

MÓDULOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

MÓDULO 1

Lactancia materna

Hidatidosis

Vulvovaginitis

VULVOVAGINITIS

Dra. Anahí Rubinstein

Médica Consultora en Ginecología, Jefa de Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica. La Plata. Buenos Aires. Argentina

Fellow en Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ).

Miembro de Comisión Científica de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. (SAGIJ).

Dra. Dolores Ocampo

Médica Consultora en Pediatría, médica de planta de la de Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica. La Plata. Buenos Aires. Argentina

Certificada en Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)

Docente autorizada de la Cátedra de pediatría A. Universidad Nacional de La Plata

Dra. Gisel Rahman

Médica Especialista Jerarquizada en Ginecología, Médica de planta de la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil. Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica. La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Fellow en Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ).

Delegada de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. (SAGIJ)

DEFINICION:

La vulvovaginitis se define como la inflamación de la vulva y de la vagina que compromete la piel vulvar, la mucosa vestibular y el tercio inferior de la vagina.(1) Es una afección frecuente, constituye el 23% de las consultas en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños de La Plata, principal motivo de consulta en la población pediátrica. (2-3).

La presencia de flujo es un hecho fisiológico por estímulo estrogénico en la recién nacida y en la pubertad. En ambos casos el flujo blanquecino está presente sin inflamación local o prurito y se denomina leucorrea. Por lo tanto, la secreción vaginal en las niñas, fuera del período neonatal o puberal es siempre anormal. Los síntomas que suelen presentarse son flujo, prurito y/o disuria.

FACTORES PREDISPONENTES

Existen diferentes factores que condicionan la aparición de vulvovaginitis en la niña:

- 1) La presencia de un epitelio vaginal atrófico, que carece de glucógeno y lactobacilos, con PH neutro, condicionado por el bajo nivel de estrógenos.
- 2) La cercanía anatómica en estas edades, de los orificios anal, vaginal y uretral, así como el escaso desarrollo ectodérmico de vulva (labios mayores y menores), con escasa secreción sebácea y ausencia de vello pubiano.
- 3) Los hábitos exploratorios y masturbatorios propios de la edad: favorecen la inoculación de gérmenes en la vagina.

4) La presencia de factores desencadenantes como la mala higiene (excesiva o inadecuada), los malos hábitos de secado y el uso inapropiado del bidet provocan contaminación con gérmenes del tracto intestinal.

5) Uso de ropa interior de nailon o lycra, o ropa ajustada y contacto con jabones perfumados o espumas para baño.

ETIOLOGÍA

Las vulvovaginitis se clasifican de acuerdo al agente etiológico en Inespecíficas y Específicas.

A) VULVOVAGINITIS INESPECIFICA:

Es la causa más frecuente en edad pediátrica representando el 60-70% de las vulvovaginitis en la etapa prepuberal. Está provocada por gérmenes que forman parte de la flora endógena y que se tornan agresivos ante la falta de integridad de la mucosa o agresión físico química que rompe el equilibrio ecológico entre los gérmenes. Pueden deberse a un solo microorganismo o a varios de la flora endógena. (4)

La conducta terapéutica es modificar los factores condicionantes y cambiar los hábitos de higiene. Para modificar la flora de la vagina son útiles los fomentos con bencidamina u hojas de malva Sólo se efectúa cultivo de flujo vaginal frente a la falta de respuesta al tratamiento previo o ante la presencia de abundante flujo purulento, fétido y/o sanguinolento. Se indicará el antibiótico acorde al germen hallado.

Dentro de la vulvovaginitis inespecífica, aproximadamente el 30%, es secundaria a oxiurus. Suelen referir prurito anal, anovulvar y nasal, llanto súbito nocturno o sueño intranquilo y bruxismo. En el examen se observa frecuentemente halo eritematoso perianogenital. La dificultad

de realizar el diagnóstico mediante el test de Graham con relativamente bajo rescate, sustenta el tratamiento empírico ante anamnesis y cuadro clínico compatible con oxiuriasis. (5-6) Figura 1

La vulvovaginitis inespecífica secundaria a cuerpo extraño causa flujo purulento o serohemático, generalmente fétido. El papel higiénico es el cuerpo extraño más frecuente. La vaginoscopia constituye una herramienta diagnóstica y terapéutica al realizar la remoción del cuerpo extraño bajo anestesia general. En ocasiones, el especialista puede realizar lavados intravaginales con buenos resultados.

B) VULVOVAGINITIS ESPECÍFICA:

Están provocadas por gérmenes que no forman parte de la flora endógena vaginal. Se pueden clasificar de acuerdo al origen del agente infeccioso.

