

CERVICO VAGINITIS EN MUJERES

Dr. José Guerra Díaz*, Dr. Vicente Giler Mosquera*, Dra. Lupe Yépez Jiménez*,
Flor Bravo Peña**

RESUMEN

Se realiza un estudio prospectivo de cohorte transversal en el Centro del Muchacho Trabajador No. 1, en el período de Junio de 1994 a Junio 1995.

Se estudiaron 62 Citologías cervicovaginales, practicados en nuestra consulta externa, con el fin de valorar la frecuencia de cervicovaginitis en esta población.

El protocolo seguido ha sido el siguiente: anamnesis, exploración física, Pap test, y citobacteriológico.

La Citología Vaginal mostró signos de infección en el 37,09o/o (23 pacientes), siendo la Gardnerella Vaginalis la más frecuente (73,91o/o).

En el 88,70o/o de los casos se evidenciaron atipias citológicas, éstos de citológicos se emitieron siguiendo la clasificación de la OMS.

La media de edad de las pacientes fue 34.98 años, con una desviación estandar de 1.73; el inicio de actividad sexual fue de 16.62 años.

INTRODUCCION

La leucorrea es un escurrimiento vaginal de color blancuzco que puede ocurrir a cualquier edad y que afecta a casi todas las mujeres en algún momento, no es una enfermedad, sino un signo que revela anormalidad (1).

Constituye, quizá, el síntoma ginecológico que se presenta con mayor frecuencia y, aparece por lo menos en 1/3 de todas las pacientes ginecológicas y suele acompañar a las afecciones de vulva, vagina, cuello y posiblemente trompas (2). En Estados Unidos es una de las 25 razones más común por lo que la mujer consulta (3).

Normalmente la mucosa genital se mantiene húmeda por las secreciones propias, y no salen al exterior, aunque son pocas las mujeres que no hayan tenido en un momento u otro de su vida por lo menos un ligero flujo exterior (4). La acidez del medio vaginal es decisiva como medio de defensa frente a las posibilidades de infección a que está expuesto el aparato genital femenino (4).

Las glándulas mucosas del cuello son la fuente principal de secreciones y mantiene a la vagina normalmente humedecida ya que está desprovista de glándulas y lo que se produce en ella es por descamación de sus células (4).

Por la estructura histológica del cuello, con sus muchas Invaginaciones glandulares, lo hace particularmente propenso a las infecciones persistentes caracterizados por aumento cuantitativo y alteraciones patológicas de la secreción (4).

Según Calatroni "debe considerarse afectada una mujer por flujo genital sólo a aquella que tiene un aumento anormal permanente y además objetivamente demostrable, de las secreciones o trasudaciones de cualquier sector del aparato genital" (2).

* Médicos.
** Enfermera.

Entre los microorganismos típicos de la flora vaginal humana, constan *Estafilococos coagulasa*, *estreptococo A*, *estreptococo anaerobio*, *bacilo de Doderlein*, *lactobacillus bifidus*, bacterias difteroides, bacteroides, bacterias coliformes, *mycoplasmas* y *clostridium welchi* (5).

La inflamación del cuello uterino (cervicitis), trae por lo general infección de la vagina (vagininitis), actualmente un solo término cervicovaginitis; ya que rara vez se observa cervicitis en forma aislada, por lo que en orden de frecuencia el sitio de origen del escurrimiento genital son: cervix, vagina, vulva y cuerpo uterino (1). Otros autores indican que el flujo patológico en la mayoría de los casos es de origen vaginal (2). Las cervicitis pueden ser agudas y crónica y, patológicamente en la fase aguda, el cuello aparece enrojecido congestionado y por el conducto se expulsa un exudado profuso purulento, blanco a veces, amarillento otras. Microscópicamente; infiltraciones de polimorfonucleares, hiperemia y un edema más o menos intenso; conductos glandulares dilatados por un exudado que contiene leucocitos muertos, células epiteliales descamadas y moco (4).

Clasificación de las cervicovaginitis:

NO AFECTIVAS: es decir por irritación, sobretudo en mujeres que se hacen lavados vaginales muy fuertes, calientes, frías, duchas frecuentes, ropa interior ajustada no porosa ni absorbente.

