

INCIDENCIA DE VULVOVAGINITIS INFANTIL EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DURANTE LOS AÑOS 2011-2012

Dra. Sonia Bustillo Alarcón

Médico Pediatra Hospital San Pedro Claver

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver

Palabras Clave: Vulvovaginitis inespecífica. Vulvovaginitis premenárquica.

Key Words: Unspecific vulvovaginitis , menarquia vulvovaginitis

RESUMEN

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente de las niñas antes de la menarquia y no existen datos concluyentes sobre la incidencia de la misma. En diversos estudios se menciona el papel etiológico de numerosos microorganismos, sin embargo, a veces se desconoce el significado patógeno de los gérmenes aislados en las muestras vaginales de niñas con vulvovaginitis.

En el presente estudio la etiología más común es la del tipo inespecífico (vulvovaginitis inespecífica). La principal manifestación de este problema es la presencia de leucorrea, prurito y fetidez, acompañada de hiperemia en la zona y en ocasiones de síntomas de infección de las vías urinarias como disuria. La anatomía propia de los genitales femeninos y la falta de los mecanismos de defensa propios de las vías urinarias y genitales favorecen el desarrollo de infección urinaria y vulvovaginitis.

SUMMARY

The vulvovaginitis is the most frequent gynecological problem of the girls before the menarquia and final information does not exist on the problem. In many studies the etiological of numerous microorganisms is mentioned, nevertheless the pathogenic germs isolated in the girls' vaginal samples with vulvovaginitis is sometimes unknown. In the present study the most common

etiology is that of the unspecific type (vulvovaginitis unspecific). The principal manifestation of this problem is the presence of leucorrhoea, pruritus and fetidity, whit hyperemia in the zone and in cases of infection of the unary tract symptoms as dysuria. The feminine genitalia anatomy and the lack of the self mechanisms of defense of the urinary tract and genitalia help the development of urinary infection and vulvovaginitis.

INTRODUCCION

El objetivo fundamental del presente estudio, fue identificar los gérmenes más frecuentes en nuestro medio, que modifican la flora vaginal normal y las posibles causas de vulvovaginitis infantil. La vulvovaginitis se ha relacionado con diferentes factores predisponentes como mala higiene, abuso sexual, sustancias irritantes vaginales, cuerpos extraños e infección por oxiuros, (1, 2, 3) Estas infecciones no son adquiridas por el uso de "baños" en la escuela o baños públicos o por uso o contacto (no sexual) de ropa interior de otras personas. Esto significa que la verdadera causa para infectarse son los factores anatómicos de las niñas, la

falta de una buena higiene y hábitos de micción, defecación que alteran los mecanismos de defensa propios de vías urinarias y genitales. Al alterarse no cumplirán esta importante función. (4)

Antes de la menarquia, la vagina infantil se caracteriza por presentar un pH neutro, epitelio atrófico y ausencia de estructuras grasas labiales de protección y pelo púbico (5), lo que podría facilitar la infección; algunos autores han señalado incluso que la contaminación fecal de la vulva por la proximidad del ano y la mala higiene en general (3), son la causa principal de la vulvovaginitis infantil.

La vulvovaginitis premenárquica puede ser causada por una gran diversidad de agentes causales como bacterias, protozoos, hongos, virus, así como agentes físicos, químicos y alérgicos. (6)

Vulvovaginitis inespecíficas: Es la más frecuente, abarcando entre 25 y 75% de los casos, observándose en estos al examen directo células de

tipo inflamatorio, los cultivos pueden ser negativos o presentar desarrollo de gérmenes de la flora comensal como enterobacteriaceas, *E. coli*, *Proteus* sp, *E. fecalis*; o gérmenes considerados de la flora normal de la vagina como Difteroides, *Staphylococcus epidermis*, *Streptococo alfa*, *Lactobacilo* sp. La vulvovaginitis secundaria a oxiuros es un hallazgo variable, pero siempre debe ser descartada. (7)

Vulvovaginitis específicas: Corresponden a aquellos casos en que se obtienen gérmenes de patogenicidad conocida de origen respiratorio, entérico, de transmisión sexual. Los patógenos respiratorios, más a menudo aislados son: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus influenzae*. Entre los gérmenes entéricos, *Shigella flexneri*. Los patógenos de transmisión sexual son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* y *Gardnerella vaginalis*. La presencia de *Trichomonas* sp, herpes genital, condiloma acuminado debe hacernos descartar abuso sexual. (7)

