

Vulvovaginitis en niñas de 0 a 8 años en una zona rural del Estado Falcón

Drs. Pedro Marín Jiménez, Leopoldo Henríquez Lee, Nancy Sandoval Talavera

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda", Hospital Universitario Dr. "Alfredo Van Grieken" Coro, Estado Falcón. Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores desencadenantes y gérmenes causantes de vulvovaginitis en niñas, en una zona rural del Estado Falcón.

Método: Estudio descriptivo, prospectivo, no experimental en 24 niñas en edades comprendidas entre 0 a 8 años con secreción anómala por genitales externos. Marzo – junio 1998.

Ambiente: El Vínculo, Municipio Falcón. Estado Falcón.

Resultados: Los factores desencadenantes fueron: parasitosis 91,67%, uso de jabón perfumado 91,67%, ropa interior de material semisintético 70,84%, hábitos higiénicos inadecuados 66,67%, enuresis 20,83% y manipulación genital 12,5%. Los gérmenes más frecuentes encontrados fueron: *E coli* 35%, *Candida albicans* 25% y *Enterobacter* 15%.

Conclusión: La vulvovaginitis es una patología frecuente antes de la pubertad debido a las características anatómicas de los genitales asociada a una serie de factores. Los gérmenes del tubo digestivo son los más frecuentes.

Palabras clave: Vulvovaginitis. Vaginosis. Hipoestrogenismo. Vagina atrófica. Medidas higiénicas.

SUMMARY

Objective: To determine the precipitating factors and the germs involved in vulvovaginitis in female children, in a rural area of the Falcon State.

Method: Descriptive, prospective, non experimental study in twenty four female children with abnormal secretion in external genitalia. March- June of 1998.

Setting: The Vinculo, Falcon Municipality, Falcon State.

Results: The precipitating factors were parasitosis 91.67%, use of perfumed soap 91.67%, semisynthetic underwear 70.84%, bad genital hygiene 66.67%, enuresis 20.83% and genital manipulation 12.5%. The most frequent germs were: *E. coli* 35%, *Candida albicans* 25% and *Enterobacter* 15%.

Conclusion: The vulvovaginitis is frequent pathology of the prepubertal period due to the anatomical characteristics of genitalia associated to another factors. The germs from the digestive tract are the most frequent.

Key words: Vulvovaginitis. Vaginositis. Hypoestrogenism. Vaginal atrophy. Genital hygiene.

INTRODUCCIÓN

La infección genital constituye una de las patologías ginecológicas más frecuentes en la infancia. Se puede decir que es una respuesta de los tejidos ante una agresión de cualquier naturaleza,

sea física, química, traumática o infecciosa (1).

Suele hablarse de vulvovaginitis en general, en forma indistinta, ya sea para una inflamación aislada de la vulva como para una de vagina, aunque se sabe que puede ocurrir en forma independiente o también ser consecuencia, a la larga, una de la otra. En las niñas antes de la pubertad, la vulvitis es la forma de comienzo más habitual y puede originar una vaginitis. Por otra parte cuando en las niñas de corta edad, la vaginitis es el punto de partida, ésta se debe a la presencia de cuerpo extraño, oxiuriasis o micosis secundaria al suministro de antibióticos.

Trabajo presentado en las Jornadas Internacionales Multidisciplinarias "Lesiones Premalignas de cuello uterino. 15 – 17 de junio de 2001. Valencia, Estado Carabobo

Recibido: 01-08-01

Aceptado para publicación: 29-10-01

En los genitales de la niña ocurren cambios desde su nacimiento hasta la pubertad que la hacen susceptible a los procesos infecciosos. La presencia de una vagina atrófica y delgada que carece de glucógeno y de lactobacilos de Döderlein y tiene un pH neutro por el hipoestrogenismo existente antes de la pubertad es un medio excelente de cultivo bacteriano y la hacen susceptible a la vulvovaginitis. Por otra parte, la vagina está cerca del ano, la vulva carece de labios mayores gruesos, hay carencia de vello pubiano protector y los tejidos son delgados y se irritan con facilidad (2-4).