ORIGEN INTESTINAL

Shigella: La infección por *Shigella flexneri* es frecuente en niñas. Causa una secreción mucopurulenta, en ocasiones hemática; en menos del 25% de los casos, esta secreción se acompaña de un episodio de diarrea. Frecuentemente son cuadros recidivantes y de difícil manejo terapéutico. Se indica Furazolidona 8mg/kg/día durante 7 días o ceftriaxona 50-70 mg/kg/día x 7 días. (4)

Cándida: Es frecuente en la etapa puberal y en las lactantes por el uso del pañal. Es poco frecuente en niñas prepúberes, excepto ante el uso de antibióticos, corticoides o afecciones que comprometan la inmunidad como la diabetes mellitus. Se trata con nistatina, miconazol, clotrimazol o isoconazol, en forma de crema local, 2 veces al día durante una semana. Si se considera necesario, se puede agregar fluconazol como tratamiento por vía oral a dosis de 5-10 mg/kg/día en monodosis. Se debe tener en cuenta, para la duración del tratamiento, la desaparición

o no de las causales o agravantes de la patología (como duración del tratamiento antibiótico, evolución de la diabetes). (6) Figura 2

ORIGEN DÉRMICO

Entre los gérmenes respiratorios se encuentran:

Streptococcus pyogenes (Estreptoco β hemolítico del grupo A) Las vulvovaginitis agudas son frecuentes y típicamente ocurren en etapas tempranas del desarrollo y raramente luego de la aparición de la menarca. (7) Puede surgir una infección vaginal por S. Pyogenes como resultado de la inoculación directa a partir de una infección nasofaríngea o cutánea. (8-9). La vulva y el área perianal adquieren un aspecto distintivo de color rojo brillante.

El ***Estafilococo aureus*** además de la infección vaginal, puede producir lesiones impetiginosas en vulva y glúteos. El antibiótico de elección cefalexina o trimetoprima+sulfametoxazol.

ORIGEN RESPIRATORIO

H. Influenzae y S.pneumoniae se presentan con cuadros de vulvovaginitis purulentas, caracterizadas por flujo abundante, con prurito, eritema o disuria. Es frecuente su aparición en forma conjunta con cuadro de catarro de vías aéreas superiores. En ocasiones se presentan casos recurrentes que requieren tratamientos prolongados con antibioticoterapia combinada. (10)

El diagnóstico se realiza por interrogatorio, examen físico y por cultivo de flujo genital con determinación de antibiograma. El tratamiento de esta entidad es el uso de antibiótico por vía oral. Los antibióticos más utilizados incluyen amoxicilina o amoxicilina+Acido clavulánico.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Ante la presencia infecciones consideradas de transmisión sexual en la población infantil, se debe pensar si no estamos frente a un caso de abuso sexual infantil (ASI). Esta problemática debe abordarse con un equipo interdisciplinario que tenga experiencia.

Neisseria gonorrhoeae: Es un huésped exclusivo del humano y se adquiere casi invariablemente por contacto sexual. Por lo cual, su hallazgo en niñas prepúberes presenta implicancias médico-legales en relación al ASI. Siempre debe pensarse en el abuso sexual, descartado el contagio accidental y vertical. La presentación habitual consiste en una secreción vaginal purulenta verdosa, en ocasiones de tipo mucoide; eritema y edema local y disuria. (11) Puede comprometer también uretra, recto, orofaringe y conjuntivas. El gonococo se aísla en medios de cultivo particulares como Agar chocolate y Thayer-Martin, y debido a las características especiales que rodean a esta infección debe confirmarse el diagnóstico por 2 metodologías diagnósticas diferentes. (12) Es aconsejable completar con la investigación de otras posibles infecciones de transmisión sexual. El tratamiento clásicamente descrito consiste en: penicilina G sódica inyectable. Se utiliza con buen margen de éxito a razón 100.000U/kg.I.M.(dosis única). También puede indicarse ceftriaxona IM dosis única <45Kg 125mg y >45kg 250mg, o espectinomicina 40mg/Kg IM dosis única. Una vez confirmado el diagnóstico, con cautela, se debe tratar de investigar si hay otra persona infectada cercana a la paciente (pesquisa de contactos).

Chlamydia trachomatis: Si bien su hallazgo a partir de los cuatro años es sugestivo de ASI, hay que tener presente la transmisión intrafamiliar por secreciones contaminadas conjuntivales y nasofaríngeas. El tratamiento de elección es la azitromicina 10mg/kg en

una toma tres días o claritromicina por vía oral 15mg/kg/día c/12 horas 10 días.