La principal manifestación de este problema es la presencia de flujo que sale a través de la vagina, acompañada de enrojecimiento en la zona y comezón, en ocasiones acompañada de síntomas de infección de las vías urinarias como ardor al orinar, incapacidad para iniciar la micción o fiebre. (8) La primera zona de inflamación es la vulva; comúnmente la vagina está menos involucrada. La irritación de la vulva puede ser secundaria a una alergia tóxica, cuerpo extraño, infección del tractus urinario, así como manifestaciones vulvares de una dermatosis, ácaros, o abuso sexual. (9)

La paciente en edad pediátrica se puede examinar en posición genupectoral, pues facilita la visualización del tercio inferior de la vagina. En ocasiones, cuando el examen se dificulta por poca cooperación, puede realizarse sobre el regazo de la madre. (10) La exploración ginecológica de la niña no debe constituir un acto que lesione su integridad física y psíquica, por lo que el examinador necesita de mucha paciencia y suavidad. (6) El tacto rectal se realiza en aquellos casos en que se sospecha cuerpo extraño o cuando no hay evidencias de secreción y es necesario exprimir la pared rectovaginal para que esta se haga evidente. (7)

Dentro de los exámenes de laboratorio es fundamental la toma de muestra adecuada para estudio bacteriológico obtenida a través del orificio himeneal. Existen distintas técnicas para la obtención de la muestra (tórula, pipeta, sonda). A la muestra se le realiza examen microscópico directo para ver elementos inflamatorios, trichomonas, y agregando una gota de K OH al 10% es posible observar hifas. La tinción de Gram permite ver gérmenes (ante la sospecha de gonorrea) y cultivo en medios especiales cuando es necesario. Otros exámenes convenientes de realizar son el test de aminas y el test de Graham. (7)

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se efectuó en el Hospital San Pedro Claver, se atendió una población total de 1936 pacientes que acudieron a la consulta pediátrica durante las gestiones 2011 - 2012. Se seleccionaron a niñas de entre 2 y 12 años con un síndrome de vulvovaginitis, atendidas en forma ambulatoria. Se emplearon los siguientes métodos de estudio:

Métodos epidemiológicos: Se utilizó un cuestionario tras entrevistar a los padres o familiares para identificar los posibles factores predisponentes de vulvovaginitis: Episodios previos de vulvovaginitis, tratamientos tópicos y antibióticos previos, amigdalitis, infecciones cutáneas, dermatitis, exposición a sustancias irritantes, mala higiene personal, mala situación socioeconómica. Además, se registró en los signos y síntomas, los tratamientos antibióticos y tópicos previos y la evolución de la infección.

Métodos microbiológicos: Se enviaron muestras al laboratorio de bacteriología, se realizaron procedimientos microbiológicos estandarizados como examen al fresco, tinción de Gram y cultivos de bacterianos en los medios de Mueller Hinton Agar, Agar sangre, MacConkey. Los cultivos se incubaron al menos durante 48 horas, a 35 -37 ° C. El test de Graham se realizó presionando una tira adhesiva sobre la piel adyacente al ano y pegándola después en un porta.

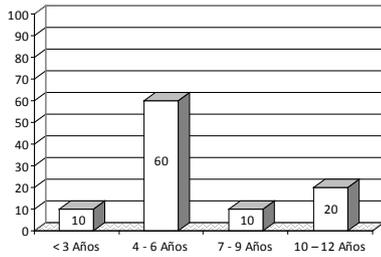
RESULTADOS

TABLA N° 1
INCIDENCIA DE VULVOVAGINITIS
INFANTIL EN EL HOSPITAL SAN
PEDRO CLAVER

PATOLOGIAS	N° CASOS	%
Vulvovaginitis Infantil	61	3.2
Otras patologías	1875	96.8
TOTAL	1936	100

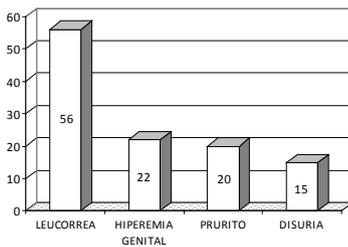
El estudio se realizó en un período de 2 años (de 1° de enero del 2011 a 31 de diciembre del 2012), en éste lapso se procesaron 61 (3.2 %) muestras vaginales en niñas entre 2 y 12 años de edad del total de 1936 consultas pediátricas.

**TABLA N° 2
SEGUN EDAD**



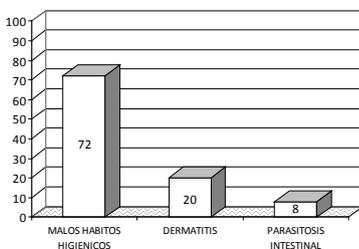
Del total de pacientes seleccionadas, 37 niñas estaban entre las edades de 4 – 6 años (60 %).