El tipo de vulvovaginitis más frecuente en niñas antes de la pubertad es la inespecífica constituyendo el 85,3% de los procesos infecciosos del tracto genital de las niñas y la mayoría de las veces es secundaria a la mala higiene, infecciones de la piel, infecciones urinarias, parasitosis intestinal, presencia de cuerpos extraños en vagina, etc. (1,5). Se denominan inespecíficas porque en la vagina se encuentra una flora bacteriana mixta constituida por gérmenes habituales de la vagina, flora de la piel y tracto gastrointestinal, en algunas oportunidades con predominio de uno de ellos tales como: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, *Dipteroides*, *Streptococcus*, *Proteus* y *Enterobacter* (6-9).

En algunas niñas y adolescentes con estudio bacteriológico negativo la vulvovaginitis es probablemente debida a un factor irritativo, alérgico u hormonal (10). Las vulvovaginitis específicas causadas por un solo agente (*Trichomona*, *Candida*, *Gonococo*, virus, etc.) son poco frecuentes antes de la pubertad (11-14).

El síntoma característico es el flujo vaginal, el cual varía en cantidad, color, aspecto y olor; se puede acompañar de prurito, congestión, edema de la vulva y en algunas ocasiones con lesiones de rascado, dolor y sangrado. Las niñas más pequeñas no suelen ser capaces de expresar sus molestias y quizás se froten o rasquen la región, lloren al orinar o defecar y sean irritables (15).

El diagnóstico de la vulvovaginitis antes de la pubertad se realiza sobre la base de los antecedentes, la clínica, apoyada por los estudios microbiológicos.

La coloración de Gram es de utilidad, porque permite en muchos casos con ayuda de la clínica, realizar aproximaciones diagnósticas sobre todo en los casos en que no se cuenta con la posibilidad de cultivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se practicó un estudio clínico no experimental en 24 niñas en edades entre 0 a 8 años, en una zona rural del Estado Falcón.

Se incluyeron:

- Niñas entre 0 a 8 años de edad con descargas anormales de secreción vaginal a través del introito vulvar asociadas o no a otra sintomatología.
- Dos o más recurrencias en los últimos meses que no cedieron al tratamiento.
- No haber recibido antibioterapia en los últimos 15 días.
- Consentimiento de la madre o representante legal para practicar el examen ginecológico y tomar la muestra.

A todas las niñas se les elaboró una historia clínica; un extenso interrogatorio sobre los datos personales, las manifestaciones clínicas, condiciones socioeconómicas, hábitos de higiene genital. Examen físico general con énfasis en genitales en forma sistemática, en presencia de una enfermera y madre o su representante legal. Luego se procedió a tomar muestra de la secreción con hisopo uretral seco o humedecido en solución fisiológica. Se colocó una gota de la secreción obtenida en ambos extremos de la lámina portaobjetos, uno de los cuales fue tratado con solución fisiológica y el otro con hidróxido de potasio al 20%. Se realizó la coloración de Gram, cultivo en los diferentes medios específicos (agar sangre, agar chocolate, McConkey, Mycoline) y antibiograma para determinar la susceptibilidad, sensibilidad o resistencia a través de los halos de inhibición. Se descartó la posibilidad de una parasitosis intestinal principalmente oxiuros con una buena exploración perineoanal y examen coproparasitológico.

A todas las niñas se les indicó medidas generales y antiparasitarias. Uso de antibióticos vía oral o sistémica cuando fue necesario. Control cada 15 días dependiendo de la evolución.

Características de la población: la edad promedio fue de 6 años (Cuadro 1). Los síntomas clínicos están referidos en el Cuadro 2. El 41,7% tenía 6 a 12 meses de evolución, 33,33% menos de 6 meses y 25% más de 12 meses. El 12,5% tenía antecedentes de infección urinaria y litiasis renal. En los casos restantes no se reportaron antecedentes de importancia.

VULVOVAGINITIS EN NIÑAS

Cuadro 1
Edad

Edad	Nº casos	%
0 – 2 años	1	4,2
3 – 5 años	10	41,7
6 – 8 años	13	54,1
Total	24	

Media = 6, Varianza = 3,6, Desviación estándar = 1,9.