Trichomonas vaginalis: vulvovaginitis caracterizada por presentar prurito, gran componente inflamatorio, flujo abundante y verdoso. Es excepcional en la niña antes de la pubertad, ya que el PH neutro suele ser mal hábitat para este microorganismo; el origen es principalmente por contacto sexual. Se trata con metronidazol a razón de 10-30mg/Kg/día durante 7 días

Herpes virus I y II: esta familia de virus puede causar vulvovaginitis con formas de presentación aguda o recurrente. Las niñas manifiestan vulvodinia y congestión asociado a la presencia de las típicas lesiones vesiculares dolorosas. Se trata con Acyclovir a razón de 80mg/kg/día cada 6 horas; a nivel local, con Acyclovir en crema 5 aplicaciones / día por 7 -10 días. Figura 3

Ureaplasma urealyticum* y *Gardnerella vaginalis: son poco frecuentes en la población pediátrica. (13)

HPV: El Virus del Papiloma Humano puede generar infección en cualquier etapa de la vida. En los primeros años, la presencia de verrugas anogenitales suele relacionarse a la transmisión vertical y al contacto directo intrafamiliar. La aparición de lesiones papulares a mayor edad, si bien no es diagnóstico de certeza, merece un abordaje interdisciplinario para descartar también la posibilidad de contacto sexual. (14). Figura 4

Exámenes de Laboratorio

Teniendo en cuenta que la mayoría de las vulvovaginitis son inespecíficas, no es indicación en todos los casos realizar cultivo de flujo vaginal.

Si el médico sospecha una oxiuriasis, podrá pedir test de Graham y estudio parasitológico en materia fecal o simplemente indicar un tratamiento empírico ante signosintomatología específica como se describió anteriormente. Si la sospecha es una infección micótica, se puede indicar el tratamiento específico, sin necesidad de confirmación diagnóstica por cultivo vaginal. La buena respuesta al tratamiento suele ser diagnóstica.

Si la sospecha médica es la presencia de una infección bacteriana específica, es necesario tomar un cultivo de flujo genital intravaginal. La forma óptima de la recolección de la secreción vaginal consiste en aspirar con micropipeta de Pasteur en forma estéril el contenido de la vagina. También puede utilizarse un hisopo de Dacrón en medio de Stuart, o hisopos sin medio de transporte para la búsqueda de Chlamydia, Ureaplasma y Mycoplasma.

Vaginoscopía

Es un procedimiento de excepción utilizado ante la sospecha de: cuerpo extraño, patología tumoral, vulvovaginitis crónica o recidivantes, causa desconocida de sangrado vaginal. (15)

VULVOVAGINITIS EN ADOLESCENTES

La leucorrea fisiológica, flujo de aparición normal en la adolescencia, se produce por el aumento progresivo de los estrógenos en esta etapa del desarrollo. El flujo blanco y filante está presente sin signos de inflamación local o prurito. Es conveniente explicar su aparición como un hecho natural y fisiológico que acompaña al crecimiento mamario.

Cuando una adolescente muestra signos de vulvovaginitis, el planteo es diferente, según haya iniciado o no relaciones sexuales. Se debe incluir

en la anamnesis síntomas específicos de vulvovaginitis como prurito, olor, cantidad y color del flujo y el antecedente de otras enfermedades de base como Diabetes mellitus, infección por HIV, medicamentos orales recientes (ATB, ACO), episodios previos de vulvovaginitis y tratamientos.

Candida albicans En la etapa puberal es frecuente la aparición de vulvovaginitis candidiásica. Tener en cuenta el uso de métodos anticonceptivos orales que pueden favorecer la aparición reiterada de vulvovaginitis micótica.

La adolescente que ha iniciado relaciones sexuales merece una consulta al especialista. Es el médico general o el pediatra el que tiene la posibilidad de hacer una oportuna derivación. Es importante interrogar sobre la fecha de última menstruación, y el uso o no de métodos anticonceptivos. A toda adolescente que haya iniciado relaciones sexuales se le debe explicar la importancia de efectuar un estudio de cuello uterino (colposcopia + citología oncológica-hormonal), práctica realizada por el especialista en el momento que lo considere oportuno.

En líneas generales, el profesional debe manejar tres variables:

- 1) La importancia de diferenciar vaginitis de cervicitis, uretritis o cistitis, ya que generalmente estas entidades responden a génesis diferentes y etiologías distintas, requiriendo un tratamiento diferente.
- 2) Distinguir el agente etiológico específico, a fin de poder realizar el tratamiento eficaz en cada caso.
- 3) Excluir la posibilidad de enfermedad inflamatoria pelviana (EPI). La sintomatología típica que caracteriza a esta patología es el flujo con distintas características según la etiología del proceso, disuria, prurito vulvar, dispareunia y dolor abdominal.