**TABLA N° 3
SEGUN
SIGNOSINTOMATOLOGIA**



Los síntomas clínicos en la gran mayoría de los casos fueron asociados, la leucorrea se evidenció en 56 casos de las pacientes, con un exudado visible en la primera visita, acompañado de hiperemia, prurito y disuria en el resto de los casos.

**TABLA N° 4
FACTORES PREDISONENTES**



Los factores predisponentes más significativos fueron los malos hábitos higiénicos en 44 (72 %) casos. Los

Enterobius vermiculares fueron un factor predisponente en 5 (8%) casos.

**TABLA N° 5
MICROORGANISMOS AISLADOS**

MICROORGANISMOS	Nº CASOS	%
Escherichia coli	34	55.7
Cándida albicans	11	18
Staphylococcus aureus	6	9.9
Oxiuros	5	8.2
Enterobacter	4	6.6
Streptococcus pyogenes	1	1.6
TOTAL	61	100

En total se aislaron 7 variedades de microorganismos en las 61 pacientes, la Escherichia coli y la Cándida albicans se detectaron en 34 (55.7%) y 11 (18 %) casos respectivamente, este último se complementó con examen al fresco de flujo genital.

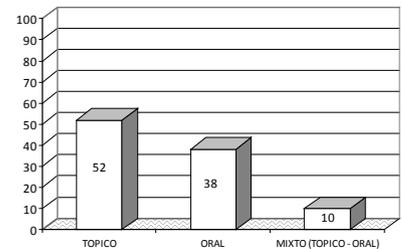
**TABLA N° 6
ANTIBIOGRAMA**

ANTIBIOTICO	Nº CASOS
Trimetropin + Sulfametoxazol	36
Gentamicina	32
Amoxicilina + Ac. Clavulánico	28
Ampicilina	25
Clindamicina	24
Acido Nalidixico	24
Amoxicilina	21
Amikacina	16
Cefotaxima	15
Norfloxacina	13
Cloxacilina	8

El antibiograma mostró sensibilidad a Trimetropin + Sulfametoxazol en

36 pacientes, luego a Gentamicina y Amoxicilina + Ac. Clavulánico en 32 y 28 casos respectivamente; cabe aclarar que existe una lista de antibióticos sensibles al microorganismo estudiado en cada paciente.

**TABLA N° 7
TRATAMIENTO**



El tratamiento fue principalmente local tópico en 32 (52 %) casos y la vía oral en 24 (38 %) casos. Las pacientes con Candidiasis vaginal y oxiuriasis recibieron tratamiento antimicótico y antiparasitario respectivamente.

DISCUSION

El principal motivo de consulta por un problema ginecológico en las niñas es la vulvovaginitis.

Es más frecuente la infección en las niñas por la forma o anatomía de los genitales externos femeninos y la posición de la uretra y meato uretral, y proximidad con el ano, haciendo susceptibles a los genitales femeninos de infectarse a diferencia de los genitales externos masculinos. En éste estudio la incidencia de presentación es del 3.2 %.

La edad de presentación más frecuente fluctúa entre los 4 y 6 años, coincidiendo con estadísticas mundiales. La principal manifestación de este problema es la presencia de leucorrea (porque la niña mancha su calzón), acompañada de enrojecimiento en la zona y comezón y en

ocasiones acompañada de síntomas de infección de las vías urinarias como disuria, incapacidad para iniciar la micción o fiebre (8), coincidiendo con el presente estudio.

Entre los factores predisponentes que menciona la literatura tenemos: el uso de ropa inadecuada (ajustada, con nylon); mala higiene posdefecatoria o higiene insuficiente, juegos de reconocimiento y hábitos masturbatorios. (11) Sin embargo, no sólo la anatomía influye para la posibilidad de infección urinaria o en genitales femeninos. Muy probablemente las alteraciones de los mecanismos de defensa urinarios y de genitales son la verdadera razón para padecer la infección urinaria en uretra y vejiga o vulvovaginitis. (4) En éste estudio se estableció como factor predisponente principal los malos hábitos higiénicos de las pacientes.