Cuadro 2
Síntomas

Síntomas	Nº casos	%
Flujo genital	24	100,00
Prurito genital	16	66,60
Prurito anal	13	54,10

RESULTADOS

El 91,67% (22 casos) presentó parasitosis principalmente oxiuros lo cual fue referido por las madres de las niñas y comprobado durante el examen físico presentes en las márgenes del ano y/o el introito vulvar, el 91,67% (22 casos) usaba para el aseo genital jabones perfumados, el 70,84% (17 casos) usaba ropa interior de material semisintético, en el 66,67% (16 niñas) los hábitos higiénicos eran inadecuados realizados en la mayoría de las veces, por la misma niña, con papel higiénico del más económico que desprende partículas las cuales actúan como cuerpo extraño, por otra parte realizan el aseo después de evacuar pasando el papel higiénico, desde la región anal a la vulvar arrastrando con ello el resto de material fecal y muchas veces no se practicaban el aseo genital después de la micción. El 20,83% (5 niñas) presentó enuresis y el 12,5% (3 casos) manipulación genital, que puede causar vulvovaginitis por la introducción de gérmenes de las manos sucias y también de cuerpos extraños.

En todas se observó al examen físico la presencia de flujo genital de aspecto, color y olor variado; así como congestión vulvar acentuada. En el 62,5% (15 casos) se evidenció la presencia de oxiuros en las márgenes del ano y/o el introito vulvar, 41,67% (10 niñas) se observó resto de papel higiénico en región

perianal y/o en los genitales, 33,33% (8 niñas) presentaban tatuaje vulvar y un 25% (6 casos) restos de heces en el periné o región vulvar.

El examen al fresco de la secreción vaginal fue negativo en el 83,34% (20 casos) y positivo en el 16,66 (2 casos), en el cual se observó la presencia de levadura de moderada a abundante cantidad, leucocitos 10 a 15 campo y hematíes escasos, lo que sugiere infección por hongos.

Al realizar la coloración de Gram se observó que el 62,5% fue patológico por la presencia en 13 casos, de bacilos Gram negativos y abundantes polimorfonucleares; y en 2 casos abundantes cocos Gram positivos en racimos de uva y abundantes polimorfonucleares. En los 9 restantes que representan el 37,5% se observaron cocos Gram positivos aislados y en cadena, además de bacilos de Döderlein lo que corresponde a la flora vaginal normal en este grupo de edad.

El cultivo de la secreción fue positivo en 19 de las 24 niñas estudiadas lo que corresponde a un 79,16% y negativos en los 5 casos restantes para un 37,5%. De los cultivos positivos, en 14 hubo crecimiento bacteriano lo que representa un 74%, en 4 crecimiento de hongos (21%) y 1 caso de infección mixta con crecimiento tanto de bacteria como de hongo para un 5%.

Los gérmenes más frecuentes aislados son descritos en el Cuadro 3.

Cuadro 3
Gérmenes

Germen	Casos	%
<i>Escherichia coli</i> *	7	35,0
<i>Candida albicans</i> *	5	25,0
<i>Enterobacter</i>	3	15,0
<i>Proteus</i>	2	10,0
<i>Stafilococcus aureus</i>	2	10,0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	5,0
Total	20	

*Un caso de infección mixta.

DISCUSIÓN

Los resultados reportados en el presente trabajo demuestran que en la población de El Vínculo, Municipio Falcón del Estado Falcón, la

vulvovaginitis en las niñas de 0 a 8 años de edad es una patología frecuente (75%) el grupo de edad de 6 a 8 años es el más afectado con 54,17%.

Nuestros resultados coinciden con los otros autores (1,15-17) debido a las características anatómicas de los genitales como consecuencia del hipostrogenismo existente antes de la pubertad que predispone a la aparición de esta patología; por otra parte existen una serie de factores como hábitos higiénicos inadecuados porque el aseo genital es realizado en la mayoría de las veces por la misma niña con papel higiénico del más económico que desprende partículas las cuales actúan como cuerpos extraños, uso de ropa interior inadecuada, uso de jabón no apropiado que produce irritación o procesos alérgicos, manipulación genital por introducción de gérmenes a través de manos sucias y de cuerpos extraños; enuresis y la alta frecuencia de parasitosis en las niñas de esta comunidad, que actúan como factores desencadenantes de los procesos infecciosos (1,2,18-20). La oxiuriasis con frecuencia está vinculada al desencadenamiento de vulvovaginitis inespecífica, el parásito sirve de vehículo de gérmenes del intestino para ser depositados en la vagina, y por otra parte tanto el tegumento espinoso como la sustancia que envuelve el huevo tienen acción química irritativa (18,20). El prurito anal o anovulvar es característico, al igual que el llanto súbito nocturno.