AFECTIVAS: que a su vez se dividen en **INESPECIFICAS;** cuando los gérmenes son mal definidos o son de diversos tipos (Gram+ y Gram-). Y **ESPECIFICAS,** a saber bacterias (gonococos, *Haemofilus*, clamidia); Hongos (*Candida*); Protozoos (*tricomonas*); Metazoarios (oxiuros); Virus (herpes); actualmente inespecíficas se hayan diluido en los diferentes grupos etiológicos (6).

También existen factores predisponentes a saber: mujeres diabéticas, mujeres postmenopáusicas, tratamiento prolongado de antibióticos y corticoides, anticonceptivos hormonales, exposición frecuente a rayos X, el embarazo, tratamiento con sustancias citostásicas (3-7).

Las *tricomonas* son protozoarios anaerobios flagelado prevalentemente de transmisión sexual, fue identificado por Done en 1836 (3), y es causa frecuente de cervicovaginitis (8) se le ha identificado en el 40o/o de varones compañeros sexuales de mujeres afectadas, y en el 85o/o de las compañeras de varones

infectados, la incidencia de tricomoniasis en varones no se ha estudiado (3).

Entre los factores de riesgo: múltiples compañeros sexuales, raza negra, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, uso de anticonceptivos; clínicamente el 50o/o de los pacientes son asintomáticos (8).

El tratamiento es a base de metronidazol y se ha visto una tasa mayor de curación en mujeres después de tratar a sus compañeros sexuales (3-8-9).

En Estados Unidos no hay cifras confiables sobre la incidencia de candidiasis vaginal, en Gran Bretaña (7), e Inflaterra (3) las cifras estadísticas muestran un aumento brusco de su incidencia, después de la vaginosis es la segunda causa de infección vaginal, se ha aislado en el 10 al 55o/o de mujeres sanas asintomáticas y se ha encontrado colonización poneana en 20o/o de compañeros de mujeres con candidiasis vaginal y por lo general sin producir síntomas. Es más frecuente en hombres no circuncidados y la relación ano genital y buco genital puede transmitir la infección; el prurito y la secreción son los síntomas más frecuentes pero no son específicos; el diagnóstico por Pap test es positivo en casi 25o/o de los casos, tratamiento con nitroimidazoles (7-9).

Desde 1955 Gardner y Duques señalan la relación de *gardnerella vaginalis* con vaginitis inespecífica (3), se caracteriza por aumento de secreción vaginal y peculiar olor a pescado y es significativamente importante en el síndrome de vaginosis (10), y este síndrome es clínico polimicrobiano, donde existe sustitución de lactobacilos anormales por microorganismos anaerobios y no hay inflamación de mucosa vaginal (3-9).

La *gardnerella* guarda relación con el inicio de actividad sexual pero no hay correlación firme con el número de compañeros sexuales; se la ha aislado en el 10 al 31o/o de adolescentes vírgenes; el mejor tratamiento es Metronidazol parenteral (9), también se usa Ampicilina, pero la cura es a medias (3).

En lo que respecta a papiloma; es un virus patógeno importante, es miembro de la familia papovavirus (11-12) pero su estructura genética es diferente a la de otros miembros del grupo (11), su infección se ha convertido en Estados Unidos y Europa en la enfermedad de transmisión sexual más frecuente lo que preocupa, pues la incidencia real de infecciones se ha subestimado (13). Provoca lesiones que van de verrugas genitales benignas (condiloma acuminado) hasta displasias y carci-

nomas planos invasores del cuello uterino, vulva o vagina (14), el mecanismo exacto de su carcinogénesis viral se desconoce (11), la inoculación se realiza durante el coito con un compañero infectado, y el período de incubación varía de 6 semanas a 8 meses (15), el tratamiento en sí trata de evitar la evolución a cáncer y aliviar las molestias, actualmente existe una gran variedad (Podofilina, ABA, ATC, 5 Fluoro uracilo, Interferon, electrocirugías, vacunas antológicas) que atestiguan que ninguno es altamente eficaz (14).

Diagnóstico: En casi todas las mujeres sintomáticas, por medio de la anamnesis, exploración física y métodos microscópicos puede lograrse un diagnóstico inmediato y fiable (3). Siempre está indicado el estudio Citológico (Pap test), para diagnóstico precoz de carcinoma Endometrial, ya que este no es un método diagnóstico, pero otras de sus posibles aplicaciones es el diagnóstico de cervicovaginitis (16). El Pap test es principalmente una técnica de muestreo (17), y es atribuido al Dr. George N Papanicolau como técnica para valorar el material celular de cuello y vagina desde 1928 (20). El Pap test debe realizarse óptimamente cada 6 meses pero se considera bueno una vez al año (18) y estar dirigido a la población menos favorecida económicamente, especialmente al grupo de edad de mayor riesgo; mujeres con actividad sexual actual o pasada, mayores de 18 años, durante el embarazo, promiscuas (19).

Esta técnica debe realizarse en Centros Médicos de gran afluencia de mujeres en riesgo, sea en centros de salud, consulta externa, privada, urgencias y hospitalización.

OBJETIVOS

Conocer prevalencia de cervicovaginitis en mujeres del Centro del Muchacho Trabajador y determinar gérmenes más frecuentes.

MATERIALES Y METODOS

Se realiza un estudio prospectivo clínico laboratorio de cohorte transversal desde Junio de 1994 a Junio de 1995, tomando como Universo a las 237 madres de familia registradas en el Centro del Muchacho Trabajador No. 1, y de las cuales 151 han acudido a la consulta externa. Se tomaron a 62 mujeres que cumplieron los requisitos para la realización del frotis y del Pap test.

Para obtener resultados confiables y llegar a un

diagnóstico más específico en cuanto a las posibles causas etiológicas de cervicovaginitis utilizamos la técnica de Papanicolau indicándose previamente los requisitos a cumplir: no utilizar duchas vaginales (al menos un día antes del estudio), no usar fármacos o preparados intravaginales durante al menos una semana antes del estudio, no mantener relaciones sexuales 24 horas antes del examen y fue tomada la muestra entre el octavo y décimo día de la última menstruación; bajo estas condiciones se procedió a tomar la muestra, introduciendo el espéculo vaginal sin lubricar con espátula de Ayre en lo posible se trató de mejorar la técnica para la obtención de una muestra de las células del canal endocervical, por encima del límite escamocelular se procedió a extender la muestra en un portaobjeto limpio y se fijó de inmediato con laca citospray, cada portaobjeto rotulado se envió con un formulario de petición de examen. Las extensiones ya fijadas se lavaron con Etanol al 50o/o antes de la tinción con hematoxilina eosina. Los resultados nos fueron notificados según la OMS. También se procesó examen cito bacteriológico para poder identificar el germen causante.

Además se utilizó una hoja codificada para la obtención de datos ginecoobstétricos.

En el análisis estadístico, los datos cualitativos se expresan en porcentajes y a través de la media aritmética; y de la desviación estandar para los datos cuantitativos.

RESULTADOS

La prevalencia de Cervicovaginitis fue de 41, 05o/o (62 casos de 151), y en el 100o/o de las pacientes presentó secreción vaginal de diversa intensidad, acompañada de prurito; y en menor porcentaje disuria y dispareunia.

A las 62 pacientes del presente estudio se las clasificó por grupo de edad. Gráfico No. 1, observándose que el grupo etaria de 31,40 años con 54,8o/o fue el de mayor prevalencia. La media de edad fue 34,98 años con una desviación estandar de 1,73, comprendida entre unos rangos de 24-53 años.

En el 40,32o/o (25 casos) han tenido más de un compañero sexual. Hay que considerar que en el presente estudio no se tienen datos acerca de planificación familiar ya que el CMT es regentado por la Iglesia Católica. En cuanto a CSE se observó que en su totalidad pertenecen a estrato económicos bajos, conjuntamente con un bajo nivel cultural; ya que el 87,10o/o apenas poseen primaria incompleta v.s 12,90o/o analfabetas.