En relación con los microorganismos aislados al fresco, tinción de Gram y cultivo, la literatura establece que la vulvovaginitis inespecífica es la más común (11), coincidiendo con éste estudio por la presencia mayoritaria de la *Escherichia Coli*. Sin embargo otros autores sostienen que la principal causa de vulvovaginitis infantil son las bacterias de las vías respiratorias altas como *Streptococcus pyogenes* y *Haemophilus spp.* (2,3)

La distribución de especies de *Cándida* varía en diferentes áreas geográficas lo que puede estar condicionado por varios factores. Según Pfaller et al, el aumento de *Cándida glabrata* en algunas regiones se puede explicar por el uso profiláctico de fluconazol a bajas dosis (<400mg/día) lo que selecciona a dicha especie. Por el contrario, el aislamiento frecuente de *Cándida parapsilosis* en otras áreas geográficas puede reflejar problemas

de cuidado inadecuado de los catéteres. De ahí que es imprescindible hacer estudios regionales para conocer la frecuencia y el comportamiento a nivel regional. En nuestro estudio, encontramos resultados similares ya que del total de cepas aisladas 62,1 % corresponde a *Cándida albicans*, seguido de *Cándida glabrata* con 34,9% y 3% de *Cándida Krusei*. (12)

El antibiograma mostró sensibilidad a Trimetropin + Sulfametoxazol en una mayoría de casos, luego a Gentamicina y Amoxicilina + Ac. Clavulánico; cabe aclarar que existe una lista de antibióticos sensibles al microorganismo estudiado en cada paciente. Las pacientes con Candidiasis vaginal y oxiuriasis recibieron tratamiento antimicótico y antiparasitario respectivamente.

El tratamiento fue principalmente local tópico, oral y mixto, según la etiología y el antibiograma.

CONCLUSIONES

Las afecciones ginecológicas en las niñas no son tan frecuentes como suelen serlo en la adolescencia, y sobre todo, en la edad adulta, pero no por eso dejan de tener importancia.

La amplitud y complejidad de su atención abarcan, además de los aspectos médicos, los psicológicos, los sociales, los relacionados con la educación sexual y los quirúrgicos, además de problemas legales, entre otros, que puedan presentarse.

La verdadera causa para infectarse son los factores anatómicos de las niñas, la falta de una buena higiene y hábitos de micción, defecación que alteran los mecanismos de defensa propios de vías urinarias y genitales.

Al alterarse no cumplirán esta importante función.

RECOMENDACIONES

- Orinar con las piernas bien separadas y secar la orina que quede en los genitales al concluir la micción.
- El secado debe ser cuidadoso y completo de los genitales, separando a los labios mayores previene de infecciones vulvovaginales.
- Evitar el uso de ropa ajustada que favorezca la presencia de humedad por sudor, se recomienda usar ropa de algodón.
- El uso de ropa ajustada al cuerpo (mallones, shorts de licra, traje de baño, pantis deportivos) favorece humedad y traumatismo, cuando se usan por tiempo prolongado.
- Si hay molestias o la piel de los genitales está hiperémica (escalada) es conveniente hacer baños de asiento o aseo con té de manzanilla en los genitales, dos veces al día hasta lograr mejoría.

BIBLIOGRAFIA

1. PIERCE AM, HART CA. Vulvovaginitis: causes y management. Arch Dis Child 1992; 67 (4): 509-512.
2. JAQUIERY A, STYLIANOPOULOS A, HOGG G, GROVER S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, y microbiology of the genital tract. Arch Dis Child 1999; 81 (1): 64-67.
3. JONES R. Childhood vulvovaginitis y vaginal discharge in practice. Family Practice 1996; 13: 369-372
4. [http:// www.mipediatra.com.mx/infantil/urinaria.htm](http://www.mipediatra.com.mx/infantil/urinaria.htm)

Infección de vías urinarias de la vulva y de la vagina.

5. FARRINGTON PF. Pediatric vulvovaginitis. *Clinical Obstetrics y Gynecology* 1997; 40 (1): 135-140.
6. LUGONES B.MIGUEL, QUINTANA R.TANIA. Algunas afecciones y problemas de interés de la ginecología infantojuvenil en la atención primaria. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 (1)
7. ROMERO F. PATRICIA. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* v.70 n.3 Santiago mayo 1999
www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000300014&script=sci
8. MURGUÍA POZZI ROBERTO. Vulvovaginitis en las niñas. Vol. 9 N° 8 Agosto 2004.
[http:// www.mipediatra.com.mx/boletin/ago04.htm](http://www.mipediatra.com.mx/boletin/ago04.htm)
9. LORNA G. Common paediatric gynecology problems. *J SOGC* 1993; 15(10):1123-8.
10. RODRÍGUEZ PONS O. Exploración ginecológica de la niña y la adolescente. En: *Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil: su importancia*. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la familia (SOCUDEF) ,1996:7-14.
11. [http:// www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-539](http://www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-539). Vulvovaginitis: Zona pediátrica.
12. VILLARROEL PAOLA, SANTA CRUZ ADRIANA. Identificación de especies de levaduras del género *Cándida* aislados de exudados vaginales de pacientes en el Hospital Materno Germán Urquidí. *Gaceta Médica Boliviana*. v.34 n.2 Cochabamba 2011.