Cuando el flujo genital es recurrente y persistente después de colocar un tratamiento adecuado, hay que descartar la posibilidad de un cuerpo extraño en vagina o abuso sexual (7,21). El cuerpo extraño puede ser cualquier objeto cuya dimensión permita su introducción en la vagina cuando la niña realiza maniobras exploratorias o masturbación.

Con un buen interrogatorio acompañado del examen de los genitales externos que nos permita observar características del flujo, las condiciones higiénicas de los genitales, presencia de cuerpos extraños como los trocitos de papel higiénico y la presencia de parásitos se puede realizar el diagnóstico de vulvovaginitis, lo cual puede confirmarse con el estudio al fresco y el Gram de la secreción en aquellos casos como en el medio rural donde se hace difícil realizar el cultivo. En algunas oportunidades pueden observarse con la coloración de Gram las llamadas "clue cells", es decir, células guías, claves o indicadores, que no son más que células epiteliales cuya superficie se cubre de pequeños bacilos Gram negativos o Gram positivos débiles, que parecen corresponder a uno o

varios microorganismos causantes de vulvovaginitis inespecífica o vaginosis (8,22,23). Hay que remarcar la importancia que tienen la comunicación y el intercambio entre el médico y el bacteriólogo, respecto a la diferencia de infección y colonización. Muchas veces se plantea la duda si determinado germen aislado es o no el responsable de la vulvovaginitis, y se indica un tratamiento con antibióticos, que finalmente no corresponden, pues el germen aislado puede ser habitual de la vagina. Un organismo puede formar parte de la flora normal, en cuyo caso se dice que coloniza el lugar, y puede, ese mismo organismo adquirir carácter agresivo y desarrollar una infección. Cuando se altera la integridad de la mucosa ya sea por irritación química, agresión mecánica, por número elevado de bacterias, o por la presencia de gérmenes extraños al lugar, etc., favorece la penetración de una bacteria que hasta ese momento, estaba anclada por sus fimbrias en los receptores específicos (glucoproteína) de las células.

La colonización de un germen habitual de la vagina asociada con una vagina normal, no exige tratamiento específico. En cambio, con uno no habitual o patógeno será considerado para el tratamiento igual que la infección. En el caso que el laboratorio nos informe la gran predominancia de un microorganismo habitual de la vagina, pero la niña presenta sintomatología infecciosa local, será siempre la clínica la que nos guiará en la conducta terapéutica. Los gérmenes más frecuentes encontrados fueron: *Escherichia coli* (35%), *Enterobacter* (15%), *Proteus* (10%) los cuales son gérmenes habituales del tracto gastrointestinal y proliferan en la vagina por los malos hábitos higiénicos y la presencia de parásitos, estos reportes coinciden con los realizados por otros autores (6,7,24-26). La *Candida albicans* fue el segundo germen en orden de frecuencia en nuestros hallazgos representando el 25% no coincidiendo con los estudios anteriormente realizados que reportan una incidencia de 4% ya que la *Candida* prefiere las vaginas estrogénicas (14), pero estas niñas presentaban antecedentes de infecciones urinarias a repetición que ameritaba uso de antibiótico.

Finalmente con la educación de las madres sobre las medidas higiénicas adecuadas antes de la pubertad, se puede disminuir la frecuencia de infecciones vulvovaginales. En caso de persistir ésta o que se haga recurrente, debe indicarse tratamiento con antibiótico, orientándose en el cultivo y en la sensibilidad de los antibióticos.

Anteriormente se utilizaban los estrógenos tópicos en aquellas niñas con vulvovaginitis inespecífica persistente o recurrente y en dos a tres semanas estos engrosaban la pared vaginal, creaban un pH ácido y curaban la infección, pero hay que tener cuidado con la pubertad precoz (27).