**CERVICO VAGINITIS CMT No. 1
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD**

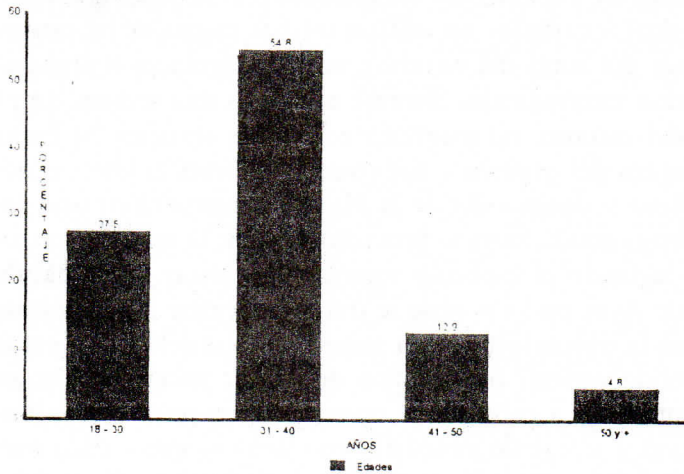


GRAFICO No. 1

55 pacientes se encontraban en la primera fase del ciclo y el 11,30o/o eran posmenopáusicas (7 casos). Además el 95,17o/o eran grandes multíparas con una media de paridad de 4,83 partos. El inicio de actividad sexual de las pacientes fue 16,62 años.

La Citología vaginal demostró signos de infección en el 37,09o/o (23 de 62 casos). En el Gráfico No. 2 se presentan los diferentes tipos de infección detectados por citología. El primer lugar en cuanto a frecuencia lo ocupa la Gardnerella con un 73,91o/o (17 casos), seguido en segundo lugar por tricomonas 8,69o/o (2 casos).

**CERVICO VAGINITIS CMT No. 1
AGENTE ETIOLÓGICO**

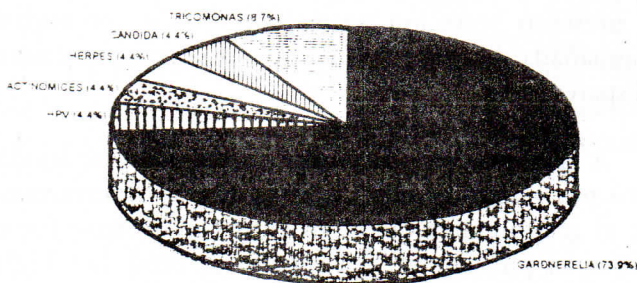


GRAFICO No. 2

Se identificaron atipias citológicas en el 88,70o/o (55 casos), tabla No. 2, correspondiendo 25 casos a displasia severa.

CONCLUSIONES

1. La secreción genital se constituyó en el síntoma principal de consulta.
2. Prevalencia de Cervicovaginitis 41,01o/o.

TABLA No. 1

**CERVICO VAGINITIS CMT No. 1
RESULTADOS DEL PAP – TEST**

RESULTADOS	CASOS	PORCENTAJES
NORMAL	7	11.3
ATIPICO	8	13
DISPLASIA LEVE	10	16.1
DISPLASIA MODERADA	12	19.3
DISPLASIA SEVERA	25	40.3
TOTAL	62	100

3. Media de edad 34.98 años.
4. 40,32o/o más de un compañero sexual.
5. No se obtuvieron datos sobre planificación familiar.
6. Inicio de actividad sexual 16.62 años.
7. Multíparas 95,17o/o, con paridad media de 4.8.
8. En su totalidad son pacientes de estratos económicos bajos y con poco nivel cultural.
9. Atipias Citológicas en el 88,70o/o de las pacientes
10. Pap test reportó infección en el 37,09o/o.
11. Gardnerella Vaginalis ocupa el primer lugar como agente causal.

RECOMENDACIONES

Las mujeres con infecciones genitales requieren una vigilancia citológica muy frecuente, además de mantenerse seguimientos clínicos, para de esta manera y como profilaxis se podrá evitar lesiones irreversibles y algo más complicado, evitar el carcinoma cérvico uterino.