Vaginosis: Es la entidad más común dentro de la etapa puberal. Se define como un proceso inflamatorio que cursa con flujo grisáceo de olor fétido y ocasionalmente disuria. Su agente etiológico está dentro del denominado grupo GAMB (*gardnerella vaginalis*, **anaerobios**, *Mobiluncus sp* y *Mycoplasma hominis*). El tratamiento, que debe ser ofrecido a la pareja, es metronidazol a razón de 500 mg cada 12 horas, durante 7 días.

Otros agentes productores de vulvovaginitis en adolescentes son: *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Virus del Papiloma Humano* (HPV), *Virus herpes* (HSV), *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*; todos ellos descritos previamente.

Cuando el médico es consultado por una adolescente por molestias vaginales, la conducta adecuada es:

- 1) Por interrogatorio y examen físico, definir si está frente a un síntoma o a una situación fisiológica.
- 2) Determinar si está en condiciones de resolver adecuadamente el problema.
- 3) Hacer una derivación oportuna cuando el caso sea resorte del especialista.
- 4) Estimular siempre el autocuidado de la joven, con conductas preventivas y control periódico.

CONCLUSIONES FINALES

Frente a la presencia de vulvovaginitis es necesario que el pediatra:

- 1) Conozca la anatomía de los genitales y la flora normal de la vagina en las distintas edades. Se debe tener presente que en la niña la flora está constituida por una serie de microorganismos que se encuentran en equilibrio ecológico entre sí; y que recién a partir de la pubertad, con el

estímulo estrógeno, el medio vaginal se torna apto para el desarrollo de la *Lactobacillus spp* que acidifica el PH.

2) Escuche cuidadosamente la información dada por la paciente y/o sus padres.

La consulta brinda la oportunidad para abrir un espacio que la paciente sienta como propio, donde se valoricen los hallazgos normales, promoviendo una conducta responsable con la participación de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) Bestalia E, Fleury C. Vulvovaginitis. En Bestalia E y cols. Ginecología Infantojuvenil. Editorial Médica Panamericana; 2011. Cap 8: 75-89.
- 2) Ocampo D, Rahman G, Giugno S, Risso P, Rubinstein AV. Vulvovaginitis en una población pediátrica: relación entre el agente etiológico, la edad y el estadio de Tanner mamario. *Arch argent pediatr*. 2014; 112(1):65-74.
- 3) Cuadros J, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 105-107.
- 4) Zeiguer N, Gryngarten M, Herbst M, Galvano A. Patología del tracto genital. Infecciones en la recién nacida y en la infancia. En: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Capítulo XXII. Buenos Aires: Editorial Ascune. 2003. 305-316.
- 5) Dei M, Di Maggio S, Di Paolo G, Bruni V. Vulvovaginitis in Childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010. 24 (2):129-37.
- 6) Emans S. Problemas vulvovaginales en la niña prepúber. En: Emans y col. Ginecología en la infancia y la adolescencia. 6° ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012, cap 4. Pag 42-59.

- 7) Stricker T, Navratil F, Sennhauser F H. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003; 88: 324-326.
- 8) Hansen M, Sanchez V, Eyster K. *Streptococcus pyogenes* pharyngeal colonization resulting in recurrent, prepubertal vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;315-317
- 9) Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010; 24:129-137.
- 10) Cox RA, Slack MP. Clinical and microbiological features of Haemophilus Influenza. vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol* 2002; 55:961-4.
- 11) Rahman G, Ocampo D, Risso P, Rubinstein A. Prevalencia de Neisseria gonorrhoeae. Formas de presentación e implicancias en el abordaje de la consulta por abuso sexual infantil. *Rev Enferm Infec pediatr* 2014; (27);108;454-457.
- 12) Center of Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010 Atlanta:US Department of Health and Human Services, MMWR 2010;59 (NoRR12):90.
- 13) Rahman G, Ocampo D, Giugno S, Risso P, Rubinstein A. Infección genital por *Ureaplasma urealyticum* en una población pediátrica. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 2013(20); 2:68-72.
- 14) Mouesca JP, Indart de Arz J, Stabilito L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. *Arch argent pediatr.*2012; 110 (5):438-444.
- 15) Daya Ram A, Hurst K Steinbrecher. The role of cystovaginoscopy and hygienic advice in girls referred for symptoms of vulvovaginitis. *Arch Dis Child* 2012; 97:477.