REFERENCIAS

1. Zeiguer B. Ginecología Infanto Juvenil. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1978.p.143-190.
2. Altchek A. Vulvovaginitis, dermatosis vulvar y enfermedad inflamatoria pélvica. *Pediatric Clin* 1981;12:395-431.
3. Emans SJ, Goldstein DP. The gynecologic examination of the prepuberal child with vulvovaginitis. *Pediatrics* 1982;65:4.
4. Hamerschlag M. Microbiology of the vagina in children: Normal and potentially pathogenic organism. *Pediatrics* 1978;62:223-225.
5. Pawson M. Vulvovaginitis y cervicitis. *Ginecología y Obstetricia Temas Actuales* 1981;14:195-201.
6. García de Córdova A, Carmona O, Mesa M. Vulvovaginitis inespecífica en niñas: tratamiento con cefadroxilo vs. Trimetoprin sulfametoxazol. *Actual Infectología* 1992;8(2):2-6.
7. Pierce AM. Vulvovaginitis: Causes and management. *Arch Dis Child* 1992;67(4):5-12.
8. Pokomy SK, Stomer J. Atraumatic removal of secretions from the prepubertal vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156(3):581-582.
9. Willamowska A, Golab-Lipinka M, Zydowicz-Mucha E. Trail of characterizing bacterial strailus isolated from vaginal discharge of girls. *Gineckol Pol* 1993; 64(7):340-344.
10. Di-Stefano L, Maciejewski K, Mascaretti G, Patachiola E, Castellani Perelli A, Moscarini M. Vulvo-cervico-vaginal inflammatory pathologies in childhood and adolescence. Our experience. *Minerva Ginecol* 1994;46(9):461-465.
11. Al-Salidi. Neonatal *Trichomonas vaginalis*: Report of three cases and review of the literature. *Pediatrics* 1954;53:196.
12. Lowy G. Sexually transmitted disease in children. *Pediatric Dermatol* 1992;9(4):329-334.
13. O'Brien TJ. Paediatrics vulvovaginitis. *J Dermatol* 1995;36(4):216-218.
14. Romero P. Etiología de la vulvovaginitis en edad pediátrica. *Rev Chil Pediatr* 1991;62(5):321-322.
15. Olmos A. Vulvovaginitis. *Rev Hosp Niños* 1992;11 (1):36-38.
16. Ropke B. Clinical results of pediatric gynecologic consultation at the Heidelberg University Gynecologic Clinic. *Zentralbl Gynakol* 1993;115(2): 68-76.
17. Castillo Z. Incidencia de vulvovaginitis y coalescencia de labios menores en niñas. *Act Med Domin* 1993;15 (1):9-13.
18. Cob Sosa C. Vulvovaginitis en niñas causadas por *Enterobius vermicularis*. *Acta Pediátrica* 1989;10 (2):74-77.
19. Szczurowicz A, Grenjwski S, Nowak G, Dziubinska H, Kolodziejski D. Vulvovaginitis in girls. Characteristics of the investigated population. *Ginekol Pol* 1993;64 (7):335-339.
20. Symner W. Pathology of oxiuriasis with special references to granuloma due to *Oxiuriasis vermicularis* and its ovary in tissues. *Arch Pathol* 1950;50:475.
21. Wang CW. Hysteroscopic extraction of a vaginal foreign body in a child. *J Am Assoc Gynecol-Laparosc* 1966;3(3):443-444.
22. Carmona O. Aplicaciones prácticas del método de coloración de Gram. *Actual Infectología* 1992;8(2):15-23.
23. Davis BD. Tratado de microbiología. 3ª edición. México: Salvat editores; 1984.p.389.
24. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Faur Prat* 1996;13 (4):369-372.
25. Sanfilippo JS, Wakin NG. Bleeding and vulvovaginitis in the pediatric age group. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 30(3):653-661.
26. Szczurowich A, Witek, Grelewski Sjarosinski B, Maciejewski K. Vulvovaginitis in girls. Clinical manifestations and efficiency of therapy. *Ginekolpol* 1993;64 (7):340-353.
27. Lauritszen C. Effects and side effects of estrogenous and gestagenous in pediatric an adolescent gynecology. *Monatssch- Kinderheilkd* 1990;138(10):651-655.