Nos planteamos desde hoy y para el futuro, realizar campañas de información y educación concientes acerca de las enfermedades cervicovaginales en mujeres con alto riesgo de nivel socioeconómico bajo y grandes multíparas que mantienen vida sexual con más de un compañero sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. RAPKIN, A: Enfermedades de la vulva y la vagina; Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica, 1990. pág 476-480.
2. BARROS, F: Flujo vaginal y prurito; Clínicas e Investigación en Ginecología y Obstetricia, vol 17 (9) 1990. pág. 594-595.
3. SOBEL; J: Vaginitis en la adulta, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1993. pág. 813-834.
4. JONES, H; JONES, G: Tratado de Ginecología de Novak. 10ma. Edición. Editorial Interamericana, México 1988. pág. 225-604-605
5. LARSEN; B: Flora vaginal fisiológica. Clínicas Ginecológicas 1990 pág. 105-106.
6. AREVALO, J; SALAZAR, C; ABECIA, L: Etiología de las Infec-

- ciones Vaginales en la consulta de tocoginecología. *Clinica e Investigación Ginecológica y Obstétrica* vol. 20 (10) 1993. pág. 448.
7. SOBEL, J: Vulvovaginitis candidiasica. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* vol. 1 1993 pág. 153-163.
 8. HEINE, P; MCGREGOR, J: Trichomonas vaginales microorganismo patógeno que resurge. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* vol. 1 1993. pág. 135-140.
 9. SULLIVAN, C; LEON, G: Tratamiento de la vulvovaginitis. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* vol. 1 1993. pág. 191-200.
 10. LEON y Col.: Aislamiento e Identificación de Gardnerella Vaginalis en mujeres con síntomas de vaginosis bacteriana. *Revista Médica de Panama*. Sep. 1992. Vol. 17 (3). pág. 208-213.
 11. SMOTKIN, D: Virología del Papilomavirus humano. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*. Vol. 1 1989. pág. 117-123.
 12. JAY, W; CARLSON, D; TWINGGS, L: Aplicaciones clínicas de la Biología Molecular en la detección primaria de los papilomavirus humanos: técnicas diagnósticas. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1992. pág. 13-18.
 13. PATSNER, B; BAKER, D; ORR, J: Infecciones genitales por virus del papiloma humano durante el embarazo. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1990. pág. 253-259.
 14. SMOTKIN, D: Infección vaginal por virus del papiloma humano. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* vol. 1, 1993. pág. 185-189.
 15. REID, R: Lesiones del cuello uterino, relacionadas con papiloma virus humano: Biología y características colposcópicas. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*, 1990. pág. 151-157.
 16. LOPE, J; PRIETO, M; RAMOS, F; VERA, J: Valores predictivos de la Citología cervicovaginal para el diagnóstico de la infección vaginal. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia* vol. 21 número 4, Abril 1994. pág. 152-158.
 17. FERENCZY, A: Atención de la paciente con resultado anormal del frotis de Papanicolau. *Clínicas Ginecológicas y Obstétricas* 1990. pág. 179-189.
 18. La detección citológica en la lucha contra el cáncer cervicouterino: Directivos técnicas OMS Ginebra 1988. pag. 21.
 19. BUENO, M: Primer Simposio Latinoamericano de detección precoz de Enfermedad: pruebas de detección precoz del cáncer uterino. Cali-Colombia 1989. pág. 79-96.
 20. WILKINSON, E: Frotis de Papanicolau y detección de neoplasia cervicouterina. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica* 1992. pág. 791-797.
 21. Manual de normas para la atención materno infantil. Ministerio de Salud Pública. Quito-Ecuador. 1992.
 22. SPENCE, M: Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1989, pág. 442.
 23. JACK PREITCHARD; PAUL MACDONAL; NORMANT GANT: *William Obstétrica*, tercera edición, Editorial Salvat. pág. 254-255.
 24. KOUTSKY, L; WOLNER, P: Infecciones genitales por virus del papiloma. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1989. pág. 540-543
 25. ESCHENBACH, D: Vaginosis Bacteriana, *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1989. pág. 594-595.