* y *Staphylococcus coagulasa-positivo*, y al compararlo con estudios locales realizado por Covarrubias (1) se reportó principalmente *Echerichia coli* 38.5%, *Streptococcus hemolitico* 18.9%, y en tercer lugar *Staphylococcus coagulasa-negativo* 15%; por lo anterior nos damos cuenta que realmente han existido cambios en cuanto el agente causal de vulvovaginitis en la actualidad.

Se realizaron 33 coprocultivos, que representaron al 69% de la población estudiada, encontrando que 24 fueron negativos y un total de nueve pacientes con parasitosis asociada que representó un 18.8% de 48 pacientes estudiados, por lo que predominando en cuanto a agente

patógenos en los 33 coprocultivos está: *Giardia lamblia* con 44.4%; *Entamoeba coli* y *Endolimax nana* cada una de ellas con 22.2% y sólo uno de los pacientes se reportó *Ascaris lumbricoide* 11.1% (Gráfica No.8), encontrando que en 1991 también predominó la *Giardia lamblia* con un 15.6%, *Hymenolepis nana* con 7.8%, *Endolimax nana* 6.5% (4), los cuales son parecidos a los que se obtuvieron en este estudio.

Solo se encontró infección de vías urinarias en el 33.3% de las pacientes se reportó normal el exámen general de orina en el 62.5% y no se realizó dicho exámen en el 16.7% de las pacientes (Gráfica No.10), lo cual se ha reportado por Duflos-Cohade (1) en Francia como poco frecuente, y encuentra disminuido, en relación al que se refiere en la literatura. 34.6% presentan infección de vías urinarias (4) y otros sólo refieren la asociación de infección de vías urinarias con vulvovaginitis en forma general.

La biometría hemática se encontró normal en el 64.4% de las pacientes con vulvovaginitis, y solo estuvo alterada en el 4.2% caracterizada por la presencia de anemia, tomando en cuenta que no se le realizó a 15 pacientes.

Se observó que de las 48 pacientes estudiadas, recibieron antibiótico en su primera cita el 52%, y medidas higiénicas sólo el 27%; si partimos del conocimiento preexistente en el manejo de las vulvovaginitis con antibióticos, está comprobado como la gran causa de recaídas y resistencia a los antibióticos (4), por lo que se recomiendan en primer lugar que se emplee medidas higiénicas, se cite nuevamente a la paciente y se

realicen los exámenes de cultivo de secreción vaginal, coprocultivos. El antibiótico que más se administró en las pacientes fué trimetoprim con sulfametoxazol, metronidazol, dicloxaciclina, miconazol (Cuadro No.5). En total, fueron 32 pacientes manejadas con antibióticos (66.7%), de las cuales se curaron 21.9%, recidivaron 25%, y cinco (12%) de estos pacientes no regresaron a la consulta; y en aquéllos que se empleó medidas higiénicas se observó curación en el 100%.

Con los resultados obtenidos en este hospital en 1991, se observó que de los 153 pacientes estudiados se le administró antibióticos a 123 pacientes, de los cuales se curaron con antibióticos 64.5% y presentaron recaída 51.2% y las medidas higiénicas se refiere que se emplearon en todos los pacientes y solo presentaron recaída 30%, de aquí el interés por un cambio en el abordaje y manejo de las pacientes con vulvovaginitis en la Consulta externa de Pediatría del HIES.

CONCLUSIONES

De una población total de 16,393 pacientes que acudieron a la consulta externa de pediatría del Hospital Infantil del Estado de Sonora; el 0.29% correspondió al diagnóstico de vulvovaginitis, con una incidencia de 2.9 por cada 1000 consultas, observando que a pesar del incremento en la demanda de consulta externa pediátrica el número de casos ha disminuído.

El grupo de edad más afectado fué el de cinco a ocho años (29.1%), encontrando que son niñas prepúberes de mayor edad a lo descrito en la literatura.

Se presentaron más casos en verano: 39.6%

Las manifestaciones clínicas en las pacientes han cambiado en cuanto al orden de frecuencia de los síntomas (leucorrea 87.5%, prurito vulvar 54.2%, olor fétido 23%, hiperemia local 23%, disuria 20.8%, dolor abdominal 16.7%)

En el 89.6% no se encontró semiología para el padecimiento en el expediente clínico.

Con respecto a las medidas higiénicas, se encontró deficiencia por parte del médico para interrogar a la paciente o familiar que la acompañó.

La exploración física fue incompleta en el 83.3%.

En general la presencia de vulvovaginitis no guardó relación con la menarquia.

Las alteraciones en la biometría hemática no fueron significativas en las pacientes con vulvovaginitis.

La etiología inespecífica fue la más frecuente.

Las pacientes manejadas con antibiótico exclusivamente, presentaron recaída en el 2.5% y curaron el 33.3%.

Las pacientes manejadas con medidas higiénicas y acidificante cutáneo no presentaron recidiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Duflos CC: Vulvovaginitis en ginecología pediátrica. Enciclopedia Médica et Thibaud E. 1990; 4107 D20: 1.
- 2.- Berhrman RE; Kliegman RM; Arvin AM; Nelson WE: Vulvovaginitis. Tratado de Pediatría. 15ª ed. Vol. 2 Editorial Interamericana 1997; 193: 1940.
- 3.- Farrigton PF: Pediatric Vulvovaginitis. Clin Gineco Obst 1997; 40: 135.
- 4.- Covarrubias ER: Vulvovaginitis. Revisión de un año. Boletín Clin Hosp Infant Edo Son. 1991; 8: 86.
- 5.- Summer PR MD: Vaginitis in 1993. Clin Gineco Obst 1993; 36: 105.
- 6.- Gryngarten MG; Turco ML; Escobar ME; Woloj MG; Bergoda C: Shigella Vulvovaginitis in prepuberal girl. Adolesc Pediatric Gynecol. 1994; 7: 86-9.
- 7.- Dodds ML: Vulvar disorders of the infant young child. Clin Gineco Obst 1997; 40: 141.
- 8.- Summer PR; Shorp HT: The management of obscure or difficult cases of vulvovaginitis. Clin Gineco Obst 1993; 36: 207.
- 9.- De Miguel JR; Sánchez M: Diagnóstico de las vulvovaginitis. Hosp Univert Márquez de Valderillas Santander. 1990.
- 10.- Hairston L: Physycal examination of the prepubertal girl. Clin Gineco Obst. 1997; 40: 127.
- 11.- Jones R: Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. Familia Práctica 1996; 13: 369-372.

- 12.- Sifuentes M: Vaginitis. Pediatría en atención primaria. 1ª. Ed. Mac Graw Hill Interamericana 1998: 340-345.
- 13.- Huffman John W: Enfermedades infecciosas pediátricas (Infecciones ginecológicas en la infancia y adolescencia). Interamericana. Impreso Madrid, España ed. 1983: 465-496.
- 14.- Jawetz E; Melnick: Parasitología Médica. Microbiología Médica. Manual Moderno. México 1987. Primera ed.: 325-371.
- 15.- Jawetz E; Melnick: Parasitología Médica. Microbiología Médica. Manual Moderno. México 12ava. Ed.: 324-325.
- 16.- Kumate J; Gutiérrez G; Muñoz O; Santos JI: Otras enfermedades de transmisión sexual. Manual de Infectología Clínica. Décimocuarta ed. Año 1994. México. Editores Médicas: 363-372.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA